

3.1. Introduzione

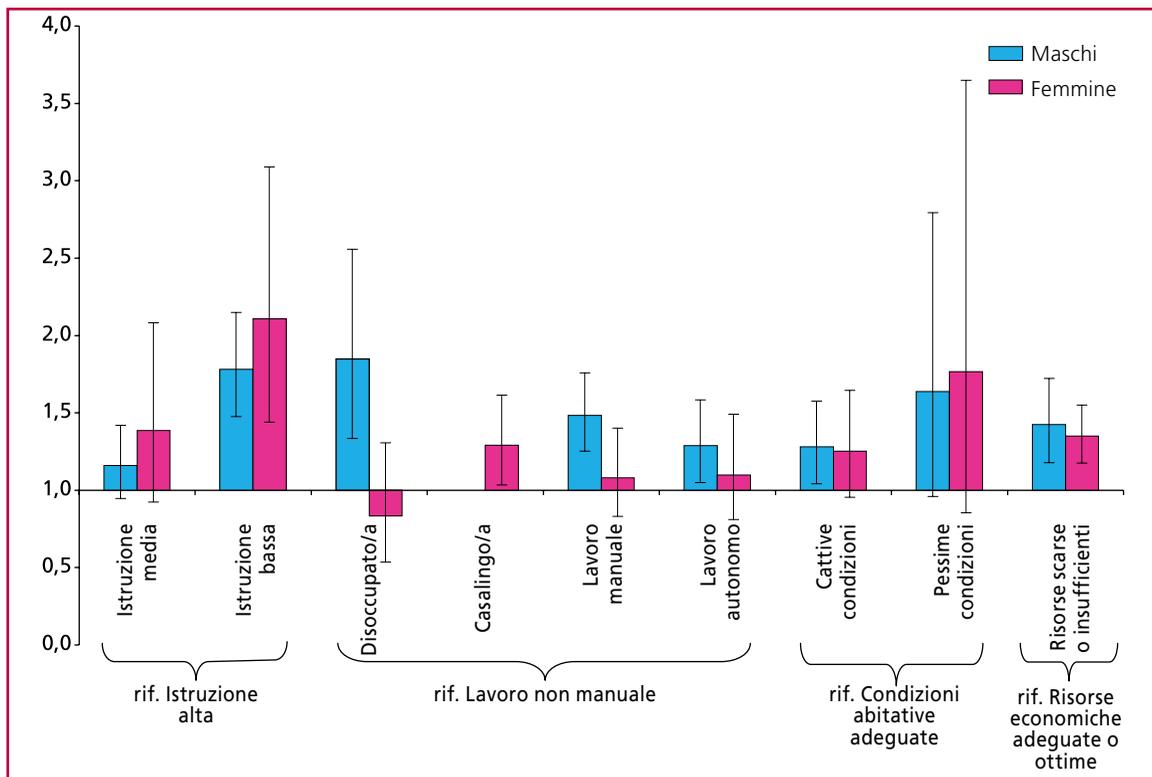
I determinanti socioeconomici, dopo l'età, sono il singolo determinante più importante delle differenze di salute in una popolazione (Commissione di indagine sull'esclusione sociale, 2008). I determinanti sociali influenzano la distribuzione dei principali fattori di rischio per la salute, quelli materiali, quelli ambientali, quelli psicosociali, gli stili di vita insalubri e in molti casi anche l'accesso alle cure appropriate, che sono determinanti prossimali e possono essere in parte modificati con adeguate politiche (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2009). Questo capitolo dà conto delle ultime conoscenze disponibili sull'intensità e sulla distribuzione delle disuguaglianze di salute in Italia e delle possibilità di evitarle secondo le raccomandazioni elaborate dalle istituzioni europee.

3.2. Le disuguaglianze sociali nella mortalità nella popolazione italiana degli anni Duemila

Per la prima volta sono disponibili anche in Italia dati rappresentativi a livello nazionale sulla situazione delle disuguaglianze di salute. Il sistema d'indagine longitudinale della mortalità e dei ricoveri del campione nazionale dell'Indagine Istat sulle Condizioni di Salute e il Ricorso ai Servizi Sanitari del 1999-2000 (condotto da Istat, Ministero della Salute e Regione Valle d'Aosta attraverso *record linkage* tra l'archivio dell'indagine e i sistemi informativi nazionali della mortalità e dei ricoveri ospedalieri) ha recentemente prodotto ed elaborato informazioni sulla mortalità nel periodo

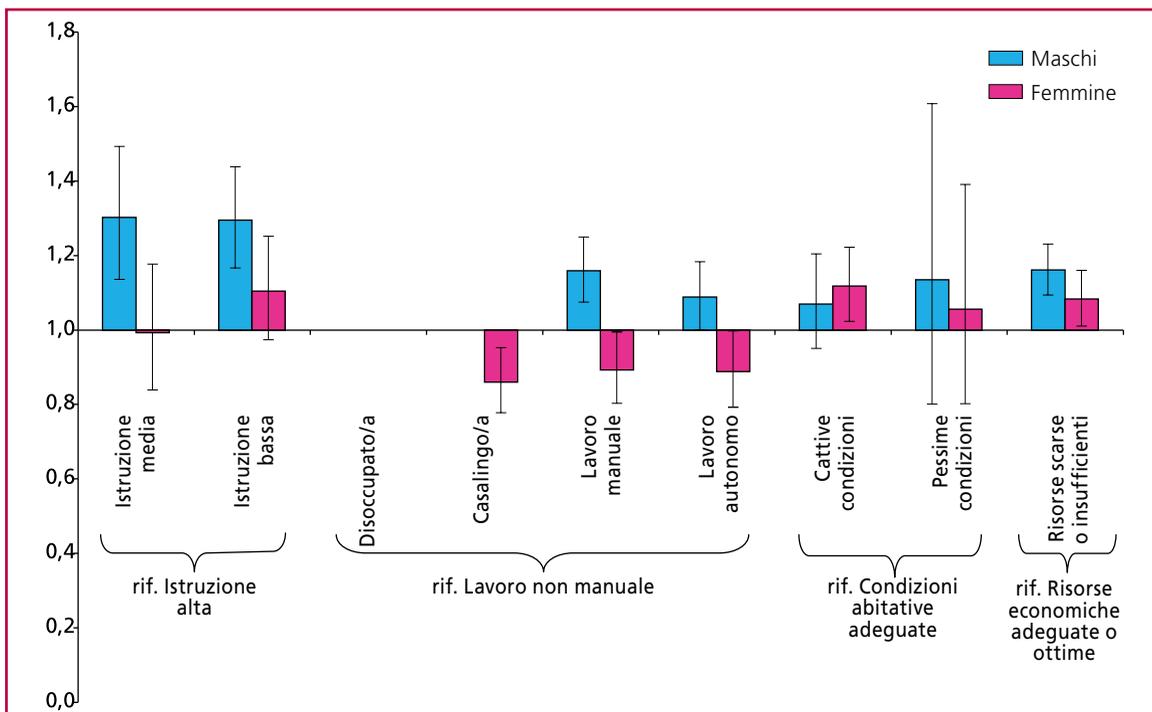
1999-2007 di un campione nazionale di 128.818 individui. I risultati di tali elaborazioni hanno evidenziato la presenza di differenze significative di mortalità che, a parità di età, sono a sfavore delle posizioni sociali più svantaggiate in base a una pluralità di indicatori sociali. A parità di età, fra gli uomini di età compresa tra 25 e 64 anni (*Figura 3.1*) il rischio di morire è risultato dell'80% più elevato tra chi possiede bassa istruzione, rispetto ai più istruiti, e tra i disoccupati, confrontati con i lavoratori con occupazioni non manuali; sempre rispetto a quest'ultima tipologia di lavoratori, gli occupati in professioni manuali presentano altresì un incremento significativo, pari a circa il 50%, del rischio di morire; il possesso di risorse materiali scarse o insufficienti all'inizio del follow-up è risultato anch'esso associato a un maggiore rischio di decesso nel successivo periodo di osservazione. Tra le donne nella stessa fascia d'età, le meno istruite presentano gli svantaggi più marcati nel rischio di morte (vi corrisponde un rischio di morte superiore al doppio di quello delle più istruite), insieme a coloro che giudicano scarse o insufficienti le proprie risorse economiche all'inizio del periodo di osservazione. Tra gli anziani (*Figura 3.2*), le differenze nei rischi di morte in ragione della posizione sociale appaiono più modeste, ancorché significative per specifici indicatori: l'istruzione media o bassa sembra associarsi a un incremento del 30% nel rischio di morte tra gli uomini, rispetto al rischio dei più istruiti; i lavoratori manuali, così come gli uomini che giudicano scarse o insufficienti le proprie risorse economiche, presentano un rischio di morire di circa il 20% superiore a quello corrispondente alle rispettive condizioni di

Figura 3.1. Mortalità generale per indicatori posizione sociale e sesso (rischi relativi e intervalli di confidenza al 95%). Campione nazionale di età compresa tra 25 e 64 anni (Anni 1999-2007).



Fonte: Elaborazioni a cura dell'Istituto Nazionale di Statistica.

Figura 3.2. Mortalità generale per indicatori di posizione sociale e sesso (rischi relativi e intervalli di confidenza al 95%). Campione nazionale di età maggiore ai 64 anni (Anni 1999-2007).



Fonte: Elaborazioni a cura dell'Istituto Nazionale di Statistica.

riferimento. Tra le donne anziane, gli unici incrementi significativi, benché modesti, nella probabilità di morte si riscontrano tra chi possiede un’abitazione in cattive condizioni oppure risorse economiche scarse o insufficienti.

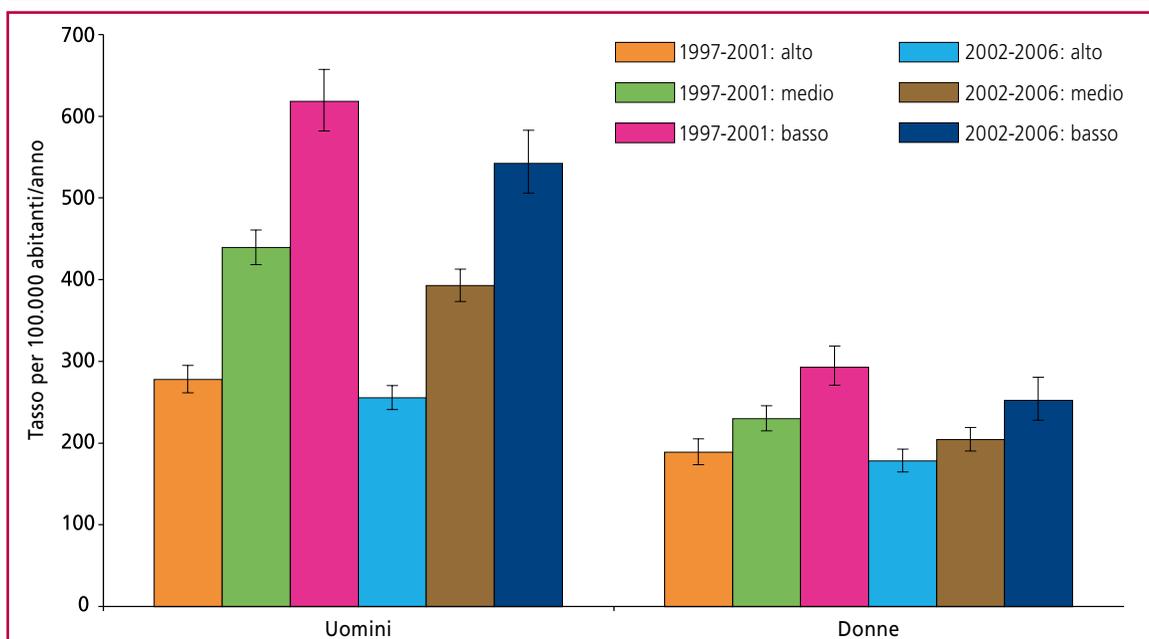
Con riferimento ai principali gruppi di cause di decesso, le persone meno istruite con età compresa tra 25 e 64 anni presentano un rischio di morire più che raddoppiato per tutti i tumori [rischio relativo (RR) 2,13; intervallo di confidenza (IC) al 95% 1,5-3,01 tra gli uomini; RR 2,13; IC 95%; 1,35-3,34 tra le donne], rispetto alle persone più istruite e, solo tra gli uomini, quasi quadruplicato per le cause esterne (RR 3,92; IC 95% 1,04-14,83); il possesso di scarse risorse economiche sembra invece associato a un incremento del 50% circa delle probabilità di morire per patologie circolatorie, sia tra gli uomini sia tra le donne. Quest’ultimo gruppo di cause ricorre più frequentemente nella totalità degli anziani meno istruiti (con rischi maggiori del 30% rispetto a quelli osservati fra i più istruiti); soltanto tra gli uomini, la media e la bassa istruzione si associano a incrementi

significativi dei decessi per cause tumorali (RR 1,27; IC 95% 1,04-1,54 tra chi possiede istruzione bassa *vs* alta; RR 1,41; IC 95% 1,10-1,81 con istruzione media *vs* alta).

3.3. L’andamento temporale delle disuguaglianze: dati di mortalità dallo Studio Longitudinale Torinese

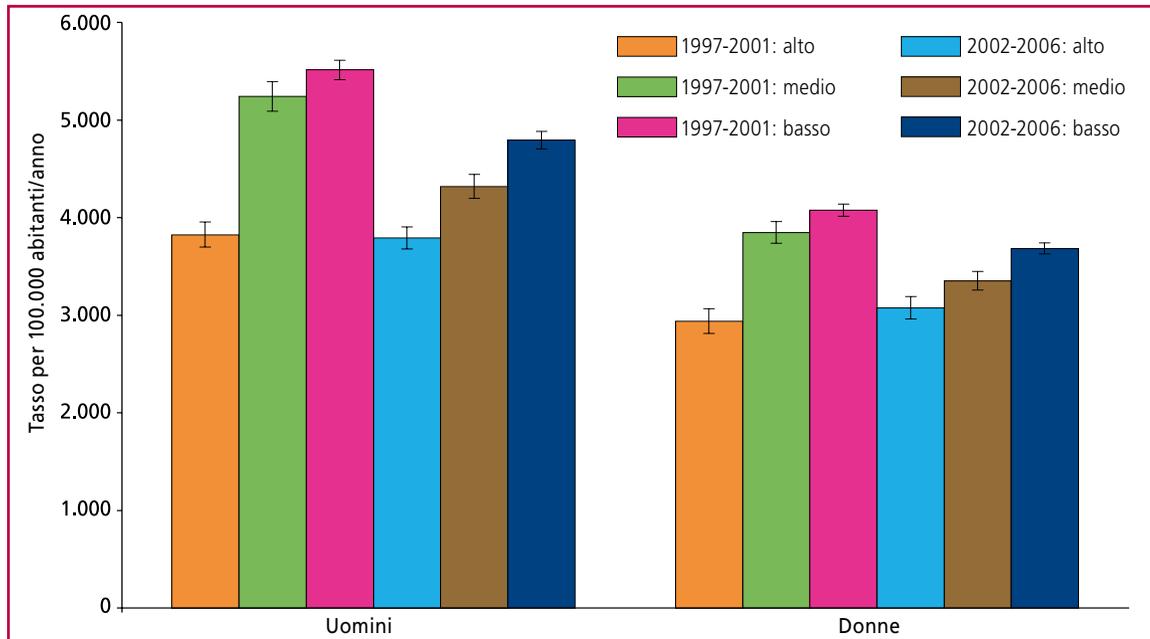
L’estensione temporale di alcuni sistemi longitudinali di studio della mortalità di popolazioni metropolitane, tra i quali lo Studio Longitudinale Torinese, permette di valutare il trend delle disuguaglianze in ragione di indicatori di posizione sociale rilevati ai censimenti della popolazione. Con riferimento a due quinquenni (1997-2001, 2002-2006) a cavallo dell’ultimo censimento, la *Figura 3.3* mostra i tassi standardizzati di mortalità per livello d’istruzione della popolazione torinese di età tra 30 e 64 anni. Come atteso, la mortalità tra i due periodi diminuisce sia tra gli uomini sia tra le donne a parità d’istruzione; il gradiente sociale di mortalità, ossia il rapporto fra i

Figura 3.3. Andamento temporale dei tassi di mortalità generale (standardizzati per età: riferimento popolazione totale sesso-specifica), per livello di istruzione: popolazione torinese con età tra 30 e 64 anni (periodo 1997-2006).



Fonte: Elaborazioni a cura della Scuola di Sanità Pubblica dell’ASL TO3.

Figura 3.4. Andamento temporale dei tassi di mortalità generale (standardizzati per età: riferimento popolazione totale sesso-specifica), per livello di istruzione: popolazione torinese con età maggiore di 64 anni (periodo 1997-2006).



Fonte: Elaborazioni a cura della Scuola di Sanità Pubblica dell'ASL TO3.

tassi di mortalità di chi possiede un livello d'istruzione medio o basso e il tasso dei più istruiti, sembra essersi ridotto nel tempo, sia tra gli uomini sia tra le donne, per effetto di un maggiore guadagno nella speranza di vita delle persone più svantaggiate. Questo fenomeno appare più pronunciato nella popolazione anziana (*Figura 3.4*): vi si osserva un decremento della mortalità soltanto tra chi possiede un livello di istruzione medio o basso (le donne con alta istruzione mostrano persino un lieve incremento della mortalità tra i due periodi), generando conseguentemente un decremento dei gradienti di mortalità tra i due periodi a confronto.

3.4. L'andamento temporale delle disuguaglianze sociali e geografiche: dati di salute e morbosità cronica dalle indagini nazionali

Nelle ultime due indagini sulla salute eseguite tra l'inizio e la metà degli anni Duemila (*Tabella 3.1*), gli uomini mostrano una salute fisica che peggiora al decrescere del livello d'istruzione, della condizione so-

cio-occupazionale e della qualità dell'abitazione, pur controllando simultaneamente tutte queste condizioni, con differenze di intensità comparabile nelle due indagini consecutive. Si evidenzia, invece, tra le due indagini, una significativa riduzione dello svantaggio del Mezzogiorno, sebbene i residenti al Sud continuino a mostrare salute fisica peggiore dei residenti al Nord; tale svantaggio accomuna, nel 2005, tutti i residenti nel Centro-Sud e nelle Isole. Gli uomini meno istruiti, i disoccupati, coloro che vivono in abitazioni piccole o in affitto, oltre a chi è povero di risorse di aiuto familiare, come i monogenitori o gli anziani soli, mostrano svantaggi significativi di dimensione comparabile nella salute psicologica, oltre che stabili nel tempo; al contrario, i lavoratori manuali mostrano una salute psichica migliore di quella dei lavoratori non manuali. Anche per la salute psicologica si riduce, tra i due anni di rilevazione, lo svantaggio generale osservato tra chi risiede al Sud, seppure tale decremento non risulti statisticamente significativo.

La ripartizione geografica di residenza, tuttavia, sia per la salute fisica sia per quella

Tabella 3.1. Indice di stato fisico, indice di stato psicologico e presenza di una o più malattie croniche gravi (coefficienti e OR da modelli multilivello di regressione[§]) in funzione di indicatori di posizione sociale (reciprocamente controllati) e ripartizione geografica di residenza. Campioni della popolazione

Uomini	Indice di stato fisico					Indice di stato psicologico				
	2000		2005		trend	2000		2005		trend
	coeff	IC 95%	coeff	IC 95%		coeff	IC 95%	coeff	IC 95%	
ISTRUZIONE										
Almeno diploma superiore	0,00		0,00			0,00		0,00		
Licenza media inferiore	-0,63	(-0,80; -0,45)	-0,66	(-0,83; -0,48)		-0,14	(-0,34; 0,06)	-0,36	(-0,56; -0,16)	
Licenza elementare o meno	-2,07	(-2,28; -1,86)	-1,96	(-2,18; -1,74)		-0,90	(-1,15; -0,66)	-0,95	(-1,20; -0,70)	
CONDIZIONE SOCIO-OCUPAZIONALE										
Lavoratore non manuale	0,00		0,00			0,00		0,00		
Lavoratore manuale	-0,44	(-0,63; -0,26)	-0,58	(-0,77; -0,39)		0,62	(0,40; 0,83)	0,44	(0,22; 0,66)	
Disoccupato, ritirato	-1,92	(-2,12; -1,72)	-1,79	(-1,99; -1,58)		-0,72	(-0,95; -0,49)	-0,60	(-0,84; -0,37)	
TIPOLOGIA FAMILIARE										
Coppia con figli o coppia di anziani	0,00		0,00			0,00		0,00		
Monogenitore o anziano solo	0,05	(-0,23; 0,33)	0,12	(-0,16; 0,40)		-0,73	(-1,06; -0,41)	-0,81	(-1,13; -0,49)	
Coppia senza figli/altro	-0,43	(-0,59; -0,27)	-0,15	(-0,31; 0,01)		-0,13	(-0,32; 0,05)	0,04	(-0,15; 0,22)	
TIPOLOGIA ABITAZIONE										
Grande o di proprietà	0,00		0,00			0,00		0,00		
Piccola o in affitto	-0,80	(-1,00; -0,60)	-0,94	(-1,19; -0,69)		-1,01	(-1,24; -0,78)	-0,84	(-1,12; -0,55)	
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA										
Nord	0,00		0,00			0,00		0,00		
Centro	-0,51	(-1,08; 0,07)	-0,53	(-0,90; -0,17)		-0,32	(-0,97; 0,33)	-0,39	(-1,01; 0,23)	
Sud	-1,18	(-1,68; -0,68)	-0,57	(-0,88; -0,25)	*	-0,87	(-1,44; -0,31)	-0,54	(-1,08; 0,00)	
Isole	-1,17	(-1,89; -0,46)	-0,89	(-1,32; -0,45)		-0,06	(-0,86; 0,74)	0,11	(-0,65; 0,87)	

Donne	Indice di stato fisico					Indice di stato psicologico				
	2000		2005		trend	2000		2005		trend
	coeff	IC 95%	coeff	IC 95%		coeff	IC 95%	coeff	IC 95%	
ISTRUZIONE										
Almeno diploma superiore	0,00		0,00			0,00		0,00		
Licenza media inferiore	-0,70	(-0,91; -0,49)	-0,58	(-0,78; -0,38)		-0,22	(-0,47; -0,04)	-0,69	(-0,93; -0,45)	*
Licenza elementare o meno	-2,45	(-2,68; -2,21)	-2,19	(-2,43; -1,95)		-1,28	(-1,56; -0,99)	-1,73	(-2,01; -1,45)	
CONDIZIONE SOCIO-OCUPAZIONALE										
Lavoratrice non manuale	0,00		0,00			0,00		0,00		
Lavoratrice manuale	-0,37	(-0,64; -0,10)	-0,47	(-0,74; -0,20)		0,79	(0,46; 1,11)	0,34	(0,03; 0,66)	
Casalinga	0,09	(-0,13; 0,30)	-0,15	(-0,36; 0,06)		0,16	(-0,10; 0,42)	0,34	(0,09; 0,59)	
Disoccupata, ritirata	-0,39	(-0,61; -0,17)	-0,82	(-1,06; -0,57)	*	0,07	(-0,20; 0,07)	0,33	(0,04; 0,62)	
TIPOLOGIA FAMILIARE										
Coppia con figli o coppia di anziani	0,00		0,00			0,00		0,00		
Monogenitore o anziana sola	-0,37	(-0,61; -0,14)	-0,35	(-0,59; -0,12)		-1,61	(-1,89; -1,33)	-1,31	(-1,58; -1,03)	
Coppia senza figli/altro	-0,29	(-0,47; -0,12)	-0,09	(-0,26; 0,09)		-0,12	(-0,34; 0,09)	0,03	(-0,17; 0,24)	
TIPOLOGIA ABITAZIONE										
Grande o di proprietà	0,00		0,00			0,00		0,00		
Piccola o in affitto	-1,08	(-1,29; -0,87)	-1,47	(-1,72; -1,21)		-0,93	(-1,19; -0,68)	-1,18	(-1,47; -0,88)	
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA										
Nord	0,00		0,00			0,00		0,00		
Centro	-0,39	(-0,12; 0,24)	-0,79	(-1,26; -0,32)	*	-0,78	(-1,77; 0,21)	-1,14	(-1,83; -0,45)	
Sud	-1,64	(-2,20; -1,09)	-1,06	(-1,47; -0,64)	*	-0,95	(-1,82; -0,09)	-0,40	(-1,00; 0,21)	
Isole	-2,02	(-2,82; -1,23)	-1,87	(-2,45; -1,30)		-0,68	(-1,92; 0,56)	-0,49	(-1,33; 0,35)	

§ Aggiustati per età, dimensione demografica e zona altimetrica del Comune di residenza.

* $p < 0,05$ per l'ipotesi di assenza di variazione temporale.

IC, intervallo di confidenza; OR, odds ratio.

italiana con età compresa tra 25 e 80 anni (Anni 2000 e 2005)

Una o più malattie croniche gravi					
2000		2005		trend	
OR	IC 95%	OR	IC 95%		
1,00		1,00			
1,19	(1,10; 1,30)	1,14	(1,05; 1,23)		
1,37	(1,26; 1,48)	1,23	(1,14; 1,33)		
1,00		1,00			
1,07	(0,97; 1,19)	1,02	(0,93; 1,12)		
1,56	(1,43; 1,70)	1,47	(1,36; 1,59)		
1,00		1,00			
0,79	(0,70; 0,89)	0,89	(0,80; 1,00)		
1,07	(1,00; 1,14)	1,06	(0,99; 1,12)		
1,00		1,00			
1,22	(1,13; 1,33)	1,23	(1,12; 1,35)		
1,00		1,00			
1,23	(1,12; 1,36)	1,12	(0,96; 1,31)	*	
1,28	(1,17; 1,39)	1,07	(0,93; 1,23)	*	
1,19	(1,06; 1,34)	1,05	(0,86; 1,27)		
Una o più malattie croniche gravi					
2000		2005		trend	
OR	IC 95%	OR	IC 95%		
1,00		1,00			
1,15	(1,04; 1,27)	1,12	(1,03; 1,21)		
1,58	(1,44; 1,72)	1,32	(1,22; 1,43)	*	
1,00		1,00			
0,96	(0,83; 1,10)	0,95	(0,84; 1,08)		
1,06	(0,97; 1,16)	1,02	(0,93; 1,11)		
1,21	(1,11; 1,32)	1,15	(1,05; 1,26)		
1,00		1,00			
1,14	(1,05; 1,23)	1,16	(1,07; 1,25)		
1,15	(1,08; 1,22)	1,10	(1,03; 1,18)		
1,00		1,00			
1,17	(1,08; 1,25)	1,21	(1,11; 1,31)		
1,00		1,00			
1,06	(0,96; 1,17)	1,18	(1,04; 1,34)		
1,24	(1,14; 1,34)	1,14	(1,02; 1,28)	*	
1,29	(1,15; 1,44)	1,20	(1,03; 1,40)		

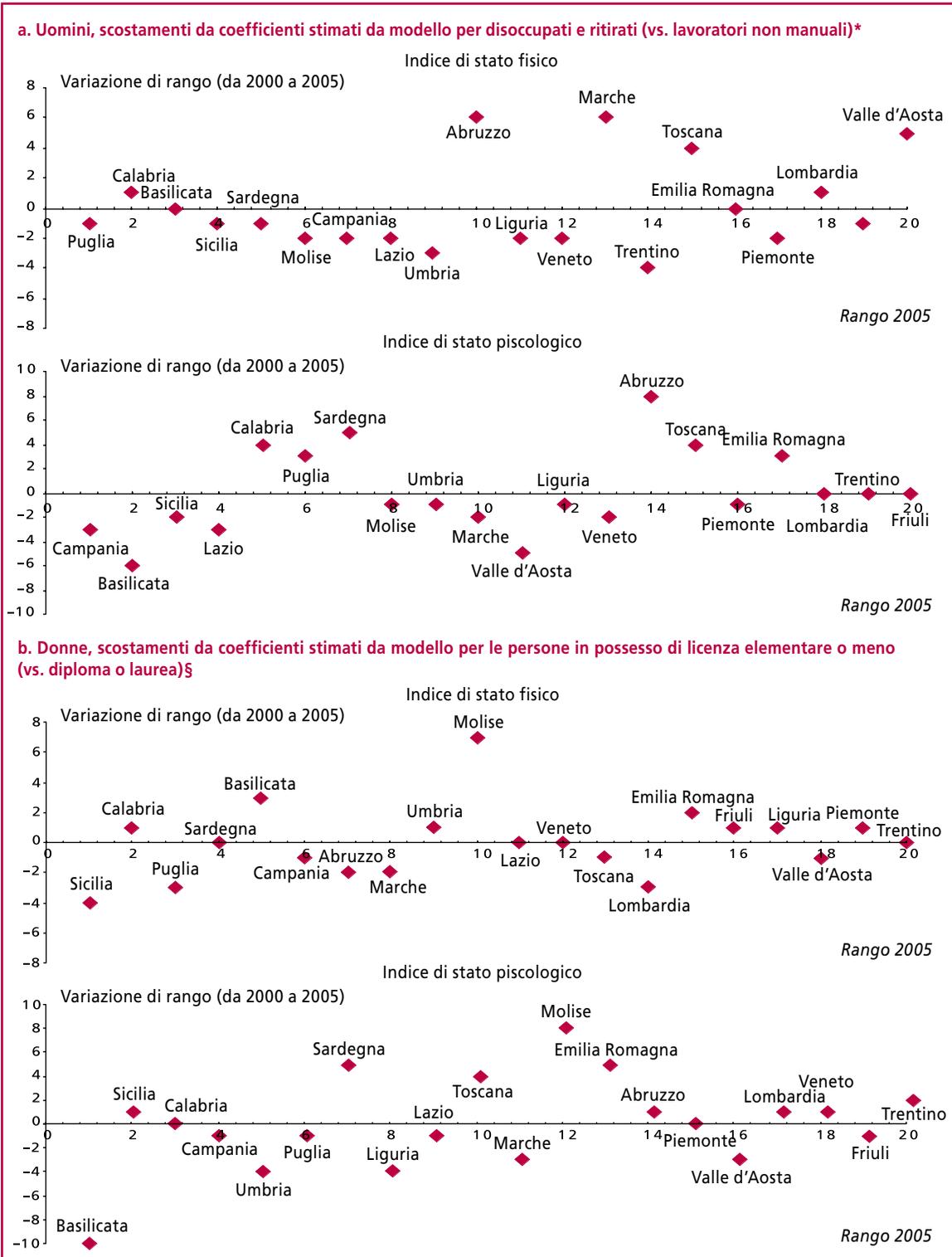
Fonte: Elaborazioni a cura della Scuola di Sanità Pubblica dell'ASL TO3 su dati Istat.

psicologica, sembra agire come modificatore delle disuguaglianze, in entrambe le indagini considerate. Le stime degli svantaggi di salute fisica e psicologica presentati dai disoccupati, infatti, rispetto ai lavoratori non manuali, presentano una significativa eterogeneità regionale. La *Figura 3.5* riporta le graduatorie delle Regioni italiane nel 2005 e le relative variazioni rispetto al 2000, basate sugli scostamenti regionali dai punteggi medi nazionali stimati di salute (fisica e psicologica) dei disoccupati, con riferimento ai lavoratori non manuali. Le graduatorie nel 2005 presentano marcate disuguaglianze geografiche, soprattutto nella salute fisica, a sfavore delle Regioni del Sud, cui sembra così corrispondere un'amplificazione dello svantaggio di salute dei disoccupati, al contrario di quanto osservato in alcune Regioni del Nord, come Valle d'Aosta, Friuli e Lombardia, ove i disoccupati sembrano avere uno svantaggio di salute più basso. Inoltre, Abruzzo, Toscana, Valle d'Aosta e Marche mostrano un miglioramento del proprio rango, rispetto al 2000; per la salute mentale ciò si osserva soprattutto in Abruzzo e in Sardegna.

Per quanto riguarda il rischio di riportare una o più malattie croniche gravi (vedi *Tabella 3.1*), a parità di età, disoccupati e ritirati dal lavoro sembrano presentare le disuguaglianze più intense, seppure i meno istruiti e gli uomini residenti in abitazioni disagiate mostrino una frequenza significativamente maggiore, del 20% circa, di presentare tali condizioni rispetto alle relative categorie di riferimento. L'area geografica di residenza, cui nel 2000 corrispondeva un regolare gradiente di morbosità a svantaggio del Centro e del Sud, nel 2005 non sembra associarsi a una differente probabilità di presentare patologie croniche.

Anche le donne mostrano, a parità di età, un peggiore stato fisico di salute al decrescere, soprattutto, del livello di istruzione, e, in misura più modesta, della condizione socio-occupazionale, della qualità dell'abitazione e del grado di supporto familiare, in entrambi i periodi osservati. Si registra, invece, un significativo peggioramento del differenziale di salute tra lavoratrici non

Figura 3.5. Indici di stato fisico e psicologico. Graduatorie (Anno 2005) e relative variazioni temporali degli scostamenti regionali intorno ai coefficienti stimati da modello. Campioni della popolazione italiana di età compresa tra 25 e 80 anni (Anni 2000 e 2005).



* Basso rango equivale a maggiore decremento di salute tra disoccupati o ritirati (vs. lavoratori non manuali), viceversa alto rango equivale a minore decremento di salute.

§ Basso rango equivale a maggiore decremento di salute tra donne con licenza elementare (vs. laureate o diplomate), viceversa alto rango equivale a minore decremento di salute.

Fonte: Elaborazioni a cura della Scuola di Sanità Pubblica dell'ASL TO3 su dati Istat.

manuali e la categoria comprendente disoccupate e ritirate dal lavoro. Gli svantaggi di salute legati all'area geografica sembrano ridursi al Sud, ma accentuarsi al Centro, evidenziando quindi, come per gli uomini, un divario tra chi risiede al Nord e chi vive nelle restanti aree del Paese. Per quanto riguarda la salute psicologica, si osserva un significativo incremento, nel tempo, del divario tra le donne con istruzione almeno superiore e quelle meno istruite. Si evidenzia, nel 2005, una salute mentale peggiore tra le lavoratrici non manuali, rispetto a tutte le altre categorie socio-occupazionali considerate. Si confermano, invece, gli svantaggi di salute tra le donne monogenitori o sole e tra coloro che risiedono in abitazioni piccole o in affitto. Scompare nel 2005 lo svantaggio nella salute psicologica osservato al Sud nel 2000, mentre si evidenziano livelli medi dell'indice significativamente peggiori fra le residenti nel Centro Italia, rispetto al Nord.

Anche per le donne, l'area di residenza sembra influire significativamente come modificatore delle disuguaglianze (vedi *Figura 3.5*); in particolare, si osserva una significativa variabilità regionale nel punteggio medio di salute fra le meno istruite, rispetto a quello corrispondente alle donne con almeno il diploma superiore. Anche tra le donne, le graduatorie delle Regioni italiane in base a tali disuguaglianze, nel 2005, presentano un marcato gradiente geografico: fra le meno istruite, le residenti in alcune Regioni del Sud presentano un aumento dello svantaggio di salute (fisica e psicologica), rispetto alle più istruite. Viceversa, nel Nord il gradiente per istruzione sembra ridursi. Sulla salute psicologica, il Molise presenta un marcato incremento del proprio rango rispetto al 2000; al contrario, la Basilicata presenta un forte decremento di rango nel quinquennio, caratterizzandosi, dunque, al 2005 con il maggiore differenziale di salute per istruzione.

Infine, la probabilità di riportare una o più malattie croniche gravi (vedi *Tabella 3.1*) risulta significativamente maggiore al decrescere del livello d'istruzione (seppure con intensità decrescente nel tempo), della

consistenza della rete familiare, della qualità dell'abitazione e, infine, tra le donne disoccupate o ritirate dal lavoro. Tra le due rilevazioni si osserva una riduzione significativa del differenziale geografico di morbosità a svantaggio del Sud, sebbene nel 2005 la geografia della morbosità cronica appaia polarizzata tra il Nord, dove la frequenza di malattie è significativamente più bassa, e il resto d'Italia.

3.5. In sintesi

Ancora nella seconda metà degli anni Duemila si osservano, dunque, in Italia, disuguaglianze nella mortalità e nei tre indicatori di salute, a sfavore di una pluralità di dimensioni dello svantaggio sociale. Al contrario delle disuguaglianze di mortalità che, seppure nel contesto torinese, sembrano decrescere nel tempo, le disparità nella salute e nella morbosità cronica sembrerebbero stabili nel tempo, con l'eccezione della salute psichica cui corrisponderebbe un aumento delle disparità tra le due indagini a confronto. A parità di condizioni sociali individuali, il Mezzogiorno manifesta svantaggi significativi ma modesti negli indicatori di salute fisica, osservabili solo all'inizio degli anni Duemila. Vivere nel Mezzogiorno sembra aggravare gli effetti sfavorevoli sulla salute della bassa posizione sociale individuale: i disoccupati o le donne meno istruite del Sud presentano svantaggi di salute fisica e psichica di maggiore intensità di quelli riscontrati, in media, nelle altre Regioni; questo fenomeno sembrerebbe stabile nel tempo tra gli uomini e in lieve aggravamento tra le donne nel corso del quinquennio considerato.

Che cosa si può fare e che cosa si sta facendo per contrastare i meccanismi di generazione di queste disuguaglianze e per moderarne l'impatto?

3.6. Gli orientamenti europei

La Comunicazione della Commissione Europea al Parlamento, al Consiglio, al Comi-

tato delle Regioni e al Comitato Economico e Sociale (Commissione delle Comunità Europee, 2009) considera che un'equa distribuzione della salute nella popolazione sia la base per lo sviluppo economico e sociale complessivo e propone di concentrare gli sforzi per:

- migliorare le conoscenze sull'efficacia delle azioni che possono contrastare le disuguaglianze;
- coinvolgere e impegnare la società civile in questa responsabilità;
- dare un'attenzione particolare ai gruppi più vulnerabili.

Il Consiglio dell'Unione Europea (UE) [*Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council*, EPSCO], con il pronunciamento del 20 maggio 2010, prende atto degli sforzi compiuti e sottolinea la necessità di muoversi, nel contrasto delle disuguaglianze nella salute, con un approccio di tutela ampio, che coinvolga non solo le politiche sanitarie, ma tutte le politiche (il cosiddetto approccio Salute in Tutte le Politiche – *Health in All Policies*).

Nel marzo 2010, la Commissione Europea ha compreso i temi dell'inclusione sociale e dell'attenzione ai determinanti sociali della salute nella settima iniziativa principale della nuova strategia europea ("Europa 2020"), dedicata alla costruzione di una piattaforma comune per il contrasto alla povertà.

Nell'aprile dello stesso anno, il Comitato Economico e Sociale Europeo (Comitato Economico e Sociale Europeo, 2010) ha risposto alle iniziative della Commissione apprezzando e condividendo l'attenzione ai temi dell'equità nella Salute espressi con la Comunicazione dell'ottobre 2009.

Il Comitato delle Regioni ha espresso in plenaria il proprio parere sulle posizioni assunte dalla Commissione (Comitato delle Regioni, 2010) circa il contrasto delle disuguaglianze e le strategie generali per l'UE dinanzi alla crisi economica (Europa 2020) chiedendo:

- un maggiore riconoscimento del ruolo della salute e del benessere nell'inclusione sociale all'interno della Strategia Europa 2020;

- il possibile utilizzo dei fondi strutturali per il contrasto delle disuguaglianze;
- l'utilizzo, a livello europeo, di indicatori di posizione sociale nella descrizione dello stato di salute della popolazione;
- il sostegno economico alle autorità regionali e locali nel supporto ai gruppi più svantaggiati in questa fase di crisi, per evitare l'aggravamento di disuguaglianze già esistenti;
- la presa d'atto da parte dell'UE dei lavori della Commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dedicata ai Determinanti Sociali della Salute (*Commission on Social Determinants of Health*, CSDH);
- il miglioramento della coordinazione degli sforzi fatti a livelli locale e regionale per tutelare l'equità.

La risoluzione del Parlamento Europeo dell'8 marzo 2011 accoglie positivamente la Comunicazione della Commissione e invita l'UE e i singoli Paesi membri a dare seguito alla stessa nei propri ordinamenti e nell'attivazione di programmi su misura (Parlamento Europeo, 2011).

3.7. Le possibilità di cambiamento e le risposte italiane

Di fronte a questi indirizzi dell'UE verso la solidarietà nella salute, l'Italia può esibire una legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che definisce il suo compito di tutela della salute come il "...complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio" (Legge 833/1978, art. 1).

Per tradurre operativamente questi principi in concrete azioni di contrasto e di moderazione, è necessario che tutte le leve di manovra del SSN si misurino con questa sfida, sia quelle che possono influenzare il bisogno e la domanda di salute, sia quelle che possono orientare l'offerta di cure, sia

quelle che servono ad allocare le risorse. La gestione attiva del bisogno e della domanda di salute necessita di un SSN capace di intersecare gli altri settori della funzione pubblica (es. scuola, trasporti, gestione del territorio, filiere commerciali ecc.), promuovendo la salute individuale e collettiva come un obiettivo cui tendere fra gli altri, come già previsto nelle strategie Guadagnare Salute e Salute in Tutte le Politiche, che vanno indirizzate più espressamente all'equità nei risultati. Sempre in questo ambito il SSN può orientare meglio all'equità i programmi di prevenzione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), soprattutto laddove i risultati possono essere inficiati da difficoltà di adesione da parte dei gruppi sociali più vulnerabili (per ridotte capacità di comprensione dei messaggi, per difficoltà organizzative, per scarso supporto sociale ecc.). Inoltre, sul versante dei meccanismi di controllo della domanda, la particolare vulnerabilità di alcuni gruppi sociali all'uso inappropriato dell'assistenza dovrebbe orientare all'equità il disegno e l'uso di questi meccanismi.

Per quanto riguarda la sensibilità all'equità del finanziamento, è noto che il sistema fondato sulla tassazione generale è quello più capace di distribuire il rischio di malattia e la spesa sanitaria fra i diversi livelli socioeconomici della società e di proteggere le categorie intermedie e quelle più povere dalle spese catastrofiche per la salute da un lato e dai problemi di selezione avversa dall'altro e che il suo grado di equità è proporzionale al livello di progressività. In questo il sistema italiano ha le carte abbastanza in regola e anche le ipotesi di evoluzione federalista dei meccanismi di finanziamento non mettono in discussione la copertura tramite tassazione generale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Più dibattuto è il tema dell'allocazione delle risorse: in quale misura il riparto del fondo sanitario deve tenere conto dell'influenza delle disuguaglianze sociali di salute sul fabbisogno di assistenza?

Il criterio principale di riparto dovrebbe essere la distribuzione delle malattie e dei disturbi di salute che determina il consumo

appropriato di assistenza. Purtroppo, non sono ancora disponibili sistemi informativi che misurino la frequenza di malattie e disturbi; per questa ragione bisogna utilizzare quegli indicatori indiretti che hanno dimostrato di saper spiegare meglio la distribuzione della morbosità. Questo capitolo mostra che il fattore che spiega di più la variabilità nel bisogno di salute, dopo l'età, è la condizione socioeconomica. Le controversie circa il fatto che si possa misurare validamente l'impatto della condizione socioeconomica sul fabbisogno di assistenza dovrebbero essere superate con un adeguato investimento sulla qualità dei dati disponibili a livello di popolazione e sulla composizione degli indici di deprivazione da utilizzare.

Anche le altre principali funzioni del finanziamento pubblico (*pooling* e *purchasing*) in sanità possono essere rese sensibili all'equità: in Italia si è fatta la scelta di definire nei LEA un pacchetto di servizi acquistabile dal sistema pubblico, valido a livello nazionale, cui le Regioni devono attenersi, salvo poter aggiungere acquisti diversi a spese proprie. Il criterio della scelta fondata sull'efficacia clinica dell'intervento è stata accolta, ma, nonostante ciò, alcune voci di spesa sanitaria, di notevole rilevanza per la salute pubblica, sono state deliberatamente escluse dai LEA. La carenza di servizi pubblici dedicati alla tutela della salute orale è causa di ripercussioni sulla salute dei residenti meno abbienti e le spese catastrofiche non sono così rare anche per gruppi di medio ceto. La stessa attenzione andrebbe posta alla selezione dei farmaci da inserire in fascia A o almeno B di ampio e legittimo consumo (es. antipiretici, antinfiammatori ecc.), tant'è vero che, in questi settori, molto impegno deve essere ancora profuso dalle Associazioni del Terzo Settore, vicarie dell'impegno pubblico diversamente orientato.

Infine, sul versante dell'offerta, è obiettivo del SSN garantire che i residenti su un territorio possano avere le stesse possibilità di accesso, la stessa qualità e la stessa continuità delle cure. Il modello britannico dell'*Equity Audit* è stato meglio definito e

adattato alla realtà italiana da Costa G. ed è in corso di sperimentazione. Ponendo una costante attenzione alla costo-efficacia degli interventi, è possibile scandagliare i singoli percorsi di cura e le singole funzioni delle aziende sanitarie ospedaliere o territoriali, in modo che esse stesse siano in grado di mettere in luce le disuguaglianze generate al livello micro con una condivisione partecipata dei professionisti sanitari (come previsto dal modello del più noto *clinical audit*). In particolare, il modello propone di revisionare l'attenzione all'equità delle seguenti componenti del sistema:

- tutti gli elementi del governo clinico e dell'*Evidence Based Practice*, che sono, con sempre maggiore frequenza, entrati a far parte dei criteri operativi medici e infermieristici;
- il ruolo dei sistemi informativi, opportunamente integrati con informazioni sui livelli di posizione sociale degli utenti;
- il ruolo della valutazione di performance all'interno della singola azienda e nel *benchmarking* fra aziende o Regioni;
- la continuità assistenziale e l'integrazione fra servizi e competenze;
- la comunicazione con i pazienti e con l'utenza in generale;
- l'importanza di aspetti di finanziamento a livello micro con particolare attenzione alle conseguenze dell'integrazione tra offerta pubblica e privata;
- l'orientamento all'equità della ricerca clinica e organizzativa per una migliore rappresentatività della composizione sociale nei gruppi in studio.

In conclusione, il SSN italiano è preparato a prendere in considerazione le sfide sulla solidarietà nella salute proposte dall'UE. Occorre, però, definire e mettere in agenda in modo più esplicito questi obiettivi nelle politiche e nelle azioni di gestione della domanda, dell'offerta, del finanziamento e dell'allocazione delle risorse. Questo anche in vista degli effetti negativi sulla salute dello sfavorevole ciclo economico e di altre spie di allarme, come i fenomeni migratori difficili da controllare, il collasso delle strutture carcerarie, l'impatto dell'invecchiamento, la difficile definizione del fede-

ralismo ecc., tutti fattori che potrebbero aggravare le disuguaglianze in un prossimo futuro e nelle generazioni a venire.

Bibliografia essenziale

- Comitato delle Regioni. Parere in merito alla 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. NAT- V-001. 84^{ma} sessione plenaria 14 e 15 aprile 2010
- Comitato Economico e Sociale Europeo. Parere in merito alla 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. SOC/351 Bruxelles, 29 aprile 2010
- Commissione delle Comunità Europee. Comunicazione 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 all'interno dell'UE. Bruxelles, 20 ottobre 2009. COM (2009) 567
- Commissione d'indagine sull'esclusione sociale. Rapporto sulle politiche contro l'esclusione sociale. Giugno 2008
- Commissione Europea. Comunicazione. Europa 2020: Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva. COM(2010) 2020. Bruxelles 3 marzo 2010
- Consiglio dell'Unione Europea (EPSCO). Parere sulla Comunicazione "Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE. 9960/10. Bruxelles, 20 maggio 2010
- Costa G. Un metodo per presidiare l'equità nell'appropriatezza e nella continuità dei percorsi assistenziali: raccomandazioni per l'*Equity Audit*. 2011. In: Ministero della Salute e Regione Valle d'Aosta. Ricerca finalizzata - Progetto ordinario. Anno 2007
- Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 2001; 56: 171-204
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008. Determinanti socioeconomici. Roma, 2009
- Parlamento Europeo. Risoluzione dell'8 marzo 2011 sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE [2010/2089(INI)]
- Sebastiani G, Marinacci C, Demaria M, et al. Disuguaglianze sociali nella mortalità di un campione della popolazione italiana. Relazione al XXXIV Congresso AIE - Firenze 9 novembre 2010