

[Crisi economica, malattie croniche e diseguaglianze nella salute]

«Per capire quanto siamo caduti in basso, prima dobbiamo renderci conto della portata del cambiamento avvenuto. Dalla fine del XIX secolo agli anni Settanta del Novecento, le società avanzate dell'Occidente sono diventate tutte, progressivamente, meno diseguali. Grazie alla tassazione progressiva, ai sussidi pubblici per i poveri, ai servizi sociali e alle tutele contro i colpi della sorte, le democrazie moderne si stavano liberando dal problema degli eccessi di ricchezza e povertà. Certo, restavano grandi differenze. I paesi scandinavi, essenzialmente egualitari, e le società dell'Europa meridionale notevolmente più variegate, mantenevano le loro peculiarità, e le contrade anglofone dell'Atlantico e dell'impero britannico continuavano a riflettere differenze di classe di vecchia data. Ma tutti, a loro modo, subivano gli effetti di un'intolleranza sempre più forte verso gli eccessi di diseguaglianza, mettendo in piedi programmi pubblici per compensare l'inadeguatezza del settore privato». Così scrive Tony Judt¹ nel suo libro *Guasto è il mondo*, e poi così continua: «Negli ultimi trent'anni abbiamo gettato al vento tutto ciò. Certo, questo varia da paese a paese. Negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, gli epicentri dell'entusiasmo per il capitalismo senza regole, sono riaffiorate manifestazioni sfrenate di privilegio privato e indifferenza pubblica. Nazioni disparate come la Nuova Zelanda, la Danimarca, la Francia e il Brasile si sono mostrate periodicamente sensibili a queste sirene, ma l'incrollabile, trentennale impegno angloamericano nello smantellamento di decenni di leggi sociali e supervisione dell'economia non ha confronti. [...] Le conseguenze sono evidenti. C'è stato un tracollo della mobilità intergenerazionale al contrario dei loro genitori e nonni, in Gran Bretagna e negli Stati Uniti i bambini hanno oggi speranze molto contenute di poter migliorare la loro condizione di partenza. I poveri rimangono poveri. Lo svantaggio economico per la stragrande maggioranza delle persone si traduce in problemi di salute, opportunità scolastiche mancate e (sempre più spesso) nei sintomi tipici della depressione: alcolismo, obesità, gioco d'azzardo e piccola criminalità. I disoccupati o sottoccupati perdono le competenze che hanno acquisito e entrano in uno stato di ridondanza cronica per l'economia. La conseguenza spesso è ansia e stress, per non parlare di malattie e decessi prematuri».

Abbiamo aperto questo articolo con una lunga citazione di Tony Judt perché contiene tutti gli elementi per comprendere – in una prospettiva storico- economica – l'attuale crisi dei sistemi sanitari europei e della crescente dilatazione delle diseguaglianze nella salute nella popolazione: l'affermazione, negli ultimi trent'anni, del neoliberalismo e del capitalismo senza regole; il progressivo smantellamento dei sistemi di welfare e dei meccanismi di redistribuzione del reddito; il peggioramento delle condizioni di vita della popolazione e, quindi, dei determinanti sociali di salute.

Capitalismo senza regole e l'epidemia delle malattie croniche

Si legge sul Lancet: «Le malattie croniche – in particolare le malattie cardiovascolari, diabete, cancro e malattie respiratorie croniche ostruttive – sono globalmente trascurate, nonostante la crescente consapevolezza del peso

¹ Tony Judt (1948, Londra - 2010, New York) è uno dei più importanti storici del Novecento. Ha insegnato a Cambridge, Oxford, Berkeley e alla New York University. Si rimanda a Judt 2012.

sulla salute che esse provocano. Le politiche nazionali e globali hanno fallito nel contrastarle e in molti casi hanno contribuito a diffonderle. Esistono soluzioni molto efficaci e a basso costo per la prevenzione delle malattie croniche; l'incapacità di adottarle è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico» (Geneau et alii 2010).

Nella stessa rivista, in un editoriale dedicato a Cardiovascular health crisis, il problema è una sua possibile via di risoluzione vengono ancor meglio - ancorché a grandi linee - inquadrare: «Se è cruciale che le persone si assumano la responsabilità nei confronti della loro salute cardiovascolare (riducendo il fumo, aumentando l'attività fisica, migliorando l'alimentazione), è altrettanto necessario che i politici affrontino le questioni delle disuguaglianze nella salute e riducano il potere dell'industria del cibo e del tabacco, il cui interesse è perpetuare lo status quo».

Per questi motivi Margaret Chan, direttore dell'OMS arriva ad affermare:

Le malattie croniche sono in forte crescita, spinte come sono da forze potenti e universali come la rapida urbanizzazione e la globalizzazione di stili di vita nocivi. Lasciate senza controllo queste malattie divorano i progressi dello sviluppo economico e cancellano i benefici della modernizzazione. [...] Le malattie croniche assestano un doppio colpo allo sviluppo: causano perdite di miliardi di dollari al reddito nazionale e spingono milioni di persone al di sotto della soglia di povertà. [...] Oggi molte delle minacce che contribuiscono alla diffusione delle malattie croniche provengono dalle compagnie multinazionali [del cibo, del tabacco, ndr] che sono grandi, ricche e potenti, guidate da interessi commerciali e assai poco interessate alla salute della popolazione (Chan 2011).

Questa della diffusione esplosiva delle malattie croniche su scala globale è un fenomeno del tutto nuovo nella storia dell'epidemiologia, abituata a osservare fenomeni del genere esclusivamente nel campo delle malattie infettive: prima le pandemie di vaiolo, peste e colera, poi di influenza (a partire dalla "Spagnola"), per arrivare a quella HIV/Aids. La diffusione globale delle malattie croniche è esplosa con l'avvio della globalizzazione economica e finanziaria, del "capitalismo senza regole", come dimostrano i casi di USA, India e Cina.

Obesità in USA

Gli USA rappresentano il punto di partenza della "pandemia" delle malattie croniche, sia dal punto di vista epidemiologico, che da quello della diffusione dei fattori di rischio, veicolati "globalmente" dalle multinazionali del cibo, delle bevande e del tabacco. Gli USA sono stati protagonisti di uno dei fenomeni più sconvolgenti che hanno riguardato la salute umana nell'ultimo secolo: l'abnorme, esplosivo aumento dell'obesità².

- Nel 1990 negli USA la situazione era sotto controllo: nessuno stato registrava prevalenze di obesità superiori al 15% e diversi stati avevano prevalenze inferiori al 10%.

- Nel 1999 nessuno stato aveva una prevalenza inferiore al 10%, 18 stati avevano una prevalenza di obesità tra il 20 e 24%, e nessuno stato aveva una prevalenza uguale o superiore al 25%.

- Nel 2009 solo uno stato (Colorado) e il District of Columbia avevano una prevalenza di obesità inferiore del 20%. 33 stati avevano una prevalenza uguale o superiore del 25%: nove di questi stati (Alabama, Arkansas, Kentucky, Louisiana, Mississippi, Missouri, Oklahoma, Tennessee e West Virginia) avevano una prevalenza di obesità uguale o superiore di 30%.

Complessivamente gli USA registrano una prevalenza di obesità del 32%, con gruppi di popolazione con livelli di obesità molto più alti della media; es: le donne afroamericane con circa il 50%. Questo esplosivo aumento dell'obesità è stato accompagnato - come era inevitabile che avvenisse - dall'incremento della prevalenza del diabete e del prediabete nei soggetti di età superiore ai 20 anni (rispettivamente 12,9% e 29,5% nel 2006, livello raddoppiato in 10 anni) e - a seguire - di altre patologie (es: cardiovascolari, osteoarticolari). L'eccesso di patologie croniche rappresenta un'importante concausa dell'eccesso della spesa sanitaria USA rispetto agli altri paesi dell'OSCE. Infatti una parte crescente della spesa sanitaria americana è prodotta dai consumi generati per curare le conseguenze dell'obesità: era il 9% nel 1999 (Suhrcke et alii 2006), per diventare il 16% nel 2008

² In particolare, si fa riferimento al sito: <http://www.cdc.gov/obesity/data/trends.html>

(Lenzer 2010).

Diabete in India e Cina

Nei paesi “in via di sviluppo”, molti dei quali oggi diventati potenze economiche di primaria importanza, la crescita delle patologie croniche si è sviluppata con ritmi molto più rapidi rispetto a quanto avvenuto nei paesi dell’occidente industrializzato.

In India il diabete di tipo 2 ha registrato un incremento esplosivo: da una prevalenza del 2% degli anni 70 a una del 12% agli inizi del 2004 (Mohan, Pradeepa 2009).

In Cina una survey nazionale (Wenyng 2010) effettuata nel 2008 sulla popolazione al di sopra dei 20 anni rilevava il dato complessivo di prevalenza del 9,7% per il diabete e 15,5% per il pre-diabete (rispettivamente 10,6% e 16,1% per gli uomini e 8,8% e 14,9%). Il diabete è più diffuso nelle aree urbane (12,0%) rispetto a quelle rurali, ma nelle zone più ricche della Cina questa differenza scompare, così come non si registrano differenze tra città e campagna riguardo al pre-diabete.

Il ritmo di crescita del diabete (e pre-diabete) è impressionante: le prevalenze erano del 2,5% (e del 3,2%) nel 1994 e del 5,5% (e del 7,3%) nel 2000-2001.

L’epidemia del diabete in Cina e India si caratterizza per i seguenti comuni elementi:

- i principali determinanti dell’epidemia sono la globalizzazione e l’urbanizzazione che hanno prodotto profondi cambiamenti negli stili di vita, facendo dilagare comportamenti a rischio (alimentazione squilibrata, sedentarietà, fumo di tabacco). Un fenomeno decisivo nell’esplosione dell’epidemia è stato il rapido diffondersi della “fast food industry” con i suoi ristoranti, shop e supermercati (Pingali e Khwaja 2004). I “junk foods”, i cibi spazzatura, caratterizzati da un alto contenuto calorico e da scarso valore nutrizionale, sono i più economici e quindi più alla portata dei gruppi più poveri della popolazione che, di conseguenza, sono quelli più colpiti da obesità e diabete;

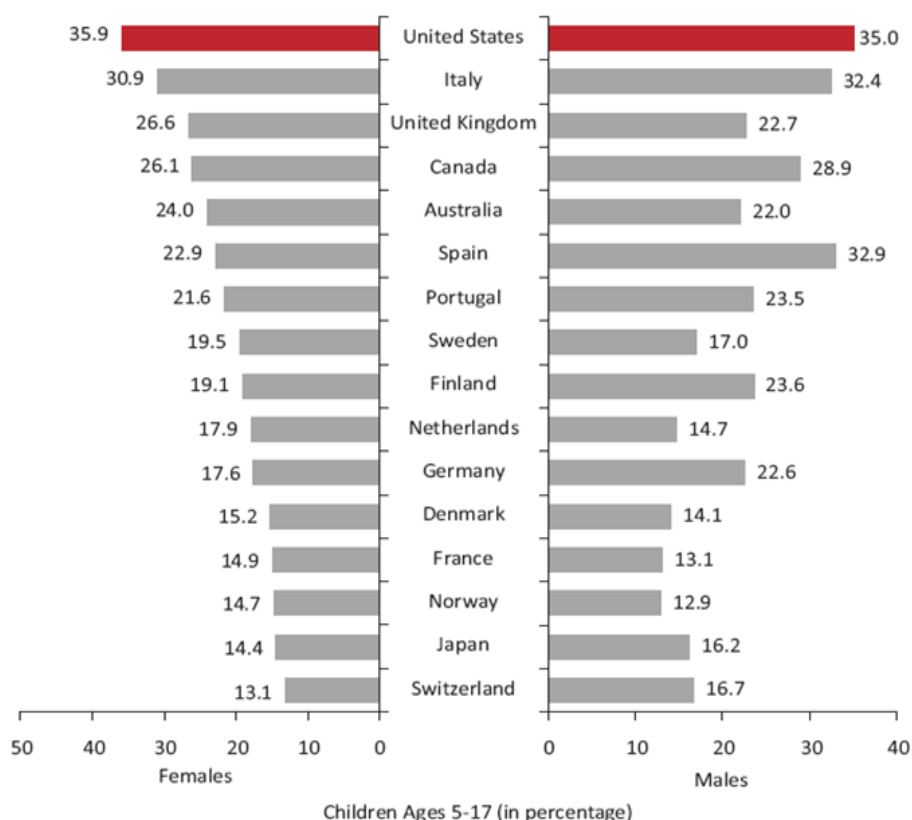
- la rapidità della diffusione e la precocità dell’esordio (10-20 anni in anticipo rispetto all’età di esordio dei paesi occidentali, generalmente i 50-60 anni);

- l’elevata percentuale di forme non diagnosticate e quindi non conosciute dal paziente: 60% in Cina, 40% in India; in molti casi il riconoscimento del diabete avviene a causa della diagnosi di una sua complicazione (cardiovascolare, renale, retinica, etc);

- la presenza di sistemi sanitari quasi completamente privi di una rete di protezione sociale, in cui l’accesso ai servizi sanitari è a pagamento e dove malattie croniche, che richiedono l’assunzione perenne di farmaci, sono una delle principali cause di spese catastrofiche e di impoverimento delle famiglie e di terribile espansione delle disuguaglianze nella salute.

Non c’è paese al mondo che non registri un forte incremento di persone affette da malattie croniche. In Italia i casi di diabete mellito di tipo 2 (quello più comune), di ipertensione e di cardiopatia ischemica sono aumentati nel periodo 2003-2009 rispettivamente del 37,5%, del 30,8% e del 27,0% (Fonte: Health Search). Tali incrementi sono solo in piccola parte attribuibili all’aumento della longevità della popolazione e all’incremento della componente anziana (65 anni di età e oltre), che è aumentata nello stesso arco di tempo del solo +10,9% (Fonte: Istat). Ancora più preoccupante il dato del sovrappeso-obesità tra i bambini: tra i principali paesi industrializzati siamo secondi solo agli USA (Figura 1).

Figura 1 - Prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini in 17 paesi industrializzati

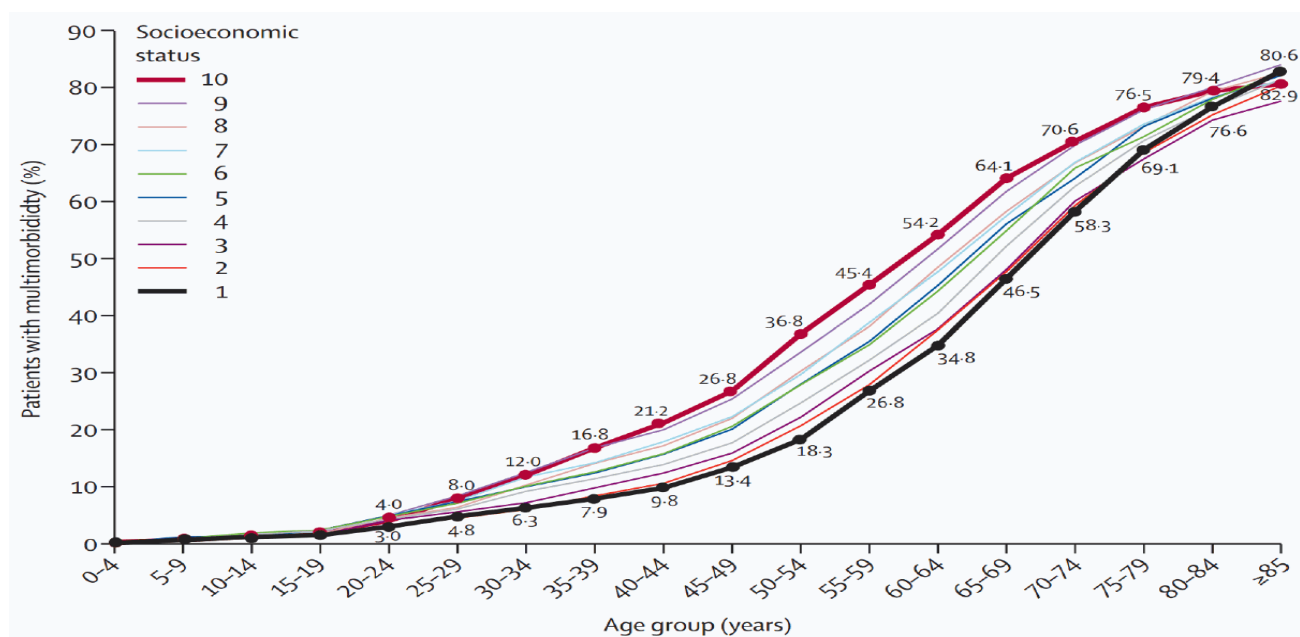


Malattie croniche e disuguaglianze nella salute

Sono aumentate le persone affette da una o più malattie croniche e insieme sono aumentate le disuguaglianze nella salute (al pari dell'aumento delle disuguaglianze economiche tra differenti fasce della popolazione registrato negli ultimi trent'anni). Disuguaglianze nella salute che si sono particolarmente manifestate nel campo delle malattie croniche.

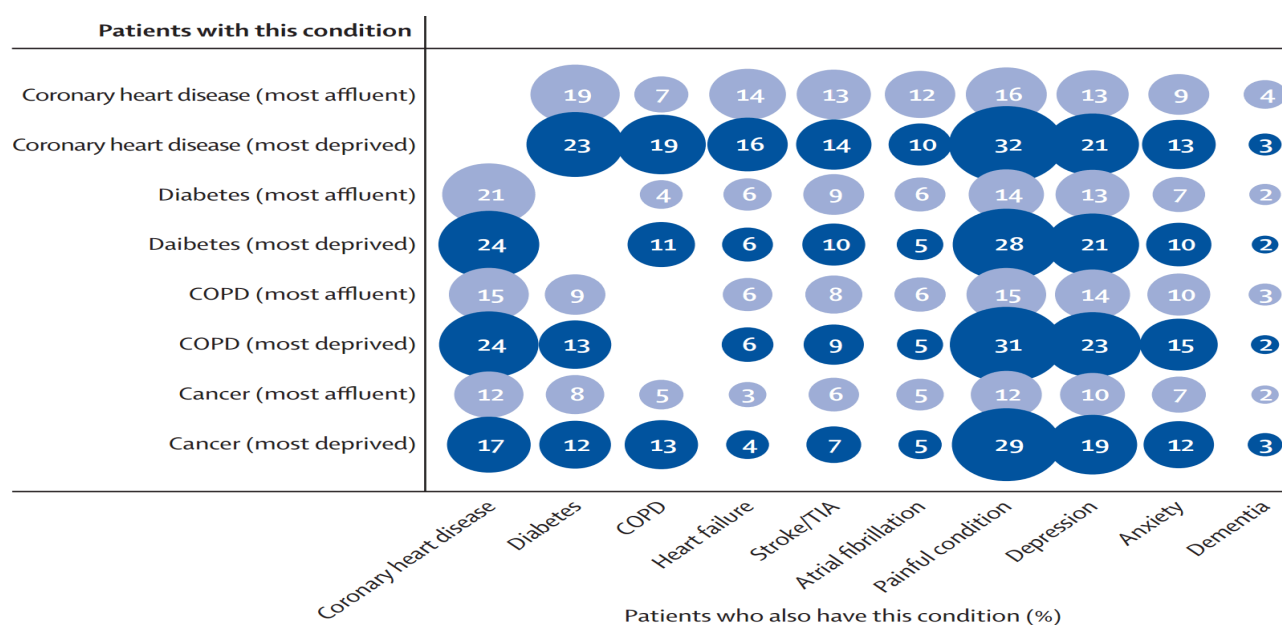
L'associazione fra deprivazione socioeconomica e prevalenza di malattie croniche è ben documentata da numerose evidenze. I dati di un ampio studio svolto in Scozia e pubblicato recentemente su *Lancet* (Barnett, Mercer, Norbury *et alii* 2012), evidenziano come soggetti relativamente giovani residenti nelle aree maggiormente deprivate subiscano un carico di multimorbidità (presenza di due o più malattie croniche) sovrapponibile a quello di persone di 10-15 anni più anziane viventi in aree più abbienti, come evidenzia la Figura 2, dove due curve – la rossa, i pazienti più poveri e la nera, i pazienti più ricchi – hanno andamenti molto diversi, esprimendo ciascuna la percentuale di soggetti con multimorbidità in differenti fasi della vita. Ad esempio, nella fascia di età 60-64 anni la percentuale di pazienti affetti da malattie croniche multiple è del 54,2% tra i più poveri e del 34,8 tra i più ricchi.

Figura 2 - Prevalenza della multimorbidità in relazione all'età e alla condizione socio-economica (linea nera: più ricchi; linea rossa: più poveri). Fonte: Rif. Bibliog. N. 12



Il gradiente socioeconomico diventa poi particolarmente accentuato nei casi di comorbidità fisica e mentale, soprattutto se si tratta di depressione e di esposizione al dolore, a ulteriore conferma della spiccata vulnerabilità sanitaria dei gruppi di popolazione economicamente più svantaggiati. La Figura 3 descrive la comorbidità in pazienti con quattro comuni malattie croniche

Figura 3 - Comorbidità in pazienti con quattro comuni malattie croniche. (Malattia coronarica, Diabete, Broncopneumopatia cronica ostruttiva, Cancro) in relazione alla differente condizione socio-economica (most affluent: più ricchi - most deprived: più poveri).

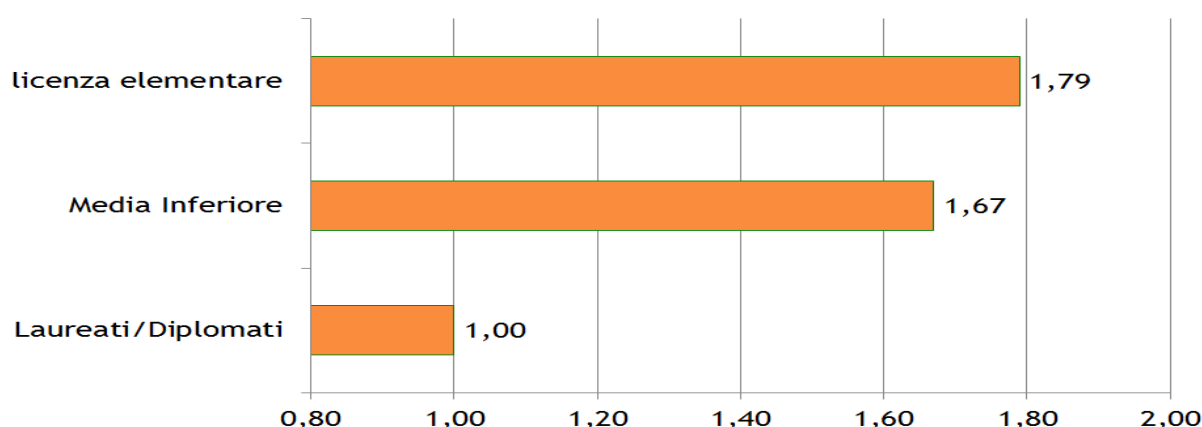


Fonte: Barnett K., Mercer S.W., Norbury M. et al. (2012)

- Malattia coronarica, Diabete, Broncopneumopatia cronica ostruttiva, Cancro - in relazione alla differente condizione socio-economica. Se prendiamo in esame il diabete si nota, ad esempio, che la prevalenza della malattia è maggiore tra i più poveri e che la comorbidità della depressione e delle condizioni dolorose è quasi doppia tra i più poveri rispetto ai più ricchi (rispettivamente 21% vs 13% e 28% vs 14%).

Una situazione simile è presente anche in Italia dove secondo l'Istat (2007) nel 2005 soffrivano di una patologia cronica grave l'8,2% delle persone con laurea o diploma e il 32,5% di quanti hanno al massimo la licenza elementare. A Firenze le persone con basso titolo di studio hanno il 67-79% di maggiore probabilità di morire precocemente di infarto miocardico rispetto a chi ha un diploma o una laurea (Figura 4).

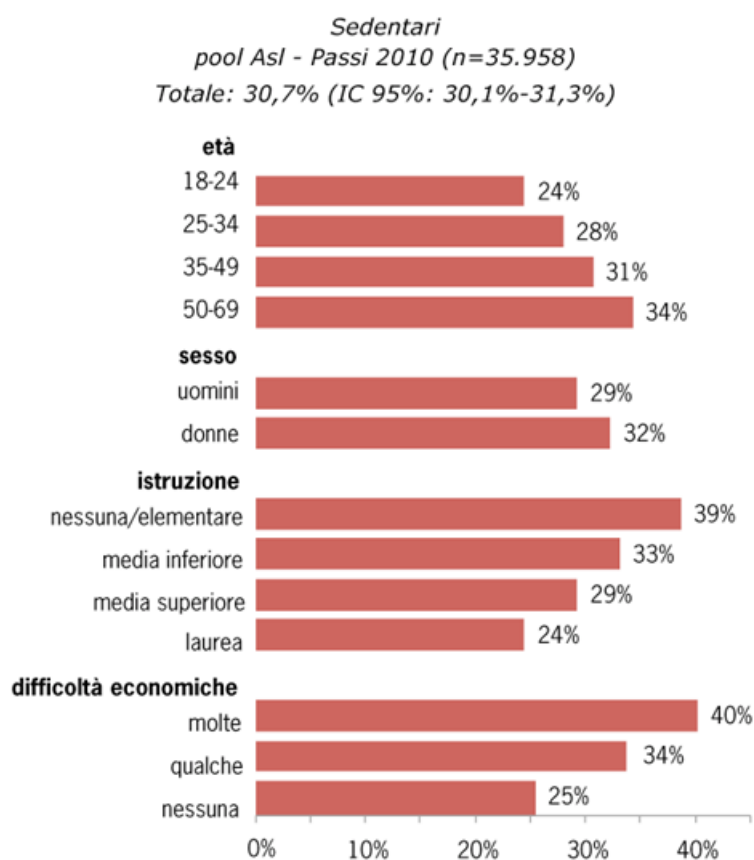
Figura 4 - R.R. Mortalità per Malattia ischemica di cuore per livello d'istruzione, Età 18-74 anni. Firenze 2001-2005



Fonte: Studio Longitudinale Toscano.

Diseguaglianze socio-economiche nella mortalità e anche nell'esposizione ai fattori di rischio (fumo, sedentarietà, sovrappeso, etc): sempre secondo l'Istat¹³, negli uomini la quota dei fumatori aumenta al decrescere del titolo di studio conseguito: tra i laureati è 21,9% ed è il 31,7% tra coloro che hanno conseguito la licenza media; tra gli adulti con un titolo di studio medio-alto la percentuale degli obesi si attesta intorno al 5% (per le persone laureate è pari al 4,6%, per i diplomati è del 5,8%), mentre triplica tra le persone che hanno conseguito al massimo la licenza elementare (15,8%). La Figura 5 mostra la relazione diretta tra sedentarietà e livelli di istruzione/condizioni economiche.

Figura 5 - Sedentarietà. Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche



Fonte. Rapporto nazionale Passi 2011

E' ben vero che i comportamenti dipendono dalla volontà delle persone, ma ritenere che l'aderenza a un determinato stile di vita sia nient'altro che il frutto della libera e consapevole scelta dell'individuo è la banale semplificazione di un problema molto complesso. A testimoniare la complessità della questione sta la constatazione che i comportamenti nocivi per la salute si concentrano, come abbiamo visto, nelle fasce meno favorite della popolazione. Non è semplice promuovere stili di vita salutari e ancor più difficile cercare di modificare i comportamenti francamente insalubri. Infatti, agli elementi soggettivi che inducono le persone a seguire stili di vita nocivi (vedi la condizione di stress cronico) si aggiungono i fattori di mercato che condizionano le scelte delle persone: la pubblicità, la moda e anche banali e spesso decisivi calcoli economici (es: i cibi ad alto contenuto calorico e a basso contenuto nutritivo sono in generale a più basso prezzo).

Conclusioni

Negli anni del “capitalismo senza regole” le malattie croniche si sono diffuse su scala globale con la rapidità e la forza di un’epidemia, sono cresciute le diseguaglianze economiche e in Europa, nella grande maggioranza dei paesi, si è verificato un impoverimento delle famiglie anche a causa della crescita della disoccupazione, creando le condizioni per un aggravamento delle condizioni di salute della popolazione.

Così come abbiamo iniziato, possiamo concludere questa rapida riflessione sui temi complessi e articolati della crisi economica, delle diseguaglianze in salute e delle “nuove” malattie citando un recente articolo intitolato *Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe* e pubblicato sul *Lancet*: «La disoccupazione è il fenomeno più preoccupante della crisi, a cui si attribuiscono effetti particolarmente deleteri per la salute. La disoccupazione è infatti associata a un forte aumento dei disturbi mentali e psicosomatici, dei comportamenti insalubri (es: alcolismo) e, in conclusione, a un aumento della mortalità, dovuto in parte anche all’incremento del numero dei suicidi. Nei momenti di crisi economica dovrebbero essere rafforzate le reti di protezione sociale per mitigare gli effetti negativi sulla salute. Invece le politiche di austerità attuate dagli stati in crisi hanno tagliato le spese sociali e reso più difficile l’accesso ai servizi sanitari, con la riduzione dell’offerta sanitaria pubblica e con l’aumento dei ticket, rendendo la crisi ancora più dolorosa e dilatando le diseguaglianze sociali. Nonostante che la Commissione Europea avesse l’obbligo di valutare gli effetti sulla salute delle politiche di austerità, questa si è limitata a fornire ai ministri della sanità i consigli su come tagliare i loro budget» (Karaniolos *et alii* 2013).

Riferimenti bibliografici

- Barnett K., Mercer S.W, Norbury M. et al. (2012), *Epidemiology of Multimorbidity and Implications for Healthcare, Research, and Medical Education: A Cross-Sectional Study*, in «The Lancet», 380: 37-43.
- Chan M. (2011), *The Rise of Chronic Noncommunicable Diseases: An Impending Disaster*, Opening Remarks at the WHO Global Forum: Addressing the Challenge of Noncommunicable Diseases, Moscow, Russian Federation, 27 April 2011.
- Editorial (2010), *Cardiovascular Health Crisis*, in «The Lancet» 376: 1874. Geneau R. et al. (2010), *Raising the Priority of Preventing Chronic Diseases: A Political Process*, in «The Lancet», 376: 1689-98.
- Gregg E.W, Albrigh A.L. (2009), *The Public Health Response to Diabetes: Two Steps Forward, One Step Back*, in «The Journal of the American Medical Association», 301 (15): 1596-98.
- Istat (2007), *Indagine Multiscopo. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*, Anno 2005.
- Judt T. (2010), *Guasto è il mondo*, Roma-Bari: Laterza.
- Karanikolos M. et al. (2013), *Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe*, in «The Lancet», 381: 1323 – 1331.
- Lenzer J. (2010), *Obesity Related Illness Consumes a Sixth of the US Healthcare Budget*, in «BMJ. British Medical Journal», 341:c6014.
- Mohan V, Pradeepa R. (2009), *Epidemiology of Diabetes in Different Regions of India*, in «Health Administrator», XXII,1&2: 1-18.
- Pingali P, Khwaja Y (2004), *Globalisation of Indian Diets and the Transformation of Food Supply Systems*, ESA Working Paper No. 04-05.
- Suhrcke M. et al. (2006), *Chronic Disease: An Economic Perspective*, The Oxford Health Alliance.
- Wenying Y et al (2010), *Prevalence of Diabetes Among Men and Women in China*, in «The New England Journal of Medicine», 362: 1090-1100.

