

Le disuguaglianze sociali nella salute

H. Waller

Professor, University and Polytechnic of Lüneburg, Germany, President, EUPHA Section on Health Promotion

Rilevanza dell'argomento: questo tema è diventato un importante problema di Sanità Pubblica anche in Europa. Studi epidemiologici mostrano che quasi tutti i problemi di salute e la prevalenza di malattie e di disabilità sono più frequenti negli strati sociali più bassi, indipendentemente dal modo in cui la classe sociale viene misurata (con qualche eccezione come ad esempio il cancro della mammella e le allergie).

Inoltre, l'associazione tra svantaggio sociale e malattia è divenuta sempre più forte negli ultimi decenni (Marmot e Wilkinson, 1999). La rilevanza del tema è diventata ancora più grande dal momento che in molti Paesi candidati all'ingresso nell'Unione Europea sono frequenti povertà e disgregazione sociale (Mackenbach e Bakker, 2002).

Future necessita' di ricerca: in futuro, tutte le indagini nazionali sulla salute dovranno includere la classe sociale tra le variabili registrate regolarmente. La ricerca dovrà infatti concentrarsi sulla spiegazione della correlazione tra classe sociale e malattia usando studi longitudinali ed includendo fattori sociali, oltre a determinanti medico-sanitari. La correlazione tra classe sociale e la presenza di problemi di salute va studiata in entrambe le direzioni: un basso status sociale come determinante di malattia, come pure la presenza di problemi di salute come causa della discesa nella "scala sociale". La pratica di Sanità Pubblica e lo sviluppo di politiche sociali devono affrontare adeguatamente entrambe le ipotesi.

La ricerca deve inoltre prendere in considerazione la salute di determinati gruppi sociali che vivono in condizioni di povertà come immigrati e rifugiati, famiglie monoparentali, senzatetto, ragazzi di strada, etc.

Possibili realizzazioni pratiche: chi scrive ha un particolare interesse nel ruolo svolto dalla promozione della salute nel contrastare le disuguaglianze nella salute.

La promozione della salute è vista come nella tradizione della Carta di Ottawa (WHO, 1986) come integrazione di misure individuali e sociali per raggiungere un migliore stato di salute, specialmente in contesti come le scuole, gli ospedali e le città (Waller, 2002).

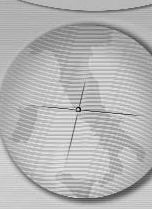
È stato evidenziato come i tradizionali programmi di prevenzione e di educazione alla salute siano incapaci di raggiungere i soggetti appartenenti alle più basse classi sociali e di comprenderne le necessità (IUHPE, 1999). Date queste premesse, un gruppo di lavoro europeo (Ancion, 2002) di recente ha suggerito le seguenti strategie per ridurre la frequenza di problemi di salute socialmente determinati:

1. Identificazione e promozione di obiettivi nazionali e regionali incentrati sulle disuguaglianze di salute.
2. Integrazione di aspetti relativi alla salute in aree di politiche non-sanitarie ed importanza di politiche inter-settoriali.
3. Riconoscimento e promozione dell'approccio dello sviluppo delle comunità come mezzo per contrastare le disuguaglianze sociali nella salute.
4. Riduzione delle barriere che impediscono un'efficace utilizzo dei servizi di assistenza sanitaria da parte dei gruppi più vulnerabili e socialmente svantaggiati.
5. Importanza di validi sistemi di monitoraggio e di indicatori per misurare le disuguaglianze nella salute.
6. Impiego della valutazione di impatto sulle disuguaglianze come mezzo efficace per contrastare le disuguaglianze sociali.
7. Impiego di sufficienti risorse finanziarie e formazione alla valutazione di programmi o progetti di promozione della salute mirati a ridurre le disuguaglianze sociali nella salute.
8. Ideazione e promozione di opportunità per la diffusione di modelli di buona pratica.

Un nuova possibilità per contrastare le disuguaglianze attraverso la promozione della salute è, tra le altre, quello di fornire programmi di promozione alla salute attraverso società di assistenza sociale che abbiano già stabilito stretti contatti con i gruppi più bisognosi della popolazione. Tale strategia si è dimostrata abbastanza efficace nel raggiungere persone che vivono nelle aree più deprivate degli Stati Uniti (Waller, 1999), della città di Vienna (Waller, 2003) e della Germania (Deneke e Waller, 1999) come pure ragazzi di strada (Hartwig e Waller, 2002), bambini appartenenti a bassi strati sociali (Bruns, Deneke e Waller 2003) e famiglie monoparentali (Deneke, Walther e Waller 2003).

Bibliografia:

- Ancion, C. Europe supports health promotion as a method to tackle social inequalities in health. Eurohealth 8(2002) Nr. 3, S.5-7
- Bruns, H., C. Deneke, H. Waller Selbst is(s)t der Mann. Gesunde Ernährung für sozial benachteiligte Jugendliche. Abschlußbericht. Lüneburg 2003



Deneke, C., H. Waller Gesundheitsarbeit in sozialen Diensten- Eine erfolgreiche Strategie gegen gesundheitliche Benachteiligung. In: A. Trojan, H. Döhner (Hg.): Gesellschaft, Gesundheit, Medizin. Mabuse Verlag, Ffm 2002, S.327-335

IUHPE (ed.) The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in an new Europe. European Commission, Brussels 1999

Hartwig, J. u. H.Waller Research on street-youth in Germany. Final report. Lüneburg 2002

Mackenbach, J., M. Bakker (eds.) Reducing inequalities in health: a European perspective. Routledge, London and New York 2002

Marmot, M., R.G. Wilkinson (eds.) Social determinants of health. Oxford University Press, Oxford 1999

Waller, H. Community Action für Gesundheit. In: Schmacke, N. (Hg.): Gesundheit und Demokratie. Von der Utopie der sozialen Medizin. VAS-Verlag (Frankfurt/M.) 1999, S.154-165

Waller, H. Gesundheitswissenschaften. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2002

Waller, H. Gesundheitsarbeit in sozialen Diensten- Zur Theorie und Praxis einer Strategie gegen gesundheitliche Benachteiligung am Beispiel Wien. Ergebnisbericht. VW-Stiftung 2003

Walther, K., C. Deneke, H. Waller Lebenssituation allein erziehender Frauen und ihrer Kinder unter besonderer Berücksichtigung ihrer Gesundheit. Abschlußbericht. Lüneburg 2003

WHO Ottawa Charta. Copenhagen 1986