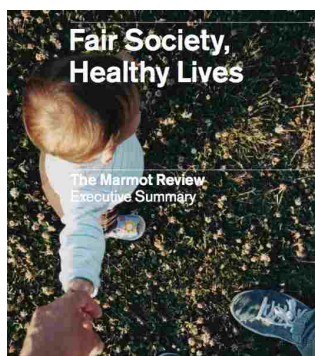


Ilaria Geddes e Marco Geddes



Le disuguaglianze di salute che possono essere evitate adottando provvedimenti ragionevoli sono ingiuste. Eliminarle è sostanzialmente un problema di giustizia sociale.

“Rise up with me against the organisation of misery”. Pablo Neruda

Venerdì 12 febbraio è stato presentato a Londra il Rapporto sulle disuguaglianze di salute in Inghilterra: [Fair Society, Healthy Lives The Marmot Review](#). Si è attuato così l’impegno, che nel novembre 2008 il Ministro della Sanità aveva affidato a Sir Michael Marmot, (che aveva coordinato, negli anni precedenti, la Commissione WHO sui determinanti di salute[1]), di effettuare una revisione indipendente volta a individuare strategie per ridurre le disuguaglianze di salute in Inghilterra.

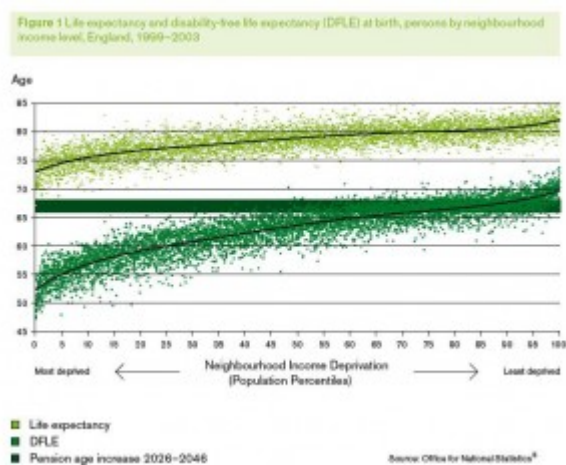
Una metodologia non nuova nei paesi anglosassoni, che ha messo in moto un complesso lavoro di revisione dei dati, di confronto e di valutazione con i molteplici attori delle politiche pubbliche.

Il messaggio che emerge dal Rapporto è molto chiaro ed esplicitato nella presentazione a firma del curatore: “[...] Noi abbiamo una posizione ideologica: le disuguaglianze di salute che possono essere evitate adottando provvedimenti ragionevoli sono ingiuste. Eliminarle è sostanzialmente un problema di giustizia sociale”.

Le azioni da intraprendere per ridurre le disuguaglianze di salute non possono pertanto far parte di una “agenda sanitaria”, ma devono essere trasversali a tutta la società.

Le disuguaglianze hanno un peso rilevante nella attesa di vita e in Inghilterra **la differenza fra chi è più povero e chi è più benestante è mediamente di 7 anni (Figura 1)[2]**.

Figura 1.



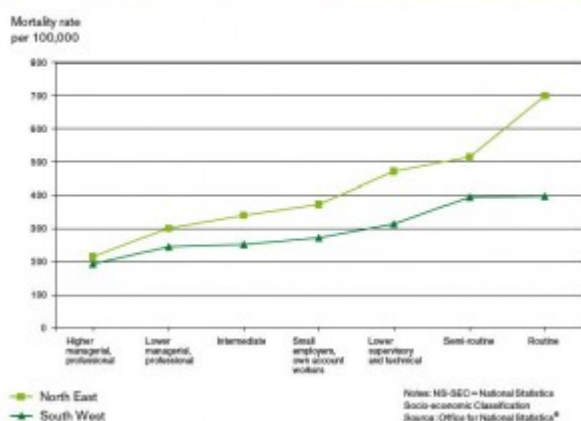
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Se poi si valuta l'attesa di vita libera da disabilità questa differenza raggiunge i 17 anni! Interessante in tale contesto la annotazione direttamente "politica": un innalzamento della età della pensione, ai 68 anni (la striscia verde orizzontale) comporterebbe che negli ultimi anni di lavoro fra il 75 e l' 85% degli occupati sarebbe affetto da disabilità.

Queste disuguaglianze causano, ogni anno, fra 1.3 e 2.5 milioni di anni di vita persi. **Se tutte le persone di età superiore ai 29 anni avessero l'attesa di vita dei laureati, vi sarebbero 202.000 morti premature in meno ogni anno.** Queste differenze non sono iscritte nella struttura della popolazione o nella realtà inglese, che è infatti mutevole. Basti osservare la enorme differenza di mortalità che vi è fra diverse zone del paese; mentre la mortalità nelle classi sociali alte è analoga fra il Nord Est e il Sud Ovest, quella nelle classi sociali più svantaggiate presenta un ampio divario (700 x 100.000 vs 400 x 100.000), che si viene concretizzando progressivamente via via che il livello sociale si abbassa (**Figura 2**)[3].

Figura 2.

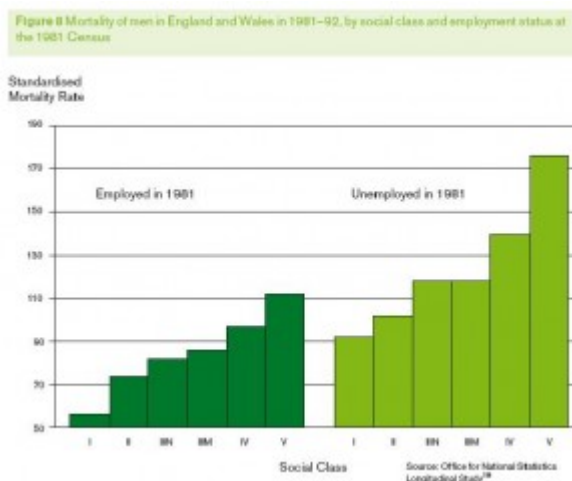
Figure 2 Age standardised mortality rates by socioeconomic classification (NS-SEC) in the North East and South West regions, men aged 25–64, 2001–2003



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Il Rapporto, dopo alcuni capitoli introduttivi dedicati ad una valutazione delle precedenti azioni e raccomandazioni (il Rapporto Acheson[4] e gli indicatori di salute conseguentemente disponibili), prende in rassegna i principali determinanti di salute evidenziando, ad esempio, come **la disoccupazione sia associata ad una mortalità notevolmente più elevata anche nella classe sociale alta**, che supera così la mortalità di ben 4 classi sociali degli occupati, ma rimane meno elevata delle ultime due. (**Figura 3**)[5].

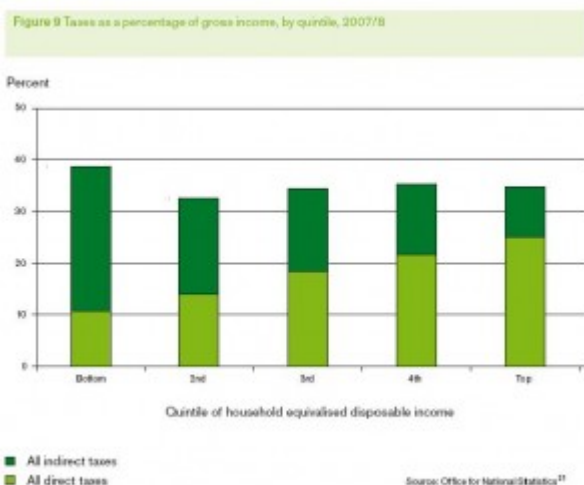
Figura 3.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Un ulteriore esempio è rappresentato dal sistema fiscale: **il prelievo fiscale risulta progressivo nella tassazione diretta, ma tale progressività si attenua, considerando l'insieme delle tasse dirette e indirette, fino ad invertirsi nella classe sociale più bassa.** Infatti le tasse indirette, anche per l'orientamento nei consumi (alcol, sigarette) risultano assai più elevate nelle classi sociali più basse e da ciò deriva un prelievo fiscale che non è certo fattore di consistente redistribuzione delle risorse (**Figura 4**)[6].

Figura 4.



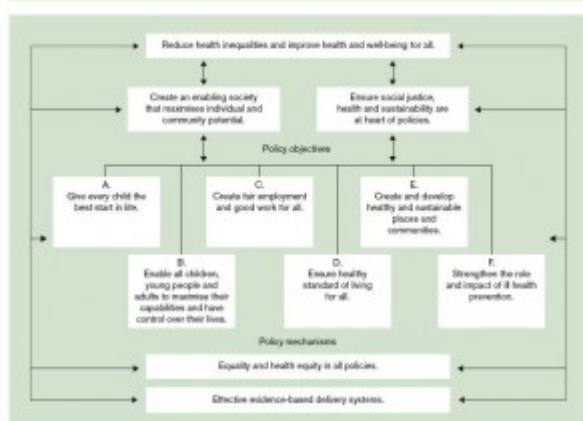
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Il Rapporto individua sei obiettivi, che vengono a fare parte e costituire la cornice concettuale dell'azione volta a ridurre le disuguaglianze (**Figura 5**):

1. Offrire a ogni bambino il migliore inizio della vita.
2. Assicurare a tutti i bambini, i giovani e gli adulti la possibilità di massimizzare le loro capacità ed esercitare un controllo sulle loro vite
3. Creare impieghi e un buon lavoro per tutti
4. Assicurare un salutare standard di vita per tutti
5. Creare e incrementare luoghi e comunità salubri e sostenibili
6. Rafforzare il ruolo e l'impatto della prevenzione

Figura 5.

Figure 4 The Conceptual framework



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Questi obiettivi, che possono sembrare generici nel loro titolo, sono invece sviluppati, anche attraverso una serie di *Case studies*, individuando le priorità, le raccomandazioni e proponendo un cronoprogramma di azioni, articolato in tre periodi: 2011 - 2015; 2016 - 2020; 2020 e oltre.

Il messaggio chiave del rapporto può essere riassunto nei seguenti punti:

- Le disuguaglianze di salute sono il risultato di disuguaglianze sociali, che risultano peraltro assai accentuate in Inghilterra, come evidenziato da altri studi di carattere economico[7]. L'azione per superarle deve essere mirata sui determinanti di salute.
- Una leva fondamentale con la quale agire è quella di intervenire fin dalle fasi iniziali della vita, con programmi di sostegno economico, sociale e sanitario[8].
- Non bisogna focalizzarsi solo sui più svantaggiati, ma effettuare interventi sull'insieme della popolazione, con una scala di intensità diversificata in proporzione ai diversi

livelli e situazioni di svantaggio (un “*universalismo proporzionale*”).

- Il beneficio di tali interventi coinvolge direttamente o indirettamente tutta la società. Le diseguaglianze di salute comportano infatti una riduzione delle capacità produttive, una conseguente riduzione delle entrate fiscali, una elevata spesa sia in termini sociali (invalidità, pensioni etc.) sia in termini di costi sanitari.
- Non solo la crescita economica, ma una equa distribuzione della salute, il benessere e la sostenibilità sono obiettivi prioritari di una nazione.
- La battaglia sui cambiamenti climatici e quella sulle disuguaglianze sociali devono proseguire unite.
- Il raggiungimento degli obiettivi in questo settore comporta un’azione comune fra livelli centrali, governi locali, terzo settore, privati e comunità locali.
- Il raggiungimento di obiettivi a livello locale comporta il coinvolgimento della comunità locale e della popolazione.

Il giorno della presentazione tutti i principali giornali (The Times, The Guardian, Financial Times etc) davano ampio spazio al Rapporto; gli editoriali delle due principali riviste mediche inglesi (*The Lancet*[9], *The British Medical Journal*[10]) sono stati dedicati alla presentazione e al commento del Rapporto.

Al di là del contenuto del Rapporto, quello che è di rilievo in confronto alle (poche) iniziative italiane è l’impegno nel coinvolgere i diversi attori in un dibattito – che di per sé rappresenta così una implementazione del Rapporto stesso – e di avere un impatto nella stampa, quale premessa al coinvolgimento della opinione pubblica sia generale che di settore (medici e operatori sanitari).

Nota

Ilaria Geddes, Research Fellow - Health Inequalities Post 2010 Review - Global Health Equity Group - University College, London.

Marco Geddes, Direttore sanitario Ospedale Firenze centro. Azienda sanitaria di Firenze.

Bibliografia

1. WHO (2008). **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, World Health Organization, 2008. [[PDF: 7.28 Mb](#)]
2. Office for National Statistics (2009). [Health expectancy at birth](#).
3. Siegler V, Langford A and Johnson B (2008). **Regional differences in male mortality inequalities using the National Statistics Socio-economic Classification**,

England and Wales, 2001-03. [[PDF: 2,10 Mb](#)]

4. Acheson D (1998). Inequality in health: report of an independent inquiry. London: HMSO, 2008.
5. Bethune A (1997). Unemployment and mortality in Drever F and Whitehead M (Eds). Health inequalities: decennial supplement, ONS Series DS no. 15. London, The Stationery Office: 156-167.
6. Jones F, Annan D and Shah S (2009) the redistribution of household income 1977 to 2006/07. Economics & Labour market Review; 3 (1):31-43.
7. **An anatomy of Economic Inequality in the UK.** Centre for Analysis of Social Exclusion. The London School of Economics and Political Science, 2010. [[PDF: 1,63 Mb](#)]
8. Save the Children's report on child poverty. **Measuring child poverty in Uk** [[PDF: 102 Kb](#)]
9. Health equity - an election manifesto?. The Lancet 2010;375(9714):525.
doi:10.1016/S0140-6736(10)60210-3
10. Godlee F. **What's social injustice to do with medicine?** BMJ 2010;340:c842 [[PDF: 465 Kb](#)]
Hunter DJ, Popay J, Tannahill C, Whitehead M. [Getting to grips with health inequalities at last?](#) BMJ 2010 340: c684.