



Le radici sociali della malattia - Parte quinta

Data 06 novembre 2025
Categoria scienze_varie

Le Marmot Reviews

Sir Michael Marmot, che ha partecipato al Whitehall I e condotto direttamente il Whitehall II, ha sfruttato i risultati ottenuti per identificare, nel suo rapporto del 2010 intitolato "Fair Society, Healthy Lives" (noto come Marmot Reviews), sei aree di intervento per ridurre le disuguaglianze sanitarie:

 dare il miglior inizio possibile di vita ai bambini;
 permettere a tutti gli individui di sfruttare al massimo le proprie capacità e di controllare la propria vita;
 creare occupazione equa e giusta per tutti;
 garantire a tutti un livello di vita sano;
 sviluppare comunità salubri e sostenibili;
 rafforzare la prevenzione delle malattie.

Molti paesi e regioni si sono ispirati alle "Marmot Reviews" per sviluppare politiche sanitarie eque e sostenibili (per esempio la Svezia, l'Australia, la Nuova Zelanda, l'Ontario, La Finlandia). In Italia l'Emilia Romagna ha avviato vari progetti orientati a studiare e valutare l'impatto dei determinanti sociali ed economici sulla salute. Nel distretto di Rimini, per esempio, è nato il progetto "Nodi territoriali di salute" (vedi box) che ha l'obiettivo di creare dei servizi efficienti per far fronte ai bisogni della comunità locale (<https://www.comune.rimini.it/documenti/documenti-tecnici-di-supporto/nodi-territoriali-di-salute>). A Bologna sono stati effettuati studi atti a identificare i quartieri della città con i peggiori indicatori economici e di salute (<https://iris.unito.it/retrieve/54d8201f-a313-4e53-90ec-7c2fe4cec730/45-ep2020-5-6s1-art4-0.pdf?>).

I nodi territoriali di salute

Il progetto 'Nodi territoriali di salute' è nato con l'obiettivo di promuovere un approccio integrato alla salute per superare le disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure. Coinvolge molti attori (servizio sanitario, amministrazione locale, organizzazioni sociali) e si propone di creare un sistema che risponda ai bisogni specifici delle diverse aree del territorio, considerando le differenze socio-economiche e culturali. Dai primi dati disponibili si evince che vi è stato un miglioramento significativo nell'accesso alle cure per le persone che vivono in aree meno servite, con una riduzione del 15% dei ricoveri non necessari. Inoltre, i tassi di screening per le malattie croniche sono aumentati del 20%, grazie a una maggiore sensibilizzazione e prevenzione. Tuttavia, vi sono anche delle criticità: ad esempio difficoltà a integrare i servizi sociali e sanitari in alcune zone periferiche e una disparità nei tempi di attesa per accedere ad alcune prestazioni specialistiche.

Conclusione

L'assistenza sanitaria incide solo per circa 10–20% sugli esiti di salute; il resto dipende da fattori sociali, economici, ambientali e comportamentali (Schroeder, NEJM, 2007). Il gradiente sociale di salute mostra che ogni livello socioeconomico inferiore corrisponde a peggiori indicatori di salute, non solo la povertà estrema. Questa prospettiva aiuta il medico a vedere ogni paziente come parte di un sistema più ampio: i determinanti sociali ed economici non sono "accessori" della pratica clinica, ma parte integrante della diagnosi e della prognosi. Conoscerli permette di comprendere meglio i pazienti, spiegare l'aderenza terapeutica e individuare interventi più efficaci.

RenatoRossi

Bibliografia

Barker DJ, Winter PD, Osmond C, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. Lancet. 1989 Sep 9;2(8663):577-80. doi: 10.1016/s0140-6736(89)90710-1. PMID: 2570282.

Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Ann Fam Med. 2004 Nov-Dec;2(6):576-82. doi: 10.1370/afm.245. PMID: 15576544; PMCID: PMC1466742.

Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. Public Health Rep. 2014 Jan-Feb;129 Suppl 2(Suppl 2):19-31. doi: 10.1177/00333549141291S206. PMID: 24385661; PMCID: PMC3863696



Chadwick, E. (1842). Report on the Sanitary Condition of the La-bouring Population of Great Britain. London: HMSO.

Daniel Keane. London's shocking 'health expectancy' gap revealed: People in wealthier boroughs live extra decade 'in good health'. The Standard (13 December 2024).

<https://www.standard.co.uk/news/health/london-health-life-expectancy-boroughs-map-b1199835.html?>

Deaton, A. (2013). The Great Escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality. Princeton University Press.

Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460. PMID:847460.

ISTAT. Benessere e diseguaglianze in Italia.
<https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/11/Benessere-diseguaglianze.pdf>

Lange, M. (2021). Rudolf Virchow, poverty and global health: from "politics as medicine on a grand scale" to "health in all policies". *Global Health Action*, 14(1), 1934867. DOI:10.1016/j.ghaj.2021.07.003.

Macrotrends. Canada Healthcare Spending 2000-2025.
<https://www.macrotrends.net/global-metrics/countries/CAN/canada/healthcare-spending>.

Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M. J., & Hamilton, P. J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32(4), 244-249.
<https://doi.org/10.1136/jech.32.4.244>.

Marmot, M. G., et al. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387-1393.
[https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-K](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-K)

Marmot, M., & Brunner, E. (2005). Cohort Profile: The Whitehall II Study. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 251-256.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyh372>.

Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005 Mar 19-25;365(9464):1099-104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6. PMID:15781105.

Petrelli A, Ventura M, Di Napoli A, Pappagallo M, Simeoni S, Frova L. Socioeconomic inequalities in avoidable mortality in Italy: results from a nationwide longitudinal cohort. *BMC Public Health*. 2024 Mar 11;24(1):757. doi: 10.1186/s12889-024-18205-6. PMID: 38468229; PMCID: PMC10929136.

Ruger JP. Health and social justice. *Lancet*. 2004 Sep 18-24;364(9439):1075-80. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17064-5. PMID: 15380968; PMCID: PMC4006198.

Schroeder SA. We can do better — improving the health of the American people. *N Engl J Med*. 2007;357:1221-8.

Sen A. (2002). Why Health Equity? *Health Economics*, 11(8), 659-666.

Sen A. La diseguaglianza. Un riesame critico. Il Mulino Editore, 2010.

Snow, J. (1855). On the Mode of Communication of Cholera. London: John Churchill.
<http://resource.nlm.nih.gov/0050707>

Trust of London. Life expectancy by London borough (2021-2023).

<https://trustforlondon.org.uk/data/life-expectancy-borough/>

United Nations of Human Rights. Universal Declaration of Human Rights.
<https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/italian>

WHO Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>