



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

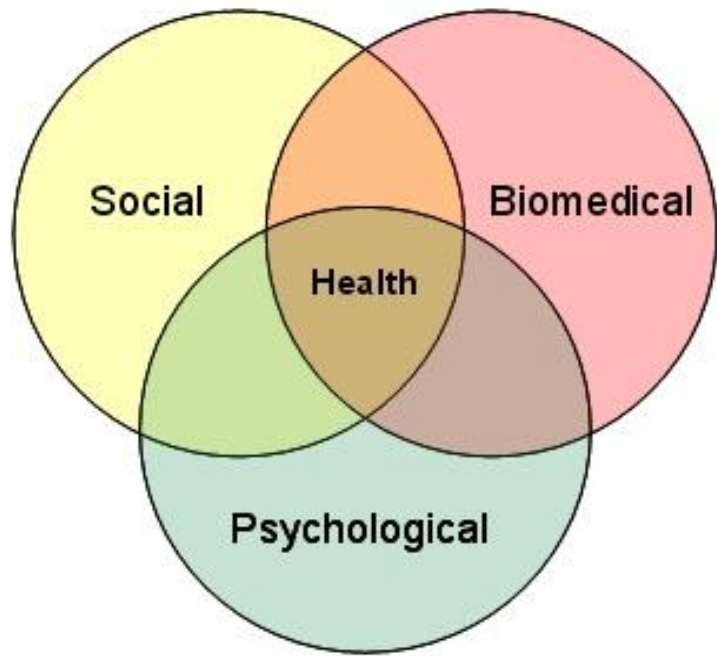
I determinanti sociali e le disuguaglianze in salute

Corso Elettivo CSI 2022

7 giugno 2022

Chiara Bodini, Valerio D'Avanzo, Matteo Valoncini

Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) –
Dipartimento di Storia Culture Civiltà



L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

definisce la salute come:

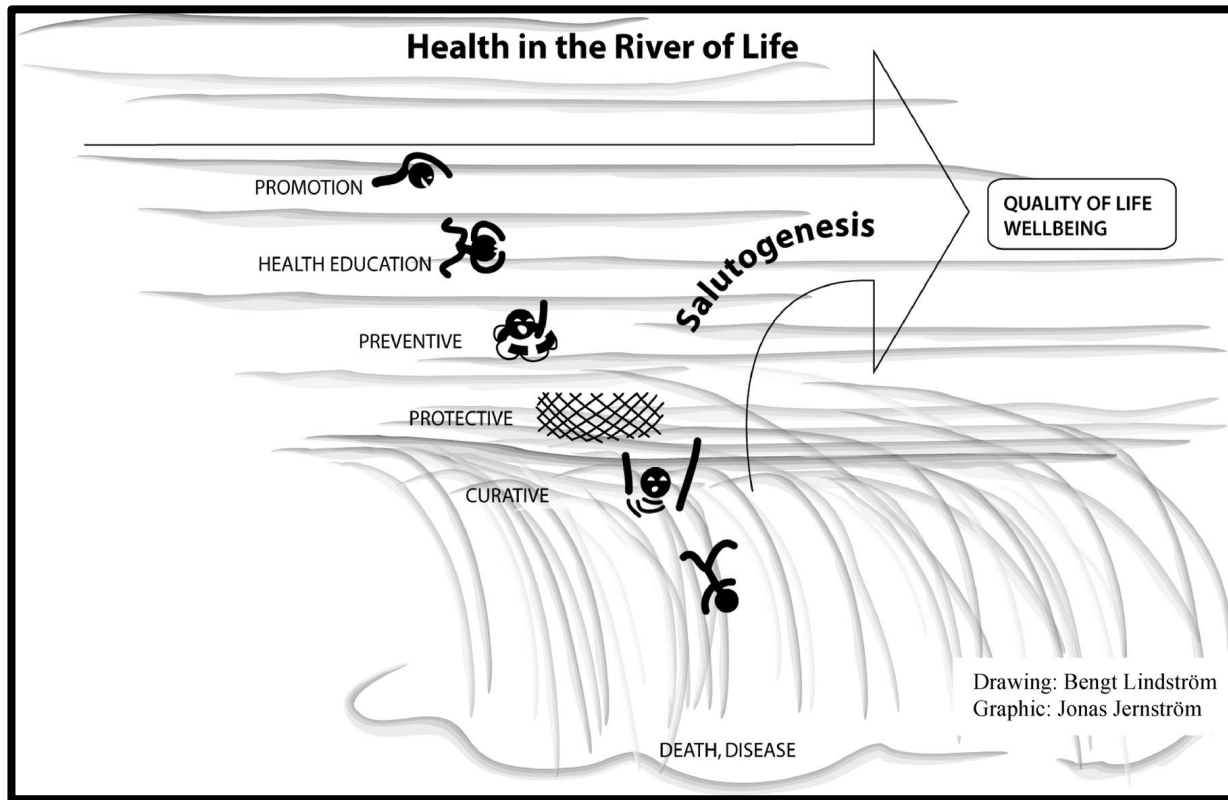
“uno stato di completo benessere fisico, mentale, [spirituale] e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità”

(modello bio-psyco-sociale)

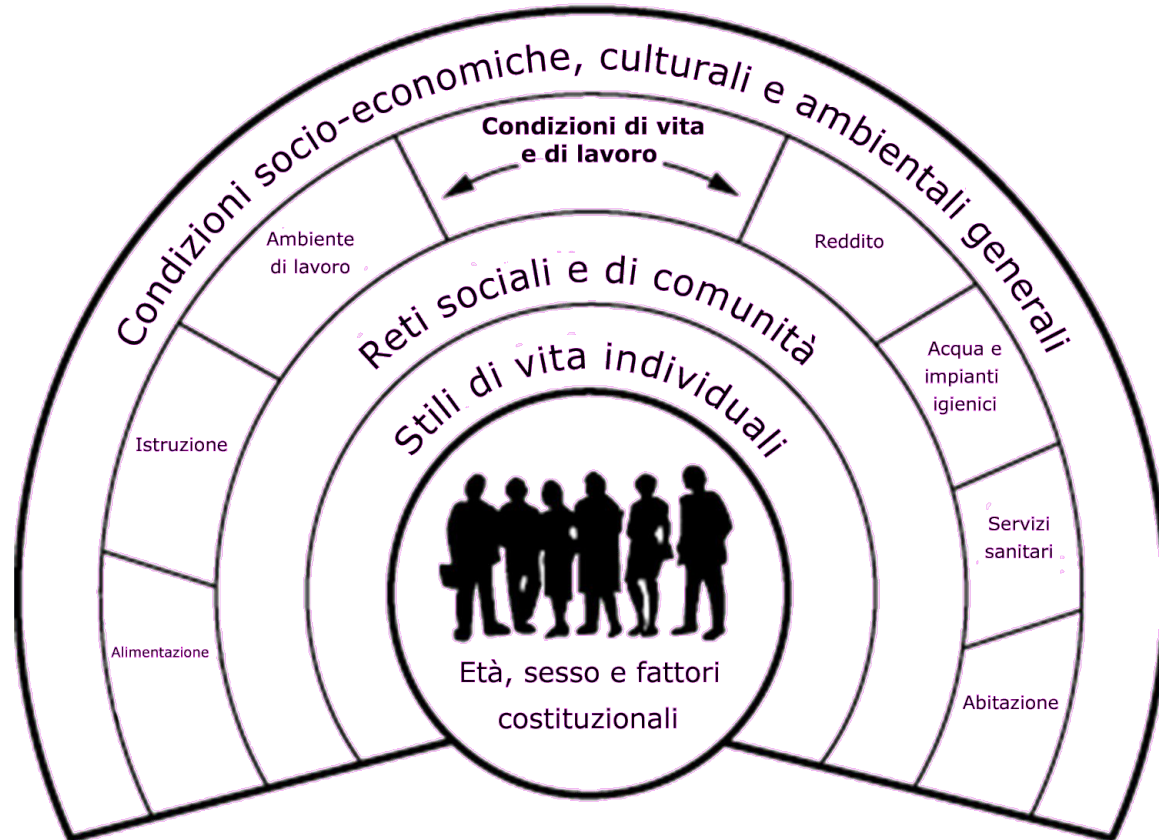




La salute come un continuum



La salute come un sistema adattativo complesso



I determinanti della salute



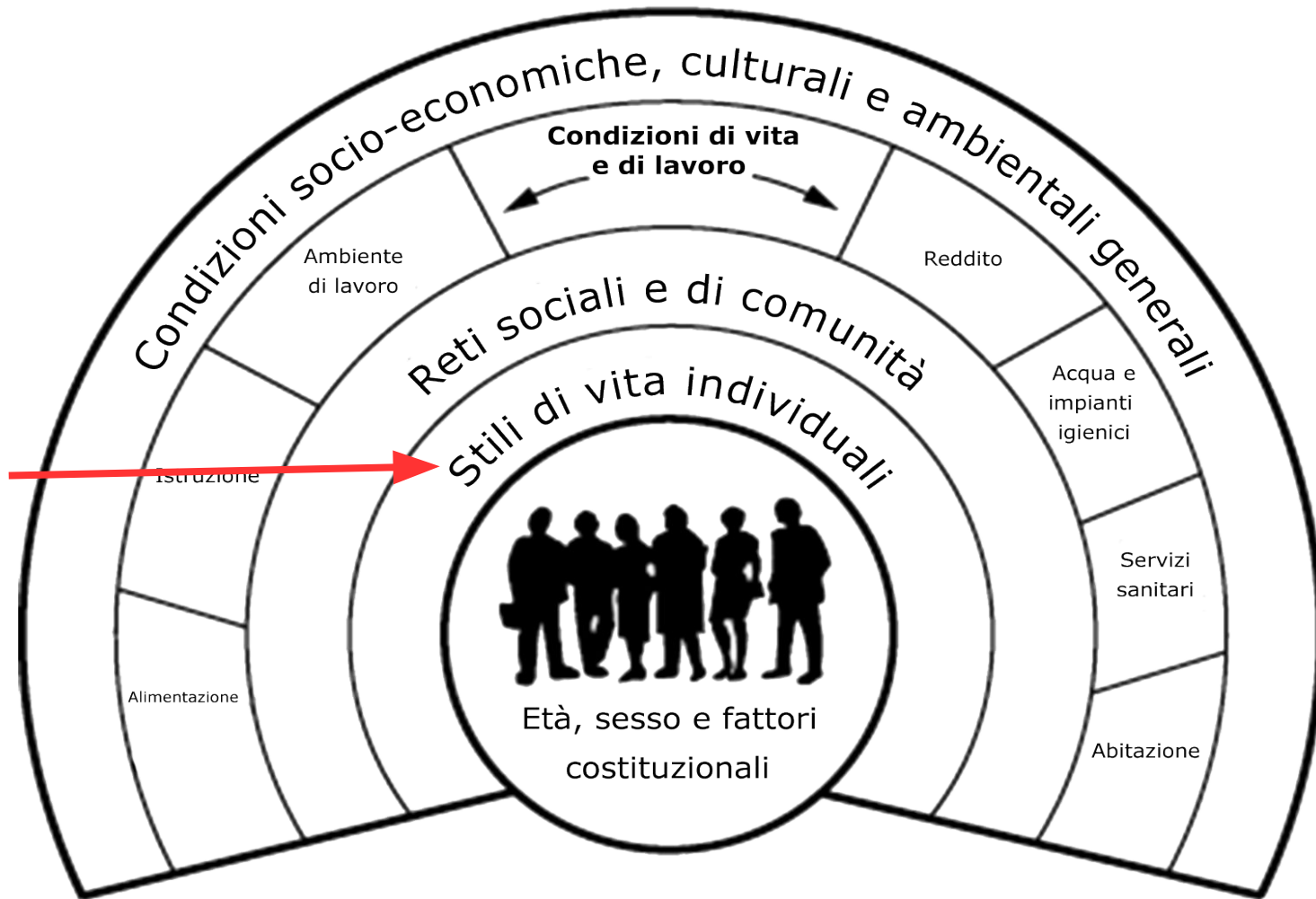
Fattori 'costituzionali'

- Età
- Sesso/genere
- Patrimonio genetico



<https://www.youtube.com/watch?v=k50yMwEOWGU>





'Stili' di vita 'individuali'

- Fumo
- Alimentazione
- Attività fisica
- Alcol
- Sostanze
- Sessualità



Fumo

TABACCO: "LA PIÙ GRANDE MINACCIA PER LA SALUTE NELLA REGIONE EUROPEA"

MORTI



93.342 persone



COSTO



26.041 milioni di euro

MORTI



73.545 persone



COSTO



49.922 milioni di euro

MORTI



124.389 persone



COSTO



58.205 milioni di euro

MORTI



57.216 persone



COSTO



20.773 milioni di euro

MORTI



57.216 persone



COSTO



34.424 milioni di euro

Fonte dati: Tobaccoatlas.org
Elaborazione grafica Antonio Massariolo - Il Bo Live



Abitudine al fumo

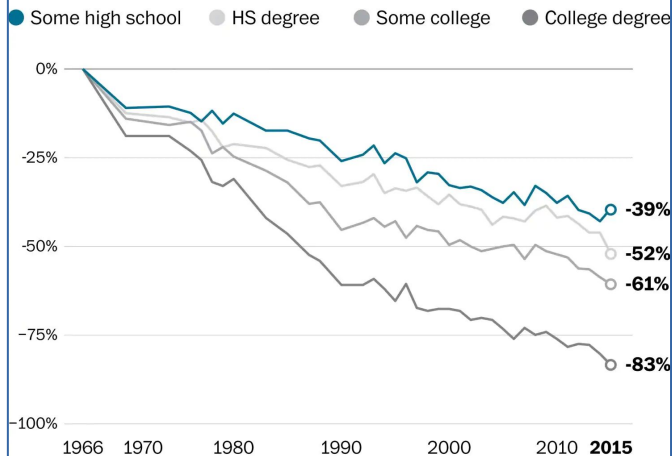
- La prevalenza di fumatori nel 2017, tra la popolazione ≥ 14 anni è del **19,7%**, con forti differenze di genere: **24,8%** tra gli uomini, **14,9%** tra le donne.
- Il fumo di sigaretta è **più frequente fra le classi socioeconomiche più svantaggiate** (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche).
- Dal 2008 si osserva una **riduzione significativa** della prevalenza del fumatori in tutto il territorio Italiano (dal 30% al 26%), in particolare **nelle classi sociali più agiate** ma meno fra le persone economicamente più svantaggiate.
- La quota di **ex fumatori** cresce all'avanzare dell'età, è maggiore fra le persone senza difficoltà economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri e fra i residenti nelle Regioni settentrionali.

Abitudine al fumo

USA

Smoking has declined for all, but not equally

Change in U.S. adult smoking rates from 1966 to 2015, by education level



Source: National Health Interview Survey

THE WASHINGTON POST

EUROPA

- In uno studio su oltre 70 mila persone appartenenti a 27 Stati Europei nel periodo 2006-2012, sono stati confrontati attività di prevenzione e controllo del tabacco da parte degli Stati e tassi di cessazione e abbandono del fumo.
- Nel periodo considerato **solo le fasce di popolazione a reddito elevato hanno mostrato un tasso di abbandono associabile con le attività di prevenzione**, mentre nelle fasce a reddito medio e basso questa correlazione non si manifesta.

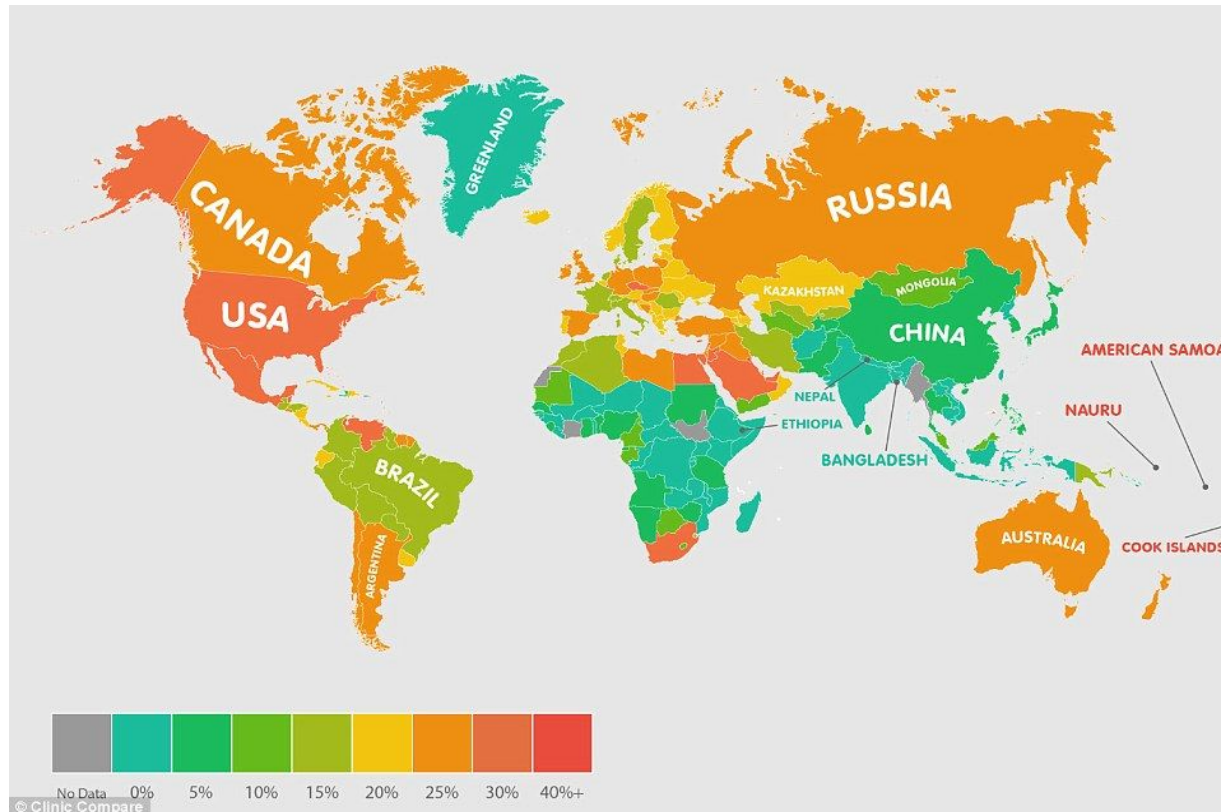


Alimentazione

- Secondo l'OMS, una dieta sana è la pietra angolare di una buona salute
- I tre fattori principali che condizionano la dieta di una persona sono:
 - Reddito
 - Istruzione
 - Luogo di vita

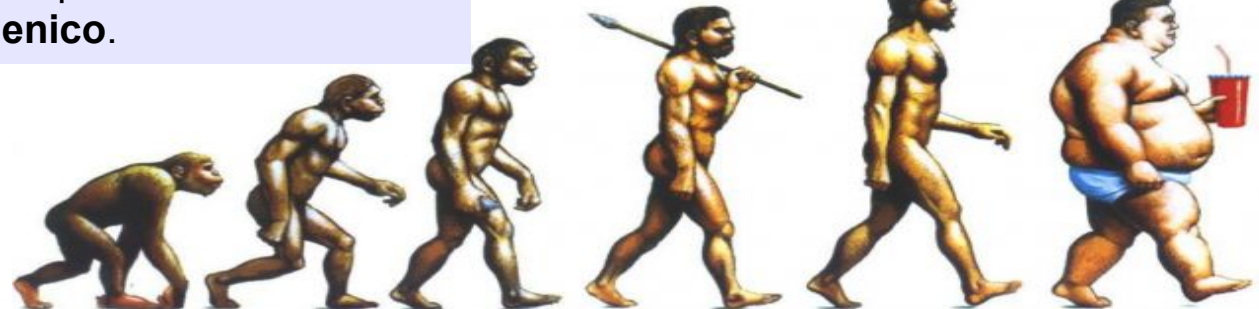


Obesità nel mondo





L'obesità come reazione degli individui esposti a un ambiente obesogenico.



Obesità nel mondo

In the WHO/European Region



over 50%
of people are
overweight or **obese**



over 20%
of people are
obese

www.euro.who.int/obesity

© WHO 07/2013

1 in 3 
11-year-olds is
overweight
or
obese

© WHO 03/2014



Obesità in Europa

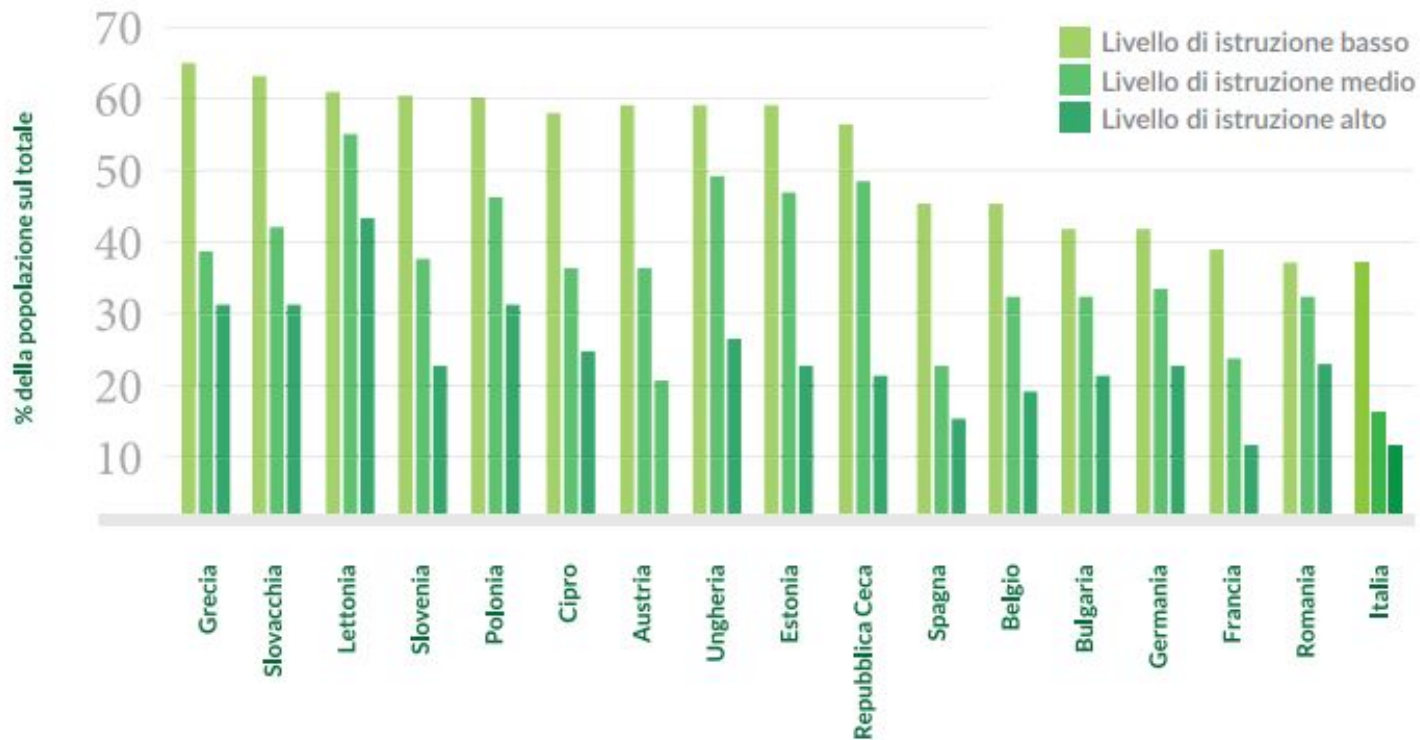


Figura 1. Rapporto tra obesità e livello di istruzione nelle donne, 2009

<https://www.disuguaglianzedisalute.it/wp-content/uploads/2015/06/Obesita.pdf>



Obesità - andamento nel tempo

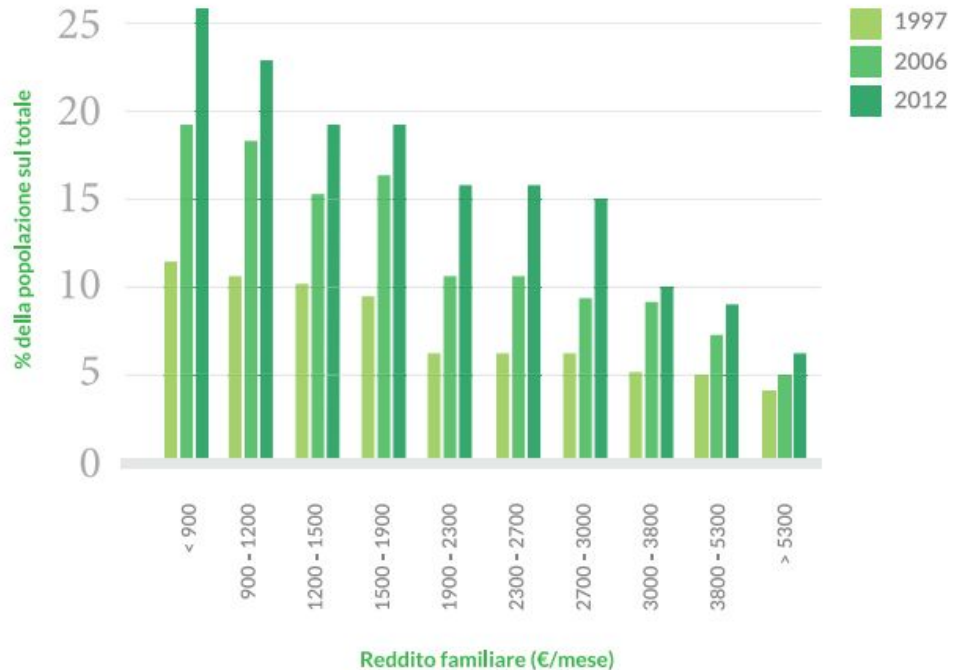


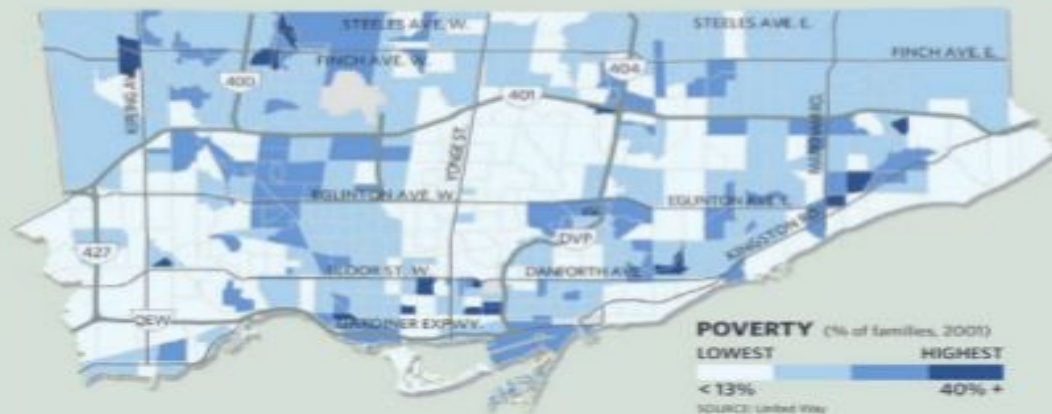
Figura 3. Francia: prevalenza di obesità nella popolazione adulta in rapporto al reddito familiare, 1997-2012

<https://www.disuguaglianzedisalute.it/wp-content/uploads/2015/06/Obesita.pdf>



Poverty in the city

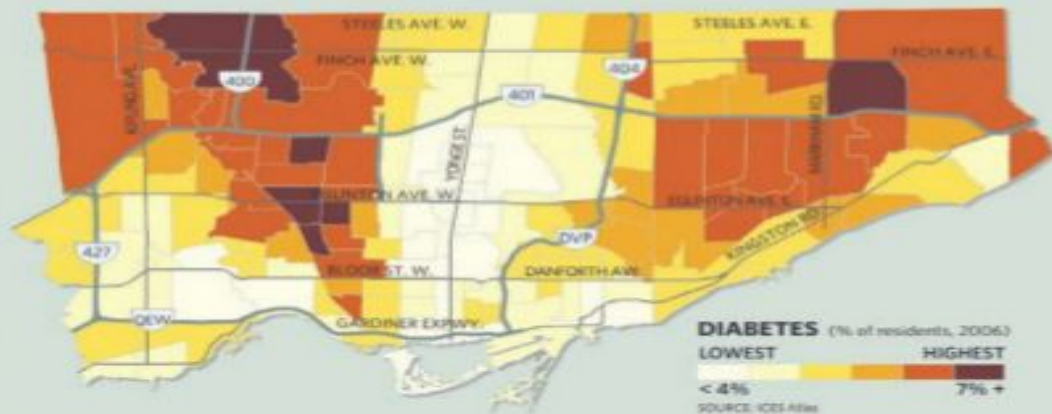
Poor parts of the city generally align with those with the highest rates of diabetes



TORONTO STAR

Where diabetes hits hardest

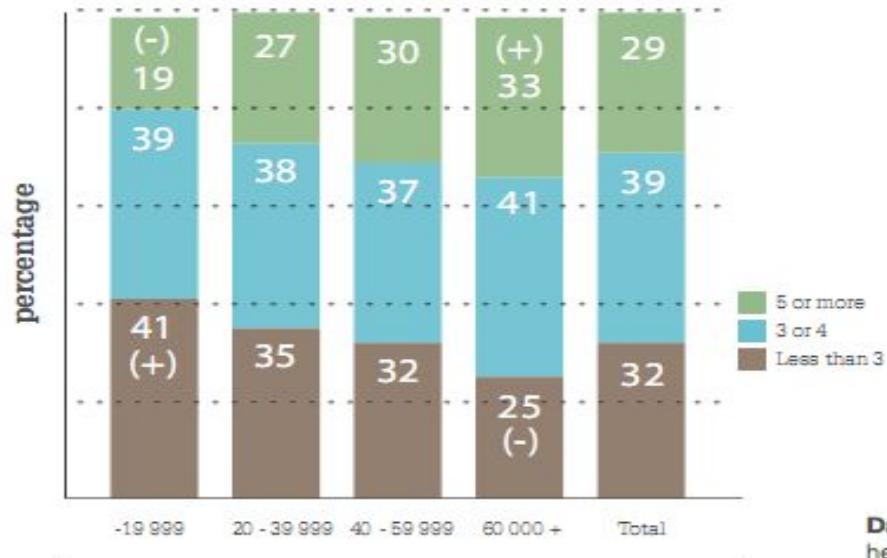
The Northwest and East of Toronto are hardest hit by diabetes



TORONTO STAR



Figure 4.3. Distribution of Montrealers aged 15 and over, by family income and daily frequency of fruit and vegetable consumption, 2010 Adapted from Bertrand L, Thérien F, 2011.



Data source: Biannual survey of health determinants, DSP 2010



'Super-diet' development

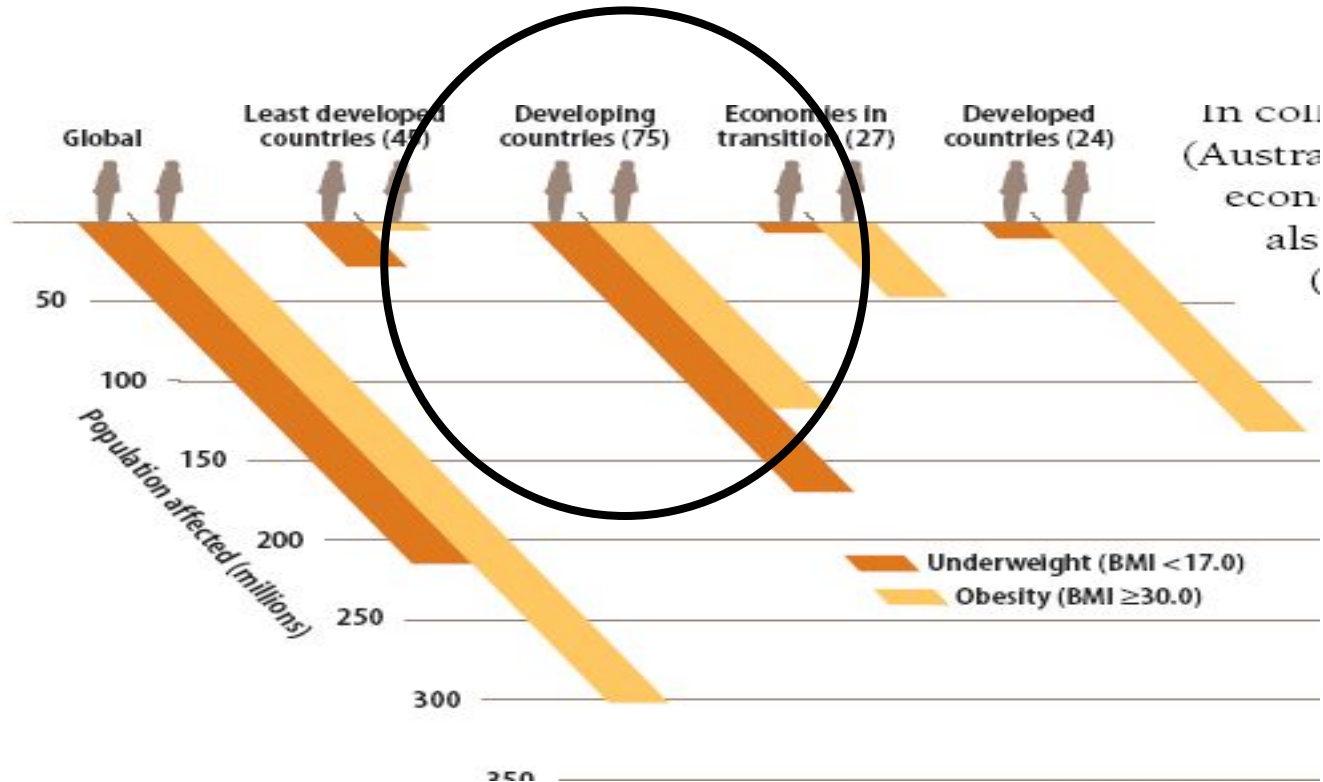
- Healthy foods prohibitively expensive, processed foods exceedingly cheap
 - In 2009 study of supermarkets in rural South Africa, healthier foods typically cost between **10% and 60%** more when compared on a weight basis (R per 100g) and between **30% and 110%** more when compared based on the cost of food energy (R per 100 kJ)



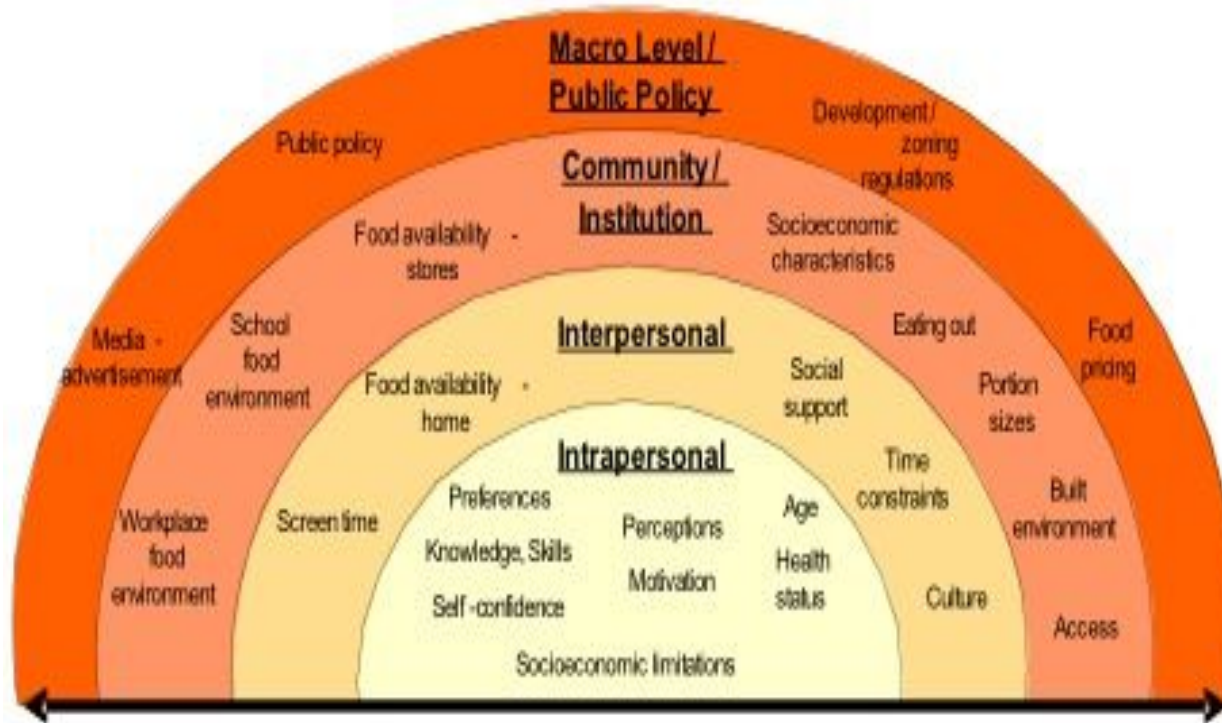
Sources: Temple, et. al., "Price and availability of healthy food: A study in rural South Africa." *Nutrition Journal* 1 (2010): 1-4.

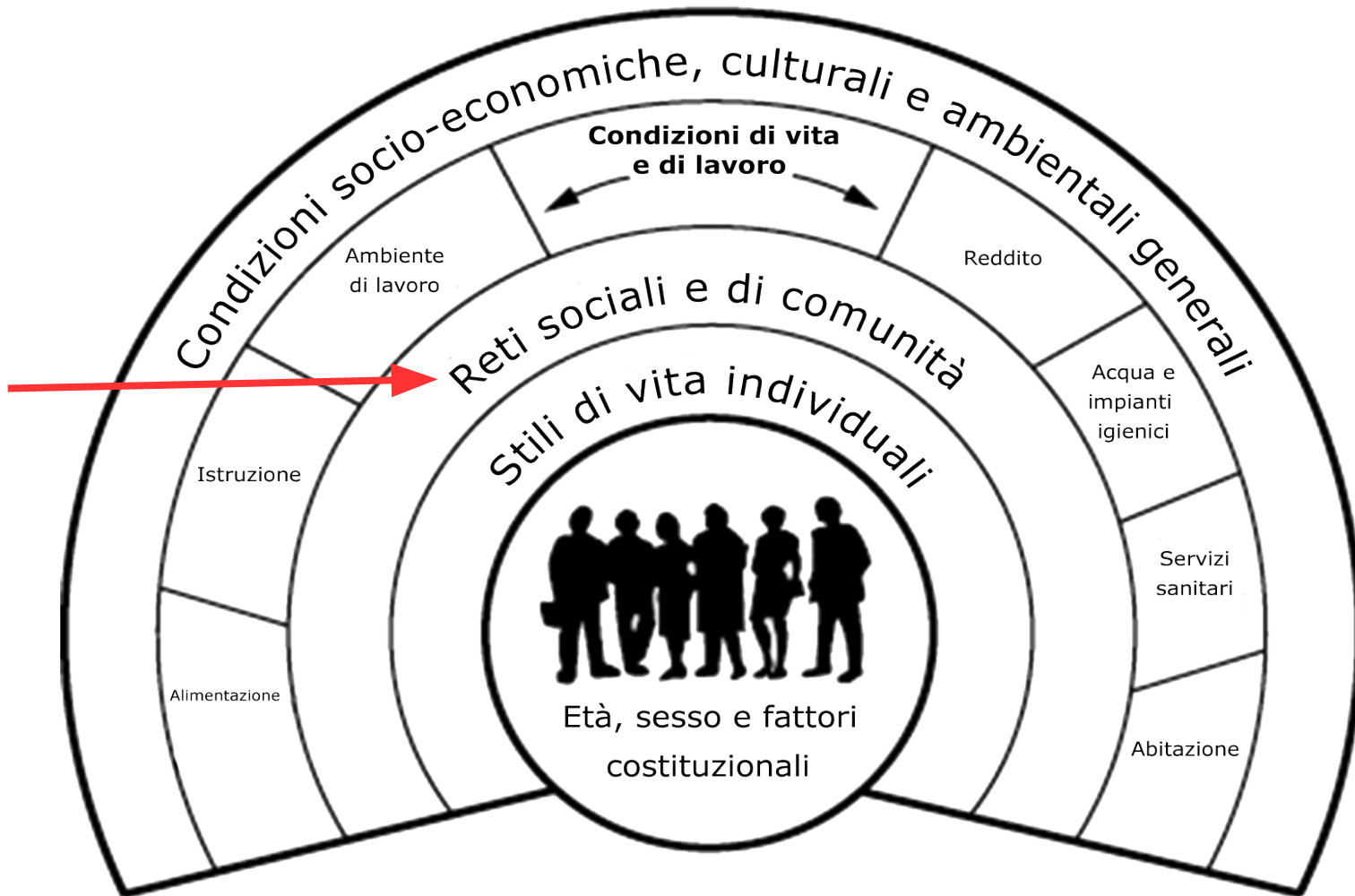


Double burden



Barriere a una vita sana





Reti sociali

Roseto Valforte (FG)



Roseto, Pennsylvania (USA)



The “Roseto effect”

A 50-year comparison of mortality rates

B Egolf, J Lasker, S Wolf, and L Potvin

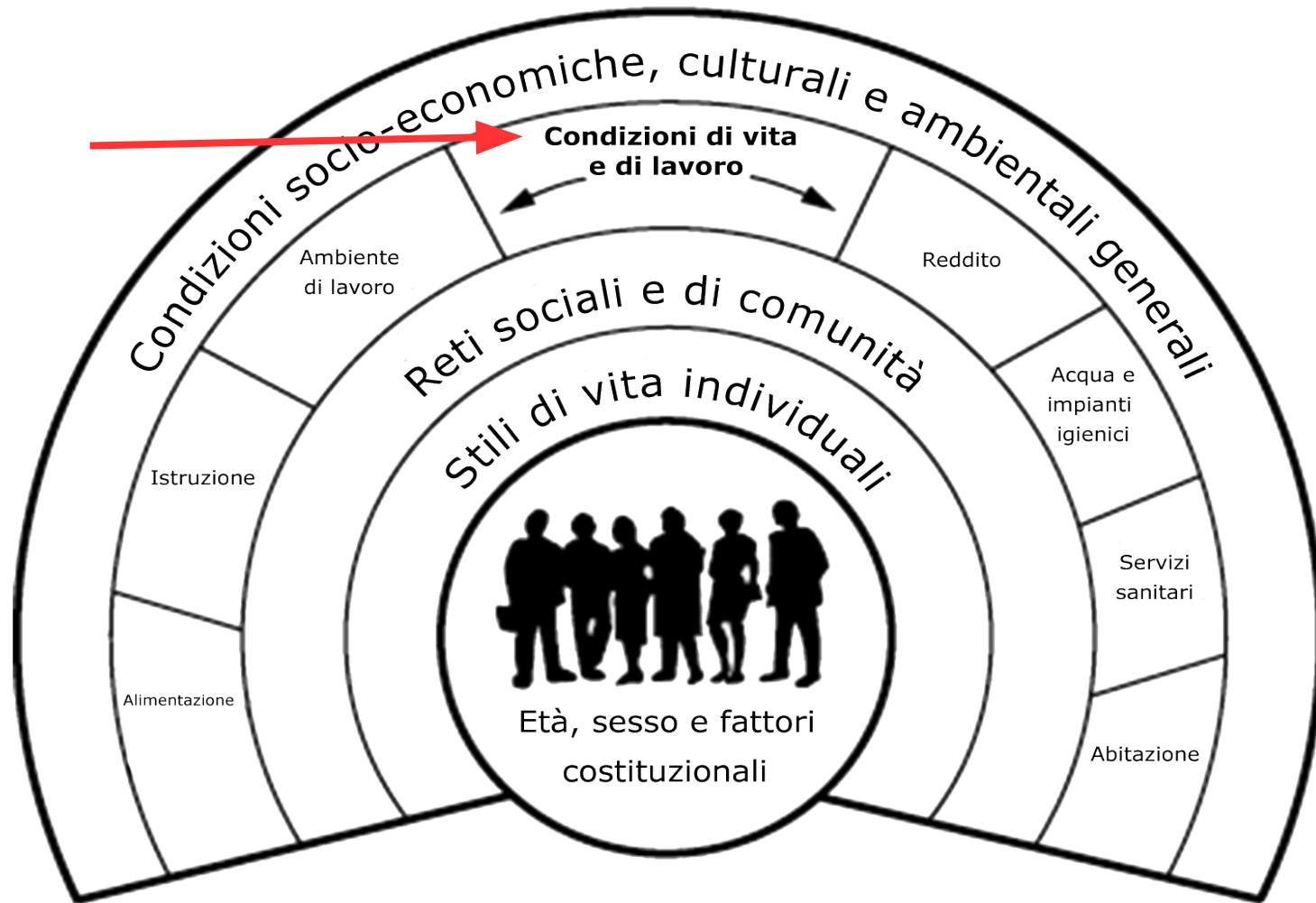
American Journal of Public Health, Vol. 82, Issue 8 1089-1092

Copyright © 1992 by American Public Health Association

Rosetans had a lower mortality rate from myocardial infarction over the course of the first 30 years, but it rose to the level of Bangor's following a period of erosion of traditionally cohesive family and community relationships.

The data confirmed the existence of consistent mortality differences between Roseto and Bangor during a time when there were many indicators of greater social solidarity and homogeneity in Roseto.





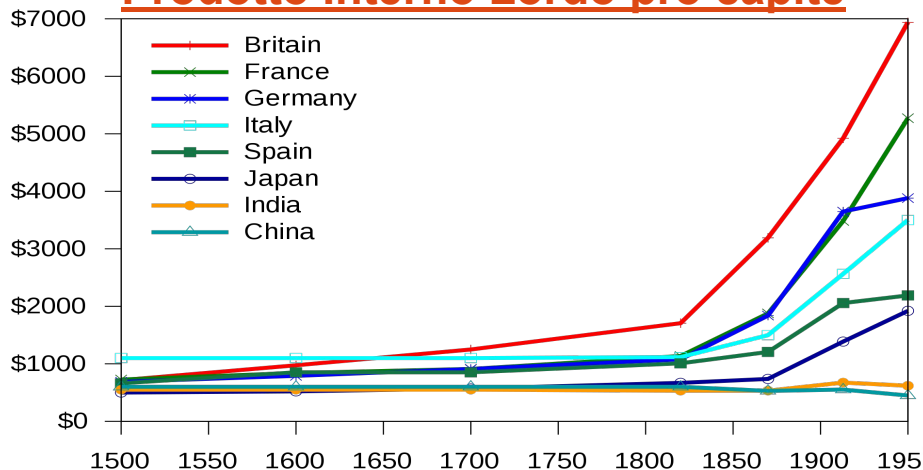
Condizioni di vita e di lavoro

- Alimentazione
- **Istruzione**
- **Ambiente di lavoro**
- Abitazione
- **Reddito**
- Acqua e impianti igienici
- Servizi sanitari



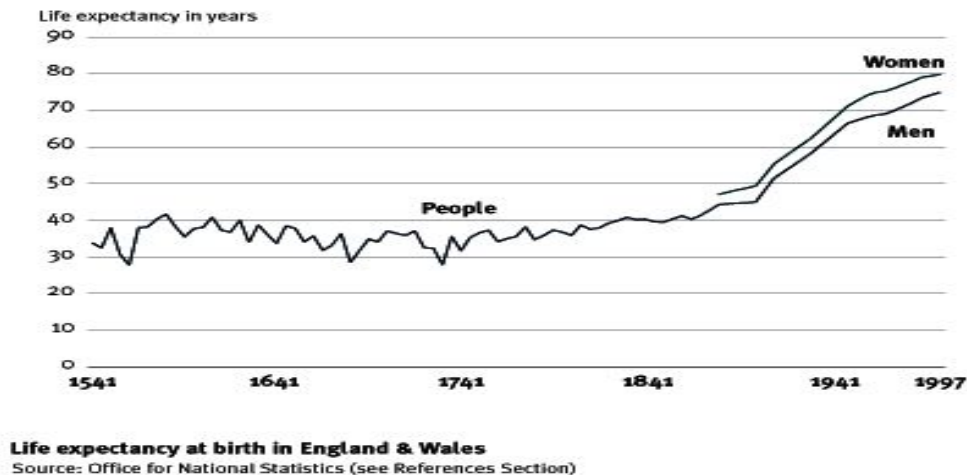
Ricchezza e salute

Prodotto Interno Lordo pro capite



PIL pro capite (aggiustato per potere di acquisto) tra il 1500 and 1950. *Dati da Contours of the World Economy, 1–2030 AD, in Essays in Macro-Economic History by Angus Maddison, Oxford University Press, 2007.*

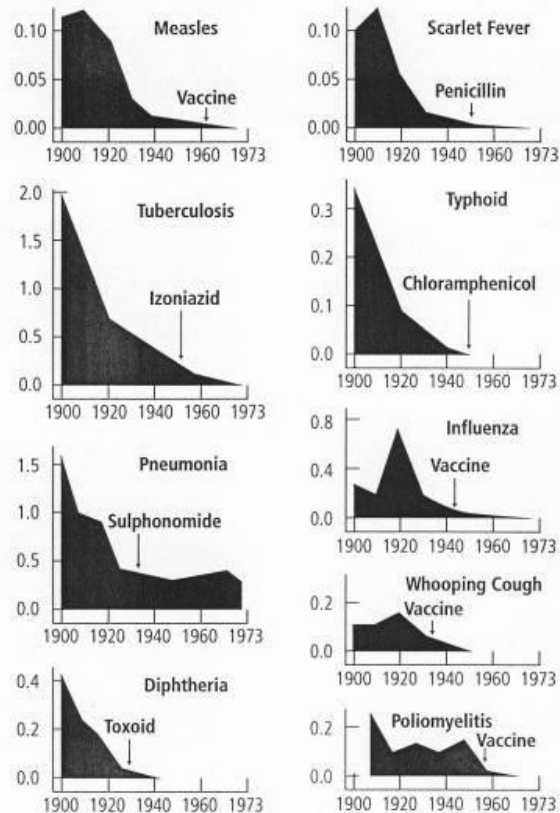
Aspettativa di vita



Aspettativa di vita in Inghilterra e Galles tra il 1541 e il 1997.

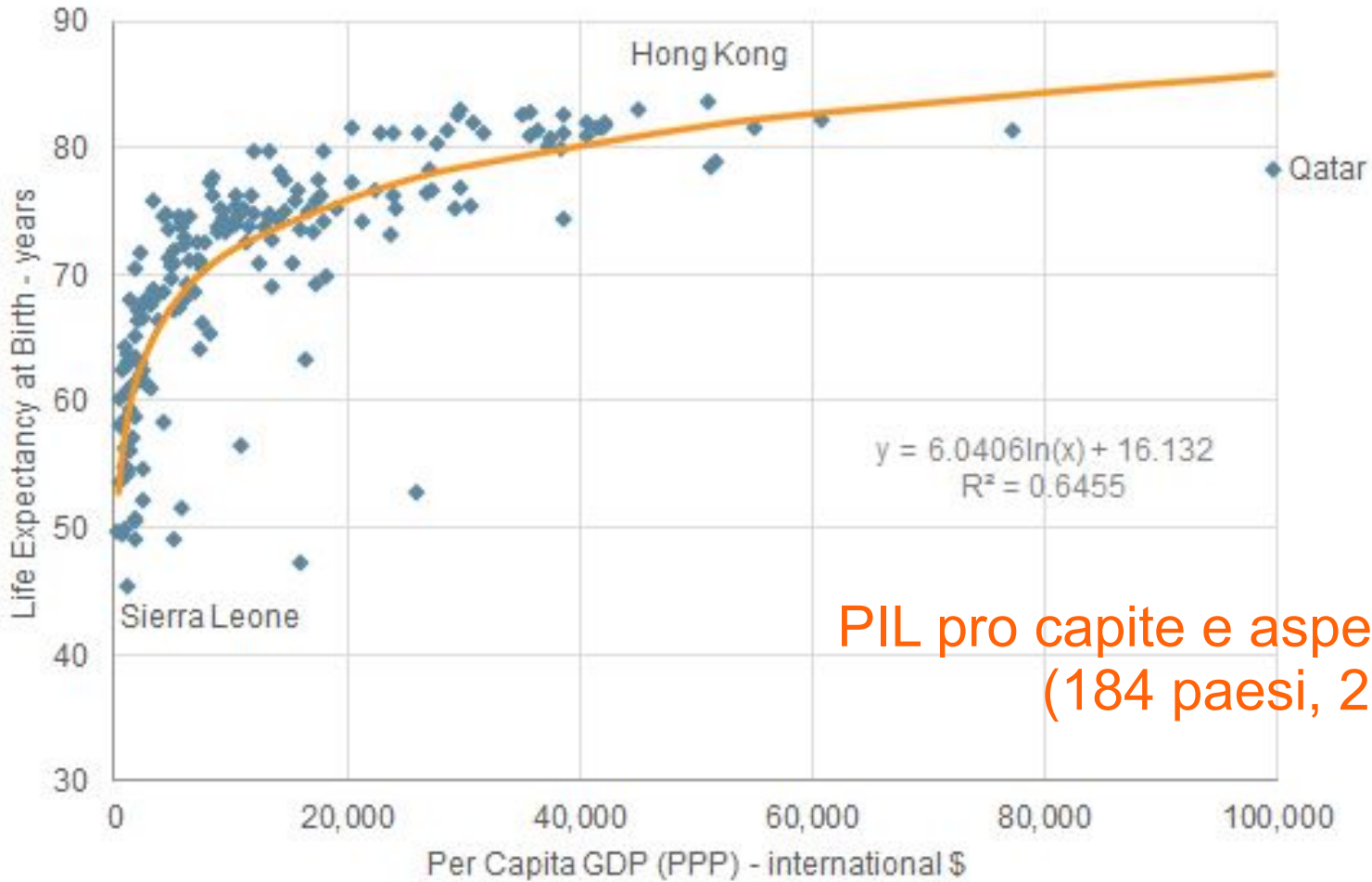


FIGURE 3.1 THE FALL IN THE STANDARDIZED DEATH RATE (PER 1,000 POPULATION) FOR NINE COMMON INFECTIOUS DISEASES IN RELATION TO SPECIFIC MEDICAL MEASURES, UNITED STATES, 1900-1973



Andamento del tasso
di mortalità
standardizzato per
nove patologie
infettive
(USA, 1900-1973)

n = 184



PIL pro capite e aspettativa di vita
(184 paesi, 2012)

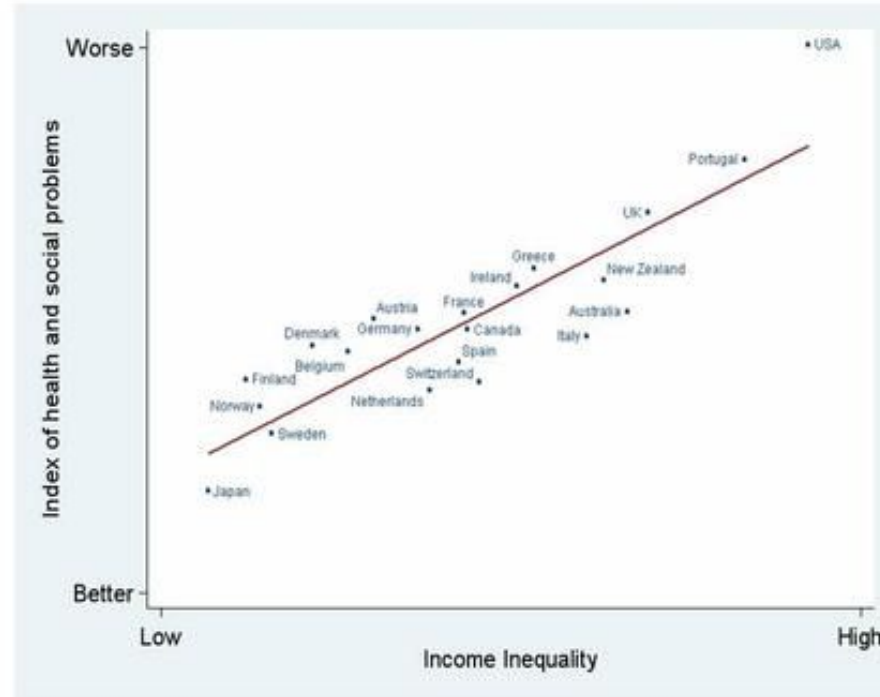


Il 'peso' dell'equità

Health and Social Problems are Worse in More Unequal Countries

Index of:

- Life expectancy
- Math & Literacy
- Infant mortality
- Homicides
- Imprisonment
- Teenage births
- Trust
- Obesity
- Mental illness – incl. drug & alcohol addiction
- Social mobility



Le disuguaglianze in salute

Per disuguaglianze in salute si intendono quelle differenze considerate **ingiuste** o **originate da qualche forma di ingiustizia** ed **evitabili**.

Parlare di disuguaglianza aggiunge un significato **morale** al significato di differenza (termine descrittivo).



Aspettativa di vita alla nascita



Disclaimer

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.



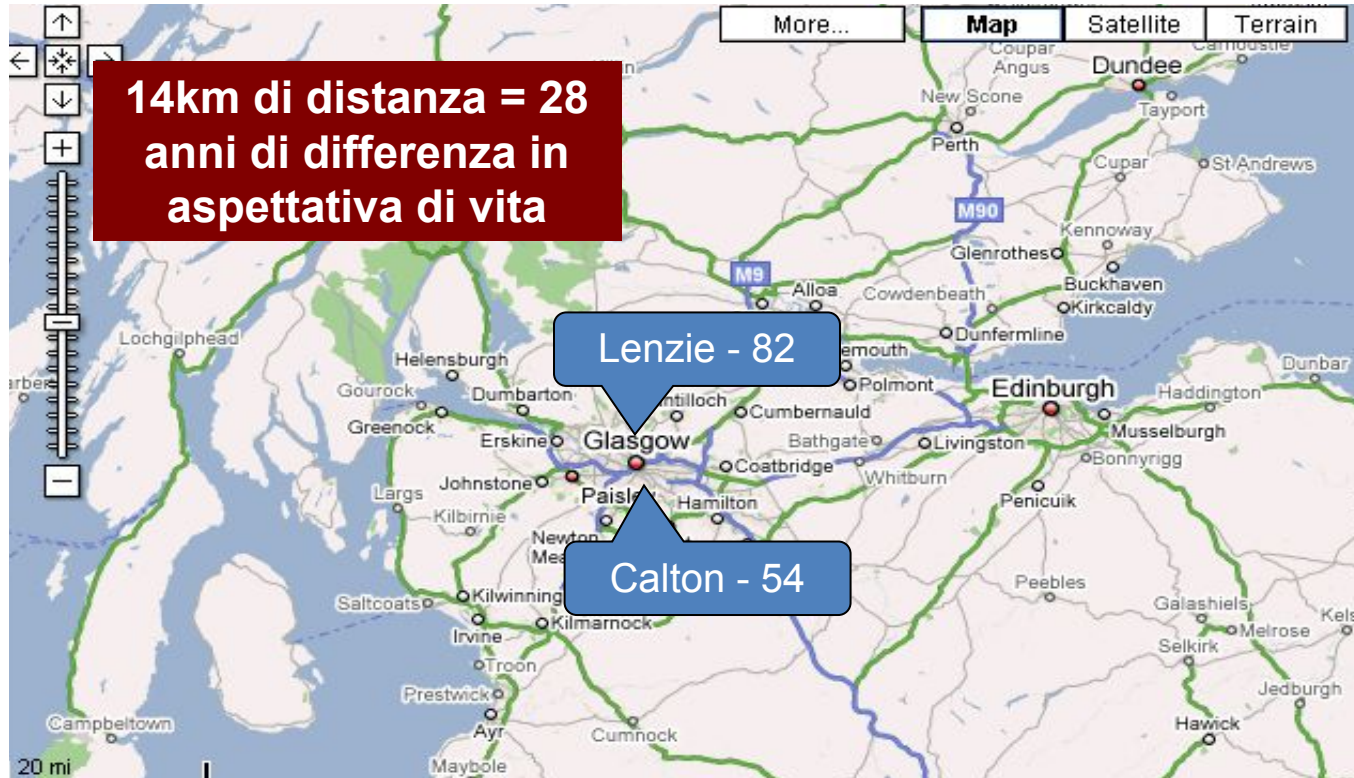
World Health Organization

© WHO 2022. All rights reserved.



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Aspettativa di vita alla nascita - Glasgow



Aspettativa di vita alla nascita - Londra

Travelling east from Westminster, each tube stop represents nearly one year of life expectancy lost

Male Life Expectancy
77.7 (CI 75.6-79.7)

Female Life Expectancy
84.2 (CI 81.7-86.6)

Westminster

Waterloo

Southwark

London Bridge

Bermondsey

Canada Water

Canary Wharf

North Greenwich

Canning Town

Male Life Expectancy
71.6 (CI 69.9-73.3)

Female Life Expectancy
80.6 (CI 78.7-82.5)

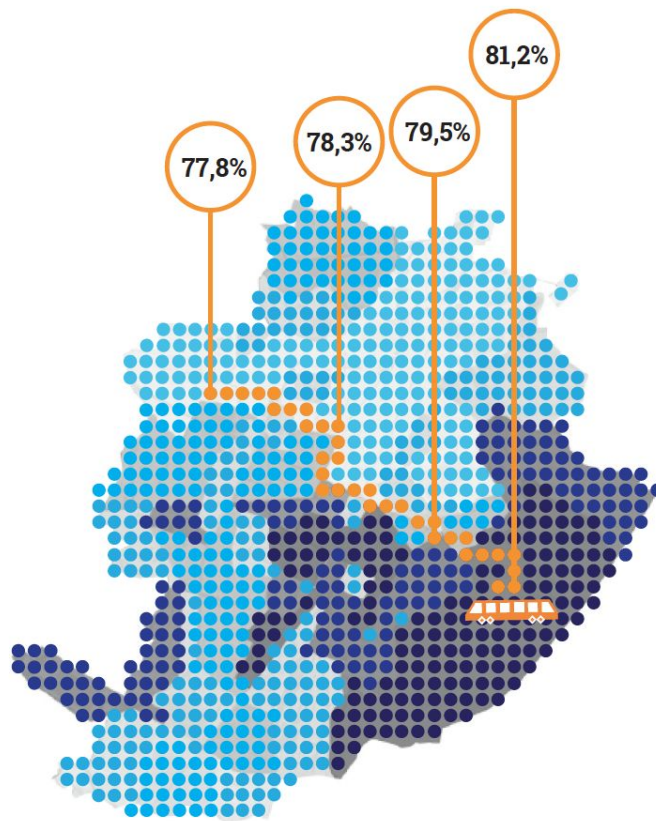
London Underground

Jubilee Line

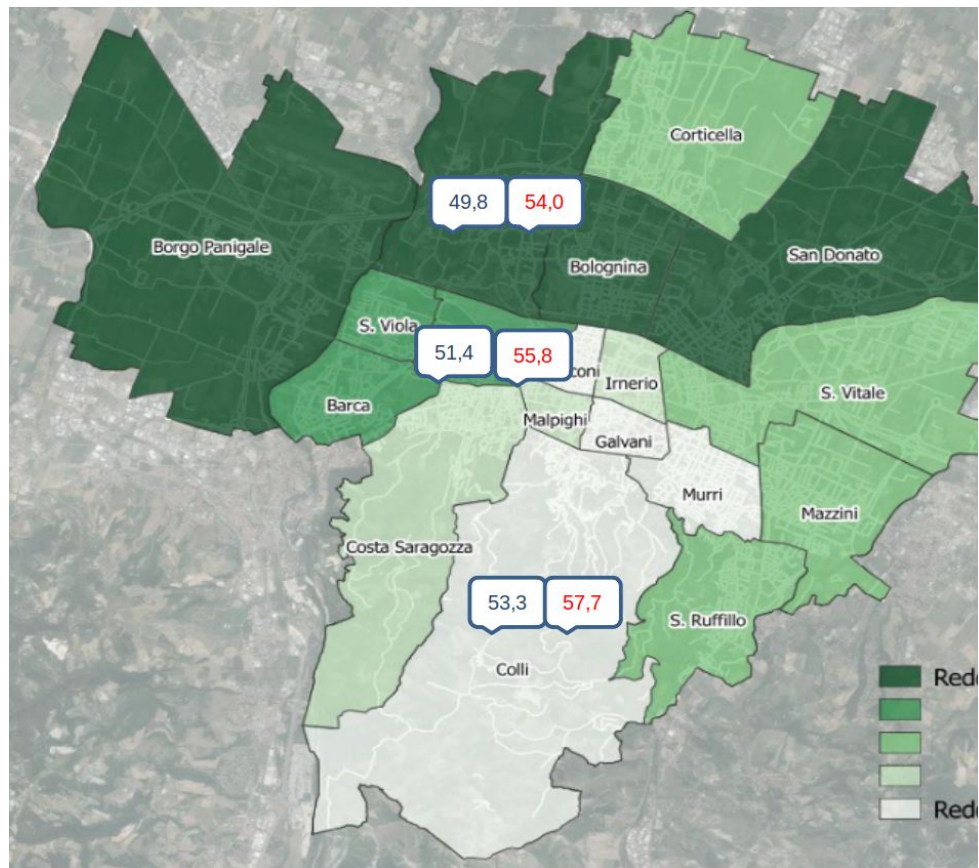
Electoral wards just a few miles apart geographically have life expectancy spans varying by years. For instance, there are eight stops between Westminster and Canning Town on the Jubilee Line – so as one travels east, each stop, on average, marks nearly a year of shortened lifespan.¹

¹ Source: Analysis by London Health Observatory using Office for National Statistics data. Diagram produced by Department of Health

Aspettativa di vita alla nascita - Torino

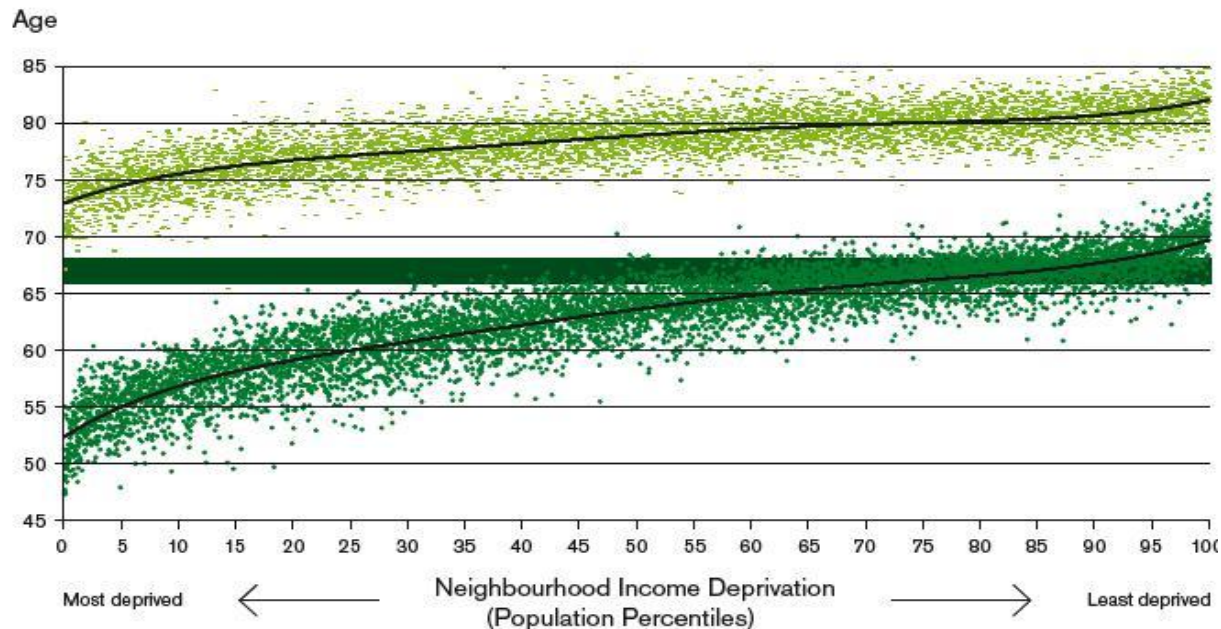


Aspettativa di vita a 30 anni - Bologna



Il gradiente sociale

Figure 1 Life expectancy and disability-free life expectancy (DFLE) at birth, persons by neighbourhood income level, England, 1999–2003



- Life expectancy
- DFLE
- Pension age increase 2026–2046

Source: Office for National Statistics⁵



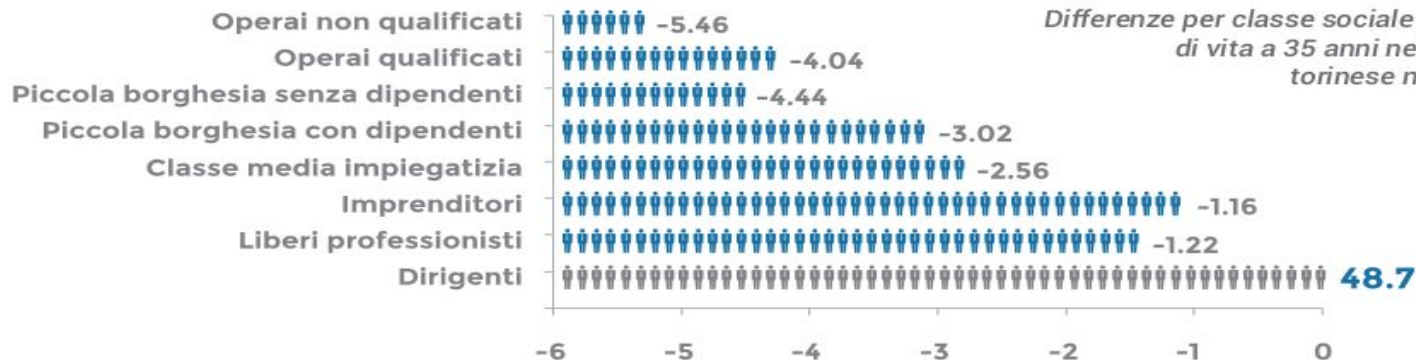
Lavoro e aspettativa di vita

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 - e in buona parte - dalle condizioni di vita in cui gli individui nascono, crescono, vivono, lavorano ed invecchiano.



5 ANNI E MEZZO

è la differenza nella speranza di vita tra operaio e dirigente



Lavoro e mortalità

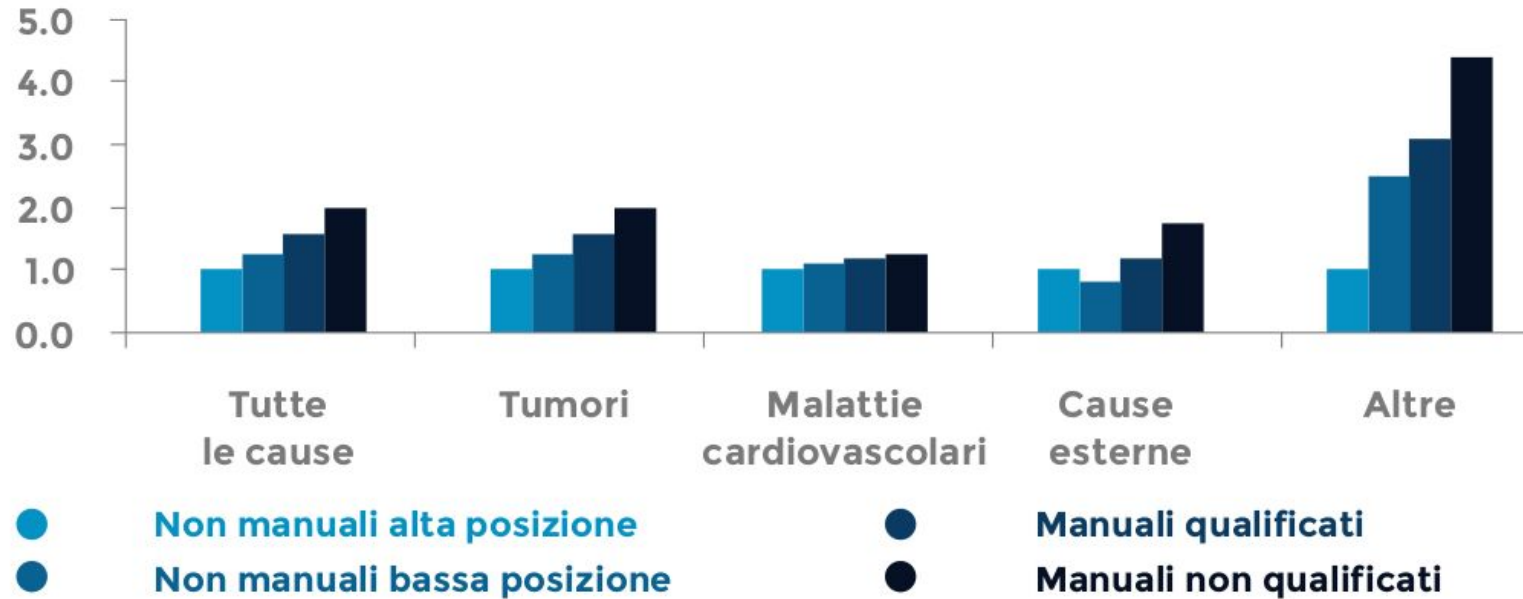
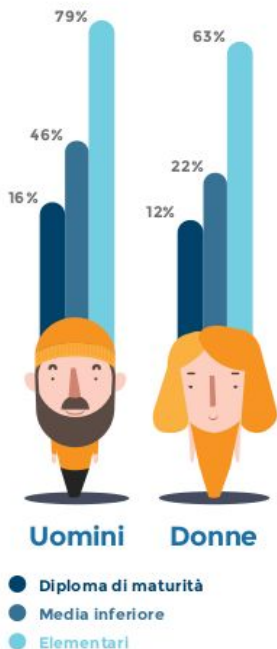


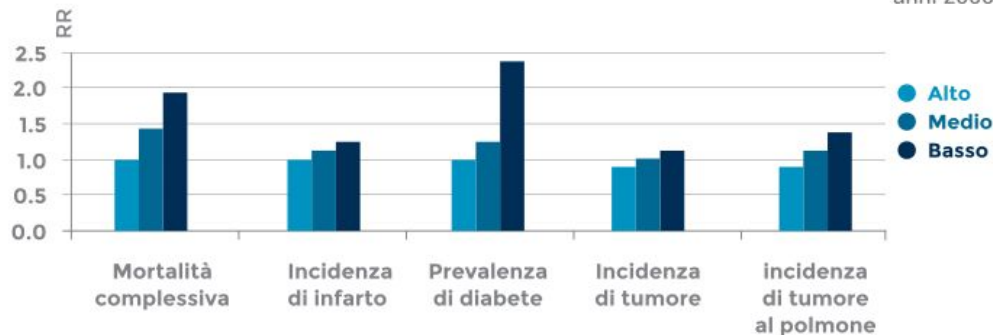
Figura 3. Rischi relativi di morte per tipologia di lavoro e per varie cause nella popolazione maschile torinese.

Istruzione e salute

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



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.



Mortalità e 'traiettorie occupazionali'

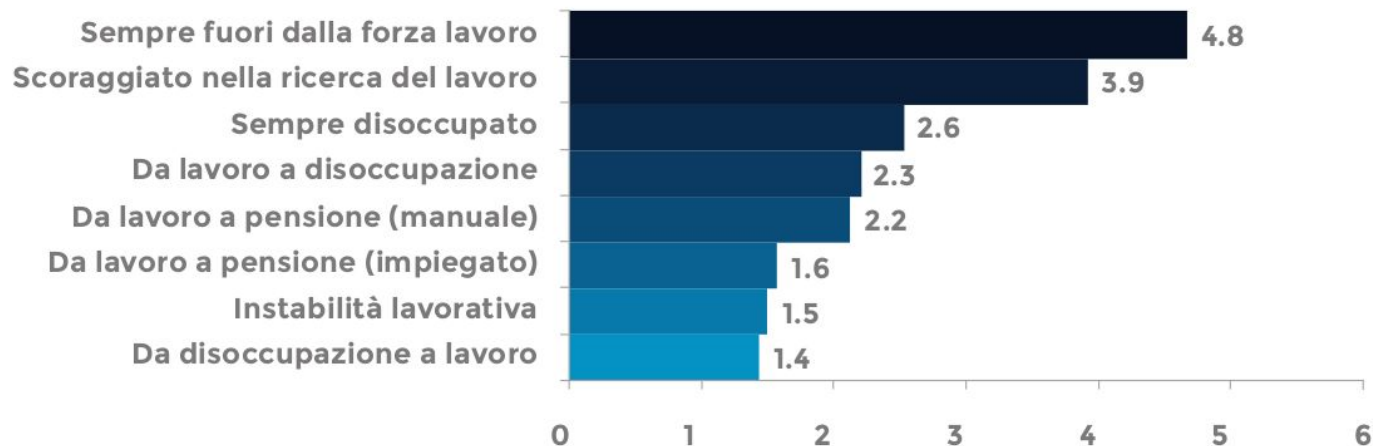


Figura 1. Rischi relativi di mortalità, standardizzati per età, secondo le traiettorie occupazionali tra il 1971 e il 1991 (categoria di riferimento: sempre occupati) tra gli uomini a Torino, 1991-96.





- Le **persone meno istruite di sesso maschile** mostrano una speranza di vita alla nascita **inferiore di 3 anni** rispetto alle persone più istruite; nelle **regioni del Sud**, indipendentemente dal livello di istruzione, i residenti perdono **un ulteriore anno** di speranza di vita. Le disuguaglianze sociali nella mortalità sono presenti in tutte le regioni, ma sono più marcate in quelle più povere del Mezzogiorno.
- Le **differenze geografiche**, al netto delle differenti strutture della popolazione per età e titolo di studio, producono **differenziali di mortalità per tutte le cause da -15% a +30% nelle donne e da -13% a +26% negli uomini**, rispetto alla media nazionale.
- Si osserva un **netto gradiente di mortalità con eccesso al Sud per le malattie cardiovascolari**, dove vi sono aree in cui la mortalità tra i più istruiti è superiore a quella dei meno istruiti residenti in alcune aree del Nord. Al contrario, **il gradiente è da Sud a Nord per la causa «Tutti i tumori» e per la maggior parte delle singole sedi tumorali**.
- In Italia, la **mortalità per tutte le cause attribuibili al basso livello d'istruzione**, al netto della struttura della popolazione per età, è del **13,4%** nelle donne e del **18,3%** negli uomini.

Disuguaglianze in salute

“Quale che sia l'indicatore di **posizione sociale** impiegato - *l'istruzione, la classe sociale, le caratteristiche dell'abitazione* - il **rischio di mortalità** cresce in ragione inversa delle risorse sociali di cui gli individui dispongono.”

G. Costa, M. Cardano, M. Demaria, Torino, storie di salute in una grande città. Città di Torino, Ufficio di statistica, Osservatorio socioeconomico torinese, 1998.



*



Commission on
Social Determinants of Health

Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT



Commission on
Social Determinants of Health

Closing the gap in a generation

Health equity through action on
the social determinants of health



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Dove le sistematiche differenze in salute sono considerate **evitabili** mediante interventi ragionevoli, esse sono, semplicemente, **ingiuste**. È ciò che chiamiamo iniquità in salute. Raddrizzare queste iniquità – le immense e rimediabili differenze in salute tra paesi e all'interno dei paesi – è una questione di giustizia sociale. Ridurre le iniquità in salute è, per la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute, un imperativo etico.



Questa iniqua distribuzione non è un fenomeno
“naturale”, ma il risultato di politiche che
privilegiano gli interessi di alcuni su quelli di altri –
troppo spesso quelli di una ricca e potente
minoranza sugli interessi di una maggioranza
privata di potere. **L’ingiustizia sociale sta uccidendo
persone su larga scala.**



DARK
COLUMBIA
DAILY TRIBUNE
CAGLECARICONS.COM
47

CPA07

WELL, I
LEFT YOU
HALF!

WHAT ARE YOU,
GREEDY?



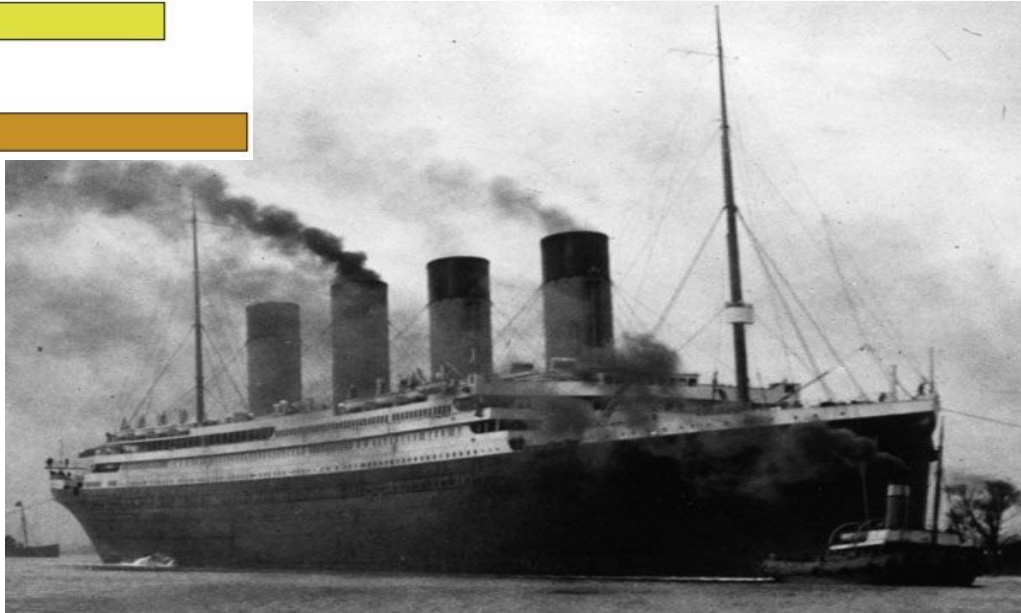
TITANIC: mortalità dei passeggeri secondo la classe di imbarco

CLASSE

I 40%

II 58%

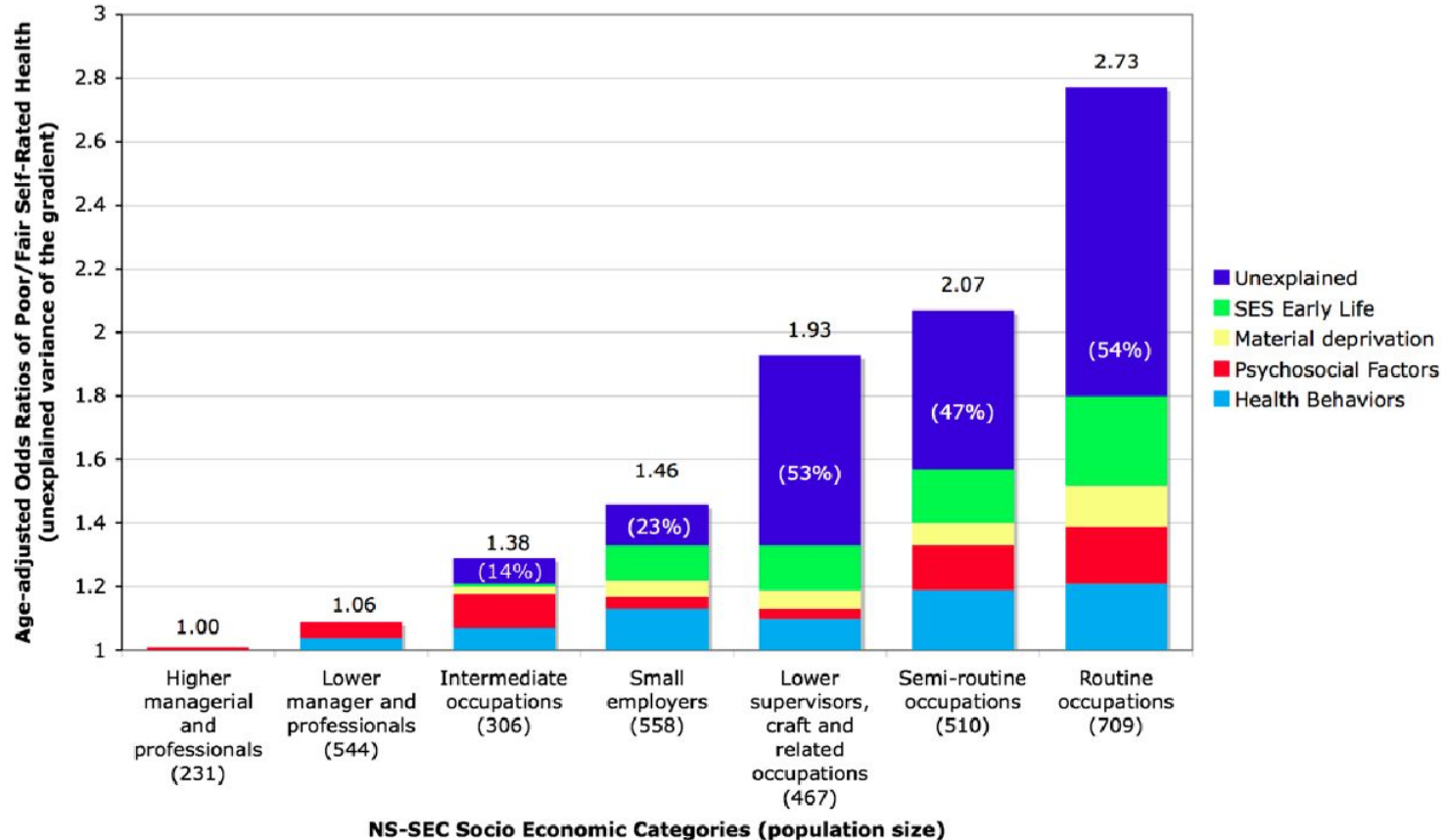
III 86%



Perché?



Gradiente socioeconomico di salute



Data Source: Health Determinants Surveillance System (HDSS), 2003.

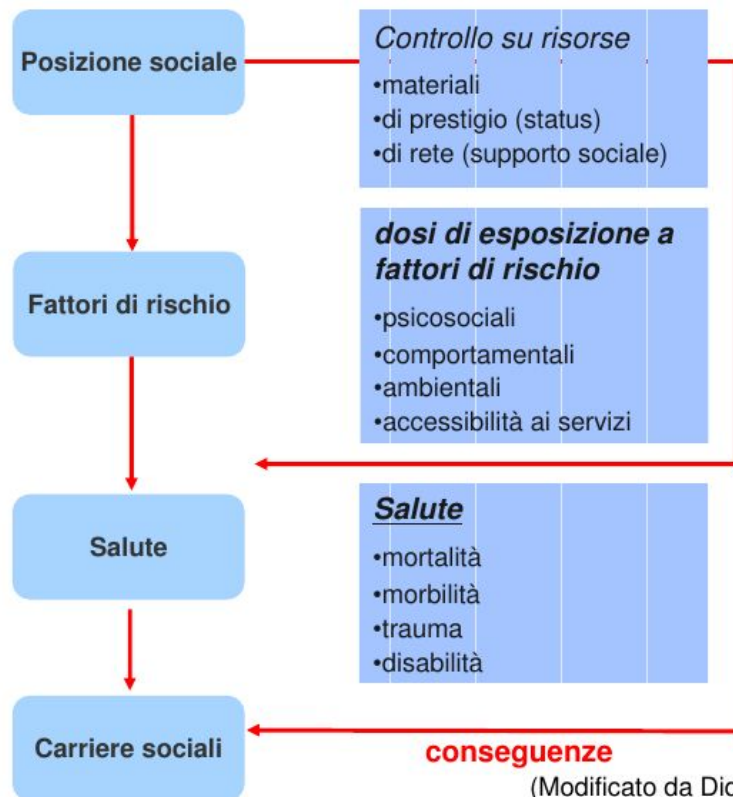




“Si tratta di sostituire un pensiero che separa e riduce con un pensiero che distingue e collega.” (E. Morin)



Posizione sociale e salute



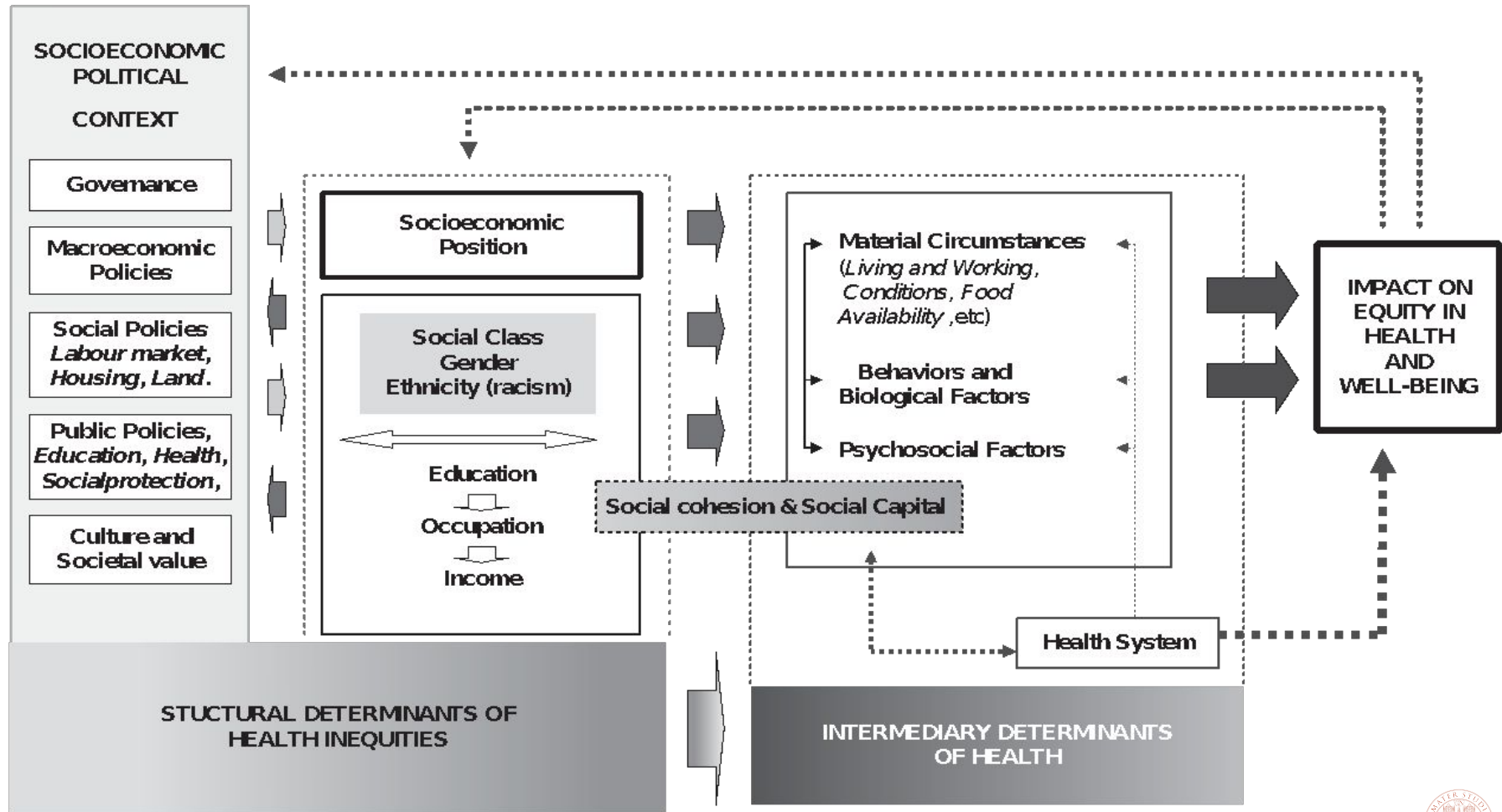
(Modificato da Diderichsen et al. 2001)

Life-course perspective

Socio-economic conditions act upon individuals' health status even at a distance in time. There is a described association between socio-economic conditions in early childhood and mortality in adulthood.

(D. Kuh et al., *BMJ* 2002; 325:1076-80)





Source: [CSDH, WHO, 2010](#)



Eco-social theory (2008)

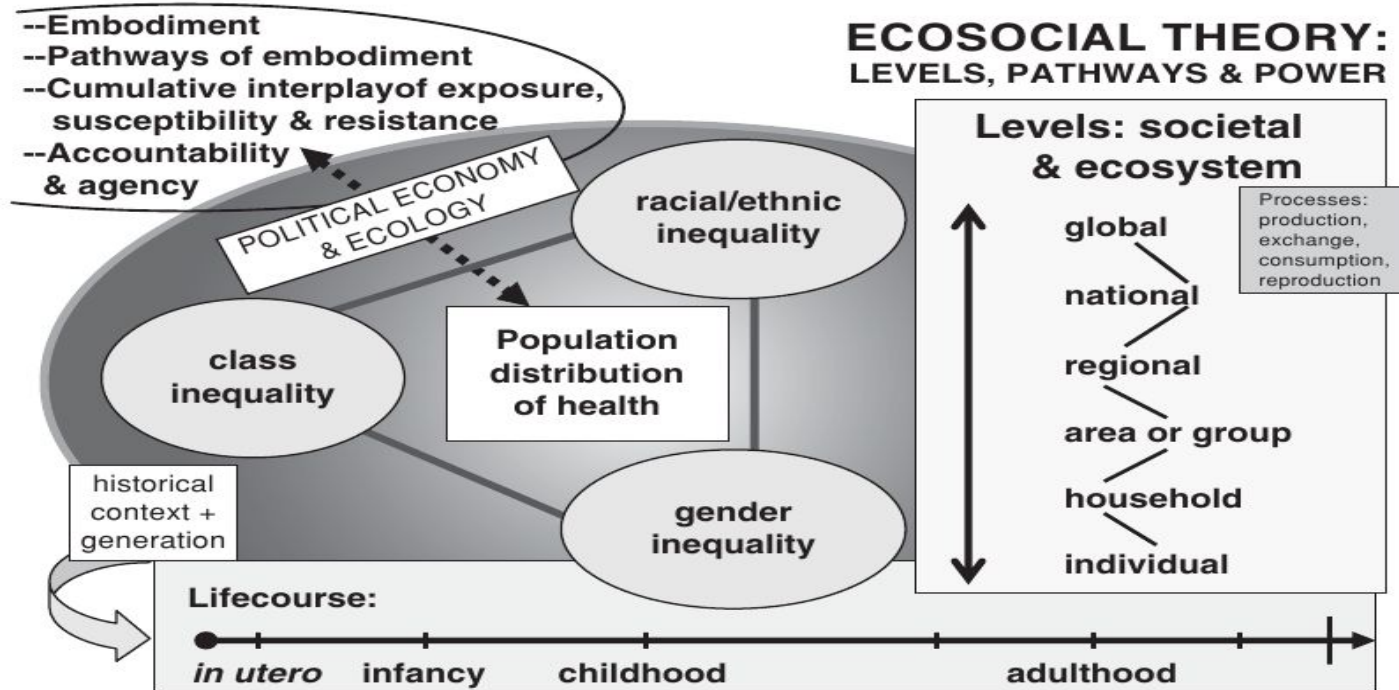


Figure 7-1. Ecosocial theory and embodying inequality: core constructs. (Krieger, 1994; Krieger, 2008a)

10 tips for staying healthy

1. Don't smoke. If you can, stop. If you can't, cut down.	1. Don't be poor. If you can, stop. If you can't, try not to be poor for long.
2. Follow a balanced diet with plenty of fruit and vegetables.	2. Don't have poor parents.
3. Keep physically active.	3. Own a car.
4. Manage stress by, for example, talking things through and making time to relax.	4. Don't work in a stressful, low paid manual job.
5. If you drink alcohol, do so in moderation.	5. Don't live in damp, low quality housing.
6. Cover up in the sun, and protect children from sunburn.	6. Be able to afford to go on a foreign holiday and sunbathe.
7. Practise safer sex.	7. Practice not losing your job and don't become unemployed.
8. Take up cancer screening opportunities.	8. Take up all benefits you are entitled to, if you are unemployed, retired or sick or disabled.
9. Be safe on the roads: follow the Highway Code.	9. Don't live next to a busy major road or near a polluting factory.
10. Learn the First Aid ABC: airways, breathing, circulation.	10. Learn how to fill in the complex housing benefit/asylum application forms before you become homeless and destitute.

The Commission's overarching recommendations

1 Improve Daily Living Conditions

Improve the well-being of girls and women and the circumstances in which their children are born, put major emphasis on early child development and education for girls and boys, improve living and working conditions and create social protection policy supportive of all, and create conditions for a flourishing older life. Policies to achieve these goals will involve civil society, governments, and global institutions.

2 Tackle the Inequitable Distribution of Power, Money, and Resources

In order to address health inequities, and inequitable conditions of daily living, it is necessary to address inequities – such as those between men and women – in the way society is organized. This requires a strong public sector that is committed, capable, and adequately financed. To achieve that requires more than strengthened government – it requires strengthened governance: legitimacy, space, and support for civil society, for an accountable private sector, and for people across society to agree public interests and reinvest in the value of collective action. In a globalized world, the need for governance dedicated to equity applies equally from the community level to global institutions.

3 Measure and Understand the Problem and Assess the Impact of Action

Acknowledging that there is a problem, and ensuring that health inequity is measured – within countries and globally – is a vital platform for action. National governments and international organizations, supported by WHO, should set up national and global health equity surveillance systems for routine monitoring of health inequity and the social determinants of health and should evaluate the health equity impact of policy and action. Creating the organizational space and capacity to act effectively on health inequity requires investment in training of policy-makers and health practitioners and public understanding of social determinants of health. It also requires a stronger focus on social determinants in public health research.



Che fare? Politiche di salute

- Analizzare lo stato di salute e di accesso ai servizi di salute usando una **lente di equità**
- Agire sui **determinanti primari**, cioè più a monte, delle disuguaglianze e delle iniquità
- Investire su un'**offerta equa**, ma anche sulla **domanda** di servizi
- Investire nei **periodi di maggiore vulnerabilità** lungo il corso della vita
- Investire nelle **malattie della povertà**
- Investire nei **gruppi sociali più esposti a marginalizzazione sociale**
- Assicurare l'accesso a **cure di qualità**
- Usare **obiettivi e indicatori di equità**

“The primary determinants of disease are mainly economic and social, and therefore its remedies must also be economic and social. Medicine and politics cannot and should not be kept apart”.

Geoffrey Rose

“The strategy of preventive medicine”, 1992.

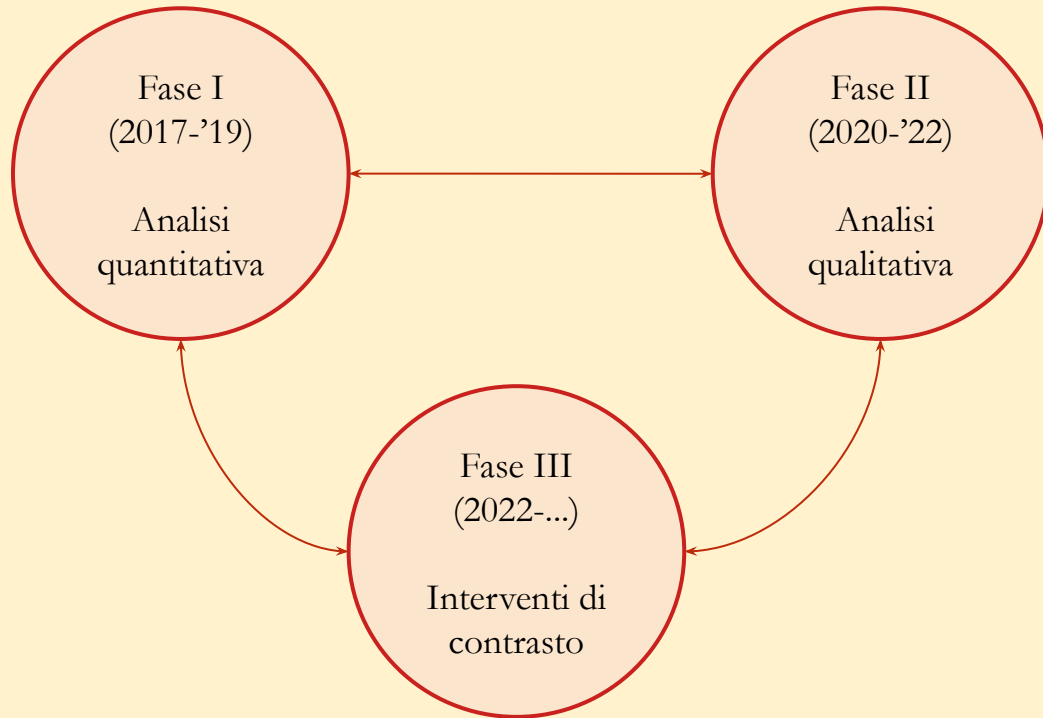


“L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna”

- Progetto iniziato ‘**dal basso**’ per iniziativa dell’associazione Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI-APS) e del Dipartimento di Sanità Pubblica dell’AUSL di Bologna, sulla scorta di un’esperienza pilota a Pescaraola;
- Seguendo l’approccio della **ricerca-azione**, e la necessità di un coinvolgimento precoce di attori istituzionali con un ruolo sulle dinamiche oggetto di studio, coinvolgimento dell’Università e del Comune di Bologna;
- Attualmente, il progetto fa capo al **Tavolo di Promozione della Salute**, ed è retto da una convenzione, con relativo cofinanziamento, tra il Dipartimento di Storia Culture Civiltà (DiSCi) dell’Università di Bologna, il Comune di Bologna, l’AUSL di Bologna e il Policlinico S.Orsola-Malpighi



Obiettivi e struttura del progetto



Obiettivi

1. Descrivere le differenze negli esiti di salute e nell'accesso ai servizi sociosanitari nelle diverse aree del Comune di Bologna
2. Realizzare, nelle aree a maggiore vulnerabilità e peggiori condizioni di salute, un approfondimento per identificare i determinanti che agiscono a livello territoriale nello sviluppo delle disuguaglianze di salute.
3. Individuare, di concerto con i decisori e la popolazione, proposte di politiche e interventi di contrasto alle disuguaglianze e promozione della salute e dell'equità.
4. Verificare la possibilità di un sistema di sorveglianza a partire dai dati correnti.



Caratteristiche principali

Metodologie quali-quantitative

Gruppo di lavoro misto (sanità pubblica, antropologia medica, epidemiologia, statistica)

Ricerca-azione

Lavoro di concerto con decisori politici e dei Servizi



Fase I: Gli indicatori comunali

Indicatori di fragilità sociale

- % pop. 65 anni che vive sola;
- Ricambio della pop. italiana tra i 20 e i 64 anni;
- Ricambio della pop. extracomunitaria tra 20 e 64 anni;
- % pop. residente straniera tra 0-19 anni sulla pop. tot. tra 0-19 anni;
- % laureati tra 25-44 anni su pop totale tra 25-44 anni;
- % minori in famiglie monogenitoriali sul tot. dei minori;
- % abitazioni non occupate;
- % abitazioni occupate in affitto;
- % contribuenti con reddito inferiore a 11.876 euro;
- % famiglie con reddito medio pro capite inferiore a 12.509 euro.

Indicatori di fragilità demografica

- Variazione % della pop. residente dal 1/1/2011 - 31/12/2015;
- Saldo naturale medio annuo quinquennio 2011-2015;
- Percentuale della popolazione residente con 80 anni e oltre al 31/12/2014.



Indicatori sanitari e metodi

Indicatori sanitari

- Prevalenza diabete;
- Incidenza IMA;
- Incidenza Ictus;
- Incidenza tutti i tumori;
- Fragilità >50%;
- Poliprescrizione farmacologica;
- Accesso PS;
- Accesso PS codici bianchi e verdi;
- Utilizzo specialistica (esclusi esami di lab.);
- Tassi di adesione screening mammella e colon retto.

Metodi

- Tassi standardizzati per sesso ed età di prevalenza, incidenza, utilizzo dei servizi;
- SMR (Standardized Morbidity Ratios): Compara il **numero di casi osservati nella popolazione** in esame con il **numero di casi attesi in essa**, se avesse sperimentato i livelli di mortalità, morbilità e accesso ai servizi della popolazione di riferimento;
- BMR (Bayesian Morbidity Ratio): rappresenta una **stima smoothed** (lisciata) **del rischio relativo (RR)**, e viene preferito al rapporto standardizzato di mortalità (SMR) perché consente di **risolvere eventuali problemi di stabilità nelle stime in aree geografiche piccole o con un numero esiguo di osservazioni**.
- Correlazioni lineari



Alcune considerazioni

- Per quasi tutti gli indicatori esiste un **evidente gradiente nord-sud** e tra centro e le periferie nord ovest ed est;
- Le aree in cui compaiono **maggiori esiti sanitari negativi sono anche le aree con un maggior consumo di prestazioni sanitarie**. Il fenomeno potrebbe essere dovuto sia a possibili **maggiori bisogni** che ad un maggior **uso dei servizi non appropriato/efficace** che ad una inadeguata prevenzione e/o presa in carico della popolazione in campo sociale e sanitario;
- Le aree con indici peggiori tendono ad essere **vicine ad altre aree che appaiono vulnerabili** (cluster);
- Interventi in grado di migliorare le condizioni di salute nelle aree più vulnerabili potrebbero anche **ridurre il consumo di risorse sanitarie**.



Fase 2 (2020-2022)

Ricerca di stampo etnografico-qualitativo in 6 aree della città

Come sono state scelte?

Con che metodi abbiamo lavorato?



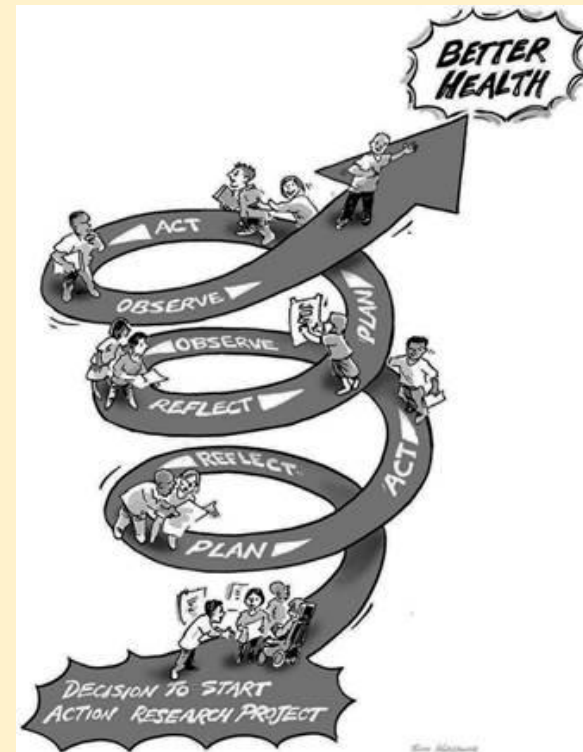
Ricerca-azione

Epistemologia → Ribalta approccio positivista

Relazione tra conoscenza e cambiamento → trasformazione del reale

Partecipazione → conflitto

Trasponibile MA contestuale → rischio di autoreferenzialità

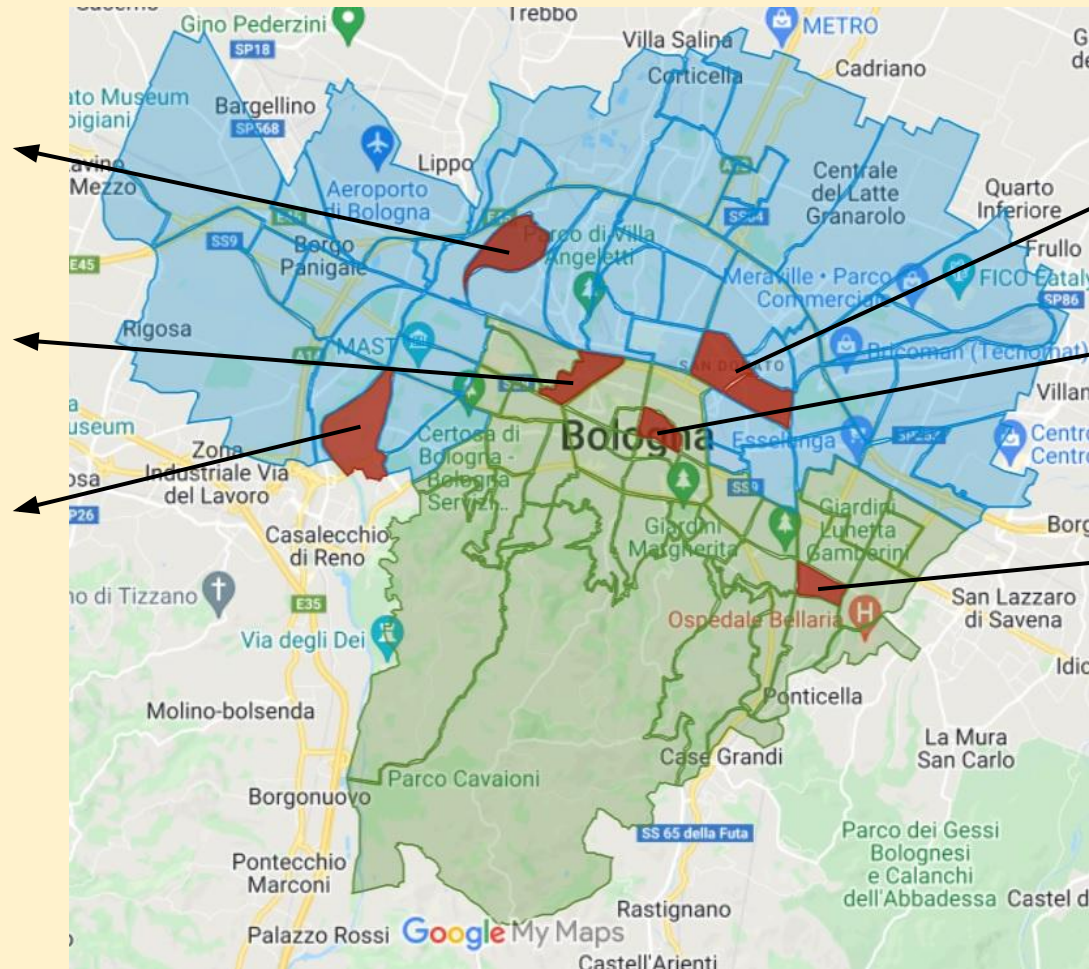


Aree di ricerca

Pescarola
Navile

Zanardi
Porto-Saragozza

Villaggio della Barca
Borgo-Panigale Reno



Via del Lavoro, Via Mondo
San Donato San Vitale

Irnerio 1
Santo Stefano

Cavedone
Savena



Domande di ricerca

1. Quali **determinanti sociali** intervengono a livello locale sulla salute e in che modo?
2. Come si configura il **lavoro dei servizi** e di altre realtà locali sul territorio?
 - a. integrazione, lettura bisogni, criticità
3. Sono presenti **dispositivi di partecipazione** e coinvolgimento degli/lle abitanti?
4. Come è intervenuta la **pandemia**?

Capitale sociale

→ «La somma delle risorse, attuali e virtuali, che fanno capo a un individuo o a un gruppo in quanto questo possiede una rete durevole di relazioni, conoscenze e reciproche riconoscenze più o meno istituzionalizzate, e cioè la somma di capitali e poteri che una simile rete permette di mobilitare» (Bourdieu e Wacquant, 1992, 87)



Determinanti Sociali della Salute

SDH (alcuni esempi)

Istituzioni

- servizi socio-sanitari non prossimi
- trasporto pubblico carente
- welfare trap
- burocratizzazione

Vita e lavoro

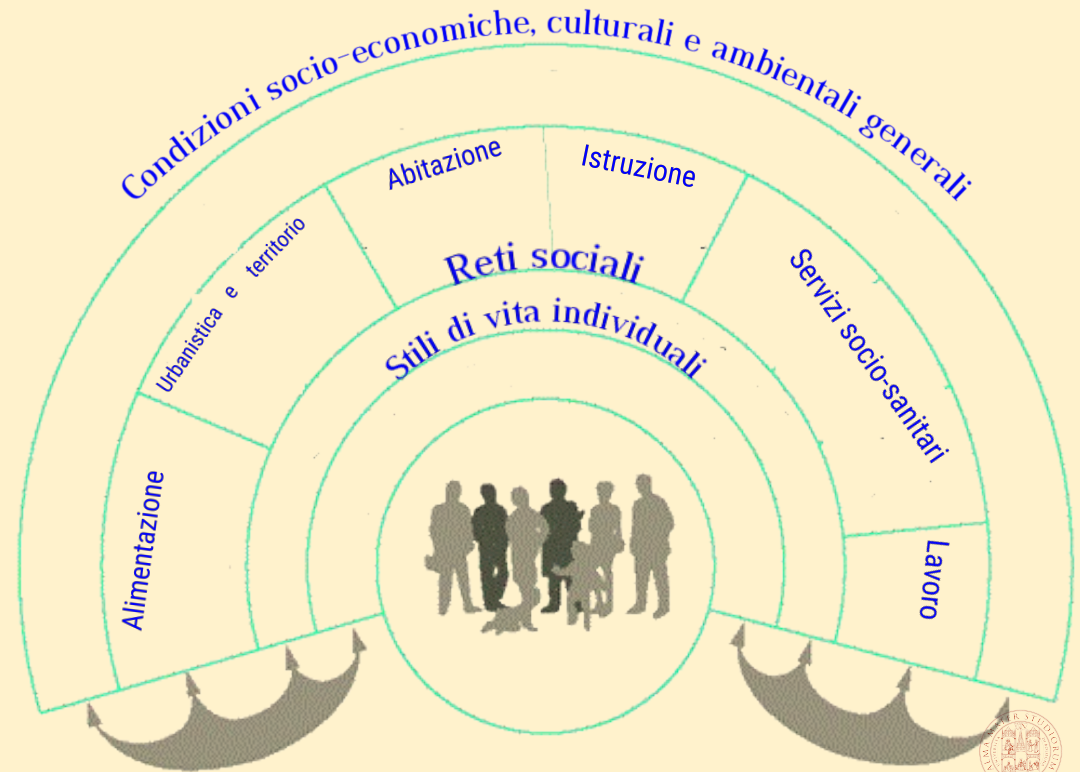
- povertà economica
- ghettizzazione (ERP)
- carenza di luoghi di aggregazione

Reti Sociali

- solitudine e isolamento
- razzismo

Stili di vita individuali

- disturbi di accumulo
- alimentazione poco sana



I sintomi delle disuguaglianze: povertà educativa in un quartiere di Bologna



Analizzare un quartiere

Il quartiere è da considerarsi *un'unità analitica con una significatività propria di tipo socio-spaziale*

“Effetto area”: impatto diretto o indiretto che il vivere in un determinato quartiere può avere sullo stato di salute di una persona

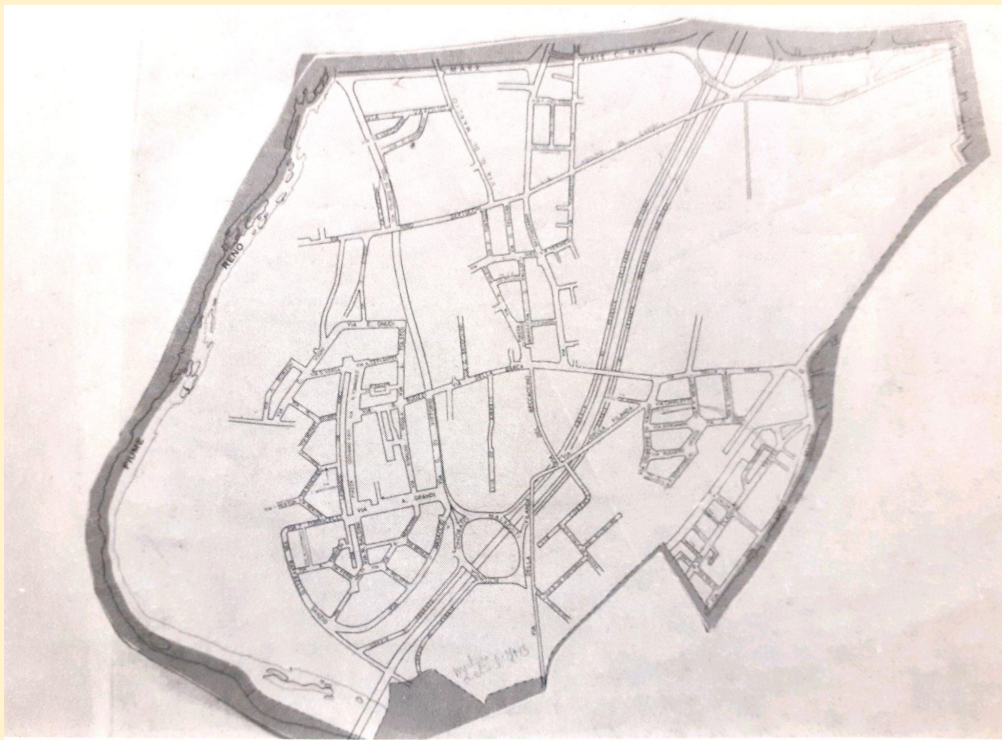
Quattro fattori principali:

- **capitale sociale**
- **risorse istituzionali**
- **efficacia collettiva**
- **attività routinarie**





Il “Barca”





La barca e
l'ultimo
traghettatore:
«Gustaun».



Le fonti scritte:

“Storie di una quartiere senza storia: ‘il Barca’” (Neri & Ratini, 1993)

«...Di questa mancanza di radici storiche, dello sbandamento dovuto ai cambiamenti mal assorbiti, trovavamo continuamente i segni nei nostri allievi. Quale insegnamento storico avremmo potuto proporre loro?»

Raccolta interventi ciclostilati, **ricerca-intervento sulla condizione giovanile a Barca** (1982), “Progetto Giovani”, prof. Capecchi e Adele Pesce.



1958: Approvato piano regolatore del 1955 che destina una vasta area del quartiere ad una delle più importanti espansioni urbane di quegli anni: **il villaggio costruito dal “Comitato di coordinamento per l’edilizia popolare” (CEP)**. Presenza statale che persegue l’attuazione del piano INA-casa, ovvero il piano varato con la legge n.43 del 1949 (“Provvedimenti per incrementare l’occupazione operaia, agevolando la costruzione di case”)

1962: Inaugurazione del **Villaggio della Barca**. L'emergenza architettonica più caratteristica è un lunghissimo edificio a due piani, destinato ad abitazioni e negozi, che sarà chiamato **"il Treno"**.









Riflessioni dalle fonti:

Se **errore** c'è stato, e c'è stato, sembra essere **urbanistico e non architettonico**. Non la composizione spaziale è errata, quindi, ma l'ubicazione e non casualmente. Quartieri come il Barca, come il nuovo Borgo Panigale, come le due Madonne e, più tardi, il Pilastro sono, per così dire, le **mosche cocchiere della speculazione edilizia**. **Fra il Barca e la città era campagna**. Allora si urbanizza tutto il territorio (si portano, cioè, acqua, luce, gas e servizi vari) e avranno **diverso e più alto valore i quartieri di nuova costruzione nella fascia intermedia**, edificati, stavolta, da privati, **su terreno già urbanizzato dalla cosa pubblica**.

Negli anni '60 il Barca venne completato da interventi delle cooperative di abitazione e questo permise di evitare in grande parte la ghettizzazione del quartiere. (Neri e Ratini, 1993)

Un'altra questione che andrebbe meglio analizzata è relativa al tipo di progetto urbanistico che dà vita ai nuovi quartieri periferici degli ultimi decenni. Il caso della Barca da questo punto di vista è **esemplare**: il coinvolgimento di alcuni tra i più validi architetti ed urbanisti del momento, la loro significativa collaborazione con l'amministrazione comunale, con gli istituti di edilizia sovvenzionata, sono elementi che forse definiscono una **cultura urbanistica**, e più generalmente una politica della città, **che organizza l'emarginazione sociale nelle aree periferiche** non più attraverso la casualità della crescita caotica e incontrollata, ma piuttosto **attraverso la consapevolezza di un intervento urbanistico ambizioso e ben definito**.

(Alaimo et alii, 1982)



Il tavolo multiservizio di Barca

Partecipanti:

- **Servizi Educativi e Scolastici Territoriali (SEST)**
- **Servizi Sociali Territoriali (SST)**
- **Ufficio Reti e lavoro di comunità (UR)**
- **Comune di Bologna**
- **Casa della Salute di Borgo Panigale-Reno (CdS)**
- **Fondazione Innovazione Urbana (FIU)**



Il focus giovani

Il dato demografico:

- **leggera sovra-rappresentazione di bambini e giovanissimi nella fascia di età 0-18 anni**, pari al 18% del totale della popolazione residente rispetto al 15% bolognese
- **sovra-rappresentazione dei residenti stranieri nella fascia d'età 0-19 anni del 27,1%** rispetto a una media del 21,8% bolognese a dicembre 2016

Le problematiche riportate:

- aumento del consumo di sostanze sin dai 12-13 anni
- alcuni casi di gravidanze precoci
- dipendenze da dispositivi elettronici
- alta dispersione scolastica
- contesti familiari problematici
- microcriminalità



Ricerca qualitativa con le realtà del territorio

Ricerca qualitativa, osservazione del contesto soprattutto attraverso uscite con educatori/rici di strada tra il 2020 e il 2021.

Educativa di strada

CAV

Doposcuola e progetto antidispersione delle Dozza

Buone pratiche

- prossimità
- approccio non giudicante
- capacitazione



Linguaggio
biomedico adottato
dall'ambito sociale:

“riduzione del danno”

Educatori ed educatrici
sono consapevoli che il
loro intervento non è
risolutivo



“Dove sono finiti tutti gli altri?”



Segregazione residenziale...

- **Cause endogene** (reddito, caratteristiche individuali che spingono a precise scelte abitative)
- **Cause esogene** (politiche pubbliche, andamento mercato immobiliare, ruolo dell'edilizia popolare pubblica)

Nel contesto bolognese livelli di segregazione significativi secondo **logiche socio-economiche**, più che etnico-culturali



«Questo è un discorso che qua va avanti, anche come parrocchia, già tanti anni fa, già prima che io arrivassi, **si è sempre cercato un po' di ricordare alle istituzioni dicendo: “attenzione che la possibilità ghetto esiste alla Barca”,** ma non perché venga gente brutta e cattiva, ma **perché se metti assieme tante persone in difficoltà è facile poi ghettizzare»**



... e segregazione scolastica

Perché avete scelto le Dozza?

« Perché erano le più vicine!»

«Uno: **scuola vicina**; due: **non conoscevo altre scuole medie**; tre: i miei non conoscevano altre scuole medie; quattro: mia mamma aveva fatto le Dozza»

Tua madre ha fatto le Dozza?

«Sì, perché quando si è trasferita ha preso la licenza media alle Dozza...»





In un sistema scolastico come quello italiano dove **la scelta della scuola non è vincolata da presupposti di residenzialità**, le scuole pubbliche concorrono tra di loro per avere un maggior numero di iscrizioni e quindi di finanziamenti. Ciò può comportare:

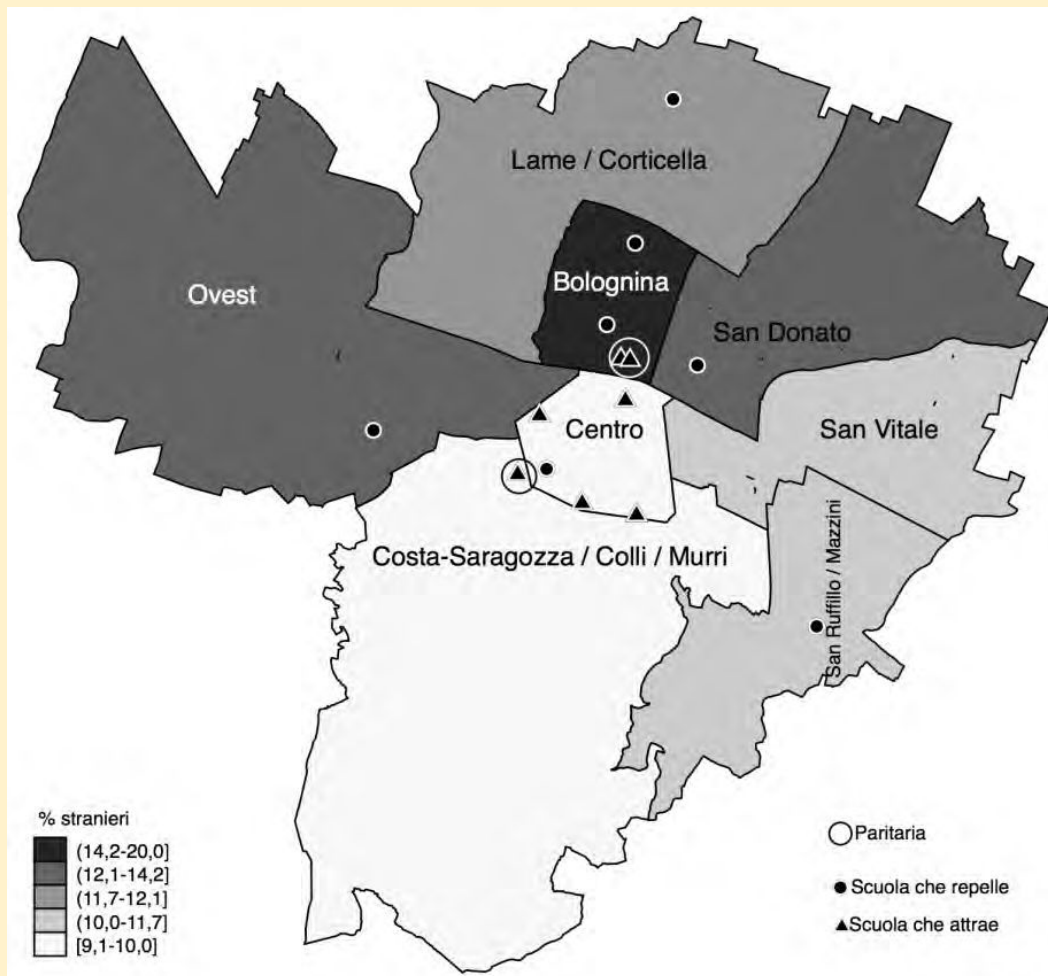
- che alcune scuole vengano evitate
- che si compiano sforzi per modificare collettivamente la composizione di una scuola
- che le famiglie più agiate si spostino da ambienti urbani percepiti come “rischiosi” verso zone residenziali in cui si trovano scuole più rinomate.



«Le Dozza in linea di massima vengono viste un po' come **scuola di periferia**, una scuola difficile, una scuola dove i ragazzi poi alla fine vengono mandati avanti a calci nel sedere pur di mandarli fuori, perché altrimenti **rischiano di invecchiare lì dentro**. Cioè, la maggior parte dei ragazzi sono così e sono visti così.»



Interstizi scolastici : la prossimità
residenza-scuola fra gli alunni di origine
immigrata a Bologna, in [Sociologia
urbana e rurale : XL, 117, 2018]



Da cosa dipende la cattiva fama del quartiere secondo voi?

«Sicuramente è una cosa radicata nella mentalità del bolognese. Cioè proprio questo quartiere **storicamente è un quartiere popolare**, prima lo era per i meridionali che venivano al Nord a lavorare, adesso per gli immigrati. È sempre stato **visto come un quartiere di periferia**. Banalmente, **da una strada all'altra cambia anche il prezzo materiale dell'affitto e della casa in vendita**. Basta una strada per dividere la percezione del benessere dal malessere.»

Stigmatizzazione territoriale come una forma consequenziale e dannosa di azione mediante una narrazione fissa attribuita a un luogo (Wacquant et al., 2014)



A volte parlando con giovani della zona ho avuto la sensazione che avessero una cattiva percezione di sé, tipo non sentirsi in grado di iscriversi al liceo...

«Sì, forse **avrà frequentato il liceo uno in dieci anni che siamo qua**. Sì... Un po' sono le famiglie stesse che provano a spingere per **scuole magari meno costose o che comunque possano dare un impiego subito**, e un po' sono loro stessi che... Mi viene in mente il ragazzino di cui parlavamo prima, **la mamma non è stata bene** e lui l'unica cosa che dice da un anno a questa parte è **“io voglio fare una scuola che mi faccia trovare lavoro e mi faccia guadagnare in fretta”**. Quindi generalmente si rivolgono verso istituti professionali e comunque sì, con molta fatica»



Nell'orientamento per il **passaggio dalle medie alle superiori** possono subentrare nelle valutazioni dei docenti elementi che non afferiscono alle competenze individuali, ma piuttosto al **contesto socioeconomico di provenienza**, riproducendo inevitabilmente **disuguaglianze** e **marginalizzazione sociale** (Romito, 2014).

«I consigli orientativi della scuola generalmente **non tengono proprio molto conto dell'individualità del ragazzo, ma più della media statistica**: se hai 6 in storia dell'arte, piuttosto che 4 in tutte le altre materie, ti consigliamo un professionale grafico. Tendenzialmente il consiglio orientativo viene fatto così»



«...Due anni fa parlando con una ragazzina che aveva appena finito le medie qua nel quartiere e aveva iniziato, stava iniziando le superiori, lei stessa mi... Era andata al liceo no? E mi riportava questa cosa, che diceva: "io fino ad adesso ho avuto soprattutto alle elementari, ma anche alle medie, tanti compagni di classe di tanti paesi diversi, ma adesso non è così: **al liceo siamo molti più italiani**". E questo è un problema, perché... **Dove sono finiti tutti gli altri?**»





«Basta vederli un paio di mesi dopo, **alla fine dell'attività con noi, al parco, e già sono cambiati.** Hanno bisogno di **figure di riferimento costanti.** Soprattutto quest'anno i ragazzi dell'anno scorso, che purtroppo abbiamo abban... mi verrebbe da dire abbandonati ma non è un abbandono il nostro, io che vivo nel quartiere e che adesso magari **mi trovo ad incrociarli per strada, vedo il frutto del nostro lavoro che è stato spezzato.** Cioè il nostro lavoro è stato rotto a metà con questi ragazzi e adesso abbiamo perso un po' quello che... **Mi viene anche un po' di magone** [ride nervosamente]»



«Ovvio che un intervento educativo, soprattutto in situazioni in cui **il disagio è radicato**, passatemi il termine, stratificato proprio **da generazioni**, perché spesso ci troviamo di fronte a questa *stratificazione di disagio*, e non è così semplice smantellarlo questo disagio. Il lavoro è lunghissimo, il lavoro educativo soprattutto in questo campo, cioè sono piccole gocce che arrivano. Il fatto che una ragazzina mi abbia chiesto **“voglio andare allo Spazio Giovani, perché non voglio abortire per la seconda volta e non voglio che sia un anticoncezionale l’aborto”**, tu dici, cavolo, stiamo lavorando bene, quello che stiamo comunicando a questi ragazzi, o cercando di far passare sta attecchendo»

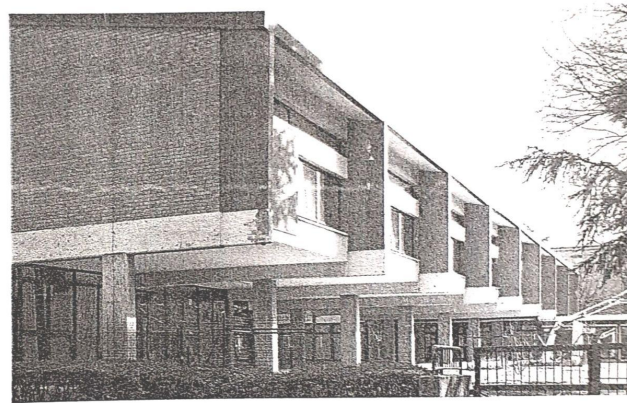


Una scuola colorata

*Inaugurazione della scuola
(foto di A. Felicori)*



Uscita dalla scuola (archivio A. Felicori)



*Inquadratura del fabbricato scolastico che evidenzia l'originale
elevazione del corpo delle aule poste a ponente.*



Questa diversità, che si ritrova in tutta la fascia della scuola dell'obbligo ci ha portato a consolidare la nostra sensazione circa l'esistenza, all'interno della Barca, di **una zona di emarginazione costretta ad un percorso che dalle elementari si trascina fino alla scuola media**, e anche se l'istituzione in qualche modo protegge questo percorso, si tratta sempre di una **forma di assistenza che non incide sull'emarginazione stessa, anzi, rischia di renderla ancora più grave quando, terminata la scuola, i ragazzi di questa zona si troveranno a non avere più neanche questa forma di protezione**. Ci ha detto un insegnante della scuola Certani: "Il fatto è che **finché sono dentro la fascia dell'obbligo, questi ragazzi sono 'coperti'**, perché i casi di bambini problematici sono bene o male seguiti dall'istituzione: perché di inverno funziona la scuola e d'estate ci sono i campi solari. **È dopo la media che il discorso si fa più difficile e penoso perché questi ragazzi si trovano sulla strada**, perché difficilmente vanno alle superiori, e non c'è niente da fare, c'è solo il bar"



Al posto di interventi strutturali, la tendenza da molti decenni a questa parte è stata l'**adozione di politiche capaci soltanto di mitigare i sintomi delle patologie sociali, economiche, culturali e biomediche prodotte dalle disuguaglianze** su scala nazionale, regionale e persino locale, come dimostra il caso del Villaggio della Barca.



Includere i **determinanti sociali** nello studio delle disuguaglianze in salute vuol dire adottare quindi una prospettiva ampia sulle condizioni di vita delle comunità, individuando **connessioni altrimenti difficili da esplorare tra il livello locale e quello globale.**





Grazie!

“To do nothing is as much a political decision as to challenge an issue head-on”.

Delamothe T., 2002

Chiara Bodini – chiara.bodini@unibo.it

Valerio D'Avanzo – valerio.davanzo@studenti.unibo.it

Matteo Valoncini – matteo.valoncini2@unibo.it

