



Istituto Superiore di Sanità

Documento Programmatico della

Struttura di Missione Temporanea Interdipartimentale:

“Disuguaglianze di Salute”

Centro Nazionale per la Salute Globale

Coordinatore della struttura: Raffaella Bucciardini

1. Introduzione

Le disuguaglianze di salute, se non giustificate da un punto di vista biologico, possono essere definite differenze evitabili e ingiuste nello stato di salute e riconducibili ai determinanti sociali di salute. Ci sono due ulteriori ragioni per promuoverne il contrasto alle disuguaglianze di salute: 1. priorità costituzionale (articolo 32); 2. grave freno all'economia nazionale.

I principali indicatori di salute indicano un progressivo miglioramento complessivo della salute della popolazione europea negli ultimi decenni. Nel contempo sono però aumentate le disuguaglianze tra i paesi europei. Attualmente l'aspettativa di vita in Europa varia considerevolmente, con un divario di 17 anni per gli uomini e 12 per le donne. Simili differenze si registrano anche all'interno dei singoli paesi o perfino in singole città [1].

Anche in Italia si osservano significative differenze di speranza di vita, morbosità e disabilità tra i diversi gruppi sociali: le persone più abbienti e con un più alto livello di educazione stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo. Allo stesso modo, le regioni italiane più povere mostrano indicatori di salute meno favorevoli.

Dato che sono ben noti i meccanismi attraverso cui nascono queste disuguaglianze (svantaggi nelle condizioni di vita, negli stili di vita e nell'accesso ai servizi) risultano anche note le azioni di contrasto da implementare per ridurre le disuguaglianze di salute.

A riguardo, alcuni paesi (Regno Unito e Paesi dell'area Scandinava) hanno fatto importanti seppur ancora non sufficienti progressi per includere l'equità nella salute come priorità nell'agenda di tutte le politiche pubbliche, mentre molti paesi dell'Europa continentale occidentale e di quella meridionale (Germania, Austria, Olanda, Belgio, Italia, Spagna) hanno iniziato con politiche più settoriali, a fronte di alcuni paesi dell'Est Europa e dell'Europa meridionale che non hanno ancora fatto nessun progresso in questo senso [2,3].

In Italia, il tema delle disuguaglianze di salute non sembra essere ancora entrato nell'agenda governativa e pare poco diffuso anche all'interno dell'opinione pubblica. Si evidenzia, inoltre, che il livello di consapevolezza e attenzione al tema delle disuguaglianze di salute è significativamente diverso tra le Regioni italiane.

Recentemente è stato presentato dal Ministro il nuovo rapporto sulle disuguaglianze di mortalità in Italia. Il pubblico e la politica sono preoccupati che si continuino a registrare significativi svantaggi nella salute a carico di chi è meno dotato di risorse, di competenze, di capacità materiali e culturali.

Risulta chiaro che solo l'intersettorialità, cioè la collaborazione e l'integrazione tra diversi settori delle politiche che condividono lo stesso obiettivo di "equità" e di tutela della "sostenibilità", può consentire che ogni politica diventi responsabile della quota di tutela di sua competenza e ne dia conto in modo trasparente agli altri settori e ne chieda conto agli stessi, e tutti insieme concorrano a risultati significativi.

Tuttavia il contrasto alle disuguaglianze di salute richiede politiche intersettoriali mirate ai determinanti sociali. Nel nostro paese risulta però ancora difficile la promozione di azioni sui determinanti sociali della salute sia presso enti e attori sanitari, sia presso enti e attori non sanitari.

Il punto di principale di debolezza è la mancanza di un coordinamento politico centrale, o di un mandato chiaro, ad esempio lo sviluppo di un piano nazionale per il contrasto alle disuguaglianze di salute. Tale mandato consentirebbe di distinguere ruoli e responsabilità specifici. Permetterebbe inoltre l'allocazione di risorse e la creazione di tavoli di consultazione composti da network di attori intersettoriali.

In questo scenario l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) potrebbe assumere un ruolo cruciale e di riferimento per la lotta alle disuguaglianze di salute in Italia ricoprendo ruoli fondamentali nel paese sia in qualità di organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale (con attività di primo piano nella ricerca, nel monitoraggio e nella comunicazione scientifica) sia rivestendo un ruolo consultivo centrale per i decisori politici e l'opinione pubblica .

2. Le disuguaglianze di salute: principali tappe degli ultimi dieci anni

Negli ultimi anni l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha prodotto diversi documenti in tema di disuguaglianze di salute e ha proposto raccomandazioni per la riduzione delle stesse.

Nel 2008 la Commissione sui determinanti sociali di salute istituita dall'OMS, pubblica il report finale sui determinanti sociali di salute (Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on social). L'obiettivo è stato quello di raccogliere e sintetizzare le evidenze globali sui determinanti sociali di salute, mostrare il loro impatto sulle disuguaglianze di salute e formulare raccomandazioni per la promozione di politiche di contrasto capaci di ridurre il gradiente sociale di salute [4] .

Nel 2009 la Comunicazione della Commissione europea dal titolo "Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione Europea (EU)" constatava quanto ancora fosse carente la consapevolezza dell'esistenza delle disuguaglianze di salute e le loro conseguenze [2]. Nei mesi successivi le

principali istituzioni europee hanno approvato questo documento chiedendo ai paesi membri di fare la loro parte.

Nel 2012 il Comitato regionale OMS per l'Europa ha approvato e diramato "Health 2020 - A European policy framework and strategy for the 21st century". Il documento illustra la strategia politica sanitaria approvata dai 53 Paesi della Regione europea dell'OMS mirata al miglioramento della salute per tutti e alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie, promuovendo il miglioramento della leadership e della governance [5].

Per rispondere alle sollecitazioni dell'Europa, nel 2012, in Italia la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni ha dato avvio a un gruppo di lavoro Equità nella Salute e nella Sanità (ESS) a cui hanno aderito 11 regioni sotto il coordinamento della Regione Piemonte.

Tra il 2012 e il 2014 il Gruppo di lavoro ha elaborato il Libro Bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia [6]

Nel 2017 è stato prodotto il rapporto "L'Italia per l'Equità nella Salute". Il documento riporta le principali azioni, indirizzate a tutti i centri di responsabilità, mirate alla promozione di politiche sanitarie e non sanitarie di contrasto alle disuguaglianze di salute [7].

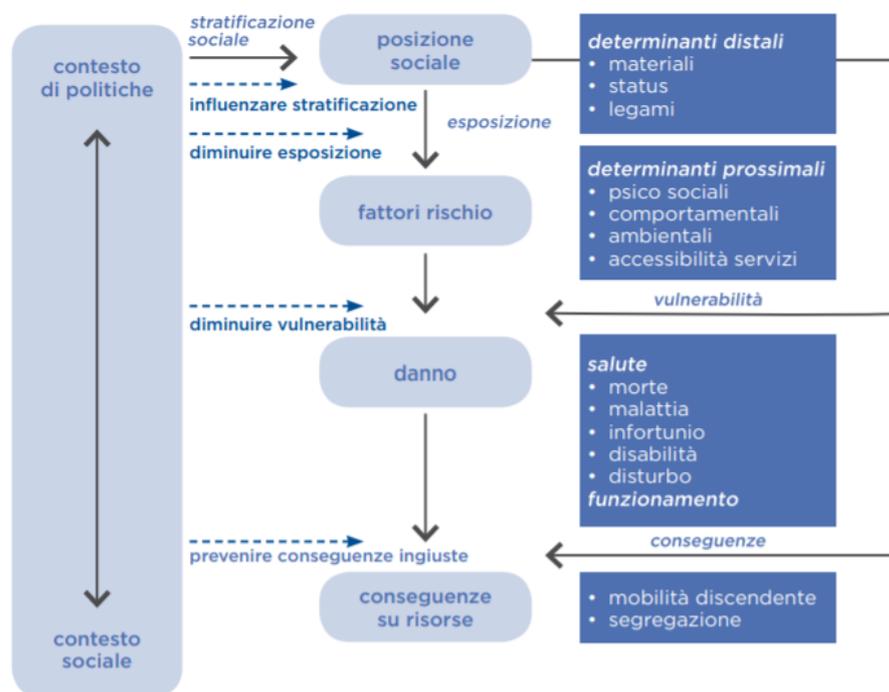
Nel 2018 Italia coordina (l'Istituto Superiore di Sanità) la nuova della Joint Action per la "Riduzione delle disuguaglianze di salute", che vede la partecipazione di 25 Paesi europei [8].

Un'ulteriore indicazione per la necessità di politiche di equità in salute provengono anche dall'OCSE che considera le disuguaglianze di salute come un ostacolo allo sviluppo umano e alla crescita economica.

Nel contesto internazionale, la tutela della salute e il contrasto alle disuguaglianze di salute continua ad essere al centro del dibattito politico sociale. Nel settembre 2015 i 193 Stati membri delle Nazioni Unite hanno adottato all'unanimità il documento "Trasformare il nostro mondo". L'Agenda è strutturata in 17 obiettivi (169 target) che occorre raggiungere entro il 2030 per porre fine alla povertà, ridurre le disuguaglianze e perseguire un futuro sostenibile [9].

3. I meccanismi che generano le disuguaglianze di salute

Figura 1 Schema esplicativo dei meccanismi di generazione delle disparità nella salute e dei relativi punti di ingresso per le politiche e gli interventi di contrasto.



La salute disuguale è il risultato di meccanismi noti ed entro certi limiti contrastabili. Di seguito sono riportate le componenti del modello di Diderichsen, che mostra un quadro esplicativo dei nessi e delle concatenazioni attraverso cui lo svantaggio sociale influenza la salute disuguale. La comprensione di questo meccanismo è essenziale per individuare e sviluppare le azioni di contrasto [10].

1) La posizione sociale. E' al livello della posizione sociale che si situano i determinanti sociali di salute (o i determinanti distali, cioè le cause remote) responsabili delle disuguaglianze sociali. Questi determinanti sono riconducibili in particolare alle risorse materiali, allo status sociale, ai legami sociali utili a soddisfare i propri bisogni.

2) I fattori di rischio. La dose di esposizione ai fattori di rischio dipende dalla posizione sociale. Per fattori di rischio si intendono le caratteristiche di una persona che possono determinare un danno alla salute, aumentando la probabilità di insorgenza di una malattia ed esponendo il soggetto alla progressione di un problema di salute verso un esito sfavorevole. All'interno dei fattori di rischio si situano i determinanti prossimali (o mediatori), cioè prima infanzia, le condizioni di lavoro, i fattori psicosociali, le condizioni ambientali, gli stili di vita insalubri (fumo, alcol, sedentarietà) e l'accessibilità dei servizi sanitari.

3) Il danno di salute. Comprende le caratteristiche della salute fisica, mentale e psicologica di un soggetto in un determinato contesto. Per misurare la frequenza di uno stato, una condizione o una malattia nella popolazione si utilizzano le misure di occorrenza: incidenza, prevalenza e letalità.

4) Le conseguenze sociali sulle risorse. Ovvero quei processi di mobilità discendente o di segregazione causati dalle ripercussioni della malattia nella carriera professionale e sociale, che comportano una limitazione del livello di controllo sulle risorse, controllo che si sarebbe raggiunto in assenza del problema di salute.

Le 4 categorie possono essere influenzate dal contesto sociale e dalle politiche attraverso quattro meccanismi (freccie linea continua). Si tratta di un insieme di processi economici, sociali e culturali che portano ad una distribuzione disuguale dei più importanti fattori che permettono ad una persona di avere una maggiore capacità di autodeterminazione:

- la stratificazione sociale
- l'esposizione
- la vulnerabilità
- le conseguenze della malattia

Al livello di ognuno di questi meccanismi si situa un punto potenziale di ingresso per le politiche e gli interventi finalizzati a contrastare gli effetti di quel determinato meccanismo (freccie tratteggiate):

- influenzare stratificazione
- diminuire esposizione
- diminuire vulnerabilità
- prevenire conseguenze ingiuste

4. L'Italia e le disuguaglianze di salute

Uno studio longitudinale italiano ha mostrato che la **posizione sociale** è il fattore che influenza maggiormente la mortalità prematura nella popolazione [11].

Tra gli aspetti più rilevanti risultano:

- il livello di istruzione
- la disponibilità di un lavoro e di una rete familiare
- le risorse abitative (misurate attraverso le condizioni abitative)

“In Italia, negli ultimi 30-40 anni, i punti critici in cui pesano le disuguaglianze, si sono spostati in avanti. Si è quasi azzerato l'abbandono nelle scuole primaria e secondaria di primo grado ed è aumentata la partecipazione femminile. Tuttavia, l'Italia rimane agli ultimi posti in Europa per l'elevato numero di ragazzi e ragazze che nella minore età accumulano ritardi e poi rimangono fuori da percorsi di istruzione superiore o formazione professionale. Essi sono il 10% circa a 16 anni e il 20% a 18 anni [12]. L'accesso e soprattutto la conclusione del ciclo di istruzione superiore rimangono ancora ambiti di forte differenziazione per origine sociale. Lo stesso vale per l'università, in cui il livello di abbandono, intorno al 40%, è elevatissimo [13,7]“
(preso da l'Italia per l'Equità nella Salute).

L'Italia risulta disuguale anche nel lavoro dove "l'accesso a opportunità di lavoro e a carriere e posizioni professionali di qualità è fortemente condizionato dalle disuguaglianze sociali, che a partire dalle famiglie di origine si riflettono sui titoli di studio conseguiti, sulla qualità delle esperienze di apprendimento e sulle relazioni personali e familiari su cui si può contare nella ricerca del lavoro. Mentre il Nord ha recuperato i livelli di occupazione del 2007, il Sud rimane sotto di 6 punti percentuali [7]" (*preso da l'Italia per l'Equità nella Salute*).

Una consolidata letteratura scientifica mostra che le persone con un reddito più alto hanno minore probabilità di ammalarsi e di morire prematuramente. Purtroppo, la recente crisi economica che l'Italia ha attraversato, ha fatto impoverire ulteriormente il nostro paese e aumentato la povertà assoluta, colpendo soprattutto i gruppi più vulnerabili [14] (famiglie numerose, i nuclei monogenitoriali con figli a carico, gli immigrati, le aree del Mezzogiorno).

Considerando i **fattori di rischio**, gli stili di vita insalubri in particolare le dipendenze da fumo, alcol, l'alimentazione scorretta e la sedentarietà rappresentano alcuni dei fattori di rischio alla base delle disuguaglianze sociali di salute in Italia [15-16]. A parità di età, molti degli stili di vita malsani sono in genere più frequenti tra i meno istruiti:

- Il 13% delle persone con alta istruzione fuma, il 22% tra coloro che hanno frequentato al massimo la scuola dell'obbligo.
- Il 7% di chi ha un titolo di studio elevato è obeso e il 52% è sedentario, contro il 14% e il 72% rispettivamente tra i meno istruiti.
- Consumo inadeguato di frutta e verdura (ossia al di sotto delle 3 porzioni giornaliere) soglia non raggiunta dal 41% dei più istruiti, a fronte del 58% dei meno istruiti.
- Per l'abuso di alcol non sembrerebbe evidenziarsi una differenza statisticamente significativa tra i diversi livelli di studio (5,5% per l'alto e 7,3% per il basso)

Inoltre, si osservano anche fenomeni di accumulo di più fattori di rischio negli stessi individui:

- I soggetti esposti contemporaneamente ad almeno 3 comportamenti insalubri sono il 25% dei maschi più istruiti rispetto al 40% dei meno istruiti.
- Mentre tra le donne, tali percentuali sono rispettivamente 17% e 30%. Le differenze risultano, inoltre, più accentuate nel Mezzogiorno.

Gli italiani risultano disuguali anche per l'esposizione ai fattori di rischio ambientali [17]. Le persone che risiedono in aree più deprivate hanno una probabilità doppia di abitare nei pressi di una discarica o di un sito inquinato, più frequentemente collocati in queste aree (environmental justice).

Sulla base dell'evidenza scientifica, è possibile affermare che individui appartenenti alle classi sociali più basse:

- hanno maggiore probabilità di ricevere assistenza sanitaria inadeguata (basso livello di qualità delle cure);
- ricorrono con minor frequenza a controlli sanitari e misure di prevenzione (vaccinazioni, screening)

Questo fenomeno esiste anche nel nostro Paese. “I dati delle ultime indagini Istat sulla salute (2000, 2005, 2013) mostrano che gli italiani di bassa istruzione a parità di altre condizioni ricorrono più spesso alle visite generiche e all’ospedale, mentre usano di meno gli esami e le visite specialistiche. Questa rinuncia all’assistenza specialistica potrebbe essere correlata alle barriere economiche all’accesso. I dati delle indagini Eusilic (2004-2015) mostrano che in Italia la percentuale di persone che dicono di aver rinunciato ad una o più prestazioni sanitarie non è aumentata di molto in questo arco di tempo (7.9% nel 2015) ma vi è stato un incremento nel riportare come motivazione quella economica. Tuttavia la variabilità nelle aree è molto elevata a discapito del Mezzogiorno, in cui aumentano sia le rinunce per qualsiasi motivo sia quelle per ragioni economiche [7]”. *(preso da l’Italia per l’Equità nella Salute).*

5. Risultati dell’Esercizio di Posizionamento della ricerca sulle Disuguaglianze di Salute

Tra ottobre 2017 ed aprile 2018 è stato condotto in ISS un “Research Positioning Exercise” composto da quattro fasi indipendenti e mirato a delineare il profilo di ricerca dell’ISS nel campo delle disuguaglianze di salute.

L’analisi dei risultati ha permesso di identificare quanti e quali tipi di studi sono stati condotti in ISS negli ultimi dieci anni nell’ambito delle disuguaglianze di salute. Tali studi hanno, per la maggior parte, un approccio descrittivo e sono focalizzati su sottogruppi di popolazione maggiormente vulnerabili (principalmente migranti) o su comportamenti individuali legati ai fattori di rischio per le malattie croniche. Solo in piccola parte hanno come obiettivo i fattori socioeconomici e culturali (determinanti sociali di salute) che guidano tali comportamenti. Altro risultato interessante è stata l’identificazione dell’alto grado di interesse da parte del personale ISS ad orientare la ricerca alla lotta alle disuguaglianze di salute. Dall’analisi sono emerse idee e suggerimenti per l’implementazione di studi di ricerca mirati ad affrontare le lacune di conoscenza in materia di disuguaglianze di salute.

I risultati dell’esercizio di posizionamento hanno indotto il gruppo di lavoro a riflettere su quanto la ricerca in ISS abbia finora realmente investito nel campo delle disuguaglianze di salute e su quanto invece potrebbe essere inserito nel futuro programma di ricerca. Sono emersi importanti spunti di riflessione che sarebbe utile considerare in un futuro orientamento delle priorità di ricerca. Alcuni temi, che includono una parte sostanziale della ricerca portata avanti in ISS negli ultimi anni, meritano di essere ulteriormente analizzati (ad esempio migranti / gruppi vulnerabili). Altri temi andrebbero meglio sviluppati. Tra questi, ad esempio, lo studio della relazione tra determinanti sociali e meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute (“pathway causale”); l’analisi della relazione tra fattori di rischio (stili di vita, esposizioni ambientali) e

determinanti sociali. Infine, alcune tematiche, scarsamente o non ancora affrontate nell'ambito dell'attività di ricerca condotta in ISS, meriterebbero di essere maggiormente considerate ed incluse tra le priorità di ricerca. A tale riguardo, hanno particolare rilevanza i seguenti argomenti: i meccanismi alla base della resilienza osservata in Italia; la raccolta di evidenza scientifica per il disegno di interventi mirati al gradiente sociale; la valutazione di efficacia degli interventi mirati alla riduzione delle disuguaglianze di salute.

Inoltre, dall'analisi è emersa anche la necessità di promuovere e stimolare un approccio collaborativo sia a livello nazionale che internazionale. A livello nazionale l'ISS in qualità di istituzione "terza" potrebbe svolgere un ruolo chiave nella lotta contro le disuguaglianze di salute e potrebbe essere un punto di riferimento scientifico significativo in grado di coinvolgere altri stakeholder italiani che operano in questo campo.

I risultati del Research Positioning Exercise indicano che la ricerca in ISS non ha trattato quale priorità il tema delle disuguaglianze in salute, seppure con alcune eccezioni. Sono invece ampi i margini di sviluppo, visto l'interesse emerso tra i ricercatori. Grazie alla peculiarità strutturale dell'ISS e alle competenze multidisciplinari di cui dispone, molte aree di ricerca e attività da noi identificate potrebbero essere incluse tra le priorità scientifiche in un futuro programma di ricerca dell'ISS. In questo ambito risulta necessaria la costituzione di un'unità operativa trasversale che coinvolga le diverse competenze presenti in ISS al fine di orientare le priorità di ricerca per la riduzione delle disuguaglianze di salute e costituire un punto di collegamento con altri stakeholder nazionali ed internazionali operanti in questo ambito.

6. Obiettivi

1. Assumere un ruolo di responsabilità nella raccolta e produzione di accurata documentazione relativamente ai meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute affinché possano essere convenientemente orientate le politiche e le azioni più efficaci.
2. Orientare le priorità di ricerca alla riduzione delle disuguaglianze di salute, in linea con le specifiche linee di ricerca e obiettivi di ogni centro/dipartimento/servizio dell'ISS.
3. Attribuirsi la responsabilità nell'advocacy, assumendo il ruolo di ente centrale di supporto dei centri di responsabilità della sanità pubblica.
4. Promuovere una collaborazione internazionale con altri Partner/Istituzioni di salute pubblica.

7. Metodi

Il progetto prevede la costituzione di una Struttura di Missione Temporanea Interdipartimentale. I membri della struttura dovranno appartenere al personale operante presso i centri/dipartimenti/servizi dell'ISS ed aver ottenuto esplicito mandato da parte del responsabile della struttura. Le attività richieste non saranno

aggiuntive rispetto a quelle già concordate e/o pianificate nell'ambito dei relativi centri/dipartimenti di appartenenza. Le attività che verranno svolte, oltre ad essere in linea con gli obiettivi di ciascun centro/dipartimento, contribuiranno ad accrescere la visibilità e la capacità di azione dell'ISS, che a sua volta contribuirà ad ampliare il ruolo dell'ISS nel contrastare le disuguaglianze di salute.

Bibliografia

1. Review of social determinants and the health divide in the WHO Europe Region: final report. WHO 2013.

2. Commissione europea. Comunicazione "Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Ue" (Commissione europea, 2009).

3. Il testo del report della Commissione europea è consultabile alla pagina web: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu2013_en.pdf

4. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on social determinants of health, final report. WHO 2008.
5. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1
6. Costa G, Bassi M., Gensini GF, Marra M et al. (a cura di), L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014).
7. <http://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/Libri/L-Italia-per-l-equita-nella-salute-Scarica-il-documento-tecnico>.
8. <https://jahee.iss.it/>
9. <https://www.unric.org/it/agenda-2030>
10. Diderichsen E, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T. et al., eds. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press 2001.
11. Rasulo D, Spadea T, Demaria M, Onorati R e Costa G. Conta di più da chi nasci o dove arrivi? Determinanti di salute nel corso di vita. In: Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M..40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche. Milano, Inferenze 2017:252-255
12. Gavosto A. Il sistema scolastico italiano. In: People First. Il capitale sociale e umano: la forza del Paese, Roma 2014, società S.I.P.I., 30 Ballarino G. e Schadee H, Espansione dell'istruzione e disuguaglianza delle opportunità educative nell'Italia contemporanea. Polis 2006; 20(2):207-228. 31 Ballarino G., Checchi D., Fiorio CV, Leonardi, M.
13. Ballarino G., Checchi D., Fiorio CV, Leonardi, M. Le disuguaglianze nell'accesso all'istruzione in Italia. Quaderni di Rassegna Sindacale 2010; 1:117-132.
14. Brandolini A. Il Grande Freddo. I bilanci delle famiglie italiane dopo la Grande Recessione. In: C. Fusaro C e A. Kreppel A Politica in Italia. I fatti dell'anno e le interpretazioni. Bologna 2014, Il Mulino
15. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>
16. <https://www.istat.it/it/archivio/91926>
17. Martuzzi M, Mitis F, Forastiere F. Inequalities, inequities, environmental justice in waste management and health. Eur J Public Health 2010;20(1):21-6.