

Equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in Sanità

Luisella Gilardi, DoRS



Il libro Equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in Sanità è stato scritto in collaborazione con i membri del gruppo interregionale "Equità nella Salute e nella Sanità", voluto dalla Commissione Salute delle Regioni.

Abbiamo rivolto alcune domande a Giuseppe Costa, primo autore del libro

Perché si parla di equità nella salute?

Perché, anche in Italia, rimangono importanti disuguaglianze di salute. Povertà materiale e povertà di reti di aiuto, disoccupazione, lavoro poco qualificato, basso titolo di studio sono tutti fattori, spesso correlati tra loro, che minacciano la salute degli individui. Numerosi studi pubblicati negli ultimi 20 anni hanno dimostrato che in tutta Europa i cittadini in condizioni di svantaggio sociale tendono ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, ad essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima. Mano a mano che si risale lungo la scala sociale questi stessi indicatori di salute migliorano secondo quello che viene chiamata la legge del gradiente sociale.

Ad esempio, tra gli uomini in Italia negli anni Duemila si osservano **più di cinque anni di differenza nella speranza di vita** tra chi ha continuato a fare l'operaio non qualificato per tutta la sua vita lavorativa rispetto a chi è diventato dirigente, con aspettative di vita crescenti salendo lungo la scala sociale. Il rischio di morire cresce con l'abbassarsi del titolo di studio. Chi **ha un diploma ha un rischio di morire maggiore del 16%** rispetto ad una laureato, chi la licenza **media del 46%**, chi quella **elementare del 78%**. Questo fenomeno si ripete anche tra le donne e riguarda tutti gli indicatori di salute: ammalarsi, restare a lungo con la malattia e con le sue conseguenze, finire male a causa della malattia.

In Italia le disuguaglianze di salute sono **più intense nelle regioni del sud** che in quelle del nord. Questa variabilità ci dice che c'è qualcuno che ha saputo far meglio di qualcun altro, cioè che sono evitabili. Se in Italia come negli altri paesi europei con un colpo di bacchetta magica si potessero eliminare le disuguaglianze di mortalità tra le persone più istruite e quelle meno istruite si stima che si eviterebbero **più del 25% delle morti tra gli uomini e più del 10% tra le donne**, la stessa cosa capita tra ricchi e poveri o tra operai e dirigenti. Si tratta, a parte ovviamente l'età, del singolo fattore che da solo spiega di più le variazioni di salute nella popolazione.

Oltre che per questo importante impatto sulla mortalità e la morbosità, ci sono altre buone ragioni per doversene occupare. La prima è che, come abbiamo visto, esse sono ingiuste perché stanno sistematicamente a svantaggio dei gruppi sociali più sfavoriti e perché contemporaneamente sono anche evitabili, almeno in parte. Inoltre sono anche inefficienti per il paese, perché rappresentano un freno allo sviluppo sociale ed economico di un Paese, spesso provocano l'uscita precoce dal mercato del lavoro di persone altrimenti produttive, un maggior costo a carico del servizio sanitario, delle politiche assistenziali e del welfare, così come una ragione di minore coesione sociale, con un impatto complessivo stimato intorno al 10% del PIL. Se si potesse intervenire sui meccanismi che le generano fino ad eliminarle si potrebbero avere notevoli miglioramenti di salute, ad esempio riduzioni **della mortalità che arrivano fino al 50% tra i giovani adulti maschi**.

Ma sappiamo da dove nascono e come si possono contrastare le disuguaglianze di salute?

La salute è un bene sociale la cui tutela non dovrebbe dipendere unicamente dal servizio sanitario, ma dall'impegno di tutti i settori che possono avere un impatto sulla distribuzione dei determinanti del benessere fisico e mentale dei cittadini e della comunità, come richiesto dalla dichiarazione di Roma del 18/12/2007 dei Ministri europei della Sanità per la strategia Salute in Tutte le Politiche. I livelli di salute rilevabili in una società infatti (e la loro distribuzione tra gruppi sociali) non dipendono unicamente dalla capacità dei servizi sanitari di provvedere alla cura o alla prevenzione delle malattie, ma anche dalle scelte delle istituzioni a capo delle

politiche che producono e distribuiscono opportunità e risorse in un territorio (e quindi ad esempio di quelle economiche, fiscali, ambientali, culturali, urbanistiche, del lavoro, dell'istruzione e così via), e di tutti gli *stakeholder* che operano in questi settori.

Per ridurre le conseguenze delle disuguaglianze sociali sulla salute occorre intervenire con azioni e politiche, sanitarie e non, capaci di interrompere i vari meccanismi che le innescano, ovvero:

1) **il contesto economico e sociale e le politiche di sviluppo e welfare** sono i principali corresponsabili della posizione sociale a cui ogni persona approda nella sua vita: dalla posizione sociale dipende il grado di controllo che la persona ha sulla propria vita

2) a sua volta la posizione sociale influenza la probabilità di essere esposto ai principali fattori di salute fisica e mentale, tra i quali:

- i fattori di rischio legati **all'ambiente dove le persone risiedono e lavorano (chimici, biologici, fisici ed ergonomici)**;
- i fattori di rischio **psicosociali**, ovvero lo squilibrio tra quello che si esige da una persona e il grado di controllo che essa ha sul proprio lavoro, tra la remunerazione e le richieste, il grado di supporto e coesione di cui la persona fa esperienza nelle quotidiane condizioni di vita e di lavoro;
- **gli stili di vita insalubri**, come il fumo, l'alcool, l'obesità, l'inattività fisica, la cattiva alimentazione, il sesso non protetto;
- le limitazioni **all'accesso alle cure appropriate**;

3) inoltre la posizione sociale influenza anche la **vulnerabilità agli effetti sfavorevoli sulla salute dei suddetti fattori di rischio**; in molti casi le persone di bassa posizione sociale esposti allo stesso fattore di rischio manifestano effetti sfavorevoli sulla salute più severi di quanto non succeda alle persone di alta posizione sociale ;

4) infine, i gruppi **più svantaggiati hanno meno risorse per far fronte** o prevenire le conseguenze **sociali dell'esperienza di malattia**. Si pensi al rischio di impoverimento per le spese sanitarie o di difficoltà di carriera lavorativa in presenza di una malattia propria o di un familiare.

Questi meccanismi di origine delle disuguaglianze di salute sono punti di ingresso per politiche e azioni di contrasto e moderazione. Il libro bianco fornisce una ricca documentazione del fatto che ognuno di questi meccanismi è in azione nel nostro paese e dell'importanza relativa con cui ognuno contribuisce all'impatto disuguale sulla salute. Documenta, inoltre, le principali esperienze di contrasto che sono state messe in campo in altri paesi, in particolare nel Regno Unito, dove negli ultimi 15 anni sono stati sviluppati e finanziati programmi esplicitamente orientati al contrasto delle disuguaglianze di salute.

In Italia rispetto agli altri paesi europei l'intensità delle disuguaglianze è minore, perché?

Le spiegazioni potrebbero essere due: nel primo caso l'Italia sarebbe in ritardo nella diffusione di **tre importanti curve epidemiche** pericolose per la salute dei poveri, **quella del fumo tra le donne povere e del sud**, quella della diffusione di **abitudini alimentari scorrette tra i poveri**, e quella della crescita delle famiglie **monogenitoriali con figli dipendenti tra le donne povere**; le politiche di prevenzione italiane possono ritardare il più possibile l'evoluzione di queste curve epidemiche.

Nel secondo caso il **Servizio Sanitario Nazionale** è, oltre alla scuola, **l'unico grande presidio sociale distribuito in modo universalistico nel paese**, che è stato capace di trasferire i benefici della medicina in tutto il paese e in tutti gli strati sociali senza importanti distinzioni di diritto nell'accesso, salvo alcuni margini di miglioramento soprattutto nella qualità e appropriatezza; dunque il SSN rappresenta un presidio universalistico importante da valorizzare per le sue capacità di realizzare uguaglianza di opportunità e spesso anche di risultato.

E' possibile che questa "resilienza" italiana alle disuguaglianze venga meno a causa della crisi, con la diffusione della disoccupazione, dell'impoverimento delle persone e delle famiglie e delle conseguenze delle misure di austerità?



Le indagini sulla salute dell'Istat e del Servizio Sanitario Nazionale mostrano un buon adattamento agli stress della crisi degli indicatori di salute fisica, mentre gli indicatori di salute mentale sono in peggioramento soprattutto tra gli adulti maschi, senza distinzione di gruppo sociale. E' plausibile che l'aggravarsi e il prolungarsi della crisi possa provocare nei tempi futuri un impatto sfavorevole anche sulla salute fisica che non si è ancora in grado di monitorare tempestivamente con gli attuali strumenti di studio.

Cosa si può fare in Italia per moderare le disuguaglianze di salute?

A partire dai dati e dalle argomentazioni del libro bianco il Ministero della Salute e le Regioni sono interpellati dalle seguenti sfide. La situazione più favorevole dell'Italia rispetto agli altri paesi in tema di disuguaglianze sociali nella salute conforta sulla capacità protettiva della salute che hanno alcune risorse tipiche del paese, **come la dieta mediterranea, il sostegno della rete familiare, il ruolo del servizio sanitario nazionale: la loro distribuzione universalistica è un punto di forza da proteggere e rafforzare, soprattutto sotto le minacce della crisi e dell'austerità.**

Ciononostante, i determinanti sociali di salute rimangono una delle più importanti spiegazioni delle variazioni di salute nella popolazione italiana e quindi rappresentano un bersaglio importante per guadagnare salute, migliorare il capitale umano del paese e diminuire la pressione sul fabbisogno di assistenza. Il Servizio Sanitario Nazionale si dovrebbero impegnare ad assegnare alta priorità al contrasto e alla moderazione dell'impatto sulla salute dei determinanti sociali nelle principali occasioni di programmazione ordinaria e straordinaria delle politiche nel paese e nelle regioni.

In particolare per quanto riguarda le politiche sanitarie **il patto per la salute e i relativi atti di programmazione sanitaria** ad esso collegati dovrebbero indirizzare la sanità verso una maggiore equità di accesso ed esito dell'assistenza sanitaria, seguendo i principali punti critici identificati nel Libro Bianco.

Per quanto riguarda le politiche non sanitarie il Ministero e gli assessorati delle regioni dovrebbero impegnarsi a riferire sui risultati del libro bianco agli altri Ministeri e alla Conferenza delle Regioni affinché le competenze che Governo e Regioni hanno sulle altre politiche che possono influenzare i determinanti sociali di salute (sviluppo economico, occupazione e lavoro, scuola, welfare e territorio) vengano esplicitamente sollecitate a valutare e dimostrare l'impatto sulle disuguaglianze di salute delle politiche di competenza e identificare come possano essere ricalibrate per concorrere a ridurre le disuguaglianze di salute.

Prerequisito essenziale perché ogni istituzione e soggetto possa fare la sua parte nel contrasto delle disuguaglianze di salute è che ognuno sia messo in condizione di monitorare le disuguaglianze di salute ad ogni livello, attraverso (ad esempio) la disponibilità **di almeno una variabile sociale comparabile in tutti i sistemi informativi sanitari e nel sistema statistico nazionale.** Inoltre la ricerca finalizzata e la sperimentazione di interventi dovranno prestare attenzione alle principali lacune conoscitive sulle cause e sulle soluzioni delle disuguaglianze di salute, in modo da migliorare l'impatto delle azioni di correzione.

Già alcune categorie di professionisti sanitari hanno mostrato sensibilità ai temi delle disuguaglianze di salute, ma molto rimane da fare tramite la formazione di base, specialistica e quella continua per farne degli alleati sia nel miglioramento dell'equità nei vari snodi del funzionamento dell'assistenza sanitaria e per farne degli avvocati dei temi dell'equità nella salute nel resto della società.

Nei paesi europei dove le suddette raccomandazioni sono state sviluppate con successo e continuità nel tempo, è stata necessaria una regia unitaria e un coordinamento intersettoriale che può derivare solo da un chiaro mandato di intesa delle Regioni e dello Stato e da un monitoraggio dell'avanzamento delle azioni che l'intesa vorrà intraprendere; il tutto sostenuto dall'assistenza tecnica degli enti e agenzie centrali del SSN e dalla rete di centri di riferimento delle Regioni. E' importante identificare le aree di investimento che sono comuni a diverse politiche di settore, su cui far convergere risorse e competenze e conoscenze sulle azioni che funzionano meglio.

Costa G., Bassi M., Marra M. et al (a cura di). L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 20

Fonte: [DORS](#)



Centro Regionale di Documentazione
per la Promozione della Salute

FONTE: 22.01.15

PUBBLICATO SU **SSN**