

A due anni dal rapporto sull'Equità di salute in Italia: percorsi e prospettive

Giuseppe Costa, Roberto Di Monaco, Roberto Leombruni e Michele Marra

RPS

Le disuguaglianze sociali nella salute, ovvero gli eccessi sistemati ed evitabili negli indicatori di salute a carico delle fasce meno avvantaggiate della popolazione, hanno in Italia un'intensità moderata, soprattutto grazie alla distribuzione socialmente equa di una serie di fattori protettivi, quali la dieta mediterranea e il capitale sociale, e il ruolo compensativo del Servizio sanitario. Tuttavia, la crisi economica e il trend sociale di alcuni fattori di rischio hanno messo a repentaglio questo vantaggio e hanno reso urgente lo sviluppo di una strategia nazionale

di contrasto, come tra l'altro richiesto dall'Unione europea. E in effetti, trainato dal commitment iniziale della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e dalla pubblicazione di un Libro verde, si è innescato nel 2011 il tentativo di aumentare la consapevolezza riguardo a questo problema tra i decisori politici e gli stakeholder sanitari e no, di identificare le priorità verso le quali orientare le policy di riduzione delle disuguaglianze e di delineare azioni efficaci e innovative. L'articolo ne ripercorre le tappe principali.

1. Contrastare le disuguaglianze di salute: i richiami della Commissione europea

La popolazione italiana in media sta abbastanza bene: meglio rispetto al passato e spesso anche rispetto a chi vive nel resto d'Europa. Eppure le medie camuffano l'esistenza di differenze sistematiche. Viviamo in una società stratificata, dove le persone più ricche stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo. Queste differenze sono socialmente determinate e, come ormai assodato da tempo, almeno in parte modificabili ed evitabili. Ciononostante, fino a oggi, poco è stato fatto per tentare di ridurre la portata e l'impatto sui cittadini.

Nel 2009, la comunicazione della Commissione europea, *Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Ue*, partiva proprio dalla constatazione di quanto fosse ancora carente nelle politiche europee e in quelle della maggior parte dei Stati membri la consape-

indirizzo per la revisione delle politiche regionali che potessero moderare gli effetti sfavorevoli sulla salute dei determinanti sociali.

2. *La salute disuguale in Italia*

Il gruppo di lavoro della Commissione Salute delle Regioni a fine 2014, a conclusione della propria attività, ha elaborato un Libro verde in cui si dà conto dello stato delle disuguaglianze di salute in Italia e delle relative ricadute sulle politiche sanitarie e non sanitarie (Costa e al., 2014). Vi si legge che, in Italia e praticamente in tutti gli indicatori di salute, persistono disuguaglianze sociali a svantaggio dei soggetti più poveri di capitale umano, di risorse materiali, di status sociale e di aiuti e legami. Le disuguaglianze di salute sono meno pronunciate tra gli anziani perché i soggetti più vulnerabili ne hanno già subito le conseguenze prematuramente: i poveri si ammalano e muoiono più giovani. Le disuguaglianze sociali nella mortalità sono meno intense anche nella popolazione femminile, perché alcuni tumori a significativa letalità colpiscono in misura maggiore le donne più istruite e di alta posizione sociale, che per prime hanno adottato stili di vita più a rischio, come il fumo e il ritardo dell'età in cui avere il primo figlio. Infine nel Mezzogiorno le disuguaglianze sociali in alcuni indicatori di salute sono più importanti in quanto il contesto di queste regioni è meno in grado di «capacitare» le persone più svantaggiate a promuovere e proteggere la propria salute. È così che le disuguaglianze sociali di salute sono anche all'origine del divario geografico tra Italia del Centro-Nord e Mezzogiorno: da un lato la maggiore diffusione della povertà e dello svantaggio nel Sud e nelle Isole porta con sé anche un maggior rischio di ammalarsi e morire; dall'altro questo eccesso di rischio è aggravato anche dalla minor capacità delle comunità meridionali di moderare l'effetto sfavorevole sulla salute dello svantaggio individuale.

Queste disuguaglianze sociali di salute sono di direzione simile a quelle osservate negli altri Stati europei ad alto reddito, ma fortunatamente meno intense, anche grazie alla protezione universale che alcuni fattori assicurano alla salute nel nostro paese, come la dieta mediterranea e la rete di protezione familiare (che presentano ancora una distribuzione sociale abbastanza uniforme), e il ruolo del Servizio sanitario nazionale (che garantisce una copertura universale e globale ai bisogni di cura, seppur con marcate variazioni geografiche nella qualità delle prestazioni).

RPS

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

- gli stili di vita insalubri, come il fumo, l'alcool, il sovrappeso, la sedentarietà, la dieta non equilibrata, il sesso non protetto;
- le barriere all'accesso alle cure (che sono materia di azioni allocative e di azioni di revisione dell'equità dei processi e dei risultati in sanità);
- ♦ la stratificazione sociale inoltre influenza anche la distribuzione ineguale delle condizioni di vulnerabilità/suscettibilità agli effetti sulla salute dei fattori di rischio appena esaminati: le conseguenze di una stessa esposizione risultano spesso più severe tra gli strati più svantaggiati della popolazione (che sono materia di azioni di prevenzione nei luoghi di vita e lavoro);
- ♦ infine la stratificazione sociale influenza la distribuzione iniqua della vulnerabilità alle conseguenze sociali della malattia, che fa sì che l'esperienza di malattia possa avere conseguenze più avverse sulla carriera sociale di un povero che di un ricco (materia di azioni di moderazione, come le esenzioni dai ticket).

Occorre considerare che questi quattro meccanismi dispiegano i loro effetti lungo tutto il corso della vita, già a partire dai primi mesi, durante i quali lo svantaggio sociale dei genitori si riflette in minori capacità di sviluppo delle risorse e capacità fisiche, cognitive e relazionali del bambino, con importanti conseguenze sia sul successo sociale delle carriere adulte sia sulle storie di salute. Inoltre ognuno di questi meccanismi può essere intercettato e moderato o esacerbato nei suoi effetti dal ruolo «capacitante» del contesto di vita e di lavoro delle persone. Non agire sulle disuguaglianze di salute potrebbe costare molto di più: queste hanno infatti un impatto significativo sui carichi di sofferenza (tra il 15 e il 25% della mortalità prematura in Italia sarebbe correlata alle differenze sociali), con le relative ricadute sulla produttività e sul fabbisogno assistenziale.

3. Il punto di vista dei portatori di interesse

Di fronte a questo quadro bisogna riconoscere che in Italia la capacità di risposta a questi fenomeni è ancora molto variabile a livello regionale e non guidata e coordinata a quello nazionale; la percezione delle ricadute sulla salute e sui costi sanitari delle disuguaglianze sociali è ancora modesta, ma la consultazione con le principali categorie di attori delle politiche ha mostrato che, quando ben informati, gli interlo-

- consapevoli e possono assecondare questo processo se sostenuti da adeguati dati e linee guida;
- b) le politiche dell'assistenza sanitaria si sono rivelate capaci di utilizzare con successo alcuni strumenti di regolazione e di programmazione per presidiare l'equità nella salute (si veda ad esempio il decreto sulla garanzia dei Livelli essenziali di assistenza - Lea in corso di approvazione), ma l'obiettivo non è ancora inserito organicamente in un piano di sviluppo di tutto il settore; dunque è ancora necessario, oltre a fornire assistenza tecnica, investire nel coinvolgimento di tutti i centri di responsabilità dei diversi settori del Ministero e della Commissione Salute delle Regioni, per completare l'impegno nell'equità della sanità;
 - c) alcune comunità professionali (medici e professioni sanitarie) stanno preparando una carta dei loro doveri per l'equità di salute che ricade sotto le proprie responsabilità professionali; un particolare investimento sugli strumenti di formazione accademica ed Ecm potrebbe facilitare lo scopo;
 - d) gli investimenti sul monitoraggio e la ricerca delle disuguaglianze in salute e sanità, attraverso l'integrazione tra i sistemi informativi e statistici sanitari tramite record linkage, hanno mostrato di essere molto efficaci per coinvolgere gli interlocutori; in questo ambito è opportuno sostenere i programmi in corso sui sistemi di indagine trasversale e longitudinale per dare continuità ed estensione nazionale ai dati sulle variazioni della salute a ogni livello del funzionamento della sanità e degli interventi non sanitari;
 - e) nel settore delle politiche non sanitarie si è cominciato a mostrare in diverse sedi che l'equità nella salute deve essere un criterio irrinunciabile di valutazione di impatto da introdurre nei processi decisionali. La recente edizione 2017 del festival di economia di Trento è stata dedicata a «La salute disuguale» e ha visto esperti dei più disparati settori confrontarsi con il tema. È forse questo ambito, delle politiche non sanitarie, quello che esige più sforzi innovativi di coinvolgimento, a cui sarà dedicato l'ultimo paragrafo.

4. Verso dove orientare le policy?

Raccogliendo tutti gli stimoli che vengono dalla consultazione di questi attori, sembra di poter concludere che i bersagli prioritari di un investimento nazionale per l'equità dovrebbero essere i determinanti che causano la maggiore quantità di disuguaglianze di salute, anche in for-

Intanto, come ogni problema complesso che trae origine da una molteplicità di meccanismi, esso offre un'ottima scusa per evitare le responsabilità: c'è un'obiettivo difficile di attribuzione singola di responsabilità, manca un *locus of control* specifico che motivi i vari attori a prendere in carico la cosa. La globalità e intersettorialità, che dovrebbero contrassegnare i piani e i programmi per l'equità di salute, sono anche il punto più difficile da marcare, in una società in cui la compartimentazione delle responsabilità e delle risorse per «silos» e la rendicontazione per adempimenti e non per risultati rappresentano ostacoli spesso insormontabili e a volte anche giustificati da conflitti di priorità tra i vari settori. Inoltre la prospettiva del corso di vita mette in gioco orizzonti temporali del beneficio che sono incompatibili con quelli delle politiche che fanno l'investimento. L'unica scusa non più invocabile è invero la mancanza di dati, giacché ormai l'Italia ha mostrato con approfondite sperimentazioni di poter mettere a sistema strumenti di monitoraggio trasversali e longitudinali che nulla hanno da invidiare a quelli scandinavi. Quale potrebbe essere una via d'uscita a queste difficoltà di cosiddetta *governance*, cioè come «fare in modo che le cose che servono capitino davvero»? L'ultimo paragrafo propone una possibile soluzione a queste difficoltà facendo perno proprio sull'unica risorsa che come detto non manca, i dati.

5. La prospettiva del bilancio sociale per far emergere i costi delle disuguaglianze di salute

Molti campi dell'azione sociale hanno mostrato che al fine di favorire l'implementazione di azioni efficaci è utile, se non necessario, rivelarne i costi nei carichi funzionali e in generale sul bilancio del sistema sanitario. Anche all'interno delle politiche sanitarie, i casi di intervento finalizzati a ridurre le disuguaglianze, già positivamente avviati, potrebbero essere riletti in chiave di risparmio sociale ma anche economico, individuando le componenti di attenuazione del futuro carico per le altre aree del sistema di welfare. Un'azione in questa direzione richiederebbe di muoversi su due livelli: il primo è rappresentato dal rafforzamento di una prospettiva culturale coerente da parte delle istituzioni che guidano e valutano le politiche, finalizzata a far emergere le pesanti connessioni tra disuguaglianze sociali e di salute e costi della cattiva salute per il sistema sanitario. Il secondo riguarda invece la sperimentazione di metodologie di misura e quantificazione, da ap-

potrebbero concentrarsi su problemi di grande rilevanza, come ad esempio i fenomeni di invecchiamento della forza lavoro, o dell'immigrazione, o del trattamento dell'invalidità, riguardo ai quali l'affinamento delle politiche potrebbe portare a grandi benefici. Così la misura dei benefici economici collegati alla ricalibratura delle politiche diventerebbe fondamentale per le decisioni e per mettere a punto strategie di intervento adeguate a sostenere il cambiamento. Internamente al sistema sanitario, una più corretta rappresentazione del valore economico dei guadagni di equità potrebbe guidare le scelte e fornire una documentazione utile per evidenziare i progressi e, in chiave preventiva, i costi evitati alla collettività.

Riguardo alle politiche non sanitarie, l'emersione dei costi potrebbe rendere evidenti i vantaggi anche economici che sono derivati nei casi di migliore calibratura del welfare o di estensione delle coperture, come nel caso della protezione dalla disoccupazione introdotta dal *Jobs Act*. Allo stesso modo, attribuirebbe un costo a eventuali distorsioni da correggere, impedendo che piccoli costi legati ai miglioramenti di politiche e interventi possano essere considerati eccessivi, senza conoscere i risparmi stimati dall'operazione nel medio e lungo periodo.

La misura del beneficio, inoltre, consentirebbe di proporre e sperimentare anche in Italia l'utilizzo di strumenti finanziari – come ad esempio i *social impact bond* – per facilitare la gestione della rigidità dei bilanci pubblici, che difficilmente sostengono un piccolo costo, oggi senza copertura, anche se potrebbero indicare a fronte della spesa una previsione di introito futuro, su cui però esiste un margine di rischio. L'emissione di *social impact bond* da parte di un soggetto terzo (ad esempio una Fondazione), interessato alle finalità sociali della riduzione delle disuguaglianze, potrebbe costituire un «ponte» finanziario efficace tra il costo presente per l'intervento e il risparmio futuro dell'ente pubblico o del sistema sanitario, che a quel punto sarebbe misurabile, se non direttamente contabilizzabile (ad esempio il risparmio su un assegno di invalidità, dato che l'invalido lavora, ecc.). Materializzato il risparmio, il costo potrebbe essere effettivamente sostenuto dall'Ente che lo ha realizzato.

Infine, potrebbero essere maggiormente valorizzate quelle iniziative di attivazione e coinvolgimento dei cittadini nello sviluppo e nella cura di beni comuni, che non implicano costi per le amministrazioni locali, ma che potrebbero ridurne quelli futuri, attraverso il rafforzamento delle reti sociali e dei livelli di cooperazione e di fiducia. Tali azioni

RPS

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

potrebbero essere promosse e regolate, con l'applicazione tempestiva di strumenti di implementazione della sussidiarietà, come i regolamenti per l'amministrazione condivisa dei beni comuni e i patti di collaborazione.

RPS*Riferimenti bibliografici*

Commissione europea, 2009, *Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni - Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Ue*, disponibile all'indirizzo internet: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_it.pdf

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

Mackenback J.P. e al., 2008, *Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries*, «The New England Journal of Medicine», vol. 358, n. 23, pp. 2468-2481.