

DETERMINANTI DI SALUTE E DISUGUAGLIANZE

DISPENSA DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

A.A. 2007-2008

A CURA DI

Cristina RAINERI

Ardigò MARTINO

Indice

1	INTRODUZIONE	4
2	LA MALATTIA NELLE SUE DIMENSIONI UMANE E SOCIALI.....	5
2.1	Il concetto di cultura	5
2.2	Cultura e categorie sociali.....	5
2.3	Complessità culturale della società.....	6
3	I DETERMINANTI DI SALUTE.....	8
3.1	Fattori genetici e biologici.....	8
3.2	Il contesto culturale come determinante di salute.....	8
3.3	L'assistenza sanitaria.....	9
3.4	Determinanti sociali.....	9
3.5	Contesto generale	14
3.6	I comportamenti individuali.....	15
4	DISUGUAGLIANZE IN SALUTE.....	17
4.1	Disuguaglianze e iniquità.....	17
4.2	La "scoperta" delle disuguaglianze in salute.....	17
4.3	Disuguaglianze di salute fra nazioni.....	18
4.4	Disuguaglianze di salute all'interno di una nazione.....	18
4.5	Qual è il ruolo della povertà nel produrre disuguaglianze?.....	20
4.6	Come spiegare le disuguaglianze in salute: la teoria neo-materialista e la teoria psico-sociale.....	20
4.7	Perché studiare le disuguaglianze in salute.....	21
5	LE DISUGUAGLIANZE DI ACCESSO AI SERVIZI.....	23
5.1	L'accesso e l'utilizzo delle cure.....	24
5.2	Modello interpretativo dei meccanismi generatori	25
5.3	Le risorse personali e la risorsa dell'informazione	26
5.4	Equità nella salute.....	27
5.5	Cosa può fare un sistema sanitario?.....	28
6	LE DISUGUAGLIANZE DI ACCESSO AI SERVIZI NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA.....	29
6.1	Salute e immigrazione.....	29
6.2	Gli ostacoli all'accesso ai servizi degli immigrati.....	29
7	IL DIRITTO ALL'ASSISTENZA SANITARIA.....	31
7.1	Diritto all'accesso ai servizi sociali e sanitari per tutta la popolazione.....	31
8	BIBLIOGRAFIA.....	33

1 INTRODUZIONE

Una ormai ampissima letteratura ha dimostrato come la salute delle persone e, più in generale, delle popolazioni sia largamente influenzata da fattori estranei al sistema sanitario ed agli interventi della medicina quali i determinanti sociali, economici, comportamentali ed ambientali di salute.

Le principali dimensioni strutturali che vanno ad agire sulla salute vengono individuate nella distribuzione del reddito, nell'organizzazione del lavoro e dell'educazione, nell'ambiente fisico e sociale.

Il ruolo del medico, ed in particolare del medico di sanità pubblica, non può pertanto più prescindere dal confrontarsi con le origini sociali della malattia, le relative interpretazioni e possibili soluzioni.

Doveroso, in questo contesto, diventa anche il sottolineare di quale salute stiamo parlando. Il significato di salute si è infatti modificato passando da un concetto negativo, in cui la *salute* veniva intesa *come assenza di malattia*, ad un concetto positivo di benessere dell'individuo all'interno del contesto sociale in cui vive. Si è giunti in tal modo alla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità:

*"La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente una assenza di malattia o infermità."*¹

In questo senso la salute diventa condizione affinché la persona abbia piena capacità di realizzare se stessa nel proprio contesto sociale, in base alle proprie aspirazioni, bisogni e potenzialità.

Come considerazione finale non si può non riconoscere che la mortalità e la frequenza delle malattie risultano, pertanto, indicatori imperfetti di ciò di cui si vorrebbe parlare, ma sono tra le variabili più efficacemente attualmente in grado di dimostrare una distribuzione sociale nelle malattie.

2 LA MALATTIA NELLE SUE DIMENSIONI UMANE E SOCIALI

2.1 IL CONCETTO DI CULTURA

Gli antropologi hanno fornito diverse definizioni di cultura ma quella divenuta più famosa è attribuita a Taylor ed è datata 1871² *"L'intero complesso che include conoscenze, credenze arte, morale, leggi, costumi ed ogni altra capacità o abitudine acquisita dall'uomo quale membro della società"*. Keesing³ nella sua definizione stressa l'aspetto ideativo della cultura: *"sistemi di idee condivise, sistemi di concetti e regole e significati sottesi o espressi attraverso il modo di vita delle persone"*.

Da queste definizioni si può comprendere come la cultura rappresenti una serie di linee guida (sia implicite che esplicite) che gli individui ereditano come membri di particolari società e che indica loro come vedere il mondo, come sperimentarlo emotivamente e come comportarsi in relazione alle altre persone, alle forze soprannaturali o a dio ed all'ambiente circostante. La cultura fornisce inoltre gli strumenti per trasmettere tutto questo alle generazioni successive attraverso l'uso del linguaggio, simboli, arte e rituali.

Per fare un paragone la cultura può essere descritta come un paio di occhiali attraverso cui gli individui percepiscono e capiscono il mondo che li circonda ed imparano le modalità per viverci. Crescere in qualunque società è una forma di inculturazione che lentamente dà agli individui le lenti adatte a vivere all'interno della società stessa. Senza questa condivisione nella percezione del mondo sarebbero impossibili sia la coesione sociale sia la sopravvivenza di qualunque gruppo umano.

L'antropologo americano Edward T. Hall⁴ ha proposto che in ogni gruppo umano ci siano tre differenti livelli di cultura. Questo range va dalla cultura esplicitamente manifesta, livello terziario di cultura, visibile dall'esterno (come per esempio i rituali, i vestiti tradizionali, la cucina nazionale e le occasioni di festa), fino a livelli più profondi conosciuti solo dalle persone appartenenti al gruppo stesso.

Mentre il livello terziario può essere considerato la facciata pubblica della cultura, al di sotto di esso risiedono una serie di assunti impliciti, credenze, regole, che costituiscono la grammatica culturale del gruppo. Nei livelli più profondi si include "il livello secondario" in cui le regole implicite ed alcuni concetti unanimemente accettati, pur se conosciuti da tutti i membri del gruppo, raramente vengono mostrati all'esterno. Esiste ancora un livello più profondo di cultura, in cui le regole sono conosciute da tutti, rispettate da tutti, ma raramente codificate in maniera esplicita. Queste regole infatti sono naturalmente prese per vere e quasi impossibili da spiegare organicamente dalle persone comuni.

Nella visione di Hall, anche se il livello terziario di cultura è facile da osservare, modificare e manipolare, sono i livelli più profondi (primario e secondario) e nascosti ad essere stabili e resistenti al cambiamento. Questa constatazione ha delle implicazioni importanti per quelle branche delle scienze sociali e della salute pubblica che si occupano di educazione, prevenzione o in generale di stili di vita.

2.2 CULTURA E CATEGORIE SOCIALI

Uno degli aspetti cruciali di ogni paio di "lenti culturali" è la divisione del mondo e delle persone che lo

abitano in categorie, ognuna con la sua etichetta. Per esempio, tutte le culture dividono le persone che appartengono alla loro società in categorie differenti: uomini e donne, bambini ed adulti, giovani e vecchi, del luogo e stranieri, di classe sociale alta o bassa, abili o disabili, normali o anormali, cattivi o pazzi, ed infine sani o malati. Inoltre, in ogni cultura esistono meccanismi sociali atti a spostare le persone da una categoria all'altra, anche contro la loro volontà, per esempio se la società decide che un soggetto è vecchio o pazzo o disabile, questa definizione modifica la collocazione sociale del soggetto stesso, ne ridefinisce i compiti o le responsabilità a volte in maniera vantaggiosa (pensione, esenzione dal lavoro ecc) a volte svantaggiosa (interdizione da alcuni lavori, reclusione in manicomio o casa di cura, limitazione dei diritti civili ecc). Lo spostamento da una categoria all'altra può avvenire contro la volontà di un individuo e senza riscontro nelle conoscenze "scientifiche". In altre parole la società può decidere in maniera del tutto autonoma se un individuo è sano o è malato e gli effetti sociali su quell'individuo saranno esattamente uguali a quelli su una persona "veramente" sana o "veramente" malata.

2.3 COMPLESSITÀ CULTURALE DELLA SOCIETÀ

Antropologi come Leach hanno sottolineato come tutte le società abbiano più di una cultura all'interno delle loro frontiere. Per esempio, la maggior parte delle società hanno qualche forma di stratificazione sociale, in classi, caste, ranghi ed ogni strato sociale possiede tratti culturali distintivi inclusi uso del linguaggio, abitudini, comportamenti, abbigliamento, dieta, standard abitativi ecc.

Ricchi e poveri, dominatori e dominati, ognuno eredita la propria prospettiva culturale. Oltre a questo, sia gli uomini che le donne possiedono "culture" distinte all'interno della stessa società ed è richiesto loro che si comportino in accordo con le diverse norme e le diverse aspettative.

In aggiunta a queste stratificazioni, le società di stampo occidentale sono rese ancora più complesse dalla presenza contemporanea sullo stesso territorio di turisti, lavoratori stranieri di recente o antica migrazione, studenti, rifugiati politici, ognuno dei quali con la propria religione, abitudini e pattern culturale.

Molti di questi gruppi sono sottoposti a processi di inculturazione i quali possono essere frammentari, comprendere alcuni tratti culturali e non altri o dare luogo a rielaborazioni originali.

Una delle caratteristiche della nostra società è proprio la frequenza con cui sorgono nuovi culti o religioni, stili di vita dettati dalle mode, nuove categorie sociali, filosofie di vita e quindi modelli di cura o salute.

Un altro spazio di complessità culturale è rappresentato dalle subculture professionali, come quella medica, infermieristica, legale o militare. In ognuno di questi casi le persone formano gruppi a parte accomunati da concetti, regole ed organizzazione sociale. Se da un lato ogni subcultura è sviluppata a partire da una cultura maggiore con la quale condivide molti concetti e valori, dall'altro ognuna di queste rappresenta e possiede caratteristiche uniche e distintive. Gli studenti di queste aree, compresi quelli di area sanitaria, acquisiscono lentamente la "subcultura" e la prospettiva di vita della loro professione, attraverso un complesso processo di "inculturazione", dal quale usciranno, con una posizione sociale, un linguaggio, un modo di vedere ed interpretare il mondo differente rispetto al resto della società. In ambito medico, la presenza di questa subcultura può interferire sia con la comunicazione tra medico paziente, sia con l'offerta di servizi sanitari sia

riflettere molte delle divisioni sociali e dei pregiudizi della società nei confronti degli operatori sanitari.

In definitiva possiamo considerare la maggior parte delle società a sviluppo avanzato come una sorta di patchwork di differenti subculture, comprendenti al loro interno molteplici visioni sociali che coesistono sullo stesso territorio e nello stesso tempo. Cultura e società come componenti mutevoli.

In alcuni casi il concetto di cultura è equivocato o usato a sproposito. In primo luogo bisogna sottolineare come le culture non siano mai omogenee né generalizzabili. Pertanto, non si possono compiere affermazioni relative agli appartenenti a qualunque gruppo umano senza prendere in considerazione l'eventualità che le differenze tra persone appartenenti allo stesso gruppo culturale possano essere superiori alle differenze tra persone di gruppi culturali distinti. Considerazioni quali "le persone del gruppo culturale X non fanno Y" (con riferimento a comportamenti quali il fumo, il bere o il mangiare carne ad esempio) possono essere veri per alcuni dei membri di quel gruppo o addirittura per la maggior parte di essi, ma non necessariamente per tutti. Un altro aspetto interessante che rende difficili le generalizzazioni quando si parla di cultura è il gap esistente tra le regole culturali che stabiliscono come le persone dovrebbero essere o comportarsi e quello che poi le persone fanno nella loro pratica quotidiana. Ancora le generalizzazioni possono essere dannose perché contribuiscono a creare stereotipi e incomprensioni culturali pregiudizi e discriminazioni. Un altro motivo per evitare generalizzazioni è che le culture non sono affatto statiche, ma sono al contrario influenzate dalle culture degli altri gruppi umani intorno a loro, dai processi storico-politici che spesso operano su scala globale come le guerre, la pubblicità, le mode globali, la delocalizzazione dei processi produttivi e dei lavoratori, l'avvento di nuove tecnologie, specie nel campo delle comunicazioni di massa (radio, giornali, televisione e soprattutto web), le compagnie aeree low cost, il turismo di massa o anche disastri naturali o i mutamenti climatici, la diffusione di malattie su scala globale, come l'Aids, o paventate come la SARS. Tutti questi eventi facilitano o costringono i diversi gruppi a rielaborare o integrare vari aspetti della propria cultura per potere operativamente interagire con le mutate condizioni dell'ambiente circostante e di conseguenza ciò che è vero per una cultura in un dato momento può non esserlo l'anno successivo.

Un altro elemento determinante nel maneggiare le caratteristiche culturali è la relazione tra cultura e contesto. Il contesto ha connotazioni storiche, economiche, sociali, politiche geografiche, connotazioni particolari valide in quel determinato luogo ed in quel determinato momento⁵.

3 I DETERMINANTI DI SALUTE

I fattori responsabili della salute del singolo individuo e di una popolazione possono essere riconducibili a quattro categorie: impronta genetica-biologica, assistenza sanitaria, comportamenti individuali, condizioni sociali e contesto ambientale⁶.

3.1 FATTORI GENETICI E BIOLOGICI

Si è stimato che i geni come determinanti di malattia sarebbero in grado di spiegare l'1-5% del carico di patologie umane. La componente genetica infatti, spiega patologie molto rare legate ad un singolo gene come, ad esempio, la talassemia, la fibrosi cistica, la malattia di Huntington, alcuni tumori familiari del colon e della mammella. Essa, inoltre, può agire creando condizioni individuali di suscettibilità ad ammalare di una particolare malattia (eredità poligenica); nel corso della vita determinati comportamenti, abitudini o stili di vita e situazioni ambientali esterne faranno sì che la condizione di malattia si sviluppi o meno, venga come ad esempio i cluster familiari del diabete di tipo 1.

Essendo un fattore intrinseco all'individuo, non si dovrebbero osservare differenze sociali nella distribuzione delle malattie legate questi fattori. L'unico modo in cui i determinanti genetici e relative malattie sembrerebbero potersi correlare alle disuguaglianze sociali nella salute è attraverso un "effetto selezione", cioè il fatto che una persona, a causa di uno stato di salute compromesso da una malattia, sia condizionato nell'accesso alle diverse posizioni sociali.

3.2 IL CONTESTO CULTURALE COME DETERMINANTE DI SALUTE

Il contesto culturale ha un'influenza importante su molti aspetti della vita delle persone compreso il loro sistema di credenze, le loro percezioni, emozioni, linguaggi, religione, rituali, struttura familiare, alimentazione, immagine corporea, concetti di spazio e di tempo, caratteristiche della malattia e qualità del dolore, tutti fattori rilevanti nello spazio della cura, della prevenzione e dell'organizzazione dei sistemi sanitari. D'altra parte, la cultura in cui siamo nati o in cui viviamo non è mai la unica a determinare questi fattori. Infatti, essa è solo una delle varie forze che interagiscono sul complesso sistema di credenze e comportamenti che influenzano la salute.

I diversi paradigmi culturali consentono di rileggere da diverse prospettive aspetti individuali legati alla sfera biologica, come ad esempio la valenza sociale di una certa età della vita, l'appartenenza ad un genere, la taglia del proprio corpo, la prestanza o integrità fisica o l'aspetto estetico, o aspetti sociali legati all'organizzazione parentale, al sistema educativo, formale o informale, all'organizzazione politica ed amministrativa della società, al quadro legislativo e normativo adottato, all'organizzazione del sistema economico ed infine aspetti legati all'ambiente fisico e naturale ed al sistema della mobilità.

Vedremo in seguito come tutti questi fattori siano correlati direttamente o indirettamente con lo stato di salute degli individui e con il livello di eguaglianza sociale interno a gruppi di popolazione. Pertanto, risulta evidente come la cultura, con la sua capacità di guida delle scelte ed azioni individuali e comunitarie, possa essere ascritta tra i determinanti di salute.

3.3 L' ASSISTENZA SANITARIA

La possibilità di accedere a servizi di assistenza sanitaria di base è un importante determinante di salute. Tuttavia è ormai evidente come l'assistenza sanitaria non possa essere considerato l'unico o principale determinante di salute. Questo infatti significherebbe concentrare l'attenzione sul concetto ristretto di salute come assenza di malattia e considerare il sistema sanitario come strumento per tradurre questa concezione in un miglioramento dello stato di salute.

Studi di correlazione fra la spesa sanitaria e speranza di vita dimostrano che ad un aumento progressivo di fondi destinati all'assistenza sanitaria non sempre corrisponde un aumento del livello di salute di popolazione. Un classico esempio di questo è il caso degli Stati Uniti i quali spendono quasi il 50% in più degli altri paesi dell'OCSE^a (circa 5.000\$ pro-capite) nell'assistenza sanitaria eppure si collocano tra i paesi che hanno il profilo di speranza di vita e mortalità infantile più sfavorevole⁷

Una "over espansione" del sistema sanitario quindi non si riflette necessariamente in un miglioramento della salute e spesso finisce col drenare risorse da altre politiche sociali che potrebbero anch'esse avere un effetto sulla salute (sistema educativo, trasporti, inquinamento ambientale, sistema pensionistico)⁸.

Si stima che gli interventi preventivi (vaccinazioni, screening) e le cure mediche possano determinare un miglioramento della salute compreso fra il 20 e il 50%^{9 10}.

3.4 DETERMINANTI SOCIALI

Il ruolo dei determinanti sociali nell'influenzare lo stato di salute è diventato talmente rilevante e di interesse scientifico che per comprendere meglio come questi agiscano e come si possa intervenire su di essi per migliorare la salute, l'Organizzazione Mondiale Della Sanità ha nominato nel 2005 una *Commission on Social Determinants of Health*, ovvero la prima Commissione sui Determinanti Sociali di Salute.

La Commissione, costituita da venti esperti e presieduta dall'epidemiologo inglese Michael Marmott, ha come missione non solo riesaminare tutte le conoscenze già esistenti, ma anche tradurle in azione, promuovendo la comprensione della rilevanza dei determinanti sociali fra le istituzioni pubbliche e un conseguente intervento politico volto a migliorare la salute delle persone più vulnerabili¹¹.

Prima della nascita della Commissione, nel 2003 l'Organizzazione Mondiale della Sanità-Regione Europea aveva già prodotto una pubblicazione¹², basata sul lavoro dei maggiori esperti in materia e sulla revisione di numerosissimi studi, nella quale venivano indicati dieci determinanti sociali che, interagendo fra loro, risultarono in grado di influenzare lo stato di salute delle persone: il gradiente sociale, lo stress, i primi anni di vita, l'esclusione sociale, il lavoro, la disoccupazione, il supporto sociale, la dipendenza da droghe,

a OCSE: Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico

l'alimentazione, i trasporti.

- Il gradiente sociale. Le condizioni socio-economiche condizionano la salute delle persone per tutta la durata della vita. Coloro che vivono ai livelli più bassi della scala sociale corrono un rischio due volte superiore di ammalarsi gravemente o di morire prematuramente, rispetto a coloro che si trovano vicini alla cima. Ma questa situazione non è confinata solo ai poveri, infatti ad ogni livello di posizione sociale considerata chi sta in posizione più avvantaggiata presenta un profilo di salute migliore rispetto a chi sta in posizione più svantaggiata. Sia cause materiali che psicologiche contribuiscono a queste differenze. Avere uno scarso supporto familiare, non avere un lavoro o essere costretti a lavori rischiosi, vivere in condizioni abitative insalubri, mancare di una adeguata retribuzione pensionistica, sono tutte situazioni di svantaggio che tendono a concentrarsi nelle stesse persone e i loro effetti ad accumularsi durante la vita. In particolare chi è stato svantaggiato in passato e in momenti critici come infanzia, adolescenza, inizio di un lavoro, avrà un rischio fortemente maggiore di esserlo anche successivamente.

Il gradiente sociale in salute riflette dunque lo svantaggio materiale e gli effetti dell'insicurezza, e della mancanza di integrazione sociale, che possono verificarsi in qualsiasi momento.

- Lo stress. Circostanze come povertà, ristrettezza economica, disoccupazione, mancanza di controllo sul proprio lavoro e sulla vita familiare, sono eventi fortemente stressanti. La continua ansia, insicurezza, bassa stima di se stessi e mancanza di supporto sociale, hanno un fortissimo impatto sulla salute e possono condurre a morte prematura. Tutte queste situazioni di rischio sono molto più comuni nelle fasce più basse della scala sociale.

Numerose ipotesi scientifiche spiegano come tali fattori psico-sociali abbiano un effetto sulla salute fisica. Situazioni di emergenza e stress stimolano una risposta di tipo "fight or flight" con aumento della produzione di cortisolo e ipertono simpatico (aumento pressione e frequenza cardiaca, aumento di afflusso di sangue ai muscoli). Lo stesso tipo di reazione è generata da una bassa posizione sociale. Quando queste risposte (carico allostatico) ricorrono troppo frequentemente il prezzo viene pagato in salute.

L'associazione fra situazioni stressanti e aumento del rischio di infarto miocardico, fra aumento di cortisolo e depressione, infezioni, tumori è stata ampiamente dimostrata.^{13 14}

- I primi anni di vita. Le basi per la salute nella vita adulta vengono poste negli anni della prima infanzia e ancor prima nella vita fetale. Secondo la teoria della "programmazione biologica" già durante la gravidanza, a causa di scadenti condizioni di vita e alimentazione della madre, abitudine al fumo, povertà economica della famiglia, nel bambino inizierebbero ad accumularsi ritardi di crescita che potrebbero avere il loro affetto al momento della nascita (natimortalità, mortalità infantile basso peso alla nascita) o in età adulta (malattie respiratorie, cardiovascolari, renali, pancreatiche). Ad esempio è stata ampiamente dimostrata la relazione fra basso peso alla nascita e rischio di sviluppare diabete in età adulta¹⁵. Alla programmazione biologica si assocerebbe la

“programmazione sociale”, secondo cui gli svantaggi sociali tenderebbero ad accumularsi a partire dalla prima infanzia e dall’adolescenza¹⁶. Sempre da giovani nascono e si consolidano comportamenti rischiosi per la salute e la carriera sociale, come fumo, dipendenza da alcool e droghe, cattiva alimentazione. Inoltre nascere in una famiglia con difficoltà economiche avvia una catena di rischi sociali, che vanno da un basso rendimento scolastico al pericolo di disoccupazione ed emarginazione sociale. Si è osservato anche che gli svantaggi in salute presenti in età infantile si amplificano nell’età adulta. Una rassegna di studi ha evidenziato come l’obesità infantile sia un importante fattore di rischio per l’obesità da adulti e come questa condizione si correli ad un eccesso di rischio di incidenza e mortalità in particolare per diabete e malattie cardio-cerebro-vascolari¹⁷

- L’Esclusione sociale. L’esclusione sociale causa un forte impatto sulla salute, soprattutto in termini di morte prematura. Le cause non sono solo legate alla privazione materiale in sé, ma anche alle condizioni sociali e psicologiche di chi vive in povertà. L’emarginazione è un processo dinamico, lungo il corso della vita degli individui che finiscono per essere esclusi dalla vita sociale e dalla comunità.

Senza tetto, immigrati, disoccupati, lavoratori occasionali, minoranze etniche rappresentano i gruppi più a rischio. Fra questi le persone che vivono in strada soffrono dei più alti livelli di morte prematura. Vivere in condizioni di povertà relativa (con meno del 60% del reddito pro capite medio nazionale) compromette la possibilità di abitare in case salubri, di avere una buona istruzione, in altre parole di vivere pienamente la propria vita. Ma l’esclusione sociale è anche risultato del razzismo, e delle discriminazioni, e disabili, malati mentali o cronici, finiscono per essere spesso gruppi a loro volta emarginati.

La concentrazione fisica e la segregazione degli esclusi in aree circoscritte può fare diventare quest’ultima a loro volta deprivata e svantaggiata, condizionando le opportunità di chi vi vive e nasce.

Tra salute ed emarginazione esiste un rapporto biunivoco, per cui una condizione di povertà compromette lo stato di salute (ad esempio per la mancanza di una abitazione), ma anche la malattia stessa (ad esempio malattie croniche e invalidanti) potrebbe determinare l’espulsione dal mercato del lavoro e un processo di esclusione sociale.

- Il lavoro. In generale avere un lavoro è meglio che non averlo, in quanto ha una importanza fondamentale nel produrre ricchezza con conseguente impatto sulle condizioni di vita e sulla salute. Ma l’ambiente psico-sociale e le relazioni che si stabiliscono possono condizionare fortemente la salute. Lo stress che si vive sul lavoro può diventare un importante fattore di rischio.

La percezione di una discrepanza, tra aspirazioni e realizzazioni, in un contesto fortemente competitivo e segnato dal valore del successo e dell'affermazione individuale ha dei costi elevatissimi sulla salute: può minare l'autostima, creare un costante stato di tensione e pressioni psicologiche.

Il modello demand/control di Karasek ipotizza l'effetto stressogeno prodotto dalla combinazione di un basso livello di controllo su tempo e modo di esecuzione del proprio lavoro e un elevato grado di richieste psico-fisiche.

Il modello effort/reward imbalance di Siegrist individua quale determinante dello stress lo squilibrio tra sforzi e ricompense, distribuite quest'ultime attraverso: denaro, stima, opportunità di carriera e sicurezza sul lavoro.

La teoria dell'inconsistenza di stato sostiene che l'esperienza di uno status inconsistente (ad esempio soggetti che collocati in una determinata classe occupazionale dispongano di una istruzione superiore) potrebbe portare al generarsi di una condizione di stress cronico che si può tradurre in un malessere psichico diffuso o in specifiche patologie.

La teoria di Dahrendorf propone una visione in cui la classe collocata nella posizione gerarchica più elevata (chi da ordini) e quella intermedia (chi da e riceve ordini) godano di una significativa protezione, mentre la classe che occupa la posizione di maggiore subordinazione (riceve solo ordini) presenti una mortalità più elevata.

Queste situazioni di stress sono fortemente legate ad un aumento delle patologie osteo-muscolari a carico della colonna vertebrale, delle assenze per malattia dal lavoro, e dei rischi cardiovascolari. In ultimo non bisogna dimenticare il grande capitolo delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro¹⁸.

- La disoccupazione. Le persone disoccupate e i loro familiari soffrono di un rischio di morte prematura molto più elevato. La disoccupazione presenta un forte connotato materiale, mancanza o grave insufficienza di reddito, ma ha anche un importante connotato psico sociale. Il lavoro crea opportunità di contatti, mantiene la vita attiva, dà sicurezza, di conseguenza la disoccupazione altera la strutturazione della vita quotidiana, lede l'autostima, diminuisca la libertà decisionale e modifica il comportamento inducendo abitudini dannose (fumo, alcool, rischio di suicidio).

Un lavoro insoddisfacente o insicuro può avere gli stessi effetti della disoccupazione e aumentare il rischio di malattie mentali (ansia depressione) e di malattie cardiovascolari.

- Il supporto sociale. Una forte rete sociale di comunicazione e mutua obbligazione conduce il soggetto a credere di essere amato, stimato, curato e considerato. Questa ha un effetto altamente protettivo sulla salute e incoraggia stili di vita e comportamenti più sani.

Il network sociale inizia a strutturarsi all'interno della famiglia, degli amici e del quartiere, per poi espandersi alla comunità di residenza, scuola, ambiente di lavoro, istituzioni religiose, risorse naturali, fino ad arrivare alle influenze macrosociali del sistema politico e economico, distribuzione

delle risorse, diritti, mercato del lavoro.

La coesione sociale fatta di fiducia e rispetto reciproco all'interno della comunità e della più ampia società aiuta a proteggere le persone e la loro salute.

Si è dimostrata una relazione fra la tipologia di composizione familiare e mortalità, il profilo è caratterizzato da una forte protezione per i coniugati e da eccessi di mortalità crescenti fra single, vedovi per finire coi separati e divorziati. Il supporto familiare è molto importante anche per il benessere delle neo-madri e riduce depressione e complicanze del post-partum¹⁹. Alti livelli di coesione sociale sono anche stati correlati con bassi livelli di malattie coronariche.

Quando si parla di coesione sociale o di capitale sociale ci riferisce a quelle caratteristiche delle relazioni (fiducia, reciprocità, appartenenza) che agiscono come risorsa per gli individui e facilitano un'azione collettiva per un beneficio comune.

Una larga discrepanza fra ricchi e poveri porta a più alti indici di mortalità, attraverso la frattura della coesione sociale. La distribuzione diseguale del reddito non è solo legata ad un aumento della mortalità generale, ma anche della mortalità infantile, omicidi, violenza, morti per malattia cardiovascolari.

Wilkinson nel suo libro "*Unhealthy societies. The afflictions of inequality*" illustra due studi su società che ad un certo punto della loro storia hanno attraversato una rapida compressione della distribuzione del reddito (società Britannica durante il periodo fra le due guerre mondiali) o un aumento della differenza (comunità italo-americana di Roseto, Pennsylvania, durante gli anni 60).

Durante il periodo fra le guerre, la Gran Bretagna ha registrato una netta restrizione delle differenze di reddito, che si è accompagnata ad un grande senso di solidarietà e di coesione sociale, che si è tradotto in un aumento dell'aspettativa di vita. L'aumento della forbice fra ricchi e poveri nella popolazione di Roseto, durante la rapida crescita economica degli anni 60 ha invece generato, una frattura della coesione sociale, seguita da una crescita delle morti per malattie cardiovascolari²⁰.

Pertanto risulta evidente che ridurre le differenze di reddito offre la prospettiva di un grande capitale sociale e migliore salute degli individui.

- La dipendenza da droghe. L'abuso di sostanze è sia causa di rottura della coesione sociale sia causa di peggioramento delle disuguaglianze in salute. Molto spesso le persone ricorrono ad alcool, tabacco e droghe per fuggire da situazioni di sofferenza, miseria e povertà.

L'Europa dell'est rappresenta un esempio di questa situazione, nell'ultimo decennio, in seguito a rapidi cambiamenti che hanno condotto ad una disgregazione sociale, la mortalità correlata all'abuso di alcool è aumentata notevolmente, assieme a violenze, omicidi, suicidi e incidenti. Il meccanismo si rivela ancora più crudele se si considera che l'alcool peggiora e amplifica tutte quelle situazioni da cui si tentava di scappare.

Anche il fumo è associato a particolari condizioni di disagio, disoccupazione, precarietà nel lavoro,

povertà, nonostante questa abitudine sia causa di impoverimento del reddito. In Italia dati raccolti fra 1980 e 1999 mostrano un maggior rischio di essere fumatori le persone di sesso maschile meno istruite (la relazione è inversa nelle donne), mentre la tendenza a smettere di fumare è correlata per entrambi i sessi al livello di istruzione (maggior propensione in chi ha più alto titolo di studio).

Le disuguaglianze sociali nell'uso di sostanze stupefacenti possono essere dedotte anche dalla correlazione negativa del livello socio economico sia con la mortalità per overdose che per AIDS.

L'assunzione di comportamenti a rischio non deve essere semplicisticamente ridotta ad una responsabilità individuale del singolo "*victim blaming*", ma devono essere prese in considerazione tutte le circostanze sociali e le situazioni di svantaggio che hanno condotto verso quel determinato stile di vita.

- L'alimentazione. Una buona ed equilibrata dieta è un elemento centrale per promuovere benessere e salute. La mancanza quantitativa di cibo o una sua scarsa varietà e qualità causano malattie da deficienza e malnutrizione. Un introito eccessivo di cibo è un'altra forma di malnutrizione e può contribuire all'insorgenza di gravi malattie cardiovascolari, diabete, obesità, cancro. Ci si trova di fronte a due problemi opposti l'eccesso e la mancanza di cibo che coesistono nella nostra società.

Le differenze socio economiche all'interno di un paese industrializzato si riflettono nella dieta delle persone. La maggior parte delle abitudini alimentari insalubri risultano inversamente correlate con il livello di istruzione e la classe sociale, in particolare i meno istruiti e gli appartenenti alle classi più basse hanno tendenza più elevata ad escludere il pesce, fare scarso uso di frutta e verdura, ed eccedere nel consumo di cibi processati, conservati e ricchi di grassi (anche per il loro minor prezzo).

Le cattive abitudini alimentari si strutturano già nell'infanzia e in età prescolare, e si portano avanti per tutta la vita. Nei bambini di livello socio economico superiore è meno diffusa l'abitudine di mangiare biscotti, dolci e spuntini fuori pasto²¹.

Molto frequente è poi che i fattori di rischio si vadano ad associare per cui ad una scorretta dieta si associano spesso obesità, vita sedentaria e fumo.

- Trasporti. Camminare, andare in bicicletta, utilizzare un mezzo di trasporto pubblico migliorano la salute, perché promuovono l'esercizio fisico, aumentano i contatti sociali e riducono l'inquinamento atmosferico. La crescita sempre maggiore del numero delle auto e del loro utilizzo, la vita più sedentaria hanno portato ad una crescita epidemica del problema dell'obesità.

È stato ampiamente dimostrato che un regolare esercizio fisico (almeno 30 minuti giornalieri) riduce il rischio di malattie cardiovascolari, del diabete, e del sovrappeso. Ridurre l'utilizzo delle auto e promuovendo l'uso dei mezzi pubblici, della bicicletta, e del muoversi a piedi sono metodi per contrastare il pericolo di una vita sedentaria, in più sono tutte forme di aggregazione sociale che stimolano la comunicazione fra le persone. Ridurre il traffico significa anche diminuire il pericolo di incidenti stradali e delle morti ad essi correlate.

3.5 CONTESTO GENERALE

Un'attenzione sempre maggiore si sta concentrando sugli effetti prodotti dalla deprivazione socioeconomica dell'area di residenza sulla mortalità e sulla morbosità, indipendentemente dalle condizioni socioeconomiche della persone che vi risiedono.

E' possibile rilevare una eterogeneità nella distribuzione geografica della salute, riconducibile alla differente composizione degli individui nelle aree, ad esempio una maggiore concentrazione di persone con fattori e stili di vita a maggior rischio per la salute.

La deprivazione socio economica di un'area di residenza viene di solito calcolata attraverso indicatori aggregati (grado di istruzione, livello di disoccupazione, abitazioni prive di servizi igienici, numero di persone per stanza, composizione familiare). Gli studi evidenziano un eccesso di mortalità al crescere del livello di deprivazione.

Uno studio condotto in Olanda²² ha dimostrato che le persone che vivono in un quartiere con un'alta percentuale di disoccupati, disabili o persone povere, indipendentemente dalle caratteristiche socioeconomiche individuali, hanno un rischio di mortalità più alta rispetto a quelle che vivono in quartieri con percentuali più basse di individui in queste condizioni. Il livello di istruzione e di occupazione del quartiere risultano quindi indicatori correlati, anche se meno intensamente, alla mortalità.

Studi condotti negli Stati Uniti²³ hanno dimostrato come le persone povere tendano a concentrarsi in quartieri poveri, sommando alla loro situazione di svantaggio quella del contesto in cui vivono (effetto di concentrazione). Inoltre, i residenti dei quartieri poveri hanno minor possibilità di poter contare su una forte rete di supporto sociale (ad esempio buone scuole).

3.6 I COMPORAMENTI INDIVIDUALI

Troppo spesso, in maniera riduzionistica, si finisce con l'attribuire la colpa delle conseguenze dannose di un comportamento rischioso al solo all'individuo, in quanto responsabile della sua scelta (*victim blaming*).

Visioni di questo genere possono spiegare la scelta di comportamenti rischiosi, quando questa è fatta in piena libertà (ad esempio uno sport pericoloso), ma non sono sufficienti di fronte alle scelte compiute in condizioni di libertà limitata (ad esempio fumo, alcol, droghe). Forti condizionamenti sono infatti dati dalle caratteristiche sociali, economiche e culturali dell'ambiente in cui si vive.

A riguardo di ciò gli studi Whiteall²⁴, effettuati sui dipendenti pubblici degli uffici governativi di Londra (situati per l'appunto nel quartiere Whiteall) sono molto significativi e meritano un accenno.

Il primo studio Whiteall, risalente al 1960, nacque come uno studio sulle malattie cardiovascolari e diabete in relazioni ai fattori di rischio comportamentali individuali. Diversamente da quello che era l'obiettivo di partenza lo studio finì col dimostrare una correlazione fra mortalità e stato economico. Fino ad allora la classe sociale non era mai stata vista come possibile causa di malattia.

Il secondo studio Whiteall partito nel 1985 (attualmente siamo alla fase 8 ma è stato programmato fino alla 9) ha dimostrato ampiamente questo gradiente sociale. La classe più bassa fra i dipendenti ministeriali

britannici risulta avere un rischio superiore di morire per accidente cerebrovascolare rispetto alla classe superiore. Anche i vari fattori di rischio cardiovascolari (ipertensione, fumo, obesità, sedentarietà, alimentazione ricca di grassi) risultano distribuiti diversamente all'interno delle classi, ma questi possono giustificare solo in parte le differenze in mortalità.

Solo il 60% del gradiente è spiegato dai fattori di rischio tradizionali (legati a comportamenti dannosi).

Resta dunque da spiegare a cosa sia dovuto l'altro 40% del rischio, e per farlo bisogna studiare fattori come, la struttura e il supporto sociale, il contesto ambientale, lo stress sul lavoro, e i fattori psicologici.

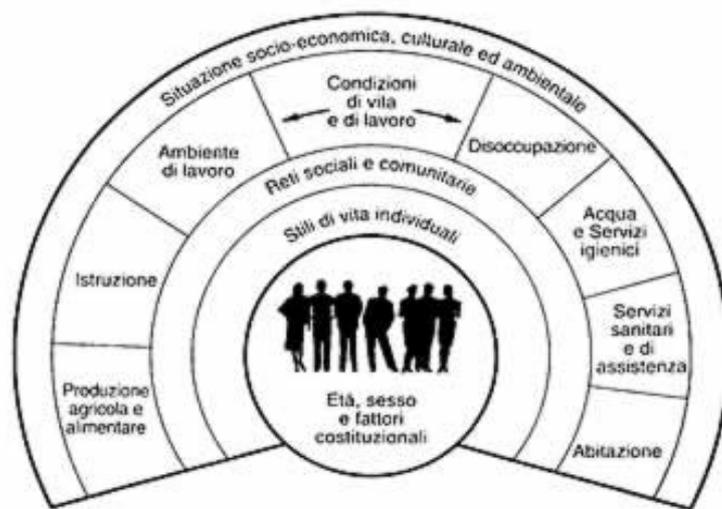


Figura 1. I determinanti di salute

E' impossibile dunque individuare un unico fattore in grado di determinare lo stato di salute.

Lo stato di salute delle persone è influenzato da tutti i determinanti esaminati correlati tra loro. Il modello²⁵ a starti concentrici rappresentato in figura, è un'ottima sintesi di quanto sin qui descritto.

4 DISUGUAGLIANZE IN SALUTE

4.1 DISUGUAGLIANZE E INIQUITÀ

Disuguaglianza in salute è il termine generico usato per descrivere differenze, variazioni e disparità nel raggiungimento della salute da parte di individui e gruppi. Un esempio immediato di disuguaglianza nella salute è costituito dalla maggiore incidenza della malattia X nel gruppo A paragonata al gruppo B della popolazione P. Disuguaglianza in salute è, dunque, un termine descrittivo che non implica necessariamente un giudizio morale. Le iniquità in salute sono, invece, quelle disuguaglianze considerate ingiuste o originate da qualche forma di ingiustizia. Parlare pertanto di iniquità significa aggiungere un giudizio morale al significato di disuguaglianza. La maggior parte delle disuguaglianze in salute tra gruppi sociali risultano essere ingiuste perché riflettono una distribuzione ingiusta dei determinanti sociali di salute che ne sono alla base.

Ci sono opinioni che tendono a negare questo ruolo dell'ingiustizia sociale mettendo al centro della questione il libero arbitrio e la responsabilità individuale nella cura della propria salute. Ma, come è già stato discusso in precedenza, la decisione di investire sulla propria salute non è totalmente libera, in quanto influenzata da fattori contestuali fisici, culturali e socioeconomici (rischi imposti dall'ambiente micro e macro sociale)²⁶. Inoltre, la salute è una condizione determinata anche da fattori che risalgono fino alle prime fasi della sua vita (quando presumibilmente non si è sufficientemente competenti per compiere scelte informate).

4.2 LA "SCOPERTA" DELLE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE

L'evidenza storica suggerisce come le disuguaglianze in salute non siano un fenomeno recente. Tuttavia il moderno dibattito sulle disuguaglianze socioeconomiche in salute risale al 19° secolo,

durante il quale grandi figure della salute pubblica, come Villermè in Francia, Chadwick in Inghilterra e Virchow in Germania, impegnarono gran parte dei loro studi su questo argomento. Edwin Chadwick, per esempio, dimostrò come nella città di Liverpool nel 1840 l'età media alla morte fosse 35 anni per aristocratici e professionisti, 22 per commercianti e le loro famiglie e di 15 per operai e servitori, mentre Louis René Villermè analizzò la differenza di mortalità fra i distretti di Parigi, evidenziando più alti tassi di mortalità nelle zone in cui vivano le classi sociali più basse, rispetto a quelli dove vivevano le classi sociali più alte.

L'impulso per la rinascita di un nuovo e attivo interesse verso le disuguaglianze in salute è legato alla pubblicazione in Inghilterra nel 1980 del cosiddetto Black Report, i cui risultati dimostrarono una marcata differenza di mortalità fra le classi occupazionali per entrambi i sessi e per tutte le età.

La pubblicazione dell'Acheson Report nel 1998 ha definitivamente segnato l'inizio di un nuovo impulso nello studio delle disuguaglianze nella salute il quale ha prodotto un enorme ammontare di dati che hanno evidenziato come esista una sostanziale iniquità in salute in tutti i paesi che avevano condotto una buona ricerca sull'argomento. Importanti differenze di mortalità si riscontrano tra uomo e donna, abitanti della città ed abitanti delle campagne, popolazione autoctona ed immigrati, e gruppi di popolazioni classificate secondo

altre caratteristiche. Alcune fra le più significative disuguaglianze vengono evidenziate quando gli individui sono classificati in base alla loro posizione socio economica. In tutti i paesi europei che hanno condotto validi studi, la mortalità è maggiore fra le persone in bassa posizione socio economica (indicata da livello di educazione, classe occupazionale, o reddito).

4.3 DISUGUAGLIANZE DI SALUTE FRA NAZIONI

Ci sono enormi differenze di salute fra le nazioni. L'aspettativa di vita alla nascita oscilla fra i 34 anni della Sierra Leone e gli 81.9 anni del Giappone. La mortalità sotto i 5 anni di età varia da 316 su 1000 nati vivi in Sierra Leone a 3 su 1000 in Islanda, 4 su 100 in Finlandia e 5 su 1000 in Giappone²⁷.

Gli ultimi 50 anni di storia hanno mostrato un trend globale di miglioramento della mortalità caratterizzato da una convergenza nella mortalità di tutti i paesi del mondo; in altri termini l'aspettativa di vita dei paesi più poveri si è avvicinata a quella dei più ricchi. L'aspettativa media di vita nel mondo è passata da 46.5 anni nel periodo tra 1950 e 1955 a 65.0 durante il periodo fra 1995 e 2000.

Tuttavia, alla fine degli anni 80 si registrò una interruzione di questa tendenza e l'inizio di una divergenza tuttora evidente e dovuta al fatto che al progressivo miglioramento nel ridurre la mortalità fra molti paesi risulta ora deviato dal ribaltamento negli indicatori di mortalità di altri paesi. Negli anni 90 infatti l'impatto di HIV/AIDS sull'Africa, in particolare sub-sahariana, e la grave crisi dei paesi dell'ex Unione Sovietica hanno interrotto il trend positivo registrato in precedenza²⁸.

Attualmente la probabilità di un uomo fra 15 e 60 anni di morire in Svezia è l'8.3%, mentre 82.1% in Zimbabwe.

In questa valutazione transnazionale più che di disuguaglianze forse sarebbe più giusto parlare di ingiustizia sociale.

4.4 DISUGUAGLIANZE DI SALUTE ALL'INTERNO DI UNA NAZIONE

L'esistenza di una relazione inversa fra condizione socioeconomica e stato di salute della popolazione all'interno di un paese è un dato ormai indiscutibile.

L'ultimo rapporto sulle disuguaglianze in salute in Inghilterra pubblicato nel 1998 e forse più noto come Achenson Report²⁹, analizza l'andamento della mortalità negli ultimi 30 anni correlandola con sei gruppi di persone selezionati per differente classe lavorativa^b. L'andamento della mortalità per tutte le cause, tra la popolazione maschile di 20-64anni rilevata negli anni 1970-72, 1979-83, 1991-93 ha mostrato che i livelli di mortalità sono inversamente correlati con il livello della classe sociale. Nonostante nell'arco di vent'anni i livelli di mortalità siano diminuiti in tutte le classi, il divario fra le classe più ricche e quelle più povere si è considerevolmente allargato: tra gli inizi degli anni 70 e 90 i tassi di mortalità sono calati del 40% nelle classi I e II, del 30% III, IIIM e IV e di solo 10% nella classe V³⁰.

b Classificazione delle classi lavorative: **I. Professionisti**(avvocati, medici, commercialisti etc.); **II. Tecnici&managers**(dirigenti, insegnanti, giornalisti, infermieri etc.); **III. Specializzati non manuali**(falegnami carpentieri, autisti, cuochi etc.) **IV. Semispecializzati**(guardiani, operai, contadini etc.) **V. Non specializzati**(manuali, addetti alle pulizie etc)

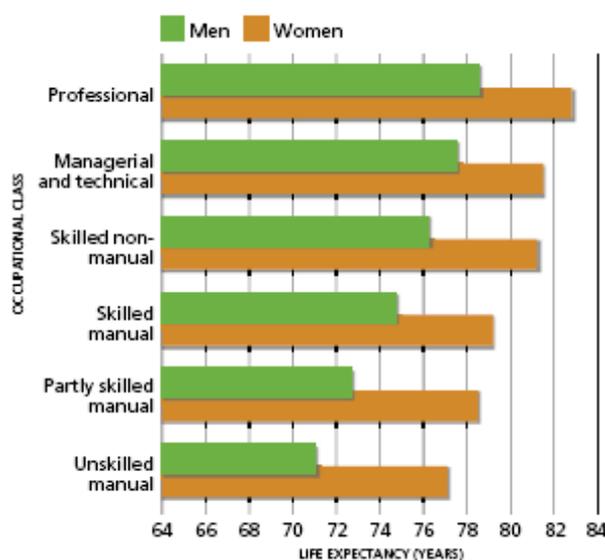
Queste differenze di mortalità si traducono in una diversa speranza di vita alla nascita tra classi più ricche e classi più povere: di sei anni per le donne, di quasi sette anni per gli uomini.

Il dato che emerge in maniera più inaspettata è però quello dell'esistenza di un gradiente sociale nella salute.

Il gradiente socio economico nella salute si riferisce al fatto che chi si trova ad un livello inferiore di stato socioeconomico, comprendendo anche quelli che si trovano in gruppi socioeconomici relativamente alti, si trova in una condizione di salute peggiore di chi appartiene alle classi economiche immediatamente e progressivamente superiori³¹. Ad ogni livello della posizione sociale, chi sta in posizione più avvantaggiata presenta un profilo di salute migliore rispetto a chi sta in posizione più svantaggiata; così gli operai semispecializzati hanno un profilo di salute migliore dei manovali, ma peggiore degli operai specializzati manovali, e così via.

Graf 1. Speranza di vita alla nascita nelle differenti classi lavorative. Maschi e femmine. Inghilterra e Galles. 1997-1999

Fonte: WHO/Europe, The Solid Facts, 2003



Scrive G. Costa a proposito dello studio condotto sullo stato di salute della popolazione di Torino:

"L'aspetto più stupefacente e sorprendente delle disuguaglianze nella salute è la loro regolarità nella scala sociale. A qualsiasi livello della scala sociale ci si ponga, il livello inferiore presenta un profilo epidemiologico più sfavorevole di quello immediatamente superiore"⁸².

Questa tendenza si rileva anche negli Stati Uniti dove si registrano oltre 20 anni di differenza nell'aspettativa di vita tra la classe sociale più favorita e quella meno favorita.

Le disuguaglianze sociali nella salute nei paesi in cui sono state studiate, compreso in Italia, si presentano intense, regolari e crescenti.

4.5 QUAL È IL RUOLO DELLA POVERTÀ NEL PRODURRE DISUGUAGLIANZE?

- **Povert  assoluta:** con questo termine si intende un livello di reddito al di sotto del quale non   possibile condurre una vita accettabile, e non si   capaci di soddisfare i bisogni umani fondamentali, come cibo, abitazione ed evitare le malattie. Non   difficile intuire come un quadro di drammatica deprivazione materiale (mancanza di acqua potabile, malnutrizione, carenza di servizi igienici, ambienti abitativi insalubri ecc.) che si somma alla mancanza di cure mediche di qualit  possa spiegare la tragica aspettativa di vita delle persone che nascono in paesi dalla povert  estrema come, ad esempio quelli dell’Africa subsahariana. Attualmente circa l’11% delle famiglie americane vive sotto la soglia ufficiale di povert . Tuttavia il gradiente socioeconomico nella salute coinvolge anche gli individui che si trovano al di sopra di questa soglia.
- **Povert  relativa:** con questo termine si intende una condizione di povert  relativamente alla comunit  in cui si vive, riferita cio  al livello di vita dell’ambiente circostante. La deprivazione relativa si esprime nell’esperienza soggettiva del disagio di chi non pu  permettersi gli standard di vita della sua comunit  di riferimento, pur non versando in condizioni di povert  assoluta (assenza di cibo, di una casa, d’assistenza medica).

Il gradiente socioeconomico nella salute   proprio il riflesso di questa condizione di povert  relativa nella societ .

4.6 COME SPIEGARE LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE: LA TEORIA NEO-MATERIALISTA E LA TEORIA PSICO-SOCIALE

Differenti spiegazioni sono state date nel tentativo di spiegare con quali meccanismi le disuguaglianze nel reddito si traducevano in disuguaglianze nella salute. Le due principali teorie sono quella neomaterialista di John W Lynch (Scuola di Sanit  Pubblica, Universit  del Michigan, USA) e quella psicosociale di Richard G Wilkinson (Centro per le Ricerche Mediche, Universit  di Sussex, Brighton, UK)³³

La teoria neo-materialista

Secondo questa visione le disuguaglianze nella salute sono il risultato di differenti accumulazioni di esposizione e di esperienze che hanno la loro radice nel mondo materiale. L’interpretazione materiale sottolinea la relazione scalare tra posizione socioeconomica e accesso a condizioni materiali tangibili, da quelle fondamentali come cibo, un tetto e l’accesso a servizi telefonici, internet e cos  via.

La teoria psico-sociale.

Seconda questa interpretazione le disuguaglianze nel reddito e le forme di povert  relativa, determinano in coloro che si trovano nelle posizioni pi  basse della scala sociale ansiet , insicurezza, disistima, vergogna,

isolamento sociale, depressione ecc³⁴. Questi sentimenti negativi si tradurrebbero secondo il modello del carico allostatico (cfr determinanti salute: stress) in stati di salute precari o in comportamenti a rischio.

Queste interpretazioni sono spesso state messe in contrapposizione, ma in realtà sposarne una non vuol dire escludere l'altra, perché finiscono col compenetrarsi vicendevolmente.

Quasi tutte le risorse materiali una qualche rilevanza nella vita hanno un qualche significato psico-sociale. Ad esempio il possedere una casa offre una interpretazione materiale ma anche psico-sociale (come il senso di sicurezza dato dal possederla).

Chiedersi quali di questi due meccanismi sia più importante per spiegare le disuguaglianze in salute può diventare inutile, specialmente se per entrambi i casi la soluzione è migliorare l'accesso alle risorse tangibili.³⁵

4.7 PERCHÉ STUDIARE LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE

Ci sono almeno quattro categorie di motivazioni per studiare e ridurre le disuguaglianze in salute³⁶:

- a) le disuguaglianze sono ingiuste;
- b) le disuguaglianze colpiscono ognuno di noi;
- c) le disuguaglianze sono evitabili;
- d) gli interventi per ridurre le disuguaglianze in salute sono costo efficaci.

Salute da un lato e disuguaglianze in salute dall'altro, trovano entrambe origine nella struttura della società.

E' evidente allora che la salute delle persone non debba riguardare solo il sistema sanitario, ma debba coinvolgere la politica pubblica a livello locale, nazionale e internazionale.

L'Acheson Report individua 11 aree di possibile sviluppo nelle quali un intervento politico può migliorare sensibilmente le condizioni di disuguaglianze nella salute: 1) povertà, reddito, tassazione; 2) educazione; 3) occupazione; 4) abitazione ed ambiente; 5) mobilità, trasporti, inquinamento; 6) nutrizione e politiche agricole; 7) madri, bambini e famiglie; 8) giovani ed adulti in età da lavoro; 9) anziani; 10) differenze etniche; 11) differenze sessuali.

Suggerisce poi come linea di intervento una duplice strategia: a monte "upstream" e a valle "downstream".

"A monte"(sui determinanti distali): le politiche che hanno un maggiore impatto sulle disuguaglianze nella salute (come la distribuzione del reddito, l'educazione, la sicurezza, la casa, l'ambiente di lavoro, l'occupazione, le reti sociali, il trasporto, l'inquinamento)

"A valle"(sui determinanti prossimali) le politiche che hanno un'influenza più ristretta come gli interventi sugli stili di vita (campagne antifumo, promozione attività fisica).

Esiste, però, una differenza fra determinanti di salute e determinanti di disuguaglianze in salute.

Se si vogliono realmente diminuire le disuguaglianze in salute bisogna affrontare la ineguale distribuzione dei determinanti di salute.

Politiche limitate a migliorare i determinanti di salute in generale, (ad esempio campagne preventive contro gli stili di vita a rischio) possono migliorare la salute media e l'aspettativa di vita senza però diminuire le disuguaglianze nella salute, che paradossalmente potrebbero addirittura aumentare.

Livellare la distribuzione dei principali determinanti di salute (reddito, istruzione, lavoro, abitazione, servizi sanitari etc.) e renderli più facilmente accessibili alle persone svantaggiate è l'obiettivo da perseguire per ridurre le disuguaglianze.

L'obiettivo di una maggiore uguaglianza ed equità potrà allora essere raggiunto, migliorando la salute dei gruppi più poveri e riducendo la differenza nella salute fra classi.

5 LE DISUGUAGLIANZE DI ACCESSO AI SERVIZI

Come analizzato precedentemente, le più forti cause di disuguaglianze sono esterne al Sistema Sanitario, al quale è attribuito un peso del 20% sulla salute delle persone. Le disuguaglianze nella salute all'interno di una popolazione trovano per lo più un'origine socio-economica e di diseguale distribuzione dei determinanti di salute nel corso della vita.

Le disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi, sono invece affrontabili dal Sistema sanitario e hanno ripercussioni sull'equità e sull'uniformità dell'assistenza.

The inverse care law

"La disponibilità di servizi sanitari di qualità varia inversamente con il bisogno di essi nella popolazione servita"

Julian Tudor Hart

Secondo quello che Hart ha definito *inverse care law* la maggiore quantità di risorse assistenziali di migliore qualità tende a concentrarsi là dove le condizioni sociali di vita e salute sono migliori.

L'analisi condotta nel 1971 da Hart sul rapporto fra domanda e offerta di assistenza sanitaria in Gran Bretagna, ha evidenziato che l'istituzione del National Health Service, ispirato ai principi universalistici, ha limitato, ma non annullato la distribuzione diseguale della risorsa assistenziale³⁷.

Numerosi studi hanno confermato la tesi di Hart e la sua attualità.

Anche in Italia, il Servizio Sanitario Nazionale, seppure ispirato ai principi dell'universalità, equità e gratuità, non è riuscito ad evitare il riprodursi di forme di disuguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Analizzare questo tipo di disuguaglianza permette di valutare quanto realmente siano applicati i principi di universalità sui quali è improntato il nostro sistema sanitario.

Come analizzato precedentemente, le più forti cause di disuguaglianze sono esterne al Sistema Sanitario, al quale è attribuito un peso del 20% sulla salute delle persone. Le disuguaglianze nella salute all'interno di una popolazione trovano per lo più un'origine socio-economica e di diseguale distribuzione dei determinanti di salute nel corso della vita.

Le disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi, sono invece affrontabili dal Sistema sanitario e hanno ripercussioni sull'equità e sull'uniformità dell'assistenza.

Analizzare questo tipo di disuguaglianza permette di valutare quanto realmente siano applicati i principi di universalità sui quali è improntato il nostro sistema sanitario.

I sistemi sanitari, come vedremo in seguito, possono aumentare le disuguaglianze all'interno di una società, ma possono, all'opposto, essere mezzo per contrastarle.

5.1 L'ACCESSO E L'UTILIZZO DELLE CURE

Il sistema sanitario può determinare o modificare le disuguaglianze in salute principalmente a tre livelli³⁸:

- La percezione del bisogno e l'espressione della domanda, a parità condizioni reali di salute;
- L'offerta e l'accessibilità dei servizi a parità di domanda espressa;
- La qualità e l'efficacia delle prestazioni, a parità di accesso.

Anche in Italia iniziano a esser documentati preoccupanti disuguaglianze nella salute, che sono a diretto carico dei servizi sanitari. Le persone appartenenti alle fasce di popolazione svantaggiate accedono a un sistema di prestazioni sanitarie molto spesso intempestive, di qualità scadenti, inappropriate e scarsamente efficaci e sono meno capaci di accedere a servizi necessari, soprattutto ad interventi ad alta complessità. Alcuni esempi sono stati documentati nel Lazio negli anni novanta³⁹. La prevalenza di insufficienza renale grave è maggiore nelle classi sociali più basse, ma a Roma la probabilità di ricevere un trapianto renale è più che doppia nelle persone laureate rispetto a quelle con bassi livelli di istruzione.

L'incidenza di ricoveri per infarto miocardio tra gli uomini a Roma nella classe sociale inferiore è più elevato del 57% rispetto a quella della classe sociale più alta, ma l'incidenza di interventi di by-pass coronario non è diversa per classe sociale.

La sopravvivenza delle persone con AIDS a Roma non mostra differenza per livello socio-economico fino al 1995. Con la disponibilità di nuove terapie antiretrovirali dal 1996 in poi, compare un forte gradiente a favore delle persone con più alto livello socio economico.

Uno studio condotto a Torino⁴⁰ ha evidenziato una maggior probabilità di accesso in ospedale tramite il dipartimento d'emergenza, e una prevalenza di malattie più gravi, per i pazienti con livello di istruzione più bassa rispetto a quelli più istruiti. Ciò indica non solo una maggiore incidenza di condizioni di urgenza e emergenza, ma probabilmente anche una maggiore difficoltà di accesso all'ospedale attraverso i canali di ricovero programmati.

E' stato poi dimostrato come i gruppi disagiati siano sottoposti con maggiore frequenza a interventi chirurgici evitabili, come nel caso di appendicectomia e isterectomie per le donne e tonsillectomia nei bambini, e anche come sia più difficoltoso per loro accedere a prestazioni innovative, come quelle praticate in day-hospital⁴¹.

Emergono dunque segnali significativi di una marcata vulnerabilità dei gruppi sociali più deboli nell'accesso, e nel consumo di prestazioni efficaci e appropriati.

Le disuguaglianze nell'accesso potrebbero influenzare la distribuzione delle malattie o delle morti tra gruppi sociali a ciascuno dei tre livelli della prevenzione, primaria, secondaria, terziaria. Procedure preventive come le vaccinazioni, se disponibili o usate in modo differente, possono influenzare la frequenza di alcune malattie fra i vari gruppi sociali; le procedure di screening e trattamento, se disponibili o utilizzate in modo differente, possono influire sul trattamento e la sopravvivenza per certe patologie; i servizi di riabilitazione o convalescenza hanno un potenziale impatto sugli esiti della malattia.⁴²

5.2 MODELLO INTERPRETATIVO DEI MECCANISMI GENERATORI

Con la parola accesso si intende l'incontro tra l'utente e l'ente che eroga il servizio, per cui hanno una rilevanza equivalente sia gli elementi che caratterizzano gli utenti sia quelli che caratterizzano l'organizzazione e i professionisti che vi lavorano. Inoltre la caratterizzazione di entrambi gli "attori" (utenti e professionisti-organizzazione) avviene all'interno di un contesto sociale, dal quale non è possibile prescindere.

L'accesso ai servizi non può essere ridotto ad un meccanismo dicotomico del tipo sì/no, dentro/fuori. Il dentro e il fuori rappresentano gli estremi di un continuum all'interno del quale l'accesso oscilla, in quanto incorporato e inscritto in una componente sociale.

Per identificare i meccanismi che sono alla base dei processi di disuguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari è necessario considerare un complesso intreccio di variabili, non solo cliniche, epidemiologiche, economiche, ma anche psico-sociali e socioculturali, il singolo e il suo contesto culturale di riferimento, l'incontro fra il sistema di cura e il cittadino⁴³.

I fattori generatori delle disuguaglianze di accesso sono, per tanto, riconducibili a vari livelli:

1. Caratteristiche e organizzazione della struttura sanitaria: ostacoli burocratici, prenotazione delle visite, liste d'attesa, code, criteri di priorità di accesso etc.
2. Caratteristiche dei professionisti e degli operatori sanitari: la loro preparazione tecnica e la loro capacità di relazionarsi con i gruppi di popolazione più vulnerabili, l'assunzione di atteggiamenti discriminatori da parte di alcuni di loro.
3. Le caratteristiche dell'utente: l'appartenenza a particolari categorie svantaggiate per caratteristiche socio economiche, culturali (compreso l'atteggiamento nei confronti della malattia), religiose, d'età etc. Queste fasce di popolazione particolarmente fragili possono non avere abilità e capacità sufficienti per accedere ed utilizzare i servizi e le risorse disponibili.
4. Le caratteristiche dell'interazione fra organizzazione-professionista e utente: questa interazione può articolarsi in diversi momenti del percorso di accesso, in cui si giocano processi legati all'aspettativa di ciascun attore, nonché al pregiudizio che può manifestarsi nei confronti di specifiche fasce di popolazione.
5. Le caratteristiche del contesto sociale: la comunità, le reti sociali etc.

Le caratteristiche della struttura, la preparazione degli operatori, le risorse personali e sociali dei fruitori del servizio sono le premesse per l'interazione fra sistema sanitario e utente. Ma l'esito di questo incontro non è semplice conseguenza della somma di queste singole caratteristiche, bensì risultato del modo in cui queste intervengono e vengono gestite nel corso dell'interazione.

Oltre a questi livelli in cui si possono scomporre l'insieme dei meccanismi generatori "sociali" esistono dei veri e propri ostacoli che si frappongono fra popolazione in condizioni di svantaggio e accesso. Ci sono almeno tre tipi differenti di barriere che limitano l'accesso ai servizi sanitari⁴⁴:

- **Barriera geografica:** la distanza fisica rappresenta in molti casi un ostacolo non solo di tipo logistico ma anche economico. Persone in condizioni di svantaggio tendono ad essere privi di mezzi propri di trasporto e devono quindi far conto sui trasporti pubblici spesso inaffidabili, costosi e poco convenienti.
- **Barriere finanziaria:** anche dove non esistano pagamenti diretti (tickets, user fees) per le prestazioni differenti costi di opportunità possono effettivamente fungere da barriera all'accesso per diversi gruppi sociali. Ad esempio, lavoratori pagati ad ore possono esitare prima di assentarsi durante l'orario di lavoro per recarsi ad una visita medica. L'orario di apertura degli ambulatori o i vari sistemi di appuntamento possono a volte presentarsi problematici.
- **Barriera culturale:** la comunicazione fra operatore sanitario e paziente e le informazioni fornite dal sistema sanitario sono spesso di scarsa qualità e questo può rappresentare un notevole problema per persone che appartengono ad un background culturale e sociale diverso da quello del professionista che incontrano. Per esempio in Gran Bretagna si è visto che i lavoratori manuali spendono meno tempo e scambiano meno informazioni col loro medico rispetto ai lavoratori non manuali. Le differenze culturali di cui sono portatori le persone immigrate implicano ulteriori problemi di comunicazione e percezione dello stato di salute fisica e psicologica.

Il problema della difficoltà di accesso e di assicurare un accesso equo a tutti, con cui il sistema sanitario si deve confrontare, non è di certo di facile soluzione e la semplice eliminazione di uno degli ostacoli sopra descritti potrebbe risultare insufficiente a garantire automaticamente un accesso uguale per tutti. Infatti bisognerà sempre fare i conti col fatto che alcuni gruppi sociali continueranno ad utilizzare il servizio in modo diverso, sia per problemi di tempo a disposizione, di trasporto o per ragioni culturali e sociali di vario tipo.

5.3 LE RISORSE PERSONALI E LA RISORSA DELL'INFORMAZIONE

Alcune abilità e risorse personali si configurano come elementi di differenziazione tra gli individui all'interno dei gruppi sociali, anche nell'ambito dell'accesso ai servizi:

- Le capacità elementari: leggere e scrivere;
- La capacità di percepire e esprimere un bisogno di interventi sanitari;
- La capacità di ottenere informazioni utili a migliorare la propria condizione.

La possibilità di accedere e utilizzare le informazioni determina le condizioni entro le quali possono svilupparsi quei tipi di capacità in grado di ridurre almeno quattro dimensioni relative al rischio di esclusione⁴⁵:

1. esclusione culturale: il non riconoscimento da parte degli altri del proprio modello di vita;
2. esclusione da isolamento sociale: la riduzione dei contatti sociali all'interno del solo gruppo svantaggiato;

3. esclusione spaziale: isolamento urbano e ghettizzazione;
4. esclusione istituzionale: estromissione da alcuni servizi fondamentali come la scuola, i servizi di welfare, tra cui quello sanitario.

Il deficit di informazione discrimina in termini di opportunità complessive di scelta, di capacità dei singoli di utilizzare effettivamente le risorse per i propri bisogni e progetti.

Conoscere il servizio sanitario, come le sue risorse e le modalità per accedervi, sono fattori fondamentali per evitare disuguaglianze e discriminazioni.

5.4 EQUITÀ NELLA SALUTE

Esiste una estesa letteratura sulle varie definizioni teoriche di equità nell'assistenza sanitaria, qui di seguito ne considereremo tre⁴⁶.

Secondo la definizione di Aday (1984) un sistema sanitario è equo quando l'allocazione delle risorse e l'accesso sono determinati dai bisogni di salute.

Mooney (1983) evidenziò due differenti aspetti di equità: l'equità orizzontale, intesa come ugual trattamento per uguali bisogni; e l'equità verticale, ossia differente trattamento per differenti bisogni, in particolare maggior risorse verso le persone più svantaggiate in modo da garantire a tutti la stessa possibilità di avere un livello di salute dignitoso. Un sistema sanitario che contribuisca all'equità verticale, dovrebbe attivamente redistribuire risorse nei confronti dei più svantaggiati, in particolare nelle prime fasi della vita, per esempio nell'assistenza dei bambini.

Culyer&Wagstaff (1993) fornirono quattro definizioni di equità nell'assistenza sanitaria: uguale utilizzo, distribuzione in accordo col bisogno, uguale accesso e uguali risultati in salute; notando, però, una certa incompatibilità fra queste quattro definizioni e le loro implicazioni pratiche.

Non c'è dubbio che i settori più vulnerabili alle malattie sono quelli che incontrano anche maggiori difficoltà ad avere accesso ai servizi sanitari e che, quando ci riescono, sono in genere trattati in modo inadeguato.

Sempre più spesso la letteratura ha cercato di esplorare il legame tra accesso ai servizi essenziali e povertà, riconoscendo che i poveri rimangono intrappolati in un circolo vizioso a due vie: la povertà preclude l'assistenza sanitaria peggiorando la condizione di malattia che è a sua volta in genere associata a redditi molto bassi. Lottare per avere accesso all'assistenza impoverisce ulteriormente in quanto esaurisce le già magre risorse delle persone ammalate riducendo la loro capacità di produrre reddito⁴⁷.

Una finalità del settore sanitario dovrebbe, quindi, essere quella di distribuire i propri servizi in modo tale da favorire i gruppi con maggiore bisogno.

5.5 COSA PUÒ FARE UN SISTEMA SANITARIO?

A prescindere dal dibattito su quanto effettivamente i sistemi sanitari vadano ad incidere sulla salute delle persone, le disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi restano socialmente e moralmente ingiuste.

In ogni società l'assistenza sanitaria possiede una considerevole valenza etica poiché creare un sistema sanitario che emargina la parte più vulnerabile della popolazione, significa legittimare l'esclusione sociale.

I sistemi sanitari, possono, dunque, rafforzare le disuguaglianze all'interno di una società, ma possono, all'opposto, essere mezzo per contrastarle e promuovere l'equità.

Esistono tre meccanismi attraverso i quali un sistema sanitario può tentare di combattere le disuguaglianze in salute⁴⁸:

- assumendo l'iniziativa ed un ruolo guida nel promuovere un approccio più globale e strategico nell'ambito delle politiche pubbliche più in generale
- facendo in modo che le risorse siano distribuite tra le diverse aree in proporzione al loro bisogno relativo, ad esempio attraverso la ricerca di una formula di allocazione delle risorse ponderata sui bisogni (di salute e non soltanto di assistenza sanitaria) che persegua l'obiettivo dell'equità distributiva
- rispondendo in modo adeguato ai differenti bisogni sanitari dei differenti gruppi sociali, facilitando, ad esempio, l'accesso e l'uso efficace dei servizi sanitari

Diventa, dunque, sempre più importante riconoscere che i sistemi sanitari non costituiscono soltanto un servizio di cura e prevenzione della malattia, ma anche una base importante di redistribuzione della ricchezza e lotta alla povertà.

Fare appello al dovere etico e morale di contrastare le ingiustizie sociali e perseguire l'equità può imprimere una nuova linfa ad un sistema che finora si è troppo concentrato sulla sola sua efficienza⁴⁹.

6 LE DISUGUAGLIANZE DI ACCESSO AI SERVIZI NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA

Tra le fasce deboli della popolazione che si trovano ad avere difficoltà d'accesso ai servizi sanitari, gli immigrati sono coloro che quantitativamente e qualitativamente risultano avere una più inadeguata risposta sanitaria ai propri bisogni.

6.1 SALUTE E IMMIGRAZIONE

Le persone che intraprendono un progetto migratorio sono molto spesso giovani e godono generalmente di buona salute su cui poter contare per sostenere la fatica fisica e psicologica di migrare verso un altro paese. Il primo motivo all'origine del processo di migrazione è rappresentato dalla ricerca di lavoro.

Il difficile processo di inserimento nel paese di accoglienza: perdita della famiglie degli amici, distruzione delle reti di supporto sociale, problemi di adattamento nel nuovo ambiente, hanno un notevole impatto su più di una dimensione della salute fisica e mentale e quindi minacciano di intaccare il potenziale di salute di questi gruppi di popolazione. Quando la scelta migratoria si risolve in una sconfitta, in una mancata integrazione nella società "accogliente" l'impatto sulla salute e sul benessere risulta essere molto forte.

La condizione di esclusione sociale in cui si trovano molti immigrati ha un profondo impatto sulle condizioni di salute e sui rischi di mortalità prematura. Questa condizione deriva dalla mancanza di beni materiali fondamentali, come scarse o assenti possibilità economiche, instabilità professionale, abitazioni insalubri, ma anche da problematiche di ordine psico sociale, come mancanza di reti familiari e sociali, l'incertezza per il futuro.

Tra le cause più frequenti di malattia nella popolazione immigrata ci sono le patologie respiratorie, dell'apparato digerente, gli infortuni sul lavoro, la depressione e le malattie mentali, e si riscontra anche una più alta propensione al suicidio⁵⁰.

6.2 GLI OSTACOLI ALL'ACCESSO AI SERVIZI DEGLI IMMIGRATI

Di fronte alla malattia l'immigrato vive una condizione di maggiore difficoltà nell'accesso all'assistenza sanitaria, rispetto alla popolazione autoctona. Si possono identificare almeno cinque difficoltà a cui vanno incontro⁵¹:

1. Ostacoli di tipo strutturale: legati, ad esempio, alle normative sanitarie nell'accesso di persone non legalmente presenti su un territorio nazionale, una scarsa o inadeguata informazione sui servizi, orari di apertura, pregiudizi o ostilità da parte del personale dei servizi;
2. Ostacoli di tipo linguistico: difficoltà di comunicare in una lingua di cui non si ha padronanza e di comprendere modalità informative progettate per essere destinate alla popolazione autoctona. E' una difficoltà particolarmente significativa dal momento che la lingua riveste un'importanza strategica nel rapporto medico paziente o struttura utente;

3. Ostacoli di tipo psicologico: la sfiducia nei servizi o la paura del contatto e dell'esposizione del proprio corpo, difficoltà di interazione sociale;
4. Ostacoli di ordine culturale: comprendono le difficoltà connesse a una diversa modalità di riconoscimento dei ruoli e della comunicazione tra medico e paziente o da un'adesione a modelli esplicativi della malattia non conciliabili con i paradigmi della biomedicina;
5. Ostacoli di ordine razziale: Atteggiamenti di intolleranza nei confronti dello straniero a volte da parte anche dei professionisti sanitari.

Un segnale del difficile accesso da parte degli immigrati dei paesi in cui risiedono è la tendenza a ricorrere ai servizi sanitari in caso di emergenza o di manifestazione conclamata della patologia, piuttosto che ricorrere ai trattamenti preventivi.

In molti casi il rapporto fra utenza immigrata e servizi sanitari è reso poco agevole a causa delle reciproche differenze culturali. I servizi sanitari sono ancora poco preparati a capire e trattare un diverso approccio al sintomo, alla sua percezione e alla sua esternazione e un diverso rapporto con la malattia da parte dell'immigrato.

Il dramma della malattia rappresenta purtroppo, per molti immigrati la prima occasione per uscire dalla zona d'ombra e dalla dimensione di precarietà in cui vivono, per avviare finalmente un contatto ed una comunicazione interpersonale sul proprio stato di salute, spesso trascurato, per rispondere alle priorità quotidiane richieste dalla sopravvivenza e dalle esigenze economiche. Ma come è stato evidenziato proprio di fronte alla necessità di usufruire dei servizi sanitari lo straniero incontra difficoltà d'accesso o risposte inadeguate.

Ciò che emerge è una caratteristica multidimensionale nell'accesso ai servizi, che comporta una reciprocità di due tipi di ostacoli. Alcuni di questi ostacoli sono rappresentati dalle variabili materiali, strutturali, dal tipo d'organizzazione sanitaria, dalle loro normative, e dalla discriminazione interna del personale nei confronti della diversità culturale. Altri ostacoli sono determinati dall'eventuale diffidenza ed ostilità dell'immigrato nei confronti dei servizi, o dell'adesione a modelli, comportamenti e pratiche terapeutiche distinte, dalla difficoltà ad aderire a ruoli e pratiche comunicative e comportamentali, dalla sottovalutazione personale del proprio stato di salute. Si tratta di variabili che vicendevolmente alimentano l'esclusione dai servizi sanitari.

7 IL DIRITTO ALL'ASSISTENZA SANITARIA

In realtà, prima di qualunque barriera di tipo linguistico, comunicativa, o interpretativa, a condizionare l'accesso ai servizi sanitari della popolazione immigrata e la possibilità di fruire delle offerte presenti sul territorio ci sono⁵²:

- La sussistenza del diritto d'accesso;
- La consapevolezza di questo diritto;
- L'effettivo esercizio di questo diritto e la possibilità di fruirne con vantaggi per la salute

L'esistenza del diritto, giuridicamente inteso, all'accesso ai servizi socio-sanitari, è ovviamente funzione della normativa che riguarda sia leggi ed altri provvedimenti di tipo sanitario in generale, sia norme e disposizioni specifiche sull'immigrazione, di carattere nazionale, regionale e locale/aziendale.

La semplice vigenza di una normativa che preveda il diritto di accesso ai servizi del SSN non è però sufficiente, in quanto occorre che il possibile beneficiario sia consapevole di tale diritto. Questa considerazione richiama l'importanza e la necessità di provvedere ad un'efficace informazione dell'utenza potenziale, una informazione organizzata e formulata in termini di orientamento sanitario.

7.1 DIRITTO ALL'ACCESSO AI SERVIZI SOCIALI E SANITARI PER TUTTA LA POPOLAZIONE

Rispetto al diritto alla salute, l'articolo 32 della costituzione italiana sostiene:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.

All'articolo 38 viene garantito il diritto ai servizi sociali:

Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale

Oltre alla Legge n. 833 del 1978 di istituzione del sistema sanitario nazionale, l'accesso indiscriminato della popolazione ai servizi viene menzionato anche nella legge n. 328 del 2000^c:

La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non di discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza del reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia (...) (art.1).

^c Legge 8 novembre 2000, n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. Pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 265 del 13 novembre 2000.

*Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità.
(art.2.2)*

In Italia è inoltre garantita l'assistenza sanitaria anche ai cittadini stranieri, comunitari o extracomunitari, regolarmente o irregolarmente soggiornanti. Il diritto all'assistenza è regolato da normative differenti in base allo status giuridico del soggetto e garantisce in ogni caso l'accesso a cure essenziali ed urgenti erogate presso le strutture del SSN.

Tralasciando in questo testo l'assistenza erogata a turisti, distinguiamo la modalità di accesso al SSN degli stranieri regolari ed irregolari. I primi, al pari dei cittadini italiani, hanno diritto ad essere assistiti da un Medico di Medicina Generale il quale eroga l'assistenza di base ed indirizza alle cure specialistiche.

Il diritto alla salute anche per gli stranieri irregolari è riconosciuto dal 1995; attualmente possono richiedere una tessera sanitaria, detta tesserino STP (Straniero temporaneamente Presente), con la quale possono accedere alle cure urgenti ed essenziali, ovvero all'assistenza di base e specialistica, con modalità differenziate in base all'organizzazione delle diverse AUSL. Purtroppo la norma è interpretata in maniera differente nelle diverse Regioni lasciando spazio a possibili ostacoli nella fruibilità del diritto.

8 BIBLIOGRAFIA

- ¹ World Health Organisation (1947), World Health Organisation Constitution. Geneva, World Health Organisation.
- ² Leach, E 1982. Social Antropology, pp 38-39. Fontana
- ³ Keesing, R.M. (1981) Cultural Anthropology: A contemporary perspective, p.68, Holt, Rinehart e Winston
- ⁴ Hall E.T. (1984) The dance of life, pp230-231 Ancho Press.
- ⁵ C Helman - 1990 - *Culture, health and illness: an introduction for health professionals* Butterworth-Heinemann
- ⁶ AR Tarlov (1996), Social determinants of health. The sociobiological translation. In: D. Blane, E. Brunner, R. Wilkinson (eds) , Health and social organization, London, Routledge.
- ⁷ The World Bank (1993), World development report 1993. Investing in Health. Oxford, Oxford University Press.
- ⁸ R.G Evans G.L. Stoddart (1990), Producing health, consuming health. Social Science&Medicine 31: 1347- 63
- ⁹ AR Tarlov (1996), op.cit.
- ¹⁰ World Health Organization (2005) , World health Report 2005. Geneva, World Health Organization.
- ¹¹ M. Marmot (2005), Social Determinants of health inequalities. Lancet 365: 1009-104.
- ¹² R. Wilkinson, M. Marmot (2003), The solid facts, second edition. Copenhagen, World Health Organization.
- ¹³ A. Rosengren et al. (2004), Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11.119cases and 13.648controla from 52 countries (the interheart study): case control study. Lancet 364: 953-62.
- ¹⁴ E. Brunner (1997), Socioeconomic determinants of health: stress and the biology of inequality. British Medical Journal 314:1472
- ¹⁵ DJP Barker (1998), Mother, babies and disease in later life, second ed. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- ¹⁶ T. Spadea, E Cois (2004), I primi anni di vita. In G.Costa, T Spadea, M Cardano, Disuguaglianze di salute in Italia. Epidemiologia&Prevenzione, anno 28 (3), supplemento 26-31
- ¹⁷ Ibidem
- ¹⁸ C. Marinacci, E. Cois (2004), Il lavoro. In G.Costa, T Spadea, M Cardano ,Disuguaglianze di salute in Italia. Epidemiologia&Prevenzione, anno 28 (3), supplemento 40-50
- ¹⁹ A. Chiazzo, E. Cois (2004), Il supporto sociale. In G.Costa, T Spadea, M Cardano ,Disuguaglianze di salute in Italia. Epidemiologia&Prevenzione, anno 28 (3), supplemento 57-63
- ²⁰ I Kawachi, B.P.Kennedy (1997), Socioeconomic determinants of health: health and social cohesion:why care about income inequality? British Medical Journal 314: 1037.
- ²¹ F. Vannoni (2004), Stili di vita. In G.Costa, T Spadea, M Cardano ,Disuguaglianze di salute in Italia. Epidemiologia&Prevenzione, anno 28 (3), supplemento 64-75
- ²² H. Bosma et al. (2001), Neighborhood Socioeconomic Status and all-cause mortality. American Journal Epidemiology 153: 363-71.
- ²³ I Kawachi, B.P.Kennedy (1997), op. cit.
- ²⁴ M.Marmot, E Brunner (2004) Cohort profile: the Witheall II study. International Journal of Epidemiology.
- ²⁵ G. Maciocco et al (2006), A caro prezzo, le disuguaglianze nella salute: 2° rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Pisa, ETS.
- ²⁶ I. Kawachi et al. (2002), A glossary for health inequalities, J Epidemiol Community Health 56: 647-652
- ²⁷ M. Marmot (2005), op. cit.
- ²⁸ K. Moser et al. (2005), World Mortality 1950-200: divergence replaces convergence from the late 1980s. Bulletin of the world

- ²⁹ D. Acheson (1998), *Independent Inquiry into Inequality in Health Report*. London, Stationary office.
- ³⁰ N. Comodo, G. Maciocco (2003), *Igiene e sanità pubblica. Manuale per le professioni sanitarie*. Carocci Faber
- ³¹ I. Kawachi et al. (2002), op. cit.
- ³² G. Costa, M. Cardano, M. Demaria (1998), *Torino, storie di una grande città*. Torino, ufficio di statistica, Osservatorio socioeconomico torinese.
- ³³ G. Maciocco (2004), *Le disuguaglianze nella salute all'interno di una nazione*. Savar rivista del nursing in movimento 1.
- ³⁴ M Marmot, RG Wilkinson (2001), *Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to ynch et al*. *British Medical Journal* 322: 1233-6
- ³⁵ I. Kawakchi et al. (2002), op. cit.
- ³⁶ A. Woodward, I Kawachi (2000), *Why reduce health Inequalities?* *Epidemiol Community Health* 54: 923-929
- ³⁷ Tudor Hart J. (1971) *The inverse care law*. *Lancet* 1971, 27 feb: 405-412
- ³⁸ G. Costa, C. Peducci, N. Diridin (1999), *Le disuguaglianze nella salute e il piano sanitario*. *Epidemiologia & Prevenzione* 23: 133-240
- ³⁹ E. Rapiti, C. Peducci, N. Agabiti et al (1999), *Disuguaglianze socioeconomiche nell'efficacia dei trattamenti sociosanitari. Tre esempi nel Lazio*. *Epidemiologia & Prevenzione* 23: 133-240
- ⁴⁰ G. Ciccone, L. Loranzoni, C. Ivaldi et al (1999), *Classe sociale, modalità di ricovero, gravità clinica e mortalità ospedaliera: un'analisi con "all patient refined-DRG" dei dimessi dall'ospedale Molinette di Torino*. *Epidemiologia & Prevenzione* 23: 133-240
- ⁴¹ E. Materia, T. Spadea, L. Rossi et al, (1999), *Disuguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socio-economica a Roma*. *Epidemiologia e Prevenzione* 23: 133-240
- ⁴² A. Stefanini (1998), *Salute e disuguaglianze. Perché è urgente mobilitarsi*. *Difesa sociale* 6: 79-94.
- ⁴³ Servizio Sanitario Regione Emilia Romagna (2005), *Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo esperienze europee*. Dossier 111. Bologna, Regione Emilia Romagna.
- ⁴⁴ A. Stefanini (1998), op. cit.
- ⁴⁵ Servizio Sanitario Regione Emilia Romagna (2005), op cit. pp. 11-14
- ⁴⁶ P. Bravemen, S. Gruskin (2003), *Defining equity in health*. *J. Epidemiol. Community Health* 57: 254-258
- ⁴⁷ A. Stefanini (2004) *Diseguaglianze ed equità nella salute. Cosa può fare un sistema sanitario?* *Salute e Sviluppo* 1: 43-48
- ⁴⁸ Ibidem
- ⁴⁹ Ibidem
- ⁵⁰ F. Vannoni, E Cois (2004), *L'emarginazione sociale*. In G. Costa, T Spadea, M Cardano (2004), *Disuguaglianze di salute in Italia*. *Epidemiologia & Prevenzione*, anno 28 (3), supplemento 32-39
- ⁵¹ Servizio Sanitario Regione Emilia Romagna (2005), op cit. pp.8-10
- ⁵² M. Marcea (2005), *L'accessibilità e la fruibilità dei servizi socio sanitari*. In. S. Geraci, *Approcci Transculturali per la promozione della salute*. *Argomenti di medicina dell'immigrazioni*. Roma, Anteron.