

Epidemiologia: una scienza per la giustizia sanitaria

da: ["Epidemiology: a science for justice in health"](#) - International Journal of Epidemiology, vol. 36, n. 2 - aprile 2007

Rodolfo Saracci - direttore di ricerca in epidemiologia al Cnr di Pisa

(traduzione, sintesi e adattamento a cura della redazione di EpiCentro)

Le relazioni fra ambiente sociale e sanità, da sempre un argomento centrale per l'epidemiologia, negli ultimi 10-15 anni sono tornate al centro dell'interesse, e la loro importanza scientifica emerge in molti modi.

Sono infatti potenzialmente, e spesso nei fatti, fattori confondenti che in generale tendono a essere sottovalutati, e vengono misurati in modo inadeguato o per niente. In secondo luogo, qualunque effetto sulla salute potrebbe essere riferito in parte al singolo individuo e in parte alla "categoria" a cui appartiene. Infine, le condizioni socioeconomiche accompagnano le persone fin dalla nascita, e possono esercitare effetti sia a breve sia a lungo termine: idealmente dovrebbero essere misurate in diversi momenti nel corso della vita.

La giustizia sanitaria come principio etico per gli epidemiologi

Le variabili sociali legate alla salute non sono importanti solo dal punto di vista scientifico: riflettono anche la "giustizia sanitaria" che esiste o non esiste all'interno di una società e in generale in tutto il mondo. Questo legame è ampiamente percepito, come è dimostrato dal linguaggio usato per descrivere le variabili: a proposito per esempio di malattie cardiovascolari si parla di "disuguaglianze socioeconomiche", ma non si sente mai parlare di "disuguaglianze di colesterolo nel sangue", nonostante il fatto che si tratti in entrambi i casi di differenze nel rischio di malattia in base a diverse modalità di una variabile (in un caso lo stato socioeconomico, nell'altro la colesterolemia). Una sfida che può essere affrontata in diversi modi dall'epidemiologo.

Una possibile visione dei legami fra la sanità pubblica e lo studio epidemiologico delle disuguaglianze sociali interpreta quest'area di ricerca come una delle tante specializzazioni dell'epidemiologia, i cui risultati vengono trasmessi ai clinici e ai decisori, che sono lasciati liberi di usarli o meno. Questo approccio considera la ricerca epidemiologica e la pratica clinica non solo come attività distinte (come effettivamente sono), ma addirittura come essenzialmente indipendenti (mentre in realtà non lo sono).

Questa visione "purista" dell'epidemiologia, tuttavia, ignora il fatto elementare che il termine "popolazione", il marchio di fabbrica dell'epidemiologia, denota due cose diverse. Da un lato, la popolazione è lo strumento di lavoro dell'epidemiologo, che tipicamente la usa per studiare l'eziologia delle malattie (e oggi anche la patogenesi, grazie all'aumento della disponibilità di biomarcatori), così come altri medici usano colture cellulari o topi da laboratorio. Dall'altro lato ci sono le popolazioni che aspettano di vedere una riduzione nei loro carichi di malattie, e questo può succedere solo nella misura in cui i risultati dell'epidemiologia sono tradotti in interventi effettivi.

In accordo con la concezione purista, in numerosi circoli accademici si usano spesso le popolazioni come strumenti scientifici senza fare niente in concreto, con la motivazione che l'azione non rientra nel lavoro di ricercatori. Questo atteggiamento presenta però tre grandi difetti.

Innanzitutto, in questo modo si viene meno all'imperativo categorico dell'etica kantiana, che impone di considerare l'umanità sempre come un fine e mai come un mezzo: usando le popolazioni solo a fini scientifici senza nessun coinvolgimento attivo diretto o indiretto nei processi di sanità pubblica da cui possono avere benefici, si considerano le persone come mezzo e non come fine.

In secondo luogo, questo atteggiamento perpetua lo stereotipo secondo cui lo scienziato, dal momento che il tratto distintivo della scienza è l'oggettività, deve rispondere solo all'imperativo morale della verità scientifica, senza l'intralcio di considerazioni morali o politiche. È uno stereotipo forse ingenuo, ma sicuramente non innocente: aumenta infatti il rischio che i ricercatori, compresi gli epidemiologi, evitino di sporcarsi le mani nei processi politici e decisionali, mentre di fatto li influenzano da una posizione di neutralità dichiarata nella quale il giudizio scientifico è però indistinguibilmente mescolato a valori morali e politici, particolarmente influenti quando si tratta di questioni sociali.

Terzo, l'atteggiamento purista contrasta con l'affermazione, sbandierata spesso nelle richieste di sostegno per la ricerca epidemiologica, che i benefici sanitari per l'intera società arrivano più direttamente dalla ricerca epidemiologica sull'uomo che da risultati di altre ricerche biomediche meno direttamente applicabili.

È vero che sapere grazie all'epidemiologia che il fumo di tabacco causa il cancro ai polmoni porta alla prevenzione, anche senza nessuna conoscenza della patogenesi, ma le azioni preventive necessarie non possono avere garanzie se gli epidemiologi lasciano esclusivamente ad altri le decisioni su quando applicarle nella società e a chi.

In definitiva, questa visione dell'epidemiologia può andare bene per una comoda retorica, ma si fonda su una logica fragile e su principi etici discutibili: è necessario un sistema di riferimento più solido per collegare la sanità pubblica con l'epidemiologia e lo studio delle disuguaglianze sanitarie.

La giustizia sanitaria come guida per la ricerca e l'azione

Il *Dictionary of Epidemiology* della Oxford University Press definisce la sanità pubblica come «la scienza e l'arte di prevenire le malattie, prolungare la vita e promuovere la salute per mezzo di sforzi organizzati da parte della società»: in questo contesto è allora centrale la missione di migliorare la salute di tutti. Qual è dunque la giustificazione di strutture amministrative costose nella sanità pubblica, se non il miglioramento del livello della salute e allo stesso tempo lo sforzo di minimizzare le disuguaglianze sanitarie? Queste istituzioni non servono per le classi più privilegiate della società che, come osserva lo storico Eric Hobsbawm, sono in grado di badare benissimo a se stesse dal punto di vista sanitario come da tutti gli altri. In questa prospettiva lo studio epidemiologico delle disuguaglianze sanitarie diventa parte integrante della ragion d'essere della sanità pubblica: dovrebbe quindi diventare una componente comune a tutte le specializzazioni della ricerca epidemiologica e disseminare i risultati direttamente nell'arena della sanità pubblica.

Questa seconda concezione riconosce pienamente la fecondità di ogni settore della ricerca epidemiologica, ma aggiunge a ognuno di essi la dimensione delle disuguaglianze sociali, fornendogli così un punto di convergenza con tutti gli altri. È una convergenza indispensabile, dato che il successo dell'approccio epidemiologico in tutte le aree della ricerca biomedica tende a fare dell'epidemiologia stessa uno strumento tuttofare, subordinato nelle sue priorità di ricerca alla logica della particolare area in cui si trova a essere inserita. Se gli epidemiologi hanno avuto successo nel soddisfare le richieste delle tre "E" che in inglese caratterizzano la disciplina (*Etiology, Evaluation, Education*), per il futuro rimane come compito una quarta "E": *Equality*.

Per passare dalla descrizione delle disuguaglianze sanitarie alla ricerca delle cause è indispensabile la collaborazione sia con le scienze biologiche sia con quelle sociali e, al loro interno, con l'economia, la più sviluppata dal punto di vista quantitativo. In questo contesto, però, l'epidemiologo deve giocare il ruolo dell'empirista: deve richiedere alla ricerca economica risultati *evidence based*, e non accontentarsi delle conclusioni su cui spesso si fondano le decisioni di sanità pubblica, ottenute con modelli sofisticati ma basati su presupposti non dimostrati o rudimentali.

Last but not least, richiedere programmi di ricerca sulle disuguaglianze sociali nella sanità e politiche sanitarie pubbliche per ridurle diventa una pratica non solo legittima ma anche

necessaria per l'epidemiologo, soggetto alla condizione basilare che per mantenere separato il giudizio scientifico dai giudizi di valore presenti in ogni richiesta, questi ultimi devono essere dichiarati apertamente.

La giustizia sanitaria nel capitalismo globalizzato

I cambiamenti sanitari in atto si inseriscono nel contesto di un sistema capitalistico che si sta estendendo in tutto il mondo: il capitalismo globale. La globalizzazione intesa come scambi fra le diverse popolazioni di tutto il mondo è sempre esistita, e anche la sua accelerazione non è un fenomeno nuovo: risale agli inizi del capitalismo, quando aveva come strumenti la macchina a vapore e, più tardi, il telegrafo.

La novità fondamentale del nostro tempo è la straordinaria accelerazione del flusso di informazioni: mentre il volume globale dei commerci (misurato in proporzione al Pil mondiale) è raddoppiato rispetto a un secolo fa, il flusso di informazioni, calcolato in bit scambiati per unità di tempo per mezzo di canali formali, è aumentato di diversi ordini di grandezza negli ultimi decenni. La densità di transistor in un chip, alla base di tutte le trasmissioni di informazioni, è aumentata di almeno sei ordini di grandezza negli ultimi 30 anni.

Il numero degli utenti di internet è aumentato di 20 volte, da 30 a 600 milioni, nel solo periodo che va dal 1996 al 2002. Altri indicatori, come il numero di chiamate telefoniche o la densità di telefoni cellulari, hanno andamenti simili.

Questi intensi flussi di informazioni sono altamente concentrati fra alcune aree del mondo, in particolare l'Europa, l'America settentrionale e alcuni Paesi dell'Asia: in questo modo si creano nuovi divari, che rafforzano o indeboliscono quelli antichi.

Un effetto cruciale della crescita del flusso di informazioni è lo spostamento delle economie avanzate dall'aspetto materiale a quello finanziario: gli scambi finanziari virtuali crescono a un ritmo molto più alto rispetto agli scambi commerciali di beni e servizi, e nel 2002 il rapporto a livello globale è stato di 30 a 1. Gli scambi finanziari offrono numerose nuove opportunità di alti profitti, spesso di natura puramente speculativa, mentre le attività produttive, meno redditizie, si trovano in una posizione di inferiorità: si ampliano così le disuguaglianze socioeconomiche che penalizzano le persone e i Paesi esclusi dai circuiti finanziari o in posizione periferica.

In questo contesto globale si registrano cambiamenti nelle disuguaglianze fra i diversi Paesi e all'interno dei singoli Paesi, sia come circostanze materiali sia come status di salute.

Il divario in termini di reddito pro capite fra la regione più ricca (l'Europa nel 1820 e poi l'Occidente industrializzato) e la più povera (l'Africa) è cresciuto da 3 nel 1820 a 15 nel 1950; è sceso a 13 nel 1973 ma si è impennato durante lo sviluppo dell'economia neoliberista globale, arrivando a 19 nel 1998.

Per l'Africa questo peggioramento economico va di pari passo con quello dell'aspettativa di vita alla nascita fra il 1900 e il 2000, come si osserva bene nella tabella.

La tabella mostra anche che l'Europa occidentale ha avuto nell'ultimo secolo un aumento significativo nell'aspettativa di vita, nonostante due devastanti guerre mondiali sul proprio territorio. Si è tentati di mettere in relazione quest'osservazione con il fatto che nei Paesi dell'Europa occidentale coesistono economie avanzate e sistemi di protezione sociale relativamente sviluppati.

	1900	1950	2000
Europa occidentale	46	67	78
Stati Uniti	+1	+1	-1
Giappone	-2	-6	+3
Russia	-14	-2	-11
America latina	-11	-16	-9
Asia (escluso il Giappone)	-22	-27	-12
Africa	-22	-29	-26

Aspettativa di vita alla nascita nell'Europa occidentale (espressa in anni) e nelle altre parti del mondo (espressa come anni di differenza rispetto all'Europa occidentale)

All'interno dei singoli Paesi le disuguaglianze assumono distribuzioni più complesse. I dati relativi a 20 Paesi in via di sviluppo in Asia, Medio Oriente, Africa settentrionale, America latina e Africa subsahariana mostrano che in media la mortalità infantile (sotto i 5 anni) è doppia se la madre non ha scolarizzazione rispetto alle madri con un'educazione almeno secondaria. Risultati simili sono stati ottenuti considerando i figli di padri occupati nell'agricoltura rispetto ai figli di padri occupati in lavori tecnici, professionali o ecclesiastici.

Negli Stati Uniti la differenza nell'aspettativa di vita fra le classi più privilegiate e le più svantaggiate è passata da 2,8 anni nel 1980-82 (75,8 contro 73,0) a 4,5 anni nel 1998-2000 (79,2 contro 74,7). L'aumento di queste differenze è stato accompagnato nei Paesi occidentali da un aumento parallelo delle disuguaglianze economiche. Il fenomeno è particolarmente marcato negli Stati Uniti, dove il rapporto fra il reddito del 10% dei nuclei familiari più ricchi e il 10% più povero è aumentato da 8,85 nel 1969 a 10,63 nel 2001.

Tutte queste disuguaglianze, che affliggono buona parte delle società contemporanee, hanno anche l'effetto perverso di inculcare con la loro sola presenza (come aveva visto chiaramente Marx) l'idea falsa che tutte le disuguaglianze fra gli esseri umani siano "naturali" e quindi non soggette a correzioni. In realtà la maggior parte di queste disuguaglianze non sono naturali e radicate nella biologia, ma artificiali e determinate storicamente. Ma anche se fossero naturali sarebbe ridicolo considerarle *a priori* e immutabili, così come sarebbe assurdo pensare che un oggetto più pesante dell'aria non può volare a causa della legge di gravità.

Eppure l'ideologia secondo cui le disuguaglianze sono essenzialmente irriducibili, e anzi utili alla società "nel suo insieme", è al cuore del capitalismo selvaggio, vecchio e nuovo. Contribuire a dimostrare il concetto opposto, che cioè le disuguaglianze sociali si possono ridurre, e quindi ad aumentare la libertà e la salute di ogni cittadino, è uno dei compiti principali degli epidemiologi, da portare avanti in collaborazione con i ricercatori di altre discipline. Questo implica tracciare e analizzare i legami fra la salute e gli standard di vita, la sanità e i poteri economici e soprattutto finanziari.

Gli epidemiologi, come ricercatori impegnati istituzionalmente nella sanità pubblica, si trovano di fronte due obiettivi, entrambi impossibili da realizzare completamente ma meritevoli di essere perseguiti: la verità e la giustizia. È quello che esprime in modo limpido John Rawls in *A Theory of Justice*: «La giustizia è la prima virtù delle istituzioni sociali, come la verità lo è dei sistemi di pensiero».