



LE TRAPPOLE DELLA POVERTÀ

La povertà come la più grave delle malattie sociali, con ricadute pesanti anche sulla salute delle persone. Un assunto già noto che si conferma nei risultati dei rapporti Caritas e ISTAT 2022, evidenziando le criticità legate alle trappole di una povertà crescente e al suo impatto sulla società. Anche in Italia, in cui gli interventi di contrasto esistono ma non sono sufficienti a generare un cambiamento sociale profondo.

TESTO DI / NICOLA COCCO / MEDICO INFETTIVOLOGO

LE "TRAPPOLE" IN ITALIA

Nel 2022 due pubblicazioni hanno fornito una fotografia particolarmente significativa della povertà in Italia: il Rapporto Istat del 15 giugno sulla povertà nel 2021¹ e il 21° Rapporto Caritas su povertà ed esclusione sociale dal significativo titolo "L'anello debole"², dove gli "anelli deboli" sono proprio i soggetti più vulnerabili alle trappole della povertà.

Secondo l'Istat in Italia nel 2021 in Italia ci sono stati 5,6 milioni di poveri assoluti³: il 10,0% in famiglie che si trovano nel Mezzogiorno, 6,7% al Nord e 5,6% al Centro. I più giovani sono più poveri, con un dato peggiorato anche rispetto all'anno di inizio della pandemia di Covid-19. La situazione della povertà infantile è particolarmente preoccupante, con 1,4 milioni di bambini che vivono in povertà assoluta (pari al 14,2% del totale) (Figura 1).

Anche il livello di istruzione più basso si conferma correlato a un maggior rischio di povertà assoluta (11,4% rispetto al 3,9% di diplomati e laureati), così come la situazione lavorativa, che mostra un aumento di poveri tra i disoccupati e/o in cerca di occupazione (22%) e un rischio di povertà assoluta del 13% per i lavoratori operai e assimilati. Resta il "limbo" delle persone che non sono incasellabili nei classici quadri, ad esempio i famosi NEET "Not [engaged] in Education, Employment or Training", che il Rapporto Caritas quantifica ad almeno 3 milioni in Italia, che restano a rischio di povertà assoluta per il 14,6% (Figura 2).

L'incidenza di povertà assoluta è poi molto più alta tra i cittadini stranieri rispetto agli italiani (26,3% di famiglie con almeno uno straniero rispetto al 5,7% di famiglie di soli italiani), a sottolineare ancora di più il peso dei determinanti sociali (e geografici) (Figura 3). Restano fuori da questi conteggi gli "invisibili" costretti a vivere nell'irregolarità a causa di una legislazione sull'immigrazione tra le meno inclusive in Europa. E proprio la situazione degli stranieri merita un'ulteriore riflessione: gli atti di discriminazione e razzismo sono maggiori nei confronti degli stranieri poveri, senza lavoro e/o senza casa. Quello che si scatena è un atteggiamento che la filosofa Adela Cortina negli anni '90 ha definito "aporafobia", paura del povero⁴. La povertà come motore delle dinamiche di stigma e discriminazione riflette fratture sociali che spaziano dalle differenze di genere a quelle di età, etnia e classe, ma fa emergere anche la profonda paura psicologica di perdere tutto e perdersi nell'indigenza.

L'aporafobia funziona pertanto come una forma di rimozione sociale collettiva, identificando nel povero (quale che siano le altre

sue caratteristiche) il capro espiatorio delle società turbocapitaliste. La povertà relativa in Italia si mantiene stabile sopra il 10% da diversi anni, con un aumento significativo nel 2021, mostrando profonde differenze geografiche: le regioni del Mezzogiorno hanno un'incidenza che è il doppio della media nazionale e più del triplo delle altre regioni del Paese (Figura 4).

Per quanto riguarda possibili soluzioni di contrasto alla povertà, secondo un altro Rapporto dell'Istat pubblicato il 23 novembre «nel 2022 si stima che l'insieme delle politiche sulle famiglie abbia ridotto la disuguaglianza (misurata dall'indice di Gini) da 30,4% a 29,6%, e il rischio di povertà dal 18,6% al 16,8%»⁵. Insomma le misure di lotta alla povertà, dal reddito di cittadinanza all'assegno unico, funzionano. Ma solo cambiamenti sociali strutturali possono essere davvero incisivi nella lotta alla povertà.

MALATI DI POVERTÀ

Secondo l'Istat la soglia di povertà assoluta nel 2021 per una famiglia di due persone è stata di 1.048,81 euro.

Quale qualità della vita può assicurare tale cifra, in termini di casa, cibo, scuola, salute? È dimostrato che l'alimentazione sana costa più di quella non sana e questo è tanto più vero e drammatico per bambini e adolescenti⁶. Le concause sociali dell'obesità infantile vanno dai primi mesi della gravidanza alle difficoltà di accesso all'istruzione o a cibi di qualità ma anche le lunghe ore di lavoro dei genitori più poveri sono correlate ad un aumento di rischio di obesità infantile, come dimostrato anche nella ricca Germania⁷. Un altro studio ha mostrato che l'obesità infantile si conferma nell'età adulta soprattutto tra le giovani donne più povere, dal momento che i maschi poveri, pur continuando ad assumere cibi non salubri, svolgono attività fisiche più pesanti e quindi ingrassano meno⁸.

Le persone più povere presentano un maggior rischio cardiovascolare⁹, e in generale le difficoltà e privazioni legate alla povertà, in particolare sui bambini, provocano tempeste di ormoni dello stress come il cortisolo che hanno effetti persistenti a livello mentale, fisico e addirittura epigenetico, per cui si parla di "stress tossico" dovuto alla povertà. Un esempio è dato dalla dipendenza da fumo di tabacco, storicamente prevalente tra le fasce più povere della popolazione, su cui gravano di più le misure anti-fumo come la tassazione delle sigarette che, agendo in maniera regressiva, penalizza proprio i più poveri. Le campagne di lotta al

FIGURA 1 / INCIDENZA DI POVERTÀ ASSOLUTA TRA TUTTI GLI INDIVIDUI PER CLASSE DI ETÀ E TRA I SOLI MINORI PER CLASSE DI ETÀ. ANNI 2020-2021, VALORI PERCENTUALI (QUESTO GRAFICO E I SUCCESSIVI SONO TRATTI DAL RAPPORTO ISTAT SULLA POVERTÀ IN ITALIA NEL 2021)

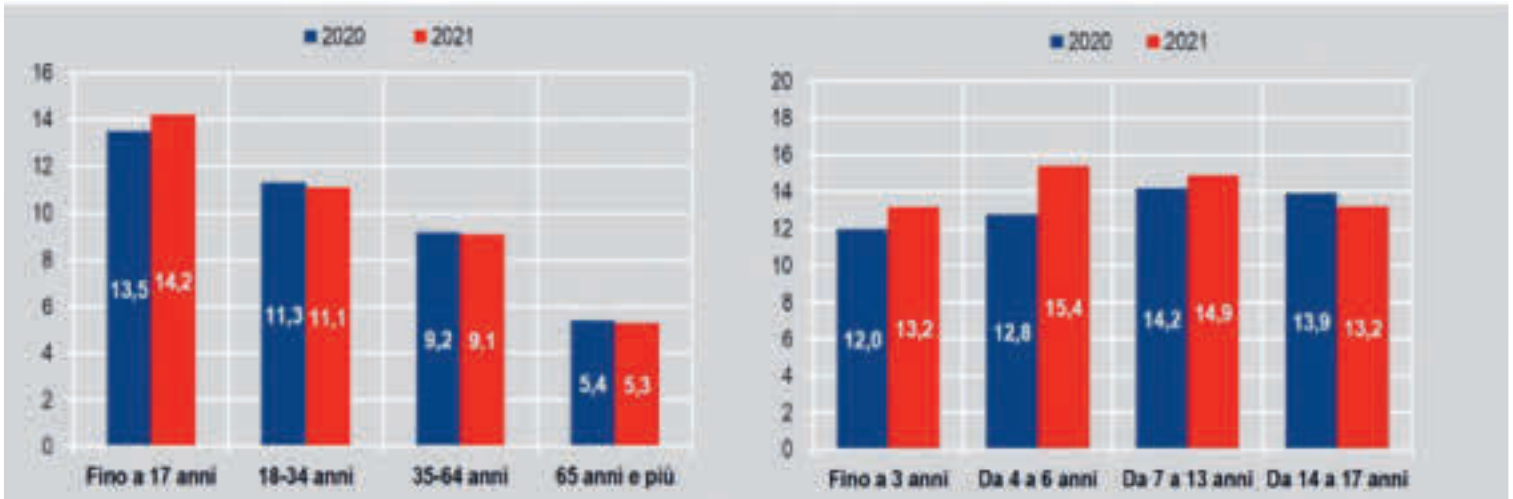
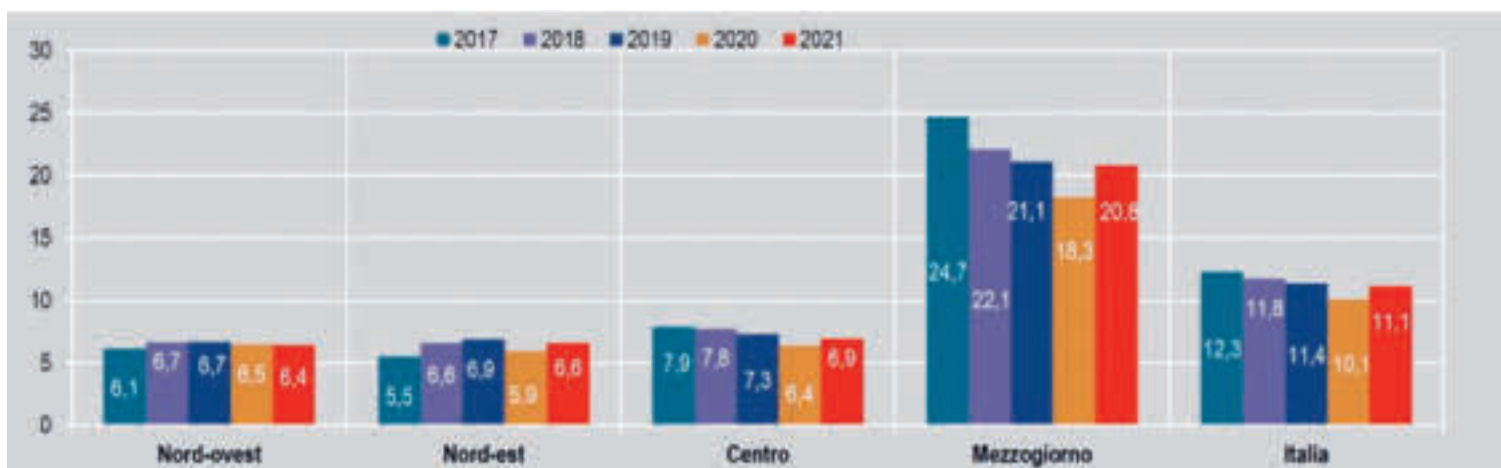


FIGURA 2 / INCIDENZA DI POVERTÀ ASSOLUTA FAMILIARE PER TITOLO DI STUDIO E CONDIZIONE PROFESSIONALE DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO. ANNI 2020-2021, VALORI PERCENTUALI



FIGURA 3 / INCIDENZA DI POVERTÀ ASSOLUTA FAMILIARE PER CITTADINANZA DEI COMPONENTI E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. ANNI 2020-2021, VALORI PERCENTUALI



FIGURA 4 / INCIDENZA DI POVERTÀ RELATIVA FAMILIARE PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. ANNI 2017-2021. VALORI PERCENTUALI

fumo risultano efficaci solo per le classi più abbienti, per cui i poveri continuano a fumare di più, con conseguenti effetti sulla salute, e il prezzo delle sigarette incide maggiormente sul loro reddito. Solo interventi multisettoriali e basati sul coinvolgimento delle comunità e che prendano in considerazione fattori psicologici ed economici, associati alle terapie farmacologiche sostitutive, si dimostrano davvero efficaci nel ridurre il fumo tra i più poveri¹⁰.

LA POVERTÀ ETERNA

Il Rapporto Caritas si focalizza poi sulla trasmissione intergenerazionale della povertà, confermando l'immobilismo causato dalle trappole della povertà: si parla di "pavimenti appiccicosi" per descrivere il 59% di casi di povertà intercettati che si trasmettono in famiglia e di generazione in generazione, con scarsa se non assente possibilità di ascesa sociale. Tali sabbie mobili ri-

guardano anche il livello di istruzione (un terzo dei nati da genitori senza titolo di studio non supera la licenza elementare). In Italia il mondo del volontariato va spesso a vicariare le mancanze del pubblico nell'ambito dell'assistenza (anche sanitaria) alle fasce più vulnerabili. Un numero per tutti: 227.556 persone nel 2021 sono state supportate dai soli servizi Caritas presenti in 192 diocesi, e il 54,5% ha presentato almeno due ambiti di vulnerabilità.

Ecco dove finiscono molti degli "invisibili" che la povertà intrappola anche al di là della analisi statistiche. Riprendendo un concetto fondamentale di Paul Farmer¹¹, la povertà è una delle principali forme di "violenza strutturale" che minano la salute degli individui: strette nella morsa delle tante trappole della povertà, che tendono a divenire strutturali, le persone vedono consumarsi il proprio patrimonio di salute. Ancora una volta, i medici non dovrebbero soffermarsi sui sintomi, ma cercare e combattere la causa della malattia. E la povertà resta la malattia sociale più grave, anche nel mondo iperconnesso e globalizzato.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1 Istat, *Statistiche sulla povertà* – Anno 2021, 15.6.22, https://www.istat.it/it/files//2022/06/Report_Poverta_2021_14-06.pdf [consultato il 6.12.22].

2 Caritas Italiana. *L'anello debole - Rapporto 2022 su povertà e esclusione sociale in Italia*. Ed. Palumbi, 2022, <https://www.caritas.it/wp-content/uploads/sites/2/2022/10/rapportopoverta2022b.pdf> [consultato il 6.12.22].

3 L'Istat definisce "povertà assoluta" quella in cui la capacità di spesa mensile non raggiunge la soglia minima "necessaria per acquisire il paniere di beni e servizi essenziali a uno standard di vita minimamente accettabile". Il paniere di povertà assoluta rappresenta l'insieme dei beni e servizi che, nel contesto italiano, vengono considerati essenziali per una determinata famiglia a conseguire uno standard di vita minimamente accettabile, e che viene aggiornato periodicamente in base ai bisogni (Istat, "La misura della povertà assoluta", *Metodi e Norme* n. 39 – 2009). La definizione di soglia di povertà relativa tiene conto dei componenti dei nuclei familiari, per cui si definisce povera una famiglia di due persone la cui spesa mensile per consumi è pari o inferiore al consumo medio di un solo individuo.

4 Cortina A. *Aporofobia, el rechazo al pobre*. Barcelona: Paidós, 2017.

5 Istat, *La redistribuzione del reddito in Italia*, 23.11.22, https://www.istat.it/it/files/2022/11/REDISTRIBUZIONE-REDDITO-IN-ITALIA_2022.pdf [consultato il 7.12.22].

6 Rao M., Afshin A., Singh G., et al, *Do healthier foods and diet patterns cost more than less healthy options? A systematic review and meta-analysis*, *BMJ Open* 2013;3:e004277. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004277.

7 Li J., Kaiser T., Pollmann-Schult M., Strazdins L., *Long work hours of mothers and fathers are linked to increased risk for overweight and obesity among preschool children: longitudinal evidence from Germany*. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73(8):723-729. doi:10.1136/jech-2018-211132.

8 Hernandez DC., Reesor L., Murillo R., *Gender Disparities in the Food Insecurity-Overweight and Food Insecurity-Obesity Paradox among Low-Income Older Adults*. *J Acad Nutr Diet*. 2017;117(7):1087-1096. doi:10.1016/j.jand.2017.01.014.

9 Franks P., Winters PC., Tancredi DJ., Fiscella KA, *Do changes in traditional coronary heart disease risk factors over time explain the association between socio-economic status and coronary heart disease?*. *BMC Cardiovasc Disord*. 2011;11:28. Published 2011 Jun 3. doi:10.1186/1471-2261-11-28.

10 Huynh N., Tariq S., Charron C, et al., *Personalised multicomponent interventions for tobacco dependence management in low socioeconomic populations: a systematic review and meta-analysis*. *J Epidemiol Community Health*. 2022;76(8):716-729. doi:10.1136/jech-2021-216783.

11 Farmer PE., Nizeye B., Stulac S., Keshavjee S., *Structural Violence and Clinical Medicine*. *PLOS Medicine*. 3 (10): 1686–1691. October 24, 2006 doi:10.1371/journal.pmed.0030449. PMC 1621099. PMID 17076568.