

A cura di GIUSEPPE COSTA, MAURIZIO BASSI,
GIAN FRANCO GENSINI, MICHELE MARRA,
ANNA LISA NICELLI, NICOLAS ZENGARINI

L'EQUITÀ NELLA SALUTE IN ITALIA

**Secondo rapporto
sulle disuguaglianze sociali
in sanità**

FrancoAngeli



Fondazione Smith Kline

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



La Fondazione Smith Kline è un'istituzione indipendente costituitasi in Italia nel 1979 e giuridicamente riconosciuta nel 1982 come Ente Morale non-profit dal Presidente della Repubblica (DPR 917).

Nel 1987 è riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come *Centro di Collaborazione per la Formazione del Personale Sanitario* e nel 1997 come *Centro di Collaborazione in Management Ospedaliero* in Italia.

La Fondazione ha ottenuto dal 2004 al 2010 la Certificazione di Qualità per la progettazione e l'organizzazione di eventi formativi in ambito socio-sanitario e per la progettazione e l'erogazione di servizi di formazione dedicati ai professionisti della sanità nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina.

Da sempre è impegnata in studi e ricerche sulle dinamiche formative degli Operatori sanitari. Negli ultimi tempi il focus delle attività si è progressivamente spostato, con un'attenzione specifica alle tematiche di economia e politica socio-sanitaria, con particolare riferimento alle strategie di prevenzione e all'appropriatezza del trattamento delle patologie cronico-degenerative.

Nella sua veste di "coagulante" di competenze e conoscenze diverse, la Fondazione si pone come punto di riferimento e "incubatore" di progettualità per Operatori sanitari, Istituzioni e ONG, allo scopo di offrire contributi originali nel complesso panorama delle dinamiche sanitarie.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

A cura di GIUSEPPE COSTA, MAURIZIO BASSI,
GIAN FRANCO GENSINI, MICHELE MARRA,
ANNA LISA NICELLI, NICOLAS ZENGARINI

L'EQUITÀ NELLA SALUTE IN ITALIA

**Secondo rapporto
sulle disuguaglianze sociali
in sanità**

FrancoAngeli



Fondazione Smith Kline

L'elaborazione del documento è stata possibile grazie:

- alla Joint Action Equity Action, azione congiunta promossa dalla Commissione europea e a cui hanno partecipato 16 Paesi europei, tra cui l'Italia, rappresentata dalla Regione Piemonte, dalla Regione Veneto e dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (www.health-inequalities.eu/HEALTHQUITY/EN/projects/equity_action/);
- al progetto dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) "Costruzione di capacità di controllo delle disuguaglianze di salute in Italia" (coordinato dall'ASLTO3 della Regione Piemonte); nel frattempo l'INMP ha preso l'impegno di diffondere questo rapporto con appropriate formule di consultazione presso i diversi portatori di interesse per promuovere comunità di pratica che realizzino concrete azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute;
- al progetto del 2012 del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie "Realizzazione di un sistema standardizzato di misure delle disuguaglianze di salute, in sistemi di indagine e sorveglianza già disponibili, al fine di identificare priorità e target e valutare l'impatto di interventi di contrasto" (coordinato da Age.na.s - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali).

Il gruppo di lavoro Equità in salute e sanità, responsabile organizzativo del documento, è coordinato da Giuseppe Costa (Regione Piemonte) ed è composto da: Michela Morandini e Josef Plörer (Provincia autonoma di Bolzano); Bruno Zamparelli (Regione Campania); Alba Carola Finarelli e Nicola Caranci (Regione Emilia-Romagna); Luca Lattuada (Regione Friuli-Venezia Giulia); Francesco Quaglia (Regione Liguria); Carlo Zocchetti (Regione Lombardia); Patrizia Carletti (Regione Marche); Michele Marra (Regione Piemonte); Lucia Bisceglia e Michele Virgilio (Regione Puglia); Maria José Caldés e Fabio Voller (Regione Toscana); Paola Casucci (Regione Umbria); Patrizia Vittori (Regione Valle d'Aosta); Carla Cogo e Mario Saugo (Regione Veneto).

Autori del volume sono:

Prima parte: Capitolo 1, Giuseppe Costa (ASLTO3 - Regione Piemonte); Capitolo 2, Chiara Marinacci (Ministero della Salute), Marina Maggini (Istituto superiore sanità); Capitolo 3, Nicolás Zengarini (Università di Torino), Teresa Spadea (ASLTO3 - Regione Piemonte); Capitolo 4, Roberto Di Monaco (Università di Torino), Silvia Pilutti (Prospettive SAS); Capitolo 5, Cesare Cislighi (Agenas), Giuseppe Costa (ASLTO3 - Regione Piemonte); Capitolo 6, Nerina Agabiti (Dipartimento di Epidemiologia - Regione Lazio), Anna Maria Bargagli (Dipartimento di Epidemiologia - Regione Lazio), Marina Davoli (Dipartimento di Epidemiologia - Regione Lazio), Teresa Spadea (ASLTO3 - Regione Piemonte); Capitolo 7, Nicola Caranci (Assr - Regione Emilia-Romagna), Barbara Pacelli (Assr - Regione Emilia-Romagna), Andrea Ranzi (ARPA - Regione Emilia-Romagna); Capitolo 8, Michele Marra (ASLTO3 - Regione Piemonte).
Seconda parte: i capitoli 9, 10 e 11 sono a cura di Roberto Di Monaco (Università di Torino) e Silvia Pilutti (Prospettive SAS).

Copyright © 2014 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Ristampa	Anno
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Sono vietate e sanzionate (se non espressamente autorizzate) la riproduzione in ogni modo e forma (comprese le fotocopie, la scansione, la memorizzazione elettronica) e la comunicazione (ivi inclusi a titolo esemplificativo ma non esaustivo: la distribuzione, l'adattamento, la traduzione e la rielaborazione, anche a mezzo di canali digitali interattivi e con qualsiasi modalità attualmente nota od in futuro sviluppata).

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale, possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali (www.clearedi.org); e-mail autorizzazioni@clearedi.org).

Stampa: Tipomozza, via Merano 18, Milano.

Indice

Parte prima Evidenze, meccanismi di generazione, politiche

1. Promuovere equità di salute e di sanità in Italia , di <i>Giuseppe Costa</i>	pag.	13
1.1. Come è nato il libro	»	13
1.2. L'Italia nel panorama europeo	»	14
1.3. Cosa si vorrebbe sapere sulle disuguaglianze di salute per intervenire?	»	16
1.4. Com'è lo stato delle disuguaglianze di salute in Italia e quale è il potenziale di guadagno di salute che si può ottenere contrastando le disuguaglianze?	»	18
1.5. I mezzi per raggiungere il traguardo dell'uguaglianza: le spiegazioni delle disuguaglianze (la definizione di priorità)	»	22
1.5.1. Quale impatto hanno le disuguaglianze di esposizione ai determinanti distali?	»	25
1.5.2. Quale impatto hanno le disuguaglianze di esposizione ai fattori di rischio?	»	25
1.6. Quali sono i mezzi per avvicinarsi al traguardo dell'uguaglianza? L'impatto atteso degli interventi e la loro fattibilità (definire dei <i>target</i>)	»	30
1.7. Le risposte politiche in Europa, in Italia e nelle sue regioni	»	37
Note	»	40
Bibliografia	»	41
2. Lo stato delle disuguaglianze di salute in Italia , di <i>Chiara Marinacci, Marina Maggini</i>	»	43
2.1. Le disuguaglianze di salute in Italia tra geografia e posizione sociale	»	43

2.1.1. Disuguaglianze nei fattori di rischio comportamentali	pag.	44
2.1.2. Condizioni socioeconomiche individuali e salute riferita; associazioni, variazioni temporali e ruolo dell'area di residenza	»	50
2.1.3. Posizione sociale e indicatori di accesso ai servizi sanitari: associazioni e relative variazioni tra il 2000 e il 2005	»	58
2.1.4. Diseguaglianze sociali nella mortalità generale e per gruppi di cause negli anni duemila, attraverso gli Studi longitudinali	»	62
2.2. Le diseguaglianze sociali nel contesto europeo e la specificità italiana	»	66
Note	»	68
Bibliografia	»	69
3. Principali meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute: i determinanti distali e prossimali e il loro impatto relativo , di <i>Nicolás Zengarini, Teresa Spadea, Andrea Ranzi, Angelo D'Errico</i>	»	73
3.1. Una mappa dei meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute	»	73
3.2. Il primo meccanismo: la stratificazione sociale e i determinanti distali	»	76
3.2.1. Istruzione	»	81
3.2.2. Occupazione e lavoro	»	83
3.2.3. Le risorse materiali: reddito e beni accumulati	»	87
3.3. Il secondo meccanismo: i fattori di rischio e i determinanti prossimali	»	92
3.3.1. Condizioni di lavoro e fattori psicosociali	»	92
3.3.2. Condizioni ambientali	»	99
3.3.3. Stili di vita	»	105
3.4. Il terzo meccanismo: la vulnerabilità	»	114
3.5. Il quarto meccanismo: le conseguenze sociali della malattia	»	117
3.6. La salute dei gruppi sociali ad alto rischio	»	119
3.6.1. La salute degli immigrati	»	120
Note	»	124
Bibliografia	»	124
4. Le azioni di correzione nel senso dell'equità delle politiche non sanitarie , di <i>Roberto Di Monaco, Silvia Pilutti</i>	»	137
4.1. Dalle evidenze di ricerca alla ricalibratura delle politiche	»	137
4.2. Coordinate per rafforzare l'equità delle politiche non sanitarie	»	139

4.3. Contesti di vita e politiche di sistema per la libertà e l'autodeterminazione	pag.	144
4.4. Contestualizzare le teorie	»	148
4.5. Dai 'determinanti sociali' ai 'sociali determinanti'	»	150
4.6. Strategie per curvare politiche e contesti verso l'equità	»	152
Note	»	164
5. Le implicazioni delle disuguaglianze di salute per le politiche sanitarie , di <i>Giuseppe Costa, Cesare Cislaghi</i>	»	166
5.1. Introduzione	»	166
5.2. I Livelli di Assistenza garantiti	»	166
5.3. Il finanziamento dell'assistenza sanitaria	»	170
5.4. L'allocazione delle risorse	»	177
5.5. L'organizzazione e il funzionamento dell'assistenza sanitaria	»	183
5.6. Conclusioni	»	186
Note	»	186
Bibliografia	»	187
6. Il ruolo della sanità nella generazione o moderazione delle disuguaglianze di salute: il governo clinico , di <i>Teresa Spadea, Nera Agabiti, Anna Maria Bargagli, Marina Davoli</i>	»	188
6.1. Meccanismi di generazione delle disuguaglianze nei percorsi assistenziali	»	188
6.2. Disuguaglianze socioeconomiche nell'accesso ad interventi efficaci ed appropriati	»	190
6.2.1. Interventi di prevenzione	»	191
6.2.2. Trattamenti terapeutici medico-chirurgici	»	195
6.3. Disuguaglianze socioeconomiche negli esiti delle cure	»	205
6.4. Efficacia di interventi o azioni in ambito sanitario per la riduzione delle disuguaglianze	»	209
6.5. Conclusioni	»	215
Note	»	218
Bibliografia	»	219
7. Un sistema per il monitoraggio delle disuguaglianze di salute e per la valutazione delle azioni di contrasto , di <i>Nicola Caranci, Barbara Pacelli, Andrea Ranzi</i>	»	224
7.1. Introduzione	»	224
7.2. Le fonti disponibili in Italia per monitorare le variazioni sociali nella salute	»	225
7.2.1. Quando i dati sulle covariate sociali sono rilevati nella fonte del numeratore	»	231

7.2.2. Quando i dati sulla posizione sociale sono rilevati da indagini o sistemi di sorveglianza campionari che sono la fonte sia del numeratore che del denominatore	pag.	238
7.2.3. Studi longitudinali di popolazione: la rete degli studi multi-metropolitani e indicatori di stato sociale a livello individuale	»	245
7.2.4. Quando i dati sulle covariate sociali sono relativi all'aggregato: indicatore di reddito e indice di deprivazione	»	248
7.3. Le disuguaglianze di salute ambientale	»	253
Note	»	257
Bibliografia	»	259

8. Lo stato di avanzamento delle politiche italiane ed europee nel contrasto alle disuguaglianze di salute, di Michele Marra	»	263
8.1. Cosa si intende per politica di contrasto alle disuguaglianze di salute?	»	263
8.1.1. Il livello di consapevolezza	»	268
8.1.2. Gli <i>entry-point</i> e i soggetti attuatori	»	270
8.1.3. Il <i>target</i> delle politiche	»	273
8.1.4. La capacità di monitoraggio e la valutazione	»	276
8.2. Lo stato di avanzamento delle politiche di contrasto alle disuguaglianze di salute in Europa	»	276
8.3. Lo stato di avanzamento delle politiche di contrasto in Italia	»	283
8.3.1. Gli input internazionali e il livello di consapevolezza europeo	»	288
8.3.2. Il livello di consapevolezza in Italia	»	296
8.3.3. Gli interventi adottati dal sistema sanitario	»	298
8.3.4. Gli interventi di contrasto adottati dalle politiche non sanitarie italiane	»	311
Note	»	318
Bibliografia	»	320
Appendice	»	322

Parte seconda

Evidenze, meccanismi di generazione, politiche

9. Le ipotesi sulla radice sociale delle disuguaglianze di salute che hanno implicazioni per le politiche, di Roberto Di Monaco, Silvia Pilutti	»	333
9.1. Effetti sulla salute delle politiche distributive	»	333

9.2. La salute si costruisce nei primi anni: importanza dei contesti nell'infanzia	pag.	339
9.3. Lavoro e salute: la mediazione cruciale dei contesti organizzativi	»	342
9.4. Il ruolo dell'inclusione attiva nei contesti sociali e l'effetto sulla salute	»	347
9.5. Le potenzialità dei contesti ambientali	»	351
Note	»	352
10. Le evidenze empiriche: effetti dei determinanti sociali di salute , di <i>Roberto Di Monaco, Silvia Pilutti</i>	»	358
10.1. Effetti delle disuguaglianze di reddito e risorse economiche	»	358
10.2. La centralità provata del contesto nei primi anni di vita	»	359
10.3. I processi formativi: una leva a geometria variabile per accrescere le capacità delle persone	»	362
10.4. Integrazione sociale e salute attraverso il lavoro di qualità	»	365
10.5. Processi di esclusione sociale e conseguenze sulla salute	»	374
10.6. Gli stili di vita: effetti delle disuguaglianze sulla salute	»	389
10.7. Vivere il contesto: salute dagli ambienti di vita	»	391
Note	»	396
11. Esperienze da valorizzare nella promozione dell'equità nella salute , di <i>Roberto Di Monaco, Silvia Pilutti</i>	»	430
11.1. Politiche efficaci per prevenire e risparmiare	»	430
11.2. Prevenire investendo sui sistemi universali di servizi per l'infanzia	»	431
11.3. Sviluppare un utilizzo strategico del sistema scolastico	»	441
11.4. Dalle politiche del lavoro alle organizzazioni che 'fanno crescere'	»	443
11.5. Esperienze di miglioramento degli stili di vita	»	452
11.6. Rafforzare le politiche di protezione e inclusione sociale	»	456
11.7. <i>Empowerment</i> per interventi sul territorio e sulle abitazioni	»	474
Note	»	481

Parte prima

Evidenze, meccanismi di generazione, politiche

*1. Promuovere equità di salute e di sanità in Italia**

di *Giuseppe Costa*

1.1. Come è nato il libro

Il Libro Bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia mette in ordine in un unico percorso logico alcuni saggi che, raccogliendo le principali conoscenze scientifiche attualmente disponibili a livello nazionale, regionale e locale, rivelano quale sia il potenziale di salute che si può guadagnare controllando le disuguaglianze di salute, quali siano i principali punti di ingresso attraverso cui queste possono essere contrastate e infine quali siano le politiche e gli interventi che meriterebbero di essere ricalibrati per ottenere tali risultati.

In particolare gli studi presentati sono stati realizzati sotto stimolo del gruppo di lavoro interregionale Equità nella salute e nella sanità (gruppo ESS). Il gruppo, istituito nel dicembre del 2011 dalla commissione Salute della Conferenza delle Regioni al fine di formulare proposte di raccomandazioni che potessero ispirare una prossima strategia italiana di contrasto alle disuguaglianze di salute, ha invitato numerosi esperti di sanità pubblica ed epidemiologia a contribuire con interventi propri alla definizione e all'analisi del tema.

Da questi saggi il gruppo ESS ha ricavato le principali implicazioni per le politiche sanitarie e non sanitarie da collocare nel quadro delle strategie della salute pubblica, italiana ed europea, e le ha sottomesse alla commissione Salute delle Regioni, affinché ne traesse le conclusioni e scelte ritenute opportune.

Gli autori sanno che non è sufficiente che le conoscenze scientifiche che sono patrimonio dei tecnici siano comunicate ai decisori affinché esse si traducano direttamente in scelte. Da un lato occorre fare lo sforzo di presentare queste conoscenze in modo che corrispondano alle domande che sono ritenute pertinenti e rilevanti da chi è responsabile della tutela della salute nella società. Ed è perciò che questo capitolo introduttivo utilizzerà i

diversi saggi del libro per rispondere alle principali domande che un decisore potrebbe rivolgere ad un esperto sulle disuguaglianze di salute: quanto sono importanti, da dove nascono, se sono evitabili e contrastabili, su quali priorità concentrare l'attenzione e con quali risultati misurarsi come possibili *target* dell'azione.

Dall'altro lato bisogna essere consapevoli che ogni processo decisionale utilizza anche altri criteri di giudizio oltre a quello delle prove scientifiche; servirà quindi anche il contributo delle opinioni dei principali portatori di interesse per completare il quadro delle diagnosi e delle soluzioni che il libro suggerisce.

1.2. L'Italia nel panorama europeo

La situazione europea è stata ben fotografata nel 2005 dalla Conferenza sui determinanti sociali di salute organizzata dalla presidenza europea britannica. In quella circostanza due rassegne analitiche avevano descritto da un lato lo stato delle disuguaglianze nella salute e dall'altro l'avanzamento dei diversi Paesi dell'Europa a quindici sulla strada del contrasto delle disuguaglianze di salute (Mackenbach, 2005; Judge, 2005). Successivamente alcuni studi comparativi hanno permesso di allargare lo sguardo epidemiologico anche ai nuovi stati membri dell'Europa a 25 (Mackenbach, 2008) e alle azioni e alle strategie di contrasto adottate da allora (Euro-GBD-SE, 2012).

Da queste fonti risulta che disuguaglianze sociali nella mortalità a favore delle categorie più avvantaggiate sono presenti in tutti i Paesi europei. L'intensità delle disuguaglianze di salute varia geograficamente passando da un effetto di media intensità nei Paesi dell'Europa nordica e occidentale, ad uno di minore intensità tra i Paesi mediterranei, ad uno decisamente più intenso nei Paesi centro orientali di nuova adesione.

L'andamento temporale, prima della crisi, già mostrava che le disuguaglianze di mortalità si sono allargate sia in senso assoluto (differenza tra tassi) sia in senso relativo (rapporto tra tassi) nei pochi Paesi che hanno dati appropriati e comparabili; nell'analisi dei primi anni 2000 il numero di morti attribuibili, invece, rimaneva pressoché invariato grazie alla riduzione della platea dei gruppi più svantaggiati (Mackenbach, 2003).

Variazioni geografiche simili si possono documentare nella prevalenza dei fattori di rischio per la salute, coerentemente con quanto ci si può aspettare sulla base delle disuguaglianze nelle specifiche cause di morte correlate; queste variazioni suggeriscono la necessità di adottare diversi punti di ingresso per le azioni di contrasto nei differenti Paesi (Mackenbach, 2004; Huisman, 2005; Menvielle, 2007; Roskam, 2010; Huisman, 2005; Avendano, 2006; Avendano, 2004).

Disuguaglianze negli indicatori soggettivi di salute sono evidenti e a favore delle categorie sociali più avvantaggiate in tutti i Paesi europei, ma la loro intensità e variazione nel tempo sono anche influenzabili da fattori culturali e sono quindi meno utili per orientare le azioni di contrasto.

I governi stanno reagendo a questa situazione con un passo differente, lento in quei Paesi dove la misura e il riconoscimento dell'esistenza delle disuguaglianze di salute è ancora un problema, incoraggiante in quei contesti dove diverse iniziative settoriali sono in corso ma non esiste ancora un'apposita strategia, e più sostenuto laddove le disuguaglianze di salute sono riconosciute come una priorità e ad esse viene dedicata una strategia specifica e coordinata tra i diversi settori delle politiche.

Nel frattempo le istituzioni europee hanno discusso e approvato la comunicazione della Commissione su "La solidarietà nella salute e la riduzione delle disuguaglianze di salute in Europa"¹ e molte iniziative sono state intraprese a livello europeo col proposito di stimolare l'iniziativa e costruire capacità per dare priorità alle disuguaglianze di salute nelle agende della Commissione e delle istituzioni dei Paesi membri. Tra queste iniziative sono da citare due rassegne europee sulle disuguaglianze di salute: una della Commissione europea per aggiornare la situazione dell'Europa a venticinque sotto il profilo epidemiologico e delle politiche; e una dell'Ufficio europeo per gli Investimenti per la salute e lo sviluppo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che allarga lo sguardo a tutti i Paesi della regione europea dell'OMS². Inoltre, una Joint Action tra la Commissione e 16 Paesi membri ha sviluppato iniziative di valutazione di impatto sulle disuguaglianze di salute di politiche europee, nazionali e regionali, coinvolgendo rappresentanti dei vari portatori di interesse³. Infine, le principali lacune conoscitive circa l'efficacia delle politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute sono oggetto di diversi progetti di ricerca approvati con il bando 2011 del FP7⁴.

Quando le istituzioni europee parlano di disuguaglianze di salute spesso comprendono sia quelle attribuibili ai determinanti sociali (anche in interazione con altre dimensioni delle disuguaglianze: genere, generazione, origine etnica), sia quelle geografiche. Dal punto di vista delle disuguaglianze geografiche, nel 2010 la Commissione europea e l'Ufficio europeo dell'OMS hanno rilasciato uno strumento applicativo comune (I2SARE) per l'analisi delle variazioni temporali nelle disuguaglianze geografiche in Europa nella mortalità e nella morbosità, a livello nazionale e regionale (NUTS1 e NUTS2), e della loro correlazione con indicatori aggregati di deprivazione⁵.

I dati confermano l'esistenza di un importante divario Est-Ovest nella mortalità a favore dei Paesi dell'Europa a 15, un divario che si andrebbe lentamente riducendo. È un po' come se in Europa nel divario Est-Ovest si

ripetesse su scala più moderata il ben noto quadro del divario poveri-ricchi nella speranza di vita che si osserva tra i Paesi del mondo (Pickett, Wilkinson, 2010). Questo profilo geografico suggerisce che la povertà del Paese potrebbe agire non solo come determinante sfavorevole della salute, ma anche come modificatore dell'effetto negativo sulla salute della povertà individuale. Allo stesso tempo il fatto che nell'Europa a 15 i Paesi mediterranei mostrino una maggiore omogeneità geografica e sociale nella distribuzione del rischio di morte, soprattutto tra le donne, pur essendo tra i Paesi europei quelli con maggiori disuguaglianze sociali, potrebbe essere attribuibile all'azione di altri fattori in grado di moderare l'effetto sulla salute delle disuguaglianze sociali nei Paesi dell'area mediterranea.

Questa è la scena in cui bisogna valutare lo stato delle disuguaglianze di salute in Italia, i suoi determinanti e le possibili implicazioni per le politiche. Quali sono le domande principali che i decisori farebbero ai tecnici per valutare questa situazione?

1.3. Cosa si vorrebbe sapere sulle disuguaglianze di salute per intervenire?

La sanità pubblica usa diversi metodi per incorporare le conoscenze scientifiche nei processi decisionali; quelli più formalizzati sono i metodi per la definizione di priorità che si basano sul cosiddetto “*burden of disease*”, sul rapporto costo-benefici e costo-efficacia, o sui fattori di rischio. Tuttavia in questi modelli le disuguaglianze sociali non sono mai incluse esplicitamente nelle formule di definizione di priorità; solo in un recente articolo anche i dati sulle disuguaglianze di esposizione ai fattori di rischio sono stati accolti nella formula di identificazione di priorità per i programmi di prevenzione delle malattie croniche in Italia, integrandoli insieme ad altri criteri di maggior peso in un semplice modello lineare (Simoes, 2006 e 2012). In questo documento, al contrario, si intende mettere al centro dell'attenzione del decisore una stima dell'impatto delle disuguaglianze sociali per la salute e della sua quota evitabile per influenzare la scelta di priorità.

Facendo riferimento alla classica definizione di “bisogno” in sanità pubblica “*To speak of a need is to imply a goal, a measurable deficiency from the goal and a means of achieving the goal*” (Wilkin *et al.*, 1992), la decisione di accogliere un nuovo bisogno come le disuguaglianze di salute nell'agenda delle politiche si dovrebbe basare su una stima e valutazione del potenziale di salute che nasce dalle disuguaglianze di salute e della quantità di questo potenziale che è evitabile con azioni di contrasto dei determinanti (Fig. 1).

Fig. 1 - Domande rilevanti per l'analisi dei bisogni, la valutazione di priorità e la definizione di target nel campo delle disuguaglianze di salute

1. gli indicatori di salute mostrano una distanza misurabile dal traguardo di uguaglianza?		
DISTRIBUZIONE OSSERVATA	Indicatori di salute (ad es. mortalità)	Traguardo: uguaglianza nella distribuzione (ad es. istruzione)
2. qual è la % di questa distanza che è attribuibile ai determinanti (per permettere la scelta di priorità)?		
% attribuibile a DET. DISTALE A Es. reddito	% attribuibile a DET. DISTALE B Es. occupazione	% attribuibile a DET. DISTALE C Es. classe sociale
% attribuibile a DET. PROSSIMALE D Es. stili vita	% attribuibile a DET. PROSSIMALE E Es. biologici	% attribuibile a DET. PROSSIMALE F Es. psicosociali
3. qual è la % di questa distanza che può essere in teoria evitata in teoria grazie a specifici interventi di contrasto, la cui efficacia sia stata valutata in letteratura?		
% evitabile con INTERVENTO SU A o D	% evitabile con INTERVENTO SU B o E	% evitabile con INTERVENTO SU C o F
4. qual è la % di questa distanza che può essere evitata nella pratica grazie agli interventi di cui al punto 3, tenuto conto della trasferibilità e dell'efficacia dell'intervento nella pratica verificate nel contesto reale (permettendo la definizione di un target realistico)?		
% evitata con INTERVENTO SU A o D	% evitata con INTERVENTO SU B o E	% evitata con INTERVENTO SU C o F
La risposta alle domande 1-4 permette di stimare il beneficio atteso (in termini di riduzione della distanza dal traguardo di uguaglianza) grazie al contrasto dei determinanti (priorità) tramite interventi di efficacia conosciuta e calibrata sul contesto (target)		
SOMMA DI BENEFICI DA INTERVENTO SU A o D	SOMMA DI BENEFICI DA INTERVENTO SU B or E	SOMMA DI BENEFICI DA INTERVENTO SU C or F
+	+	= TARGET

Secondo la Fig. 1, il processo decisionale può ritenersi pienamente informato se la conoscenza disponibile permette di valutare:

1. la dimensione del bisogno in termini di una distanza misurabile degli indicatori di salute dal traguardo dell'uguaglianza (definita in base a variabili di stratificazione sociale);
2. un bisogno che può essere scomposto nelle frazioni spiegate e quindi attribuibili al contributo indipendente o interdipendente di tutti i determinanti che mediano l'effetto della stratificazione sociale sulle disuguaglianze di salute; ognuno di questi determinanti (distali o prossimali) può rappresentare un punto di ingresso per azioni di contrasto;
3. una frazione attribuibile di cui occorre valutare la quota di evitabilità, utilizzando le conoscenze disponibili in letteratura per stabilire quale sia il grado di efficacia teorica degli interventi di contrasto;

4. un grado di evitabilità che deve essere calibrato rispetto alle condizioni (vincoli e opportunità) del contesto in cui devono essere applicati gli interventi di contrasto, condizioni che possono modificare il grado di efficacia teorica attesa.

Ad ognuno dei punti dello schema corrispondono altrettante domande che il gruppo ESS ha sottomesso agli esperti che hanno contribuito al libro; i capitoli del libro rispondono appunto a queste domande e i prossimi paragrafi di questo capitolo riassumono le principali risposte ad ognuna delle domande.

1.4. Com'è lo stato delle disuguaglianze di salute in Italia e quale è il potenziale di guadagno di salute che si può ottenere contrastando le disuguaglianze?

Le disuguaglianze di salute in Italia sono state finora misurate utilizzando in modo integrato diversi sistemi di indagine a copertura nazionale (nel caso degli indicatori autoriferiti di salute e ricorso ai servizi) o perlopiù locale (nel caso degli indicatori di mortalità, morbosità e uso dei servizi), ottenuti da sistemi di *record linkage* tra dati di fonte statistica ed amministrativa (cfr. Cap. 7). I risultati ottenuti, anche da fonti diverse, sono sufficientemente coerenti tra di loro (cfr. Cap. 2) e possono essere riassunti come segue.

In Italia si osservano disuguaglianze sociali nella salute a sfavore dei più svantaggiati che riguardano tutte le dimensioni di salute – l'incidenza (ammalarsi), la prevalenza (rimanere nello stato di malattia), la letalità (morire a causa della malattia) – e tutte le dimensioni della posizione sociale, sia quelle di carattere relazionale centrate sulla capacità di controllo delle risorse disponibili (classe sociale e credenziali educative), sia quelle di carattere distributivo delle risorse stesse, come reddito e beni posseduti.

Le disuguaglianze osservate riguardano sia indicatori obiettivi di morbosità, disabilità e mortalità sia indicatori di salute autoriferita i cui risultati vanno nella stessa direzione. Le disuguaglianze di salute sono sempre a vantaggio dei gruppi sociali più favoriti, con rare eccezioni che riguardano alcune malattie determinate da comportamenti tipici dei gruppi sociali più ricchi (ad esempio la posticipazione dell'età al primo figlio come fattore di rischio dei tumori femminili più frequenti nelle donne in carriera; o l'accanimento igienico nell'età evolutiva, noto fattore di rischio del disturbo allergico che è più diffuso nei gruppi sociali più elevati). Perfino le malattie più influenzate da disturbi genetici potrebbero essere disugualmente distribuite a causa della minore probabilità di carriera sociale delle persone che ne sono vittime.

L'andamento temporale di queste disuguaglianze sociali di salute in Italia è stato analizzato in alcune indagini con risultati non conclusivi. Le disuguaglianze relative di mortalità secondo il titolo di studio sembrano stabili in termini di rapporto dei tassi tra i più e i meno istruiti; le disuguaglianze in termini assoluti di morti attribuibili potrebbero invece non variare nel tempo per il ridimensionamento del numero dei soggetti con minor formazione. Su indicatori di posizione sociale diversi dal titolo di studio la dinamica temporale dell'impatto delle disuguaglianze potrebbe essere differente, a causa dell'allargamento della platea dei soggetti svantaggiati soprattutto in coincidenza della crisi.

Le disuguaglianze di salute in Italia sembrano variare di intensità nelle varie aree del Paese. Tutti gli indicatori di salute autoriferita (salute fisica, psichica, malattie croniche e disabilità) mostrano che le regioni del Mezzogiorno manifestano disuguaglianze sociali più pronunciate della media italiana, come se il contesto meridionale rendesse i poveri più vulnerabili all'effetto sulla salute della povertà individuale che nel resto del Paese, similmente a quanto osservato tra i Paesi dell'Europa centro orientale a confronto con quelli dell'Europa a 15 nel precedente paragrafo. Questo riscontro di maggior vulnerabilità all'effetto della povertà sulla salute autoriferita potrebbe essere solo l'avanguardia di una tendenza che con la dovuta latenza potrebbe nel futuro interessare anche altri esiti obiettivi di salute come la mortalità. È dunque possibile che la combinazione della particolare concentrazione di povertà individuale nel Mezzogiorno, unitamente alla minore capacità di queste regioni di moderare le disuguaglianze sociali di salute, siano all'origine del nuovo divario tra Nord e Sud che si incomincia a manifestare nella maggior parte degli indicatori di salute a livello geografico.

Una variabilità importante, ma meno modificabile, è quella che riguarda le variazioni di intensità delle disuguaglianze tra i generi (meno intense tra le donne), le generazioni (meno intense tra gli anziani) e l'origine etnica (di intensità variabile tra i diversi gruppi). Queste interazioni hanno spiegazioni abbastanza note, nessuna delle quali aggredibile in modo specifico con le politiche di correzione: i tumori femminili sono più frequenti tra le donne in carriera e questo smorza l'intensità delle disuguaglianze femminili di mortalità; i poveri che diventano anziani sono la parte di popolazione povera che è sopravvissuta ai rischi per la salute in età più precoci, e pertanto sono più resistenti all'impatto della povertà sulla salute anziana.

La forma delle disuguaglianze di salute dipende dalla dimensione di salute e dalla voce nosologica che si considera. Alcune voci nosologiche possono mostrare disuguaglianze di salute a soglia, nel senso che l'effetto sfavorevole sulla salute si manifesterebbe solo a partire da una certa soglia sulla scala sociale (sia per l'istruzione, sia per la classe, o il reddi-