

## Postfazione

### L'Italia sta rispondendo all'appello?

Negli ultimi anni si è sempre più diffuso, tra gli esperti delle politiche di salute, l'utilizzo dell'espressione *Marmot Review* per denotare le occasioni in cui una società e le sue istituzioni si interrogano sulla propria capacità di tutelare il benessere della popolazione e di promuoverne il beneficio più equo possibile. In tal senso, la *review* più conosciuta è il rapporto globale della Commissione OMS<sup>1</sup> sui determinanti sociali e ugualmente famose sono le successive *review*: quella britannica,<sup>2</sup> così come le due europee.<sup>3 4</sup> Ma, tra le tante, invito il lettore a sfogliare la *Marmot Review* che viene da Malmö,<sup>5</sup> un riuscito e concreto esperimento di consultazione di un'intera comunità sui temi dell'equità in salute e di orientamento delle politiche locali verso il contrasto delle disuguaglianze di salute e il raggiungimento di una società più equa. Oramai, il nome di Marmot risulta strettamente associato al significato dell'impresa sociale che egli stesso ha inaugurato, ovverosia quella di indirizzare i destini di salute di una comunità verso una direzione più equa.

E in Italia? È mai stata realizzata una *Marmot Review*?

Per rispondere a questa domanda è necessario tornare indietro nel tempo di circa due decenni e ripercorrere due tappe essenziali che hanno favorito l'inclusione delle disuguaglianze di salute nell'agenda pubblica nazionale. Due tappe peraltro saldamente legate a due ricordi di esperienze vissute con Marmot.

Si può dire che tutto ebbe inizio nel 1994, anno in cui, insieme a un gruppo di colleghi appassionati al tema, pubblicammo una raccolta di saggi che sintetizzava tutto quello che

si poteva sapere all'epoca sulla distribuzione della salute in Italia.<sup>6</sup> Obiettivo principale di quel lavoro era di misurare, nel modo più sistematico permesso a quei tempi, lo stato delle disuguaglianze sociali di salute in tutti i settori nosologici e nella maggior parte dei fattori di rischio; solo in minima parte il libro era dedicato a definire gli interventi e le politiche sanitarie da mettere in campo per contrastarle. Non a caso il rapporto ebbe effetti modesti sulle politiche, e per lo più cosmetici, come emerge ad esempio dalla lettura del Piano Sanitario Nazionale del primo governo Prodi,<sup>7</sup> che se da una parte diede solenne rilevanza strategica al principio di lotta alle disuguaglianze di salute, dall'altra non esplicitò alcun obiettivo o azione specifica. In modo speculare il successivo Piano Sanitario del governo Berlusconi,<sup>8</sup> pur riconoscendo la necessità di moderare l'effetto sulla salute di condizioni estreme di vulnerabilità sociale, da buon documento liberista qual era non dava però alcuna legittimità strategica all'adozione concreta di iniziative di contrasto. La stessa adozione nel 1998 del Testo unico sull'immigrazione,<sup>9</sup> che rappresenta il risultato più significativo per l'equità nella salute di quegli anni, è difficilmente interpretabile come conseguenza del rapporto. Semmai, ad essere in parte ispirato ai suoi principi fu il Piano speciale dei Fondi strutturali sulle aree metropolitane,<sup>10</sup> che investì risorse per obiettivi concreti sulle disuguaglianze di salute. Tra i pochi risultati politici concreti, bisogna annoverare inoltre la concessione da parte del governo di centrosinistra nel 1999 di un'anticipazione in deroga di due anni alla riforma sull'aumento dell'età pensionabile per i lavoratori manuali che avevano iniziato precocemente a lavorare: tale mi-

sura era infatti giustificata dalle disuguaglianze nell'aspettativa di vita secondo la carriera professionale che il nostro rapporto aveva messo in evidenza.

Piuttosto, tra gli esiti del rapporto vi fu la sensibilizzazione di buona parte della comunità professionale dell'epidemiologia e della sanità pubblica e degli osservatori sulla povertà ed emarginazione sociale, verso la necessità di predisporre strumenti per meglio misurare le disuguaglianze di salute.<sup>11 12</sup> Da quel momento in poi l'infrastruttura informativa necessaria al monitoraggio si è arricchita nel tempo di numerosi studi longitudinali basati su *record linkage* tra dati amministrativi e di censimento su scala locale e nazionale, nonché di indagini campionarie sulla salute, sempre più promettenti per dimensione campionaria e ricchezza delle covariate sociali e utili ad analizzare gli stili di vita e il ricorso ai servizi sanitari degli italiani.<sup>13</sup> E fu proprio Marmot ad accompagnarci in occasione della presentazione del rapporto, con empatia e una generosa dose di consigli. Ricordo ancora l'entusiasmo con cui, dopo l'evento, durante il viaggio verso l'aeroporto, mi raccontò delle nuove conoscenze che si stavano accumulando sul ruolo dei fattori psicosociali nell'intermediazione dell'impatto dei determinanti sociali sulla salute. Mi descrisse il funzionamento delle nuove scale di misura *demand-control* di Karasek<sup>14</sup> e *effort-reward* di Sigriest<sup>15</sup> che, per la prima volta, permettevano di misurare operativamente il costrutto concettuale che è al cuore delle disuguaglianze sociali di salute: per dirla con le sue parole il "control over own life". In quegli anni, si iniziavano a conoscere le scoperte di Sapolski che dimostravano come l'effetto sfavorevole della struttura gerarchica delle società di babbuini sulla salute dei sottoposti fosse mediato dai meccanismi psicosociali dello stress.<sup>16</sup> Si trattava dell'anello mancante per dare plausibilità biologica alle associazioni tra le disuguaglianze sociali e di salute (fino a quel momento rilevate ma non spiegate dall'epidemiologia e dalle scienze sociali) e per controbattere le argomentazioni degli economisti che sostenevano piuttosto come fossero le carriere sociali a spiegare le esperienze di malattia, e non viceversa. Tra l'altro,

questa nuova teoria era l'unica che permettesse di spiegare la pervasività delle disuguaglianze di salute (che si manifestano appunto su una pluralità di voci nosologiche molto distanti tra di loro) e la loro distribuzione a gradiente, per cui a ogni posizione sociale corrisponde un livello di salute migliore di quello di coloro che stanno immediatamente sotto e peggiore di quello di chi sta subito sopra. Per spiegare un'associazione di questo tipo era necessario un fattore di rischio capace di muoversi con progressività lungo l'intera scala sociale e su molte *pathways* contemporaneamente. In altre parole, la differente capacità di controllo sulla propria vita, associata alla propria posizione nella gerarchia sociale, era proprio il meccanismo psicosociale di stress capace di attivare con gradualità così tanti processi patogenetici in ambito metabolico, cardiovascolare, immunitario, psichiatrico. La contemporanea presenza di prove epidemiologiche e sociali sulle disuguaglianze di salute da un lato e della plausibilità biologica dei meccanismi dall'altro portava Marmot a sostenere con energia la priorità del tema per la sanità pubblica in ogni sede possibile, compresa la nostra piccola comunità di esperti che cominciava a fare i primi timidi passi in questo senso.

Esattamente venti anni dopo la pubblicazione del primo rapporto, nel 2014, è uscita la seconda *Marmot Review* italiana.<sup>17</sup> Questa seconda rassegna, commissionata a un gruppo di esperti dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, trae fondamento dai risultati delle *Marmot Review* globali ed europee prima citate e di una Joint Action europea<sup>18</sup> sul tema delle disuguaglianze che avevano avuto il merito di riorientare l'interesse dell'agenda pubblica verso le implicazioni e le raccomandazioni per le politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute. Infatti, non solo le disuguaglianze erano importanti e spiegabili, ma anche in parte evitabili e ingiuste e quindi era necessario mettere in campo azioni per ridurle.

Questa volta i risultati concreti non hanno tardato ad arrivare.

Il Ministero della Salute ha incaricato l'Istituto nazionale per il contrasto delle malattie della migrazione e povertà (INMP) di consultare in modo strutturato i principali attori italiani

responsabili delle politiche di salute, sanitarie e non sanitarie, sui risultati e le raccomandazioni del rapporto stesso, al fine di ottenerne suggerimenti utili alla progettazione di un Piano nazionale di contrasto delle disuguaglianze. Al momento, decine di interlocutori sono stati coinvolti in questo processo, includendo ministeri, regioni e comuni, così come sindacati e imprese, ordini professionali e associazioni scientifiche, nonché esponenti del terzo settore e della società civile. Da questa attività importanti suggerimenti sono già emersi per ricalibrare alcune politiche e interventi verso l'equità dei risultati di salute: ad esempio, i finanziamenti del Fondo sanitario nazionale vincolati agli obiettivi di piano del 2012<sup>19</sup> e del 2103<sup>20</sup> danno alle regioni obiettivi di misura e di contrasto delle disuguaglianze di salute. Parimenti, il nuovo Piano nazionale di prevenzione 2014-2018<sup>21</sup> ha introdotto il contrasto alle disuguaglianze di salute come principio costitutivo della prevenzione e ha attivato percorsi di *Health Equity Audit* dei singoli programmi e progetti.

Lo stesso Marmot, che partecipò alla presentazione del nuovo rapporto, ne rimase molto colpito: più di metà del rapporto era dedicato alle politiche! Il suo messaggio anche quella volta fu chiaro e forte: sappiamo come e cosa fare per ridurre le disuguaglianze di salute e non ci sono più giustificazioni per non agire; l'Italia si sta finalmente muovendo nella direzione giusta. Eppure, replicavo io, ci sono voluti vent'anni perché dalla prima *Marmot Review* italiana del 1994, prevalentemente accademica e votata alle misure, si passasse alla seconda del 2014, molto orientata alle azioni. Non erano un po' troppi? Anzi, lui rispose, nel corso di una cena in un'osteria di Trastevere, che eravamo stati bravi! Infatti, nel Regno Unito dal primo Black Report<sup>22</sup> della fine degli anni Settanta all'inizio del programma del governo Blair<sup>23</sup> alla fine degli anni Novanta, erano passati anche più di vent'anni: era la latenza fisiologica perché un tema e un impegno così grande entrassero nell'agenda pubblica di una società e delle sue istituzioni.

Nel corso della stessa cena ricordo che parlammo a lungo della peculiarità del profilo epidemiologico sociale italiano e

delle sue implicazioni per l'elaborazione di una strategia nazionale di contrasto. Da una parte, infatti, il nostro paese presenta un alto livello di disuguaglianze nell'esposizione ai determinanti sociali, secondo in Europa soltanto a quello del Regno Unito. Dall'altra, tuttavia, l'impatto di questi differenziali sociali è meno intenso che altrove. Così è stato stimato, ad esempio, che l'eliminazione teorica e magica dello svantaggio dei meno istruiti rispetto al rischio di mortalità dei laureati potrebbe portare in Europa alla riduzione media del 30% dei decessi (con picchi ancor più alti nell'Europa orientale), mentre in Italia questo guadagno si attesterebbe soltanto tra il 20 e il 25%.<sup>24</sup> La ragione di questa particolare resilienza italiana alle disuguaglianze, condivisa peraltro con altri paesi mediterranei, starebbe in un insieme di fattori che esprimono il ritardo nazionale rispetto alle principali epidemie sociali dei paesi ricchi: la mortalità fumo-correlata femminile è ancora a svantaggio delle donne in carriera; i tumori femminili correlati al ritardo dell'età al primo figlio sono più frequenti tra le donne in carriera; la dieta mediterranea e i suoi effetti sulla salute sono ancora distribuiti in modo socialmente uniforme, così accade per i legami familiari. Dunque, importanti *asset* per la salute sono distribuiti in modo meno disuguale che nel resto d'Europa per la presenza di ragioni culturali antiche: per questo uno degli obiettivi su cui fondare il contrasto delle disuguaglianze di salute in Italia dovrebbe diventare l'evitare che queste epidemie progrediscano fino all'ultima fase già in corso nel resto d'Europa, la fase in cui sono i più poveri di risorse e capacità quelli più colpiti dall'esposizione a questi fattori di rischio.

Insomma, e tirando le conclusioni: la storia delle disuguaglianze di salute nell'agenda pubblica italiana è appena all'inizio e parte col piede giusto, ma ha bisogno di un duro e costante lavoro e del contributo di ognuno dei lettori di questo affascinante libro.

Giuseppe Costa  
agosto 2016