

## 1.2. Le diseguaglianze nella salute: definizioni, principi e concetti di Angelo Stefanini\*, Marco Albonico\*\* e Gavino Maciocco\*\*\*

### *I determinanti della salute*

Lo stato di salute di un individuo e – più estesamente – di una comunità o di una popolazione è influenzato, *determinato* da molteplici fattori. Lo studio dei *determinanti della salute* costituisce la base e la sostanza della sanità pubblica, perché consente di analizzare (e possibilmente modificare) i fattori che in varia misura influenzano l'insorgenza e l'evoluzione delle malattie.

Il modello<sup>1</sup>, che presentiamo nella Figura 1, è espresso in una serie di strati concentrici, corrispondenti ciascuno a differenti livelli di influenza.

1. Al centro c'è l'individuo, con le sue caratteristiche biologiche: il genere, l'età, il patrimonio genetico.
2. Lo strato successivo riguarda il comportamento, lo *stile di vita*, degli individui, che includono fattori come l'abitudine al fumo e all'alcol, i comportamenti alimentari e sessuali, l'attività fisica, che possono promuovere o danneggiare la salute. Queste scelte – come vedremo in seguito – possono essere libere o condizionate.
3. Ma l'individuo non esiste da solo: egli interagisce con i familiari, gli amici, la comunità circostante. Così la qualità degli affetti e delle relazioni sociali influenza la qualità della vita delle singole persone e può determinare un diverso stato di salute sia attraverso meccanismi psicologici (la depressione e l'ansia), che attraverso condizioni materiali favorevoli o avverse (es.: la presenza o l'assenza di una rete di supporto familiare o sociale).
4. Il quarto livello concerne un insieme complesso di fattori che riguardano l'ambiente di vita e di lavoro delle persone: il reddito,

\* Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Bologna.

\*\* Fondazione Ivo de Carneri, Torino.

\*\*\* Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze.

l'occupazione, l'istruzione, l'alimentazione, l'abitazione, le condizioni igieniche, i trasporti e il traffico, i servizi sanitari e sociali.

5. Lo strato più esterno si riferisce alle condizioni generali – politiche, sociali, culturali, economiche, ambientali – in cui gli individui e le comunità vivono.

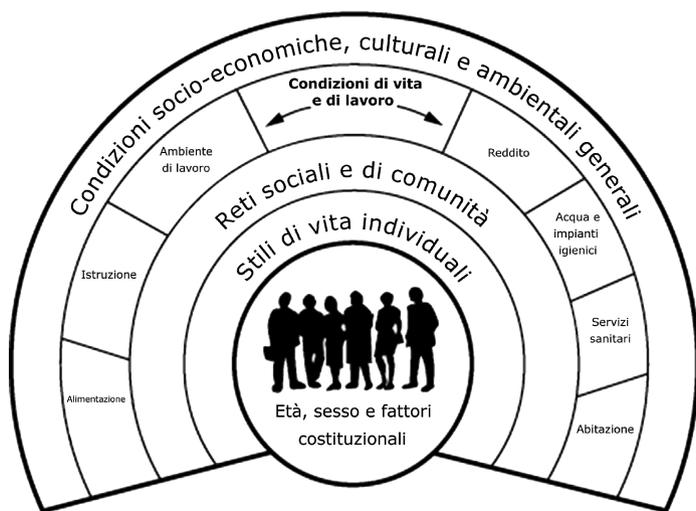


Figura 1. I determinanti della salute.

Di questa serie di *determinanti*, alcuni – le caratteristiche biologiche dell'individuo (il sesso, l'età, il patrimonio genetico) – sono immodificabili, mentre tutti gli altri sono suscettibili di essere trasformati o corretti. Il destino di salute di una persona, di una comunità o di una popolazione dipende quindi da una molteplicità di situazioni e di livelli di responsabilità:

- la responsabilità individuale circa i comportamenti e gli stili di vita;
- la responsabilità familiare o di gruppo circa le relazioni affettive e sociali;
- la responsabilità di una comunità o un governo locale o nazionale circa le politiche sociali, del lavoro e dell'assetto del territorio (da cui dipende la disponibilità e accessibilità dei servizi sanitari, sociali ed educativi, l'occupazione, la fruibilità delle infrastrutture);

- la responsabilità infine dei soggetti sovranazionali – come Nazioni Unite, Organizzazione Mondiale della Sanità, Banca Mondiale, Fondo Monetario Internazionale, Organizzazione Mondiale del Commercio, etc. – che hanno il potere di regolare i rapporti tra gli stati, tra gli stati e le imprese economiche e finanziarie multinazionali, e di influenzare i meccanismi macroeconomici che sono alla base della ricchezza e dello sviluppo di alcuni, e della povertà e del sottosviluppo di altri.

Quella che abbiamo descritto è una piramide di responsabilità molto schematica e semplificata; nella realtà i vari livelli di influenza sullo stato di salute sono strettamente correlati e interagiscono tra loro, ad esempio gli stili di vita sono fortemente legati al contesto familiare e sociale, che a sua volta è condizionato dalle condizioni di vita e di lavoro. Per questo motivo è impossibile individuare un *unico* fattore in grado di condizionare lo stato di salute di una persona o di una comunità: il diverso destino riguardo alla morbilità e alla mortalità degli individui e delle comunità, è il prodotto di un insieme di fattori strettamente correlati tra loro, quali istruzione, assistenza sanitaria, reddito, occupazione, tipologia dell’abitazione, situazione familiare, stili di vita.

### *Diseguaglianze e iniquità nella salute*

Le diseguaglianze nella salute sono ovunque presenti; tra individui, tra differenti gruppi di popolazione e tra differenti aree geografiche. In molti casi queste sono inevitabili, perché – ad esempio – determinate da fattori legati al patrimonio genetico o dovute all’esposizione casuale a un determinato agente patogeno; in altri casi le differenze sono addirittura necessarie, come le differenze tra uomini e donne o tra giovani e vecchi.

Il termine “iniquità” implica un aspetto morale ed etico. Si riferisce a diseguaglianze che sono non necessarie ed evitabili, e quindi da considerare ingiuste<sup>2</sup>.

Margaret Whitehead<sup>3</sup> descrive tre caratteristiche distintive che, se presenti contemporaneamente, trasformano le semplici diseguaglianze o variazioni dello stato di salute in iniquità in salute: la loro natura sistematica, la loro produzione sociale e la loro perversità. In

primo luogo, infatti, queste variazioni in salute non si presentano in modo casuale ma mostrano una distribuzione costante all'interno di una popolazione: per esempio, più si scende nella posizione socio-economica e più aumentano mortalità e morbilità. Questa distribuzione sociale della malattia è universale, anche se con grandezze e intensità variabili a seconda delle società prese in considerazione. In secondo luogo, queste variazioni in salute sono prodotte da processi sociali e non da fattori biologici. Che i figli delle famiglie più povere debbano morire con una frequenza doppia di quelli nati da famiglie ricche non dipende da leggi naturali immutabili. La società ed il modo in cui viene organizzata può invece essere oggetto di cambiamento. Infine, le diseguaglianze nell'accesso ai servizi essenziali e le discriminazioni sociali sono in genere considerate, dalla maggioranza della popolazione, inique e lesive del comune senso della giustizia.

È possibile quindi sostenere che molte delle diseguaglianze in salute tra i gruppi sociali sono ingiuste poiché riflettono una distribuzione ingiusta dei determinanti sociali di salute che ne stanno alla base (come l'accesso ad opportunità scolastiche, un lavoro sicuro, assistenza sanitaria, la rete delle relazioni affettive)<sup>4</sup>. D'altra parte, alcune opinioni tendono a negare qualsiasi ruolo alla ingiustizia sociale nella creazione delle diseguaglianze in salute. Il dibattito verte sostanzialmente attorno ai problemi del libero arbitrio e della responsabilità individuale nei riguardi della propria salute. Lo stile di vita (fumo, alcool, vita sedentaria, alimentazione non corretta) è stato chiamato in causa per definire alcuni comportamenti a rischio per la salute, ma se interpretato in modo riduttivo rischia di colpevolizzare la persona (*"victim blaming"*), di cui si dà per scontata la totale libertà di scegliere comportamenti a rischio. Coloro che sottolineano il primato della responsabilità individuale tendono a interpretare le diseguaglianze in salute come il risultato delle differenze dovute a libere scelte (per esempio, la decisione di cominciare a fumare o di dedicarsi ad un hobby rischioso), mentre i deterministi sociali vedono le stesse scelte come fortemente dipendenti da circostanze imposte e ingiuste (per esempio, la bassa scolarità che limita la capacità di recepire adeguatamente messaggi educativi o la particolare vulnerabilità della gioventù a più basso reddito alla pubblicità del tabacco).

### *Le cause delle cause*

La medicina clinica si occupa delle cause più prossime (i determinanti “prossimali”) delle malattie (agenti infettivi, fisici, chimici) o dei fattori di rischio di specifiche patologie (es: l’aumento della glucosio e del colesterolo nel sangue, della pressione arteriosa). La sanità pubblica, per promuovere politiche e interventi di prevenzione, è alla ricerca delle cause delle cause (i determinanti “distali” delle malattie).

**La povertà estrema.** Nel mondo ogni anno muoiono oltre dieci milioni di bambini al di sotto dei 5 anni; il 98% di queste morti avviene nelle aree più povere del pianeta. Nei paesi più ricchi il decesso di un bambino è un evento raro (Svezia: 3 per 1000 nati vivi), mentre in Africa Sub-Sahariana o in nell’Asia Meridionale o nelle periferie delle megalopoli dell’America Latina è la normalità (Sierra Leone: 316 per 1000 nati vivi). La morte di questi milioni di bambini è direttamente attribuibile a un pugno di condizioni (problemi neonatali, diarrea, infezioni respiratorie, malaria, Aids) che hanno in comune la caratteristica di essere facilmente prevenibili e curabili<sup>5</sup>. Un gruppo di patologie che condividono anche la stessa catena di cause: 1) maggiore esposizione al rischio di malattia a causa della carenza/mancanza di servizi igienici e di acqua potabile, ambienti abitativi degradati, inquinati e affollati, facilità di esposizione a punture di insetti; 2) bassa resistenza alle infezioni a causa della malnutrizione (circa il 50% dei decessi dei bambini di età inferiore ai 5 anni ha come concausa un deficit di alimentazione); 3) minore probabilità di essere raggiunti da interventi preventivi (vaccinazioni, vit. A, zanzariere impregnate di insetticida); 4) in caso di malattia difficoltà o impossibilità di essere curati in una struttura sanitaria a causa della lontananza o per mancanza di soldi (per pagare il trasporto, per pagare le cure); 5) le strutture sanitarie delle aree povere sono spesso poco attrezzate, con poco personale, meno preparato e motivato; 6) le famiglie di quei bambini sono molto povere, hanno un reddito infimo associato a un’altrettanto basso livello d’istruzione.

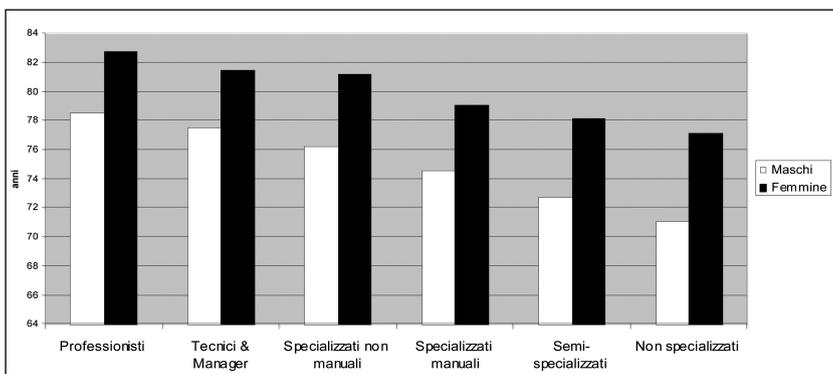
Vi sono disegualianze nella salute – come quella sopradescritta delle abissali differenze nella salute dei bambini – che affondano le loro radici nella povertà assoluta; povertà di reddito e di istruzione, di infrastrutture e di servizi sanitari.

**La povertà relativa.** Ma diseguaglianze nella salute sono evidenti e molto ben documentate anche in contesti lontani da condizioni di privazione assoluta. In Inghilterra esiste la consolidata tradizione di associare la causa di morte alla classe lavorativa del deceduto. Ciò consente di correlare differenti tassi di mortalità con l'appartenza ai diversi gruppi in cui si stratifica la società inglese\*. Nel periodo 1930-1953 il gruppo più svantaggiato presentava un tasso di mortalità superiore del 20% rispetto al gruppo di popolazione più agiato; da allora il gap nel livello di mortalità si è progressivamente allargato: negli anni '90 il gruppo più svantaggiato socialmente ha registrato livelli di mortalità di quasi tre volte superiori rispetto alla fascia dei professionisti. Alla base di questa crescente e abissale differenza stanno la differenza di reddito (raddoppiato in termini reali negli ultimi dagli anni 60 agli anni 90 per il gruppo più ricco, e rimasto invece invariato per quello più povero<sup>6</sup>), il grado di istruzione e il tenore generale di vita (abitazione, ambiente di lavoro, rete di relazioni, alimentazione, stili di vita, etc.).

Quasi tutte le cause di morte presentano differenze a sfavore del gruppo più svantaggiato: le malattie cardiovascolari, i tumori (tranne il tumore della mammella), i suicidi e le cause violente. La differenza nella speranza di vita alla nascita tra i due gruppi – il più avvantaggiato socialmente e quello più svantaggiato – è di 6 anni per le donne e di quasi 7 anni per gli uomini (Figura 2). Differenze nella salute tra gruppi così distanti economicamente e socialmente non suscitano certamente sorpresa. Molto meno scontato è invece un altro fenomeno rappresentato dalla stessa Figura 2: a ogni livello della posizione sociale, chi sta in posizione più avvantaggiata presenta un profilo di salute migliore rispetto a chi sta in una posizione più svantaggiata. Così gli operai semispecializzati hanno un profilo di salute migliore dei manovali, ma peggiore degli operai specializzati manuali, e così via salendo nella scala sociale. Una graduatoria – questa basata sulle classi sociali – sistematica e ferrea che si replica anche riguardo ad

\* La classificazione delle classi lavorative comprende: **I. Professionisti** (avvocati, medici, commercialisti, etc.); **II. Tecnici & Managers** (dirigenti, insegnanti, giornalisti, infermieri, etc.); **IIIN, Specializzati Non Manuali** (impiegati, cassieri, commessi, etc.); **IIIM, Specializzati Manuali** (falegnami, carpentieri, autisti, cuochi, etc.); **IV, Semispecializzati** (guardiani, operai, contadini, etc.); **V, Non Specializzati** (manovali, addetti alle pulizie, etc.).

altri indicatori: l'abitudine al fumo, l'abuso di alcol e droghe, il tempo dedicato all'attività fisica, la percentuale di soggetti obesi o sovrappeso. Il fenomeno è lungi dall'essere una specificità britannica; uno studio effettuato a Torino su diseguglianze sociali e salute<sup>7</sup> è giunto alle stesse conclusioni: "Quale che sia l'indicatore di posizione sociale impiegato – la classe sociale, l'istruzione, le caratteristiche dell'abitazione – il rischio di mortalità cresce in ragione inversa delle risorse sociali di cui gli individui dispongono".



Fonte: WHO/Europe, *The Solid Facts*, 2003

Figura 2. Speranza di vita alla nascita nelle differenti classi lavorative. Maschi e femmine. Inghilterra e Galles, 1997-1999.

**Status syndrome.** Uno studio longitudinale effettuato nel Regno Unito (*Whitehall Study*)<sup>8</sup>, della durata di 25 anni, ha analizzato l'andamento della mortalità tra i dipendenti pubblici (*civil servants*), rilevando che tanto più elevato era il livello di responsabilità nella gerarchia occupazionale, tanto più bassa era la mortalità. In particolare coloro che occupavano il secondo livello di responsabilità nella scala gerarchica avevano mortalità superiore del 25% rispetto ai massimi dirigenti; quelli del terzo livello una mortalità superiore del 60% e dell'ultimo livello dell'80%. Il differenziale di mortalità riguardava quasi tutte cause di morte, in particolare le malattie cardiovascolari.

Uno studio effettuato in Svezia ha dimostrato che coloro che erano in possesso del titolo di dottorato avevano una mortalità più bassa di coloro che avevano conseguito un master e questi ultimi una mortalità più bassa dei semplici laureati<sup>9</sup>.

In entrambi i casi non è possibile attribuire il diverso destino di salute a fattori legati alla deprivazione materiale, anche relativa. Il gradiente sociale nella salute non è neppure attribuibile a differenze nell'assistenza sanitaria; lo studio Whitehall, in particolare, ha dimostrato che più basso era il livello nella scala gerarchica dei soggetti, più elevato era il numero degli accertamenti cardiologici e degli interventi coronarici; in conclusione, non c'è stata alcuna evidenza di sotto-trattamento medico dei meno privilegiati. Anche differenti stili di vita e differenti livelli di pressione arteriosa, glicemia e colesterolemia – pur presenti tra i diversi livelli – spiegano solo per meno di un terzo le differenze nella mortalità cardiovascolare.

Quali fattori, quali altri determinanti entrano allora in gioco? L'epidemiologo inglese M. Marmot ha usato il termine *Status Syndrome*<sup>10</sup> per definire una condizione di rischio per la salute provocata da una condizione di subordinazione nell'attività lavorativa che genera “*low control at work, lack of autonomy and low social participation*”. Lo scarso controllo del proprio lavoro, la perdita di autonomia e la bassa partecipazione sociale sono fattori associati con un aumento del rischio cardiovascolare, con maggiori assenze dal lavoro per malattia e maggiore incidenza di malattie mentali.

La plausibilità biologica di una tale ipotesi è ben descritta nel capitolo *Social organization, stress, and health* del libro *Social determinants of health*<sup>11</sup>. Le reazioni [“*Fight-or-flight*” (“Combatti-o-fuggi”)] generate da una (relativa) bassa posizione sociale attiverrebbero a livello cerebrale due principali percorsi neuroendocrini – l'asse simpatoadreno-midollare e l'asse ipotalamo-pituitario-corticosurrenale – responsabili dell'ipertono simpatico (aumento della frequenza e della pressione cardiaca) e dell'eccesso di produzione di cortisolo. Una condizione che – se eccessivamente ricorrente e prolungata nel tempo – provocherebbe un maggiore rischio di andare incontro a malattie cardiovascolari, tumori, malattie infettive e all'accelerazione dei processi d'invecchiamento.

**Le fasi precoci della vita.** In ogni individuo, sin dai primi anni di vita, alla programmazione biologica si associa la programmazione sociale della persona, quella in cui si struttura l'identità e si sviluppa la capacità di gestire le relazioni sociali. Esistono studi che conforta-

no l'ipotesi di un'associazione tra condizioni di svantaggio nella prima età e mortalità prematura nella vita adulta. Per esempio, bassi livelli di crescita fetale e nei primi anni di vita, dovuti verosimilmente a malnutrizione della madre durante la gravidanza, sono associati in modo significativo ad un'alta mortalità per malattie cardiovascolari nei figli divenuti adulti<sup>12</sup>. Un bambino nato da madre in buona salute e cresciuto in una famiglia benestante e meno esposto a rischi per la salute potrebbe godere di maggiori possibilità di successo in ambito scolastico, che favorirebbe un ingresso privilegiato sul mercato del lavoro e un adeguato sistema pensionistico<sup>13</sup>.

Un bambino nato da madre con maggiori rischi (dipendente da alcool e/o fumo, anemica per malattie intercorrenti o carenze nutrizionali, meno istruita) e con basso reddito è probabile che presenti uno sviluppo nutrizionale e cognitivo ridotto fin dai primi anni di vita, incontri minori opportunità scolastiche, si debba accontentare dei settori meno qualificati del mercato del lavoro dove scarse retribuzioni e/o ambienti insalubri si associano a minime o inesistenti coperture previdenziali. Questi processi sociali interagiscono con quelli biologici secondo svariati percorsi e caratterizzano una serie di condizioni che influenzano la vulnerabilità di un individuo o di una popolazione. Nella fase adolescenziale, poi, nascono quei comportamenti così pericolosi per la salute e per la futura "carriera" sociale, come le esposizioni a minacce infettive o tossiche, le dipendenze da sostanze e gli stili di vita pericolosi, che saranno tanto più difficili da modificare quanto più l'individuo è povero e poco istruito.

La posizione sociale di arrivo è quindi il risultato di questi processi, ma rappresenta anche il punto di partenza che produce risorse per l'individuo stesso, per la sua famiglia e per la comunità più allargata. È nelle condizioni di questo periodo della vita (infanzia e adolescenza) che intervengono quelle situazioni ambientali e di stress cronico che costituiscono i principali mediatori delle disuguaglianze nella salute in età adulta<sup>14</sup>.

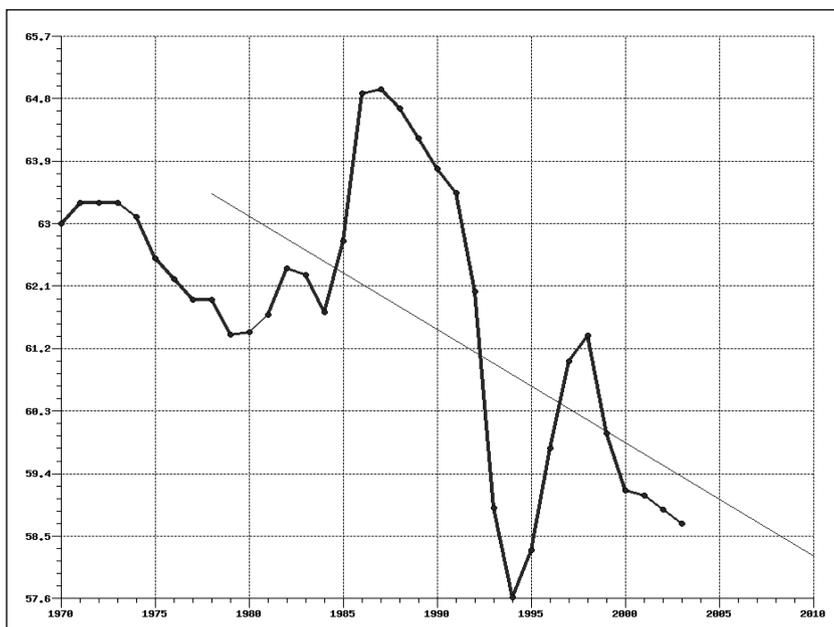
**La coesione sociale.** Amartya Sen ha analizzato i miglioramenti nella speranza di vita in Gran Bretagna dal 1901 al 1960<sup>15</sup>. Le decadi 1911-1921 e 1940-1951 (che includono le due guerre mondiali) ebbe-

ro i più rapidi incrementi nella speranza di vita. Queste decadi di rapida espansione della speranza di vita corrisposero tuttavia a una lenta crescita del PIL pro-capite proprio a causa degli eventi bellici. Sen attribuisce il rapido miglioramento dello stato di salute della popolazione alle politiche di supporto promosse dai governi di allora: la condivisione dei mezzi di sopravvivenza, inclusa la condivisione dell'assistenza sanitaria e delle limitate risorse alimentari (attraverso il razionamento e i sussidi nutrizionali). I radicali provvedimenti del governo britannico per l'equa distribuzione del cibo e dell'assistenza sanitaria risultarono estremamente efficaci perché affrontarono le difficoltà materiali provocate dalla guerra, generando nel contempo un diffuso senso di coesione sociale tra la popolazione.

Vi sono molti indizi a sostegno della tesi che la coesione sociale allunghi la vita, in virtù dei meccanismi psico-sociali citati in precedenza. Un buon indicatore del livello di coesione sociale è una più equa distribuzione del reddito<sup>16</sup>. È stato osservato che le aree metropolitane statunitensi con maggiori diseguaglianze nel reddito hanno una più alta mortalità rispetto ad aree metropolitane con una più equa distribuzione del reddito, indipendentemente dal reddito medio dell'area metropolitana<sup>17</sup>. L'effetto socialmente corrosivo di forti diseguaglianze nella distribuzione del reddito si manifesta anche nell'aumento della violenza<sup>18</sup> e del numero di omicidi<sup>19</sup>.

Il caso Russia da questo punto di vista è terribilmente esemplare. La Figura 3 mostra l'andamento della speranza di vita alla nascita nella popolazione maschile in Russia dal 1970 al 2003. Il primo crollo si registra a seguito del collasso dell'Unione Sovietica: a partire dalla seconda metà degli anni 80, nell'arco di pochi anni, la speranza di vita passa da 65 a 57 anni; dopo un periodo di miglioramento iniziato nel 1995, dal 1999 – in concomitanza con la grave crisi economica del 1998 – si registra una nuova rapida discesa che perdura fino all'ultimo anno disponibile (2003). L'eccesso di mortalità riguarda le malattie cardiovascolari e le cause violente (suicidi, omicidi, avvelenamenti da alcol, incidenti stradali). Con 994 morti per 100.000 abitanti la Russia detiene il primato mondiale del più alto tasso di mortalità per malattie cardiovascolari, il 56% di tutti i decessi nel paese. Pochi dubbi che tale situazione sia dovuta alla disgregazione della società russa seguita agli eventi dalla seconda metà degli anni

80: l'allargarsi della fascia di povertà e delle diseguaglianze del reddito, la pressochè totale scomparsa di ammortizzatori sociali, il senso di disperazione e di insicurezza che si è abbattuto su larga parte della popolazione.



Fonte: WHO/Europe, European HFA Database

Figura 3. Russia. Spersanza di vita alla nascita, maschi. Anni 1970-2003.

**Il ruolo dei servizi sanitari.** Si discute molto sul ruolo dei servizi sanitari nel determinare la salute di una popolazione. Il peso complessivo degli interventi degli interventi preventivi (vaccinazioni, screening) e delle cure mediche sul miglioramento della sopravvivenza varia dal 20 al 50%<sup>20,21</sup>. Gli interventi sanitari pesano di meno nelle malattie croniche, molto di più sulla mortalità materna e su quella neonatale.

In un tempo in cui – come dimostreranno successivi capitoli di questo Rapporto – le diseguaglianze nella salute tendono ad ampliarsi sia tra diverse aree del mondo, che tra diverse classi sociali, i servizi sanitari dovrebbero offrire maggiori servizi agli individui e al-

le popolazioni maggiormente danneggiate dalle condizioni sociali ed economiche di vita e di lavoro. “Per essere equo – afferma C. Perucci – un sistema sanitario dovrebbe essere fortemente diseguale, favorendo i gruppi di popolazione più deboli”<sup>22</sup>. Purtroppo, invece, vige ancora quasi ovunque la “Legge dell’assistenza inversa” (*The inverse care law*) coniata nel 1971 dal J.T. Hart: “la disponibilità di servizi sanitari di qualità varia inversamente con il bisogno di essi nella popolazione servita”<sup>23</sup>.

I sistemi sanitari possono alimentare e rafforzare le disuguaglianze all’interno di una società o, all’opposto, rappresentare la piattaforma per combattere apertamente la povertà e promuovere l’equità. In ogni società l’assistenza sanitaria possiede una considerevole valenza etica poiché le modalità con cui le istituzioni sanitarie trattano la parte più vulnerabile della popolazione rappresentano un indice di come la società vede se stessa. Tollerare un servizio sanitario che emargina alcune categorie di persone significa legittimare l’esclusione sociale e accettare l’inevitabilità delle disuguaglianze. In modo analogo, anche l’interazione tra un sistema sanitario iniquo e le disuguaglianze socio-economiche è reciproca: i servizi sanitari costosi e diseguali impoveriscono coloro che dispongono di basso reddito rafforzando le disuguaglianze sociali. Le disuguaglianze, più in generale, si riflettono a loro volta nell’organizzazione sanitaria intensificandone la polarizzazione e la stratificazione.

### *Conclusion*

Alcuni elementi generali caratterizzano il rapporto tra salute e società:

- 1) la perdita di salute non dipende solo da fattori biologici, fisici, chimici o genetici ma anche da cause sociali;
- 2) la condizione della malattia in individui o popolazioni è influenzata dalla collocazione sociale che ne influenza la frequenza, il decorso e l’esito;
- 3) Un welfare state che integri un sistema di sicurezza sociale ed un servizio sanitario nazionale pubblici è un valido modello per controllare le disuguaglianze e la salute complessiva della popolazione.

Le diseguglianze sociali nella salute vanno riconosciute affrontate e risolte per ragioni di natura etica (perché sono ingiuste), politica (perché suscettibili di interventi politici), utilitaristica (perché i loro effetti colpiscono tutti) e di convenienza economica (perché gli interventi di contrasto possono essere costo-efficaci)<sup>24</sup>.

Poichè i determinanti sociali della salute non sono necessariamente gli stessi che determinano le diseguglianze sociali nella salute è bene ricordare che è teoricamente possibile promuovere politiche che migliorano gli indicatori medi di salute in un paese senza alterare il grado di diseguglianza in salute esistente tra gruppi privilegiati e gruppi svantaggiati. Non è più sufficiente quindi per un governo porsi l'obiettivo di migliorare la salute (media) della propria popolazione<sup>25</sup>. Per promuovere l'equità e ridurre l'iniquità nella salute è necessario un processo non soltanto di continua "ugualizzazione", ma anche di priorità che tendano verso una maggiore giustizia. La ricerca della equità sociale nella salute, quindi, richiede la riduzione dell'eccesso di carico di malattia tra i gruppi più colpiti dalle diseguglianze sociali in salute, in tal modo minimizzando le diseguglianze sociali in salute e migliorando i livelli medi di salute globalmente.

Il messaggio forse più forte che si trae dalle ricerche disponibili è che l'osservare e lo studiare la salute dal punto di vista della società (anziché soltanto da quello del singolo individuo) conduce ad un approccio radicalmente differente nei confronti dei suoi principali determinanti. Oltre a studiare ciò che rende una persona più sana di un'altra, è necessario infatti indagare anche su cosa renda una società più sana di un'altra. Una tale prospettiva porta con sé profonde implicazioni politiche e di indirizzo da dare alle scelte pubbliche. Se il quadro risultante dagli studi su salute e diseguglianze risulta almeno a grandi linee corretto, allora lo studio delle diseguglianze nella salute dovrebbe rappresentare la priorità della sanità pubblica rendendo necessario affrontare la salute come un fenomeno tipicamente sociale. Una prima implicazione di politica sociale sarà quindi che, anzichè tentare di isolare separatamente ciascun fattore di rischio nel tentativo poi di ricomporre l'intera gamma degli agenti eziologici che intervengono a livello delle classi sociali più svantaggiate, è probabilmente più efficace cercare di identificare a quale livello dei processi sociali poter intervenire in modo da incidere sulle

più comuni cause di mortalità e morbosità nel mondo moderno. Per favorire il processo di riduzione delle disuguaglianze è necessario che gli studi scientifici sull'associazione tra disuguaglianze socioeconomiche e salute non siano soltanto oggetto di rigorosa valutazione empirica ma siano anche resi accessibili ai decisori politici al fine di trovare soluzioni appropriate<sup>26</sup>.

La persistenza della disuguaglianza come esperienza pratica quotidiana chiama prepotentemente in causa la questione dei diritti umani, della povertà, della condizione di migrante, del colore della pelle e del genere, e il loro impatto su salute e malattia. È in questo contesto che diritti umani, equità e salute sono diventati centrali nel Nord e nel Sud del pianeta, in quanto fanno riferimento a valori che riguardano la vita e la morte, l'uguaglianza sociale, la dignità e l'integrità della persona. È importante quindi indagare le relazioni reciproche tra salute e diritti umani, verso l'ipotesi di fondo che la promozione e la protezione dei diritti umani e della salute non sono soltanto complementari, ma fundamentalmente legati l'uno all'altro e quindi hanno un enorme potenziale e conseguenze pratiche per ciascuno di noi.

L'aspetto appassionante di questo nuovo linguaggio, il linguaggio dei diritti umani, è che è stato in grado di esporre e denunciare l'immoralità e la barbarie della moderna faccia del potere. Non possiamo prendere seriamente questo linguaggio se non consideriamo con preoccupazione la sofferenza che l'abuso o la violazione di questi diritti porta con sé. Povertà, guerra, degradazione ambientale, gli effetti deleteri della globalizzazione unilaterale e sbilanciata, la discriminazione, la malattia, l'analfabetismo e lo sfruttamento del lavoro sono soltanto alcune delle minacce al nostro diritto di essere umani di vivere in sicurezza e in dignità.

### *Note bibliografiche*

<sup>1</sup> Department of Health, *Inequality in Health*, Report (Chairman: Sir Donald Acheson), The Stationary Office, London 1998.

<sup>2</sup> M. Whitehead, *The concepts and principles of equity and health*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 1990.

<sup>3</sup> M. Whitehead, *Ibidem*.

<sup>4</sup> A. Woodward, I. Kawachi, *Why reduce health inequalities?*, "J Epidemiol Community Health", 2000; 54: 923-9.

- <sup>5</sup> R. Black, S. Morris, J. Bryce, *Where and why are 10 million children dying every year?*, "Lancet", 2003, 361, pp. 2226-2232.
- <sup>6</sup> Department of Health, *Inequality in Health*, cit., p. 17.
- <sup>7</sup> G. Costa, M. Cardano, M. Demaria, *Torino, storie di salute in una grande città*, Ufficio di statistica, Osservatorio socioeconomico torinese, Città di Torino 1998.
- <sup>8</sup> C. Van Rossum et al., *Employment Grade Differences in Cause Specific Mortality: twenty-five Follow-up of Civil Servants from the First Whitehall Study*, "Journal of Epidemiology and Community Health", March 2000, pp. 178-184.
- <sup>9</sup> R. Erikson, *Why do graduates lives longer?*, in J.O. Johnsson, C. Mills (eds.), *Cradle to Grave. Life-Course Change in Modern Sweden*, Sociology Press, Durham, England 2001.
- <sup>10</sup> M. Marmot, *Status Syndrome*, "JAMA", 2006, 295, pp. 1304-1307.
- <sup>11</sup> E. Brunner, M. Marmot, *Social organization, stress, and health*, in M. Marmot, R. Wilkinson, *Social determinants of health*, Oxford University Press, 2006.
- <sup>12</sup> D. Barker et al., *Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life*, "Lancet", 1993, 341 pp. 938-941.
- <sup>13</sup> D. Kuh, Y. Ben-Shlomo, J. Lynch, J. Hallqvist, C. Power, *Life course epidemiology*, "J Epidemiol Community Health", 2003, 57 (10), pp. 778-783.
- <sup>14</sup> G. Costa, *I determinanti sociali*, in G. Costa, T. Spadea, M. Cardano (eds.), *Disuguaglianze di salute in Italia*, "Epidemiologia e Prevenzione", 2004, p 17.
- <sup>15</sup> A. Sen, *Lo sviluppo è libertà*, Mondadori, 2001, p. 55.
- <sup>16</sup> R.G. Wilkinson, *Ourselves and others - for better or worse: social vulnerability and inequality*, in M. Marmot, R.G. Wilkinson, *Social determinants of health*, Oxford University Press, 2006.
- <sup>17</sup> J.W. Linch et al., *Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States*, "Am J Public Health", 1998, pp. 1074-1080.
- <sup>18</sup> C.C. Hsieh, M.D. Pugh, *Poverty, income inequality and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies*, "Criminal Justice Review", 1993, 18, pp. 182-202.
- <sup>19</sup> P. Fajnzylber, D. Lederman, N. Loayza, *Inequality and violent crime*, "Journal of Law and Economics", 2002, 45 (1), pp. 1-40.
- <sup>20</sup> A.R. Tarlov, *Social determinants of health. The sociobiological translation*, in D. Blane, E. Brunner, R. Wilkinson (eds.), *Health and social organization*, Routledge, London 1996.
- <sup>21</sup> WHO, *World Health Report 2005*, Geneva 2005.
- <sup>22</sup> C. Perucci, *Prefazione al volume "Disuguaglianze di salute in Italia"*, a cura di G. Costa, T. Spadea, M. Cardano, "Supplemento di Epidemiologia e Prevenzione", Anno 28 (3), 2004.
- <sup>23</sup> J.T. Hart, *The Inverse Care Law*, "Lancet", 1971, i, pp. 404-412.
- <sup>24</sup> A. Woodward, I.J. Kawachi, *Why reduce health inequalities?*, "J. Epidemiol. Community Health", 2000, 54, pp. 923-929.
- <sup>25</sup> Commission on Social Determinants of Health, *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health*, Discussion paper for the CSDH, Draft, 5 May 2005.
- <sup>26</sup> M. Whitehead, *Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective*, "Millbank Quarterly", 1998, 76, pp. 469-492.