



I determinanti di salute e di malattia

Carlo Mamo – Servizio sopranazionale di Epidemiologia ALS 3 TO3, Regione Piemonte

La popolazione italiana in media sta bene: sta meglio rispetto al passato e spesso anche rispetto a chi vive nel resto di Europa. Eppure le medie camuffano l'esistenza di differenze sistematiche. Viviamo in una società stratificata, dove le persone più privilegiate stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo (Costa et al, 2004). Queste differenze sono socialmente determinate, sono ingiuste e sono modificabili; pertanto sono disparità evitabili. Per queste ragioni lo stato e le regioni dovrebbero proporsi di adottare una strategia sistematica e di lungo termine per ridurre queste disparità nella salute e nella qualità sociale della vita (Marmot et al, 2008).

Le disparità sociali nella salute sono un problema complesso che nasce da una rete fitta di meccanismi di generazione (Costa et al 2004). Questi meccanismi partono da lontano e riguardano le circostanze di vita, economiche ambientali e psicologiche, attraversate dalla persona nell'infanzia, e poi nell'età adulta e anziana, circostanze che costruiscono la posizione sociale della persona. Le differenze di posizione sociale si traducono in disparità nell'accesso e nel controllo delle risorse, che a loro volta agiscono direttamente sulla salute attraverso cause più immediate come l'esposizione ai fattori di rischio fisici, chimici e psico-sociali, i comportamenti a rischio e le l'utilizzo dell'assistenza sanitaria. Tali meccanismi possono sovrapporsi o concorrere tra loro nella traiettoria di vita di una persona, in modo cumulativo, o agendo in fasi critiche della vita, o solo secondo particolari sequenze.

Questi fattori di rischio possono essere più o meno efficaci nel produrre danni alla salute a seconda della vulnerabilità della persona alla loro azione: la posizione sociale può anche influenzare la vulnerabilità delle persone a questo danno. Questi stessi meccanismi possono anche retro-agire, facendo sì che una salute alterata a sua volta comprometta la carriera sociale di una persona. Inoltre i contesti locali (ambienti, reti di aiuto, climi sociali...) possono influenzare questi meccanismi modificandone l'efficacia.

Ognuno di questi meccanismi rappresenta un potenziale punto di ingresso per le politiche e gli interventi di contrasto, che, quindi, possono alternativamente proporsi di influenzare la stratificazione sociale, controllare l'esposizione, diminuire la vulnerabilità, prevenire le conseguenze sociali evitabili. Questo quadro di riferimento invita gli attori coinvolti nella strategia ad interrogarsi per identificare le misure più efficaci nel contrastare i meccanismi di azione che producono le disparità più rilevanti.

I Governi Europei hanno sottoscritto una dichiarazione di sostegno alla Strategia Salute in Tutte le Politiche (Roma 18/12/2007) che richiama come la salute di ogni cittadino debba essere promossa anche attraverso una maggiore responsabilità delle istituzioni pubbliche e sociali verso la salute pubblica (Sthal, 2006). Certo la responsabilità e l'influenza che ogni individuo ha verso la propria salute non va trascurata. Tuttavia l'autonomia e la discrezionalità di un individuo è limitata da fattori che rimangono fuori dalla sua capacità di controllo; perfino le scelte relative ai principali stili di vita, ad esempio fumo, esercizio fisico e dieta, sono influenzate dalle circostanze socio-economiche di vita che ne limitano la libertà di scelta. Nella misura in cui le disparità sistematiche di salute sono influenzate dalle disuguaglianze nel modo con cui la società distribuisce le risorse, allora è responsabilità della comunità e dello Stato di mettere in opera azioni per rendere questa distribuzione più giusta.

Una sanità pubblica che riduca le disparità sociali nella salute è anche una politica che promuove le capacità dello sviluppo. Ci sono molte prove che documentano come il livello di salute e, soprattutto, il livello di equità nella salute di una comunità sia correlato con la sua capacità di produrre ricchezza e sviluppo.

Inoltre è stato stimato che le disuguaglianze sociali di mortalità e di morbosità avrebbero anche un impatto economico significativo sulla società, un impatto che potrebbe essere dello



stesso ordine di grandezza del finanziamento del servizio sanitario pubblico nel nostro paese (Mackenbach, 2007).

In conclusione le disuguaglianze sociali di salute sono evidenti in Italia lungo le principali dimensioni di stratificazione sociale; incominciano ad essere oggetto di attenzione delle politiche sociali e sanitarie; sono un fenomeno a gradiente che riguarda ogni posizione della scala sociale a confronto con la posizione più avvantaggiata; accumulano i loro effetti sulle categorie più vulnerabili e svantaggiate; nascono da meccanismi conosciuti, misurabili e in parte contrastabili; è conveniente per la società ridurle. Considerando queste premesse, è necessario che una comunità di professionisti della misura e della valutazione in medicina e sanità introduca il tema dei determinanti sociali di salute nella propria agenda di ricerca, di formazione e di intervento nella società.

G.COSTA, T. SPADEA, M.CARDANO (a cura di) "Le diseguaglianze di salute in Italia". Epidemiologia e Prevenzione, 28(3) 2004

J.P. MACKENBACH, W.J. MEERDING, A.E. KUNST. "Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union". Services of the European Commission (OIL), Luxembourg, July 2007.

Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S, on behalf of the Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet, Volume 372, Issue 9650, Pages 1661 - 1669, 8 November 2008.

T. STÅHL, M. WISMAR, E. OLLILA, E. LAHTINEN, K. LEPPÖ. "Health in All Policies. Prospects and potentials". Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2006.