

Capitolo 1 I DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE

Matteo Bessone, Chiara Bodini

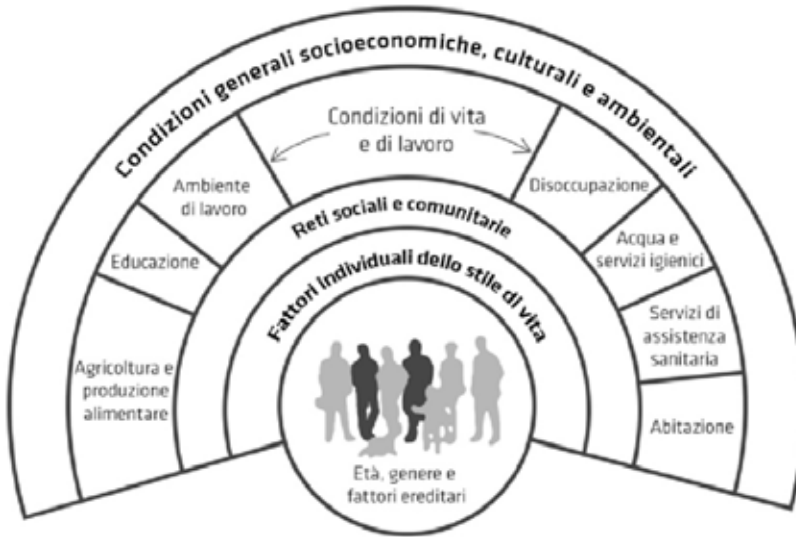
Determinanti sociali della salute e posizione sociale

Quando si affronta il tema dei determinanti sociali della salute, fisica e mentale, ci si riferisce all'influenza che i contesti hanno nel condizionare lo stato di salute delle persone e delle popolazioni. I determinanti sociali sono stati definiti in letteratura come "le cause delle cause", le condizioni in cui gli individui nascono, crescono, vivono, lavorano, invecchiano e muoiono. Queste condizioni comprendono, nella loro relazione interdipendente, le *circostanze socioeconomiche, culturali e ambientali* del più ampio contesto sociale, l'*ambiente e i contesti di vita delle persone* (alimentazione, istruzione, ambiente di lavoro, reddito, acqua e impianti igienici, servizi sanitari, abitazione), le *reti sociali e di comunità e gli stili di vita individuali*.

In questa cornice, salute e malattia rappresentano l'esito di complesse e reciproche interazioni fra la persona e il mondo in cui vive. Secondo la prospettiva comunemente utilizzata, all'interno del contesto sono presenti fattori di rischio e di protezione in grado di tutelare o danneggiare la salute. Per esempio, un ambiente di lavoro carico di sostanze tossiche renderà più probabile il deterioramento delle condizioni di salute della persona che vi lavora, che non sempre potrà tutelarsi intervenendo sulla nocività dell'ambiente o cambiando occupazione.

Ma cosa influenza l'esposizione a contesti più o meno nocivi per la salute? Il lavoro pluriennale della Commissione sui Determinanti Sociali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (CSDH 2008) lo ha messo in luce chiaramente: la posizione sociale. Il posto che occupiamo all'interno della stratificazione sociale (anche indicato come "status socio-economico" o SES) influenza l'esposizione a contesti più o meno nocivi per la nostra salute, nonché l'accesso alle risorse necessarie

Fig. 1
I determinanti sociali di salute
Fonte: Dahlgren e Whitehead 1991



per tutelarla e/o per curarci in caso di sopraggiunta malattia. Per esempio, prendendo il reddito come indicatore di posizione sociale, a reddito minore è probabile che corrisponda un ambiente – fisico e relazionale, di vita e di lavoro – più nocivo (o meno protettivo) per la salute sia fisica che mentale (Who 2014). Basti pensare che, secondo uno studio sulla popolazione di Torino, la differenza nell’aspettativa di vita a 35 anni tra un operaio non qualificato e un dirigente è di circa 5 anni e mezzo (Costa *et al.* 2014).

La salute e come questa si distribuisce nella società sono influenzate dalla posizione sociale anche attraverso altri fattori, come l’insieme delle risorse e capacità (Nussbaum 2013), diversamente distribuiti negli individui lungo la stratificazione sociale (Costa *et al.* 2014). Questo significa che le persone più avvantaggiate nella gerarchia sociale, oltre a incontrare contesti meno dannosi per la salute rispetto a chi occupa posizioni di svantaggio, dispongono di risorse interne ed esterne, materiali e immateriali (di status e di aiuto), più numerose ed efficaci per interagire con e nei contesti esercitando

un controllo su di essi e sulla traiettoria della propria vita. Inoltre, a parità di esposizione ai fattori di rischio, chi, appartenendo a una classe sociale più bassa, occupa posizioni più svantaggiate, è più vulnerabile a queste esposizioni e, rispetto a chi si trova in posizioni di vantaggio, a parità di esposizioni, vedrà peggiorare maggiormente la propria posizione sociale in seguito alla malattia, aumentando la probabilità di innescare un pericoloso circolo vizioso di malattia e declino sociale (Costa *et al.* 2014).

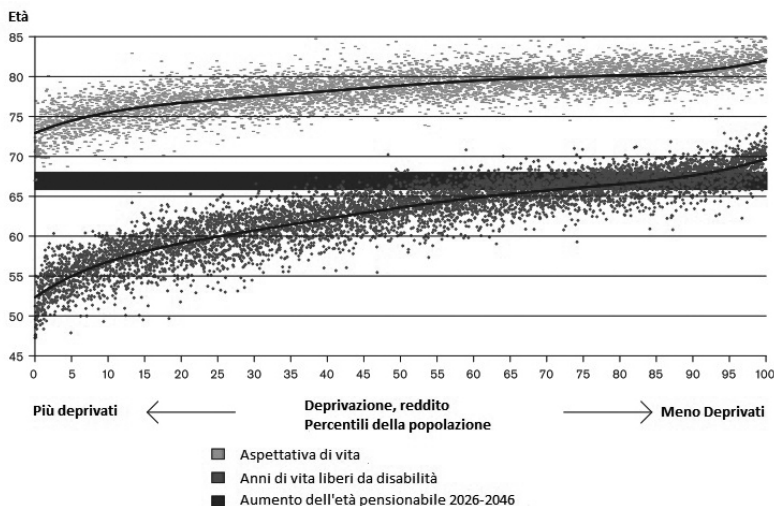
La sedimentazione di tali esperienze agirebbe, da un punto di vista biologico, sotto forma di stress cronico con effetti dannosi sulla fisiologia del sistema immunitario, sulla funzione cardiovascolare, sul sistema respiratorio, sul sistema nervoso centrale, oltre che sull'espressione dei geni (Sapolsky 2015).

Il gradiente sociale

Come abbiamo visto, tanto più bassa è la classe sociale di un individuo, tanto più alta sarà la probabilità di soffrire di cattiva salute, e viceversa. Tale fenomeno, che si osserva in diversa misura in ogni società e per tutte le persone (Wilkinson e Pickett 2009, 2018), è chiamato "gradiente sociale". L'immagine del gradiente, in cui al migliorare dello status sociale tende a migliorare lo stato di salute, è particolarmente significativa: la correlazione non è vera solo per gli estremi (per semplificare, poveri e ricchi), ma si riproduce a ogni "gradino" della scala sociale. Per esempio, sono state riscontrate disuguaglianze di salute significative per variazioni anche piccole della metratura dell'abitazione, o del titolo di studio tra laurea e post laurea (tutti indicatori utilizzati per rappresentare la posizione sociale).

Il legame tra posizione sociale e salute ha una forza tale da influenzare l'aspettativa di vita alla nascita, ovvero il numero di anni che, in media, una persona può attendersi di vivere se nasce in un determinato tempo e in un determinato luogo, in una certa posizione sociale. Maggiore la deprivazione sociale, minore è l'aspettativa di vita, con differenze che, per persone che vivono nella stessa città, possono arrivare a quattro anni (a Torino), a tredici anni (a Glasgow), a venticinque anni (a San Paolo). La disuguaglianza è ancora più significativa se, anziché l'aspettativa di vita, si considera l'aspettativa di vita in salute, ovvero gli anni che una persona può attendersi di

Fig. 2
 Aspettativa di vita e anni privi di disabilità alla nascita,
 distribuzione per livelli del reddito, Inghilterra, 1999-2003
 Office for National statistics (2009) Health expectancy at birth.



vivere in buona salute, senza malattie croniche o disabilità (Marmot 2015).

L'aspetto cruciale è il carattere sociale e relazionale di tale differenza. Non conta tanto la quantità assoluta di risorse possedute quanto la differenza, in positivo o in negativo, nel confronto con altri. Si tratta della cosiddetta “deprivazione relativa”: a parità di reddito assoluto, materiale e oggettivo, per esempio, l’aspettativa di vita di due persone può variare notevolmente sia in funzione della posizione sociale occupata in relazione agli altri, sia – come si vedrà – delle caratteristiche di maggiore o minore equità della società stessa.

A titolo di esempio, quasi nessuno a Glasgow vive con 1,25 dollari al giorno, che è invece la somma che permette di sopravvivere a un terzo della popolazione indiana, e il reddito medio pro capite indiano (attorno ai 3300 dollari) è più basso della soglia di povertà in Scozia. Ciò nonostante, l’aspettativa di vita degli uomini in uno dei quartieri più deprivati di Glasgow è di otto anni inferiore rispetto alla media indiana (Marmot 2015).

Individui e contesti: opportunità lungo il corso di vita

Se contesti, stili di vita e relazioni (condizionati dalla classe sociale) sono determinanti nel plasmare le condizioni di salute degli individui, è però l'organizzazione sociale a disegnare le forme con cui sono distribuite – tra i vari individui e gruppi sociali – le occasioni, le risorse, le capacità, i vincoli, le opportunità e le possibilità (presenti nei vari contesti, stili di vita e relazioni) che costituiscono i presupposti per godere di una buona salute fisica e mentale e per muoversi all'interno dell'organizzazione sociale. Poiché le buone condizioni di vita sono distribuite strutturalmente in maniera disuguale, la salute seguirà la medesima distribuzione, sulla quale i singoli individui non hanno potere, controllo né responsabilità diretta.

Per esempio, nel Regno Unito il figlio di un impiegato ha il triplo delle probabilità di laurearsi rispetto al figlio di un operaio, e quando entrambi sono laureati il primo ha un vantaggio di reddito sul secondo di quasi il 15% (Franzini e Pianta 2016). Questo ha un impatto sulle relative condizioni di salute e benessere, ma nessuno dei due potrà cambiare – da solo – le regole del gioco. Il più svantaggiato non potrà, con la sola forza di volontà, liberarsi da vincoli e limiti imposti alla sua traiettoria biografica, fin dalla nascita, dall'organizzazione sociale.

Non è libero di fare o essere (Sen 2001) allo stesso modo in cui può esserlo chi nasce in condizioni di maggiore vantaggio; le scelte, le circostanze, le relazioni e gli stili di vita tenderanno a riflettere più i vincoli che le possibilità presenti nel contesto (Cardano 2008).

Le diverse occasioni della vita che consentono di godere di una buona salute fisica e mentale si distribuiscono in maniera differente non solo a seconda dello *status* sociale ma, nelle società più disuguali, caratterizzate da una minor mobilità sociale, queste disuguaglianze nelle opportunità si trasmettono di generazione in generazione (la cosiddetta trasmissione intergenerazionale delle disuguaglianze) e si accumulano nei corpi, sotto forma di stress, con inesorabile regolarità lungo il corso di vita (Marmot 2015, Krieger 2011, Wilkinson e Pickett 2009).

Per esempio, Risley e Hart, nel loro *The Early Catastrophe* (2003), hanno stimato un divario di 30 milioni di parole ascoltate tra i figli di famiglie di professionisti e quelli di famiglie svantaggiate che avevano fatto richiesta di assistenza sociale. Questa differenza (non

solo quantitativa ma anche qualitativa) ha un notevole impatto sulla possibilità di uno sviluppo armonico sociale, cognitivo, emotivo del bambino, di ottenere nel corso del tempo maggiori o minori “successi” prima scolastici, poi lavorativi, e di godere di maggiore o minore benessere.

Tale processo, in cui la posizione sociale è tramandata da una generazione all'altra (e, con questa, la relativa condizione di salute), inizia ancor prima che l'individuo nasca: differenti contesti ed esperienze vissute, a seconda della classe sociale, dalla gravida agiscono, attraverso di lei, sul feto già prima della sua messa al mondo (Who 2014).

Benessere sociale e disuguaglianze

Esistono numerose e solide prove a supporto del fatto che, se all'interno di ciascuna società le condizioni di salute degli individui sono correlate alla classe sociale, nel confronto tra due nazioni, entro certi limiti, «problemi sociali e sanitari tendono a verificarsi con minor frequenza nei paesi più inclini all'uguaglianza» (Wilkinson e Pickett 2009, 2018): nelle società benestanti, i problemi sociali e di salute non sono causati da livelli di ricchezza troppo bassi, ma da disparità troppo pronunciate tra i tenori di vita materiali nei membri della società.

Se nei paesi a basso reddito, in cui il Pil pro capite non supera i 20/25.000 dollari, è fondamentale un miglioramento delle condizioni materiali di vita della popolazione, superata questa soglia, confrontando i dati tra paesi ad alto reddito si osserva che «la prevalenza dei problemi sanitari e sociali è correlata alle disuguaglianze tra i redditi anziché al tenore di vita medio» (Wilkinson e Pickett 2009). In questi paesi, il grado complessivo di benessere e salute e la qualità della vita sembrano essere molto influenzati dall'entità della (dis)uguaglianza, e molto poco dalla ricchezza totale, dal tasso di crescita o dal reddito pro capite nazionale: vivere in una società divisa e divisiva, con un divario molto ampio tra gli estremi della scala sociale, può essere considerato a tutti gli effetti un fattore di rischio “ambientale” per molti problemi sociali e di salute, con effetti sull'intera popolazione e non solo su chi si trova in posizione di svantaggio.



Fig. 3
 Problemi sociali e di salute (l'indice include: aspettativa di vita, mortalità infantile, omicidi, incarcerazione, obesità, salute mentale e dipendenze, gravidanze in età adolescenziale, livello di fiducia, rendimento scolastico, mobilità sociale) e disuguaglianze di reddito

Fonte: Wilkinson e Pickett, 2009

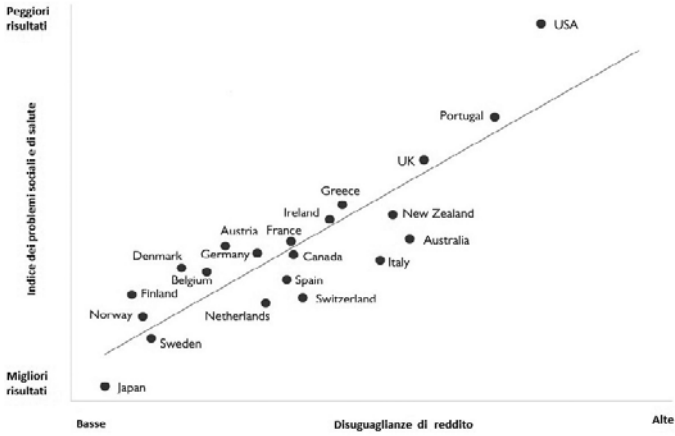
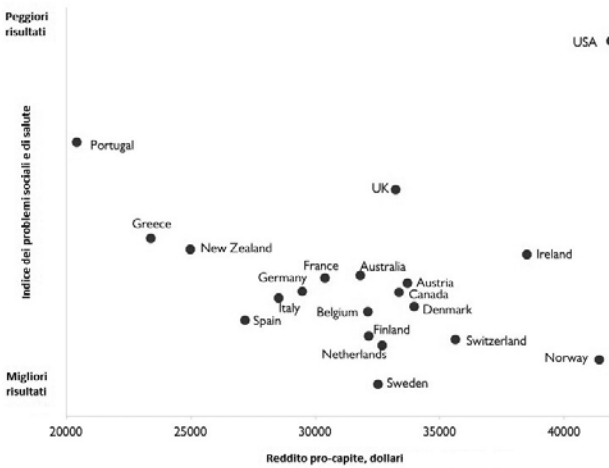


Fig. 4
 Problemi sociali e di salute e reddito pro capite

Fonte: Wilkinson e Pickett, 2009



Come agire?

L'approccio dei determinanti sociali mette chiaramente in luce come la salute e il benessere non siano temi di pertinenza esclusivamente medico-sanitaria: ogni azione politica, in tutti i settori, ha un impatto diretto o indiretto sulle condizioni di salute della popolazione, tanto che si parla da diversi anni di approccio "salute in tutte le politiche" (Who 2013). Esistono interventi in settori diversi da quello sanitario che portano conseguenze positive in salute molto più grandi di quelle ottenibili con investimenti in sanità. Ha fatto scuola, in questo senso, il caso dello stato indiano del Kerala documentato da Sen, in cui l'aumento del livello di alfabetizzazione delle donne ha notevolmente migliorato la salute di donne e bambini, e a cascata degli interi nuclei familiari (Sen 2001). In tempi più recenti, un grande dibattito è stato suscitato nel Regno Unito intorno alla proposta/provocazione di alcuni epidemiologi, che hanno suggerito un sistema di tassazione più progressivo come misura di salute pubblica maggiormente costo-efficace in termini di riduzione delle disuguaglianze, e dunque "recupero" di patrimonio in salute attualmente disperso a causa delle condizioni di svantaggio sociale di una parte della popolazione (Smith e Eltanani 2015).

Per quanto auspicabile e necessario, non è quindi sufficiente concentrarsi su politiche e interventi sanitari che, grazie all'allocazione di una quota maggiore di risorse economiche per azioni selettive, focalizzate sulla fascia più vulnerabile della popolazione, agiscano a valle delle disuguaglianze rimediando ai loro effetti nocivi sulla salute. In una società che intenda non solo tutelare ma anche promuovere la salute di tutte e tutti, questo ventaglio di azioni rischia di eludere il problema, a monte, della struttura stessa della società, da cui tali effetti emergono e di cui costituiscono un prodotto. Per esempio interventi sanitari specifici rivolti all'obesità o al diabete, possono essere inficiati in assenza di azioni tese a contenere le pressioni di chi vorrebbe immettere sul mercato, a basso costo, cibo spazzatura e bevande dall'alto contenuto calorico.

Il rapporto *Fair Society Healthy Lives* (Marmot *et al.* 2010), pur non riferendosi esplicitamente alla Carta di Ottawa per la Promozione delle Salute (Who 1986), ne riprende alcuni concetti fondamentali fornendo una guida imprescindibile per orientare le azioni delle istituzioni. Il documento sottolinea la necessità di agire: a) in tutti i

settori, sui determinanti sociali della salute; b) per ridurre la pendenza del gradiente sociale nella salute; c) con azioni universali a intensità proporzionale allo svantaggio (universalismo proporzionale), senza concentrarsi esclusivamente sulle persone svantaggiate; d) tramite la partecipazione attiva della società civile e della comunità. Il rapporto, inoltre, ribadisce la necessità di politiche tese ad assicurare a tutti i bambini/le bambine il miglior inizio della vita possibile, massimizzando le possibilità di avere controllo sulla propria vita (Who 2014, Marmot *et al.* 2010).

Una prospettiva più critica e politicamente impegnata, non a caso con radici profonde nella medicina sociale latinoamericana, è quella della determinazione sociale della salute (Breilh 2013, Krieger 2011). Questo costrutto teorico-pratico non si limita a descrivere l'effetto sulla salute di diversi fattori, come avviene nell'approccio dei determinanti sociali, ma sottolinea l'importanza di individuare, in un preciso contesto e in un dato momento storico, gli attori e i processi responsabili della distribuzione disuguale di tali fattori tra i vari gruppi sociali. Il presupposto è che, per quanto fondamentale, descrivere gli effetti che un certo livello di istruzione o di reddito hanno sulla salute può non produrre alcun significativo miglioramento sulle condizioni di salute della collettività, se a tale descrizione non si affiancano un'analisi multidisciplinare e un'azione intersetoriale sui processi responsabili della loro diseguale distribuzione nella collettività.

L'enfasi sulla determinazione sociale della salute implica rinunciare a priori a qualsiasi pretesa di neutralità scientifica per calarsi nella complessità storica dei processi politici e sociali che fondano, alimentano e riproducono comunità umane inique, a partire dagli assi della classe, del genere e della provenienza. Nelle società umane, le differenze relative a queste variabili, e alla loro intersezione, si trasformano in disuguaglianze di potere e controllo sulla propria vita che stratificano il tessuto sociale, strutturando rapporti sociali di dominio e oppressione fondati sull'appropriazione e l'accumulazione del potere (del capitale, patriarcale ed etnico) di alcune classi sociali a scapito di altre (Bourdieu 1998).

Lungi dall'abbracciare una prospettiva deterministica che confina ciascuna persona all'interno del contesto in cui si trova a venire al mondo, destinata a subirne le conseguenze anche in termini di salute, l'approccio della determinazione sociale riapre al protagonismo delle

persone, e delle persone organizzate (comunità, movimenti sociali), nelle possibilità di cambiamento della situazione in una direzione di maggiore equità. Ciascuno può modificare, in un'ottica sistemica, il contesto in cui quotidianamente si vive insieme agli altri, anche se può essere faticoso farlo all'interno delle società disuguali dove le divisioni materiali corrodono sistematicamente il livello di fiducia reciproca della popolazione e la coesione sociale, aumentando l'individualismo e l'isolamento (Wilkinson e Pickett 2018). Tutti però, ognuno secondo le proprie possibilità, possono agire attivamente sul contesto dentro cui si trovano attraverso le proprie scelte di vita, la partecipazione alla vita politica e comunitaria, forme di mobilitazione collettive, azioni di *advocacy* (ovvero quell'insieme di azioni che tentano di influenzare le politiche pubbliche) e di impegno civile.

Le sfide globali della contemporaneità, per esempio la *governance* dei flussi migratori, il modo in cui le tecnologie stanno trasformando il mondo del lavoro e dei consumi, lo sfruttamento delle risorse naturali, il riconoscimento dei pieni diritti delle donne e il graduale smantellamento dello stato sociale, hanno un impatto sull'organizzazione sociale e sulla salute fisica e mentale della popolazione non minore dei temi che impegnano quotidianamente i professionisti della salute. Accettare l'inevitabilità di queste sfide per "fare salute" significa usare la lente dell'uguaglianza e della giustizia sociale in tutti i settori e in tutte le politiche, per costruire società più giuste e quindi più sane, perché, come affermava Virchow (1958), «la medicina è una scienza sociale e la politica non è altro che medicina su larga scala».

Solamente attraverso la partecipazione collettiva di tutte e tutti alla vita politica per la costruzione di una società più equa e giusta è possibile dare realmente vita a un nuovo modo di fare salute, e per farlo non possiamo dimenticare che ciascuna persona è, in ogni momento, anche il "contesto" per altre persone. In quest'ottica di reciprocità e costruzione di bene comune si può lavorare per l'obiettivo reale, non utopistico, della "salute per tutte e tutti, ora" (Phm 2000).

La salute per tutte e tutti, ora!

Nel 2000 diverse reti, movimenti e gruppi della società civile internazionale e di molti paesi, soprattutto del Sud del mondo, si riunirono in Bangladesh per prendere coscienza collettivamente e pubblicamente del fatto che l'obiettivo dichiarato della Conferenza di Alma Ata (1978), la salute per tutte e tutti entro l'anno 2000, non era stato raggiunto. Peggio ancora, si assisteva al persistere e in alcuni casi all'aggravarsi di pesanti disuguaglianze in salute, sia tra paesi che all'interno degli stessi, motivate dalle sottostanti disuguaglianze sociali. Dove l'impegno dei governi e delle istituzioni aveva fallito, così dichiararono in Bangladesh (Phm 2000), serviva una presa di posizione e una mobilitazione dal basso. Alla denuncia fece seguito l'azione, e si costituì il *People's Health Movement* (Phm) – Movimento dei Popoli per la Salute – oggi rappresentato in oltre ottanta paesi del mondo.

A contraddistinguere il Phm sono principalmente tre caratteristiche:

1. La visione della salute fortemente orientata ad analizzare, e agire su, le cause sociali che spiegano la diseguale distribuzione di salute e malattia tra diversi gruppi di persone. In questo senso, la salute è un terreno di intersezione tra diverse lotte (per l'accesso alla terra, la sovranità alimentare, i diritti, eccetera).
2. L'approccio di economia politica della salute, che guarda a come le relazioni di potere e le strutture e dinamiche dell'economia plasmano la salute delle persone e condizionano il finanziamento e l'organizzazione dei sistemi sanitari, compreso l'impatto sull'equità e sui diritti.
3. Il fondamento nella solidarietà internazionale, nella convinzione delle forti interconnessioni che esistono tra fenomeni locali e processi globali, e della necessità di sinergie "dal basso" per agire anche sul livello transnazionale.

Il Phm è organizzato in circoli paese e in reti regionali, che a loro volta convergono in un consiglio internazionale deputato a "guidare" il movimento negli anni che intercorrono tra le assemblee globali (dopo quella del Bangladesh nel 2000, si sono

svolte in Ecuador nel 2005, in Sudafrica nel 2012 e nuovamente in Bangladesh nel 2018).

Per partecipare alle attività del Phm in Italia: chiara@phmovement.org

Per partecipare alla rete europea del Phm: ana@phmovement.org

Per maggiori informazioni: <https://phmovement.org/>

Bibliografia

1. Bourdieu P., *Il dominio maschile*, Feltrinelli, Milano 1998.
2. Breilh J., *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*, «Revista Facultad Nacional de Salud Pública», 31 (2013), n.1, pp. 13-27.
3. Cardano M., *Disuguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi*, «Polis», 22 (2008), pp. 119-146.
4. CSDH, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Ginevra 2008.
5. Costa G. et al., *Lequità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Franco Angeli, Milano 2014.
6. Krieger N., *Epidemiology and the people's health: theory and context*, Oxford University Press, New York 2011.
7. Marmot M., *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*, Bloomsbury, Londra 2015.
8. Marmot M. et al., *Fair society, healthy lives (The Marmot Review)*, Institute of Health Equity, Londra 2010.
9. Nussbaum M.C., *Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice*, «Feminist Economics», (9) 2003, pp. 33-59.
10. Franzini M. - Pianta M., *Disuguaglianze: quante sono, come combatterle*, Laterza, Roma-Bari 2016.
11. Sapolsky R., *Sick of poverty*, «Scientific American», 293 (2005), n. 6, pp. 92-99.
12. Sen A., *Development as freedom*, Oxford University Press, New York 2001.
13. Smith K.E. - Eltanani M.K., *What kinds of policies to reduce health inequalities in the UK do researchers support?*, «Journal of Public Health», 37 (2015), n. 1, pp. 6-17.

14. People's Health Movement, *The People's Charter for Health*, 2000, <https://phmovement.org/the-peoples-charter-for-health/>.
15. Wilkinson R. - Pickett K., *The Spirit Level: Why greater equality makes societies stronger*, Allen Lane, Londra 2009.
16. Wilkinson R. - Pickett K., *The Inner Level: How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Well-being*, Penguin Books, Londra 2018.
17. Virchow R., *Disease, life, and man: selected essays*, Stanford University Press, California 1971.
18. World Health Organization, *Health in All Policies: Framework for Country Action*, World Health Organization, Ginevra 2013.
19. World Health Organization, *Social determinants of mental health*, World Health Organization, Ginevra 2014.
20. World Health Organization, *The Ottawa Charter for Health Promotion*, Ottawa 1986.