

La salute non è uguale per tutti

Viola Bachini

Gli ultimi dati sulla mortalità infantile di Unicef e Organizzazione Mondiale della Sanità sembrerebbero andare nella giusta direzione: dal 1990 a oggi il numero di bambini che muoiono nel mondo è praticamente dimezzato. Tuttavia, anche se i progressi sono incoraggianti, rimangono, anzi aumentano, le disuguaglianze tra i diversi Paesi

Negli ultimi anni la ricchezza globale è cresciuta, e di pari passo sono aumentati gli standard di vita, ma questi progressi non sono ancora equamente distribuiti, segnando di fatto il destino della salute di milioni di persone. Bambini che vengono al mondo con basse aspettative di vita per il semplice fatto di essere nati in un posto piuttosto che in un altro. E come dimostrano i rapporti internazionali, la questione non è meramente economica. Alcuni Paesi come Cuba, Costa Rica, Cina, lo Stato del Kerala in India e Sri Lanka hanno raggiunto livelli di buona salute nonostante i redditi pro capite relativamente bassi. Sulle nostre condizioni fisiche, infatti, influiscono anche quelle sociali, come il grado di istruzione che siamo riusciti a conseguire, il lavoro che facciamo e le persone che frequentiamo. Tra le nazioni più ricche, l'esempio positivo lo danno i Paesi nordeuropei, che distribuiscono al meglio la ricchezza nazionale, adottando politiche che incoraggiano la parità di prestazioni e servizi, l'occupazione e bassi livelli di esclusione sociale.

DISUGUAGLIANZE VECCHIE E NUOVE

Le condizioni economiche e sociali condizionano quelle di salute praticamente da sempre. Pare che già nell'antico Egitto si notasse la notevole influenza del proprio mestiere sulla salute. Su un papiro sono state ritrovate queste parole: «Non ho mai visto un fabbro in veste di ambasciatore o un fonditore inviato in missione. Il muratore, esposto a tutti i tempi e a tutti i rischi, costruisce senza portare indumenti. Le sue mani sono logorate dal lavoro, il suo cibo è mescolato alla sporcizia e ai rifiuti. Il barbiere rompe le

sue braccia per riempire il suo stomaco. Il tintore puzza di uova di pesce: i suoi occhi sono stanchi, la sua mano lavora senza pause, e poiché spende il suo tempo nel trattare cenci, ha orrore degli abiti». Per i primi studi accurati sulla questione si dovrà aspettare gli inizi del XIX secolo, quando Villermé, un medico militare, studia la mortalità nei vari quartieri di Parigi. In un primo momento lo scienziato prova a correlare i dati in suo possesso in base a parametri puramente geografici o meteorologici, come l'altitudine o il vento, ma non trova alcun riscontro. È quando inserisce il reddito che si accorge che la mortalità passa dal 19 per mille dei quartieri più ricchi al 30 per mille nelle strade in cui abitano i parigini più poveri. Per la prima volta si sta dimostrando in maniera scientifica che la ricchezza ha una diretta influenza sulla salute, anche se l'interpretazione dei risultati data da Villermé riflette ancora la mentalità dell'epoca. Il medico spiega infatti le differenze di mortalità con l'inferiorità della «razza povera, una moltitudine incivile che si riproduce in eccesso e che pure muore in eccesso». Sarà poi la rivoluzione industriale, 50 anni dopo la pubblicazione di Villermé, a portare nuove chiavi di lettura sui concetti di salute e di sicurezza nei luoghi di lavoro.

Ma è solo in tempi più recenti che il tema acquista sempre più importanza ed entra nel dibattito politico. Nel 2005 l'Organizzazione Mondiale della Sanità decide di riunire 20 esperti in una *Commission on Social Determinants of Health*, con lo scopo di promuovere l'idea che i fattori che influiscono sulla salute della popolazione non sono limitati alla medicina e all'assistenza sanitaria. Tre anni dopo il report finale della commissione senten-



zia: «I nostri bambini hanno differenti possibilità di vivere a secondo del luogo in cui sono nati. In Giappone o in Svezia l'aspettativa di vita è di più di 80 anni, in Brasile di 72, in India di 63, in alcuni paesi africani di meno di 50 anni». Le differenze sullo stato di salute tra due individui in parte sono scritte nella genetica o sono dovute a cause naturali, come l'età. Ma discrepanze come quelle rilevate dalla commissione sono dovute in buona percentuale a motivi economici e sociali. I 20 ex ministri della salute ed



I primi studi che rivelarono una relazione fra mortalità e condizione sociale risalgono agli inizi del XIX secolo

ex capi di stato, tra cui l'italiano Giovanni Berlinguer, bollarono così come inique tutte le disuguaglianze non giustificate dal punto di vista biologico ed evitabili attraverso politiche e strategie adeguate.

Gli esperti chiamano questi ultimi fattori “determinanti sociali di salute”. I determinanti sociali, come per esempio la mancanza di risorse, un'istruzione carente, o un lavoro precario e poco sicuro, hanno un impatto diretto ed immediato sullo stato di benessere della popolazione. A distanza di 3 anni, nell'agosto del 2008, la Commissione pubblica il rapporto finale, dal titolo *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Il volume, oltre a documentare tutte le variabili connesse all'ingiustizia nel settore sanitario, contiene anche le raccomandazioni per contrastare gli effetti delle disuguaglianze, tra cui la sensibilizzazione dell'opinione pubblica sui determinanti sociali della salute.

LIVES THE LINE

«Oltre alle caratteristiche biologiche, sono determinanti anche lo stile di vita, la qualità degli affetti e delle relazioni, l'ambiente e il lavoro – che a sua volta determina il reddito – e, infine, il contesto politico culturale», racconta Angelo Stefanini, ricercatore al Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica dell'Università di Bologna e direttore scientifico del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale. Non c'è una diversità solo tra il più ricco e



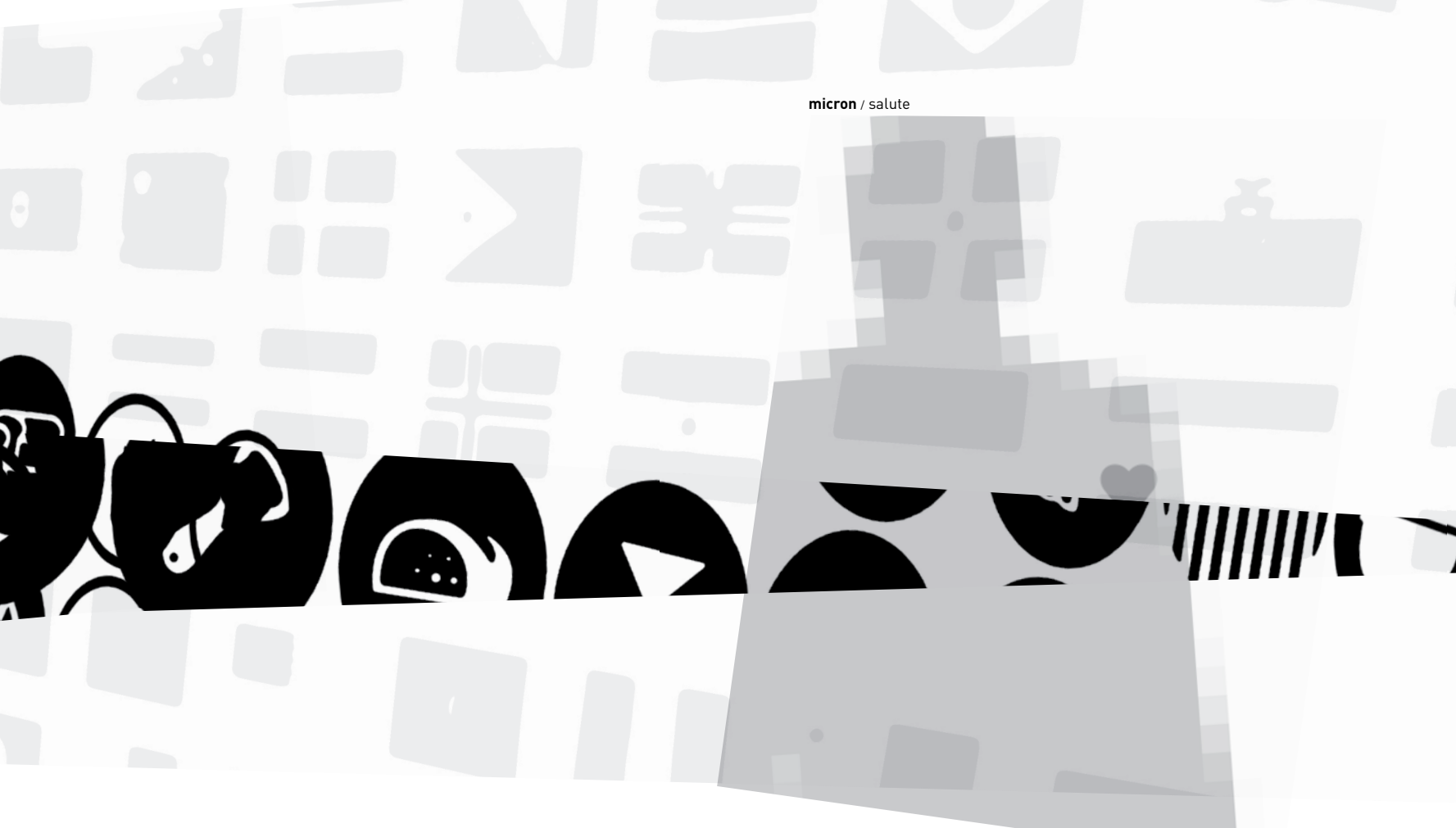
il più povero o tra il più e il meno istruito ma c'è un gradiente continuo attraverso tutte le classi sociali e c'è un'aspettativa di vita sempre minore man mano che si scende nei vari indicatori, come il livello di istruzione. «C'è differenza anche tra chi si è fermato alla laurea e chi ha conseguito anche un master», annota Stefanini. E le disuguaglianze intervengono ancora prima di nascere. È infatti dimostrato che da



**I “determinanti sociali di salute”
hanno un impatto diretto sullo stato
di benessere della popolazione**

una gravidanza di una donna malnutrita nascerà un bambino con alte probabilità di avere problemi cardiovascolari da adulto. Mentre un bambino nato da una madre sana e cresciuto in un ambiente protetto avrà una buona carriera scolastica che a sua volta favorirà un ingresso privilegiato nel mondo del lavoro. Secondo Stefanini si costruisce così quella che gli

esperti chiamano “carriera di salute” della persona, che poi migliora o peggiora durante la crescita. «Il feto è già esposto a sollecitazioni di vario genere, anche psicologiche. Capisce cosa passa per la testa della madre e produce ormoni come avviene nell'adulto». Uno studio che riesce a evidenziare molto bene queste questioni si chiama *Lives the Line*. James Cashire, docente al Centro di Analisi Spaziale Avanzata di Londra ha sovrapposto la mappa della metropolitana di Londra con i dati dell'aspettativa di vita e della povertà infantile. Il risultato è sorprendente: chi abita a Star Lane vive in media venti anni in più rispetto a chi abita nei pressi di Oxford Circus. Ma le disparità ci sono anche per distanze più brevi: la mappa, che è interattiva e liberamente consultabile, evidenzia anche le differenze che ci sono sulle due rive del Tamigi, tra Pimlico e Vauxhall, o tra Lancaster Gate e Mile End. Scrive Cashire sul suo blog: «Con questa mappa volevo creare un'immagine memorabile delle disuguaglianze lungo le rotte percorse da milioni di londinesi ogni giorno». E Cashire riesce



anche nell'impresa di smontare l'idea che chi occupa posizioni lavorative prestigiose sia più sottoposto a malattie correlate allo stress, come le malattie cardiache. Come evidenzia la mappa di *Lives the Line*, i vertici delle multinazionali, che vivono nei quartieri più eleganti, non sono affatto i più stressati della city. «I manager hanno grosse responsabilità ma hanno anche i mezzi per gestire lo stress», prosegue Stefanini. «Chi riveste un ruolo importante in una grande azienda generalmente ha gli strumenti conoscitivi per recepire i messaggi di educazione sanitaria e controllare i propri comportamenti». Da non trascurare, inoltre, il fattore stipendio. «Un buon reddito permette di andare in palestra e di acquistare cibi più costosi come frutta e verdura che un pensionato non può mangiare tutti i giorni».

DISUGUAGLIANZE IN ITALIA

Il problema delle disuguaglianze non si registra solo tra i vari Paesi del mondo ma anche all'interno del-

le singole nazioni. L'Italia, con le sue profonde differenze tra nord e sud, non fa eccezione. I rapporti evidenziano che nel nostro Paese molti stili di vita nocivi per la salute si concentrano nel meridione e negli strati più disagiati della popolazione.

Come il problema dell'obesità, che in Italia ha radici nel dopoguerra, negli anni della ripresa e del boom economico. In quel periodo, infatti, la maggiore disponibilità di cibo, associata al ricordo della fame recente, porta le famiglie a sostituire la dieta mediterranea con un'alimentazione più ricca di grassi e proteine. Nonostante la tendenza inizi nel nord del Paese, negli anni '80 e '90 cambia il modo di mangiare anche nel meridione, dove oggi si trova il maggior numero di bambini in sovrappeso. L'obesità oggi è più frequente tra chi ha un reddito basso e ci sono diversi studi che associano l'obesità infantile con una bassa scolarizzazione delle madri. Anche per il fumo si assiste a un'inversione di tendenza: solo fino a pochi decenni fa il consumo di sigarette era maggiormente diffuso tra le classi agiate, mentre oggi gran

parte dei ricchi ha smesso di fumare. Secondo l'ultimo *Rapporto Annuale sul Fumo* a cura dell'Istituto Superiore di Sanità, i fumatori sono dislocati nella penisola senza grandi differenze tra nord e sud, ma l'abitudine al fumo risulta più diffusa tra le persone con diploma di scuola media inferiore e con difficoltà economiche. Un divario che nel tempo si è ampliato, anche a fronte della riduzione complessiva del numero di fumatori a partire dagli anni '80.



Le disuguaglianze intervengono ancora prima di nascere, quando inizia a costituirsi la “carriera di salute” di un individuo

Infine, per quanto riguarda il consumo di alcol, anche se il maggior numero di bevitori italiani si trova nel nord-est e nel centro, quelli ad alto rischio si concentrano, di nuovo, tra i maschi con un minor livello di istruzione. E cosa è successo con la crisi economica? Secondo Stefanini una crisi in generale fa male a una popolazione ma il suo impatto sulla salute dipende anche dalle misure che la società e il governo decidono di adottare per contrastarla. «Se si risponde con l'austerità, tagliando nel settore sociale e sanitario, che non producono ricchezza immediata, c'è un impatto negativo sulla salute».

POSSIBILI SOLUZIONI

Secondo la *Commission on Social Determinants of Health* si dovrebbero cercare delle soluzioni per tutti quei determinanti che non dipendono dalle leggi naturali ma dalle politiche delle nazioni e sono quindi modificabili. Ciò che viene chiesto ai governi è di non limitarsi a migliorare la salute media della nazione ma di lavorare per ridurre le iniquità all'interno della popolazione. Con quali strumenti? In Italia sembra aver funzionato la legge Sirchia sul fumo nei locali pubblici, entrata in vigore nel 2005 e negli anni successivi presa a modello e adottata da diversi stati in tutto il mondo. Dopo tre anni dall'introduzione della legge il numero dei fumatori in Italia era già calato di quasi il 3%. Un grande successo per questa misura di prevenzione che ha ridotto non solo l'esposizione coatta al fumo passivo cui erano obbligati i non fumatori, ma anche le abitudini di chi



invece fuma. E anche gli effetti sulla salute sono già tangibili: uno studio dell'Università di San Francisco ha preso in considerazione 13 Paesi che hanno applicato il divieto e ha registrato un calo del 17% dei casi di infarto già dopo un anno dall'introduzione della legge e del 36% dopo tre anni. Secondo Stefanini, nonostante gli esiti positivi dimostrati dalla legge Sirchia, intervenire con una norma dovrebbe essere l'ultima opzione. Un'alternativa alle leggi potrebbero essere gli interventi fiscali, in particolare l'applicazione di tasse sui prodotti nocivi alla salute, come è già stato fatto per le sigarette.

Un altro ambito da regolarizzare, sempre per Stefanini, è quello del marketing, che ha una grande influenza soprattutto sui più piccoli. Al momento i cibi controindicati dai dietologi vengono pubblicizzati senza una regolamentazione precisa. «Si sa ormai da 10-20 anni che le merendine e le bibite zuccherate sono la prima causa dell'obesità. Nonostante ciò i nostri bambini vedono ogni pomeriggio questi prodotti pubblicizzati da testimonial carismatici, come i campioni sportivi», conclude. E in effetti qualcuno ci ha già pensato. In alcuni Paesi - tra cui il Messico e gli Stati Uniti - i governi sono intervenuti per eliminare le pubblicità dei cibi ipercalorici nelle fasce orarie più frequentate dai piccoli.

Bibliografia

Berlinguer, G. - *L'origine sociale delle malattie* - II Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Edizioni ETS, Novembre 2006.

Costa, G. - Torino, storie di salute in una grande città - Ufficio di statistica.

Osservatorio torinese, Novembre 2008.

Stefanini M., Albonico M., Maciocco, G. - *Le disuguaglianze nella salute: definizioni, principi e concetti* - II Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Edizioni ETS, Novembre 2006.

Osservatorio Italiano sulla salute Globale - *A caro prezzo, le disuguaglianze nella salute* - Edizioni ETS, Novembre 2006.

Istituto Superiore di Sanità - *Rapporto annuale sul fumo 2013*.