

## Capitolo 8

### Lo stato di avanzamento delle politiche italiane ed europee nel contrasto delle disuguaglianze di salute

I decisori politici possono attivare diverse misure di contrasto delle disuguaglianze sociali. Secondo un rapporto della Commissione mondiale sui determinanti della salute, non esiste una regola precisa: ogni Paese ha la possibilità di adottare misure che più si adeguano al proprio contesto sociale, anche se non tutti gli interventi hanno lo stesso impatto sulle disuguaglianze di salute.

A livello nazionale, è possibile scegliere fra una serie di criteri per contrastare le disuguaglianze di salute:

- 1) **Livello di consapevolezza.** Non tutti i Paesi hanno accolto gli input dell'Unione europea e delle organizzazioni internazionali mirati a contrastare le disuguaglianze di salute, trasformandoli in priorità governative. Sono pochi quelli che si sono spinti oltre le iniziative isolate, definendo strategie strutturate e intersettoriali.
- 2) **Ambito di intervento.** Gli approcci che agiscono sui determinanti sociali sono quelli che hanno una maggiore efficacia sul contrasto alle disuguaglianze di salute. Il servizio sanitario dovrebbe inserire l'equità nella programmazione delle politiche non sanitarie e creare reti intersettoriali.
- 3) **Target.** Secondo Benach, le politiche per la salute dovrebbero ridurre le disuguaglianze dei gruppi sociali e, allo stesso tempo, promuovere il benessere dell'intera popolazione. Micheal Marmot ha parlato, a questo proposito, di "universalismo proporzionale": azioni universali ma calibrate secondo un'intensità inversamente proporzionale al fabbisogno (come gli interventi di screening, sempre più efficaci man mano che si scende lungo la scala sociale).
- 4) **Capacità di monitoraggio e valutazione delle politiche,** che servono a capire quali sono gli effetti delle azioni intraprese e se è necessario interromperla, prorogarla o ricalibrarla.

#### Politiche di contrasto delle disuguaglianze in Europa

Il servizio di epidemiologia dell'AslTo3 della Regione Piemonte ha analizzato, nell'ambito del progetto *Euro Global Burden of Disease*, le politiche di contrasto delle disuguaglianze portate avanti dai Paesi dell'Unione europea dal 2005 al 2012, a livello nazionale, regionale e locale. Sono stati tracciati **quattro profili diversi**, a ognuno dei quali corrisponde una differente capacità di contrasto:

**Gruppo A**, che comprende Austria, Lettonia, Polonia, Portogallo e Repubblica Ceca, Paesi le cui politiche sono ancora poco evolute e che hanno difficoltà a rilevare le differenti esposizioni sociali alle minacce per la salute, a causa di un insufficiente sviluppo dei sistemi informativi e delle competenze;

**Gruppo B**, cui fanno parte i Paesi – fra cui l'Italia – i cui decisori sono ormai consapevoli circa l'importanza delle disuguaglianze di salute, ma la loro riduzione non costituisce una priorità governativa. Le politiche di contrasto si concentrano sui gruppi più vulnerabili (donne, immigrati, bambini, adolescenti, anziani);

**Gruppo C**, composto dai Paesi che hanno inserito le disuguaglianze di salute nell'agenda nazionale, nei piani sanitari e in altri piani di settore (come le politiche sociali), in cui la valutazione degli interventi e il monitoraggio sono diffusi, anche se non coordinati in un'azione multisetoriale e trasversale agli obiettivi di governo;

**Gruppo D**, che comprende i Paesi scandinavi e quelli anglosassoni, che hanno adottato approcci più coordinati e sistematici nel contrastare le disuguaglianze di salute, sia a livello governativo, sia a livello della società civile, coinvolta al fine di aumentare la partecipazione e l'accettazione politica e pubblica degli interventi attuati.

È fondamentale che le disuguaglianze di salute vengano recepite nell'impianto normativo dei Paesi e che meccanismi a difesa dell'equità e della giustizia sociale facciano parte dei valori sociali condivisi e vigenti in ogni sistema territoriale.

### **Politiche di contrasto delle disuguaglianze in Italia**

L'Italia ha raggiunto uno stato di avanzamento ancora modesto nell'implementazione di politiche di contrasto alle disuguaglianze di salute. Gli interventi sono ancora isolati, non sono stati seguiti da programmi di azione coordinati, coerenti e non settoriali e si sono concentrati quasi esclusivamente nel settore sanitario, rivolgendosi ai gruppi vulnerabili. Le ragioni di questo ritardo sono attribuibili alla natura episodica e monodisciplinare degli sforzi di ricerca realizzati su questi temi: è ancora difficile misurare le covariate sociali associate agli indicatori di salute e solo adesso si stanno affermando i sistemi di indagine longitudinale multiscopo. Inoltre, l'agenda politica si è concentrata maggiormente sulle disuguaglianze fra Nord e Sud, piuttosto che su quelle fra gruppi svantaggiati e non, anche se non sempre esiste una corrispondenza fra disuguaglianze geografiche e sociali.

Le disuguaglianze sociali, se non aggredite, sono destinate a crescere, con gravi conseguenze sulla giustizia e la coesione sociale, ma anche sulla sostenibilità economica. Ecco perché occorre dotarsi di una strategia ampia ed efficace di contrasto.

Un aiuto importante verso una maggiore consapevolezza è giunto grazie agli input europei, in particolare in seguito alla comunicazione *Solidarity in health*: la commissione Salute della Conferenza Stato Regioni ha nominato, nel marzo 2011, una commissione interregionale – Gruppo equità in salute e sanità – coordinata dalla Regione Piemonte e composta da funzionari ed esperti delle regioni, al fine di raccogliere le evidenze esistenti in Italia e di preparare un rapporto che proponga spunti per adottare una strategia di contrasto.

Nel nostro Paese mancano ancora i mandati, i supporti informativi e le conoscenze adeguate per intervenire efficacemente: se è difficile ottenere statistiche dei principali indicatori di salute, è altrettanto complicato portare il tema all'attenzione del pubblico, dei professionisti e dei decisori.

Tra i pochi **esempi di politiche non sanitarie** che hanno esplicitamente incluso le disuguaglianze di salute tra i propri obiettivi, si possono citare:

- 1) Il **“Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”**, emanato con il decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286 (legge Turco-Napolitano) che, all'articolo 35, ha garantito l'assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e l'accesso a parità di trattamento con i cittadini italiani alle cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali;
- 2) Il **“Testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”** (decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81), che ha introdotto per la prima volta alcune regolamentazioni volte a ridurre le disuguaglianze di salute dei lavoratori;
- 3) **La legge n. 335 dell'8 agosto 1995** (riforma Dini), che per la prima volta ha introdotto l'aspettativa di vita stratificata per posizione sociale nel conteggio degli algoritmi di stima per il conteggio dei benefici pensionistici;
- 4) **I piani di riqualificazione che hanno preso in considerazione le disuguaglianze di salute** negli investimenti strutturali delle aree metropolitane: il programma Città sane, promosso dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), che ha tentato di creare reti intersettoriali per l'adozione di politiche locali con l'obiettivo di tutelare la salute, di contrastare le disuguaglianze di salute e di promuovere uno sviluppo della città fondato su equità, sostenibilità e attenzione alla persona;
- 5) **Il progetto PARI**, nato per volontà del Ministero del Lavoro nel 2007 allo scopo di incrementare e migliorare le opportunità occupazionali e la partecipazione al mercato del lavoro per soggetti svantaggiati.

Riguardo alle **politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale**, l'Italia è in forte ritardo rispetto alla media europea e in particolare rispetto a Danimarca, Germania, Spagna, Francia e Regno Unito. Allo stesso modo per quanto riguarda le **politiche per il mercato del lavoro e per il sostegno al reddito**, il nostro Paese finanzia meno, rispetto agli altri Paesi, programmi per i servizi all'impiego e per chi cerca lavoro, così come per coprire le spese per gli esclusi dal mercato del lavoro e per il sostegno al reddito. L'Italia è uno dei pochi Paesi in Europa – assieme a Grecia e Ungheria – a non aver istituito il reddito minimo garantito, uno dei fondamenti del *welfare state* europeo. Interventi a sostegno del reddito – come la social card e il bonus famiglia, istituiti nel 2011 – hanno avuto un impatto ridotto nel ridurre la sofferenza economica della popolazione interessata. Il sistema di *welfare state* italiano è fortemente selettivo e residuale rispetto a quello di altri Paesi e non riesce a rispondere ai principi di universalità: esistono profonde disuguaglianze fra i suoi beneficiari, con alcune categorie protette da benefici economici (per esempio, i dipendenti del sistema pubblico) e fasce di popolazione privi di tutela sociale, in particolare i giovani, i precari e i disoccupati.

**L'istruzione** rappresenta la dimensione più capace di predire la salute tra gli adulti; ecco perché aumentare il grado di scolarizzazione della popolazione può contribuire a migliorare il benessere fisico e mentale degli individui e a ridurre le disuguaglianze. Il progetto EuroGBD ha osservato come l'annullamento delle disuguaglianze nell'istruzione comporterebbe un forte calo della mortalità in tutta Europa; nelle aree italiane coinvolte nel progetto – Torino e la Toscana – tale scenario implicherebbe circa il 30% di decessi in meno fra gli uomini e tra il 10 e il 15% fra le donne.

## **Gli input internazionali ed europei**

Le istituzioni europee, negli ultimi anni, hanno fatto della lotta alle disuguaglianze di salute una priorità, promuovendo politiche di contrasto e finanziando progetti di ricerca e hanno rappresentato, assieme all'Organizzazione mondiale della sanità, un'importante fonte di consapevolezza sulle tematiche dell'equità sociale nella salute in Italia.

Negli ultimi due decenni, la presenza delle disuguaglianze di salute nell'agenda internazionale ed europea è prosperata ed è cresciuta la consapevolezza relativa alla necessità di approcci multisettoriali e integrati che agiscano sul gradiente sociale e sui determinanti sociali della salute. L'attenzione si è spostata parallelamente alle soluzioni di contrasto delle disuguaglianze, non solo alla loro descrizione.

A partire dagli anni 2000 l'attenzione in Europa delle disuguaglianze di salute è diventata forte: fondamentale è stata l'approvazione della Strategia di Lisbona e, nel 2007, del documento *Health in All Policies*, che riconosceva l'impatto dei determinanti sociali sulla salute e la conseguente necessità di implementare azioni intersettoriali che coinvolgessero non solo il settore sanitario, ma tutte le politiche pubbliche nel governo e nella tutela della salute.

Un passo successivo viene fatto nel 2008, con la pubblicazione di *Closing the gap*, il rapporto finale della commissione dell'OMS sui determinanti sociali della salute, guidata da Michael Marmot, che elencava le evidenze raccolte in tutto il mondo sulla distribuzione delle esposizioni alle disuguaglianze e suggeriva le principali raccomandazioni per l'impostazione delle azioni di contrasto.

Nel 2009, la Commissione europea pubblicò *Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU*, un documento che sintetizza le evidenze raccolte nella distribuzione delle disuguaglianze in Europa e invita i Paesi membri dell'Unione a costruire strategie ampie e integrate di contrasto alle disuguaglianze di salute.

Nel 2010 viene pubblicato *Fair Society Health Lives*, rapporto finale della revisione affidata dal Ministero della Salute britannico a Micheal Marmot, che sintetizza lo stato di conoscenza sulle disuguaglianze di salute nel Regno Unito.

Attualmente è in corso una revisione in ambito comunitario, *Europe 2020*, un nuovo documento programmatico che indica gli orientamenti a medio termine delle politiche socioeconomiche dell'Unione per l'intero decennio in corso. Tale documento si inserisce in una congiuntura recessiva, che sembra subordinare l'agenda sociale a quella economica, anche se il livello di maturità raggiunto su tali tematiche permette di portare avanti misure che promuovano l'equità sociale, oltre a quelle mirate alla crescita, l'innovazione e la tecnologia.

### **Sintesi tratta dall'ottavo capitolo del libro:**

Costa G., Bassi M., Censini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (a cura di)

**L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità**

Edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014