

Modulo 1: Determinanti e disuguaglianze in salute

Unità 2: Diseguaglianze e iniquità nella salute

Lezione 1: Definizioni e stato dell'arte delle diseguaglianze nella salute

Le differenze nella salute sono presenti ovunque: 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 ingiuste¹.

Tre principali caratteristiche trasformano semplici variazioni o differenze nella salute in iniquità sociali nella salute.

La **prima caratteristica** è il modello sistematico delle differenze nella salute. Queste differenze non sono distribuite in maniera casuale, ma mostrano una struttura costante nella popolazione. Uno degli esempi che maggiormente colpisce è la sistematica differenza tra differenti gruppi socioeconomici. La mortalità e la morbosità aumentano man mano che si scende nella scala sociale. Questo modello sociale di malattia è universale, sebbene la sua dimensione sia variabile da paese a paese.

La **seconda caratteristica** è che sono i processi sociali che producono le differenze nella salute. Differenze cioè che non sono determinate biologicamente: nessuna legge della Natura, ad esempio, stabilisce che i bambini delle famiglie povere devono avere una probabilità doppia di morire rispetto ai coetanei nati in famiglie ricche. Se i processi sociali generano queste differenze in un paese, allora queste stesse differenze dovrebbero essere suscettibili di essere modificate dalla volontà politica e da leggi adeguate.

La **terza caratteristica** è che le iniquità sociali sono differenze percepite come ingiuste, perché generate e mantenute da “ordinamenti sociali ingiusti” che offendono la comune nozione di giustizia. Naturalmente ciò dipende dal significato che viene attribuito all'idea di giustizia. Per esempio tutte le popolazioni europee condividono l'idea che tutti i bambini, indipendentemente dal gruppo sociale di appartenenza, debbano avere le stesse chance di sopravvivenza. E viene considerato un'ingiustizia il fatto che le probabilità di

¹ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1990.

sopravvivere siano minori per i bambini di un determinato gruppo sociale rispetto ad un altro.

E' possibile quindi sostenere che molte delle disuguaglianze 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). D'altra parte, alcune opinioni tendono a negare qualsiasi ruolo alla ingiustizia sociale nella creazione delle disuguaglianze 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 disuguaglianze 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).

Nel mondo, dagli anni '80 del secolo scorso in poi, le disuguaglianze tra nazioni e tra gruppi di popolazione all'interno delle nazioni si sono dilatate. Nel 1980 il reddito pro-capite del 10% più ricco della popolazione mondiale era di 11.840 \$, mentre quello del 10% più povero della popolazione mondiale era di 196 \$ (un rapporto pari a 60); nel 2005 i valori sono diventati rispettivamente 40.730 \$ e 334 \$ (con un rapporto che è raddoppiato, cioè 122) (Figura 1).

Increasing income inequality among countries

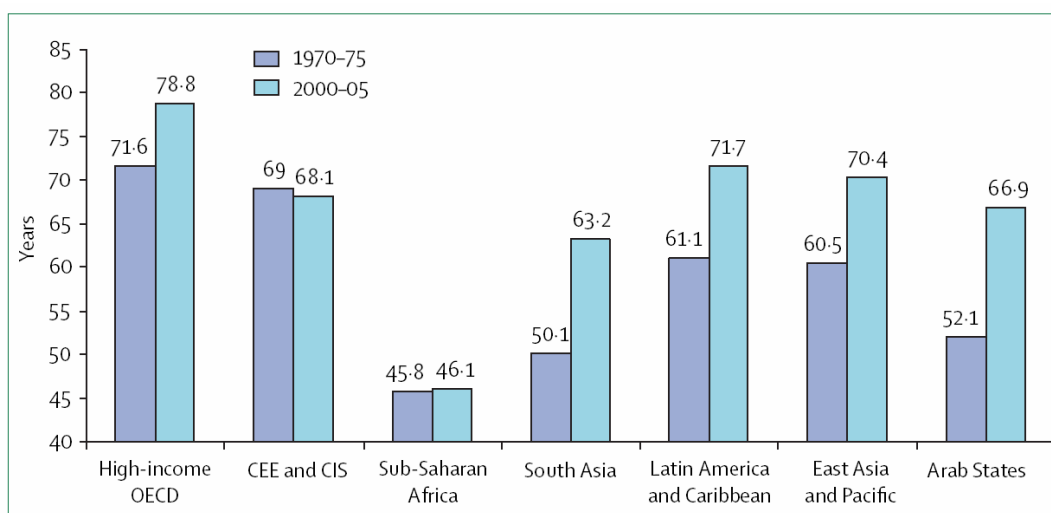
Gross national income per capita in nominal US\$			
Year	Richest countries*	Poorest countries*	Ratio
1980	US\$ 11 840	US\$ 196	60
2000	US\$ 31 522	US\$ 274	115
2005	US\$ 40 730	US\$ 334	122

*Containing 10% of the world's population. Data derived from Table 1 in the World Bank's World Development Reports for 1982, 2002, and 2007, respectively, and market exchange rates in the relevant years. The ratios among these nominal US\$ figures are comparable across years.

Reprinted, with permission of the publisher, from Pogge (2008).

Figura 1

Se si osserva l'andamento della speranza di vita alla nascita in differenti aree del mondo (Figura 2), dal 1970/75 al 2000/05, si evidenziano profonde differenze tra i paesi industrializzati ad alto reddito e altre regioni meno sviluppate. Colpisce anche la presenza di aree in cui la speranza di vita, in questo arco di tempo, non è cresciuta (o è addirittura diminuita), come Africa sub-sahariana, Europa Centro-Orientale e paesi appartenenti all'ex-Unione Sovietica.



Life expectancy at birth by region, 1970-75 and 2000-05

Source: Human Development Report 2005.²

Figura 2

In alcune parti dell’Africa la riduzione della speranza di vita alla nascita, dagli anni 80-90, ha registrato un andamento drammatico (Figura 3).

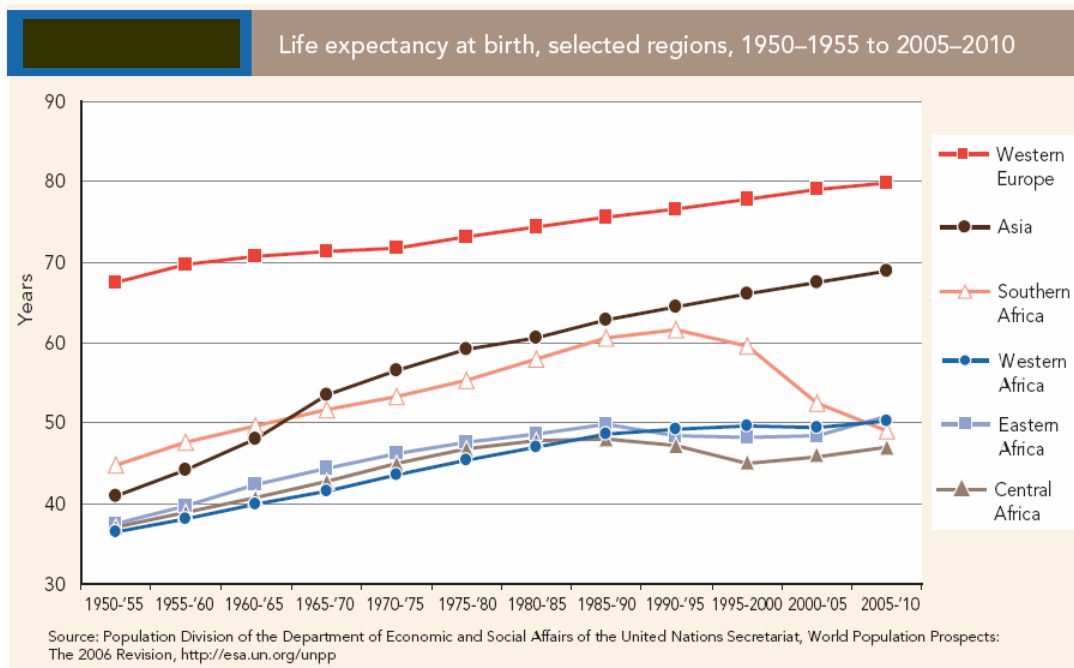


Figura 3

Il Rapporto della Commissione sui determinanti sociali di salute contiene un’esauriente serie di informazioni sui fattori (*structural drivers*) che producono le diseguaglianze nella salute nel mondo e nei vari contesti: salute della donna, malattie croniche, diseguaglianze legate alla razza, etc (Figure 4 e 5).

STRUCTURAL DRIVERS OF HEALTH INEQUITIES

The top fifth of the world’s people in the richest countries enjoy 82% of the expanding export trade and 68% of foreign direct investment – the bottom fifth, barely more than 1% (UNDP, 1999).

In 1999, the developing world spent US\$ 13 on debt repayment for every US\$ 1 it received in grants (World Bank, 1999).

Of the population in the developed nations, 20% consume 86% of the world’s goods (UNDP, 1998).

In 1997, the East Asian financial crisis was triggered by a reversal of capital flows of around US\$ 105 billion, a relatively small amount in global terms, but equivalent to 10% of the combined gross domestic product (GDP) of the region. Similar shocks have since affected Russia and Brazil (ODI, 1999).

Since 1990, conflicts have directly killed 3.6 million people, (UNICEF, 2004). Sudan has 5.4 million internally displaced people, Colombia 3 million, Uganda 2 million, Congo 1.7 million, and Iraq 1.3 million (UNHCR, 2005).

Many countries spend more on the military than on health. Eritrea, an extreme example, spends 24% of GDP on the military and only 2% on health. Pakistan spends less on health and education combined than on the military (UNDP, 2007).

Each European cow attracts a subsidy of over US\$ 2/day, greater than the daily income of half the world’s population. These subsidies cost the European Union (EU) taxpayer about 2.5 billion per year. Half of this money is spent on export subsidies, which damage local markets in low-income countries (Oxfam, 2002).

Figura 4

INEQUITY IN HEALTH CONDITIONS

LEB among indigenous Australians is substantially lower (59.4 for males and 64.8 for females in the period 1996–2001) than that of all Australians (76.6 and 82.0, respectively, for the period 1998–2000) (Aboriginal and Torres Strait Islander Social Justice Commissioner, 2005).

In Europe, the excess risk of dying among middle-aged adults in the lowest socioeconomic groups ranges from 25% to 50% and even 150% (Mackenbach, 2005).

Health inequalities are observed among the oldest old. The prevalence of long-term disabilities among European men aged 80+ years is 58.8% among the lower educated versus 40.2% among the higher educated (Huisman, Kunst & Mackenbach, 2003).

In the United States of America, 886 202 deaths would have been averted between 1991 and 2000 if mortality rates between whites and African Americans were equalized. This contrasts to 176 633 lives saved by medical advances (Woolf et al., 2004).

Cardiovascular diseases (CVDs) are the number one group of conditions causing death globally. An estimated 17.5 million people died from CVDs in 2005, representing 30% of all global deaths. Over 80% of CVD deaths occur in low- and middle-income countries (WHO, nd,a).

Of people with diabetes, 80% live in low- and middle-income countries. Diabetes deaths are likely to increase by more than 50% in the next 10 years without urgent action (WHO, nd,c).

Mental health problems will become increasingly important. It is estimated that unipolar depressive disorders will be the leading cause of the burden of disease in high-income countries in 2030, and it will be number two and three in middle- and low-income countries, respectively (Mathers & Loncar, 2005).

The lifetime risk of maternal death is one in eight in Afghanistan; it is 1 in 17 400 in Sweden, (WHO et al., 2007).

Maternal mortality is three to four times higher among the poor compared to the rich in Indonesia (Graham et al., 2004).

Every day, over 13 500 people worldwide die due to tobacco. The total number of smoking deaths will increase from 5 to 8 million in the next 20 years. Soon, it will become the leading cause of death in developing countries (as it is in high-income countries) (Mathers & Loncar, 2005).

Worldwide, alcohol causes 1.8 million deaths (3.2% of the total). Unintentional injuries alone account for about one third of the 1.8 million deaths (WHO, nd,b).

Figura 5

Le diseguaglianze nella salute sono abissali se consideriamo il confronto tra condizioni sociali estreme (molto ricchi vs molto poveri). Ad esempio, speranza di vita alla nascita tra donne del Giappone (86 anni) e donne dello Zambia (43 anni), oppure tra uomini ricchi di un quartiere ricco di Glasgow (82 anni) e uomini poveri di un quartiere povero della stessa città (54 anni) (Figura 6).

Male life expectancy, between- and within-country inequities, selected countries

Place	Life expectancy at birth
United Kingdom, Scotland, Glasgow (Calton) ^b	54
India ^a	62
United States, Washington DC (black) ^c	63
Philippines ^a	64
Lithuania ^a	65
Poland ^a	71
Mexico ^a	72
United States ^a	75
Cuba ^a	75
United Kingdom ^a	77
Japan ^a	79
Iceland ^a	79
United States, Montgomery County (white) ^c	80
United Kingdom, Scotland, Glasgow (Lenzie N.) ^b	82

Figura 6

Le diseguaglianze nella salute si manifestano non solo nel gap esistente tra i più poveri e i più ricchi, ma anche con il fenomeno chiamato “gradiente sociale nella salute”, che descrive le differenze nello stato di salute nei diversi gruppi di popolazione, a seconda della loro posizione socio-economica.

I livelli di mortalità della popolazione adulta nel Regno Unito crescono “gradualmente” man mano che ci spostiamo dai gruppi di popolazione meno svantaggiati (*least deprived*) a quelli più svantaggiati (*most deprived*) (Figura 7).

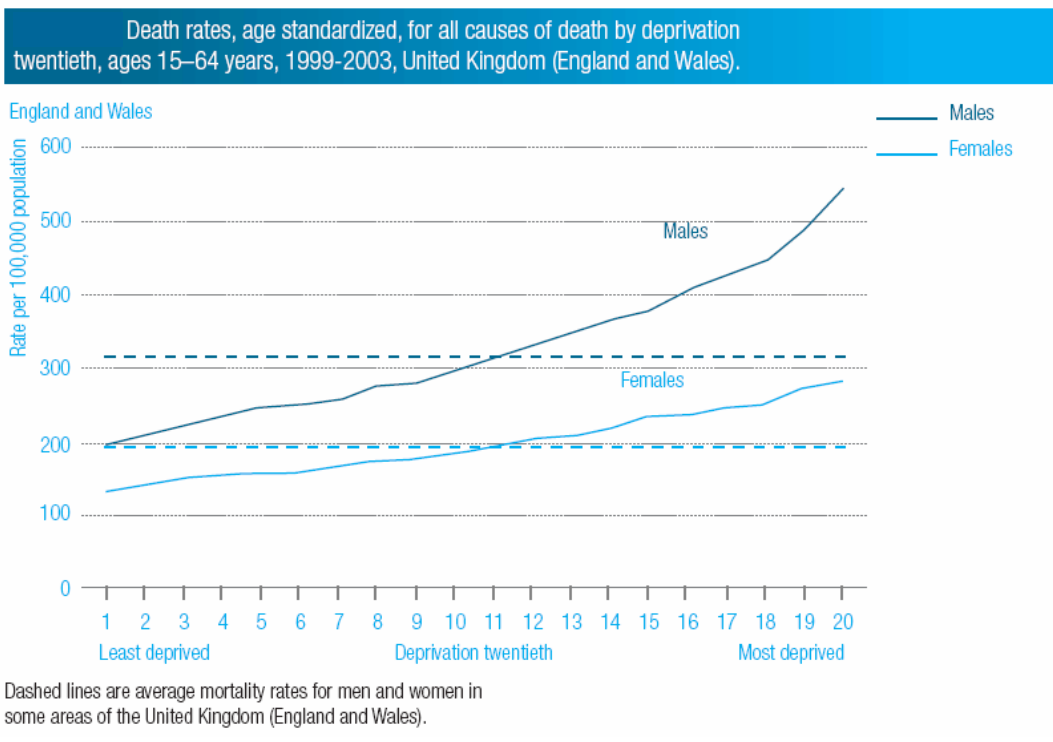


Figura 7

Il gradiente sociale della salute attraversa tutte le società ed è presente anche nei paesi a basso o medio livello di sviluppo – vedi Uganda, India, Turkmenistan, Perù e Marocco, dove la relazione tra livello socioeconomico e mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni è graduata: se suddividiamo la popolazione in 5 differenti gruppi in relazione al loro reddito, tanto maggiore è il livello di benessere economico, quanto minore è il tasso di mortalità (Figura 8).

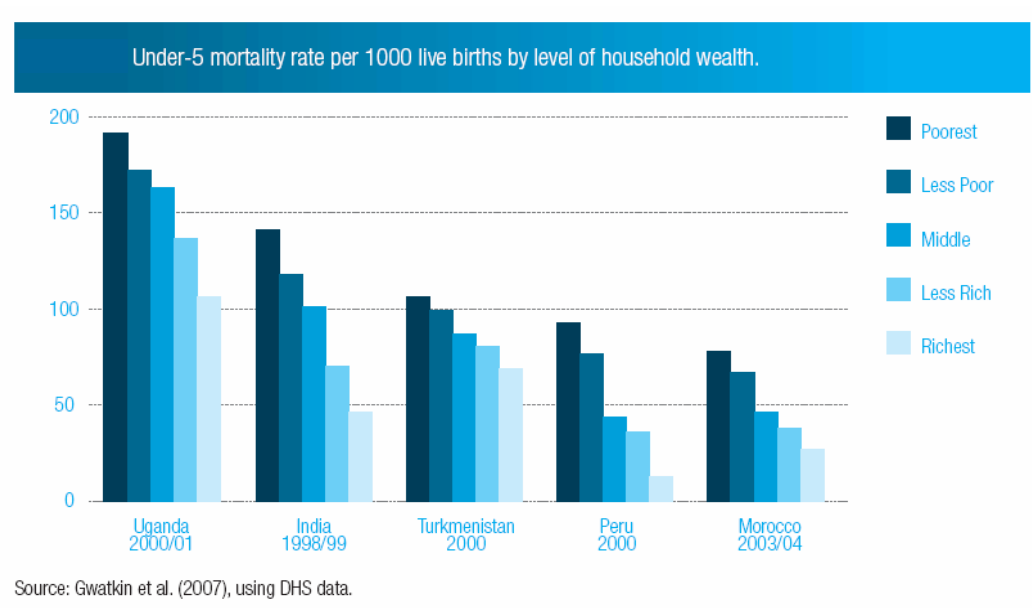


Figura 8