



RECENSIONI

Per combattere le disuguaglianze di salute

Washington, Stati Uniti. «Lungo il percorso della metropolitana che attraversa Washington, dai quartieri poveri e neri a Sudest della città fino alla ricca e bianca contea di Montgomery, si guadagna un anno e mezzo di vita per ogni miglio percorso: per un totale ai due estremi della linea di 20 anni di differenza nella speranza di vita alla nascita».

Londra, Regno Unito. Nella capitale inglese la differenza nella speranza di vita alla nascita tra i quartieri borghesi e quelli più disagiati è di 8-9 anni.

Torino, Italia. I maschi dei quartieri ricchi hanno una speranza di vita alla nascita superiore di circa 4 anni rispetto a chi abita nei quartieri poveri; per le donne il divario è di due anni.

Che le differenze socioeconomiche si traducano in disuguaglianze di salute non è una novità. Già all'inizio degli anni Settanta Giulio Maccacaro nella *Lettera al presidente dell'Ordine* citava «Social class, life expectancy and overall mortality», una rassegna di studi che dimostrava anche ai più riluttanti che «la morte e la malattia discriminano sempre più severamente e attentamente, entro una stessa collettività, tra ricchi e poveri».

Trent'anni dopo è toccato a Richard Smith, direttore del *BMJ*, ricordare ai medici di tutto il mondo che «la disponibilità di denaro è il fattore che, da solo, ha la più forte influenza sulla salute, perfino confrontato al fumo». E infatti, tutte le indagini epidemiologiche sui divari di salute condotte a partire dagli anni Novanta nei Paesi più sviluppati mostrano che nelle grandi città al diminuire del reddito aumentano mortalità e malattie e che, al contrario, al crescere del titolo di studio o del prestigio della professione diminuisce il rischio di morte.

Le ricerche condotte in Italia mostrano anche che al Nord si sta meglio che al Sud, che nei centri urbani si sta meglio che nell'hinterland e che i di-



Giovanni Padovani
Il diritto negato.
La salute e le cure sono uguali per tutti?
Il Pensiero Scientifico editore, 2008
pp. 151, euro 17,00.

vari di salute tendono a crescere, anziché diminuire, nel tempo.

Davanti a questi fatti, alcuni Paesi hanno messo in atto azioni coordinate con l'obiettivo di diminuire le disuguaglianze, mentre in Italia si è ancora fermi alle dichiarazioni di principio.

«E' un problema di cultura» scrive Giovanni Padovani ne *Il diritto negato*, il volume da cui sono tratti tutti i dati sopra citati. In Italia più che altrove, per il tipo di formazione universitaria, per la paura di perdere identità professionale e potere e per una mancata abitudine al lavoro interdisciplinare, il medico fatica a uscire dal paradigma che identifica la malattia con un evento strettamente biologico, atteggiamento che gli impedisce di tenere nella giusta considerazione il rapporto tra le dinamiche socioeconomiche e i dati di salute.

Uno dei modi efficaci per abbattere le differenze, sostiene Padovani, sta nel perseguire iniziative di prevenzione primaria finalizzate a ridurre l'esposizione ai rischi ambientali, creare reti di protezione sociale e minimizzare i comportamenti a rischio e i fattori psicosociali che influiscono negativamente sullo stato di salute. Per raggiungere questi scopi occorrono non solo finanziamenti per la prevenzione, ma anche la consapevolezza che non si tratta di un ambito prevalentemente medico. La comunità medica do-

rebbe promuovere interventi integrati di tipo sociosanitario, ambientale, educativo e partecipare in modo più attivo alle scelte riguardanti l'organizzazione sanitaria e alle discussioni sull'impatto «disuguagliante» di certi atti legislativi introdotti dai politici.

Padovani cita come esperienza positiva gli *Health Action Zones*. Attivati negli anni Novanta in Gran Bretagna, questi progetti rivolti ad aree territoriali critiche includono interventi che vanno dalla scuola ai piani antifumo, fino alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri, il tutto con l'obiettivo di ridurre del 10% entro il 2010 il divario regionale nei dati di mortalità infantile e della speranza di vita alla nascita.

Per l'Italia viene citato lo studio avviato nel 2006 dall'Ispesl per identificare i lavori usuranti, un buon esempio del contributo che l'epidemiologia potrebbe dare all'elaborazione di politiche sociali in grado di prevenire il peggioramento delle condizioni di salute nei gruppi più a rischio della popolazione.

La parte più corposa del libro tenta di rispondere a un interrogativo impegnativo: quello italiano è un sistema sanitario equo? L'autore riconosce la sostanziale equità dell'SSN, ma poi si addentra nelle aree critiche del sistema, quelle in cui è più facile che si annidino le disuguaglianze. Analizza il processo di «privatizzazione strisciante» del servizio sanitario (può ancora considerarsi universalistico un sistema in cui il 60% delle visite specialistiche è pagato direttamente dagli utenti?), scandaglia l'area della cronicità grave e della non autosufficienza, dell'organizzazione della libera professione intramurale e della comunicazione. Per tutti questi ambiti fornisce cifre e chiavi di lettura aggiornatissime e non manca di evidenziare le questioni aperte. Un volumetto prezioso, dunque, per chi ha responsabilità decisionali in sanità, per chi rivendica il proprio e altrui diritto alla salute, per chi persegue il progetto di una società più equa.

Maria Luisa Clementi