

**Gavino Maciocco**

Dipartimento di Sanità Pubblica - Università degli Studi di Firenze

## **La salute nell'era della globalizzazione: disuguaglianze e politiche di welfare.**



Sintesi dell'intervento effettuato nell'ambito  
del seminario regionale

**"Disuguaglianze e salute: un'occasione di riflessione all'interno del progetto  
regionale Piani per la Salute"**

Il titolo della relazione, "La salute nell'era della globalizzazione: disuguaglianze e politiche di welfare", lascia pensare ad un approccio abbastanza ampio della mia relazione. Cercherò di affrontare il problema delle disuguaglianze in una prospettiva ampia Nord-Sud, tentando di focalizzare le questioni su argomenti ed indicatori che possano servirci nel nostro lavoro locale. In conclusione, riferendomi a quanto il dott. Macini accennava, affronterò il dibattito che è tuttora in corso sulle due teorie - una neomaterialista e l'altra psicosociale - sull'origine delle disuguaglianze nella salute in relazione al reddito: è il reddito assoluto o quello relativo (cioè il deficit nella distribuzione del reddito) che fa la differenza? E' un dibattito non concluso che però sta trovando forme di mediazione e di sintesi. L'ultima parte della relazione sarà dedicata all'analisi di queste posizioni.

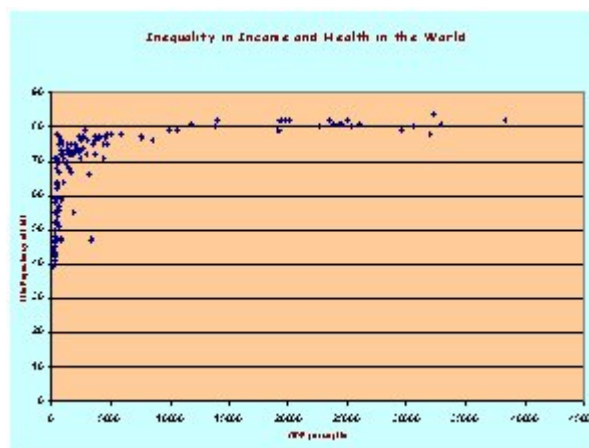


Fig.1 - fare click sull'immagine per ingrandirla

Innanzitutto vediamo la relazione tra i due elementi fondamentali delle disuguaglianze (fig.1): il reddito (reddito procapite espresso in dollari) e la salute (speranza di vita alla nascita riferita alle donne). Agli estremi, cioè per i paesi più poveri e per quelli più ricchi, vi è una relazione molto forte tra reddito e speranza di vita. Se guardiamo però al complesso dei paesi, questa relazione non è così forte: oltre i 10.000 dollari, aumentando il reddito, non aumenta la speranza di vita; con 10.000 dollari potremmo quindi accontentarci dal punto di vista della salute. Il paese più ricco è la Svizzera, l'Italia è nel gruppo dei paesi

che hanno un reddito procapite di circa 20.000 dollari. Oltre una certa cifra di reddito, non aumenta il livello di salute. Vi è un gruppo di nazioni poverissime, la cui speranza di vita è sotto i 50 anni.; Alcuni paesi, pur avendo un reddito elevato, si trovano nei gradini più bassi dello stato di salute. Abbiamo inoltre un gruppo di nazioni in cui il livello di salute è abbastanza indipendente dal livello di reddito: paesi che con reddito molto basso che possono avere 50 o 60 o addirittura 80 anni di speranza di vita alla nascita. Cosa fa la differenza? La differenza è dovuta essenzialmente a due fattori: il livello di educazione, e in particolare di prevenzione femminile, e l'accessibilità ai servizi di base. Questi sono i due fattori che differenziano i paesi a basso reddito con bassa o alta speranza di vita alla nascita. Ci sono paesi poveri con bassa speranza di vita: sono tutti i paesi dell'Africa Sub-Sahariana. Tra i paesi con basso livello di reddito ed alto livello di salute abbiamo alcuni classici paesi come Cuba e SriLanka. Vi sono poi paesi che pur avendo livelli di cultura e di tradizione elevati sono precipitati nella scala del reddito: i Paesi dell'Ex Unione Sovietica che però hanno ancora una tradizione di istruzione diffusa.

L'AIDS è uno dei determinanti che sta provocando l'abbassamento della speranza di vita di tutti i paesi dell'Africa SubSahariana. Alcune nazioni, come quelle della regione meridionale ed orientale dell'Africa, hanno presentato, nell'arco di dieci anni, una riduzione addirittura di venti anni di speranza di vita alla nascita. Anche paesi ricchi, come il Sud Africa hanno registrato un abbassamento di 12 anni di questo indicatore.

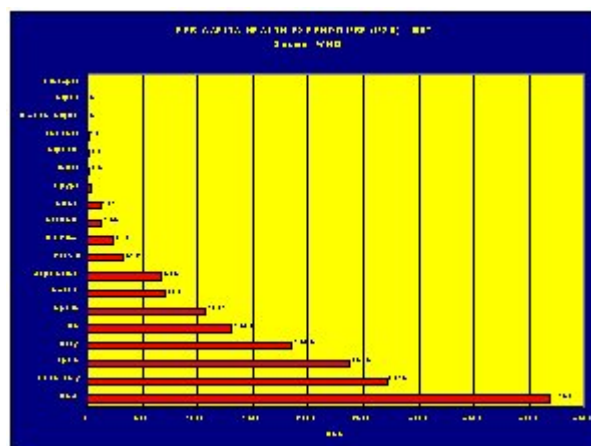


Fig.2 - fare click sull'immagine per ingrandirla

Analizziamo adesso le diseguaglianze nella distribuzione delle risorse in campo sanitario. Le differenze tra il paese più ricco e quello più povero sono di uno a mille: 4 dollari procapite in Etiopia (e la grande maggioranza dei paesi dell'Africa Sub Sahariana si colloca in un range che va da 4 a 20-25 dollari procapite) fino ad arrivare agli stati Uniti che hanno 4.187 dollari procapite. Questi sono dati del 1997, nel 2000 gli Stati Uniti hanno già oltrepassato i 4.500 dollari procapite (fig.2). I paesi industrializzati (dalla Spagna alla Germania) hanno un range da 1.000 a 2.700 dollari. Tutti i paesi industrializzati, ad eccezione degli Stati Uniti, hanno sistemi universalistici e gran parte della spesa sanitaria è pubblica, mentre nella maggior parte dei paesi più poveri, quel pochissimo che viene registrato come spesa sanitaria è spesa sanitaria privata e viene direttamente dalle tasche della gente.

Lo schema classico dei determinanti della salute comprende le varie determinanti:

- fattori che vengono considerati non modificabili, cioè quelli legati alla biologia dell'individuo, come età, sesso, patrimonio genetico, ecc.;
- gli stili di vita, i comportamenti individuali;

- le relazioni sociali, affettive e quindi la rete dei rapporti che l'individuo instaura a livello familiare, amicale, ecc.;
- l'insieme delle condizioni di vita e di lavoro che riguardano un'ampia gamma di elementi che vanno dall'istruzione all'abitazione, dal lavoro all'ambiente, ai servizi sanitari, ecc.;
- il livello macro riguarda il contesto socio-politico-economico del paese.

Questo schema è quello classico. Tutti fanno notare come questi determinanti di salute si influenzino a vicenda, per cui laddove le condizioni di vita e di lavoro sono molto precarie in termini di impiego, ecc., quasi sempre abbiamo altri determinanti che non sono favorevoli. Basso reddito molto spesso significa quindi relazioni sociali ed affettive precarie, stili di vita nocivi, ecc.

Vediamo ora lo studio di alcuni determinanti, riportando la situazione inglese. In Inghilterra dall'inizio dell'800 esistono dei registri di mortalità che associano la condizione lavorativa della persona. Da molto tempo in Inghilterra c'è questa classificazione delle malattie e delle morti in relazione alla professione. Le professioni sono state suddivise in sei classi (in realtà sono cinque classi, di cui una è divisa in due): professional (medici, avvocati, ...); direttori tecnici o managers; il terzo gruppo, "lavoratori specializzati", è diviso in manuali ( falegnami, fabbri, ...) e non manuali (impiegati, ...); i lavoratori parzialmente specializzati; i lavoratori non specializzati.



Fig.3 - fare click sull'immagine per ingrandirla

Esaminiamo i tassi di mortalità per tutte le cause negli uomini di 20-64 anni in Inghilterra e Galles riferiti ai periodi 1970-72, 1979-83 e 1991-93 (fig.3). I livelli di mortalità sono esattamente in linea con il loro grado di specializzazione; però i lavoratori non manuali si differenziano rispetto alle altre fasce: tutte le classi hanno un trend in diminuzione, ma in quella dei non manuali la riduzione è stata molto minore negli ultimi 20-30 anni. Si possono raggruppare sostanzialmente tre grandi categorie: i professionisti ed i managers che hanno andamenti molto simili; le altre categorie di lavoratori specializzati e parzialmente specializzati; i manuali. Questo riguarda la mortalità per tutte le cause.

Standardised mortality rates, by social class, **coronary heart disease**, men aged 20-64, England and Wales, selected years

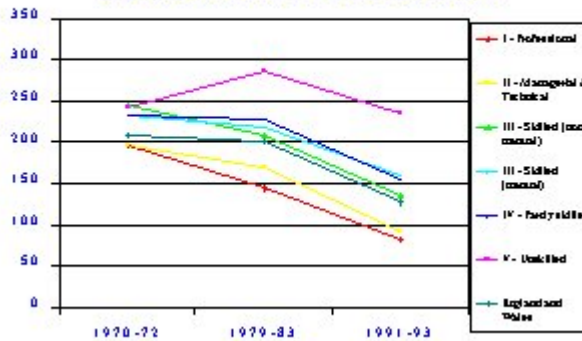


Fig.4 - fare click sull'immagine per ingrandirla

Se andiamo a vedere la mortalità per coronaropatie (fig.4), si osserva la stessa situazione, aggravata dal fatto che il gap tra i gruppi tende ad allargarsi in questi ultimi 20 anni. In particolare, il gruppo dei manovali in 20 anni non ha avuto dei miglioramenti, anzi tra il '70 e l'80 ha avuto un incremento.

Standardised mortality rates, by social class, **suicide and undetermined injury**, men aged 20-64, England and Wales, selected years

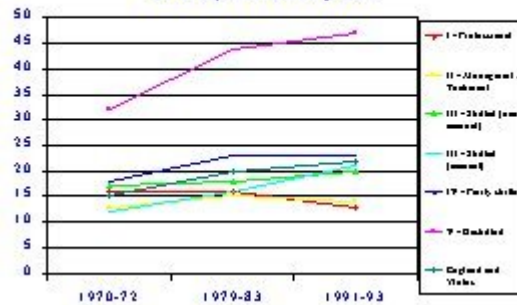


Fig.5 - fare click sull'immagine per ingrandirla

Ancora più evidente è il gap per quanto riguarda le cause violente di morte (suicidi e cause violente non determinate - fig.5), in cui gli "unskilled" hanno avuto una crescita. In questo caso, l'appartenenza ad una classe sociale è un fattore che in qualche maniera sintetizza i vari determinanti; essa diventa il determinante sintetico degli altri determinanti (lavoro, istruzione, abitazione, relazioni sociali, abitudini di vita).

Healthy life expectancy at age 30 by education, **White males, USA, 1970, 1980 and 1990**

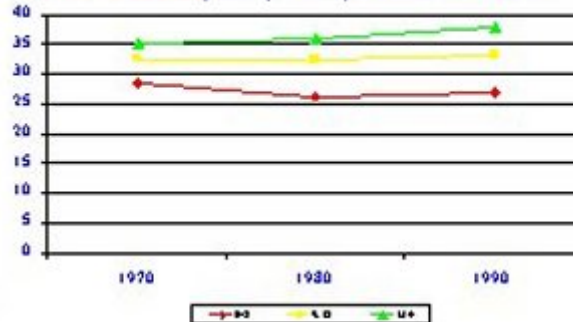


Fig.6 - fare click sull'immagine per ingrandirla

Uno studio analogo è stato fatto in America: si tratta di tre periodi simili (anni '70, '80 ed '90); è stato analizzato il livello di istruzione (gli anni di istruzione, suddivisi in 0-8, 9-12, >13 anni vedi - fig.6). In questo caso ci sono differenze che si allargano. Ovunque nel mondo registriamo un allargamento delle differenze, legate all'appartenenza o meno a determinate categorie - in questo caso, sono categorie di istruzione.

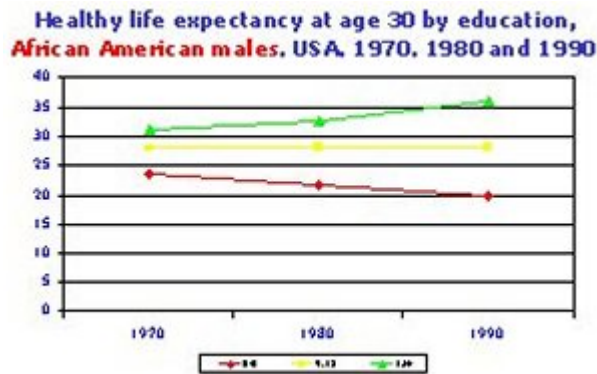
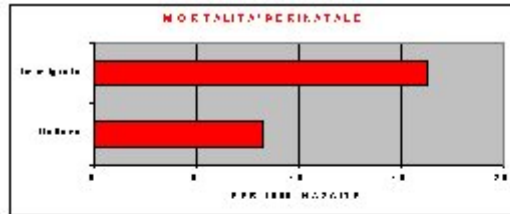


Fig.7 - fare click sull'immagine per ingrandirla

Questo gap si registra in modo ancora più evidente tra gli Afro-Americani (fig.7): nella popolazione di razza bianca, le linee erano distinte ma gli andamenti erano simili, mentre, in questo caso, abbiamo una divaricazione degli andamenti, con il gruppo 0-8 anni di istruzione che tende a peggiorare il proprio stato di salute. Il riferimento è costituito dagli anni di buona salute a trenta anni: la speranza di vita in buona salute a 30 anni.

L'ultima indagine Multiscopo ISTAT mostra come il livello di istruzione condizioni profondamente sia l'abitudine al fumo sia gli indici di massa corporea. Per quanto riguarda l'indice di massa corporea nel sesso femminile in relazione al titolo di studio, le donne obese rappresentano ben il 17% delle donne con basso titolo di studio, mentre questa percentuale è del 2% nelle donne con diploma di scuola media superiore o laurea. Geppo Costa, che ha lavorato moltissimo a Torino, arriva alle stesse conclusioni, cioè "l'aspetto più stupefacente e stimolante delle diseguaglianze nella salute è la loro regolarità nella scala sociale. A qualsiasi livello della scala sociale ci si ponga, il livello inferiore presenta un profilo epidemiologico più sfavorevole di quello immediatamente superiore". Questo è esattamente quello che abbiamo visto a proposito dell'Inghilterra. "Queste diseguaglianze si osservano su tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale: a parità di età, il rischio di morire è più alto tra i meno istruiti, nelle classi sociali subordinate, tra i disoccupati, tra chi abita in case meno agiate e in quartieri degradati, tra chi vive solo o in situazioni familiari meno protette".



Osservatorio Epidemiologico del Lazio (1982-1992)

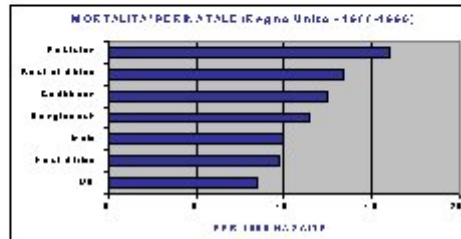
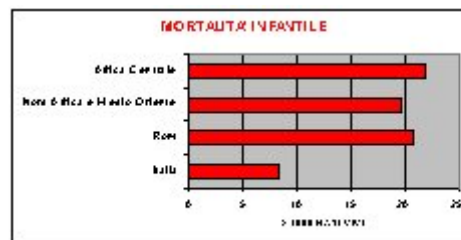


Fig.8 - fare click sull'immagine per ingrandirla

Un altro aspetto delle diseguaglianze riguarda il rapporto tra immigrazione e diseguaglianze. Analizziamo i dati dell'Osservatorio Epidemiologico del Lazio, che riguardano la mortalità perinatale (fig.8): è il doppio tra gli immigrati rispetto ai residenti. Il dato è analogo a quello che si registra nel Regno Unito: la mortalità perinatale è intorno al 7-8% tra i residenti, mentre tende a raddoppiare nei gruppi etnici emigrati.

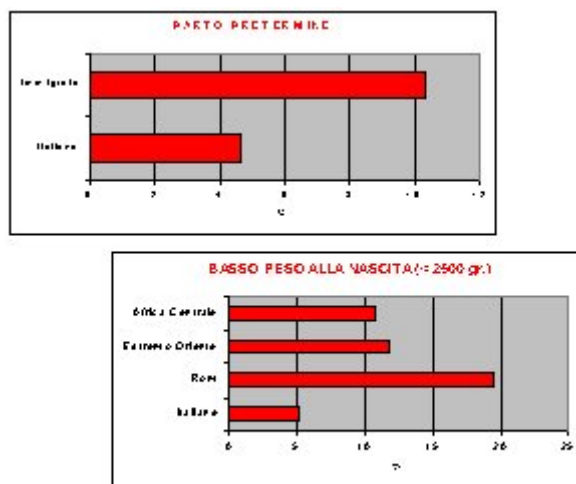


Osservatorio Epidemiologico del Lazio (1982-1992)

Fig.9 - fare click sull'immagine per ingrandirla

Vediamo adesso la mortalità infantile, sempre dell'Osservatorio Epidemiologico del Lazio (fig.9); si tratta dei dati di uno studio partito negli anni '80 e che si è concluso a metà degli anni '90. Anche qui abbiamo un 7-8% dell'Italia ed un 20% di mortalità infantile nella popolazione Rom e negli immigrati Africani e del Medio Oriente. La percentuale di donne nel primo trimestre di gravidanza che non si sottopone a nessun controllo è il 10% tra le italiane ed oltre il 40% tra le immigrate.





Osservatorio Epidemiologico del Lazio (1983-1993)

Fig. 10 - fare click sull'immagine per ingrandirla

Il parto pretermine (fig.10) riguarda il 4% delle donne italiane ed oltre il 10% di quelle immigrate. Il basso peso alla nascita, infine, si verifica nel 5% dei casi tra le donne italiane ed in quasi il 20% nella popolazione Rom.

Vi porto adesso alcune riflessioni ed osservazioni, comparse in recenti numeri del British Medical Journal e del New England Journal of Medicine, che riguardano non tanto le disuguaglianze nell'accesso - che pure esistono - quanto proprio nel rapporto medico-paziente e operatori sanitari-emigrati, che può essere distorto da motivi di tipo razzista. In molti casi, molte differenze nell'esito delle cure non sono dovuti a ritardo o difficoltà d'accesso, ma proprio al fatto che agli emigrati viene riservato un trattamento diverso. Tratto da "Spectre of racism in health and health care" di R. Bophal, BMJ 1998; 316:1970-3:

- Lo spettro del razzismo deve essere portato allo scoperto.
  - Fin adesso nel Regno Unito l'attenzione è stata concentrata sulle discriminazioni razziali verso gli operatori sanitari appartenenti a minoranze etniche.
  - Ora conosciamo bene gli effetti del razzismo sulla qualità delle cure mediche; noi dobbiamo concentrare l'attenzione sulle discriminazioni razziali nell'assistenza ai pazienti.
- Un altro articolo più recente sul New England Journal, "Racial Injustice in Health Care" H.P. Freeman, R. Payne - N Engl J Med - 2000; 232:1045-47:  
 "Una crescente quantità di dati, inconfutabili e inquietanti, testimonia la peggiore qualità delle prestazioni sanitarie erogate alla popolazione nera americana, rispetto ai bianchi, anche a parità di livello socio-economico".

Passiamo al dibattito in corso tra l'approccio neo-materialistico e psico-sociale. La School of Public Health, University of Michigan (USA), e tutti i sociologi in generale sostengono che "le disuguaglianze nel reddito sono accompagnate da molte differenze nelle condizioni di vita, sia a livello individuale che di popolazione, che possono influenzare negativamente lo stato di salute". Secondo questa corrente, quindi, il problema è sostanzialmente il reddito assoluto: le differenze nelle condizioni di salute sono essenzialmente legate al reddito che diventa un indicatore generale dello stato di una persona, perché una persona con reddito basso avrà meno opportunità, meno istruzione, abiterà in abitazioni più disagiate, ecc..

Poi c'è la scuola di Richard G. Wilkinson, che è la scuola inglese, secondo cui "le diseguaglianze economiche e la qualità delle relazioni sociali hanno un forte impatto nel benessere psicosociale e rappresentano una delle più importanti spiegazioni del quadro dello stato di salute della popolazione nei paesi più ricchi". Il problema qui non è tanto quello del reddito assoluto, quanto quello di come viene distribuito il reddito all'interno di una società. La prova pratica che portano questi autori è la differenza di speranza di vita alla nascita tra gli afro-americani e la popolazione di colore del Costa Rica. Essi hanno redditi molto differenti: intorno ai 15.000-20.000 dollari procapite nel primo caso e inferiori ai 4.000 dollari procapite nel secondo. Eppure la speranza di vita del Costa Rica è più alta di quella degli afro-americani, perché questi ultimi si trovano in un ambiente rischioso e sono discriminati; la popolazione di colore del Costa Rica, invece, vive in modo più coeso, con una situazione di equità all'interno.

Tra J.W. Lynch e di R.G. Wilkinson c'è una polemica molto accesa; essi si scontrano quasi continuamente. Ci sono molti articoli su questo problema delle diseguaglianze e del malessere. Ad esempio, un Autore dice "secondo le teorie e gli studi dell'approccio bio-psico-sociale, quelli che volano in classe economica stanno male perché vedono quelli di prima classe che sono più tesi". Se tutti viaggiassero quindi in classe economica, tutti starebbero bene. Eppure non è così, perché starebbero male comunque. E' in atto una discussione su questi temi.

Un tentativo di collegare queste teorie è stato fatto da David Coburn, sociologo dell'Università di Toronto in Canada, il quale ha scritto un articolo, cercando di fare il punto, lo stato dell'arte, delle varie posizioni che riguardavano il tema delle diseguaglianze tra salute e reddito. L'articolo è "Income inequality, social cohesion and the health status of population: the role of neo-liberalism", su Social Science & Medicine del 2000. Il tentativo di Coburn è di ricondurre ad un unico determinante e quindi di trovare una spiegazione politica; è un tentativo di fare una sintesi e di trovare una soluzione politica. La sua teoria si condensa in queste due conclusioni:

- "Quanto più un regime è neo-liberale e orientato al mercato, tanto più grandi sono le ineguaglianze nel reddito". In questo caso, la diseguaglianza nel reddito è causa anche di diseguaglianza di malattia; quindi viene accolta la teoria neomaterialista;
- "Quanto più una società è orientata verso il mercato, tanto maggiore è la frammentazione sociale e minore è la fiducia e la coesione sociale". In questo caso, è la teoria psicosociale.

Secondo Coburn, il neoliberismo quindi è causa di entrambi questi fattori: un aumento delle diseguaglianze del reddito ed una diminuzione della coesione sociale. Nell'articolo, l'Autore affronta un tema molto importante: cosa hanno significato le politiche di welfare nella storia dei paesi che l'hanno praticata e che hanno consentito di sottrarre alla logiche del mercato un settore della società, quello dell'istruzione, garantendo quindi principi di cittadinanza, di redistribuzione del reddito e di facilità di accesso dei cittadini a questi servizi. Le politiche di welfare hanno quindi garantito da una parte il diritto di cittadinanza e dall'altra reti di protezione, redistribuzione del reddito e di coesione sociale. Nella sua analisi, Coburn afferma che le politiche di reddito non sono state un "grazioso regalo" dei



paesi liberali nei confronti delle fasce di popolazione meno protette, bensì il frutto di conflitti, di lotta, essenzialmente di tipo sindacale, per ottenere questi diritti.

L'indebolimento della capacità della classe operaia classica nei confronti di un liberismo, che ha le sue radici non tanto di politiche nazionali, ma internazionali e multinazionali, spiega l'indebolimento del sistema di welfare.

"Il declino del potere della classe lavoratrice rispetto a quello del capitale globale è caratterizzato dal dominio delle politiche e delle ideologie neo-liberali, dall'attacco al welfare state, dal predominio degli interessi delle imprese nel mercato. Tutto ciò è associato a una minore capacità di contrattare misure di welfare e determina inevitabilmente una più elevata disuguaglianza nel reddito, una minore coesione sociale e, direttamente o indirettamente, un peggiore stato di salute della popolazione".

"La crescente globalizzazione del capitale finanziario e industriale ha ridotto il potere delle autorità nazionali, regionali e locali e ha determinato una rottura degli equilibri di potere tra classe lavoratrice e capitale, che nel passato avevano consentito lo sviluppo di politiche di welfare finalizzate alla redistribuzione del reddito".