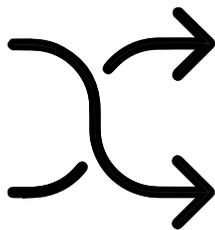


LE DISUGUAGLIANZE SOCIALI NELLA SALUTE E IL RUOLO DEL REDDITO

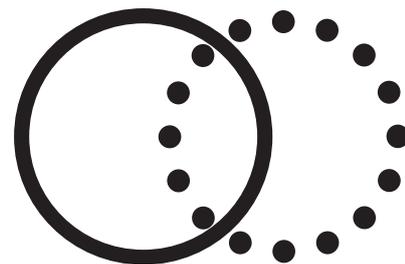
Il reddito corrente e i beni accumulati contribuiscono in modo significativo a spiegare le disuguaglianze di salute. Il reddito determina il possesso di risorse materiali essenziali al fine di garantire al nucleo familiare un tenore di vita dignitoso e condiziona, inoltre, la disponibilità di risorse necessarie per affrontare gli imprevisti di malattia. Inoltre, avere un reddito basso, o non averlo affatto, comporta limitazioni che privano delle più elementari risorse di sopravvivenza che, inevitabilmente, finiscono per compromettere lo stato di salute di un individuo: la mancanza di cibo, di una casa, di accesso all'istruzione, svantaggi che aumentano esponenzialmente al crescere del numero dei componenti nel nucleo familiare. Le zone in cui si concentrano forti disparità di reddito presentano rischi di mortalità più elevati.

Che cos'è la povertà?

Descrivere il fenomeno della povertà non è facile, perché:



Essere poveri non è una condizione statica (non può essere, cioè, definita dal possesso di risorse al di sopra o al di sotto di una determinata soglia) o monodimensionale (non può essere definita dal mancato possesso di denaro): vi sono persone che si adattano a convivere con forti privazioni e altre che cadono in circuiti di emarginazione grave. Un reddito basso può generare spirali di progressiva esclusione: la perdita dell'abitazione, delle relazioni familiari, dell'autostima. E più a lungo si vive in condizioni di povertà, più si perdono i legami umani e sociali e la volontà di emancipazione.



Il confine tra “poveri” e “non poveri” è più fluido con la crisi economica: cresce la condizione di vulnerabilità di famiglie e persone abituate a vivere con livelli accettabili, sebbene fragili, che scivolano verso la povertà all'irrompere di eventi come la perdita del lavoro o spese improrogabili.

Le più importanti cause e gli effetti che possono condurre a una condizione di povertà e avere conseguenze sulla salute:

- La perdita della continuità del reddito e quindi della disponibilità di risorse materiali attraverso le quali garantire al proprio nucleo familiare un tenore di vita dignitoso, affrontare gli imprevisti di malattia e progettare un futuro significativo;

- Nel lungo periodo, la perdita di reddito vitale, legato all'obsolescenza o alla perdita del capitale umano, all'esaurirsi delle risorse di risparmio privato e di sostegno del welfare, al mancato risparmio previdenziale, con una percezione di insicurezza sul proprio futuro e il rischio di cadere in condizioni di povertà;

- Nel breve periodo, l'aumento degli effetti psicosociali e quindi dello stress, dell'ansia e della depressione, così come dei tassi di suicidio dovuti sia ai bisogni materiali non più soddisfabili, sia alla sensazione di perdita di status e di controllo, sia alla percezione di arretramento sociale e di non piena appartenenza e cittadinanza.

ESSERE POVERI HA RICADUTE SUL SISTEMA SANITARIO

Chi ha reddito scarso o inesistente:



Possiede una minore capacità di ricorrere tempestivamente e in modo appropriato alle cure



Incorre in un maggiore rischio di interrompere o rinunciare del tutto ai percorsi di cura



Ha tassi più lenti di guarigione

L'impatto del reddito sulla salute in Italia

In Italia, finora è stato difficile misurare l'impatto del reddito individuale sugli indicatori di salute. A Torino, però, è stato condotto uno studio che esplora la relazione tra reddito familiare e aspettativa di vita alla nascita. Si è osservato che, se il 10% più ricco della popolazione maschile (I, nella Figura) ha un'aspettativa di vita di 82 anni, l'aspettativa di vita del 10% più povero (X) è inferiore di sette anni; per quel che riguarda le donne, la differenza è di circa quattro anni, dove le più ricche godono di un'aspettativa di vita di 86 anni. Come si osserva nella Figura 1 le differenze crescono mano a mano che si scende lungo la scala di reddito. Lo Studio Longitudinale Torinese ha indagato quanto tali disuguaglianze fossero dovute al reddito e quanto ad altre caratteristiche sociali e demografiche, riesaminando le differenze rilevate per classe di reddito nella mortalità

e nella morbosità tenendo parallelamente conto di età, titolo di studio, stato civile e area di residenza degli individui. Dallo Studio è emerso che sia negli anni Novanta, sia negli anni Duemila avere un basso reddito aumenta in modo significativo il rischio di morire e di essere ricoverati, a parità delle caratteristiche demografiche e sociali considerate. L'eccesso per il basso reddito nel caso della mortalità è maggiore nella popolazione di mezza età (+24-39% fra i maschi adulti e +11-15% fra le femmine adulte) e più modesto fra gli anziani (+7-20% dei maschi e +8-9% nelle femmine). Nel caso dei ricoveri ospedalieri, il ricorso al ricovero cresce con l'abbassarsi del reddito in modo più regolare, con eccessi modesti ma significativi nella classe di medio reddito e con eccessi più consistenti tra chi ha un reddito basso.

Gli effetti della crisi

Il nostro Paese ha attraversato due importanti crisi consecutive: quella del 2007 e quella del 2011, che hanno causato un impoverimento di tutti gli strati della popolazione e accresciuto le disuguaglianze per i gruppi più deboli, soprattutto quando giovani. Nel Mezzogiorno, i danni della recessione sono stati maggiori a causa della bassa competitività e dei minori

investimenti, situazione che ha condotto per esempio all'aumento dei Neet¹. La caduta del reddito medio italiano e la crescita della disoccupazione durante gli anni della crisi hanno contribuito ad aumentare la frazione di popolazione in situazione di povertà in modo rilevante in tutto il territorio nazionale, come si osserva nella Figura 2.

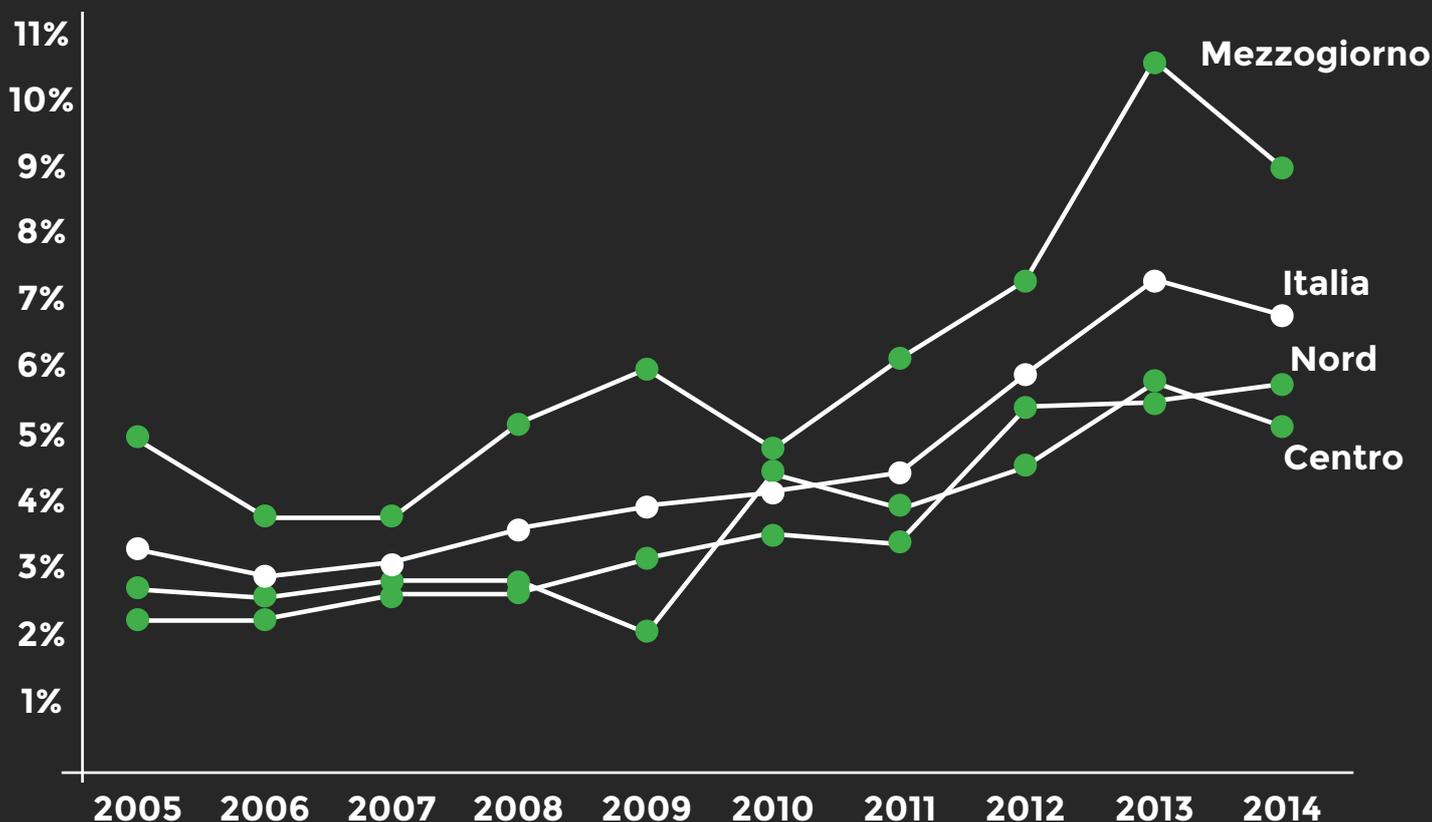
¹ Persona, soprattutto di giovane età, che non ha né cerca un impiego e non frequenta una scuola né un corso di formazione o di aggiornamento professionale

Figura 1. Differenze nella speranza di vita alla nascita a Torino secondo decili di reddito familiare denunciato nel 2008 a livello di sezione di censimento.

Anni 2002-2011



Figura 2. Incidenza di individui in povertà assoluta per ripartizione geografica. Anni 2005-2014. Fonte ISTAT



LA POVERTÀ È DIVENTATA NORMALE

Se prima della crisi la povertà colpiva in modo significativo solo alcune parti della società italiana (il sud, gli anziani, i genitori di almeno tre figli minori, i disoccupati) oggi affligge tutti (anche il nord, i giovani, chi ha almeno un figlio minore, gli occupati).

Anche se nel nostro Paese la povertà assoluta² ha smesso di crescere, se confrontiamo il 2014 con il 2007, anno di inizio della crisi, il quadro cambia radicalmente: le persone in povertà assoluta sono salite dal 3,1 al 6,8% del totale.

A risentire della crisi sono stati soprattutto i più deboli: il 10% della popolazione più povera ha visto contrarre il proprio reddito in modo molto maggiore (27%) rispetto al restante 90%. Inoltre, la povertà si è allargata a quei settori della popolazione che in precedenza ne erano toccati solo marginalmente, diventando la "normalità". Il malessere colpisce in modo particolare i giovani e non ha origine nella povertà economica in senso stretto, ma nell'assenza di prospettive, aggravata da una crisi di cui non si intravede la fine, nella difficoltà di trovare lavoro anche dopo la fine della crisi.

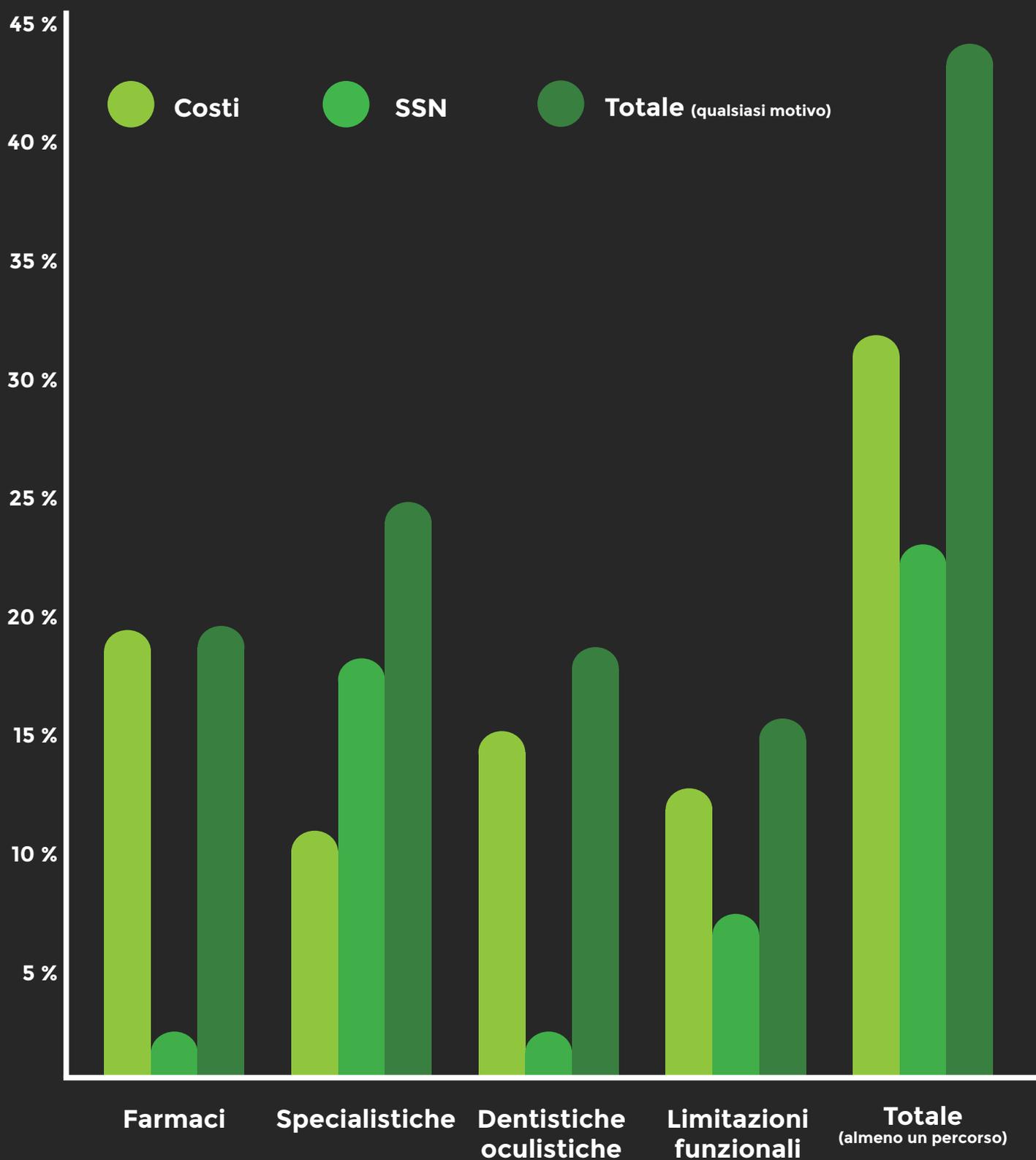
Uno studio in Italia ha indagato i motivi d'interruzione delle prestazioni sanitarie. Queste erano dovute alla difficoltà di sostenere i costi

o a motivi attinenti all'organizzazione dell'offerta dei servizi (come ad esempio quelli di logistica, le liste d'attesa, etc.) (SSN).

Circa il 45% dei pazienti intervistati ha dichiarato di aver interrotto almeno un percorso sanitario per uno qualsiasi dei motivi indagati. Il motivo prevalente di interruzione era rappresentato dalla difficoltà di affrontare i costi, in particolare le spese odontoiatriche ed oculistiche e l'acquisto dei farmaci (Figura 3).

² La metodologia di stima della povertà assoluta, messa a punto nel 2005 da una Commissione di studio formata da esperti del settore è una misura basata sulla valutazione monetaria di un paniere di beni e servizi considerati essenziali per evitare gravi forme di esclusione sociale.

Figura 3. Interruzioni dei percorsi di cura per prestazioni e motivi di interruzione.

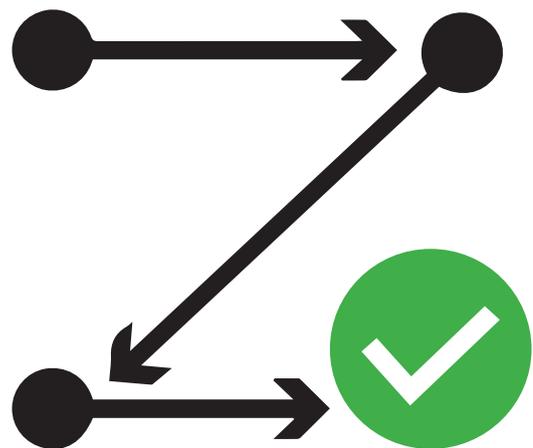


Fonte Indagine ISTAT. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013

Come intervenire?

Le minacce per la salute che nascono dalla situazione di povertà sono dunque molteplici e necessitano pertanto di interventi di contrasto complessi, specifici per ogni dimensione di salute coinvolta e per bersaglio di popolazione. Le azioni implementabili sono inoltre di responsabilità di settori differenti e spesso richiedono competenze e collaborazioni multisettoriali, aumentando così la difficoltà ad intraprendere percorsi di contrasto coerenti e sinergici.

Un primo gruppo di azioni è ad esempio a carico del servizio sanitario. Queste comprendono la cura degli effetti traumatici e patologici, acuti o cronici, fisici o mentali, delle disuguaglianze di reddito sulla salute, che si esplicita-



no in un maggior ricorso o in un maggior bisogno di assistenza da parte delle categorie sociali più svantaggiate (nel qual caso le politiche sanitarie devono intervenire garantendo innanzitutto l'equità nell'accesso alle strutture sanitarie e la soddisfazione dei bisogni dei più vulnerabili attraverso l'erogazione di servizi specifici).

Esempi di politiche

Dal settore sanitario

Esenzione ticket

Il fatto di appartenere a un nucleo familiare con un reddito inferiore al limite previsto dalla normativa vigente (€ 36.151,98) dà diritto all'esenzione solo se associato a determinate condizioni personali (età minore dei 6 anni o maggiore dei 65) o sociali (stato di disoccupazione, titolarità di una pensione al minimo o sociale). Un importante contributo in questo senso, che può avere una ricaduta diretta sulla riduzione della spesa sanitaria delle famiglie con reddito basso.

L'esenzione per reddito non include le prestazioni farmaceutiche. In base alle norme dello

Stato, infatti, i medicinali sono classificati in: fascia A (gratuiti per tutti gli assistiti) in fascia A con Nota AIFA (gratuiti solo per le persone che si trovano nelle particolari condizioni indicate nella Nota) fascia C (a pagamento per tutti gli assistiti, compresi gli assistiti esenti per malattia cronica). Alcune Regioni italiane hanno introdotto un ticket sui farmaci di fascia A (in genere una quota fissa per confezione o per ricetta) ed hanno autonomamente individuato le categorie di soggetti esenti da tale ticket, tra i quali, talvolta, gli esenti per reddito.

Da altri settori

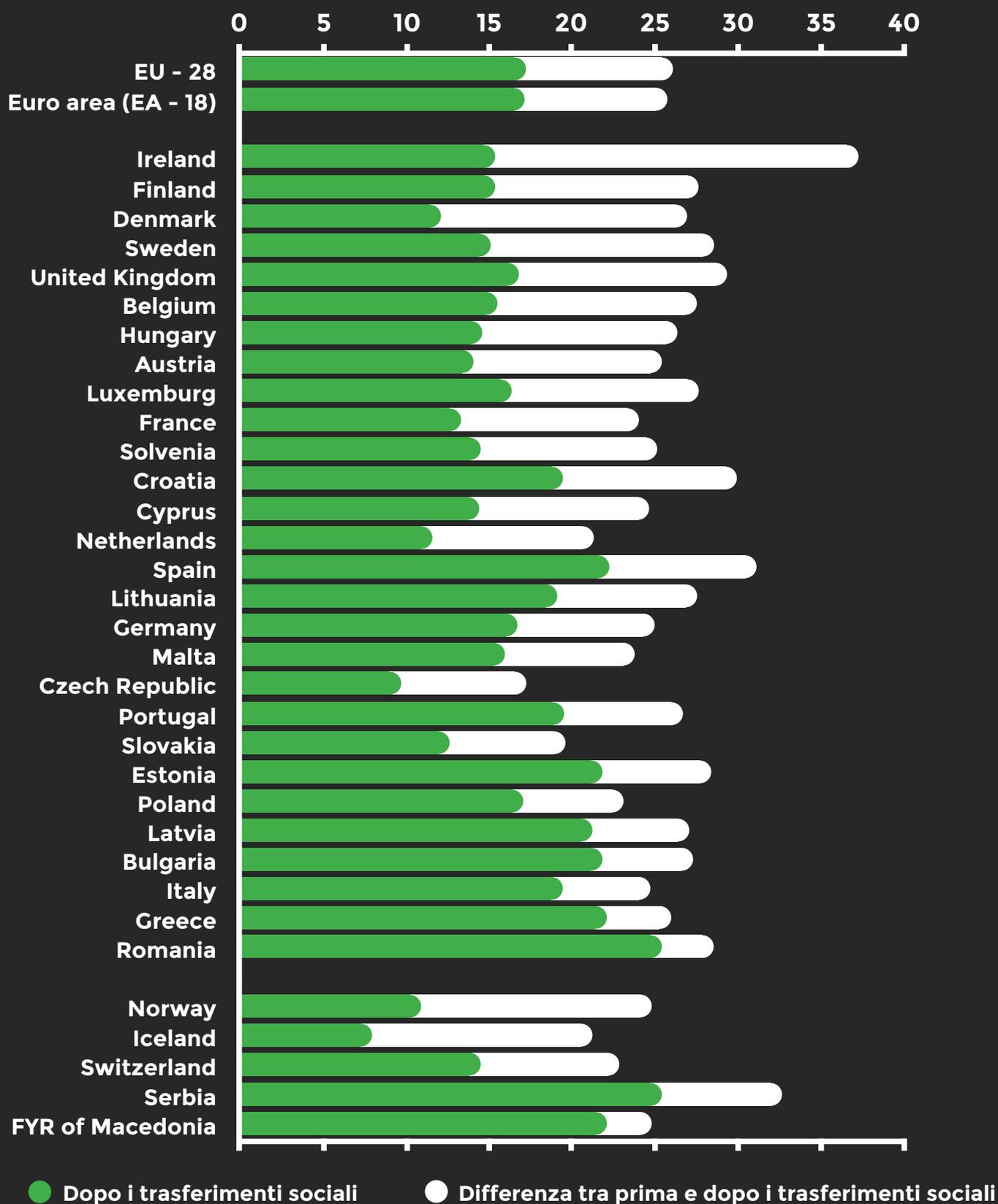
Distribuzione del reddito

Innanzitutto un ruolo fondamentale giocano le politiche retributive di reddito e assistenziali che regolamentano il mercato del lavoro e ne controllano le oscillazioni. In questo primo gruppo rientrano ad esempio le potenziali e adottabili misure di welfare state (come i sussidi di disoccupazione, le misure di sostegno del reddito, i servizi sociali per la tutela familiare o ancora la copertura assicurativa contro la disoccupazione e la malattia).

Dal punto di vista delle politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, l'Italia è in forte ritardo. Si trova tra i pochi Paesi in Europa (insieme a Grecia e Ungheria) a non aver

ancora sviluppato l'istituzione del reddito minimo garantito, che nel resto del continente è invece considerato come uno dei fondamenti del welfare state europeo. Inoltre, l'Italia è tra i paesi in cui l'effetto dei trasferimenti sociali nel ridurre la percentuale della popolazione a rischio di povertà è minore (nel nostro paese si realizzano quasi esclusivamente nella forma di trasferimenti pensionistici). L'efficacia di questa politica è rappresentata nella Figura 4 dalla grandezza della barra verde scuro in proporzione al totale della popolazione a rischio.

Figura 4. Percentuale di popolazione a rischio povertà, prima e dopo i trasferimenti sociali in Europa.



Fonte Eurostat 2014

Le risposte del welfare italiano alla povertà economica sono in gran parte prestazioni monetarie costruite identificando una soglia di

Sostegno al reddito

Per affrontare il contrasto alla povertà ereditata dalla lunga crisi, sono state messe in campo una serie di azioni a sostegno del reddito. Tali interventi sono rivolti prevalentemente alle fa-



Il bonus di 80 euro per i lavoratori dipendenti. Mira a sostenere il reddito dei lavoratori dipendenti con reddito imponibile compreso fra 8.145 e 26.000 euro; il contributo, che riguarda oltre un terzo delle famiglie italiane, raggiunge però solo il 13,5% di quelle povere. In sostanza, il bonus non riduce in modo significativo la povertà: incrementa il reddito delle famiglie indigenti in media solo dell'1,7%.



Il bonus bébé. Consiste nell'erogazione di 80 euro mensili alle famiglie con un figlio nato fra il 2015 e il 2017 e un Isee inferiore a 26.000 euro, contributo erogato fino al compimento del terzo anno di età. Secondo le previsioni, nel 2017 il reddito medio delle famiglie in assoluta povertà aumenterà del 2,6%. Il sussidio ha però estensione temporale limitata e si rivolge solo a circa il 9% delle famiglie povere.

reddito predefinita, e prevedendo erogazioni pubbliche alle persone la cui condizione economica si colloca sotto tale soglia.

sce più ampie della popolazione e toccano - in varia misura, a seconda del tipo di intervento - anche i nuclei familiari più poveri. Fra gli interventi realizzati dall'esecutivo:



Il bonus famiglie numerose. Concesso ai nuclei familiari con almeno quattro figli e Isee familiare inferiore a 8.500 euro annui, è un contributo in buoni acquisto per beni e servizi utili soprattutto al sostentamento dei figli. Considerato il target circoscritto, produrrà un impatto scarso sulla popolazione povera complessiva.



Assegno di disoccupazione (Asdi). Rivolto a disoccupati che vivono in nuclei con almeno un minore, o che abbiano almeno 55 anni, siano senza pensione e abbiano Isee familiare inferiore a 5000 euro. Ne possono usufruire alcuni fra coloro i quali non possono più ricevere la nuova indennità di disoccupazione (Naspi), ma non lavorano e si trovano in condizioni di povertà. Questa misura è quella maggiormente capace di concentrarsi sui nuclei in povertà assoluta, anche se le famiglie coinvolte restano poche: solo il 3% del totale.



L'assegno sociale e le integrazioni di pensione, erogati dall'Inps. Il primo, nel caso in cui il reddito dell'anziano non coniugato che abbia più di 65 anni sia inferiore (per il 2016) a 5.824,91 euro annui e se il reddito dell'anziano e del coniuge sia inferiore al doppio di questo importo; Le altre, nel caso in cui le pensioni - di invalidità, vecchiaia e per i superstiti - e gli assegni sociali siano inferiori alla soglia minima, fino a garantire un reddito personale minimo di 501,80 euro al mese.



L'esonero dal pagamento del canone Rai e la riduzione del canone Telecom del 50%. La prima agevolazione è destinata a chi abbia compiuto 75 anni e abbia un reddito annuo non superiore a 6.713 euro; la seconda viene concessa alle famiglie in difficoltà, in cui siano presenti: invalidi civili, anziani pensionati con età maggiore di 75 anni e famiglie il cui capo famiglia risulti disoccupato. L'Isee del nucleo familiare non dev'essere comunque superiore a 6.713,94 euro annui.



Il "bonus elettrico e gas" e la "Carta acquisti". Il primo è un'agevolazione riconosciuta alle famiglie a basso reddito che prevede uno sconto sulla bolletta dell'energia elettrica e del gas naturale. Dal 1 gennaio 2017 la soglia Isee per accedere al bonus è fissata a 8.107,5. La Carta acquisti viene concessa agli anziani di età superiore o uguale ai 65 anni o ai bambini di età inferiore ai tre anni (in questo caso, il titolare della Carta è un genitore) per sostenere la spesa alimentare, sanitaria e il pagamento delle bollette di luce e gas. La Carta acquisti ha un valore di 40 euro al mese e viene ricaricata ogni bimestre con 80 euro per un valore complessivo annuo di 480 euro.

Lavoro

Un secondo gruppo di politiche sono quelle attive del lavoro come i possibili interventi per ridurre la disoccupazione, specialmente all'interno di determinati gruppi sociali (si pensi ai programmi di formazione e di riqualificazione professionale), o per contrastare la flessibilizzazione non disciplinata del lavoro (percorsi di inserimento graduale e di stabilizzazione dei lavoratori con contratti atipici) e le possibili misure fiscali a sostegno delle categorie lavorative più svantaggiate.

Un altro importante contributo può venire dalle politiche di pari opportunità che, facilitando la conciliazione casa-lavoro e l'integrazione di

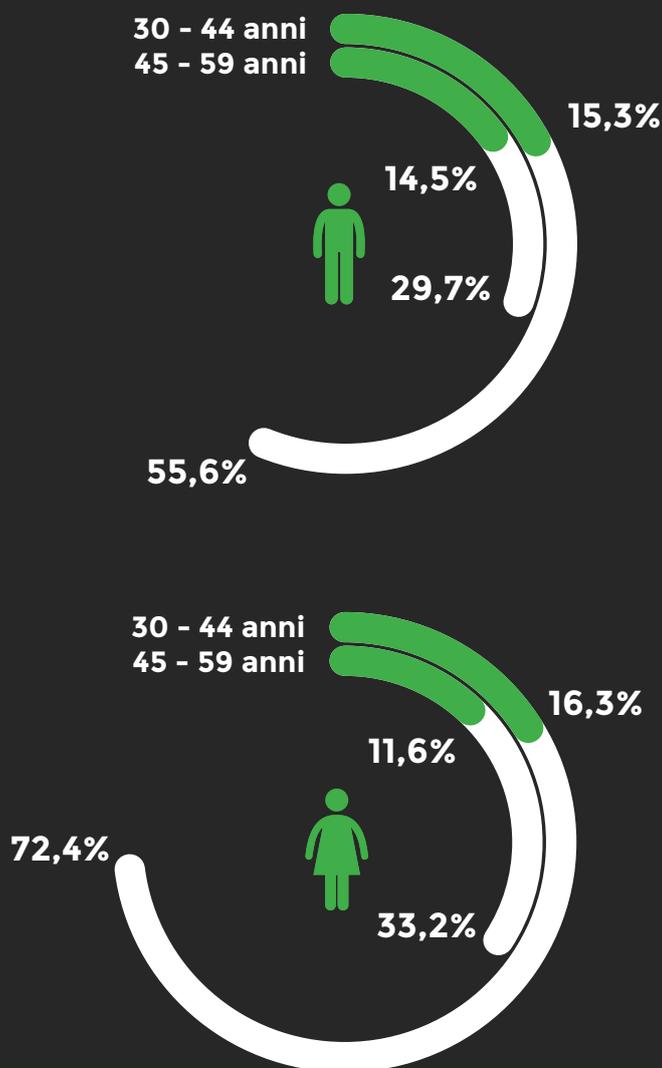
soggetti fragili nel mondo del lavoro, possono ridurre le disuguaglianze a carico di categorie vulnerabili quali donne, giovani, immigrati e adulti in famiglie monogenitoriali, le quali spesso si traducono in minacce alla salute dei corrispondenti nuclei famigliari. Infine, un'ulteriore responsabilità è a carico di coloro che regolamentano l'organizzazione del lavoro e che dovrebbero adottare misure per favorire il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei lavoratori, per aumentarne l'autonomia, specie nelle categorie meno qualificate.

Disoccupazione

Altri interventi a sostegno del reddito, in questo caso non universalistici ma che riguardano chi ha perso il lavoro o deve interrompere la propria attività per altri motivi, sono i sussidi di disoccupazione e la copertura assicurativa contro la disoccupazione e la malattia. L'indennità ordinaria di disoccupazione e la Cassa integrazione guadagni sono i principali. Queste prestazioni a sostegno del reddito sono dirette a tutelare il lavoratore in particolari momenti della sua vita professionale e priva-

ta. Per esempio, l'indennità di disoccupazione, concessa dall'Inps risponde a questa finalità, garantendo un aiuto economico che sostituisce il reddito da lavoro.

Figura 5. Contributo dei differenti tassi di disoccupazione tra gruppi sociali sulla mortalità e sul totale delle disuguaglianze di salute a Torino



● Riduzione della mortalità in generale

● Riduzione delle disuguaglianze di salute

Un recente studio europeo ha tentato di quantificare il contributo alla mortalità dei differenti tassi di disoccupazione rilevati nei diversi gruppi sociali.

A Torino, se tutti i gruppi sociali acquisissero i tassi di disoccupazione dei gruppi più istruiti,

la mortalità si ridurrebbe di una percentuale compresa tra il 10 e il 20% per entrambi i generi. Inoltre le disuguaglianze sociali nella salute calerebbero di percentuali ancor maggiori (Figura 5).

**Fact sheet stampata e realizzata nell'agosto 2017
SI AUTORIZZA LA RIPRODUZIONE PARZIALE O TOTALE
DEL CONTENUTO DEL PRESENTE DOCUMENTO**

Licensed under a Creative Common Attribuzione - Non commerciale
Condividi allo stesso modo 3.0 Italia License.
Based on a work at www.dors.it



Si può richiedere copia del factsheet al Centro di Documentazione per la Promozione della Salute
(Dors) Regione Piemonte, via Sabaudia 164 - 10095 Grugliasco (TO), tel. 011-40188510, fax 011-
40188201, e-mail: info@dors.it

Il presente factsheet deriva dal volume e da aggiornamenti successivi:
Costa C., Bassi M., Marra M., et al (a cura di), L'equità di salute in Italia.
Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità,
edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore,
Milano, 2014.

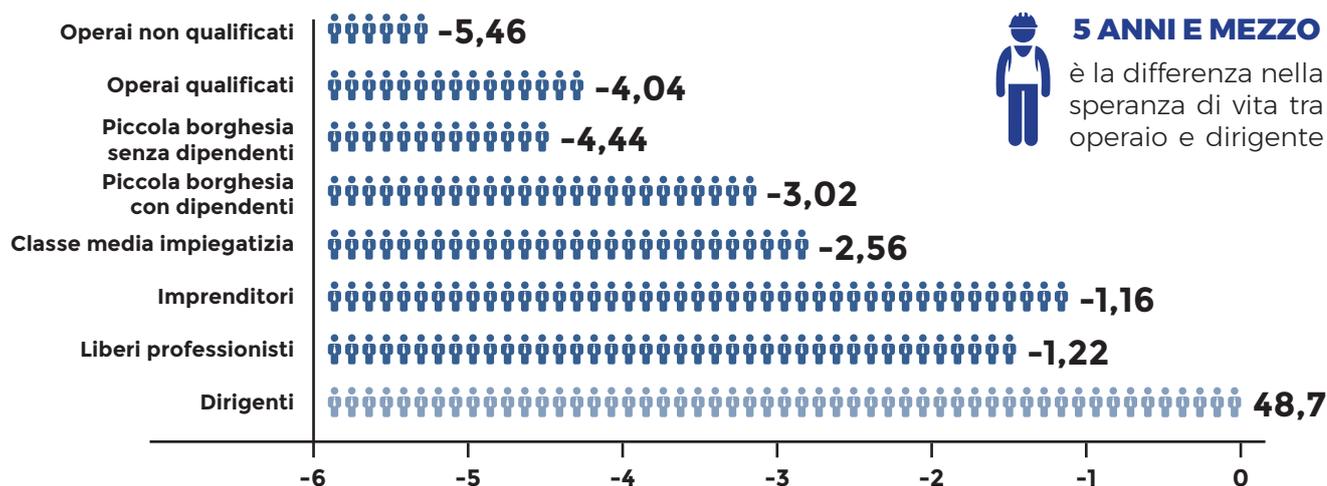
 **Disuguaglianze di salute**
Ridurre le disuguaglianze con azioni
di contrasto sui determinanti sociali



LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE A COLPO D'OCCHIO

Il livello di salute di una società non dipende unicamente dalle capacità del sistema sanitario di erogare cure universali e appropriate e di tutelare il benessere fisico e mentale dei cittadini ma anche - in buona parte - dalle condizioni di vita in cui gli individui nascono, crescono, vivono, lavorano ed invecchiano.

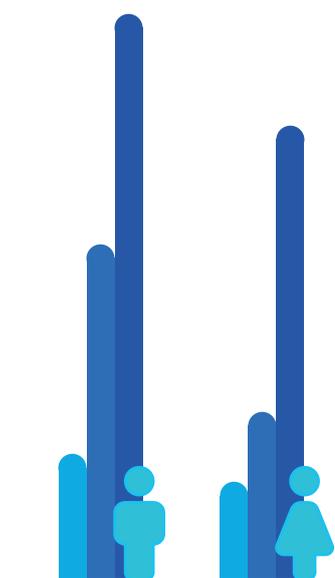
Differenze per classe sociale nella speranza di vita a 35 anni nella forza lavoro torinese negli anni 2000.



5 ANNI E MEZZO
è la differenza nella speranza di vita tra operaio e dirigente

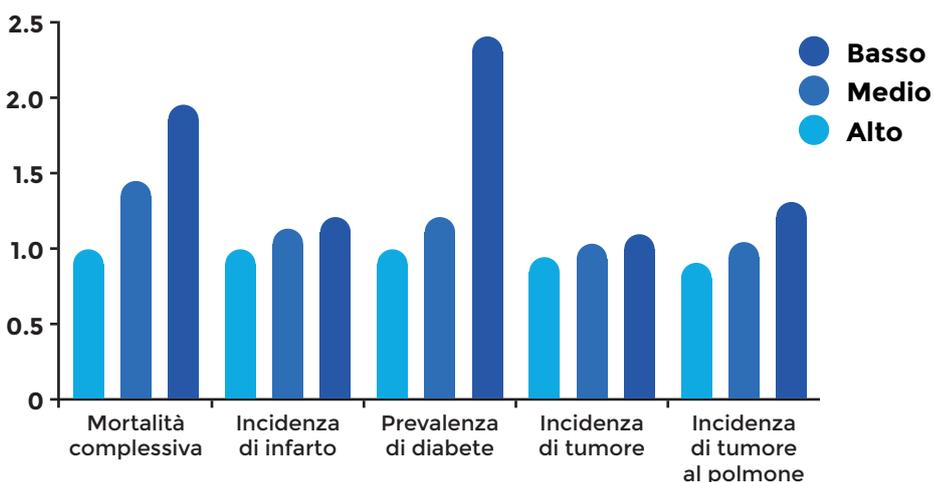
I cittadini che hanno condizioni di svantaggio sociale si ammalano di più, guariscono meno, perdono auto-sufficienza e tendono ad essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima.

In Italia, negli anni 2000, il rischio di morire cresce con l'abbassarsi del titolo di studio.



- Elementari
- Medie inferiori
- Diploma di maturità

Rischi relativi (RR) per livello d'istruzione a Torino, anni 2000



Tali differenze sono chiamate **disuguaglianze sociali nella salute** e presentano tre caratteristiche:

Tendono a colpire sistematicamente gli stessi gruppi sociali.

Non riguardano unicamente i più sfortunati:

mano a mano che si risale lungo la scala sociale gli indicatori di salute hanno valori più favorevoli, secondo quello che viene definito **gradiente sociale**.

Sono socialmente costruite e quindi ingiuste.