

Una politica per le diseguaglianze

Giuseppe Cirillo

Dipartimento Socio-Sanitario, Servizio di Programmazione - ASL Napoli 1
Centro Studi Interistituzionale del Comune di Napoli - ASL Napoli 1

Abstract

Public health: a policy for inequalities

The gross inequalities in health that we see within and between countries are a challenge for the world. There are great differences in life expectancy, up to 48 years between countries and up to 20 years within countries. A volume of researches identify social factors at the root of inequalities in health. Social determinants are equally important in establishing communicable and non-communicable disease. Health status should be of concern to all policy makers in every sector not solely for those directly involved in health policy. As a response WHO is launching a Commission on Social Determinants which will review the evidence, raise social debate and recommend policies with the goal of improving health for the world's most vulnerable people.

Quaderni acp 2005; 12(5): 191-193

Key words Health inequalities. Social determinants. Health status

Le grandi diseguaglianze che sono evidenti fra le Nazioni e all'interno delle stesse rappresentano un serio problema per il mondo intero. Ci sono attese di vita differenti di 48 anni fra le Nazioni e di 20 anni all'interno delle Nazioni. Una notevole quantità di ricerche identifica fattori sociali alla radice delle diseguaglianze della salute. I determinanti sociali sono importanti allo stesso modo nello stabilire sia le malattie trasmissibili che quelle non trasmissibili. Lo stato di salute è perciò un problema di tutti i Governi e di tutti i Ministri e non solo di quelli che si occupano di salute in senso stretto. L'OMS ha costituito una commissione sui determinanti sociali della salute che deve esaminare le evidenze del problema, iniziare un dibattito e raccomandare politiche che abbiano come scopo di migliorare la salute della popolazione più vulnerabile.

Parole chiave Diseguaglianze di salute. Determinanti sociali. Situazione della salute

Un editoriale e un articolo di Lancet del 19 marzo affrontano le cosiddette "cause delle cause", cioè i determinanti sociali della salute (1,2). Già nella Carta di Ottawa del 1986 venivano affrontate la necessità di politiche intersettoriali, la necessità della partecipazione della comunità e della cittadinanza attiva per favorire lo sviluppo locale e la salute; si definiva la promozione della salute come un processo che consente ai cittadini di esercitare un maggiore controllo sui determinanti della propria salute.

I determinanti della salute

Un impressionante volume di ricerche identifica i determinanti sociali, distali (reddito, istruzione, equità ecc.) e prossimali (comportamenti, abitudini di vita, ecc.), come la radice delle diseguaglianze nella salute, rispetto alle malattie trasmissibili e a quelle non trasmissibili (figura 1).

Lo stato di salute è considerato, quindi, di competenza e di responsabilità non solo delle politiche sanitarie ma anche di politiche plurisettoriali. Per migliorare la salute e promuoverla occorre quindi agire sui determinanti socio-economici e/o sui determinanti prossimali, intervenendo sugli individui, sulle comunità e sui gruppi (a rischio o meno) e sull'ambiente. La promozione dello sviluppo locale e quella della salute sono tra loro direttamente collegate, e vi sono collegati la coesione sociale e l'empowerment personale e sociale. Tutto questo presuppone l'integrazione delle politiche per creare sinergie tra:

- ▶ Politiche dello sviluppo locale e politiche di lotta all'esclusione sociale.
- ▶ Politiche attive del lavoro e politiche di sostegno al reddito e d'inserimento.
- ▶ Politiche urbane di recupero di aree degradate e politiche di assistenza sociale.

I contesti locali sono il terreno di elezione per costruire questa integrazione.

Da ciò la necessità da parte dell'OMS di approfondire i rapporti tra determinanti sociali e salute e di suggerire interventi efficaci ai vari livelli decisionali, dal livello internazionale al distretto socio-sanitario.

Le diseguaglianze: non è solo povertà

Nell'ultimo decennio le diseguaglianze nei Paesi sviluppati sono aumentate e si sono modificate; sono aumentate e modificate le disparità tra Paesi ricchi e poveri. Non può essere considerato inevitabile che vi sia una differenza di 48 anni nella speranza di vita fra i popoli dei Paesi del mondo e di 20 anni all'interno dello stesso paese. In effetti l'aspettativa di vita alla nascita varia attualmente dai 34 anni in Sierra Leone agli 81,9 in Giappone. All'interno delle Nazioni vi sono ampie diseguaglianze tra la popolazione più svantaggiata e quella più avvantaggiata. C'è su questo un'ampia documentazione internazionale (3,4); per l'Italia si veda l'articolo di M. Bonati e R. Campi sul numero due di questa rivista (5), citato anche sulla stampa internazionale (vedi box a pag. 193).

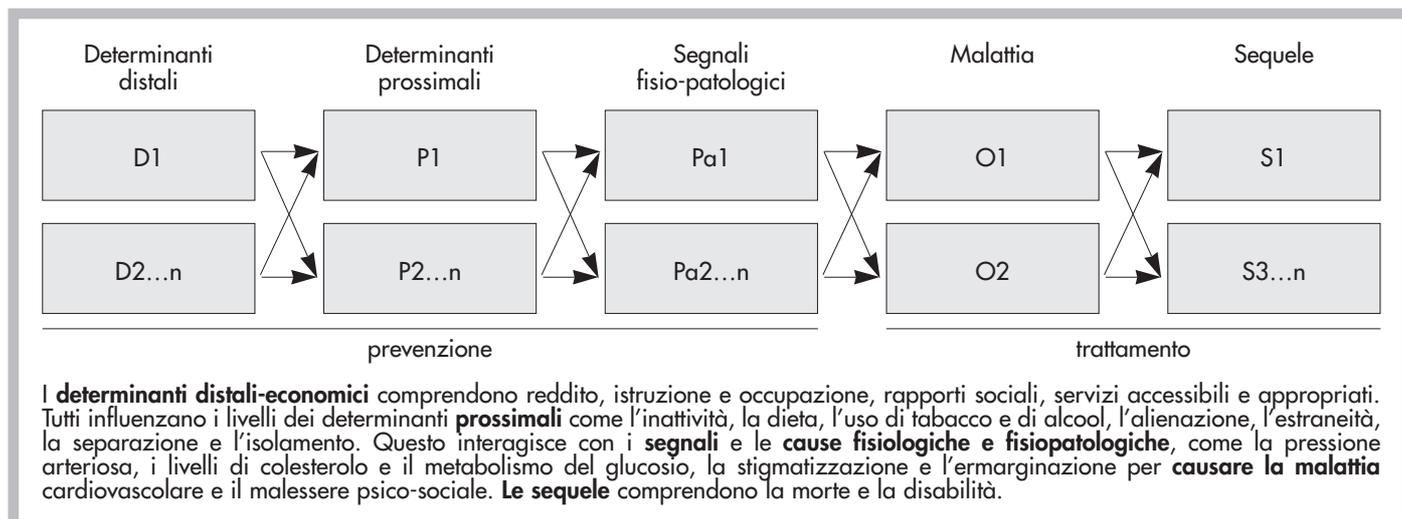
In molti Paesi le diseguaglianze nella salute tendono ad aumentare: in Russia le diseguaglianze sociali stanno crescendo e si è ridotta l'aspettativa di vita.

Tutto questo fa riferimento solo alle statistiche di mortalità che sono facilmente disponibili, ma non a quelle che riguardano le malattie non mortali. Spesso ignorate sono, ad esempio, le malattie mentali che causano molta sofferenza, e in particolare la depressione unipolare che nel mondo intero rappresenta la seconda causa più alta di malattia in età fra 15 e 59 anni.

- ▶ Una prima risposta a queste diseguaglianze sta nella implementazione di un maggiore sforzo nel controllo delle malattie maggiori e mortali e nel migliorare il Sistema Sanitario.

Per corrispondenza:
Giuseppe Cirillo
e-mail: csiss@libero.it

FIGURA 1



- Una seconda risposta sta nella riduzione della povertà; la deprivazione materiale assoluta è una delle maggiori cause della mortalità infantile che ne risulta il più sensibile risultato.
- È però necessaria una terza grande risposta che è complementare allo sviluppo dei Sistemi Sanitari e al sollievo della povertà: l'azione sui determinanti sociali della salute.

Questa azione dovrebbe comprendere, naturalmente, la lotta alla povertà; ma dovrebbe anche avere la capacità di migliorare il contesto in cui il popolo vive e lavora. Dovrebbe, per questo motivo, indirizzarsi non solo alle maggiori malattie infettive, ma anche alle malattie non trasmissibili, sia fisiche che mentali e alle morti violente che rappresentano la maggior parte delle malattie e delle morti in ogni regione del mondo al di fuori dell'Africa e si aggiungono sostanzialmente al peso delle malattie trasmissibili nell'Africa sub-sahariana.

L'OMS ha istituito una commissione per legare conoscenze e azioni, per modificare le politiche pubbliche, al fine di tenere in conto l'evidenza dei determinanti sociali sulla salute e gli interventi e le politiche che a questi si indirizzano, perché gli interventi diretti a ridurre malattie e a salvare vite hanno successo solo quando vengono affrontati e tenuti in conto i determinanti sociali della salute. I membri della commissione, coordinata

da M. Marmot, autore dell'editoriale su Lancet (1), sono 17 e sono figure preminenti nella politica, nella ricerca, e nel sociale: per l'Italia c'è Giovanni Berlinguer dell'Università "La Sapienza" di Roma e parlamentare europeo, per l'India c'è Amarthja Sen; sono presenti inoltre rappresentanti di USA, Australia, Canada, Filippine, Giappone, Cile, Iran, Kenya, Egitto, Tanzania, Svezia. La commissione lavorerà per i prossimi tre anni nel fornire raccomandazioni pratiche per come migliorare la salute agendo sui determinanti sociali.

Il risultato a cui si lavorerà sarà utilizzato per il riorientamento dell'azione di salute pubblica e delle politiche, per un approccio più efficace e sostenibile che dovrebbe essere immediatamente utilizzabile nelle istituzioni della salute e nei programmi a ogni livello dagli organismi internazionali come l'OMS.

La rete di conoscenze su cui la commissione lavora comprende: lo sviluppo precoce, le condizioni della salute pubblica, le condizioni dell'occupazione, la globalizzazione, i contesti urbani, l'esclusione sociale. Non è difficile comprendere come la povertà, nella forma della povertà materiale – scarsità di acqua, malnutrizione – insieme alla mancanza di cure mediche di qualità, possano spiegare le vite tragicamente brevi della popolazione in Sierra Leone.

Capire il ruolo della povertà non è però sufficiente.

L'acqua infetta, la mancanza di calorie e scarse cure prenatali, non possono spiegare un deficit nell'aspettativa di vita di 20 anni degli aborigeni australiani e delle popolazioni delle isole Torres-Strait. La loro mortalità infantile (12,7/1000 nati vivi), infatti, è abbastanza bassa. L'alto tasso di mortalità da adulti è causato da malattie cardiovascolari, cancro, malattie endocrine-nutrizionali, metaboliche, cause esterne (violenze), malattie respiratorie e digestive.

La forma che la povertà assume e le sue conseguenze sulla salute sono del tutto differenti quando si considerino le malattie croniche e le morti violente in età adulta, comparate con le morti da malattie infettive nei bambini. Ciò implica una più approfondita comprensione dei determinanti sociali della salute. Le cause delle cause non sono ovvie. L'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS ha chiesto a un gruppo di studio dell'Università di Londra di sintetizzare le evidenze disponibili sui determinanti sociali della salute. Il gruppo ha indicato questi dieci elementi come fondamentali:

- Gradiente sociale
- Stress
- Condizioni di vita nell'infanzia
- Esclusione sociale
- Lavoro
- Disoccupazione
- Supporto sociale
- Abuso di sostanze

- ▶ Cibo
- ▶ Trasporti.

È vero che in Africa le malattie che contribuiscono maggiormente alla mortalità prematura sono quelle trasmissibili, ma in ogni altra regione del mondo questo non risponde più alla realtà. Qui un'accurata analisi dello spettro globale delle malattie si è focalizzata sull'importanza dei fattori di rischio come il sovrappeso, il fumo, l'alcool e la dieta inadeguata.

Le condizioni sociali che aumentano il rischio di malattie non trasmissibili se, da una parte, agiscono sui comportamenti dannosi sono anche causa di condizioni di vita molto stressate che inducono questi stessi comportamenti (6). È dunque ovvio che la povertà è una strada per molti dei problemi relativi alle malattie infettive; è meno ovvio come interrompere il legame tra povertà e malattia. La povertà fornisce una spiegazione incompleta delle differenze di mortalità tra i paesi o tra sottogruppi di popolazione entro le nazioni.

È noto che nei Paesi ricchi vi è una correlazione assai piccola tra il PIL pro capite e l'aspettativa di vita. La Grecia ha un PIL pro capite di appena 17.000 dollari e un'aspettativa di vita di 78,1 anni; gli USA un PIL pro capite di più di 34.000 dollari e un'aspettativa di vita di 76,9 anni. Costa Rica e Cuba hanno un PIL pro capite di meno di 10.000 dollari e un'alta aspettativa di vita, rispettivamente di 77,9 anni e 76,5 anni. Kerala e Cina hanno una buona salute nonostante i bassi redditi.

Cosa non va?

Ci sono popolazioni relativamente povere con reddito simile, ma con condizioni di salute notevolmente diverse.

È importante tenere in conto non solo il reddito, ma anche la povertà relativa e la distribuzione del reddito. Una revisione delle politiche nei Paesi europei ha identificato diversi interventi che agiscono sui determinanti sociali. Anche se lo scopo di queste politiche non è necessariamente quello di migliorare direttamente la salute, esse finiscono per ottenere questo risultato. Un breve elenco:

- ▶ Tassazione ed esenzione fiscali
- ▶ Pensioni di vecchiaia
- ▶ Benefici per la malattia e la riabilitazione
- ▶ Benefici per la maternità
- ▶ Benefici per la famiglia

- ▶ Benefici per la disoccupazione
- ▶ Politiche della casa
- ▶ Mercato del lavoro
- ▶ Vita nella comunità
- ▶ Facilità di accesso alle cure.

In Svezia una nuova strategia per la salute pubblica riguarda "la creazione di condizioni sociali che assicurino una buona salute per l'intera popolazione" e cinque degli undici obiettivi prioritari sono relativi ai determinanti sociali:

- Partecipazione alla vita della società
- Sicurezza sociale ed economica
- Condizioni dei bambini e degli adolescenti
- Sanità nella vita lavorativa
- Sanità dell'ambiente e dei prodotti.

Questi si sommano alla promozione delle cure mediche e ai comportamenti usualmente sani.

Due tesi collegate rappresentano il razionale per la Commissione sui determinanti sociali della salute.

Primo: se i maggiori determinanti della salute sono sociali è a questi che bisogna porre rimedio. Trattare le malattie correnti è urgente, ma si deve urgentemente intervenire sui sottostanti determinanti sociali della salute.

Secondo: le politiche che danneggiano la salute umana devono essere identificate e, quando possibile, cambiate. La "misura" della salute rappresenta un indicatore fondamentale delle politiche complessive di una nazione. Da questa prospettiva la globalizzazione e il mercato sono buoni o cattivi a seconda di ciò che determinano sulle condizioni di salute. ♦

Bibliografia

- (1) Wook LJ. Public Health is a social issue. *Lancet* 2005;365:1005.
- (2) Marmot M. Social determinants of health inequalities *Lancet* 2005;365:1099.
- (3) WHO. The World Health Report, 2004: changing history; World Health Organization, Geneva 2004.
- (4) Murray CJL, Michard CM, McKenna MT, Marks JS. US patterns of mortality by county and race: 1965-94. Harvard Center for Population and development Studies, Cambridge 1998.
- (5) Bonati M, Campi R. La salute dei bambini della nazione europea più povera: il Sud d'Italia. *Quaderni acp* 2005;12:51.
- (6) Rose G. Strategy of preventive medicine. Oxford University Press, Oxford 2003.

IL BILANCIO DI QUADERNI ACP

Pubblichiamo il bilancio di Quaderni acp 2004 accostato per confronto a quello dell'anno precedente. È un atto che riteniamo di doverosa informazione per tutti coloro che lavorano gratuitamente per la rivista: redazione, soci, lettori e colleghi che collaborano nel comune impegno indirizzato alla informazione e all'aggiornamento partecipati.

Conto Economico in euro	2003	2004
Uscite	70.213	74.963
Entrate	48.290	53.448
Entrate a carico ACP	21.923	21.515
Costo medio per fascicolo (6 numeri/anno)	2,29	2,45

Un articolo pubblicato da Quaderni acp (2005;2:51) è stato citato da International Herald Tribune (August 24, 2005) e da Newsweek (September 26, 2005)

Riportiamo la citazione sull'International Herald Tribune

SOUTHERN ITALY IS CALLED SEVERELY IMPOVERISHED

If southern Italy were an independent country, it would have the highest poverty rate in Europe, according to a medical study published Tuesday that highlights the "constellation of risks" for children there.

More than a third of the 20.7 million people living in southern Italy are poor, or earn less than € 521, or US \$ 637, a month, and two-thirds of those are extremely poor, according to *PLoS Medicine*, a journal published by the Public Library of Silence. Italy has Europe's fourth-largest economy. The study was done by Maurizio Bonati and Rita Campi of Milan's Mario Negri Institute of Pharmacological Research concluded.

(Reuters)