

# I determinanti sociali della salute

I fatti concreti

(II edizione - 2003)

A CURA DI RICHARD WILKINSON E MICHAEL MARMOT

EDIZIONI  
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO  
ASSESSORATO  
ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Trento 2006

© copyright Giunta della Provincia Autonoma di Trento. 2006

Supplemento al n. 17/2006 di "Punto Omega"  
Quadrimestrale del Servizio Sanitario Provinciale

Reg. Trib. Trento n. 1036 del 6.10.1999

Direttore: R. Andreolli

Direttore responsabile: A. Faustini

Coordinamento redazionale ed editoriale: V. Curzel

Impaginazione: M. Querin

Assessorato alle Politiche per la Salute

Servizio Innovazione e formazione per la salute

Via Gilli,4 - 38100 Trento

tel. 0461/494037, fax 0461/494073

e-mail: [comunicazione.salute@provincia.tn.it](mailto:comunicazione.salute@provincia.tn.it)

[www.trentinosalute.net](http://www.trentinosalute.net)

Publicato in lingua inglese dall'Ufficio per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con il titolo *Social determinants of health. The solid facts. Second edition.*

© Organizzazione Mondiale della Sanità 2003

I diritti di traduzione per un'edizione in lingua italiana sono stati concessi al Dipartimento Politiche sanitarie della Provincia Autonoma di Trento dal Direttore dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'editore solo è responsabile per l'accuratezza della traduzione.

Traduzione a cura di Giovanni Martini e Mario Querin.

Published by the Regional Office for Europe of the World Health Organization in 2003 under the title *Social determinants of health. The solid facts. Second edition.*

© World Health Organization 2003

Translation rights for an edition in Italian have been granted to Department of Health, Autonomous Province of Trento by the Regional Director of the Regional Office for Europe of the World Health Organization.

The Publisher alone is responsible for the accuracy of the translation.

## Presentazione

È ormai convinzione consolidata che la salute costituisca un aspetto fondamentale della qualità della vita degli individui, ma anche un bene essenziale per lo sviluppo sociale ed economico. I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorirla così come possono lederla.

Per questo gli individui e i gruppi possono diventare soggetti attivi nel perseguimento di uno stato di buona salute, quando sono in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvi.

In questa logica la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma è opportuno che coinvolga anche i settori che influiscono sulla salute stessa con un approccio "intersettoriale" che preveda, cioè, l'intervento, la collaborazione e il coordinamento di settori diversi dalla sanità (istruzione, cultura, trasporti, sport, agricoltura, turismo, ecc.) per realizzare iniziative in grado di migliorare lo stato di salute della popolazione.

Accreditati studi internazionali hanno effettuato una stima quantitativa dell'impatto di alcuni fattori sulla longevità delle comunità, utilizzata come indicatore indiretto della salute. I fattori socio-economici e gli stili di vita, contribuiscono per il 40-50%, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-30%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%.

Il gradiente socio-economico risulta essere il più rilevante fattore esplicativo della quantità di vita (e probabilmente della qualità) e di conseguenza più importante di altri fattori come, ad esempio, il contributo dei sistemi sanitari. Infatti, quando si valutano e si comparano i risultati dei sistemi sanitari in termini di longevità delle popolazioni di riferimento, si vede come, tra i Paesi industrializzati avanzati, che garantiscono un accesso equo ai servizi, non esiste praticamente nessuna correlazione tra la spesa (e quindi le disponibilità di servizi e operatori) e la speranza di vita. Questo fatto non deve in effetti sorprendere perché, come visto, altri fattori sono più atti a produrre "longevità" e quindi a spiegare tali differenze.

È in questa logica che abbiamo deciso di rendere disponibile in lingua italiana la sintesi di un importante studio coordinato dai professori Michael Marmot e Richard Wilkinson che ha avuto l'approvazione dell'Ufficio Re-

gionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che ne ha curato la diffusione in tutta la Regione europea.

Mi auguro che la pubblicazione possa costituire uno stimolo affinché ciascuno rifletta su ciò che può fare a livello personale e a livello sociale per perseguire l'obiettivo del miglioramento della salute propria e della comunità in cui vive.

Dott. Remo Andreolli  
*Assessore provinciale  
alle Politiche per la salute*

La necessità e la richiesta di evidenze scientifiche chiare per informare e sostenere le scelte politiche non sono mai state così grandi. Il campo dei determinanti sociali della salute è forse il più complesso e stimolante. Si occupa degli aspetti chiave della vita delle persone, del loro lavoro e degli stili di vita. Si occupa delle conseguenze delle politiche economiche e sociali e dei benefici che possono derivare dalle politiche di investimento nella salute. Negli ultimi cinque anni, dalla pubblicazione nel 1998 della prima edizione de *I determinanti sociali della salute. I fatti concreti*, sono state sviluppate evidenze scientifiche nuove e più convincenti. Questa seconda edizione è integrata con nuove evidenze ed è stata arricchita di grafici, letture suggerite e siti web.

Il nostro scopo è quello di promuovere la consapevolezza, il dibattito informato e, soprattutto, le azioni. Desideriamo ripetere il successo della prima edizione che è stata tradotta in 25 lingue ed è stata utilizzata dai decisori politici a tutti i livelli, dai professionisti della salute ai ricercatori universitari, in tutta la Regione Europea e oltre. La buona notizia è che nel momento attuale un crescente numero di Stati Membri sta sviluppando politiche e programmi che intendono affrontare in modo esplicito le cause fondamentali dei problemi di salute, le disuguaglianze di salute e i bisogni di coloro che si trovano in uno stato di povertà e di svantaggio sociale.

Questa pubblicazione è stata realizzata attraverso una stretta collaborazione fra il Centro per la Salute Urbana dell'OMS e il Centro Internazionale per la Salute e la Società dell'University College di Londra in Gran Bretagna. Desidero esprimere la mia gratitudine al Professor Richard Wilkinson e al Professor Sir Michael Marmot, che hanno curato il lavoro e ringraziare i componenti del gruppo scientifico che ha contribuito alla sua realizzazione. Sono convinto che costituirà uno strumento prezioso per allargare la comprensione e per stimolare il dibattito e l'azione nei confronti dei determinanti sociali della salute.

Agis D. Tsouros  
*Responsabile del Centro per la Salute Urbana  
dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS*



*L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è un'agenzia specializzata dell'Organizzazione delle Nazioni Unite istituita nel 1948 con la funzione di dare indirizzi e di coordinare le attività internazionali in materia di salute e sanità pubblica. Una delle funzioni costitutive dell'OMS è quella di fornire informazioni e pareri oggettivi e affidabili nel campo della salute umana, compito che viene in parte realizzato attraverso il programma editoriale. Attraverso le proprie pubblicazioni, l'OMS cerca di dare sostegno alle strategie nazionali orientate alla salute e di affrontare i problemi di sanità pubblica più urgenti.*

*L'Ufficio Regionale per L'Europa dell'OMS è uno dei sei uffici che operano nel mondo, ciascuno dei quali ha uno specifico programma orientato ai problemi specifici degli stati di riferimento. La Regione Europea è popolata da circa 870 milioni di persone che vivono in un'area che si estende dalla Groenlandia a nord al Mediterraneo a sud, fino alle sponde dell'Oceano Pacifico della Federazione Russa.*

*Per questo motivo il programma europeo dell'OMS affronta sia i problemi caratteristici delle società industriali e post-industriali che quelli che caratterizzano le nuove democrazie dell'Europa Centrale e Orientale nonché dei paesi che facevano parte dell'ex Unione Sovietica.*

*Al fine di assicurare la più ampia disponibilità di informazioni autorevoli e di guida in materia di salute, l'OMS assicura una capillare distribuzione delle proprie pubblicazioni, incoraggiandone la traduzione e l'eventuale adattamento. Aiutando a promuovere e a proteggere la salute e a prevenire e controllare le malattie, le pubblicazioni dell'OMS contribuiscono a conseguire il principale obiettivo dell'Organizzazione: il raggiungimento per tutta la popolazione del miglior livello di salute possibile.*

#### *Centro OMS per la Salute Urbana*

*Questa pubblicazione è un'iniziativa del Centro OMS per la Salute Urbana (Centre for Urban Health) che ha sede presso l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS. Il compito tecnico più importante del Centro consiste nello sviluppo di strumenti e di materiali nell'ambito delle politiche per la salute, della pianificazione integrata per la salute e per lo sviluppo sostenibile, dell'urbanistica, della governance e del sostegno sociale. Il Centro ha la responsabilità del programma Città Sane e governance urbana.*





## Indice

Introduzione.....	11
1. Il gradiente sociale .....	15
2. Lo stress.....	18
3. Gli inizi della vita.....	20
4. L'esclusione sociale.....	23
5. Il lavoro.....	27
6. La disoccupazione.....	30
7. Il sostegno sociale.....	33
8. Le dipendenze.....	35
9. Il cibo.....	39
10. I trasporti .....	42
Altre fonti importanti .....	45



## Introduzione

Anche nei Paesi più ricchi, le persone meno fortunate sono più colpite dalle malattie e hanno una speranza di vita significativamente più breve rispetto alle persone ricche. Queste disuguaglianze nella salute non solo costituiscono una grave ingiustizia sociale, ma hanno attirato l'attenzione degli studiosi su alcuni dei più potenti determinanti della salute nelle società moderne. In particolare hanno portato ad una crescente consapevolezza della significativa influenza sulla salute dell'ambiente sociale e di quelli che sono conosciuti come determinanti sociali.

Questa pubblicazione delinea gli aspetti più importanti di queste nuove conoscenze per quanto riguarda le aree delle politiche pubbliche. I dieci temi trattati includono l'importanza che i determinanti della salute che agiscono durante la prima infanzia hanno per tutto il resto della vita e gli effetti della povertà, delle droghe, delle condizioni di lavoro, della disoccupazione, del sostegno sociale, del cibo sano e delle politiche dei trasporti. Per definire il contesto, iniziamo con una discussione sul gradiente sociale della salute, seguito dalla spiegazione delle modalità con le quali gli aspetti sociali e psicologici influenzano la salute fisica e la longevità.

In ciascun ambito ci si concentrerà sul ruolo che le politiche pubbliche possono svolgere nel modellare l'ambiente sociale con caratteristiche orientate al miglioramento della salute: tale prospettiva verrà mantenuta sia trattando i fattori comportamentali, come la qualità della genitorialità, la nutrizione, l'attività fisica o l'abuso di sostanze, ovvero trattando problemi di carattere più strutturale, come la disoccupazione, la povertà e l'esperienza lavorativa. Ciascuno di questi capitoli contiene un breve riassunto di risultati validati da specifiche ricerche, seguiti da un elenco di interventi implementabili dalle politiche pubbliche.

Alla fine di ciascun capitolo si potranno trovare alcuni riferimenti bibliografici, anche se una più completa disamina delle evidenze scientifiche si può trovare nel volume *Social determinants of health* (Marmot M, Wilkinson RG, eds. Oxford, Oxford University Press, 1999 - 2ª edizione, 2005), che fu preparato per accompagnare la prima edizione de *I determinanti sociali della salute. I fatti concreti*. Per entrambe le pubblicazioni ringraziamo gli studiosi che stanno realizzando ricerche di frontiera nei rispettivi campi di interesse, la maggior parte dei quali appartiene all'International Centre for Health and Society dell'University College London. Essi hanno messo a disposizione il loro tempo e le loro competenze nella stesura dei capitoli di entrambe le pubblicazioni.

Un tempo si pensava che le politiche per la salute si dovessero occupare esclusivamente dell'erogazione e del finanziamento dell'assistenza medica o poco più: i determinanti sociali della salute erano oggetto di discussione solo negli ambienti accademici. Adesso le cose stanno cambiando. Mentre le cure mediche possono prolungare la sopravvivenza e migliorare la prognosi di alcune gravi malattie, risultano molto più importanti, per la salute della popolazione nel suo complesso, quelle condizioni sociali ed economiche che fanno ammalare le persone e che le portano alla necessità di richiedere cure mediche.

Come mai in una nuova pubblicazione sui determinanti della salute, non si parla di genetica? Le recenti scoperte sul genoma umano sono molto promettenti per lo sviluppo delle conoscenze di specifiche malattie e per il loro trattamento. Ma per quanto importante sia la predisposizione genetica individuale per lo sviluppo di malattie, le cause più frequenti delle malattie delle popolazioni sono di origine ambientale: esse, riflettendo i cambiamenti nei nostri stili di vita, si modificano con molta rapidità rispetto alla lentezza con la quale avvengono i mutamenti genetici. È per questo che la speranza di vita è considerevolmente aumentata nelle ultime generazioni; è per questo che in alcuni stati europei la salute è migliorata, mentre in altri è peggiorata, ed è per questo che le differenze nella salute fra gruppi sociali differenti sono aumentate o diminuite a seconda di come sono cambiate le condizioni sociali ed economiche.

Le evidenze su cui la presente pubblicazione si basa derivano da un ampio numero di rapporti di ricerca – in tutto qualche migliaio. Alcuni degli studi hanno utilizzato il metodo prospettico, talvolta seguendo decine di migliaia di persone per decenni – qualche volta fin dalla nascita. Altri hanno utilizzato indagini trasversali e hanno studiato dati individuali, geografici, nazionali e internazionali. Le difficoltà che qualche volta sono sorte (forse nonostante gli studi di follow-up) nella individuazione dei rapporti causali, sono state superate utilizzando le evidenze derivanti dagli studi sul campo, dai cosiddetti esperimenti naturali e dallo studio di altre specie di primati. Ciononostante, dal momento che la salute e i principali determinanti variano ampiamente in relazione ai livelli di sviluppo economico, il lettore deve essere informato che la maggior parte delle evidenze su cui la pubblicazione si basa, provengono da Paesi ricchi e sviluppati e pertanto la loro applicabilità a Paesi meno sviluppati può essere limitata.

Il nostro scopo è quello di fare in modo che la politica e i processi decisionali a tutti i livelli – presso i governi, nelle istituzioni pubbliche e private, sui luoghi di lavoro, nelle comunità – tengano in debita considerazione le

recenti evidenze che suggeriscono la presa in carico della responsabilità di creare delle società sane. Tuttavia una pubblicazione breve come la presente non può avere l'ambizione di costituire una guida completa ai determinanti della salute pubblica. Parecchie aree delle politiche per la salute, come la necessità di proteggere la popolazione dall'esposizione a sostanze tossiche, non sono state trattate perché sono già note (sebbene spesso non adeguatamente messe in atto). Poiché anche le raccomandazioni al cambiamento dei comportamenti individuali costituiscono un approccio alla promozione della salute ben conosciuto e poiché le evidenze dimostrano che esse hanno talvolta un effetto limitato, è poco quello che le persone possono fare individualmente per migliorare la propria salute. In ogni caso enfatizzeremo la necessità di comprendere come il comportamento sia la risultante dell'ambiente e, in coerenza con l'approccio alla salute attraverso i suoi determinanti, insisteremo sulla necessità di realizzare quei cambiamenti ambientali che portano ad un comportamento più sano.

Dal momento che questa pubblicazione è composta dai contributi di esperti accreditati in ogni campo, ciò che risulta evidente è il fatto che tutti i capitoli convergono sulla necessità di sviluppare una società più giusta e in grado di prendersi cura dei cittadini – sia dal punto di vista economico che da quello sociale. La combinazione di economia, sociologia e psicologia con la neurobiologia e la medicina, dimostra l'importanza dell'interazione fra svantaggi materiali e significati sociali. Non sono semplicemente le condizioni di deprivazione materiale a essere dannose per la salute; è importante anche il significato sociale dell'essere poveri, disoccupati, socialmente esclusi o stigmatizzati in altro modo. In quanto esseri sociali, non solo abbiamo bisogno di buone condizioni materiali, ma dall'infanzia in poi, abbiamo altresì la necessità di sentirci valutati e apprezzati. Abbiamo bisogno di amici, di società amiche, di sentirci utili e di esercitare un maggior controllo sul lavoro che svolgiamo. In mancanza di ciò siamo maggiormente soggetti alla depressione, all'uso di droghe, all'ansia, a sentimenti di ostilità e di disperazione che si ripercuotono sulla salute fisica.

Nutriamo la speranza che affrontando alcune delle ingiustizie materiali e sociali, le politiche miglioreranno non solo la salute e il benessere, ma ridurranno anche una serie di problemi sociali che si sviluppano accanto alla cattiva salute e affondano le radici nei medesimi processi socioeconomici.

Richard Wilkinson e Michael Marmot



## 1. IL GRADIENTE SOCIALE

*La speranza di vita è più breve e la maggior parte delle malattie sono più frequenti ai livelli più bassi della scala sociale di ogni società. Le politiche per la salute devono affrontare i determinanti sociali ed economici della salute.*

### Ciò che è noto

Condizioni sociali ed economiche disagiate possono caratterizzare l'intera vita. Le persone che si trovano negli strati inferiori della piramide sociale di solito hanno un rischio almeno doppio di essere colpiti da malattie e morte prematura rispetto a chi si trova vicino al vertice.

Inoltre tali effetti non sono confinati solamente alla classe dei poveri: il gradiente sociale della salute attraversa l'intera società, in modo tale che perfino negli impiegati di classe media, chi si trova nelle posizioni inferiori è colpito da molte più malattie e da morte prematura rispetto a coloro che si trovano nelle posizioni superiori (Fig. 1).

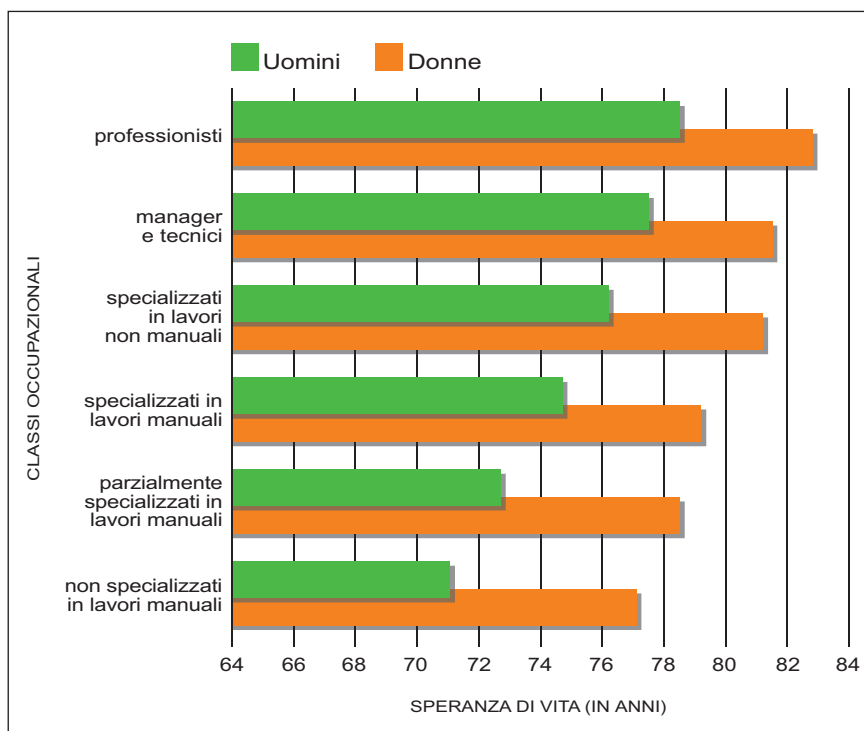
Cause materiali e psicosociali contribuiscono alle differenze descritte e i loro effetti si estendono alla maggior parte delle malattie e delle cause di morte. Gli svantaggi assumono molte forme e possono essere assoluti o relativi. Possono comprendere la mancanza di risorse familiari, un'istruzione carente, un lavoro precario, lo svolgimento per lungo tempo di un'attività lavorativa rischiosa o senza prospettive, l'abitare in case fatiscenti, il cercare di tirar su una famiglia in condizioni difficili e il vivere con una pensione inadeguata.

Questi svantaggi tendono a concentrarsi negli stessi gruppi di persone, e le loro conseguenze si accumulano durante la vita. Più a lungo le persone vivono in condizioni economiche e sociali caratterizzate da stress, maggiori sono le condizioni di degrado, e meno probabilmente esse potranno godere una vecchiaia in salute.

### Implicazioni politiche

Se la politica non riesce ad affrontare questi aspetti, non solo non si occupa sufficientemente di quelli che sono i più importanti determinanti della salute nelle società moderne, ma trascura, in modo particolare, uno degli aspetti più rilevanti della giustizia sociale che le società moderne devono affrontare.

Fig. 1. Differenze della speranza di vita nelle classi occupazionali, Inghilterra e Galles, 1997-1999.



Fonte: DONKIN A, GOLDBLATT P, LYNCH K. *Inequalities in life expectancy by social class 1972–1999*. Health Statistics Quarterly, 2002, 15:5-15.

- La vita si sviluppa in una serie di transizioni critiche: cambiamenti emozionali e materiali nella prima infanzia, il passaggio dall'educazione primaria a quella secondaria, l'ingresso nel mondo del lavoro, l'abbandono della famiglia di origine e la costruzione di una propria famiglia, il cambiamento del lavoro e l'affrontare un possibile esubero e, alla fine, il pensionamento. Ciascuno di questi cambiamenti può avere un impatto sulla salute spingendo le persone su percorsi più o meno favorevoli. Dal momento che le persone che si sono trovate in precedenti condizioni di disagio sono maggiormente a rischio in ciascuno di questi momenti di transizione, le politiche sociali non solo devono fornire reti di protezione, ma anche iniziative per compensare gli svantaggi precedenti.
- La buona salute implica la riduzione dei livelli di fallimento scolastico, la diminuzione del lavoro precario e della disoccupazione, il miglioramento



degli standard abitativi. Le società che mettono tutti i cittadini nelle condizioni di interpretare un ruolo pieno e utile nel contesto della vita sociale, economica e culturale saranno nel complesso più sane di quelle in cui le persone affrontano l'insicurezza, l'esclusione e la deprivazione.

- Altri capitoli di questa pubblicazione riguardano aree di politiche specifiche e offrono indicazioni per il miglioramento della salute e la contestuale riduzione del gradiente sociale della salute.

### Fonti principali

- BARTLEY M, PLEWIS I. "Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness". *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31:336-341.
- MITCHELL R, BLANE D, BARTLEY M. "Elevated risk of high blood pressure: climate and the inverse housing law". *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31:831 - 838.
- MONTGOMERY SM, BERNEY LR, BLANE D. "Prepubertal stature and blood pressure in early old age". *Archives of Disease in Childhood*, 2000, 82:358-363.
- MORRIS JN ET AL. "A minimum income for healthy living". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:885-889.
- PROGRAMME COMMITTEE ON SOCIO-ECONOMIC INEQUALITIES IN HEALTH (SEGV-II). *Reducing socio-economic inequalities in health*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2001.
- VAN DE MHEEN H ET AL. "Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52:15-19.

## 2. STRESS

*Le condizioni di stress, che fanno sentire le persone preoccupate, ansiose e incapaci di reagire, sono dannose per la salute e possono portare a morte prematura.*

### **Ciò che è noto**

Le condizioni sociali e psicosociali possono causare stress prolungato. Stati continuativi di ansia, di insicurezza, di bassa autostima, di isolamento sociale e di mancanza di controllo sul proprio lavoro e sulla vita domestica hanno un impatto rilevante sulla salute. I rischi psicosociali si accumulano durante la vita e aumentano le probabilità di sviluppare problemi mentali e di morire prematuramente.

Lunghi periodi di ansietà e di sicurezza e mancanza di amicizie in grado di fornire sostegno producono danni in ogni ambito della vita in cui insorgono. Nei Paesi industriali, più basso è lo status delle persone nella gerarchia sociale, più probabile è il sorgere di problemi di salute.

Per quale ragione i fattori psicosociali influenzano la salute fisica? Nelle situazioni di emergenza gli ormoni e il sistema nervoso si preparano ad affrontare una imminente minaccia fisica attivando il meccanismo di risposta “combatti o fuggi”: aumentando la frequenza cardiaca, mobilizzando i depositi di energia, portando sangue ai muscoli e incrementando la vigilanza.

Anche se le situazioni di stress legate alla vita urbana richiedono raramente un'attività fisica intensa o almeno moderata, l'attivazione di risposte allo stress toglie energia e risorse ai numerosi processi fisiologici utili al mantenimento prolungato della salute. Ciò impatta sia sul sistema cardiovascolare che su quello immunitario.

Sul breve periodo non ci sono conseguenze; ma se le persone sono sottoposte a tensione troppo spesso e per troppo tempo, diventano vulnerabili nei confronti di un'ampia gamma di patologie fra cui, le infezioni, il diabete, l'ipertensione, gli attacchi cardiaci, l'ictus, la depressione e l'aggressività.

### **Implicazioni politiche**

Anche se le cure mediche ai cambiamenti biologici causati dallo stress possono essere in grado di tenerli sotto controllo mediante l'uso di farmaci, si

dovrebbe porre l'attenzione alle cause dello stress cercando di ridurre le più significative.

- Nelle scuole, sui luoghi di lavoro e di vita, la qualità dell'ambiente sociale e la sicurezza materiale sono spesso importanti per la salute al pari dell'ambiente fisico. Le istituzioni che riescono a dare alle persone un senso di appartenenza e di partecipazione, nonché a valorizzare il loro ruolo, probabilmente sono luoghi più sani di quelli dove le persone si sentono escluse, trascurate e usate.
- I Governi dovrebbero essere consapevoli che i programmi di welfare devono essere orientati sia ai bisogni psicosociali che a quelli materiali, in quanto entrambi sono cause di ansia e di insicurezza. In particolare, i governi dovrebbero offrire sostegno ai bambini, incoraggiare le azioni di comunità, ridurre l'insicurezza materiale e finanziaria e promuovere la capacità di rapportarsi correttamente con la formazione e la riabilitazione.

### Fonti principali

- BRUNNER EJ. "Stress and the biology of inequality". *British Medical Journal*, 1997, 314:1472-1476.
- BRUNNER EJ ET AL. "Adrenocortical, autonomic and inflammatory causes of the metabolic syndrome". *Circulation*, 2002, 106:2659–2665.
- KIVIMAKI M ET AL. "Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees". *British Medical Journal*, 2002, 325:857-860.
- MARMOT MG, STANSFELD SA. *Stress and heart disease*. London, BMJ Books, 2002.
- MARMOT MG ET AL. "Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence". *Lancet*, 1997, 350:235-239.

### 3. GLI INIZI DELLA VITA

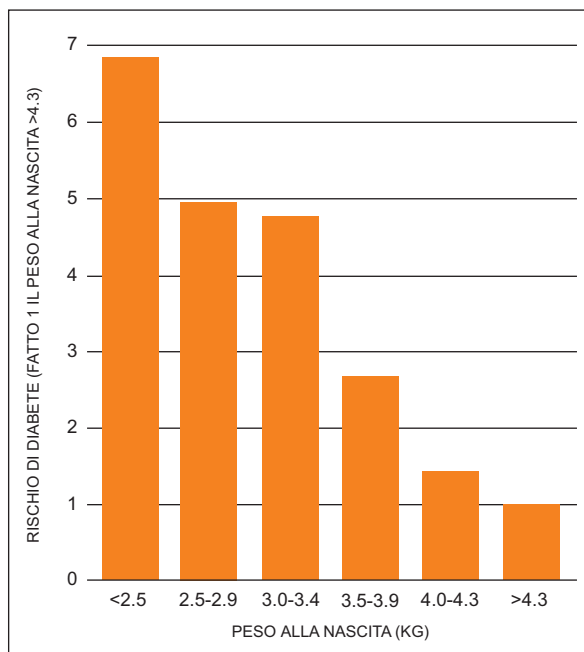
*Un buon inizio di vita significa sostegno alle madri e ai bambini: l'impatto sulla salute dello sviluppo e dell'educazione dei primi momenti durano per tutta la vita.*

#### Ciò che è noto

Ricerche sul campo e studi basati sull'osservazione mostrano come i fondamenti della salute degli adulti hanno radici nella prima infanzia e nel periodo prenatale. Una crescita ritardata e uno scarso sostegno emozionale generano un rischio permanente di cattiva salute fisica riducendo, nell'età adulta, il funzionamento fisico, cognitivo ed emozionale.

Precoci esperienze negative e crescita lenta diventano, nel processo di sviluppo, parte della biologia e formano la base del capitale biologico e

*Fig. 2. Rischio di diabete negli uomini di 64 anni, correlato al peso alla nascita. Standardizzati per indice di massa corporea.*



Fonte: BARKER DJP. *Mothers, babies and disease in later life*, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998.

umano dell'individuo, che a sua volta, influenza la salute lungo tutto il corso della vita. Condizioni negative durante la gravidanza sono causa di uno sviluppo non ottimale del feto attraverso una catena che può includere, nel corso della gestazione, carenze nutrizionali, stress materno, una maggiore probabilità di fumare e di uso di droghe e alcol, una insufficiente attività fisica e una inadeguata cura prenatale. Uno scarso sviluppo del feto costituisce un rischio per la vita futura (Fig. 2).

Le esperienze dell'infanzia sono importanti per le condizioni future di salute a causa della ininterrotta malleabilità dei sistemi biologici. Poiché gli aspetti cognitivi, emozionali e sensoriali programmano le reazioni del cervello, legami affettivi insicuri accompagnati da scarsità di stimoli, possono portare a una riduzione del desiderio di imparare, al raggiungimento di bassi livelli di istruzione, a comportamenti problematici e, nell'età adulta, al rischio di marginalizzazione.

Abitudini associate alla buona salute, come l'alimentazione consapevole, l'attività fisica e il non fumare sono associate agli esempi avuti in famiglia, dal gruppo dei pari nonché da una buona istruzione. Una crescita fisica lenta o ritardata durante l'infanzia è associata a un ridotto sviluppo della funzionalità cardiovascolare, respiratoria, pancreaticata e renale che aumenta il rischio di malattia nell'età adulta.

## **Implicazioni politiche**

I rischi corsi dai bambini nel corso dello sviluppo sono significativamente maggiori per chi si trova in condizioni socioeconomiche critiche, e possono essere ridotti mediante il miglioramento della prevenzione prima della prima gravidanza e per le madri e i bambini nel periodo prenatale e postatale, migliorando le strutture assistenziali per l'infanzia e gli ambulatori scolastici, nonché i livelli di istruzione dei genitori e dei figli.

Tali programmi di salute ed educazione conseguono benefici diretti. Aumentano la consapevolezza dei genitori relativamente ai bisogni dei figli e alla loro capacità di acquisire informazioni circa la salute e lo sviluppo, migliorando, nel contempo, la fiducia dei genitori nell'efficacia della loro azione. Le politiche per migliorare la salute dell'infanzia devono tendere a:

- aumentare il livello complessivo di istruzione e garantire uguali opportunità di accesso all'istruzione al fine di migliorare, stabilmente, la salute delle madri e dei bambini;

- fornire una sana alimentazione, l'educazione alla salute, servizi di prevenzione nonché adeguate risorse sociali ed economiche prima della prima gravidanza, durante la gestazione e l'infanzia, al fine di migliorare la crescita e lo sviluppo prenatale e infantile, riducendo il rischio di malattia e malnutrizione;
- offrire la garanzia che le relazioni genitori-figli siano sostenute fin dalla nascita, attraverso visite domiciliari e incoraggiando positive relazioni con la scuola con lo scopo di aumentare la conoscenza dei bisogni emozionali e cognitivi dei figli, per stimolare lo sviluppo cognitivo e il comportamento sociale dei bambini e per prevenire il maltrattamento dei minori.

### Fonti principali

- BARKER DJP. *Mothers, babies and disease in later life*, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998.
- KEATING DP, HERTZMAN C, eds. *Developmental health and the wealth of nations*. New York, NY, Guilford Press, 1999.
- MEHROTRA S, JOLLY R, eds. *Development with a human face*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
- RUTTER M, RUTTER M. *Developing minds: challenge and continuity across the life span*. London, Penguin Books, 1993.
- WALLACE HM, GIRI K, SERRANO CV, eds. *Health care of women and children in developing countries*, 2nd ed. Santa Monica, CA, Third Party Publishing, 1995.

## 4. L'ESCLUSIONE SOCIALE

*La durata della vita è breve dove la qualità è scadente. Causando privazione e risentimento, la povertà, l'esclusione sociale e la discriminazione hanno un costo in vite umane.*

### Ciò che è noto

La povertà, la deprivazione e l'esclusione sociale esercitano un impatto importante sulla salute e sulla morte prematura, e le probabilità di vivere in condizioni di miseria si concentrano pesantemente in specifici gruppi sociali.

La povertà assoluta – la mancanza delle risorse elementari per vivere – continua ad esistere perfino negli Stati più ricchi d'Europa. I disoccupati, parecchie minoranze etniche, lavoratori provenienti da altri Stati, disabili, rifugiati, senz'altro sono le persone particolarmente a rischio. Coloro che vivono sulla strada hanno i tassi più elevati di mortalità prematura.

Povertà relativa in una società significa essere più poveri della maggior parte della popolazione e spesso è definita dal poter contare su meno del 60% del reddito medio nazionale.

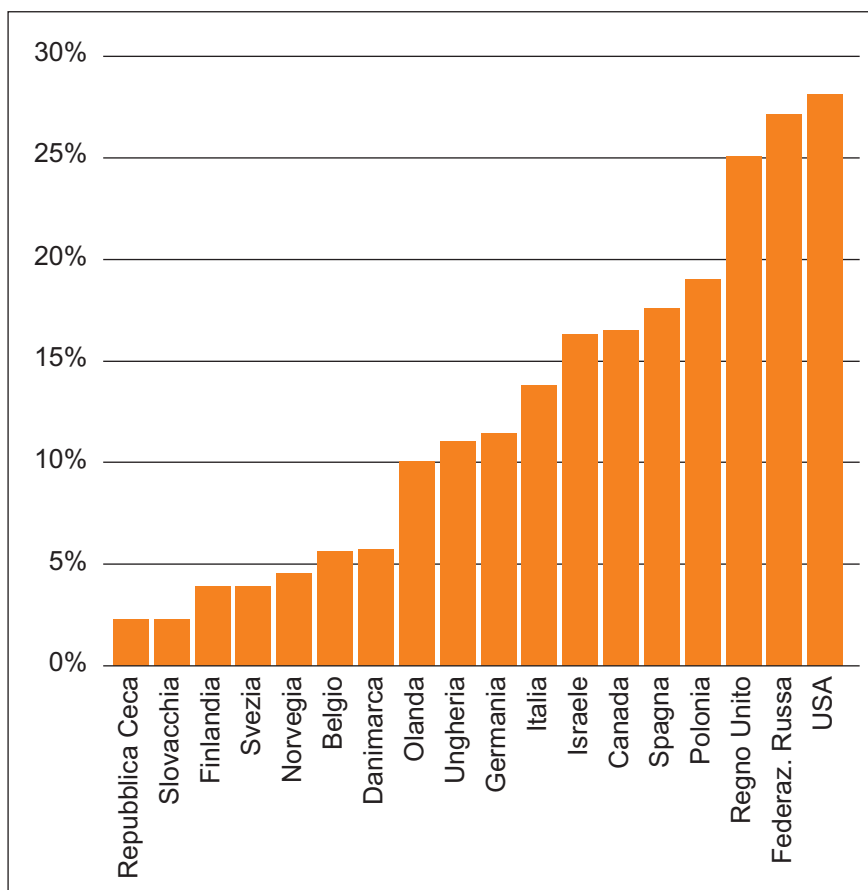
Alla popolazione che si trova in questa situazione viene negato l'accesso ad una abitazione dignitosa, all'istruzione, ai trasporti e ad altri elementi vitali per una completa partecipazione alla vita sociale.

Essere esclusi dalla vita sociale ed essere trattati come inferiori è causa di peggior salute e di maggior rischio di morte prematura. Lo stress provocato dal vivere in condizioni di povertà è particolarmente pericoloso durante la gravidanza, per i bambini, per i ragazzi e per le persone anziane. In alcuni Stati, circa un quarto della popolazione – e una proporzione ancora più elevata di bambini – vivono in condizioni di povertà relativa (Fig. 3).

L'esclusione sociale è anche l'esito di razzismo, discriminazione, stigmatizzazione, ostilità e disoccupazione. Questi processi impediscono alle persone di partecipare all'istruzione o alla formazione nonché alla possibilità di accedere a servizi e attività rivolte ai cittadini.

Sono inoltre dannosi sotto l'aspetto sociale e psicologico, costosi sotto l'aspetto materiale, e pericolosi per la salute. Le persone che vivono in queste condizioni oppure che sono stati ospiti presso alcune istituzioni, come il carcere, il riformatorio o l'ospedale psichiatrico sono particolarmente vulnerabili.

Fig. 3. Percentuale di bambini che vivono in famiglie povere (al di sotto del 50% del reddito medio nazionale).



Fonte: BRADSHAW J. "Child poverty in comparative perspective". In: Gordon D, Townsend P. *Breadline Europe: the measurement of poverty*. Bristol, The Policy Press, 2000.

Più a lungo una persona vive in condizioni disagiate, maggiori probabilità ha di essere affetta da una serie di problemi di salute, in particolare legati al sistema cardiovascolare. Nel corso della vita le persone entrano ed escono dallo stato di povertà, così il numero di persone che hanno avuto esperienze di povertà e di esclusione sociale durante la vita è di gran lunga maggiore dell'attuale quantità di persone caratterizzate da esclusione sociale.

La povertà e l'esclusione sociale aumentano il rischio di divorzio e separazioni, di disabilità, malattia, dipendenza e isolamento sociale e, for-



mando dei circoli viziosi, aggravano la situazione difficile in cui le persone si trovano.

Così come è direttamente influenzata dalla povertà, la salute può essere compromessa in modo indiretto dal risiedere in quartieri degradati, dalla concentrazione di situazioni di deprivazione, da elevati livelli di disoccupazione, dall'abitare in case di scarsa qualità, con limitazioni all'accesso ai servizi e in condizioni ambientali critiche.

### **Implicazioni politiche**

Nessun governo potrà evitare di affrontare il problema della redistribuzione del reddito attraverso politiche fiscali, provvidenze, posti di lavoro, istruzione, incentivi economici e altre molteplici attività. La indiscutibile evidenza degli effetti di tali politiche sui tassi di mortalità e di morbilità fa sì che debba essere considerato un dovere pubblico quello di eliminare la povertà assoluta e di ridurre le disuguaglianze materiali.

- Tutti i cittadini dovrebbero avere la protezione di un reddito minimo garantito, di una legislazione sui salari minimi e dell'accesso ai servizi.
- Sono necessari interventi per la riduzione della povertà e dell'esclusione sociale, sia a livello individuale che di quartiere.
- La legislazione può essere utile per proteggere le minoranze e i gruppi vulnerabili dalla discriminazione e dall'esclusione sociale.
- Le politiche pubbliche per la salute dovrebbero rimuovere gli ostacoli all'accesso all'assistenza sanitaria, ai servizi sociali e alla possibilità di avere abitazioni a prezzi ragionevoli.
- Il mercato del lavoro, l'istruzione e le politiche sociali a favore delle famiglie dovrebbero essere indirizzate alla riduzione della stratificazione sociale.

### **Fonti principali**

CLAUSSEN B, DAVEY SMITH G, THELLE D. "Impact of childhood and adulthood socio-economic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:40-45.

- KAWACHI I, BERKMAN L, eds. *Neighborhoods and health*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
- MACKENBACH J, BAKKER M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
- SHAW M, DORLING D, BRIMBLECOMBE N. "Life chances in Britain by housing wealth and for the homeless and vulnerably housed". *Environment and Planning A*, 1999, 31:2239-2248.
- TOWNSEND P, GORDON D. *World poverty: new policies to defeat an old enemy*. Bristol, The Policy Press, 2002.

## 5. IL LAVORO

*Lo stress sul posto di lavoro aumenta il rischio di sviluppare malattie. Le persone che hanno un maggior controllo sul proprio lavoro godono di un migliore stato di salute.*

### Ciò che è noto

In generale, avere un lavoro, per quanto riguarda la salute, è meglio di non averne uno. L'organizzazione sociale del lavoro, gli stili manageriali e le relazioni interpersonali sul posto di lavoro hanno tutte un'influenza sulla salute. L'evidenza dimostra che lo stress sul lavoro contribuisce in modo rilevante alle ampie differenze di stato sociale nelle condizioni di salute, nelle assenze per malattia e nella morte prematura.

Parecchi studi sui luoghi di lavoro in Europa evidenziano che i problemi di salute si manifestano quando le persone hanno poche opportunità di usare le loro abilità e di esprimere le loro capacità decisionali.

Avere scarso controllo sul proprio lavoro è una caratteristica fortemente correlata con l'aumento di dolore alla parte inferiore della schiena, alle assenze per malattia e alle malattie cardiovascolari (Fig. 4).

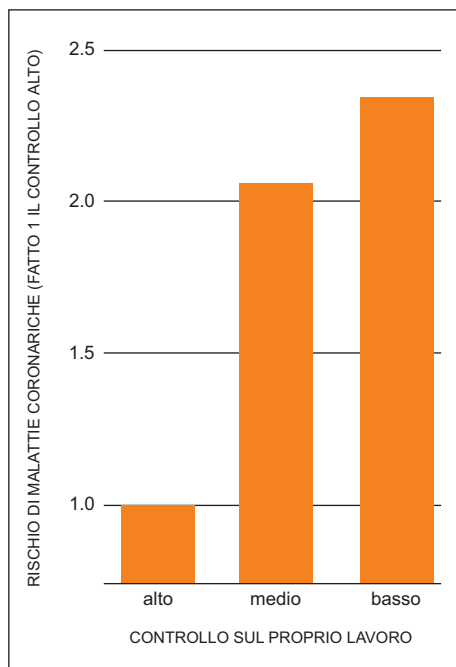
Questi rischi risultano essere indipendenti dalle caratteristiche psicologiche delle persone oggetto di studio. In parole povere, sembra siano correlate con l'ambiente di lavoro.

Alcuni studi scientifici che hanno indagato l'effetto dei compiti assegnati in ambito lavorativo, mostrano una relazione fra tali compiti e un basso grado di autonomia nel gestirli. Attività caratterizzate da richieste eccessive e basso grado di autonomia pongono dei rischi per la salute. Ci sono evidenze scientifiche che dimostrano l'effetto protettivo che il sostegno sociale esercita sullo stress derivante da questo problema.

Inoltre, ricevere compensi inadeguati rispetto allo sforzo profuso nel lavoro è associato con l'aumento del rischio cardiovascolare. Le ricompense possono assumere la forma di denaro, status e autostima. Gli attuali cambiamenti nel mercato del lavoro possono mutare la struttura delle opportunità e rendere più difficile l'ottenimento di ricompense adeguate.

Questi risultati mostrano che il contesto psicosociale del lavoro costituisce un importante determinante della salute e contribuisce al gradiente sociale nella cattiva salute.

Fig. 4. Livello percepito di controllo sul proprio lavoro e incidenza di malattie coronariche in uomini e donne. Standardizzato per età, sesso, durata del follow-up, bilancio sforzo/ricompensa, livello lavorativo, fattori di rischio e disposizione psicologica negativa.



Fonte: BOSMA H ET AL. "Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease". *American Journal of Public Health*, 1998, 88:68–74.

### Implicazioni politiche

- Non esiste contraddizione fra salute e produttività sul lavoro. Infatti può essere stabilito un circolo virtuoso di questo tipo: condizioni di lavoro migliorate producono forza lavoro più sana; questo porta ad una maggiore produttività e quindi all'opportunità di creare un luogo di lavoro ancora più sano e di conseguenza più produttivo.
- È probabile che un appropriato coinvolgimento nel processo decisionale offra benefici ai dipendenti ai diversi livelli di un'organizzazione. Dovrebbero essere sviluppati meccanismi che consentano alle persone di progettare e migliorare il loro ambiente di lavoro, consentendo ad essi di avere maggior controllo sul proprio lavoro attraverso la personalizzazione e le opportunità di sviluppo.

- Una buona gestione implica la possibilità di garantire adeguate ricompense – in termini di denaro, status e autostima – per tutti i dipendenti.
- Per ridurre l'onere delle malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, i luoghi di lavoro devono essere appropriati per quanto riguarda l'ergonomia.
- Così come c'è la necessità di una infrastruttura efficace con poteri ispettivi che sia in grado di effettuare controlli legali, allo stesso modo la protezione della salute sui luoghi di lavoro dovrebbe poter disporre di servizi sanitari dotati di personale preparato anche alla individuazione precoce dei problemi di salute mentale e ai relativi appropriati interventi.

### Fonti principali

- BOSMA H ET AL. "Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease". *American Journal of Public Health*, 1998, 88:68-74.
- HEMINGWAY H, KUPER K, MARMOT MG. "Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: an updated systematic review of prospective cohort studies". In: Yusuf S et al., eds. *Evidence-based cardiology*, 2nd ed. London, BMJ Books, 2003:181-217.
- MARMOT MG ET AL. "Contribution of job control to social gradient in coronary heart disease incidence". *Lancet*, 1997, 350:235-240.
- PETER R ET AL. AND THE SHEEP STUDY GROUP. "Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(4):294-300.
- SCHNALL P ET AL. "Why the workplace and cardiovascular disease?" *Occupational Medicine, State of the Art Reviews*, 2000, 15:126.
- THEORELL T, KARASEK R. "The demand-control-support model and CVD". In: Schnall PL et al., eds. *The workplace and cardiovascular disease. Occupational medicine*. Philadelphia, Hanley and Belfus Inc., 2000:78-83.

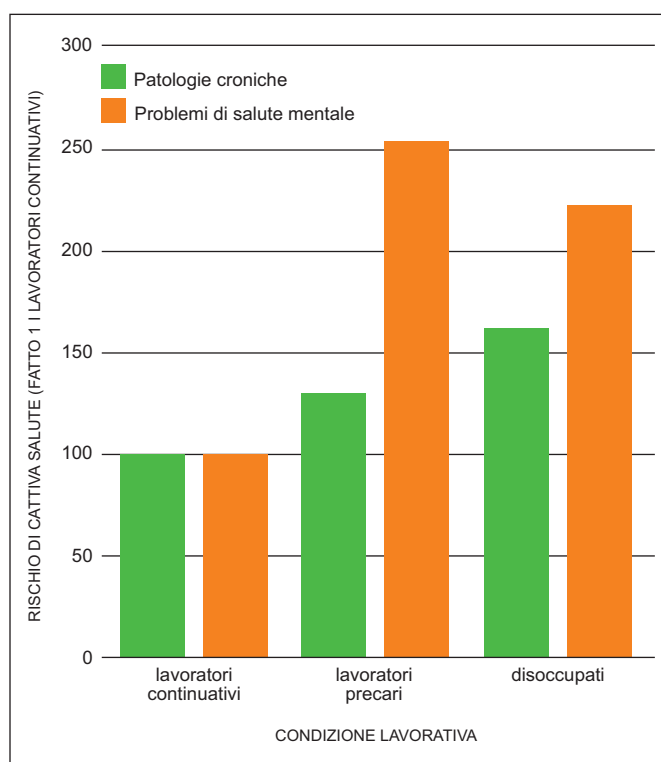
## 6. LA DISOCCUPAZIONE

*La sicurezza del lavoro favorisce la salute, il benessere e la soddisfazione per il lavoro stesso. Più i tassi di disoccupazione sono alti, più sono causa di malattia e di morte prematura.*

### Ciò che è noto

La disoccupazione mette a rischio la salute, e il rischio è maggiore nelle zone dove la disoccupazione è molto diffusa. I dati relativi a numerosi Paesi mostrano che, anche tenendo conto di altri fattori, le persone disoccupate e le loro famiglie vanno incontro a un considerevole aumento del rischio di morte prematura.

*Fig. 5. Effetti sulla salute della disoccupazione e della precarietà del lavoro.*



Fonte: FERRIE JE ET AL. "Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study". *British Medical Journal*, 2001, 322:647-651.

Gli effetti della disoccupazione sulla salute sono legati sia alle sue ricadute psicologiche, sia ai problemi finanziari che essa comporta, specialmente all'indebitamento.

Le conseguenze sulla salute iniziano a manifestarsi non appena le persone cominciano a percepire che i loro posti di lavoro sono minacciati, quindi prima ancora di diventare effettivamente disoccupate. Ciò dimostra che anche l'ansia dovuta alla precarietà è pregiudizievole per la salute.

È stato dimostrato che la mancanza di sicurezza del lavoro causa l'aumento dei disturbi della salute mentale (in particolare ansia e depressione), della sensazione di cattivo stato di salute, delle malattie cardiache e dei fattori di rischio per le stesse. Dal momento che un lavoro molto insoddisfacente o precario può essere dannoso quanto la disoccupazione, il solo fatto di essere occupati non favorisce automaticamente la salute fisica e mentale: altrettanto importante è la qualità del lavoro (Fig. 5).

Nel corso degli anni '90 del secolo scorso, i cambiamenti nel sistema economico e nel mercato del lavoro di molti Paesi industrializzati hanno incrementato la sensazione di precarietà lavorativa.

L'incertezza dell'occupazione agisce da fattore stressogeno cronico, i cui effetti crescono parallelamente alla durata della sua azione, e produce un aumento delle assenze per malattia e del ricorso ai servizi sanitari.

### **Implicazioni politiche**

La politica dovrebbe perseguire tre obiettivi: la prevenzione della disoccupazione e della precarietà, la riduzione delle ristrettezze a cui vanno incontro i disoccupati, la reintegrazione delle persone in occupazioni stabili.

- Le politiche economiche governative volte a ridurre le oscillazioni del ciclo economico possono dare un'importante contributo alla sicurezza dell'occupazione e alla riduzione della disoccupazione.
- Anche la diminuzione dell'orario di lavoro può portare dei benefici, se viene perseguita assieme alla stabilità dell'occupazione e alla soddisfazione ricavata dal lavoro.
- Per rendere le persone idonee al lavoro disponibile sono importanti standard elevati di scolarizzazione e buoni programmi di aggiornamento professionale.

- È probabile che elevare i sussidi di disoccupazione abbia un effetto protettivo per chi è senza lavoro.
- I mutui creditizi possono esercitare un effetto positivo riducendo l'indebitamento e incrementando le reti sociali.

### Fonti principali

- BEALE N, NETHERCOTT S. "Job-loss and family morbidity: a study of a factory closure". *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1985, 35:510-514.
- BETHUNE A. "Unemployment and mortality". In: Drever F, Whitehead M, eds. *Health inequalities*. London, H.M. Stationery Office, 1997.
- BURCHELL, B. "The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health". In: Gallie D, Marsh C, Vogler C, eds. *Social change and the experience of unemployment*. Oxford, Oxford University Press, 1994:188-212.
- FERRIE J ET AL., eds. *Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (WHO Regional Publications, European Series, No. 81) (<http://www.euro.who.int/document/e66205.pdf>, accessed 15 August 2003).
- IVERSEN L ET AL. "Unemployment and mortality in Denmark". *British Medical Journal*, 1987, 295:879-884.



## 7. IL SOSTEGNO SOCIALE

*Amicizia, buone relazioni sociali e forti reti di sostegno migliorano la salute in casa, al lavoro e nella comunità.*

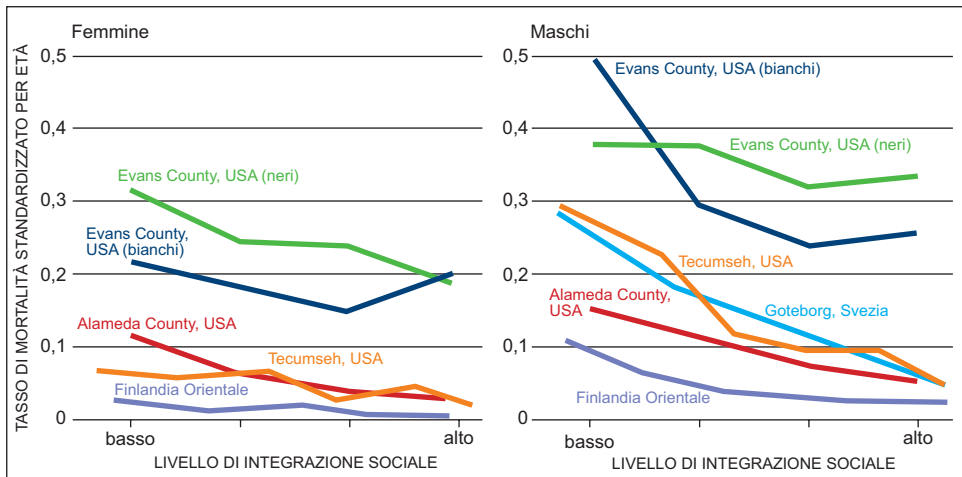
### Ciò che è noto

Il mutuo sostegno e le buone relazioni sociali danno un importante contributo alla salute. Il sostegno sociale contribuisce a fornire alle persone le risorse pratiche ed emozionali di cui hanno bisogno.

L'appartenenza a una rete sociale di comunicazione e di obblighi reciproci fa sì che ci si senta considerati, amati, stimati e apprezzati; questo ha un potente effetto protettivo sulla salute. Inoltre, i sistemi relazionali di sostegno possono favorire modalità comportamentali più salubri.

Il sostegno agisce sia a livello individuale che a livello sociale. L'isolamento e l'esclusione sociale sono associati all'aumento del tasso di morte prematura e alla diminuzione delle possibilità di sopravvivenza all'infarto (Fig. 6).

*Fig. 6. Livello di integrazione sociale e mortalità in cinque ricerche prospettiche.*



Fonte: HOUSE JS, LANDIS KR, UMBERSON D. "Social relationships and health". Science, 1988, 241:540-545.

Per le persone che hanno minor appoggio sociale ed emotivo è più facile andare incontro a minor benessere, a più depressione, a maggiore rischio di complicanze in gravidanza e a più elevati livelli di disabilità conseguente a malattie croniche. Inoltre, quando i rapporti con le persone più vicine sono cattivi, possono portare a problemi di salute fisica e mentale.

La quantità di appoggio sociale emotivo e pratico che viene fornito varia a seconda dello stato economico e sociale delle persone. La povertà può contribuire all'esclusione sociale e all'isolamento.

La coesione sociale (definita come la qualità delle relazioni sociali e della presenza di fiducia, obblighi e rispetto reciproci nelle comunità o nella società) aiuta a proteggere le persone e la loro salute. La disuguaglianza corrode le buone relazioni sociali.

Le società con elevati livelli di disparità di reddito tendono ad avere minor coesione sociale e tassi più alti di criminalità violenta. Livelli elevati di mutuo sostegno avranno un'azione protettiva sulla salute, mentre il deterioramento delle relazioni sociali (talvolta conseguente a una più grande disuguaglianza) riduce la fiducia e aumenta il tasso di violenza.

Una ricerca, condotta su una comunità che presentava inizialmente alti livelli di coesione sociale ha evidenziato basse percentuali di malattie coronariche; esse sono aumentate quando la coesione sociale è diminuita.

### **Implicazioni politiche**

Le prove sperimentali indicano che le buone relazioni sociali possono ridurre l'impatto fisiologico dello stress.

Le ricerche sul campo hanno dimostrato che fornendo sostegno sociale ai pazienti può essere incrementato il tasso di guarigione da numerose e svariate condizioni morbose, e può essere migliorato anche l'esito della gravidanza in gruppi di donne svantaggiate.

- La riduzione delle disuguaglianze sociali ed economiche e la riduzione dell'esclusione sociale possono portare a una maggiore coesione sociale e a migliori standard di salute.
- Il miglioramento dell'ambiente sociale nelle scuole, nei luoghi di lavoro e, più in generale, nelle comunità, aiuterà le persone a sentirsi apprezzate e sostenute in diversi ambiti della loro vita e contribuirà alla loro salute, specialmente quella mentale.

- Progettare strutture per favorire gli incontri e l'interazione sociale nelle comunità, può incrementare la salute mentale.
- In tutti gli ambiti della vita sociale e individuale si dovrebbe evitare di trattare delle persone come socialmente inferiori e meno stimabili, perché un tale comportamento crea divisione sociale.

### Fonti principali

- BERKMAN LF, SYME SL. "Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up of Alameda County residents". *American Journal of Epidemiology*, 1979, 109:186-204.
- HSIEH CC, PUGH MD. "Poverty, income inequality, and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies". *Criminal Justice Review*, 1993, 18:182-202.
- KAPLAN GA ET AL. "Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland". *American Journal of Epidemiology*, 1988, 128:370-380.
- KAWACHI I ET AL. "A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1996, 50(3):245-251.
- OXMAN TE ET AL. "Social support and depressive symptoms in the elderly". *American Journal of Epidemiology*, 1992, 135:356-368.
- SAMPSON RJ, RAUDENBUSH SW, EARLS F. "Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy". *Science*, 1997, 277:918-924.

## 8. LE DIPENDENZE

*Sono le singole persone a fare uso di alcol, droghe e tabacco e a subirne i danni, ma il consumo di queste sostanze è influenzato da un contesto sociale più ampio.*

### Ciò che è noto

Il consumo di droghe è una reazione al disagio sociale e, allo stesso tempo, un importante fattore che aggrava le conseguenti disparità sul piano della salute. Esso offre ai consumatori l'illusione di fuggire dalle avversità e dallo stress, ma in realtà non fa che peggiorare i loro problemi.

La dipendenza dall'alcol, il consumo di droghe illegali e il fumo sono strettamente correlati agli indicatori delle situazioni sociali ed economiche svantaggiate (Fig. 7).

Per esempio, in alcune delle economie di transizione nell'Europa centro-orientale l'ultima decade è stata un periodo di grandi sconvolgimenti sociali: di conseguenza, la mortalità legata al consumo di alcolici (per incidenti, violenza, intossicazioni, lesioni e suicidi) ha avuto un brusco aumento. Anche in altri Paesi l'alcolismo è associato con le morti violente.

È verosimile che la dipendenza da alcol e la situazione sociale interagiscano potenziandosi a vicenda: le persone ricorrono all'alcol per anestetizzare le sofferenze di una condizione sociale ed economica difficile e, a sua volta, la dipendenza dall'alcol conduce a una mobilità sociale verso il basso.

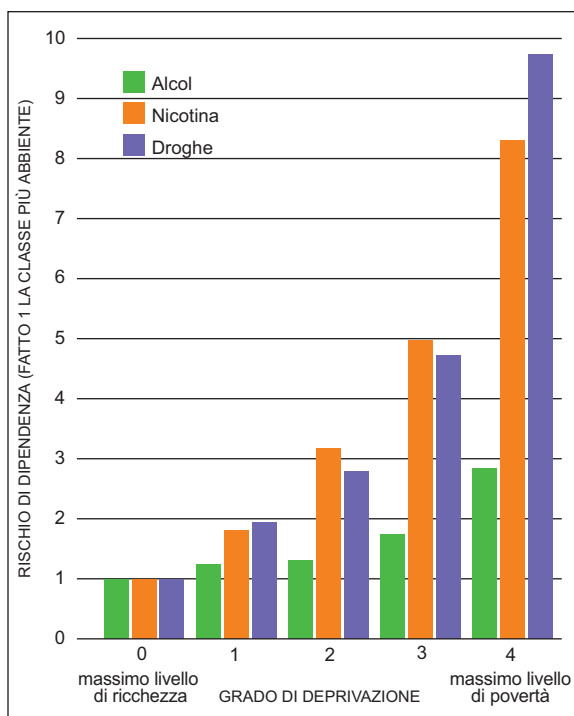
C'è dell'ironia nel fatto che, a parte una temporanea vacanza dalla realtà, l'alcol intensifica i principali fattori che portano al suo stesso consumo.

Lo stesso vale per il tabacco. Il disagio sociale (sia esso valutato in base alla situazione abitativa carente, al basso reddito, alla mancanza di un genitore, alla disoccupazione o alla condizione di senzatetto) è associato a elevati tassi di tabagismo e a bassissimi tassi di abbandono del vizio.

Il fumo è una delle maggiori voci di spesa nel bilancio dei ceti poveri ed è una rilevante causa di cattiva salute e di morte prematura. Ma la nicotina non offre un reale sollievo dallo stress né un miglioramento dell'umore.

Il consumo di alcol, tabacco e droghe illegali è incoraggiato da grandi multinazionali e dal crimine organizzato con un marketing e un'attività promozionale aggressivi. La loro attività è un enorme ostacolo alle iniziative

Fig. 7. Deprivazione socioeconomica e rischio di dipendenza da alcol, nicotina e droghe, Gran Bretagna, 1993.



Fonte: WARDLE J ET AL., eds. "Smoking, drinking, physical activity and screening uptake and health inequalities". In: Gordon D et al, eds. *Inequalities in health*. Bristol, The Policy Press, 1999:213-239.

politiche volte a ridurre il consumo tra i giovani, e la loro connivenza con il contrabbando, specialmente nel caso del tabacco, ha vanificato i tentativi dei governi di usare la leva dell'aumento del prezzo per ridurre il consumo.

### Implicazioni politiche

- Nell'affrontare i problemi legati all'uso delle droghe, sia legali che illegali, è necessario non solo aiutare e curare le persone che hanno sviluppato una dipendenza, ma anche agire sulle condizioni di bisogno sociale nelle quali hanno radice tali problemi.
- La politica dovrebbe controllare l'accessibilità attraverso i prezzi e le autorizzazioni alla vendita, informare la gente sulle modalità di consumo

meno dannose, usare l'educazione alla salute per ridurre il reclutamento dei giovani e fornire efficaci servizi di cura per i tossicodipendenti.

- Niente di tutto ciò potrà funzionare se non vengono modificati i fattori sociali che alimentano il consumo di droghe. È ovvio che tentare di scaricare l'intera responsabilità sul consumatore è una risposta inadeguata: così facendo si colpevolizza la vittima invece di affrontare la complessità delle circostanze sociali che hanno condotto all'uso della droga. Per essere efficace, la lotta alla droga deve essere supportata da un'ampia struttura di politica economica e sociale.

### Fonti principali

- BOBAK M ET AL. "Poverty and smoking". In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:41-61.
- MAKELA P, VALKONEN T, MARTELIN T. "Contribution of deaths related to alcohol use of socioeconomic variation in mortality: register based follow-up study". *British Medical Journal* 1997, 315:211-216
- MARSH A, MCKAY S. *Poor smokers*. London, Policy Studies Institute, 1994.
- MELTZER H. *Economic activity and social functioning of residents with psychiatric disorders*. London, H.M. Stationery Office, 1996 (OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 6).
- RYAN, M. "Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation". *British Medical Journal*, 1995, 310:646-648.

## 9. IL CIBO

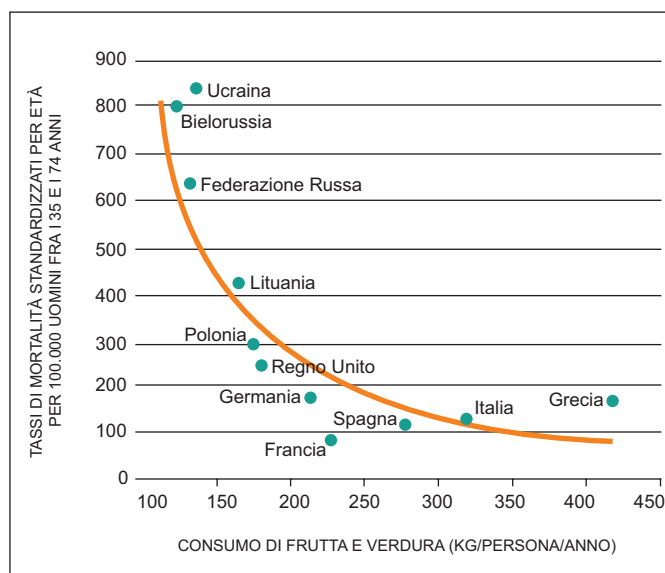
*Poiché le forze del mercato globale controllano la disponibilità del cibo, la sana alimentazione è una questione politica.*

### Ciò che è noto

Una buona dieta e un adeguato apporto alimentare sono essenziali per promuovere la salute e il benessere. La scarsità e la mancanza di varietà del cibo causano malattie da malnutrizione e da carenze. L'alimentazione eccessiva (anch'essa una forma di malnutrizione) contribuisce all'insorgere di malattie cardiovascolari, diabete, cancro, malattie degenerative dell'occhio, obesità e carie dentali.

La povertà alimentare convive fianco a fianco con la sovrabbondanza di cibo. La disponibilità e il costo accessibile del cibo sano e nutriente sono una questione fondamentale per la salute pubblica (Fig. 8).

*Fig. 8. Mortalità per malattie coronariche in relazione al consumo di frutta e verdura in alcuni Paesi europei.*



*Fonti: FAOSTAT (Food balance sheets) [database online]. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 25 September 2003. – WHO mortality database [database online]. Geneva, World Health Organization, 25 September 2003. – Health for all database [database online]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 25 September 2003.*

La possibilità di disporre di cibo buono a un costo accessibile incide sul tipo di alimentazione più di quanto faccia l'educazione alla salute.

La crescita economica e i miglioramenti nelle condizioni abitative e sanitarie hanno prodotto la transizione epidemiologica dalle malattie infettive a quelle croniche. Parallelamente a questa transizione se ne è avuta una nutrizionale in quanto l'alimentazione, specialmente nell'Europa occidentale, si è orientata verso un superconsumo di grassi e zuccheri ipercalorici, causando un aumento dell'obesità, che, contemporaneamente, è diventata più comune nei ceti poveri che in quelli ricchi.

Oggi il commercio mondiale degli alimenti ha un giro d'affari enorme. L'Accordo Generale sulle Tariffe e il Commercio (General Agreement on Tariffs and Trade – GATT) e la Politica Agricola Comune (PAC) dell'Unione Europea permettono alle forze del mercato globale di modellare a proprio piacimento il commercio alimentare.

Le commissioni internazionali che determinano gli standard di qualità e di sicurezza degli alimenti, come il Codex Alimentarius, mancano di rappresentanti delle organizzazioni sanitarie pubbliche, mentre sono forti gli interessi dell'industria alimentare. La produzione locale di cibo può essere più sostenibile, più accessibile e di sostegno all'economia locale.

Le condizioni sociali ed economiche determinano, nella qualità della dieta, un gradiente sociale che contribuisce alle disuguaglianze nel campo della salute. A questo riguardo, la disparità maggiore tra le classi sociali riguarda l'origine degli alimenti. In molti Paesi, i ceti poveri tendono a sostituire gli alimenti freschi con quelli lavorati, meno cari. Cibi a elevato contenuto di grassi sono frequenti nella dieta di tutti i gruppi sociali. Le persone a basso reddito, come le giovani coppie, gli anziani e i disoccupati, trovano più difficoltà a nutrirsi bene.

Gli obiettivi dietetici per la prevenzione delle malattie croniche pongono l'accento sulla necessità di consumare più verdura fresca, frutta, legumi e amidacei poco lavorati, e meno grassi animali, zuccheri raffinati e sale. Su questi obiettivi dietetici si sono trovati d'accordo più di cento commissioni di esperti.

### **Implicazioni politiche**

Le agenzie governative locali, nazionali e internazionali, le organizzazioni non governative e l'industria alimentare dovrebbero garantire:



- l'integrazione degli obiettivi di sanità pubblica nel sistema alimentare, allo scopo di fornire alimenti freschi, nutrienti e accessibili a tutti, e in particolare ai più deboli;
- un processo decisionale democratico e trasparente e la corresponsabilizzazione in tutte le normative alimentari, con la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti, compresi i consumatori;
- l'incoraggiamento dell'agricoltura sostenibile e dei metodi di produzione alimentare che salvaguardino le risorse naturali e l'ambiente;
- il potenziamento della cultura della sana alimentazione (specialmente attraverso l'educazione nella scuola) per favorire la conoscenza degli alimenti e della nutrizione, delle tecniche culinarie, degli alimenti naturali e della valenza sociale che hanno la preparazione e il consumo del cibo in compagnia.
- la disponibilità di informazioni utili (rivolte soprattutto ai bambini) sugli alimenti, la dieta e la salute;
- l'uso di valori nutritivi di riferimento validati scientificamente e di linee guida dietetiche riferite ai cibi, per facilitare lo sviluppo e l'incremento delle politiche alimentari e nutrizionali.

## Fonti principali

*Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation.* Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916) ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who\\_fao\\_expert\\_report.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf), accessed 14 August 2003)

First Action Plan for Food and Nutrition Policy [web pages]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 ([http://www.euro.who.int/nutrition/ActionPlan/20020729\\_1](http://www.euro.who.int/nutrition/ActionPlan/20020729_1), accessed 14 August 2003).

ROOS G ET AL. "Disparities in vegetable and fruit consumption: European cases from the north to the south". *Public Health Nutrition*, 2001, 4:35-43

*Systematic reviews in nutrition. Transforming the evidence on nutrition and health into knowledge* [web site]. London, University College London, 2003 (<http://www.nutritionreviews.org/>, accessed 14 August 2003).

WORLD CANCER RESEARCH FUND. *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective.* Washington, DC, American Institute for Cancer Research, 1997 (<http://www.aicr.org/exreport.html>, accessed 14 August 2003).

## 10. I TRASPORTI

*Trasporto salubre significa spostarsi di meno in automobile e di più a piedi e in bicicletta, supportati da un migliore trasporto pubblico.*

### Ciò che è noto

Camminare, andare in bicicletta e usare i mezzi pubblici sono modalità di spostamento che promuovono la salute in quattro modi: fanno fare del moto, diminuiscono gli incidenti mortali, aumentano i contatti sociali e riducono l'inquinamento dell'aria.

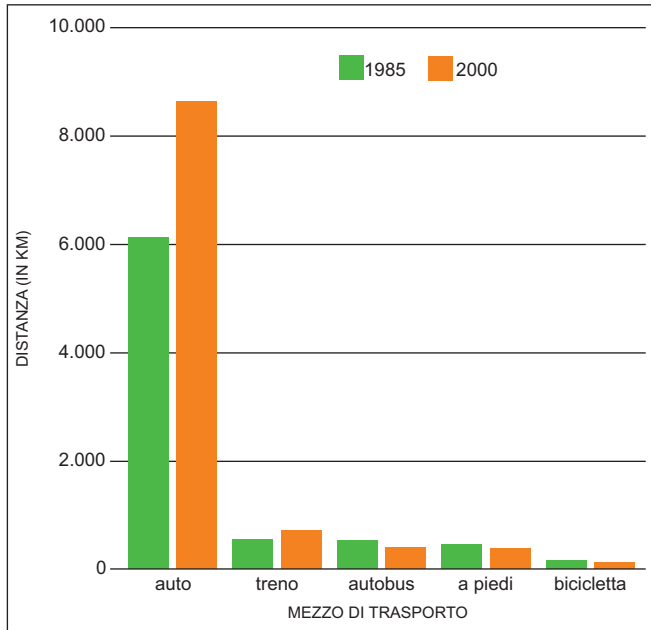
Dal momento che l'automazione ha ridotto l'esercizio fisico legato alle varie professioni e ai lavori domestici e ha alimentato la crescente epidemia di obesità, si devono trovare nuove occasioni per svolgere attività fisica nella vita quotidiana. La politica dei trasporti può giocare un ruolo chiave nella lotta agli stili di vita sedentari riducendo il ricorso all'automobile, incrementando gli spostamenti a piedi e in bicicletta e potenziando il trasporto pubblico. Un regolare esercizio fisico protegge dalle malattie cardiache e (limitando l'obesità) riduce l'insorgenza del diabete; inoltre promuove una sensazione di benessere e protegge gli anziani dalla depressione.

La diminuzione del traffico stradale ridurrebbe anche il tributo di incidenti gravi e mortali. Mentre gli incidenti d'auto ledono anche i ciclisti e i pedoni, quelli provocati dalle biciclette coinvolgono relativamente poche persone. Sistemazioni urbanistiche ben pianificate, che tengono separati ciclisti e pedoni dal traffico automobilistico, aumentano la sicurezza degli spostamenti a piedi e in bicicletta.

Contrariamente all'automobile, che isola le persone una dall'altra, camminando, andando in bicicletta e servendosi dei mezzi pubblici vengono stimolati i contatti sociali negli spostamenti. Il traffico stradale taglia in due le comunità e divide un lato della strada dall'altro. Con meno gente che va a piedi, le strade cessano di essere degli spazi sociali e i pedoni isolati possono sentirsi minacciati. Inoltre, i sobborghi in cui l'accesso è vincolato all'automobile isolano le persone prive di macchina, in particolare i più giovani e i più anziani. L'isolamento sociale e la carenza di interazione comunitaria sono strettamente associati a cattiva salute.

Riducendo il traffico stradale si diminuisce il dannoso inquinamento prodotto dagli scarichi degli automezzi. Camminare e andare in bicicletta sono

Fig. 9. Distanze percorse per persona, per mezzo di trasporto, Gran Bretagna, 1985 e 2000.



Fonte: Transport trends 2002: articles (Section 2: personal travel by mode). London, Department for Transport, 2002 ([http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft\\_transstats/documents/page/dft\\_transstats\\_506978.hcsp](http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_transstats/documents/page/dft_transstats_506978.hcsp), accessed 18 September 2003).

modalità di spostamento che fanno un uso minimo di combustibili non rinnovabili, non contribuiscono al riscaldamento globale, non producono malattie da inquinamento dell'aria, fanno poco rumore e sono preferibili per le città ecologicamente compatte del futuro.

### Implicazioni politiche

Nel XXI secolo dovremmo assistere a una riduzione della dipendenza dall'automobile. Invece, a dispetto dei loro effetti dannosi per la salute, gli spostamenti in automobile stanno rapidamente aumentando in tutti i Paesi europei, mentre diminuiscono quelli a piedi e in bicicletta (Fig. 9).

Le politiche nazionali e locali devono invertire questo trend. Però le lobby dei trasporti hanno in ballo enormi interessi: molte industrie (petrolio, gomma, costruzioni stradali, case automobilistiche, reti di vendita e di riparazione, pubblicità) traggono grandi benefici dall'uso delle automobili.

- Per brevi spostamenti, specialmente nelle città, le strade dovrebbero dare la precedenza a pedoni e biciclette.
- Per gli spostamenti più lunghi, dovrebbe essere migliorato il trasporto pubblico, con collegamenti regolari e frequenti con le aree rurali.
- Bisogna cambiare il sistema degli incentivi; per esempio, riducendo i sussidi statali alle costruzioni stradali, aumentando il sostegno finanziario al trasporto pubblico, creando disincentivi fiscali all'uso dell'automobile per lavoro, alzando il pedaggio e disincentivando il parcheggio.
- Sono necessari cambiamenti anche nella fruizione del territorio; ad esempio, convertendo aree stradali in spazi verdi, riservando delle strade esclusivamente ai pedoni e ai ciclisti, incrementando le corsie preferenziali per autobus e biciclette, ponendo un freno alla crescita di sobborghi a bassa densità abitativa e di centri commerciali fuori città, che aumentano l'uso dell'automobile.
- È sempre più evidente che più strade si costruiscono, più viene incoraggiato l'uso dell'automobile, mentre, al contrario di ciò che ci si aspetterebbe, le limitazioni del traffico possono ridurre gli intasamenti.

### Fonti principali

DAVIES A. *Road transport and health*. London, British Medical Association, 1997.

FLETCHER T, McMICHAEL AJ, eds. *Health at the crossroads: transport policy and urban health*. New York, NY, Wiley, 1996.

*Making the connections: transport and social exclusion*. London, Social Exclusion Unit, Office of the Deputy Prime Minister, 2003 (<http://www.socialexclusionunit.gov.uk/published.htm>, accessed 14 August 2003).

McCARTHY M. "Transport and health". In: Marmot MG, Wilkinson R, eds. *The social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999:132-154.

*Transport, environment and health in Europe: evidence, initiatives and examples*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 ([http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/hcp/UrbanHealthTopics/20011207\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/hcp/UrbanHealthTopics/20011207_1), accessed 14 August 2003).

## ALTRE FONTI IMPORTANTI

### Stress

*The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://www.who.int/whr2001/2001/>, accessed 14 August 2003).

*World report on violence and health.* Geneva, World Health Organization, 2002 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/wrvh1/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh1/en/), accessed 14 August 2003).

### Gli inizi della vita

*A critical link – interventions for physical growth and psychosocial development: a review.* Geneva, World Health Organization, 1999 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO\\_CHS\\_CAH\\_99.3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CHS_CAH_99.3.pdf), accessed 14 August 2003).

*Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.* Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=cmh&language=english>, accessed 14 August 2003).

### L'esclusione sociale

ZIGLIO E ET AL., EDS. *Health systems confront poverty.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (Public Health Case Studies, No. 1) (<http://www.euro.who.int/document/e80225.pdf>, accessed 14 August 2003).

*Addiction Framework Convention on Tobacco Control* [web pages]. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/gb/fctc/>, accessed 14 August 2003).

*Global status report on alcohol.* Geneva, World Health Organization, 1999 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/pubs\\_alcohol.htm](http://www.who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm), accessed 14 August 2003).

*The European report on tobacco control policy. Review of implementation of the Third Action Plan for a Tobacco-free Europe 1997–2001.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/tob/tobconf2002/edoc8.pdf>, accessed 14 August 2003).

## Il cibo

- Global strategy for infant and young child feeding* [web pages]. Geneva, World Health Organization, 2002 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global\\_strategy.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm), accessed 15 August 2003).
- Globalization, diets and noncommunicable diseases*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/hpr/NPH/docs/globalization.diet.and.ncds.pdf>, accessed 15 August 2003).
- WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [web pages]. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/hpr/global.strategy.shtml>, accessed 15 August 2003).

## I trasporti

- A physically active life through everyday transport with a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/e75662.pdf>, accessed on 15 August 2003).
- Charter on Transport, Environment and Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (EUR/ICP/EHCO 02 02 05/9 Rev.4) ([http://www.euro.who.int/document/peh-ehp/charter\\_transporte.pdf](http://www.euro.who.int/document/peh-ehp/charter_transporte.pdf), accessed on 15 August 2003).
- DORA C, PHILLIPS M, EDS. *Transport, environment and health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 89) (<http://www.euro.who.int/document/e72015.pdf>, accessed on 15 August 2003).
- Transport, Health and Environment Pan-European Programme (THE PEP)* [web pages]. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2003 (<http://www.unece.org/the-pep/new/en/welcome.htm>, accessed 15 August 2003).

## Hanno collaborato

*Professor Mel Bartley, University College London, United Kingdom*

*Dr David Blane, Imperial College London, United Kingdom*

*Dr Eric Brunner, International Centre for Health and Society, University College London, United Kingdom*

*Professor Danny Dorling, School of Geography, University of Leeds, United Kingdom*

*Dr Jane Ferrie, University College London, United Kingdom*

*Professor Martin Jarvis, Cancer Research UK, Health Behaviour Unit, University College London, United Kingdom*

*Professor Sir Michael Marmot, Department of Epidemiology and Public Health and International Centre for Health and Society, University College London, United Kingdom*

*Professor Mark McCarthy, University College London, United Kingdom*

*Dr Mary Shaw, Department of Social Medicine, Bristol University, United Kingdom*

*Professor Aubrey Sheiham, International Centre for Health and Society, University College London, United Kingdom*

*Professor Stephen Stansfeld, Barts and The London, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, London*

*Professor Mike Wadsworth, Medical Research Council, National Survey of Health and Development, University College London, United Kingdom*

*Professor Richard Wilkinson, University of Nottingham, United Kingdom*

*Traduzione a cura di Giovanni Martini e Mario Querin*

Stampato per conto della Casa Editrice Provincia Autonoma di Trento  
dalla Tipografia Nuove Arti Grafiche – Trento