

# L'Italia per l'equità nella salute

 [www.disuguaglianzedisalute.it/](http://www.disuguaglianzedisalute.it/)

Luisella Gilardi

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 sanitarie 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.

Nel corso dell'incontro, che ha visto la partecipazione di rappresentanti dei Ministeri extra-sanitari e del terzo settore al fianco degli esperti e degli enti strumentali del Ministero della Salute e delle Regioni, è emerso chiaramente che questo documento costituisce il primo passo per avviare una strategia nazionale di contrasto alle disuguaglianze di salute, resa possibile solo se le evidenze disponibili verranno utilizzate a supporto delle azioni attraverso un'integrazione tra tecnica e politica. A dimostrazione di quanto il rapporto debba essere funzionale all'avvio di interventi e azioni mirate a contrastare le disuguaglianze di salute il documento è aperto, fino al 31 gennaio, ad una consultazione pubblica con gli stakeholder che possono integrarlo e arricchirlo con commenti e suggerimenti

[\(http://elearning.inmp.it/fad/form/consultazione\\_italia\\_per\\_equita\\_salute/\)](http://elearning.inmp.it/fad/form/consultazione_italia_per_equita_salute/)

Molti sono gli impegni concreti assunti nel corso dell'incontro: nell'ambito delle politiche sanitarie sappiamo che l'equità, oltre ad essere il principio ispiratore del SSN, è stata esplicitamente inclusa nella programmazione nazionale (dal Piano Nazionale di Prevenzione al Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, al Piano Cronicità) e se ne prevede l'inclusione nei programmi di monitoraggio (Piano Nazionale Esiti, nuovo sistema di garanzia dei LEA). Un'occasione di miglioramento dell'equità può derivare dal rafforzamento delle cure primarie e della medicina generale e da una più stretta e significativa integrazione socio-sanitaria (anche amministrativa, gestionale e informativa). Questo è quanto richiede il recente Piano Nazionale Cronicità che prevede l'implementazione di modelli di presa in carico complessiva delle persone con malattie croniche e ancor più dei soggetti non autosufficienti o disabili per i quali dovrebbero essere previsti strumenti di supporto alla spesa da parte del welfare.

A tale proposito il ministero del lavoro e delle politiche sociali, nel ricordare l'attivazione del reddito di inclusione, propone anche di lavorare alla disciplina dei livelli essenziali e uniformi di politiche sociali (dagli asili nido ai centri diurni all'assistenza alla disabilità) per ridurre le sperequazioni tra regioni.

Dal punto di vista dell'istruzione e ricerca si è ricordata la necessità di investire in formazione non solo degli operatori sanitari sul tema delle disuguaglianze ma anche nella scuola dell'obbligo come opportunità di crescita del cittadino che consenta di acquisire le capacità e competenze per prendersi cura della propria salute (health literacy). Altri strumenti strategici per favorire il contrasto alle disuguaglianze di salute sono l'investimento in percorsi che garantiscano la continuità scuola-lavoro e, nel campo della ricerca e innovazione, l'investimento in farmaci generici, il finanziamento della ricerca indipendente, la diffusione di buone pratiche sanitarie sul territorio nazionale (attraverso i programmi CCM), la contrattazione sul prezzo dei farmaci e l'equity audit su quanto si sta facendo in campo sanitario e negli ambiti ricerca.

Infine l'integrazione tra settori e politiche e una visione generale di sistema si rendono evidenti anche in campo ambientale come evidenziato dalla necessità di pensare al ciclo integrato dei rifiuti, in funzione della riduzione dello spreco alimentare e dell'adozione di interventi che possano ridurre la pressione dei determinanti ambientali sui territori più colpiti.

L'incontro ha dato voce anche ad alcuni attori del terzo settore e del mondo ecclesiastico (CEI, Banco farmaceutico, Banco alimentare, Caritas, Comunità di Sant'Egidio e Fondazione Don Luigi Di Liegro) che da tempo offrono sostegno ai gruppi più vulnerabili, senza dimenticare il supporto fornito agli "ultimi" anche da enti istituzionali (i servizi sanitari offerti dallo stesso INMP e il lavoro svolto da sistema sanitario e sistema sociale in maniera sinergica come nel caso delle microaree di Trieste). Questo ha reso evidente come le esperienze già in corso possano essere integrate in una strategia più organica capace di valorizzare e capitalizzare le competenze e le reti di prossimità consolidate.

La strada per contrastare le disuguaglianze, dunque, è tracciata, non resta che mantenere vive le relazioni così avviate e proseguire attraverso un lavoro costante di verifica del mantenimento degli impegni presi e rilancio di impegni futuri.

## **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. Caiazza 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.