

L'Italia per l'Equità nella Salute



Sintesi a cura di Giuseppe Cirillo

È la prima volta che il Ministero affronta in modo così sistematico il problema delle diseguglianze nella salute e lo fa avvalendosi degli studiosi e della bibliografia italiana e straniera più qualificata e aggiornata disponibile oggi. Certo, alla precisione della prima parte, dedicata all'analisi delle diseguglianze e delle sue cause, non corrisponde un'altrettanto precisa e dettagliata disamina degli interventi necessari; tuttavia le basi teoriche ci sono tutte per combattere e superare le diseguglianze sociali nella salute, almeno per quanto riguarda il versante sanitario.

Nel novembre 2017 il Ministero della Salute, in collaborazione con l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), AGE.Na.S. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), l'Istituto Superiore di Sanità, l'INMP (Istituto Nazionale per la Prevenzione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà), ha pubblicato un approfondito Report, coordinato da Giuseppe Costa, dell'equità nella salute in Italia (per accedere al documento integrale e relativa ricca bibliografia, vedere sul sito del Ministero della Salute o dell'INMP).

I dati sulle diseguglianze socioeconomiche nella salute

L'ISTAT a partire dai dati del censimento 2011 ha avviato uno studio longitudinale sulle diseguglianze nell'aspettativa di vita e nella mortalità causa-specifica, per livello di istruzione. 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 diseguglianze erano meno pronunciate. 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 sulle meno istruite la differenza era di un anno e mezzo.

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.

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 Diderichsen (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), che offre un quadro esplicativo dei nessi e delle concatenazioni attraverso cui lo svantaggio sociale influenza le diseguglianze di salute (Figura 1).

Tale comprensione è indispensabile per poter individuare e sviluppare azioni mirate 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 reddito, 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 (per esempio sul luogo di lavoro) e un accesso diseguale alle opportunità. Sono fattori molto importanti nel condizionare le dinamiche di salute all'interno della popolazione. 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).

Disuguali nella scuola

Sono almeno quattro i passaggi nei quali si riproducono le diseguglianze 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;
- 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 investimento. In Italia, negli ultimi 30-40 anni, i punti critici in cui pesano le diseguglianze si

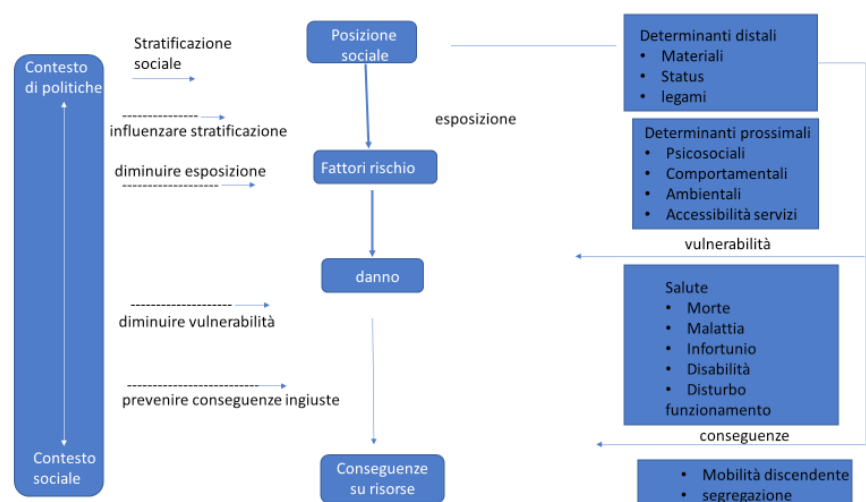


Figura 1. Schema esplicativo dei meccanismi di generazione delle disparità nella salute e dei relativi punti di ingresso per le politiche e gli interventi di contrasto.

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 anni. L'accesso e soprattutto la conclusione del ciclo di istruzione superiore rimangono ancora ambiti di forte differenziazione per origine sociale. Lo stesso vale per l'università, in cui il livello di abbandono, intorno al 40%, è elevatissimo.

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;
- 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.

Disuguali nel lavoro

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 lavoro.

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 quelle finalizzate a migliorare la qualità e la sostenibilità degli ambienti di vita e di

lavoro. 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. 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*: per esempio, le persone che già risiedono in aree più depresse hanno una probabilità doppia di abitare nei pressi di una discarica o di un sito inquinato, più frequentemente collocati in queste aree. 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. 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 mammografico.

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. 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. Le barriere economiche all'accesso agiscono maggiormente per le cure non prescrittibili (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.

Le politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute evitabili

Riferimenti per le azioni

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. 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.

Verso una strategia condivisa per l'equità nella salute

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.

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. 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 monitoraggio, al fine di valutare la capacità dei Servizi Sanitari Regionali di garantire l'equità di accesso ai LEA.

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) 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.

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 questi numerosi 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 equità. 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'*equity impact assessment* dei programmi e degli interventi.

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*. 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.

B) Le azioni strumentali

Monitorare le disuguaglianze di salute significa che ogni centro di responsabilità del SSN 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 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.

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. 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.

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 SSN. 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 prescrittibili 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. 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. 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.

✉ peppe.cirillo@libero.it