

Il contributo delle politiche alla riduzione delle disuguaglianze sociali di salute in Europa e in Italia

Giuseppe Costa, Teresa Spadea

Novità nell'agenda europea

La popolazione europea in media sta abbastanza bene: sta meglio rispetto al passato e quasi sempre anche rispetto a chi vive nel resto del mondo. Eppure le medie camuffano l'esistenza di differenze sistematiche. Si vive in una società stratificata, dove le persone più ricche di risorse stanno meglio, si ammalano meno e vivono più a lungo. Queste differenze sono socialmente determinate. In particolare sono le disparità nelle condizioni di vita, nell'istruzione, nell'occupazione e nel reddito, nell'assistenza e nella prevenzione sanitaria quelle che fanno nascere disparità nei principali fattori di rischio per la salute (rischi ambientali e da lavoro, stili di vita insalubri e mancato uso delle cure appropriate), disparità che sono in parte modificabili, e pertanto ingiuste ed evitabili, meritevoli cioè di una politica di contrasto. Ridurre la morbosità nei gruppi più a rischio contribuisce anche a rendere più sostenibile il sistema sanitario in una società che invecchia; inoltre serve a moderare l'impatto sfavorevole della malattia sull'impoverimento delle persone. Dunque, una politica di contrasto delle disparità sociali nella salute è non solo meritevole dal punto di vista del principio di giustizia, ma è anche conveniente dal punto di vista degli obiettivi di sviluppo della società.

Queste politiche di contrasto dovrebbero corrispondere alle principali raccomandazioni della Commissione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) sui Determinanti sociali di salute^{1,2}. In risposta alle conclusioni della Commissione, la recente Comunicazione della Commissione europea su *Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU* (Solidarietà in salute: ridurre le disuguaglianze in salute nell'Unione Europea¹) parte dalla constatazione che, sia nelle politiche europee sia nella programmazione delle politiche della maggior parte dei Paesi membri, non c'è ancora abbastanza consapevolezza delle disuguaglianze in salute e delle loro conseguenze. La Comunicazione stimola a misurarsi con queste sfide, proponendo di migliorare la capacità di monitorare le disuguaglianze, di raccogliere e applicare le prove di efficacia degli interventi di controllo, di stimolare l'impegno delle amministrazioni nazionali, regionali e locali e dei principali attori sociali a coordinare le proprie politiche in questo senso,

¹ Vedi http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_it.pdf

valorizzando gli incentivi e l'assistenza che le politiche europee possono assicurare. Un primo risultato politico di questi indirizzi è stata la recente approvazione delle conclusioni della revisione coordinata da Michael Marmot (*Marmot review*), coordinatore della Commissione dell'OMS sui determinanti sociali di salute, intitolata *Fair Societies, Healthy Lives* (Società giuste, vite sane)ⁱⁱ. Questa revisione ha provato a trasferire gli indirizzi della Commissione dell'OMS nel contesto del Regno Unito, per elaborare raccomandazioni di azioni di contrasto fondate su prove di efficacia e ritagliate su misura per il contesto di un Paese ricco, ma attraversato da significative disuguaglianze sociali. Le ricadute degli indirizzi della Commissione dell'OMS sul resto delle regioni del mondo non sono al momento monitorabili con altrettanta attenzione come in Europa. Questo capitolo si propone di riassumere la storia di questi progressi degli ultimi due anni in Europa, muovendo dalle conclusioni della Commissione dell'OMS, dalla Comunicazione della Commissione europea e dalla *Marmot Review*, per coglierne gli stimoli e le sfide che vengono lanciate alla situazione Italiana.

Il rapporto finale della Commissione dell'OMS

Il rapporto finale della Commissione dell'OMS sui Determinanti sociali di salute richiama la responsabilità dei governi e delle società a porsi un obiettivo ambizioso, quello di ridurre nell'arco di una generazione ("Colmare lo scarto in una generazione" è appunto il titolo del rapporto) le disuguaglianze sociali in salute tra e dentro i Paesi, nella misura in cui queste disuguaglianze sono evitabili. Nel corso dei tre anni di lavori, la Commissione dell'OMS ha consultato un ampio spettro globale di interlocutori della scienza, della società e della politica, e nel suo rapporto finale ha concluso che la scienza sa abbastanza per dire che queste differenze sociali nella salute si possono contrastare, che la maggioranza dei protagonisti sociali ritengono ingiusto non porsi un traguardo concreto di controllo delle disuguaglianze di salute, e che la politica non può disattendere un traguardo che è alla portata.

Con questi propositi, il Rapporto fornisce una guida per le azioni su tre livelli:

- come intervenire sulle condizioni di vita che influenzano in modo disuguale la salute: nascere, crescere, imparare, lavorare, curarsi;
- come influenzare la distribuzione dei fattori strutturali, delle cause delle cause, che determinano le condizioni di vita: le politiche sociali ed economiche, il ruolo dello

ⁱⁱ Vedi <http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents/finalreport/FairSocietyHealthyLives>

stato e del mercato nel produrre e distribuire risorse, sotto i vincoli e le opportunità della situazione globale;

- come portare agli occhi di tutti le disuguaglianze di salute, per informare ogni soggetto che ci sono, che sono rilevanti e che non sono una piaga inevitabile della natura, ma il portato di scelte della società che si possono cambiare.

In risposta alle conclusioni e alle raccomandazioni del Rapporto sono nate molte iniziative di cui al momento è difficile dar conto in assenza di un programma sistematico di monitoraggio. Il compito risulta più facile per quanto riguarda la regione europea, dove diversi soggetti hanno preso l'iniziativa di una regia: il Regno Unito, la Commissione dell'Unione Europea e la regione europea dell'OMS.

La Marmot Review

Il Regno Unito si è sentito interpellato in prima persona dal Rapporto della Commissione dell'OMS; non avrebbe potuto, infatti, mettere la sordina alle conclusioni di una Commissione guidata da un suo prominente scienziato, Michael Marmot. E' così che alla fine del 2008 lo stesso Marmot è stato incaricato di coordinare un percorso di trasferimento delle conclusioni della Commissione dell'OMS nel contesto sociale e politico del Regno Unito. I lavori si sono recentemente conclusi e i risultati sono stati pubblicati su un sito dedicatoⁱⁱⁱ, sia sotto la forma analitica dei singoli rapporti intermedi, sia sotto la forma del già citato rapporto *Fair Societies, Healthy Lives* che riassume le principali linee di indirizzo (obiettivi e raccomandazioni) per le politiche nazionali e locali e i relativi indicatori di monitoraggio.

Il percorso con cui la *Marmot Review* si è sviluppata è già interessante di per sé. Il lavoro è stato presieduto da una Commissione composta da autorevoli membri della politica (maggioranza e opposizione) e del mondo accademico, ed è stato diviso in tre compiti affidati ad altrettanti gruppi di esperti, tra loro interconnessi.

- Il primo gruppo aveva il compito di identificare in cinque mesi le azioni che avevano la maggiore probabilità di ottenere risultati di riduzione delle disuguaglianze di salute nel breve, medio e lungo periodo nei diversi ambiti delle politiche: sviluppo ed educazione, occupazione e condizioni di lavoro, protezione sociale, ambiente costruito, sviluppo sostenibile, analisi economica, servizi, priorità di sanità pubblica, inclusione ed esclusione sociale. I risultati del lavoro di consultazione di esperti e di

ⁱⁱⁱ Vedi <http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview>

revisione della letteratura di questo primo gruppo ha costituito il punto di partenza degli altri lavori.

- Il secondo gruppo aveva il compito di documentare in quattro mesi quali traguardi (con relativi indicatori di monitoraggio) potessero essere promulgati a sostegno dello sviluppo delle azioni raccomandate dalla prima commissione.
- Il terzo gruppo doveva, sempre negli stessi quattro mesi del precedente gruppo, valutare quale fosse il sistema migliore per rendere governabile dai diversi attori l'applicazione di tali azioni di contrasto ai diversi livelli nazionale e locale di responsabilità delle politiche.

L'intero percorso è stato contrappuntato da: revisioni scientifiche indipendenti del lavoro svolto; un confronto periodico con una consulta di rappresentanti delle direzioni dei ministeri competenti per i diversi ambiti delle politiche; numerose occasioni di consultazione con rappresentanti di amministrazioni locali, di professionisti, di organizzazioni di comunità, di forze sociali; una consultazione pubblica online sui risultati preliminari della Commissione; studi qualitativi mirati a conoscere meglio i punti critici per l'*empowerment* dei soggetti che l'intero progetto avrebbe inteso coinvolgere e, quindi, le soluzioni di comunicazione e promozione sociale più idonee.

Alcuni dei passaggi della *Marmot Review* meritano di essere enfatizzati. Il primo è che le disuguaglianze sociali di salute sono prima di tutto una questione di giustizia: occorre creare condizioni che consentano alle persone di prendere il controllo della propria vita, questa è la pre-condizione per dar loro modo di promuovere e proteggere la propria salute. Ogni altra giustificazione dovrebbe restare in secondo piano. Qualcuno sostiene che le disuguaglianze sono una priorità perché rivelano dove ci sarebbero potenzialità di salute maggiori da guadagnare per comprimere la morbosità e rendere sostenibile il sistema. Questo argomento utilitaristico può contribuire a rendere più convincente il patrocinio del tema delle disuguaglianze di salute nell'agenda pubblica, ma non è di per sé sufficiente: le disuguaglianze di salute resterebbero una priorità per ragioni di giustizia anche qualora non risultassero convenienti da affrontare sulla scala del beneficio economico.

Molto di buono è già successo in questi decenni: se uno osserva l'andamento temporale degli indicatori di salute, come la speranza di vita, la salute dei più poveri è migliorata in modo impressionante, ma le disuguaglianze sono rimaste, come riferisce il già citato Rapporto della Commissione dell'OMS sui determinanti sociali di salute. Finora le azioni sono riuscite a far fare significativi progressi alla salute dei gruppi più svantaggiati, ma

nessuna azione è riuscita a scalfire il gradiente delle disuguaglianze sociali in salute, quello per cui a ogni gradino della scala sociale corrispondono opportunità di salute minori del gradino più alto. Questa è la sfida principale che attende i piani di controllo delle disuguaglianze in salute nei Paesi ricchi, come quelli europei, e che comporta un aggiustamento delle politiche verso traguardi che sappiano integrare sia l'attenzione ai gruppi più svantaggiati, sia la necessità di ridurre la distanza tra gli estremi, sia l'urgenza di iniziare ad appiattire la pendenza del gradiente.

Non fare niente non è un'opzione. La *Marmot Review* sollecita a documentare analiticamente cosa comporta non fare nulla. I rischi di malattia, di sofferenza, di disabilità e di morte attribuibili alle differenze sociali, soprattutto sotto scenari realistici di riduzione delle disuguaglianze evitabili, devono essere documentati sistematicamente in modo sempre più analitico per consentire alla società, alla politica e ai professionisti di dare un peso all'importanza delle scelte che compiono. I meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute devono essere riconosciuti nelle loro interazioni con le storie di vita delle persone, dei contesti e delle comunità, in modo da dare il giusto peso agli investimenti nelle politiche:

- le competenze e le capacità con cui i bambini arrivano alla scuola rappresentano la principale disuguaglianza da cui nascono gli svantaggi di salute, che poi si aggravano con il cumulo degli svantaggi maturati nel corso della vita;
- il modo in cui le politiche, soprattutto quelle fiscali, sanno ridistribuire le risorse in modo equo serve a moderare gli effetti delle disuguaglianze;
- le politiche ambientali, per esempio quelle del verde pubblico e dell'ambiente di vita, possono modificare significativamente l'effetto sfavorevole sulla salute dello svantaggio individuale;
- il grado di controllo che le persone hanno sulle proprie condizioni di vita può essere significativamente arricchito dalle politiche di partecipazione locale, e così via.

Se questa è la nuova agenda delle politiche di contrasto delle disuguaglianze in salute, allora anche l'agenda dei sistemi informativi e dei sistemi di indagine deve cambiare; deve diventare capace di monitorare non più solo gli esiti, come le disuguaglianze di mortalità e morbosità, ma anche gli altri indicatori del processo che porta agli stessi, come il grado di alfabetizzazione dei bambini che vengono avviati alla scuola, o la frammentazione sociale delle nostre comunità, o la disponibilità di spazi verdi.

Molto rimane da fare sul versante della dimostrazione di efficacia delle azioni di contrasto; la letteratura disponibile è lacunosa per quantità e qualità degli studi disponibili. Alcune

delle raccomandazioni della *Marmot Review* infatti esigono che ogni investimento sulle azioni di contrasto riservi una quota minima dello stesso per un'adeguata valutazione di efficacia, quando possibile fondata su un disegno idoneo e sostenibile per una valida dimostrazione di efficacia.

In conclusione, la lettura della *Marmot Review* è particolarmente stimolante dal punto di vista scientifico, perché l'ampiezza della revisione della letteratura e, quando questa è insufficiente, quella dell'opinione degli esperti, permette uno sguardo d'insieme sull'impatto di tutte le politiche sulle disuguaglianze in salute. Ma è stimolante anche dal punto di vista del politico, del governante e di tutti i portatori di interesse, che nelle esperienze e buone pratiche passate in rassegna possono trovare la motivazione per impegnarsi in questa direzione.

Una Marmot Review per i paesi della Regione europea dell'OMS

La pronta reazione del Governo britannico alle raccomandazioni della Commissione dell'OMS sui determinanti sociali di salute ha indotto la Regione europea dell'OMS a commissionare allo stesso gruppo di lavoro una specie di *Marmot Review* per l'area geografica della Regione europea. In questo caso è difficile anticipare l'esito dell'iniziativa: si può solo prevedere che si tratterà di un'iniziativa a due registri e a due velocità. Infatti, il panorama europeo delle disuguaglianze sociali in salute si caratterizza per un divario già consistente tra i Paesi dell'Unione europea a 15, e ancor maggiore per quelli dell'Unione allargata a 27 paesi³: il massimo eccesso di mortalità tra i meno istruiti rispetto ai più istruiti è di circa due volte nell'Unione europea a 15 e di quattro-cinque volte in quella allargata. Ancor più grave si può immaginare sia la situazione degli altri Paesi della Regione europea che non fanno parte dell'Unione. Questo divario lascia immaginare che anche i meccanismi di generazione di disuguaglianze di così differente intensità siano differenti, e che quindi le politiche di contrasto debbano essere disegnate in modo differente.

La Comunicazione della Commissione europea sulla solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze in salute nell'Unione europea

L'Unione europea ha provato a raccogliere le sfide del Rapporto della Commissione dell'OMS sui determinanti sociali di salute rilanciandole ai Paesi membri e alle Direzioni della stessa Commissione attraverso la Comunicazione in materia di salute già citata. La Comunicazione rappresenta l'atto più solenne attraverso cui la Commissione propone un

tema e delle proposte all'attenzione del Parlamento, del Consiglio dei capi di Stato, del Consiglio del Comitato economico e sociale, e del Comitato delle regioni d'Europa. In questo caso la proposta è partita ed è stata elaborata da due Direzioni generali della Commissione, quella dell'Occupazione, affari sociali e pari opportunità, e quella della Salute e della tutela dei consumatori. Queste due Direzioni, dando testimonianza della natura intersettoriale della questione e dei propositi, hanno preso l'iniziativa e condotto l'elaborazione in sede istruttoria, anche con la collaborazione del Gruppo di esperti dei Paesi membri sui Determinanti sociali e le disuguaglianze di salute.

La Comunicazione parte dal fatto che le politiche dell'Unione sono già in parte orientate agli obiettivi di equità nella salute, in particolare quelle che dettano i principi e i valori a cui si dovrebbero ispirare i sistemi sanitari nazionali; quelle che enunciano strategie sanitarie in specifici campi come la salute mentale, il tabacco, i giovani, il cancro, l'AIDS; il programma quadro della ricerca^{iv}; e alcune politiche di competenza europea come quelle sullo sviluppo sostenibile, sul lavoro e la sicurezza, sul mercato e l'agricoltura, e quelle di coesione e sulla disparità tra le regioni.

Eppure questi orientamenti non bastano, se si deve prendere atto che sul lato delle politiche europee la maggior parte di esse sono disegnate e condotte senza un'attenzione specifica all'impatto che possono avere sulle disuguaglianze di salute; mentre dal lato dei Paesi membri, che pure hanno la responsabilità diretta delle politiche di salute, sono ancora pochi gli stati che dispongono di un programma sistematico di controllo delle disuguaglianze di salute, perché non dispongono di risorse e competenze utili per metterlo a punto e portarlo all'attenzione dell'agenda pubblica.

La Comunicazione della Commissione intende appunto porre rimedio a queste lacune tramite una serie di indirizzi. Dapprima si propone di lavorare perché le disuguaglianze in salute siano incluse come uno dei metri di misura della nuova agenda di Lisbona^v. Per questo scopo occorrono investimenti sulla disponibilità di dati, sulla diffusione della verifica di equità delle politiche, sull'orientamento delle priorità di ricerca verso la valutazione di efficacia delle azioni di contrasto, e sulla circolazione di informazioni sulle buone pratiche. Occorre poi che questo impegno sia allargato alla responsabilità delle regioni, dei sistemi sanitari e di altri centri di responsabilità in altri settori, tramite la diffusione della

^{iv} Vedi http://ec.europa.eu/research/fp7/pdf/fp7-brochure_it.pdf

^v In occasione del Consiglio europeo di Lisbona del marzo 2000, i capi di Stato o di governo hanno avviato una strategia detta "di Lisbona" con lo scopo di fare dell'Unione europea l'economia più competitiva del mondo e di pervenire alla piena occupazione entro il 2010. Uno dei pilastri di questa strategia, quello sociale, prevede la lotta contro l'esclusione sociale (vedi http://europa.eu/scadplus/glossary/lisbon_strategy_it.htm).

Valutazione di Impatto sulla Salute^{vi} orientata all'equità, tramite la promozione di accordi di cooperazione, e tramite l'orientamento verso l'equità in salute degli investimenti di formazione professionale. Questa attenzione alla radice delle disuguaglianze che sta nelle politiche non deve far dimenticare l'attenzione ai bisogni dei soggetti più deboli, dove l'iniziativa europea può promuovere lo sviluppo di azioni di moderazione dell'impatto sulla salute della vulnerabilità sociale in gruppi come i Rom, altri migranti comunitari, o in generale i gruppi a rischio di marginalità.

Infine, la Comunicazione richiama la necessità che alcune politiche di competenza europea si misurino con maggiore responsabilità con questo obiettivo, in particolare quelle del lavoro, dell'accesso alle cure, della coesione e della collaborazione internazionale, senza dimenticare le politiche trasversali di promozione della Valutazione di Impatto sulla Salute e di patrocinio e assistenza verso i Paesi membri che non hanno ancora una strategia di controllo delle disuguaglianze in salute. Il tutto si chiude con un appuntamento al 2012 per fare il punto della situazione.

Occorre riconoscere che, confrontata con la *Marmot Review*, la Comunicazione della Commissione europea rappresenta una lettura meno stimolante, un po' perché deve adeguarsi al linguaggio e alle forme dei documenti ufficiali dell'Unione europea, un po' perché nella fase di revisione del documento da parte degli organi decisionali della Commissione il testo ha perso per strada una parte dei contenuti che interpellavano in modo più diretto i Paesi membri sulle proprie responsabilità verso la definizione di una strategia di contrasto delle disuguaglianze. Del resto, gli equilibri delle competenze definiti nei trattati europei non consentono incursioni della Commissione su materie riservate agli stati membri, come sono quella della salute e della sanità.

Nonostante questi limiti, la Comunicazione rappresenta un passo avanti importante sulla strada dell'inclusione delle disuguaglianze in salute nell'agenda pubblica europea e degli stati membri. In particolare, occorre ricordare che essa offre lo spunto per indirizzare verso questo obiettivo le azioni di promozione della Commissione, come le Azioni comuni^{vii} che servono a mettere in rete gli stati membri per la realizzazione delle raccomandazioni della Comunicazione, con l'assistenza della Commissione e di un adeguato sostegno finanziario europeo. Inoltre la Comunicazione apre una fase di particolare sensibilità verso questo

^{vi} Un insieme di procedure e metodiche che permettono di giudicare gli effetti positivi e negativi prodotti sullo stato di salute della popolazione da politiche, programmi e progetti in settori anche non sanitari (ad esempio, l'ambiente, l'urbanistica, i trasporti e la viabilità).

^{vii} Strumento giuridico del Titolo V del trattato sull'Unione europea. Con questo termine si designa un'azione coordinata dagli Stati membri, attraverso la quale risorse di qualsiasi genere (risorse umane, know-how, finanziamenti, materiali, ecc.) sono attivate per conseguire concreti obiettivi fatti propri dal Consiglio sulla base degli orientamenti generali formulati dal Consiglio europeo.

tema sia negli investimenti connessi al Programma europeo di sanità pubblica^{viii} sia in quelli del programma quadro della ricerca^{ix}, sia nelle azioni di sviluppo dei sistemi di indagine statistica e di monitoraggio.

La situazione italiana

In Italia lo stato delle disuguaglianze in salute è stato riassunto in un apposito capitolo degli ultimi due rapporti della Commissione di indagine sull'esclusione sociale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali^{4,5}, e in alcuni saggi dell'ultimo rapporto della Fondazione Gorrieri^{x,6}. Questi contributi hanno sottolineato che le caratteristiche principali con cui si presentano le disuguaglianze sociali di salute in Italia sono molto simili a quelle osservate nel resto dell'Europa. Esse interessano tutte le dimensioni di salute (incidenza e prevalenza di una buona parte delle principali patologie), prevalenza di disturbi e salute riferita, disabilità, mortalità prematura. Le disuguaglianze sono quasi sempre a svantaggio delle posizioni sociali più sfavorite, sia quelle degli individui sia quelle dei contesti di vita. La distanza nella salute tra i più e i meno favoriti è crescente nel tempo, anche se l'impatto sul numero di malattie attribuibili alle disuguaglianze sociali può essere calante nella misura in cui la diffusione dello svantaggio sociale si restringa, come è avvenuto per l'istruzione. Sono differenze di intensità variabile in diversi contesti geografici, fatto che suggerisce che potrebbero essere evitabili. Si tratta di differenze che non sembrano mostrare una soglia, ovvero disuguaglianze che si manifestano lungo tutta la scala dello svantaggio sociale.

L'agenda pubblica italiana ha finora preso atto di queste disuguaglianze di salute in modo episodico. L'ultima relazione del Ministero della salute sullo stato di salute del Paese⁷ ha affrontato il problema evidenziandone la priorità. Con il programma Guadagnare salute^{xi} e con il Piano nazionale della prevenzione^{xii}, lo Stato e le Regioni hanno cominciato a interpellare la responsabilità delle politiche di prevenzione sanitaria e di specifiche politiche non sanitarie nella promozione della salute; per lo più questi progetti si sono preoccupati di colmare le disparità geografiche. Il Centro per il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della salute ha dedicato un suo progetto speciale ad accompagnare

^{viii} Vedi http://ec.europa.eu/health/ph_overview/pgm2007_2013_it.htm

^{ix} Vedi http://ec.europa.eu/research/fp7/pdf/fp7-brochure_it.pdf

^x La Fondazione opera su scala nazionale con l'obiettivo di sviluppare la cultura e i valori della giustizia sociale, perpetuando e proseguendo la memoria, le ricerche e l'insegnamento di Ermanno Gorrieri, soprattutto nel campo delle disuguaglianze economiche e sociali e delle politiche per contrastarle (vedi <http://www.fondazionegorrieri.it/jsps/160/Home.jsp>).

^{xi} Vedi http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf

^{xii} Vedi <http://www.ccm-network.it/node/956>

lo sviluppo verso obiettivi di equità dei progetti di prevenzione primaria sugli stili di vita e sulle vaccinazioni e di prevenzione secondaria dei tumori femminili e delle complicanze del diabete^{xiii}. La sperimentazione di un Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP^{xiv}) ha provato a mettere a punto soluzioni di assistenza tagliate su misura per i gruppi più emarginati della società. Numerose iniziative di studio e di intervento in proposito sono state sviluppate a livello locale e di reti professionali, con particolare attenzione alle disuguaglianze nei percorsi assistenziali^{8,9,10,11,12}.

Tutto questo però non fa ancora una strategia coordinata, globale, e sistematica per l'equità nella salute, come quelle di cui alcuni Paesi europei si sono già dotati e stanno mettendo in atto in questi ultimi anni. Nessun livello di programmazione politica né nazionale né regionale ha espressamente preso di mira la riduzione delle disuguaglianze sociali di salute nella società italiana, coinvolgendo la responsabilità delle politiche sanitarie e non sanitarie e indirizzandole verso interventi coordinati di prevenzione e di moderazione di queste disparità.

La Comunicazione della Commissione europea dovrebbe stimolare Stato e Regioni a elaborare un Piano nazionale di controllo delle disuguaglianze sociali di salute; le principali occasioni di programmazione delle politiche che dovrebbero essere interpellate e le relative agenzie tecniche di assistenza sono quella delle politiche di prevenzione sanitaria (Piano nazionale e Piani regionali di prevenzione, con l'assistenza del CCM^{xv}), quella delle politiche sanitarie (Piano sanitario nazionale, con l'assistenza dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali^{xvi}), e quella delle politiche non sanitarie (Strategia salute in tutte le politiche, con l'assistenza del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro^{xvii}). Queste occasioni di programmazione e le rispettive agenzie di assistenza possono contare su una rete nazionale di esperti che è già sostenuta e finanziata da un progetto dell'INMP e da un progetto CCM, una rete che si propone di preparare e migliorare le capacità di controllo delle disuguaglianze in salute nei tre campi di programmazione delle politiche: prevenzione, assistenza sanitaria e politiche non sanitarie. In particolare, nella prevenzione sanitaria la rete si propone di:

- migliorare la capacità di misurare le disuguaglianze sociali nell'esposizione ai fattori di rischio e nelle conseguenze sulla salute, attraverso i sistemi informativi correnti e/o

^{xiii} Vedi http://www.ccm-network.it/prg_area4_diseguaglianze_consulenza_disequità

^{xiv} Vedi <http://www.inmp.it>

^{xv} Vedi <http://www.ccm-network.it/node/956>

^{xvi} Vedi <http://www.agenas.it/>

^{xvii} Vedi <http://www.portalecnel.it/>

attraverso i sistemi di sorveglianza realizzati *ad hoc*;

- calibrare i progetti operativi di prevenzione sulla base delle raccomandazioni di contrasto delle disuguaglianze elaborate per i piani di prevenzione;
- contribuire con adeguati disegni e sistemi di valutazione a colmare le lacune di conoscenza sull'efficacia di alcune azioni di contrasto.

Rispetto all'organizzazione sanitaria, in alcuni Paesi negli anni più recenti sono state introdotte formule di verifica dell'equità (*equity audit*) per presidiare il fatto che le scelte nell'assistenza sanitaria non contribuiscano alla generazione di uno svantaggio nei risultati di salute a carico delle persone socialmente più svantaggiate. In questa direzione la rete si propone di:

- elaborare e disseminare linee guida condivise sulla verifica dell'equità nelle diverse dimensioni del governo clinico (percorsi assistenziali e linee guida cliniche, valutazione delle tecnologie sanitarie, medicina delle prove di efficacia, audit clinico, gestione del rischio clinico, valutazione di risultato, eccetera);
- assistere l'elaborazione dei principali provvedimenti di programmazione sanitaria che sono più sensibili alle disuguaglianze in salute, con particolare riguardo alle procedure di definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA)^{xviii}, di allocazione del fondo sanitario, e di elaborazione della quota capitaria e di costi standard.

Per quanto riguarda le politiche non sanitarie, la rete si propone di sostenere e promuovere un orientamento all'equità della strategia Salute in tutte le politiche, e quindi di:

- facilitare l'avvio di iniziative nazionali, regionali e locali che si propongano di rivedere le politiche e gli interventi non sanitari rispetto a un equo impatto sulla salute;
- elaborare adeguata documentazione scientifica sull'impatto sulla salute delle principali politiche e interventi non sanitari, e sui meccanismi con cui i determinanti sociali influenzano in modo disuguale questo impatto, onde facilitare la comunicazione e motivare alla revisione i decisori non sanitari;
- elaborare e rendere disponibili adeguati modelli e strumenti per la valutazione preventiva di impatto sulla salute e sulle disuguaglianze in salute per le politiche e gli interventi, da introdurre come clausola valutativa al momento dell'adozione delle politiche e degli interventi di maggior salienza economica sociale e di salute.

In conclusione, le raccomandazioni della Commissione europea sulla solidarietà in materia di salute potrebbero trovare in Italia condizioni favorevoli per lo sviluppo di una strategia di

^{xviii} I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket.

contrasto delle disuguaglianze in salute. E' indispensabile che i soggetti sociali e professionali che hanno a cuore questo tema approfittino di questa finestra di opportunità per far sì che la programmazione delle politiche si misuri con la sfida delle disuguaglianze in salute. E' importante che anche i pochi strumenti di stimolo che sono disponibili alle politiche, come i finanziamenti per la ricerca, quelli per la sperimentazione e il trasferimento di nuove soluzioni nella pratica, e quelli per la formazione, siano orientati a questo scopo. Bisogna che ognuno possa facilmente riconoscere dove stanno le disuguaglianze di salute, quali siano le situazioni che si possono correggere e con quali azioni, e come misurarne il cambiamento.

¹ WHO, Commission on social determinants of health, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, WHO, Geneva, 2008

(http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html)

² Marmot M., Friel S., Bell R., et al., Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, *Lancet*, 2008, 372:1661-9.

³ Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J., et al., European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries, *N Engl J Med*, 2008, 358:2468-81.

⁴ CIES, *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale – Anno 2007*, Roma, 2008.

(<http://www.commissione-poverta-cies.eu/Archivio/rapporto2007.pdf>)

⁵ CIES, *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale – Anno 2008*. Roma, 2009.

(<http://www.commissione-poverta-cies.eu/Archivio/rapporto2009.pdf>)

⁶ Brandolini A, Saraceno C, Schizzerotto A. (a cura di). *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Fondazione Ermanno Gorrieri, 2009.

(http://www.fondazionegorrieri.it/jsps/158/Servizi/285/Pubblicazioni/289/Pubblicazioni_on_line/291/2_Rapporto_ODS.jsp)

⁷ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008*, Roma, 2009.

(<http://www.salute.gov.it/programmazioneSanitariaELea/archivioDocumentiProgrammazioneSanitariaELea.jsp?lingua=italiano&menu=documenti>)

⁸ Picciotto S., Forastiere F., Stafoggia M., et al., Associations of area based deprivation status and individual educational attainment with incidence, treatment, and prognosis of first coronary event in Rome, Italy, *J Epidemiol Community Health*, 2006, 60:37-43.

⁹ Agabiti N., Cesaroni G., Picciotto S., et al., Italian Study Group on Inequalities in Health Care. The association of socioeconomic disadvantage with postoperative complications after major elective cardiovascular surgery, *J Epidemiol Community Health*, 2008, 62:882-9.

¹⁰ Barone A.P., Fusco D., Colais P., et al., Effects of socioeconomic position on 30-day mortality and wait for surgery after hip fracture, *Int J Qual Health Care*, 2009, 21:379-86.

¹¹ Gnani R., Picariello R., la Karaghiosoff L., et al., Determinants of quality in diabetes care process: The population-based Torino Study, *Diabetes Care*, 2009, 32:1986-92.

¹² Rosato R., Sacerdote C., Pagano E., et al., Appropriateness of early breast cancer management in relation to patient and hospital characteristics: a population based study in Northern Italy, *Breast Cancer Res Treat*, 2009, 117:349-56.