



Provincia Autonoma di Trento
Assessorato alla Salute e Solidarietà sociale

Osservatorio per la salute
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

infosalute *focus*

**L'impatto delle disuguaglianze
sociali sui fattori di rischio per
malattie croniche in Trentino**



L'impatto delle disuguaglianze sociali sui fattori di rischio per malattie croniche in Trentino

Edizioni
Provincia autonoma di Trento
Assessorato alla Salute e Solidarietà Sociale

Trento, 2014

L'impatto delle disuguaglianze sociali sui fattori di rischio per malattie croniche in Trentino

a cura dell'Osservatorio per la salute – Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale, Provincia autonoma di Trento

L'Osservatorio per la salute è composto da Laura Battisti, Elena Contrini, Pirous Fateh-Moghadam, Laura Ferrari, Maria Grazia Zuccali.

Si ringraziano le operatrici e gli operatori di servizi, istituzioni ed enti che, attraverso la raccolta, l'archiviazione e l'elaborazione dei dati, hanno contribuito a rendere possibile la stesura di questa pubblicazione.

Un ringraziamento particolare per la collaborazione va a tutti i cittadini intervistati nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI.

I risultati dell'analisi sono esposti con maggiore dettaglio nell'articolo "L'impatto dei determinanti sociali sugli stili di vita nella Provincia autonoma di Trento, anni 2008-13" pubblicato sul *Bollettino Epidemiologico Nazionale*, settembre 2014, scaricabile dal sito di EpiCentro dell'Istituto Superiore di Sanità, all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/ben/2014.asp>

Una sintesi dei risultati è riportata nel poster presentato alla Conferenza annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia (Napoli, 5-7 novembre 2014), scaricabile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2014/Aie2014Trentino.pdf>

Maggiori informazioni possono essere richieste a:

Osservatorio per la salute
Via Gilli 4 – 38121 Trento
tel. 0461. 494171
dip.salute@provincia.tn.it

www.trentinosalute.net

Introduzione

La salute non è distribuita omogeneamente tra i singoli membri della popolazione. Fattori genetici, l'età, il genere o altre caratteristiche individuali immodificabili sono responsabili di gran parte delle differenze.

Quando alla base delle disomogeneità nello stato di salute si trovano invece fattori sociali modificabili si parla di disuguaglianze sociali nella salute.

Queste disuguaglianze sono evitabili e ingiuste in quanto rappresentano il risultato di processi culturali, economici e politici sui quali è possibile intervenire per promuovere una società più equa.

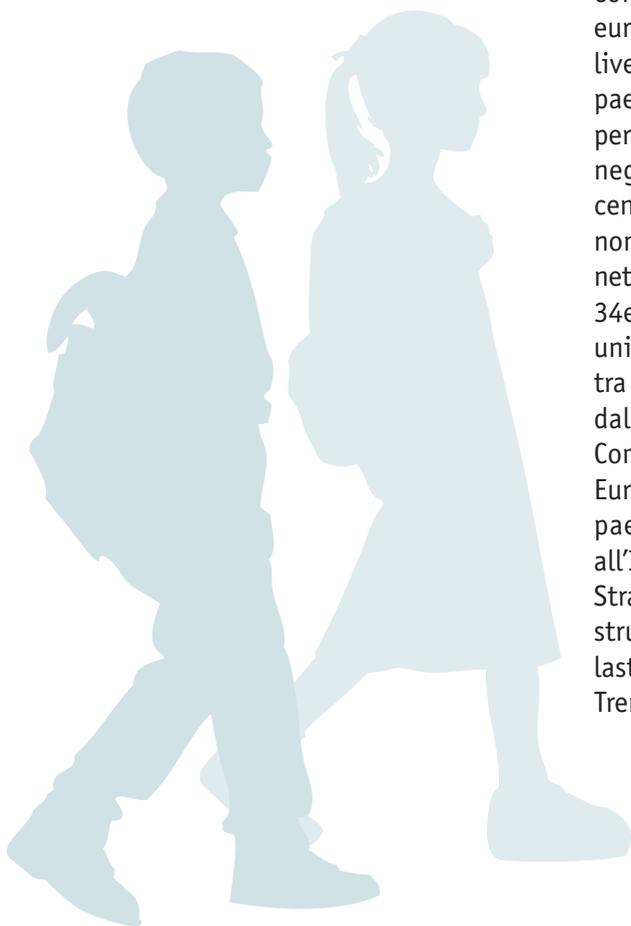
Le disuguaglianze in salute possono essere legate all'accesso ai servizi sanitari, ma anche, e soprattutto, alle condizioni di lavoro, al livello di istruzione, alla distribuzione del reddito e ai fattori di rischio comportamentali. Per contro, come si legge nella Carta di Ottawa, «la promozione della salute focalizza l'attenzione sul raggiungimento dell'equità in tema di salute. Per mettere in grado tutte le persone di raggiungere appieno il loro potenziale di salute, l'azione della promozione della salute punta a ridurre le differenze nello stato di salute attuale e ad assicurare pari opportunità e risorse».

L'istruzione

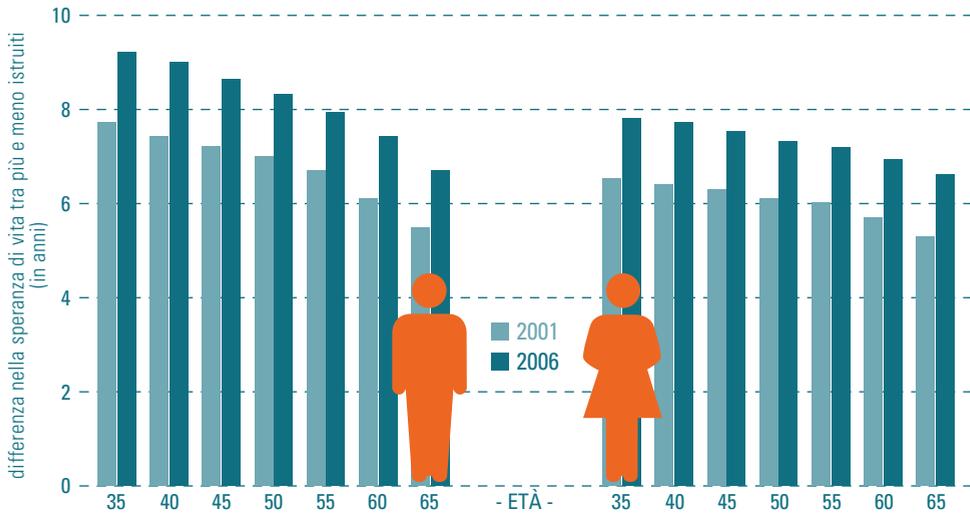
L'istruzione, assieme alle condizioni economiche e alla situazione lavorativa, è uno dei fondamentali determinanti sociali della salute. In Italia chi ha un livello alto di istruzione (diplomati e laureati) ha una aspettativa di vita significativamente più lunga (di 6-7 anni) rispetto a chi ha

un livello basso di istruzione. Questa forbice tra istruiti e meno istruiti si è ampliata nel tempo e si osserva in tutte le fasce di età.

La provincia di Trento si colloca sistematicamente ai primi posti della classifica italiana degli indicatori di monitoraggio dell'istruzione e tendenzialmente mostra valori in linea con la situazione media dell'Unione europea sebbene rimanga lontana dai livelli di eccellenza registrati in alcuni paesi. Gli andamenti temporali sono perlopiù stabili, con le eccezioni, in negativo, dell'incremento della percentuale di giovani che non studiano e non lavorano (neet) e, in positivo, del netto aumento della percentuale di 30-34enni che hanno conseguito un titolo universitario, che, sebbene sia ancora tra le più basse in Europa e lontana dall'obiettivo del 40% fissato dalla Commissione Europea nella Strategia Europa 2020, ha raggiunto l'obiettivo paese-specifico del 27% assegnato all'Italia. Anche l'altro obiettivo della Strategia Europa 2020 connesso all'istruzione, il tasso di abbandono scolastico precoce (15-16% per l'Italia) in Trentino risulta già raggiunto.

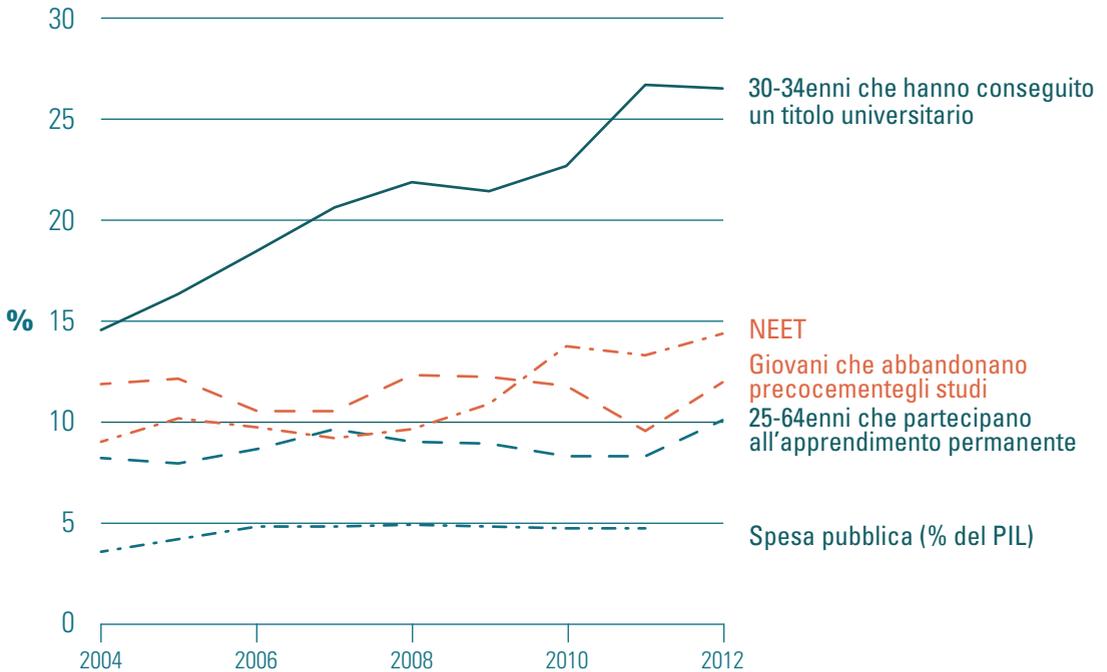


ISTRUZIONE E SPERANZA DI VITA



Fonte: A. Rosolia, *Le disuguaglianze nella speranza di vita*, Banca d'Italia, 2012

LIVELLO DI ISTRUZIONE IN PROVINCIA DI TRENTO



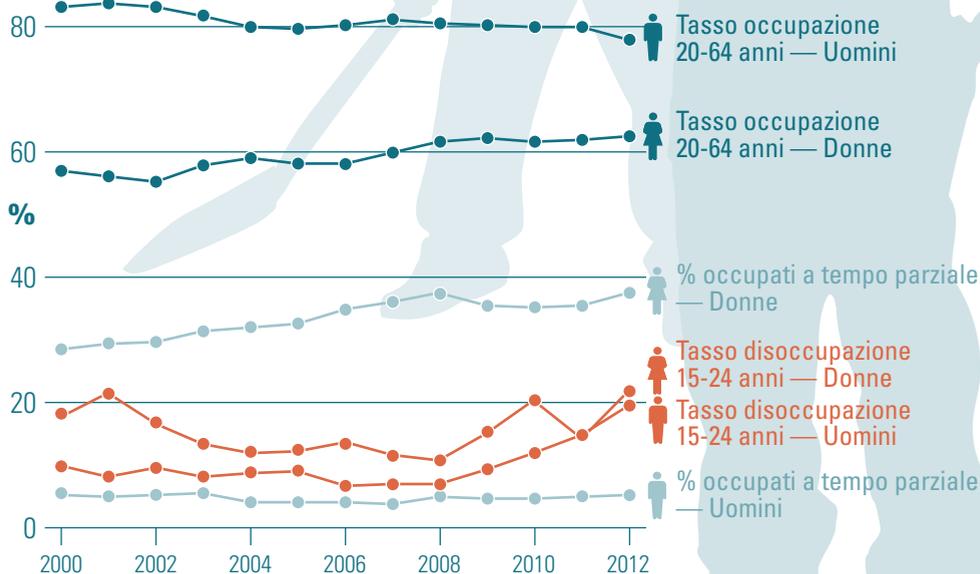
Fonte: ISTAT

Il lavoro

Il tasso di occupazione della popolazione tra 20 e 64 anni è uno degli indicatori previsti dalla Strategia Europa 2020 per lo sviluppo e l'occupazione. L'obiettivo fissato dall'Unione europea prevede nel 2020 una quota di popolazione occupata tra 20 e 64 anni pari al 75%. In provincia di Trento il tasso di occupazione, pari al 70%, è vicino all'obiettivo fissato e risulta tra i più elevati in Italia. Il dato medio sintetizza un forte disequilibrio di genere che, sebbene tenda a ridursi per una contrazione dell'occupazione

maschile e un incremento di quella femminile, nel 2012 rimane ancora di 16 punti percentuali. Le differenze di genere sono ancora più evidenti se si considera che il 37% delle donne occupate lo è a tempo parziale (spesso involontario) a fronte del 5% degli uomini. Anche il lavoro a tempo determinato, in crescita soprattutto tra gli uomini, risulta più diffuso tra le donne (20% vs 15% nel 2012). In Trentino, come nel resto d'Italia, continua a peggiorare la condizione dei giovani: il tasso di disoccupazione

IL LAVORO IN PROVINCIA DI TRENTO



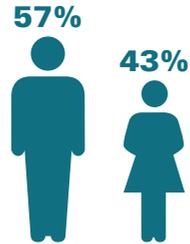
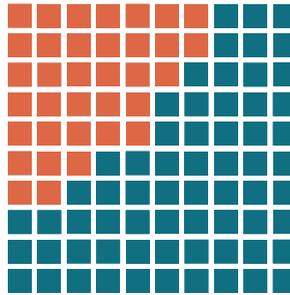
Fonte: ISTAT

DISUGUAGLIANZE DI GENERE

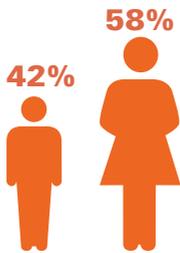
Fonte: PASSI 2010-2013



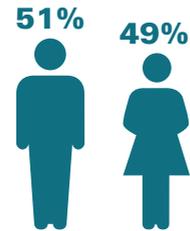
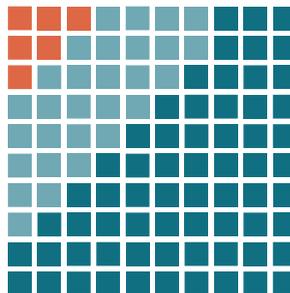
35% della popolazione **senza** lavoro regolare



65% della popolazione **con** lavoro regolare



6% della popolazione **con molte** difficoltà economiche



65% della popolazione **senza** difficoltà economiche

giovane nel 2012 è del 21%, il più basso dopo la provincia di Bolzano, a fronte di un valore medio nazionale del 35%. Anche in questo caso le giovani donne sono svantaggiate rispetto ai coetanei uomini e la tendenza alla

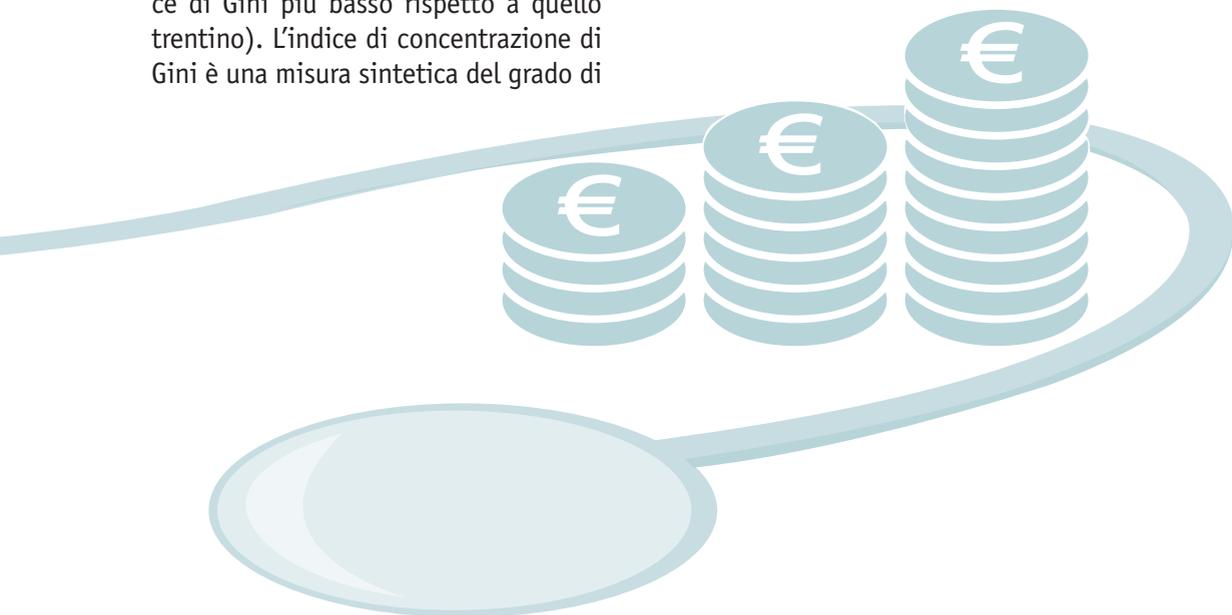
riduzione della disparità di genere è dovuta al progressivo peggioramento dell'occupazione giovanile degli uomini invece che al miglioramento di quella delle donne.

Il reddito

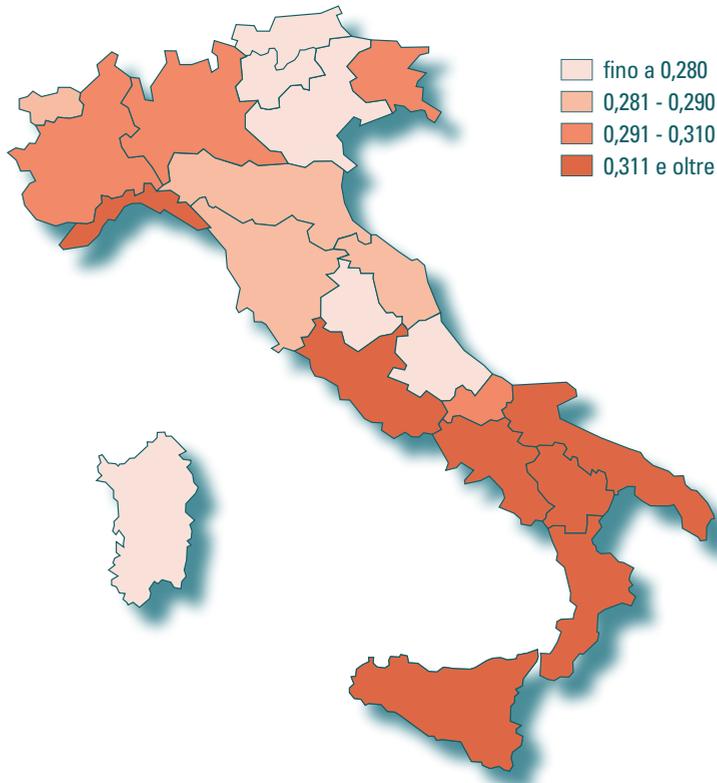
Il sistema di monitoraggio PASSI riporta il 6% della popolazione trentina adulta (18- 69 anni) con molte difficoltà economiche (in linea con la percentuale ISTAT di povertà relativa), il 29% con qualche difficoltà e il 65% con nessuna difficoltà. In Italia il 46% della popolazione adulta non ha difficoltà economiche, il 41% ha qualche difficoltà, il 13% ne ha molte. La prevalenza di difficoltà economiche mostra un rilevante gradiente nord-sud.

In Trentino le persone guadagnano mediamente di più e tale ricchezza è distribuita più equamente rispetto all'Italia e alla maggioranza dei paesi europei (in Italia solo in provincia di Bolzano si registra un valore dell'indice di Gini più basso rispetto a quello trentino). L'indice di concentrazione di Gini è una misura sintetica del grado di

disuguaglianza della distribuzione del reddito ed è calcolato sui redditi familiari equivalenti, cioè resi comparabili mediante l'applicazione di una scala di equivalenza che tiene conto della diversa composizione delle famiglie. Questo indice è pari a zero nel caso di una perfetta equità della distribuzione dei redditi, nell'ipotesi cioè che tutte le famiglie ricevano lo stesso reddito; è invece pari a uno nel caso di totale disuguaglianza, nell'ipotesi che il reddito totale sia percepito da una sola famiglia. In Trentino (2011) il valore dell'indice di Gini è di 0,274 (Italia: 0,319), in peggioramento rispetto al dato del 2009 sia in Trentino che in Italia (0,255 e 0,314 rispettivamente).



DISUGUAGLIANZA DEI REDDITI PER REGIONE
(Indice di Gini sui redditi netti familiari) – ISTAT, 2011



L'**INDICE DI GINI** è un indicatore importante anche perché è stato dimostrato che società con minori discrepanze sociali al loro interno hanno significativamente meno problemi di:

- vita comunitaria e relazioni sociali tra le persone
- salute mentale e consumo di droghe
- salute fisica e speranza di vita
- obesità
- rendimento scolastico
- gravidanze in adolescenza
- violenza e sicurezza
- crimini e incarcerazione

I 9 **OBIETTIVI GLOBALI** per la riduzione entro il 2025 delle malattie croniche non trasmissibili (NCD)



L'**Organizzazione mondiale della sanità (OMS)** ha proposto come obiettivo da raggiungere entro il 2025 la riduzione del 25% della mortalità prematura ed evitabile (la così detta strategia 25x25). Tale obiettivo è raggiungibile attraverso l'intervento sui 6 fattori di rischio inseriti nella strategia 25x25: riduzione del 10% del consumo dannoso di alcol, riduzione del 30% del fumo di tabacco, riduzione del 30% del consumo di sale, riduzione del 25% dell'ipertensione e assenza di aumento della prevalenza di obesità e diabete, riduzione del 10% della sedentarietà.

L'impatto dei determinanti sociali sui fattori di rischio per le malattie croniche

Le 4 malattie con maggiore impatto sulla salute e sulle risorse sanitarie (malattie cardiovascolari, tumori, diabete e malattie respiratorie croniche) hanno in comune 4 fattori di rischio:

- Fumo di tabacco
- Sedentarietà
- Cattiva alimentazione
- Consumo di alcol

Uno stile di vita salutare riduce infatti significativamente il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e tumori, nonché di morire precocemente, e pone le basi per un invecchiamento attivo, cioè permette di rimanere a lungo in buona salute ed autonomi anche nella vecchiaia.

Adottare una sana alimentazione, praticare attività fisica, mantenere il peso nella norma, non fumare e non bere più di due bicchieri di alcol al giorno per gli uomini e non più di un bicchiere per le donne (o non bere affatto) sono i modi migliori per combattere efficacemente le malattie cardiovascolari e i tumori.

Attraverso la recente revisione dell'impatto dei determinanti sociali sulla salute a livello europeo e mediante la successiva pubblicazione di una serie di monografie l'OMS-Europa ha evidenziato come la fetta di popolazione più svantaggiata dal punto di vista socio-economico sia esposta maggiormente a fattori di rischio importanti quali fumo, alcol, obesità, cattiva alimentazione e

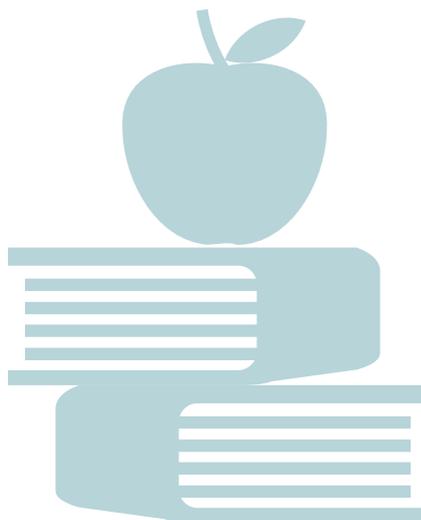
sedentarietà e quindi a risultati negativi in termini di salute e benessere. Il sistema di sorveglianza PASSI offre l'opportunità di verificare in quale misura gli effetti dei determinanti sociali sui comportamenti a rischio per la salute sono confermati anche in provincia di Trento e di stimare il potenziale guadagno in salute di interventi sui determinanti sociali.

Allo scopo, sono stati analizzati i dati raccolti in Trentino dal 2008 al 2013, riferiti a un campione rappresentativo della popolazione adulta (18-69 anni) (n= 4.004).

Le associazioni tra determinanti sociali e stili di vita sono state verificate con l'analisi bivariata, per definire le prevalenze e tramite applicazione della regressione logistica, per genere, per valutarne la significatività, tenendo conto di possibili confondenti.

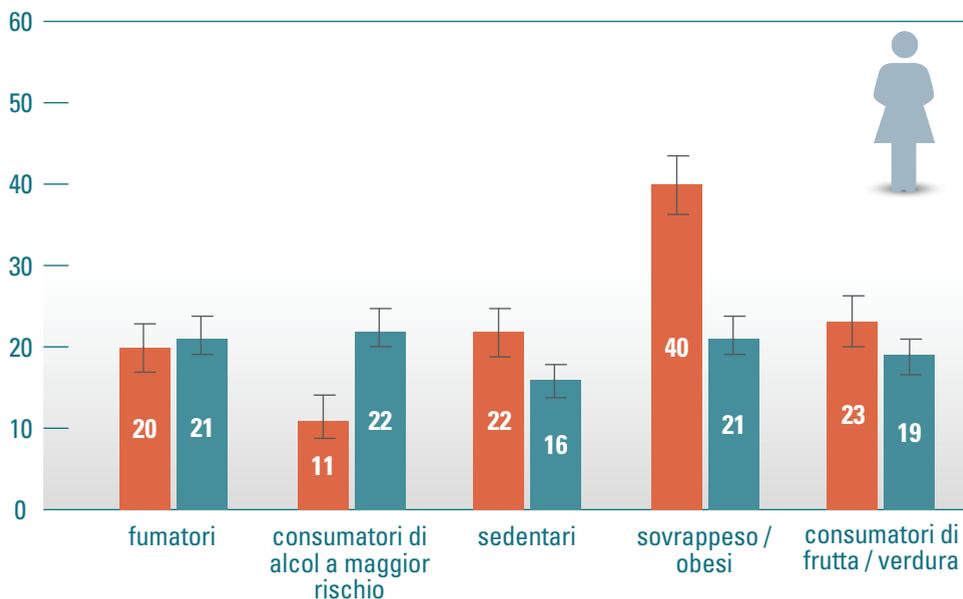
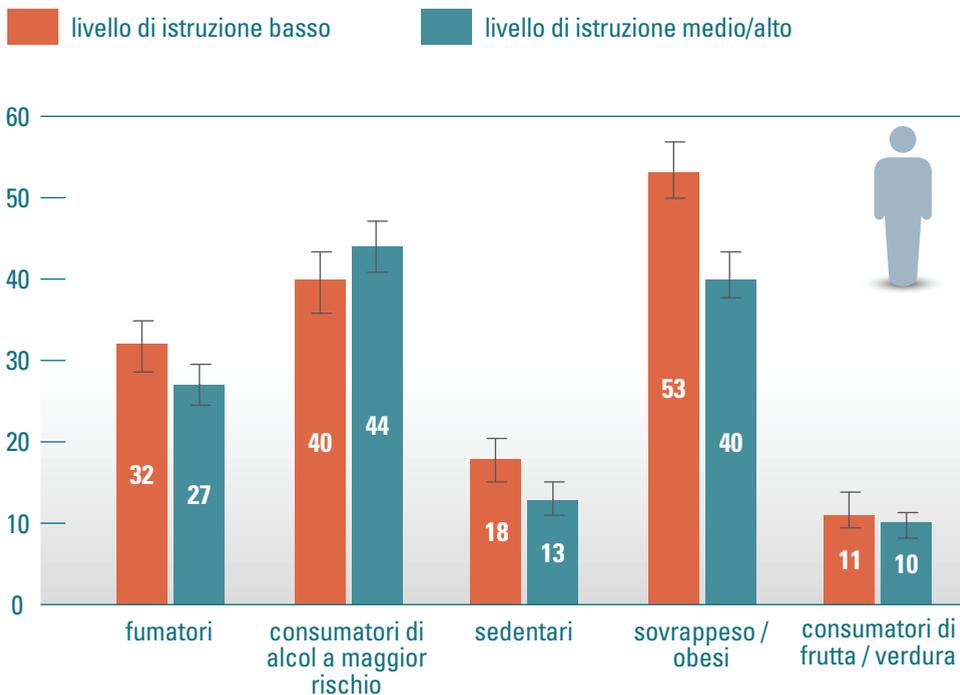
Il livello d'istruzione

L'effetto dell'istruzione sull'abitudine al fumo è evidente solo per gli uomini: la percentuale di fumatori è infatti significativamente più alta tra chi ha conseguito al massimo la licenza media inferiore rispetto ai diplomati/laureati, soprattutto tra gli adulti con meno di 50 anni (54% vs 34% per i 18-34enni, 37% vs 24% per i 35-49enni). I fumatori con basso livello di istruzione, inoltre, fumano un numero di sigarette significativamente superiore rispetto a chi ha un'istruzione medio-alta (mediamente 15 vs 12 sigarette al giorno) e con maggiore probabilità sono forti fumatori: il 36% fuma più di un pacchetto al giorno, rispetto al 21% dei diplomati/laureati. Un basso livello d'istruzione si associa ad un fattore di rischio anche per l'eccesso ponderale, sia per gli uomini che, soprattutto, per le donne: il 40% delle donne con basso livello di istruzione è sovrappeso/obesa contro il 21% delle donne con livello di istruzione medio-alto, mentre negli uomini le percentuali sono rispettivamente del 53% e del 40%. Tale influenza emerge in particolare per gli ultra 50enni, indistintamente dal genere. Aver frequentato non oltre la scuola media inferiore favorisce la sedentarietà nelle donne, senza differenze di rilievo per età: sono sedentarie il 22% delle donne con un basso livello d'istruzione, a fronte del 16% di chi possiede il diploma/laurea.



Nel consumo di alcol, l'associazione con i determinanti sociali è debole e complessa. Un livello di istruzione fino alla licenza media inferiore agisce da fattore protettivo, ma solo per le donne: le astemie prevalgono tra chi ha una bassa istruzione (60% vs 48% delle diplomate/laureate) e la percentuale di consumatrici di alcol a maggior rischio (fuori pasto, bingeo quantità elevate) è maggiore tra le diplomate/laureate (22% vs 11% di chi non ha proseguito oltre la scuola dell'obbligo). Tuttavia, negli uomini un basso livello d'istruzione è associato a quantità maggiori di alcol consumate, mentre non emergono differenze significative nelle modalità di consumo. Il consumo di frutta/verdura nelle 5 porzioni giornaliere raccomandate dalle linee guida non è influenzato dal livello d'istruzione, né per genere né per classi d'età.

IMPATTO DELL'ISTRUZIONE SUI FATTORI DI RISCHIO PER MALATTIE CRONICHE



La situazione lavorativa

Tra gli uomini, chi non lavora con regolarità ha una maggiore propensione al fumo (42%) di chi ha un lavoro regolare (30%), mentre le donne con un lavoro non continuativo tendono ad essere consumatrici di alcol a maggior rischio (32%) più frequentemente di quelle con un lavoro stabile (17%). La precarietà lavorativa non sembra invece influire in modo significativo sui problemi legati all'eccesso ponderale.

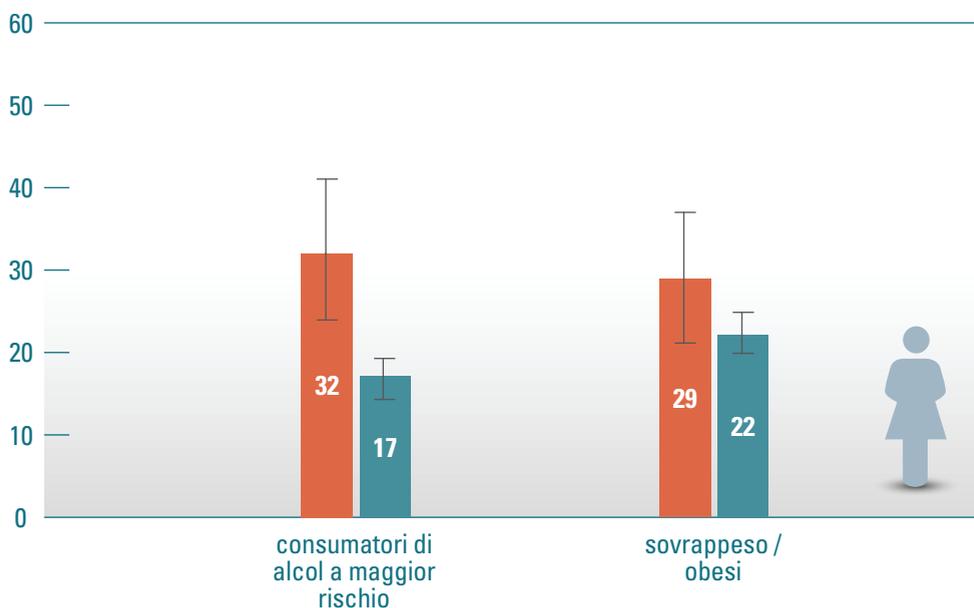
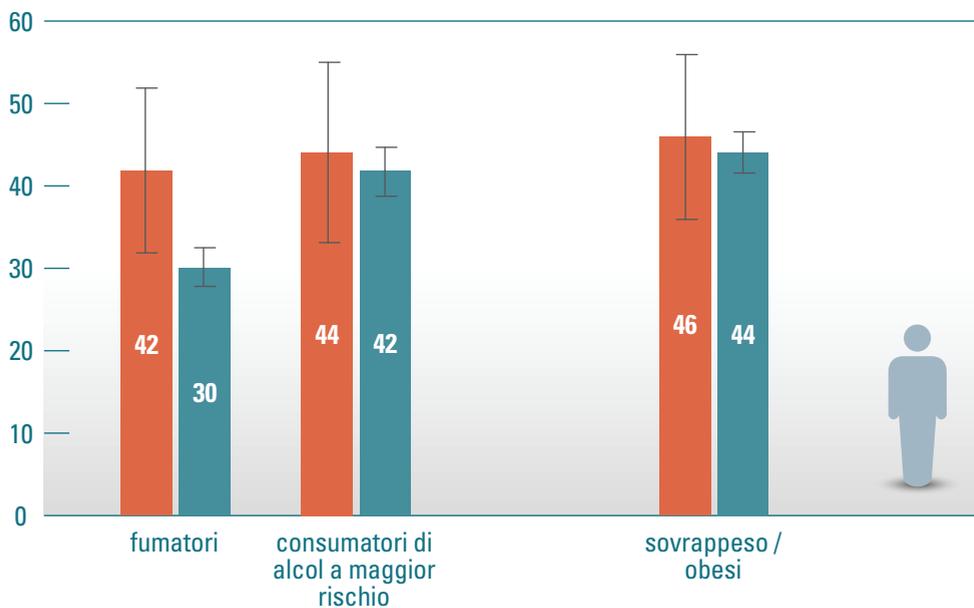
Nell'analisi non è stata considerata la mancanza di lavoro, in quanto tra chi dichiara di non lavorare rientrano anche casalinghe e pensionati, per i quali non è corretto parlare di "instabilità lavorativa".



IMPATTO DELLA SITUAZIONE LAVORATIVA SUI FATTORI DI RISCHIO PER MALATTIE CRONICHE

■ situazione lavorativa instabile **■ situazione lavorativa stabile**

La numerosità del campione non permette analisi per tutte le variabili in studio



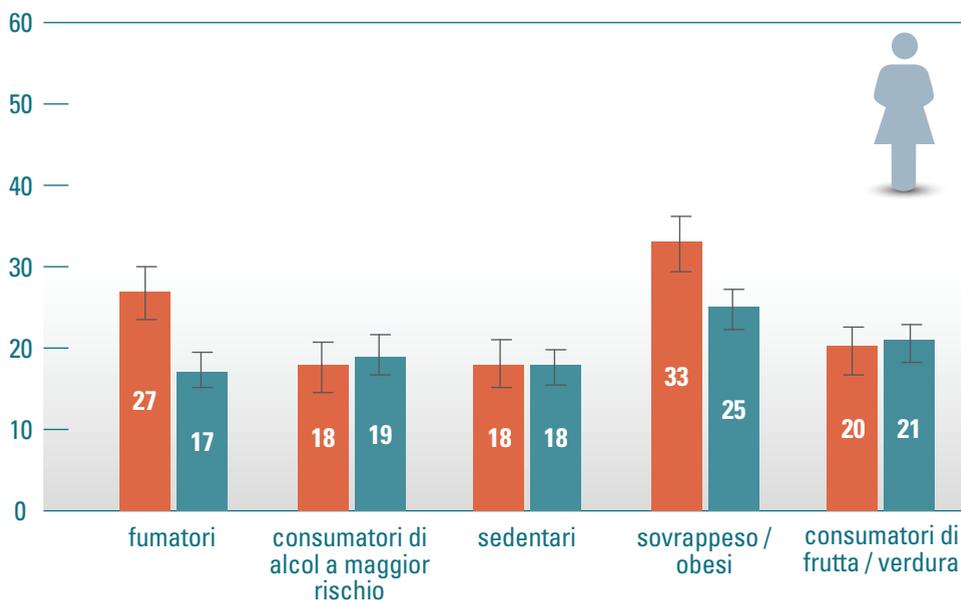
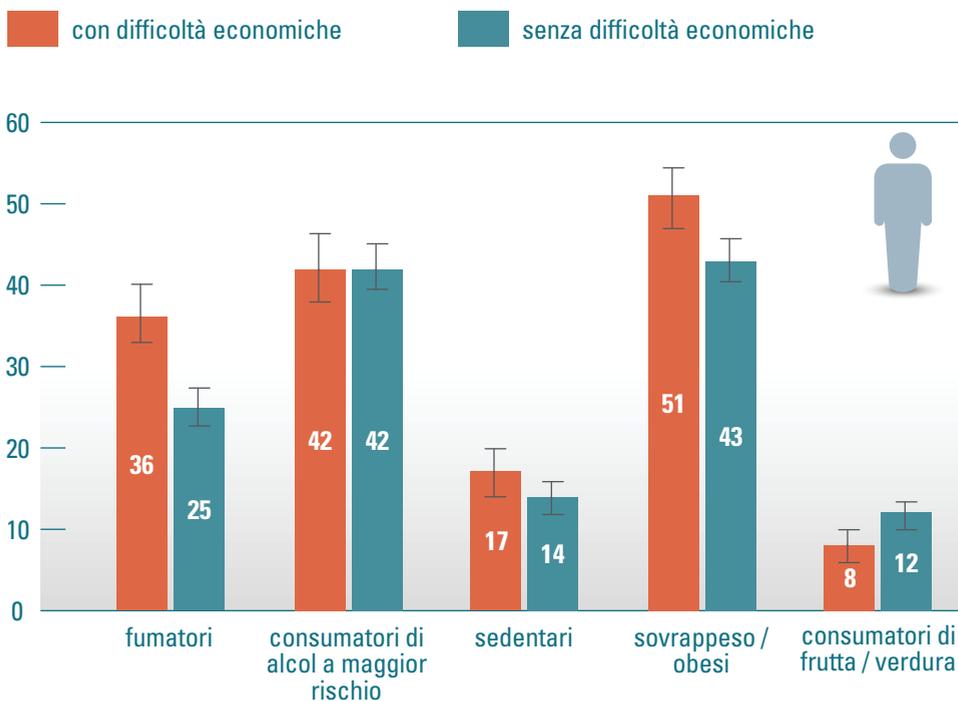
Le condizioni economiche

Le difficoltà economiche favoriscono l'abitudine al fumo: è fumatore il 36% degli uomini con difficoltà rispetto al 25% di chi non ne ha, mentre nelle donne le percentuali sono rispettivamente del 27% e 17%. L'associazione è evidente per gli uomini di 18-34 anni e per gli ultra 50enni, nonché per le donne con meno di 50 anni. Come per l'istruzione, le difficoltà economiche accentuano l'intensità nel fumare, specie negli uomini, in termini sia di numero medio di sigarette fumate (15 vs 12) che di presenza di forti fumatori (37% vs 20%). Le difficoltà economiche costituiscono fattore di rischio per l'eccesso ponderale: è sovrappeso/obeso il 51% degli uomini con difficoltà rispetto al 43% di chi non ne ha, il 33% a fronte del 25% nelle donne; l'esame per classi d'età



evidenzia un'influenza marcata per gli uomini ultra 50enni. Le difficoltà economiche, inoltre, riducono negli uomini la probabilità di consumare frutta e verdura nelle 5 porzioni giornaliere raccomandate (8% con difficoltà vs 12% senza difficoltà), mentre non emerge alcuna significativa influenza sul consumo di alcol e sulla sedentarietà.

IMPATTO DELLA SITUAZIONE ECONOMICA SUI FATTORI DI RISCHIO PER MALATTIE CRONICHE



La cittadinanza

Nell'analisi di questo determinante, va considerata l'eterogeneità dei soggetti che rientrano nella categoria "straniero", in relazione alla provenienza ed alla cultura/tradizioni, che impattano in modo differenziato su comportamenti e stili di vita, potendo così mascherare eventuali effetti.

L'essere straniero aumenta nelle donne la probabilità di sedentarietà, che riguarda il 27% delle straniere, a fronte del 17% delle cittadine italiane, e costituisce fattore di rischio anche per i problemi legati al sovrappeso/obesità, sempre nelle donne, interessando il 34% delle straniere rispetto al 27% delle italiane. Sebbene fumino ben il 45% degli stranieri e solo il 28% degli italiani, l'associazione tra cittadinanza



e abitudine al fumo non risulta significativa dall'analisi multivariata, in quanto verosimilmente l'essere fumatori è spiegato da fattori diversi (età, istruzione, difficoltà economiche).

IMPATTO DELLA CITTADINANZA SUI FATTORI DI RISCHIO PER MALATTIE CRONICHE

cittadinanza straniera **cittadinanza italiana**

La numerosità del campione di stranieri non permette analisi per tutte le variabili in studio

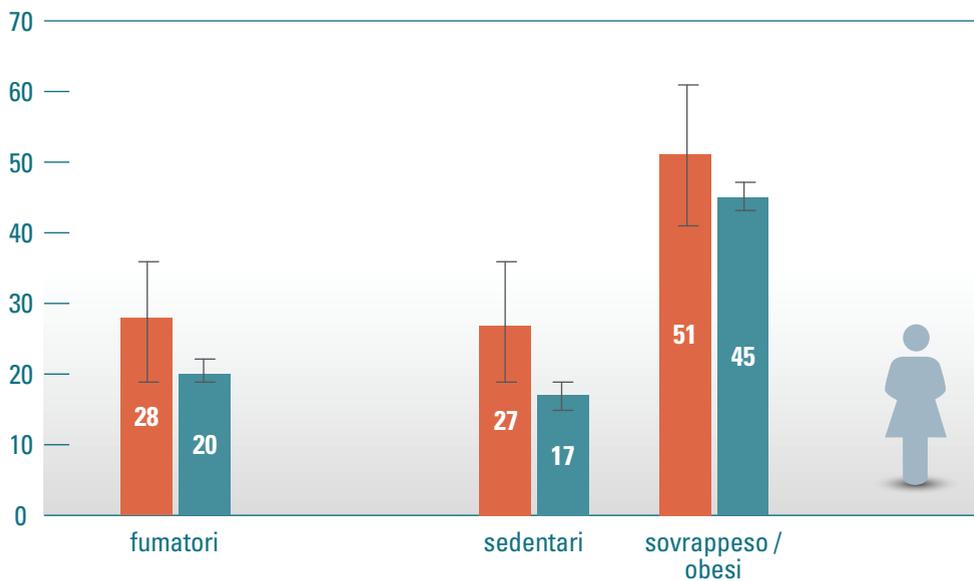
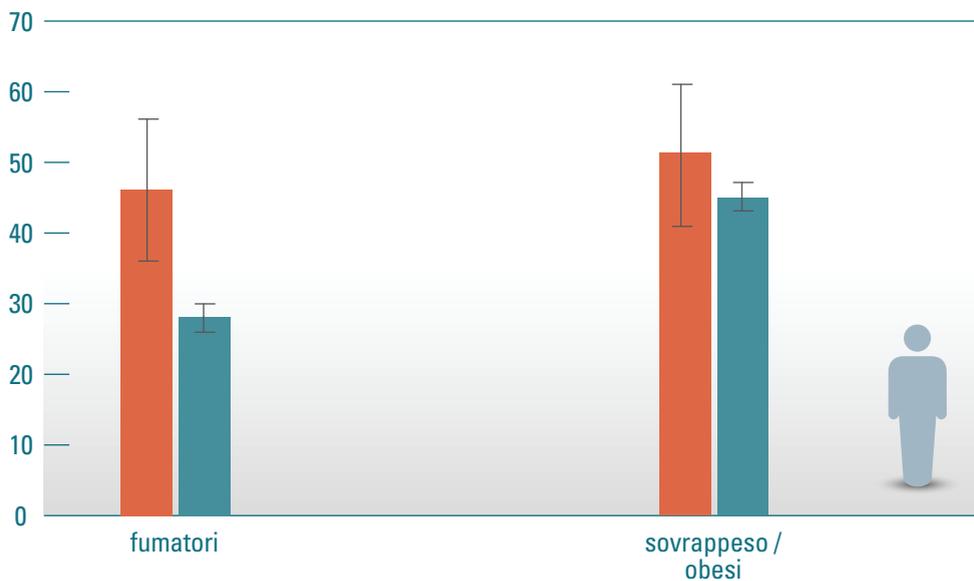
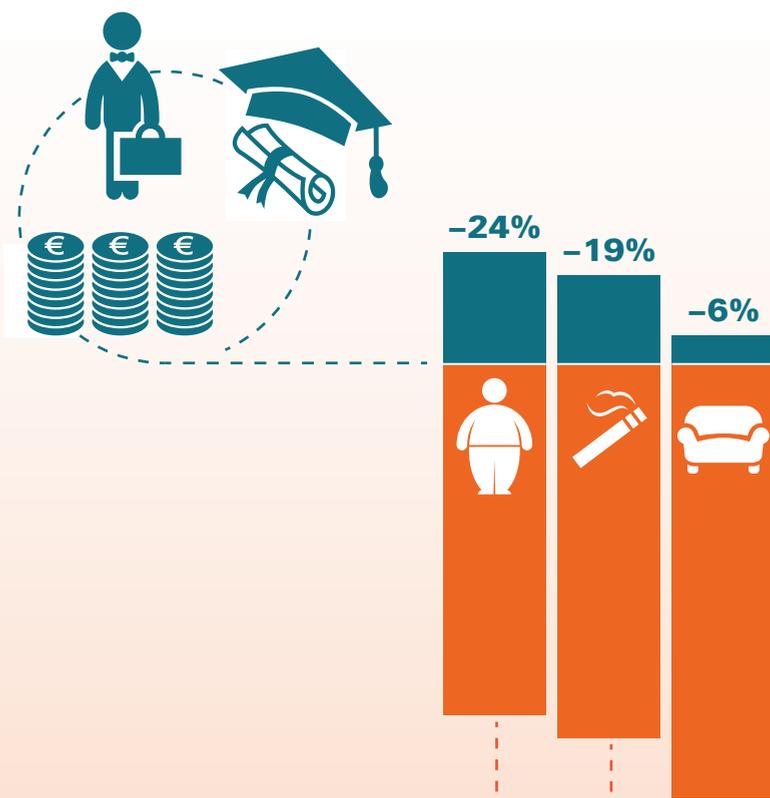


TABELLA RIASSUNTIVA

dell'impatto delle disuguaglianze sociali sui fattori di rischio per malattie croniche

Determinante sociale	Mette a rischio di:	Protegge da:	Non ha influenza su:
ISTRUZIONE <i>fino a licenza media inferiore vs diploma/laurea</i>	 Fumo per gli uomini +5% Sedentarietà per le donne +6% Eccesso ponderale per gli uomini +13% per le donne +19%	 Alcol per le donne -12%	 Consumo frutta /verdura
CONDIZIONI ECONOMICHE <i>abbastanza/molte difficoltà vs poche/nessuna</i>	 Fumo per gli uomini +11% per le donne +10% Eccesso ponderale entrambi i generi +8% Consumo scarso di frutta /verdura per gli uomini +4%	 Alcol Sedentarietà	
SITUAZIONE LAVORATIVA <i>lavoro non continuativo vs lavoro regolare</i>	 Fumo per gli uomini +12% Alcol per le donne +15%	 Eccesso ponderale	
CITTADINANZA <i>straniera/doppia vs italiana</i>	 Sedentarietà per le donne +10% Eccesso ponderale per le donne +6%	 Fumo	



Un ipotetico annullamento verso l'alto delle differenze nei determinanti sociali esaminati (applicando all'intera popolazione le prevalenze dei fattori di rischio registrate per il livello più elevato/migliore in termini di istruzione, situazione economica e lavorativa), comporterebbe una riduzione del **24%** di persone in eccesso ponderale, del **19%** dei fumatori, del **6%** di sedentari.

Conclusioni

In tema di condizioni socio-economiche e di disuguaglianze sociali, il Trentino si presenta come un'isola felice nel contesto italiano.

L'associazione tra determinanti sociali e stili di vita evidenziata in letteratura trova conferma anche nel contesto locale. L'impatto di livello d'istruzione, situazione lavorativa, condizioni economiche e cittadinanza si registra soprattutto su fumo, sedentarietà ed eccesso ponderale, mentre è marginale su consumo di alcol e di frutta/verdura. Il potenziale guadagno in salute derivante dall'intervento sui determinanti sociali e dal conseguente miglioramento degli stili di vita risulta considerevole. Gli interventi di promozione di una maggiore equità in salute devono pertanto essere una parte integrante della strategia di promozione della salute per raggiungere gli obiettivi OMS 25x25.

Una volta raggiunto un certo livello di base di benessere materiale, l'ulteriore crescita economica in termini di reddito medio e di possesso di merci di consumo non aumenta il benessere, la soddisfazione, la felicità o la salute. Diventa quindi fondamentale puntare

al sostegno degli strati più bisognosi, anche attraverso politiche di redistribuzione del reddito che riducano il divario sociale tra ricchi e poveri. Vivere in una società più egualitaria risulta vantaggioso per tutti: non solo per i meno abbienti, ma anche per lo strato privilegiato della società. Garantire l'accesso a livelli d'istruzione superiore e migliorare le condizioni economiche delle persone, anche attraverso una maggiore stabilità lavorativa e indipendentemente da genere e cittadinanza, rappresenta dunque un buon punto di partenza per ridurre le disuguaglianze in salute ed accrescere il benessere della collettività in senso più ampio. Contemporaneamente risulta di fondamentale importanza intervenire direttamente sugli stili di vita attraverso azioni che devono porsi l'obiettivo non solo di abbassare la prevalenza media dei comportamenti a rischio, ma anche di ridurre le disuguaglianze sociali nella loro distribuzione.



Guida per l'azione

Aspetti chiave per la comprensione e la promozione dell'equità in salute

- **I determinanti sociali della salute** – occorre intervenire sulle condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, che rappresentano i determinanti fondamentali dell'equità in salute. A loro volta questi determinanti sono influenzati da elementi strutturali dell'architettura sociale: l'ordinamento economico, la distribuzione di potere, l'equità di genere, il quadro normativo e i valori di fondo della società.
- Nella **promozione dell'equità in salute** occorre intraprendere un percorso lungo l'intero arco della vita nella quale vengono accumulati i vantaggi e gli svantaggi. Questo approccio inizia dalle prime fasi della vita – gravidanza e sviluppo precoce – e continua con la scuola e la transizione verso la vita lavorativa, le condizioni di lavoro fino a quelle in cui le persone invecchiano.
- Esiste un **gradiente sociale nella salute** – vale a dire che le condizioni di salute migliorano progressivamente con l'aumentare della posizione socio-economica delle persone e della comunità. È importante programmare interventi che agiscano sia lungo l'intero gradiente sia sui gruppi particolarmente svantaggiati e vulnerabili. Per raggiungere entrambi questi obiettivi occorrono interventi universali la cui intensità è modulata in maniera proporzionale al bisogno – si parla di universalismo proporzionale.
- Per quanto riguarda la fetta di popolazione più svantaggiata ed emarginata è fondamentale **affrontare i processi che portano all'emarginazione** piuttosto che concentrarsi su singoli aspetti e caratteristiche dei gruppi emarginati. Il potenziale di questo approccio è molto elevato non solo in relazione a Rom e immigrati irregolari ma anche nei confronti di coloro che entrano ed escono in maniera più fluida da contesti di esclusione ed emarginazione sociale.
- È importante valorizzare le **risorse di individui e comunità** – la resilienza, le capacità e i punti di forza – e affrontare i rischi e i pericoli a cui sono esposte.
- L'importanza dell'**equità di genere** – i determinanti sociali della salute possono avere un impatto diverso a seconda del genere. Oltre alle differenze biologiche tra i sessi persistono differenze sociali nel trattamento di uomini e donne e tra la resilienza e le risorse a loro disposizione. Queste differenze di genere hanno un impatto sulla salute in tutte le società di cui tenere conto nella programmazione di interventi finalizzati alla riduzione delle disuguaglianze.
- Anche in futuro si dovrà fare particolare attenzione all'**equità all'interno delle generazioni**. Tuttavia, alla luce dei principi di sostenibilità, occorre sottolineare anche l'importanza dell'equità intergenerazionale. Di conseguenza i diversi interventi e programmi dovranno essere valutati anche relativamente agli effetti che potranno produrre sulle generazioni future.

Fonte: Review of social determinants and the health divide in the WHO European region, WHO - 2014

