

# L'Italia per l'equità nella salute: una strategia di contrasto delle disuguaglianze

scritto da Luisella Gilardi | 7 Dicembre 2017

Venerdì 1 dicembre la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin ha presentato a Roma il rapporto "L'Italia per l'equità nella Salute" realizzato su sua commissione da un gruppo di lavoro dei quattro enti centrali (Inmp, Istituto superiore di sanità, Agenas e Aifa) coordinato da Giuseppe Costa.

Il convegno è iniziato con la proiezione del video "L'Italia per l'equità nelle salute", che ha introdotto i lavori della giornata.

**Il video è disponibile al link <https://youtu.be/bn2t78Ah14Q>**

*Di seguito un breve resoconto del contenuto del rapporto e una sintesi delle conclusioni e degli impegni assunti nel corso dell'incontro.*

Il rapporto (1) aggiorna i principali dati sulle disuguaglianze di salute in Italia (già documentati in modo sistematico in precedenti lavori (2-4)), ma soprattutto le azioni necessarie per raggiungere l'equità nella salute. Pur partendo dalla considerazione che l'Italia è tra i paesi in cui i cittadini "in media" hanno un'aspettativa di vita tra le più alte al mondo, anche grazie all'equità e all'eccellenza del suo sistema sanitario, il rapporto evidenzia come queste medie nascondono una differenza di circa 3 anni nella speranza di vita a 30 anni tra un laureato e una persona con appena la scuola dell'obbligo. Analoghe differenze si evidenziano tra le diverse aree geografiche, a svantaggio del sud in Italia e a sfavore dei quartieri più poveri nelle nostre città come ad esempio Torino (5). Il miglioramento della salute a cui abbiamo assistito in modo progressivo negli ultimi decenni, come ha evidenziato Sir Michael Marmot nel corso dell'incontro, non è comunque uguale per tutte le classi sociali, ma anzi può subire anche delle interruzioni e delle inversioni, come nel caso della generazione di statunitensi bianchi giovani adulti appartenenti al ceto medio che ha subito di più le conseguenze della recessione economica (6). Quando si parla di disuguaglianze di salute, dunque, è opportuno considerare non solo le fasce di popolazione più vulnerabili e disagiate, ma occuparsi di tutta la gamma di soggetti che vivono una condizione di svantaggio legato alla minore disponibilità di risorse economiche, culturali, ambientali e relazionali rispetto a chi occupa il gradino più alto della scala sociale. Il rapporto suggerisce alcune proposte per il contrasto alle disuguaglianze di salute che vanno da azioni di sistema e strumentali (es. revisione delle formule di riparto del fondo sanitario nazionale che tengano conto dello svantaggio sociale di alcune aree territoriali, sistemi informativi integrati capaci di tracciare i percorsi sanitari e sociali dei cittadini) ad interventi più puntuali come l'introduzione di un bilancio sociale che caratterizzi la valutazione di impatto sanitario degli interventi e delle politiche anche non sanitari e l'abolizione delle barriere (in particolare

economiche) per le popolazioni più vulnerabili. I tre principi-guida di queste raccomandazioni sono:

- La sanità pubblica come principale mediatore di una strategia multisettoriale e multi professionale che permetta di superare la consuetudine a lavorare ciascuno per il proprio ambito di competenza e permetta di creare sinergie capaci di agire su tutti i determinanti di salute, compresi quelli intermedi e distali, secondo la filosofia di salute in tutte le politiche;
- La necessità di investire in tutto il percorso di vita delle persone, a cominciare dai primi mille giorni per proseguire con un investimento in formazione scolastica e professionale, e la creazione di comunità favorevoli; questo andrebbe fatto superando l'abitudine a ragionare solo sul risparmio economico di breve periodo e acquisendo invece la capacità di sviluppare politiche e interventi che producano benefici (anche economici) a lungo termine (es. quel che si investe in istruzione e integrazione può essere tradotto in un risparmio dei costi legati alle tensioni sociali da cui possono scaturire delinquenza e terrorismo);
- L'opportunità di sviluppare politiche di contrasto alle disuguaglianze non solo rivolte alle fasce più disagiate ma a tutta la popolazione, in maniera proporzionale al bisogno. ([http://elearning.inmp.it/fad/form/consultazione\\_italia\\_per\\_equita\\_salute/](http://elearning.inmp.it/fad/form/consultazione_italia_per_equita_salute/))

## **Bibliografia**

1. Mirisola C., Ricciardi G., Bevere F., Melazzini M. L'Italia per l'equità nella salute [Internet]. Ministero della Salute, INMP, ISS, AGENAS, AIFA; 2017. Available at: <http://www.inmp.it/index.php/ita/L-Italia-per-l-equita-nella-salute>
2. Costa G., Cislighi C., Caranci N. Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e misura. Salute E Soc. Anno VIII 1/2009.
3. Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. L'equità nella salute in Italia- Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Milano: Franco Angeli e Fondazione Smith Kline; 2014.
4. Caiazzo A, Cardano M, Cois E, Costa G, Marinacci C, Spadea T, et al. [Inequalities in health in Italy]. Epidemiol Prev. giugno 2004;28(3 Suppl):i-ix, 1-161.
5. Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. 40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche. [Internet]. Milano: Inferenze; 2017 [citato 26 giugno 2017]. Available at: <http://www.epiprev.it/40-anni-di-salute-torino-spunti-leggere-i-bisogni-e-i-risultati-delle-politiche>
6. Case A, Deaton A. Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. Proc Natl Acad Sci. 12 agosto 2015;112(49):15078-83.