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 revea-led: People in wealthier boroughs live extra decade 'in good heal-th'. 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 disuguaglianze in Italia. https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/11/Benessere-disuguaglianze.pdf

Lange, M. (2021). Rudolf Virchow, poverty and global health: from “politics as medicine on a grand scale” to “health in all poli-cies”. Global Health1 Action, 14(1), 1934867. DOI:10.1016/j.glohj.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

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 Ita-ly: 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.or.uk/data/life-expectancy-borough/

United Nations of Human Rights. Universal Declaration of Hu-man 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