

Le disuguaglianze di salute in Italia

NOTA INTRODUTTIVA

Il tema dei **determinanti sociali di salute** è diventato prioritario nell'agenda europea degli ultimi dieci anni e l'Italia ne ha recepito l'importanza **in due atti di indirizzo importanti per la programmazione sanitaria**: il **finanziamento vincolato agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale** e la proposta di nuovo **Piano Nazionale di Prevenzione**. Questi due atti di programmazione stimolano il Ministero e le Regioni a chiedersi cosa può fare il Servizio Sanitario Nazionale per ridurre le disuguaglianze di salute, e proprio per rispondere meglio a questa domanda al nuovo Istituto Nazionale Salute Migrazione e Povertà (INMP) è stato chiesto di diffondere questo **“libro bianco”**, un libro che è nato dalle audizioni del gruppo interregionale sul tema Equità nella Salute e nella Sanità della Commissione Salute delle Regioni coordinato dalla Regione Piemonte.

Da queste premesse nasce l'iniziativa di questa conferenza che ha l'obiettivo di fare il punto della situazione italiana sulle disuguaglianze di salute permettendo agli assessori alla salute e sanità delle regioni di confrontarsi sulle sfide per la programmazione di propria competenza.

Si parla di equità nella salute perché rimangono importanti disuguaglianze di salute anche in Italia.

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

Ad esempio, tra gli uomini in Italia negli anni Duemila si osservano più di cinque anni di svantaggio nella speranza di vita tra chi è rimasto in una posizione di operaio non qualificato rispetto a chi è approdato ad una posizione di dirigente, con aspettative di vita progressivamente crescenti salendo lungo la scala sociale. Il rischio di morire cresce regolarmente con l'abbassarsi del titolo di studio; tra gli uomini fatta uguale una laurea, la mortalità cresce del 16% nel caso della maturità, del 46% nelle medie e del 78% nelle elementari. Questo fenomeno si ripete anche tra le donne e riguarda tutti gli indicatori di salute: ammalarsi, restare a lungo con la malattia e con le sue conseguenze, finire male a causa della malattia.

Inoltre le **disuguaglianze di salute sono di intensità variabile**. Studi sull'andamento temporale inoltre hanno mostrato come le disuguaglianze in Europa **si stiano riducendo in senso assoluto** (i più poveri hanno beneficiato di una riduzione di mortalità più alta di quella dei più ricchi, partendo da una condizione più svantaggiata) e si stiano allargando in senso relativo (aumenta il rapporto tra rischio di morte dei più poveri rispetto a quello dei più ricchi). Da un punto di vista geografico in Europa si osservano disuguaglianze **più moderate nei paesi mediterranei**, intermedie nell'Europa continentale e del nord e molto più intense nell'Europa dell'est; mentre **in Italia esse sono più intense nelle regioni del sud** che in quelle del nord. Disuguaglianze di salute variabili nel tempo e nello spazio ci dicono che c'è qualcuno che ha saputo far meglio di qualcun altro, cioè che sono evitabili.

Se in Italia come negli altri paesi europei con un colpo di bacchetta magica si potessero eliminare le disuguaglianze di mortalità tra le persone più istruite e quelle meno istruite si stima che si verificherebbe un **possibile risparmio di più del 25% delle morti tra gli uomini e più del 10% tra le donne**, la stessa cosa capita tra ricchi e poveri o tra operai e dirigenti. Si tratta, a parte ovviamente l'età, del singolo fattore che da solo spiega di più le variazioni di salute nella popolazione.

Oltre che per questo importante impatto sulla mortalità e la morbosità, ci sono altre buone ragioni per doversi occupare di queste disuguaglianze di salute così rilevanti. La prima è che, come abbiamo visto, esse sono **ingiuste** perché stanno sistematicamente a svantaggio dei gruppi sociali più sfavoriti e perché contemporaneamente sono anche **evitabili**, almeno in parte. Inoltre esse sono anche **inefficienti** per il paese, perché rappresentano un freno allo sviluppo sociale ed economico di un Paese, in quanto presuppongono l'uscita precoce dal mercato del lavoro di individui altrimenti produttivi, un maggior costo a carico del servizio sanitario, delle politiche assistenziali e del welfare, così come una ragione di minore coesione sociale, con un **impatto complessivo stimato intorno al 10% del PIL**.

Se si potesse intervenire sui meccanismi che generano queste disuguaglianze fino ad eliminarle si potrebbero guadagnare notevoli miglioramenti di salute, ad esempio riduzioni della mortalità che arrivano fino al 50% tra i giovani adulti maschi.

Sappiamo da dove nascono e come si possono contrastare le disuguaglianze di salute

La salute è un bene sociale la cui tutela non dovrebbe dipendere unicamente dal servizio sanitario, ma dall'impegno di tutti i settori che possono avere un impatto sulla distribuzione dei determinanti del benessere fisico e mentale dei cittadini e della comunità, come richiesto dalla dichiarazione di Roma del 18/12/2007 dei Ministri europei della Sanità per la strategia **Salute in Tutte le Politiche**. I livelli di salute rilevabili in una società infatti (e la loro distribuzione tra gruppi sociali) non dipendono unicamente dalla capacità dei servizi sanitari di provvedere alla cura o alla prevenzione delle malattie, ma anche dalle scelte delle istituzioni a capo delle politiche che producono e distribuiscono opportunità e risorse in un territorio (e quindi ad esempio di quelle economiche, fiscali, ambientali, culturali, urbanistiche, del lavoro, dell'istruzione e così via), e di tutti gli *stakeholder* che operano in questi settori.

Per ridurre le conseguenze delle disuguaglianze sociali sulla salute occorre quindi intervenire con azioni e politiche, sanitarie e non, capaci di interrompere i vari meccanismi che le innescano. In particolare i meccanismi principali di origine delle disuguaglianze di salute che devono essere intercettati con le azioni sono i seguenti:

1. il contesto economico e sociale e le politiche di sviluppo e welfare sono i principali corresponsabili della posizione sociale a cui ogni persona approda nella sua vita: dalla posizione sociale dipende il **grado di controllo che la persona ha sulla propria vita che è garantita da quei determinanti sociali, le risorse materiali, di status e di aiuto**, che servono a condurre una vita dignitosa e corrispondente alle aspettative;
2. a sua volta la **posizione sociale influenza la probabilità di essere esposto** ai principali fattori di salute fisica e mentale, tra i quali:
 - a. i **fattori di rischio dell'ambiente sociale e fisico** che caratterizzano le condizioni e gli **ambienti di vita e di lavoro**;
 - b. i **fattori di rischio psicosociali**, ovvero lo squilibrio tra quello che si esige da una persona e il grado di controllo, remunerazione e supporto di cui il soggetto fa esperienza nelle quotidiane condizioni di vita e di lavoro;
 - c. gli **stili di vita insalubri**, come il fumo, l'alcool, l'obesità, l'inattività fisica, la cattiva alimentazione, il sesso non protetto;
 - d. le **limitazioni all'accesso alle cure appropriate**;

3. inoltre la posizione sociale influenza inoltre anche la **vulnerabilità agli effetti sfavorevoli sulla salute dei suddetti fattori di rischio**; in molti casi le persone di bassa posizione sociale esposti allo stesso fattore di rischio manifestano effetti sfavorevoli sulla salute più severi di quanto non succeda alle persone di alta posizione sociale ;
4. infine, i gruppi più svantaggiati hanno **meno risorse per far fronte o prevenire le conseguenze sociali dell'esperienza di malattia** (si pensi al rischio di impoverimento per le spese sanitarie o di difficoltà di carriera lavorativa in presenza di una malattia propria o di un familiare).

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

Alla luce di questi dati, il fatto che **in Italia** l'intensità e l'ampiezza delle **disuguaglianze di salute** sia **meno severa** che nel resto d'Europa, nonostante che tutte le statistiche indichino l'Italia al vertice della graduatoria delle disuguaglianze sociali nella ricchezza (subito dopo il Regno Unito), potrebbe avere due spiegazioni.

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

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

E' possibile che questa "resilienza" italiana alle disuguaglianze venga meno a causa della crisi, con la diffusione della disoccupazione, dell'impoverimento delle persone e delle famiglie e delle conseguenze delle misure di austerità? Le indagini sulla salute dell'Istat e del Servizio Sanitario Nazionale mostrano un buon adattamento agli stress della crisi degli indicatori di salute fisica, mentre gli indicatori di salute mentale sarebbero in peggioramento soprattutto tra gli adulti maschi, senza distinzione di gruppo sociale. E' plausibile che l'aggravarsi e il prolungarsi della crisi possa provocare nei tempi futuri un impatto sfavorevole anche sulla salute fisica che non si è ancora in grado di monitorare tempestivamente con gli attuali strumenti di studio, per cui non sarebbe giustificata nessuna sottovalutazione del rischio.

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

A partire dai dati e dalle argomentazioni del libro bianco il Ministero della Salute e le Regioni sono interpellati dalle seguenti sfide.

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

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

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

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

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

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

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