

Le città ingiuste. Determinanti sociali della salute e città

Unfair city. Social determinants of health and city



A. Chiambretti¹

Corresponding author
resp.diabetologia@aslto4.piemonte.it

ABSTRACT

The elements that determine social and economic position, such as education, employment, income, ethnicity, gender, are the most powerful determinants of population health in modern societies. Development, industrialization, globalization and urbanization affect the destiny of health based on the social position one has and the context in which one lives and the unequal distribution of money, power and resources is the ultimate and structural cause of the current, increasing, inequalities in health, with a social gradient of health present in all the countries of the world and which concerns all human beings, linked not only to poverty or wealth but to inequalities of the possibility of being, of doing, and of having control over one's own life. Cities are a lens that magnifies or decreases other social determinants of health. The rapid, unplanned and ubiquitous urbanization creates social stratification and becomes itself a structural determinant of health on a triple front: communicable diseases, non-communicable diseases (the new urban epidemic) and physical injuries. Cities offer both the best environment and the worst for health and well-being: multiple determinants converge and positive and negative influences tend to cluster according to the specific neighborhood or "place" within the city, with an unequal distribution of possibilities and consensual inequality in the distribution of health and life expectancy. In the megalopolises of the southern hemisphere as well as in the cities of the most developed countries – where half of humanity lives – what most compromises health is exclusion, not only distance from infrastructures and services, from the attributes of urban life privilege of the minority: political voice, adequate houses, security and guarantees

of law, adequate transport, healthy food, work and decent income, access to goods and services and credits, in short all that determines full citizenship. But being the places made by human beings, the settings can also be modified, improved and transformed and the cities can become an opportunity to achieve equity in health and to give meaning to the words solidarity, social cohesion and justice.

Key words Social determinants, Health determinants, Urbanization, Inequality, Equity.

SINOSI

Gli elementi che determinano la posizione sociale ed economica, come istruzione, occupazione, reddito, etnia, genere, sono i determinanti più potenti della salute della popolazione nelle società moderne. Sviluppo, industrializzazione, globalizzazione e urbanizzazione incidono sul destino di salute in base alla posizione sociale che si ha e al contesto in cui si vive e l'inequiva distribuzione di denaro, potere e risorse è causa ultima e strutturale delle attuali, crescenti, disuguaglianze in salute, con un gradiente sociale della salute presente in tutti i paesi del mondo e che riguarda tutti gli esseri umani, legato non solo a povertà o ricchezza ma a disuguaglianze di possibilità di essere, di fare, e di avere controllo sulla propria vita. Le città sono una lente che ingrandisce o diminuisce gli altri determinanti sociali della salute. La rapida, non pianificata e ubiquitaria urbanizzazione crea stratificazione sociale e diventa essa stessa determinante strutturale di salute su un triplo fronte: malattie trasmissibili, malattie non trasmissibili (la nuova epidemia urbana) e ingiurie fisiche. Le città offrono sia l'ambiente migliore che il peggiore per la salute e il benessere: determinanti multipli convergono e influenze positive e negative tendono a rag-

¹ SS Diabetologia ASL TO 4.

grupparsi in base allo specifico quartiere o “luogo” all’interno della città, con una diseguale distribuzione di possibilità e consensuale diseguaglianza nella distribuzione di salute e aspettativa di vita.

Nelle megalopoli del sud del mondo come nelle città dei paesi più sviluppati – dove vive metà dell’umanità – ciò che maggiormente compromette la salute è l’esclusione, non solo la distanza da infrastrutture e servizi, dagli attributi della vita urbana privilegio della minoranza: voce politica, case adeguate, sicurezza e garanzie di legge, trasporti adeguati, cibo sano, lavoro e reddito dignitoso, accesso a beni e servizi e crediti, in sintesi tutto ciò che determina la piena cittadinanza.

Ma essendo i luoghi fatti dagli esseri umani, le impostazioni possono anche essere modificate, migliorate e trasformate e le città possono diventare un’opportunità per raggiungere equità nella salute e dare significato alle parole solidarietà, coesione sociale e giustizia.

Parole chiave Determinanti sociali, Determinanti di salute, Urbanizzazione, Diseguaglianze, Equità.

Se essere o non essere poveri, poco istruiti, emarginati o discriminati, avere o non avere un lavoro, vivere in una famiglia o soli, essere uomini o essere donne, incidono sulla nostra aspettativa di vita più di ogni altro fattore, geni, “stili di vita” e Servizi Sanitari compresi, e giocano un ruolo di estrema importanza sul rischio di qualunque malattia, escluse quelle genetiche, e sugli outcome di tutte le malattie, comprese quelle genetiche, chi siamo e dove siamo in una città pesa ancora di più.

L’attenzione di ricercatori, epidemiologi e delle organizzazioni internazionali alla complessa interazione tra determinanti sociali e salute, iniziata sul finire degli anni ’70, ha fornito evidenze talmente significative da portare nel 2005 alla creazione da parte della WHO di una Commissione dedicata e nello stesso anno alla Carta di Ottawa che li pone come cruciali nei programmi di salute pubblica: Health in All Policies.

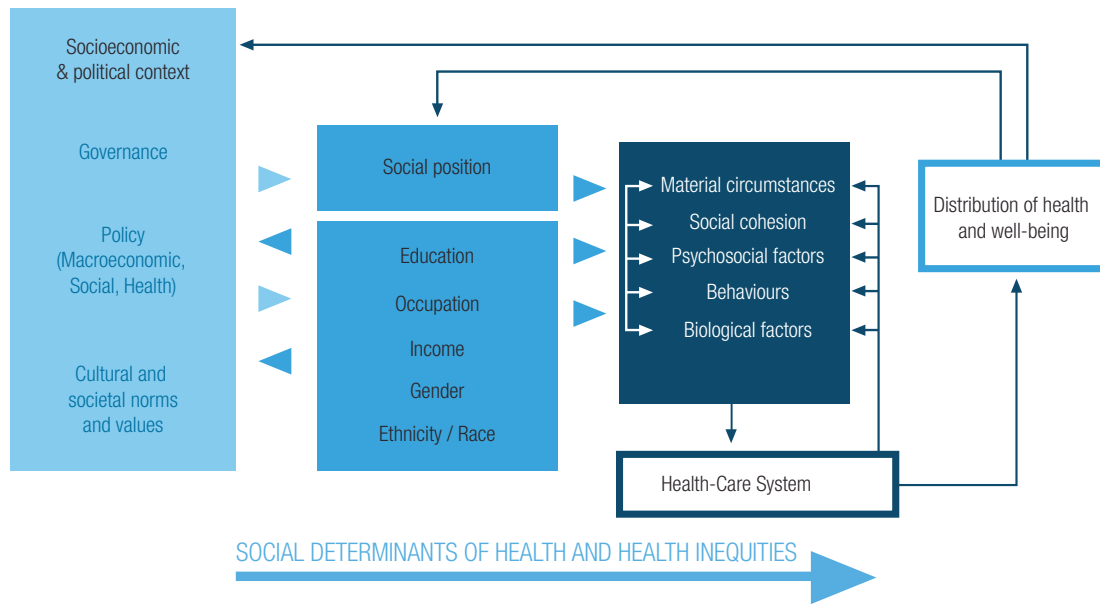
Si è passati dalla ricerca centrata sul ruolo del patrimonio genetico, dell’ambiente genericamente inteso e delle abitudini di vita, alla messa in luce dell’importanza di fenomeni mondiali come il mercato globale, l’urbanizzazione e la transizione nutrizionale; successivamente si è indagato l’aspetto patogeno di **come è** strutturata e gestita **la società** in cui si vive, di come quei macrosistemi si declinano al contesto; e ancora si è compresa l’importanza del livello di esposizione del singolo

individuo e che occorre considerare **contemporaneamente** la società e la **posizione dell’individuo** nella società (senza perdere di vista le cause genetiche e bioumorali con cui i determinanti sociali non sono reciprocamente elusivi, come stanno dimostrando recenti studi sull’effetto dello stress da essi determinato e flogosi, epigenetica, telomeri e invecchiamento cellulare), con la comparsa negli studi scientifici di termini come ceto, reddito, famiglia, istruzione, occupazione, genere, che via via hanno assunto un ruolo sempre più significativo fino a dare alle parole ambiente e contesto il significato di processo globale, sociale e politico che influenza o meglio “determina” la salute.

La Commission on Social Determinants of Health della WHO, che nel 2005 si costituisce ponendosi l’obiettivo di raccogliere e ordinare le evidenze scientifiche, descrivere i legami tra determinanti sociali, ingiustizie sociali e iniquità e stato di salute delle popolazioni, e trasformare il patrimonio di conoscenza ed esperienza acquisito in possibili interventi efficaci e politiche per la salute per i governi di tutto il mondo, ha prodotto, rispettivamente nel 2008 e nel 2010, due straordinari documenti: “Closing the Gap in a generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health” e “Equity, social determinants and public health programs”, chiarendoci in modo inequivocabile ed *evidence based* che **sviluppo, industrializzazione, globalizzazione e urbanizzazione incidono sul destino di salute in base alla posizione sociale che si ha e al contesto in cui si vive**, e portandoci a una visione della salute non semplicemente indirizzata sul comportamento individuale o sull’esposizione al rischio, ma che consideri come il modo di vivere socialmente ed economicamente strutturato di una popolazione influenzi la sua salute (Figura 1 e Box 1).

Vivere nel 2002 in uno dei Paesi più poveri del mondo o in uno di quelli più ricchi significava per un uomo un’aspettativa di vita media di 49 anni verso 77, nello stesso anno vivere nella parte più svantaggiata della contea di Glasgow a Calton o in quella più ricca a Lenzie dava a un uomo un’aspettativa di vita di 54 anni verso 82, la stessa differenza a 7 miglia di distanza di 28 anni che esisteva tra Nord Europa e Cento Africa.

<<In all countries where people are in the social hierarchy affects the conditions in which they born, grow, learn, live, work and age, their vulnerability to ill health and the consequences of ill health>> (WHO, 2005).



Fonte: Modificato da: Solar O., Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on social determinants of health. Geneva, WHO, 2007.

Figura 1 Quadro concettuale della Commissione della WHO sui determinanti social della salute. Da: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on social determinants of health. Geneva, WHO, 2008.

Box 1

I DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE
• Gradienti sociali (scendendo la scala sociale e minore l'aspettativa di vita e più comune la malattia)
• Religione, casta, etnia, tutte le diversità sociali
• Genere
• Disabilità
• Stress (compreso lo stress nel luogo di lavoro)
• Condizioni di occupazione e lavoro
• Disoccupazione e sicurezza sul lavoro
• Reddito e distribuzione del reddito
• Abitazione
• Esclusione sociale
• Reti di supporto sociale/ coesione delle comunità
• Sviluppo della prima infanzia
• Educazione
• Disponibilità di cibi sani
• Insicurezza alimentare
• Disponibilità di trasporti sicuri che consentano una vita attiva
• Servizi sanitari

(WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008)

IL PROBLEMA NON È

SOLO ECONOMICO, MA ETICO

I processi di globalizzazione hanno di fatto fallito nel redistribuire le risorse a livello mondiale, nazionale e locale, portando a una situazione di disuguaglianza senza precedenti nella storia (confermata ancora una volta dai dati del World Economic Forum di Davos 2018, con l'82% dell'incremento di ricchezza globale registrato nell'anno 2017 finito all'1% più ricco della popolazione mentre la metà più povera del mondo - 3,7 miliardi di persone - ha avuto lo 0%) alla base dell'insicurezza, economica e sociale, del mondo in cui viviamo e: "l'iniqua distribuzione di denaro, potere e risorse è causa ultima e strutturale delle attuali, crescenti, disuguaglianze in salute", The Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, 21st October 2011.

I più vulnerabili in occidente diventano uguali alle persone che vivono nei paesi in via di sviluppo e all'interno di questi ultimi il fenomeno si ripercuote seguendo inesorabilmente le diseguaglianze. Naturalmente al di sotto di livelli minimi di sussistenza conta la povertà assoluta, ma appena al di sopra conta anche la deprivazione relativa e/o essere dalla parte e nel luogo sbagliato: 3000 dollari netti all'anno non rendono una persona povera in India, ma è sotto la soglia di povertà in Scozia. In India povertà significa mancanza di acqua sicura e di servizi igienici-

ci, in Europa non avere la possibilità di partecipare al contesto sociale (World Development Report 2000). I determinanti sociali della salute infatti si comportano come fattori di rischio indipendenti e non hanno un effetto tutto o nulla, ma si esprimono ovunque nel mondo lungo tutto il gradiente della scala sociale: per ogni graduale riduzione dei vantaggi c'è un aumento del rischio, crescendo la scolarità o la posizione sociale il rischio si riduce, non solo tra gli estremi della scala, ma di gradino in gradino, traducendosi in disuguaglianze nelle potenzialità degli individui, nella libertà di essere e di fare. Ciò fa sì che il gradiente sociale della salute non riguardi solo paesi poveri o classi povere, ma tutti gli esseri umani.

Inoltre, il sommarsi, a partire dalla nascita, di vantaggi/svantaggi, inclusi posizione/salute dei genitori, ha effetti cumulativi nell'età adulta con una predeterminazione sociale della salute ben superiore a quella genetica, ma a differenza di essa **modificabile** (Marmot).

È d'obbligo ricordare il primo grande studio sul tema: il Whitehall⁽¹⁾, condotto dall'epidemiologo Michel Marmot, che nel 2005 è stato il primo Presidente della Commission on Social Determinants of Health della WHO e le cui ricerche sono state così importanti da portare all'uso comune dell'espressione: *Marmot review* per indicare le occasioni in cui una società e le sue istituzioni si interrogano sulle proprie capacità di tutelare benessere ed equità nella salute della propria popolazione. Nel Whitehall sono descritte le differenze nella mortalità cardiovascolare per classificazione lavorativa: nella prima coorte avviata negli anni '70 Marmot e colleghi hanno seguito a Londra un gruppo di 17.530 dipendenti della pubblica amministrazione, britannici maschi, tutti occupati in ufficio e nessuno dei quali era considerato economicamente svantaggiato. Al follow-up a 7 anni e mezzo la mortalità risultante da malattia coronarica era del 2,2%, 3,6%, 4,9% e 6,7% in tutto l'arco professionale, con un aumento graduale man mano che peggiorava la posizione, dal grado più alto di chi era al "top" della scala gerarchica e aveva la mortalità più bassa, al secondo e terzo livello lavorativo dove la mortalità saliva progressivamente, fino al livello più basso (portieri, fattorini etc.) dove era oltre tre volte rispetto ai manager; queste differenze sono rimaste significative dopo il controllo per età, fumo, pressione sistolica, colesterolo e glicemia. Nel successivo Whitehall II, che considera sia uomini sia donne, diverse patologie croniche ed acute e, oltre a quella CV, la mortalità per tutte le cause, e che è tuttora in corso con 38 anni complessivi di follow-up, sono documentati risultati comparabili, con un significato modulato di grado in

grado, con effetti perduranti anche dopo il pensionamento, e una relazione fondamentale, un passo ulteriore rispetto alla posizione sociale e economica, con **il grado di controllo sulla propria vita**.

"Non è dunque solo questione di povertà o ricchezza, ma di disuguaglianza di possibilità di vita e di salute: le disuguaglianze non sono un aspetto marginale ma il principale problema di salute" (Marmot).

In questo scenario non si può non tenere conto del genere, sia per gli uomini che per le donne, perché esso incide sia sulla posizione sia sulla vulnerabilità/esposizione e interagisce con tutti gli altri determinanti sociali della salute.

Ma le donne vivono in condizioni di minore vantaggio rispetto agli uomini in tutto il mondo e le differenze rispetto a potere, risorse, diritti, norme e valori, e il modo in cui le società sono strutturate e programmate danneggiano la salute di milioni di ragazze e donne. Le disuguaglianze di genere influenzano la salute ad esempio attraverso la mancanza di potere decisionale, modelli di alimentazione discriminatori, violenza contro le donne, divisioni ingiuste di lavoro, mancanza di tempo libero, differenze nella possibilità di migliorare la propria vita. L'equità di genere diventa pertanto cruciale nel modellare le azioni da intraprendere per ridurre le disuguaglianze (Box 2).

In tempi successivi l'attenzione alle disuguaglianze nella salute si è estesa alle dinamiche che le rendono ancora più dirompenti nelle città, dove agli attuali trend entro il 2050 vivranno 7 persone su 10.

Prendiamo ad esempio l'epidemia di diabete tipo 2:

Box 2

Ridurre il divario di salute è possibile solo se si migliora la vita delle ragazze e delle donne – circa la metà dell'umanità – e si affrontano le disuguaglianze di genere. L'empowerment delle donne è la chiave per ottenere un'equa distribuzione della salute.



La foto è tratta da: Closing the gap in a generation, citato in figura 1.

se ubiquitariamente, così come accade per tutte le malattie non trasmissibili, a essere colpiti sono i più poveri, vivere in India nella svantaggiata provincia rurale di Chennai significava nel 2004 avere il diabete al 2.4% mentre vivere nella città di Chennai (Madras) nello stesso anno significava averlo al 14.3%, con una progressione continua rispetto alla durata del trasferimento in città. I Chennai Studies di Mohan⁽²⁾, pubblicati a partire dal 2004, hanno il merito di aver sottolineato, tra i primi in ambito diabetologico, che quel “cambiamento di stili di vita” per anni associato al concetto di sviluppo-benessere colpiva maggiormente col passare degli anni in città i poveri rispetto ai più abbienti, in particolare se abitanti degli slum (quartiere urbano di abitazioni sordide e malsane, privo di adeguati servizi igienici e sociali). Certo, un paese in sviluppo, con scarse possibilità di prevenzione e cura.

Eppure a Torino, con il SSN Italiano garantito a tutti, l'andamento della mortalità negli uomini tra il 1997 e il 2003⁽³⁾ ci mostra non solo, ad esempio, che il rischio relativo di mortalità è 2.1 se si è disoccupati e 1.1 se si è lavoratori autonomi, di 0.9 se si ha casa propria non agiata e 1.4 se si è in affitto, o che la differenza dell'aspettativa di vita è 4.7 anni in più per i laureati rispetto a chi ha una licenza elementare o nessuna istruzione, ma anche che tra i quartieri più ricchi della collina e quelli più poveri della periferia la differenza nell'aspettativa di vita è di 4 anni.

Differenze tra essere fuori o dentro una città, differenze tra i quartieri di una città, anche contigui, come nella ricca Boston dove nel 2007 il numero di morti per tutte le cause per 100.000 abitanti era 427 a Back Bay e 918 nel confinante South Boston (WHO, 2010). Insieme alla posizione sociale contano i contesti di vita, perché il contesto modifica gli effetti sulla salute della posizione sociale (Figura 2).



Figura 2 «Il risultato di una distribuzione disuguale delle occasioni della vita è che la salute si distribuisce in modo disuguale» (Marmot).

Poiché siamo animali sociali contano le reti di supporto, la comunità, la famiglia; conta l'accesso alla scuola; contano i quartieri, non solo come specchio del reddito, ma di per sé: perché se sovraffollati o insalubri incidono sul rischio infezioni, intossicazioni e danni da inquinamento, se isolati e con insufficienti trasporti condizionano l'accessibilità o meno a servizi e cure, peggiorando l'effetto di barriere linguistiche e culturali; per la presenza o assenza di aree verdi e di spazio e tranquillità che permettano di muoversi; per la possibilità di accesso a cibo sano o la presenza prevalente di spacci di *fast food* o la distanza eccessiva dal cibo, i cosiddetti deserti alimentari urbani, in cui per rifornirsi occorre uno spostamento superiore al mezzo miglio; perché degrado, criminalità, ghettizzazione significano chiusura, mancanza di contatti, insicurezza, ancor più se si è soli, anziani o malati, più alto impatto sui processi *stress-related*, più depressione e più dipendenze. Perché se siamo uomini nei quartieri peggiori rischieremo maggiormente suicidio, conflitti fisici, lesioni, e se siamo donne rischieremo maggiormente violenza fisica e sessuale. Perché peggiore è la nostra posizione e peggiore è il contesto di vita, maggiore è il nostro senso di isolamento, d'impotenza, di non avere significato né per sé stessi né per gli altri né per il Paese in cui viviamo, di non avere motivi di speranza. Abbiamo bisogno di reddito ma anche di autostima, di amici, di sentirci utili e apprezzati, di significato sociale e di **dignità**. Se viviamo in quartieri svantaggiati di una città avremo più diabete, 38% di incidenza in più se siamo in USA, più obesità, più ipertensione, più consumo di alcool e tabacco e un rischio cardiovascolare di 2.25 superiore a quello che avremmo, anche con uguali reddito e istruzione, in quartieri migliori. Con un rischio più alto per le donne, anche se siamo in Danimarca o Svezia. E avremo un'aspettativa di vita proporzionale al livello medio di benessere del quartiere, che si riduce o aumenta di fermata in fermata della metro o del tram a Washington, come a Londra, come a Torino⁽³⁻⁹⁾. I contesti urbani espongono ancora di più all'adozione di “stili di vita” insalubri, che ovunque sono maggiormente prevalenti tra le persone con bassa posizione socioeconomica, e dove si vive in una città amplifica l'effetto⁽¹⁰⁾. La dieta, ad esempio, in una nazione coinvolge l'agricoltura, la produzione alimentare, la distribuzione, la vendita al dettaglio fuori città e nei quartieri di una città e i redditi personali più della scelta individuale, rendendo l'obesità non prevalentemente causata da una carenza morale o di attenzione alla salute da parte degli individui, ma dalla disponibilità eccessiva di cibi di cattiva qualità ad alto contenuto di grassi e ricchi di zucchero e

dai motivi sociali che portano le persone a mangiare quei cibi. Interazioni analoghe si presentano per la maggior parte dei fattori di rischio cardiovascolare⁽¹⁾ (Figura 3).

Pur essendo gli elementi che determinano la posizione sociale ed economica, in modo interattivo e dinamico nel tempo, i determinanti più potenti della salute della popolazione nelle società moderne, i quartieri di una città contano per almeno tre motivi: 1) molti dei determinanti sociali più forti si manifestano e riguardano direttamente gli individui attraverso gli ambienti fisici e sociali, 2) la segregazione residenziale per etnia e classe che è presente con diversa intensità in tutti i Paesi suggerisce che queste differenze di ambiente sociale potrebbero dare importanti contributi alle disparità nelle malattie (alcuni studi hanno ottenuto risultati sulla riduzione di obesità e diabete offrendo alle persone, a parità di reddito, la possibilità di abitare in quartieri migliori come il Moving to Opportunity Study), 3) infine,

ma non meno importante, le differenze tra i quartieri non sono “naturali”, ma sono il risultato dell’impatto delle politiche, o dell’assenza di politiche, e sono quindi direttamente suscettibili al non intervento così come ad iniziative di miglioramento.

Nel 2010 l’WHO e il Programma degli insediamenti umani delle Nazioni Unite UN-Habitat hanno lanciato un rapporto globale sulla salute urbana intitolato: “Città nascoste: smascherare e superare le disuguaglianze di salute negli ambienti urbani” e nel 2016 l’WHO ha pubblicato il “Global Report on Urban Health”, un focus di ampio respiro sulla salute urbana (intendendo per urbani insediamenti con numero di abitanti uguale o superiore a 100.000 persone) che non solo riconosce globali tendenze demografiche, ma inestricabili e interdipendenti legami tra salute, produttività economica, stabilità sociale e inclusione, cambiamenti climatici e ambienti sani, un ambiente costruito “empowering” e governance.

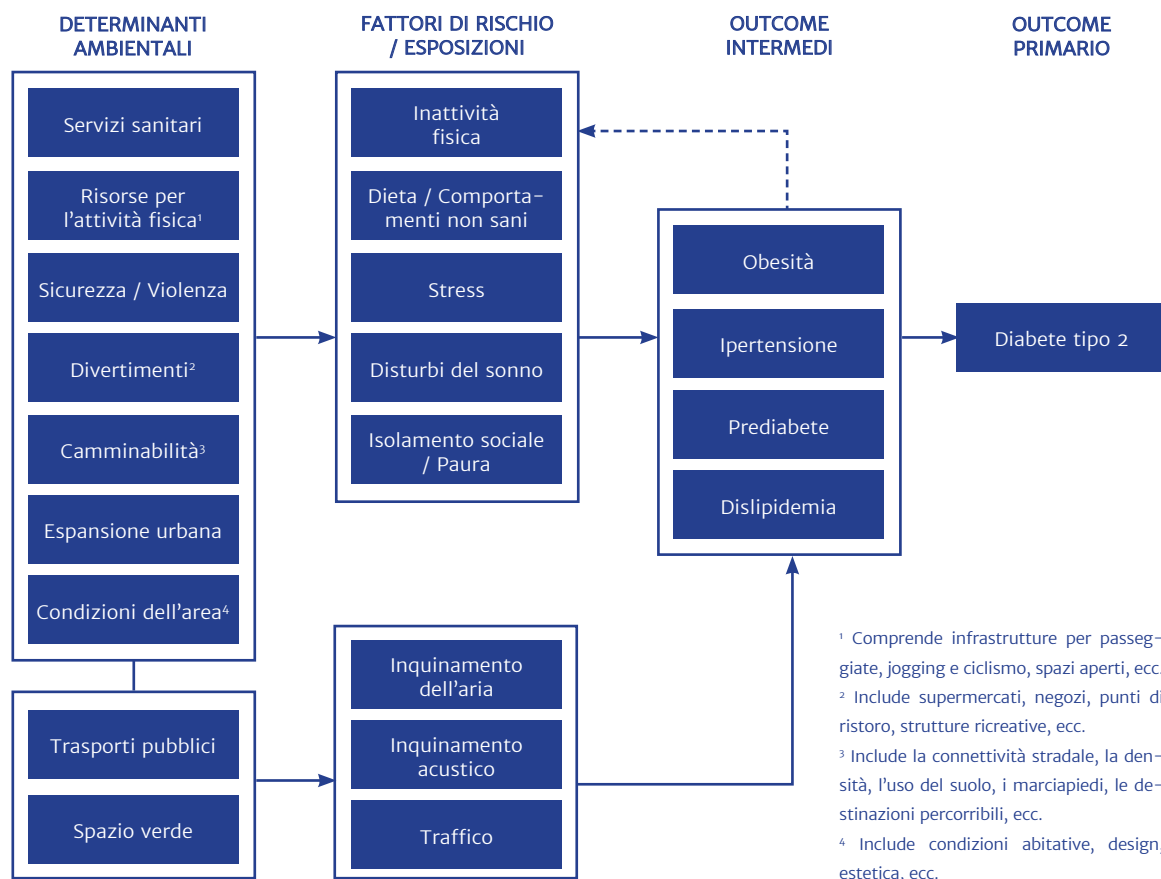


Figura 3 Illustrazione schematica di possibili percorsi attraverso i quali l'ambiente influisce sul rischio di diabete mellito di tipo 2. Adattato da: Dendup T, Feng X, Clingan S, Astell Burt Th. Environmental risk factors for developing type 2 diabetes mellitus: a systematic review. Int J Environ Res, Public Health 15:78, 2018.

La rapida, non pianificata e ubiquitaria urbanizzazione crea stratificazione sociale e diventa essa stessa determinante strutturale di salute su un triplo fronte: malattie trasmissibili, malattie non trasmissibili (la nuova epidemia urbana) e ingiurie fisiche. Le città offrono sia l'ambiente migliore che il peggiore per la salute e il benessere: determinanti multipli convergono e influenze positive e negative tendono a raggrupparsi in base allo specifico quartiere o "luogo" all'interno della città.

Nelle città, soprattutto nelle megalopoli dei paesi a basso e medio sviluppo, più di 820 milioni di persone vivono negli slum, che costituiscono la tipologia dominante di insediamento umano in molte città; senza acqua sicura e igiene, in zone e abitazioni fatiscenti più esposte all'inquinamento e ai disastri da cambiamenti climatici; in condizioni deplorabili dove denutrizione e malnutrizione coesistono, con alta mortalità infantile, superiore a quella della popolazione rurale e da 15 a 20 volte quella dei paesi sviluppati; con maggior prevalenza di malattie infettive, di AIDS, di lesioni fisiche da incidenti stradali, da violenza e da crimine, di NCD e di malattie mentali rispetto a chi non ci vive.

Nei paesi ad alto sviluppo le conseguenze della crescente urbanizzazione, che aumenta con l'aumentare del reddito dei paesi, esacerbano le disuguaglianze per l'accumulo di ricchezza e potere tra l'élite urbana, per le condizioni di vita e di lavoro, perché maggiori introiti economici rispetto alle aree rurali si depauperano per i maggiori costi della vita, per il maggior rischio di emarginazione.

E anche in essi si stima che più di 60 milioni di persone vivano in baraccopoli/slum, prevalentemente, soprattutto in Europa, rappresentate da migranti.

Si aggiunge l'elemento nuovo e devastante degli insediamenti "nascosti", degli "invisibili" che non solo sfuggono a censimenti e statistiche, ma anche a servizi, aiuti, protezione, con aumento ulteriore dei livelli di sfiducia e perdita ulteriore di capitale sociale. Nessuna città è immune da questo problema.

E ovunque nei contesti urbani tende a diventare il genere, per entrambe i sessi, il principale determinante di salute, con particolare vulnerabilità delle donne. Per fare un solo esempio in diverse aree la prevalenza di HIV tra le donne urbane è 1.5 volte quella degli uomini urbani e 1.8 volte rispetto alle donne rurali.

Nelle megalopoli del sud del mondo come nelle città dei paesi più sviluppati (stiamo parlando di metà dell'umanità) ciò che maggiormente compromette la salute è l'esclusione, non solo la distanza da infrastrutture e servizi, ma l'essere esclusi dagli attributi

ti della vita urbana privilegio della minoranza: voce politica, case adeguate, sicurezza e garanzie di legge, trasporti decenti, cibo sano, lavoro e reddito dignitoso, accesso a beni e servizi e crediti, in sintesi tutto ciò che determina la piena cittadinanza.

"Ma proprio nelle città ci sono più opportunità di migliorare le disuguaglianze. Le chiavi per raggiungere equità della salute negli ambienti urbani sono creare una società che nutre e protegge chi è vulnerabile, assicura una vita sana e ambiente di lavoro sano, e fornisce un sistema universale per rispondere alle esigenze di salute; non riuscire a farlo proprio quando le risorse economiche globali e tecnologiche sono immense rappresenta una grave violazione dei diritti umani" (WHO, 2016).

I Report non si limitano a fornire dati, descrivono obiettivi, piani d'azione, indicatori e risultati già ottenuti. Se grandi miglioramenti richiedono possibili, ma complesse interazioni, piccoli miglioramenti, con però immediati e importanti effetti, sono ovunque realizzabili, anche con moderati investimenti, anche con risorse locali e soprattutto con il coinvolgimento della comunità; gli esempi riportati sono tanti e incoraggianti, come le iniziative dell'Healthy Cities networks, rete di città di tutto il mondo unite dal concetto chiave di città come opportunità di migliorare la salute.

L'ambientazione urbana è una lente che ingrandisce o diminuisce gli altri determinanti sociali della salute. Gli ambienti urbani hanno un numero di contestuali e compositi attributi, come dimensioni, densità, complessità e verticalità, che influenza l'equità della salute sia in termini positivi che negativi e le impostazioni urbane hanno qualità, risorse e problemi distinti; essendo posti fatti dagli esseri umani le impostazioni possono anche essere modificate, migliorate e trasformate.

Tutto quanto sottrae alle persone capacità di controllo sulla propria esistenza e senso del futuro minaccia la salute e fa morire prima, e in una città è inversamente collegato a quanto essa sia a misura d'uomo e a quanto in essa abbiano significato le parole coesione sociale, solidarietà, equità e giustizia (Box 3).

COMPETING INTERESTS

The author(s) declared that no competing interests exist.

COPYRIGHT NOTICE

© 2018, The Author(s). Open access, peer-reviewed article, edited by Associazione Medici Diabetologi and published by Idelson Gnocchi (www.idelsongnocchi.it)

Box 3

In relation to the most excluded people, it is important to address the processes of exclusion rather than focusing simply on addressing particular characteristics of excluded groups. It is important to understand exclusion, vulnerability and disadvantage as dynamic, multidimensional, historical and social processes operating through relationships of power, rather than individual “states of being”.

- *The need to build on assets – the resilience, capabilities and strength of individuals and communities – and address the hazards and risks to which they are subject.*
- *The importance of gender equity – all the social determinants of health may affect the genders differently – in addition to biological sex differences, there are fundamental social differences in how women and men are treated and the assets and resilience they have. These gender relations affect health in all societies to varying degrees and should shape actions taken to reduce inequities.*

WHO, 2014 Recommendations.

LETTURE DI RIFERIMENTO

- Social determinants of health. Key concepts–WHO – 2005, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/.
- Closing the Gap in a generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health–WHO–2008, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf.
- Equity, social determinants and public health programs–WHO–2010, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf.
- Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings– WHO, UN Habitat–2010, http://www.who.int/kobe_centre/publications/hidden_cities2010/en/.
- Global Report on Urban Health–WHO–2016, http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urban-global-report/en/.
- Marmot M. Social Determinants of Health. Oxford, OUP, 1999.
- Marmot M. La salute disuguale. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2016.

BIBLIOGRAFIA

1. Marmot M, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health* 32:244–249, 1978.
2. Deepa M, Anjana RM, Manjula D, Narayan V, Mohan V. Convergence of prevalence rates of diabetes and cardiometabolic risk factors in middle and low income groups in urban India: 10-year follow-up of the Chennai urban population study. *J Diabetes Sci Technol* 5:918–927, 2011.
3. DoRS, La salute a Torino, 2005. <http://www.dors.it/alleg/0201/Sintesi.pdf>, accesso del 6/3/2018.
4. Auchincloss AH, Diez Roux AV, Mujahid MS, Shen M, Bertoni AG, Carnethon MR. Neighborhood resources for physical activity and healthy foods and incidence of type 2 diabetes mellitus. The multi-ethnic study of atherosclerosis. *Arch Intern Med* 169:1698–1704, 2009.
5. Christine PJ, Auchincloss AH, Bertoni AG, Carnethon MR et al. Longitudinal associations between neighborhood physical and social environments and incident type 2 diabetes mellitus: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *JAMA Intern Med* 175:1311–20, 2015.
6. Halonen JI, Stenholm S, Pentti J, Kawachi I et al. Childhood psychosocial adversity and adult neighborhood disadvantage as predictors of cardiovascular disease: a cohort study. *Circulation* 132:371–379, 2015.
7. Dalgaard EM, Skriver MV, Sandbaek A, Vestergaard M. Socioeconomic position, type 2 diabetes and long-term risk of death. *PLoS ONE* 10(5): e0124829, 2015.
8. Manhem K, Dotevall A, Wilhelmssen L and Rosengren A. Social gradients in cardiovascular risk factors and symptoms of Swedish men and women: The Goteborg MONICA study. *J Cardiovasc Risk* 7:359–368, 2000.
9. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep* 129:19–31, 2014.
10. HavraneK EP, Mujahid MS, Barr DA, Blair IV et al. Social determinants of risk and outcomes for cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 132:873–98, 2015.
11. Diez Roux AV, Mujahid MS, Hirsch JA, Moore K, Moore LV. The Impact of Neighborhoods on CV Risk. *Glob Heart* 11:353–363, 2016.