

L'equità nel sistema sanitario: evidenze epidemiologiche e possibili interventi

Aldo Rosano*

EQUITY IN THE HEALTH CARE SYSTEM: EPIDEMIOLOGICAL EVIDENCE AND POSSIBLE ACTIONS

ABSTRACT: When health inequalities constitute inequity? We can say when they derive from the unequal distribution of power, income, goods and services, at a global and national level. The immediate consequences of unfairness are visible in people's living and working conditions, in access to health care, to education, in the possibility of leading a dignified life. This unequal distribution of health-damaging experiences is by no means a "natural" phenomenon, but it is the result of a combination of bad social policies and ineffective programs to contrast poverty, unfair economic agreements and bad policies. Together, the structural determinants and conditions of everyday life are the social determinants of health and are responsible for an important part of health inequalities between and within countries. The article, starting from a tentative definition of health inequalities, reviews the main factors associated to health inequalities with examples from the Italian context. Once explained the mechanisms that may cause health differences in the population, some possible contrasting actions are proposed in terms of health and social policies.

KEYWORDS: Health inequalities, epidemiology, socioeconomic factors, health policies

SOMMARIO: 1. Cosa sono le disuguaglianze di salute: fattori contestuali ed individuali – 2. Fattori di natura biologica – 2.1 Gruppi di popolazione / Patrimonio genetico – 2.2 Età – 2.3 Sesso – 3 Fattori di natura ambientale – 3.1 Gli stili di vita – 3.2 L'ambiente – 3.3 Fattori socio-economici – 3.4 Occupazione – 3.5 Accesso alle cure – 4. Da dove hanno origine le disuguaglianze? – 5. Le azioni: dove e come si può intervenire; 6. Conclusioni.

1. Cosa sono le disuguaglianze di salute: fattori contestuali ed individuali

Le disuguaglianze di salute possono essere analizzate secondo diverse prospettive: giuridiche, sociologiche, mediche ed etiche. Questo articolo intende affrontare il tema dal punto di vista epidemiologico, senza però ignorare le forti connessioni che sono presenti con altri ambiti scientifici. L'epidemiologia studia la distribuzione delle malattie nella popolazione e i fattori (detti determinanti¹) associati alla loro comparsa. Lo stato di salute può essere "disuguale", o meglio, variare per numerosi fattori: genetici, ambientali, sociali, economici, abitudini di vita.

* Ricercatore presso l'Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche (INAPP). E-mail: a.rosano@inapp.org. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

¹ Il termine determinante è mutuato dalla lingua inglese (*determinants*) anche se nella nostra lingua identificherebbe una relazione necessariamente causale tra fattore e malattia. Nell'epidemiologia moderna

La parola disuguaglianza racchiude due concetti che, mutuati dalla lingua inglese, corrispondono ai termini “iniquità” (*inequity*) e “inuguaglianza” (*inequality*)². Termini a volte confusi, ma che non sono intercambiabili. L'*inequity* si riferisce a differenze ingiustificate, evitabili derivanti da scarsa *governance* o da qualsiasi tipo di discriminazione, mentre l'*inequality* si riferisce semplicemente alla variabile distribuzione delle risorse di salute conseguente a fattori genetici, anagrafici o altri fattori ritenuti “inevitabili” o “eticamente accettabili”. L'iniquità evoca l'indignazione morale, è ingiusta e indifendibile, che causa morti e malattie evitabili. La giustizia sociale in questo caso è letteralmente una questione di vita o di morte.

All'interno di ogni popolazione ci sono differenze nello stato di salute e sarebbe irrealistico aspettarsi che lo stato di salute sia lo stesso ovunque. Tuttavia, poiché tutti gli esseri umani hanno diritto alla tutela della propria salute, deve esserci almeno l'accesso universale ai servizi sanitari di base. Attualmente l'aspettativa di vita varia da oltre 80 anni in alcuni paesi ricchi a meno di 50 anni in paesi in cui mancano le risorse sanitarie e la *governance* dei sistemi sanitari è debole e spesso corrotta. Inoltre, all'interno degli stessi paesi l'aspettativa di vita per i gruppi svantaggiati è in genere di cinque o più anni al di sotto della media. La Commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sui determinanti sociali della salute considera tali differenze un affronto alla giustizia sociale che va affrontata in tempi brevi. Ciò solleva una questione: “quando le disuguaglianze di salute costituiscono iniquità?” Possiamo considerare tali le conseguenze che derivano dall'ineguale distribuzione di potere, reddito, beni e servizi, a livello globale e nazionale. La conseguente dell'iniquità nell'immediato sono visibili nelle condizioni di vita e di lavoro delle persone, nell'accesso all'assistenza sanitaria, all'istruzione, nella possibilità di condurre una vita dignitosa. L'iniquità è spesso misurata in termini di disuguaglianze di salute, che si manifestano laddove si possa ragionevolmente aspettarsi l'uguaglianza. Ad esempio, non vi è alcuna ragione perché ci siano differenze nell'accesso ai servizi sanitari tra uomini e donne all'interno di un paese o tra persone di etnia diversa. I servizi sanitari di base dovrebbero essere disponibili per tutti i soggetti presenti all'interno di una comunità secondo necessità. Questa distribuzione ineguale di esperienze lesive della salute non è affatto un fenomeno “naturale”, ma è il risultato di una combinazione di cattive politiche sociali e di inefficaci programmi di contrasto alla povertà, di accordi economici ingiusti e cattive politiche. Insieme, i determinanti strutturali e le condizioni della vita quotidiana costituiscono i determinanti sociali della salute e sono responsabili di una parte importante delle disuguaglianze di salute tra e all'interno dei paesi³.

I determinanti socioeconomici costituiscono i fattori più rilevanti nelle differenze di salute di una popolazione. Le disparità sociali nella salute sono un problema complesso che nasce da un insieme di meccanismi: la stratificazione sociale dettata dalla disuguale distribuzione delle risorse (determinanti distali); la distribuzione dei principali fattori di rischio per la salute (determinanti prossimali) come

questa relazione raramente è “necessaria”, quanto piuttosto probabile. Si tratta, infatti, di fattori di rischio, che possono condurre o meno all'insorgenza della malattia, con una latenza che può variare da pochi giorni a numerosi anni. Va detto che tra i determinanti di salute si usa ricomprendere anche fattori protettivi che esercitano la propria azione diminuendo il rischio di insorgenza della malattia.

² Per ulteriori dettagli sui termini *inequity* e *inequality* si veda il sito <http://www.globalhealtheurope.org/> (ultima consultazione 11/3/2019).

³ WORLD HEALTH ORGANIZATION, COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, “Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health”, Ginevra, 2019.

quelli ambientali, psicosociali, gli stili di vita insalubri e, in molti casi, anche il limitato accesso a cure appropriate⁴.

Quando parliamo di “disuguaglianze di salute” è bene specificare quali sono gli indicatori che in genere si considera per misurare lo stato di salute, e quindi le e eventuali disuguaglianze. Gli indicatori proposti dall'OMS per misurare lo stato di salute di una popolazione sono la speranza di vita alla nascita e la mortalità infantile. Si tratta di indicatori facilmente calcolabili con i dati demografici disponibili nella maggior parte dei paesi, che ben sintetizzano le condizioni di salute di una popolazione. Nei paesi con sistemi informativi sanitari più evoluti, in cui sono disponibili informazioni più dettagliate, come la mortalità e la morbosità per causa (o gruppi di cause), si possono utilizzare indicatori di salute più analitici, come la speranza di vita libera da disabilità, la mortalità o l'incidenza per gruppi di cause. Ciò permette di individuare quali patologie sono maggiormente associate con i diversi determinanti, esercizio tutt'altro che semplice considerando che tali fattori sono spesso fortemente interconnessi. A tal proposito vale la pena citare una recente pubblicazione frutto della collaborazione tra L'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)⁵ in cui vengono valutate le differenze geografiche e socioeconomiche nella mortalità e nella speranza di vita in Italia attraverso la quota di mortalità attribuibile al livello di istruzione medio-basso. Per avere una misura che riesca il più possibile a distinguere l'effetto della variabile che identifica la situazione socioeconomica (in questo caso il livello di istruzione) dagli altri fattori, si utilizza come indicatore la “frazione di mortalità attribuibile” che identifica la proporzione di decessi che si potrebbe evitare se la popolazione con titolo di studio medio-basso avesse un tasso di mortalità pari a quella con titolo di studio alto. In particolare, questo indicatore permette di distinguere, in una certa misura, l'effetto delle disuguaglianze sociali da quello del contesto territoriale, che nel nostro paese influenza fortemente gli esiti di salute a causa della eterogeneità della efficienza ed efficacia dei servizi sanitari disponibili tra le regioni.

Un'altra distinzione tra i fattori che influenzano lo stato di salute può essere fatta distinguendo i fattori contestuali da quelli individuali. I fattori contestuali si riferiscono agli aspetti di sistema, quali le risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale (SSN), la sua organizzazione e la sua efficacia. Altri fattori che riguardano il contesto di vita sono, per esempio, il livello di deprivazione di un'area⁶, il grado di urbanizzazione e il capitale sociale⁷. I fattori individuali sono sia di natura biologica, quali il genere, l'età e patrimonio genetico, sia di natura socioeconomica, questi ultimi legati al titolo di studio, alla condizione professionale e al livello di reddito.

⁴ Aa.Vv., *L'Italia per l'equità nella salute*, Roma, 2017.

⁵ *Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione* in *Epidemiologia e Prevenzione*, 43-1, 2019, 1-119.

⁶ Per misurare le situazioni di “svantaggio” di un contesto geografico sono stati proposti diversi indici tra cui quelli di deprivazione che appaiono strumenti in grado di sintetizzare, seppure in modo indiretto e approssimato, il possesso di risorse sia materiali che sociali in aree definite, con dimensioni che possono andare dalla sezione di censimento alla regione, all'interno delle quali si misura la proporzione di persone o nuclei familiari che presentano una determinata combinazione di caratteristiche atte a indicare situazioni di non agiatezza economica e sociale.

⁷ Intendiamo qui il capitale sociale come l'insieme delle risorse di tipo relazionale durature che un attore sociale (individuo, gruppo ecc.) può utilizzare, insieme ad altre risorse, per perseguire i propri fini.

Una lista, sicuramente non esaustiva, dei fattori cosiddetti individuali è costituita da: fattori socio-economici; livello di istruzione; condizioni occupazionali; stili di vita; discriminazione. Un ulteriore fattore che negli anni recenti è sempre più esplorato è quello dell'alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) che, oltre che al livello di alfabetizzazione tout-court, ha a che fare con la capacità di raccogliere ed utilizzare le informazioni rilevanti per prendere cura di sé, e della propria famiglia, per tutti gli aspetti attinenti alla salute.

Vediamo alcuni esempi su come tali fattori possono incidere nel creare delle disuguaglianze di salute, distinguendo quelli di natura biologica, sui quali non è pensabile poter intervenire, da quelli di natura "ambientale"⁸, tutti passibili di un intervento per la riduzione degli effetti sulla salute.

2. Fattori di natura biologica

2.1. Gruppi di popolazione / Patrimonio genetico

Le differenze geografiche nello stato di salute possono essere legate a fattori genetici, ambientali, culturali, comportamentali: l'isolamento delle popolazioni è perdurato per un numero di generazioni sufficiente a far sviluppare una condizione genetica particolare. L'interazione tra determinanti genetici e ambientali è complessa: la predisposizione genetica può essere presente, ma attivata solo da determinate condizioni ambientali. Un esempio nel nostro paese di un fattore genetico comune ad un gruppo è l'elevata frequenza di talassemia tra gli abitanti della Sardegna. Questa alta prevalenza della talassemia è riconducibile alla capacità protettiva che ha questa patologia nei confronti della malaria. Le persone portatrici del gene che comporta la talassemia avevano una probabilità più bassa di sviluppare la malaria, adattandosi meglio quindi nelle zone malariche⁹.

2.2. Età

La frequenza con cui ci si ammala o si muore per qualsiasi causa ha quasi sempre una relazione con l'età. In tutti i paesi sviluppati la mortalità è relativamente elevata nella prima infanzia, diminuisce quindi marcatamente raggiungendo un minimo nelle classi di età 5-14 anni, per poi aumentare prima gradatamente e, dopo i 60 anni, in maniera più rapida. All'aumentare dell'età, aumenta il numero dei portatori di patologie croniche. Va anche detto che l'età anagrafica non è un fattore invariante con le condizioni sociali e con quelle di periodo rispetto alla cronicità. Dalle ultime indagini Istat sulle condizioni di salute traspare il fatto che il numero di persone con malattie croniche sta aumentando a causa dell'invecchiamento della popolazione, ma la prevalenza nelle classi di età va diminuendo con l'andare del tempo¹⁰. Anche alcune malattie infettive hanno una distribuzione per età legata da una

⁸ In epidemiologia si parla di "fattori ambientali" riferendosi a tutti quei fattori che sono esterni al corpo umano.

⁹ La spiegazione biologica di tale relazione è stata colta di recente da un gruppo di ricercatori dell'università di Heidelberg, i quali hanno individuato una caratteristica peculiare di un amminoacido nella molecola dell'emoglobina delle persone affette da talassemia, che impedisce al parassita che causa la malaria di manifestarsi. C. CROSNIER, L.Y. BUSTAMANTE, S.J. BARTHOLDSON, ET AL., *Basigin is receptor essential for erythrocyte invasion by Plasmodium falciparum* in *Nature*, 480, 2011, 534-537.

¹⁰ ISTAT, *Annuario Statistico Italiano 2016*, Roma, 2017, 129.

parte all'immunità passiva trasmessa con l'allattamento materno e dall'altra all'immunità permanente conseguente all'infezione.

2.3. Sesso

Sia la mortalità sia la morbosità si manifestano in modo diversificato nei due sessi. Le donne vivono più a lungo degli uomini, ma si ammalano più spesso. Le differenze fra uomini e donne può essere spiegata come risultato di una serie di fattori genetici, ambientali e sociali. Per alcune malattie l'associazione con il sesso è legata a fattori genetici (ad esempio l'emofilia); per altre, a fattori esterni che interessano diversamente uomini e donne (patologie riconducibili al consumo di alcool o di tabacco); per molte altre cause coesistono fattori genetici, ormonali, ambientali e socioeconomici legati al sesso.

3. Fattori di natura ambientale

3.1. Gli stili di vita

Gli stili di vita si riferiscono a modelli di comportamento che si ripercuotono sulla salute degli individui e che creano condizioni di vita diverse. Gli stili di vita sono influenzati da un insieme di fattori sociali, economici e ambientali. L'uso di alcol, l'abitudine al fumo, la dieta e fare sport sono fattori che l'epidemiologia ha individuato come elementi che influenzano fortemente lo stato di salute. I comportamenti personali legati agli stili di vita sono in grado di spiegare una quota consistente di morbosità. Ad esempio, usando il caso delle malattie cardiovascolari, si può constatare che il 60% della mortalità per queste patologie sarebbe evitabile riducendo la concentrazione dei fattori di rischio individuali (come il fumo, la dieta ricca di grassi e povera di fibre, l'attività fisica etc.)¹¹.

Il fumo è il principale responsabile di numerosi tumori, di malattie circolatorie e respiratorie. Fumare in gravidanza comporta un rischio elevato di basso peso alla nascita e un ritardo di crescita intrauterina nel bambino. I danni per la salute non si manifestano solo per via diretta: sempre più prove scientifiche dimostrano un ruolo importante del fumo passivo nella genesi di numerose patologie. L'importanza della lotta al fumo è legata oltre che alla diffusione e alla gravità delle sue conseguenze, anche alla considerazione che si tratta di uno dei pochi fattori di rischio teoricamente eliminabili (la sospensione dal fumo è in grado di riportare alcuni rischi ad esso correlati a livelli uguali a quelli di soggetti non fumatori in un arco di 15 anni). Gli effetti del fumo si traducono in un elevato numero di decessi, ricoveri e di disabilità evitabili che comportano costi elevati per la società; una loro riduzione favorirebbe risparmi considerevoli e una maggiore capacità di risorse per la sanità e l'assistenza.

L'abuso di alcol ha un ruolo eziologico diretto in alcune patologie specifiche (cirrosi alcolica, sindrome feto-alcolica, psicosi alcolica, ecc.) e favorente in numerose altre patologie.

L'obesità rappresenta un vero problema di salute pubblica. Numerosi studi scientifici mostrano che il sovrappeso e l'obesità sono condizioni che causano un incremento significativo del rischio di morbosità per molte patologie. Se complessivamente nella popolazione adulta la prevalenza di diabete è

¹¹ M. MARMOT, P. ELLIOT (a cura di), *Coronary heart disease epidemiology- from aetiology to public health*, New York, 1992.

pari al 4,5%, tra gli adulti obesi questa quota quasi si triplica raggiungendo l'11,7%. Le persone con un eccesso di peso presentano anche una maggiore prevalenza di malattie della tiroide (5% tra gli obesi contro 3,3% nei normopesi). Più netta l'associazione tra ipertensione e obesità: il 30% degli obesi è iperteso contro una media del 14,5%. Anche le malattie del cuore e le patologie a carico dell'apparato muscolo-scheletrico sono più frequenti tra chi è sovrappeso. Negli ultimi 10 anni in Italia la percentuale di soggetti in sovrappeso ed obesi è cresciuta, fino a giungere al 43,5% nella popolazione adulta con età uguale o maggiore a 18. Ogni anno in Italia l'eccesso di peso e le malattie conseguenti costano al SSN 22.8 miliardi di euro, di cui il 64 per cento per ricoveri ospedalieri¹². L'OMS ritiene che l'obesità stia diventando un problema globale, tanto che è stata coniata al riguardo l'espressione di "epidemia globale". Il persistere del trend attuale di crescita della quota di obesi nei paesi occidentali porterebbe a livelli allarmanti la quota di persone che soffrono di patologie connesse con l'obesità. Quanto devastanti possano essere gli effetti del sovrappeso sulle condizioni di salute di una popolazione è testimoniato dal fatto che gli USA negli ultimi anni stanno conoscendo un rilevante impatto negativo sulla speranza di vita della popolazione proprio a causa della diffusione delle patologie correlate con l'obesità¹³.

3.2. L'ambiente

L'organismo umano interagisce con i fattori ambientali, sia che questi siano riferiti all'ambiente in generale, sia che invece siano limitati a luoghi confinati. Fanno parte dei fattori di rischio ambientale esposizioni ad agenti fisici e chimici propri dell'inquinamento urbano come rumore, radiazioni, ossidi di azoto, anidride solforosa, ozono, compresi quelli naturali come ad esempio il gas radon e i pollini. Tali fattori possono condizionare lo stato di salute, la cui evidenza diventa significativa in rapporto al livello di interessamento di una popolazione. Diversi sono i fattori ambientali per i quali esistono evidenze di associazione con patologie. Gli inquinanti dispersi nell'atmosfera dall'attività antropica, ma anche quelli naturalmente presenti, hanno specifiche relazioni con le malattie dell'apparato respiratorio, quello cardiovascolare e con diverse forme tumorali. Più di recente particolare rilevanza è stata dedicata a problematiche delle aree a elevato rischio ambientale-sanitario perché oggetto di una cattiva gestione dei rifiuti o esposte a fonte di inquinamento industriale, ed alle emergenze riguardanti alcune sotto-popolazioni (anziani, asmatici, bambini) suscettibili alle ondate di calore. I cambiamenti climatici hanno anch'essi un impatto sulla salute delle popolazioni, che si esplicano diversamente sia a livello globale, interessando maggiormente i Paesi più poveri, sia all'interno di ciascun Paese, colpendo ovunque e per motivi diversi le fasce più povere della popolazione¹⁴.

3.3. Fattori socio-economici

La condizione sociale ed economica ha un'importante influenza sulla salute degli individui ed è dimostrato il suo impatto sulla mortalità e sulla probabilità di essere affetti da specifici gruppi di patologie. Non è semplice adottare criteri uniformi di definizione delle condizioni sociali: si può scegliere un in-

¹² V. PIATTELLI, *L'obesità infantile in Italia*: <http://www.indire.it/content/index.php?action=read&id=1110>

¹³ S.H. PRESTON, Y.C. VIERBOOM, A. STOKES, *The role of obesity in exceptionally slow US mortality improvement*, in *Proc Natl Acad Sci*, 115, 2018, 957-961.

¹⁴ P. VINEIS, *Cambiamento climatico e vulnerabilità*, in *Epidemiologia e Prevenzione*, 35, 2011, 349-349.

dicatore di condizione sociale, come reddito, grado di istruzione o tipo di occupazione, oppure una combinazione di tali fattori. In Gran Bretagna i dati sanitari sono usualmente analizzati da molti anni per classi definite da 5 livelli di deprivazione¹⁵. Sia la mortalità infantile che la mortalità generale dipendono dalla classe sociale. Ciò può essere spiegato da una diversa esposizione a determinanti e/o a differenze nell'uso delle strutture sanitarie. In Italia chi è più povero di capacità e risorse è più esposto a fattori di rischio per la salute, si ammala più spesso, in modo più grave e muore prima. Negli anni 2010 un uomo con la laurea poteva contare di vivere 5,2 anni in più di chi ha conseguito al più la licenza elementare, mentre per le donne il vantaggio è più contenuto: 2,7 anni¹⁶. Il titolo di studio è l'indicatore più facilmente misurabile di stato sociale a livello nazionale. Ma in studi longitudinali dove sia possibile fotografare le "carriere di vita" delle persone, è lo status sociale complessivo dell'adulto che influenza maggiormente la mortalità prematura. Primo fra tutti la disponibilità di un lavoro, poi la disponibilità di una rete familiare, poi le credenziali educative, e infine, le risorse materiali come la casa. Di importanza non trascurabile sono anche le circostanze materiali e relazionali dei primi anni dell'infanzia che influiscono sulle *chance* nella vita adulta, sia sul piano sociale, sia su quello di salute¹⁷.

3.4. Occupazione

Poiché le persone passano gran parte del loro tempo nei luoghi di lavoro, le condizioni lavorative hanno un ruolo importante sullo stato di salute. È noto come alcune patologie siano caratteristiche del tipo di occupazione svolta (silicosi per i lavoratori di miniere e di industrie ceramiche, tumore del polmone per i lavoratori dell'asbesto, tumore della vescica per coloro che lavorano con alcune anime aromatiche). D'altro canto, le differenze osservate tra persone che svolgono attività diverse possono essere state provocate dalla selezione iniziale dei soggetti per un certo tipo di lavoro, mostrando un apparente "effetto protettivo" dell'occupazione. Negli anni più recenti sempre più studi epidemiologici si sono focalizzati non solo sul tipo di lavoro svolto, ma anche sulla condizione occupazionale, quali la precarietà del lavoro o l'essere disoccupato. Lavori precari implicano spesso meno tutele e sono fonte di stress e di insicurezza personale. Lo stato di salute percepito dei lavoratori precari italiani, a parità di altre condizioni potenzialmente confondenti, è peggiore di quello dei lavoratori con contratto stabile. Ma soprattutto è l'accesso alle cure ad essere significativamente più basso tra questi lavoratori¹⁸.

3.5. Accesso alle cure

Infine, possiamo includere tra i determinanti della salute di una popolazione anche quei fattori legati alla erogazione di servizi sociali e sanitari, o ai fattori tecnologici, come l'accesso a nuove tecniche di

¹⁵ S. YOUSAF, A. BONSALE, *UK Townsend Deprivation Scores from 2011 census data*, in *Economic and Social Research Council (ESRC)*, 07/09/2017.

¹⁶ ISTAT, *Rapporto annuale 2016: Disuguaglianze nella speranza di vita legate al titolo di studio*, Roma, 2017.

¹⁷ D. RASULO, T. SPADEA, M. DEMARIA ET AL, *Conta di più da chi nasci o dove arrivi? Determinanti di salute nel corso di vita*, in G. COSTA, M. STROSCIA, N. ZENGARINI, M. DEMARIA (a cura di), *40 anni di salute a Torino, spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*, Milano, 2017.

¹⁸ A. FASANO, A. ROSANO, *Diseguaglianze di salute dei lavoratori precari ai tempi della crisi economica in Italia*, in *Sociologia del lavoro*, 150, 2018, 49-64.

diagnosi o terapia, quelli organizzativi e in generale alle politiche sanitarie. Anche il modello di sistema sanitario ha profonde implicazioni sullo stato di salute, come la copertura parziale o totale delle spese sanitarie o la presenza di forme di compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti (per esempio la richiesta di ticket per l'erogazione di talune prestazioni sanitarie). L'insieme di tali fattori implicano un diverso livello di accesso alle cure, che è investigato da diverse indagini campionarie dell'Istat ed in particolare dall'indagine ITSILC¹⁹. In questa indagine viene posto il quesito se si è rinunciato negli ultimi 12 mesi a delle cure che si ritenevano necessarie, chiedendo di specificare il motivo della rinuncia. La quota di persone che ha rinunciato a una visita specialistica negli ultimi 12 mesi perché troppo costosa è stata pari al 6,5% della popolazione (3,9 mln di persone) e meno di cinque milioni gli italiani che hanno rinunciato a una o più prestazioni sanitarie includendo anche altre motivazioni, come la lunghezza dei tempi di attesa, la lontananza dal luogo di erogazione del servizio o la mancanza di tempo per impegni familiari o di lavoro. Nel confronto internazionale la percentuale della popolazione italiana che ha dichiarato di aver rinunciato ad una prestazione sanitaria è in linea con gli altri paesi europei: Italia 7,8%, Svezia 9,2%, Francia 6,3%, Danimarca 6,9%, Germania 5,4%²⁰.

4. Da dove hanno origine le disuguaglianze?

Le disuguaglianze di salute sono il risultato di meccanismi noti e documentati, ed entro certi limiti contrastabili. Tali meccanismi sono ben descritti in letteratura dal modello causale proposto da Diderichsen²¹ che offre un quadro dei nessi e delle concatenazioni attraverso cui tali disuguaglianze si esplicano come conseguenza dello svantaggio sociale. (Figura 1)

¹⁹ Si tratta dell'indagine su reddito e condizioni di vita (It-Silc) condotta annualmente dall'Istat che si basa su un campione di circa 29000 famiglie, per un totale di quasi 70mila individui. L'ultimo dato disponibile è riferito all'anno 2016.

²⁰ I valori sono riferiti al 2014 ed alla popolazione dai 16 anni in su aggiustata per età e genere sulla media europea. Fonte: Eurostat. Unmet health care needs Statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics (ultima consultazione 24/72018).

²¹ E. DIDERICHSEN, M. WHITEHEAD, *The social basis of disparities in health*, in T. EVANS ET AL. (a cura di), *Challenging inequities in health: from ethics to action*, New York, 2001.

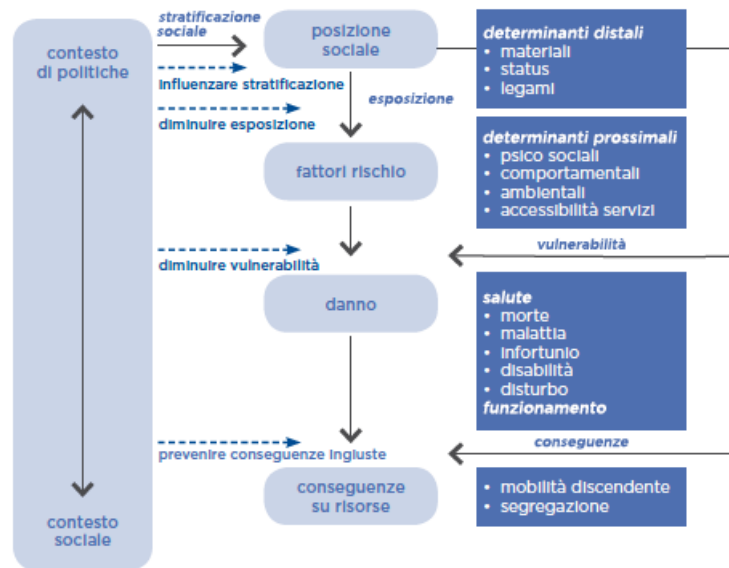


Figura 1. Schema esplicativo dei meccanismi di generazione delle disparità nella salute messi in relazione con le possibili politiche di contrasto. (Fonte: Italia per l'equità nella salute, Ministero della Salute, 2017)

L'elemento cardine del modello è rappresentato dalla stratificazione sociale. Si tratta di un insieme di processi economici, sociali e culturali che portano a una distribuzione disuguale dei più importanti fattori che permettono a una persona di avere una maggiore capacità di autodeterminazione, condizionando le dinamiche di salute.

Numerosi sono gli studi che hanno analizzato la relazione tra fattori sociali e salute; emblematico lo studio longitudinale italiano²² che ha mostrato come lo status sociale sia in grado di influenzare la mortalità prematura nella popolazione. A contrastare tali cause possono contribuire le politiche economiche e del lavoro di tipo redistributivo, che competono a vari soggetti istituzionali che sono al di fuori del mondo della sanità. A loro volta i fattori che determinano la stratificazione sociale influenzano l'esposizione ai principali fattori di rischio per la salute, che mediano l'effetto sulla salute dei determinanti sociali. Questo meccanismo ricade, invece, soprattutto sotto la responsabilità della sanità, in particolare della prevenzione.

I principali fattori di rischio cui possono essere soggette le persone, presentano alla base uno svantaggio sociale. Ripercorriamo la rassegna dei determinanti di salute con questa chiave di lettura:

- le condizioni fisiche ed ambientali creano un rischio più elevato in determinati ambienti di vita e di lavoro, come rilevato, ad esempio, da uno studio francese in cui gli operai erano più esposti a condizioni più sfavorevoli rispetto ai liberi professionisti, tecnici e impiegati²³;
- nella recente indagine europea sulle condizioni di salute e l'accesso ai servizi sanitari, si vede come la percentuale di soggetti in sovrappeso aumentava progressivamente all'abbassarsi del titolo di studio, passando dal 27% tra i più istruiti al 38,5% tra i meno istruiti²⁴;

²² D. RASULO, T. SPADEA, M. DE MARIA, et al., *op. cit.*

²³ I NIEDHAMMER, J.F. CHASTANG, D.S. KELLEHER, *The contribution of occupational factors to social inequalities in health: findings from the national French SUMER survey*, in *Soc. Sci. Med.*, 67, 2008, 1870-1881.

- andamenti analoghi si rilevano per gli altri stili di vita insalubri. L'abuso cronico di alcol è significativamente più diffuso tra chi ha un basso titolo di studio²⁵. Per il fumo si nota un diverso effetto della classe sociale in relazione al genere: negli uomini sono più esposti i soggetti più svantaggiati, nelle donne, specie in passato, quelle con titolo di studio più elevato²⁶;
- i fattori di rischio psicosociali²⁷, come lo squilibrio tra ciò che si esige da una persona nel lavoro e il grado di libertà di cui questa può disporre²⁸, sono naturalmente connessi con la condizione di subalternità lavorativa. Su questo aspetto ha indagato uno studio condotto nella provincia di Torino che ha evidenziato come tra gli operai la percentuale lo stress lavorativo sia ben più elevato di quello riscontrato tra gli impiegati²⁹;
- le barriere culturali che costituiscono un ostacolo nell'accesso alle cure appropriate: le donne immigrate, ad esempio, ricorrono meno delle italiane agli screening femminili, con una percentuale inferiore di 15 punti per il pap-test e di quasi 20 punti per la mammografia. Questo minor ricorso si riflette nel medio termine ad un rischio aumentato di avere una diagnosi tardiva di tumore della mammella e una più elevata prevalenza della patologia³⁰.
- le discriminazioni verso gruppi sociali marginali: le vittime di discriminazioni razziali – attraverso il meccanismo dello “stress psico-sociale” – hanno maggiori probabilità di soffrire di ipertensione, malattie respiratorie e di disturbi mentali come ansia, depressione e psicosi³¹.

In sintesi, le persone più svantaggiate dal punto di vista socio-economico hanno maggiore probabilità di sviluppare esiti negativi, se esposti ai fattori di rischio per la salute. È il caso dell'incidenza di infortuni sul lavoro tra gli stranieri immigrati: a parità di età e attività professionale, i lavoratori immigrati hanno più infortuni perché, a causa di difficoltà linguistiche o culturali, non riescono a trarre pieno beneficio dagli interventi di formazione e controllo della sicurezza sul luogo di lavoro, quando questi non siano specificamente orientati³².

Va, inoltre, considerato come i meccanismi sopra descritti producono i loro effetti lungo tutto il corso della vita di una persona, già a partire dal concepimento: le condizioni di svantaggio sociale dei genitori potrebbero riflettersi in minori possibilità di sviluppo per il bambino. La disponibilità di risorse e

²⁴ EUROPEAN HEALTH INTERVIEW SURVEY (EHIS), *Almost 1 adult in 6 in the EU is considered obese*, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-press-releases/-/3-20102016-BP> (ultima cons. 15/3/2019).

²⁵ ISTAT, *Il consumo di alcol in Italia*, in *Statistiche Report*, Roma, 12 aprile 2017.

²⁶ E. SCAFATO, E. BOLOGNA, *Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione*, in *Rapporto Osservasalute 2017*, Milano, 2018, 25-31.

²⁷ I fattori di rischio psicosociali sono definiti, dall'agenzia europea per la sicurezza del lavoro, come quei fattori che creano danni al benessere psicologico e fisico del lavoratore a causa della gestione e organizzazione del lavoro e del contesto organizzativo e sociale sul lavoro.

²⁸ Squilibri presenti anche nella remunerazione e nell'aiuto di cui può disporre.

²⁹ A. D'ERRICO, M. CARDANO, T. LANDRISCINA ET AL., *Workplace stress and prescription of antidepressant medications: a prospective study on a sample of Italian workers*, in *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, 84, 2011, 413-424.

³⁰ L. FRANCOVICH, A. DI NAPOLI, P. GIORGI ROSSI P ET AL., *La prevenzione dei tumori femminili nelle donne immigrate residenti in Italia*. In A. PETRELLI, A. DI NAPOLI, M. PEREZ, L. GARGIULO (a cura di), *Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat in Epidemiol Prev.*, 41-1, 2017, 18-24.

³¹ K. MCKENZIE, *Racism and health* in *British Medical Journal*, 326, 2003, 65-66.

³² M.A. SALVATORE, G. BAGLIO, L. CACCIANI, A. SPAGNOLO, A. ROSANO, *Work-related injuries among immigrant workers in Italy*, in *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15, 2013, 182-187.

capacità fisiche, cognitive e relazionali del bambino, possono avere importanti conseguenze sulle condizioni di salute, e sulla carriera scolastica e professionale, anche nelle successive fasi della vita³³. Ognuno dei meccanismi descritti può essere intercettato e moderato o esacerbato nei suoi effetti dall'influenza del contesto di vita delle persone. Il contesto, sia esso il quartiere, la comunità locale, il luogo di lavoro, la scuola, il luogo di cura, gioca un ruolo che si potrebbe definire "capacitante", cioè come luogo dove ognuno ha la libertà di essere o fare secondo le proprie aspirazioni. Di converso in tali contesti ci si può sentire minacciati, o non ci si aiuta, o non si può contare su nessuno, o non c'è fiducia, insomma non ci sono le condizioni per rendere capace la persona più povera di usare adeguatamente quelle poche risorse che possiede per proteggere e promuovere la sua salute³⁴.

5. Le azioni: dove e come si può intervenire

Ritornando allo schema proposto da Diderichsen, le possibili azioni che si possono intraprendere per contrastare le disuguaglianze di salute attengono a diversi ambiti delle politiche e del contesto sociale e vanno dalle politiche redistributive, che mirano ad attenuare la disuguaglianza nella disponibilità di risorse, alle azioni che mirano a diminuire l'esposizione, o la vulnerabilità dei soggetti. L'arma più potente ed efficace che hanno i sistemi sanitari è quella della prevenzione delle malattie e dalla promozione della salute, di cui possono beneficiare tutti i cittadini, ma che devono essere programmate per intervenire dove maggiori sono i rischi nella popolazione.

Restando nell'ambito delle azioni percorribili nell'ambito sanitario, il tema della distribuzione delle risorse è stato lungamente dibattuto, e riguarda essenzialmente il riparto del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) tra le regioni. Tra le diverse proposte avanzate quella che mira ad una attenuazione delle disuguaglianze fa perno sulla modifica della quota capitaria del fondo sanitario attraverso un correttivo commisurato con il bisogno sanitario. I bisogni sanitari in realtà vengono considerati in diversi capitoli del riparto del FSN (ambulatoriale e una parte di quella ospedaliera) attraverso una quota capitaria pesata per l'età, ipotizzando che tali consumi sanitari aumentino con l'età degli assistiti. Laddove però si innestano delle disuguaglianze di salute dovute a condizioni di svantaggio sociale, si hanno peggiori condizioni di salute a parità di età, come avviene nelle regioni del Sud ed in particolare in Campania e Calabria, a fronte di un finanziamento più basso, a causa della struttura demografica della popolazione, mediamente più giovane. Qualche timido segno di correzione si è visto con il riparto del FSN 2017, dove almeno la quota premiale del fondo è stata ripartita secondo criteri che hanno tenuto conto della condizione di svantaggio sociale di alcune regioni, misurata attraverso un indice di deprivazione.

Un esempio di azione tesa a proteggere i soggetti più vulnerabili è quello dell'adozione del regime delle esenzioni. Per ridurre l'impatto negativo del ticket sull'accesso ai servizi essenziali da parte delle persone con elevato rischio di salute e con ridotta capacità economica, nel nostro sistema si ricorre

³³ In questa prospettiva l'epidemiologia ha sviluppato un metodo di analisi dei fenomeni chiamato "*life course approach*", che valuta lo stato di salute e i fattori di rischio durante le varie fasi della vita per analizzare il cambiamento degli standard di vita nel tempo e tra coorti di nascita diverse.

³⁴ A.K. SEN, *La diseguaglianza. Un riesame critico*, Bologna, 1994; C. MARINACCI, T. SPADEA, A. BIGGERI, M. DEMARIA, A. CAIAZZO, G. COSTA, *The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of northwest Italy*, in *Journal of Epidemiol Community Health*, 58, 2004, 199-207.

ad esenzioni e abbattimenti per patologia e per reddito differenti tra regione e regione. A questo proposito, va fatto notare che l'autonomia delle Regioni in materia sanitaria rischia di generare l'aumento delle disuguaglianze territoriali nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza derivante dalle diverse politiche di imposizione dei ticket sanitari. Tale discrezionalità andrebbe limitata definendo una base nazionale di regolazione dei ticket che, pur lasciando margini di applicazione differenziata, stabilisca tetti all'incidenza delle compartecipazioni e fissi criteri di salvaguardia per l'accesso ai Lea.

Lo strumento principale di contrasto alle disuguaglianze in mano ai decisori è quello della prevenzione e promozione della salute. L'organizzazione dei servizi di prevenzione deve permettere un accesso ampio e senza alcun tipo di discriminazione. A questo scopo vanno prese in considerazione anche azioni che facilitino l'accesso a quegli strati di popolazione che per condizioni culturali e sociali hanno maggiori difficoltà nell'accesso. L'esempio è quello del ricorso ai mediatori culturali per favorire l'accesso alle persone immigrate insieme al reclutamento attivo delle popolazioni potenzialmente in condizioni di svantaggio da parte dei servizi di prevenzione.

Anche le azioni di promozione della salute devono tener conto degli aspetti sociali della salute. Alla luce delle attuali evidenze scientifiche relative agli effetti di fattori biologici, genetici, ambientali e comportamentali e alle tendenze registrate nel corso degli ultimi anni in Italia, appare opportuno orientare prioritariamente l'intervento di promozione della salute verso coloro che sono a più alto rischio, che spesso coincidono con le persone con maggiori svantaggi sociali. I programmi di promozione della salute devono potenziare la conoscenza dei cittadini e la cooperazione tra i servizi per ridurre quell'ampia quota di patologie del tutto evitabili attraverso corretti stili di vita. Inoltre, ogni azione di promozione della salute dovrebbe realizzarsi attraverso strategie integrate e condivise che consentano di raggiungere livelli adeguati³⁵. Accanto alle azioni che possono essere intraprese all'interno dei sistemi sanitari, un impatto rilevante sulle disuguaglianze hanno le azioni nel campo dell'istruzione e del Welfare. Fornire istruzione di "buona qualità" fin dalla scuola materna ha un impatto diretto sulla mortalità infantile e nell'intero percorso di vita, così come condizioni di lavoro favorevoli, assieme a un reddito minimo, sono fattori che favoriscono una vita sana e che un Paese attento ai propri cittadini dovrebbe offrire³⁶.

6. Conclusioni

La rilevanza politica delle disuguaglianze di salute è sempre più evidente per l'effetto combinato dell'aumentata capacità interpretativa nell'analisi dei determinanti e della maggiore consapevolezza dell'efficacia delle misure di contrasto. Sono sempre maggiori le evidenze sul fatto che la compromissione dello stato di salute può avere conseguenze diverse sulla carriera sociale di un individuo, in funzione delle condizioni socio-economiche di partenza. Si tratta di un effetto che a sua volta si ricollega, attraverso un meccanismo di "causazione inversa", alla stratificazione sociale, in quanto l'esperienza di malattia, laddove i soggetti non siano tutelati, è in grado di compromettere le condizioni di vita e di lavoro o di invertire l'ascensore sociale. Il Servizio Sanitario Nazionale del nostro Pae-

³⁵ *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health in Third International Conference on Health Promotion*, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991.

³⁶ M. MARMOT, *La salute disuguale*, Roma, 2016.

se, seppure ispirato ai principi dell'universalità, equità e gratuità, non è riuscito ad evitare il riprodursi di forme di disuguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie secondo il principio che Hart³⁷ nel 1971 definì come “*inverse care law*”, vale a dire che la maggiore quantità di risorse assistenziali di migliore qualità tende a concentrarsi là dove le condizioni sociali di vita e salute sono migliori. Le politiche sanitarie possono moderare gli effetti di questo meccanismo provando a diminuire la vulnerabilità, per esempio attraverso i regimi di esenzione dai ticket, o agendo sulle risorse da mettere a disposizione, attraverso una redistribuzione del FSN che tenga conto del livello di deprivazione nelle regioni. Tuttavia, è sempre più evidente che da sole le politiche sanitarie non sono in grado di limitare un fenomeno, quale quello delle disuguaglianze di salute, che trae origine da fattori sociali, economici e culturali. Le politiche non sanitarie, come quelle del lavoro, possono favorire, ad esempio, l'inserimento lavorativo delle persone con limitazioni funzionali, ma anche creare contesti dove i lavoratori più a rischio a causa delle esposizioni lavorative siano adeguatamente protetti. In generale, una società che presenti disuguaglianze di reddito e di istruzione più contenute è una società dove meno si sviluppano disuguaglianze di salute. Politiche redistributive della ricchezza e azioni che favoriscono un livello di istruzione più elevato, ad esempio contrastando la dispersione scolastica (di cui l'Italia ha il triste primato tra i paesi EU)³⁸, possono avere un impatto rilevante sulle condizioni di salute di una popolazione. Si pensi alla citata “alfabetizzazione sanitaria”, che indica la capacità di proteggere e gestire la propria salute interpretando correttamente le indicazioni mediche e i messaggi sulla salute delle autorità preposte. Su questo tema si stanno sviluppando sempre più approfondimenti scientifici ed azioni di sanità pubblica a livello nazionale ed internazionale³⁹.

³⁷ J.T. HART, *The inverse care law in Lancet*, 1, 1971, 405-412.

³⁸ EUROSTAT, *Early leavers from education and training EU 2017*, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Early leavers from education and training](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Early_leavers_from_education_and_training) (ultima cons. 11/3/2019).

³⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. M-POHL – *Who Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy*, <https://m-pohl.net/> (ultima cons. 11/4/2019).