L'approccio relativo e assoluto alle disuguaglianze sociali nella salute

A cura di Michele Marra
Servizio di Epidemiologia, ASL TO3

La riduzione dell'impatto delle disuguaglianze sociali nel benessere fisico e psichico dei cittadini costituisce, almeno formalmente, uno degli obiettivi di salute riconosciuti dall'Unione europea. E per quanto l'attivazione concreta di azioni di contrasto a livello nazionale presenti ancora ampie variazioni geografiche, la necessità di colmare il gap di salute tra gruppi socioeconomici - per quasi tutti gli *outcome* a sfavore delle fasce più svantaggiate - è stata ormai recepita, più o meno chiaramente, negli atti di programmazione sanitaria (e non solo) della gran maggioranza dei Paesi europei. In particolare l'Italia, in una graduatoria che vede ad un estremo gli Stati che solo recentemente hanno sviluppato una consapevolezza sull'importanza di questa tematica (i Paesi dell'Europa orientale) e all'altro quelli che invece già a partire dagli anni '90 hanno progressivamente adottato complesse politiche di contrasto multisettoriali corredate da target quantitativi (i Paesi anglosassoni e scandinavi), si trova in una posizione intermedia, caratterizzata dalla recente pubblicazione di un Libro bianco sulle disuguaglianze di salute, su richiesta della commissione Salute della conferenza Stato Regioni, e dalla conseguente nascita di una bozza embrionale di strategia nazionale di contrasto[1].

Ciononostante, in tutta Europa, numerosi rapporti hanno rilevato un ampliamento nel tempo della forbice tra la salute dei gruppi socioeconomici più e meno agiati. Tuttavia, come illustrato in un articolo a cura di Johan Mackenbach e pubblicato sull'ultimo numero di Lancet, tale giudizio è solo in parte corretto, giacché la sua veridicità dipende dal tipo di approccio utilizzato per misurare l'ampiezza delle disuguaglianze di salute e la loro variazione nel tempo (o nello spazio).

Secondo la visione relativa delle disuguaglianze di salute, quel che conta è il rapporto tra gli outcome di salute rilevati nelle varie fasce di popolazione, stratificate attraverso un indicatore di posizione socioeconomica (normalmente il titolo di istruzione). Seguendo questa impostazione, la riduzione delle disuguaglianze, in un contesto di generale miglioramento del benessere fisico dell'intera popolazione, può avvenire soltanto se i gruppi più svantaggiati beneficiano del guadagno di salute in misura proporzionalmente maggiore del resto degli individui. Questo scenario, idealmente il più auspicabile, è tuttavia difficilmente realizzabile, in quanto richiede che

[1] Costa G et al (a cura di), **L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità.** edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, 2014.

la riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio responsabili di un'eventuale malattia sia maggiore tra i gruppi più vulnerabili. E le evidenze epidemiologiche non supportano questa ipotesi. Ad esempio i tassi di riduzione dei principali fattori di rischio comportamentali (fumo, alcol, sedentarietà e dipendenze) e dei determinanti distali risultano essere stati negli ultimi decenni, nuovamente in termini relativi, più alti tra i più istruiti. Allo stesso modo poco verosimile sembrerebbe essere la seconda strada attraverso cui si può ottenere una riduzione delle disuguaglianze relative, cioè una maggior efficacia delle azioni di prevenzione o dell'assistenza sanitaria proprio tra gli individui più svantaggiati. Anche in questo caso le evidenze a favore dell'*inverse care law* e quindi del minor guadagno di salute a parità di intervento tra i cittadini socialmente più fragili sono molteplici.

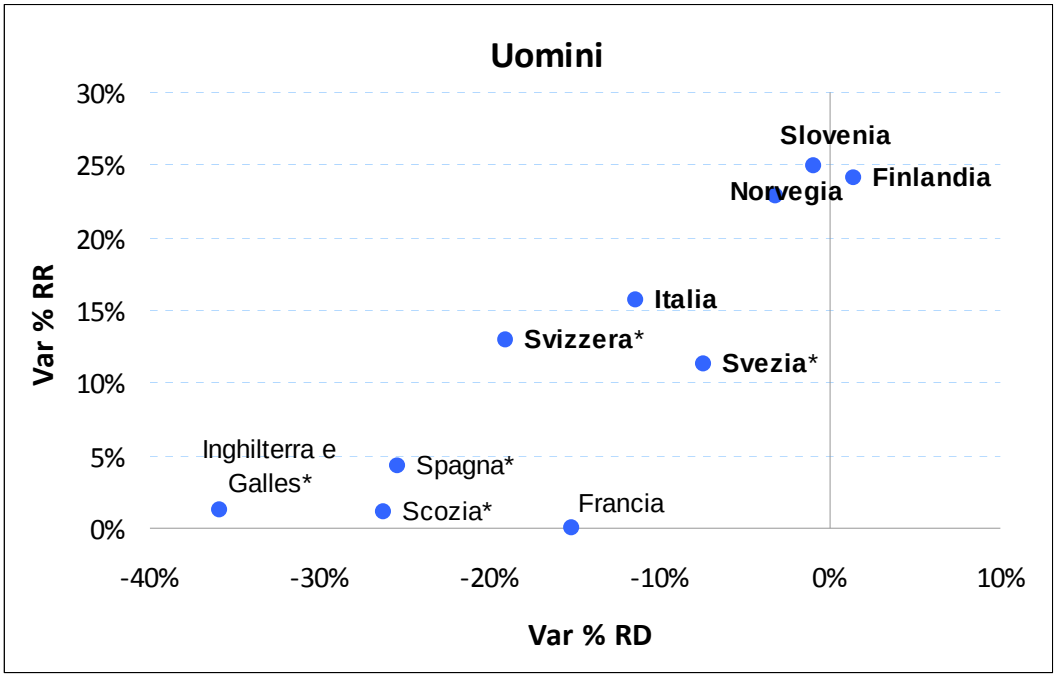
Una seconda lettura delle disuguaglianze di salute si basa invece sul confronto tra gli eccessi assoluti di outcomes di salute a carico dei meno istruiti e della loro variazione nel tempo. Secondo questa approccio, anche in presenza di rischi relativi in crescita, è possibile che le disuguaglianze diminuiscano in termini assoluti, a causa dei livelli più alti di partenza nei gruppi più svantaggiati (nello specifico basta che il rapporto tra i tassi di miglioramento della salute nei differenti gruppi sia inferiore al rischio relativo tra gli stessi all'inizio del periodo preso in considerazione).

La riduzione delle disuguaglianze relative è sicuramente quella più desiderabile, non fosse altro perché comporta matematicamente anche il calo di quelle assolute, ma anche lo scenario in cui a diminuire siano solamente quest'ultime è apprezzabile: in fondo quel che è importante è che l'eccesso di malattia dei meno istruiti decresca, a prescindere dalla velocità con cui il miglioramento di salute avviene tra i più avvantaggiati. Paradossalmente, e abbandonando la lente dell'equità, anche la riduzione di un outcome di salute negativo tra le fasce più vulnerabili potrebbe essere considerata come positiva di per sé, indipendentemente da cosa accada nel resto della popolazione.

L'andamento delle disuguaglianze sociali nella mortalità in Europa tra il 1990 e il 2010

Tenendo in considerazione questo duplice approccio, ecco che il giudizio sul trend delle disuguaglianze di salute in Europa diviene più complesso, come esemplificato dall'articolo di Mackenbach che ha analizzato l'andamento sociale e in progressiva diminuzione dei tassi di mortalità standardizzati tra il 1990 e il 2010 in 11 popolazioni di età compresa tra 35 e 79 anni, tra cui Finlandia, Norvegia, Svezia, Scozia, Inghilterra e Galles, Francia, Svizzera, Spagna (dati validi unicamente per Barcellona) e Italia (Torino). In effetti, le disuguaglianze relative e associate al titolo di istruzione (esemplificate dall'andamento del relative risk) risultano aumentate in tutte le popolazioni osservate (eccetto in Francia tra gli uomini e in Spagna tra le donne), e in misura statisticamente significativa in entrambi i sessi in Finlandia, Norvegia, Svezia, Svizzera e Lituania, e soltanto tra i maschi anche a Torino e in Slovenia. Parallelamente, tuttavia, quelle assolute (misurate attraverso il risk difference) hanno avuto un andamento variabile: tra i maschi sono

diminuite dappertutto, tranne che in Finlandia, e in misura significativa in Scozia, in Spagna, in Svizzera, in Svezia e in Inghilterra e Galles, dove sono scese del 35%. Tra le donne il trend è stato variabile, ma è variato in misura significativa soltanto in Norvegia e Finlandia (dove sono aumentate) e in Spagna (diminuite). E alla stessa conclusione (aumento delle disuguaglianze relative con talvolta contemporanea riduzione di quelle assolute) l'articolo giunge utilizzando un altro indicatore di posizione socioeconomica e quindi mettendo a confronto l'andamento dei tassi di mortalità degli individui con lavoro manuale (tendenzialmente più a rischio) rispetto a quelli di coloro con lavoro più qualificato.



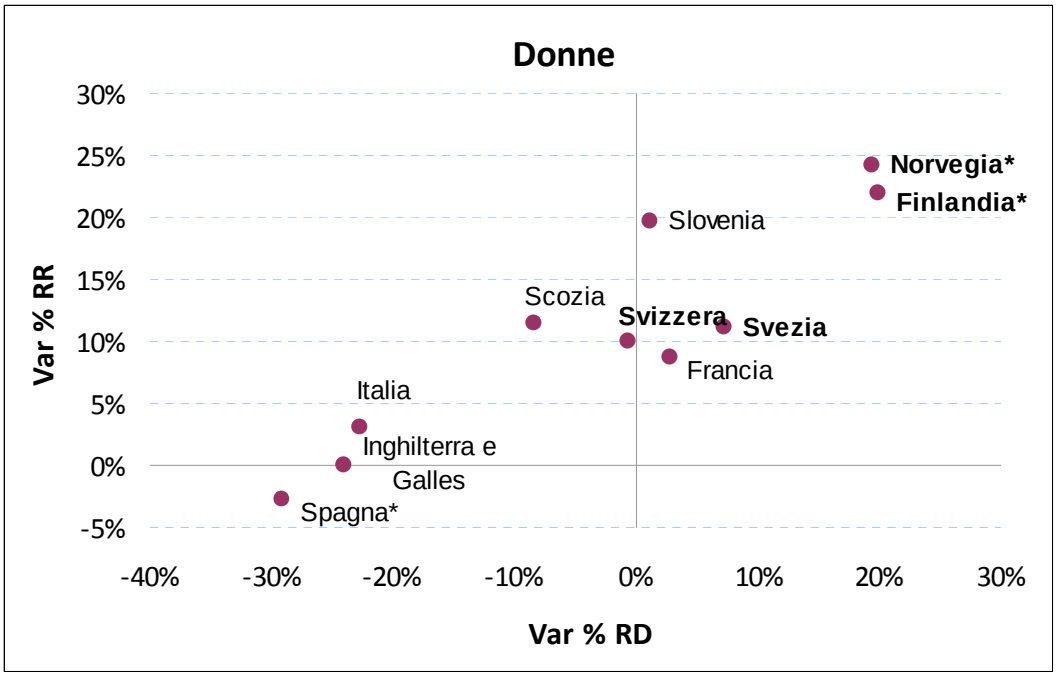


Fig 1. Variazione nelle disuguaglianze sociali assolute (calcolate attraverso il risk difference, RD) e relative (attraverso il rischio relativo, RR) della mortalità in Europa, tra 1990-1994 e 2004 e 2009. La variazione nelle disuguaglianze assolute sono calcolate come $100*(RD_{2004-2009}-RD_{1990-1994})/RD_{1990-1994}$. Quella nelle disuguaglianze relative come $100*(RR_{2004-2009}-R_{1990-1994})/RR_{1990-1994}$. In grassetto i Paesi in cui vi è stata una variazione significativa delle disuguaglianze relative, con l'asterisco sono invece segnalati i Paesi che hanno vissuto una variazione significativa di quelle assolute

Lo studio si sofferma, inoltre, a quantificare le singole cause di morte per le quali si sono osservate le maggiori riduzioni delle disuguaglianze assolute di salute. In particolare, in tutti i Paesi, sembrerebbero aver avuto un ruolo importante le diminuzioni degli eccessi di mortalità per le malattie ischemiche, per le cause fumo correlate e per gli incidenti stradali: un risultato che sembrerebbe dunque essere spiegato più dal successo di politiche di prevenzione di lungo periodo (e che troverebbero maggior margine di guadagno nelle più alte prevalenze dei fattori di rischio nelle popolazioni svantaggiate) che non dall'efficacia delle strategie orientate esplicitamente alla riduzione delle disuguaglianze di salute. Due spiegazioni paiono confermare questa ipotesi: da una parte i rischi relativi per queste stesse cause non sono invero diminuiti nel tempo; dall'altra la riduzione delle disuguaglianze assolute sembrerebbe essere del tutto indipendente dal grado di avanzamento nell'attuazione di azioni di contrasto, come dimostrato dall'aumento delle disuguaglianze assolute nei Paesi scandinavi.

Un risultato incoraggiante proviene infine dalla diminuzione delle disuguaglianze nella mortalità evitabile, e quindi di quell'insieme di decessi che si sarebbero potuti scongiurare se trattati adeguatamente e presi in carico appropriatamente dai servizi sanitari. In questo caso si può parlare invece di un successo delle politiche di equità mirate a ridurre le difficoltà nell'accesso all'assistenza sanitari da parte dei gruppi sociali più vulnerabili.

Riferimento bibliografico

Mackenbach JP, Kulhánová I, Artnik B, Bopp M, Borrell C, Clemens T, Costa G, Dibben C, Kalediene R, Lundberg O, Martikainen P, Menvielle G, Östergren O, Prochorskas R, Rodríguez-Sanz M, Strand BH, Looman CW, de Gelder R. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. BMJ. 2016 Apr 11;353:i1732.