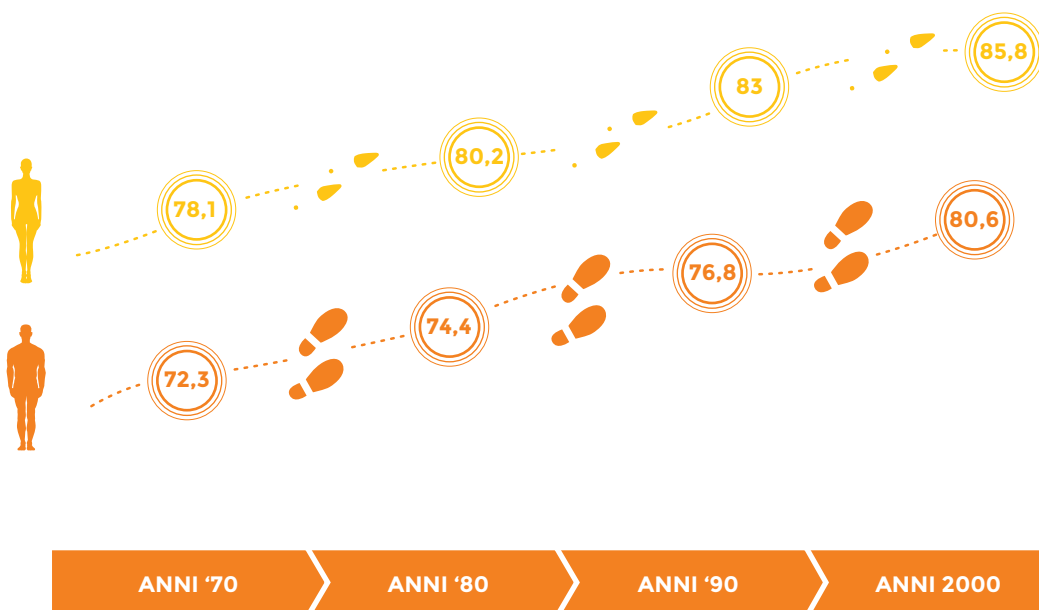


**1.
sempre più
longevi e un
pò più uguali:
una risorsa
di salute per
lo sviluppo**

Quarant'anni di salute dei torinesi: una storia di successo... ma per tutti? *

La salute dei torinesi, negli ultimi quarant'anni, è nettamente migliorata; lo dimostra il guadagno di circa 8 anni di speranza di vita a 35 anni. In altre parole, se negli anni '70 la vita media di un uomo torinese era di circa 72 anni, oggi arriva a 80 anni e mezzo; per le donne, invece, la vita media - che è sempre stata più elevata rispetto a quella degli uomini - è passata da 78 a circa 86 anni.



+8 ANNI

è il guadagno di vita osservato a Torino negli ultimi 40 anni

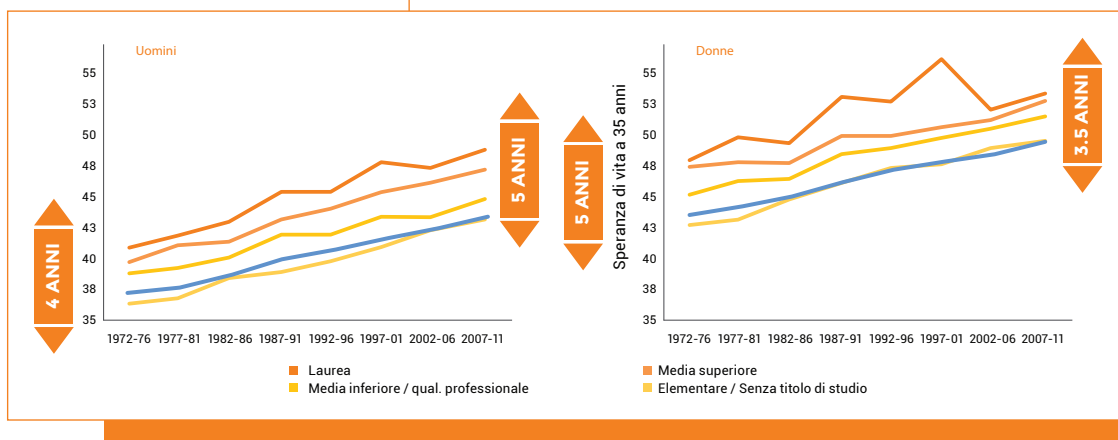
La salute dei torinesi è complessivamente migliore di quella di chi abita nel resto del Piemonte (fatta eccezione per situazioni come le dipendenze, più concentrate nei contesti urbani) **e spesso è migliore anche di quella misurata in altre città italiane**, soprattutto quelle meridionali.

Ciò è probabilmente dovuto al fatto che la città seleziona una popolazione più sana: ha una maggiore disponibilità di servizi e un tessuto sociale che hanno un impatto favorevole sulla salute.

* **Factsheet a cura di Morena Stroschia, Viviana Monastero e Anna La Rosa, tratto da: Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. (2017), 40 anni di salute a Torino, spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche, Inferenze, Milano.**

Questo miglioramento medio della vita media, però, nasconde delle disuguaglianze di salute, cioè differenze di salute che seguono la stratificazione sociale (che può essere descritta dal titolo di studio): i laureati hanno sempre avuto una speranza di vita superiore a quella dei meno istruiti ma, se negli anni '70 si osservavano 4 anni di differenza nella speranza di vita tra gli uomini di alta e bassa classe sociale, oggi questo divario è diventato di 5 anni; per le donne, invece, le differenze nella speranza di vita si sono ridotte negli ultimi quarant'anni passando da un divario di 5 anni tra le laureate e le meno istruite a un gap di 3 anni e mezzo (Figura 1).

Figura 1. Andamento temporale della speranza di vita a 35 anni per titolo di studio, uomini e donne, Torino 1972 – 2011. In blu è rappresentata la media per le quattro categorie di istruzione.



Questo miglioramento generale della salute è attribuibile a una riduzione molto marcata della mortalità soprattutto per cause cardio-circolatorie (che rappresentano la principale causa di morte nel mondo occidentale), riconducibile per metà al cambiamento favorevole degli stili di vita e per metà al miglioramento dell'assistenza sanitaria e delle terapie.

Il forte contributo di questi due aspetti al miglioramento della salute dei torinesi è testimoniato dal fatto che se si considera la mortalità per cause riconducibili al fumo o all'alcool si osserva, nel corso degli ultimi quarant'anni, un dimezzamento nella mortalità per malattie legate all'alcool e una riduzione del 40% della mortalità per malattie legate al fumo. Allo stesso modo, se si considerano le malattie cosiddette "evitabili" grazie alla disponibilità di cure efficaci e tempestive (es. AIDS, infarto), alla presa in carico dei pazienti cronici (es. scompenso cardiaco e diabete) e alla diagnosi precoce (es. tumore della cervice, mammella e colon) si vede che la mortalità per queste cause si è ridotta del 60% in quarant'anni.



**LA MORTALITÀ
EVITABILE GRAZIE
ALLA SANITÀ**

ALCOOL

-50%

FUMO

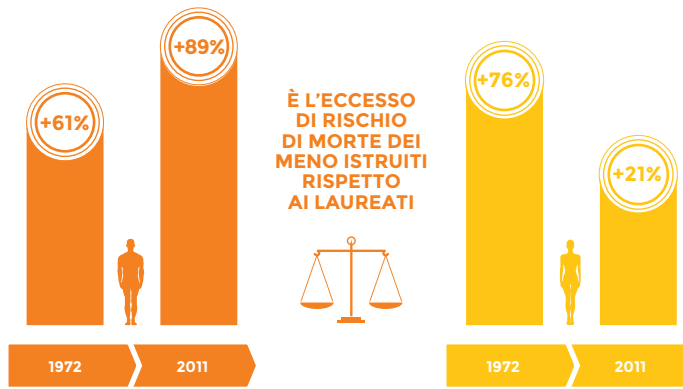
-40%

In definitiva, il profilo di salute della popolazione torinese, così come descritto dall'andamento della mortalità, individua nelle malattie cardiovascolari e nei tumori (in particolare della mammella per le donne, del polmone, del colon e del fegato in entrambi i sessi) le principali voci nosologiche su cui è necessario concentrare gli sforzi assistenziali.

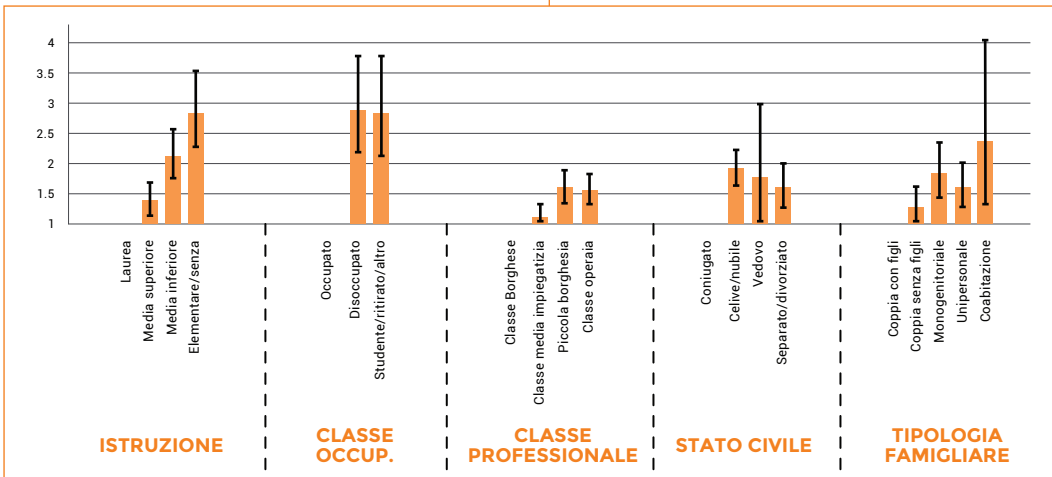
Una salute migliore, ma per tutti?

Le differenze nella speranza di vita secondo il titolo di studio lasciano intuire, tuttavia, che questo miglioramento generale della salute non sia stato uniforme per tutte le classi sociali. In effetti, all'inizio degli anni '70 un uomo con al massimo la licenza elementare aveva un rischio di morte del 61% superiore rispetto a un laureato. Alla fine del 2010 tale rischio è diventato dell'89% (ma dal punto di vista statistico questi due rischi sono sovrapponibili). Nello stesso periodo, per le donne meno istruite (licenza elementare), invece, il rischio di morte rispetto alle laureate è diminuito in maniera rilevante, passando dal 76% al 28%. Questo fenomeno è dovuto al fatto che tra gli uomini la salute è migliorata più per i laureati che per i meno istruiti; viceversa, tra le donne, sono quelle meno istruite ad aver guadagnato salute in misura maggiore rispetto alle donne di alta classe sociale che pagano il prezzo del cambiamento delle abitudini riproduttive (meno figli e sempre più tardi) e dell'adozione di stili di vita insalubri come il fumo.

Le disuguaglianze di salute si osservano per titolo di studio, che esprime le credenziali educative con cui una persona si gioca la carriera sociale, lavorativa e familiare e che è quindi capace di descrivere sinteticamente le principali dimensioni della stratificazione sociale. Tali disuguaglianze sono evidenti qualunque siano le variabili usate per descrivere lo stato socio-economico, siano esse indicative della disponibilità di un lavoro (e del conseguente riconoscimento del proprio ruolo nella società) come la condizione occupazionale e la classe sociale, siano esse più capaci di descrivere la disponibilità di reti sociali (come lo stato civile e la tipologia familiare). Ma quel che si osserva è che qualunque sia la variabile utilizzata, le disuguaglianze di salute si manifestano sistematicamente a sfavore delle classi più svantaggiate.



Disuguaglianze di salute per stato socio-economico individuale mortalità per tutte le cause. Uomini, 30-64 anni. Torino, anni 2007-11

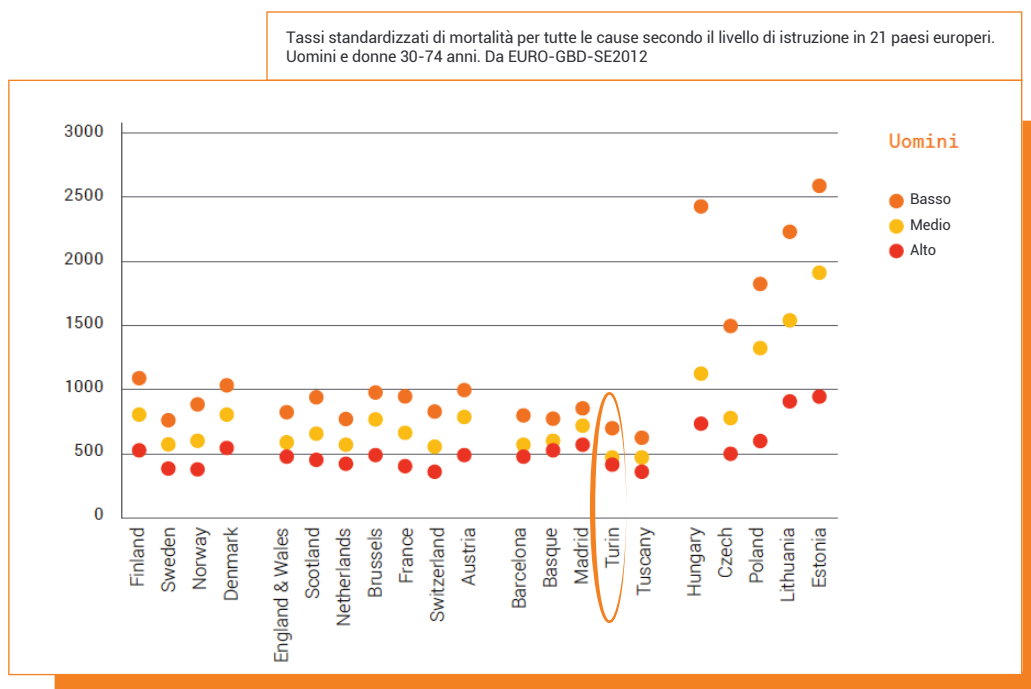


La disponibilità di risorse (culturali, materiali, sociali e relazionali) è dunque un importante determinante della salute, capace a sua volta di condizionare l'esposizione a fattori di rischio più direttamente responsabili della salute (i rischi ambientali, lavorativi, gli stili di vita e l'accesso tempestivo e adeguato ai servizi sanitari) tanto che si è stimato che, se tutti avessero il rischio di morte dei laureati, in Europa si potrebbero evitare fino al 30% delle morti e risparmiare il 2-9% del PIL europeo.

Questo significa che il contrasto alle disuguaglianze di salute chiama in causa politiche sanitarie e non sanitarie (da quelle educative a quelle del lavoro, dalle politiche a sostegno della famiglia a quelle abitative redistributive e di *welfare*) che saranno tanto più efficaci quanto più sapranno dialogare tra loro e mettere in atto interventi intersettoriali.

In generale, però, le disuguaglianze che si osservano a Torino sono meno intense di quelle osservate in altri paesi europei, compresi quelli scandinavi che hanno politiche di *welfare* più consolidate. Questo può essere l'effetto di una diffusione, nei paesi Sud-europei, di stili di vita salutari (es. dieta mediterranea) anche fra le classi sociali più deboli.

Non si può escludere, comunque, che esistano altri fattori (dalle reti sociali al sistema di *welfare*) capaci di conferire alle classi sociali più vulnerabili che abitano nei paesi mediterranei maggiore resilienza rispetto a quelle che vivono in altri contesti.



Dal punto di vista delle politiche di salute, questa particolare protezione torinese nei confronti delle disuguaglianze di salute indica che siamo sulla buona strada e suggerisce di investire in tutte quelle azioni che possono rinforzare questa protezione, ad esempio evitando che anche alle nostre latitudini l'epidemia da fumo, quella da dieta scorretta e quella dell'indebolimento delle reti familiari e sociali progredisca a svantaggio degli strati socialmente più poveri.

In conclusione, nonostante la consistente riduzione della mortalità in tutta la popolazione, il divario di salute tra classi sociali è diminuito tra le donne ma è rimasto stabile tra gli uomini e questo gap può essere colmabile con politiche capaci di mettere in atto interventi intersettoriali che agiscano sui diversi aspetti che caratterizzano lo svantaggio socio-economico.