

mente operativo l'Osservatorio per la promozione della salute, gli unici dati cui riferirsi per avere uno sguardo d'insieme sull'organizzazione attuale sono quelli derivati da una ricerca del 1996 condotta dal Centro Sperimentale di Perugia su incarico dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Da questa indagine sono risultati due modelli organizzativi sui quali si distribuiscono i servizi regionali e aziendali: un modello *trasversale* ed uno *verticale*.

**Mancanza
di un Osservatorio
nazionale**

Il modello *trasversale*, prevede:

Modello trasversale

- una precisa individuazione di compiti ed attività ai tre livelli funzionali (regionale, aziendale, distrettuale);
- la costituzione di specifiche strutture specialistiche in posizione di staff alla direzione strategica dell'Azienda;
- precise articolazioni operative a livello distrettuale;
- meccanismi definiti di coordinamento tra i tre livelli funzionali.

La *filosofia ispiratrice* di questo modello attribuisce all'educazione alla salute caratteristiche multidisciplinari e di funzione di ogni livello del sistema socio-sanitario; La ricaduta organizzativa è rappresentata dalla previsione di funzioni per il livello regionale (coordinamento e programmazione) e la costituzione, a livello dell'Area Centrale dell'Azienda, di un'*Unità operativa per l'educazione alla salute*, in posizione di staff alla Direzione Generale o Sanitaria con una dotazione di personale (con specifica formazione), adeguate sedi logistiche, supporti tecnici necessari e fondi destinati alle spese necessarie alla gestione operativa.

Le funzioni dell'Unità operativa sono quelle di programmazione, promozione, coordinamento, valutazione, formulazione di direttive metodologiche e di formazione e consulenza per gli operatori, oltre chiaramente ai collegamenti con gli altri settori del servizio sanitario regionale e con le altre istituzioni non sanitarie (es. Scuole) coinvolti nei processi di educazione alla salute.

Il livello dell'Assistenza Sanitaria di base è rappresentato da *Uffici per l'educazione alla salute* eventualmente affiancati da *Comitati per l'Educazione alla salute*, con individuazione per entrambe di personale adeguatamente formato.

Questo modello ha subito nel tempo discrete variazioni con l'allargamento/collegamento delle competenze dell'educazione alla salute a quelle dell'informazione dei cittadini o, in altri casi, della valutazione della qualità.

Nel migliore dei casi la ricaduta organizzativa al livello aziendale è rappresentata dall'assegnazione alla struttura specialistica centrale (Unità

operativa) di personale esperto non solo nei campi dell'educazione alla salute, della comunicazione sociale e delle tecnologie informative ma anche del marketing sociale e della valutazione. Per lo più invece queste variazioni si sono valse dell'attribuzione dei nuovi compiti al personale già dell'educazione alla salute.

Modello verticale

Il secondo modello *verticale*, vede la collocazione operativa dell'educazione alla salute in una struttura *centrale* settoriale generalmente il Dipartimento di prevenzione. Questo è definito come "lo strumento di cui l'Azienda USL si dota per rendere coerenti e valorizzare le proprie strategie di prevenzione e di promozione della salute"

Tale soluzione organizzativa si pone in contraddizione con:

- la natura trasversale e non settoriale dell'educazione alla salute;
- la funzione che i decreti 502/517 attribuiscono al Dipartimento di prevenzione;
- la globalità ed intersettorialità delle attività di educazione alla salute.

I limiti

Questa collocazione, inoltre, limita il *grado di autonomia* ed il *livello di autorevolezza* necessari per la gestione dei rapporti con le istituzioni ed organizzazioni esterne che partecipano al processo di educazione alla salute. Al di là delle soluzioni adottate, che dimostrano ancora una volta la disomogeneità del quadro nazionale e la grande variabilità nelle varie aree geografiche del Paese, in ogni Regione esiste una struttura per l'Educazione alla Salute e numerose (forse si può azzardare la quasi totalità) sono le Aziende sanitarie territoriali che hanno istituito una struttura apposita, più o meno ampia, con un referente. Non si è in grado di affermare quante di queste siano state anche investite delle problematiche della Promozione della Salute.

Ugualmente, come prima si è accennato, nel progetto di ricerca prima menzionato relativo alla creazione di un Sistema informativo nazionale per la promozione della salute e l'Educazione sanitaria, sono contenute indicazioni aggiornate al 1999, di cui non si dà conto in quanto relative ad un periodo temporale diverso da quello cui la Relazione si riferisce.

2.2. EQUITÀ E DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE

I poveri, le persone meno istruite, quelle di bassa classe sociale, si ammalano di più e muoiono prima. Si tratta di una constatazione comune in tutti i paesi sviluppati che continua ad essere tollerata dai più e che scandalizza pochi. Eppure essa dovrebbe interpellare seriamente le politiche di un paese. Infatti una parte di queste diseguaglianze dovrebbe essere considerata evitabile e quindi ingiusta e non accettabile. Inoltre, le diseguaglianze nella salute sono una testimonianza concreta che un consistente miglioramento della salute di tutta la società potrebbe essere raggiunto riducendo il carico di malattie dei gruppi più svantaggiati, con un possibile beneficio anche nei carichi assistenziali richiesti al sistema delle cure.

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 ha raccolto questi argomenti e li ha tradotti in una autorevole proposizione di principio che sovrintende a tutti gli obiettivi di salute e di assistenza che esso propone (Ministero Sanità, 1998). Tutta l'equità che è possibile raggiungere nella salute e che è doveroso garantire nell'assistenza debbono essere perseguite esplicitamente da ogni programma del sistema sanitario e sociale nel suo complesso, a tutti i livelli di responsabilità, nazionale, regionale e locale, professionali e delle forze sociali. Ma quale è lo stato delle diseguaglianze in Italia con cui dovranno misurarsi le politiche che nasceranno dal Piano?

La mortalità: diseguaglianze regolari, intense e crescenti

I dati di mortalità dimostrano diseguaglianze intense e regolari sia negli studi su base individuale e longitudinale (Cardano et al. 1999; Merler et al. 1999; Faggiano et al. 1999), sia in quelli su base geografica aggregata (Michelozzi et al. 1999; Cadum et al. 1999). L'eccesso totale delle morti che avvengono in una città come Torino e che sono attribuibili alle differenze sociali negli anni Novanta, corrisponde all'incirca all'effetto cumulativo di un incidente aereo grave che si ripetesse ogni tre settimane.

Queste diseguaglianze si osservano su tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale: a parità di età, il rischio di morire è più alto tra i meno istruiti, nelle classi sociali più svantaggiate, tra i disoccupati, tra chi abita in case meno agiate e in quartieri più degradati, tra chi vive solo o in situazioni familiari meno protette. Ma tale fenomeno non interessa solo le fasce estreme più svantaggiate della popolazione: su ogni dimensione che sia misurabile su di una scala ordinale, si osservano vantaggi nel rischio di morte tra le posizioni superiori rispetto a quelle immediatamente inferiori.

**Tipologie delle
diseguaglianze**

L'andamento nel tempo delle disuguaglianze è piuttosto sconcertante: solo tra i bambini e tra i ragazzi esse tendono a ridursi, mentre nei neonati, tra gli adulti e tra gli anziani tendono a conservarsi se non ad allargarsi, su tutte le dimensioni considerate. Questa tendenza è il risultato di un rischio di morte che si riduce nel tempo più rapidamente tra le persone in posizioni più avvantaggiate di quanto non accada tra le persone più svantaggiate, che talora vedono addirittura peggiorare il loro profilo di salute. In termini di tassi di mortalità standardizzati per età, a Roma nel 1990-92 la differenza di mortalità tra la classe sociale più alta e quella più bassa era di circa 106 morti per 100.000 abitanti per anno tra gli uomini, e di 18 tra le donne; nel 1993-95 la differenza era di circa 178 per gli uomini e di 46 per le donne, tra le quali la disuguaglianza era dovuta sia ad un decremento di mortalità della classe sociale più alta (-3,1%), che ad un aumento di quella più bassa (+2,6%) (Michelozzi, 1999). In media tuttavia, il reddito, l'istruzione, la posizione sociale delle persone sono migliorate in questi anni e le persone confinate negli strati sociali più svantaggiati sono sempre di meno. Questo fa sì che disuguaglianze relative nella salute che crescono non si riflettano sulla speranza di vita media che continua ad aumentare (ISTAT, 1999).

**Immigrazione
illegale condizione
di disuguaglianza**

In questo quadro bisogna considerare che sono assenti dalle statistiche ufficiali delle popolazioni italiane quei gruppi di popolazione immigrata, soprattutto illegali, che vivono privi di diritti di cittadinanza, in condizioni di estremo disagio sociale, con conseguenze sfavorevoli sulla salute che non possono ancora essere registrate dalle fonti informative e statistiche correnti.

Praticamente quasi tutte le cause di morte sono interessate da queste disuguaglianze, con particolare evidenza per quelle correlate a stili di vita insalubri (tumore del polmone e fumo; cirrosi ed alcol), a lunghe carriere di povertà e svantaggio (malattie respiratorie o tumori dello stomaco), a problemi di sicurezza (infortuni sul lavoro tra gli adulti e incidenti stradali tra i giovani e infortuni domestici tra gli anziani), a problemi di disagio sociale (dipendenza da droghe tra i giovani, suicidio tra gli anziani), a problemi psicosociali di stress (malattie ischemiche del cuore), a problemi di emarginazione dei malati (malattie psiconervose), e, infine, a problemi di accesso all'assistenza sanitaria (morti evitabili).

Le età più critiche sono quelle dei giovani: fino a poco tempo fa essi erano poco interessati dalle disuguaglianze nella salute, mentre oggi l'epidemia delle morti correlate alla droga colpisce soprattutto i giovani socialmente svantaggiati. L'età adulta mostra le disuguaglianze più intense soprattutto tra gli uomini; mentre tra gli anziani sono le donne a presentare le disuguaglianze più intense. Svantaggi estremi nel rischio di morte si osser-

vano tra i gruppi più deprivati: i disoccupati di lungo corso, quelli senza risorse e credenziali educative da spendere, quelli che vivono in abitazioni, ambienti, quartieri particolarmente disagiati, quelli soli o in situazioni familiari insostenibili, soprattutto se provenienti dal Sud, con più di una difficoltà, economica o di cura di un familiare con problemi. Fenomeni di marginalizzazione sociale delle persone più malate sono misurabili, ma non sono di intensità e frequenza tale da influenzare il quadro delle diseguaglianze nella mortalità. In conclusione, nel rapporto tra mortalità e diseguaglianze sociali, sembrano convivere e compenetrarsi due meccanismi, uno di intensità moderata, che genera differenze nella salute lineari e regolari che si manifestano ad ogni livello della scala sociale, ed uno più intenso che si manifesta nelle fasce più deprivate e coincide con i processi e con le traiettorie di vita caratterizzate da insicurezza e che portano all'emarginazione sociale ed economica.

Stato di salute e stili di vita: diseguaglianze coerenti e relazioni plausibili

L'indagine ISTAT sulla salute del 1994 documenta, estesamente, come le differenze sociali nella mortalità prematura non siano altro che l'ultima manifestazione di diseguaglianze che interessano in profondità sia gli stili di vita pericolosi per la salute, sia le manifestazioni morbose croniche e la disabilità che ne consegue, sia la percezione soggettiva del proprio stato di salute (Vannoni et al., 1999).

Il quadro delle diseguaglianze che emerge è sostanzialmente sovrapponibile per direzione e ordine di grandezza a quello misurato con gli stessi indicatori negli anni ottanta (Faggiano et al., 1999), anche se una vera analisi dell'andamento temporale delle diseguaglianze sociali in questi indicatori non è ancora stata eseguita.

Le differenze sociali nella mortalità e nella disabilità riferita, stanno a documentare che gli svantaggi nella salute cominciano ben prima della morte e che i due-tre anni di speranza di vita che separano gli estremi della scala sociale nel nostro paese, potrebbero diventare molti di più se si dovesse misurare la speranza di vita indenne da malattie croniche o da disabilità (Valkonen, 1997).

Il profilo sociale delle differenze nei fattori di rischio o di protezione misurati dall'indagine, consente di identificare alcuni dei meccanismi che mediano l'azione delle diseguaglianze sulla salute. Il sovrappeso è un esempio di fattore di rischio, condizionato sia biologicamente sia con l'alimentazione, che è distribuito in modo molto diseguale, in particolare tra le

donne, e che contribuisce a spiegare le profonde diseguaglianze che si osservano nella morbosità e nella mortalità femminile per malattia cardiovascolare e per diabete. Il fumo è un esempio di fattore di rischio comportamentale, a libertà di scelta condizionata, la cui distribuzione sociale è molto diseguale tra i maschi; i maschi meno istruiti e di bassa classe sociale sono interessati da una epidemia di morti e malattie correlate al fumo, che non accenna ad interrompersi; mentre i soggetti più istruiti e di alta classe sociale cominciano ad uscirne perché più sensibili all'informazione e agli interventi per smettere di fumare. Anche tra le donne meno istruite, finora passate indenni attraverso l'epidemia da fumo maschile, che pur aveva iniziato a contagiare le donne più emancipate e istruite, si cominciano ad osservare allarmanti indici di inversione di tendenza. Infine si può considerare la propensione a usare test di screening per i tumori femminili, un esempio di fattore protettivo per la salute, un fattore che segue una distribuzione sociale molto diseguale, a testimonianza di come le diseguaglianze nella mortalità possono essere correlate agli ostacoli all'accesso o alle resistenze nell'adesione a programmi di screening.

L'accesso e l'uso delle cure: diseguaglianze plausibili ma inaccettabili

Ma quali effetti ha il sistema sanitario italiano sulle diseguaglianze delle condizioni di salute? Un sistema sanitario nazionale equo dovrebbe garantire interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione inversamente proporzionali ai livelli di salute della popolazione e delle singole persone: peggiori sono le condizioni di salute, maggiori dovrebbero essere le risorse per il sistema sanitario e più alti i livelli quantitativi e qualitativi dell'intervento erogato. Tre sono i punti critici dove si possono generare diseguaglianze determinate o modificabili dal sistema sanitario:

I punti critici

- la percezione del bisogno e l'espressione della domanda, a parità di condizioni reali di salute;
- l'offerta e l'accessibilità dei servizi, a parità di domanda espressa;
- la qualità e l'efficacia delle prestazioni, a parità di accesso.

Anche nel nostro paese emergono indizi preoccupanti di queste diseguaglianze nella salute a diretto carico dell'assistenza sanitaria (Materia et al., 1999; Rapiti et al., 1999; Rosso et al., 1997).

Ammalarsi di un tumore a prognosi non sfavorevole, a Torino alla fine degli anni ottanta comportava una probabilità di sopravvivenza molto diversa a seconda della posizione sociale (Rosso et al., 1997). Ad esempio,

un caso di tumore dell'intestino in una persona poco istruita aveva un 50% in più di probabilità di non sopravvivere a cinque anni rispetto ad un caso analogo in persona più istruita. Molte spiegazioni sono compatibili con questo riscontro: una diversa precocità di presentazione del caso alla diagnosi, un ritardo di accompagnamento alla cura, una differente appropriatezza della cura, una diversa propensione a guarire anche per la presenza di malattie concomitanti. Molte di queste spiegazioni interpellano la responsabilità del sistema sanitario.

Alcuni esempi più diretti di diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari sono documentati nel Lazio per gli anni novanta. La prevalenza di persone con insufficienza renale grave è maggiore nelle classi sociali più basse, ma a Roma la probabilità di ricevere un trapianto renale è più che doppia nelle persone laureate rispetto a quelle con bassi livelli di istruzione (Rapiti et al., 1999).

L'incidenza di ricoveri per infarto miocardico tra gli uomini è, a Roma, nella classe sociale inferiore più elevata del 57% rispetto alla classe sociale più alta, ma l'incidenza di interventi di by-pass aorto-coronarico non è diversa per classe sociale, con la conseguenza che si verificano più di 10 by-pass ogni 100 infarti nella classe sociale più alta e solo 7 in quella più bassa (Rapiti et al., 1999).

La sopravvivenza delle persone con AIDS, a Roma, negli anni novanta, non mostra differenze per livello socioeconomico fino al 1995. Con la disponibilità dal 1996 in poi di nuove terapie antiretrovirali, compare una forte gradiente a favore delle persone di più alto livello socioeconomico. Questa diseguaglianza si concentra in ospedali dove la reale copertura con le terapie efficaci potrebbe essere differente a seconda della posizione sociale del malato (Rapiti et al., 1999).

Ma anche tra coloro che riescono ad accedere a servizi efficaci ed appropriati, emergono segnali di diseguaglianze nella qualità e nell'efficacia delle cure. A parità di severità delle condizioni di salute, di caratteristiche cliniche e chirurgiche ed indipendentemente dal luogo di cura, le persone di classe sociale più bassa sottoposte a by-pass aorto-coronarico, a Roma, hanno una mortalità a 30 giorni circa 2,5 volte maggiore di quella delle persone della classe sociale più alta (Rapiti et al., 1999).

Il rischio che un ammalato, utente del sistema ospedaliero, sia vittima di un intervento inappropriato nel Lazio cresce con l'abbassarsi della posizione sociale (Materia et al., 1999). Emergono segnali significativi di una marcata vulnerabilità dei gruppi sociali più deboli all'offerta ed al consumo di prestazioni inefficaci ed inappropriate.

Tanti indizi di questa natura cominciano ad essere una prova; il sistema sanitario partecipa del sistema sociale in cui è inserito; se la struttura

**Esempi di
diseguaglianze
nell'accesso
ai servizi**

**Interdipendenza
fra sociale e salute**

sociale è fatta in modo da generare diseguaglianze, non deve stupire che possa contribuirvi anche il sistema sanitario, che ne fa parte integrante. Tuttavia al sistema sanitario è richiesto anche di opporsi a questi meccanismi e alle loro conseguenze.

Diseguaglianze nella salute in Europa: un tema comune con alcune variazioni

**L'Italia
in posizione
intermedia**

Un recente studio di comparazione tra i paesi europei ha dimostrato che negli anni ottanta le diseguaglianze sociali nella morbosità e nella mortalità erano un tratto comune nei paesi dell'Unione Europea, ma con significative variazioni di intensità. In un ordinamento dell'intensità delle diseguaglianze l'Italia si collocava in un rango intermedio, per quanto riguarda la morbosità, e in un rango basso per quanto riguarda la mortalità (Mackenbach et al, 1997). Le principali variazioni riguardavano il peso delle malattie cardiovascolari: nei paesi del nord Europa queste voci nosologiche spiegavano gran parte delle diseguaglianze, mentre nei paesi del sud esse non presentavano differenze sociali significative.

Ad esempio tra gli uomini italiani i lavoratori manuali, confrontati con quelli non manuali, presentavano eccessi modesti di mortalità per malattie ischemiche del cuore (RR 1.35, IC 95% 0.97-1.88, tra i 30 e i 44 anni; RR 1.08, IC 0.85-1.22, tra i 45 e i 59 anni) (Kunst et al, 1999). Gli altri paesi europei dell'area latina mostravano anch'essi diseguaglianze lievi o assenti, contrariamente ai paesi del nord Europa nei quali i lavoratori manuali avevano una mortalità per malattie ischemiche molto più alta dei lavoratori non manuali (RR da 1.42 in Irlanda a 1.91 in Finlandia sotto i 45 anni e tra 1.23 in Irlanda e 1.47 in Finlandia oltre i 45 anni). Al contrario, le malattie cerebrovascolari tra gli uomini 45-59 anni presentavano diseguaglianze significative in tutti i paesi europei, compresi quelli dell'area latina (Kunst et al, 1998).

Le diseguaglianze sociali nelle malattie cardiovascolari corrispondevano in modo abbastanza fedele alle differenze nella distribuzione dei fattori di rischio come il fumo, l'ipertensione, l'alimentazione, misurati nello stesso studio europeo comparativo (Mackenbach et al, 1997).

La spiegazione più verosimile per questo divario nord-sud Europa, potrebbe essere il ritardo nel *cross-over* delle diseguaglianze sociali: all'inizio dell'epidemia di malattie ischemiche del cuore, contemporanea allo sviluppo delle moderne società occidentali, sono state le classi sociali avvantaggiate a presentare il rischio più alto di questa malattia per via degli stili di vita tipici dello sviluppo, mentre, più avanti nel tempo, l'epi-

demia si è estesa alle posizioni sociali più svantaggiate; il rischio tra i più ricchi ed istruiti è migliorato per una maggiore attenzione agli stili di vita più sani. Questo fenomeno è stato ben dimostrato negli anni '50 e '60, prima negli Stati Uniti e poi nel nord Europa; è possibile che lo stesso fenomeno sia in ritardo nel sud Europa? Non c'è ragione di pensare che in un paese come l'Italia, i poveri abbiano dovuto aspettare gli anni '80 per sapere e potere agire come nei paesi del nord: ad esempio comprarsi più sigarette e cibi grassi; o nel caso dei ricchi, per conoscere i rischi connessi a questi abitudini e modificarle. Può invece essere verosimile che il valore culturale che si attribuisce a questi comportamenti, si sia trasformato più rapidamente nei paesi del nord piuttosto che in quelli latini. Una spiegazione alternativa potrebbe risiedere nel fatto che i paesi latini partirebbero da un livello di base della mortalità cardiovascolare più basso che i paesi del nord, per merito delle caratteristiche costitutive della loro alimentazione, caratteristiche radicate piuttosto trasversalmente nella popolazione, e che, quindi, offrirebbero una base molto più limitata per l'espressione delle differenze sociali. Viceversa, le malattie cerebrovascolari, pur condividendo con le malattie ischemiche del cuore molti dei fattori di rischio, mostrano disuguaglianze comparabili a sud e a nord. Probabilmente in questo caso contano di più fattori di rischio come il sovra-consumo di alcol e di sale e una minore capacità di controllo dell'ipertensione, che sono più frequenti nei paesi del sud.

Data l'importanza di queste cause di malattia nella popolazione, una risposta a questi quesiti è piuttosto importante per poter fare previsioni sull'andamento futuro delle disuguaglianze nella salute e nella mortalità nel nostro paese.

Qualche spiegazione

Le cause delle disuguaglianze nella salute sembrano complesse da rappresentare. In molti si sono esercitati a disegnare schemi concettuali capaci di riconoscere tutte le possibili catene eziopatogenetiche che sono in grado di portare allo svantaggio sociale nella salute in una società sviluppata, caratterizzata più da meccanismi di deprivazione relativa che di deprivazione assoluta. Allo stato attuale delle conoscenze, è più conveniente constatare questa complessità e confessare che non si è in grado di dominarla con un unico modello di studio, che sia in grado di catturare la responsabilità di singoli meccanismi causali e misurarne l'intensità, per poter mettere alla prova misure atte a contrastarle. Infatti, tutta questa storia si gioca intorno a cinque elementi costitutivi strettamente intrecci-

Non c'è un unico
modello di studio

ciati tra di loro e che potrebbero anche essere letti in sequenza:

- la struttura sociale della società;
- le biografie delle persone;
- la loro posizione sociale attuale;
- l'esposizione a fattori di rischio o di protezione;
- i risultati sulla salute di questo processo.

**Equità,
solidarietà
e senso
di sicurezza**

La struttura sociale è composta sia dal macrocontesto sia dal contributo più locale in cui ogni persona spende le proprie opportunità per un progetto di vita, che include anche la salute tra i suoi obiettivi e prerequisiti. ... Equità, solidarietà e senso di sicurezza sono gli attributi di questo contesto che influiscono sul progetto nel lungo e nel breve periodo. Nel lungo periodo, un macro contesto favorevole o sfavorevole garantisce lo spazio vitale di sviluppo di una storia di vita positiva o negativa di una persona. Nel breve periodo, i cambiamenti di segno di questi attributi del macro contesto possono minacciare un ruolo sociale acquisito con fatica e il suo capitale di salute: si pensi all'effetto devastante e immediato che le trasformazioni delle società dell'est hanno avuto nel peggiorare la speranza di vita di tali popolazioni.

Le biografie delle persone registrano per primi i risultati della programmazione biologica, quella per cui, a causa delle scadenti condizioni di vita e di nutrizione in cui si cresce nel grembo materno e si nasce, si possono verificare ritardi di maturazione dei tessuti che mostreranno i loro effetti lontano nel tempo, in età adulta avanzata, con un aumento del rischio di malattie respiratorie, cardiovascolari e metaboliche (Barker, 1994).

Alla programmazione biologica si associa la programmazione sociale, che si costruisce nei primi anni di vita, là dove si struttura l'identità di una persona e si sviluppa la capacità di gestire in sicurezza relazioni sociali e situazioni di vita. Anche questa programmazione sociale manifesterà i suoi effetti a scoppio ritardato lungo tutta la carriera della persona, nei vari ambienti sociali che attraverserà, dandogli la possibilità di raccogliere e valorizzare le opportunità e le risorse educative e di lavoro, e di reagire alle difficoltà della vita senza conseguenze negative sulla salute e sui comportamenti. È a questo livello che possono nascere e strutturarsi comportamenti a rischio per la salute e per la carriera sociale.

La posizione sociale di arrivo è già il risultato di questi processi, ma è anche il punto di partenza che genera risorse ed opportunità per la persona e per i suoi figli. E, a questo livello, si realizzano situazioni stressanti, capaci di condizionare la salute di per sé o di rinforzare i comportamenti rischiosi per la salute.

In questo modo si creano differenze nelle esposizioni a fattori di rischio

(fumo, alcol, stress, alimentazione, dipendenze...) che costituiscono i mediatori eziopatogenetici delle disuguaglianze nella salute; mediatori che possono instaurarsi nell'adolescenza o svilupparsi in età adulta e agire su svantaggi biologici già strutturati nel grembo della madre. L'asse temporale genera percorsi difficili da misurare, percorsi che sono resi ancora più difficili dalla possibilità che uno stato di salute alterato comprometta a sua volta le possibilità di carriera sociale delle persone, agendo come fattore aggravante delle disuguaglianze nella salute.

Infine sui risultati di salute si esprimono le disuguaglianze nell'accesso a cure efficaci e sicure che rappresentano un meccanismo causale tanto facile da immaginare quanto difficile da riconoscere e perseguire.

È in un quadro come questo che conviene riconoscere che non ci sono basi scientifiche adeguate per lanciare soluzioni ottimali e univoche di contrasto delle disuguaglianze nella salute: non c'è un trial d'intervento che sappia dimostrare l'efficacia di una sola politica. Piuttosto, per giustificare le politiche, occorre valorizzare le prove indirette di efficacia, cioè quegli studi che dimostrano relazioni tra singoli elementi della complessa catena causale che porta alle disuguaglianze sociali nella salute.

Quali politiche per contrastare le disuguaglianze nella salute?

Introducendo la lotta alle disuguaglianze nella salute tra i punti qualificanti delle politiche sanitarie e sociali del patto per la salute, il Piano sanitario nazionale 1998-2000 esige che ogni politica, sanitaria e non, che possa avere un riflesso sulla salute si misuri con il problema delle disuguaglianze in modo esplicito.

Questo significa che ogni politica dovrà interrogarsi sull'esistenza di disuguaglianze nel settore di sua competenza e dovrà pronunciarsi sul modo con cui intende contrastarle, con il sistema sanitario in un ruolo di promozione e di monitoraggio. Purtroppo non è affatto scontato che il sistema sanitario sappia svolgere questo ruolo verso il quale non ha né consuetudine, né particolare propensione. È utile quindi aprire una riflessione su quali responsabilità e su quali azioni spettino al sistema sanitario e su come questi abbiano dimostrato di funzionare in altre esperienze. In generale si potrebbe dire che su questo tema, al sistema sanitario competono:

- politiche di ricerca, informazione e patrocinio;
- politiche di correzione del sistema delle cure;
- concorso a politiche di promozione della salute;
- concorso a politiche di riduzione dei danni delle disuguaglianze sociali.

**Le competenze
del sistema
sanitario**

Le politiche di ricerca, informazione e patrocinio

Val la pena di ricordare l'insegnamento di un antico maestro, William Farr, che ammoniva la medicina a guidare i propri interventi in modo differenziato, tenendo conto che le persone non sono uguali di fronte alla salute.

"One of the many applications of the facts will be the promotion of practical medicine.

The extent to which epidemics vary in different localities, seasons, and classes of society, will be indicated by the registered diseases, and the experienced practitioners, wherever they may be placed, will learn to administer remedies with discrimination, and with due references to the circumstances of the population."

William Farr

Registrar General 1859

In questa proposizione Farr ricorda ai sanitari che è loro responsabilità precipua ricercare e trattare le disuguaglianze nella salute. Questo compito va inteso non solo in senso restrittivo, limitato cioè alla correzione delle disuguaglianze di accesso alle cure, ma in senso lato, esteso quindi alla promozione di quelle politiche non sanitarie che possono impedire o ridurre l'impatto delle disuguaglianze nella salute; dunque un ruolo attivo, di informazione, di ricerca e di patrocinio nei confronti della salute dei gruppi sociali più svantaggiati.

I principali ostacoli che si frappongono allo svolgimento di questo ruolo riguardano, da un lato la resistenza a tematizzare questo argomento nella società, sia nel senso comune sia nelle comunità professionali, e, dall'altro, la difficoltà a trovare spiegazioni così specifiche e concrete delle disuguaglianze da saper convincere specifici interlocutori a scegliere specifiche politiche di contrasto.

La prima criticità consiste nel fatto che, delle disuguaglianze nella salute, pochi si sentono effettivamente responsabili; gli atteggiamenti prevalenti sono due: o negarne l'urgenza e il rilievo ("tanto sono sempre esistite") oppure attribuirne la colpa alla struttura profonda del modello di società e, nei fatti, considerarle insuperabili. Nei paesi in cui questa semplificazione è stata superata, Regno Unito e paesi Scandinavi ad esempio, il tema è entrato nell'agenda pubblica grazie ad alcuni ingredienti di successo:

**I Paesi dove
il tema è
all'attenzione**

una sistematica e continua disponibilità di dati a livello generale e a livello locale, una intensa collaborazione tra ricerca medica e ricerca sociale ed una assunzione di responsabilità da parte del mondo medico, che ha fatto delle disuguaglianze nella salute un tema da imporre all'attenzione pubblica con tutta l'autorevolezza della scienza medica (Graham, 1997). Queste condizioni hanno permesso l'avvio di una nuova stagione di programmi di contrasto delle disuguaglianze nella salute, molto concreti e prevalentemente locali e di carattere intersettoriale (Bauld et al., 1998).

Nel nostro paese, i singoli sistemi informativi sanitari e statistici non sono ancora in grado di monitorare in modo adeguato le disuguaglianze nella salute su tutto il territorio. Il programma di ricerca per la sorveglianza delle differenze sociali nella mortalità (ReSò), promosso dal Ministero della Sanità e dalla Regione Piemonte, ha dimostrato che l'integrazione tra sistemi informativi con procedure di *record-linkage* sotto alcune condizioni può soddisfare adeguatamente queste necessità conoscitive (Costa et al., 1998). Di recente, sono stati approvati dal Ministero della Sanità due programmi regionali di ricerca che si propongono di colmare queste lacune informative (Regione Piemonte, 1998; Regione Lazio 1998). È dunque opportuno che queste forme di integrazione vengano realizzate sistematicamente a livello nazionale e regionale, e vengano resi disponibili i dati per l'opinione pubblica, gli amministratori e i professionisti in modo che, senza più alibi, ognuno possa giocare la sua parte in quella logica di partecipazione alla programmazione e alla valutazione a livello locale che tanta parte ha nei principi ispiratori del disegno di legge delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Naturalmente la disponibilità di dati di per sé non basta a sollevare questo tema all'attenzione di tutti questi interlocutori. Si tratta di un obiettivo che deve essere oggetto di attività di comunicazione e di rete tra gli attori sociali interessati, attività che debbono essere pianificate con tutta l'attenzione e gli investimenti che sono richiesti dalla complessità del sistema sociale a cui si rivolgono. Nel Regno Unito sono passati vent'anni da quando, alla fine degli anni settanta, si pubblicava il Black Report sulle disuguaglianze nella salute. Nel 1998 la Commissione Acheson, su mandato del governo laburista, ha diffuso le raccomandazioni conclusive della sua inchiesta sulle politiche per contrastarle, passando per la fase intermedia degli anni ottanta quando, con il governo conservatore, le *inequalities* avevano perfino cambiato nome diventando più innocentemente *variations* (Department of Health, 1998). Vent'anni sono il risultato di un processo di maturazione spontaneo avvenuto in un tessuto sociale conflittuale con una abbondante disponibilità di dati. È il caso di chiedersi se in Italia non si possano ridurre questi lunghi tempi attraverso politiche di

**Il programma
di sorveglianza
delle differenze
sociali
nella mortalità**

**I compiti
della ricerca
scientifica
rispetto alle
spiegazioni**

comunicazione, che siano pianificate apposta per far convergere gli interessi degli attori che più sono interessati al miglioramento della salute nei gruppi più svantaggiati.

La seconda criticità riguarda i compiti della ricerca scientifica rispetto alle spiegazioni. A questo proposito, occorre riconoscere che la ricerca delle spiegazioni ha fatto passi avanti grazie agli studi longitudinali, che hanno spostato l'attenzione verso lo studio degli effetti cumulativi delle traiettorie biografiche sulla salute dell'adulto; grazie poi agli arricchimenti portati dalle scienze sociali nello studio del ruolo dei fattori psicosociali; e, infine, grazie alla combinazione dei metodi quantitativi e qualitativi nello studio dei comportamenti correlati alla salute (Graham et al., 1997). Anche in Italia la ricerca si sta avviando su queste strade, ad esempio il programma multicentrico CNR "Meccanismi di riproduzione delle disuguaglianze sociali" (Bianco M. L., 1998) che, nella sua componente torinese, comprende obiettivi di ricerca sul ruolo del capitale sociale nella generazione di disuguaglianze nella traiettoria sanitaria dei pazienti. Occorre valorizzare queste linee di ricerca per sperimentare ed elaborare modelli analitici, applicabili a livello locale e capaci di individuare, caso per caso, i punti critici del sistema sanitario responsabili delle disuguaglianze osservate e di identificare le azioni di contrasto più appropriate, ad uso dei gruppi aziendali per la qualità.

Anche la sperimentazione sull'uso integrato dei sistemi informativi sanitari e sociali può dare un impulso alla capacità di ricerca delle spiegazioni. Intanto le esperienze pilota dello Studio Longitudinale di Torino (Costa et al., 1998) e di quello Toscano (Regione Toscana, 1998), comprese nel programma statistico nazionale 1999-2001 (Sistan, 1998), possono essere replicate in più aree metropolitane del paese, creando una rete di studi locali capaci di monitorare con una dimensione longitudinale le traiettorie biografiche che portano alle disuguaglianze nella salute in diverse aree del paese, e di trovare le spiegazioni sanitarie e sociali che sono alla base delle disuguaglianze. D'altro canto il più importante sistema informativo sanitario, quello dei ricoveri ospedalieri (SDO), non è ancora stato compiutamente valorizzato per ricercare nelle differenze di accesso all'assistenza le cause sanitarie delle disuguaglianze nella salute. È quanto propone la Regione Lazio con il programma già citato, che riguarda su base geografica, l'analisi delle differenze sociali nell'uso appropriato dell'assistenza. In questo contesto occorre però anche sviluppare tutta la potenzialità di studio delle differenze sociali che la stessa fonte informativa può assicurare su base individuale. In alcune regioni, la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) offre opportunità peculiari, sia per la ricchezza delle informazioni socio-demografiche riportate, sia per l'espe-

rienza maturata nella sperimentazione di sistemi di classificazione della gravità e della tempestività del ricovero (Ciccone, 1999).

Le politiche di correzione del sistema delle cure

Si può affermare che le risorse che la nostra società mette e metterà a disposizione del sistema sanitario sono e saranno sempre, per quanto grandi, limitate indipendentemente dal sistema di finanziamento, pubblico, misto o privato. La mancata definizione esplicita dei servizi che devono essere garantiti con queste risorse e delle caratteristiche delle persone cui tali servizi debbono essere garantiti, ha fino ad oggi generato una situazione di razionamento implicito. Teoricamente il Servizio Sanitario nazionale offre tutto a tutti; nella realtà i gruppi di popolazione più forti sono più capaci ad accedere gratuitamente alle prestazioni efficaci ed appropriate, mentre quelli più deboli sono più esposti ad iperconsumo di prestazioni inefficaci ed inappropriate, quando non dannose, e meno capaci di accedere ai servizi necessari per rimediare a condizioni reali di salute peggiori.

Le intese di programma sono gli strumenti con cui si costruiscono e si valutano gli obiettivi attuativi dei piani regionali e aziendali rispetto agli indirizzi nazionali. Se le disuguaglianze nella sanità fossero prese sul serio, non dovrebbe più essere approvato nessun obiettivo d'intesa che non includa una valutazione delle differenze sociali, che riguardano quel settore d'intervento e che non preveda le azioni necessarie per correggere i meccanismi di discriminazione per monitorarne le conseguenze.

Un'altra minaccia all'equità in sanità è costituita dalle trasformazioni cui è sottoposto il sistema sanitario e, in particolare, da quelle che influiscono sulla disponibilità dei livelli di assistenza. Si sta andando verso un sistema sanitario in cui l'assistenza verrà assicurata in parte in modo universalistico e gratuitamente a spese del sistema, in parte in modo selettivo per coloro che sono coperti da forme di contribuzione integrativa. È chiaro che nelle maglie della organizzazione di questi due classi di prestazioni e delle loro modalità di erogazione si potranno creare situazioni di discriminazione sociale, tanto più gravi quanto più restrittiva sarà la definizione di livelli assistenziali essenziali, e tanto più odiose quanto più stigmatizzante risulterà la compresenza delle due prestazioni nello stesso presidio e da parte degli stessi professionisti, come dipendenti per le prestazioni essenziali, in regime di libera professione intramuraria, per quelle integrative.

Infine, uno dei meccanismi più insidiosi di discriminazione nella sanità

Il sistema sanitario è sottoposto a trasformazioni

riguarda il ritardo con cui si accede a interventi di recente introduzione. Sapendo che il trasferimento nella pratica delle nuove tecnologie è di solito molto rapido, mentre non altrettanto lo è quello delle prove scientifiche della loro utilità, questo ritardo si può rivelare vantaggioso ancorché stigmatizzante nel caso di tecnologie inutili, mentre può risultare svantaggioso in caso di tecnologie efficaci e sicure. Quasi sempre si tratta solo di un ritardo, e non di un definitivo deficit di accesso, che ha conseguenze tanto più gravi quanto più grande è il vantaggio di salute di cui possono ancora beneficiare le persone più avvantaggiate. Ad esempio, negli ultimi anni, la mortalità perinatale delle classi sociali alte ha raggiunto livelli così bassi che difficilmente essi possano essere ancora migliorati da ulteriori progressi dell'assistenza neonatale. In questo caso, l'introduzione di nuovi presidi di cura neonatale ridurrà le disuguaglianze, agendo prevalentemente là dove esiste un concreto beneficio di salute da ricavare, cioè nelle classi povere. Viceversa sulla sopravvivenza dell'AIDS, dove il beneficio di salute è ancora tutto da sfruttare, l'introduzione della nuova terapia antiretrovirale, nelle prime fasi della sua applicazione, potrebbe correre il rischio di allargare le disuguaglianze.

Le politiche di promozione della salute

Una recente rassegna delle politiche nazionali di *health promotion* di cinque paesi europei (Finlandia, Olanda, Spagna, Svezia, Regno Unito) ha dimostrato che è molto poco frequente che esse siano espressamente orientate a ridurre le disuguaglianze nella salute (Mackenbach, 1999). Tra alimentazione, esercizio fisico, fumo, alcol, violenza, attività sessuale e droga, solo sul consumo di droghe si tende a progettare programmi che discriminino positivamente quelle popolazioni bersaglio socialmente più svantaggiate. Solo il Regno Unito include lo svantaggio sociale tra i criteri prioritari ed espliciti di progettazione di interventi per tutti i temi di promozione della salute. Viceversa, la Svezia rifiuta implicitamente ma sistematicamente una discriminazione positiva verso i più svantaggiati, perché la sua lunga tradizione di politiche sociali ugualitaristiche ostacola l'introduzione di discriminazioni, anche di quelle a favore di poveri. Dunque nel loro complesso le politiche di promozione della salute, almeno quelle su scala nazionale, sono poco mirate alle disuguaglianze e quindi è impossibile valutare quanto siano efficaci nel produrre equità nella salute.

Quello che si è imparato sul fumo è abbastanza paradigmatico dell'effetto paradosso della *health promotion* sulle disuguaglianze nella salute. La dis-