



L'ITALIA *per* L'EQUITÀ *nella* SALUTE

Partendo dalle migliori evidenze scientifiche attualmente disponibili sui determinanti e sugli esiti di salute, e da un'analisi delle esperienze e delle buone prassi realizzate a beneficio dei gruppi più vulnerabili a livello nazionale e locale, il presente documento presenta possibili strategie condivise di intervento, da proporre ai decisori politici e agli stakeholder impegnati nel contrasto delle disuguaglianze di salute. Non si tratta, tuttavia, di un testo conclusivo: "L'Italia per l'equità nella salute" vuole essere la piattaforma da cui partire per un dibattito partecipato e aperto anche ai rappresentanti delle parti sociali e della società civile.





Ministero della Salute

L'ITALIA *per* L'EQUITÀ *nella* SALUTE



A cura di:

Concetta Mirisola

Direttore Generale Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

Gualtiero Ricciardi

Presidente Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Francesco Bevere

Direttore Generale Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)

Mario Melazzini

Direttore Generale Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

Autori:

Coordinatore gruppo di lavoro: Giuseppe Costa per INMP

INMP

Giovanni Baglio

Gianfranco Costanzo

Anteo Di Napoli

Raffaele Di Palma

Erica Eugeni

Antonio Fortino

Rosa Giuseppa Frazzica

Alessio Petrelli

ISS

Maria Masocco

Ornella Punzo

Aldo Rosano

Stefano Vella

AGENAS

Mario Braga

Cesare Cislighi

AIFA

Pietro Erba

Caterina Latronico

Revisione testi, editing e idea grafica: Stefano Schiaroli (INMP)

Impaginazione e stampa: Eurolit Srl, Roma - Novembre 2017

Premessa

Il presente documento tecnico nasce da una mia richiesta agli Enti vigilati dal Ministero della salute - Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) - nel momento in cui l'Italia si solleva da una condizione macroeconomica particolarmente sfavorevole e si appresta a coordinare la nuova Joint Action Europea sul tema dell'equità nella salute.

Scopo del documento è fornire per la prima volta un quadro sistematico sulle disuguaglianze socioeconomiche in Italia e sui loro effetti sulla salute dei cittadini, a partire dalle evidenze scientifiche, con una particolare attenzione alla recente crisi economica e alle barriere, anche immateriali, per l'accesso alle cure. Esso, inoltre, fornisce una vasta ricognizione delle principali politiche pubbliche avviate nei recenti anni per contrastare tali disuguaglianze e avanza alcune proposte di intervento condivise tra i responsabili dei diversi settori della vita pubblica che influenzano, da varie prospettive, la salute dei cittadini.

Le analisi e le proposte contenute nel documento tracciano un percorso virtuoso per il Paese, forte dell'analisi delle evidenze, che impone scelte di campo, con l'obiettivo nel breve-medio periodo di mitigare gli effetti sulla salute delle disuguaglianze sociali. L'Italia, in questo senso, sta attuando numerosi interventi che, se ricalibrati e messi a sistema, potrebbero massimizzare il risultato atteso, nel quadro di una strategia nazionale organica e di lungo periodo che non coinvolga esclusivamente il settore sanitario ma impegni trasversalmente tutti i settori delle politiche pubbliche rilevanti.

Si tratta di temi importanti e non differibili, che coinvolgono le Istituzioni e la società civile, sollecitando soluzioni concrete in termini di garanzie di welfare, con particolare riferimento alla tutela della salute che l'articolo 32 della Costituzione italiana riconosce come fondamentale diritto, senza distinzione di condizioni individuali o sociali.

In prospettiva, il documento sarà sottoposto a consultazione dei portatori d'interesse, pubblici e privati. È anche a loro che rivolgo l'invito a esaminare, discutere e affinare quelle azioni che possano assicurare che “nessuno rimanga indietro”: il documento sarà così un prezioso strumento per gestire al meglio il presente e soprattutto costruire insieme con lungimiranza il futuro.

Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute

Indice

IL CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE	6
LA SALUTE DISUGUALE IN ITALIA	8
I dati sulle disuguaglianze socioeconomiche nella salute	8
Le disuguaglianze di salute nel contesto attuale	14
I MECCANISMI CHE GENERANO LA SALUTE DISUGUALE	18
I determinanti sociali della salute e le politiche non sanitarie	26
Le barriere nell'accesso alle cure e le politiche sanitarie	35
LE POLITICHE DI CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE EVITABILI	41
Riferimenti per le azioni	41
L'equità nella salute: dalle politiche ai programmi	44
VERSO UNA STRATEGIA CONDIVISA PER L'EQUITÀ NELLA SALUTE	48
A) Una proposta di azioni di sistema	49
Rendere esigibili in modo equo i diritti e le risorse	49
Moderare gli effetti diseguali delle barriere alle cure	51
Promuovere l'equità nel governo clinico	54
Promuovere l'equità nella prevenzione	56
Adottare il bilancio sociale per valutare l'impatto sull'equità	58
Sviluppare azioni intersettoriali	60
B) Le azioni strumentali	61
C) Interventi sui gruppi più vulnerabili	63
L'equità nei dispositivi non sanitari	64
Rimuovere le barriere nell'accesso alle cure dei gruppi vulnerabili	65
I migranti: un caso particolare di vulnerabilità	68
UN IMPEGNO DA COSTRUIRE	69
BOX	
Box 1 - Disuguali nella aspettativa di vita	9
Box 2 - Disuguali nelle malattie che portano a morte	11
Box 3 - Disuguali nella salute percepita	15
Box 4 - Disuguali nella scuola	19
Box 5 - Disuguali nel lavoro	22
Box 6 - Disuguali nel reddito	24
Box 7 - Disuguali nelle condizioni abitative	27
Box 8 - Disuguali nei comportamenti a rischio per la salute	29
Box 9 - Disuguali nella prevenzione	33
Box 10 - Disuguali nell'accesso alle cure	37

ALLEGATO	71
COSA PENSANO DELL'EQUITÀ NELLA SALUTE	
I PRINCIPALI PORTATORI DI INTERESSE CONSULTATI	71
Il percorso	72
Le politiche sanitarie	75
Le responsabilità locali e professionali della sanità	78
Le politiche non sanitarie	80
I soggetti economici e sociali	82
Gli enti strumentali	82

APPENDICI

Consultabili sul sito www.inmp.it

IL CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

In Italia si sono osservati, nelle ultime decadi, un progressivo miglioramento delle condizioni di salute¹ e livelli di disuguaglianza tra classi sociali meno pronunciati rispetto agli altri Paesi europei^{2, 3}. Eppure, le medie mascherano l'esistenza di differenze sistematiche: le persone più abbienti stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo. Allo stesso modo, le regioni italiane più povere mostrano indicatori di salute meno favorevoli^{4, 5}. Tali differenze sono socialmente determinate e pertanto, almeno in parte, evitabili e modificabili.

Nel tentativo di ridurre la portata e l'impatto delle disuguaglianze, sono stati predisposti nel corso degli anni alcuni importanti atti di programmazione sanitaria, in linea con le indicazioni dell'Unione Europea. Tra questi, si ricorda il *Quadro strategico nazionale 2007-2013* che, definendo gli indirizzi programmatici per l'utilizzo dei Fondi strutturali europei, ha sottolineato la necessità di orientare gli investimenti anche sugli aspetti di salute, in ragione della particolare vulnerabilità delle persone più povere, soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno. Parallelamente, il programma nazionale *Guadagnare salute - Rendere facili le scelte salutari*⁵, coordinato dal Ministero della Salute, ha riconosciuto l'importanza delle politiche non sanitarie nel contrasto alle disuguaglianze di salute, chiamando in causa altri dicasteri e partner sociali, economici e istituzionali, nella realizzazione di interventi a tutela della salute in tutti i suoi aspetti. Allo stesso modo, la strategia *Salute in tutte le politiche*, sancita nella Conferenza inter-ministeriale di Roma⁶, ha riconosciuto l'importanza di adottare in tutte le politiche non sanitarie procedure di valutazione d'impatto sanitario attente ai soggetti più vulnerabili. Inoltre, l'Italia ha partecipato, con propri casi studio, tramite l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e le regioni Veneto e Piemonte, alla *Joint Action "Equity Action"*⁷, promossa dalla Commissione europea per accompagnare gli Stati membri nella valutazione dell'impatto delle politiche sulle disuguaglianze di salute.

Nel 2009, la Comunicazione della Commissione europea dal titolo "Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Ue"⁸ constatava quanto fosse ancora carente nelle politiche europee e in quelle della maggior parte dei Stati membri la consapevolezza riguardo all'esistenza delle disuguaglianze di salute e alle loro conseguenze. Successivamente, le principali istituzioni comunitarie hanno approvato

¹ Ministero della Salute, Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2012-2013

² Mackenbach JP et al, Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries, N Engl J Med. 2008;358(23):2468-81.

³ <https://www.bloomberg.com/news/articles/2017-03-20/italy-s-struggling-economy-has-world-s-healthiest-people>

⁴ Ministero della Salute, Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010

⁵ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf, ultimo accesso 24 ottobre 2017

⁶ https://www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURES.pdf, ultimo accesso 24 ottobre 2017

⁷ <http://www.health-inequalities.eu/projects/past-projects/equity-action/>

⁸ Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU (SEC(2009) 1396) {SEC(2009) 1397}. Accessibile in <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52009DC0567>, ultimo accesso 24 ottobre 2017

tale documento, rivelando un chiaro impegno europeo verso la promozione di politiche di contrasto, capaci di ridurre il gradiente sociale di salute e di proteggere i gruppi più deboli, attraverso azioni sia di tipo sanitario, di prevenzione e di cura, sia di tipo non sanitario. Per rispondere a queste sollecitazioni, la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano ha istituito un proprio gruppo di lavoro, con il compito di elaborare proposte di indirizzo per le politiche regionali che potessero moderare gli effetti sfavorevoli dei determinanti sociali sulla salute. Nel 2014, tale gruppo di lavoro, a conclusione della propria attività, ha elaborato il rapporto "L'equità nella salute in Italia"⁹, in cui è stata presentata una panoramica dello stato delle disuguaglianze di salute nel nostro Paese e delle relative ricadute sulle politiche sanitarie e non sanitarie. Dal suddetto rapporto è emersa la persistenza di disuguaglianze sociali a svantaggio dei soggetti più poveri, in termini di risorse materiali, aiuti e legami: disuguaglianze queste, che hanno numerose implicazioni per le politiche sanitarie e non sanitarie, e che suggeriscono ambiti prioritari di intervento, sollecitando correttivi anche in forma di raccomandazioni.

Il presente documento tecnico si pone in continuità con le iniziative sopracitate e intende offrire una disamina delle disuguaglianze socioeconomiche nella salute in Italia, a partire dai dati più aggiornati sui determinanti e sugli esiti di salute, e una ricognizione delle principali iniziative intraprese per contrastarle. Nella seconda parte del documento, vengono riportate delle proposte di azioni di sistema orientate all'equità, e misure strumentali di supporto, accanto a interventi specifici a beneficio dei gruppi più vulnerabili.

⁹ Costa G, Bassi M., Gensini GF, Marra M et al. (a cura di), L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014.

LA SALUTE DISUGUALE IN ITALIA

I dati sulle disuguaglianze socioeconomiche nella salute

La disponibilità di dati aggiornati sulle disuguaglianze di salute in Italia appare cruciale per l'importanza che il tema va assumendo nell'agenda del governo italiano, e nell'ottica di evidenziare gli eventuali effetti della lunga crisi economica e della crisi sociale che hanno colpito il nostro Paese in maniera particolarmente grave.

A tale riguardo, l'Istat ha avviato uno studio longitudinale a partire dai dati del censimento del 2011, nell'ambito del quale sono state misurate le disuguaglianze nell'aspettativa di vita e nella mortalità causa-specifica, per livello di istruzione¹⁰. L'Appendice 1 descrive in modo analitico la metodologia di calcolo e i risultati sin qui ottenuti. I maschi che avevano al massimo la licenza media inferiore presentavano 1,5 anni di svantaggio rispetto a quelli con la maturità, i quali a loro volta si trovavano in svantaggio di 1,5 anni a confronto con i laureati. Tra le donne le disuguaglianze erano meno pronunciate (0,7 anni di svantaggio tra obbligo e maturità e 0,8 tra maturità e laurea). È risultato quindi che, nel periodo 2012-2014, i maschi italiani laureati potevano sperare di vivere 3 anni in più rispetto a coloro che avevano conseguito al massimo il titolo della scuola dell'obbligo, mentre tra le donne laureate il vantaggio sulle meno istruite era di un anno e mezzo. I meno istruiti sopravvivono di meno dei più istruiti sia al Nord sia al Sud, a dimostrazione che la povertà individuale di risorse e competenze – di cui il basso titolo di studio è un indicatore – compromette la salute, indipendentemente dalla ripartizione geografica. Il Sud e le Isole presentano tuttavia un'aspettativa di vita più sfavorevole in tutte le fasce di istruzione (*Box 1*). Analoghe differenze nella speranza di vita erano già state rilevate in molte realtà locali da precedenti studi longitudinali: a Torino, ad esempio, un uomo che attraversa la città, dalla collina alto borghese (a elevato reddito) alla barriera operaia nel nordovest (a basso reddito), vede ridursi l'aspettativa di vita di 6 mesi per ogni chilometro percorso¹¹.

Per quanto riguarda le cause di morte, nel Sud si è rilevato un eccesso di mortalità per malattie del sistema circolatorio, con tassi a carico dei più istruiti paragonabili a quelli dei meno istruiti del Nord-Est. Viceversa, nelle regioni del Nord è stato riscontrato un eccesso di mortalità prematura per tumori maligni (in particolare, nel Nord-Ovest, tumori al polmone), probabilmente per effetto dell'esposizione al fumo e a fattori inquinanti in ambiente lavorativo e di vita, in modo nettamente più intenso nelle classi più disagiate.

¹⁰ Costa G, Demaria M, Stroschia M, Zengarini N, Bianco S, Ferracin E, Mamo C, Melis G, Tabasso M. La salute nei quartieri: conta di più chi sei o dove vivi? In: Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. (2017). 40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche, Inferenze, Milano: 68-89

¹¹ Costa G, Demaria M, Stroschia M, Zengarini N, Bianco S, Ferracin E, Mamo C, Melis G, Tabasso M. La salute nei quartieri: conta di più chi sei o dove vivi? In: Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. (2017). 40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche, Inferenze, Milano: 68-89

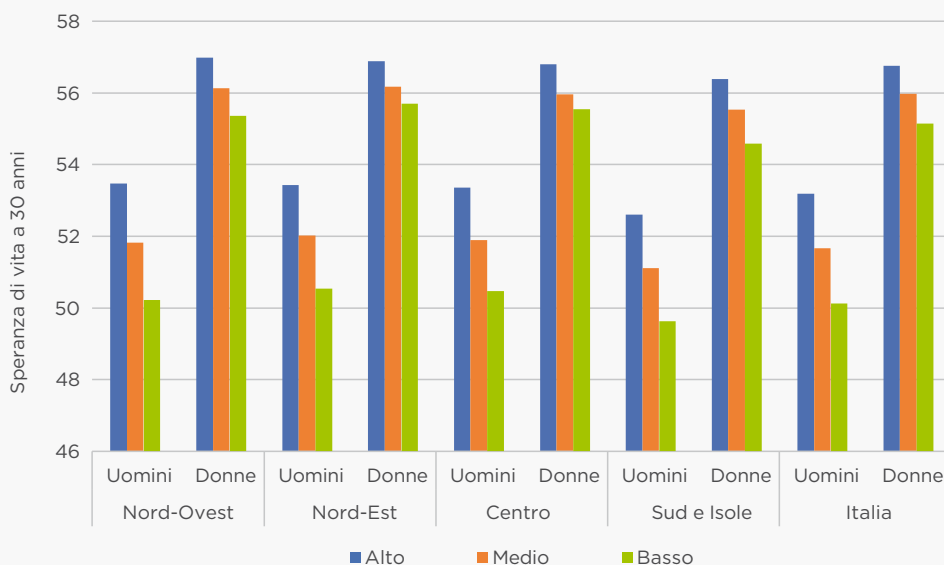
Box 1 - Disuguali nell'aspettativa di vita

Il box descrive le disuguaglianze di mortalità per titolo di studio (indicatore di posizione sociale più disponibile e affidabile), ottenute analizzando i risultati dell'indagine longitudinale dell'Istat, che per la prima volta in Italia ha seguito la popolazione intervistata in occasione del Censimento della popolazione e delle abitazioni 2011, per trovare, nei dati dell'indagine Istat su decessi e cause di morte, chi fosse deceduto tra il 2012 e il 2014 e per quale causa. (Per una descrizione dettagliata delle fonti, dei metodi utilizzati e dei risultati si rimanda all'Appendice 1)

Quanti anni di vita un italiano sopravvissuto fino all'età di trenta anni (età in cui gli Italiani hanno ormai stabilizzato la propria carriera scolastica) può aspettarsi di vivere ancora prima di entrare nell'età della fragilità (ottantacinque anni), a seconda del livello di istruzione, raggiunto? Dalla figura 1.1 si osservano significative disuguaglianze in questa aspettativa di vita troncata (a 30 anni). I maschi con al massimo il titolo dell'obbligo hanno 1,5 anni di svantaggio rispetto a coloro con la maturità, i quali, a loro volta, presentano uno svantaggio di 1,5 anni rispetto ai laureati. Tra le donne, le disuguaglianze sono inferiori (0,7 anni di svantaggio tra obbligo e maturità e 0,8 tra maturità e laurea). Le disuguaglianze di mortalità, come si vedrà anche per gli altri indicatori di salute, sono distribuite a gradiente e non a soglia: non esiste cioè una sola posizione sociale al sopra e al di sotto della quale si sta peggio e meglio.

La stessa figura mostra che tali disuguaglianze si riproducono con la stessa forma in tutte le aree del paese, in entrambi i sessi, con un leggero eccesso di svantaggio tra le donne meno istruite del Nord-Ovest e del Sud. Il Sud e le Isole presentano, tuttavia, un'aspettativa di vita più sfavorevole in tutte le fasce di istruzione.

Figura 1.1 Speranza di vita a 30 anni per livello di istruzione, genere e ripartizione di residenza. Istat, 2012-2014.



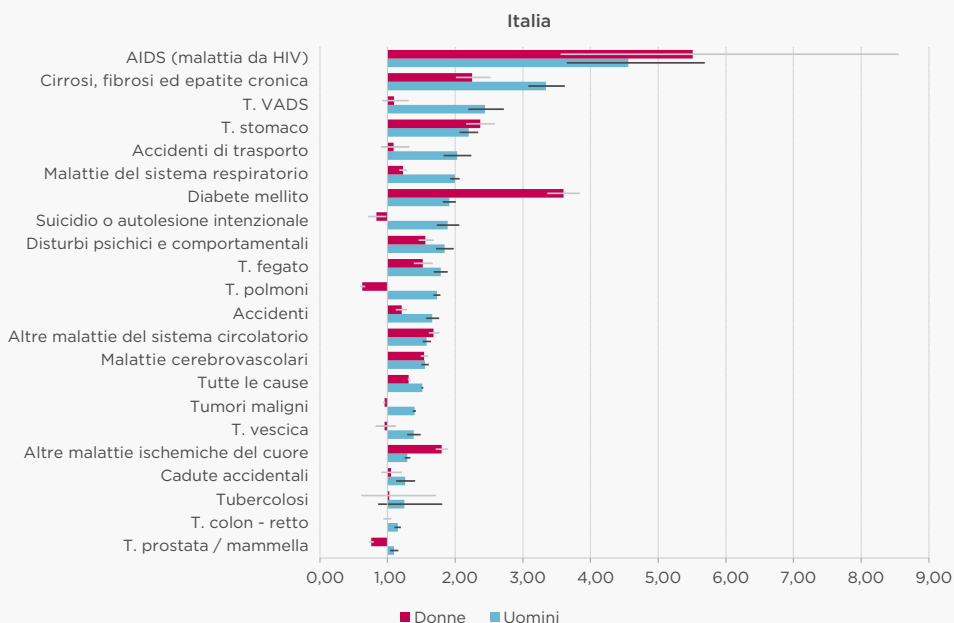
I dati precedenti si traducono con disuguaglianze nel tasso di **mortalità generale**, che in Italia risulta pari a 75 ogni 10.000 abitanti per le donne e 128 per gli uomini. Come per l'aspettativa di vita, questi valori sono più elevati al Sud e nelle Isole, sia tra le donne (81,5), sia tra gli uomini (136,2), a parità di età. Sempre a parità di età gli uomini meno istruiti hanno il 50% di probabilità in più di morte prematura rispetto ai più istruiti, il 60% nel Nord-Ovest e il 30% per le donne, che sale al 40% nel Meridione.

Più in generale, le condizioni patologiche con un maggiore eccesso di mortalità tra le persone di bassa istruzione risultano essere quelle correlate ai comportamenti a rischio (ad esempio, AIDS, epatiti/cirrosi) e al diabete, al disagio sociale (ad es. quello derivante da disturbi mentali), alle peggiori condizioni di sicurezza (ad es. incidenti), alla maggiore esposizione allo stress cronico (ad es. malattie circolatorie), a maggiori rischi ambientali e da lavoro (come le malattie respiratorie e i tumori) (Box 2). Vengono inoltre rilevati, a carico dei soggetti a più bassa istruzione, un minore accesso alle cure appropriate e una maggiore vulnerabilità alle conseguenze sociali dell'esperienza di malattia.

Box 2 - Disuguali nelle malattie che conducono a morte

Il citato studio longitudinale Istat sulla mortalità 2012-2014 permette anche di valutare le disuguaglianze per titolo di studio nella mortalità causata dalle diverse malattie. La Figura 1.2 mostra l'intensità dell'eccesso relativo di mortalità spiegato dalle differenze di istruzione per le principali malattie che causano morte nei due sessi. Il valore 1 sull'asse delle ascisse corrisponde all'assenza di disuguaglianze sociali.

Figura 1.2 Rischi di morte delle persone meno istruite rispetto ai laureati (nella figura rappresentati con il rischio uguale a 1), a parità di età per malattie causa di morte. Uomini e donne 30-89 anni. Italia 2012-2014. L'indicatore utilizzato, il RII o Relative Index of Inequality stima la distanza massima tra gli estremi della scala sociale utilizzando le informazioni disponibili sul numero di soggetti e sul loro rischio di morire per ogni posizione della scala.



La lunghezza delle barre a destra del valore 1 descrive l'intensità dell'eccesso di mortalità tra i meno istruiti rispetto ai più istruiti, in ordine di intensità decrescente dell'eccesso. Al contrario, la barra a sinistra identifica le malattie in cui sono i più istruiti a presentare un eccesso.

Quasi tutte le malattie causa di morte sono in eccesso tra le persone meno istruite. Solo alcune cause tra le donne, come i tumori del polmone e della mammella sono in eccesso tra le donne più istruite, poiché i loro rispettivi fattori di rischio (fumo e ritardo di prima gravidanza) sono comportamenti assunti prima tra le donne più istruite. Tutte le malattie causa di morte tra gli uomini e gran parte tra le donne sono, invece, a svantaggio dei titoli di studio inferiori.

L'ampiezza dell'eccesso di mortalità varia tra le diverse malattie. In testa alla graduatoria ci sono malattie come l'AIDS associata con l'abuso di droghe e sesso non protetto; la cirrosi epatica e i tumori del fegato associati con i predetti comportamenti a rischio o all'abuso di alcool.

Seguono i tumori delle vie aeree e digestive superiori (VADS) tra gli uomini, associati con tabacco e alcool; i tumori dello stomaco associati con le infezioni e legate a scarsa igiene alimentare; gli incidenti da mezzi di trasporto tra gli uomini legati alla sicurezza stradale, le malattie del sistema respiratorio tra gli uomini associate ai rischi da lavoro e al fumo, il diabete mellito, soprattutto tra le donne, associato all'obesità e alla qualità delle cure, la salute mentale (suicidi) legata al disagio sociale, i tumori del polmone tra gli uomini correlati al fumo. Ma a questo punto della lista tutte le altre malattie continuano a segnare eccessi di mortalità tra i meno istruiti, ancora intorno al 20-50%. È così che scorrendo la fascia alta di questa graduatoria si scoprono i potenziali fattori di rischio che possono aver generato questi eccessi di mortalità per specifiche malattie. Infine, se si esaminano i risultati analitici riportati nell'Appendice 1, è possibile anche identificare quelle malattie cause di morte dove le disuguaglianze sono più o meno intense nelle diverse ripartizioni geografiche del paese.

Questi dati fotografano tre differenti fenomeni. Il primo è che la scarsa disponibilità individuale di risorse, misurata dal titolo di studio, aumenta il rischio di mortalità prematura. Il secondo è che tale scarsa disponibilità individuale incide maggiormente sulla mortalità in alcuni contesti e per specifiche cause (in particolare, al Sud per la mortalità cardiovascolare e al Nord per quella determinata dai tumori). Il terzo è che comunque in alcune aree, come il Mezzogiorno, lo svantaggio legato a fattori di contesto (tra cui ad esempio la carenza di servizi adeguati a rispondere al bisogno di salute) gioca a sfavore di tutte le fasce sociali della popolazione, non solo dei meno istruiti.

Le disuguaglianze sociali di mortalità sono meno pronunciate tra gli anziani, probabilmente perché i soggetti vulnerabili hanno già scontato lo svantaggio in termini di mortalità prematura, dal momento che i poveri tendono ad ammalarsi e a morire in più giovane età. Le disuguaglianze sociali in termini di mortalità prematura sono meno pronunciate anche nella popolazione femminile, in quanto alcuni tumori a rilevante letalità colpiscono in misura maggiore le donne più istruite e di alta posizione sociale che, per prime, hanno adottato stili di vita più a rischio, come il fumo e la posticipazione della gravidanza. In tal modo, il loro vantaggio di salute rispetto alle meno istruite si attenua, ma nel contempo si amplia il fronte della popolazione bersaglio per la prevenzione del tabagismo. Le disuguaglianze sociali nella frequenza della morbosità e delle limitazioni funzionali, che sono meno influenzate dall'azione selettiva della mortalità prematura, presentano, invece, dimensioni comparabili nelle diverse fasce di età e tra i due generi^{12,13}.

Per quanto riguarda i gruppi vulnerabili, si è osservato un minor rischio di morte prematura a carico della popolazione straniera per le principali cause di malattia, ad eccezione delle poche malattie originatesi nel Paese di origine, come i tumori del collo

¹² Marinacci C, Maggini M. Lo stato delle disuguaglianze di salute in Italia. In: Costa G et al. L'equità nella salute in Italia. Edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014.

¹³ Sebastiani S, Iannucci L, Vannoni F. Disabilità e non autosufficienza. Monitor 2008; 22 (suppl 3): 126-142

dell'utero¹⁴. Una probabile spiegazione è che gli stranieri presenti nel nostro Paese, la cui storia d'immigrazione è relativamente recente, beneficiano del cosiddetto “effetto migrante sano”, vale a dire il meccanismo di selezione che favorisce l'arrivo di persone tendenzialmente giovani e in buona salute¹⁵. Non si può peraltro escludere che i dati di mortalità tra gli immigrati siano sottostimati, per la tendenza di questi ultimi a far ritorno nel proprio Paese di origine per trascorrere le ultime fasi della vita (il cosiddetto *salmon bias*)¹⁶. Inoltre, come già osservato nei Paesi di più lunga tradizione migratoria, gli stranieri, all'aumentare del tempo di permanenza nel Paese ospite, vedono ridursi progressivamente il vantaggio di salute, a seguito dell'acquisizione degli stili di vita propri delle fasce di popolazione maggiormente deprivate e per l'esposizione a condizioni di povertà. In Italia, questo fenomeno è ancora in uno stadio iniziale, ma i dati indicano una maggiore prevalenza di fattori di rischio quali il sovrappeso, oltre che una maggiore difficoltà nell'accesso agli screening e nella loro tempestiva presa in carico durante la gravidanza e il parto^{17,18}.

Infine, rispetto al panorama europeo, le disuguaglianze sociali di salute osservate in Italia appaiono simili a quelle di altri Paesi ad alto reddito ma, fortunatamente, meno pronunciate. Ad esempio, i Paesi con disuguaglianze più spiccate – come la Lituania – presentano una differenza nell'aspettativa di vita libera da disabilità tra i più e i meno istruiti che ammonta a 10 anni per gli uomini e a più di 7 anni per le donne. L'Italia vanta il differenziale più basso d'Europa, con soli 4 anni di differenza per gli uomini e 2 per le donne. In posizione intermedia, ma peggiore rispetto all'Italia, si collocano Paesi dell'Europa occidentale come la Francia (6,8 anni tra gli uomini e 4,4 anni tra le donne) e l'Austria (7,8 anni e 5,3 anni, rispettivamente)¹⁹.

Si può ipotizzare che il vantaggio relativo dell'Italia rispetto alle disuguaglianze di mortalità nel panorama europeo sia attribuibile alla protezione garantita da alcune peculiarità del nostro Paese, i cui benefici sono distribuiti in modo uniforme nella società italiana: l'alimentazione basata sulla dieta mediterranea, il servizio sanitario nazionale universalistico, le reti familiari. In effetti, sul versante preventivo, la dieta mediterranea in Italia è stata a lungo patrimonio comune dei diversi strati sociali. Sul versante sanitario, le cure sono offerte gratuitamente a tutti, tramite il Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre, la rete protettiva della famiglia rappresenta ancora un punto di forza della realtà sociale italiana, in quanto riesce a compensare eventuali

¹⁴ Pacelli B, Zengarini N, Broccoli S, Caranci N, Spadea T, Di Girolamo C, Cacciani L, Petrelli A, Ballotari P, Cestari L, Grisotto L, Giorgi Rossi P; IN-LiMeS Group. Differences in mortality by immigrant status in Italy. Results of the Italian Network of Longitudinal Metropolitan Studies. *Eur J Epidemiol* 2016;31(7):691-701.

¹⁵ Petrelli A, Di Napoli A, Rossi A, Costanzo G, Mirisola C, Gargiulo L. The variation in the health status of immigrants and Italians during the global crisis and the role of socioeconomic factors. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):98.

¹⁶ Baglio G, Di Palma R, Eugeni E, Fortino A. Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute? *Epidemiol Prev* 2017;41(3-4 (Suppl 1)):57-63.

¹⁷ Petrelli A, Di Napoli A, Rossi A, Spizzichino D, Costanzo G, Perez M. Sovrappeso e obesità nella po-polazione immigrata adulta residente in Italia. *Epidemiol Prev* 2017 May-Aug;41(3-4 (Suppl 1)):26-32.

¹⁸ Di Napoli A, Rossi A, Gargiulo L, Iannucci L, Francovich L, Petrelli A. Cittadinanza e livello socioeconomico nell'accesso alla prima visita in gravidanza in Italia. XL Congresso dell'Associazione Italiana di Epidemiologia. Torino, 19-21 ottobre 2016. Atti: 859 (O).

¹⁹ Mäki N, Martikainen P, Eikemo T, Menvielle G, Lundberg O, Ostergren O, Jasilionis D, Mackenbach JP; EURO GBD-SE consortium. Educational differences in disability-free life expectancy: a comparative study of long-standing activity limitation in eight European countries. *Soc Sci Med* 2013;94:1-8.

carenze di servizi, soprattutto per l'assistenza agli anziani e alle persone disabili. Va, però, messo in evidenza che sia la corretta alimentazione sia la rete familiare sono patrimoni che stanno subendo un netto deterioramento. Ad esempio, la rilevante quota di soggetti obesi e in sovrappeso (oltre il 45%) segnale di un cambiamento delle abitudini alimentari²⁰, e la gravosa situazione delle famiglie in cui sono presenti persone disabili²¹ ne sono la testimonianza.

Le disuguaglianze di salute nel contesto attuale

Vi è il timore che le disuguaglianze di salute possano essersi accentuate a causa della crisi economico-finanziaria, e che il *welfare* e la sanità non siano stati in grado di moderarne gli effetti. Sarebbe troppo presto per riscontrare un eventuale effetto della recessione sulla frequenza con cui gli italiani si ammalano e muoiono. Ma la salute auto-percepita rilevata nelle indagini Istat sulla salute e sulle condizioni sociali (EUSILC) è un indicatore sensibile per capire se la salute degli italiani stia migliorando o peggiorando e se le disuguaglianze di salute siano in aumento o in diminuzione.

Per quanto sia ancora difficile valutare globalmente la portata della crisi, le informazioni già disponibili sulla salute auto-percepita forniscono qualche indicazione in merito all'andamento delle disuguaglianze (Box 3). I dati mostrano che la salute auto-percepita dagli italiani è migliorata nel tempo, nonostante la crisi. Infatti, l'età in cui più del 50% della popolazione dichiara di essere in non buona salute (un indicatore sintetico di quando inizia a peggiorare lo stato di salute) ha continuato a crescere negli anni della crisi. Questo apparente paradosso potrebbe essere spiegato sia dall'ingresso nelle classi di età più avanzate di generazioni più sane (che cioè hanno vissuto in migliori condizioni rispetto alle generazioni precedenti), sia dalla crescente disponibilità di nuove cure in grado di migliorare la salute della popolazione. Inoltre, da questi dati, rilevanti ma ovviamente non conclusivi, le disuguaglianze sociali nella salute auto-percepita appaiono rimaste stabili negli anni della crisi: infatti l'età in cui più del 50% degli intervistati dichiara di essere in non buona salute, è aumentata in modo omogeneo tra i benestanti e tra i meno abbienti (Box 3).

Ad attenuare gli effetti sfavorevoli della crisi, potrebbero aver concorso processi di mobilità sociale discendente, che portano persone più ricche di risorse e di salute a perdere lo *status* sociale, ma non il relativo capitale di salute, almeno nel breve termine; questo porterebbe a migliorare i livelli medi di salute della classe più bassa in cui si spostano. Un esempio potrebbe essere quello relativo alla mortalità prematura tra i disoccupati torinesi: rischio che prima della crisi eccedeva di quasi tre volte quello degli occupati, e che dopo

²⁰ Rapporto Osservasalute 2016. Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione: Milano 2017, Ed. Prex: 25-82.

²¹ Rosano A, Mancini F, Solipaca A. Poverty in People with Disabilities: Indicators from the Capability Approach. Social Indicators Research 2009; 94: 75

la crisi si mantiene in eccesso, ma di sole due volte^{22, 23}.

Le dinamiche innescate dalla crisi hanno invece inciso sulla salute psicologica e mentale: gli indicatori segnalano infatti un netto peggioramento in tutta la popolazione, soprattutto tra i giovani e gli adulti, in particolare maschi, che sono il gruppo più colpito dalla disoccupazione e dal senso di sfiducia derivante dall'incertezza lavorativa. Dal punto di vista delle disuguaglianze sociali, il rischio relativo di salute mentale compromessa è rimasto invariato tra i disoccupati: ad esempio, un disoccupato presenta una frequenza di disturbi mentali due volte e mezzo più elevata rispetto a un occupato, sia prima che dopo la crisi; tuttavia, con la crisi, il numero dei disoccupati è aumentato e i casi di disturbi mentali attribuibili alla disoccupazione sono raddoppiati²⁴.

Box 3 - Disuguali nella salute percepita

Il Box illustra i principali risultati di un'analisi sull'andamento temporale della salute percepita secondo l'età e il reddito in Italia, così come risulta dai dati dell'indagine Eusilc tra il 2007 e il 2015 (si veda l'Appendice 2 per dettagli sui materiali e i metodi dell'analisi).

La figura 2.1 illustra come varia la percentuale di persone che si dichiarano non in buona salute al crescere dell'età e nel tempo, separatamente in due gruppi di popolazione classificata in funzione del possesso di un reddito inferiore o superiore al reddito mediano regionale nell'anno in studio. Si conferma che la frequenza di persone in non buona salute aumenta con l'età a causa del progressivo logorarsi del capitale di salute. Confrontando i tre trienni a cavallo della crisi si osserva però che tale frequenza è diminuita nel tempo per tutti, da un lato per l'effetto del continuo miglioramento delle cure; dall'altro perché col tempo entrano in età più anziane generazioni di nascita che hanno condiviso condizioni di vita migliori delle precedenti e quindi hanno accumulato un migliore capitale di salute. Dunque, la crisi sembra non aver interrotto o invertito questo positivo fenomeno. Tuttavia, le persone a minor reddito riferiscono di essere in uno stato di salute non buono più spesso delle persone ad alto reddito, sistematicamente in tutti i periodi e in tutte le fasce di età analizzate. Il miglioramento di salute non è stato quindi in grado di eliminare il divario tra maggiore e minore reddito, che rimane superiore ai 10 punti percentuali nelle classi di età più anziane.

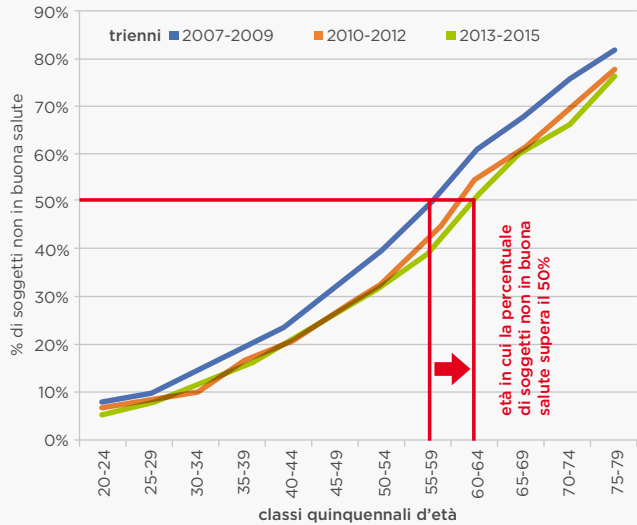
²² d'Errico A, Carnà P, Piccinelli C, Sebastiani G, Costa G. Disoccupazione e mortalità in Italia. In: Giuseppe Costa, Roberta Cialesi, Alessandro Migliardi, Lidia Gargiulo, Gabriella Sebastiani, Paola Ruggeri e Francesca Menniti Ippolito (a cura di). Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini Istat sulla salute. Rapporti ISTISAN 16/26, Roma 2016

²³ Costa G, Marra M, Zengarini N, Stroschia M, Dalla Zuanna T, Bianco S, Mamo C. Crisi e salute: dove è approdata la salute dei torinesi dopo la crisi? In: Costa G, Stroschia M, Zengarini N, Demaria M (2017). 40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche. Milano 2017, Inferenze, 302-325

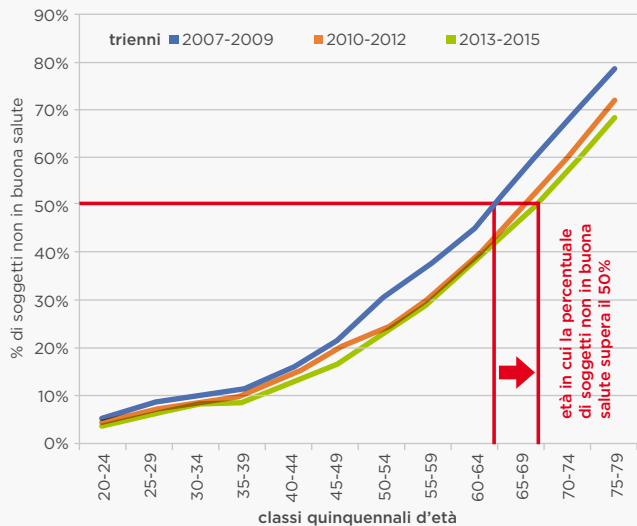
²⁴ Odone A, Landriscina T, Costa G, Salute mentale e crisi economica: analisi sulla popolazione in Italia. In: Costa G, Cialesi R, Migliardi A, Gargiulo L, Sebastiani G, Ruggeri P, Menniti Ippolito F, (a cura di). Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini Istat sulla salute. Roma 2016, Rapporti ISTISAN 16/26

Figura 2.1 Salute percepita in Italia tra il 2007 e il 2015 per età e reddito

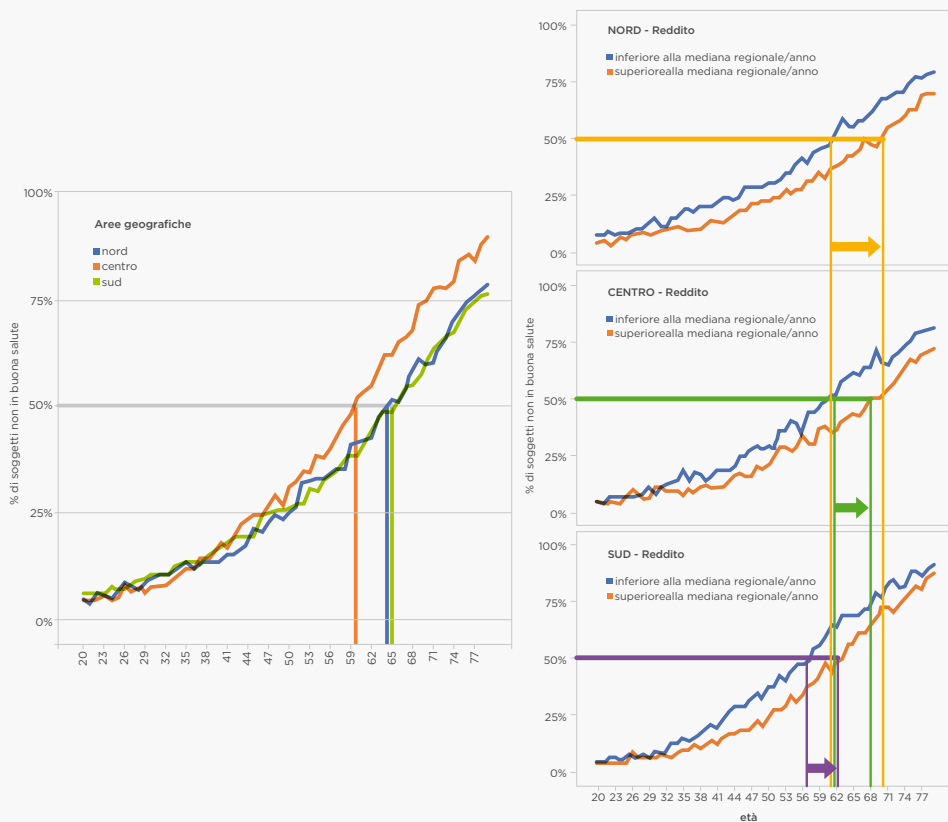
Popolazione con reddito dell'anno **inferiore** alla mediana regionale



Popolazione con reddito dell'anno **superiore** alla mediana regionale



Il grafico mostra anche l'andamento temporale nei due gruppi di reddito dell'età in cui più del 50% della popolazione dichiara di essere in non buona salute, un indicatore sintetico di quando inizia a peggiorare lo stato di salute. Si può osservare che la popolazione con redditi inferiori superava la percentuale del 50% di soggetti non in buona salute verso i 57 anni all'inizio della crisi (triennio 2007-9), e che nel tempo ha guadagnato cinque anni, arrivando a un'età limite di 62 anni nel triennio 2013-2015. La popolazione con redditi più alti ha avuto un guadagno simile, da 64 a 68 anni, mantenendo quindi il divario tra più e meno benestanti abbastanza stabile alla fine della crisi.

Figura 2.2 Salute percepita in Italia nel 2015 per età e ripartizione geografica

Se si analizzano le disuguaglianze per ripartizione geografica (Figura 2.2), si nota che il sud ha una percentuale di persone in non buona salute superiore a quella delle altre aree, a partire dai 40 anni di età. Inoltre, le differenze per reddito mostrano che la salute dei più benestanti del sud equivale a quella dei più poveri del centro-nord.

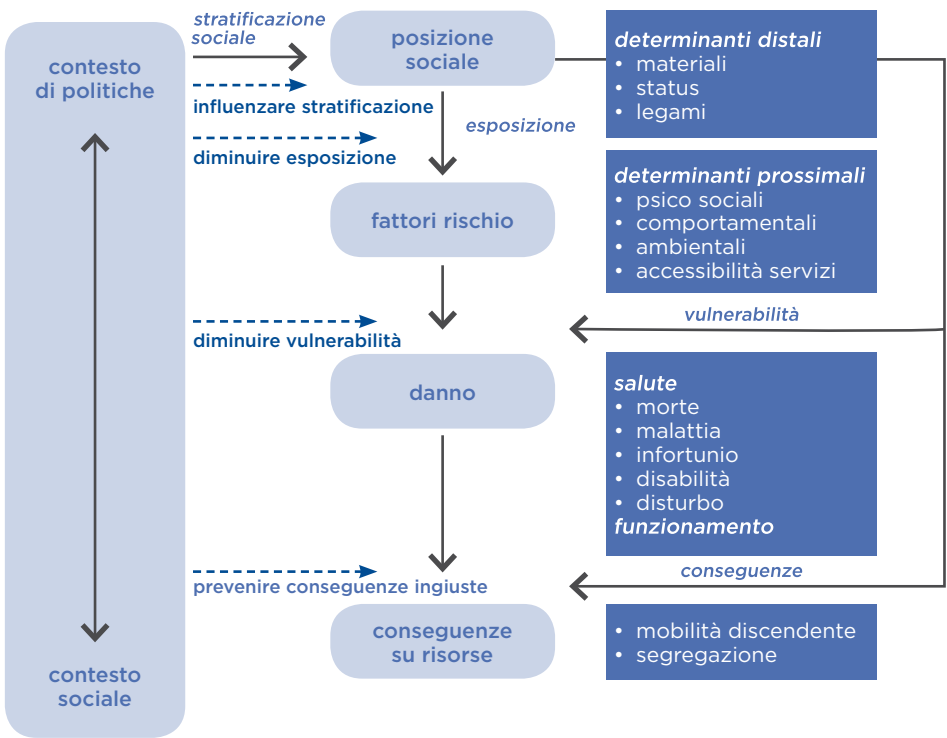
Il divario socioeconomico risulta però maggiore al nord, dove l'età in cui si supera il 50% di popolazione in non buona salute è di 61 anni tra i meno ricchi e 70 tra i più ricchi, mentre gli analoghi valori al sud sono 57 e 62 anni.

Infine, tra coloro che hanno un reddito inferiore alla mediana regionale le differenze di salute per istruzione appaiono molto limitate; è invece tra i più benestanti che l'istruzione gioca un ruolo nel diversificare l'auto-percezione della salute a favore dei più istruiti (dati in Appendice 2).

I MECCANISMI CHE GENERANO LA SALUTE DISUGUALE

La salute disuguale è il risultato di meccanismi noti e documentati, ed entro certi limiti contrastabili. È utile richiamare di seguito il modello causale proposto da Diderichsen²⁵, che offre un quadro esplicativo dei nessi e delle concatenazioni attraverso cui lo svantaggio sociale influenza le disuguaglianze di salute. Tale comprensione è indispensabile per poter individuare e sviluppare azioni mirate di contrasto (Figura 1).

Figura 1 Schema esplicativo dei meccanismi di generazione delle disparità nella salute e dei relativi punti di ingresso per le politiche e gli interventi di contrasto.



Il punto di partenza del modello è rappresentato dalla stratificazione sociale. Si tratta di un insieme di processi economici, sociali e culturali che portano a una distribuzione disuguale dei più importanti fattori che permettono a una persona di avere una maggiore capacità di autodeterminazione: quelli che i documenti di indirizzo internazionale chiamano i “determinanti sociali di salute” (o determinanti distali, cioè le cause remote). Questi determinanti sono riconducibili in particolare alle risorse materiali, quali il reddi-

²⁵ Diderichsen E, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T. et al., eds. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press 2001.

to, al prestigio come lo status sociale e ai legami familiari e sociali. In tale ambito ricadono anche le differenze di genere o etnia, che sono talvolta all'origine di discriminazioni (ad esempio sul luogo di lavoro) e di un accesso diseguale alle opportunità²⁶. Sono fattori molto importanti nel condizionare le dinamiche di salute all'interno della popolazione.

Uno studio longitudinale italiano²⁷ ha mostrato come lo status sociale sia il fattore in grado di influenzare maggiormente la mortalità prematura nella popolazione: tra gli aspetti più rilevanti, risultano la disponibilità di un lavoro e di una rete familiare, il livello di istruzione e le risorse materiali (misurate attraverso le condizioni abitative) (*Box 4, 5, 6, 7 e Appendice 3* per una descrizione dettagliata). A contrastare le cause distali possono contribuire delle politiche, in particolare quelle redistributive, che ricadono prevalentemente sotto la responsabilità di soggetti istituzionali non sanitari.

Box 4 - Disuguali nella scuola

Sono almeno quattro i passaggi nei quali si riproducono le disuguaglianze sociali di origine e si riducono le opportunità per le persone svantaggiate: la possibilità di accedere a un ciclo di istruzione, la possibilità di completarlo con successo, il tipo di indirizzo seguito e la qualità della preparazione conseguita. Le ricerche evidenziano da sempre il vantaggio sistematico dei giovani che hanno genitori più istruiti, più risorse economiche e maggiori margini di investimento²⁸.

In Italia, negli ultimi 30-40 anni, i punti critici in cui pesano le disuguaglianze, si sono spostati in avanti. Si è quasi azzerato l'abbandono nelle scuole primaria e secondaria di primo grado ed è aumentata la partecipazione femminile. Tuttavia, l'Italia rimane agli ultimi posti in Europa per l'elevato numero di ragazzi e ragazze che nella minore età accumulano ritardi e poi rimangono fuori da percorsi di istruzione superiore o formazione professionale. Essi sono il 10% circa a 16 anni e il 20% a 18 anni²⁹. L'accesso e soprattutto la conclusione del ciclo di istruzione superiore rimangono ancora ambiti di forte differenziazione per origine sociale³⁰. Lo stesso vale per l'università, in cui il livello di abbandono, intorno al 40%, è elevatissimo³¹. Con la crisi, peraltro, è aumentata la difficoltà delle famiglie a sostenere investimenti scolastici nell'istruzione superiore, nella quale le immatricolazioni hanno invertito la tendenza riducendosi e l'abbandono resta molto elevato. Riguardo alla qualità dell'esperienza, i dati delle indagini OCSE-PISA mostrano in Italia forti differenze di qualità della preparazione conseguita nei diversi percorsi di istruzione superiore.

²⁶ Di Napoli A, Gatta R, Rossi A, Perez M, Costanzo G, Mirisola C, Petrelli A. Discriminazione percepita sul luogo di lavoro in quanto straniero: uno studio sulla salute mentale percepita dagli immigrati in Italia. *Epidemiol Prev* 2017 May-Aug;41(3-4 (Suppl 1)):33-40.

²⁷ Rasulo D, Spadea T, Demaria M, Onorati R e Costa G. Conta di più da chi nasci o dove arrivi? Determinanti di salute nel corso di vita. In: Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M..40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche. Milano, Inferenze 2017:252-255

²⁸ Ballarino G., Barone C., Panichella N., Origini sociali e occupazione in Italia. *Rassegna Italiana di Sociologia* 20 (ISSN 0486-0349), Fascicolo 1, gennaio-marzo 2016doi: 10.1423/82904, in

²⁹ Gavosto A. Il sistema scolastico italiano. In: *People First. Il capitale sociale e umano: la forza del Paese*, Roma 2014, società S.I.P.I.,

³⁰ Ballarino G. e Schadee H, Espansione dell'istruzione e disuguaglianza delle opportunità educative nell'Italia contemporanea. *Polis* 2006; 20(2):207-228.

³¹ Ballarino G., Checchi D., Florio CV, Leonardi, M. Le disuguaglianze nell'accesso all'istruzione in Italia. *Quaderni di Rassegna Sindacale* 2010; 1:117-132.

Circa un quarto dei giovani italiani non arriva al livello di competenze (livello 2 PISA) internazionalmente ritenuto indispensabile per essere cittadini a pieno titolo: nel mezzogiorno sono più di un terzo³².

Le disuguaglianze sociali nella povertà educativa nascono fuori dalla scuola, hanno origine dalle disuguaglianze nelle competenze genitoriali e nell'offerta di scuola dell'infanzia e generano svantaggi di base nelle competenze e capacità cognitive, affettive e sociali dei bambini. Quando questa popolazione diseguale e in forte cambiamento giunge nella scuola dell'obbligo, nei suoi diversi gradi, trova un'offerta universalistica in affanno. L'offerta scolastica per i ragazzi è in ampia misura quella tradizionale, nei programmi e nei metodi, tipica di una società che invecchia, concentrata nelle aree urbane. Le nuove tecnologie e le potenziali innovazioni che consentono e richiedono sono poco usate da insegnanti con un'età media tuttora molto alta.

Le disuguaglianze di povertà educativa dovrebbero essere affrontate con offerte personalizzate: non si può fornire la stessa offerta a persone disuguali³³. Anche i soggetti più bisognosi perché disabili, che pure sono il target di un'azione inclusiva molto impegnativa, soffrono per un'offerta non sufficientemente personalizzata.

Un'agenda per le politiche educative, ancorata alle specificità dei bisogni individuali e ai problemi degli specifici contesti sociali, richiederebbe di dare priorità ai seguenti obiettivi:

- intervenire presto, dove si pongono le basi per le competenze: una rete adeguata di servizi di qualità per la prima infanzia;
- agire dove si generano disuguaglianze, con il tempo pieno nella scuola primaria, soprattutto nei quartieri con maggiori disagi, e con un arricchimento e una personalizzazione dell'offerta didattica, anche in accordo col privato sociale;
- investire sugli insegnanti e sui modelli culturali e organizzativi nella scuola media di primo e secondo grado, per evitare disorientamento, demotivazione e dispersione;
- analogamente, investire sulla qualità della formazione professionale, tradizionalmente frequentata da ragazze e ragazzi provenienti da famiglie meno abbienti, cogliendo anche le opportunità derivate dai cambiamenti dell'ambiente socio-economico;
- potenziare il rapporto tra la scuola e il lavoro, con un'alternanza di qualità per i giovani e l'apprendimento continuo per i lavoratori adulti e le imprese, creando un programma di life long learning assente nel paese e centrale per le imprese e le persone che hanno minori competenze e maggiori rischi occupazionali, soprattutto nel lungo periodo;
- migliorare il rapporto con le famiglie.

A sua volta, la stratificazione sociale influenza la distribuzione disuguale dell'esposizione ai principali fattori di rischio per la salute, che intermediano l'effetto sulla salute dei determinanti sociali (determinanti prossimali, cioè recenti). Questo meccanismo ricade soprattutto sotto la responsabilità della sanità, in particolare della prevenzione. I principali fattori di rischio cui potrebbero essere più esposte le persone svantaggiate sono:

- le condizioni fisiche, chimiche, biologiche, ergonomiche o meccaniche che creano un rischio disuguale negli ambienti di vita e di lavoro, come rilevato ad esempio da uno studio francese che ha osservato una più alta prevalenza di esposizione alla maggior

³² INVALSI 2017, Rilevazioni nazionali degli apprendimenti 2016-17, Rapporto risultati.

³³ Milani L. Lettera a una professoressa. Firenze 1996, Libreria Editrice Fiorentina

parte delle condizioni sopramenzionate tra gli operai, rispetto ai liberi professionisti, ai tecnici e agli impiegati³⁴;

- i fattori di rischio psicosociali, come ad esempio lo squilibrio tra ciò che si esige da una persona e il grado di libertà con cui questa può rispondere, oltre alla remunerazione che ne riceve e all'aiuto di cui può disporre. A tale riguardo, uno studio condotto nella provincia di Torino ha evidenziato come tra gli operai la percentuale di esposti a elevato stress lavorativo (*job strain*) sia più che doppia rispetto a quella riscontrata tra gli impiegati³⁵;
- gli stili di vita insalubri, come fumo, alcool, sovrappeso, sedentarietà, alimentazione non equilibrata, rapporti sessuali non protetti. Ad esempio, in una recente indagine europea³⁶, la percentuale di soggetti in sovrappeso aumentava progressivamente all'abbassarsi del titolo di studio, passando dal 27% tra i più istruiti al 38,5% tra i meno istruiti;
- le barriere culturali nell'accesso alle cure appropriate: come, ad esempio, è stato dimostrato per le donne immigrate, che ricorrono meno delle italiane agli screening femminili, con una percentuale inferiore di 15 punti per il pap-test e di quasi 20 punti per la mammografia³⁷.

La stratificazione sociale, inoltre, è in grado di influenzare anche la distribuzione diseguale delle condizioni di vulnerabilità delle persone agli effetti sfavorevoli dei determinanti prossimali sulla salute. In altri termini, le persone più svantaggiate dal punto di vista socio-economico hanno maggiore probabilità di sviluppare esiti negativi per la salute, se esposti ai fattori di rischio sopra descritti. È il caso dell'incidenza di infortuni sul lavoro tra gli stranieri immigrati: a parità di età e attività professionale, i lavoratori immigrati hanno più infortuni perché, a causa di difficoltà linguistiche o culturali, non riescono a trarre pieno beneficio dagli interventi di formazione e controllo della sicurezza sul luogo di lavoro, quando questi non siano specificamente orientati^{38, 39}. Anche su tale ambito causale, è possibile intervenire attraverso azioni efficaci di prevenzione e soluzioni organizzative che ricadono tra le competenze della sanità.

³⁴ Niedhammer I, Chastang JF, David S, Kelleher C. The contribution of occupational factors to social inequalities in health: findings from the national French SUMER survey. *Soc Sci Med* 2008;67(11):1870-81.

³⁵ d'Errico A, Cardano M, Landriscina T, Marinacci C, Pasian S, Petrelli A, Costa G. Workplace stress and prescription of antidepressant medications: a prospective study on a sample of Italian workers. *Int Arch Occup Environ Health* 2011;84(4):413-24.

³⁶ European Health Interview Survey. Almost 1 adult in 6 in the EU is considered obese. Newsrelease 203/2016, Eurostat 2016

³⁷ Francovich L, Di Napoli A, Giorgi Rossi P, Gargiulo L, Giordani B, Petrelli A. La prevenzione dei tumori femminili nelle donne immigrate residenti in Italia. In Petrelli A, Di Napoli A, Perez M, Gargiulo L (a cura di). *Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat*. *Epidemiol Prev* 2017; 41 (3-4) Suppl 1: 18-25

³⁸ Giraudo M, Bena A, Costa G. Migrant workers in Italy: an analysis of injury risk taking into account occupational characteristics and job tenure. *BMC Public Health* 2017;17(1):351.

³⁹ Salvatore MA, Baglio G, Cacciani L, Spagnolo A, Rosano A. Work-related injuries among immigrant workers in Italy. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2013;15:182-7

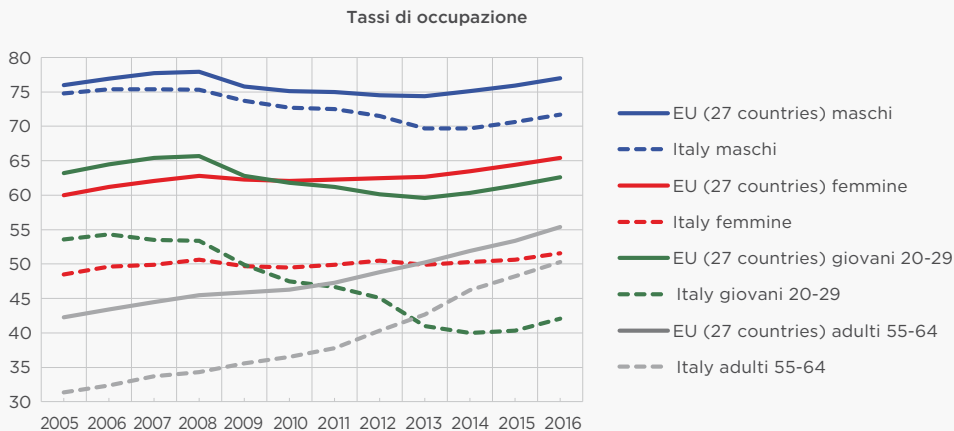
Box 5 - Disuguali nel lavoro

Per la salute sono fondamentali l'occupazione e la qualità del lavoro. Se il lavoro ha caratteristiche di orario e di condizioni fisiche e sociali, retribuzione, stabilità percepita, significati attribuiti, troppo lontani dai bisogni della persona e dalle caratteristiche mediamente ritenute soddisfacenti, emergono effetti di breve e lungo periodo sulla salute. Se si è disoccupati, l'effetto di logoramento sulla salute è ancora più accentuato⁴⁰.

L'accesso a opportunità di lavoro e a carriere e posizioni professionali di qualità è fortemente condizionato dalle disuguaglianze sociali, che a partire dalle famiglie di origine si riflettono sui titoli di studio conseguiti, sulla qualità delle esperienze di apprendimento e sulle relazioni personali e familiari su cui si può contare nella ricerca del lavoro⁴¹.

La crisi iniziata nel 2008 ha avuto un impatto molto forte sull'occupazione: il tasso di occupazione è sceso di quasi 4 punti per i maschi, mentre è in leggera ripresa per le femmine, anche se si è ancora ampliato il forte divario (quasi 14 punti) rispetto all'Unione Europea. Ancora più preoccupante il differenziale tra i giovani (20-29 anni), che è arrivato a superare i 20 punti percentuali. In forte ripresa solo il tasso di occupazione dei lavoratori adulti (55-64 anni), per lo spostamento in avanti dell'età pensionabile in Italia, che tuttavia rimane sotto quello europeo di 5 punti, confermando una tradizionale debolezza dell'occupazione Italiana, eccessivamente concentrata sui maschi delle età centrali.

Figura 3.1 - Fonte: elaborazione su dati Eurostat



⁴⁰ Costa G, Bassi M., Gensini GF, Marra M et al. (a cura di), L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, Milano 2014, Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editor.

⁴¹ Ballarino G., Barone C, Panichella N. Origini sociali e occupazione in Italia. Rassegna Italiana di Sociologia 2016, Fascicolo 1, gennaio-marzo (ISSN 0486-0349) (doi:10.1423/82904).

Mentre il Nord ha recuperato i livelli di occupazione del 2007, il Sud rimane sotto di 6 punti percentuali⁴². Gli ammortizzatori sociali hanno attenuato la caduta dell'occupazione e la riduzione del reddito delle persone interessate. Nel picco della crisi, nel 2010, il volume di cassa integrazione autorizzata ha raggiunto i 650 mila anni uomo, contro i circa 100mila del 2007. Il livello di domande si è mantenuto elevato, intorno ai 550 mila, fino al 2014 e si è ridotto a 300mila solo nel 2016. Il ruolo degli ammortizzatori sociali però non è stato altrettanto efficace nel diminuire le disuguaglianze, essendosi concentrato soprattutto su quanti erano maggiormente incardinati nel mercato del lavoro a svantaggio dei più giovani.

Sul benessere e la salute percepita sul lavoro l'Italia è nelle migliori posizioni in Europa riguardo alla qualità fisica degli ambienti di lavoro (seconda su 35), mentre è nelle ultime (quintultima) per la qualità sociale degli ambienti e delle relazioni di lavoro. Anche rispetto alle competenze e all'autonomia lavorativa l'Italia sembra piuttosto indietro, vicina ai valori più bassi tra i paesi europei; poco meglio riguardo alla formazione promossa dall'impresa, che coinvolge meno di un terzo dei dipendenti (soprattutto quelli più professionalizzati); molto indietro sulle prospettive di miglioramento e sviluppo professionale dei dipendenti (terzultima e ultima, a seconda degli indici); ultima nel valutare positivamente le relazioni tra la vita lavorativa e familiare⁴³.

Esiste quindi uno spazio molto ampio per il miglioramento, sia riguardo all'equità, sia riguardo alla qualità del lavoro, in particolare per l'ampia gamma di lavori a media e bassa qualificazione.

Infine, la stratificazione sociale influenza in modo diseguale la vulnerabilità delle persone alle conseguenze sociali della malattia: questo significa che la compromissione dello stato di salute può avere conseguenze diverse sulla carriera sociale di un individuo, a seconda delle condizioni socio-economiche di partenza. Si tratta di un effetto che a sua volta si ricollecta, attraverso un meccanismo di "causazione inversa", alla stratificazione sociale, in quanto l'esperienza di malattia è in grado di invertire la direzione di marcia dell'ascensore sociale tra le persone malate. La sanità può moderare gli effetti di questo meccanismo, ad esempio attraverso le esenzioni dal ticket per reddito, limitate agli anziani indigenti e finalizzate a evitare che la compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito possa aggravare la trappola della povertà. Ciò vale anche per le politiche non sanitarie, come quelle del lavoro, che si propongono di favorire l'inserimento lavorativo delle persone con limitazioni funzionali.

Occorre peraltro considerare come i meccanismi causali sopra descritti dispieghino i loro effetti lungo tutto il corso della vita di una persona, già a partire dal concepimento, durante la quale le condizioni di svantaggio sociale dei genitori potrebbero riflettersi in minori possibilità di sviluppo per il bambino. In questo contesto, per sviluppo si intende la disponibilità di risorse e capacità fisiche, cognitive e relazionali del bambino, che possono avere importanti conseguenze sulle condizioni di salute, e sulla carriera scolastica e professionale, anche nelle successive fasi della vita. Per svantaggio dei genitori si intende, invece, l'esposizione a squilibri nutrizionali o emotivi o a contaminanti ambientali, durante la finestra sensibile delle fasi di sviluppo del bambino dentro e fuori dall'utero,

⁴² Banca D'Italia, 2017, Relazione annuale.

⁴³ Eurofound. Sixth European Working Conditions Survey – Overview report, Luxembourg 2016, Publications Office of the European Union

che può determinare un rischio più elevato di malattie croniche nell'adulto,⁴⁴ anche attraverso alterazioni funzionali degli organi o dell'espressione genica mediante meccanismi epigenetici o di mutazioni somatiche⁴⁵.

Inoltre, ognuno dei suddetti meccanismi può essere intercettato e moderato o esacerbato nei suoi effetti dall'influenza del contesto di vita delle persone. Il contesto, sia esso il quartiere, la comunità locale, il luogo di lavoro, la scuola, il luogo di cura, gioca un ruolo che si potrebbe definire con Amartya Sen "capacitante", cioè come luogo dove ci si può sentire minacciati, o non ci si aiuta, o non si può contare su nessuno, o non c'è fiducia, insomma non ci sono le condizioni per rendere capace la persona più povera di risorse di usare adeguatamente quelle poche risorse per proteggere e promuovere la sua salute^{46, 47, 48, 49, 50}.

Nei paragrafi successivi verranno esaminati i più recenti dati italiani che mostrano in che misura questi meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute siano in azione in Italia negli anni più recenti, cominciando dai determinanti della stratificazione sociale per procedere alle conseguenti disuguaglianze sociali nella esposizione e vulnerabilità ai fattori di rischio per la salute e in quelle alle barriere alle cure.

⁴⁴ L'interazione tra i geni ereditati e gli stimoli esogeni (epigenetica) è stata descritta come "Adaptive Developmental Plasticity", e rappresenta un ulteriore elemento di alterazione adattativa indotta dall'ambiente sul nostro patrimonio genetico. Alcuni meccanismi epigenetici possono essere trasmessi alle generazioni successive; pertanto, le esposizioni ambientali genitoriali (sia paterne che materne), quando interessano i gameti, possono svolgere un ruolo critico nella determinazione del fenotipo del neonato. La plasticità dei tessuti è particolarmente colpita dall'esposizione ambientale durante lo sviluppo in utero, anche se in alcuni casi (sistemi immunitario, respiratorio e cerebrale) la finestra di suscettibilità si estende nell'infanzia. Gli stress (biologici, ambientali, sociali) hanno quindi un impatto significativo sugli esiti della salute dell'individuo, con effetti diversi a seconda del periodo di esposizione o dell'interazione tra insulti pre/postnatali e successivi.

⁴⁵ Rasulo D, Spadea T, Demaria M, Onorati R, Costa G. Conta di più da chi nasci o dove arrivi? Determinanti di salute nel corso di vita. In: Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. 40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche. Milano, Inferenze, 2017: 252-255

⁴⁶ Sen A K..La disuguaglianza. Un riesame critico, Bologna 1994, Il Mulino

⁴⁷ Marinacci C, Demaria M, Melis G, Borrell C, Corman D, Dell'Olmo MM, Rodriguez M, Costa G. The role of contextual socioeconomic circumstances and neighbourhood poverty segregation on mortality in four European cities. *Int J Health Serv.* 2017 Jan 1;20731417732959. doi: 10.1177/0020731417732959.

⁴⁸ Di Monaco R., Pilutti S., Puglisi C., (2017). Adolescenti e alcol. Strategie di alternanza e peer education nella scuola. Carocci, Roma

⁴⁹ Di Monaco R., Pilutti S.. Le azioni di correzione nel senso dell'equità delle politiche non sanitarie. In: Costa G, Bassi M., Gensini GF, Marra M et al. (a cura di). L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014: 137-165

⁵⁰ Marinacci C, Spadea T, Biggeri A, Demaria M, Caiazzo A, Costa G. The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of northwest Italy. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004; 58(3):199-207

Box 6 - Disuguali nel reddito

Il reddito per le famiglie aveva cominciato a peggiorare fin dalla crisi del 1992 ma con la grande recessione del 2007 e la crisi del debito sovrano del 2011 si è ulteriormente ridotto⁵¹: la frequenza di famiglie che riferivano all'Indagine Multiscopo Istat di avere risorse economiche insufficienti è passata dal 39% del 1993 al 50% del 2013 per poi ritornare al 40% nel 2016.

Dietro a queste medie le dinamiche distributive sono simili nei consumi e nei redditi.

I consumi in termini reali (beni, servizi e fitti) di fonte Istat, nel quinquennio dopo l'esordio della crisi nel 2007, mostrano una caduta del 10,4%, una flessione che investe tutti, ma che si manifesta in modo più pronunciato ai due estremi, dove i più ricchi hanno subito severi contraccolpi dalla diminuzione del reddito da proprietà e dalle perdite di valore della ricchezza accumulata, e i più poveri hanno sofferto di più per l'insicurezza di lavoro e la debolezza della rete di protezione sociale.

Il reddito familiare disponibile di fonte Banca d'Italia dal 2007 al 2012 ha subito una diminuzione del 13,8%, una perdita che ha coinvolto tutti gli strati sociali, anche la classe media, ma che è stato proporzionalmente più pronunciato per le basse classi sociali. Un impoverimento così generalizzato in tutta la popolazione ha fatto sì che l'indice Gini di disuguaglianza del reddito non si sia impennato, come durante la crisi valutaria del 1992, ma sia rimasto abbastanza stabile.

È così che le dinamiche distributive, ben misurate dal numero di persone in povertà, ci restituiscono una frequenza di povertà stabile fino al 2010 e in aumento dal 2011, in corrispondenza degli interventi fiscali della crisi del debito sovrano, con un particolare impatto tra i giovani e gli adulti in età attiva.

In conclusione è evidente che l'Italia abbia attraversato due importanti crisi con dinamiche sperequative differenti: la prima del 1992 con un forte aumento delle disuguaglianze sociali per il crollo dei redditi medi e l'aumento di quelli alti; e quella del 2007 e soprattutto del 2011 con impoverimento complessivo di tutti gli strati della popolazione, in un contesto di economia stagnante e a rischio di declino, ed un significativo peggioramento delle disuguaglianze per i meno protetti, soprattutto i giovani.

In termini di disuguaglianze territoriali⁵² la crisi ha colpito più forte nel Mezzogiorno dove il PIL pro-capite ha seguito la caduta dell'occupazione e anche degli investimenti pubblici, che sono crollati del 40%, mentre gli investimenti dei fondi europei per la coesione hanno avuto scarsi sviluppi. La stessa spesa corrente primaria non ha avvantaggiato il Sud, essendo per la gran parte spesa pensionistica, che protegge meglio al Nord dove c'è stata maggiore copertura contributiva. Anche il bonus fiscale di 80 Euro ha riguardato soprattutto le famiglie del Nord, con più alti tassi di occupazione; allo stesso modo la necessità di correzione dei bilanci ha aumentato maggiormente le aliquote fiscali locali nel Mezzogiorno, gli investimenti incentivanti dell'università hanno premiato gli atenei più competitivi del Nord, gli investimenti strutturali delle ferrovie hanno privilegiato il centro nord. La combinazione di minore competitività e minori investimenti potrebbe essere alla radice di fenomeni preoccupanti come la presenza del 34% di giovani nella fascia dei cosiddetti NEET, in Calabria.

⁵¹ Brandolini A. Il Grande Freddo. I bilanci delle famiglie italiane dopo la Grande Recessione. In: C. Fusaro C e A. Kreppel A Politica in Italia. I fatti dell'anno e le interpretazioni. Bologna 2014, Il Mulino.

⁵² Viesti G. Le conseguenze territoriali dell'austerità disuguale, in Eticaeconomia, 14 ottobre 2015

Su questa base sono nate le dinamiche di povertà che osserviamo oggi. La povertà relativa delle famiglie⁵³ aumenta nell'esordio della crisi tra il 2008 e il 2010 e poi si stabilizza a causa di un artefatto: siccome la mediana del reddito equivalente, che viene usata come valore soglia della povertà relativa, si è abbassata con l'impoverimento generale, questo ha moderato gli impatti della crisi sull'indicatore. Viceversa la povertà assoluta, tenendo conto del potere d'acquisto in diminuzione, dal 2010 cresce prima nel reddito poi nei consumi. Lo stesso andamento si osserva per gli indicatori di privazione materiale con un effetto più pronunciato sulle classi di reddito più povere. I gruppi a maggiore rischio sono le fasce di età minori, giovani e adulte, di bassa istruzione, monogenitori con figli a carico, stranieri immigrati e nel Mezzogiorno.

Come noto, le risorse disponibili in Italia per la protezione sociale sono simili a quelle disponibili in Europa, ma il loro uso è molto sbilanciato a favore della spesa pensionistica, lasciando troppo poco per la famiglia e la conciliazione.

Inoltre, la spesa è ancora frammentata con criteri categoriali in tante specie di benefici, senza assicurare un reddito minimo a tutti coloro che ne hanno necessità. Esercizi di simulazione⁵⁴ hanno permesso di stimare che le misure redistributive introdotte dai governi dal 2015 in poi per riequilibrare le perdite di reddito (il bonus degli 80 Euro, la diminuzione di Irap e Ires, il reddito di inclusione, i bonus distributivi per i giovani), avrebbero restituito a favore del 20% più povero della popolazione il 2% di reddito rispetto al 3,8% che era stato sottratto dall'austerità. In conclusione negli ultimi anni le politiche sul reddito e la povertà hanno iniziato a colmare le principali sperequazioni di reddito nate con l'austerità, ad eccezione dei giovani e degli immigrati. Tra i giovani che si misurano con la precarietà, l'immobilità sociale rende ancora più severe le disuguaglianze sociali.

I determinanti sociali di salute e le politiche non sanitarie

I determinanti sociali rimandano alla responsabilità delle politiche non sanitarie, quelle tese da un lato a creare pari opportunità di partenza e dall'altro ad aumentare le risorse e le capacità delle persone con meno mezzi o a compensarne le fragilità, e infine quelle finalizzate a migliorare la qualità e la sostenibilità degli ambienti di vita e di lavoro. I Box 4, 5, 6, 7, fanno un bilancio di come i principali quattro determinanti sociali, reddito, lavoro, scuola e casa, si siano evoluti in Italia negli ultimi anni.

La duplice recessione attraversata dall'Italia, nel 2008 con la crisi finanziaria e nel 2011 con la crisi del debito pubblico, e l'impatto delle conseguenti misure di austerità hanno fatto arretrare un'economia già stagnante da decenni e causato un ulteriore impoverimento della popolazione. Il fenomeno ha interessato tutti gli strati sociali, seppur con meccanismi diversi, facendo crescere il numero delle persone esposte agli effetti negativi sulla salute delle disuguaglianze socio-economiche. La frequenza della povertà assoluta è aumentata in modo significativo, penalizzando in particolare i gruppi socialmente più vulnerabili – soprattutto le famiglie numerose, i minori, gli immigrati, i nuclei monogenitoriali con figli a carico – e le aree del Mezzogiorno (Box 6). La crisi occupazionale è stata il principale meccanismo di impoverimento e insicurezza della popolazione (Box 5). Se il ricorso intensivo alla

⁵³ Tangorra R. Poveri sì, ma sotto quale soglia? . La Voce.info, 04.09.12

⁵⁴ Baldini M., Toso S. Crisi economica, distribuzione del reddito e politiche sociali, CAPPaper 2015 n. 118 luglio

Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria ha parzialmente tamponato le conseguenze economiche derivanti dall'incertezza del posto di lavoro per i più tutelati, ampie fasce di lavoro precario, soprattutto giovanile, sono rimaste escluse da questo paracadute e hanno visto peggiorare significativamente la loro posizione e le possibilità di mobilità sociale. La precarietà economica e occupazionale delle famiglie ha aumentato l'insicurezza per la casa, ulteriore fattore in grado di limitare le capacità e il senso di controllo che una persona può avere sulle proprie condizioni di vita (Box 7). Inoltre, è da segnalare come i sistemi universalistici di garanzia messi in atto dallo Stato abbiano finora attenuato alcuni effetti della crisi. La sanità pubblica, sebbene indebolita da alcune misure intraprese per contrastare gli effetti della crisi o specifiche situazioni di deficit (ad esempio attraverso il blocco delle assunzioni attuato in diverse Regioni in piano di rientro), ha comunque garantito la sua funzione perequativa, mantenendo sostanzialmente gli stessi livelli di tutela o in alcuni casi incrementandoli⁵⁵. Parallelamente, il sistema scolastico ha continuato a svolgere il suo ruolo perequativo senza subire gravi conseguenze a causa dell'austerità, e così il tasso di abbandono precoce è diminuito (Box 4). Infine, la perequazione categoriale del sistema pensionistico ha pagato pegno alla crisi, con il blocco temporaneo delle rivalutazioni, ma ha sostanzialmente mantenuto la capacità di protezione del reddito dei pensionati, pur con tutte le disuguaglianze categoriali di partenza (che comunque non sono peggiorate con la crisi).

Box 7 - Disuguali nelle condizioni abitative

La questione dell'abitazione incrocia in diversi modi il tema dei determinanti sociali di salute. In primo luogo, godere di condizioni abitative adeguate al bisogno della famiglia e agli standard qualitativi minimi per il contesto sociale in cui si vive è un elemento importante del benessere. In secondo luogo, l'abitazione rappresenta per molte famiglie una parte rilevante del patrimonio e dell'eredità talvolta ricevuta e poi trasmessa. Per questo la casa rappresenta un elemento significativo delle disuguaglianze economiche. Inoltre, l'abitazione identifica il luogo dove si vive, e quindi sintetizza il contesto sociale prossimo, nei suoi aspetti ambientali e sociali, positivi o negativi per la vita quotidiana. Infine, l'abitazione rappresenta una voce rilevante di spesa nei bilanci familiari e per la sua rigidità (affitto, bollette, tasse, ecc.), non comprimibile e non rimandabile, può diventare una voce critica nei casi di calo delle entrate, con effetti a catena sugli equilibri di sopravvivenza⁵⁶.

Nella società italiana il possesso dell'abitazione a partire dal dopoguerra è divenuto uno dei traguardi più significativi del ceto medio, nell'ambito della progressiva affermazione del modello fordista di produzione e della famiglia tradizionale, perché considerato un elemento della stabilità. Negli ultimi 20 anni, con il progressivo superamento del modello sociale fordista, la maggior frammentazione della famiglia, la disoccupazione giovanile e il ritardo nel conseguimento dell'autonomia abitativa dei giovani, l'invecchiamento e il moltiplicarsi di anziani soli, l'aumento di numero di persone e famiglie straniere immigrate, è progressivamente aumentato lo scarto tra le esigenze delle persone e dei nuclei familiari, da un lato, e la struttura e le condizioni fisiche ed economiche di offerta del patrimonio abitativo, dall'altra.

⁵⁵ Costa G, Crialesi R, Migliardi A, Gargiulo L, Sebastiani G, Ruggeri P, Menniti Ippolito F (a cura di). Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini Istat sulla salute. Roma 2016, Rapporti ISTISAN 16/26.

⁵⁶ Poggio, T. Proprietà della casa, disuguaglianze sociali e vincoli del sistema abitativo. Rivista delle politiche sociali 2006; 3:27-40.

Si tratta di rigidità superabili solo in tempi lunghi e con trasformazioni consistenti delle politiche di gestione del patrimonio.

Il disagio per l'inadeguatezza dell'abitazione, aumentato in modo netto con la crisi, è un indizio importante di povertà e presenta rischi diretti per la salute. Il sovraffollamento o il degrado abitativo sono indicatori chiave della privazione materiale, insieme al disagio economico.

Nell'ultimo rapporto Benessere Equo e Sostenibile⁵⁷ circa l'11,5% della popolazione residente in Italia risulta gravemente deprivata (tra gli ultimi posti in Europa), anche per difficoltà a riscaldare l'abitazione o a pagare le bollette e mantenere l'abitazione. Il 9,6% della popolazione è in condizioni abitative difficili, per sovraffollamento (27,8%, quasi il doppio della media europea) e per la presenza di problemi strutturali (quasi un quarto della popolazione lamenta presenza di infiltrazioni, umidità e simili su muri, soffitti o infissi). La gamma delle politiche per fronteggiare i problemi legati all'abitazione è quindi ampia e articolata su differenti orizzonti temporali.

Da un lato si tratta di fronteggiare le emergenze e i problemi più direttamente legati alle difficoltà economiche e alla povertà. Dall'altro, è necessario intervenire sulla dimensione economica e spaziale-urbanistica del mercato immobiliare, in modo da migliorare progressivamente l'aderenza dell'offerta immobiliare disponibile e accessibile ai bisogni delle famiglie, così come si vanno trasformando, e alla qualità della vita della comunità.

Infine, i cambiamenti nella struttura demografica e nei modelli sociali impongono ripensamenti più profondi sui concetti stessi di proprietà e di mercato delle abitazioni, in relazione agli strumenti finanziari, all'impegno di capitali e alle spinte innovative che potrebbero essere innescate dalle politiche pubbliche⁵⁸.

Le più recenti notizie sul trend economico mostrano segnali di ripresa sia del ciclo economico, sia, seppur con maggiore inerzia, dell'occupazione, con una stabilizzazione dei livelli di povertà e disuguaglianza.

Non si può chiudere questa panoramica senza menzionare lo sviluppo economico e la coesione della comunità nonché la qualità delle istituzioni, che sono i principali fattori che condizionano i determinanti sociali. Infatti lavoro e reddito sono vincolati alle capacità di sviluppo; in proposito la crisi ha svelato le principali fragilità del sistema produttivo italiano, ed in particolare i limiti di produttività e innovazione nel panorama della competizione internazionale, legati alla dimensione piccola e frazionata delle aziende, alla povertà di capitale umano, alla mancanza di ricambio del management delle imprese, e alla povertà del capitale di rischio a sua volta correlata alla fragilità del sistema bancario. A fronte della tenuta complessiva del sistema di *welfare*, la crisi ha però ingenerato un senso diffuso di paura e insicurezza, minando alla base la fiducia nel futuro e nelle istituzioni, valore che facilita e garantisce la coesione sociale.

Questi andamenti hanno aggravato il divario tra il Nord e il Sud del Paese, accentuando l'impatto dei determinanti sociali di salute sulle condizioni di vulnerabilità preesistenti nel Mezzogiorno, anche in considerazione del fatto che le misure congiunturali intraprese per contrastare gli effetti della crisi (vedi ad esempio gli investimenti pubblici sulle infrastrutture) hanno finito per privilegiare le aree più sviluppate e produttive del Paese.

⁵⁷ Istat Rapporto BES 2016 –Il benessere equo e sostenibile in Italia, Roma 2016 Istituto Nazionale di Statistica

⁵⁸ Filandri M. Proprietari a tutti i costi. La disuguaglianza abitativa in Italia. Roma 2017, Carocci

Tutte le priorità dell'agenda pubblica degli ultimi anni escono rafforzate dall'aver tenuto in considerazione le disuguaglianze di salute correlate ai determinanti sociali. Tuttavia, la misura delle differenze sociali di impatto sulla salute dei singoli interventi potrebbe aiutare a calibrare meglio il portafoglio di azioni che le politiche non sanitarie hanno a disposizione per tutelare maggiormente, e in modo più equo, il benessere della popolazione. È così che un bilancio di salute delle politiche non sanitarie potrebbe farle diventare vere politiche di salute, che sanno cioè promuovere pari opportunità per tutti, come dichiarato dai governi europei nella strategia Salute in Tutte le Politiche.

I meccanismi di generazione delle disuguaglianze nell'esposizione ai fattori di rischio e nella prevenzione interpellano più direttamente le responsabilità di tutti gli attori, sanitari e non sanitari, nella promozione degli stili di vita, e nella prevenzione ambientale e nei luoghi di lavoro.

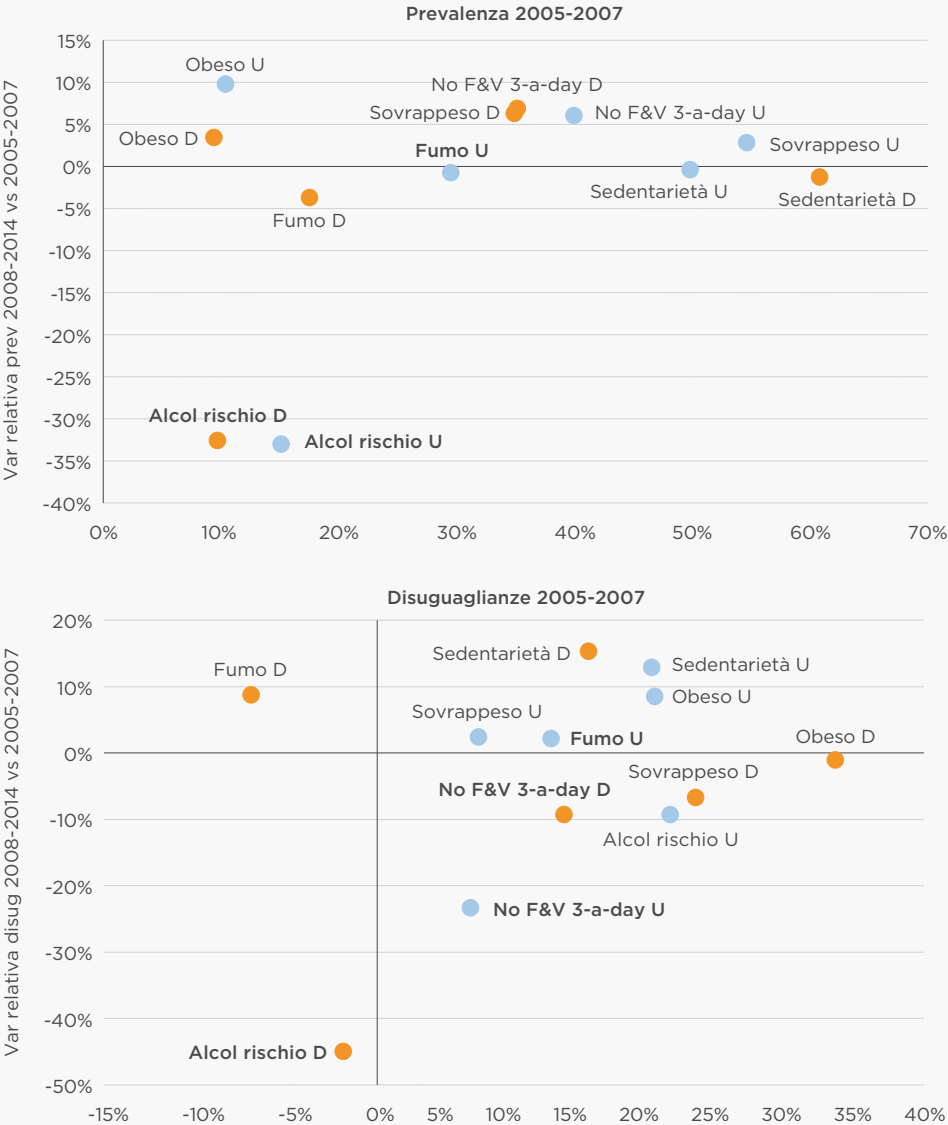
Nel nostro Paese, a parità di età, molti degli stili di vita malsani sono in genere più frequenti tra i meno istruiti. Solo il 13% delle persone con alta istruzione fuma, percentuale che sale al 22% tra coloro che hanno frequentato al massimo la scuola dell'obbligo. Analogamente, solo il 7% di chi ha un titolo di studio elevato è obeso e il 52% è sedentario, contro il 14% e il 72% rispettivamente tra i meno istruiti. Lo stesso può dirsi del consumo inadeguato di frutta e verdura, ossia al di sotto delle 3 porzioni giornaliere, soglia non raggiunta dal 41% dei più istruiti, a fronte del 58% dei meno istruiti. Solo per l'abuso di alcol non sembrerebbe evidenziarsi una differenza statisticamente significativa tra i diversi livelli di studio (5,5% per l'alto e 7,3% per il basso) (Box 8).

Le disuguaglianze possono essere determinate anche da fenomeni di accumulo di più fattori di rischio negli stessi individui. Ad esempio, considerando gli stili di vita riassunti nel Box 8, i soggetti esposti contemporaneamente ad almeno 3 comportamenti insalubri sono il 25% dei maschi più istruiti, rispetto al 40% dei meno istruiti; mentre tra le donne, tali percentuali sono rispettivamente 17% e 30%. Le differenze risultano, inoltre, più accentuate nel Mezzogiorno.

Box 8 - Disuguali nei comportamenti a rischio per la salute

Fumo, abuso di alcol, sedentarietà, alimentazione scorretta e, infine, obesità e sovrappeso sono, in Italia, stili di vita insalubri influenzati dallo svantaggio sociale ma in misura variabile e spesso soltanto in alcune aree territoriali o in uno dei due sessi. Il box illustra sinteticamente le differenti frequenze in Italia dei fattori di rischio citati per livello di istruzione, a parità di età, stratificate per genere e ripartizione geografica, così come rilevate dall'indagine European Health Interview Survey e, solamente per il consumo alcolico, dall'indagine multiscopo Istat Aspetti di vita quotidiana. Risultati più analitici sono presentati nell'Appendice 4. La Figura 4.1 mostra l'andamento tra prima della crisi (2005-2007) e dopo la crisi (2008-2014) di due indicatori, a sinistra la frequenza di esposizione a questi comportamenti a rischio in Italia e a destra la quota % spiegata dalle differenze tra meno e più istruiti.

Figura 4.1. Di seguito, prevalenza standardizzata nel periodo 2005-2007 e variazione relativa rispetto al periodo 2008-2014 per stili di vita considerati. In azzurro gli uomini, in arancione le donne. In quello in basso stessi indicatori, ma calcolati sulle frazioni di esposizione attribuibili alle disuguaglianze sociali. In grassetto le variazioni nel trend nel periodo della crisi economica.



A parità di età, la differenza nel fumo tra coloro con la licenza elementare e coloro che hanno conseguito maturità o laurea è quasi del doppio nel Nord ed è di oltre 10 punti percentuali nel resto del Paese. Le donne oltre a fumare di meno rispetto agli uomini e con meno variazioni geografiche mostrano anche modeste disuguaglianze sociali nel fumo, al sud addirittura a svantaggio di quelle più istruite.

Nel caso dell'indice di massa corporea, in entrambi i sessi sussistono preoccupanti livelli complessivi di sovrappeso e di obesità, specialmente in Meridione, seppur con prevalenze minori rispetto all'Europa, con importanti e più intense disuguaglianze a svantaggio dei meno istruiti, specie se donne. È un rischio in aumento, più 10% sia in termini di frequenza che di disuguaglianze (tra gli uomini). Parte di questo aumento è spiegato dall'inattività fisica, una attitudine persistente nel tempo: in tutte le ripartizioni e in entrambi i generi, a parità di età, i meno istruiti presentano livelli di sedentarietà molto più alti, soprattutto tra le donne nel Sud, con disuguaglianze crescenti nel tempo. Infine il consumo di alcol a rischio è poco frequente, in diminuzione e con modeste variazioni sociali. Considerando tutti gli stili di vita riassunti fino ad adesso e la condizione di sovrappeso, presentano almeno 3 comportamenti insalubri circa il 25% e il 17% rispettivamente degli uomini e delle donne più istruiti (con un chiaro eccesso nel Sud Italia), contro oltre il 40% e quasi il 30% della popolazione maschile e femminile con minor titolo di studio.

Al netto dell'andamento di lungo periodo, con l'esordio della crisi risulta significativa la riduzione del fumo e delle disuguaglianze ad esso associate negli uomini (ed in particolare dei forti fumatori) come pure delle disuguaglianze nell'abuso di alcol; si registra invece un aumento significativo delle persone che hanno diminuito il consumo di frutta e verdura, specialmente tra le fasce più istruite, con una corrispondente riduzione delle disuguaglianze sociali associate.

Relativamente ai fattori di rischio dell'ambiente occupazionale e di vita, si è già osservato come condizioni di minore sicurezza e igiene sui luoghi di lavoro siano più frequenti tra i lavoratori impiegati in attività manuali, con la conseguenza che le disuguaglianze negli infortuni e nelle malattie correlate al lavoro sono quasi esclusivamente a carico delle posizioni sociali più basse. Anche nel caso dei rischi ambientali, si verificano disuguaglianze che la letteratura scientifica inquadra nell'ambito delle questioni relative all'*environmental justice*: ad esempio, le persone che già risiedono in aree più deprivate hanno una probabilità doppia di abitare nei pressi di una discarica o di un sito inquinato, più frequentemente collocati in queste aree⁵⁹.

L'analisi delle disuguaglianze nell'esposizione e nella vulnerabilità ai fattori di rischio comportamentali e ambientali rappresenta un'importante base di partenza per orientare le politiche e i programmi di prevenzione, modulandoli sui gruppi per i quali sono emerse le maggiori criticità, anche in termini di scelte allocative delle risorse. Ad esempio, se l'esposizione a un fattore di rischio come il fumo si dimostra più frequente tra i lavoratori manuali, allora gli interventi di prevenzione dovrebbero riguardare in modo più intensivo tale gruppo. Allo stesso tempo, se i lavoratori manuali mostrassero anche maggiori difficoltà a smettere di fumare, per via di una maggiore dipendenza, allora sarebbe necessario mettere a punto specifiche strategie di intervento di cessazione dal fumo, in modo da garantire azioni parimenti efficaci sia tra i lavoratori manuali sia tra quelli non manuali. In altri termini, i destinatari degli interventi di prevenzione non dovrebbero essere considerati secondo un approccio di mero egualitarismo (che valuta il bisogno di salute della popolazione attraverso i valori medi); al contrario, per essere egualmente efficaci, gli interventi dovrebbero essere offerti in modo proattivo

⁵⁹ Martuzzi M, Mitis F, Forastiere F. Inequalities, inequities, environmental justice in waste management and health. Eur J Public Health 2010;20(1):21-6.

e commisurati alla diversa propensione e attitudine delle persone al cambiamento dei comportamenti a rischio.

A tutt'oggi, nel nostro Paese, l'offerta di interventi di prevenzione ha però seguito solo in parte questi orientamenti: le strategie adottate non sono ancora abbastanza coordinate rispetto a un esplicito obiettivo di riduzione delle disuguaglianze (Box 9).

Un esempio virtuoso di prevenzione orientata all'equità è rappresentato dagli interventi proattivi di *screening* per i tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto. È noto che le donne meno istruite, o con maggiori difficoltà economiche, oppure straniere, si sottopongono meno frequentemente allo *screening* cervicale o mammografico⁶⁰. Dati recenti dimostrano, però, che questo svantaggio sociale nell'adesione è meno accentuato tra le donne a cui viene offerto un programma organizzato con "invito attivo"⁶¹,⁶². È stato anche dimostrato che, nel caso del tumore della mammella, l'introduzione del programma di *screening* è in grado di azzerare le differenze di sopravvivenza per livello socio-economico presenti al momento dell'attivazione^{63,64}.

A volte però non è sufficiente impostare i programmi di prevenzione in modo pro-attivo per raggiungere tutti i soggetti a maggiore rischio, ma è anche necessario rimodulare l'intervento per venire incontro alla loro particolare vulnerabilità. Si verifica, ad esempio, nei programmi di copertura vaccinale, dove, nonostante l'offerta attiva, alcuni gruppi più svantaggiati, sia italiani che stranieri, aderiscono di meno. È il caso della vaccinazione antirosolia nelle donne in età fertile dove le immigrate mostrano tassi di immunizzazione di molto inferiori rispetto alle italiane (Box 9)⁶⁵. È necessario adottare una comunicazione culturalmente orientata, capace di superare le cause della scarsa adesione.

Un altro caso in cui sarebbe necessaria un'offerta proattiva e personalizzata di misure preventive è costituito dal *counselling* sanitario. Tale strumento di provata efficacia per aiutare a cambiare i comportamenti insalubri è ancora poco utilizzato e affidato alla buona volontà e professionalità degli operatori sanitari. Solo un fumatore su due riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare, una persona su due in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto l'indicazione di perdere peso, appena il 30% degli assistiti riceve il consiglio di praticare attività fisica e solo il 6% dei consumatori di alcol a maggior rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno.

⁶⁰ Francovich L, Di Napoli A, Giorgi Rossi P, Gargiulo L, Giordani B, Petrelli A. La prevenzione dei tumori femminili nelle donne immigrate residenti in Italia. In Petrelli, Di Napoli A, Perez M, Gargiulo L (a cura di). Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat. Epidemiol Prev 2017; 41 (3-4) Suppl 1: 18-25

⁶¹ <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningMammografico.asp>. ultimo accesso 5 ottobre 2017

⁶² Minardi V, Federici A, Bertozzi N, Carrozzi G, Trinito MO; Gruppo Tecnico PASSI. Effective organised screening programme reduces disparity of access. Epidemiol Prev 2012;36(6):371

⁶³ Pacelli B, Carretta E, Spadea T, Caranci N, Di Felice E, Stivanello E, Cavuto S, Cisbani L, Candela S, De Palma R, Fantini MP. Does breast cancer screening level health inequalities out? A population-based study in an Italian region. Eur J Public Health 2014;24(2):280-5.

⁶⁴ Puliti D, Miccinesi G, Manneschi G, Buzzoni C, Crocetti E, Paci E, Zappa M. Does an organised screening programme reduce the inequalities in breast cancer survival? Ann Oncol 2012;23(2):319-23.

⁶⁵ Fabiani M, Ferrante G, Minardi V, Giambi C, Riccardo F, Declich S, Masocco M. (2017) Comparison of rubella immunization rates in immigrant and Italian women of childbearing age: Results from the Italian behavioral surveillance system PASSI (2011-2015). PLoS ONE 12(10): e0178122.

Il *counselling* sanitario, primariamente rivolto alle persone con patologie croniche o con comportamenti a elevato rischio (forti fumatori, persone obese, forti consumatori di alcol), viene ancora oggi prevalentemente utilizzato per il contenimento del danno più che come strumento di prevenzione primaria, e non è mediato dalle caratteristiche sociali dell'assistito, sebbene fra i gruppi socialmente più svantaggiati ci sia una maggiore prevalenza di comportamenti insalubri. (*Appendice 5*).

Vi sono però evidenze che il supporto offerto dai professionisti sanitari nell'ambito delle attività di counselling sia efficace in modo differenziale nel far cambiare gli stili di vita insalubri. Ad esempio, il counselling motivazionale offerto proattivamente dal pediatra alle famiglie dei bambini in sovrappeso per prevenire l'obesità è risultato efficace solo quando la madre è risultata diplomata o laureata^{66,67}.

Box 9 - Disuguali nella prevenzione

I dati del sistema di sorveglianza del Ministero della salute e delle Regioni, denominato Passi, che illustrano quanto i principali interventi di prevenzione sui comportamenti insalubri siano in grado di moderare le disuguaglianze nell'esposizione ai fattori di rischio sono ampiamente discussi nell'Appendice 5. In particolare sono stati studiati alcuni tra gli esempi più significativi per l'impostazione di interventi di contrasto tramite programmi attivi di invito come gli screening per tumori e le vaccinazioni, o tramite programmi di cambiamento dei comportamenti come il counselling sanitario, o il mercato del tabacco. Il Box 5 richiamerà i principali insegnamenti che si traggono dal caso degli screening e da quello delle vaccinazioni per gli scopi di riduzione delle disuguaglianze nella prevenzione.

I dati Passi mostrano che le persone più svantaggiate per istruzione, difficoltà economiche o cittadinanza straniera si sottopongono meno spesso di quelle più avvantaggiate ai test di diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero e dell'intestino, che sono offerti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con programmi organizzati di screening a gruppi specifici di popolazione.

Gli stessi dati dimostrano come questi svantaggi sociali nella partecipazione al test di screening diventino molto meno evidenti nel caso dei programmi organizzati di screening rispetto al ricorso spontaneo ad esso (*figura 5.1*), a dimostrazione che i programmi attivi di ricerca e invito della persona a rischio sono capaci di ridurre le disuguaglianze di salute.

Il caso dei programmi vaccinali mostra come anche gli strumenti di prevenzione di iniziativa, pur garantendo parità di accesso, possono incontrare le disuguaglianze sociali o culturali nella resistenza o nella suscettibilità all'intervento.

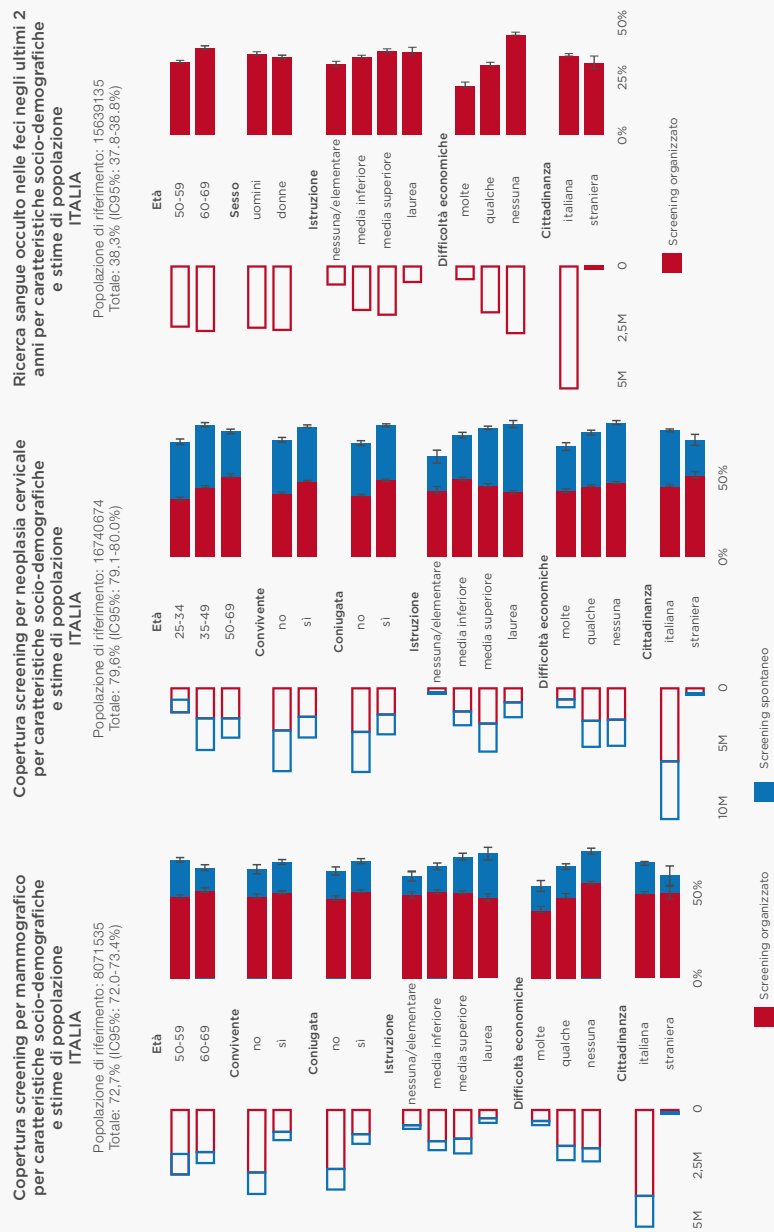
I dati Passi 2011-2015 mostrano tassi di immunizzazione contro la rosolia in donne in età fertile pari al 60% fra le italiane, e del 36% fra le immigrate. Tali differenze non sono dovute a differenze nelle caratteristiche sociodemografiche né a fattori di rischio connessi alla salute.

⁶⁶ Davoli AM, Broccoli S, Bonvicini L, Fabbri A, Ferrari E, D'Angelo S, Di Buono A, Montagna G, Panza C, Pinotti M, Romani G, Storani S, Tamelli M, Candela S, Giorgi Rossi P. Pediatrician-led motivational interviewing to treat overweight children: an RCT. *Pediatrics* 2013;132(5):e1236-46.

⁶⁷ Broccoli S, Davoli AM, Bonvicini L, Fabbri A, Ferrari E, Montagna G, Panza C, Pinotti M, Storani S, Tamelli M, Candela S, Bellocchio E, Giorgi Rossi P. Motivational Interviewing to Treat Overweight Children: 24-Month Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *Pediatrics* 2016;137(1).

Altre barriere, culturali o ostacoli all'informazione, possono giocare un ruolo determinante nell'accesso alla vaccinazione antirubeolica in questi gruppi di popolazione, rendendoli particolarmente vulnerabili. Occorrerà ridisegnare i programmi di promozione della salute nella donna in età fertile individuando tali barriere e adattandovi l'intervento.

Figura 5.1



Diversamente dagli stili di vita individuali, gli interventi di prevenzione ambientale sono meno condizionati dalla disponibilità e dall'adesione al cambiamento da parte delle singole persone. Ciò perché la prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro si fonda essenzialmente su interventi di regolazione normativa e su attività di controllo della loro applicazione. Inoltre, gli effetti prodotti interessano tutti gli esposti, indipendentemente dalla loro posizione sociale. Pertanto, si tratta di interventi che, in partenza, hanno una maggiore probabilità di successo nel ridurre le disuguaglianze di salute, per quanto ancora oggi sussistano – in diversi ambiti lavorativi (soprattutto di lavori manuali) – importanti criticità nella tutela della salute. Gli interventi sull'ambiente, peraltro, non riguardano solo il controllo dei fattori di rischio, ma anche la riqualificazione dei contesti, che facilita di per sé l'adozione di comportamenti sani: ad esempio, gli interventi sul verde pubblico, sul decoro urbano e sulla sicurezza migliorano la “camminabilità” dei contesti cittadini e facilitano la riduzione della sedentarietà dei residenti. Allo stesso modo, la non disponibilità di bevande e cibi insalubri nei distributori presso le scuole contrasta i comportamenti alimentari scorretti; o ancora, il bando di luoghi per il gioco d'azzardo dal bacino di accesso a una scuola riduce il rischio di dipendenza tra i ragazzi.

Le barriere nell'accesso alle cure e le politiche sanitarie

I determinanti delle disuguaglianze di salute che ricadono tra le più dirette competenze della sanità riguardano le barriere nell'accesso alle cure. In questo caso, le conseguenze non si traducono tanto in differenze nel rischio di ammalarsi – come nel caso dell'esposizione ambientale e a stili di vita insalubri – quanto piuttosto nel rischio di non guarire dalla malattia o di subirne limitazioni funzionali.

Questo meccanismo è di particolare attualità per la preoccupazione che con la crisi le misure di austerità nella spesa pubblica, compresa quella sanitaria, abbiano aumentato le barriere nell'accesso alle cure, producendo ricadute negative sulla tutela della salute e sulle disuguaglianze. I dati delle indagini Istat sulla salute degli ultimi quindici anni mostrano come il ricorso al medico di medicina generale, ai farmaci prescrittibili e al ricovero, grazie all'assenza di barriere economiche all'accesso, si sia mantenuto più elevato tra le persone meno istruite, che esprimono un maggior bisogno di salute e ricorrono maggiormente alle cure ospedaliere per condizioni evitabili^{68, 69, 70}.

Viceversa, il ricorso alle visite specialistiche e agli esami diagnostici, che in molti casi prevede una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, risulta essere più frequente tra le persone di alta posizione sociale, nonostante queste ultime ne abbiano mediamente meno bisogno, avendo generalmente migliori condizioni di salute (*Box 10*).

⁶⁸ Costa G (a cura di). Cosa sappiamo della salute disuguale in Italia? <http://www.disuguaglianzedisalute.it/?p=2616>, ultimo accesso 19 ottobre 2017

⁶⁹ Agabiti A, Pirani M, Schifano P, Cesaroni G, Davoli M, Bisanti L, Caranci N, Costa G, Forastiere F, Marinacci C, Russo A, Spadea T, Perucci CA. Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. *BMC Public Health* 2009;9:457.

⁷⁰ Rosano A, Lauria L, Viola G, Burgio A, de Belvis AG, Ricciardi W, Guasticchi G, van der Zee J. Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions and the role of primary care in Italian regions. *Italian Journal of Public Health* 2011;8: 75-86

Peraltro, in Italia come in altri Paesi con sistemi sanitari pubblici, sono state rilevate disuguaglianze sociali nell'accesso a specifici interventi chirurgici in elezione (ad es., interventi per cataratta o artroprotesi d'anca)^{71, 72}; la povertà di competenze, risorse materiali e reti sociali di supporto può limitare la capacità di ricorso tempestivo e appropriato ad alcuni interventi efficaci⁷³.

Per quanto riguarda la barriera rappresentata dal costo delle prestazioni, almeno per le visite e gli esami, in occasione dell'introduzione nel 2011 del superticket è stato valutato l'impatto che l'aumento del costo era in grado di produrre sui consumi sanitari. In questo caso, la diminuzione nel ricorso ai suddetti livelli di assistenza è avvenuta maggiormente per i soggetti non esenti, il che suggerisce come una delle cause sicuramente importanti di tale diminuzione debba essere individuata proprio nell'aumento dei ticket⁷⁴. Se ne deduce che il sistema di esenzione in vigore in Italia può attenuare gli effetti della barriera economica nell'accesso alle visite e agli esami, soprattutto da parte delle persone più bisognose.

Le barriere economiche all'accesso agiscono maggiormente per le cure non prescrivibili (come le cure dentarie), per quelle con lista d'attesa molto lunga o per accertamenti effettuati prima che un grave problema di salute venga diagnosticato. Rispetto a quest'ultimo punto, infatti, il ricorso alle cure – in particolare alle prestazioni diagnostiche – potrebbe essere più problematico proprio per coloro che non hanno ancora una diagnosi accertata, e che pertanto non possono godere dei benefici derivanti dall'esenzione per malattia. In questi casi, dato che i più abbienti sono comunque in grado di sostenere i costi dell'assistenza, si generano notevoli differenze su base socioeconomica nella tempestività di accesso alle cure⁷⁵.

L'effetto finale è la rinuncia ad alcune prestazioni sanitarie a causa degli oneri economici derivanti dagli interventi non prescrivibili, o dal ticket per quelli prescrivibili o ancora dalla spesa privata per aggirare le liste di attesa. Secondo i dati EU-SILC del 2014 (Box 10), il 7,8% della popolazione italiana (pari a circa cinque milioni) avrebbe rinunciato a una o più visite specialistiche e trattamenti terapeutici, pur avendone bisogno. Il confronto tra le statistiche dei diversi Paesi UE indica che l'Italia è sostanzialmente in linea con la media europea, un po' meno della Svezia (9,2%), un po' più della Francia (6,3%), della Danimarca (6,9%) e della Germania (6,4%). Rispetto ad altri Paesi, in Italia sembra prevalere la motivazione economica nella rinuncia alle prestazioni, fatto che merita attenzione dal punto di vista dell'equità. Si sono, inoltre, osservate forti differenze

⁷¹ Petrelli A, De Luca G, Landriscina T, Costa G. Socioeconomic differences in waiting times for elective surgery: a population-based retrospective study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:268.

⁷² Petrelli A, De Luca G, Landriscina T, Costa G, Gnani R. Effect of Socioeconomic Status on Surgery Waiting Times and Mortality After Hip Fractures in Italy. *J Healthc Qual*. 2017 Jul 24.

⁷³ Spadea T, Agabiti N, Bargagli AM, Davoli M. Il ruolo della sanità nella generazione o moderazione delle disuguaglianze di salute: il governo clinico. In: Costa G, Bassi M., Gensini GF, Marra M et al. (a cura di), *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014: pp. 188-223.

⁷⁴ Cislighi C, Sferrazza A. Gruppo Remolett. Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica. *Monitor* 2013; 12(33): 92-103

⁷⁵ Landi S, Ivaldi E, Testi A. Condizioni socio-economiche e tempi di attesa in Italia: analisi empirica basata sull'indagine Istat Salute 2013. In: Costa G, Cialesi R, Migliardi A, Gargiulo L, Sebastiani G, Ruggeri P, Menniti Ippolito F (a cura di). *Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini Istat sulla salute*. Roma 2016, Rapporti ISTISAN 16/26: 183-196

territoriali, per cui la rinuncia alle prestazioni sanitarie in generale risulta stabile nelle regioni del Centro-Nord e aumentata in quelle del Sud; mentre la rinuncia specificatamente per motivi economici è aumentata negli anni della crisi in tutte le regioni, ma particolarmente in quelle del Sud (Box 10).

In questo quadro, l'invecchiamento della popolazione può contribuire ad aggravare la situazione, in quanto cambia il profilo dei bisogni di salute e la non autosufficienza sta diventando un problema cruciale per la sanità pubblica, anche in termini di equità. In Italia esiste un importante divario tra ricchi e poveri e tra Nord e Sud nella prevalenza di persone non autosufficienti, pur tenendo conto della differente struttura per età tra le aree. Si tratta di disuguaglianze geografiche e sociali che sono accentuate da una differente offerta di *long term care* ("lungoassistenza"), in termini di quali-quantità dei servizi, di eleggibilità ed esigibilità del diritto di assistenza, e di compartecipazione alla spesa da parte delle famiglie⁷⁶.

BOX 10 - Disuguali nell'accesso alle cure

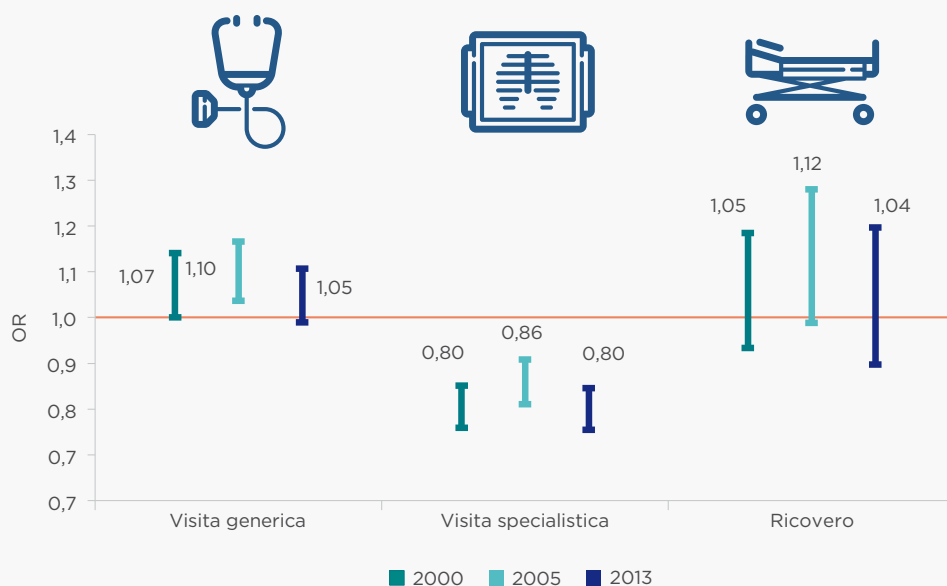


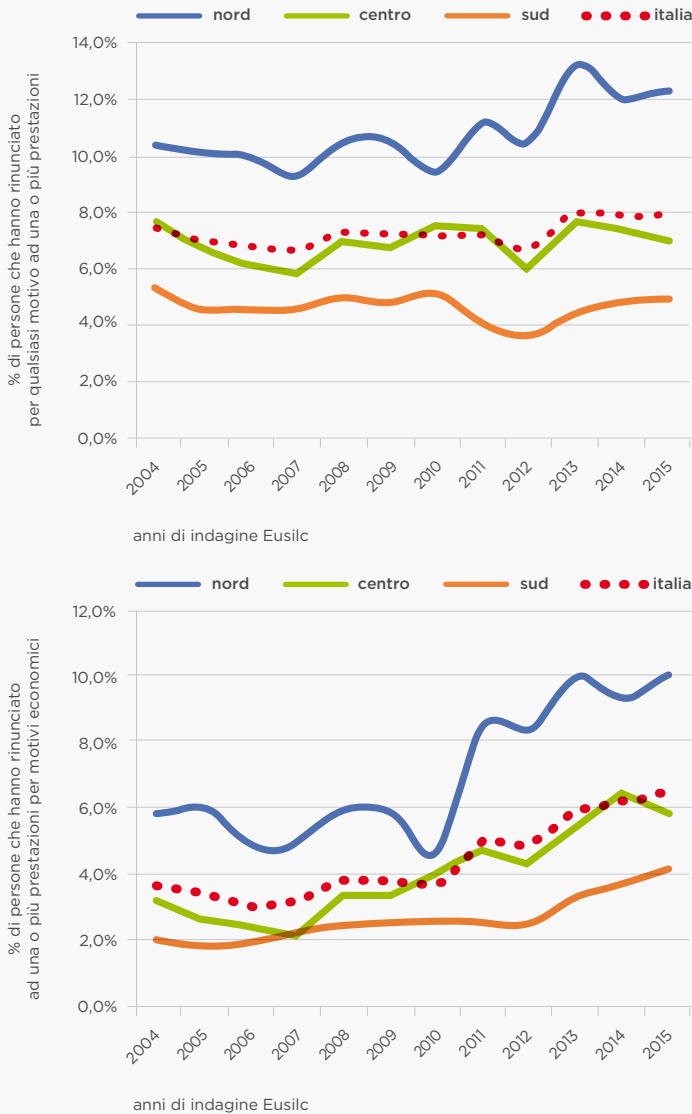
Figura 6.1 Uso di prestazioni sanitarie tra le donne di bassa istruzione rispetto alle più istruite. Italia 2000, 2005, 2013

I dati delle ultime tre indagini Istat sulla salute (2000, 2005, 2013) (fig. 6.1) mostrano che gli italiani di bassa istruzione a parità di altre condizioni ricorrono più spesso alle visite generiche e all'ospedale mentre usano di meno gli esami e le visite specialistiche e che tali differenze sono rimaste stabili negli ultimi 15 anni. Questa rinuncia all'assistenza specialistica potrebbe essere correlata alle barriere economiche all'accesso.

⁷⁶ Rosano A. Rinunce a visite mediche specialistiche o a trattamenti terapeutici per motivi economici in Rapporto Osservasalute 2016. Ed. Prex, Milano, 2017: pp.230-231

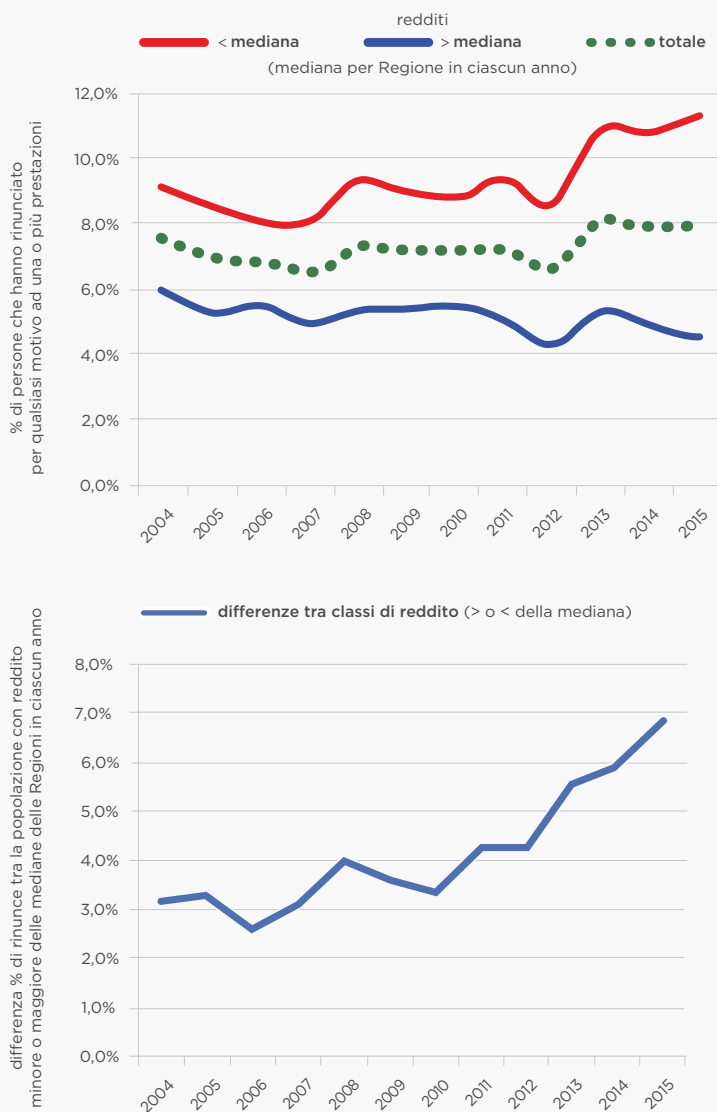
I dati delle Indagini Eusilc sono fondamentalmente coerenti con quelli dell'Indagine Multiscopo e hanno il vantaggio di rilevare il dato sulla rinuncia alle cure in modo comparabile per tutti gli anni dal 2004 al 2015 permettendo di monitorare il fenomeno a cavallo della crisi (fig. 6.2): in questi anni la percentuale di persone che dicono di aver rinunciato ad una o più prestazioni sanitarie non è di molto aumentata in Italia complessivamente (ed è pari al 7.9% nel 2015), mentre vi è stato un chiaro incremento nel riportare come motivazione quella economica. Tuttavia, la variabilità tra aree è molto elevata a discapito del Mezzogiorno, in cui aumentano sia le rinunce per qualsiasi motivo sia quelle per ragioni economiche.

Figura 6.2 Rinuncia ad una prestazione sanitaria in Italia tra il 2004 e il 2015 secondo la ripartizione geografica



Per esaminare il ruolo che le condizioni reddituali possono giocare sulle rinunce, si sono classificati i rispondenti di due classi a seconda che il loro reddito equivalente fosse inferiore o superiore alla mediana del reddito della loro regione nell'anno dell'indagine cui hanno risposto. Utilizzando queste due categorie si vede (fig. 6.3) come le rinunce siano cresciute in chi ha un reddito inferiore alla mediana mentre sono diminuite in chi ha un reddito superiore; in tal modo la forbice tra le due categorie rispetto alla percentuale delle rinunce è cresciuta sempre più, sino a raddoppiarsi. Si veda Appendice 6 per una descrizione dettagliata dei metodi e dei risultati.

Figura 6.3 Rinuncia ad una prestazione sanitaria in Italia tra il 2004 e il 2015 per livelli di reddito



Le considerazioni di politica sanitaria sono che, nonostante le misure di austerità, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in Italia sembrano garantire la salute di tutti, anche dei soggetti più svantaggiati. Tuttavia, oggi la diseguale distribuzione dei servizi sul territorio nazionale, in termini sia quantitativi che qualitativi, riduce l'effetto protettivo del dispositivo dei LEA, indebolendone i livelli effettivi di garanzia. Il Mezzogiorno del Paese continua a peggiorare in termini di disuguaglianze sociali e questo sia perché ci sono più persone che, a causa della povertà di risorse, stanno peggio in salute, sia perché il contesto sociale, ivi compresa l'organizzazione dei servizi sociosanitari, è meno capace di moderare l'effetto sfavorevole della povertà sulla salute delle persone. La consistenza dei flussi di mobilità sanitaria dalle regioni del Sud verso il Nord del Paese è un ulteriore elemento che suggerisce una diversa qualità dell'offerta dei Servizi Sanitari Regionali. Se si analizza il fenomeno della mobilità dal punto di vista socioeconomico, emerge anche un altro meccanismo di disuguaglianza nella salute: sono i malati del Sud più istruiti e ricchi di risorse e di relazioni che generalmente tendono a curarsi fuori dalla propria regione, e questo crea ulteriori disparità di accesso alle opportunità di cura⁷⁷.

In definitiva, permangono importanti ostacoli all'equità, sia verticale (differenze tra gruppi di popolazione), sia orizzontale (differenze tra territori).

Queste disuguaglianze sono alla base della cosiddetta *inverse care law* (chi ha più bisogno è anche chi di solito riesce a utilizzare di meno ciò che gli servirebbe), le cui conseguenze dovrebbero essere esplicitamente e attivamente presidiate dalle istituzioni e dai professionisti impegnati nei diversi percorsi assistenziali.

⁷⁷ Petrelli A, Landriscina T, Costa G, Bologna E, Bonciani M, Marinacci C, Sebastiani G. Viaggiare per la salute: necessità o opportunità? Monitor 2012; 29 (suppl 9): 67-73

LE POLITICHE DI CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE EVITABILI

Riferimenti per le azioni

Dal punto di vista dei principi cui ancorare un'azione programmatica di contrasto alle disuguaglianze, vale richiamare l'art. 32 della Costituzione che tutela la salute come diritto esigibile da parte dell'individuo e interesse della collettività, in quanto bene comune. Tale impostazione si richiama all'art. 2, che riconosce e garantisce i diritti fondamentali e richiede al tempo stesso l'adempimento dei doveri di solidarietà politica, economica e sociale. Inoltre, il riconoscimento di cure gratuite agli indigenti introduce un principio di uguaglianza, connesso a quello di libertà e autodeterminazione, per cui "uguali si diventa all'interno di una comunità politica che si fa guidare dalla giustizia"⁷⁸. Una giustizia che la stessa Costituzione nei principi fondamentali (art. 3) declina in termini di uguaglianza sostanziale, impegnando la Repubblica a rimuovere gli ostacoli economici e sociali che, limitando la libertà e l'uguaglianza, impediscono il pieno sviluppo della persona e la partecipazione alle fonti di progresso, anche spirituale (estensione questa che allarga la definizione anche al benessere multidimensionale). Ne discende che molte disuguaglianze, in quanto "socialmente determinate", possono e devono essere contrastate. L'art. 32 sulle cure gratuite agli indigenti evidenzia che alcuni diritti non devono essere riconosciuti solo formalmente, ma anche resi concretamente accessibili a tutti, e in particolare a coloro che, per le loro condizioni materiali, potrebbero non goderne in maniera effettiva⁷⁹.

A fronte dei principi costituzionali, i dati sulle disuguaglianze di salute prima illustrati indicano che per promuovere una salute meno disuguale non basta assicurare un'opportunità di accesso ai livelli di tutela che sia uguale per tutti, in quanto i rischi e i bisogni si distribuiscono in modo disuguale: l'accesso, quindi, dovrebbe essere garantito in misura proporzionale al bisogno, cercando di assicurare anche pari capacità di beneficiarne.

A tale riguardo, gli organismi europei ed internazionali hanno elaborato indirizzi per le possibili risposte istituzionali e politiche.

Sino a oggi, il più ambizioso e completo sforzo di elaborazione di dati e raccomandazioni sui determinanti sociali di salute è rappresentato dal lavoro fatto dalla *Commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui Determinanti Sociali di Salute*. I suoi risultati hanno ispirato numerose iniziative a livello internazionale, europeo e nei singoli Paesi. Il Rapporto della Commissione sottolinea che i determinanti sociali, cioè le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, sono le cause sottostanti delle disuguaglianze di salute e che vi sono azioni che possono ridurre tali disuguaglianze. In particolare, la Commissione conclude con tre principali raccomandazioni: migliorare le condizioni di vita quotidiane; contrastare la distribuzione disuguale del potere, del denaro e delle risorse; comprendere meglio il

⁷⁸ H. Arendt. *Le origini del totalitarismo*, Einaudi, Torino, 2009, 417.

⁷⁹ C. Salazar, *Dal riconoscimento alla garanzia dei diritti sociali*, Giappichelli, Torino, 2000.

fenomeno delle disuguaglianze e valutare l'impatto delle azioni⁸⁰.

La Regione europea dell'OMS ha quindi elaborato un'approfondita revisione in merito ai divari di salute esistenti in Europa⁸¹. Si è evidenziato come, per raggiungere l'equità nella salute, siano indispensabili azioni sui determinanti sociali lungo tutta la traiettoria di vita, con investimenti di tipo economico e sociale che vanno oltre le strette responsabilità sanitarie.

Anche rispetto al tema dell'equità, dunque, la strategia della “*Salute in Tutte le Politiche*” (SiTP), elaborata dall'Unione Europea durante la presidenza finlandese nel 2006 e promossa a livello internazionale dall'*Osservatorio europeo sui sistemi sanitari e sulle politiche*, appare in tutta evidenza la più efficace per orientare le politiche di contrasto delle disuguaglianze. Il concetto base della SiTP è che la promozione della salute non può essere affidata solo a interventi di tipo sanitario, ma deve coinvolgere, in modo sinergico e trasversale, molteplici attori impegnati a livello nazionale, regionale e locale, in diversi settori: educazione, politiche fiscali, agricoltura, ambiente, trasporti, mezzi di comunicazione, organizzazioni di volontariato, industria, autorità locali ecc.

A tale riguardo, la Carta di Tallin⁸² ha sottolineato il ruolo cruciale di “*stewardship*”⁸³ che i Ministeri della Salute devono esercitare per promuovere l'inclusione di considerazioni di tipo sanitario in tutte le politiche, e sostenere l'effettiva attuazione nei diversi settori, nell'ambito di una governance⁸⁴ partecipativa che permetta interventi coordinati sulle varie funzioni del sistema Paese.

Nel 2009, come già ricordato in introduzione, la Commissione Europea ha prodotto la Comunicazione “*Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE*”⁸⁵, e una rassegna⁸⁶ sullo stato di avanzamento delle politiche di contrasto nei Paesi europei. Il documento ha dimostrato un divario importante tra i Paesi europei, e al loro interno. La graduatoria mostra che alcuni Paesi hanno adottato un approccio integrato tra le diverse politiche di settore, per sviluppare una governance delle azioni volte a promuovere l'equità nella salute (Regno Unito, Irlanda, Paesi scandinavi e Paesi Bassi, più recentemente Austria e Germania). Altri Paesi europei, tra cui l'Italia, mostrano di essere impegnati su diversi fronti, prevalentemente sanitari, ma tuttora poco integrati tra loro. Altri Paesi hanno difficoltà a misurare e riconoscere l'importanza del problema (prevalentemente i Paesi dell'Est europeo, la Grecia e il Portogallo). La rassegna riassume

⁸⁰ Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on social determinants of health, final report. WHO 2008.

⁸¹ Review of social determinants and the health divide in the WHO Europe Region: final report. WHO 2013.

⁸² http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1314_allegato.pdf, ultimo accesso 24 ottobre 2017

⁸³ Nel campo della sanità pubblica, il concetto di stewardship è stato introdotto nel World Health Report 2000 dell'OMS come “l'accurata e responsabile governance del benessere della popolazione” (Saltman RB, Ferroussier-Davis O. On the concept of stewardship in health policy. Bulletin of the World Health Organization, 2000).

⁸⁴ Quello della governance è un fenomeno più ampio di quello del governo. Esso include le istituzioni di governo, ma anche quei meccanismi informali e non-governativi attraverso i quali individui e organizzazioni si orientano nei loro campi d'azione, soddisfano i loro bisogni, e realizzano i loro obiettivi (Rosenau, Czempel, 1992: 4). “La Clinical Governance è un sistema attraverso cui le organizzazioni sanitarie (Aziende Sanitarie) sono responsabili del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria” (Scaly e Donaldson, 1998).

⁸⁵ Commissione europea. Comunicazione “Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Ue” (Commissione europea, 2009).

⁸⁶ Il testo del report della Commissione europea è consultabile alla pagina web: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf

le sue raccomandazioni con lo slogan “*Do some, do more, do better*”, che assegna a ogni Paese obiettivi progressivamente più ambiziosi: il livello assegnato all'Italia è il “*Do more*”.

Alla *Comunicazione della Commissione Europea* è seguita una *Joint Action*, chiamata “*Equity Action*”: un'azione comune di molti Paesi europei, che è servita a sviluppare strumenti per presidiare l'equità di salute nelle politiche e negli interventi (*health equity audit* è la locuzione più usata per descrivere la funzione di valutazione e controllo di impatto degli interventi sull'equità di salute) e per coinvolgere i portatori di interesse⁸⁷. Successivamente, il Parlamento Europeo ha giudicato che vi fossero ancora troppe disparità tra i Paesi europei nella capacità di orientare le politiche al contrasto delle disuguaglianze di salute, e ha chiesto che il programma europeo di *Public Health* del 2017 lanciasse una nuova *Joint Action* sulle disuguaglianze di salute. Questa nuova iniziativa sarà coordinata dall'Italia e coinvolgerà 28 Paesi.

Ulteriori indicazioni per lo sviluppo delle politiche di equità in salute provengono dall'OCSE che considera le disuguaglianze sociali come un ostacolo allo sviluppo umano e alla crescita economica. Nella teoria keynesiana, infatti, la propensione marginale al consumo delle famiglie con reddito basso è maggiore rispetto a quella dei nuclei con reddito alto, il che significa che aumentare la redistribuzione del reddito in favore delle fasce basse e medio-basse comporta un aumento nei consumi, che altrimenti non si verificherebbe. Inoltre, tali disuguaglianze provocano anche una perdita di capitale umano⁸⁸ nel medio-lungo periodo: le persone economicamente svantaggiate avranno meno occasioni di mobilità sociale e maggiori difficoltà a sviluppare le loro capacità attraverso un adeguato livello di istruzione e formazione, e in termini di opportunità lavorative.

Questi orientamenti internazionali diventano centrali nella definizione degli obiettivi delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile. Infatti, nel settembre 2015, i leader dei 193 Stati membri delle Nazioni Unite hanno adottato all'unanimità il documento “*Trasformare il nostro mondo: l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile*”. Si tratta di un piano globale, molto ambizioso che propone di porre fine alla povertà entro il 2030, ridurre le disuguaglianze e perseguire un futuro sostenibile, anche attraverso azioni che mitigino gli effetti del cambiamento climatico a livello globale. Tale piano, per la sua implementazione prevede la partecipazione attiva di tutte le componenti della società: dal settore pubblico alle imprese, dalla società civile alle istituzioni filantropiche, dalle università e centri di ricerca agli operatori dell'informazione e della cultura.

L'Agenda è strutturata in 17 obiettivi per lo sviluppo sostenibile e 169 target che occorre raggiungere entro il 2030. Gli obiettivi mirano ad affrontare gli ostacoli sistemici allo sviluppo, come le disuguaglianze, i sistemi di produzione e consumo non sostenibili, le infrastrutture inadeguate, la mancanza di lavoro dignitoso, i cambiamenti climatici e la perdita degli ecosistemi e della biodiversità. Due di questi obiettivi riguardano in modo specifico le aree di interesse di questo documento: la garanzia della salute (Obiettivo 3) e la riduzione delle disuguaglianze (Obiettivo 10). Per monitorare la realizzazione dei 17 obiettivi da par-

⁸⁷ <http://www.health-inequalities.eu/projects/past-projects/equity-action/>

⁸⁸ Il Capitale umano è generalmente inteso come un insieme di conoscenze, abilità e competenze, acquisite da un individuo (e da una collettività) nel corso della vita. Tale capitale costituisce una forma di ricchezza per la società (o per una nazione), favorendo il raggiungimento di obiettivi economici e sociali.

te dei Paesi Membri è stato creato un *High Level Political Forum* (HLPF), che è la principale piattaforma delle Nazioni Unite per il *follow-up* e la *review* degli obiettivi dell'Agenda, e ha il compito di fare il punto su progressi e ritardi nella realizzazione dei 17 obiettivi.

Nel luglio 2017, il Governo italiano ha sottoposto al vaglio dell'HLPF la *Voluntary National Review* che descrive la strategia di sviluppo sostenibile dell'Italia. Il nostro Paese è fra i primi ad avere volontariamente sottoposto a valutazione la propria strategia nazionale, dimostrando la volontà di rispettare gli impegni sottoscritti per l'attuazione dell'Agenda.

I principi ispiratori di tale strategia sono quattro: integrazione, universalità, inclusione e trasformazione. L'approccio programmatico e statistico-analitico dei 17 obiettivi e 169 target si articola in cinque capitoli che corrispondono alle 5 P: *People, Planet, Prosperity, Peace e Partnership*, e fotografano le tendenze nei diversi ambiti nazionali nell'ultimo decennio. Le priorità individuate riflettono le difficoltà legate alla crisi economica mondiale, che ha prodotto «l'aumento delle disuguaglianze e delle migrazioni, nonché forti mutazioni nel mercato del lavoro e nelle tendenze demografiche»⁸⁹.

Nell'ambito del monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile, relativo a 157 dei 193 Stati che si sono impegnati alla loro realizzazione, è stato pubblicato l'*SDG Index and Dashboards – Global Report 2017* (2017-SDG-Index-and-Dashboards-Report-full.pdf - Adobe Acrobat Pro DC)⁹⁰. Secondo i risultati del Report, nessun Paese, neppure quelli del Nord Europa, ha raggiunto gli obiettivi prefissati: la graduatoria, su una scala da 0 a 100 (dove 100 indica il raggiungimento degli obiettivi definiti dall'ONU), vede ai primi quattro posti la Svezia (85,6 punti), la Danimarca (84,2), la Finlandia (84,0) e la Norvegia (83,9), mentre l'Italia si posiziona al 30esimo posto con un punteggio medio di 75,5, al di sotto della media dei paesi OCSE che è di 77,7. Il Dashboard evidenzia gli obiettivi e gli indicatori con quattro colori per illustrare i punti di forza (verde), gli aspetti su cui bisogna ancora lavorare abbastanza (giallo), quelli su cui è necessario lavorare molto (arancione) e gli elementi critici (rosso) su cui occorre intervenire tempestivamente. Per nessuno degli obiettivi/indicatori è stato assegnato all'Italia il verde, mentre per 5 addirittura in rosso: occupazione, consumo e produzione responsabili, cambiamento climatico, flora e fauna acquatica e pace, giustizia e istituzioni solide. Relativamente alle disuguaglianze di salute, l'Italia è più vicina al traguardo sull'obiettivo 3 – Garanzia della salute (91,8 punti raggiunti), mentre sull'obiettivo 10 – Riduzione delle disuguaglianze – rimane ancora molto da fare (punteggio 72,5). Il Rapporto fornisce anche una classifica dei Paesi OCSE, in cui l'Italia si posiziona 17esima su 35⁹¹.

L'equità nella salute: dalle politiche ai programmi

Di fronte a questo quadro, la capacità di risposta del Paese è ancora molto variabile tra le Regioni, e non sufficientemente coordinata a livello nazionale. Tuttavia, malgra-

⁸⁹ <http://www.asvis.it/home/46-2029/asvis-bene-il-documento-presentato-dallitalia-allonu-ma-ora-passiamo-ai-fatti#.Wbp1Eemd-OJk>

⁹⁰ Lanciato nel giugno 2016, l'*SDG Index and Dashboards – Global Report* è uno strumento ideato per monitorare il procedimento e l'attuazione dei singoli Obiettivi attraverso un quadro attendibile e aggiornato, che dia evidenza di come i diversi Stati affrontano le criticità in materia di sviluppo sostenibile in vista della scadenza del 2030.

⁹¹ 2017-SDG-Index-and-Dashboards-Report—full.pdf - Adobe Acrobat Pro DC

do le difficoltà iniziali e i ritardi, ci sono i presupposti per applicare la strategia SiTP in maniera efficace, efficiente ed equa, al fine di ridurre le disuguaglianze nell'accesso alla salute da parte della popolazione su tutto il territorio.

A tale riguardo, il Ministero della Salute ha intrapreso azioni informate alla strategia della SiTP, nei programmi a livello nazionale, regionale e locale, e si appresta ad attivarsi in maniera proattiva e sistematica in direzione di altri settori le cui politiche e programmi hanno un impatto sulla salute. Per raggiungere tali finalità, il Ministero si è dotato dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP). L'Istituto ha tra i suoi principali obiettivi istituzionali il perseguimento dell'equità nella salute attraverso la produzione di evidenze scientifiche, la realizzazione di attività di ricerca epidemiologica e la sperimentazione di modelli assistenziali utili all'elaborazione di possibili strategie efficaci da proporre ai vari livelli del sistema socio-sanitario.

Contestualmente, sono stati avviati a livello nazionale progetti di studio sulle disuguaglianze nell'accesso alla salute e incontri multisettoriali, per intensificare la sensibilizzazione dei diversi *stakeholder* al problema delle disuguaglianze e condividere le buone pratiche già sperimentate. Infatti, in seguito al Rapporto *“L'equità della salute in Italia”* del 2014, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha assegnato all'INMP l'obiettivo di costruire una base di conoscenza sul tema delle disuguaglianze e di avviare una discussione critica tra i principali attori delle politiche, pubblici e della società civile, al fine di sensibilizzarli all'equità nella salute. I risultati del Rapporto sono stati diffusi in ambito sanitario e in altri settori interessati alla salute. L'attenzione si è concentrata, da un lato, su soggetti con una responsabilità diretta o strumentale sulle politiche (come i Ministeri, la Conferenza delle Regioni e le associazioni degli Enti locali, oltre agli Enti e alle Agenzie nazionali) e, dall'altro, su organizzazioni “ombrello” che hanno compiti di rappresentanza di diverse categorie – dalle imprese ai sindacati, dal terzo settore alle associazioni professionali e scientifiche. La consultazione si è sviluppata tra il 2015 e 2016 e ha coinvolto più di 100 interlocutori (40% del mondo sanitario, 20% di quello non sanitario e 40% degli enti strumentali). Sono stati utilizzati metodi e strumenti variabili in base alla natura e alla disponibilità degli *stakeholder*, mentre i principali messaggi da comunicare sono stati il più possibile adattati al profilo dei gruppi coinvolti⁹². Le consultazioni hanno permesso di rendere questi interlocutori più informati e consapevoli riguardo alle disuguaglianze di salute e all'impatto che le politiche adottate nei propri settori di competenza potrebbero avere. Inoltre, tutti gli attori coinvolti hanno avuto la possibilità di condividere le proprie esperienze – con particolare riferimento alle buone pratiche potenzialmente replicabili – e proporre suggerimenti per la costruzione di un piano di azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute. Queste consultazioni hanno permesso anche di valutare come gli attori interpellati giudicano i progressi fatti in Italia negli ultimi anni per promuovere una salute più equa⁹³. Dei risultati di queste consultazioni si riferisce in modo dettagliato nell'Allegato.

^{92, 93} www.disuguaglianzedisalute.it

Dalle consultazioni emerge che le politiche sanitarie della prevenzione, e in particolare l'ultimo *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*, che ha tra i suoi principi il contrasto delle disuguaglianze nella prevenzione, si stanno orientando verso obiettivi di equità nei principali ambiti di azione, attraverso il contrasto delle disuguaglianze nell'esposizione ai fattori di rischio ambientali, biologici e comportamentali che si sviluppano nei diversi *setting* (lavoro, scuola, comunità ecc.). Il piano può così rilanciare l'approccio dell'equità nella salute in tutte le politiche, attraverso un ampio coinvolgimento degli *stakeholder* e con una forte *governance* sanitaria. I titolari dell'attuazione del Piano (Regioni, ASL e professionisti) cominciano a esserne consapevoli e possono assecondare questo processo, se adeguatamente sostenuti da informazioni e linee guida.

Anche le politiche dell'assistenza sanitaria si sono rivelate capaci di utilizzare adeguatamente alcuni strumenti di regolazione e di programmazione per presidiare l'equità nella salute (si vedano gli ultimi provvedimenti di aggiornamento della definizione e del monitoraggio dei LEA), ma l'obiettivo di riduzione delle disuguaglianze di salute non è ancora inserito esplicitamente e organicamente in un piano di sviluppo di tutto il settore sanitario. Sarebbe necessario, pertanto, impegnare in questa direzione tutti i centri di responsabilità delle diverse Direzioni del Ministero della Salute, e la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, accompagnandoli con adeguati interventi di miglioramento dei sistemi di monitoraggio dei dati sulle disuguaglianze e di documentazione circa le azioni più efficaci.

Alcuni ordini e comunità professionali sanitarie stanno già lavorando a una "Carta" dei doveri per l'equità di salute, nell'ambito della propria competenza. Un particolare investimento sugli strumenti di formazione di base, specialistica e continua potrebbe facilitare lo scopo.

Gli investimenti sul monitoraggio dei dati e la ricerca scientifica sulle disuguaglianze in sanità hanno sostenuto l'integrazione tra i sistemi informativi e statistici sanitari e non, tramite *record linkage*, mostrando di essere molto efficaci nel coinvolgere gli interlocutori. In questo ambito, sarebbe opportuno supportare i programmi di sviluppo dei sistemi di indagine trasversale e longitudinale a livello nazionale, nonché sostenere quelli attualmente in corso ai livelli regionali e locali, per un più capillare monitoraggio dell'accesso e dell'esito degli interventi commisurati al bisogno.

Anche nel settore delle politiche non sanitarie si riconosce che l'equità nella salute è un criterio irrinunciabile di valutazione di impatto, da introdurre nei processi decisionali. La recente edizione 2017 del Festival di Economia di Trento è stata dedicata a "La salute disuguale"⁹⁴ e ha visto esperti appartenenti ai più disparati settori confrontarsi sul tema. Le politiche non sanitarie costituiscono l'ambito che esige più sforzi da parte della sanità per il coinvolgimento di attori, istituzionali e non, in progettualità innovative volte ad assicurare la salute per tutti.

⁹⁴ <http://2017.festivaleconomia.eu/>

Una comune difficoltà evidenziata da tutti gli interlocutori è che, nonostante i dati dimostrino chiaramente l'importanza delle disuguaglianze di salute, il tema dell'equità ha finora stentato a far breccia nell'agenda pubblica, non solo quella del nostro Paese, anche per la mancanza di un *locus of control* specifico che motivi i vari attori a prendere in carico il problema. La globalità e intersettorialità, che dovrebbero contrassegnare i piani e programmi per l'equità di salute, sono anche il punto più difficile da marcare, in una società in cui la divisione in comparti stagni delle responsabilità e delle risorse e la rendicontazione per adempimenti e non per risultati rappresentano ostacoli spesso insormontabili e a volte anche giustificati da conflitti di priorità tra i vari settori.

Nell'agosto del 2016, il Parlamento italiano – con voto a larga maggioranza – ha inserito tra gli obiettivi della politica economica del Governo, nella riforma della legge di contabilità e finanza pubblica, il *benessere equo e sostenibile* (BES). A partire dal 2018, i 12 indicatori del BES selezionati dal Comitato per gli indicatori di benessere equo e sostenibile, inclusa la salute, sono stati adottati con decreto del Ministro dell'economia e finanze, e saranno inclusi nell'esercizio di simulazione di impatto delle politiche⁹⁵. Preliminarmente, accanto agli obiettivi tradizionali che riguardano il PIL e l'occupazione – che continuano a essere indicatori portanti per stimare e promuovere il benessere dei cittadini – il DEF illustra l'andamento del reddito medio disponibile, della disuguaglianza dei redditi, della mancata partecipazione al mercato del lavoro, delle emissioni di CO₂ e altri gas clima-alteranti. Per le stesse variabili, il DEF fissa anche gli obiettivi programmatici. L'Italia è il primo Paese avanzato a darsi il mandato di misurare la programmazione economica sui criteri della sostenibilità e dell'equità⁹⁶.

^{95, 96} <https://www.istat.it/it/archivio/203437>

VERSO UNA STRATEGIA CONDIVISA PER L'EQUITÀ NELLA SALUTE

Raccogliendo tutti gli stimoli che vengono dagli indirizzi internazionali e dalla consultazione degli *stakeholder*, si può concludere che gli obiettivi prioritari di un investimento nazionale per l'equità di salute dovrebbero essere focalizzati sui determinanti e sui meccanismi che causano la maggiore quantità di disuguaglianze e che sono evitabili. Tali obiettivi, pertanto, dovrebbero tenere in considerazione i seguenti aspetti:

- dal momento che le opportunità di salute si determinano già nei primi anni di vita, bisognerebbe investire nelle capacità genitoriali e nelle condizioni di vita degli anni prescolari per far crescere le possibilità di apprendimento di capacità e competenze utili per la salute. Queste poi si possono ulteriormente strutturare attraverso un'offerta scolastica dinamica che deve saper far crescere, oltre alle credenziali educative, anche le *life skills*, cioè quelle abilità cognitive, emotive e relazionali di base che consentono alle persone di operare con competenza sul piano individuale e sociale;
- poiché l'occupabilità e la qualità del lavoro sono i principali determinanti della salute nell'adulto, le politiche occupazionali e quelle volte alla promozione della salute nei luoghi di lavoro dovrebbero orientare i loro dispositivi e programmi all'equità nella salute;
- dal momento che le risorse materiali delle famiglie sono essenziali per la tutela della salute, le politiche di sostegno al reddito e di contrasto alla povertà devono essere considerate anche in relazione all'impatto sulle disuguaglianze di salute;
- stante che le condizioni di vita, sia fisiche che relazionali, nei diversi contesti (casa, quartiere, città, comunità) hanno un significativo potenziale di moderazione delle disuguaglianze di salute, le politiche abitative, di riqualificazione ambientale e di sostenibilità urbana devono essere ricalibrate di conseguenza;
- poiché i principali fattori di rischio per la salute sono sistematicamente più frequenti e più dannosi tra le persone di bassa posizione sociale, le politiche di prevenzione e promozione della salute devono orientare e calibrare i loro interventi verso questi gruppi a maggior rischio;
- dato che, infine, i sistemi di cura, insieme alle relazioni sociali di prossimità, possono rendere capaci le persone di valorizzare le proprie risorse e competenze, è fondamentale contrastare tutte quelle barriere alle cure e all'assistenza di qualità - siano esse economiche, organizzative, professionali o culturali - che possono portare alla rinuncia alle cure o a una scarsa appropriatezza ed efficacia delle prestazioni.

È anche necessario che le azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute privilegino la centralità delle comunità locali, perché è questo il luogo dove tali criticità si manifestano e dove è possibile realizzare l'integrazione orizzontale delle politiche e costruire le alleanze e le capacità che generano equità. Questo senza però trascurare la necessità di integrazione verticale delle politiche sul modello della strategia SiTP, sotto la regia sanitaria.

Inoltre, poiché le disuguaglianze di salute tendono molto spesso a crescere in misura progressiva e parallela all'aumentare dello svantaggio sociale, sarebbe più opportuno che si privilegiasse una strategia di tipo universalistico, volta al miglioramento della sa-

lute di tutta la popolazione, ma in modo proporzionale all'intensità delle disuguaglianze relative su base socio-economica. Interventi di tipo selettivo possono essere indirizzati in maniera prioritaria sui gruppi più deprivati.

Una strategia orientata ai bersagli precedentemente descritti, che operi seguendo un approccio di universalismo proporzionato al bisogno, dovrebbe proporsi di ridurre le disuguaglianze sociali nella salute sulla scala delle misure assolute di disuguaglianza, cioè riducendo le differenze sociali proporzionalmente alla frequenza del bisogno e del rischio. In altri termini, la riduzione delle disuguaglianze dovrebbe avvenire attraverso il miglioramento della salute dei più svantaggiati, senza un peggioramento del profilo di salute dei gruppi sociali più avvantaggiati. Rimane fuori dalla portata l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze di tipo relativo, perché in queste condizioni il rapporto tra frequenza di bisogno e rischio tra livelli socioeconomici bassi e alti per sole ragioni aritmetiche tenderebbe comunque ad aumentare⁹⁷.

Sulla base di tali premesse, il presente documento propone tre categorie di azioni per la riduzione delle disuguaglianze: A) quelle di sistema, rivolte a tutta la popolazione in modo proporzionale al bisogno; B) quelle strumentali, finalizzate a far funzionare le altre azioni con dati, regole e processi; C) quelle selettive, rivolte ai gruppi più vulnerabili.

A) Una proposta di azioni di sistema

In tale categoria rientrano le azioni basate su un approccio globale che si propone di ottenere effetti benefici di miglioramento per tutte le categorie sociali, in relazione al loro bisogno, riducendo la distanza in termini assoluti tra i livelli di salute delle diverse posizioni sociali. Esse comprendono azioni di stretta pertinenza sanitaria – alcune già presenti nell'agenda pubblica delle politiche sanitarie – mentre altre sono di tipo intersettoriale, per il ruolo che possono assumere altri stakeholder rispetto alla sfida dell'equità nella salute.

Rendere esigibili in modo equo i diritti e le risorse

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dovrebbe introdurre più esplicitamente l'equità nella salute tra i criteri di definizione e verifica dei diritti esigibili di assistenza, garantiti attraverso un'effettiva e omogenea applicazione dei LEA. Dal punto di vista della definizione del diritto, il recente decreto sui nuovi LEA risponde all'esigenza di offrire pari accesso a tutti gli eleggibili, con un allargamento a nuove prestazioni considerate efficaci. Inoltre, esso ha allargato l'offerta anche a soggetti particolarmente vulnerabili dal punto di vista sociale: è il caso della salute orale per i più poveri o del diritto al pediatra di libera scelta per i bambini figli di immigrati irregolari. A questo proposito, il decreto di aggiornamento del sistema di indicatori sulla garanzia dei LEA (attualmente nel suo iter di approvazione) prevede una specifica attenzione sia all'omogeneità geografica intra e inter-regionale sia all'equità sociale, includendo una sezione di indicatori per il relativo

⁹⁷ Mackenbach JP, Should we aim to reduce relative or absolute inequalities in mortality? Eur J Public Health. 2015;25(2):185.

monitoraggio, al fine di valutare la capacità dei Servizi Sanitari Regionali di garantire l'equità di accesso ai LEA. È auspicabile che la Commissione competente per l'aggiornamento dei LEA sia investita esplicitamente del compito di assicurare che i principi di equità e giustizia sociale orientino le scelte sugli ambiti assistenziali da garantire o da ridimensionare, individuando le modalità appropriate per far sì che il principio dell'equità sia concretamente rispettato e perseguito.

Sarebbe anche importante che nei diversi presidi si prevedesse un'azione di *audit* per verificare se le modalità di accesso garantiscono condizioni di equità indipendentemente dalle difficoltà dei soggetti dotati di minori strumenti culturali.

Un altro aspetto riguarda le risorse disponibili per assicurarne l'esigibilità. Il documento ha messo in evidenza che le disuguaglianze di salute nascono dalla povertà di risorse e capacità sia delle persone che dei contesti. Allocare le risorse in modo proporzionale al bisogno di ogni assistito risponde alle criticità su base individuale, mentre concentrare gli interventi in aree ad alto rischio risponde alle criticità legate ai contesti.

L'equità nell'allocatione delle risorse corrisponde alla necessità del sistema di garantire le risorse necessarie, per assicurare pari condizioni di offerta ai diversi livelli del SSN. Da tempo, molte Regioni chiedono una revisione delle formule di riparto del fondo sanitario nazionale, per poter commisurare meglio le risorse a garanzia dei LEA, in proporzione alle differenze nei bisogni di salute che, come già osservato, sono molto influenzate dallo svantaggio sociale. In considerazione del fatto che lo svantaggio sociale non è distribuito in modo uniforme tra le regioni e all'interno di esse, è opportuno che i criteri di riparto del finanziamento sanitario tengano conto anche della distribuzione dei determinanti sociali. È da evitare che nell'assegnazione delle risorse si privilegino situazioni solo per la maggiore capacità nel creare un loro utilizzo efficiente: la crescita dell'efficienza è sicuramente un obiettivo irrinunciabile, ma dare meno risorse a chi è meno capace di gestirle efficientemente potrebbe contribuire a ridurre la quantità e la qualità dei servizi offerti alla popolazione.

Le esperienze provenienti negli ultimi anni dal Servizio sanitario del Regno Unito hanno dimostrato come una forma di allocatione mirata alla deprivazione possa ridurre significativamente le disuguaglianze di salute nelle aree più povere. Vale, a tal proposito, richiamare l'esempio della strategia delle *Spearhead Local Authorities*, implementata tra il 1997 e il 2010, che ha portato a una riduzione delle disuguaglianze geografiche nell'aspettativa di vita in tali aree, invertendo i trend precedentemente osservati. Però, da quando la strategia è stata interrotta, le disuguaglianze sono tornate a crescere⁹⁸.

Nel caso italiano, un'attenzione particolare in questo senso viene rivolta alle aree decentrate, ambiti nei quali finora la salute ha giocato un ruolo ancillare. Si tratta di rendere più organico l'impegno della sanità sulle aree interne (si veda il programma di rilancio economico e sociale a valere sui Fondi strutturali europei assegnati all'Italia per il ciclo di programmazione 2014-2020 attraverso la Strategia Nazionale per le Aree Interne)⁹⁹,

⁹⁸ Barr B, Bambra C, Whitehead M. The impact of NHS resource allocation policy on health inequalities in England 2001-11: longitudinal ecological study. *BMJ* 2014;348.

⁹⁹ <http://www.agenziacoesione.gov.it/itarint/>, ultimo accesso 5 ottobre 2017

dove il sistema sanitario potrebbe contribuire con investimenti sulla sanità digitale. Per quanto riguarda questo caso specifico, tuttavia, è necessario considerare che tali investimenti, se non opportunamente calibrati e accompagnati da interventi di alfabetizzazione digitale, potrebbero paradossalmente allargare le disuguaglianze sociali di salute a livello individuale, a causa del cosiddetto *digital divide* (divario tra i diversi livelli di accesso alle tecnologie informatiche). Più in generale, la sanità ha l'opportunità di utilizzare queste aree e i relativi investimenti come laboratori di innovazioni organizzative, importanti per lo sviluppo di un'assistenza territoriale di iniziativa, che è fondamentale per ridurre le disuguaglianze, non solo quelle geografiche delle aree isolate, ma anche quelle individuali. Tra l'altro, le innovazioni organizzative possono contare su funzioni professionali nuove, come l'infermiere e l'ostetrica di famiglia e di comunità, o sul contributo di altri attori e funzioni, come la farmacia dei servizi, che hanno mostrato in alcuni progetti pilota di svolgere quei ruoli di regia e supporto a livello territoriale indispensabili alla medicina di iniziativa^{100,101}. Questo è particolarmente urgente nelle regioni meridionali che sono più in ritardo nel coniugare le politiche di riqualificazione dell'offerta ospedaliera con quelle, altrettanto necessarie, mirate a potenziare i servizi del territorio. Si osservi che per molte funzioni, prevalentemente ospedaliere, è importante la concentrazione in presidi che siano in grado di garantire elevati standard di qualità, tenendo conto che in questo modo si rischia di sotto-dotare alcune aree periferiche di servizi che invece dovrebbero essere garantiti nella prossimità delle residenze. Per questo motivo ad una delocalizzazione ospedaliera dovrebbe corrispondere una adeguata creazione di servizi territoriali alternativi.

Sempre tra gli interventi per le aree a maggior rischio, il recente *Piano nazionale periferie* offre una finestra di opportunità importante al Piano Nazionale di Prevenzione del SSN. Gli interventi del *Piano nazionale periferie* potrebbero avvantaggiarsi delle evidenze disponibili in sanità pubblica relativamente all'impatto sulla salute e sulle disuguaglianze delle diverse politiche e dei differenti interventi di riqualificazione urbana, fisica e sociale. A tutt'oggi manca una linea guida che indirizzi le città in tal senso.

Moderare gli effetti diseguali delle barriere alle cure

Ogni attore istituzionale nel SSN dovrebbe preoccuparsi di ridurre le barriere di sistema che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari.

Una quota importante di spesa sanitaria (circa un quarto di quella totale)¹⁰² risulta a carico dell'utente, la cosiddetta spesa privata. Le evidenze dimostrano che la quota più significativa di rinuncia alle cure è legata alle difficoltà nel sostenere questa spesa privata, il che per taluni giustificerebbe la necessità di una copertura assicurativa di questo costo. Tuttavia, occorre interrogarsi sulle conseguenze che un simile orientamento potrebbe avere sull'equità nella salute, invece che indirizzarsi verso nuove forme di universalismo equo.

¹⁰⁰ http://www.agenziacoesione.gov.it/opencms/export/sites/dps/it/documentazione/Aree_interne/Documenti_di_lavoro/Linee_guida_Salute_12_06_senza_mappa.pdf, ultimo accesso 5 ottobre 2017

¹⁰¹ Marinacci C, Laneri R, Miceli M, Di Minco L, Tamburini C. Le politiche sanitarie nelle aree interne del paese: scenari, sfide e innovazioni. *Agriregionieuropea* 2016; 12(45):17-20

¹⁰² <https://www.istat.it/it/files/2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanit%C3%A0-anni-2012-2016.pdf?title=Conti+della-sanit%C3%A0-+-+04%2Fflug%2F2017-+-+Testo+integrale.pdf> ultimo accesso 20 ottobre 2017

Alla base dell'equità di un sistema sanitario vi è la ripartizione degli oneri derivanti dall'accesso alle prestazioni: ripartizione tra tutti i cittadini, indipendentemente dai loro bisogni, e ripartizione in base alle capacità contributive di ciascuno. Un sistema di questo tipo è quindi un sistema universalistico al quale ogni cittadino contribuisce in funzione del proprio reddito e quindi su base fiscale, come nel caso del SSN italiano, a partire dalla Legge di riforma n. 833/78.

La spesa sanitaria privata è costituita per larga parte da prestazioni non comprese nei LEA e, per una parte minore, dalla compartecipazione alla spesa per accedere alle prestazioni garantite dal SSN, come rilevato nell'Indagine Istat sui consumi delle famiglie¹⁰³. Tra quelle "non LEA", la maggior parte è costituita da prestazioni la cui appropriatezza non è supportata da evidenze o addirittura considerata del tutto inefficace: l'accesso a tali prestazioni, pertanto, non rientra nell'ambito della tutela dell'equità. Vi sono però anche prestazioni "appropriate" non interamente comprese tra i LEA: tra queste soprattutto le cure dentarie, i farmaci da banco e molte prestazioni assistenziali per i soggetti non autosufficienti, che al contrario pongono problemi di equità.

Vi è, infine, una parte minoritaria della spesa privata che riguarda prestazioni garantite ed erogate dal sistema sanitario, ma a cui l'assistito preferisce accedere direttamente a pagamento o perché il prezzo è pari o addirittura inferiore al ticket, o perché l'attesa tramite il SSN è esageratamente lunga, o per motivi di maggior *comfort* dell'erogazione. È quindi doveroso chiedersi se queste spese, che sicuramente non possono essere sostenute in egual misura da tutti, ledano o meno le condizioni di equità, e se debbano essere governate da sistemi assicurativi privati o, come oggi si suole dire, da un "secondo pilastro della sanità".

Nel caso di prestazioni non necessarie in termini di salute, esse sarebbero del tutto integrative, e le relative spese potrebbero senza problemi essere poste a carico dei fondi integrativi privati. Se invece il ricorso a prestazioni a pagamento, in maniera diretta e/o mediata da sistemi assicurativi, riguardasse prestazioni che rientrano nei LEA, per carenze nell'offerta o perché non appropriate clinicamente, allora la copertura attraverso un secondo pilastro comporterebbe necessariamente una perdita di equità nel sistema sanitario. Una progressiva espansione di questa modalità di accesso alle prestazioni da parte della popolazione più benestante rischierebbe alla lunga di rompere l'universalismo del SSN e creare un sistema migliore per chi può garantirsi una assicurazione privata, a pagamento o con copertura della propria azienda o del proprio ordine professionale. Di conseguenza si verrebbe a creare un sistema "peggiore" per chi deve "accontentarsi" dell'assistenza pubblica che rischierebbe presto di non essere più finanziata da tutti su base fiscale. Una tale dinamica equivarrebbe alla fine dei valori della riforma sanitaria dell'833/78 con un conseguente aumento delle disuguaglianze.

Un discorso a parte riguarda, invece, il settore della lungodegenza e della disabilità, dove si combinano i bisogni di assistenza sanitaria e sociale, a fronte di sistemi di copertura e di finanziamento disomogenei. In questo caso, da più parti si sollecita l'introduzione di meccanismi di protezione adeguati e, tra questi, potrebbe essere certamente considerata l'utilità di fondi integrativi da attivare precocemente nella vita di un individuo con

¹⁰³ Cislighi C. La spesa out of pocket: integrativa o sostitutiva? Oltre la crisi economica, sociale e politica: il ruolo dei sistemi socio-sanitari. Trento 2013, Atti Convegno AIES

meccanismi compartecipativi da parte dello Stato e perequativi fra classi sociali.

Si è visto che le principali cause della rinuncia a cure che sarebbero esigibili secondo i LEA sono i lunghi tempi di attesa, i ticket o la loro combinazione. Per ovviare a questi problemi, una possibile proposta riguarda l'emersione di tutta la potenzialità di offerta pubblica e privata accreditata, attraverso la messa a disposizione delle agende elettroniche, la differenziazione delle prime visite dalle visite di controllo, o comunque da quelle previste dal percorso diagnostico, e infine il miglioramento dei meccanismi di accesso alla prestazione sulla base di criteri di priorità e appropriatezza. Questi ultimi aspetti sono trattati nell'ambito della Commissione LEA e del sottogruppo che si occupa esplicitamente del *delisting*, e in parte potrebbero essere affrontati attraverso l'utilizzo di sistemi come i Raggruppamenti Omogenei di Attesa (RAO) che adottano criteri espliciti e condivisi con i professionisti sanitari per l'accesso alle prestazioni specialistiche. Questo approccio è stato applicato in varie realtà italiane (la prima esperienza è quella della provincia di Trento) e si è dimostrata in grado di migliorare i tempi di attesa e di ridurre il disagio dei soggetti in lista di attesa¹⁰⁴.

In ambito farmaceutico, l'AIFA, in virtù del suo mandato istituzionale, si adopera per contribuire alla tutela della salute attraverso politiche sui farmaci e attività di promozione e di individuazione di strumenti specifici, anche per favorire l'equilibrio economico di sistema. Gli sforzi dell'AIFA volti a limitare le disuguaglianze di salute si manifestano nelle attività correlate alla promozione della ricerca indipendente, ai farmaci equivalenti e alla negoziazione del prezzo.

La promozione della ricerca indipendente è finalizzata a promuovere la produzione di conoscenze con caratteristiche di "eccellenza" in grado di contribuire al miglioramento della salute pubblica in aree che appaiono destinate a rimanere marginali o di scarso interesse commerciale. In particolare, il Bando AIFA 2016 per la Ricerca Indipendente identifica le popolazioni fragili tra le aree tematiche di rilevante interesse, a testimonianza della crescente attenzione verso i soggetti socio-economicamente più vulnerabili, quali una quota importante degli anziani.

L'introduzione dei farmaci equivalenti nel sistema regolatorio italiano è avvenuta circa 20 anni fa. Per tali farmaci è stabilito per legge un "Prezzo inferiore almeno del 20% rispetto all'analogo prodotto con marchio per ottenere la medesima classificazione ai fini della rimborsabilità" (Legge 425/96) a vantaggio del SSN e del cittadino, consentendo un risparmio sul prezzo e mantenendo al tempo stesso un equivalente livello di benefici e rischio terapeutico. L'AIFA pubblica periodicamente una "Lista di Trasparenza" contenente i farmaci a brevetto scaduto dei relativi equivalenti.

Relativamente alla negoziazione del prezzo, AIFA opera per rendere più accessibili le terapie, alla luce di dati che registrano le sempre maggiori difficoltà di accesso per i cittadini (vedi dati OsMed 2016¹⁰⁵); nel contesto della negoziazione con le aziende è sempre

¹⁰⁴ Mariotti G. Tempi d'attesa e priorità in sanità. La selezione della domanda come strategia per la qualità. Franco Angeli editore, 1999

¹⁰⁵ Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2016. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2017 (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/uso-dei-farmaci-italia-rapporto-osmed-2016>)

richiamato il concetto di responsabilità sociale e di sostenibilità del sistema. Consapevole dell'impatto del problema sull'intero sistema sociale in termini di crescita sostenibile, di disuguaglianza e di equità, AIFA garantisce, da tempo, il proprio supporto alle iniziative volte a creare una solida collaborazione fattiva tra Istituzioni, filiera del farmaco ed enti no profit al fine di intervenire, con responsabilità etica e sociale e nel rispetto della normativa vigente, a sostegno delle persone in stato di bisogno.

Un'attenzione particolare va posta alle barriere all'accesso rappresentate dal ticket. Per certi versi, tale dispositivo attenua la logica della sanità uguale per tutti, sia perché il pagamento riguarda solo i malati, sia perché oggi le tariffe sono solo in minima parte proporzionali alla capacità contributiva degli utenti (anzi la loro deducibilità ne fa uno strumento fiscalmente regressivo). Le esenzioni per reddito coprono, infatti, solo una fascia reddituale molto bassa e non raggiungono la quota di popolazione "quasi povera". Le esenzioni per patologia, inoltre, non possono agire nella fase più delicata che è quella diagnostica, nella quale peraltro si registrano più frequentemente rinunce alle prestazioni. Servirebbe probabilmente che il ticket fosse almeno proporzionale al reddito del malato e che il suo valore non superasse una determinata quota del prezzo di mercato, per mantenere la competitività dell'offerta pubblica. Questa barriera richiede un'attenzione particolare da parte dei decisori, perché nessuno si impoverisca a causa dei costi della salute e nessuno debba rinunciare alle cure per motivi economici.

Promuovere l'equità nel governo clinico

La sanità si compone di un gran numero di processi assistenziali, su ognuno dei quali insiste la responsabilità di più professionisti e di contesti di cura differenti. L'organizzazione sanitaria ha imparato a presidiare la qualità e i risultati di questo gran numero di processi, attraverso procedure tecniche (protocolli, linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali), condivise tra i professionisti e le organizzazioni, verificate con adeguati sistemi informativi e promosse con l'educazione continua. L'insieme di questi e altri strumenti costituisce il governo clinico. Più recentemente, lo sviluppo della *value-based health care* ha allargato gli ambiti di interesse del governo clinico ai risultati di salute e della loro equità¹⁰⁶. La *value-based health care* rappresenta la piattaforma che serve per introdurre la logica dell'equità in questi processi, in modo da essere certi che essi non generino disuguaglianze di accesso e di risultato.

Tra i programmi che possono concorrere a questo scopo, il *Programma Nazionale Esiti* (PNE) è quello che ha già fatto passi avanti in questo senso. Infatti, la valutazione di equità per area di residenza (equità orizzontale) nell'accesso e negli esiti delle prestazioni monitorate dal PNE consente già una analisi inter e intra-regionale delle disuguaglianze per molti degli indicatori disponibili del PNE. Al momento, manca del tutto la possibilità di un'analisi delle disuguaglianze verticali per posizione sociale dell'assistito, a causa dell'indisponibilità di variabili di stratificazione sociale all'interno dei flussi correnti, in quanto le informazioni

¹⁰⁶ Muir Gray JA. How To Get Better Value Healthcare, Oxford Press; 2nd edition (27 jun 2011)

sul livello di istruzione presenti nella SDO non sono adeguatamente rilevate o attendibili¹⁰⁷. Il PNE serve ad allertare le Regioni e le Aziende sanitarie sulle situazioni in cui i risultati di accesso e di salute sono distanti dall'atteso e devono essere valutati, spiegati e corretti con appropriate formule di *audit*. Si tratta di uno strumento di monitoraggio e valutazione del funzionamento che è sempre più frequentemente utilizzato per la definizione degli obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie. Dato che l'equità è già presente nel mandato del PNE, e che auspicabilmente potrebbe essere misurabile anche per le caratteristiche sociali degli assistiti, tale programma è un meccanismo promettente per rendere più attenti all'equità i comportamenti professionali e quelli dell'organizzazione sanitaria.

Introdurre indicatori di equità tra gli strumenti della *governance* clinica sarà compito dei nuovi programmi nazionali di sviluppo dell'*Health Technology Assessment*, delle Linee Guida e dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), della cui elaborazione, regolazione e diffusione gli Enti centrali del SSN si dovranno fare carico, anche considerando la disponibilità espressa da molte associazioni scientifiche e professionali di contribuire con *audit* relativi alle proprie specifiche responsabilità. L'equità di processo e di risultato dovrà diventare un mandato prioritario nei PDTA delle malattie croniche che sono oggetto del nuovo *Piano Nazionale Cronicità*, perché questa sarà la guida principale dei processi di revisione organizzativa e professionale della nuova rete territoriale dell'assistenza primaria, in corso di realizzazione nella gran parte delle Regioni.

Anche l'innovazione tecnologica e organizzativa rischia di seguire l'inverse *care law*. In Piemonte, ad esempio, alla fine degli anni '90, dopo l'introduzione della PET (*Positron Emission Tomography*), sono stati gli assistiti con più alto titolo di studio a usufruire maggiormente della nuova tecnologia, nonostante il nuovo strumento diagnostico fosse rivolto soprattutto a patologie, come il tumore del polmone, a prevalenza maggiore tra le persone con bassa istruzione¹⁰⁸. Solo a distanza di dieci anni dall'introduzione della PET, la frequenza di utilizzo si è invertita a favore degli assistiti con bassa istruzione. Fenomeni simili si sono osservati di recente anche per interventi non sanitari che agiscono su importanti determinanti sociali di salute, come la cosiddetta occupabilità giovanile: il programma "garanzia giovani" è stato sfruttato maggiormente dai giovani meno deprivati¹⁰⁹.

È dunque necessario che, in fase di introduzione di ogni innovazione, probabilmente già in sede di *Health Technology Assessment*, venga posto particolare riguardo al modo in cui si possono evitare queste disuguaglianze iniziali di utilizzo. Una situazione per certi versi simile accade in occasione del recepimento a livello regionale delle indicazioni dell'AIFA, dal momento che alcune Regioni si mostrano più tempestive e altre più lente; questo crea un divario tra le Regioni nella disponibilità di un nuovo farmaco, e andrebbe corretto.

Per quanto riguarda l'introduzione dei temi dell'equità di salute nelle attività formative, si deve distinguere tra la formazione continua e quella di base e specialistica. In particola-

¹⁰⁷ Ventura M, Colais P, Fusco D, Agabiti N, Cesaroni G, Davoli M. Analisi della validità dell'informazione «titolo di studio» da scheda di dimissione ospedaliera. *Epidemiol Prev* 2013; 37 (4-5): 289-296

¹⁰⁸ http://www.epidemiologia.it/wp-content/uploads/2015/06/Atti_XXXVII-congresso-AIE_2013.pdf, ultimo accesso 6 ottobre 2017

¹⁰⁹ ISFOL. Rapporto sulla garanzia giovani in Italia, 2016 <http://www.isfol.it/isfol-europa/garanzia-giovani/approfondimenti-tematici/rapporto-garanzia-giovani>

re, nell'ambito di quella continua (la cosiddetta "ECM"), sarebbe necessario agire sui soggetti che la propongono, attraverso linee di indirizzo che dovrebbero essere impartite dal Ministero della Salute, e dalle Regioni e Province Autonome, anche avvalendosi del supporto delle Società scientifiche e degli Ordini professionali. Ma è anche la formazione, sia di base che specialistica, dei professionisti che lavorano in sanità – dai medici alle professioni sanitarie – a essere ancora lacunosa a proposito dei rischi per la salute disuguale. Un confronto con le Scuole di Medicina delle Università italiane dovrebbe permettere di dare il giusto rilievo a questo tema nell'ambito dei programmi curriculari nei quali discipline come l'Economia Sanitaria o la Sociologia Medica sono assenti o hanno un ruolo del tutto marginale.

Per assicurarsi che il tema dell'equità venga inserito e mantenuto nei processi di *governance* organizzativa e clinica dei Servizi Sanitari Regionali e delle Aziende Sanitarie, potrebbe essere necessario istituire specifiche responsabilità e funzioni di sistema. Solo la Regione Emilia-Romagna finora ha organizzato una propria rete di referenti aziendali per l'equità, e sviluppato un idoneo piano di formazione e addestramento per l'*equality impact assessment* dei programmi e degli interventi. Questo potrà fungere da stimolo e offrire gli strumenti affinché ci sia un impegno aziendale continuo per identificare e correggere le disuguaglianze che si generano, in ambito di programmazione e di erogazione dell'assistenza¹¹⁰.

Altrettanto importante sarebbe la *governance* dei processi che promuovono la salute nelle comunità locali. Lo sviluppo dei Piani Locali è l'occasione più propizia per far emergere gli effetti delle differenti politiche locali sull'equità di salute. Tener presente il tema dell'equità di salute potrebbe cambiare le priorità nelle scelte e favorire il coordinamento e l'integrazione tra politiche differenti, superando l'ottica parcellizzata degli obiettivi specifici di ciascuna politica, e avendo come obiettivo finale l'effetto complessivo delle politiche sulla persona o sul contesto locale. Significative esperienze di Piani locali di salute sono state sviluppate dalle città insieme alle Aziende sanitarie, ma raramente esse hanno utilizzato le disuguaglianze di salute come criterio per stabilire le priorità programmatiche. La città di Torino ha intrapreso un percorso sistematico e strutturato in questa direzione, e l'esperienza potrebbe essere valorizzata come buona pratica di riferimento per proporre questo modello su più larga scala¹¹¹.

Promuovere l'equità nella prevenzione

Il *Piano Nazionale di Prevenzione* ha già stabilito che la riduzione delle disuguaglianze di salute è uno dei suoi principi ispiratori. Finora gli interventi di supporto e formazione rivolte agli estensori dei *Piani Regionali di Prevenzione* (PRP) hanno raggiunto significativi risultati, dato che 14 Regioni su 20 hanno introdotto nei loro PRP significative decisioni per orientare all'equità gli interventi di prevenzione del Piano, a partire dai dati disponibili sulle disuguaglianze sociali nei fattori di rischio della propria Regione. Ora sarà necessario assicurare l'effettiva attuazione dei PRP, in modo che siano applicate le azioni più efficaci per la promozione dell'equità di salute.

¹¹⁰ http://assr.regione.emilia-romagna.it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/approccio_equity_oriented

¹¹¹ Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. (). 40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche. Milano 2017, Inferenze

A tal proposito, si ricorda come uno specifico progetto CCM¹¹² ha sviluppato e sperimentato strumenti e modelli di *Health Equity Audit* da applicare nei principali setting della promozione della salute e della prevenzione:

- a. per il *setting della medicina generale*, si sono sviluppati strumenti per l'equità nella prevenzione, con particolare attenzione a un accesso equo agli interventi di cessazione del fumo, che possono essere promossi dai medici di medicina generale;
- b. per il *setting scolastico*, il modello prevede di sostenere le Direzioni regionali e le singole sedi scolastiche nell'utilizzo degli indicatori di equità in tutti gli snodi dell'organizzazione e del funzionamento della programmazione didattica, anche mettendo a disposizione documentazione relativa a quegli interventi che si sono dimostrati più efficaci per la riduzione delle disuguaglianze sociali e per l'adozione di stili di vita salubri da parte degli studenti;
- c. anche per i *luoghi di lavoro*, dove gli interlocutori sono soprattutto le imprese e i loro protagonisti fino ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), l'attenzione all'equità è duplice: per orientare l'intero *setting* dell'organizzazione del lavoro nelle imprese a misurarsi sui differenti bisogni dei lavoratori nella promozione del benessere e della *workability*; e per imparare a promuovere quegli interventi sull'ambiente di lavoro che possono migliorare la sicurezza e rendere più facile l'adozione di stili di vita sani;
- d. per il *setting di comunità*, sono state sviluppate e sperimentate azioni per la prevenzione delle disuguaglianze nell'obesità infantile, nella sedentarietà e in alcuni gruppi ad alto rischio come i malati mentali;
- e. per il *setting ambientale*, sono stati sviluppati strumenti di audit e correzione delle disuguaglianze nell'esposizione ai rischi ambientali, con particolare attenzione alle aree più esposte, che possono essere utilizzati sia per la valutazione ex ante dei progetti sia per il monitoraggio dei territori;
- f. infine, per il *setting della genitorialità* sono stati revisionati gli interventi dei servizi sanitari e di prevenzione che servono a far crescere le competenze genitoriali, onde stabilire quali siano quelle più promettenti per la riduzione delle disuguaglianze di salute.

Si è già ricordato che altri settori del Piano Regionale di Prevenzione sono nettamente orientati all'equità, come la prevenzione, l'igiene e la sicurezza nei luoghi di lavoro (che ha come target prevalente i lavoratori manuali) e i programmi di ricerca attiva degli utenti (ad esempio gli screening dei tumori e le vaccinazioni), che sono particolarmente adatti alla promozione dell'equità nel risultato. Tra l'altro, il *Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale*, dopo la recente introduzione dell'obbligatorietà¹¹³, può essere considerato alla stregua di un intervento ambientale con un potenziale perequativo considerevole.

Gli interventi organizzati per *setting* corrono il rischio della discontinuità territoriale nella copertura e nella variabilità dell'applicazione degli interventi. Tuttavia, anche nell'ipotesi più favorevole, solo una parte dei potenziali "portatori di bisogno di prevenzione" verrebbe raggiunta dagli interventi, la maggior parte dei quali, in particolare quelli che riguardano i fattori di rischio comportamentali, potrebbe essere privo di prove di efficacia. Per limitare questo rischio è necessario introdurre l'equità tra gli indicatori di monitoraggio della copertura degli interventi di prevenzione.

¹¹² <http://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/1895&idP=740>, ultimo accesso 6 ottobre 2017

¹¹³ <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=60202>, ultimo accesso 20 ottobre 2017

Rimane sullo sfondo di questo percorso di accompagnamento all'equità nella prevenzione regionale la responsabilità dei Ministeri e degli *stakeholder* nazionali, europei o globali che, con le loro scelte, potrebbero facilitare la promozione di una salute più equa.

Gli interventi di tipo “ambientale” che detti soggetti possono promuovere, quali le politiche di regolazione dei prezzi, degli standard di sicurezza e qualità, nonché le campagne informative, sono fra gli interventi più efficaci. Essi non presentano il citato problema del raggiungimento dei destinatari, perché, per definizione, si rivolgono alla maggior parte dei soggetti a rischio. Eppure, questi interventi non sono inclusi nel PNP e non vi è ancora una normativa né una consuetudine a condurre interventi congiunti regionali/nazionali. Sarebbe opportuno che il *Programma Guadagnare Salute*, che integra tutti questi soggetti per gli scopi di promozione del benessere collettivo, fosse anche esplicitamente orientato ai risultati di equità nella salute.

Adottare il bilancio sociale per valutare l'impatto sull'equità

Sulla base di quanto emerso fin qui nel documento, è necessario chiedersi come fare per assicurare che le istituzioni e le parti sociali si preoccupino dell'impatto delle politiche sulle disuguaglianze di salute e del ruolo che queste ultime assumono all'interno di tali politiche.

In ambito sociale, è stato dimostrato come, per favorire l'implementazione di azioni efficaci, sia utile rendere noti i costi del loro impatto sul funzionamento e sul bilancio del sistema sanitario. Analogamente, nell'ambito delle politiche sanitarie, gli interventi già positivamente avviati, finalizzati a ridurre le disuguaglianze, potrebbero essere riletti in termini di ricadute sociali e anche economiche, valutando in che misura possano comportare risparmi futuri sul sistema di *welfare*. Un'azione in questa direzione richiederebbe di muoversi su due livelli: il primo è rappresentato dal rafforzamento di una prospettiva culturale coerente da parte delle istituzioni che guidano e valutano le politiche, finalizzata a far emergere le pesanti connessioni tra disuguaglianze sociali e di salute e i costi della cattiva salute per il sistema sanitario e per le persone. Il secondo riguarda, invece, la sperimentazione di metodologie di misura e quantificazione da applicare innanzitutto laddove i fenomeni sono più macroscopici e facilmente misurabili, al fine di fornire una base empirica alla logica del risparmio, collegata alla salvaguardia preventiva della salute e alla riduzione delle disuguaglianze.

In questa prospettiva di osservazione, sarebbe possibile raccogliere e studiare approfonditamente le potenzialità delle politiche che hanno impatto sulla salute. Ad esempio, nell'area del lavoro sono di potenziale interesse le ricadute sulla salute per le persone che restano senza adeguata protezione (per licenziamento o pensionamento), o nel caso delle differenze di genere, gli effetti asimmetrici della maternità o ancora l'influenza degli incentivi alla produttività e del *welfare* aziendale in termini di costi evitabili e di benessere lavorativo, soprattutto considerando il rischio di una copertura del beneficio limitata a soggetti che erano già in una posizione di maggiore sicurezza sociale. Per quel che riguarda i benefici sociali a sostegno della salute, le direttrici che potrebbero essere monitorate passano innanzitutto attraverso le politiche non sanitarie rivolte alle persone con problemi di salute, come gli interventi di sostegno economico o lavorativo in caso di malattia o

di assistenza a familiari disabili e di interventi di presa in carico sociale più ampia in caso di disabilità.

Un esempio significativo riguarda l'importanza delle disuguaglianze di salute nelle periodiche revisioni del regime pensionistico: le disuguaglianze nella speranza di vita tra le diverse carriere professionali (fino a tre anni di differenza di aspettativa di vita, a 65 anni, tra le professioni operaie e quelle dirigenziali, tra gli uomini¹¹⁴, richiedono interventi di perequazione dell'età pensionabile e dei benefici pensionistici, per orientare i quali potrebbero risultare essenziali i sistemi di monitoraggio delle differenze di salute. Analoga attenzione meriterebbe il *Piano nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale* (Legge 28.12.2015, n. 208) e soprattutto l'attuazione degli accordi territoriali tra i servizi sociali e gli enti competenti per l'inserimento lavorativo, l'istruzione e la formazione, le politiche abitative e la salute previsti dalla legge 15.3.2017, n.33.

Infine, potrebbero essere maggiormente valorizzate quelle iniziative di attivazione e coinvolgimento dei cittadini nello sviluppo e nella cura di beni comuni, che non implicano costi per le amministrazioni locali, ma che potrebbero ridurre quelli futuri, attraverso il rafforzamento delle reti sociali e dei livelli di cooperazione e di fiducia. Tali azioni potrebbero essere promosse e regolate con l'applicazione tempestiva di strumenti di implementazione della sussidiarietà, come i regolamenti per l'amministrazione condivisa dei beni comuni e i patti di collaborazione.

Inoltre, se le principali azioni innovative nelle politiche non sanitarie potessero documentare i costi del loro impatto sulla salute, sia sul funzionamento che sul bilancio del sistema sanitario, questo permetterebbe di applicare nuovi strumenti finanziari come i *social impact bond*, nell'ottica della riduzione delle disuguaglianze in salute, partendo dalle esperienze acquisite a livello nazionale e internazionale. Si tratta di strumenti che potrebbero permettere di mobilitare nuovi investimenti per interventi sull'equità, superando la rigidità dei bilanci pubblici. L'emissione di *social impact bond* da parte di un soggetto terzo (ad esempio, fondazioni) interessato alle finalità sociali della riduzione delle disuguaglianze potrebbe costituire un "ponte" finanziario efficace tra il costo attuale dell'intervento e il risparmio futuro dell'Ente pubblico o del sistema sanitario.

Questo documento ha l'ambizione, quindi, di costituire il quadro di riferimento per il contrasto delle disuguaglianze nella salute anche per le istituzioni non sanitarie a livello nazionale e locale, pubbliche e del terzo settore, in modo che ognuna di esse possa riconoscere quali siano le occasioni in cui l'equità di salute serva come criterio valutativo del proprio bilancio sociale.

In effetti, una finestra di opportunità in questo senso è rappresentata dai requisiti di rendicontazione che sono richiesti dagli impegni sugli obiettivi di sostenibilità delle Nazioni Unite. Fin da ora, sarebbe possibile recuperare l'equità di salute come criterio generale di valutazione della sostenibilità, assicurando che i vari centri di responsabilità delle politiche diano conto delle ricadute sulle disuguaglianze di salute delle proprie scelte,

¹¹⁴ Leombruni R, Richiardi M, Demaria M, Costa G. Aspettative di vita, lavori usuranti ed equità del sistema previdenziale. Prime evidenze dal Work Histories Italian Panel. *Epidemiol Prev* 2010; 34 (4): 150-158

almeno su quelle dimensioni della sostenibilità che corrispondono ai determinanti sociali di salute, come scuola, ambiente, lavoro e *welfare*. Alcuni Ministeri stanno già facendo passi avanti in questa rendicontazione (Ministero dell'Ambiente e Ministero dell'Istruzione), ma senza una particolare attenzione all'equità di salute.

Sviluppare azioni intersettoriali e multilivello

I passi per far progredire l'Italia verso l'equità nella salute sono numerosi e coinvolgono da una parte il Ministero della Salute e dall'altra gli *stakeholder* di altri settori (istituzionali e non), le cui politiche e azioni possono avere un impatto sulla salute della popolazione. A tale riguardo, una serie di strategie e attività andrebbero intraprese a breve e medio termine per colmare gli attuali ritardi e promuovere programmi di contrasto delle disuguaglianze, a partire dallo sviluppo di strumenti conoscitivi che permettano di monitorare sistematicamente il fenomeno e di valutare l'impatto delle azioni a livello regionale e locale.

È opportuno che il Ministero della Salute eserciti un ruolo di *stewardship* ai vari livelli della sanità, ma anche in ambiti non sanitari che hanno ricadute sul benessere delle persone e della società nel suo complesso. Infatti, in forza del mandato regolatorio e della responsabilità di governo delle politiche sanitarie, il Ministero della Salute dovrebbe delineare una visione generale di *governance* che promuova l'inclusione della SiTP nelle scelte settoriali di tipo strategico e programmatico, a partire dalle migliori evidenze disponibili. Tale compito implica un'azione congiunta con i vari *stakeholder* per la pianificazione, il coordinamento, il monitoraggio e la valutazione delle politiche, dei programmi e delle attività che mirano alla promozione della salute della popolazione e al contrasto delle disuguaglianze.

È necessario inoltre rafforzare il coordinamento con le Regioni, anche al fine di individuare e mappare azioni e buone pratiche già sperimentate, valorizzando e diffondendo le evidenze prodotte nei diversi contesti. In questa direzione si è mosso l'INMP, sviluppando nell'ambito della Rete nazionale (Renip) una specifica linea di attività volta a costruire una "banca dati degli *stakeholder*". Si tratta di uno strumento per la ricognizione, raccolta e sistematizzazione delle esperienze più significative di sanità pubblica, maturate a livello regionale e locale, con l'intento di agevolare percorsi di condivisione e collaborazione tra istituzioni pubbliche, organizzazioni scientifiche e del privato sociale. Tale strumento potrebbe essere potenziato e aperto ad altri settori non prettamente sanitari. Parallelamente, la funzione di Osservatorio epidemiologico nazionale sulle disuguaglianze nella salute, coordinata a livello nazionale dall'INMP, potrebbe allargare le sue competenze, attualmente circoscritte alla sanità, anche ad attività multisettoriale inerenti alle tematiche di salute.

Un ulteriore aspetto, non meno importante, è l'inclusione e l'ascolto dei cittadini nei processi decisionali in ordine allo sviluppo di politiche e azioni che riguardano la loro salute, con particolare riferimento alla tutela dei gruppi più svantaggiati. È essenziale, quindi, rafforzare la cooperazione tra il settore pubblico e quello privato, per un maggiore coinvolgimento dei cittadini e della società civile nelle scelte relative al loro benessere,

secondo l'approccio definito “*whole-of-society effort*”¹¹⁵. Ridurre sensibilmente le disuguaglianze sociali di salute è una sfida di medio-lungo periodo e la sua sostenibilità è possibile se esiste un impegno del Governo nel suo insieme (*whole-government-effort*).

B) Le azioni strumentali

In Italia, attraverso progetti pilota delle Regioni e del Ministero della Salute, e più recentemente dell'INMP con la collaborazione dell'Istat, è stata avviata da tempo un'attività di misura delle disuguaglianze di salute, dalla metodologia sempre più consolidata e affinata; si tratta ora di mettere a sistema le soluzioni che si sono dimostrate migliori, per renderle sostenibili e disponibili a tutti nel futuro.

Monitorare le disuguaglianze di salute significa che ogni centro di responsabilità del Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe essere in grado di misurare le disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi, e attivare percorsi di *audit* per comprenderne le cause e mettere in atto opportuni correttivi. A questo scopo si è avviato in Agenas un progetto di ricerca per lo sviluppo e la sperimentazione di diversi indicatori di disuguaglianza e di equità utili per il monitoraggio e per la valutazione delle politiche e del funzionamento dei servizi. A tal fine, inoltre, i flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) andrebbero arricchiti con un insieme di variabili sociali (titolo di studio, condizione professionale, stato civile, qualità dell'abitazione, luogo di nascita e cittadinanza), derivate dal censimento di popolazione tramite *record linkage* dell'anagrafe assistiti col censimento di popolazione. Questa soluzione è stata sperimentata con successo nella Regione Piemonte con la collaborazione di Istat e si sta riproducendo in altre regioni. Sarebbe pertanto possibile mettere in piedi un progetto comune tra Ministero della Salute ed Istat, per integrare i dati degli assistiti con quelli del censimento, al fine di sviluppare tale modello su scala nazionale utilizzando le nuove possibilità di interconnessione dei dati recentemente regolate.

Nel caso della popolazione immigrata, sarebbe utile definire o introdurre alcune variabili che permettano di identificare tale gruppo particolarmente vulnerabile alle disuguaglianze di salute. Tra le caratteristiche associate alla migrazione possiamo distinguere variabili di base (Paese di nascita, cittadinanza, residenza, status giuridico) e variabili più complesse legate al percorso migratorio personale e dei genitori (permanenza nel Paese e anno di arrivo, Paese di nascita e cittadinanza dei genitori). Recentemente, inoltre, si è evidenziata l'importanza di variabili aggiuntive legate al percorso migratorio dal Paese di origine a quello di destinazione (Paesi attraversati, durata e tipo di viaggio). L'analisi dell'utilizzo dei servizi sanitari, stratificata per le variabili che identificano i migranti, può permettere di evidenziare problemi di accesso, legati a barriere legali, culturali e di conoscenza dei percorsi sanitari in questo sottogruppo di popolazione¹¹⁶.

E tuttavia, per molti scopi di studio la sola disponibilità dei dati di NSIS, analizzati

¹¹⁵ http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf

¹¹⁶ Riccardo F, Dente MG, Kärki T, et al. Towards a European Framework to Monitor Infectious Diseases among Migrant Populations: Design and Applicability. Int J Environ Res Public Health 2015; 12(9): 11640-61. <http://www.mdpi.com/1660-4601/12/9/11640>

all'interno di disegni di studio di tipo "trasversale", può non essere sufficiente a cogliere dinamiche di tipo causale e a garantire l'esigenza di un monitoraggio prospettico. Per questo scopo, in Italia sono stati sperimentati tre sistemi longitudinali d'indagine, che occorre rendere stabili e accessibili a tutti gli utilizzatori che legittimamente ne possono fare richiesta.

Il primo modello è fondato sul cosiddetto "follow-up" della mortalità e degli eventi sanitari tracciabili nel NSIS relativamente a popolazioni arruolate ai censimenti. Le esperienze principali maturate sono due: una riguarda la popolazione censita in Italia nel 2011, la cui esperienza di mortalità per causa è stata ricostruita retrospettivamente (si tratta di un sistema di indagine sviluppato e gestito da Istat, e valorizzato in collaborazione con l'INMP e altri enti del SSN nell'ambito di progetti comuni); l'altra applicazione rimanda a un insieme di studi metropolitani che segue la mortalità e altri eventi sanitari tracciabili in NSIS, relativi ai residenti di alcune città arruolate ai censimenti di popolazione (Torino, Venezia, Reggio Emilia, Bologna, Modena, Firenze, Prato, Livorno, Pisa, Roma, Brindisi, Taranto, Bari, Catania, Siracusa, Palermo); ogni città è a un diverso stadio di sviluppo del sistema. La quasi totalità di tali sistemi longitudinali metropolitani sono collegati in rete attraverso una collaborazione coordinata da INMP.

Il secondo modello è un sistema di follow-up prospettico della mortalità per causa e dei ricoveri ospedalieri, sviluppato nell'ambito delle indagini campionarie Istat sulla salute. A tutt'oggi, il campione in lavorazione comprende una coorte di circa 450.000 persone di cui si conoscono le caratteristiche socio-demografiche, quelle sugli stili di vita, sulla salute e sull'uso dei servizi rilevate al momento dell'intervista (rispettivamente del 2000, 2005 e 2013), e il rischio di morire e di ricoverarsi per una o più malattie negli anni successivi all'intervista. In questo caso, i risultati dell'indagine sono accessibili attraverso Istat che ne è titolare, i due partner che l'alimentano (Ministero della Salute) o concorrono a gestirla (Regione Piemonte), e l'INMP che ha attivato un protocollo di ricerca con Istat per la valorizzazione epidemiologica dell'indagine.

Infine, il terzo modello è un sistema di follow-up prospettico del rischio di infortunio sul lavoro, di ricovero e di morte per causa, sviluppato a partire da un campione numeroso (circa 8%) della forza lavorativa del settore privato italiano, con possibilità di ricostruire le storie lavorative individuali. In questo caso, la titolarità dell'attività è del Ministero della Salute; INPS, INAIL, Istat sono partner che alimentano il sistema, mentre la Regione Piemonte ne amministra il funzionamento. La collaborazione con questi enti è necessaria per la valorizzazione dei dati, come avviene per INMP nel caso della ricerca sul rischio di infortuni nella popolazione immigrata. È importante che questo prezioso e articolato sistema di indagini longitudinali, creato in più di dieci anni di sperimentazioni, venga strutturato in modo da garantire continuità di aggiornamento, di funzionamento e di esigibilità di accesso.

Oltre a consolidare queste possibilità di misurazione a livello nazionale è anche necessario investire nell'acquisizione di nuovi dati. Sarà infatti opportuno valorizzare tutte le opportunità che offre la collaborazione con partner già consorziati, come INAIL (ad esempio i dati sugli interventi relativi alle posizioni assicurative assicurate) e con INPS

(ad esempio i dati sull'assenteismo o quelli sulla disabilità). Ma sarà anche utile inaugurare nuove collaborazioni come quella con il Ministero del Lavoro per i dati sulla professione disponibili nel nuovo sistema informativo sulle notifiche.

Tra le azioni strumentali, occorre anche investire nella ricerca sulle principali lacune conoscitive circa i meccanismi che generano disuguaglianze di salute e circa l'efficacia degli interventi di contrasto. A proposito di tali meccanismi, una particolare lacuna italiana è la povertà di studi su coorti di nascita, cioè di studi che, arruolando genitori e nuovi nati, valutino nel tempo le condizioni sociali e di salute nelle diverse fasi di vita. Nel nostro Paese sono stati sperimentati significativi esempi di tale tipologia di studi, ma essi sono ancora poveri per dimensione campionaria e ampiezza delle variabili rilevate, rispetto a quanto realizzato in altri Paesi europei. Ancora più carente è la ricerca sull'efficacia e sull'impatto delle azioni di contrasto. Molti interventi e politiche a potenziale impatto sull'equità di salute si sviluppano senza una valutazione, sperimentale o quasi-sperimentale, del loro funzionamento nel raggiungere l'effetto diretto desiderato e nel ridurre le disuguaglianze di salute. Nuovi partner interessati alla promozione di strumenti e metodi di bilancio sociale delle politiche sono l'INAPP e alcuni donatori.

Affinché le iniziative proposte in questo documento possano essere implementate, è necessario coinvolgere e formare il personale sanitario allo scopo di introdurre l'*equity audit* nell'ambito delle proprie attività e funzioni, anche includendo l'equità tra gli obiettivi prioritari nei programmi ECM. Il personale sanitario così formato potrebbe svolgere un ruolo di motivazione e guida nei confronti degli altri attori di *welfare* (scuola, lavoro, formazione, territorio, ecc.), per i quali si potrebbero promuovere corsi formativi congiunti, in modo da valorizzare le relazioni tra le politiche e i meccanismi sociali che hanno effetto sulla salute delle persone.

C) Interventi sui gruppi più vulnerabili

Oltre alle azioni di sistema rivolte a tutta la popolazione con un approccio universalistico proporzionato, occorrono anche interventi selettivi. Quando il bisogno cresce d'intensità, a causa di situazioni di estremo svantaggio, allora è necessario intervenire in modo mirato per non lasciare indietro chi ha più bisogno. Questo secondo tipo di azioni riguarda quelle buone pratiche che hanno mostrato di saper moderare le situazioni di estremo bisogno e che risultano trasferibili.

I gruppi più vulnerabili sono quelli in condizioni di estrema povertà e marginalità (come i senza dimora), e quindi maggiormente esposti ai fattori di rischio per la salute correlati allo svantaggio sociale, oppure quelli che hanno una particolare suscettibilità agli effetti sfavorevoli sulla salute e alle ricadute dell'esperienza di malattia sulla carriera sociale (come i disabili). Spesso le due condizioni sono entrambe presenti nello stesso gruppo. A queste due categorie si potrebbero aggiungere quei gruppi che, per diversi impedimenti, non hanno pieno accesso alle cure, come potrebbe accadere ad alcune categorie di stranieri immigrati.

L'equità nei dispositivi non sanitari

Nei repertori delle azioni efficaci e delle buone pratiche passate in rassegna nei più recenti progetti europei sulla vulnerabilità (*VulnerABLE*, 2017), ci sono numerose azioni di carattere selettivo che meritano di essere considerate e raccomandate. Alcune di queste azioni sono già all'ordine del giorno delle politiche del lavoro (come nelle politiche attive del lavoro) o di quelle sulla povertà e la casa, o ancora delle politiche sanitarie dedicate, come l'introduzione della sanità penitenziaria nei LEA. In tutti questi casi, rimane la preoccupazione che l'implementazione e l'impatto sulla salute non siano adeguatamente monitorati. Occorre quindi sviluppare adeguati sistemi di sorveglianza e monitoraggio che permettano di verificare l'equità di accesso e il risultato di queste misure.

Inoltre, la tutela dei più vulnerabili dal punto di vista sociale e sanitario è già oggetto di una specifica attenzione da parte degli Enti nazionali, come INAIL e INPS. Negli ultimi anni, questi Enti hanno allargato sempre di più la loro missione assicurativa, estendendo le proprie responsabilità a obiettivi di tutela con esplicita priorità ai più vulnerabili. L'INAIL ha dedicato più attenzione e risorse agli imprenditori immigrati, alla sicurezza sul lavoro, alle disuguaglianze di genere, all'invecchiamento della forza di lavoro. Inoltre, l'INPS mostra sempre maggiore interesse nei confronti dei soggetti con vulnerabilità sanitaria, nel suo impegno di semplificazione dei percorsi per il riconoscimento e l'esigibilità dei diritti dei disabili o dei pazienti affetti da malattie rare.

Le disuguaglianze di molti gruppi vulnerabili sono anche oggetto di importanti iniziative del privato sociale. Tuttavia, quasi mai queste iniziative sono valutate dal punto di vista della salute e delle disuguaglianze di salute. Anche in questo ambito, il presente documento vorrebbe stimolare questi interlocutori a valutare sistematicamente l'equità nella salute di questi gruppi vulnerabili e gli interventi selettivi che vengono loro rivolti. Questo impegno potrebbe contribuire a ricalibrare i progetti del privato sociale verso una maggiore capacità di contrasto o moderazione delle disuguaglianze di salute che conseguono alle condizioni di vulnerabilità sociale, anche alla luce delle conoscenze disponibili nella comunità scientifica sull'efficacia dei diversi interventi. In proposito, si segnalano due esperienze che possono rappresentare utili esempi di applicazione dell'ottica dell'equità nella salute. Nel mondo del privato sociale, il progetto di *Biennale Prossimità* ha costruito una rete di scambio, comunicazione e revisione reciproca di quelle esperienze del volontariato che curano e promuovono le relazioni di prossimità. *“Per prossimità si intende una dimensione sospesa tra il sistema di welfare formale, organizzato e (forse iper) regolato e l'azione personale e privata come l'aiuto dato ad un amico; sta lì nel mezzo, generalmente troppo sfuggente per essere codificata da un punto di vista giuridico, eppure con tutte le caratteristiche di un comportamento sociale”*¹¹⁷. Sarà importante seguire e accompagnare questa rete dal punto di vista dell'equità di salute, per riceverne stimoli, valorizzarne le energie e trasferire le conoscenze che possono migliorarne il rendimento. La seconda esperienza riguarda i finanziatori privati. Sempre più spesso i finanziatori tendono a privilegiare interventi basati su prove di alto bisogno ed efficacia di intervento. A tale scopo, si richiedono ai progetti approfondite analisi dei bisogni (di benessere

¹¹⁷ <http://prossimita.net/prossimita/>

e anche di salute) per stabilire le priorità di finanziamento, e si valutano tra i requisiti anche un'analisi *ex ante* ed *ex post* dei risultati, sia in termini di azioni che di benefici. Questi requisiti potrebbero arricchirsi del criterio di valutazione di impatto sull'equità di salute. Varrebbe la pena censire e valutare esempi di tali esperienze nel nostro Paese, per verificarne l'impatto nella prospettiva di una loro più ampia applicazione.

Rimuovere le barriere nell'accesso alle cure dei gruppi vulnerabili

Accanto alla necessità di introdurre l'equità per la salute dei vulnerabili nella programmazione delle principali politiche e responsabilità non sanitarie, sia pubbliche che private, occorre promuovere e stimolare investimenti anche su specifiche azioni che sono alla portata del Servizio Sanitario Nazionale. Tra i possibili modelli di moderazione del rischio per i vulnerabili sono di seguito evidenziate possibili azioni, rappresentative di situazioni paradigmatiche di rischio per l'accesso alle cure: alcune collegate alla rinuncia alle cure per la non sostenibilità dei costi dei farmaci non prescrivibili o del ticket; altre derivanti dall'esistenza di barriere di vario genere (normative, burocratiche, culturali) all'accesso da parte dei vulnerabili; altre ancora volte al miglioramento della copertura di presa in carico dei bisogni di salute nelle aree geografiche più deprivate.

Si è visto che soprattutto con gli anni della crisi il rischio di rinuncia alle cure per motivi economici, inclusi i farmaci da banco o coperti da ticket, è aumentato tra i gruppi a più basso reddito.

Nelle more di altri interventi più strutturali sulle barriere economiche alle cure, il presente documento propone che da subito la filiera di produzione e distribuzione farmaceutica sia sensibilizzata a donare farmaci onerosi (quelli di fascia C o accessibili via ticket) non in scadenza, allo scopo di rifornire con un'adeguata offerta i principali punti di assistenza a bassa soglia del volontariato e del terzo settore. A tale proposito, AIFA e INMP potrebbero far partire una collaborazione istituzionale tramite un progetto pilota avente lo scopo di contribuire al pieno accesso di farmaci essenziali da parte di gruppi di popolazione particolarmente deprivate.

La rimozione delle barriere d'accesso ai livelli di assistenza per i più vulnerabili potrebbe essere un importante campo di intervento per colmare lo svantaggio di questi gruppi. Un esempio significativo è già stato normato in occasione della definizione dei nuovi LEA, dove è stata inclusa tra le condizioni di erogabilità alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale la tutela della salute odontoiatrica per le persone in età evolutiva (0-14 anni) in condizioni di vulnerabilità sanitaria e/o sociale: uno dei punti di maggiore criticità per la rinuncia alle cure. Dato che questo principio dovrà ora essere reso operativo dalle Regioni, si sottolinea la necessità che la definizione delle condizioni di vulnerabilità sociale sia omogenea su tutto il territorio nazionale, per non creare ulteriori motivi di disuguaglianze. Inoltre, bisognerebbe che l'articolazione di questo nuovo LEA aprisse alla prevenzione primaria nelle scuole e con i pediatri di libera scelta (PLS), dove risiede il potenziale maggiore di riduzione delle disuguaglianze nella salute orale per i bambini di fascia vulnerabile.

Un ulteriore esempio di barriera da superare nella regolamentazione nazionale è il caso dei vaccini per gli immigrati che sono fuori dalla finestra vaccinale. Il *Piano Nazionale Vaccini* stabilisce l'obiettivo del contrasto delle disuguaglianze nelle coperture vaccinali di popolazioni marginalizzate (nomadi e immigrati) e prevede l'offerta attiva del vaccino Morbillo Parotite Rosolia, senza tuttavia fornire ulteriori indicazioni. Nei minori immigrati, a prescindere dallo status giuridico, vi è ora l'obbligo dell'iscrizione al SSN e dunque dell'effettuazione gratuita delle vaccinazioni previste dal calendario del PNV e dalla recente normativa in materia. Tale obbligo formale va però reso efficace attraverso una proposta attiva delle vaccinazioni, che tenga in debito conto le specificità delle culture dei migranti, le loro lingue, le condizioni sociali e familiari e il grado di alfabetizzazione sanitaria. Per quanto riguarda gli adulti, che sono fuori dalla finestra di età prevista per le vaccinazioni, alle barriere appena descritte si uniscono anche quelle di natura economica, e cioè il costo della prestazione vaccinale. Le recenti Linee guida sui controlli alla frontiera suggeriscono, sulla base delle evidenze scientifiche internazionali, come appropriata l'offerta attiva di alcune vaccinazioni anche ai migranti adulti che abbiano una storia vaccinale incerta o assente¹¹⁸. Tra queste, le vaccinazioni da sempre obbligatorie nel nostro Paese: antipolio, antidifterite, antitetano. La recente raccomandazione del Ministero della salute di offrire gratuitamente la vaccinazione anti-polio (una sola dose o l'intero ciclo) ai migranti adulti provenienti da Paesi a rischio, potrebbe essere generalizzata per questo insieme di condizioni, a tutela dell'individuo e della collettività dal momento che, per una molteplicità di ragioni, non dovunque vi è garanzia di copertura per queste semplici e poco costose forme di prevenzione di base, al di fuori del nostro Paese. Per la prevenzione dell'epatite B, le Linee guida raccomandano la vaccinazione di coloro che, sottoposti allo screening sierologico in quanto provenienti da Paesi a prevalenza più alta del 2%, siano risultati negativi, nonché di coloro che, indipendentemente dalla provenienza, abbiano alcune condizioni di rischio. Mentre quest'ultima situazione è prevista dal PNV, e dunque consente già l'offerta gratuita della vaccinazione (sebbene con applicazione disomogenea tra le ASL), la prima non lo è, riproponendo così la barriera del costo della prestazione per l'individuo. Le disparità e disuguaglianze appena descritte potrebbero essere affrontate con nuove e uniformi modalità di prevenzione gratuita (esenzioni), mirate a specifiche situazioni di rischio, a prescindere dallo status giuridico dell'immigrato.

Un ulteriore esempio di correzione di barriere, in questo caso per le persone in condizioni di vulnerabilità sanitaria, è quello dei soggetti che sono in cerca di riconoscimento della gravità del loro stato di non autosufficienza, dove sarebbe necessario rimuovere la compartecipazione alla spesa per la valutazione medico-legale necessaria a procedere nella domanda di invalidità.

Vi sono altri interventi, relativi ai contesti di comunità locale, che sono emersi come necessari per la presa in carico e la soluzione in maniera equa di molti problemi di salute. La letteratura scientifica parla di modelli di “*welfare* generativo di comunità” per promuovere la prossimità, come di un tipo di interventi capaci di far crescere, a fianco del lavoro specialistico dei servizi, la presenza di relazioni e forme di cooperazione attiva tra i cittadini. Gli esempi sperimentati nel nostro Paese sono già numerosi e riguardano tutti

¹¹⁸ INMP, ISS e SIMM. Linea Guida “I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza”. Roma: Eurolit s.r.l., giugno 2017 (ISBN 9788898544189 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2624_allegato.pdf

gli aspetti della vita quotidiana. Dare in uso ai cittadini beni comuni, collaborare con le organizzazioni che sostengono la prossimità, valorizzare i contributi volontari nell'ambito delle proprie azioni, sono esempi di rafforzamento reciproco tra reti di prossimità e azione dei servizi, che possono essere sistematizzate, organizzate e valutate nell'ambito dei piani per la programmazione dei servizi.

Si segnalano alcune significative esperienze maturate in contesti di sanità pubblica locale, che potrebbero diventare un modello trasferibile in specifiche aree del Paese a particolare concentrazione di svantaggio sociale e sanitario. L'esperienza delle microaree di Trieste, che interessa a oggi 13 piccole frazioni di dimensione compresa tra i 500 e i 2500 abitanti, si è basata sulla creazione di una rete di operatori sanitari presenti in modo continuo nei caseggiati popolari con maggiori problemi di reddito e integrazione sociale. L'intervento è volto a garantire aiuti diretti in ambito sanitario, ma anche a sviluppare relazioni di aiuto tra i cittadini e una sinergia tra i servizi. È stato coinvolto oltre il 5% della popolazione che risiede nelle aree più vulnerabili dal punto di vista sanitario e sociale, per la maggior densità di anziani e soggetti deprivati. Alcuni punti di forza dell'esperienza sono stati: la continuità nel tempo (oltre 10 anni); la convergenza e la cooperazione istituzionale intersettoriale (ASL, Comune, Ente case popolari, associazionismo); la centralità dell'azione delle strutture sanitarie nel coordinamento degli interventi di costruzione di reti sociali e istituzionali per la salute; gli importanti risultati sulla salute delle persone e sull'appropriatezza delle cure¹¹⁹.

Un'ulteriore esperienza è quella condotta nella Valle Maira¹²⁰ in Piemonte, che ha applicato a un ambito territoriale di tipo rurale e montano i medesimi principi di cooperazione istituzionale e centralità del coordinamento sanitario utilizzati a Trieste. Il modello ha dimostrato un elevato potenziale nella creazione di reti di relazione, anche in territori a elevata frammentazione e soggetti a spopolamento. Dato che le aree geografiche del Paese a forte rischio di isolamento dai servizi rientrano in uno dei principali assi della programmazione straordinaria europea dei fondi strutturali, quella delle aree interne, anche in questo caso l'esperienza di prossimità descritta potrebbe avere margini significativi di impatto.

Non mancano, dunque, buone pratiche da cui ricavare insegnamenti in un'ottica di trasferibilità, per riuscire a sviluppare una pluralità di interventi sui gruppi vulnerabili, attivando in modo integrato tutte le risorse e le competenze disponibili in una comunità locale e, al tempo stesso, promuovendo capitale sociale di cui potrebbe beneficiare tutta la popolazione, e non solo i gruppi vulnerabili. In particolare, il *Piano Nazionale Cronicità*¹²¹ che le diverse Regioni devono adattare alla propria rete di offerta sanitaria territoriale potrebbe essere l'occasione per trasferire questi modelli di prossimità con profitto, anche contando su nuove figure professionali che stanno prendendo forma in risposta ai nuovi bisogni dei più fragili, come l'infermiere di famiglia e di comunità o la farmacia dei servizi e della comunità.

¹¹⁹ Seminario: La costruzione di comunità può essere una strategia per promuovere il benessere? 17 Marzo 2017, Università di Torino

¹²⁰ Progetto CO.N.S.E.N.SO. - COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing SOciety, programma Model of care for elderly in Alpine space, nell'ambito di Interreg Italia Francia

¹²¹ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf, ultimo accesso 24 ottobre 2017

I migranti: un caso particolare di vulnerabilità

Gli immigrati da Paesi ad alta pressione migratoria possono essere doppiamente vulnerabili. Da un lato condividono con i poveri le condizioni di vita più rischiose per la salute e sono quindi destinatari di molte delle azioni socio-assistenziali prima citate. Dall'altro sono portatori di differenze culturali che possono fare da barriera sia alla prevenzione sia alle cure e che richiedono azioni specifiche.

È importante richiamare ad esempio il ruolo fondamentale che va assumendo la mediazione transculturale. Essa rappresenta una funzione necessaria nell'interazione tra i servizi sanitari e l'utenza, atta a superare le distanze culturali che possono ostacolare la comunicazione tra gli operatori e gli immigrati, e a migliorare la qualità dell'assistenza, adeguando le prestazioni offerte ai reali bisogni di salute delle persone. La funzione di Centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale in sanità è in capo all'INMP, che è attualmente impegnato nella definizione del curriculum di conoscenze e competenze abilitanti all'esercizio di tale attività. In prospettiva, la mediazione transculturale dovrà sempre più evolvere verso la cosiddetta "mediazione di sistema", intesa come capacità del sistema sanitario di porre al centro la relazione e la corretta comunicazione con le persone assistite.

Rispetto alle iniziative di sanità pubblica in favore dei gruppi più vulnerabili, si segnalano le esperienze di medicina di prossimità sviluppate in questi ultimi anni. Ad esempio quelle di Milano e Roma per offrire assistenza ai cosiddetti "transitanti" – migranti non intercettati dal sistema di accoglienza per richiedenti protezione internazionale, che si trattengono sul territorio nazionale per brevi periodi di tempo, diretti verso altri paesi dell'Unione europea – e più in generale a gruppi in condizione di particolare fragilità e svantaggio socio-economico.

In particolare, nel biennio 2013-14 il Comune di Milano, in collaborazione con la ASL e diverse organizzazioni del privato sociale (City Angels, Save the Children, Naga, Medici Volontari Italiani, Opera San Francesco, GrIS Lombardia), ha attivato presso la Stazione Centrale un punto di accoglienza e orientamento dei migranti (in prevalenza siriani) verso dormitori e mense. Successivamente, in seguito all'aumento dei migranti provenienti soprattutto dall'Eritrea e concentrati nell'area di Porta Venezia, sono state intraprese diverse iniziative volte a garantire accoglienza e assistenza sanitaria di base (anche mediante l'impiego di équipe itineranti). Nel 2015, sempre nel contesto della Stazione, si è giunti alla ristrutturazione di un ampio spazio (HUB), con un servizio di mensa, spazi di socializzazione e un ambulatorio gestito da personale sanitario (di lingua araba) della ASL¹²².

A Roma, nel 2015, l'Assessorato alle Politiche Sociali, Salute, Casa ed Emergenza Abitativa del Comune di Roma ha sottoscritto con le ASL RMA e RMB e con l'INMP una dichiarazione d'intenti relativa alla messa in opera di interventi socio-sanitari rivolti

¹²² Panizzut D. Dal mare al nord Europa: profughi in transito a Milano. In: Atti XIV Congresso Nazionale Società Italiana di Medicina delle Migrazioni "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute" – Torino, 11-14 maggio 2016. Bologna, Pendragon, 2016: 76-7.

a persone senza dimora, con particolare riferimento ai “transitanti”. In considerazione delle caratteristiche di questo specifico gruppo, il modello di assistenza adottato è stato quello dell’offerta proattiva. Le équipes composte da medici, infermieri, specialisti dermatologi, assistenti sociali e mediatori transculturali hanno operato all’interno di unità mobili adibite ad ambulatorio o in spazi dedicati, garantendo visite di medicina generale e dermatologiche, medicazioni e somministrazione di farmaci direttamente nei luoghi di permanenza temporanea. Sono state assistite circa 12 mila persone, in prevalenza maschi (88%) e giovani (età media 22 anni), provenienti da Eritrea e Somalia¹²³. La modalità che esce rafforzata è quella del lavoro in rete, in cui emerge la centralità del Sistema sanitario pubblico nel governare le azioni di tutela della salute e coordinare e capitalizzare le attività maturate nell’ambito della società civile. È fondamentale il ruolo delle associazioni del privato sociale nel coadiuvare e sostenere l’intervento del settore pubblico, tanto per fronteggiare l’emergenza, quanto nell’ambito di una programmazione più strutturata e sostenibile sul lungo periodo¹²⁴.

Nello stesso anno, nella Capitale, sono stati promossi, su mandato regionale, interventi a carattere sociosanitario, in favore di altri gruppi in condizione di disagio, quali gli immigranti che vivono in condizioni di precarietà abitativa (Piano di intervento sociosanitario rivolto agli immigrati stanziali presso gli insediamenti abusivi ed edifici occupati nella città di Roma)¹²⁵ e i Rom, Sinti e Camminanti (Piano di intervento socio-sanitario in favore di popolazioni romani a Roma)¹²⁶. I suddetti Piani, attualmente in fase di realizzazione, prevedono attività di outreach da parte delle ASL metropolitane di Roma, con il supporto dell’INMP, volte a fornire informazioni sul diritto alla salute e sulle modalità di accesso e fruizione dei servizi, attuare interventi di educazione alla salute, offrire visite specialistiche e favorire l’incontro con i servizi sociosanitari anche, se necessario, attraverso la creazione di specifici percorsi di presa in carico a bassa soglia.

UN IMPEGNO DA COSTRUIRE

Nonostante l’equità nella salute trovi fondamento nella Costituzione del nostro Paese e la legge istitutiva del SSN ribadisca che “la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale”, persistono sacche di disuguaglianza nella fruizione di tale diritto.

Negli anni, gli investimenti fatti hanno contribuito a migliorare sensibilmente lo stato di salute degli italiani. Ciononostante, continuano a persistere importanti sperequazioni in termini di mortalità e morbosità, in massima parte riconducibili alle condizioni socioeconomiche dei singoli cittadini, soprattutto causate dalla differente distribuzione

¹²³ Baglio G, Di Palma R, Eugeni E, Fortino A. Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute? *Epidemiol Prev* 2017 (in press).

¹²⁴ Baglio G, Eugeni E, Gnolfo F, Napoli PA per il Gruppo di Lavoro “Rete di assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma (Anni 2014 e 2015)”. Fenomeno dei migranti in transito a Roma: sperimentazione di un modello di prossimità assistenziale. In: Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell’assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2017:304-5.

¹²⁵ Regione Lazio. Nota Prot. 527930/GR/II/27 del 5 ottobre 2015.

¹²⁶ Regione Lazio. Nota Prot. 0573868 del 16 novembre 2016.

delle risorse e dell'accessibilità effettiva ai servizi sanitari nelle diverse aree del Paese.

Tali disuguaglianze, che non sono eticamente accettabili, possono essere in buona misura aggredite attraverso politiche e investimenti mirati, in quanto, almeno in parte, se ne conosce il meccanismo generatore.

La finalità del presente documento è stata la ricerca di elementi, supportati dalle migliori evidenze, da proporre ai decisori politici e a tutti gli stakeholder con un ruolo nella riduzione delle disuguaglianze di salute. Sono state analizzate esperienze e buone pratiche nazionali ed europee, tenendo conto del posizionamento dell'Italia nel contesto internazionale, soprattutto riguardo agli impegni sottoscritti sulla salute e sul contrasto delle disuguaglianze con l'Unione Europea e l'Organizzazione Mondiale della Sanità e sugli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, programmi che utilizzano l'equità come denominatore comune. Inoltre, il nostro Paese si appresta a coordinare la nuova Joint Action dell'Unione Europea sulle disuguaglianze di salute.

Le analisi condotte nell'ambito del documento restituiscono il quadro di un Paese ancora disuguale nella salute; suggeriscono, inoltre, che non agire sulle disuguaglianze potrebbe costare molto di più, tanto in termini economici, per le ricadute sulla produttività e sul fabbisogno assistenziale, quanto per l'impatto sui costi sociali e sui carichi di sofferenza delle persone e delle loro famiglie.

Il documento "L'Italia per l'equità nella salute" che è un documento in divenire, costituisce la piattaforma da cui partire per impostare un dibattito aperto a tutti i portatori di interesse, in particolare a chi ha responsabilità sulle tematiche delle disuguaglianze nella salute e nelle relative politiche intersettoriali così come ai rappresentanti delle parti sociali e della società civile.

Esso, infatti, è reso disponibile per una consultazione pubblica sul sito dell'INMP, ente deputato alla promozione della salute delle popolazioni più svantaggiate e al contrasto delle disuguaglianze. Tutti i soggetti interessati contribuiranno attraverso osservazioni, commenti e proposte di modifica. I risultati di tale consultazione pubblica saranno valutati in sede istituzionale e integrati nel documento che potrà essere utilizzato dai policy maker per le politiche, i programmi e le attività, nell'ambito di una strategia nazionale condivisa, organica e di lungo periodo, che impegni trasversalmente tutti i settori, secondo la prospettiva della "salute in tutte le politiche".

COSA PENSANO DELL'EQUITÀ NELLA SALUTE I PRINCIPALI PORTATORI DI INTERESSE CONSULTATI

Nel dicembre 2014 è stato pubblicato il secondo Rapporto sulle disuguaglianze di salute in Italia¹²⁷, elaborato da un gruppo di lavoro interregionale della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, coordinato dalla Regione Piemonte. Per valorizzarne i risultati, la Conferenza Stato Regioni ha assegnato all'INMP il compito di diffondere i messaggi del rapporto ai principali attori che, a livello nazionale o locale, hanno la possibilità di orientare le politiche sanitarie e non sanitarie, e di promuovere con questi attori collaborazioni, azioni congiunte e alleanze utili allo scopo di moderare le disuguaglianze di salute. L'INMP a sua volta si è avvalso delle strutture competenti della Regione Piemonte¹²⁸ per avviare e realizzare un piano di consultazioni con questi attori¹²⁹. In particolare, è stata sviluppata una strategia di comunicazione volta ad adeguare i contenuti informativi del Rapporto alla tipologia e alla disponibilità degli interlocutori, predisponendo strumenti di divulgazione ad hoc, quali *factsheet* e *policy brief*¹³⁰ personalizzati ai diversi contesti. Inoltre, per facilitare la conduzione degli incontri, ciascun interlocutore è stato interpellato con una griglia di domande specifica al proprio ruolo. I risultati raggiunti sono molto differenti a seconda del punto di partenza di ogni interlocutore e spaziano da chi ha solo beneficiato del semplice trasferimento delle conoscenze sulle disuguaglianze di salute fino a quanti hanno voluto concorrere con un impegno diretto e proprie azioni a un piano di contrasto delle disuguaglianze di salute. Questo capitolo intende dar conto dei risultati preliminari di questa consultazione.

Il percorso

Il primo passo prevedeva l'identificazione delle diverse categorie di interlocutori da interpellare e l'analisi del loro profilo. Stante l'ambizione del progetto e i limiti temporali e di risorse, si è stabilito di concentrare l'attenzione da un lato su interlocutori con una responsabilità diretta o strumentale sulle politiche (come i Ministeri e la Conferenza delle Regioni nonché enti e agenzie nazionali), e dall'altro su organizzazioni "ombrello", che hanno per definizione compiti di rappresentanza di diverse categorie di portatori di interesse

¹²⁷ Costa G et al.(a cura di), L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014.

¹²⁸ SCaDU Servizio di Epidemiologia di riferimento regionale e Centro regionale di documentazione per la promozione della salute DORS della ASL TO3 del Piemonte, che sono le strutture a cui la Regione Piemonte ha affidato il compito di coordinamento del gruppo di lavoro interregionale "Equità nella salute e nella sanità" della commissione Salute delle Regioni e che hanno curato l'elaborazione e la redazione del rapporto sull'equità nella salute

¹²⁹ In particolare, nell'ambito del progetto triennale dell'INMP 2012-2014 l'ASL TO3 del Piemonte ha ricevuto i seguenti incarichi coi rispettivi finanziamenti. Per il 2014: "Valorizzazione dei risultati del Libro bianco (Equità nella salute e nella sanità)" (103.000 Euro), "Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute" (109.000 Euro). Per il 2016: "Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute" (135.000 Euro).

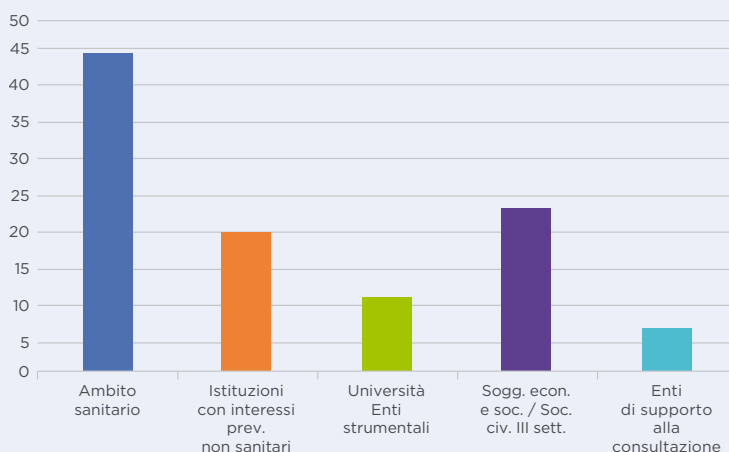
¹³⁰ La documentazione è disponibile sul sito www.disuguaglianzedisalute.it

(istituzionali, professionali e sociali). L'analisi del loro profilo è stata condotta in modo molto semplificato con lo scopo di prevedere il tipo di coinvolgimento atteso per ogni interlocutore, tenendo in considerazione sia gli interessi e le competenze in gioco sia le finestre di opportunità che si aprivano contemporaneamente nel contesto e nell'agenda pubblica.

Il secondo passo è stato volto a stabilire un primo contatto con gli interlocutori individuati, a volte ottenuto attraverso un invito istituzionale da parte della Ministra, più spesso attraverso la presentazione dei risultati del rapporto nel corso di un'iniziativa pubblica (conferenza o seminario). Nei casi in cui il secondo contatto fosse riuscito a suscitare l'interesse dell'interlocutore verso un ulteriore approfondimento, il terzo passo è consistito nell'organizzazione di iniziative strutturate di consultazione (quasi sempre seminari brevi della durata di due o tre ore), aperte a più rappresentanti della categoria interessata (come per esempio esperti e funzionari di staff dell'istituzione interessata o organi di direzione o gruppi di lavoro delle associazioni interpellate). Tali seminari sono stati dedicati a presentare in forma sintetica i risultati e le raccomandazioni del rapporto sull'equità nella salute secondo un formato orientato a tener conto degli interessi dell'interlocutore¹³¹, ma, soprattutto, a rilevare e suscitare reazioni e proposte dai partecipanti, a partire da una griglia di domande. Nei casi di ulteriore interesse degli interlocutori, a proseguire la collaborazione su specifiche azioni di analisi o di intervento o di formazione, allora, è stato previsto un quarto passo, con l'avvio di un piano di lavoro per una comunità di pratica sui temi di interesse comune, sotto l'assistenza tecnica di INMP e del Piemonte.

Tra la primavera 2015 e l'estate 2017 il piano è stato avviato e parzialmente completato, con i risultati preliminari illustrati nei seguenti grafici.

Figura 1. Distribuzione degli interlocutori individuati

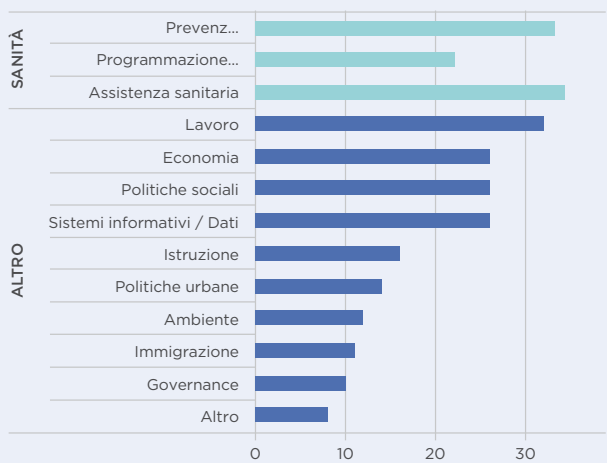


¹³¹ Un esempio di policy brief <http://www.disuguaglianzedisalute.it/?p=2015> e un esempio di factsheet <http://www.disuguaglianzedisalute.it/?p=139> sui temi del lavoro

Il piano di consultazioni è ancora in pieno svolgimento. Sono stati identificati 108 interlocutori appartenenti a diverse categorie (Figura 1). Il 40% degli interlocutori appartiene al settore sanitario (che include sia il livello istituzionale, come Ministero, Assessorati regionali e Aziende sanitarie, che le associazioni professionali), circa il 20% al settore delle politiche non sanitarie (sia istituzioni pubbliche come Ministeri, Regioni ed Enti locali, che istituzioni sociali ed economiche) e il rimanente 40% si divide tra enti strumentali, soggetti economici, sociali e della società civile e enti di supporto alle attività di consultazione (Figura 1).

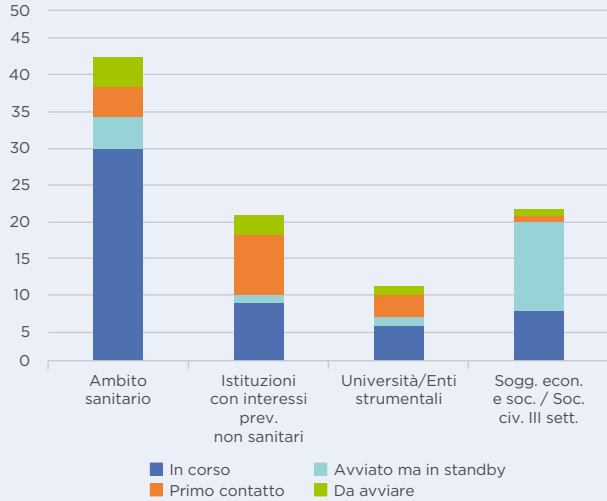
Da un'analisi delle aree tematiche di interesse degli interlocutori del processo di consultazione, emerge come vi sia una buona rappresentazione dei principali ambiti di politiche che possono essere interessate dal tema delle disuguaglianze di salute (Figura 2). Tali ambiti richiamano la responsabilità dei decisori, sia nelle politiche sanitarie (assistenza sanitaria, prevenzione e promozione della salute, programmazione e governance sanitaria, monitoraggio e sorveglianza), sia in quelle non sanitarie, e in particolare le politiche del lavoro, dell'economia, quelle sociali e dell'istruzione. In questa molteplicità di aree tematiche è emerso spesso un interesse trasversale sui meccanismi che sono alla base delle disuguaglianze di salute di genere.

Figura 2. Aree tematiche di interesse degli interlocutori



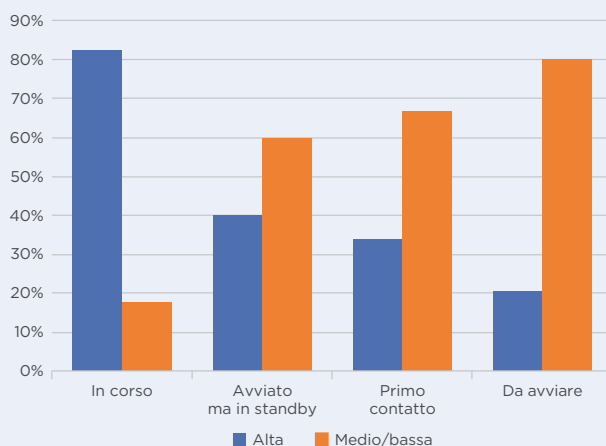
La consultazione ha già riguardato oltre il 70% degli interlocutori identificati, e con oltre il 54% di essi, per la maggior parte di ambito sanitario, si è raggiunto l'obiettivo di avviare una comunità di pratica o comunque di definire percorsi di collaborazione. Non si è invece ancora avuta una consultazione con le categorie economiche e sociali. Nel 16% dei casi si è avviato un contatto con gli interlocutori individuati, mentre nel 11% non è ancora avvenuto (Figura 3).

Figura 3. Consultazioni per tipologia di contatto



Affiancando allo stato delle consultazioni un giudizio di priorità dei risultati attesi, basati sul relativo grado di realizzabilità, si evince come i contatti e il lavoro avviato abbiano riguardato interlocutori e ambiti con maggiori potenziali di risultato, presumibilmente prioritari (Figura 4). Per ragioni di tempo, risorse e fattibilità, gran parte delle iniziative di consultazione e coinvolgimento si sono svolte con interlocutori e per progetti di scala nazionale, mentre quelli di livello regionale e locale sono stati coinvolti per lo più nell'ambito di esperienze pilota e non in modo sistematico.

Figura 4. Livello di consultazione per priorità



Di seguito saranno discussi i risultati più importanti di tali consultazioni, separatamente per le diverse categorie di interlocutori, al fine di identificare le potenziali alleanze e le principali implicazioni per una strategia nazionale sulle disuguaglianze di salute. Tale distinzione, però, va interpretata in modo non rigido, tenuto conto che spesso le consultazioni hanno fatto emergere la necessaria intersettorialità delle azioni suggerite.

Le politiche sanitarie

Nell'ambito delle politiche sanitarie, sono stati interpellati gli interlocutori che si occupano della prevenzione e dell'organizzazione dell'assistenza, già coinvolti su aspetti riguardanti l'equità in atti programmatici come lo sviluppo del Piano Nazionale di Prevenzione (PNP 2014-2018), o la definizione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Per quanto riguarda la prevenzione, si è tenuto conto che il PNP affidava alle Regioni il mandato di includere il contrasto delle disuguaglianze di salute tra i principi delle attività dei Piani Regionali di Prevenzione (PRP), mandato rafforzato dal fatto che l'equità sarebbe stato uno dei criteri di valutazione e approvazione delle proposte di PRP da parte del Ministero della salute. L'impegno in questo caso è consistito nel coinvolgimento dei gruppi regionali di redazione dei PRP, perché orientassero anche al contrasto delle disuguaglianze gli interventi sui singoli fattori di rischio. Per lo scopo, è stato elaborato e consegnato ad ogni gruppo redazionale un *factsheet*, con dati inediti di ogni regione circa lo stato delle disuguaglianze sociali nell'esposizione ai 38 fattori di rischio bersaglio del PNP, stratificati per sesso ed età. In dodici Regioni i *factsheet* sono stati presentati durante sessioni di formazione/discussione, organizzate per favorire maggior sensibilizzazione e *capacity building* sui temi dell'equità nella prevenzione; cinque gruppi regionali hanno invece partecipato come osservatori ai seminari svoltisi in Regioni limitrofe, mentre le restanti Regioni hanno

ricevuto la documentazione senza tuttavia partecipare ad alcuna attività di formazione. Dal punto di vista dell'impatto a breve termine, la Tabella 1 illustra i risultati dell'analisi critica che è stata condotta su ognuno dei PRP approvati entro la fine del 2015, che ha permesso di classificare le Regioni sulla base della capacità dimostrata di sapere includere il principio del contrasto delle disuguaglianze nella programmazione della prevenzione¹³².

REGIONI/PROVINCE AUTONOME N (%)		GIUDIZIO SINTETICO
4 (19%)	Abruzzo, Liguria, Molise, P.A. di Bolzano	Non hanno ancora considerato il contrasto alle disuguaglianze nel proprio PRP
3 (14%)	Basilicata, Toscana, Valle d'Aosta	Considerano l'equità solo in linea di principio nel quadro strategico del PRP
5 (24%)	Campania, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Sicilia, Umbria	Hanno riconosciuto il problema iniziato a misurare OPPURE realizzeranno almeno un esercizio di HEA*
5 (24%)	Calabria, Lazio, Lombardia Sardegna, Veneto	Sanno misurare, hanno consapevolezza e almeno un HEA* sarà realizzato sulla base del PRP
4 (19%)	Emilia Romagna, Marche, P.A. di Trento, Piemonte	Approccio strutturato al contrasto delle disuguaglianze con accenni di policy

* Health Equity Audit

Tabella 1. Risultato della valutazione della dimensione equità nei Piani regionali della prevenzione 2014-2018

A questo risultato preliminare si è poi aggiunto un progetto pilota del programma CCM 2014, coordinato dalla Regione Piemonte, che ha accompagnato esercizi concreti di *health equity audit* per riorientare all'equità la prevenzione in differenti settori. Le sei Regioni partecipanti, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Puglia, hanno analizzato i propri PRP, individuando un particolare e proprio ambito di azione, scegliendo di focalizzarsi rispettivamente su scuola, lavoro, comunità, genitorialità, medicina di iniziativa e ambiente, individuando, per ciascuno di questi setting/programmi, delle soluzioni per orientare le corrispondenti azioni verso il contrasto delle disuguaglianze. Tale progetto, a tutt'oggi in corso, è finalizzato alla disseminazione dei risultati a tutte le altre Regioni italiane, con metodi, strumenti, prove, dati aggiornati e buone pratiche da trasferire.

I punti di forza di questo impegno sul piano di prevenzione sono stati la presenza di un mandato esplicito sull'equità da parte del PNP, rinforzato dalla sua

¹³² Silvestrini G. Impatto di un intervento formativo finalizzato allo sviluppo della programmazione regionale per il contrasto alle disuguaglianze di salute: evidenze empiriche dalla valutazione dei piani regionali della prevenzione 2014-2018. Tesi di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, a.a 2013/2014.

inclusione tra i criteri di valutazione, e quella di una comunità di pratica già attivata per favorire la progettazione dei PRP secondo linee guida nazionali, comprensive di dati e strumenti sull'equità. L'impegno ha avuto un ulteriore slancio grazie al progetto CCM su *health equity audit*, che ha permesso di mobilitare energie apposite per sperimentare e diffondere nuove conoscenze, strumenti e metodi. Le sfide per il futuro riguardano la scelta di priorità, l'identificazione di azioni preventive efficaci, la formazione dei professionisti, e lo sviluppo di adeguati meccanismi di *governance* per gli interventi intersettoriali.

Per quanto riguarda l'ambito dell'assistenza sanitaria, il piano di diffusione del rapporto sull'equità nella salute ha potuto contare su alcune finestre di opportunità importanti. La prima è stata la ridefinizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), processo che ha visto un significativo e concreto orientamento verso l'equità dell'assistenza sanitaria. Il gruppo di lavoro incaricato dal Comitato LEA di rivedere il sistema di indicatori di garanzia dei LEA (un fondamentale debito informativo-legale che serve ad assicurare *accountability* dei Servizi sanitari regionali rispetto alla loro missione di erogare i LEA) ha, infatti, esaminato la possibilità di introdurre per la prima volta un gruppo di indicatori sull'equità. È stata così elaborata una proposta che impegna: a) a utilizzare dapprima un indicatore di livello di disuguaglianza sociale nella rinuncia alle cure (così come misurabile attraverso le indagini campionarie periodiche Istat), quale *proxy* della capacità dei SSR di assicurare equità nella copertura del fabbisogno; b) a prevedere la possibilità di monitorare disuguaglianze sociali in tutti gli altri indicatori di garanzia dei LEA (sia di processo sia di esito), attraverso l'integrazione tra i dati del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) e i dati di fonti informative statistiche esterne che raccolgono informazioni su almeno una variabile di tipo sociale. Il relativo decreto sulla garanzia dei LEA è ancora nel suo iter di approvazione. Parallelamente, la nuova regolamentazione dei LEA non solo ne ha ridefinito il significato universale, ma ha anche introdotto un nuovo LEA per la salute orale, specificamente utile per i gruppi vulnerabili.

Una seconda importante occasione di promozione delle ragioni dell'equità nella programmazione sanitaria potrebbe essere la revisione dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale (FSN), attualmente allo studio della commissione Salute della Conferenza delle Regioni. In particolare, è stato istituito un gruppo tecnico ad hoc per elaborare una formula di riparto che garantisca che il fabbisogno di finanziamento regionale per attuare i LEA sia proporzionale alla concentrazione di bisogni di salute, e quindi anche ai suoi principali determinanti. I dati e le competenze in tema di equità nella salute possono fare in modo che la revisione della formula di riparto sappia tener in conto anche il contributo delle disuguaglianze di salute.

Mentre il riparto del finanziamento indistinto è finalizzato ad assicurare l'erogazione corrente dei LEA in modo proporzionale al bisogno, i finanziamenti vincolati agli obiettivi di Piano sanitario sono la leva utilizzata per incentivare innovazioni in diversi settori della prevenzione e dell'assistenza. Nelle annualità 2012 e 2013, le relative intese Stato-Regioni hanno introdotto obiettivi di contrasto delle disuguaglianze (2012) e di misura delle disuguaglianze (2013). Le Regioni hanno risposto in modo eterogeneo a questo stimolo, e le poche valutazioni eseguite sui documenti di progetto finora dispo-

nibili mostrano che esse sono più attente a interventi di assistenza e prevenzione rivolti a gruppi vulnerabili, come gli immigrati e i senza fissa dimora (esempio Campania), oppure al miglioramento delle capacità di monitoraggio e studio delle disuguaglianze di salute (esempio Sicilia). In entrambi i casi, il piano di valorizzazione e consultazione sul rapporto sull'equità nella salute ha messo a disposizione delle Regioni richiedenti dati, metodi, strumenti e competenze, anche se in modo non sistematico né coordinato da alcun centro di regia.

Ma resta ancora da comprendere come poter evitare che le misure di austerità (soprattutto nel campo della compartecipazione alla spesa, delle liste di attesa, del controllo dell'inappropriatezza organizzativa o del riordino della rete ospedaliera con la deospedalizzazione dell'assistenza) aumentino la difficoltà di accesso all'assistenza appropriata e di qualità tra le persone più socialmente vulnerabili. In questo ambito, il Programma nazionale esiti (PNE) si sta occupando di migliorare la capacità di misura delle variazioni sociali negli esiti di salute.

In generale, si può concludere che negli ultimi due anni, sul piano delle politiche sanitarie e preventive, sia nazionali sia regionali, ci sono stati significativi passi avanti verso la definizione di un piano nazionale di contrasto di quelle disuguaglianze di salute che sono nella responsabilità delle politiche sanitarie. Ma soltanto nell'ambito della prevenzione sanitaria questo sforzo sta prendendo forma, con l'ampiezza di analisi, la sistematicità di impegno e la condivisione di responsabilità che richiede un tale piano, mentre nella restante parte della programmazione sanitaria i passi avanti, seppur importanti, avvengono ancora in maniera più episodica e non guidata ancora da una regia esplicita. Livelli più specifici ed intensi di impatto dei messaggi del rapporto equità nella salute sono stati raggiunti in singole esperienze locali o di singole categorie professionali, di cui si darà conto nel successivo paragrafo.

Le responsabilità locali e professionali della sanità

Tra le responsabilità sanitarie locali rientrano i Servizi sanitari regionali con le loro Aziende sanitarie. L'Emilia Romagna è ad oggi l'unica Regione che, pur prescindendo dai messaggi del rapporto ma fondandosi sullo stesso genere di argomentazioni e dati, ha assunto una responsabilità diretta regionale sull'equità di salute, dandosi un sistema di deleghe a rete per l'individuazione e la correzione di tutti i punti critici per l'equità nell'organizzazione e nel funzionamento del servizio sanitario regionale e in quelli aziendali¹³³.

A livello aziendale, le organizzazioni "ombrello" interpellate per valutare insieme come le aziende sanitarie possano contribuire al contrasto delle disuguaglianze di salute, sono Federsanità e la Federazione italiana delle Aziende sanitarie ospedaliere (FIASO). Un primo contatto di sensibilizzazione sul tema è già avvenuto nel corso di appositi seminari e sarà necessario procedere a una consultazione più strutturata con gli organi direttivi, sia per elaborare congiuntamente linee guida per gli associati, sia per identifica-

¹³³ http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita

re aziende pilota che intendano sperimentare modelli di audit aziendale e management dell'equità. Da segnalare ancora alcuni casi a livello locale in cui il piano di disseminazione del rapporto sull'equità di salute è stato accompagnato da progetti concreti di contrasto delle disuguaglianze di salute. Gli esempi più concreti di questa esperienza (Torino e Trieste) verranno richiamati più avanti insieme alla presentazione del ruolo degli enti locali perché strettamente integrati; anche altre ASL (Alessandria e Napoli) hanno iniziato questo percorso.

La consultazione nel mondo sanitario ha coinvolto anche gli ordini professionali e le società scientifiche. In fase avanzata è la collaborazione con la Federazione degli ordini dei medici, FNOMCeO, la quale attraverso l'apposita Commissione nazionale sulla solidarietà - nata anche a seguito degli stimoli del Rapporto sull'equità di salute e composta ad oggi da referenti di oltre 25 ordini provinciali - sta sviluppando alcune priorità di azione, partendo dalla preparazione di un corso di formazione a distanza (FAD), dedicato inizialmente a titolo sperimentale ai referenti delle omologhe commissioni provinciali e poi a tutti gli iscritti a livello provinciale. Allo stesso tempo la FNOMCeO sta elaborando una carta di impegni per il medico che voglia contrastare le disuguaglianze nella sua pratica. Il livello di coinvolgimento di Ordini e Collegi delle altre professioni sanitarie è ancora in fase iniziale, caratterizzata da contatti preliminari con l'Ordine degli psicologi e con l'IPASVI.

Nel panorama delle società scientifiche si è data priorità a quelle che hanno espresso interesse specifico nel corso di convegni o seminari di sensibilizzazione sull'equità, o a quei settori coperti dalla disponibilità di dati appropriati sulle disuguaglianze di salute. In particolare, in ambito clinico-assistenziale, le attività di consultazione e ingaggio sono in programma con la Società dei Medici di medicina generale (SIMMG), con quelle di pediatria e psichiatria; sono già formalmente iniziate soltanto con la Società di Epidemiologia psichiatrica (SIEP), con la quale si stanno studiando possibili progressi nella misura delle disuguaglianze di salute mentale e nell'audit dell'equità nei percorsi assistenziali del disturbo mentale. Con le categorie professionali dei cardiologi, diabetologi ed internisti si sono organizzati contatti preliminari da sviluppare con formule di consultazione più strutturata.

L'ambito delle società scientifiche coinvolte nei temi della prevenzione e promozione della salute è quello maggiormente attivo. Ad esempio, la Società italiana di Igiene e Medicina preventiva (SITI), in risposta al Rapporto sull'equità nella salute, aveva già istituito un apposito gruppo di lavoro sulle disuguaglianze nella prevenzione. Nella stessa sfera è particolarmente attivo il gruppo di medici in formazione specialistica delle scuole di igiene della Consulta della SITI che, dopo un'iniziale sensibilizzazione in appositi convegni e corsi di formazione, è stato coinvolto nella realizzazione di un modulo di formazione sulle disuguaglianze di salute per i propri colleghi. Anche la CIIP (Consulta interassociativa italiana per la prevenzione) ha organizzato sessioni di formazione e discussione sul ruolo della promozione della salute in ambiente lavorativo per l'equità. Su questa stessa linea vi è l'attività dell'AIE (Associazione italiana di Epidemiologia) che collabora per migliorare la capacità di misura delle disuguaglianze di salute a livello nazionale e in ogni Regione in cui è rappresentata. Un discorso a parte merita la SIMM (Società italiana di Medicina delle migrazioni), che opera per contrastare le disuguaglianze sanitarie, in particolare attraverso la promozione dell'accesso universale alla salute e alla sanità per gli immigrati. Gli organi

direttivi della SIMM e dei suoi rami operativi a livello regionale, i GRIS (Gruppi regionali immigrazione e salute) sono stati consultati in diverse occasioni, sia sui temi del monitoraggio (in sede di Osservatorio epidemiologico nazionale dell'INMP), sia a proposito di politiche dell'immigrazione (in sede di elaborazione della proposta di una nuova Joint Action europea sul contrasto delle disuguaglianze di salute); inoltre, recentemente, all'interno della società scientifica, si è costituito un gruppo di lavoro specifico sugli strumenti e metodi per il contrasto delle disuguaglianze nell'ambito della medicina delle migrazioni.

In conclusione, dalle consultazioni richiamate emerge come vi sia una discreta disponibilità dei professionisti a lasciarsi interpellare riguardo al tema dell'equità. In particolare, il loro coinvolgimento è risultato efficace sia per identificare le azioni concrete di contrasto delle disuguaglianze di salute sotto la loro responsabilità diretta, sia per attivare azioni di tutela per la salute dei gruppi più vulnerabili, patrocinandone i bisogni di salute nelle sedi più opportune e nelle occasioni più critiche (come è stato il caso dell'obiezione dei medici all'obbligo di denuncia dello straniero irregolare che ricorreva alle cure).

Le politiche non sanitarie

La consultazione ha coinvolto i dicasteri le cui politiche potevano essere maggiormente implicate dai dati sulle disuguaglianze di salute.

La Presidenza del Consiglio dei ministri e il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali sono stati coinvolti principalmente per le implicazioni sulla salute della revisione dei regimi pensionistici, tema di grande attualità nell'agenda del confronto politico con le parti sociali in questi ultimi anni. Il rapporto infatti evidenzia come in Italia l'aspettativa di vita al momento dell'età pensionabile sia di tre anni più bassa per le professioni manuali non qualificate. Questi dati sollevano interrogativi sull'equità di dispositivi quali l'innalzamento uguale per tutti dell'età pensionabile o il computo del trattamento pensionistico fondato esclusivamente sulla media dell'aspettativa di vita. Dal rapporto risulta anche il grave svantaggio a carico dei disoccupati nella salute fisica e mentale, svantaggio che perdura nel tempo e che, a causa della recente crisi economica, ha investito una platea molto più ampia di individui, con importanti ricadute per il fabbisogno di assistenza, soprattutto nel campo del disturbo mentale. Lo sviluppo dei nuovi dispositivi della riforma del lavoro potrebbe avvantaggiarsi della valutazione d'impatto sulla salute delle politiche del lavoro attive e passive. Analogamente la nuova normativa sugli incentivi alla produttività sta stimolando interessanti sviluppi nel *welfare* aziendale e nella creazione di migliori condizioni di lavoro, che meriterebbero di essere valutati in termini di equità.

Il ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, insieme a quello delle Infrastrutture e dei Trasporti, è fortemente implicato anche nelle misure di sostegno all'abitare, di per sé rivolte prevalentemente a fasce molto vulnerabili della popolazione in termini sociali e conseguentemente di salute. Al riguardo, oltre al Ministero competente, sarà interpellata anche l'associazione Federcasa, che nel corso delle prime consultazioni avvenute in alcune agenzie territoriali locali (per esempio in Piemonte) si è detta interessata alla valutazione dell'impatto sulla salute delle politiche abitative.

Analogamente, il Rapporto sull'equità nella salute sottolinea il ruolo fondamentale delle credenziali educative costruite in età giovanile sulla salute adulta. La centralità per le disuguaglianze di salute delle politiche dell'educazione in età prescolare, scolare e adulta saranno oggetto nei prossimi mesi di consultazione nell'apposito tavolo interministeriale recentemente ripristinato all'interno del programma Guadagnare Salute, al fine di progettare e coordinare sforzi comuni di promozione della salute.

Cambiando settore, il Dipartimento per le Politiche di Coesione coordina la programmazione degli interventi di rilancio economico e sociale a favore delle aree interne (uno degli assi dei Fondi strutturali europei 2014-2020), volta a colmare le disuguaglianze di accesso a risorse, capacità e servizi nelle aree remote del paese. Il piano di disseminazione del Rapporto ha interessato il gruppo di lavoro interministeriale dedicato a questo tema e aiuterà a scrutinare in maniera più analitica come e in che misura potenziali investimenti nei trasporti, nella scuola e nella sanità in quelle aree possano migliorare il profilo di salute, relativamente svantaggiato, della popolazione ivi residente, oltre a far emergere le ricadute sulle disuguaglianze derivanti dalle azioni di rilancio economico avviate.

Ancora, i ministeri dell'Interno e della Giustizia rappresentano gli interlocutori privilegiati dell'INMP per i temi dell'immigrazione e delle sue implicazioni sulla salute e verranno coinvolti direttamente su questi temi nella consultazione. Un ulteriore ministero ancora da consultare ma già inserito in agenda è quello dell'Ambiente e delle tutele del territorio e del mare, le cui responsabilità hanno spesso a che fare con l'impatto sulla salute dei rischi ambientali, che sono distribuiti secondo la mappa dello svantaggio sociale.

Infine, una categoria di interlocutori fondamentale è quella degli Enti locali. Il Rapporto sull'equità di salute dimostra non solo quanto le politiche non sanitarie possano influenzare lo svantaggio nelle risorse e capacità individuali, ma anche quanto la qualità dei contesti locali, dell'ambiente costruito, delle comunità e dei servizi possa fare la differenza nel limitare o amplificare l'impatto dello svantaggio individuale. In tal senso, gli enti locali rappresentano dunque un interlocutore privilegiato. Lo sforzo di comunicazione e coinvolgimento si dovrebbe concentrare sulle principali organizzazioni "ombrello" che per loro missione si propongono di rappresentare e dare servizi agli enti locali, come ad esempio l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI), e le sue articolazioni in cui i comuni si incontrano per scopi connessi alla salute come Federsanità (dedicata all'interazione tra politiche sociali e sanitarie) o altre formule associative come Città sane (componente italiana del programma omologo dell'Organizzazione mondiale della sanità). ANCI e Federsanità stanno coinvolgendo le amministrazioni locali del Friuli in uno sforzo di orientamento all'equità di salute di almeno una loro azione locale. Città Sane ha coinvolto diversi amministratori comunali in una larga consultazione sui temi dell'equità di salute, da cui si è avviato un progetto pilota a Modena per il miglioramento del monitoraggio delle disuguaglianze di salute su scala locale.

Sono stati poi avviati esperimenti locali specifici nella città di Torino e Trieste, che hanno deciso di intraprendere azioni più sistematiche di contrasto delle disuguaglianze insieme alle aziende sanitarie di loro competenza. L'Azienda Sanitaria di Trieste, con il supporto del Comune e dell'agenzia della casa, ha iniziato un progetto di valutazione dei

risultati dell'equità di salute dell'intervento delle microaree, un'azione congiunta sulle aree più deprivate della città volta a generare capitale sociale indispensabile per la protezione della salute dei gruppi più vulnerabili. È il primo esempio di una comunità di pratica locale che si spinge fino a sperimentare e valutare i risultati di interventi sui determinanti sociali di salute. Il caso di Torino si apre su una scena ancora più ambiziosa dal punto di vista strategico. In questa città il rapporto sull'equità di salute ha stimolato i suoi attori a realizzare una versione locale del rapporto, rianalizzando retrospettivamente 40 anni di storie di disuguaglianze di salute nella città. In questo modo è stato possibile esaminare l'impatto che hanno avuto sulle variazioni di salute le principali trasformazioni della città – economiche, sociali, demografiche, ambientali – e pertanto speculare sul ruolo che hanno giocato le varie politiche che hanno causato o provato a gestire i cambiamenti. Questo rapporto torinese è stato sottomesso a un percorso di consultazione strutturata con oltre cinquanta testimoni privilegiati della città, funzionari comunali, rappresentanti di associazioni sindacali e del terzo settore, fondazioni ed esperti, politici e amministratori, i quali partendo da una fase di informazione e sensibilizzazione sull'equità nella salute, seguita dalla condivisione delle loro esperienze sul tema, sono giunti alla condivisione di un modello di riferimento per le politiche e le azioni che ha portato all'assunzione di impegni concreti da parte delle alte autorità della città.

Dunque, come atteso, il coinvolgimento degli attori delle politiche non sanitarie risulta più difficilmente pianificabile e realizzabile data la diversità dei settori da coinvolgere, delle loro agende e delle loro culture, e in assenza di una regia alta che dia le priorità, guidi e validi i processi, oltre che in assenza di meccanismi di incentivazione che premino l'intersectorialità e il risultato. In questo contesto è necessario approfittare delle occasioni che offre l'agenda pubblica per assecondare percorsi più o meno virtuosi su cui innestare l'*health equity audit* nei processi decisionali, come nei casi appena descritti e in questo modo far crescere la cultura della salute in tutte le politiche.

I soggetti economici e sociali

Un piano di contrasto delle disuguaglianze di salute può avere successo solo se include in modo attivo anche la società nel suo complesso, attraverso opportune forme di coinvolgimento delle rappresentanze sindacali delle parti sociali, imprese, terzo settore e lavoratori, e delle altre organizzazioni importanti della società civile, nonché dei mezzi di comunicazione.

Una prima consultazione delle rappresentanze sindacali è avvenuta per il tramite di quella che era la loro sede costituzionale di concertazione, il Consiglio nazionale per l'economia e il lavoro (CNEL). Questa prima consultazione aveva coinvolto le principali organizzazioni sindacali italiane delle imprese, del terzo settore e dei lavoratori, ottenendo stimolanti incoraggiamenti a proseguire e a volte anche specifici suggerimenti su come ogni organizzazione di parte potesse contribuire a un piano nazionale di contrasto delle disuguaglianze di salute. I principali punti espressi dalle parti in questa consultazione sono di seguito riassunti:

- lavoro, reddito, livello di istruzione e *lifelong training&learning* sono stati individuati

- quali determinanti di salute e la loro non equa distribuzione nella società è una chiara causa delle disuguaglianze di salute;
- la crisi economica ha aumentato il gap tra i soggetti più e meno svantaggiati; considerando la salute quale risorsa su cui fondare lo sviluppo del Paese è necessario agire per colmare questo divario;
 - politiche e azioni intersettoriali sono importanti ma anche difficili da implementare senza un forte impegno del governo centrale a livello nazionale, regionale e locale; inoltre, sarebbe opportuno investire sul *capacity building* portando gli interlocutori a conoscere in maniera più approfondita l'impatto delle disuguaglianze sociali sulla salute;
 - focalizzarsi sui determinanti sociali di salute e sulle politiche intersettoriali non significa necessariamente ridurre le attività di promozione della salute, che richiamano la responsabilità di questi soggetti sociali ed economici nel facilitare l'adozione di comportamenti salutari da parte dei lavoratori, soprattutto dei gruppi più vulnerabili e delle classi manuali non qualificate;
 - durante una crisi economica è necessario focalizzarsi sui soggetti maggiormente vulnerabili come donne, giovani e anziani, migranti, soggetti che vivono in condizioni di povertà e in particolare su coloro che vivono multiple condizioni di vulnerabilità;
 - è stato riconosciuto come in Italia, dietro le disuguaglianze sociali, vi siano forti disuguaglianze geografiche; per questo, volendo agire per ridurre le disuguaglianze nel nostro Paese, non si può prescindere dal considerare il divario di risorse sia economiche che sociali esistente tra nord e sud del Paese;
 - infine, è stata riconosciuta l'importanza del ruolo delle partnership con il settore privato.

Nel frattempo l'organizzazione della biennale di Prossimità, esperienza promossa dalla rete nazionale per la prossimità (un network di organizzazioni che condividono l'obiettivo di combinare interventi di prossimità con la promozione di una riflessione pubblica su questi temi) ha rappresentato una finestra di opportunità per l'apertura verso la sensibilizzazione al tema della società civile e del terzo settore. Al momento alcuni rappresentanti del gruppo di lavoro sull'equità nella salute, nell'ambito del comitato promotore della biennale, stanno lavorando a coordinare la linea di lavoro e la riflessione sull'impatto sulla salute e sulle disuguaglianze di salute¹³⁴.

Il Rapporto sull'equità nella salute ha anche evidenziato le differenze di genere nelle disuguaglianze sociali di salute: l'intensità e la direzione delle disuguaglianze cambiano al variare delle misure di salute considerate ed è sempre più importante il ricorso a interpretazioni che tengano conto sia dei determinanti biologici sia di quelli sociali. A questo proposito è stato predisposto un documento di approfondimento sul tema che fornisce spunti per le politiche sanitarie, a partire dalla cosiddetta medicina di genere, così come per le politiche non sanitarie, considerando meccanismi sociali specifici di genere, che generano differenze di salute. Il documento, disponibile sul sito www.disuguaglianzedi-salute.it, propone uno strumento di *health equity audit* che può essere utilizzato da attori e istituzioni per la valutazione di politiche in chiave di genere e per predisporre azioni positive. Le domande e i contenuti dello strumento proposto consentono di entrare nel merito dei meccanismi fondati su asimmetrie di potere e controllo della propria vita

¹³⁴ <http://prossimita.net/>

sesto/genere-specifiche, che secondo le ipotesi formulate sono alla base delle disuguaglianze di salute di genere e fanno riflettere sulle diverse opzioni possibili di intervento. Applicazioni pilota di questa griglia sono in corso in Friuli e nel Piemonte; ad esempio, in Piemonte la progettazione della nuova Città e Parco della salute viene sottoposta ad una valutazione ex ante delle implicazioni per la parità di genere sia degli aspetti clinici che di quelli organizzativi e di contesto.

Per quanto riguarda i mezzi di comunicazione le iniziative più significative sono state da un lato la realizzazione da parte dell'agenzia di comunicazione scientifica ZADIG di un modulo FAD per la formazione continua dei giornalisti sul tema della disuguaglianza di salute, e dall'altro la preparazione e presentazione di molti strumenti divulgativi sul sito internet www.disuguaglianzedisalute.it. Infine, una straordinaria occasione è stata l'edizione 2017 del festival di economia di Trento che è stata dedicata alla "Salute disuguale" e ha visto tutti i principali ambiti e soggetti responsabili delle politiche in Italia misurarsi con i fatti e le raccomandazioni del Rapporto sull'equità nella salute.

Gli enti strumentali

Una strategia nazionale di contrasto delle disuguaglianze di salute non può fare a meno del contributo di tutti quegli enti che detengono risorse informative, umane e conoscitive indispensabili: i dati, le evidenze scientifiche e le capacità professionali in primo luogo, i meccanismi di *governance* in secondo luogo.

Per quanto riguarda i dati, no data *no problem*, come ricorda Marmot. Ecco perché il primo impegno della consultazione sul rapporto sull'equità nella salute è stato il coinvolgimento, da parte dei Ministri, dei principali Enti nazionali che possono aiutare a migliorare la possibilità di misura delle disuguaglianze di salute: la direzione ministeriale competente del NSIS, le direzioni competenti dell'Istat, dell'INPS e dell'INAIL. Questo è l'ambito in cui il percorso di consultazione può vantare maggiori progressi anche dal punto di vista dell'intersectorialità, dato che parte avvantaggiato dai precedenti progetti già sviluppati in questa direzione sotto l'egida di importanti programmi nazionali: sia quelli dei finanziamenti vincolati agli obiettivi di piano sanitario (estensione campionaria delle indagini Istat sulla salute 2000, 2005, 2013 e *follow up* longitudinale della mortalità e dei ricoveri dei campioni intervistati nelle indagini) sia quelli di progetti di ricerca sanitaria finalizzata prima e del CCM poi (studi longitudinali metropolitani e studio WHIP salute di *follow up* longitudinale di infortuni, ricoveri e mortalità di un campione di storie lavorative INPS). Progetti, tra l'altro, i cui dati preliminari hanno permesso l'elaborazione del rapporto stesso. Inoltre l'Istat ha creato un ulteriore studio sistema di monitoraggio, costituito dal *follow up* della mortalità 2012-2014 dei soggetti censiti al censimento di popolazione del 2011. Tuttavia questi sistemi di indagine nazionale di tipo longitudinale sono di natura prevalentemente campionaria (solo quelli metropolitani riguardano l'intera popolazione ma interessano poche grandi e medie città come Torino, Reggio Emilia, Venezia, Roma, Firenze e altri comuni più piccoli; e l'ultimo dell'Istat in prossimità del censimento 2011 riguarda ancora pochi anni di *follow up*, quindi a livello locale non permette stime precise); quindi mal si prestano pertanto ad accompagnare quegli esercizi

di *health equity audit* che a livello locale rappresentano la vera e principale ragione per il coinvolgimento degli *stakeholder*.

Condurre un *health equity audit* in un pronto soccorso, in un'agenzia del lavoro o in un servizio sociale significa in ultima istanza interrogarsi su quanto l'organizzazione e le procedure con cui si svolge il proprio lavoro possano generare o prevenire disuguaglianze di salute o se possano modificarne l'intensità; ma per fare questo occorre che tutti i sistemi informativi sanitari e statistici che misurano eventi e stati di salute possano essere analizzati rispetto alle caratteristiche sociali delle persone interessate, capacità informative di solito non disponibili a livello locale. Per questo scopo è stata avviata una sperimentazione in Piemonte, consistente nella possibilità di arricchire i dati sanitari disponibili in NSIS (ricoveri, visite ed esami, farmaci), per ogni persona registrata nell'anagrafe regionale degli assistiti con un insieme di covariate sociali ricavabili dal censimento di popolazione 2011; questa esperienza è stata già trasferita in altre Regioni (Emilia Romagna, Puglia), e ora se ne sta valutando con Istat, Ministero della salute e Garante della Privacy la generalizzabilità a tutte le altre Regioni. A questo percorso di innovazione ha dato un sostanziale contributo l'INMP, tramite le attività di Osservatorio epidemiologico nazionale da esso condotte, che ha promosso e coordinato la creazione della rete degli studi longitudinali metropolitani e ha aggiornato il sistema nazionale di indicatori per il monitoraggio della salute degli stranieri.

Altro ambito strumentale di rilievo è quello della ricerca, dove il progresso più significativo è stato fatto dall'Istituto superiore di sanità che ha avviato un percorso di *health equity audit* della ricerca sanitaria di sua competenza. Anche la ricerca non sanitaria ha rilevanza nello scoprire cause ed efficacia degli interventi sulle disuguaglianze di salute, soprattutto nel campo delle scienze sociali, psicologiche, economiche e tecniche; in questo caso lo sforzo di sensibilizzazione è stato più episodico toccando alcune importanti società scientifiche e strutture delle scienze sociali (Espanet), della statistica (SIS), dell'economia (Cergas Bocconi, Ceis Tor Vergata, Collegio Carlo Alberto) e dell'urbanistica (Siti Politecnico Torino).

Infine, rimane ancora tutto da sviluppare l'impegno verso le istituzioni e le sedi che fanno formazione, soprattutto in ambito sanitario. Il rapporto sull'equità di salute evidenzia come il ruolo dei medici e di tutti i sanitari sia importante per l'equità in salute, sia per le implicazioni dirette sui loro compiti di prevenzione e cura, sia indirettamente per la funzione di *advocacy* che tali operatori possono avere nei confronti della salute dei più svantaggiati; eppure, l'attenzione a questo tema nei programmi e negli strumenti di formazione di base dei medici e dei professionisti della sanità è ancora molto scarsa, salvo rare eccezioni come la diffusione delle tematiche e competenze riguardanti la salute globale, promosso dal CUAMM di Padova o i due corsi sull'*health equity audit* promossi dalla SITI e dalla Regione Piemonte.

Merita di essere citato, da ultimo, il ruolo che alcuni enti strumentali stanno giocando nel promuovere le conoscenze e gli strumenti del rapporto sull'equità di salute: a) l'INMP finora ha svolto un ruolo di facilitatore del percorso di comunicazione e consultazione sul rapporto sull'equità nella salute; b) la Regione Piemonte ha svolto il compito

principale di elaborazione e assistenza tecnica nella conduzione del progetto e attualmente coordina la commissione Salute della Conferenza delle Regioni; c) l'AgeNas negli ultimi anni ha condotto importanti progetti collaborativi con le Regioni per l'equità di salute (su riparto, su monitoraggio delle disuguaglianze di salute, su crisi e salute), e ha compiti di affiancamento e monitoraggio dei SSR; d) l'ISS nella sua riorganizzazione sta assumendo un ruolo importante nella ricerca e disseminazione delle prove su come contrastare le disuguaglianze di salute e nei prossimi tre anni coordinerà la nuova Joint Action europea sulle disuguaglianze di salute su mandato del ministero della Salute; e) l'INAPP è protagonista nel monitoraggio e ricerca sulle nuove politiche attive del lavoro, che così tanta parte possono avere per prevenire le disuguaglianze di salute; f) l'INVALSI ha peso nel monitoraggio, ricerca, valutazione e assistenza tecnica sulle politiche educative, l'altro settore da cui ci si aspetta un impatto importante sull'equità di salute) g) l'ISPRA ha un ruolo centrale nel monitoraggio e studio sull'equità di impatto di salute degli interventi ambientali.

Hanno collaborato alla stesura dell'Allegato:

Angelo d'Errico, Chiara Marinacci, Luisella Gilardi, Michele Marra, Alessandro Rizzo, Teresa Spadea, Morena Stroschia, Nicolas Zengarini (Servizio di Epidemiologia e DORS, ASL TO3 del Piemonte), Giulia Silvestrini (Servizio Igiene Pubblica, AUSL Ravenna), Roberto Di Monaco (Università di Torino, Dipartimento di Culture, Politica e Società) e Silvia Pilutti (Prospettive Ricerca socio-economica).

