

12. Sintesi liberamente tratta da "JS Feinstein: **"The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature"**; Milbank Q 1993: 71(2): 279-322".

Questo articolo è una review della letteratura internazionale che ha analizzato la relazione tra stato socioeconomico e salute, confrontando la mortalità e morbilità dei diversi gruppi socioeconomici nell'ambito di singole nazioni, mettendo a confronto le esperienze di salute tra vari Paesi, documentando l'estensione delle diseguaglianze e cercando possibili spiegazioni dei diversi risultati di salute. Vengono inizialmente presentati e commentati studi condotti negli Stati Uniti:

- il lavoro di Kitagawa e Hauser fornisce evidenze ampie e chiare dell'esistenza di una mortalità differenziale per stato socioeconomico negli Stati Uniti negli anni 1930-1960, ma presenta diversi inconvenienti di cui il più importante è la mancanza di dati su molte variabili che sono fondamentali per un'analisi più approfondita della mortalità differenziale (ad es. accesso a cure mediche, fumo, dieta...)
- il lavoro di Morris Silver esemplifica l'approccio economico alla salute di V. Fuchs e M. Grossman ed altri economisti; punti di forza di questo studio sono la specificazione di un ricco gruppo di variabili indipendenti ed il controllo della causalità inversa attraverso l'utilizzo di tecniche standard. I risultati ottenuti sono in linea con quelli di Kitagawa e Hauser: egli osserva una significativa relazione negativa tra reddito familiare mediano e mortalità almeno per alcuni gruppi demografici e specificazioni e riporta una significativa relazione negativa tra istruzione e mortalità, una correlazione positiva tra fumo di sigarette e mortalità e tra "stress" e mortalità; infine viene trovato che il numero di medici per 1000 abitanti ha una relazione negativa con la mortalità anche se non significativa. L'approccio di Silver nel misurare le variabili e nell'includerle nel suo modello non è sufficientemente ben strutturato per fornire le indicazioni di politica desiderate.
- il lavoro di Fedelman e coautori studia la relazione tra livello di istruzione e mortalità e i suoi cambiamenti nel tempo. Gli autori osservano inoltre che il livello di istruzione esercita un'influenza statisticamente significativa sulle malattie cardiache anche quando sono stati inclusi, come altri fattori di rischio, il fatto di essere un fumatore, il sovrappeso, l'elevata pressione sistolica e gli alti valori di colesterolo. Il lavoro di Fedelman tuttavia non comprende misure di reddito e di altri indicatori socioeconomici.
- il lavoro di Menchik stabilisce un chiaro legame tra ricchezza della famiglia e mortalità. Esso presenta il vantaggio di controllare per lo stato dei genitori e per lo stato iniziale di salute autoriportato dai soggetti arruolati; tuttavia non vengono analizzate le abitudini comportamentali (ad es. il fumo) e l'accesso e l'utilizzo delle cure sanitarie.
- i lavori di Palmer, Wing, Logue e Jarjoura
- il lavoro di Alameda ha dimostrato che la mortalità è più elevata nelle "aree povere" in cui i servizi pubblici di base e l'accesso a cure sanitarie può essere al di sotto dei livelli standard.
- il lavoro di Hardley ha trovato che reddito ed istruzione hanno un'influenza negativa e significativa sulla mortalità, mentre aree con elevate spese sanitarie hanno tassi di mortalità più bassi
- il "Journal of the American Medical Association".

Sono poi esaminati studi del Regno Unito:

- il "Black Report" classifica la popolazione britannica in sei classi sociali e definisce lo stato della famiglia in relazione all'occupazione (e non al reddito o all'istruzione come negli studi americani) del capofamiglia; partendo da queste basi esso mostra l'esistenza di diseguaglianze di salute. Le differenze di mortalità persistono anche dopo aver controllato per età e sesso e sono presenti diseguaglianze regionali. Il trend temporale mostra che, considerando il periodo 1930-1972, le differenze dei tassi di mortalità diventano più profonde tra il 1949-53 e tra 1959-63 e rimangono elevate nel 1970-72; ciononostante complessivamente i tassi di mortalità sono diminuiti notevolmente durante la maggior parte del ventesimo secolo. Il "Black Report" ha dei limiti: la qualità dei dati utilizzati; il campione esaminato è relativamente piccolo e può non essere rappresentativo (sono disponibili informazioni sulle morti in individui di età compresa tra

15 e 64 anni mentre la maggior parte delle morti avviene dopo i 64 anni); la possibilità di causalità inversa nella relazione tra fascia occupazionale e mortalità; l'aumento delle diseguaglianze nel tempo potrebbe essere dovuto alla modificazione della composizione e delle dimensioni delle categorie sociali nel tempo; la mancanza di informazioni sulle variabili che potrebbero aiutare a spiegare il legame tra categoria sociale e mortalità (prevalenza di fumatori, differenze nella dieta e negli stili di vita tra classi, variazioni nell'attuale utilizzo di cure mediche o disparità di reddito e istruzione)

- la review di Whitehead fornisce un'analisi di buona parte della letteratura fino al 1988. In particolare, essa riporta uno studio intrapreso dal Governo Britannico, in cui un campione dell'1% della popolazione è stato identificato nel 1971 e seguito nel tempo; questo studio supera alcuni dei limiti del Black Report, mostra che le diseguaglianze di mortalità sono rimaste ai livelli precedenti almeno fino al 1981 e che grosse differenze tra classi sociali esistono anche tra le persone più anziane
- i lavori di Marmot e McDowall (1986), di Marmot e colleghi sugli impiegati statali, di Pamuk.
- il lavoro di Arber.

La letteratura inglese successiva al Black Report ha introdotto nuove misure alternative alla mortalità, come dati di morbilità sulle malattie acute e croniche; essa ha inoltre ampliato la definizione di categoria sociale, non basandosi più solo sul tipo di occupazione, ma anche sul numero di automobili di cui la famiglia dispone, sul fatto che la famiglia possieda o affitti la propria casa, che qualche suo componente sia disoccupato e che la famiglia risieda in un'area povera.

Per quanto riguarda la letteratura degli altri paesi dell'Europa Occidentale, i ricercatori hanno ritrovato diseguaglianze di salute all'interno di ogni Paese studiato e le dimensioni di queste diseguaglianze variano da nazione a nazione, risultando minime tra gli uomini tra 20 e 64 anni in Scandinavia (seguono poi Norvegia, Danimarca e Finlandia); tra le donne, le dimensioni delle diseguaglianze sembrano essere minori rispetto agli uomini. Infine le diseguaglianze in questi Paesi sono rimaste grossomodo costanti nel tempo. In particolare:

- Kunst, Looman e Mackenbach presentano una rassegna degli studi antecedenti e discutono una loro analisi di 39 regioni, effettuata negli anni 1952, 1962, 1972, 1982, da cui risulta che la relazione tra stato socioeconomico e mortalità era positiva nel 1952 e 1962 tra gli uomini (ma negativa tra le donne) ed è diventata negativa (per uomini e donne) nel 1982. Gli autori concludono che le diseguaglianze di salute sono significative in Olanda, ma sono minori rispetto a quelle trovate in Inghilterra
- i dati relativi alla Francia sono pochi ma sembra che le diseguaglianze di salute in Francia siano simili o leggermente superiori a quelle inglesi

Il lavoro di Araki e Katsuyuki, condotto in Giappone, ha trovato che risiedere in un'area rurale è strettamente associato con un'aumentata mortalità per tutti, mentre il basso reddito è associato con un'aumentata mortalità tra gli uomini e l'elevato livello di istruzione con una più bassa mortalità tra le donne; in più, la differenza di mortalità tra gruppi sociali è maggiore per tubercolosi, suicidio e alcuni tipi di tumore.

Vengono poi discussi i lavori di altri autori: LeGrand presenta misure alternative delle diseguaglianze di salute; Leclerc analizza le variazioni tra Paesi nella relazione tra stato sociale e specifiche cause di morte; Blaxter mostra che le differenze di morbilità sono più accentuate in molti Paesi europei rispetto alle corrispondenti differenze di mortalità.

Per interpretare i risultati di questi studi internazionali, bisogna considerare che le varie nazioni differiscono nel tipo di dati disponibili, nel modo in cui lo stato sociale è misurato e nell'interpretazione culturale di questi indicatori (ad es. l'occupazione).

Nella sezione successiva di questo articolo, l'autore riporta le spiegazioni più discusse delle diseguaglianze nei risultati di salute e la relazione tra stato socioeconomico e salute. Tutte le varie spiegazioni possono essere organizzate secondo due dimensioni:

1. la prima fa riferimento alle caratteristiche delle persone che possono causare differenze nello stato di salute; queste caratteristiche possono essere divise in due gruppi, materialiste o risorse-

dipendenti (ad es. ricchezza, proprietà dell'abitazione e dell'automobile) e comportamentali, non risorse-dipendenti (ad es. fattori psicologici, genetici e culturali).

2. la seconda riguarda la tappa della vita in cui le diseguaglianze sono generate e può essere divisa in due gruppi: diseguaglianze che emergono da diverse esperienze nel corso della vita (ad es. differenze nella dieta, nel fumo e nel lavoro) e diseguaglianze che emergono da differenze nell'accesso e utilizzo servizi sanitari.

Dall'intersezione di queste due dimensioni risultano quattro campi, ognuno dei quali può contribuire a risultati di salute diseguali; risulta difficile quantificare la relativa importanza dei vari campi o classificare le varie spiegazioni nell'ambito di un singolo campo. Questa schematizzazione risulta comunque inadeguata perché non riesce a cogliere le relazioni strutturali più profonde che devono essere analizzate per avere una maggiore visione delle fonti di diseguaglianze e per formulare politiche più efficaci.

Vengono quindi esaminati i fattori materiali e comportamentali che emergono nel corso della vita. In letteratura, le spiegazioni materialiste dei risultati degli stili di vita riguardano le risorse finanziarie sia personali che pubbliche, ma sfortunatamente molti studi non fanno questa distinzione; inoltre bisogna considerare che la capacità di usare maggiori risorse per acquistare beni e servizi più salutari dipende dal rapporto prezzo-qualità che può variare a seconda della regione, del Paese e nel tempo, ma nessuno degli studi esaminati tiene conto di ciò. Le spiegazioni comportamentali dei risultati di salute nel corso della vita si distinguono da quelle materialiste sulla base del loro legame con le caratteristiche individuali, per cui il raggiungimento di una condizione salutare non necessariamente richiede un'ampia spesa economica o può essere acquistato direttamente con soldi (ad es. dieta e fumo...). Riguardo all'importanza relativa delle spiegazioni materialiste e comportamentali delle diseguaglianze di salute esistono pareri discordanti in letteratura e diverse tecniche statistiche sono state utilizzate per distinguere tra spiegazioni materialiste e comportamentali delle diseguaglianze di salute. C'è accordo tra i ricercatori nel riconoscere che uno dei fattori più importanti legato agli stili di vita e che tende a produrre tassi di mortalità differenziali tra categorie sociali è il fumo ma c'è disaccordo sul suo peso reale nel determinare diseguaglianze e su come il fumo interagisce con gli altri fattori legati agli stili di vita. Alcuni studi hanno poi trovato che risiedere in un'area povera è spesso un forte determinante di mortalità ma questo non è di per sé sufficiente per distinguere tra ipotesi materialiste e comportamentali. In generale, l'approccio che la letteratura ha scelto per distinguere tra effetti materialisti e comportamentali sulla salute è piuttosto restrittivo e non comprende molti effetti sottili e indiretti probabilmente importanti; la letteratura, con qualche eccezione, si è mostrata poco propensa ad analizzare spiegazioni strutturali più profonde delle diseguaglianze di salute, includendo anche parametri "profondi" non osservati.

Segue poi l'analisi dell'accesso e utilizzo dei servizi di cure sanitarie (includendo anche la farmaceutica e le informazioni sulla salute fornite attraverso i canali della medicina) come causa di tassi differenziali di mortalità. L'argomento è stato ampiamente indagato negli Stati Uniti. L'utilizzo dei servizi sanitari può essere diviso in quattro tappe sequenziali: cure primarie, diagnosi ed ingresso nel sistema di cure sanitarie, efficacia dei trattamenti, follow-up e riammissione. In ognuna di queste tappe, i gruppi socioeconomici più bassi hanno le esperienze più svantaggiose e sia fattori comportamentali che fattori materialisti contribuiscono alle diseguaglianze nell'assistenza sanitaria. Nell'ultima sezione vengono analizzate le prospettive future della ricerca per comprendere le diseguaglianze e fornire linee guida di politica. In particolare, sarebbe necessario un modello strutturale più attento ai fattori sottostanti che causano diseguaglianze nei risultati di salute e bisognerebbe anche stabilire un legame tra stili di vita e utilizzo dei servizi sanitari. Viene infine enfatizzata la necessità di disporre di dati e di ricerche che uniscano informazioni sulle esperienze quotidiane di vita con la documentazione medica sulla diagnosi, il trattamento la prognosi e la sopravvivenza. Il progresso nella comprensione della relazione tra stato socioeconomico e salute richiede una sintesi delle competenze di diversi campi, biologia, medicina, salute pubblica, servizi sanitari, statistica, sociologia, psicologia ed economia.