

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

Il testo è la sintesi dell'articolo pubblicato nella sezione Tema del n. 2 2017 di Rps e scaricabile dagli abbonati nella versione integrale al link:

<http://www.ediesseonline.it/riviste/rps/welfare-occupazionale-e-welfare-state-incastri-virtuosi/due-anni-dal>

La popolazione italiana in media sta abbastanza bene: meglio rispetto al passato e spesso anche rispetto a chi vive nel resto d'Europa. Ma 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. Per questo è rilevante l'indirizzo assunto dalla Commissione europea nel 2009, con la Comunicazione *Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Ue*, approvata nei mesi successivi dalle principali istituzioni comunitarie.

In Italia si è registrato un crescendo di azioni che è culminato nella strategia *Salute in tutte le politiche*, sancita nella Conferenza interministeriale di Roma del 2007, che aveva allargato lo sguardo anche alle politiche non sanitarie. Inoltre l'Italia ha partecipato alla *Joint Action «Equity Action»* promossa dalla Commissione europea per accompagnare gli Stati membri partecipanti a fare un esame dell'impatto sulle disuguaglianze di salute delle politiche a livello nazionale e regionale. Infine la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni ha istituito nel 2011 un proprio gruppo di lavoro, con il compito di elaborare alcune proposte di indirizzo per la revisione delle politiche regionali che po-

* *Giuseppe Costa* è professore di Igiene presso l'Università di Torino; *Roberto Di Monaco* insegna Sociologia dell'organizzazione e Leadership, reti e processi organizzativi presso l'Università di Torino; *Roberto Leombruni* insegna Econometria e Valutazione delle politiche pubbliche presso l'Università di Torino; *Michele Marra* è co-curatore del Libro verde sulle disuguaglianze di salute.

tessero moderare gli effetti sfavorevoli sulla salute dei determinanti sociali. 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). Emerge che, in Italia, in tutti gli indicatori di salute, persistono disuguaglianze sociali a svantaggio dei soggetti più poveri di capitale umano, risorse materiali, status sociale e aiuti e legami. Eppure, una parte di queste disuguaglianze è spiegata da meccanismi ben noti e documentabili, ognuno dei quali potrebbe essere facilmente aggredibile con soluzioni efficaci. Non agire sulle disuguaglianze di salute costa molto: esse hanno un impatto significativo sui carichi di sofferenza (tra il 15 e il 25% della mortalità prematura in Italia sarebbe correlata alle differenze sociali), con ricadute negative sulla produttività e sul fabbisogno assistenziale.

La capacità di risposta è ancora molto variabile a livello regionale e non sufficientemente guidata e coordinata a livello nazionale; la percezione delle ricadute sulla salute e sui costi sanitari delle disuguaglianze sociali è ancora modesta. La consultazione di oltre 100 attori delle politiche, appartenenti alle principali categorie (Ministeri, Regioni, Enti locali, Parti sociali, Fondazioni, Associazionismo, Terzo settore, Ordini e organizzazioni professionali, ecc.) svolta nel corso degli ultimi due anni, ha mostrato che, quando ben informati, gli interlocutori sono interessati a orientarvi i loro interventi e hanno buone pratiche da condividere.

Le politiche su cui prioritariamente concentrare l'attenzione sarebbero:

- a) sanitarie della prevenzione (il Piano nazionale della prevenzione);
- b) dell'assistenza sanitaria e di capillare implementazione dei Lea;
- c) di impegno per l'equità di salute delle comunità professionali (medici e professioni sanitarie);
- d) di investimento sul monitoraggio e la ricerca sulle disuguaglianze in salute e sanità, attraverso l'integrazione tra i sistemi informativi e statistici sanitari;
- e) di assunzione dei criteri di equità di salute per la valutazione d'impatto nel settore delle politiche non sanitarie.

I bersagli prioritari di un investimento nazionale per l'equità dovrebbero essere i determinanti che causano la maggiore quantità di disuguaglianze di salute su cui incidere con una gamma di politiche speci-

fiche, nei seguenti ambiti prioritari: i primi anni di vita, l'occupabilità e la qualità del lavoro, le risorse materiali delle famiglie, le condizioni di vita nella casa, nel quartiere, nella città, nella comunità, sia quelle fisiche sia quelle sociali (relazioni sociali di prossimità), i sistemi di cura, sanitaria e sociale.

Siccome le disuguaglianze di salute tendono a crescere in misura progressiva con lo svantaggio sociale, servirebbero strategie universalistiche, da declinare con intensità proporzionale al bisogno, al fine di compensare gli effetti più sfavorevoli sulla salute che si osservano sui gruppi vulnerabili. È anche necessario rafforzare la centralità delle comunità locali, dove si può realizzare l'integrazione orizzontale delle politiche e in cui si costruiscono le alleanze e le capacità per realizzare equità, senza trascurare la necessità di integrazione verticale a livello nazionale delle politiche, sul modello di salute in tutte le politiche, sotto la regia sanitaria.

Al fine di favorire l'implementazione di azioni efficaci è utile rivelarne i costi nei carichi funzionali e sul bilancio del sistema sanitario. Anche all'interno delle politiche sanitarie, i casi di intervento finalizzati a ridurre le disuguaglianze 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 applicare innanzitutto laddove i fenomeni sono più macroscopici e facilmente misurabili, al fine di fornire una base empirica alla logica del risparmio collegato alla salvaguardia preventiva della salute e alla riduzione delle disuguaglianze.

La misura dell'impatto e del beneficio consentirebbe di proporre e sperimentare anche in Italia l'utilizzo di strumenti finanziari – come ad esempio i *social impact bond* – o di estendere quelli partecipativi – come il *coinvolgimento dei cittadini nella gestione di beni comuni* – facilitando la realizzazione di politiche che generano risparmi importanti, ma differiti nel tempo.