

I determinanti sociali di salute: città, istruzione, lavoro, reddito, sistema di cure

Giuseppe Costa
Università di Torino

In Italia come negli altri paesi persistono importanti disuguaglianze sociali di salute: se con un colpo di bacchetta magica si potessero eliminare le disuguaglianze più istruiti e meno istruiti si stima un possibile risparmio di più del 25% delle morti tra gli uomini e più del 10% tra le donne, la stessa cosa capita tra ricchi e poveri o tra operai e dirigenti. Non c'è dubbio che si tratta, a parte ovviamente l'età, del singolo fattore che da solo spiega di più le variazioni di salute nella popolazione.

Il fenomeno riguarda tutte le dimensioni di salute: scendendo nella scala sociale non aumenta solo la probabilità di morire ma anche la probabilità di essere esposto ad un fattore di rischio per la salute (stress, rischi da lavoro e ambientali, stili di vita insalubri), aumenta dunque la probabilità di ammalarsi, ma aumenta anche la probabilità di non guarire, la probabilità di diventare non autosufficiente, e la probabilità di morire per la malattia. E' chiaro che le disuguaglianze nella esposizione dei fattori di rischio riguardano la responsabilità delle politiche di prevenzione (sanitarie e non sanitarie), mentre le disuguaglianze nel modo con cui si è trattati e nei risultati ottenuti durante l'esperienza di malattia riguardano la responsabilità delle politiche di organizzazione dell'assistenza sanitaria.

Ci sono due ragioni per ritenere le disuguaglianze sociali di salute una priorità. La prima è una questione di giustizia; poiché le disuguaglianze sono sempre nella direzione di un maggiore svantaggio di salute tra i poveri (di risorse materiali, di capitale umano, di legami e di aiuti di sostegno), ciò comporta che ci sono dei problemi di equità da risolvere. Ma l'argomento delle disuguaglianze è prioritario anche da un punto di vista utilitarista: se la società italiana vuole spendere bene le sue risorse di assistenza e prevenzione indirizzandole dove massimo può essere il guadagno di salute, allora le disuguaglianze di salute stanno lì ad indicare le priorità dove è più alto è il potenziale di salute che si può ricavare con le scelte di programmazione sanitaria.

Detto questo, ci sono alcune buone notizie da non trascurare.

L'Italia infatti, insieme alla Spagna, sta meglio del resto dei paesi europei: l'intensità e l'ampiezza delle disuguaglianze di salute nel nostro paese è meno severa che nel resto d'Europa, questo nonostante tutte le statistiche indichino l'Italia al vertice della graduatoria delle disuguaglianze sociali nella ricchezza (subito dopo il Regno Unito).

Si è suggerito che dietro a questa "resilienza" italiana all'effetto sulla salute delle disuguaglianze sociali ci sarebbe due spiegazioni. La prima è che l'Italia è in ritardo nella diffusione di tre importanti curve epidemiche micidiali per la salute dei poveri, quella del fumo tra le donne povere e del sud, quella della diffusione di abitudini alimentari scorrette tra i poveri, e quella della crescita delle famiglie monogenitoriali con figli a carico tra le donne povere; chiaramente è responsabilità delle politiche di prevenzione italiane quella di ritardare il più possibile l'evoluzione di queste curve epidemiche.

La seconda è che il servizio sanitario nazionale è insieme alla scuola l'unico grande presidio universalistico nel paese, che è stato capace di trasferire i benefici della medicina in tutto il paese e

in tutti gli strati sociali senza importanti distinzioni di diritto nell'accesso, salvo margini di miglioramento ancora disponibili soprattutto nella qualità e appropriatezza; dunque il SSN rappresenta un presidio universalistico importante da valorizzare per le sue capacità di realizzare uguaglianza di opportunità e spesso anche di risultato.