

GIUSEPPE COSTA

LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE: UNA SFIDA PER LE DISCIPLINE CHE SI  
OCCUPANO DI VALUTAZIONE DELLE POLITICHE

1. *Un po' di storia*

Il senso comune attribuisce la responsabilità della salute un po' alle caratteristiche genetiche e agli stili di vita delle persone e un po' alla buona tecnica dei medici che le curano. Tuttavia fin dagli anni Settanta gli studi sui migranti hanno mostrato che cambiando l'ambiente cambiava anche il rischio di malattia. Ad esempio i giapponesi che attraversavano il Pacifico per insediarsi chi nelle Hawaii chi in California, mentre progredivano nell'inculturazione americana miglioravano il loro alto rischio per *itus* e perdevano la loro tradizionale protezione per la malattia coronaria [Marmot 1975]; allo stesso modo cambiavano i loro rischi per i tumori più frequenti: mammella, stomaco e intestino [Kolonel 1980]. Quali circostanze sociali e ambientali potevano fare tanta differenza da rivoluzionare un profilo epidemiologico che in patria continua a presentarsi sempre uguale?

Negli stessi anni il Black Report nel Regno Unito e il rapporto Lalonde in Canada sfatavano un altro mito: dopo trent'anni da Beveridge e dalla creazione dei Servizi Sanitari Nazionali le disuguaglianze sociali nella mortalità negli anni Settanta erano molto più accentuate di quelle che si osservavano prima della guerra [DHSS 1980; Lalonde 1974]. Dunque nel modo con cui si organizzava la società doveva esserci qualche fattore che influenzava la salute in modo più rilevante che non una buona medicina resa disponibile per tutti.

In verità queste notizie non avrebbero dovuto sorprendere la comunità scientifica, dato che, già alle origini della moderna medicina nell'Ottocento, pionieri della patologia cellulare come Rudolf Virchow sapevano riconoscere proprio nello sviluppo sociale ed economico distorto e nelle sue conseguenze sull'igiene e sulla povertà le principali cause delle epidemie che affliggevano le popolazioni di allora; una consapevolezza che aveva portato Virchow ad occuparsi nel parlamento prussiano di politiche di risanamento e che gli aveva fatto coniare un detto divenuto famoso in sanità pubblica:

“La politica non è altro che la medicina su scala più vasta” [Virchow 2006; DeWatt 2003].

Su questa stessa lunghezza d'onda igienisti come Pagliani, l'estensore della legge Crispi sulla sanità del nuovo Regno, dedicavano più attenzione ed insegnamento agli urbanisti che non ai medici, ben sapendo che era la disponibilità di infrastrutture primarie per l'igiene, come l'acqua, la casa, l'alimentazione, a far la differenza per la salute delle popolazioni [Cosmacini 1996]. Da allora lungo tutto il XX secolo la scoperta dei germi ed i progressi della medicina e delle medicine prima, e l'attenzione al ruolo degli stili di vita poi, hanno fatto dimenticare le radici sociali ed ambientali della salute, radici che oggi l'evidenza delle disuguaglianze di salute ci restituisce più attuali che mai.

Grazie a questa rinnovata sensibilità nascono le raccomandazioni internazionali verso una promozione della salute attenta ai determinanti sociali, raccomandazioni che sono sfociate nella strategia Health in All Policies, che è stata fatta propria con una dichiarazione congiunta dai ministri della Salute dei paesi dell'Unione Europea in una recente conferenza organizzata a Roma il 18 dicembre 2007 [AAVV 2007].

Tutti gli studi comparativi che hanno valutato lo stadio di sviluppo delle iniziative di contrasto delle disuguaglianze di salute nella politica dei vari paesi europei vedono l'Italia sospesa in una fase di stallo, intermedia tra una consapevolezza iniziale dell'esistenza e dell'importanza del problema e l'incapacità di darvi seguito con programmi di azione coordinati, coerenti e non settoriali [Judge 2005]. La responsabilità di questa *impasse* va da un lato alla povertà di cultura e tradizione empirica della politica nostrana, che preferisce argomentare di equità sul piano delle controversie etiche ed ideologiche piuttosto che misurarsi con i dati. D'altro lato la colpa è da attribuire anche alla natura episodica e monodisciplinare degli sforzi di ricerca finora realizzati in Italia su questi temi. In Italia è ancora molto difficile misurare sistematicamente le covariate sociali in associazione con gli indicatori di salute, e sono carenti i sistemi di indagine longitudinale multiscopo, gli unici che

sarebbero in grado di disarticolare i meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute lungo le traiettorie di vita.

A questo si aggiunge la diffusa incapacità e resistenza delle diverse discipline scientifiche nel condividere schemi esplicativi, metodi di studio, idee e fonti di finanziamento per far decollare una ricerca integrata sul tema.

In che misura una rinnovata sensibilità ai rapporti tra salute e società interpella le diverse discipline che concorrono a studiare questi fenomeni: la medicina, le scienze sociali, le scienze economiche, quelle statistiche, quelle psicologiche? Quale agenda essa configura per gli obiettivi di ricerca scientifica e per quelli di valutazione ad uso della *policy analysis* in Italia? Questo saggio cercherà di dare alcune risposte, esaminando le caratteristiche salienti con cui si presentano le disuguaglianze di salute in Europa e in Italia, discutendo di quanto siano rilevanti in Italia i meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute che sono stati invocati nella letteratura scientifica, ed esaminando l'impatto che su di essi potrebbero avere le politiche di *welfare* e non solo.

## 2. *Le disuguaglianze di salute nei paesi ricchi: i fatti*

Numerosi studi comparativi europei hanno confrontato la natura, la direzione, l'intensità e l'andamento temporale delle disuguaglianze nella salute nei diversi paesi europei [Mackenbach 2005; 2008], giungendo alle seguenti conclusioni:

- i. quanto alla natura: le disuguaglianze di salute a sfavore delle posizioni più svantaggiate riguardano
  - i. tutte le principali dimensioni su cui si può misurare la salute: mortalità, incidenza di malattia, incidenza di conseguenze sfavorevoli della malattia come lo stato di disabilità, i disturbi soggettivi, la letalità;
  - ii. si ripetono con intensità abbastanza alta (negli anni Novanta nei paesi occidentali si osservano rapporti tra i tassi di mortalità dell'ordine 1,5-1,9 tra le posizioni estreme di una qualsiasi scala sociale) su tutte le dimensioni su cui si può misurare la posizione sociale individuale, sia quelle di carattere relazionale (classe sociale o credenziali educative), sia quelle di carattere distributivo (reddito, beni in proprietà...);
  - iii. si ripetono anche, seppur con un'intensità minore (rapporto tra i tassi dell'ordine di 1,2-1,3) su tutte le dimensioni su cui si può misurare la posizione sociale del contesto di vita, sia sulla scala relazionale (capitale sociale) sia su quella distributiva (accesso alle opportunità ambientali e infrastrutturali);
- ii. quanto alla direzione: per le voci nosologiche più frequenti e gravi le disuguaglianze di salute sono quasi sempre a svantaggio delle posizioni sociali più sfavorite, così come lo sono le disuguaglianze nell'esposizione ai fattori di rischio che le causano;
  - i. disuguaglianze di segno opposto (a sfavore dei gruppi sociali più avvantaggiati) riguardano poche malattie che sono causate da fattori direttamente correlati con la posizione sociale: è il caso dei tumori della mammella e del polmone tra le donne, la cui insorgenza è influenzata nel primo caso dal ritardo dell'età al primo figlio e nel secondo dal fumo, caratteristiche che sono associate all'alta posizione sociale;
  - ii. esistono anche numerose malattie che sono prevalentemente influenzate da fattori genetici, la cui distribuzione sociale quindi è casuale;
- iii. quanto all'intensità: la forza dell'associazione tra posizione sociale e indicatore di salute è misurabile attraverso due modi:
  - i. le misure relative sono quelle che confrontano la frequenza della malattia tra i più svantaggiati rispetto ai più avvantaggiati attraverso un rapporto (misure di rischio relativo, in gergo epidemiologico); in questo caso l'intensità relativa delle disuguaglianze di salute risulta variabile tra i paesi; ad esempio l'eccesso di mortalità della bassa rispetto all'alta istruzione è

- intorno al 50-90% in tutti i paesi dell'Europa a 15, mentre supera il 100% tra i paesi dell'Europa orientale; in genere l'eterogeneità geografica e temporale nell'intensità delle disuguaglianze relative viene invocata come argomento per sostenerne l'evitabilità;
- ii. le misure assolute sono quelle che mettono a confronto la frequenza di malattia tra i più svantaggiati e quelli avvantaggiati attraverso una differenza (misure di rischio attribuibile, in gergo epidemiologico); le disuguaglianze su scala assoluta presentano un'eterogeneità geografica ancora più spiccata, e che può mettere capo anche a graduatorie non coincidenti con quelle descritte dalle misure relative; infatti le disuguaglianze assolute dipendono sia dall'intensità delle disuguaglianze relative, sia dal valore di base del rischio di malattia, sia dalla numerosità delle persone in posizione svantaggiata; questo fa sì che un paese scandinavo come la Svezia presenti disuguaglianze relative di intensità paragonabile a quelle del Regno Unito, ma disuguaglianze assolute di più modesta entità, perché in Svezia le persone di bassa posizione sono meno numerose e il rischio di mortalità nella popolazione generale è più basso [Vagero 1997];
- iv. quanto alla forma dell'associazione: le disuguaglianze nella salute si presentano come un gradiente, di forma variabile;
- i. il gradiente vuol dire che ogni volta che si misura la salute su una scala di posizione sociale che abbia un significato ordinale, il livello di salute di ogni posizione sociale è sistematicamente peggiore di quello della posizione sociale immediatamente sovraordinata e migliore di quella sottordinata; dunque non sembra riconoscibile nella relazione dose-risposta una "soglia" di posizione sociale al di sopra della quale la posizione risulterebbe indifferente;
  - ii. la forma della relazione dipende dalla dimensione sociale che viene utilizzata; tuttavia quasi mai la metrica della posizione sociale è così analitica e continua da permettere uno studio della forma della relazione; solo nel caso della relazione reddito-salute la letteratura ha osservato in modo non univoco una qualche deviazione dalla linearità della relazione, più spesso in corrispondenza dei redditi molto alti o di quelli molto bassi (una qualche indifferenza al reddito può essere spiegata dalla disponibilità gratuita di servizi funzionali per il basso reddito, e dalla minore rilevanza del reddito per l'acquisizione di beni-opportunità di salute per le fasce più avvantaggiate);
- v. quanto all'interazione con altri caratteri all'origine di potenziali disuguaglianze:
- i. il genere: le disuguaglianze di salute sono di intensità meno accentuata tra le donne, a causa di alcune malattie femminili che sono direttamente correlate con la posizione sociale; al netto di queste voci, le disuguaglianze non mostrerebbero variazioni di genere nell'intensità;
  - ii. l'età: le disuguaglianze di salute sono di intensità decrescente con l'invecchiamento, a causa di fenomeni di selezione che portano le persone di posizione sociale più sfavorita a soccombere prima; tuttavia, dato che la frequenza della morbosità cresce con l'età, le disuguaglianze assolute tendono a crescere con l'età;
  - iii. l'origine etnica: le disuguaglianze sono presenti in misura variabile in tutti i principali gruppi etnici; le variazioni di intensità segnalano interazioni importanti con caratteristiche culturali o genetiche che non vanno trascurate.

Le disuguaglianze sociali nella salute in Europa sono comparabili con quelle osservate all'interno di altre regioni del pianeta, e sembrano invece essere di scala differente rispetto a quelle tra i paesi ricchi e poveri a livello globale. Su scala planetaria la curva di Preston [2003] descrive una

chiara relazione tra reddito (PIL procapite) e speranza di vita fino ad un livello di circa 5.000 Dollari USA equivalenti; l'associazione tende ad livellarsi oltre a quella soglia. Esisterebbe dunque una soglia minima di risorse e opportunità, al di sotto la quale ogni progresso si tradurrebbe in un guadagno di salute (argomento che concorre a giustificare i *Millennium Development Goals* [UN 2000]). Sopra questa soglia la speranza di vita non sarebbe più influenzabile dal livello di ricchezza prodotta, ma dal livello di disuguaglianza sociale della sua distribuzione [Wilkinson 2006]: infatti sopra la soglia la speranza di vita crescerebbe linearmente con gli indici di concentrazione del reddito. Tra l'altro nella curva di Preston si osservano anche contrasti inattesi, come quello degli USA che, pur essendo il paese più ricco (insieme al Lussemburgo), presentano una speranza di vita simile a quella del Costa Rica o di Cuba; o come il caso della Russia che ha un PIL molto più alto dello Sri Lanka, ma una speranza di vita più bassa. Le cause di morte che spingono la speranza di vita in USA o Russia più in basso di quella dei paesi simili per ricchezza non sono le cause solitamente associate alla povertà (malattie trasmissibili e denutrizione), ma sono le malattie non trasmissibili e le cause violente.

Dunque anche a livello geografico planetario a predire le differenze di salute sarebbero non solo la ricchezza, ma anche il modo con cui si organizza la società, ad esempio il suo grado di disuguaglianza e di coesione sociale.

### 3. *Le disuguaglianze di salute nei paesi ricchi: le spiegazioni*

Volendo cercare una spiegazione capace di abbracciare insieme le disuguaglianze di salute planetarie e quelle sociali interne ad ogni singolo paese, soprattutto quelle nei paesi ricchi, alcuni autori hanno chiamato in causa il ruolo del controllo che le persone hanno sul proprio destino [Marmot 2004; Wilkinson 2005]. Poiché la natura e la qualità del destino che si desidera per se stessi cambierebbero tra i paesi poveri e quelli ricchi, ecco che sarebbero diverse le scale delle disuguaglianze su cui si manifesterebbero gli effetti sulla salute, quella assoluta nei paesi poveri (ad esempio sotto la soglia dei 5.000 dollari) e quella relativa nei paesi ricchi (sopra la soglia). Ma la radice di questi fenomeni rimarrebbe sempre il livello di controllo disponibile per le persone. Per designare questa spiegazione delle disuguaglianze sociali di salute nei paesi ricchi il più illustre di questi autori, Michael Marmot, che presiede la commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'Organizzazione mondiale della sanità [WHO 2005], ha coniato il termine "Status syndrome" [Marmot 2004]. Le differenze di posizione sociale individuale sarebbero all'origine delle differenze di controllo e capacità di uso di quelle risorse che servono a determinare il destino che la persona ritiene che meriti di essere realizzato, concetto che risale ad Adam Smith e che Amartya Sen ha riconsiderato nella sua teoria sulla libertà e le *capabilities* [Sen 1992] e Nicholas Stern ha espresso nel concetto di *empowerment* [Stern 2004]. Questa limitazione di controllo agirebbe sulla salute individuale sia attraverso un minore accesso alle risorse utili per la salute, sia attraverso il vissuto dell'esperienza di scarsa autonomia e di mancata remunerazione per il proprio ruolo sociale, vissuti che sarebbero di per sé patogenici. Analoghi meccanismi sarebbero in azione a livello aggregato, dove le differenze sociali delle comunità darebbero luogo da un lato a limitazioni di accesso alle risorse infrastrutturali utili per la salute, e dall'altro ad un vissuto di differenze di capitale sociale.

C'è una discreta letteratura epidemiologica sulle esperienze nei luoghi di lavoro che dà sostegno a questa teoria, dove il vissuto soggettivo dello squilibrio tra *demand* e *control* da un lato [Karasek 1985] e il vissuto sociale dello squilibrio tra *effort* e *reward* dall'altro [Siegrist 1986] si sono mostrati capaci di generare effetti sfavorevoli su numerosi problemi di salute fisica e psichica. A livello di aggregato analoghe spiegazioni mostrano l'impatto sulla salute del sostegno delle reti sociali [Cohen 2000] e degli squilibri nel capitale sociale [Diez Roux 2001]. Sul piano fisiopatogenetico è noto che queste situazioni di squilibrio sono in grado di stimolare una catena di reazioni neuroendocrine che accompagna lo *stress* e che, se stimolata in modo cronico, è all'origine di una sindrome metabolica (diabete mellito e malattia coronaria) e di altre patologie somatiche e psichiche, oltre che di disturbi immunitari, e per questa via anche di una diminuzione di resistenza alle malattie. Questi meccanismi garantirebbero plausibilità biologica all'ipotesi che lo *stress* cronico messo in moto da tali fattori psico-sociali sia il meccanismo di generazione del rischio di disuguaglianze sociali di salute. Sul

versante sperimentale sono rinomati gli studi che hanno mostrato come l'organizzazione sociale gerarchica in un branco di primati dia luogo agli stessi meccanismi di *stress* cronico, con l'attivazione degli stessi mediatori umorali che sono responsabili dell'impatto sulla salute delle disuguaglianze negli umani [Sapolsky 1998].

Il fascino di questa cornice esplicativa risiede nel fatto che essa inserisce le disuguaglianze sociali nella salute all'interno di un orizzonte esplicativo comune a quello delle disuguaglianze sociali rispetto a altre capacità della persona, rendendole quindi intelligibili oltre il dominio della medicina, un dominio specialistico che di solito scoraggia lo sguardo dei saperi non medici [Cardano 2008]. Inoltre questa spiegazione sembra la più idonea a dar conto del perché in paesi dove non manca igiene e sicurezza dell'acqua, degli alimenti e dell'ambiente di vita, i rischi di malattia e di morte siano ancora legati al gradiente sociale.

Ma quali sono i meccanismi specifici di generazione delle disuguaglianze sociali di salute che sono sottesi a questa spiegazione generale? A questo scopo può servire uno schema esplicativo come quello proposto da Bakker modificato [Mackenbach 2002], in cui vengono evidenziati i meccanismi con cui agiscono i determinanti sociali della salute [Costa 2004].



Fig. 1 Schema esplicativo dei meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute.

Lo schema evidenzia, procedendo da sinistra a destra, le possibili relazioni tra il modo con cui si organizza la società e la salute:

- dapprima lo schema si interroga sul ruolo dei fattori che il gergo medico chiama “distali“ e che sono “le cause delle cause” delle disuguaglianze sociali di salute: prima di tutto si considera il ruolo dell’economia e del lavoro che producono e distribuiscono risorse, poi il ruolo della cultura e della capacità coesiva della società e del *welfare* che servono a moderare gli effetti distributivi di economia e lavoro;
- influenzata da questo contesto, la stratificazione sociale si sviluppa
  - i. a livello individuale, costruendo la posizione sociale che regola quanto e come la persona riesce a controllare il proprio destino (dunque la scala relazionale del potere, ad esempio quella di classe); a quante e quali risorse riesce ad accedere

- (dunque la scala distributiva, ad esempio quella del reddito o del possesso dei beni); e di quali aiuti (legami forti) può disporre;
- ii. a livello aggregato, costruendo le caratteristiche sociali del contesto in cui vive la persona, caratteristiche che descrivono da un lato i climi sociali (dunque di nuovo una scala relazionale del potere che oppone comunità più coese e orizzontali a comunità più competitive e verticali); dall'altro le opportunità e le risorse che vengono rese disponibili (dunque nuovamente una scala distributiva, quella della disponibilità di infrastrutture pubbliche e sociali, verde, servizi...), e dall'altro ancora gli aiuti che sono favoriti da questi contesti (legami deboli);
  - iii. la stratificazione sociale a livello individuale e a livello del contesto potrebbero interagire tra loro nel senso che il contesto potrebbe facilitare od ostacolare la capacità di utilizzo da parte della persona delle risorse che sono utili per promuoverne lo sviluppo e proteggerne l'integrità, e quindi la salute;
- a questo punto lo schema fa entrare la relazione tra posizione sociale (individuale e contestuale) e determinanti della salute detti “prossimali” in gergo medico, cioè quelle variabili intervenienti che sono in grado di influenzare direttamente la salute; esse sarebbero categorizzabili in quattro tipologie:
- i. i fattori psicosociali, cioè quegli squilibri nelle coppie “*demand-control*” e “*effort-reward*” e nel sostegno e nel capitale sociale, che nascono nel vissuto di circostanze di lavoro e di vita diseguali a livello individuale e a livello aggregato;
  - ii. i fattori comportamentali, cioè gli stili di vita insalubri come le dipendenze da fumo, alcool, sostanze; l'alimentazione squilibrata in calorie e nutrienti; la sedentarietà; l'esercizio del sesso promiscuo non protetto;
  - iii. i fattori ambientali, cioè l'esposizione a fattori chimici, fisici, meccanici ed ergonomici dell'ambiente di vita e di lavoro che pongono un rischio per la salute;
  - iv. le limitazioni di accesso al sistema appropriato (cioè efficace e sicuro) di diagnosi e cura.

Le prime tre categorie di quest'ultimo gruppo riguardano i determinanti dell'insorgenza di un problema di salute (una nuova malattia, ad esempio); l'ultima categoria riguarda i determinanti della prognosi del problema di salute (cioè della possibilità che il problema di salute si risolva, attraverso la guarigione ad esempio, o finisca in disabilità o morte). E' attraverso questa catena che i fattori distali che caratterizzano una società influiscono sull'insorgenza delle malattie e sui loro esiti attraverso la posizione sociale degli individui e dei contesti. Lo schema sottolinea in calce che questa storia risulterebbe troppo semplificata se non si tenesse conto che essa si svolge lungo la traiettoria di vita delle persone e delle famiglie, attraverso una carriera longitudinale di meccanismi di stratificazione sociale e di esposizione a variabili intervenienti.

Ritornando al profilo con cui si presentano le disuguaglianze nella salute nei paesi ricchi (cfr par. 2), in effetti i meccanismi esplicativi sintetizzati nello schema sembrerebbero in grado di giustificarlo adeguatamente:

- le disuguaglianze di salute riguardano quasi tutte le principali malattie perché aggrediscono la salute o con meccanismi patogenetici a bersagli multipli (fattori psicosociali e limitazioni di accesso all'assistenza), o con una pluralità di meccanismi specifici (stili di vita e fattori ambientali);
- si esprimono su tutti gli indicatori di posizione sociale, un po' perché ognuno di loro dà un contributo sostanzialmente collineare alla descrizione delle diversità di controllo che una persona ha sul proprio destino di vita, e un po' perché ogni indicatore ha una capacità indipendente nel descrivere le differenze di distribuzione di una specifica classe di risorse utili per la salute (competenze, risorse materiali, prestigio...);
- si manifestano con un gradiente senza soglia apparente, dato che i meccanismi prevalenti sarebbero il risultato misto di un gradiente di potere e di un gradiente di distribuzione di risorse.

A fianco di questi meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute che si esprimono lungo tutto il gradiente della scala sociale e sopra un certo livello di base della capacità di soddisfazione dei bisogni, occorre ricordare che esiste anche un altro tipo di disuguaglianze di salute, che riguardano minoranze di popolazione che condividono esperienze di grave deprivazione materiale e sociale (senza tetto, disoccupati di lungo corso, immigrati irregolari, carcerati, tossicodipendenti e malati mentali in stato di abbandono...) e altrettanto gravi conseguenze per la salute. E' noto che nella storia di vita di queste persone tendono a cumularsi esperienze di svantaggio in tutti i meccanismi considerati nello schema precedente. Si tratta di persone la cui posizione sociale rappresenta il punto di arrivo di una discesa o di una immobilità di carriera che è stata influenzata vuoi da un serio problema di salute (una malattia mentale ad esempio), vuoi da un carattere individuale che predice il rischio di un problema di salute (ad esempio uno stato di dipendenza). Attraverso queste due vie questi gruppi possono scendere sotto la soglia massima di povertà che influenza direttamente le condizioni minime di sicurezza, igiene e sostentamento per la sopravvivenza.

Naturalmente il meccanismo di una mobilità sociale discendente (o più spesso della mancata mobilità ascendente) condizionata da un problema di salute potrebbe spiegare in piccola parte anche le disuguaglianze di tipo relativo [Cardano 2004], perché essa può verificarsi anche sulle scale ordinali della posizione sociale, senza una particolare soglia di discriminazione riconoscibile.

Dunque l'apparato esplicativo appena descritto mostra una discreta plausibilità biologica e sociale, una buona coerenza interna, una adeguata parsimonia e chiarezza ai fini comunicativi. Questo però non significa che tutto sia già stato scoperto e adeguatamente dimostrato. Un programma di revisione scientifica delle prove esplicative delle disuguaglianze sociali di salute condotto dalla European Science Foundation (Esf) pochi anni fa [Siegrist e Marmot 2006] ha identificato tre piste fondamentali di ricerca eziologica che meritano di essere esplorate ulteriormente dalla ricerca europea ed internazionale: i corsi di vita, i meccanismi psico-sociali e il ruolo dei contesti.

I corsi di vita sono una sfida interessante per la ricerca almeno per due ordini di ragioni. La prima è che una nuova e promettente linea di ricerca biomedica, sulla "programmazione biologica" [Barker 1994], ha evidenziato come il rischio di alcune patologie dell'adulto importanti per frequenza e gravità (come il diabete mellito, l'infarto di cuore, la malattia respiratoria cronica, la depressione) possa essere programmato fin dalla vita intra-uterina e dai primi mesi di vita attraverso insulti nutrizionali o emotivi che alterano il regolare processo di maturazione dei tessuti, degli organi e delle funzioni. Dai primi studi degli anni Ottanta (che mostravano come il basso peso alla nascita, manifestazione di esito precoce di questi insulti, fosse predittivo del rischio di mortalità per malattia respiratoria o per infarto nell'adulto) ad oggi si sono accumulati numerosi altri studi che hanno allargato lo sguardo ad altre patologie e soprattutto ad indicatori più analitici di insulto precoce, non solo nutrizionali o meccanici, ma anche psicologici, affettivi.

Siccome gran parte di questi insulti ha una distribuzione socialmente determinata, appare possibile che le disuguaglianze sociali nella salute dell'adulto siano già programmate attraverso le esperienze di disuguaglianze sociali nell'esposizione a questi insulti nei primi mesi di vita. Dare una risposta a questa domanda è di primaria importanza perché le politiche e gli interventi che si possono invocare per contrastare le disuguaglianze di salute differiscono radicalmente a seconda di quale sia la fase critica della vita in cui lo svantaggio sociale innesca un effetto irreversibile sulla salute. Per analogia si può ricordare che anche nel resto della traiettoria di vita di una persona ci sono altri momenti critici in cui la carriera sociale intercetta la carriera di salute e viceversa: molto poco è noto su quali siano le transizioni della storia di salute che sono più suscettibili agli eventi critici della storia sociale di una persona, e spesso è metodologicamente difficile disarticolare il ruolo di una singola transizione da quello delle sequenze di diverse forme di svantaggio, e da quello della cumulazione.

L'impressione generale che emerge da questi studi è che le disuguaglianze nella salute nell'adulto siano prevalentemente spiegate dalla posizione sociale dell'adulto; e che la rilevanza della posizione sociale nei primi mesi di vita (ovviamente di quella della famiglia di origine) sia misurabile, ma di dimensioni meno importanti di quella adulta se non per pochi specifici problemi di salute per i quali potrebbe essere più significativa. Comunque, al di là di questa valutazione sommaria della

letteratura scientifica finora accumulata sul tema, rimangono molte lacune scientifiche in proposito che meritano di essere colmate e che sfidano il ruolo di diverse discipline [Ben-Shlomo e Kuh 2002].

Una seconda ragione per cui i corsi di vita costituiscono una sfida interessante per la ricerca è che essi richiedono una infrastruttura di indagine longitudinale e multiscopo, per la quale occorrono sforzi congiunti di più discipline: nessuna disciplina, singolarmente presa, ha le competenze per coprire tutte le transizioni sociali e di salute che dovrebbero essere monitorate nel tempo di vita di una persona (biomediche, psicologiche, sociali, economiche).

Allo stesso modo nessuna singola disciplina è in grado di mettere in campo risorse finanziarie sufficienti per sostenere l'osservazione longitudinale di coorti di nuovi nati per un numero di decenni sufficiente per osservare porzioni significative della carriera sociale e di salute di un numero sufficientemente ampio di soggetti da consentire adeguata inferenza statistica sulle conclusioni.

La seconda linea di ricerca suggerita dall'ESF riguarda il ruolo dei fattori di rischio psicosociali. La *Status syndrome* conferisce a questi fattori di rischio un ruolo centrale nella spiegazione generale delle disuguaglianze di salute: sarebbero gli scompensi tra questi fattori a dare origine allo *stress* cronico in grado di minacciare così tante patologie, direttamente, o attraverso l'adozione di comportamenti insalubri. Tuttavia questa ipotesi, seppur suggestiva ed elegante, deriva da una letteratura di studi compiuti sui luoghi di lavoro, e solo occasionalmente sui luoghi di vita [Chandola 2004].

Inoltre non mancano studi controversi e risultati in controtendenza, per problemi di misura e misclassificazione dei fattori psicosociali, o per incapacità di tenere sotto controllo il ruolo di altri fattori confondenti, tra cui differenze sia nelle risorse materiali, sia nell'esposizione ad altri fattori psicosociali quali eventi di vita negativi. Anche lo studio dell'interazione tra esposizione a fattori psicosociali (occupazionali e non) e le caratteristiche socioeconomiche degli individui costituisce una importante priorità nella ricerca, essendo stato riportato che coloro che appartengono alle classi sociali più svantaggiate sono più suscettibili all'effetto di questi fattori [Lynch 1997]. Data l'importanza conferita a questa spiegazione, sarebbero necessari nuovi sforzi di ricerca per migliorare le capacità di misura dell'esposizione ai fattori psicosociali, per controllare il ruolo di altri fattori intervenienti, da applicare non più solo nei luoghi di lavoro ma in tutte le circostanze di vita dove il vissuto di uno *stress* cronico può essere segnato dalla sfavorevole posizione sociale.

L'ultima priorità per la ricerca recensita dall'ESF era la relazione tra il ruolo della posizione sociale individuale e quella dei contesti di vita. La ricerca sul ruolo dei fattori di contesto nasce fondamentalmente dagli studi ecologici di correlazione tra indicatori di salute e indicatori di reddito o di privazione di un'area.

Si è già detto degli studi a livello di macro-aree geografiche (nazioni o regioni), in cui la correlazione tra reddito e salute sarebbe diretta sotto una certa soglia di sussistenza minima, mentre oltre tale soglia la correlazione col reddito si annullerebbe, per ritornare diretta se al posto del reddito si osservi il livello di equità di distribuzione del reddito. Viceversa, quando si considerano aree geografiche di più piccole dimensioni e sufficientemente omogenee al loro interno, si osserva una correlazione diretta della salute sia col reddito sia con l'uguaglianza di distribuzione del reddito. Seppur con minore ricchezza di letteratura lo stesso fenomeno si osserva per gli indici di privazione.

La spiegazione di questo diverso comportamento risiederebbe nel fatto che l'osservatore deve imparare a dare un nome specifico al fenomeno che vuole correlare con la salute ed essere consapevole delle limitazioni introdotte dal tipo di unità statistica che osserva. Nei casi in cui si voglia studiare l'effetto sulla salute del reddito individuale, ma non si disponga di un dato individuale, allora si può utilizzare il dato del reddito mediano di un aggregato che contiene l'individuo come *proxy* di quello individuale. In queste situazioni la validità del risultato ottenuto sarà proporzionale alla capacità dell'aggregato di rappresentare l'individuo, una capacità tanto maggiore quanto più la distribuzione del reddito tra gli individui dell'aggregato sia omogenea (cioè quanto più sia limitata la distorsione ecologica). Questa è la ragione per cui il reddito mediano di un aggregato a livello nazionale funziona solo sotto una certa soglia di sussistenza (sotto cui si trovano paesi popolati da una grande maggioranza di persone con reddito molto basso); mentre sopra questa soglia la composizione del reddito tra cittadini sarebbe così eterogenea da non essere più



capace di predire nella sua tendenza centrale la posizione sociale di un suo componente. Viceversa, rimpicciolendo le dimensioni dell'aggregato (ad esempio scegliendo contee, distretti, sezioni postali o di censimento) l'omogeneità di distribuzione del reddito dentro l'aggregato potrebbe tornare ad essere adeguata per predire la posizione sociale relativa dei suoi componenti.

Al contrario quando si intende studiare l'effetto sulla salute dell'indice di concentrazione del reddito per sé, si punta esplicitamente a valutare l'impatto di un attributo contestuale e non di una *proxy* dell'attributo individuale. Il risultato che si ottiene rappresenta dunque validamente l'effetto sulla salute individuale del vissuto di un contesto che sia attraversato da più o meno intense sperequazioni di reddito.

A partire da questi lavori sul reddito e sulla deprivazione, e, soprattutto, con l'introduzione più recente dei metodi di analisi statistica multilivello che permettono di scomporre i fattori di variabilità dei diversi livelli di aggregazione considerati, negli ultimi anni sono fioriti nuovi studi che cercano di disarticolare il ruolo della posizione sociale individuale da quello degli attributi sociali di contesto nel predire la salute e cercano di valutarne l'eventuale interazione. La questione non è di poco conto ai fini dell'orientamento delle politiche. Infatti le azioni di contrasto degli effetti sulla salute delle disuguaglianze sociali individuali sono molto differenti per natura e responsabilità da quelle necessarie per contrastare le disuguaglianze attribuibili alle caratteristiche sociali del contesto. La maggior parte di questi studi mette a confronto l'impatto sulla salute delle disuguaglianze sociali individuali con quello di indicatori di deprivazione o di reddito del contesto. Il risultato più ricorrente mostra effetti individuali di intensità più pronunciata di quelli attribuibili al contesto [Van Lenthe 2005]. In qualche caso l'effetto del contesto consiste nel modificare l'effetto sulla salute dello svantaggio individuale [Costa 2003]. Tuttavia gli attributi dei contesti sono molto più numerosi, vari ed eloquenti (ai fini dell'orientamento delle politiche) di quanto non lo sia la sola deprivazione di area; e i sistemi informativi territoriali sono ormai in grado di dare descrizioni molto puntuali di questi attributi per aree geografiche di granularità sempre più fine. Dunque si apre un campo di esplorazione molto promettente per la ricerca sugli effetti contestuali. A questa agenda si aggiungono anche sfide metodologiche interessanti, che riguardano da un lato la scelta dei modelli statistici più validi [Biggeri 2001], dall'altro la scelta dell'unità statistica più appropriata per l'attributo in studio.

#### 4. *Le disuguaglianze di salute nei paesi ricchi: le politiche*

Purtroppo in tema di politiche si dispone di un livello molto modesto di prove scientifiche di efficacia e di impatto. Questo *handicap* viene valutato in modo eccessivamente severo nella cultura medica, dove, soprattutto negli ultimi due decenni, la pratica dell'Evidence based medicine ha introdotto il paradigma controfattuale come requisito metodologico per il vaglio delle principali decisioni cliniche in materia di terapia e di diagnosi. Tuttavia già fuori dal contesto clinico, nel campo degli interventi della sanità pubblica, questo paradigma presenta serie difficoltà di applicazione, dato che molti programmi sono così complessi e presentano interazioni così rilevanti col contesto, da non consentire un uso generalizzato del modello di studio controllato e randomizzato, e da spingere ad utilizzare studi osservazionali via via meno rigorosi sulla scala della qualità delle prove scientifiche.

In tema di valutazione di risultato delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute il compito è ancora più arduo e interpella in prima persona la responsabilità delle discipline che si occupano di *policy analysis*, prima ancora che le scienze mediche stesse. Ad esempio Diderichsen ha messo a confronto i progressi nella speranza di vita di Italia e Danimarca negli ultimi quarant'anni cercando di valutare l'importanza relativa dello sviluppo economico e del tipo di *welfare*. Entrambi i paesi in queste quattro decadi hanno realizzato un imponente crescita della ricchezza prodotta (da 10,8 migliaia di dollari pro/capite di PIL a 23,9 in Danimarca e da 8,0 a 20,8 in Italia tra il 1960 e la fine degli anni Novanta). Ma ad un progresso unitario di 10.000 dollari in PIL pro capite in Italia è corrisposto un miglioramento osservato di 6,6 anni della speranza di vita (da 69,8 a 78,3), mentre in Danimarca il miglioramento è stato di soli 2,6 anni (da 72,2 a 75,6). Sulla base di questa evidenza

nessuno tuttavia oserebbe decretare l'inferiorità di un *welfare* generoso e universalistico come quella danese rispetto a quello categoriale e meno generoso italiano.

Al massimo si potrebbe dire che nel contesto dei due paesi probabilmente il tipo di *welfare* non può essere definito, come si dice in gergo epidemiologico, una causa sufficiente e necessaria per un miglioramento della salute; al massimo potrebbe trattarsi di una causa contributiva che agisce in una storia che andrebbe disarticolata nei suoi complessi nessi e interazioni [Diderichsen 2008]. E' proprio a questa disarticolazione dei nessi che si dovrebbero impegnare le scienze che si occupano di analisi delle politiche.

In tali condizioni di povertà di prove di efficacia è quindi necessario che la scelta delle azioni di contrasto possa orientarsi almeno sulla base degli schemi esplicativi, ad esempio quello presentato nel paragrafo 3.

Sulla base di questo schema le politiche e gli interventi da cui ci si può aspettare i migliori risultati in termini di contrasto delle disuguaglianze di salute sono:

- quelli economici e sociali che fanno agire sulla stratificazione sociale, aumentando la capacità delle persone e dei contesti di controllare i propri destini, e diminuendo le disuguaglianze di tipo distributivo;
- quelli che migliorano le condizioni di lavoro sia in termini ambientali (fattori di rischio fisico, chimico e meccanico), sia in termini di organizzazione di impresa (ergonomia, fattori psicosociali);
- quelli che promuovono l'adozione e il mantenimento di stili di vita più salubri nei contesti di lavoro e in quelli di vita, lungo tutto il corso di vita di una persona;
- quelli che migliorano le condizioni ambientali di vita nella casa, nei quartieri e nelle città;
- quelli che riducono la vulnerabilità delle persone più suscettibili all'effetto sfavorevole sulla salute dei fattori di rischio prima menzionati, attraverso la medicina di iniziativa;
- quelli che migliorano l'equità di accesso all'assistenza sanitaria attraverso l'*equity audit*;
- quelli che evitano o moderano la discriminazione nelle carriere sociali legate allo stato di salute compromesso o compromettibile.

A priori non si dispone di adeguata informazione scientifica per comprendere da quale di queste categorie di politiche ci si possa aspettare l'impatto più rilevante per il contrasto delle disuguaglianze di salute.

Sommariamente si potrebbe dire che le politiche di inclusione sociale che agiscono sulla stratificazione sociale sono quelle da cui ci si dovrebbe aspettare il più alto impatto in termini di rischio attribuibile, cioè di differenze assolute di rischio. Infatti è esperienza comune dei paesi occidentali che il progressivo spostamento in alto del livello di istruzione e della posizione sociale di vaste fasce della popolazione si sia accompagnato con un miglioramento significativo e consistente della speranza di vita e della speranza di salute di queste stesse persone: ad esempio a Torino il numero di morti attribuibili alle differenze per livello di istruzione o per classe sociale si è molto ridotto con il tempo a causa dei processi di inclusione sociale che hanno coinvolto sempre più persone in livelli sempre crescenti di istruzione, con tutti i benefici economici, sociali e psicologici che l'educazione porta con sé [Costa 1998]. E' possibile che a questa riduzione delle disuguaglianze assolute nella salute che ha accompagnata le politiche di inclusione sociale si possa accompagnare qualche effetto indesiderato come un contestuale allargamento delle disuguaglianze relative di salute: è quanto è stato osservato in Svezia, dove le politiche sociali hanno ridotto al minimo la stratificazione sociale e le disuguaglianze di reddito, portando ampie fasce di popolazione più in alto nella scala sociale e nella speranza di vita, ma lasciando fasce sempre più ristrette di popolazione in una situazione di salute che migliora a ritmi più lenti e, quindi, allargando le disuguaglianze relative di salute. Gli autori svedesi ipotizzano che all'origine di questo paradosso ci possa essere da un lato un fenomeno di selezione condizionata allo stato di salute, che porterebbe alla mobilità ascendente persone di migliore salute, e dall'altro un fenomeno perverso per cui il miglioramento complessivo degli *standard* di vita di un *welfare* generoso premierebbe anche le più basse posizioni sociali, aprendo loro l'accesso a consumi voluttuari insalubri, alla cui dipendenza sarebbero più vulnerabili [Vagero 1997].

Per quanto riguarda le politiche sulle condizioni di lavoro è intuitivo che qualsiasi intervento che migliori le condizioni ambientali ed organizzative del lavoro porti ad una riduzione delle disuguaglianze sociali di salute nel lavoro dipendente, dato che le più sfavorevoli condizioni di lavoro sono concentrate sulle classi manuali, in proporzione crescente con l'abbassarsi del livello di qualificazione, e non dipendono dalla scelta discrezionale della persona. Infatti gli studi che hanno provato a stimare la quota delle disuguaglianze professionali nel rischio cardiovascolare o nella salute riferita che era attribuibile a fattori di rischio tipici dell'ambiente di lavoro (soprattutto quelli ergonomici e psicosociali a parità di altri fattori di rischio biologici o comportamentali), hanno misurato proporzioni di casi attribuibili molto alte (tra il 30 e il 50%), anche se con risultati non sempre coerenti tra gli studi [Costa 2006]. Molto meno ovvio è l'effetto sulle disuguaglianze di salute degli interventi sul lavoro autonomo; questo tipo di professioni condivide il profilo di salute sfavorevole delle classi subalterne, ma le sue condizioni di lavoro (soprattutto quelle ambientali e di sicurezza) sono molto più difficilmente regolabili di quelle del lavoro dipendente.

Anche dagli interventi sugli stili di vita insalubri ci si potrebbe aspettare risultati molto significativi nella riduzione delle disuguaglianze di salute. Studi comparativi europei hanno dimostrato che più del 20% dell'eccesso di mortalità per tumore del polmone tra i meno istruiti sarebbe spiegato dalle disuguaglianze sociali nella distribuzione dell'abitudine al fumo [Mackenbach 2008]. Il problema è che gli interventi di controllo dell'inizio e quelli di promozione della cessazione degli stili di vita insalubri (soprattutto gli interventi basati sull'informazione e sull'educazione) mostrano solitamente un'efficacia maggiore sulle persone di alta posizione sociale, a causa sia della minore propensione delle persone più povere a dare valore ai vantaggi di salute dilazionati nel tempo di un progetto di cambiamento comportamentale, sia delle disuguaglianze nel grado di dipendenza maturata [Schaap 2008].

Dunque per ottenere un impatto sulle abitudini di vita insalubri almeno di pari entità tra le diverse posizioni sociali, quindi, con un impatto potenziale maggiore per numero di casi evitati tra le posizioni più povere (date le disuguaglianze sociali di distribuzione di questi stili di vita), gli interventi dovrebbero essere progettati, realizzati e distribuiti con maggiori investimenti in aree più bisognose e con azioni ritagliate su misura per i soggetti di più bassa posizione sociale.

Dagli interventi e dalle politiche di controllo dei fattori di rischio ambientale ci si aspetta un impatto relativamente modesto in termine di casi evitati, ma sicuramente più vantaggioso per i soggetti più svantaggiati, dato che la distribuzione sociale delle condizioni ambientali più sfavorevoli (traffico pesante, rifiuti, contaminazione acque e alimenti...) risulta molto diseguale.

Gli interventi di prevenzione sanitaria (riconoscimento e presa in carico precoce degli stati di suscettibilità, come gli *screening* dell'ipertensione o dei tumori prevenibili) sono solitamente molto efficaci per la salute, ma risultano in grado di contrastare le disuguaglianze di salute solo se adottano un approccio di iniziativa e non di attesa, pro-attivo e non passivo, a bassa soglia e non ad accesso strutturato e rigido. Questi requisiti garantiscono che l'accesso agli interventi sia equo e che, quindi, l'impatto sulle disuguaglianze assolute di salute sia più significativo nei gruppi che presentano maggiore bisogno.

Gli interventi e le politiche di diagnosi e cura possono contribuire a controllare gli esiti negativi di malattie ormai insorte, attraverso un accesso tempestivo e di qualità alle cure per acuti e attraverso una continuità appropriata dell'assistenza nel tempo. Ma per contribuire a controllare le disuguaglianze nella mortalità e negli altri esiti prognostici sfavorevoli, l'assistenza sanitaria deve imparare a scrutinare ogni ganglio della sua organizzazione e del suo funzionamento, sia a livello di punto di erogazione, sia a livello dell'intero percorso assistenziale, per riconoscere i potenziali meccanismi di generazione delle disuguaglianze sociali nell'accesso, nella fruizione e nell'aderenza al trattamento e per correggerli attraverso idonei interventi di *audit* clinico ed organizzativo orientato all'equità.

I punti maggiormente sensibili alle disuguaglianze sociali sono i diversi meccanismi di controllo della domanda (*ticket* ed esenzioni, liste di attesa e criteri di priorità), quelli di controllo dell'offerta (allocazione delle risorse, definizione dei livelli essenziali di assistenza), e la gestione della appropriatezza, qualità e continuità delle procedure e della conduzione dei percorsi assistenziali.

Le cause di morte evitabili con queste politiche di prevenzione della vulnerabilità e di miglioramento dell'assistenza sanitaria spiegano tra un terzo e un sesto dei casi in eccesso di

mortalità tra le persone meno istruite in Europa [Stirbu 2007]: questa stima dà la misura dell'impatto proporzionale che interventi di equità nella prevenzione e nell'assistenza sanitaria potrebbero ottenere sulle disuguaglianze di salute.

Gli interventi che contribuiscono a controllare il meccanismo di discriminazione negativa sulle carriere sociali dei malati sono quelli di protezione dal rischio della trappola della povertà, attraverso le esenzioni e i programmi di sostegno economico e sociale, e quelli di facilitazione dei percorsi lavorativi dei malati e dei disabili o delle persone con una forte propensione alla malattia (soggetti con dipendenze socialmente riprovevoli). Questa categoria di interventi ha un impatto atteso sulle disuguaglianze di salute relativamente modesto per la scarsa importanza di questo meccanismo di generazione [Cardano 2004]; tuttavia essi servono a far fronte alle situazioni di maggior bisogno e vulnerabilità.

Questa breve rassegna delle politiche di contrasto testimonia quanto sia ancora povera e frammentaria la letteratura sull'efficacia delle politiche di contrasto. Occorre costruire una base di conoscenza sugli effetti delle politiche sulla salute e sulle disuguaglianze di salute, che sia più sistematica per copertura dei temi e più adeguata per metodo di osservazione. Ma per questo scopo sono necessarie tre condizioni. La prima è che i sistemi informativi e di indagine correnti rechino informazioni adeguate sulla posizione sociale dell'individuo e del contesto. La seconda è che le discipline che si occupano di *policy analysis* imparino a collaborare insieme per gli scopi di analisi e valutazione delle politiche. La terza è che i decisori siano motivati ad esprimere mandati valutativi in questo senso.

## 5. *La situazione italiana.*

Questo paragrafo conclusivo proverà ad identificare alcune specificità italiane rispetto al profilo appena descritto delle disuguaglianze di salute, delle spiegazioni e delle politiche che ne sono responsabili. Questo esercizio potrebbe da un lato suggerire eventuali opportunità di ricerca o di intervento che sono peculiari della situazione italiana; dall'altro evidenziare le difficoltà particolari che occorre tener superare per avviare un programma sistematico globale e coordinato di studi e interventi sul tema.

Il profilo delle disuguaglianze geografiche della mortalità in Italia è una delle ragioni che ha ritardato l'attenzione a questo tema nel nostro paese. Infatti l'epidemiologia della mortalità, soprattutto quella dei tumori, che è stata esaminata con maggiore attenzione a partire dagli anni '70 e '80 soprattutto tra gli uomini (allora era un'epidemiologia prevalentemente interessata ai rischi occupazionali), ha sempre documentato eccessi di rischio nelle regioni del Nord più ricche e difetti di rischio in quelle del Sud più povere. Di fronte ad una situazione dove il rischio di morte non pareva associato al censo, anzi minacciava le aree più ricche, era ovvio che non venisse sollevato il tema delle disuguaglianze di salute. In verità, ad uno sguardo più attento, già nei decenni trascorsi la geografia del rischio di morte tra le donne mostrava forti svantaggi nel Mezzogiorno (soprattutto per cause cardiocircolatorie e metaboliche). Negli ultimi dieci anni anche la mortalità maschile del Mezzogiorno ha mostrato di migliorare con un passo più lento di quella del Nord, e la mortalità femminile meridionale è rimasta in testa alla graduatoria. Se ci si sposta sugli indicatori di salute autoriferita (giudizio soggettivo sulla salute, morbosità cronica, disabilità) il quadro è decisamente più coerente: esiste in entrambi i generi un gradiente di rischio crescente muovendo da Nord a Sud, un gradiente che i modelli multilivello spiegano con l'effetto sfavorevole sulla salute degli indicatori individuali di bassa posizione sociale, più frequenti al Sud, e con una minore capacità del Sud di moderare l'effetto sfavorevole sulla salute della bassa posizione sociale individuale [Costa 2003]. Cosa fa sì che la mortalità maschile segua solo ora il profilo di morbosità riferita, che era già a svantaggio del Mezzogiorno nel passato? Perché le donne meridionali sono così vulnerabili alle disuguaglianze di salute? Perché la morbosità riferita evidenzerebbe un andamento geografico che la mortalità tarda a rappresentare? Si tratta di due fenomeni dissociati o di un problema di latenza? Quali sono gli elementi del contesto meridionale che peggiorano la prognosi dello svantaggio individuale sulla salute: problemi di sviluppo economico, problemi culturali, problemi di *civiness*, problemi di accesso e qualità dei servizi? Perché la mortalità del Mezzogiorno negli ultimi anni è

migliorata ad un ritmo più lento di quella delle altre regioni, nonostante anni di investimento dei fondi strutturali europei sulle regioni povere? In che misura questo profilo di differenze geografiche si è mantenuto nelle donne e negli uomini meridionali che hanno partecipato alla immigrazione nelle regioni del Nord? Quanto le storie di migrazione interna hanno modificato il profilo delle disuguaglianze di salute nella prima e nella seconda generazione? Si è visto come le popolazioni migranti rappresentino uno dei più interessanti esperimenti naturali sulla relazione tra organizzazione sociale e salute, che nel nostro paese sono stati così poco sfruttati.

Questa lista di domande dà un'idea di come il profilo italiano presenti delle opportunità uniche per esplorare alcuni nodi utili per la comprensione delle disuguaglianze, soprattutto quelli nascosti nelle maglie dell'estrema eterogeneità geografica delle culture e dello sviluppo economico nel nostro paese.

Proseguendo su questa pista e scendendo sui singoli meccanismi di generazione delle disuguaglianze, occorre riconoscere che la rilevanza dei fattori psicosociali è stata studiata molto raramente nel nostro paese, e che le poche ricerche intraprese nei luoghi di lavoro non sono riuscite a misurare un impatto significativo sulla salute di questi fattori [Cesana 2003; d'Errico 2008].

E' possibile che le scale di misurazione di questi fattori messe a punto in culture diverse da quella latina mostrino più difficoltà a rilevare questi fenomeni relativi al vissuto delle persone? Possono esserci altri fattori che interferiscono sulla relazione tra fattori psicosociali e salute nella popolazione italiana, ad esempio la particolare protezione introdotta dal tipo di alimentazione mediterranea, la quale, essendo distribuita in modo socialmente uniforme, potrebbe introdurre una protezione uniforme di base rispetto al rischio delle malattie che sono il bersaglio dei fattori di rischio psicosociali, come le malattie cardiovascolari? Sicuramente occorre investire in più ricerca italiana su questi fattori, soprattutto alla luce delle possibili interazioni con l'alimentazione.

Sul versante degli stili di vita la situazione italiana è particolarmente stimolante, dato che si trova ancora in una fase precoce delle epidemie delle dipendenze, ad esempio il fumo, per il quale non si è ancora compiuta la transizione dell'epidemia dalle donne di alta posizione sociale verso quelle di bassa posizione sociale [Federico 2007]. Si tratta di un'occasione unica per contrastare questa transizione con appropriate misure di contro-*marketing* dell'inizio dell'abitudine e di assistenza alla cessazione, con un potenziale beneficio sulla salute enorme, se proiettato nei prossimi trenta-quarant'anni; anche dal punto di vista della ricerca l'occasione è ghiotta per valutare l'impatto dei processi di emancipazione femminile sulla penetrazione di comportamenti individuali insalubri come il fumo o l'alcool.

Ci sono altri fenomeni che, se confrontati con il resto delle esperienze europee, presentano una sfasatura epidemica meritevole di studio e di intervento. Il caso delle donne sole con figli dipendenti, ad esempio, mostra rilevanti differenze rispetto all'esperienza del Regno Unito e della Svezia [Burstrom 2007]. Infatti in Italia si tratta ancora di un gruppo sociale poco numeroso, con un'età media piuttosto alta, rappresentato prevalentemente da donne vedove o separate, prevalentemente occupate e di alta istruzione.

Mentre negli altri due paesi considerati il fenomeno è molto più esteso, riguarda donne singole o separate-divorziato, più giovani (molto più giovani nel Regno Unito), di più bassa posizione sociale. In entrambi i casi questo gruppo soffre di maggiori problemi di salute rispetto alle donne di pari età con famiglia (salute autoriferita, dipendenza da fumo, abuso di alcool...). Dunque anche in questo caso sembra che l'Italia si trovi ancora in una fase epidemica precoce della costituzione di questo gruppo sociale, una fase in cui la particolare vulnerabilità dimostrata in altri paesi non si è ancora manifestata, perché la condizione riguarderebbe donne dotate di riguardevoli risorse (credenziali educative, occupazione, reti di aiuto familiari); ma che, proprio per questo, si troverebbe in una situazione favorevole per prevenire l'evoluzione verso le fasi più mature di questa storia, già percorse nei paesi del Nord. Non si sa quasi nulla sulla probabilità, sulla velocità, e sulle conseguenze di queste possibili transizioni.

Un altro fenomeno ad andamento probabilmente epidemico sono i disturbi del comportamento alimentare (anch'essi particolarmente frequenti nel genere femminile). Anche in questo caso sembra che la diffusione inizi tra i figli di famiglie di alta posizione sociale per poi propagarsi verso quelli di famiglie di bassa posizione sociale. E' poco nota la forma di questa curva epidemica, e quindi non si conosce come eventualmente interromperla.

Fa parte del senso comune la constatazione che le aree più deprivate siano tali anche in forza di una particolare concentrazione di pressioni ambientali, anche se non sono disponibili rendicontazioni sistematiche sulle disuguaglianze nell'esposizione a questi fattori di rischio. Non si è a conoscenza di valutazioni *ex post* di impatto sulla salute delle numerose operazioni di risanamento urbanistico ed ambientale compiute in questi anni. Si è incominciato solo da poco a valutare l'impatto differenziale di alcuni fattori di rischio ambientali per livello socioeconomico, mettendo in evidenza una particolare vulnerabilità delle persone di bassa posizione sociale all'azione dell'inquinamento atmosferico [Forastiere 2007] o a quella delle ondate di calore [Michelozzi 2005].

Anche in tema di ruolo delle politiche sanitarie la situazione italiana mostra promettenti opportunità di studio legate all'eterogeneità tra i servizi sanitari regionali dovuta al cosiddetto "federalismo sanitario". Si tratta di esperimenti naturali che molto raramente vengono sottoposti a valutazione rigorosa per apprendervi qualche lezione. Sarebbe necessario che il mandato dell'*equity audit* venisse emanato dalle autorità competenti ed incorporato nei comportamenti correnti delle organizzazioni e dei professionisti sanitari ad ogni livello di complessità.

Si è già detto delle particolari carenze informative che impediscono ai sistemi informativi e statistici italiani di monitorare le disuguaglianze sociali nei principali fenomeni di salute. A livello nazionale si dovrebbe fare ogni sforzo per disporre di covariate sociali ad un livello di granularità geografica abbastanza fine per tutta Italia (ad esempio le sezioni di censimento): per questo scopo occorrerebbe acquisire il dato sulla sezione di censimento sull'anagrafe degli assistiti di ogni Servizio Sanitario Regionale, e, per questa via, propagare il valore di deprivazione o di reddito corrispondente alla sezione. Inoltre, sempre a livello nazionale, si dovrebbe disporre di covariate sociali su base individuale correlate a mortalità e morbosità almeno a livello campionario, ad esempio attraverso il *follow up* longitudinale di mortalità e ricovero dei campioni di popolazione intervistata nelle indagini multiscopo Istat o in campioni recanti storie sociali disponibili negli archivi amministrativi degli enti previdenziali. A livello regionale e locale si dovrebbe promuovere la rilevazione di almeno una covariata sociale su base individuale (il titolo di studio, ad esempio) nei principali sistemi informativi sanitari (anagrafe assistiti, ricovero, prestazione specialistica, prescrizione farmaceutica, mortalità). Questi pre-requisiti informativi potrebbero rendere molto più facile l'esplorazione dei quesiti in campo eziologico che sono all'ordine del giorno della comunità scientifica internazionale (par. 3), di quelli che riguardano l'efficacia delle politiche di contrasto, con le peculiarità che sono proprie dell'esperienza italiana delle disuguaglianze di salute. Tutto questo tuttavia non costituirebbe ancora una strategia coordinata, globale, e sistematica per l'equità nella salute, come quelle di cui alcuni paesi europei stanno dando prova in questi ultimi anni. Ad esse si rimanda per imparare quali siano i fattori di successo, che fanno la differenza nell'introdurre le disuguaglianze di salute al centro dell'agenda politica di un paese [Norwegian Ministry Of Health And Social Care 2007]. Il processo di elaborazione di un modello italiano di welfare, recentemente inaugurato dal ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali con il suo Libro Verde, potrebbe trarre spunto da tali esperienze europee e dai dati elaborati e commentati in questo rapporto per portare le disuguaglianze di salute all'attenzione delle politiche del paese.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

AAVV

2007 Dichiarazione “*La Salute in Tutte le Politiche*”, 18 dicembre, <http://www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=18&area=ministero&colore=2> e pdf.

Barker, D.J.P.

1994 *Mothers, babies, and disease in later life*, London, BMJ Publishing Group.

Ben-Shlomo, Y., Kuh, D.

2002 *A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives*, in “Int J of Epidemiol”, 31, pp. 285-293.

Biggeri, A., Dreassi, E. and Marchi M.

2001 *A Multilevel Bayesian Model for Contextual Effect of Material Deprivation*, Working Paper 89, Florence, Department of Statistics “G. Parenti”.

Burstrom, B., Whitehead, M., Clayton, S., Fritzell, S., Vannoni, F., Costa G.

2007 *Inequalities between lone and couple mothers in different welfare states – Italy, Sweden and Britain*, Eurothine Final Report, pp. 281-300, <http://survey.erasmusmc.nl/eurothine/>.

Cardano, M., Costa, G., Demaria, M.

2004 *Social mobility and health in the Turin longitudinal study*, in “Soc Sci Med”, 58, (8), pp. 1563-1574.

Cardano, M.

2008 *Disuguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi*, in “Polis”, 1, pp. 119-148.

Cesana, G., Ferrario, M., Segà, R.

2003 *Stress, fattori socio-occupazionali e rischio cardiovascolare: un’esperienza italiana* in “G. Ital Med Lav Ergon”, 5, pp. 304-306.

Chandola, T., Kuper, H., Singh-Manoux, A., Bartley, M., Marmot, M.

2004 *The effect of control at home on CHD events in the Whitehall II Study: gender differences in psychosocial domestic pathways to social inequalities in CHD*, in “Soc Sci Med”, 58, pp. 1501-1519.

Cohen, S., Gottlieb, B.H., Underwood, L.G.

2000 *Social relationship and health*, in S. Cohen, L.G. Underwood, B.H. Gottlieb (eds), *Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists*, New York, Oxford University Press, pp. 3-24.

Cosmacini, G.

1996 *La sanità pubblica in Italia. Dall’Unità alla Prima Guerra mondiale*, in B. Bongianini e N. Tranfaglia (a cura di), “*Sanità*” del Dizionario storico dell’Italia unita”, Roma-Bari, Laterza.

Costa, G., Cardano, M., Demaria, M.

1998 *Torino. Storie di salute in una grande città*, Comune di Torino, Osservatorio Socio-Economico Torinese/2.

Costa, G., Marinacci, C., Caiazzo, A., Spadea, T.

2003 *Individual and contextual determinants of inequalities in health: the Italian case* in “Int J Health Serv”, 33, pp. 635-667.

- Costa, G., Spadea, T., Cardano, M. (a cura di)  
2004 *Diseguaglianze di Salute in Italia*, in "Epidemiol Prev", 28, (3), pp. 1-161.
- Costa, G., d'Errico, A..  
2006 *Inequalities in health: do occupational risks matter?*, in "Eur J Public Health", 16, pp. 340.
- d'Errico, A., Burr, H., Costa, G.  
2008 *Occupational social class, workplace psychosocial hazards and risk of coronary heart disease: a longitudinal study*. Sottomesso per pubblicazione.
- DeWatt, DA., Pincus, T.  
2003 *The legacies of Rudolf Virchow: cellular medicine in the 20th century and social medicine in the 21st century* in "IMAJ", 5, pp. 395-397.
- DHSS (Department of Health and Social Security)  
1980 *Inequalities in health: Report of a working group*, (Black Report), London, DHSS.
- Diderichsen, F.  
2008 *Denmark: when a welfare state handles economy better than health*, in C. Hogstedt, H., Moberg, B., Lundgren, M. Backans (eds), *Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries*, in press.
- Diez Roux, A.V., Merkin, S.S., Arnett, D., et al.  
2001 *Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease*, in "N Engl J Med", 12, 345, (2), pp. 99-106.
- Federico, B., Costa, G., Kunst, A.E.  
2007 *Educational inequalities in initiation, cessation, and prevalence of smoking among 3 Italian birth cohorts* in "Am J Public Health" 97, (5), pp. 838-845.
- Forastiere, F., Stafoggia, M., Tasco, C., Picciotto, S., Agabiti, N., Cesaroni, G., Perucci, C.A.  
2007 *Socioeconomic status, particulate air pollution, and daily mortality: differential exposure or differential susceptibility*, in "Am J Ind Med", 50, pp. 208-216.
- Judge, K., Platt, S., Costongs, C., Jurczak, K.  
2005 *Health inequalities: a challenge for Europe*, London, UK Presidency of the EU.
- Karasek, R.A.  
1985 *Job Content Questionnaire and users guide*, Los Angeles, University of Southern California, Department of Industrial and Systems Engineering.
- Kolonel, L.N., Hinds, M.W., Hankin, J.H.  
1980 *Cancer patterns among migrants and native-born Japanese in Hawaii in relation to smoking, drinking and dietary habits*, in HV. Gelboin, B. Mac Mahon, T. Matsushima, T. Sugimura, S. Takayama, H. Takebe (eds), *Genetic and environmental factors in experimental and human cancer*, Tokyo, Japan Scientific Societies Press, pp. 327-340.
- Lalonde, M.  
1974 *A New Perspective on the Health of Canadians. 1973-1974*, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf).
- Lynch, J., Krause, N., Kaplan, G.A., Tuomilehto, J., Salonen, JT.



- 1997 *Workplace conditions, socioeconomic status, and the risk of mortality and acute myocardial infarction: the Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study*, in “Am J Public Health”, 87, pp. 617-622.
- Mackenbach, J., Bakker M. (eds)  
2002 *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge.
- Mackenbach J.P.  
2005 *Health inequalities: Europe in profile*, London, UK Presidency of the EU.
- Mackenbach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A.J., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M., Kunst, A.E., European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health.  
2008 *Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries*, in “N Engl J Med”, 358, pp. 2468-2481.
- Marmot, M.G., Syme, S.L., Kagan, A., Kato, H., Cohen, J.B., Belsky, J.  
1975 *Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: prevalence of coronary and hypertensive heart disease and associated risk factors*, in “Am J Epidemiol”, 102, pp. 514-525.
- Marmot, M.  
2004 *Status Syndrome*, London, Bloomsbury Publishing.
- Michelozzi, P., de Donato, F., Bisanti, L., Russo, A., Cadum, E., Demaria, M., D’Ovidio, M., Costa, G., Perucci, C.A.  
2005 *The impact of the summer 2003 heat waves on mortality in four Italian cities*, in “Euro Surveill”, 10, pp. 161-165.
- Norwegian Ministry Of Health And Social Care.  
2007 *National strategy to reduce social inequalities in health*, Report n° 20 (2006-2007) to the Storting, PDC Tangen.
- Preston S.H.  
1975 *The changing relation between mortality and level economic development*, in “Bull WHO” 81, pp. 833-841.
- Sapolsky, R.M.  
1998 *Why zebras don't get ulcers: an updated guide to stress, stress-related diseases, and coping*, New York, WH Freeman.
- Schaap, M.M., Van Agt, H.M., Kunst, A.E.  
2008 *Identification of socioeconomic groups at increased risk for smoking in European countries: looking beyond educational level*, in “Nicotine Tob Res”, 10, pp. 359-369.
- Sen, A.  
1992 *Inequality re-examined*, Oxford, Oxford University Press.
- Siegrist, J., Siegrist, K., Weber, I.  
1986 *Sociological concepts in the etiology of chronic disease: the case of ischemic heart disease*, in “Soc Sci Med”, 22, (2), pp. 247-253.
- Siegrist, J., Marmot, M.  
2004 *Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges*, in “Soc Sci Med”, 58, pp. 1463–1473.

Siegrist, J., Marmot, M. (eds)

2006 *Social Inequalities in Health. New Evidence and Policy Implications*, Oxford, Oxford University Press.

Stern, N., Dethier, J.J., Rogers, H.

2004 *Growth and empowerment: making development happen*, Cambridge, Mass. MIT Press.

Stirbu, I., Kunst, A., Bopp, M., Martikainen, P., Leinsalu, M., Mackenbach, J.P.

2007 *Educational inequalities in avoidable mortality in Europe*, Eurothine Final Report, pp.139-158, <http://survey.erasmusmc.nl/eurothine/>

UN (United Nations Development Group)

2000 Millennium Development Goals, [www.developmentgoals.org](http://www.developmentgoals.org).

Vagero, D., Erikson, R.

1997 *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe*, in "Lancet" 16, 350, (9076), pp. 516-518.

Van Lenthe, F.J., Borrell, L.N., Costa, G., et al.

2005 *Neighbourhood unemployment and all-cause mortality: A comparison of six countries*, in "J Epid Commun H", 59, pp.231-237.

Virchow, R.C.

2006 *Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia. 1848*, in "Am J Public H", 96, (12), pp. 2102-2105.

WHO

2005 Commission on Social determinants of Health. [www.who.int/social\\_determinants](http://www.who.int/social_determinants)

Wilkinson, R.G.

2005 *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*. London, Routledge.

Wilkinson, R.G., Pickett, K.E.

2006 *Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence*, in "Soc Sci Med", 62, 7, pp. 1768-1784.

