

Capitolo 3

Principali meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute: i determinanti distali e prossimali e il loro impatto relativo

Le disuguaglianze sociali nella salute rappresentano un problema complesso, che ha origine da una fitta rete di meccanismi. Per esplorarli, la Commissione sui Determinanti sociali della Salute promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto una serie di schemi esplicativi. Quello realizzato da Diderichsen (sotto), che si è rivelato il più appropriato per descrivere la situazione italiana, si interroga su quali siano i meccanismi che determinano le disuguaglianze di salute, su quale sia il loro impatto e su quali siano le misure più efficaci per contrastarle.

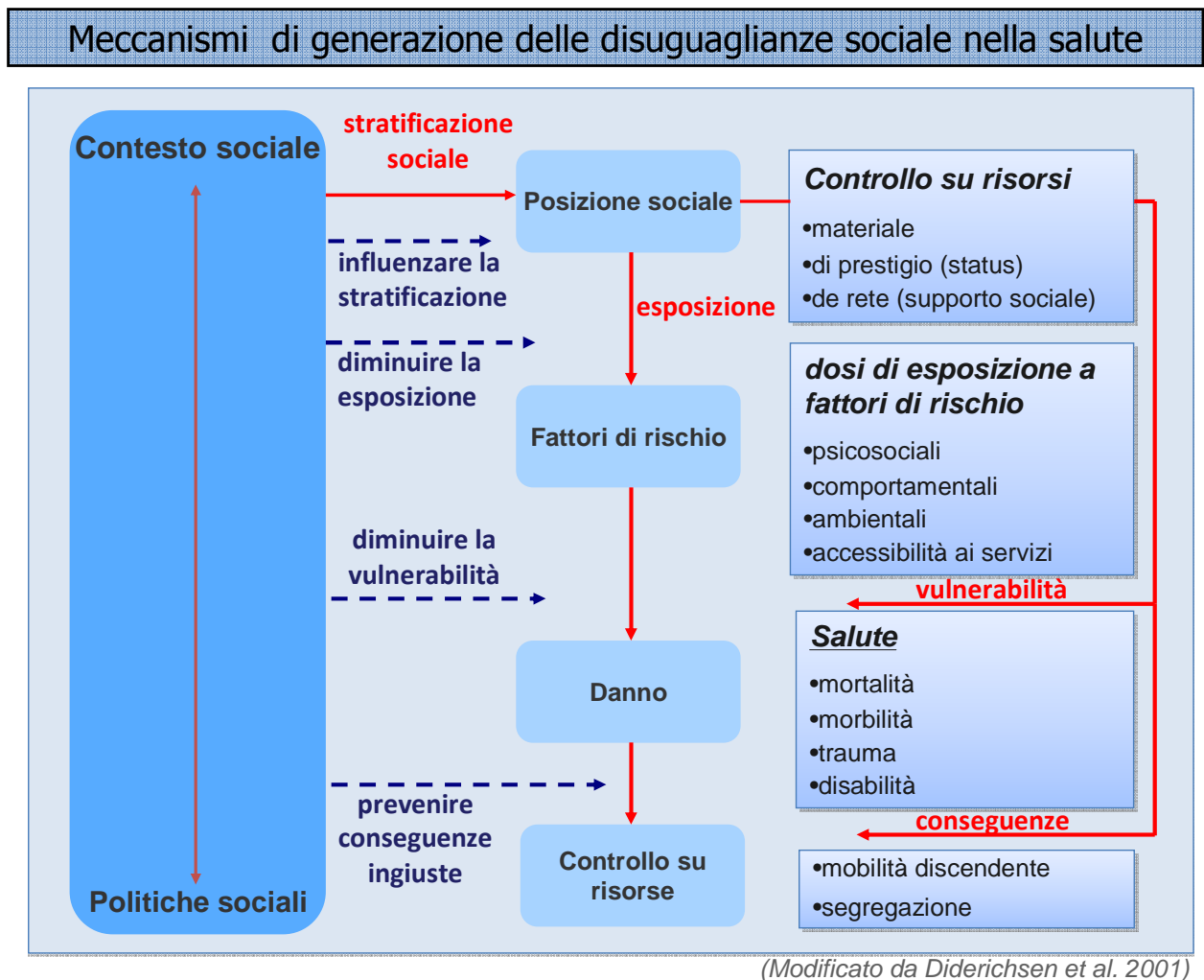


Figura 1: Lo schema di Diderichsen.

Lo schema di Diderichsen esplora la storia “naturale” della malattia - esposizione ai fattori di rischio (condizioni di lavoro e fattori psicosociali, condizioni ambientali e stili di vita insalubri), insorgenza del problema di salute, esito di salute (morte, malattia, disabilità, infortunio etc.) - prendendo in considerazione anche la dimensione sociale: come la posizione sociale può influenzare la storia naturale della malattia? E quali sono le conseguenze sociali di una salute compromessa?

Le principali categorie che costituiscono lo schema di Diderichsen sono:

- 1) **la posizione sociale**, che si caratterizza dal grado di controllo che ognuno esercita sulle risorse — materiali, di status, di legami sociali - utili a soddisfare i propri bisogni. E' al livello della posizione sociale che si situano i **determinanti distali**, cioè i fattori individuali e ambientali responsabili delle disuguaglianze sociali;
- 2) La dose di esposizione ai **fattori di rischio**, che dipende dalla posizione sociale. Per fattori di rischio si intendono le caratteristiche di una persona che possono determinare un danno di salute, aumentando la probabilità di insorgenza di una malattia ed esponendo il soggetto alla progressione di un problema di salute verso un esito sfavorevole. All'interno dei fattori di rischio si situano i **determinanti prossimali**, cioè le condizioni di lavoro, i fattori psicosociali, le condizioni ambientali, gli stili di vita insalubri (fumo, alcol, sedentarietà) e l'accessibilità dei servizi sanitari.
- 3) **Il danno di salute**, che comprende le caratteristiche della salute fisica, mentale e psicologica di un soggetto in un determinato contesto. Per misurare la frequenza di uno stato, una condizione o una malattia nella popolazione si utilizzano le misure di occorrenza: **l'incidenza**, che misura i nuovi casi di malattia che occorrono in una popolazione in un determinato periodo; **la prevalenza**, che misura il numero di persone che, in un determinato momento, presentano una certa condizione. La prevalenza dipende sia dall'incidenza di nuovi casi, sia dalla durata di malattia (sopravvivenza); la **letalità**, che indica il numero di decessi per una determinata malattia in rapporto al numero totale di soggetti che ne sono affetti, in un determinato intervallo di tempo.
- 4) **Le conseguenze sociali sulle risorse**, ovvero quei processi di mobilità discendente o di segregazione causati dalle ripercussioni della malattia nella carriera professionale e sociale, che comportano una limitazione del livello di controllo sulle risorse, controllo che si sarebbe raggiunto in assenza del problema di salute.

Il processo che coinvolge le categorie appena descritte può essere influenzato dal **contesto sociale e dalle politiche a esso correlate**, attraverso quattro meccanismi, rappresentati dalle frecce rosse in linea continua: la stratificazione sociale, l'esposizione, la vulnerabilità e le conseguenze della malattia. Al livello di ognuno di questi meccanismi si situa un punto potenziale di ingresso per le politiche e gli interventi finalizzati a contrastare gli effetti di quel determinato meccanismo (rappresentati dalle frecce tratteggiate).

Analizziamo nel dettaglio i meccanismi descritti dallo schema di Diderichsen che generano disuguaglianze di salute.

1) La stratificazione sociale: dipende dalle circostanze - economiche, ambientali e psicologiche dell'infanzia, a cui si aggiungono quelle del lavoro e di vita in età adulta e anziana – che influenzano le disparità nell'accesso e nel controllo delle risorse materiali, di status e di aiuto.

Le politiche capaci di ridurre gli squilibri nell'accesso all'istruzione, al lavoro, a una posizione professionale che garantisca un livello idoneo di reddito corrente e accumulato e ad appropriati contesti di residenza, hanno un forte impatto sul controllo delle disuguaglianze di salute e hanno l'effetti di moderare la stratificazione sociale.

L'istruzione, in particolare, è la dimensione che meglio predice la salute adulta: essendo la variabile più influenzata dalle condizioni di vita dei primi decenni di vita e dalle caratteristiche della famiglia d'origine, un'attenzione particolare dovrebbe essere rivolta alle cause delle disuguaglianze nelle condizioni di sviluppo dell'infanzia.

Il titolo di studio, inoltre, è l'indicatore più utilizzato sia in Italia, sia a livello internazionale per la ricerca e il monitoraggio sulle disuguaglianze di salute. Secondo i risultati del progetto Euro-GBD-SE, che ha preso in considerazione alcune città italiane – Torino, Prato, Firenze e Livorno – la potenziale riduzione di mortalità, agendo sulle disuguaglianze d'istruzione, è del 28% tra gli uomini torinesi e del 32% tra quelli toscani; per le donne si osserva una possibile riduzione del 10% a Torino e del 18% in Toscana.

Il nostro Paese presenta uno dei gradi di scolarità più bassi d'Europa: solo il 12% della popolazione ha una formazione universitaria. Permangono, comunque, forti squilibri territoriali, con le aree del meridione caratterizzate da una scolarizzazione più bassa.

Anche **l'occupazione** ha un forte impatto sulla salute, in quanto fonte di reddito, di identità, di organizzazione del tempo e della vita e di disponibilità di reti sociali. Già alla fine degli anni Novanta, alcuni studi di epidemiologia occupazionale evidenziavano come il rischio di mortalità aumentasse al crescere degli episodi di disoccupazione o dello scoraggiamento nella ricerca del lavoro.

La minore stabilità lavorativa dovuta alla crisi economica si traduce in un aumento della disoccupazione e nel fenomeno degli scoraggiati, coloro, cioè, che hanno smesso di cercare lavoro. La crisi ha delle ricadute anche sulla qualità dell'occupazione: le difficoltà del settore produttivo e le minori possibilità occupazionali si traducono in un senso di insicurezza e stress e in una diminuzione della soddisfazione personale legata alle difficoltà nel trovare un impiego che corrisponda alle proprie competenze. I più vulnerabili a tali rischi sono i giovani e i lavoratori meno qualificati, ancor più se immigrati.

Nella letteratura epidemiologica ed economica c'è consenso sull'associazione fra **reddito e beni accumulati** e disuguaglianze di salute. Secondo un rapporto del CIES, i gruppi con un maggior rischio di povertà ed esclusione sociale sono infatti i disoccupati e i precari, gli anziani soli, le famiglie con minori, le persone con limitazioni nell'autonomia personale (disabili e malati cronici), gli immigrati e i senza dimora. Il malessere dovuto alla crisi, che colpisce soprattutto i giovani, non ha origine nella povertà in senso stretto, ma nell'assenza di prospettive, anche dopo la fine della crisi.

- 2) **I fattori di rischio**, che determinano l'insorgenza di un problema di salute: condizioni di lavoro e fattori psicosociali, condizioni ambientali e stili di vita insalubri.

Le condizioni di lavoro più rischiose per la salute si riscontrano soprattutto fra le occupazioni manuali e non manuali meno qualificate. In Italia, le disuguaglianze professionali di esposizione ai rischi per la sicurezza hanno chiaramente spiegato le iniquità per classe sociale negli infortuni sul lavoro. Inoltre, l'esperienza prolungata di una mancanza di reciprocità in termini di alti costi, elevati carichi di lavoro e scarsi guadagni, provocherebbe effetti negativi sulla salute: disturbi psichici (fra cui depressione), di coronaropatia ischemica e disturbi muscolo-scheletrici del rachide e dell'arto superiore. Essendo le condizioni di lavoro uno dei principali luoghi in cui hanno origine le disuguaglianze di salute, è da qui che bisogna partire per approntare azioni di contrasto specifiche per ogni dimensione di salute coinvolta e per target di popolazione, che spesso richiedono competenze e collaborazioni multisettoriali.

La distribuzione sociale delle esposizioni ai **fattori di rischio ambientali** rappresenta uno dei mediatori delle disuguaglianze sociali nella salute a sfavore degli individui appartenenti alle classi meno abbienti e coloro che vivono nelle aree più deprivate, anche se per ora in Italia non sono disponibili prove sufficienti per stimarne l'impatto relativo rispetto agli altri meccanismi.

I dati derivanti dal sondaggio europeo Eurobarometer del 2009, mostrano disuguaglianze nell'esposizione a fumo passivo sul luogo di lavoro in funzione sia del reddito, sia del livello professionale, a danno principalmente dei lavoratori manuali e autonomi. Altri dati, provenienti dalle survey europee Eurofound ed Eurostat, che hanno confrontato il campione italiano rispetto al resto dell'Unione europea riguardo all'accessibilità alle aree verdi in ambito urbano, mostrano come gli strati più disagiati lamentino una maggiore difficoltà nell'accesso a tali aree. Altri studi evidenziano come siano le classi più svantaggiate a risiedere vicino agli impianti di gestione dei rifiuti e ad essere quindi più esposte all'inquinamento proveniente dalle discariche.

Gli stili di vita insalubri – in particolare le dipendenze (da fumo, alcol e droghe), l'alimentazione scorretta e la sedentarietà – rappresentano alcuni dei fattori di rischio alla base delle disuguaglianze sociali e di salute. Le dipendenze, oltre ad avere un impatto sulle disuguaglianze di salute, influiscono fortemente su quelle di mortalità: le cause di decesso che mostrano la più alta proporzione di malattie cronico-degenerative e morte in età adulta, derivanti dalle iniquità sociali sono, infatti, quelle associate a una cattiva alimentazione, abuso di sostanze stupefacenti, alcol, sesso insicuro e fumo (causa di tumore al polmone). Volendo analizzare nel dettaglio l'abitudine al fumo in Italia, si osserva una prevalenza di fumatori, una maggiore probabilità di iniziare precocemente e un maggior grado di dipendenza tra le persone con minori risorse economiche e, a parità di risorse economiche, quelle con un più basso livello di istruzione.

L'adozione di uno stile di vita insalubre rappresenta spesso la risposta di adattamento di un individuo a una situazione continua di stress (generata, per esempio, dalle condizioni lavorative e socio-economiche), cui sono soggette, in particolare, le persone di bassa posizione sociale.

3) La vulnerabilità, ovvero la capacità di far fronte ai fattori di rischio - prevenendo l'insorgenza del danno di salute - e quella di affrontare un problema di salute che si è già verificato, prevenendone gli esiti peggiori (come la disabilità o la morte) e rallentandone la progressione.

La bassa posizione sociale influenza la vulnerabilità in tre modi: aumenta la suscettibilità all'effetto del fattore di rischio per la salute (lo svantaggio sociale compromette le difese immunitarie), limita l'accesso alle opportunità di prevenzione e ha un impatto sulle scelte assistenziali non appropriate per tipo e qualità, coerenza e continuità di erogazione (dovuta alla minore possibilità di informarsi e alle poche relazioni sociali utili a farsi aiutare con la burocrazia dell'organizzazione sanitaria).

4) Le conseguenze sociali della malattia, che riguardano il modo con cui la malattia compromette la carriera sociale di una persona, pregiudicando, in particolare le abilità necessarie a rimanere e progredire in una posizione di lavoro. Osservando i dati torinesi, si è visto come la mancata progressione di carriera dal 1981 al 1991 fosse influenzata da: bassa istruzione, immigrazione dal Mezzogiorno, gravidanza e problemi di salute per i quali era necessario il ricovero.

La salute dei gruppi sociali ad alto rischio – adulti in difficoltà, bambini e ragazzi di famiglie povere, anziani soli poveri, disabili, senza fissa dimora, reclusi e immigrati – ha necessità di essere presa in carico dall'assistenza sociale degli enti locali e del terzo settore.

Gli adulti in difficoltà, in particolare i disoccupati, sono quelli che muoiono prima, che si ammalano e ricoverano di più.

I bambini e i ragazzi in condizioni di povertà sono il gruppo con la più alta esposizione a stili di vita insalubri, che danneggiano la salute, compromettendo, spesso, anche la carriera sociale.

Per quanto riguarda la progressione della disabilità fra **gli anziani poveri**, esistono indizi che questa sia più intensa rispetto ai meno poveri.

I senza tetto – che includono anche gruppi di malati mentali e di tossicodipendenti – presentano profili epidemiologici negativi per la maggior parte degli esiti di salute.

Riguardo agli **immigrati**, infine, si osservano tre diverse tipologie di problemi sanitari: problemi di importazione, che dipendono da esposizioni endemiche nel Paese di provenienza o da caratteristiche genetiche; problemi di sradicamento, che si manifestano soprattutto nel caso di guerre o persecuzioni, e che coinvolgono la sfera psichica e mentale; problemi legati all'acculturazione (che si manifesta come progressivo adattamento agli stili di vita del Paese ospitante) e all'emarginazione sociale: la prima ha effetti negativi sui comportamenti a rischio (fumo, uso di sostanze stupefacenti e alimentazione scorretta), mentre influisce positivamente sulla conoscenza e sull'accesso ai servizi sanitari di assistenza primaria e diagnosi precoce.

Gli immigrati tendono a sperimentare tutte le forme di rischio per la salute comuni alle fasce più svantaggiate della popolazione ospitante, legati soprattutto agli ambienti di vita e alle condizioni di lavoro.

In Italia, le principali fonti di informazioni utili a tracciare il profilo di salute degli immigrati sono i sistemi informativi sanitari e statistici correnti (come le schede di morte e di dimissione ospedaliera e certificati di assistenza al parto) e le indagini dell'Istat, come quella più recente su "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri". Gli immigrati hanno un accesso ridotto alle strutture ospedaliere, a causa delle barriere culturali e amministrativo-legali, nonostante in Italia il diritto alla salute sia garantito a tutti gli stranieri, anche se irregolari. Essi hanno, inoltre, una scarsa attitudine alla prevenzione e difficoltà di accesso ai servizi, che dipende dal livello di istruzione e dalla posizione socio-economica. Per quanto riguarda le donne immigrate, si osserva un minor livello di assistenza nel percorso di nascita (diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche, visite ed esami) e un maggior ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza: i casi di aborto sono di quattro volte superiori rispetto alle italiane.

Sintesi tratta dal terzo capitolo del libro:

Costa G., Bassi M., Censini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (a cura di)

L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità

Edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014