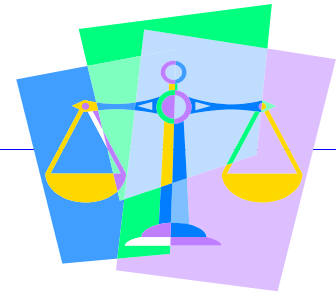


Manifesto per l'equità



E' noto che negli ultimi decenni la salute dei cittadini all'interno dei Paesi sviluppati è andata progressivamente migliorando, grazie alle modificazioni positive delle condizioni di vita e ai progressi dei sistemi sanitari. Nonostante i problemi aperti e le critiche mosse al nostro Servizio sanitario, questo dato vale anche per l'Italia dove viene documentato, tra l'altro, dallo straordinario incremento dell'attesa di vita. Meno noto, invece, è il fatto che benessere e malattia siano distribuiti in modo disomogeneo nella popolazione.

Tutti gli studi epidemiologici rilevano l'ampiezza e l'intensità delle disuguaglianze di salute e di quelle relative alle possibilità di accesso alle prestazioni erogate dai servizi sanitari. In Italia l'indagine ISTAT-Ministero-Regioni del 1999-2000 fornisce su questi temi dati di carattere generale molto eloquenti; altre informazioni, altrettanto significative, vengono da studi effettuati in ambito locale o su aspetti specifici del problema salute.

◀tesi 7▶

TESI 1

Molti Paesi europei denunciano significative e persistenti disuguaglianze di salute nella popolazione e hanno inserito di conseguenza all'interno dei loro piani sanitari l'impegno di ridurle. Tuttavia questi propositi non si sono quasi mai tradotti in progetti concreti di intervento, né nell'ambito delle politiche economiche e sociali che hanno un'influenza sulla salute, né in quello delle politiche sanitarie. Una situazione simile si verifica in Italia.

Negli ultimi 25 anni l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha promosso il tema delle disuguaglianze nella salute fino a farlo diventare una priorità dell'agenda internazionale. Nella dichiarazione di Alma-Ata 1978 i Ministri della sanità di 25 paesi sottolineavano il valore etico dell'equità nel campo della salute (1). Successivi documenti dell'Ufficio Europeo dell'OMS chiarivano i principi guida (2) e le potenzialità operative delle strategie che hanno per obiettivo di contrastare le disuguaglianze (3). Più recentemente, la nuova direzione dell'OMS ha istituito una Commissione sui determinanti sociali e ambientali della salute (4). Parallelamente in molti paesi europei il tema dell'equità in campo sanitario è diventato nello stesso tempo un importante argomento di ricerca e uno dei punti cardine dei documenti di pianificazione dei sistemi sanitari. Tuttavia soltanto in pochi casi si è arrivati a concreti progetti di intervento (5).

L'Italia si trova in una situazione simile. A fronte di una buona documentazione epidemiologica e di condivisibili e solenni pronunciamenti a favore dell'equità, stenta a prendere forma anche da noi un programma di azioni mirate. Il problema dell'equità è stato esplicitamente preso in considerazione, sia pure in diversi modi e con diverse prospettive di azione, dai due ultimi Piani sanitari nazionali. Nel Piano '98-2000 (6) il superamento delle disuguaglianze veniva proposto come un punto qualificante dell'intera programmazione nazionale, che avrebbe dovuto caratterizzare tutte le politiche sanitarie. Nel Piano 2002-2004 (7), al tema dell'equità veniva riservata un'attenzione più settoriale: interventi specifici sono stati proposti in questo documento a favore dei gruppi più deprivati o a rischio, come gli anziani poveri, gli stranieri, i disabili. Il primo approccio è teoricamente più efficace e pervasivo perché, a proposito della nascita delle disuguaglianze e delle possibili azioni correttive, interpella tutte le aree coinvolte. Questo richiamo tuttavia non è stato recepito come si meritava: la ricerca dell'equità è rimasta una petizione di principio, senza generare le conseguenze attese. In termini di investimento, la priorità accordata al superamento delle disuguaglianze si è tradotta nei progetti per la ristrutturazione dei sistemi sanitari delle aree metropolitane ex art. 71, una iniziativa che in molte Regioni ha funzionato soltanto perché sostenuta da risorse supplementari in conto capitale, senza dare risposta adeguata ai problemi delle marginalità. Quanto al secondo Piano sanitario, non tutti gli obiettivi proposti e non tutti gli ambiti organizzativi sono stati coinvolti nella ricerca dell'equità: ma l'approccio scelto potrebbe dare origine a iniziative concrete a favore di sottogruppi particolarmente vulnerabili.

Rimane vero che le molte e profonde differenze di salute continuano a essere considerate in Italia in modo prevalentemente rituale e non come una autentica priorità. Eppure l'aggravarsi dei problemi di sostenibilità economica del sistema sollecitano la sanità italiana a interrogarsi su quanta equità geografica e sociale sia perseguibile nel Paese. Molti osservatori, inoltre, hanno espresso la preoccupazione che anche la trasformazione federalista in atto possa aggravare le attuali disuguaglianze o crearne di nuove. Due recenti programmi nazionali di ricerca sul tema delle disuguaglianze (8, 9) si sono posti, tra gli altri obiettivi, anche quello di definire quali sono le principali criticità organizzative e di funzionamento del Servizio sanitario che possono determinare, direttamente o modificando altri determinanti del sistema, differenze sociali nella salute. Uno dei più importanti risultati di questi studi potrebbe essere la formulazione di indicatori idonei a 'misurare' le disuguaglianze e a valutarne in anticipo i trend evolutivi.

Tenendo presenti questi dati di partenza, è stata organizzata una consultazione tra esperti attraverso due stadi di raccolta di contributi e di discussione. Il primo stadio è avvenuto a distanza ed ha sottoposto a parere una lista di proposizioni sul tema delle disuguaglianze di salute. Il secondo stadio si è realizzato attraverso l'incontro diretto tra i partecipanti. In questa occasione sono stati presentati e discussi i dati originati dal primo giro di consultazioni e due documenti di particolare interesse (10, 11). Il risultato finale del lavoro svolto è il *Manifesto per l'Equità*, un documento strutturato in 18 tesi e corredato da ampia documentazione bibliografica. È stata prodotta anche una breve Sintesi del *Manifesto*, redatta con linguaggio giornalistico. Il testo integrale e la bibliografia sono accessibili su Internet, attraverso i rimandi ipertestuali presenti nella Sintesi.



Sullo sfondo di questi elementi di conoscenza, alcuni epidemiologi si sono fatti promotori di un *Manifesto per l'Equità*. L'iniziativa muove da una duplice convinzione:

1. Che la riduzione delle disuguaglianze sia un traguardo irrinunciabile per qualsiasi politica sanitaria. In effetti sia il Piano Nazionale Sanitario del 1998-2000 sia quello del 2003-2005, benché con diverse angolature, rivendicano l'impegno per un sistema che garantisca a tutta la popolazione il mantenimento e il recupero della salute. In sanità, del resto, l'equità non può essere considerata un obiettivo di parte bensì come uno dei valori fondanti di qualsiasi intervento di piano.
2. Che, nonostante l'impegno profuso sulle tematiche dell'equità, la Sanità pubblica italiana non abbia ancora potuto fornire l'apporto che le è richiesto. In particolare, le valutazioni delle disuguaglianze sono soltanto episodiche e non permettono di conoscerne dimensioni e cause, di seguirne le variazioni nel tempo e di suggerire ai gestori del sistema-salute interventi correttivi efficaci.

Il *Manifesto per l'equità* è stato costruito attraverso successive tappe di lavoro: la riflessione sui dati

TESI 2

Alle soglie del 2000 l'Italia è attraversata da profonde differenze geografiche e sociali in tutte le dimensioni di salute osservabili: salute soggettiva, salute fisica, salute mentale, morbosità cronica, disabilità e mortalità.

L'indagine ISTAT 2000 fornisce le immagini più aggiornate sulla distribuzione della salute, degli stili di vita e dell'uso dell'assistenza sanitaria in Italia, all'inizio di un periodo percorso da molte difficoltà e da profondi cambiamenti. In qualche modo, dunque, l'indagine offre informazioni preziose sia per l'orientamento della politica sanitaria nazionale e di quelle regionali, sia come punto di riferimento al quale si dovranno confrontare in futuro i risultati delle trasformazioni in atto.

In sintesi, si può dire che l'Italia ha raggiunto negli ultimi anni risultati che, in termini di speranza di vita e di salute, la collocano nelle prime posizioni a livello internazionale. Da noi, infatti, i miglioramenti della qualità di vita e dell'assistenza che caratterizzano i Paesi più sviluppati si sono sommati ai favorevoli standard di salute, tipici dei paesi mediterranei. Tuttavia, fatti salvi i traguardi raggiunti, sul piano della salute riferita i principali indicatori dell'indagine ISTAT 2000 dimostrano che l'Italia è ancora attraversata da differenze importanti in tutte le dimensioni considerate: il modo con cui viene percepito lo stato personale di salute, sia fisica che mentale, le malattie croniche, la disabilità. Le differenze più intense si osservano per la disabilità, segue la morbosità cronica con differenze di minore intensità. I dati in nostro possesso suggeriscono che nella generazione delle disuguaglianze intervengano e si sommino tra loro due diversi meccanismi di azione: una diversa probabilità d'insorgenza dei problemi di salute e una diversa probabilità di soffrire delle loro conseguenze sfavorevoli.

Le differenze riscontrate sono geografiche, a sfavore soprattutto delle Regioni meridionali, ed economico-culturali, a sfavore delle posizioni sociali più svantaggiate: in particolare i meno istruiti, i meno abbienti, e i più poveri di risorse di rete familiare. Le differenze sociali relative alla salute riferita sono omogenee alle differenze di mortalità e complessivamente risultano compatibili per intensità e direzione con quanto si osserva negli altri paesi europei (12,13). Le differenze geografiche, invece, risultano dissonanti rispetto al passato per quanto riguarda la distribuzione della mortalità e l'incidenza delle patologie tumorali. In passato, infatti, questi due fattori colpivano con maggiore intensità le regioni del nord (nord-est prima di tutto), per attenuarsi scendendo di latitudine. Ma negli anni più recenti le differenze geografiche di mortalità tra le diverse zone della penisola si sono molto attenuate e sono di segno opposto per le donne: quasi che la mortalità si adegui con una certa latenza al profilo epidemiologico complessivo.

Da ultimo, un rilievo metodologico. La combinazione dello squilibrio geografico con quello sociale nello studio delle differenze di salute e dell'impatto delle politiche di contrasto potrebbe non aiutare la riflessione, dato che i determinanti di ognuno di loro sono in parte differenti, soprattutto in tema di politiche sanitarie. Tuttavia la dimensione geografica e quella sociale sono in Italia così correlate che è più importante studiarne l'interazione. L'indagine ISTAT 2000 fornisce le immagini più aggiornate sulla distribuzione della salute, degli stili di vita e dell'uso dell'assistenza sanitaria in Italia, all'inizio di un periodo percorso da molte difficoltà e da profondi cambiamenti. In qualche modo, dunque, l'indagine offre informazioni preziose sia per l'orientamento della politica sanitaria nazionale e di quelle regionali, sia come punto di riferimento al quale si dovranno confrontare in futuro i risultati delle trasformazioni in atto.

TESI 3

In Italia, a partire dagli anni '90 le disuguaglianze sociali nel campo della salute si presentano intense, sistematiche, regolari, crescenti e sono evitabili.



disponibili, il confronto delle opinioni emerse e infine l'elaborazione di un documento conclusivo. L'obiettivo ultimo è di proporre il problema a chi ha responsabilità di governo, fornendo adeguati strumenti di conoscenza.

1. Le disuguaglianze di salute sul territorio

I dati epidemiologici più recenti confermano che alle soglie del 2000 lo stato di salute della popolazione italiana è contrassegnato da ampie e costanti differenze geografiche. Le regioni più svantaggiate sono tuttora quelle meridionali e insulari. Il quadro odierno ripete sostanzialmente quelli del passato: anche per questo motivo, le politiche di piano sia nazionali che regionali non possono evitare di confrontarsi nel ricercare risultati più incisivi, per quanto riguarda l'obiettivo dell'equità territoriale, di quelli ottenuti finora.

Le disuguaglianze osservabili sul territorio attraversano tutti i settori del problema salute: dalla salute percepita a quella fisica, dalla salute mentale alle patologie croniche, dalla disabilità ai dati di mortalità. Ma sono particolarmente evidenti per la salute soggettiva e la disabilità: seguono, con differenze meno importanti, le patologie croniche.



Nel gradiente nord-sud

Se nel nostro Paese le disuguaglianze sociali sono il principale determinante dell'eterogeneità geografica della salute, occorre definirne le caratteristiche e i meccanismi d'azione. Ciò consentirà di stabilire se sia necessario e possibile rimuoverle.

Le disuguaglianze sociali nel campo della salute sono *intense* perché gli svantaggi cui danno luogo sono di dimensioni superiori a quelle causati da qualsiasi 'fattore di' considerato singolarmente; tuttavia va rilevato che in Italia, come nel resto dei paesi latini, esse sono d'intensità minore che nel resto dell'Europa, grazie alla distribuzione sostanzialmente uniforme della dieta mediterranea, fatto che sottrae il rischio cardiovascolare al ruolo di principale interprete delle disuguaglianze nella salute.

Sono *sistematiche* perché tutte le dimensioni della salute e quasi tutte le voci nosologiche tendono prima o poi ad esserne influenzate, a eccezione delle prime fasi epidemiche dei problemi di salute emergenti: inoltre, sono sempre a sfavore dei ceti sociali più svantaggiati.

Sono disuguaglianze *regolari* perché, su qualsiasi scala esse vengano misurate, non mostrano nessun effetto soglia: ad ogni posizione sociale data corrisponde infatti uno svantaggio di salute rispetto alla posizione sociale immediatamente più favorita.

Sono *crescenti* in senso relativo, perché con il trascorrere del tempo la loro intensità (RR) rimane invariata o, più spesso, tende a crescere. La 'frazione attribuibile', per quanto riguarda le differenze di posizione sociale tende a ridursi proporzionalmente al restringersi della platea dei ceti sociali più vulnerabili: nel caso delle differenze di rete familiare e sociale, si evidenzia invece una tendenza opposta, a causa dell'aumento della percentuale delle persone sole.

Le disuguaglianze sociali nel campo della salute, infine, sono *evitabili* perché se ne conoscono i meccanismi d'azione che le generano: questi costituiscono altrettanti punti d'ingresso per gli interventi e le politiche di contrasto. I meccanismi di azione delle disuguaglianze sociali nella salute si possono distinguere in prossimali e distali.

TESI 4

Lo svantaggio di salute nel meridione è prevalentemente spiegato dalla particolare concentrazione della povertà in questa area della penisola. Ma in parte anche dall'incapacità del sistema economico-sociale e di welfare di moderare gli effetti sfavorevoli della povertà sulla salute.

Nell'indagine ISTAT 2000 si può osservare che gran parte del differenziale nord-sud negli indicatori di salute è attribuibile alla distribuzione territoriale delle caratteristiche socio-economiche che strutturano lo svantaggio culturale e di reddito (effetto compositivo). In altre parole, le Regioni meridionali appaiono caratterizzate dal fatto che i valori dei principali indicatori sociali sono significativamente inferiori a quelli della media nazionale: così è per il livello di istruzione, il reddito medio, l'indice di povertà, il tasso di occupazione, l'occupazione femminile, le caratteristiche dell'abitazione, il gruppo sociale di appartenenza, eccetera. A questo fenomeno va aggiunto il fatto che le caratteristiche socioculturali e socioeconomiche del meridione hanno comunque un impatto negativo sulla salute della popolazione residente, attivando dinamiche ambientali indipendenti dalle disponibilità individuali di risorse culturali ed economiche (effetto di contesto). Un effetto di contesto nelle Regioni meridionali è stato osservato anche nella distribuzione della mortalità femminile nelle province italiane in funzione del reddito (Materia, in press).

Queste due osservazioni chiamano in causa sia i fattori che influenzano la distribuzione dei determinanti dello svantaggio sociale, sia le politiche in grado di moderare gli effetti sfavorevoli dello svantaggio sociale sulla qualità della vita e sulla salute: in particolare i servizi di sostegno alle persone e alle famiglie, i servizi sanitari, i piani per la rigenerazione urbana, eccetera.

Oltre alle differenze di macro-area, importanti discrepanze sociali vengono generate all'interno dei singoli habitat urbani: questo fatto è stato dimostrato da studi condotti a Roma, Torino, Firenze e Livorno. Anche se effettuati in contesti economici e sociali profondamente diversi, queste indagini hanno documentato la presenza di significative differenze di mortalità in relazione a qualsiasi indicatore socioeconomico utilizzato, sia individuale (istruzione, classe sociale, tipologia familiare, caratteristiche dell'abitazione) sia di area (indice di deprivazione socioeconomica) (14, 15, 16, 17).



meritano attenzione anche i pochi elementi dissonanti. Si tratta in particolare della mortalità maschile e dell'incidenza dei tumori, due dati tradizionalmente sfavorevoli nelle regioni settentrionali della penisola: anche se negli ultimi anni il distacco tra nord e sud è per entrambi in diminuzione.

2. L'influenza delle condizioni sociali

L'indagine ISTAT-Ministero-Regioni del 1999-2000 permette di osservare come gran parte dello svantaggio territoriale in termini di salute sia dovuto a condizioni sociali sfavorevoli (*effetto compositivo*): in altre parole, a una forte concentrazione in alcune zone di persone con poca istruzione, poco abbienti o decisamente povere e prive di reti familiari o sociali di sostegno. È stato anche documentato come nel meridione gli effetti sfavorevoli sulla salute causati dalla sovrapposizione di condizioni sociali sfavorevoli siano più marcati che altrove (*effetto di contesto*). <tesi 4>

Il ruolo dello svantaggio sociale nel determinare differenze di salute è stato studiato e da tempo riconosciuto anche in altri Paesi europei. Gli esperti di epidemiologia, in particolare, concordano sull'affermazione che nessun fattore di rischio biologico, considerato singolarmente, ha sulla salute una influenza paragonabi-

TESI 5

La distribuzione degli stili di vita serve anche a predire l'evoluzione dei dati di salute. Ebbene, i comportamenti più pericolosi (alimentazione scorretta, sedentarietà, dipendenza da fumo, alcool, eccetera) tendono a espandersi nelle regioni meridionali e nelle fasce sociali più svantaggiate.

Nell'indagine ISTAT 2000 al profilo di salute corrisponde un profilo degli stili di vita che, a motivo delle sue tendenze evolutive, non è affatto incoraggiante per quanto riguarda il futuro delle disuguaglianze di salute.

- Nei dati relativi al sovrappeso, all'obesità e alla sedentarietà, si osservano prevalenze crescenti tra gli adulti, e soprattutto tra i minori, in tutto il Paese: ma i principali fattori associati, oltre alla familiarità, sono il meridione e un basso titolo di studio. In particolare, la prevalenza di abitudini alimentari scorrette, un tempo limitata grazie alla diffusa protezione fornita dall'abitudine alla dieta mediterranea, va crescendo in particolare tra i giovani e nel meridione.
- Analoga criticità si riscontra per l'alcool, dove il consumo va diminuendo ma i consumatori aumentano, in particolare tra i giovani e le donne.
- Solo il fumo presenta una diminuzione della prevalenza tra gli uomini, ma è una buona notizia contraddetta dall'aumento della prevalenza tra le donne, della sostanziale stabilità dell'abitudine alla sigaretta tra i giovani e dalla progressiva concentrazione di fumatori tra le persone meno istruite e di bassa posizione sociale.

In conclusione, gli stili di vita a rischio per la salute appaiono solo moderatamente sensibili alle politiche di informazione e di educazione sanitaria e mostrano una forte tendenza a concentrarsi nei gruppi socialmente più svantaggiati e nel meridione.

Va anche osservato che, per quanto riguarda la conoscenza approfondita dei fattori psicosociali che determinano condizioni negative per la salute, in Italia è poco studiata la distribuzione dei fattori responsabili dell'epidemia di "Status syndrome" (18), un dato che potrebbe spiegare larga parte delle disuguaglianze in campo sanitario. Le prime analisi in questa direzione (19) sono ancora insufficienti per stimare il peso che questa classe di fattori ha attualmente e potrà avere in futuro sui problemi di salute in Italia.

TESI 6

L'accesso ai servizi del sistema sanitario non sembra evidenziare gravi differenze sociali nell'uso dell'assistenza. Questa, infatti, è generalmente correlata alla distribuzione della morbosità. Tuttavia lo studio di diverse aree del Servizio sanitario – e, tra queste, quello dei singoli percorsi assistenziali e dell'accesso ai trattamenti innovativi – rivela specifiche situazioni di svantaggio che ancora una volta sono a carico del meridione e delle classi meno abbienti. A parità di bisogno, inoltre, la geografia dei consumi sanitari sembra suggerire la presenza di diversi approcci al sistema salute.

Dal punto di vista dell'utilizzo dei servizi sanitari, l'indagine ISTAT 2000 mostra una distribuzione sociale più equilibrata rispetto a quella messa in evidenza dai dati epidemiologici. La popolazione italiana sembra, infatti, fruire dell'assistenza sanitaria in modo sostanzialmente proporzionale al bisogno di salute: i principali indicatori di salute (morbosità, salute percepita, età, stili di vita) e la loro distribuzione nella società risultano attualmente i più importanti determinanti del consumo di servizi sanitari.

Note dissonanti emergono dall'esame di come si distribuiscono geograficamente e socialmente le diverse tipologie di prestazioni utilizzate. Con poche eccezioni, notevoli differenze si manifestano infatti tra le grandi ripartizioni territoriali del Paese: il nord ovest, il nord est, il centro e il meridione della penisola. Nel meridione si utilizzano di



le a quella dello svantaggio economico-culturale. Si ritiene anche che questa influenza, con poche eccezioni, sia verificabile in tutte le patologie più comuni. <tesi 3>

Tuttavia, le conoscenze accumulate finora sul rapporto tra posizione sociale e dati di salute necessitano di essere ampliate e approfondite.

<tesi 9>

Indagini mirate sono necessarie per capire il ruolo dei singoli elementi (carenze culturali, disagio economico, disoccupazione, emarginazione eccetera) che concorrono a formare lo svantaggio sociale e i meccanismi di azione attraverso i quali le condizioni di disagio sociale determinano l'insorgenza dei problemi di salute o la loro mancata soluzione. <tesi 8>

Lo scopo finale, ambizioso ma non rinunciabile, di queste indagini è di identificare punti critici sui quali investire per andare oltre il fatto, oggi diffuso, che troppi obiettivi di salute siano alla portata esclusivamente di gruppi privilegiati di cittadini.

Per quanto riguarda il metodo di studio da adottare, in linea di principio rimane vero che complessivamente altri determinanti della salute si aggiungono a quelli dello svantaggio sociale: nell'affrontare il problema del rapporto tra i due elementi è dunque necessa-

più i livelli di assistenza riconosciuti dal pubblico, nel nord anche quelli non riconosciuti, come l'assistenza odontoiatrica e le medicine alternative; nel sud si assiste ad una maggiore concentrazione del consumo in numero minore di consumatori; nel sud si utilizza di più l'ospedale e meno il farmaco, nel nord si ricorre più spesso al farmaco e all'assistenza specialistica. La spesa privata si concentra su alcuni accertamenti e visite specialistiche (odontoiatriche, ostetrico-ginecologiche, ecografiche...) e interessa soprattutto i giovani, benestanti e in buona salute.

Inoltre, anche quando si scende nel dettaglio di specifici percorsi assistenziali (come il percorso nascita, lo screening dei tumori femminili, la prevenzione e assistenza odontoiatrica, il trattamento dell'AIDS, delle patologie cardiovascolari o delle malattie minori della pelle) emergono profonde differenze a svantaggio del meridione e delle classi meno abbienti (11,20).

Per verificare l'intensità di questi squilibri e il loro effetto sulle disuguaglianze di salute e per indagarne sia le cause che i possibili strumenti di contrasto, potrebbe essere approfondita l'analisi e la valutazione di diversi gruppi di informazioni, almeno in parte già note, sull'utilizzazione territoriale dei servizi sanitari: i dati relativi alla mobilità interregionale; quelli sulla distribuzione territoriale delle strutture di eccellenza (come i centri trapianti e la radioterapia); i tempi di attesa per particolari prestazioni diagnostiche (TAC cerebrale, ecocardiografia eccetera). È evidente che le iniziative da prendere per realizzare una maggiore equità nell'accesso ai servizi sanitari saranno diverse secondo i risultati delle analisi intraprese: è necessario sapere, per esempio, dove è in gioco una effettiva carenza di servizi o della loro qualità e che influenza potrebbe avere un governo più efficace e omogeneo della domanda.

TESI 7

Tra i settori in cui l'accesso ai servizi non rispetta il criterio dell'equità, quello dell'eccellenza clinica è uno dei più importanti. Altre forme di discriminazione nell'utilizzazione dei servizi sanitari sono legate ai nuovi metodi di assistenza ospedaliera e all'eccessiva lunghezza delle liste di attesa. Gli interventi correttivi potrebbero utilizzare formule di "equità audit" regolamentato.

Nel settore dell'eccellenza clinica sembrano tornare di attualità antiche forme di disequità territoriale nell'accesso ai servizi, del tipo "Inverse care law" (21). In questo settore lo squilibrio più importante è relativo alla distribuzione dei professionisti di maggiore qualità. Analogamente, invece che ridursi, sembrano acquistare un peso sempre maggiore i meccanismi di discriminazione economica legati alla eccessiva lunghezza delle liste di attesa e all'uso che ne consegue dell'attività libero-professionale intramuraria. In molti ospedali si è creato un doppio canale di accesso ai servizi di diagnosi e di cura: presto e bene se a pagamento, con lunghissime attese e con prestazioni di minore qualità per chi utilizza il canale ordinario.

È altrettanto importante valutare il ruolo dei fattori culturali ed etnici che possono opporsi a una equa utilizzazione dei servizi, influenzando sia la scelta che il livello di accettazione delle prestazioni erogate. Barriere linguistiche o antropologiche possono rendere difficile alle minoranze etniche l'accesso ai servizi di prevenzione, anche se offerti gratuitamente. Difficoltà di attenzione e di comunicazione tra gli operatori sanitari e le persone di cultura diversa o poco istruite possono impedire al paziente una corretta ricezione dei messaggi educativi e terapeutici che gli vengono rivolti e al medico la reale conoscenza delle condizioni di salute degli assistiti.

Un ulteriore punto critico è il processo di deospedalizzazione in rapporto all'appropriatezza delle prestazioni offerte. Interventi di monitoraggio e, se necessario, di riorganizzazione devono essere previsti all'interno dei singoli percorsi assistenziali per garantire che i nuovi modelli di attività ospedaliera (day hospital o interventi ambulatoriali) non si trasformino in un razionamento o in una precarizzazione dell'assistenza che danneggia soprattutto le persone più vulnerabili. In questo senso il sistema sanitario, una volta esaurita la spinta alla riduzione della spesa ospedaliera, dovrebbe spostare la sua attenzione sull'appropriatezza di quella territoriale. Nel territorio, infatti, c'è maggiore spazio per ridurre le disuguaglianze di salute sia sociali che geografiche.

Infine, l'attuale regolamentazione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere costituisce senza alcun dubbio una spinta all'eccesso di prestazioni. In molte realtà questo fatto si traduce in una quota considerevole di interventi inappropriati o inefficaci, che vengono consumati soprattutto dai gruppi sociali più deboli.



rio guardarsi da possibili fraintendimenti. Però la correlazione appare, anche nel nostro Paese, così stretta che sembra più utile studiarli congiuntamente.

3. Sottogruppi a rischio e stile di vita

I meccanismi attraverso i quali agisce la disuguaglianza sociale e territoriale variano con l'età e minacciano di aggravarsi in avvenire. <tesi 11>

Nei minori la fragilità della salute è legata prevalentemente alle condizioni culturali e al reddito del contesto familiare. Negli anziani le conseguenze della condizione sociale sulla salute emergono soprattutto nella disabilità, sia come predisposizione ereditata dagli anni precedenti sia come rapidità del processo che porta alla perdita di autonomia. Nella popolazione in età lavorativa i fattori sociali che influiscono maggiormente sullo stato di salute sono la precarietà del lavoro, le professioni usuranti, il declino precoce delle capacità produttive.

A questi fattori si sommano gli effetti dello stile di vita. Da diversi anni i dati epidemiologici rilevano come costumi alimentari scorretti, la dipendenza dall'alcol anche tra le donne, la sedentarietà, l'abitudine al fumo tra gli uomini e limitatamente alle classi di età più giovani – benché diffusi in tutta la popolazione italia-

TESI 8

I 'meccanismi di azione prossimale' sono le dinamiche che consentono allo svantaggio sociale di facilitare l'insorgenza di un problema di salute o di complicarne la soluzione. I fattori in gioco sono di diverso tipo: la loro conoscenza è necessaria per mettere a punto interventi in grado di contrastare il ruolo negativo dello svantaggio sociale.

Nel quadro complessivo dello stato di salute della popolazione italiana, i principali meccanismi prossimali e la loro importanza relativa sono i seguenti.

La segregazione genetica di persone particolarmente vulnerabili agli svantaggi di salute è una ipotesi poco studiata e poco influente; essa agirebbe comunque attraverso i meccanismi di mobilità sociale di cui al punto successivo.

La mobilità sociale discendente delle persone malate o di quelle suscettibili alla malattia rappresenta un meccanismo d'emarginazione sociale di provata efficacia, anche se è influente soltanto su una piccola quota delle differenze di salute, probabilmente inferiore al 10% del totale.

Lo stress cronico – provocato dallo squilibrio esistente tra quanto la società esige e, d'altro lato, dall'autonomia concessa, dalla ricompensa riconosciuta e dal supporto fornito di volta in volta - rappresenta un meccanismo molto influente per quanto riguarda la generazione di disequità nel campo della salute. Esso agisce direttamente attraverso le patologie-bersaglio dello stress cronico e indirettamente attivando, a scopo compensatorio, comportamenti a rischio. Nelle disuguaglianze di salute, questo meccanismo causale sembra spiegare una quota rilevante dei fatti osservati.

I comportamenti a rischio (fumo, alcool, disordini alimentari, sedentarietà, dipendenza da droghe) e la mancata protezione o prevenzione dai fattori di rischio (come per le MST) rappresentano uno dei meccanismi causali più importanti delle disuguaglianze di salute. In alcune voci nosologiche (per esempio i tumori polmonari o le malattie ostruttive croniche del polmone) elementi di questo tipo spiegano più del 90% delle disuguaglianze osservate.

I fattori di rischio fisici, chimici e per la sicurezza del lavoro sono meccanismi specifici che agiscono soprattutto attraverso le esposizioni professionali proprie delle posizioni sociali più basse; sono in grado di spiegare soltanto una quota modesta delle disuguaglianze di salute.

Le limitazioni e gli ostacoli all'accesso tempestivo a diagnosi e cure appropriate ed efficaci costituiscono un meccanismo di azione prossimale in grado di generare disuguaglianze in molti problemi di salute che l'assistenza sanitaria è in grado di risolvere. L'importanza relativa di questo meccanismo dipende in primo luogo dalla risolvibilità che caratterizza le singole patologie e dal tipo di risultato considerato.

TESI 9

I meccanismi di azione di tipo distale sono i processi che concorrono a strutturare le disuguaglianze sociali di salute, attivando i meccanismi prossimali descritti altrove.

Tra i meccanismi di azione distale i principali sono quelli che determinano l'occupazione, che influenzano la qualità del lavoro, che influiscono sul livello culturale, che producono e distribuiscono ricchezza, che mantengono e sviluppano reti sociali, che promuovono la qualità dei contesti ambientali, che prevengono l'emarginazione e limitano l'impatto della povertà.

Tra i meccanismi distali vi sono motivi per pensare che i tre ambiti che hanno più influenza sulle disuguaglianze di salute siano:

- ▶ lo sviluppo economico nella legalità e la sua capacità di produrre lavoro e in particolare di limitare la sotto-occupazione femminile;
- ▶ l'estensione e l'intensità della coesione sociale e della partecipazione civica,



na – siano prevalenti nelle classi sociali inferiori e nelle regioni meridionali del Paese. E' nota peraltro la difficoltà a modificare i comportamenti individuali con interventi di tipo informativo od educativo. <tesi 5>

4. Disuguaglianze nell'accesso ai servizi

Il profilo complessivo dell'utilizzazione dei servizi sanitari è più equilibrato. Su tutto il territorio nazionale numero e tipo delle prestazioni erogate appaiono infatti correlate al bisogno di salute e ai suoi principali indicatori (distribuzione della morbosità, salute percepita, età eccetera). <tesi 6>

Il finanziamento del sistema non rivela attualmente gravi sperequazioni di natura geografica. L'universalità dell'accesso, del resto, è la caratteristica che più di altre ha meritato al sistema sanitario italiano ripetuti riconoscimenti internazionali. Si può affermare dunque che, in relazione all'uso dei servizi sanitari, l'obiettivo complessivo è quello di conservare l'attuale livello di equità piuttosto che migliorarlo. <tesi 13>

Esistono tuttavia precise responsabilità nel consentire diverse situazioni di disuguaglianza all'interno del Paese. In alcune aree geografiche i servizi disponibili sembrano insufficienti e le prestazioni erogate di efficacia e quali-

nonché il loro prolungamento nella quantità e qualità dell'offerta di servizi, sia pubblici che no;

- ▶ la capacità di sostenere i bisogni delle persone, delle famiglie e delle comunità e soprattutto dei gruppi più vulnerabili della popolazione.

TESI 10

I recenti flussi migratori provenienti dai Paesi poveri sono fondamentalmente caratterizzati da un ricco patrimonio di salute: questo, però, risulta precocemente e insidiosamente minacciato da esposizioni particolarmente intense a fattori di rischio tipici delle situazioni di discriminazione razziale e sociale. Per far fronte a questo nuovo tipo di disuguaglianza, da un lato occorrono politiche in grado di prevenire la discriminazione; in secondo luogo è necessario che il sistema sanitario adegui le sue capacità di risposta ai bisogni e alla domanda di assistenza che emergono dai nuovi utenti.

Fin dall'inizio degli anni '90 l'Italia è meta di un consistente flusso migratorio proveniente dai Paesi poveri: questo fatto pone al Servizio sanitario una nuova sfida sotto il profilo dell'equità. L'intera questione va affrontata analizzando tre distinti problemi di salute che, essendo legati a diversi tipi di determinanti, sono influenzabili da politiche e interventi differenziati.

L'effetto "migrante sano" è il primo problema da affrontare. L'alta percentuale di individui in buona salute sul totale degli stranieri immigrati deriva sia dalla autoselezione operata tra chi emigra, sia dalla tendenza a ritornare in patria manifestata dagli stranieri che hanno contratto problemi di salute così gravi da richiedere la vicinanza dei familiari.

Esistono inoltre problemi sanitari di "importazione" che derivano dal bagaglio, genetico o acquisito, di patologie, predisposizioni o abitudini che risultano comunque rilevanti per la salute. Raramente questi problemi costituiscono una minaccia rilevante nel Paese di origine. Nel Paese di destinazione il rischio è quello di malattie trasmissibili, e va affrontato con sistemi di sorveglianza e con interventi terapeutici a bassa soglia: l'obiettivo è la tempestività nella diagnosi e la continuità nella cura, anche nei confronti degli extracomunitari irregolari che, per timore di essere identificati, tendono a sfuggire al trattamento. In alcuni settori – come la dermatologia o la ginecologia – i problemi sanitari "importati" richiedono l'aggiornamento professionale del personale sanitario che non ha potuto acquisire sufficiente confidenza con specifiche situazioni cliniche o di comportamento.

Si osservano infine effetti sfavorevoli sulla salute degli stranieri immigrati provocati da esperienze di discriminazione. Tali fenomeni, particolarmente acuti subito dopo l'arrivo, nel medio e lungo periodo tendono a provocare forme significative e strutturate di disuguaglianza sia nelle condizioni di salute che nell'accesso all'assistenza. E' noto, per esempio, che le straniere immigrate si fanno ricoverare per interruzioni volontarie di gravidanza più spesso delle italiane della stessa età: anche gli eventi sfavorevoli nel periodo perinatale, le malattie infettive e i traumi causati da incidenti stradali o di lavoro sono più frequenti tra gli immigrati che tra i cittadini italiani. L'insieme di questi eventi è certamente legato ai meccanismi di discriminazione razziale e sociale cui l'immigrato è esposto.

TESI 11

Le trasformazioni sociali che attraversano il nostro Paese e il mondo occidentale producono sulla salute effetti diversi secondo l'età.

Se nell'analisi dei dati della salute 2000 si passa dalla popolazione generale ai singoli sottogruppi, sono identificabili particolari criticità nella distribuzione degli indicatori della salute in riferimento all'età.

Tra i minori risulta evidente la particolare fragilità della maggior parte delle dimensioni di salute considerate: dall'obesità, agli stili di vita, dalla salute soggettiva alle situazioni di povertà della rete familiare, dalle condizioni culturali e al reddito della famiglia di



tà peggiore che altrove.

«tesi 17»

Le fasce più deboli della popolazione non sono sempre in grado di ottenere i trattamenti migliori: nello stesso tempo appaiono maggiormente esposte a consumi sanitari inutili e inappropriati.

«tesi 7»

Per verificare le diverse ipotesi, è necessario approfondire l'analisi e la valutazione di diverse situazioni di disuguaglianza, almeno in parte già documentate:

1. I dati relativi a specifici percorsi assistenziali - come il percorso nascita, la diagnosi precoce dei tumori femminili, le malattie ischemiche di cuore, la salute mentale - in cui emergono da tempo profonde differenze territoriali.
2. I dati relativi alla mobilità interregionale, alla distribuzione territoriale delle strutture di eccellenza (come i centri trapianti e la radioterapia), ai tempi di attesa per alcune prestazioni diagnostiche (TAC cerebrale, ecocardiografia).
3. Particolarmente significativi i dati che rivelano modelli di consumo sanitario differenziati secondo l'area geografica o il gruppo sociale considerati. Recenti studi, per esempio, hanno identificato ap-

origine. Con poche eccezioni, questi svantaggi sono concentrati nelle Regioni meridionali. Molte di queste fragilità perdono importanza in età giovanile, quando prevalgono i meccanismi di omologazione con i pari. La significativa vulnerabilità dei minori ai determinanti famigliari, in particolare a quelli di rete, non promette nulla di buono per l'avvenire. Da un lato, infatti, la spinta all'indebolimento della famiglia non sembra volersi interrompere, dall'altro, molte politiche governative tendono a delegare alla famiglia compiti che ne sovrastano le capacità, penalizzando peraltro le risorse che gli enti locali dovrebbero dedicare a sostegno delle nuove responsabilità familiari.

Discorso analogo si potrebbe fare per gli anziani, tra i quali le profonde differenze sociali agiscono intensamente sulla salute e in particolare sulla disabilità. I dati disponibili suggeriscono l'ipotesi che l'anziano socialmente svantaggiato erediti problemi di salute dall'età adulta e che in età anziana questi problemi subiscano ulteriori accelerazioni differenziali verso la disabilità. Ciò significa che, nella prospettiva demografica di rapido invecchiamento della popolazione nazionale, diventano prioritari nei gruppi maggiormente a rischio interventi in grado di contrastare la transizione da pre-disabilità a disabilità.

Dello stesso tipo sono i determinanti sociali sulla salute osservati nella popolazione lavorativa. Anche in questo caso, è in gioco il fatto che, con il progredire dell'età, non tutti hanno le stesse probabilità di mantenere un adeguato livello di capacità lavorativa: da un lato, le professioni operaie usuranti sono più colpite, dall'altro le politiche di sviluppo tecnologico, ergonomiche e di revisione dell'organizzazione del lavoro stentano ad adeguarsi alle nuove esigenze. Nella transizione al pensionamento, d'altra parte, gli svantaggi ereditati dal periodo precedente vengono ereditati e amplificati, con problemi di salute che non vengono adeguatamente compensati da riforme previdenziali che trattano le carriere lavorative in modo pressoché indifferenziato: sia per quanto riguarda l'età pensionabile, sia per il trattamento pensionistico.

TESI 12

Stante la situazione attuale di disuguaglianza sociale e territoriale, quale impatto sulla salute ci si può attendere dalle rapide trasformazioni in atto nei processi produttivi internazionali e nelle politiche adottate per governarle?

E' bene precisare che il quesito è innanzitutto propedeutico a nuove e più efficaci strategie di valutazione epidemiologica. A questo scopo le due principali indagini in corso (10, 11) e in particolare l'indagine 2000 ISTAT-Ministero-Regioni, sono state rinforzate sia da supplementi di dimensione campionaria sia dall'estensione dei temi indagati. La domanda posta, tuttavia, si propone anche di indagare i punti critici e i trend temporali del sistema socio-economico e politico, allo scopo di mettere a punto piani efficaci di contrasto delle disuguaglianze.

Occorre innanzitutto riconoscere che finora è stato fatto molto poco per documentare l'influenza delle politiche non sanitarie e, prima ancora, dell'attuale struttura produttiva e commerciale, sulle disuguaglianze di salute. Ci si è limitati in realtà a una generica attribuzione di responsabilità al modo con cui la società si configura e, d'altro lato, alla correlazione tra rischi ambientali ed effetti specifici sulla salute. In questa povertà di *Health Impact Assessment* e di *Equity Oriented Health Impact Assessment*, è possibile anticipare quali siano gli effetti "marginali" (quelli sulle differenze geografiche e sociali nella salute) che le principali trasformazioni sociali, economiche, politiche ed istituzionali in atto nel nostro Paese possono rivelare o aggravare o moderare?

Per quanto riguarda il nostro Paese, una prima risposta, di carattere generale, indica come inevitabile l'inasprimento delle disuguaglianze anche sotto il profilo della salute, a causa delle difficoltà dello sviluppo economico e, di conseguenza, della diminuita produzione di reddito; a causa dei meccanismi distributivi della ricchezza e del lavoro, sempre più soggetti ai meccanismi della competizione; e, infine, a causa del progressivo disimpegno dello Stato e delle istituzioni pubbliche a promuovere l'inclusione e a combattere la povertà.

Passando all'esame di singoli problemi, sul versante della produzione la progressiva terziarizzazione dell'economia è caratterizzata fortunatamente da una riduzione dei danni marginali provocati nell'ambiente e alla salute dei lavoratori da produzioni sempre meno materiali. Anche i vantaggi potenziali derivati da una maggiore femminilizzazione della forza lavoro sono considerevoli. In Italia, tuttavia, i benefici attesi dall'evoluzione della struttura produttiva sono controbilanciati dalla sostanziale stagnazione dell'economia e dall'incapacità di innovazione, con effetti depressivi sull'occupazione e un allargamento, nel terziario, quasi esclusivamente dei servizi non qualificati: in questo quadro gli effetti attesi sulla salute non sono lusinghieri. Parallelamente, la struttura demografica della forza di lavoro si sposta verso fasce di età sempre più anziane. Anche in questo caso il bilancio per la salute non è positivo: il



procci diversi alla soluzione dei problemi di salute nelle varie ripartizioni geografiche italiane. Questo tipo di analisi può far capire meglio anche composizione e motivazioni della crescente spesa sanitaria privata.

5. Le previsioni per il futuro

Nel breve-medio periodo le disuguaglianze di salute tendono ad approfondirsi. A questa previsione porta la lettura delle dinamiche internazionali in atto all'interno del sistema produttivo e di quello commerciale che rappresentano le principali cause della mancanza di equità nello stato di salute. Difficoltà di sviluppo, crisi occupazionale, indebolimento del welfare e, d'altro lato, un mercato dei consumi che tende a esasperare la segmentazione della clientela: l'effetto di questi trend temporali sarà di ampliare e approfondire, anche nel nostro Paese, le disuguaglianze. <tesi 12>

Anche i flussi migratori provenienti dai Paesi poveri rappresentano per i sistemi sanitari europei, Italia compresa, una nuova sfida sul terreno dell'equità. <tesi 10>

L'epidemiologia d'altra parte non può pretendere di cambiare i fattori economici in gioco: l'analisi, la valutazione, il monitoraggio e la comunicazione dei dati relativi all'equità

lavoratore anziano o viene espulso da un lavoro che non è stato adeguato alle sue capacità lavorative o è vittima di un circuito negativo in cui, alle conseguenze sfavorevoli sulla produttività, si accompagnano quelle sulla qualità della vita e sullo stato di salute.

Alla evoluzione non favorevole della struttura produttiva e sociale si affiancano oggi dinamiche originate dal mercato dei consumi che, per motivi di convenienza, tende a massimizzare la segmentazione della clientela. I consumi d'altra parte sono direttamente legati all'offerta: la pubblicità, in particolare, è attualmente la causa prevalente di molti stili di vita, anche tra quelli maggiormente a rischio. Se, per esempio, all'inizio del '900 chi fumava di più erano coloro che avevano soldi sufficienti per comprarsi i sigari, oggi i fumatori appartengono innanzitutto alle categorie sociali più esposte ai messaggi pubblicitari - espliciti ed impliciti, diretti o indiretti - delle multinazionali del tabacco. La vulnerabilità al messaggio pubblicitario risulta d'altra parte inversamente proporzionale al reddito e al livello di istruzione: il mercato dunque tende a indurre o ad aggravare le diseguità tra le diverse classi sociali.

Sul piano degli investimenti, le Regioni meno sviluppate del Paese avrebbero bisogno di nuove e significative risorse da destinare a più dimensioni strutturali: questi investimenti dovrebbero rappresentare un trampolino di lancio per uscire dalle condizioni di sotto-sviluppo. Ciò che accade, invece, è che altre aree territoriali (per esempio il Piemonte, nel settore delle grandi opere) usufruiscono oggi di investimenti pubblici molto più consistenti di quelli destinati al meridione. Contemporaneamente, i percorsi di promozione sociale si stanno restringendo: i matrimoni tra persone che appartengono allo stesso gruppo sociale e la minore mobilità professionale ascendente tendono a rinforzare la stratificazione sociale e a peggiorare i suoi effetti negativi sulla salute. A questo va aggiunto il rischio per la salute rappresentato dall'evidente disgregazione delle relazioni familiari, un processo che colpisce in modo particolarmente intenso le fasce sociali più vulnerabili.

Sul versante del welfare, si tende a subordinare il compito di prevenire l'esclusione sociale o di limitarne gli effetti negativi al momento in cui lo sviluppo economico decollerà e in genere alle 'disponibilità' economiche. In questo settore, dal momento che la sfavorevole congiuntura impedisce allo Stato di mantenere e di consolidare il suo sistema di tutele, alle buone dichiarazioni di principio (cfr L. 328/2000) corrisponde di fatto una ampia delega di responsabilità agli enti locali e alle famiglie: che, da parte loro, sono obbligati a trovare risorse e motivazioni per far fronte ai nuovi compiti senza peraltro poter intervenire sulle cause che continuano a impoverirli. Questa dinamica è presente soprattutto nel meridione.

Quanto alle politiche di settore, non sempre la salute viene considerata come criterio diretto nella scelta e nell'orientamento degli obiettivi e degli interventi. In particolare, i piani per l'inclusione sociale, per l'educazione, per l'occupazione, per le pensioni e quelli fiscali sono ancora lontani dal considerare le dimensioni del benessere e della salute tra quelle costitutive per valutare le conseguenze delle scelte operate, sebbene questi interventi coinvolgano di fatto alcuni dei meccanismi distali più influenti sulle disuguaglianze di salute. In altri casi - come i piani per l'handicap, per l'infanzia e l'adolescenza, i trasporti e le tossicodipendenze - la relazione con i risultati di salute viene colta più facilmente e in qualche caso orienta effettivamente lo sviluppo della politica adottata. Spesso, però, gli interventi di settore sono concepiti più come welfare di apparato che orientato ai bisogni: l'impatto atteso per moderare le disuguaglianze di salute potrebbe risultare, di conseguenza, modesto.

Per quanto riguarda le politiche locali, gli interventi di area o a livello di Comuni mostrano una notevole vivacità e in qualche caso risultano anche guidati da una razionalità comunitaria e istituzionale, attivando percorsi di pianificazione (*Piani di zona, Piani di salute, Agenda 21, Città sane* e altri) capaci di far convergere interessi e responsabilità delle istituzioni e degli enti interessati attorno a un'agenda di problemi e a strategie di soluzioni condivise. Queste esperienze, tuttavia, sono distribuite in modo fortemente diseguale sul territorio nazionale, rinforzando le differenze geografiche ampiamente note. In questa fase inoltre, il loro valore consiste più nella sperimentazione e nel consolidamento di processi di coesione che nel raggiungimento di obiettivi di salute.

La concentrazione del reddito (per questo parametro l'Italia è più vicina agli Stati Uniti che ai Paesi europei) e gli squilibri territoriali (a sfavore del mezzogiorno) rappresentano nel nostro Paese le principali criticità nella generazione di disuguaglianze sociali e nell'impatto sulle differenze di salute. La valutazione della relazione esistente tra concentrazione del reddito e diseguità nel campo della salute costituisce di conseguenza, insieme a una migliore comprensione dei meccanismi d'azione sottostanti, una delle priorità per l'osservazione epidemiologica.

Infine, tra i determinanti e le politiche non sanitarie è stato suggerito di non trascurare lo scenario che caratterizza la liberalizzazione dei servizi, compresi quelli sanitari, predicata da tutte le istituzioni e le forze che guidano la globalizzazione mondiale. Nel campo della salute questa tendenza ha generato e genera molte disuguaglianze fuori dai nostri confini: non è possibile ignorarle per il solo fatto che, per il momento, non ci appartengono.



sono le sole iniziative alla sua portata. L'utilità, sia da un punto di vista culturale che operativo, di una descrizione rigorosa è proporzionale alla capacità di identificare i 'punti sensibili' della disuguaglianza.

Particolarmente significativo può essere il contributo conoscitivo della ricerca per impostare politiche integrate, poco praticate in Italia, in grado di ottenere vantaggi di salute attraverso interventi non direttamente sanitari ma di tipo educativo, ambientale o assunti nell'ambito delle politiche di welfare. Difficilmente infatti si può pensare di poter avere un buon sistema sanitario in una società che rimanga fortemente squilibrata.

Altrettanto importante è la capacità di contrastare il trasferimento acritico ai sistemi sanitari delle caratteristiche attualmente prevalenti in ambito politico-economico, fondate sul mercato, sull'efficienza e su una forte competitività. Potrebbe accadere infatti che forme di assistenza sanitaria solo apparentemente secondarie (per esempio nell'ambito dell'assistenza territoriale e/o rivolta gli anziani) siano declassate a interventi di beneficenza o delegate in toto alle famiglie: procedure di questo tipo possono rivelarsi palesemente inique. **tes 14**

TESI 13

Se si guarda al sistema sanitario come a un insieme di garanzie e tutele per la salute, è opinione comune che difficilmente si possa raggiungere un livello globale di equità normativa superiore a quello del 2000. Su questo piano l'obiettivo più realistico potrebbe essere quello di salvaguardare il livello raggiunto piuttosto che di migliorarlo.

Va notato a questo proposito che, quando la popolazione vive la protezione sanitaria come un fatto storicamente acquisito, difficilmente percepisce il pericolo di perderla. A motivo di questo diffuso atteggiamento – oltre che della crisi economica in atto, a partire dall'anno 2000 - potrebbe accadere che alcune caratteristiche del sistema (per esempio il diritto alla salute oppure l'estensione e l'efficacia dell'offerta) vengano in qualche modo scambiate con vantaggi politico-economici che sono, in realtà, di minor valore.

Viceversa, dal punto di vista di risultato e non soltanto normativo, il sistema sanitario pubblico attualmente in vigore, più che come un patrimonio consolidato e un punto di arrivo va considerato come un modello istituzionale e organizzativo che non ha ancora esaurito le sue potenzialità egualitarie. Finora, infatti, si è mostrato incapace di orientare compiutamente la sua offerta verso il bisogno, soprattutto nel caso dei soggetti più vulnerabili.

TESI 14

Dal punto di vista dell'equità, una delle principali minacce per i sistemi sanitari pubblici è rappresentata dal venir meno della sua natura solidaristica nella fascia dei rischi minori ma più frequenti di malattia. A volte, infatti, si tende a intervenire in questo ambito con interventi di beneficenza o di assistenza alla povertà che finiscono con il penalizzare il bisogno di salute delle classi meno abbienti.

Come è noto, i sistemi sanitari pubblici si fondano essenzialmente su due motivi: necessità di un sistema assicurativo e il principio dell'universalità dell'accesso. In sanità l'intervento assicurativo è reso obbligatorio dal fatto che la concentrazione dei rischi di spesa è molto elevata. Più esattamente le probabilità di dover spendere molto o al di sopra delle proprie possibilità, per problemi di salute, prima della vecchiaia e per un certo numero di persone è molto bassa: ma quando il rischio diventa danno la spesa può essere elevatissima e, in assenza di protezione assicurativa, in molte famiglie potrebbe risultare drammaticamente insostenibile. Quanto al principio dell'universalità, il fatto che nel sistema pubblico il 'premio' per la tutela e la cura della salute sia pagato su base contributiva-fiscale è un modo equo per la sua attuazione: al contrario, sistemi assicurativi integralmente privati, privilegiando il censo come criterio di accesso ai servizi sanitari, nei fatti sono portati a negare il principio di universalità.

Anche nei sistemi sanitari pubblici, però, si possono produrre disuguaglianze gravi. Attualmente questo è vero soprattutto nel caso dei rischi di malattia minori e più frequenti. Infatti, quando si tratta di patologie e di interventi severi (per esempio un trapianto di fegato), per la grandissima parte delle famiglie la spesa sarebbe insostenibile e l'assicurazione sanitaria pubblica non potrebbe rifiutarsi di intervenire. Ma la spesa per interventi sanitari 'quotidiani', come quelli a favore delle persone anziane, è molto più bassa ed è alla portata anche di famiglie di reddito medio. Non è detto, tuttavia, che costi di questo tipo possano essere sostenuti dai più indigenti o da chi vive sulla soglia della povertà. Per questo motivo un sistema sanitario pubblico coerente con i suoi principi fondativi deve assumersi anche questo tipo di spesa, contribuendovi con le risorse reperite attraverso il sistema fiscale.

Ancora a proposito dei consumi sanitari più diffusi, va notato che una quota considerevole è indotta da processi di medicalizzazione (il 'marketing della malattia'), soprattutto attraverso la spinta ad anticipare la diagnosi. Alla lunga, nessun sistema assicurativo, pubblico o privato, può reggere alla copertura di rischi che sono 'venduti' come patologie certe. D'altra parte, questo spreco di risorse contribuisce a innescare nel sistema salute un altro meccanismo perverso, quello del razionamento delle prestazioni sia sul versante dell'offerta (tagli ai trasferimenti a comuni per l'assistenza socio-sanitaria) sia sul versante del controllo della domanda (ticket). Anche in questo caso la conseguenza è un aumento della spesa privata e del contributo di assistenza richiesto alle famiglie, fenomeni che non possono non avere impatto particolarmente negativo sulla salute dei meno abbienti.



6. La devolution

Tra le trasformazioni in atto, in Italia c'è anche il federalismo. Questo processo, in stato di avanzata realizzazione, non costituisce in sé stesso una minaccia per l'equità sanitaria: anzi, regioni molto responsabili potrebbero trovare soluzioni alla disuguaglianza migliori di quelle attuali. **tesis 16**

Tuttavia, nella definizione finale della devolution sanitaria e nella sua applicazione, occorre salvaguardare valori e caratteristiche operative irrinunciabili.

1. Il diritto dei cittadini alla salute va garantito e coniugato in modo omogeneo nelle diverse regioni: altrimenti, considerato il valore etico e sociale dei diritti sanitari, si rischia di rompere il patto di cittadinanza, con conseguenze politiche anche gravi.
2. Le risorse disponibili all'interno del Paese vanno distribuite in modo tale da non obbligare alcune regioni a ridurre la portata attuale della spesa sanitaria.

L'impostazione e l'organizzazione che caratterizzano i singoli sistemi regionali debbono evitare di produrre divergenze nella qualità dell'assistenza. E' necessario nell'offerta di servizi, in particolare per la componente

TESI 15

Nella caratterizzazione in atto dei diversi sistemi regionali, uno degli elementi di diversificazione è rappresentato dal diverso ruolo accordato in sanità al privato convenzionato, all'iniziativa privata (profit e non), al terzo settore, alle Assicurazioni, ai fondi integrativi e al Project Financing. Le diversità di questo tipo, tuttavia, non devono interferire con gli obiettivi dell'equità.

A questo proposito va innanzitutto precisato che, nel panorama complessivo della sanità italiana, le aree della cosiddetta privatizzazione si caratterizzano sia in funzione della loro ampiezza sia in funzione della loro tipologia. Sono molto diffusi, in primo luogo, la esternalizzazione dei servizi di supporto (*outsourcing*), mentre all'assistenza ospedaliera convenzionata spettano quote che vanno, secondo le regioni, dal 10% al 40% del totale: molto meno importante l'area assistenziale coperta dal privato non convenzionato. L'offerta privata inoltre può rivolgersi a settori particolari, a cominciare dalla lungodegenza, o essere estesa a un arco ampio di prestazioni sanitarie. Per quanto riguarda il ruolo ricoperto, infine, in Italia il privato si limita di solito alla gestione delle prestazioni offerte: ma può avvenire, come nel caso delle Assicurazioni-malattia e dei fondi integrativi, che ne assuma – o che sia intenzionato ad assumerne – anche il finanziamento. E' comprensibile che qualsiasi valutazione sul processo di privatizzazione in sanità non possa essere univoca ma debba tenere conto di queste differenze.

Per quanto riguarda l'obiettivo dell'equità, il rischio maggiore dell'iniziativa sanitaria privata – contro la promessa di una maggiore efficienza e di una più rapida capacità di rinnovamento – è quello di interferire con una programmazione efficace e universalistica, fondata sui bisogni reali di salute e non su convenienze economiche. Di conseguenza, nelle zone dove tradizionalmente è più ampio lo spazio concesso ai privati sono particolarmente importanti precise direttive di piano e accordi vincolanti tra Regione e enti privati che, a diverso titolo, operano in nome del Servizio sanitario. E' altrettanto vero, d'altra parte, che dove prevale la gestione diretta delle prestazioni sanitarie da parte del Servizio pubblico, è necessario attivare meccanismi di sviluppo del sistema sia sul piano del finanziamento sia su quello dell'efficienza. Il pericolo che si corre, in questo caso, non è soltanto quello di una generica deriva burocratica: ma che il deterioramento del sistema lasci di fatto campo libero al mantenimento e allo sviluppo delle disuguaglianze in sanità.

In entrambi i casi occorre che l'equità venga perseguita nel modo più efficiente possibile. A questo scopo, le decisioni sul *trade-off* tra equità ed efficienza devono essere esplicito oggetto di conoscenza e valutazione non solo da parte delle istituzioni ma anche nelle rappresentanze dei cittadini. E' chiaro che fin quando le direzioni generali aziendali verranno valutate soltanto sulla base dell'efficienza, la copertura dell'80% nello screening del collo dell'utero (è uno dei tanti obiettivi possibili) verrà realizzato soltanto nelle fasce sociali privilegiate, dove la risposta al primo invito è più alta e l'iniziativa, di conseguenza, risulta più 'economica'. Ma è altrettanto necessario che i dati scientifici sull'associazione tra disuguaglianze socioeconomiche e obiettivi di salute siano oggetto di rigorosa valutazione e che nella discussione del problema siano coinvolte tutte le forze sociali interessate: soltanto così si può sperare di modificare concretamente l'attuale situazione di svantaggio, sul piano della salute, delle classi meno abbienti.

Può essere utile ricordare, infine, che recenti valutazioni sulla correlazione nei Paesi dell'OCSE tra orientamenti politici e risultati di salute nel campo della mortalità infantile hanno mostrato come negli ultimi cinquant'anni i risultati migliori siano stati realizzati dai sistemi socialdemocratici (25). Gli stessi studi, però, hanno messo in luce che nei Paesi scandinavi l'obiettivo dell'equità e le priorità che ne derivano sono stati condivisi da tutte le parti politiche sia per ragioni etiche sia per ragioni 'utilitaristiche', cioè di risultato e di valutazione. Questo fatto ha assicurato continuità all'impostazione delle politiche sanitarie anche quando si sono verificati cambiamenti della maggioranza. Si tratta di un evento significativo, a favore della tesi che pretende il superamento delle disuguaglianze come un obiettivo comune alle diverse impostazioni politiche.



privata, mettere a punto meccanismi di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni *«tesi 15»* ed inoltre, soprattutto per la componente di offerta e gestione pubbliche, è necessario attivare meccanismi di sviluppo del sistema sia sul piano del finanziamento sia su quello dell'efficienza.

Conclusioni *«tesi 18»*

Per risultare efficaci, le iniziative, anche nel campo della ricerca scientifica, che si propongono l'indagine e il superamento delle disuguaglianze debbono inserirsi all'interno di politiche coerenti con l'obiettivo dell'equità. Valgono a questo proposito le seguenti osservazioni:

- Nel suo insieme, l'attività sanitaria è destinata all'intera società. Ma i singoli interventi vanno selezionati e integrati in base a 3 diversi obiettivi:
 - In primo luogo, alzare i valori degli indicatori di salute nelle aree e nei gruppi sociali più svantaggiati.
 - In secondo luogo, diminuire la velocità con cui le disuguaglianze di salute tendono ad approfondirsi.
 - Da ultimo, occorre agire in profondità per rendere il più possibile omogenee le condizioni di salute nelle diverse componenti della società.

TESI 16

Il problema della devolution non è un problema di equità quanto un problema politico di unità: ma nella sua definizione definitiva e nell'applicazione è necessario salvaguardare valori essenziali anche sotto il profilo dell'equità.

In Italia, tra le trasformazioni in atto, c'è anche la devolution. Questo processo, in stato di avanzata realizzazione, non costituisce in se stesso una minaccia per l'equità sanitaria: anzi, le Regioni più responsabili potrebbero trovare soluzioni alle disequità migliori di quelle attuali.

Tuttavia, nella definizione dell'assetto finale del federalismo e nella sua attuazione occorre salvaguardare valori e caratteristiche che sono essenziali anche sotto il profilo dell'equità:

- Se i diritti dei cittadini residenti in diverse regioni fossero diversi tra loro, saremmo di fronte a una rottura del patto di cittadinanza e di solidarietà, con conseguenze anche politiche gravi. Diverso è il caso, evidentemente, se le differenze interregionali non fossero nell'ambito dei diritti, ma solo in quello delle modalità di esercitarli.
- Alla dichiarazione teorica dei diritti deve affiancarsi anche una solidarietà economica tra le regioni. Questo significa che nessuna regione dev'essere obbligata a diminuire l'attuale dimensione della spesa sanitaria.

Occorre evitare, infine, semplificazioni ideologiche e organizzative che potrebbero produrre divergenze nella qualità dell'assistenza erogata. In particolare, dove il ruolo affidato ai privati è più ampio, sono necessari adeguati strumenti di controllo e di verifica della corrispondenza tra bisogni di salute e prestazioni erogate e dell'appropriatezza ed efficacia delle prestazioni. Al contrario, dove prevalgono l'offerta e la gestione pubblica, è importante attivare meccanismi di sviluppo del sistema sia sul piano del finanziamento sia su quello dell'efficienza.

TESI 17

Le disuguaglianze nella salute che vengono socialmente determinate e che sono evitabili, possono essere considerate uno dei principali criteri di orientamento delle scelte per la sanità pubblica. In chiave utilitaristica infatti rappresentano l'indicatore più sensibile per identificare situazioni in cui è possibile ottenere un misurabile miglioramento nella salute; in chiave etica devono essere considerate inique, perché contraddicono la comune nozione di giustizia.

Da un punto di vista strettamente utilitaristico le disuguaglianze sociali nella salute possono essere considerate come uno dei criteri più adatti a identificare punti critici su cui investire per guadagnare salute. Attraverso la loro analisi, infatti, è possibile dimostrare i risultati di salute già ottenuti dai gruppi sociali più avvantaggiati che, di conseguenza, sarebbero alla portata anche di altri gruppi sociali in una società diversamente strutturata. In altre parole: le differenze di salute socialmente determinate ed evitabili identificano disuguaglianze potenzialmente modificabili, la possibilità di ottenere risultati di salute complessivamente migliori in tutte le situazioni sociali che si discostano attualmente da quelle più avvantaggiate.

Inoltre, il fatto che le disuguaglianze sociali portino a differenze significative tra gruppi sociali diversi, sia nell'accesso alle risorse che nelle opportunità di salute, dev'essere considerato ingiusto (23). Questo è vero, in particolare, per il ruolo speciale che spetta alla salute in termini di diritti umani: la salute o il suo recupero, infatti, rappresentano nello stesso tempo un bisogno e una risorsa di base, necessari a raggiungere tutti gli altri obiettivi vitali e a promuovere la libertà degli individui e delle società (24)



- Tutti gli interventi proposti devono richiamarsi a soluzioni di provata efficacia o, almeno, a solide teorie eziopatogenetiche. E' necessaria una valutazione preliminare degli effetti attesi dai singoli provvedimenti sulla salute anche per quanto attiene all'equità della loro distribuzione sociale e territoriale.
- Gli interventi in corso di attuazione devono essere valutati con strumenti e indicatori non solo appropriati ma anche verificabili.
- E' necessario infine che qualsiasi intervento sanitario conceda uno spazio adeguato all'informazione, alla consultazione e alla programmazione concertata con i gruppi marginali che sono le vittime principali delle disuguaglianze.

Il presupposto culturale per una politica di questo tipo è che l'obiettivo dell'equità sia considerato prioritario in qualsiasi azione promossa in campo sanitario. Questo principio dovrebbe essere tenuto presente, in particolare, nella formulazione delle linee-guida. E' altrettanto importante che i Servizi sanitari si dotino di sistemi informativi in grado di misurare sistematicamente i principali parametri di equità.

TESI 18

La definizione di target per le politiche sanitarie (e di patrocinio per le politiche non sanitarie) potrebbe richiamarsi ai seguenti principi (26):

- *gli interventi dovrebbero essere indirizzati a tutta la società e non solo ai poveri, integrando in modo complementare questi tre obiettivi*
 - ▶ *prima compensare gli svantaggi nella salute dei gruppi e delle comunità più deprivate*
 - ▶ *poi avvicinare la distanza tra gli estremi della scala sociale*
 - ▶ *poi ridurre l'intensità del gradiente sociale nella salute*
- *le politiche dovrebbero puntare al livellamento verso l'alto e non verso il basso*
- *il contrasto delle disuguaglianze nella salute dovrebbe contribuire a migliorare il livello medio di salute della popolazione*
- *gli interventi dovrebbero essere mirati a contrastare l'azione dei determinanti distali e di quelli prossimali delle disuguaglianze nella salute, secondo soluzioni di provata efficacia o almeno fondate su teorie eziopatogenetiche*
- *ogni politica ed intervento, compresi quelli diretti a contrastare le disuguaglianze nella salute, dovrebbero essere sottoposti a valutazione preliminare sugli effetti attesi sulla salute (e dell'eventuale stigma) e sull'equità della loro distribuzione sociale*
- *ogni intervento deve essere valutato con strumenti e indicatori appropriati*
- *i piani d'intervento devono dare adeguato spazio all'informazione, alla consultazione e alla programmazione concertata con i gruppi marginali che sono le vittime principali delle disuguaglianze.*



Bibliografia di riferimento

1. WHO, Declaration of Alma Ata, 1978, http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1, (17/02/05)
2. Whitehead M, The concepts and principles of equity and health, WHO, EUR/7ICP/RPD 414, 1990 <http://www.euro.who.int/Document/PAE/conceptsrpd414.pdf> (17/02/05)
3. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991
4. LEE Jong-wook, Address by the Director-General Fifty-seventh World Health Assembly 2004, <http://www.who.int/dg/lee/speeches/2004/wha57/en/print.html>, (17/02/05)
5. Mackenbach JP, Bakker MJ; European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet*. 2003;362 (9393):1409-14
6. Ministero della Sanità, Piano Sanitario Nazionale 1998-2000-Un patto di solidarietà per la salute, 1998
7. Ministero della Salute, Piano Sanitario 2003-2005, http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003-2005.PDF, (17/02/05)
8. Analisi dell'impatto del sistema sanitario locale sull'equità nella salute e nell'accesso e funzionamento dell'assistenza (Progetto finanziato dal Ministero della Salute - "Programmi speciali" ex art. 12 c. 2 lett. B, D. Lgs. 50-2/92, anno 2002).
9. Valutazione comparativa dell'impatto delle politiche regionali sull'equità nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari (Progetto finanziato da Ministero Istruzione Università Ricerca 2002).
10. Costa G, Spadea T e Cardano M (a cura di). Disuguaglianze di salute in Italia. *Epidemiologia e Prevenzione* 2004;28(3)-supplemento
11. Sabbadini LL, Costa G (a cura di) Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Roma 2004, Istituto Nazionale di Statistica
12. Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemstrom O, Valkonen T, Kunst AE, Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries, *Int J Epidemiol*. 2003; 32:830-7
13. Kunst A, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, Mielck A, Cardano M, Dalstra JAA, Geurts JJM, Helmert U, Lennartsson C, Ramm J, Spadea T, Stronegger WJ, Mackenbach JP. Trends in socio-economic inequalities in self assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol*. 2004 Nov 24 [Epub ahead of print]



14. Costa G, Cardano M, Demaria M. *Torino. Storie di salute in una grande città*. Città di Torino, Ufficio di Statistica, Osservatorio socioeconomico torinese, 1998.
15. Merler E, Benvenuti A, Baldi P et al. Condizione socio-economica e disuguaglianze nella mortalità nello Studio Longitudinale Toscano (SLTo): persistenza ed evoluzione nel tempo (mortalità generale, tumore del polmone, cirrosi epatica), ed aspetti emergenti (AIDS e overdose). *Epidemiologia e Prevenzione* 1999; 23: 207-14.
16. 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. *J Epidemiol Community Health*. 2004 Mar; 58(3): 199-207.
17. Michelozzi P, Perucci CA, Forastiere F, Fusco D, Ancona C, Dell'Orco V. Inequality in health: socioeconomic differentials in mortality in Rome, 1990-95. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1999; 53: 687-693
18. Marmot M, *The Status Syndrome : How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, London: Bloomsbury & Henry Holt, New York, 2004
19. Costa G, Mamo C, Bena A, Differenze nella salute tra le professioni. *La medicina del lavoro* 2004, in press
20. Rapiti E, Perucci CA, Agabiti N, Ancona C, Arca M, Di Lallo D, Forastiere F, Miceli M, Porta D. Socioeconomic inequalities in health care efficacy. Three examples in Lazio region. *Epidemiol Prev*. 1999 Jul-Sep; 23(3): 153-60
21. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971; 1(7696): 405-12.
22. Parlamento Italiano, Legge 8 novembre 2000, n.328 – “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/home.htm> , (17/02/05)
23. Rawls J, *A Theory of Justice*, Oxford University Press, London, 1972
24. Sen A, *Development as Freedom*, Anchor Books Edition, New York, 2000
25. Navarro V (a cura di), *The Political and Social Contexts of Health*. New York 2004, Baywood
26. Dalhgren e Whitehead, in press