

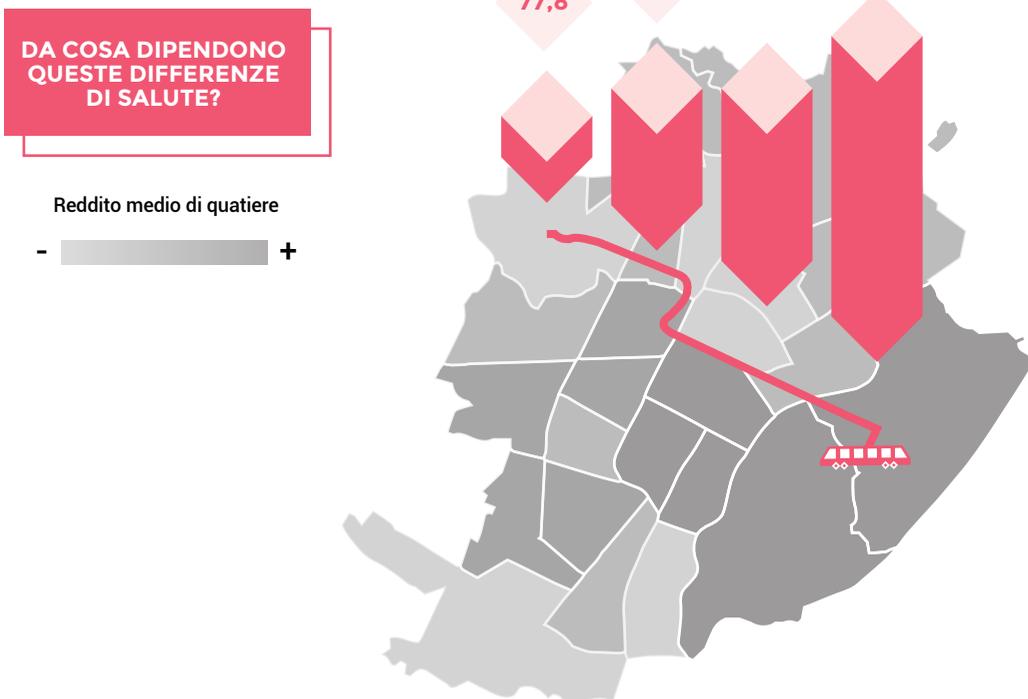
**2.  
il territorio  
– risorse  
e capacità  
per la salute**

## La salute nei quartieri: conta di più chi sei o dove vivi? \*

Torino è caratterizzata da una variabilità geografica nella salute. Si osserva, cioè, un divario fra i quartieri socio-economicamente svantaggiati (le periferie a Nord di corso Regina Margherita e Mirafiori Sud) e quelli più ricchi (Collina, Centro alto-borghese e quartieri centro-occidentali) che può essere sintetizzato dalla differenza di circa 4 anni nella speranza di vita per gli uomini tra chi vive in Collina e chi vive alle Vallette.

Le disuguaglianze di salute dentro la città sono tali che se prendessimo il tram della linea 3 che collega i quartieri ricchi della collina a quelli poveri della periferia Nord della città, osserveremmo negli uomini una perdita di circa 5 mesi nella speranza di vita per ogni chilometro percorso.

Speranza di vita alla nascita - uomini



\* 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 divario (comunque meno pronunciato se comparato a quanto accade in altre città europee) può essere dovuto a due ragioni:

1. La selezione legata alla mobilità residenziale: le persone più agiate (che hanno una salute migliore) cercano casa nelle zone più belle, accessibili e dotate di edilizia residenziale di pregio, mentre le persone meno agiate (che hanno una salute peggiore) hanno minore possibilità di scelta e, di conseguenza, si stabiliscono nei quartieri dove il costo della vita è più basso. Il divario di salute, dunque, non sarebbe altro che il riflesso della diversa distribuzione geografica delle principali cause delle variazioni di salute, cioè i cosiddetti *determinanti sociali* individuali: se le persone più svantaggiate (in termini di risorse materiali e reti sociali) si concentrano di più in alcune zone della città, allora in queste zone è più facile osservare eccessi di mortalità.

Su queste dinamiche le politiche possono intervenire fino a un certo punto, essendo la mobilità residenziale influenzata anche dalle trasformazioni demografiche e di mercato. Tuttavia, un margine di intervento può derivare dal modo con cui le politiche urbane regolano il mercato della produzione, dei servizi e dell'edilizia residenziale.

2. La seconda causa di questa geografia della salute può essere ricondotta alle caratteristiche dei quartieri, che hanno un effetto diretto sulla salute di chi vi risiede, indipendentemente dalle caratteristiche individuali delle persone che ci vivono. Le caratteristiche dell'ambiente di vita (naturale, costruito e sociale) potrebbero essere dei fattori di rischio o di resilienza per la salute; ad esempio, più rumore, più inquinamento, più paura per la propria sicurezza possono rappresentare delle minacce per la salute; al contrario, un buon supporto sociale, più sicurezza, meno inquinamento possono avere un effetto protettivo. Inoltre l'offerta e l'accessibilità ai servizi necessari per promuovere, proteggere e curare la salute potrebbe essere distribuita in modo diverso tra i quartieri. In questo caso, il margine di intervento per le politiche (da quelle urbanistiche rispetto al *social mix*, alla struttura urbana, all'ambiente, ai servizi, alla mobilità, oltre alle politiche di allocazione geografica delle risorse dei vari settori) che possono modificare queste situazioni è maggiore.

Se si prova a descrivere lo svantaggio di ogni quartiere secondo un indicatore composito che tenga conto contemporaneamente di cinque dimensioni (i cosiddetti 'attributi di qualità urbana'):

- **STATO SOCIO-ECONOMICO INDIVIDUALE**
- **SICUREZZA URBANA**
- **STRUTTURA URBANISTICA**
- **OFFERTA DI SERVIZI**
- **SICUREZZA STRADALE**

si ottiene una classifica 'in negativo' che mette in evidenza i quartieri in cui si accumulano più problemi con un potenziale effetto sulla salute.

Quello in cui si concentrano maggiori criticità è Barriera di Milano, seguito da Madonna di Campagna-Lanzo, Lucento-Vallette, Rebaudengo-Falchera, Aurora e Lingotto.

I quartieri in cui tali problemi sono ridotti al minimo sono Vanchiglia, San Salvario e il Centro.



Ci si aspetta che la salute sia condizionata in maniera negativa da ciascuna di queste caratteristiche, e quindi che esista una relazione inversa tra ognuna di queste dimensioni e la salute. In effetti è così, ma le correlazioni tra la speranza di vita e ciascuna di queste dimensioni sono più forti quando si considera l'effetto sulla salute del solo svantaggio sociale individuale, soprattutto tra gli uomini (per i quali il 60% della variabilità nella speranza di vita tra i quartieri sarebbe spiegata dalle differenze nello svantaggio individuale).

La variabilità geografica di salute tra i quartieri spiegata dal contesto è invece più contenuta: per gli uomini il 15% della variabilità è spiegata dalle differenze tra quartieri nel grado di insicurezza urbana, il 4% dalla struttura urbanistica, l'1% dall'insicurezza stradale e meno dell'1% dalla povertà di servizi (per le donne, invece, la struttura urbanistica e la povertà di servizi hanno un peso maggiore nella spiegazione delle differenze di salute tra quartieri, rispettivamente del 14% e del 5%).

## Quanto ciascuna dimensione contribuisce alle differenze di salute tra quartieri?

UOMINI	
Insicurezza stradale	<1%
Povertà dei servizi	1%
Struttura urbanistica sfavorevole	4%
Insicurezza urbana	15%
Svantaggio individuale	60%



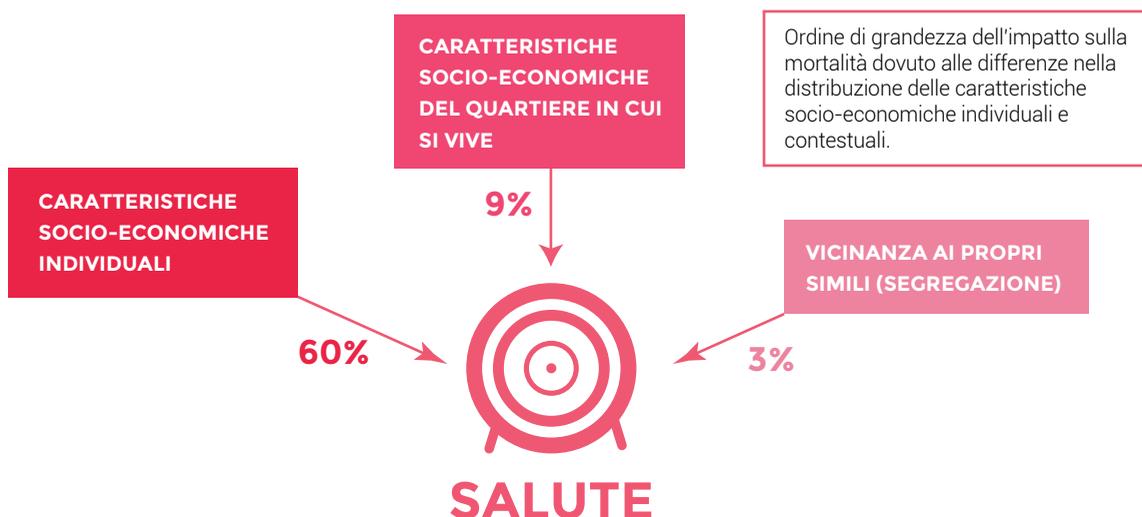
DONNE	
Insicurezza stradale	<1%
Povertà dei servizi	5%
Struttura urbanistica sfavorevole	14%
Insicurezza urbana	14%
Svantaggio individuale	35%



Lo svantaggio socio-economico individuale è dunque fortemente associato alle disuguaglianze di salute e questo è particolarmente evidente soprattutto per quelle cause di morte che parlano di violenza e disagio: l'omicidio, il suicidio, le morti correlate all'alcool e alla droga. In effetti le cause di morte che mostrano la più alta proporzione di morti attribuibili alle differenze sociali sono quelle legate alle dipendenze e al sesso insicuro (alcool-correlate, droga-correlate, cirrosi, AIDS e tumore della cervice), e quelle per le sedi tumorali che riconoscono l'alcool tra i principali fattori di rischio (tumori delle Vie Aeree e Digestive Superiori - VADS - e tumore del fegato). Per avere un'idea dell'impatto che lo stato socio-economico ha su queste patologie si pensi che se tutti avessero avuto un rischio di morire pari a quello dei laureati si sarebbero potute evitare, tra gli uomini, quasi il 90% delle morti per cause droga-correlate negli anni '90 e più del 70% delle morti per cause alcool-correlate negli anni 2000, senza dimenticare le situazioni di violenza su donne, anziani e bambini, condizioni purtroppo all'ordine del giorno nelle cronache nazionali e per le quali è dimostrabile un gradiente sociale.

## Ma cosa conta di più nel condizionare il rischio di morire per cause legate a violenza e dipendenze, il contesto in cui si vive o la condizione socio-economica propria di ciascun individuo?

A Torino, diversamente da quanto succede in altre realtà europee, si è visto che anche su cause di morte come quelle dovute a violenza e dipendenze, per le quali le disuguaglianze di salute sono molto evidenti, le caratteristiche socio-economiche del contesto hanno un'influenza marginale rispetto al ruolo delle caratteristiche socio-economiche individuali. Il fatto che le caratteristiche socio-economiche del contesto, a Torino, non sembrano giocare un ruolo significativo nel rischio di morte violenta e da disagio potrebbe voler dire che l'organizzazione della città (urbanistica e mobilità, servizi e organizzazione sociale) sarebbe stata capace di costituirsi con caratteristiche ambientali non rischiose per la violenza o buone per moderare i suoi effetti sulla mortalità. Mentre, il perdurante ruolo centrale e rilevante dello svantaggio sociale individuale nel rischio di mortalità violenta e da disagio è un monito alle politiche allocative, che possono così apprezzare quale beneficio marginale sulla salute deriverebbe se esse fossero capaci di investire in azioni capaci di mitigare gli effetti dello svantaggio individuale.



Sulla mortalità generale, invece, è possibile dimostrare un effetto diretto sulla salute del contesto in cui si vive indipendentemente dalle condizioni socio-economiche individuali. Tuttavia, quando con aggiustamenti statistici si tiene conto dell'effetto sulla mortalità del livello sociale degli individui, si vede che l'effetto diretto e sfavorevole sulla mortalità dovuto al fatto di vivere in un quartiere povero è stimabile con un eccesso di rischio di morte che arriva al massimo al 9% per chi vive in quartieri mediamente molto poveri rispetto a chi vive in quartieri mediamente molto ricchi. Infine anche il grado di segregazione (cioè quanto i ricchi tendono a vivere vicino ai ricchi e i poveri vicino ai poveri) influenza significativamente il rischio di morte nei due sessi e in modo indipendente dal rischio di morte legato al livello socio-economico individuale e al grado di deprivazione del quartiere; tuttavia, gli eccessi di morte spiegati dalla segregazione non superano il 2-3%. In altre parole, stare vicini tra simili non fa bene salute, soprattutto nei quartieri più ricchi. Dunque, sarebbe auspicabile che le politiche pubbliche implementassero azioni mirate al miglioramento della salute dei cittadini, a partire, per esempio, dalla regolazione del mercato dell'edilizia residenziale privata e di assegnazione di quella pubblica, dai trasporti pubblici e dall'offerta dei servizi.

**In sintesi conta di più chi sei, un po' meno dove vivi e un po' meno ancora se i tuoi vicini sono simili a te**

## Quali implicazioni per le politiche?

Esempi virtuosi di politiche che hanno dimostrato di avere un impatto positivo sulla salute sono quelle che sono state capaci di controllare o mitigare gli effetti dell'ambiente fisico di vita. Le politiche ambientali, ad esempio, negli ultimi quarant'anni, hanno portato a un netto miglioramento nei livelli medi di particolato atmosferico; le politiche socio-sanitarie integrate, hanno dimostrato di saper tutelare le persone più vulnerabili dagli effetti delle ondate di calore; mentre le politiche dei trasporti hanno dimostrato la capacità del trasporto pubblico di ridurre incidenti e feriti nel primo tratto del percorso della metropolitana (l'asse di corso Francia) e questo costituisce senza dubbio un incoraggiamento a proseguire nella ricerca di politiche intersettoriali capaci di agire anche sugli aspetti sociali del contesto di vita.

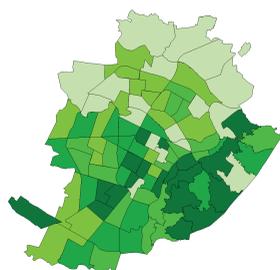
D'altra parte, se è vero che le aree più povere della città sono quelle in cui si evidenziano eccessi di mortalità rispetto ai quartieri più ricchi - e tale divario è persistente dagli anni '70 a oggi - è vero anche che negli ultimi quarant'anni il divario di salute fra i quartieri è diminuito soprattutto perché le aree più svantaggiate sono anche quelle in cui la speranza di vita di chi le abita è migliorata più rapidamente.

I quartieri della periferia Nord della città, sempre in cima alla graduatoria della deprivazione, sono cioè quelli in cui si è assistito, soprattutto tra gli uomini, a un miglioramento significativo della speranza di vita alla nascita.

Dunque, le trasformazioni della città e le politiche che le hanno accompagnate e favorite sono riuscite a moderare le disuguaglianze di salute della città: una storia che può essere considerata di successo e che incoraggia ad affrontare con maggiore consapevolezza 'l'ultimo miglio'. Infatti, le disuguaglianze residue a cui è approdata la salute nella città negli anni Duemila misurano i margini di miglioramento per le politiche pubbliche e le responsabilità dei vari attori della città, specialmente nei quartieri in cui si concentra una maggiore vulnerabilità.

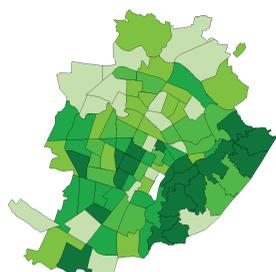
Mappe della speranza di vita alla nascita a Torino negli anni '70 e 2000 con Trend Temporale. Uomini.

1972-1981



Speranza di vita alla nascita

2002-2011



Trend temporale

