

GRUPPO DI LAVORO ‘DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE’

DOCUMENTO FINALE

del XLIII Corso della Scuola Superiore di Epidemiologia e Medicina Preventiva “Giuseppe D’Alessandro” dal titolo: “*Chi ha e chi non ha: le disuguaglianze di salute evitabili e le azioni di contrasto*”

Erice, 10-14 aprile 2013

IL POSSIBILE RUOLO DELL’IGIENE E DELLA SANITÀ PUBBLICA NEL CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

A più di 150 anni dall’unità d’Italia, è confortante riconoscere che la salute sia stata capace di unire il nostro Paese più di ogni altra dimensione del benessere. Le dinamiche cui abbiamo assistito negli ultimi due decenni lasciano però emergere un nuovo divario Nord/Sud che riguarda contemporaneamente: l’esposizione ai fattori di rischio; lo stato di salute; la qualità delle cure. Un divario di salute che corrisponde al divario sociale, i cui meccanismi di generazione sono noti (seppur con alcune lacune conoscitive da approfondire) e affrontabili con idonee politiche. Oggi disponiamo di conoscenze sufficienti per agire sulla base delle priorità individuate. Questo profilo sollecita la responsabilità della programmazione (per lo sviluppo e la coesione e per la sanità) e delle professioni, in coerenza con le raccomandazioni dell’Unione Europea sulla solidarietà nella salute.

All’interno di tali scenari l’ambito della prevenzione può evidentemente giocare un ruolo significativo. In particolare, la sfida del contrasto alle disuguaglianze nella salute (con specifico riferimento alle disuguaglianze nella vulnerabilità ai fattori di rischio), intercetta in modo significativo una fase di ripensamento collettivo del ruolo del Dipartimento di Prevenzione (DP), con una maggiore propensione all’interdisciplinarietà e multiprofessionalità ed un forte richiamo alla situazione socio-economica¹. Ciò comporta l’auspicio che il DP sia capace di proiettarsi con maggior efficacia verso il territorio e di intercettare le dinamiche di generazione delle disuguaglianze, di cui i gruppi di popolazione maggiormente vulnerabili e ‘*hard to reach*’ sono ‘sensori’ di equità nella salute. Alcune significative esperienze locali (come ad esempio quella in corso a Verona), dimostrano la concreta possibilità di muoversi in questa direzione da parte del DP; ne sono alcuni esempi gli interventi partiti dall’evidenza di minor copertura dello screening mammografico da parte delle donne straniere, di maggior esposizione ad intossicazione da monossido di carbonio nelle abitazioni degli stranieri, di maggiore esposizione ai fattori di rischio nelle persone detenute.

In termini metodologici, il riferimento principale che potrebbe alimentare e sostenere un più incisivo e moderno intervento dei DP rispetto alle disuguaglianze nella salute è quello che va sotto il nome di ‘Approccio basato sui Determinanti Sociali della Salute’ (*SDH approach*), messo a punto dall’Institute of Health Equity dell’University College of London (UCL) diretto dal Prof. Michael Marmot la cui allieva – Jessica Allen – è stata relatrice al Corso.

Tale approccio si propone di orientare le azioni di sanità pubblica locale di contrasto dei quattro principali fattori di rischio (fumo, alcool, sedentarietà, sovrappeso) verso un approccio *upstream* che cerchi di influenzare in modo più stabile e radicale le differenze sociali nella diffusione dei fattori di rischio, attraverso interventi che agiscono sulle ‘cause delle cause’ che le spiegano a livello di tutta la popolazione e non solo nei gruppi più vulnerabili. Lo strumento dell’SDH approach dovrebbe permettere alla sanità pubblica di evitare il riduzionismo del *lifestyle drift* e di perseguire obiettivi più ambiziosi di promozione di salute in tutta la popolazione attraverso un approccio di ‘universalismo proporzionale’ che dovrebbe saper aggredire il gradiente sociale con cui si manifestano la maggior parte dei problemi di salute.

¹ Vedi Documento conclusivo della Prima Convention Nazionale dei direttori dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie, tenutasi a Bologna il 5 aprile 2013 (www.societaitalianaigiene.org, “Atti di Congressi)

Alcuni primi esperimenti di introduzione dell'approccio SHD di progetti di prevenzione in Italia sono stati condotti in ambito formativo o pilota sotto il nome di *equity audit* e hanno permesso di riconoscere alcune criticità che vanno affrontate con adeguati strumenti.

In sintesi, l'esigenza che è emersa non è tanto quella di un nuovo strumento di trattamento delle conoscenze a scopo di azione, che si aggiunga alle tante griglie/modelli di valutazione già esistenti nei diversi contesti (*need analysis, risk assessment, technology assessment, guidelines, clinical audit, equity audit, health impact assessment, strategic assessment...*), bensì di lenti dell'equità (*equity lens*) che si possano applicare ad ogni griglia di analisi, considerata come se fosse una 'montatura'.

In sostanza ogni operatore/servizio è libero di utilizzare gli strumenti/montatura ritenuti più consoni al contesto e momento storico di riferimento e con cui ha maggiore confidenza (ad es., griglia per l'elaborazione di Linee guida se è interessato a produrre Linee guida, o per il *risk management* se è quello il suo specifico ambito di azione), purché vi 'applichi' le lenti dell'equità; l'*equity audit* propone dunque delle lenti per l'equità in modo da trattare il problema in modo sensibile all'equità dei risultati.

Tra le dimensioni della stratificazione utilizzate per guardare alla salute della popolazione di riferimento con le '*equity lens*', possono essere considerate tutte le dimensioni della posizione sociale che in modo indipendente possono influenzare la storia/pathway della persona o della famiglia di origine, come istruzione, occupazione, classe sociale, reddito, beni posseduti e rete familiare, così come tutte le dimensioni del contesto, come la deprivazione materiale e sociale del territorio, così come tutte le loro interazioni con età, genere e 'origine etnica'.

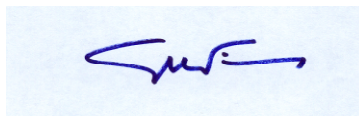
Nell'auspicio che l'istituzione del nostro Gruppo di Lavoro possa rappresentare un reale impegno della SItI nel contrasto alle disuguaglianze sociali nella salute, e che a tal fine il GdL possa esercitare una efficace azione di proposta e supporto, va ricordato che l'ambizioso obiettivo di una maggiore giustizia sociale nella salute (perfettamente coerente al dettato costituzionale) vede oggi, a livello nazionale, una molteplicità di attori e di interventi. Tra questi possono essere citati: il Gruppo di lavoro interregionale della Commissione Salute delle Regioni su Equità nella Salute e nella Sanità (gruppo ESS coordinato dalla Regione Piemonte); l'orientamento prioritario del finanziamento degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2012 verso la riduzione delle disuguaglianze di salute, attraverso una emersione dei progetti regionali più capaci di perseguire tale obiettivo (investimento: svincolo di 50 milioni di euro del finanziamento vincolato agli obiettivi di piano); l'orientamento prioritario del finanziamento del programma CCM 2012 verso una maggiore capacità di monitoraggio delle disuguaglianze di salute (investimento circa 1 milione di euro).

Gli ambiti in cui la nostra Società scientifica può fornire un più efficace contributo sono quelli: della formazione, della ricerca e dell'azione di sanità pubblica (che alla ricerca è strettamente collegata).

Sia la formazione che la ricerca hanno la finalità di colmare le attuali lacune conoscitive, di sensibilizzare e qualificare maggiormente gli attuali e futuri operatori di sanità pubblica sui temi e gli approcci correlati alle disuguaglianze nella salute; l'attivazione di filoni di ricerca su queste tematiche nell'ambito della prevenzione ha la principale finalità di far emergere le dinamiche in grado di generare le disuguaglianze, orientando così gli interventi dei servizi di prevenzione². In tutte queste attività appare strategica la capacità di mettere insieme le varie anime della SItI, ed in particolare di coinvolgere i giovani colleghi in formazione.

Riferimenti bibliografici essenziali

- ♦ Associazione Italiana di Epidemiologia. *Atti del Congresso "Salute e Sanità a 150 anni dall'unità d'Italia"*. *Epidem Prev* 2011; 35 (5-6)
- ♦ Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. *WHO European review of social determinants of health and the health divide*. *The Lancet* 2012; 380: 1011-29
- ♦ Marmot M, Atkinson T, Bell J et al. *The Marmot Review. Strategic review of Health Inequalities in England post- 2010*. UCL, 2010
- ♦ <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/who-european-review>



G M Fara, a nome di G Costa, M Marceca, M Valsecchi

² Vedi Prima Relazione del Gruppo di lavoro sulle 'Disuguaglianze nella salute' alla Giunta SItI del 30 Novembre 2012