



Bambini e Migrazioni

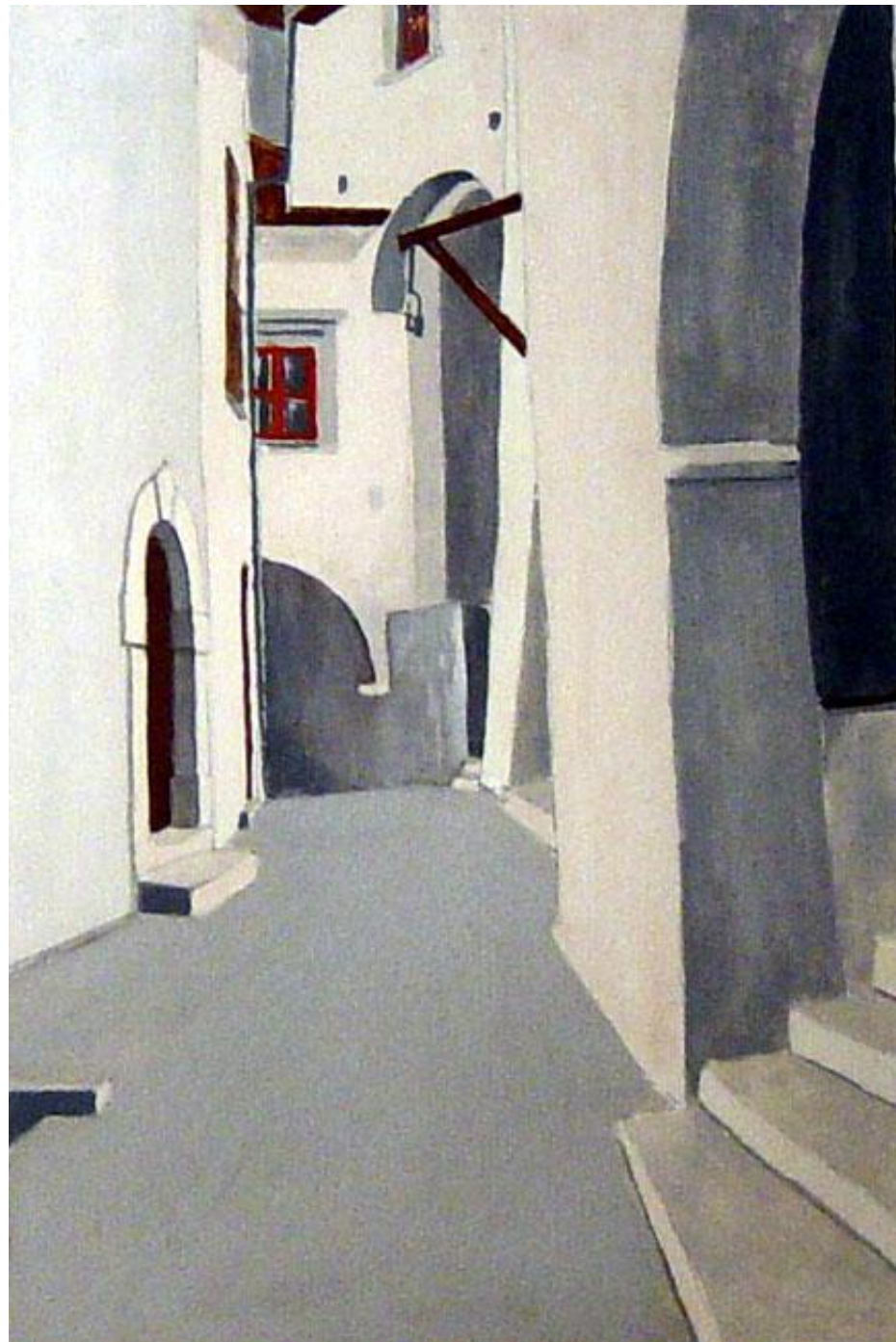
Venerdì 19–Sabato 20 Novembre 2010
Aula del Rettorato Università D'Annunzio
Madonna delle Piane - CHIETI

DISUGUAGLIANZE
SOCIALI E SALUTE

Maurizio Marceca



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



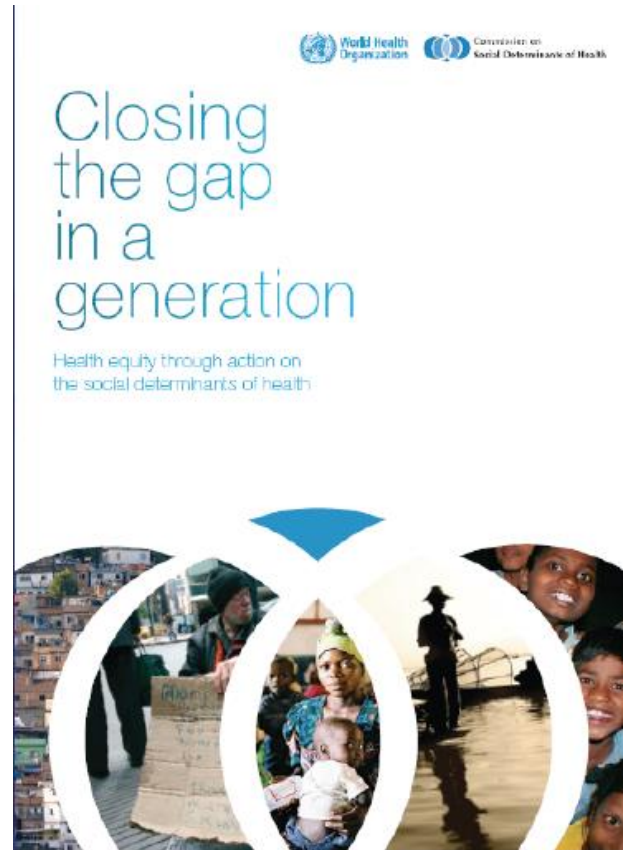
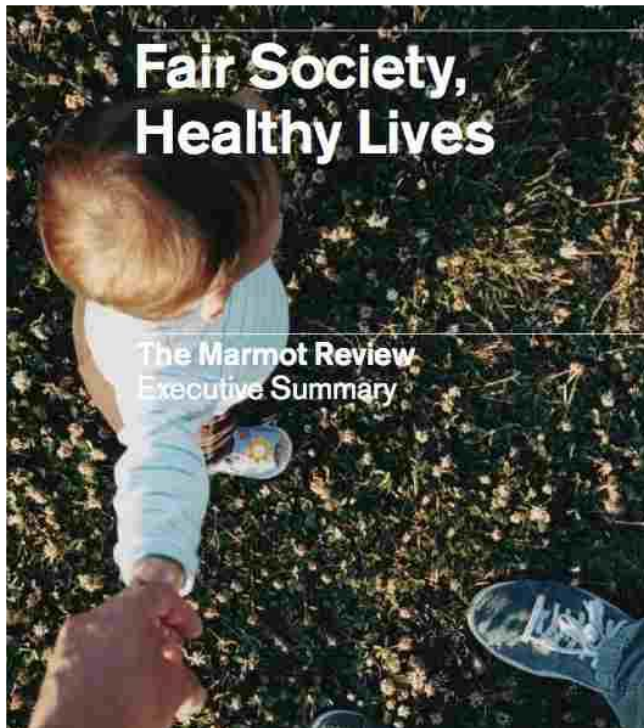
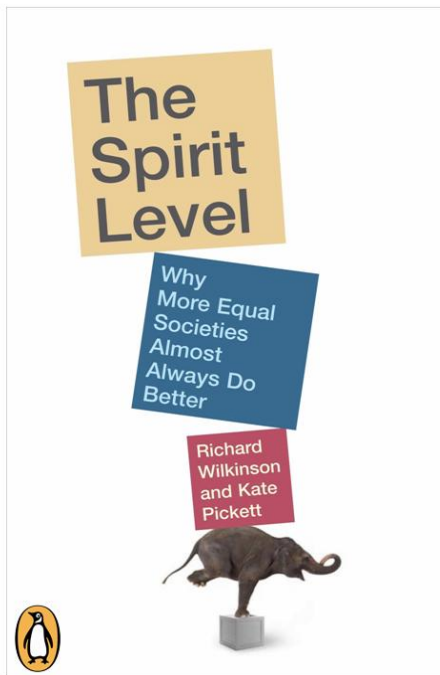
Lo “stato dell’arte” in Europa

“Intense”, “regolari”, e “crescenti” sono i principali attributi con cui si presentano le diseguaglianze nella salute in Europa alla lettura dei sistemi informativi e statistici disponibili.

Costa G, Spadea T - 2004

di cosa vorrei parlare

- ◆ della necessità di condividere un **linguaggio**
- ◆ dell'enorme (e trascurata) importanza dei **determinanti sociali** come motori di disuguaglianze
- ◆ della natura e diffusione delle **disuguaglianze**
- ◆ della necessità di **politiche** intersettoriali per la salute
- ◆ del **ruolo dei professionisti** della salute (i medici ma non solo!)



di cosa vorrei parlare

- ◆ della necessità di condividere un **linguaggio**
- ◆ dell'enorme (e trascurata) importanza dei **determinanti sociali** come motori di disuguaglianze
- ◆ della natura e diffusione delle **disuguaglianze**
- ◆ della necessità di **politiche** intersettoriali per la salute
- ◆ del **ruolo dei professionisti** della salute (i medici ma non solo!)

Le disuguaglianze: una definizione

“in Europa, il termine <<disuguaglianze sociali nella salute>> denota sistematiche, evitabili e rilevanti disparità nello stato di salute tra differenti gruppi socioeconomici all'interno della popolazione..., mentre negli Stati Uniti è più comunemente utilizzato il termine <<stato socioeconomico e salute>>“.

M. Whitehead, 1998

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**, perchè - 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.

Diseguaglianze e iniquità nella salute

- Il termine “**iniquità**” implica un aspetto morale ed etico
- Si riferisce a diseguaglianze che sono **non necessarie ed evitabili**, e quindi da considerare **ingiuste**

Diseguaglianze e iniquità nella salute

Accettabili

- Variazioni biologiche, naturali.
- Comportamenti che danneggiano la salute, scelti liberamente, come la partecipazione a certi sport.
- Il temporaneo vantaggio di un gruppo su un altro, quando quel gruppo adotta per primo un comportamento “virtuoso” (purchè gli altri gruppi abbiano la possibilità di recuperare il terreno).

Non Accettabili

- Comportamenti che danneggiano la salute, quando il grado di scelta dello stile di vita è fortemente condizionato.
- Esposizione a condizioni di vita e di lavoro stressanti e dannose per la salute.
- Barriere nell'accesso ai servizi sanitari e ad altri servizi pubblici.
- Mobilità sociale dovuta alla salute: la tendenza delle persone malate a scendere nella scala sociale.

Quali differenze nella salute sono inique?

Determinanti di differenziali di salute	Potenzialmente evitabili	Comunemente ritenuti inaccettabili
1. Variazioni naturali, biologiche	No	No
2. Comportamenti dannosi per la salute liberamente scelti	Sì	No
3. Vantaggio di salute transitorio di gruppi che hanno adottato prima comportamenti di promozione della salute (se altri gruppi possono facilmente mettersi in pari)	Sì	No
4. Comportamenti dannosi per la salute dove la scelta dello stile di vita è condizionata da fattori socioeconomici	Sì	Sì
5. Esposizione a eccessivi rischi per la salute nell'ambiente fisico e sociale	Sì	Sì
6. Limitazione nell'accesso alle cure essenziali	Sì	Sì
7. Mobilità sociale verso il basso collegata alla salute (malati che peggiorano il loro livello sociale)	Sì a basso reddito	Sì a basso reddito

Fonte: Whitehead, 1992 (modificato)

Quali diseguaglianze

- ▶ di condizioni reali di salute
- ▶ di percezione dello stato salute/del bisogno di cure
- ▶ di espressione della domanda
- ▶ di offerta e accessibilità ai servizi a parità di domanda espressa
- ▶ di appropriatezza delle prestazioni/
di qualità ed efficacia delle prestazioni



di cosa vorrei parlare

- ◆ della necessità di condividere un **linguaggio**
- ◆ dell'enorme (e trascurata) importanza dei **determinanti sociali** come motori di disuguaglianze
- ◆ della natura e diffusione delle **disuguaglianze**
- ◆ della necessità di **politiche** intersettoriali per la salute
- ◆ del **ruolo dei professionisti** della salute (i medici ma non solo!)

Sistema sanitario e disuguaglianze di salute

“Le prove scientifiche disponibili confermano che le più forti cause di disuguaglianze di salute sono esterne al sistema sanitario.

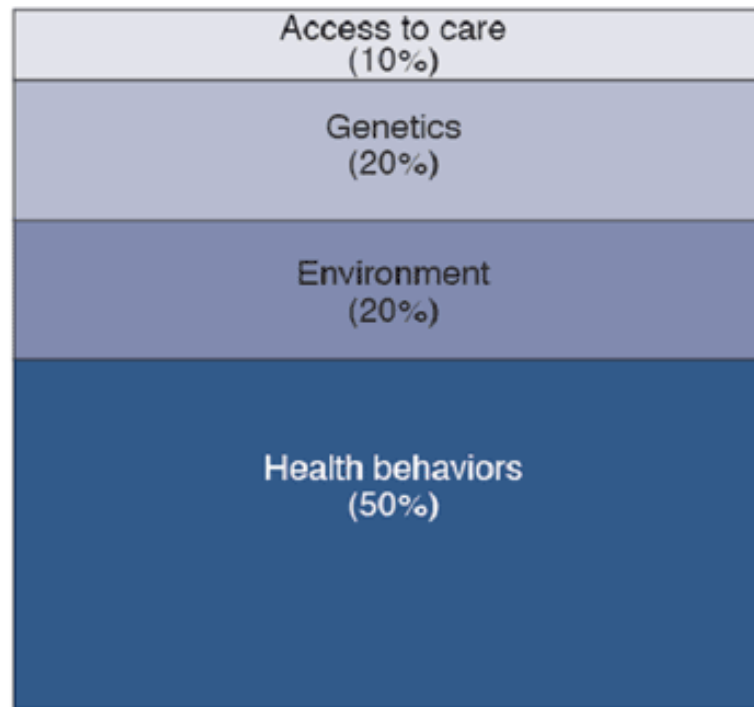
Fatto non sorprendente, dato che non più del 20%¹ degli attuali livelli di salute è attribuibile agli interventi di diagnosi, cura e riabilitazione, quindi ai sistemi sanitari“.

Perucci CA, 2004

¹ Tarlov AR. *Social determinants of health. The sociobiological translation.* In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds), *Health and social organisation.* Londra, Routledge, 1996

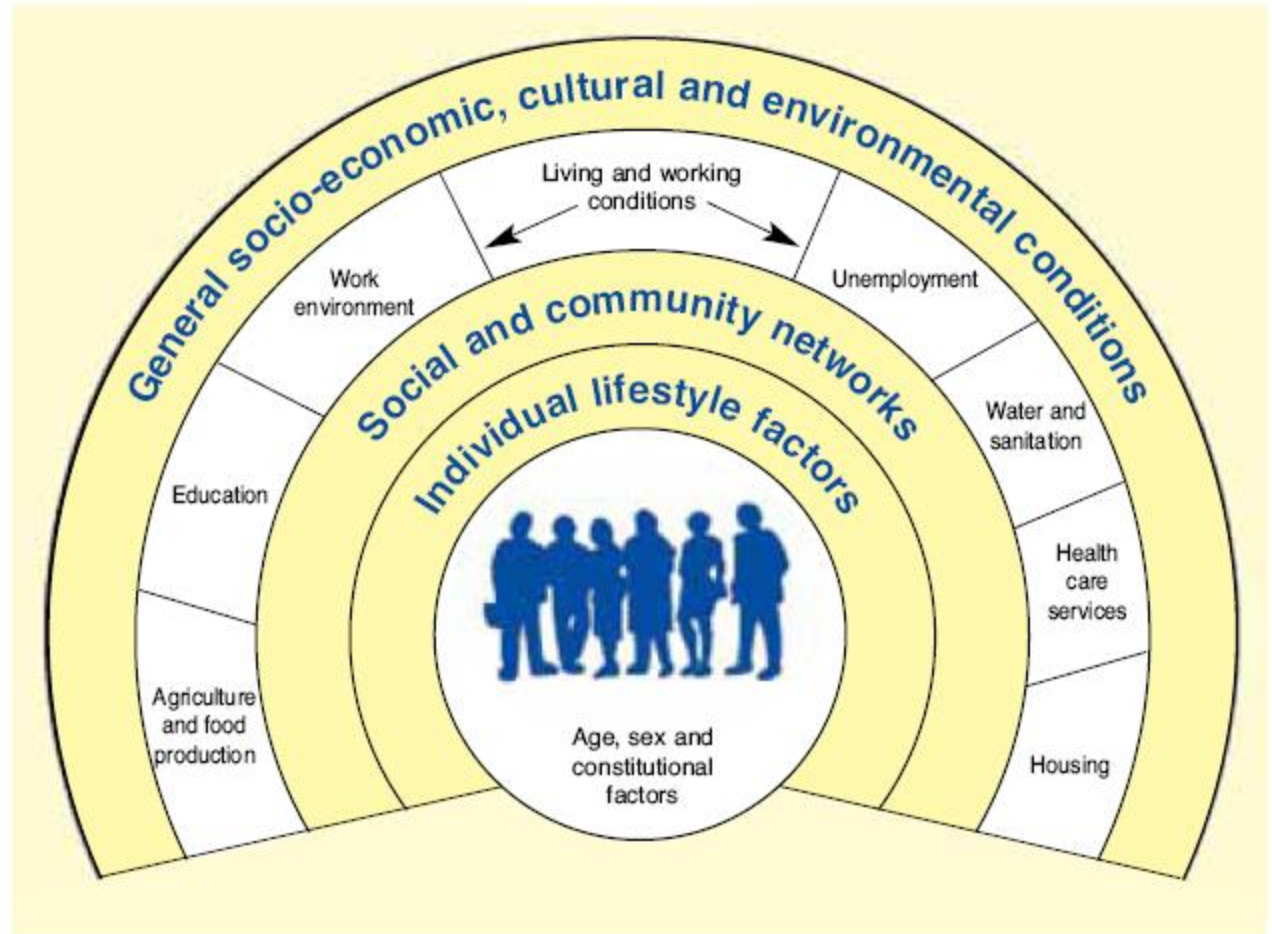
Da cosa è influenzata la salute degli individui?

Slide 1. Determinanti della salute (USA)



Source: IFTF; Centers for Disease Control and Prevention.

Fig 1. Layers of conditions affecting health. (From G Dahlgren and M Whitehead. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.)⁵



di cosa vorrei parlare

- ◆ della necessità di condividere un **linguaggio**
- ◆ dell'enorme (e trascurata) importanza dei **determinanti sociali** come motori di disuguaglianze
- ◆ della natura e diffusione delle **disuguaglianze**
- ◆ della necessità di **politiche** intersettoriali per la salute
- ◆ del **ruolo dei professionisti** della salute (i medici ma non solo!)

DISEGUAGLIANZE SOCIOECONOMICHE E MORTALITÀ NEI CIMITERI DI GLASGOW

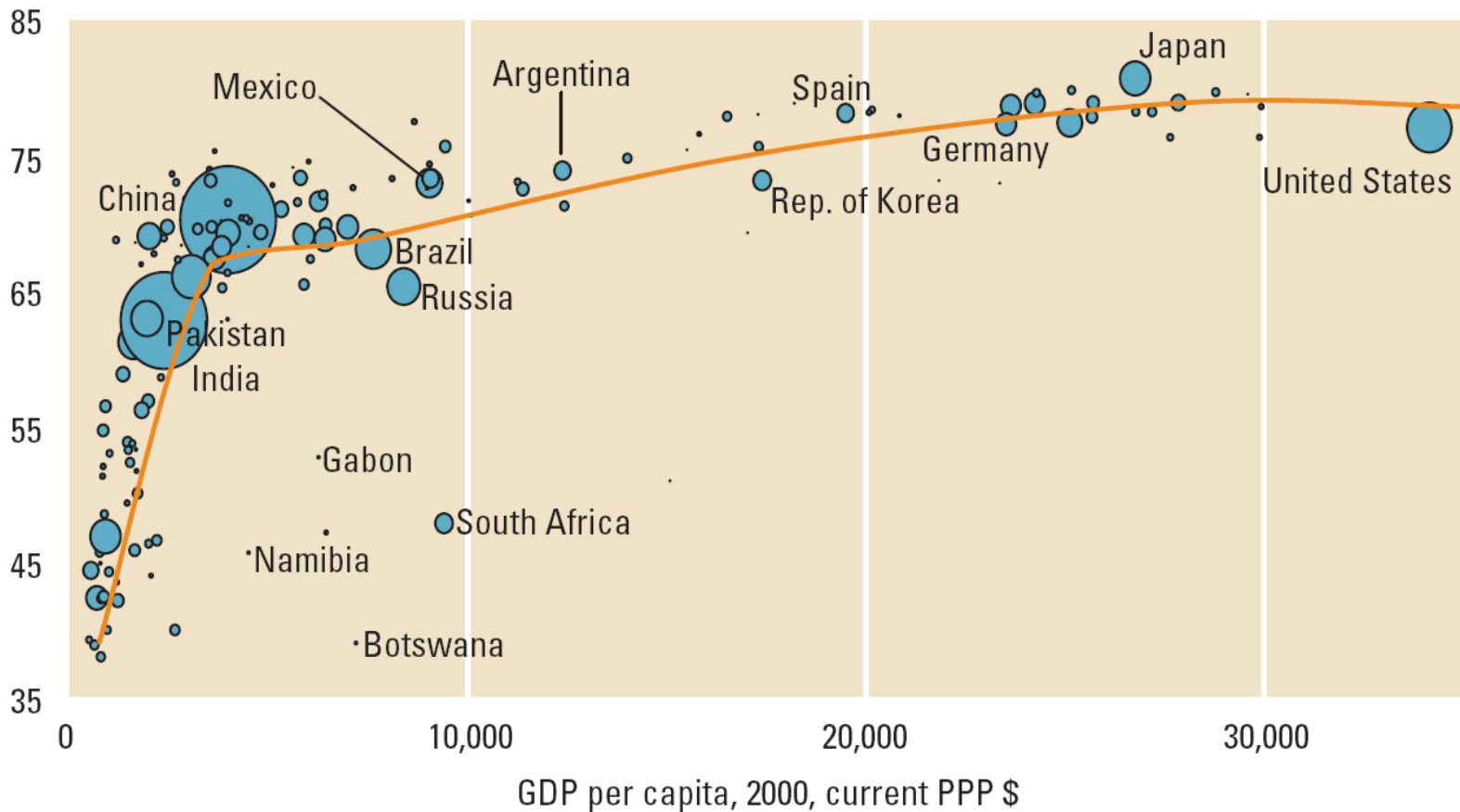
(G. Davey Smith, 1992)



Reddito

RICCHEZZA PRO-CAPITE E ASPETTATIVA DI VITA ALLA NASCITA

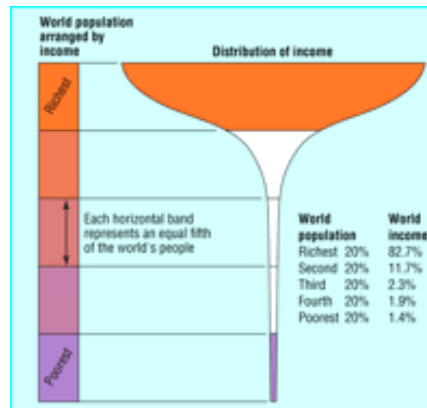
Life expectancy, 2000



IL BICCHIERE DI CHAMPAGNE DELLA POVERTÀ MONDIALE

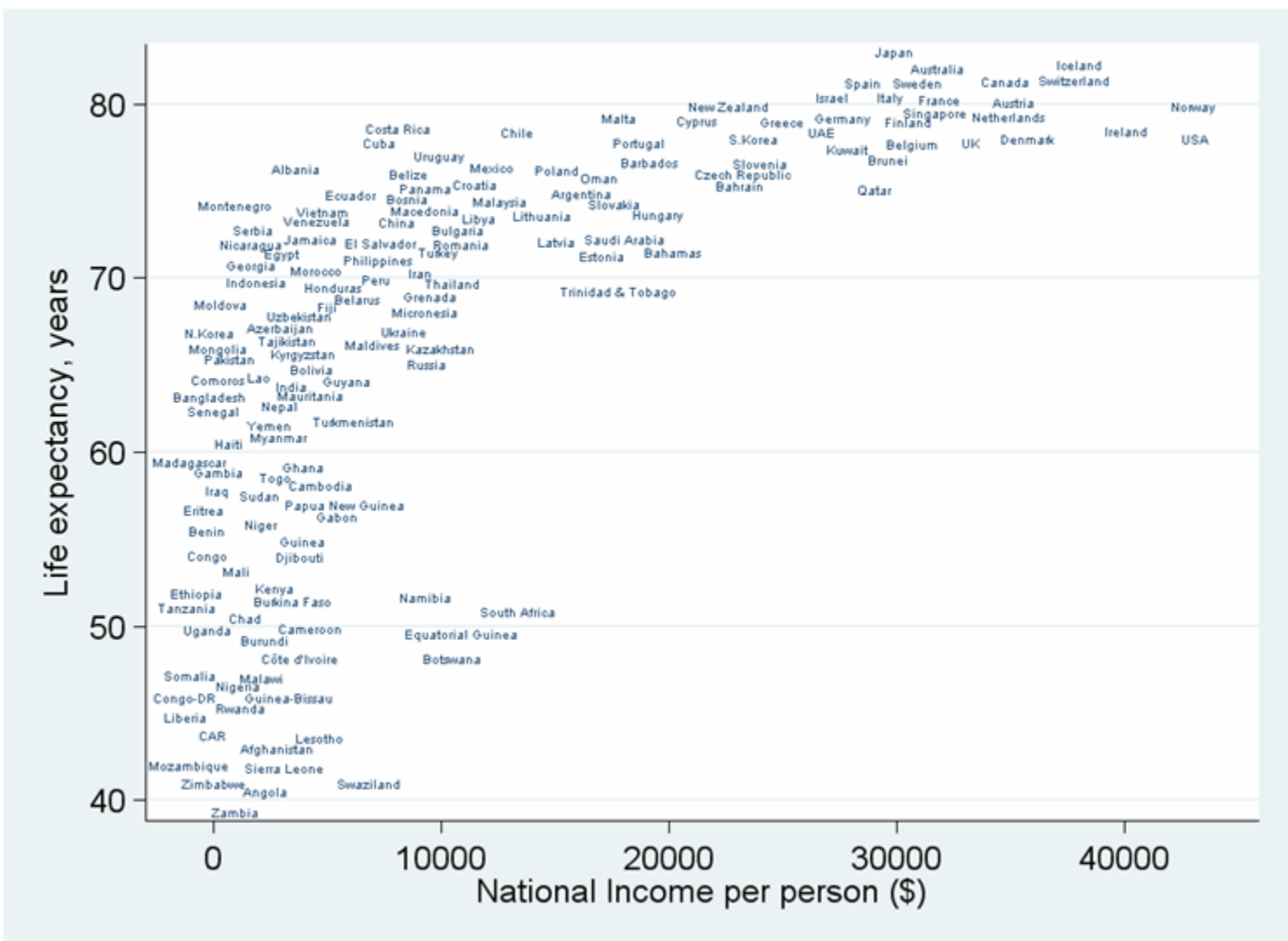
(BMJ, 1999)

L'1% della
popolazione
mondiale detiene
il 40% del
patrimonio
finanziario e
immobiliare
mondiale



Metà
della popolazione
mondiale
vive con meno
di 2 US\$
al giorno

Income per head and life-expectancy: rich & poor countries

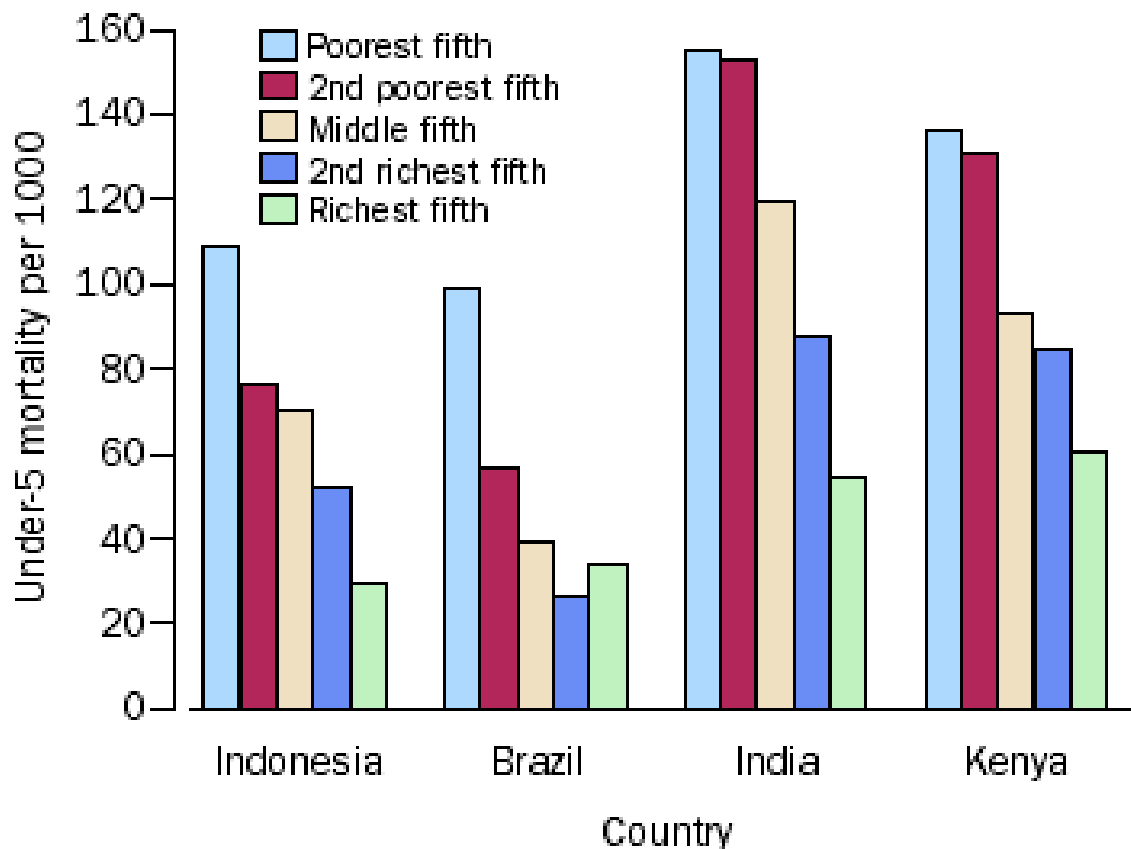


Diseguaglianze

Nella salute

**All'interno di
una nazione**

Under-5 mortality rates by socioeconomic quintile of the household for selected countries



Diseguaglianze

Nella salute

All'interno di una nazione

Speranza di vita alla nascita in Canada e USA (Bianchi e Neri) - 1850-2000

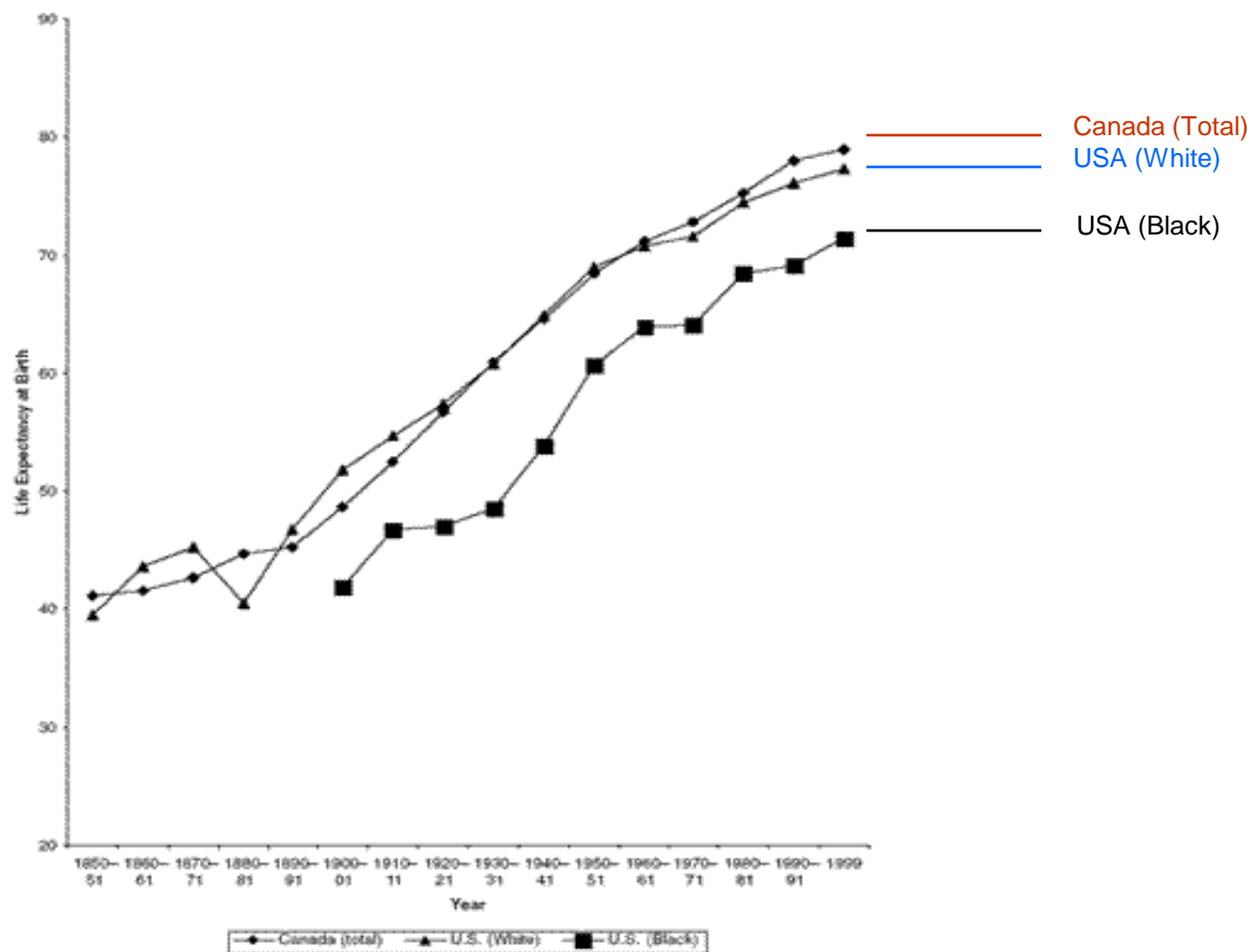


FIGURE 2. Life Expectancy in Canada and the United States, 1850–2000

The Spirit Level

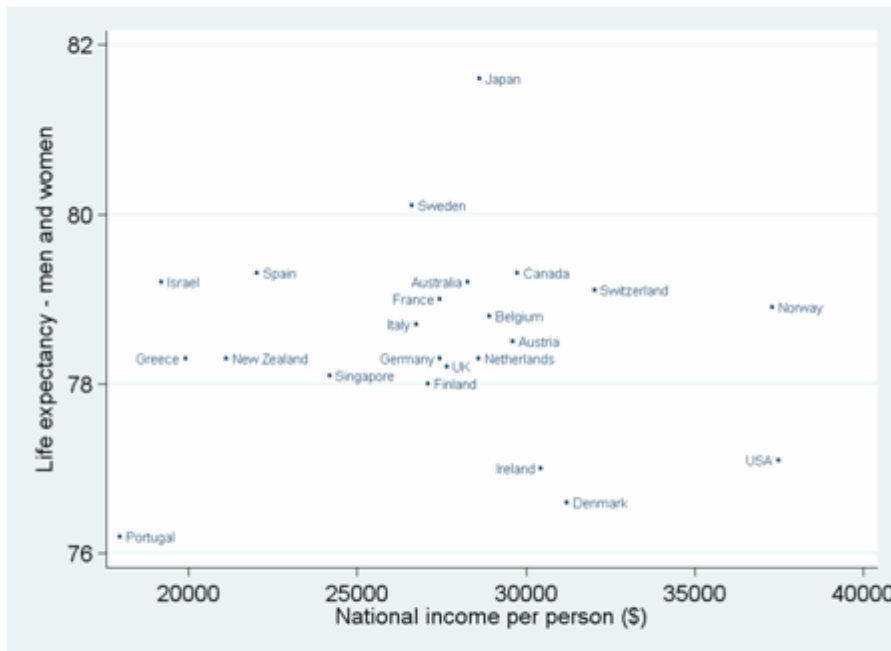
Why
More Equal
Societies
Almost
Always Do
Better

Richard
Wilkinson
and Kate
Pickett

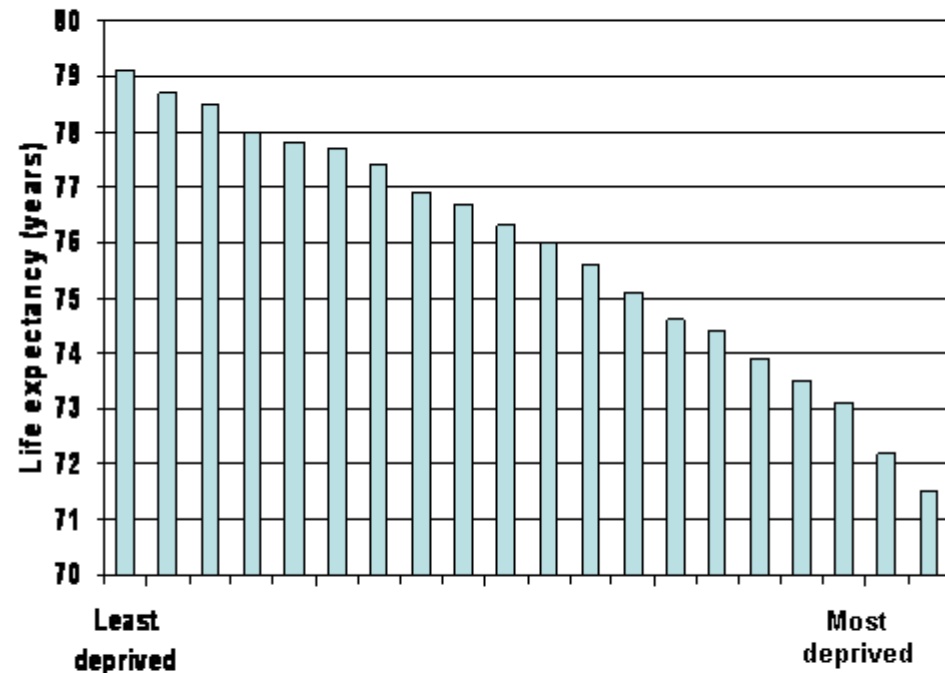


LA SALUTE È ASSOCIATA ALLE DIFFERENZE DI REDDITO ESISTENTI *ALL'INTERNO* DELLE SOCIETÀ E NON A QUELLE ESISTENTI *TRA* LE SOCIETÀ (NdR= se ricche)

Between (rich) societies



Within societies



Electoral wards in England & Wales ranked by deprivation score

Clio



Meredith



Grecia

- PIL pro capite 28.517 \$
- < 3000 \$ pro capite
- Aspettativa di vita: 80 anni
- Mortalità infantile: 4 ‰
- Mortalità materna: 3/100.000

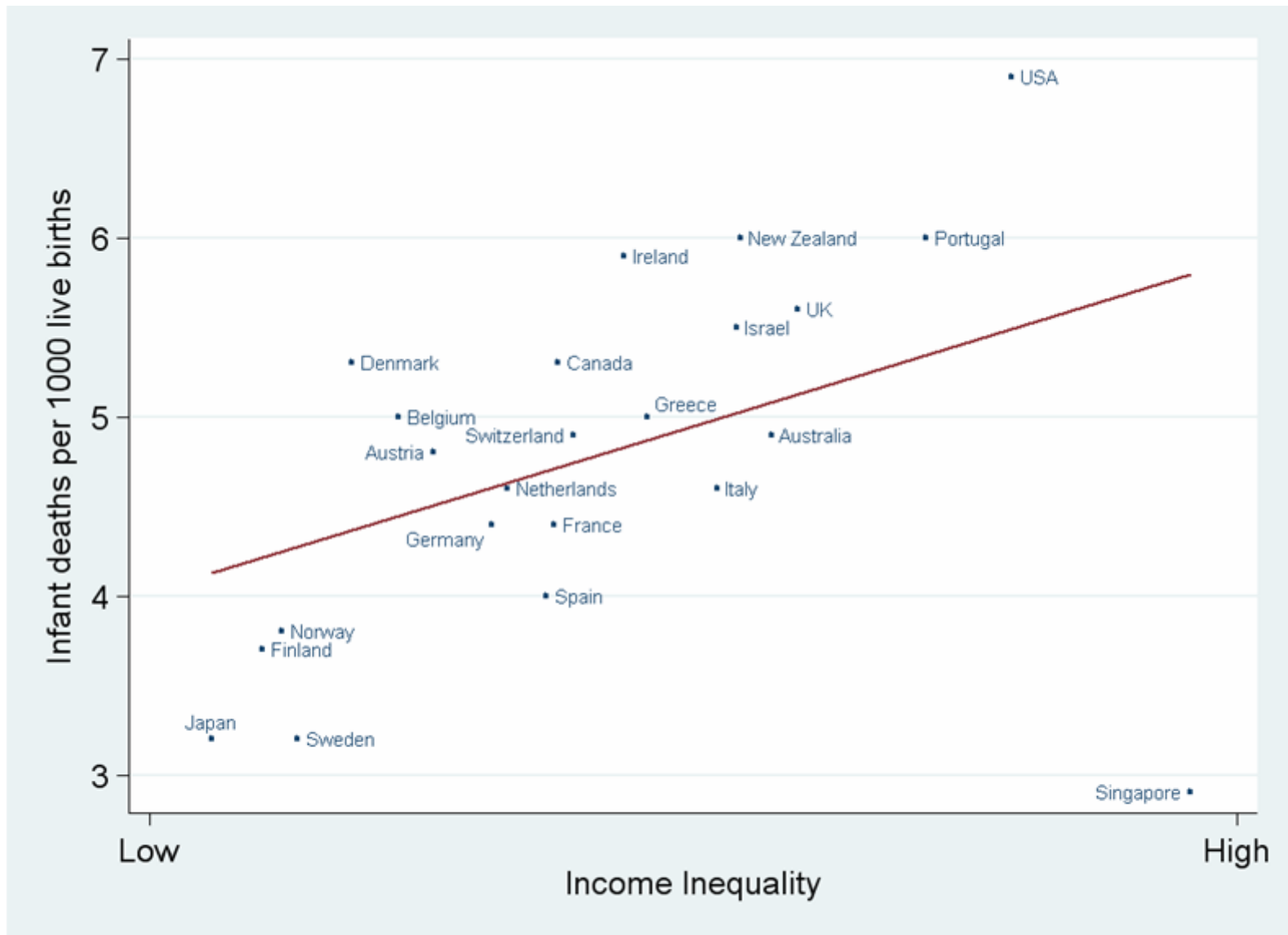
USA

- PIL pro capite 45.592 \$
- 6000 \$ pro capite
- Aspettativa di vita: 78 anni
- Mortalità infantile: 7 ‰
- Mortalità materna: 11/100.000

L'ASPETTATIVA DI VITA È MAGGIORE NEI PAESI PIÙ EGUALITARI

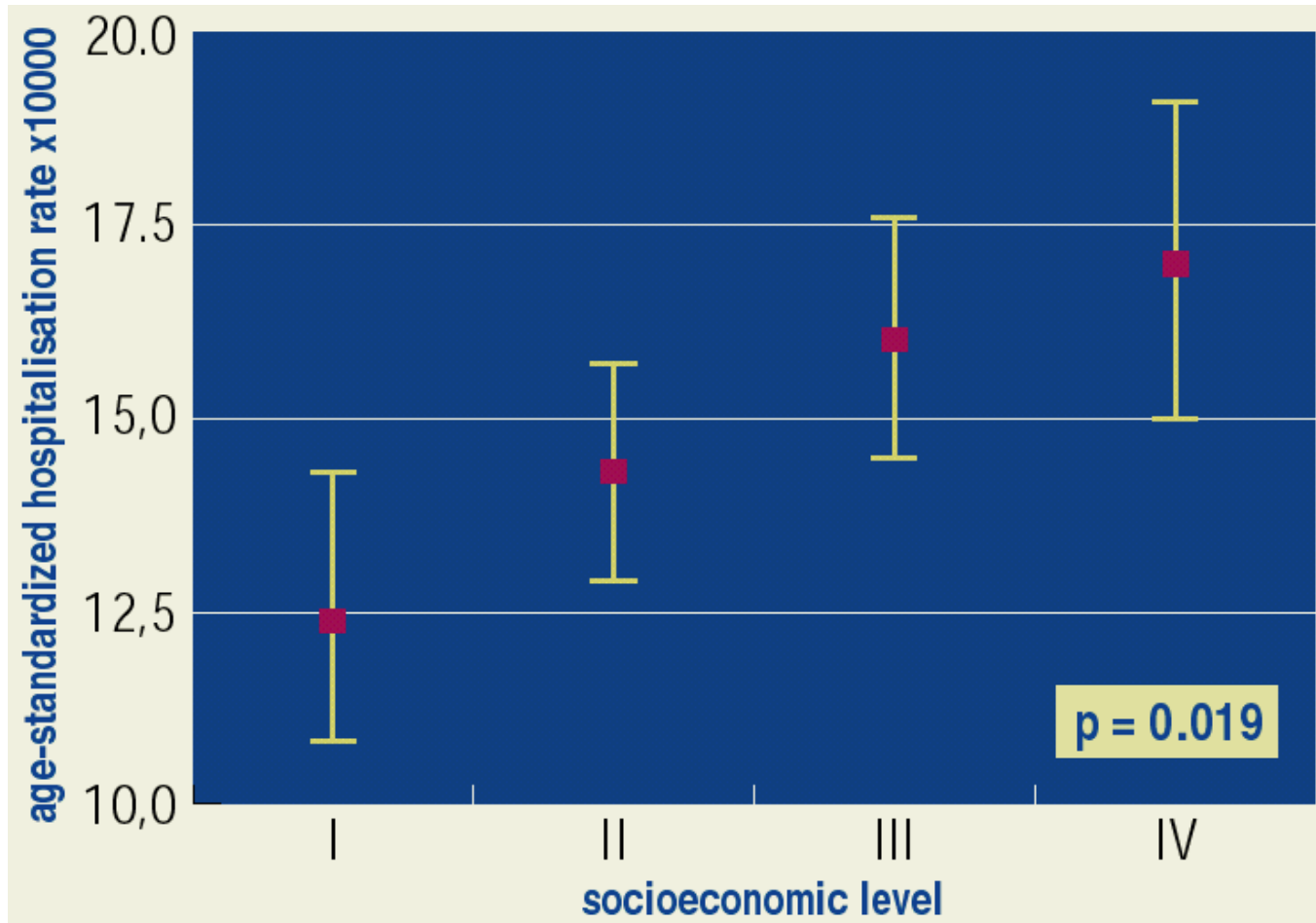


MORTALITÀ INFANTILE PIÙ ELEVATA NEI PAESI PIÙ DISEGUALI



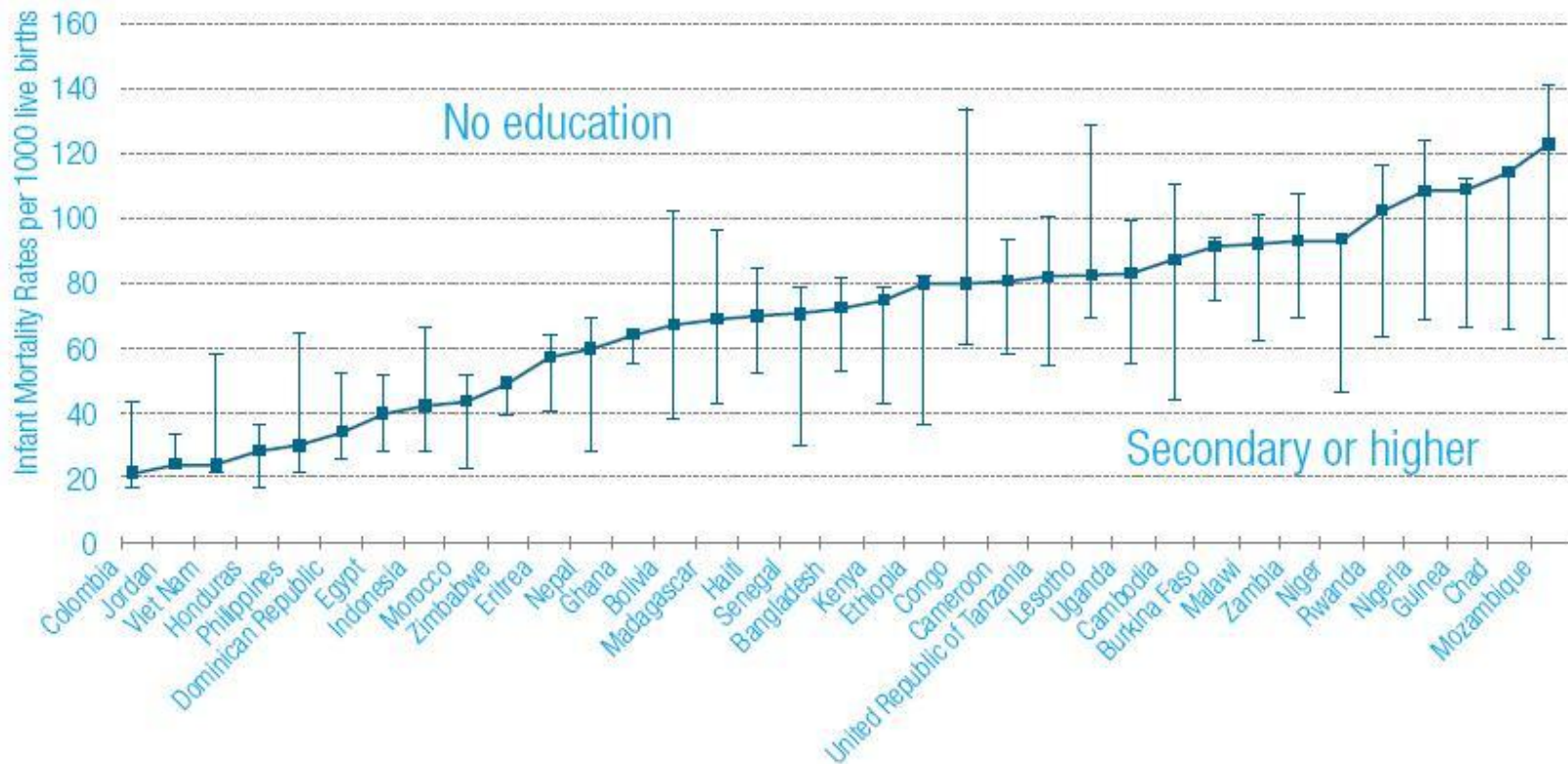
ISTERECTOMIA PER LEIOMIOMA UTERINO E POSIZIONE SOCIOECONOMICA. ROMA

(Materia E, JECH 2002)



Istruzione

Figure 2.1: Inequity in infant mortality rates between countries and within countries by mother's education.



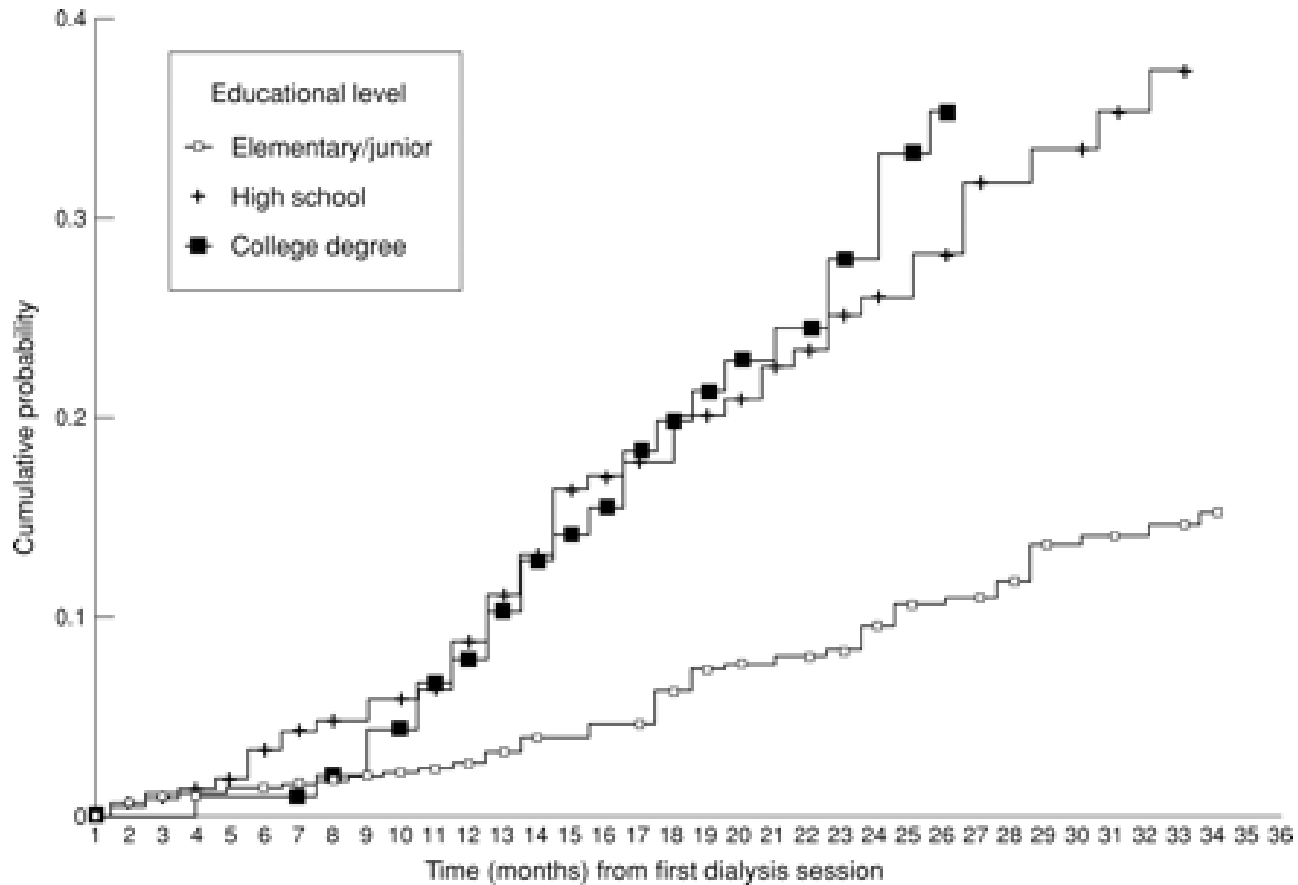
CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.* Geneva, World Health Organization.

MIGLIORE ISTRUZIONE NEI PAESI EGUALITARI

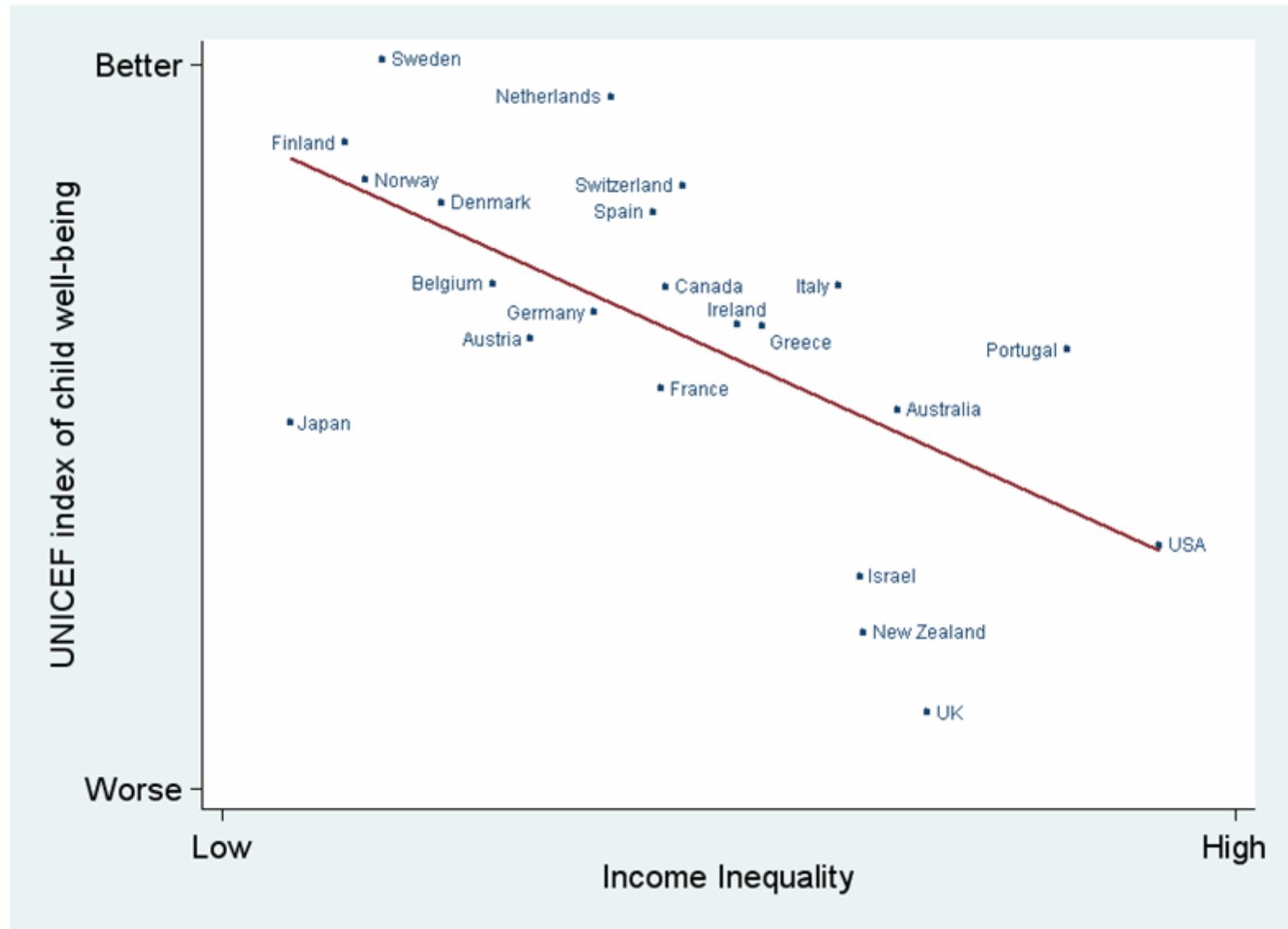


PROBABILITÀ DI TRAPIANTO DI RENE NEL LAZIO PER LIVELLO DI ISTRUZIONE

(Miceli M, JECH 2000)



IL BENESSERE DEI BAMBINI È MIGLIORE NEI PAESI PIÙ EGUALITARI



Occupazione

WHITEHALL STUDY, UK: MORTALITÀ PER CLASSE OCCUPAZIONALE

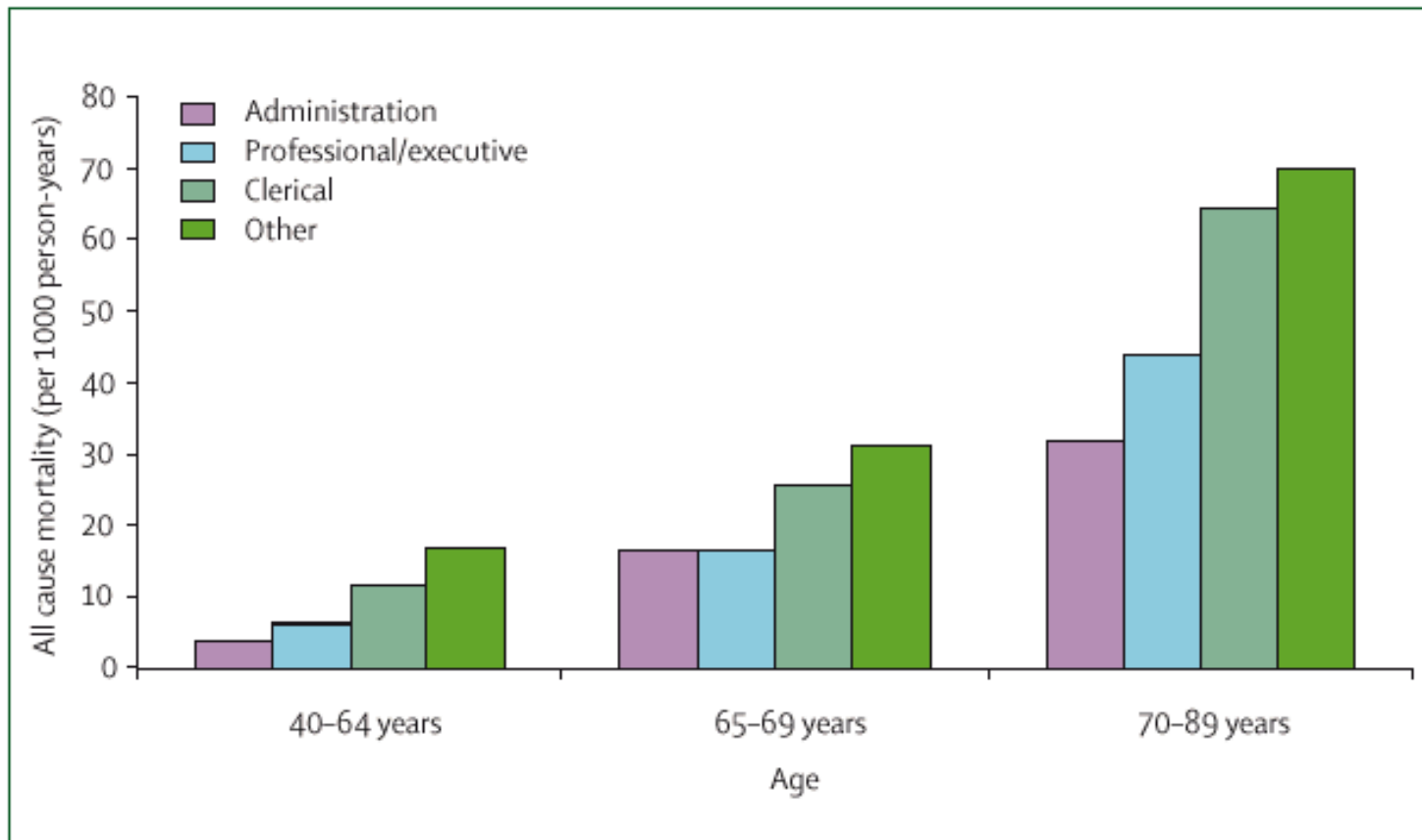


Figure 2: Mortality over 25 years according to level in the occupational hierarchy, Whitehall

Source: Marmot and Shipley, 1996.⁹

Table 6.1: Increases in life expectancy in England and Wales each decade 1901–91 (Additional years' life expectancy at birth)

	1901/11	1911/21	1921/31	1931/40	1940/51	1951/60	1961/71	1971/81	1981/91
Men	4.1	6.6	2.3	1.2	6.5	2.4	0.9	2.0	2.4
Women	4.0	6.5	2.4	1.5	7.0	3.2	1.2	1.8	2.0

Sources: S.H. Preston, N. Keyfitz and R. Schoen *Causes of Death. Life tables for national populations*. Academic Press, N.Y. 1972; OPCS, *Population Trends*, HMSO, London. 1995.

Editorial

Social Relationships Are Key to Health, and to Health Policy

The *PLoS Medicine* Editors*

OPEN ACCESS Freely available online

PLOS MEDICINE

Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review

Julianne Holt-Lunstad^{1,3*}, Timothy B. Smith^{2,3}, J. Bradley Layton³

1 Department of Psychology, Brigham Young University, Provo, Utah, United States of America, **2** Department of Counseling Psychology, Brigham Young University, Provo, Utah, United States of America, **3** Department of Epidemiology, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina, United States of America

tality was reported). The researchers reported that stronger social relationships were associated with a 50% increased chance of survival over the course of the studies, on average. The effect was similar for both “functional” (e.g., the receipt or perception of receipt of support within a social relationship) and “structural” measures of relationships (e.g., being married, living alone, size of social networks).

CAPITALE SOCIALE



Ambrogio Lorenzetti - Effetti del buon governo (Palazzo pubblico, Siena)

PIÙ OBESI NEI PAESI DISEGUALI



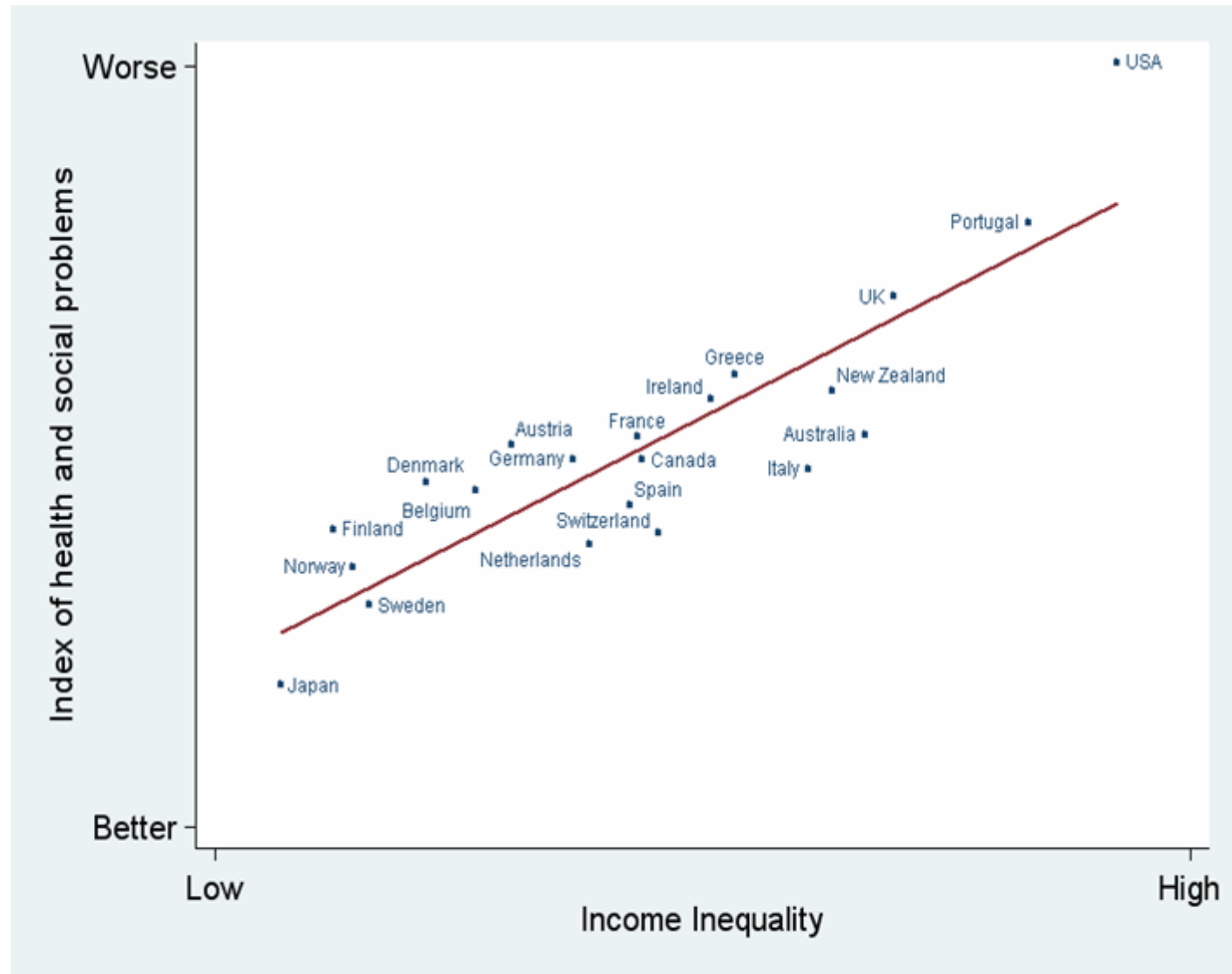
PIÙ CARCERATI NEI PAESI DISEGUALI



I PROBLEMI SANITARI E SOCIALI SONO PEGGIORI NEI PAESI PIÙ DISEGUALI

Index of:

- Life expectancy
- Math & Literacy
- Infant mortality
- Homicides
- Imprisonment
- Teenage births
- Trust
- Obesity
- Mental illness – incl. drug & alcohol addiction
- Social mobility



LA FIDUCIA È MAGGIORE NEI PAESI PIÙ EGUALITARI





Fair Society, Healthy Lives

The Marmot Review
Executive Summary



Home » Aree, In evidenza, Innovazione e management

Marmot Review Rapporto sulle diseguaglianze di salute in Inghilterra

Pubblicato da Redazione SI – 25 febbraio 2010 – 14:32

2 commenti

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

Innovazione e management »

Liberating the NHS. Svolta shock nella sanità inglese

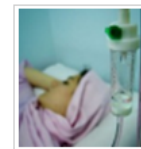


Gavino Maciocco
Il Servizio Sanitario Nazionale inglese (National Health Service – NHS) cambia di nuovo. Tutto il potere ai medici di famiglia e ai pazienti.
“E' un nostro privilegio essere i custodi del NHS, dei suoi valori ...

[Più articoli »](#)

Migrazioni e salute »

Verso un ospedale amico dei migranti

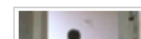


Michela Campinoti, Francesca Santomauro
L'idea del progetto europeo Migrant Friendly Hospitals, finalizzato allo sviluppo di competenze interculturali nel contesto ospedaliero, è nata nel 2002 dalla rete Health Promoting Hospitals (HPH). ...

[Più articoli »](#)

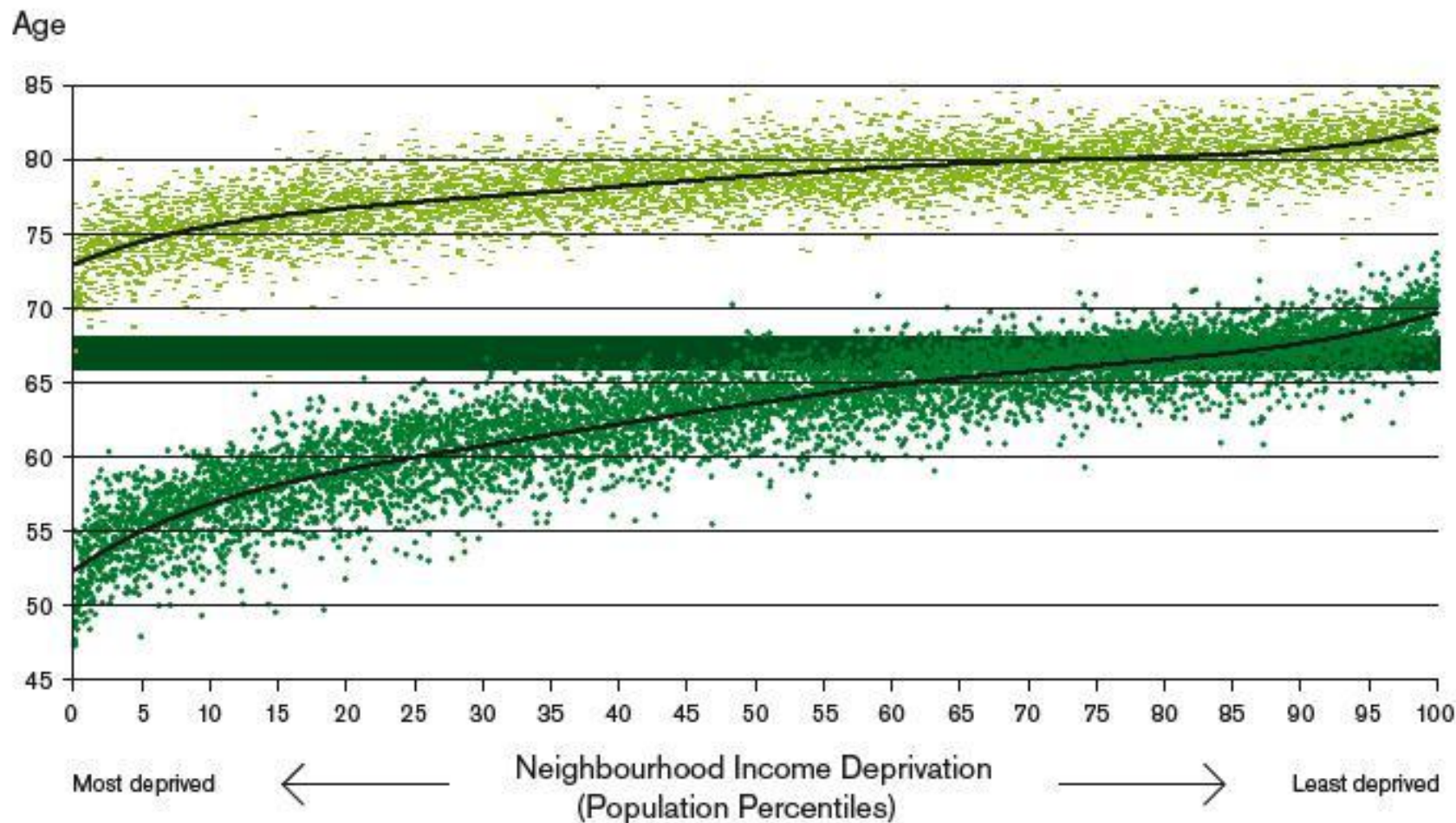
Salute globale »

Un Codice per frenare la fuga dei cervelli



Giulia De Ponte
Il personale sanitario tra ditte alla salute e

Figure 1 Life expectancy and disability-free life expectancy (DFLE) at birth, persons by neighbourhood income level, England, 1999–2003



- Life expectancy
- DFLE
- Pension age increase 2026–2046

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.

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

Mortality rate
per 100,000

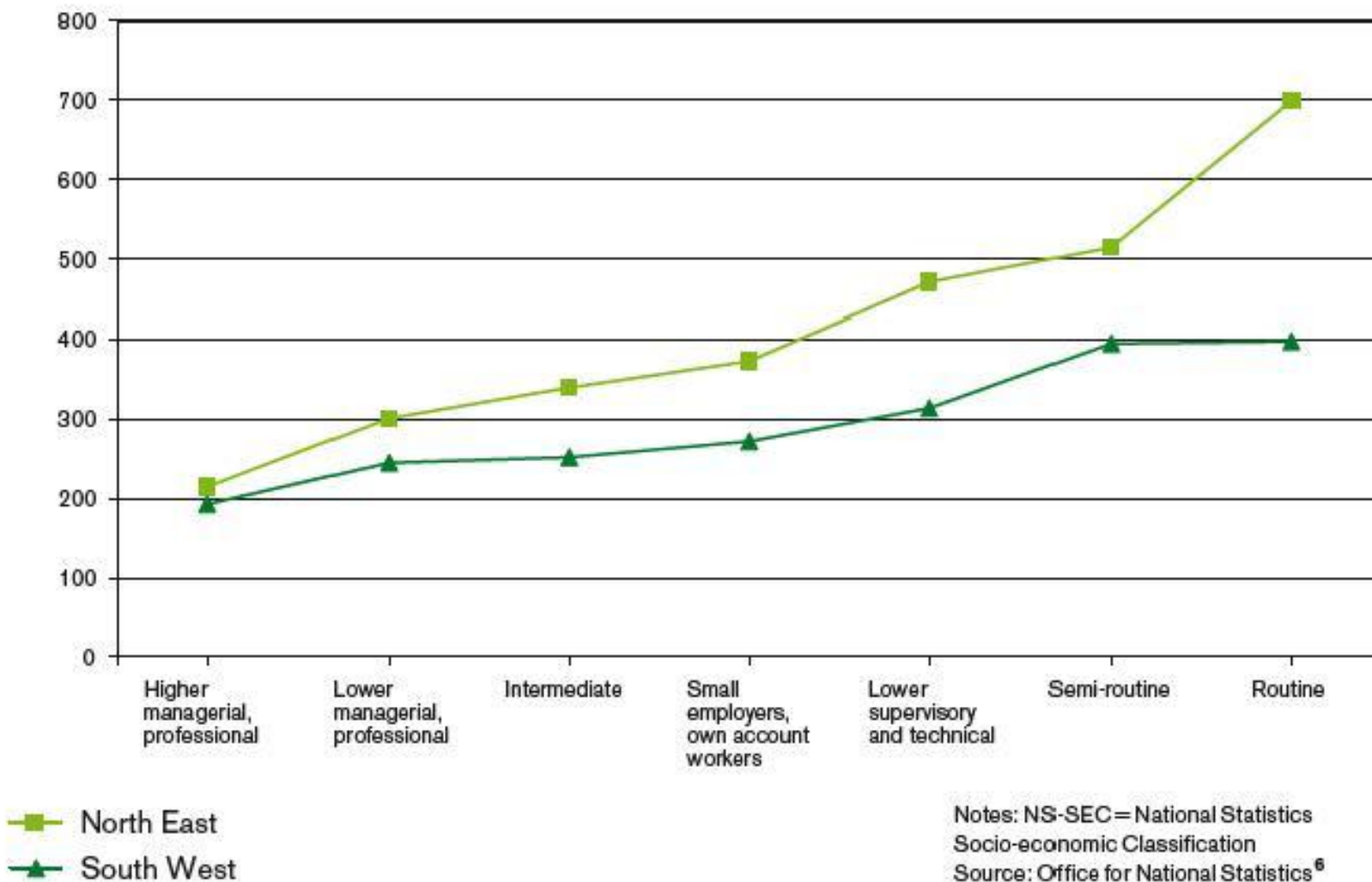


Fig 2. Jubilee Line of health inequality. Travelling east from Westminster, each tube stop represents up to one year of male life expectancy lost at birth (2002–6). Source: Analysis by London Health Observatory using Office for National Statistics data revised for 2002–6. Diagram produced by the Department of Health. (Reproduced under the terms of the Click-Use Licence.)

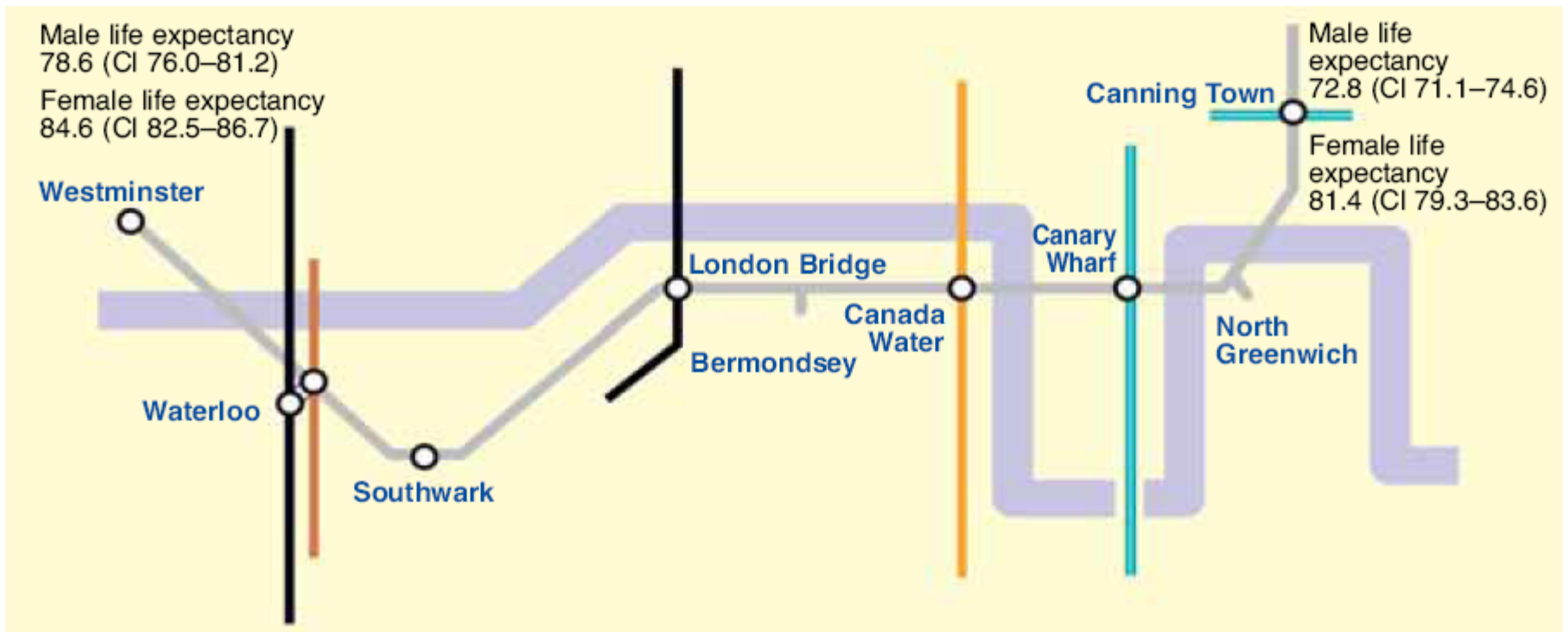
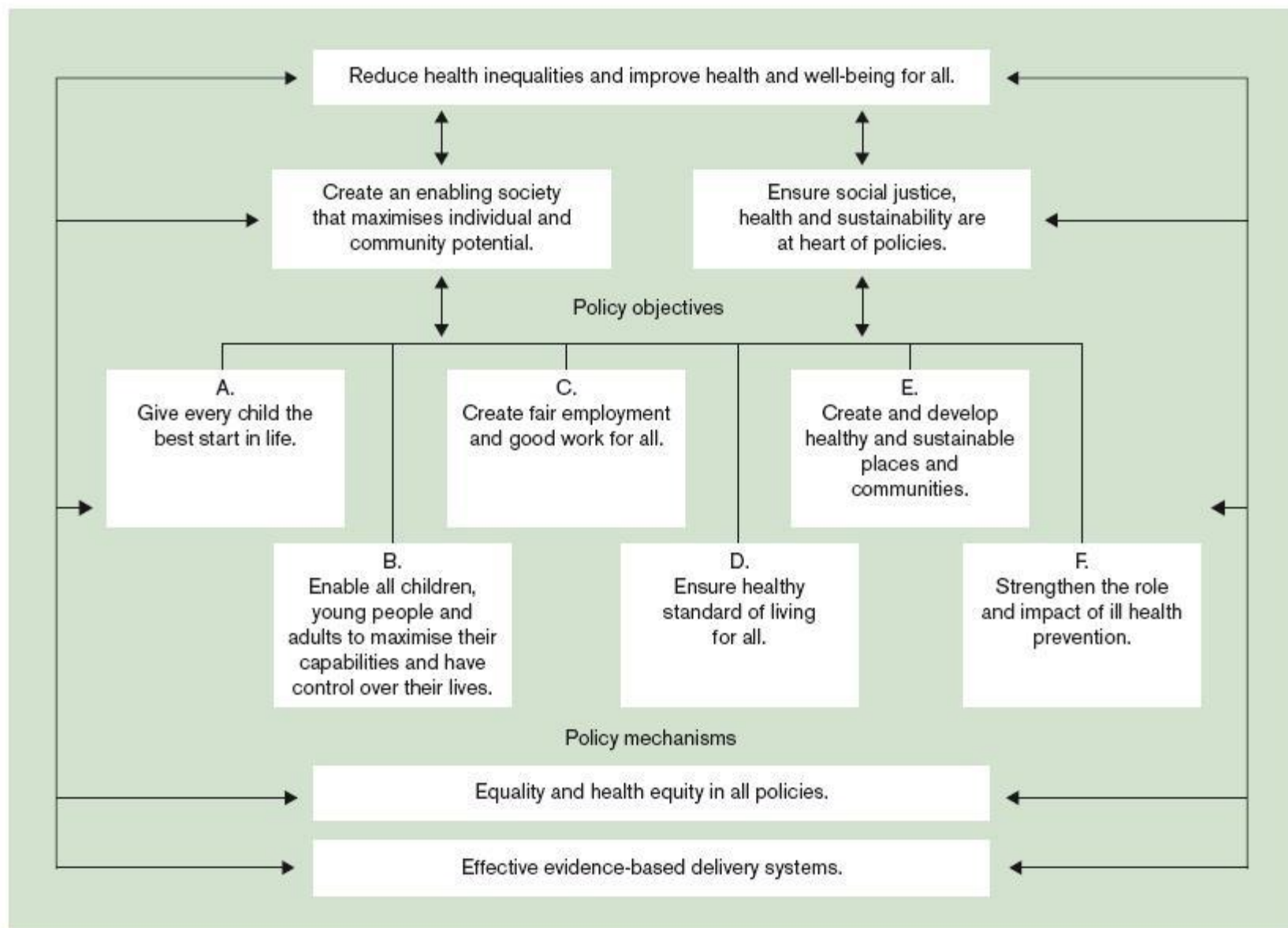


Figure 4 The Conceptual framework



MISURA DELLA POSIZIONE SOCIOECONOMICA

- La posizione socioeconomica (PSE) come costrutto complesso, che si presta a misure multidimensionali
- Istruzione, reddito, occupazione, abitazione (proprietà, caratteristiche, affollamento)
- Indicatori individuali e di area (indici di deprivazione)
- Indicatori socioeconomici “*life course*” (traiettorie di vita)
- Indicatori contestuali



APPROCCIO *LIFE COURSE*

- Gli studi indicano che la deprivazione sullo stato di salute ha effetti che si cumulano nel corso della vita
- Necessità di reti di protezione durante i periodi critici della vita:
 - periodi di disoccupazione
 - insorgenza di malattie croniche
 - uscita dal mercato del lavoro



Meccanismi di generazione delle diseguaglianze di salute (da Costa G, Spadea T – 2004)

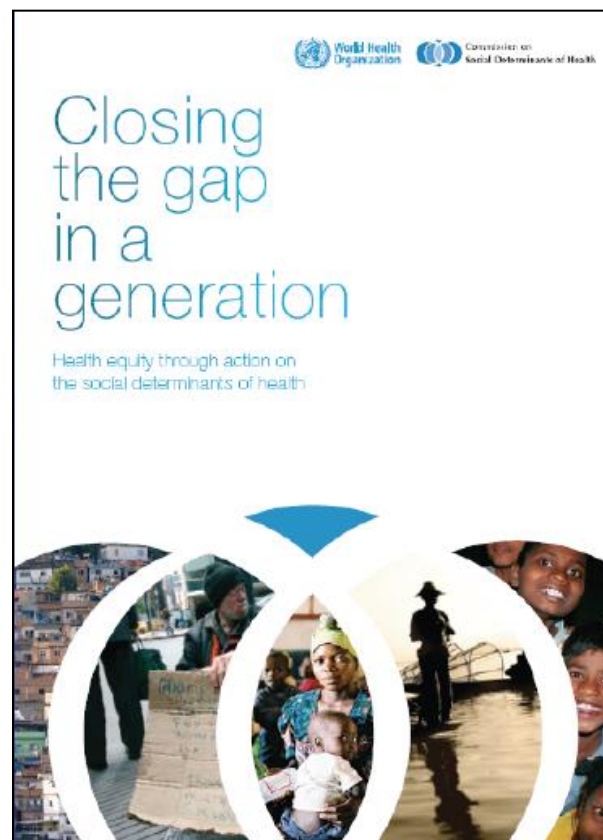
di cosa vorrei parlare

- ◆ della necessità di condividere un **linguaggio**
- ◆ dell'enorme (e trascurata) importanza dei **determinanti sociali** come motori di disuguaglianze
- ◆ della natura e diffusione delle **disuguaglianze**
- ◆ della necessità di **politiche** intersettoriali per la salute
- ◆ del **ruolo dei professionisti** della salute (i medici ma non solo!)

2. CONTRASTARE L'INIQUA DISTRIBUZIONE DI POTERE, DENARO E RISORSE

A livello globale, nazionale, locale:

- Equità nella salute in tutte le politiche e programmi
- Mercati responsabili
- Equità di genere
- *Empowerment* e partecipazione
- Buona *governance* globale



Commissione sui determinanti sociali della salute - OMS

“L’azione sui determinanti sociali della salute è necessaria non solo per migliorare la salute ma anche perchè quei miglioramenti indicheranno che la società si è mossa per andare incontro ai bisogni delle persone.

Oggi si discute molto - spesso dogmaticamente - su cosa è giusto o sbagliato nelle politiche economiche e sociali. La Commissione avrà un solo dogma: le politiche che danneggiano la salute umana vanno identificate e, dove possibile, cambiate. In questa prospettiva la globalizzazione e il mercato sono buoni o cattivi nella misura in cui - nel bene o nel male - influenzano la salute.

Le diseguaglianze nella salute tra e all’interno dei paesi sono evitabili”.

(M. Marmot - 2005)

di cosa vorrei parlare

- ◆ della necessità di condividere un **linguaggio**
- ◆ dell'enorme (e trascurata) importanza dei **determinanti sociali** come motori di disuguaglianze
- ◆ della natura e diffusione delle **disuguaglianze**
- ◆ della necessità di **politiche** intersettoriali per la salute
- ◆ del **ruolo dei professionisti** della salute (i medici ma non solo!)

How doctors can close the gap

Tackling the social determinants
of health through culture change,
advocacy and education



Royal College
of Physicians

Setting higher medical standards

2 Changing perspectives

To tackle effectively the social determinants of health a holistic approach to the issues is required, with doctors not only taking a lead in promoting and protecting health, and preventing ill health, but also working collaboratively across all sectors to develop systems to reduce health inequalities.

Recommendations

- ▶ All doctors should consider the impact on health inequalities of their day-to-day practice.
Key actors: All doctors
- ▶ Senior medical figures and medical educators should legitimise, encourage and harness the power of student advocacy and action on the social determinants of health.
Key actors: Deans, course directors, undergraduate and postgraduate deans, royal medical colleges

3 Changing systems

A key challenge in addressing health inequalities is that the most disadvantaged and marginalised are often the last in society to seek medical help. This can result from physical or mental impediment, logistical issues, language barriers or even a stoic attitude towards health and a general acceptance of ill health as inevitable. All healthcare professionals

Recommendations

- ▶ **Healthcare services should be better integrated into the community to reach out to disadvantaged and marginalised groups in society and reduce the many barriers impeding access to advice, prevention, diagnosis and treatment.**
Key actors: All doctors, PCTs, SHAs, Department of Communities and Local Government
- ▶ **In the course of all doctor–patient consultations there needs to be more scope to discuss the root causes of ill health and signpost patients towards appropriate support and services, inside and outside the health sector.**
Key actors: All doctors

4 Changing education

We must give medical students and trainees the encouragement and support to act on social determinants of health and to promote health throughout the population, rather than exclusively concentrating on treating individual patients. It is important to impress on students early in their medical careers that learning about the social determinants of health really will help them to make a difference to the health of society. As well as being taught

broader picture and the hard facts behind population health. It must be recognised that public health and health inequalities affect all disciplines and need to be taught across the curriculum, not just explicitly as stand-alone modules. This can be done by linking specific diseases to their causes and getting students to discuss the causes of these causes – for example when learning about respiratory disease, students need to understand how a person's family and social networks, and living and working conditions, can impact on such factors as smoking, and what measures can be taken to reduce the impact. This practice can be mirrored in the hospital

Recommendations

- ▶ Learning on health promotion, health inequalities, disease prevention and the social determinants of health should be made more engaging, be embedded as a vertical strand throughout medical education and be considered a key outcome of the process.
Key actors: Deans of medical schools, course directors, postgraduate deans, medical royal colleges

“I ricchi sono gente come noi,
solo hanno più soldi”

Hernest Hemingway