

Editoriale

«Non mi fido molto delle statistiche, perché un uomo con la testa nel forno acceso ed i piedi nel congelatore statisticamente ha una temperatura media ottimale»

Charles Bukowski

La Salute in Italia: la somma delle sue parti?

Stante ai dati nazionali¹ ed internazionali² lo stato di salute degli italiani è ai massimi livelli mondiali, una situazione che dovrebbe produrre una grandissima soddisfazione non solo in tutti i professionisti sanitari e, in primis, negli operatori di sanità pubblica (la disciplina specifica della tutela della salute), ma anche nella popolazione e negli altri portatori di interesse del sistema sanitario italiano.

Sorge spontanea la domanda: chi e che cosa alimenta le critiche e i rimproveri al sistema sanitario e soprattutto cosa altro bisognerebbe fare stante le attuali ottimali condizioni?

La risposta può essere trovata nell'aforisma di Bukowski: il dato collettivo, la somma delle parti, nasconde alcuni aspetti della realtà in quanto le statistiche possono disorientare perché lo stato di salute è un fenomeno assolutamente "locale" e così pure le disuguaglianze di salute³. Sono "locali" l'ambiente fisico e socio-economico, compresa la disponibilità, l'accessibilità e la qualità delle strutture pubbliche e private, della viabilità e dei trasporti, delle attività industriali e commerciali, degli spazi verdi e ricreativi, del tipo di alimentazione, del tessuto sociale delle comunità, del livello dei servizi pubblici e, naturalmente, della presenza o meno di presidi sanitari. Agiscono a livello locale i principali determinanti della salute e la stessa tutela della salute, e anche gli interventi di sanità pubblica, variano ampiamente da un luogo all'altro per priorità, capacità e risultati⁴. Fin dal 1986, con la Carta di Ottawa, il rafforzamento (empowerment) delle comunità locali era indicata come la principale strategia per raggiungere gli obiettivi del programma "Health for All" dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Non a caso, fin dalla fondazione del Servizio sanitario nazionale (SSN) era stata data la massima rilevanza al livello "locale", piuttosto che nazionale e regionale,

come area delle attività di tutela della salute (istituzione delle unità sanitarie “*locali*”, ora aziende sanitarie “*locali*”)⁵. Si era pensato che la gestione decentrata dell’assistenza sanitaria fosse la strategia vincente per la ristrutturazione del sistema sanitario con il duplice obiettivo: 1. integrare l’assistenza sanitaria e quella sociale in quanto le autorità locali e i team sanitari locali potevano lavorare insieme con reciproco sostegno e vantaggio per la popolazione; 2. ottenere una maggiore autonomia decisionale locale recependo le richieste dalla popolazione da servire e adeguandola ai bisogni locali. È ben noto però il divario che esiste tra ciò che si voleva realizzare e ciò che è stato fatto pur in presenza di innumerevoli e continui tentativi di modifiche⁶.

Inoltre avendo ottenuto, almeno dal punto di vista formale (normativo), la copertura assistenziale universale («senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l’eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio») si è sottovalutato il problema dell’equità e cioè l’“uniformità delle condizioni di salute sul territorio nazionale”, affidata all’applicazione di disposizioni riguardanti solo alcuni determinanti di salute e trascurando completamente quelli socio-economici⁷.

Questa disattenzione all’organizzazione sociale e alla cultura dominante nel territorio in cui viene inserita un’organizzazione sanitaria ha importanti effetti sul modo in cui le attività vengono svolte e spiega non solo le disuguaglianze di assistenza⁸ ma più importante le disuguaglianze di salute⁹ e le conseguenti iniquità, cioè le disuguaglianze di salute evitabili¹⁰, alimentando le critiche e i rimproveri al sistema sanitario.

Se è quindi ormai ben stabilito che «ridurre le disuguaglianze di salute è ... un imperativo etico», e se è altrettanto ben noto che per ridurre le disuguaglianze occorre agire sui determinanti sociali della salute¹¹, non si è ancora preso atto che occorre agire a livello locale. Non si dimostrano infatti sufficienti per ridurre il divario di salute fra le persone gli interventi dei Governi nazionale e regionali per la lotta alla povertà e alla disoccupazione, per la tutela dell’ambiente di vita e di lavoro, per fornire una elevata istruzione e un buon sistema di trasporti, in quanto il compito di migliorare il benessere della popolazione e prevenire la mortalità prematura si attua a livello locale. Si svolge nei quartieri e nelle comunità delle persone con leader del governo locale che lavorano insieme ai professionisti sanitari, offrendo le migliori soluzioni ai loro residenti.

A questo proposito è quanto mai opportuno seguire con attenzione quanto si sta facendo in Inghilterra ove dal 1 aprile 2013 è stato radicalmente cambiato il sistema di sanità pubblica con il trasferimento del personale e delle funzioni dal

National Health Service alle Autorità locali (Public Health England), proprio per poter modificare in senso positivo tutti i determinanti sociali di salute e per risolvere il problema delle disuguaglianze di salute e di assistenza¹². Una riforma che in Italia equivarrebbe al ripristino dell'“Ufficiale sanitario”. La centenaria storia della figura dell'“Ufficiale sanitario” (1888-1978)¹³ può offrire qualche suggerimento per connotare meglio il responsabile visibile e certo della salute pubblica locale, con le caratteristiche e qualità analizzate trattando del Dipartimento di Prevenzione delle ASL (“I Dipartimenti di Prevenzione. Organizzazione, funzionamento, competenze, criticità e prospettive di evoluzione” a cura di Gianfranco Carnevali. Scs editrice, Roma 2017).

Armando Muzzi – Augusto Panà

Note

¹ I dati contenuti nel più recente compendio statistico ISTAT (Annuario Statistico Italiano 2019) (<https://www.istat.it/it/files//2019/12/Asi-2019.pdf>) dimostrano, tra l'altro, che diminuisce il numero dei decessi, che la speranza di vita alla nascita (vita media), dopo la battuta d'arresto tra il 2016 e il 2017, riprende ad aumentare attestandosi su 80,8 anni per i maschi e 85,2 per le femmine nel 2018, e che nell'ultimo quinquennio diminuiscono le dimissioni ospedaliere per acuti di circa 900 mila unità, nonostante l'invecchiamento della popolazione, per effetto del processo di deospedalizzazione.

² Lusinghieri sono i dati presentati nella rassegna “GBD 2017 Italy Collaborators. Italy's health performance, 1990–2017: findings from the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health* 2019; 4: e645–57”: «la qualità del sistema sanitario universale e i comportamenti salutari contribuiscono ad un positivo livello di salute generale, anche rispetto ad altri paesi dell'Europa occidentale. Nel 2017, l'aspettativa di vita e il punteggio dell'indice Healthcare Access and Quality (HAQ) in Italia sono stati tra i più alti a livello mondiale, con l'aspettativa di vita alla nascita che nel 2017 ha raggiunto 85, 3 anni per le femmine e 80, 8 per i maschi, classificando l'Italia all'ottavo posto a livello mondiale per le femmine e sesta per i maschi, e un punteggio dell'indice HAQ di 94,9 nel 2016 rispetto a 81, 54 nel 1990, mantenendo l'Italia al nono posto a livello mondiale. Tra il 1990 e il 2017 i tassi di mortalità standardizzati per età per le malattie cardiovascolari sono diminuiti del 53,7%, per le neoplasie diminuiti del 28,2% e per gli infortuni automobilistici diminuiti del 62,1% ». Inoltre «sulla base di questi dati (aspettativa di vita alla nascita e spesa sanitaria pro capite), la performance complessiva del sistema sanitario italiano sembra abbastanza soddisfacente tanto da essere stata classificata al secondo posto a livello mondiale dall'OMS nel 2010 (WHO. World health report 2010: health systems financing – the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010); al primo posto dall'indice Bloomberg Global Health 2013 (Lu W, Del Giudice V. Italy's struggling economy has world's healthiest people. Bloomberg, March 20, 2017); e al nono posto nel GBD 2016 (GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018; 391: 2236–71)».

³ «La maggior parte dei dati raccolti sulla salute è stata fatta a livello nazionale e globale. Tali dati aggregati possono mascherare una profonda ingiustizia nella distribuzione della buona salute, così come il prodotto interno lordo in crescita può mascherare la distribuzione altamente diseguale della ricchezza» (Friedman EA, Gostin LO, Kavanagh MM, et al. Putting health equity at heart of univer-

sal coverage—the need for national programmes of action. *BMJ* 2019; 367: l5901 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l5901>). Come proclama il titolo, preminente messaggio di questo lavoro è la necessità di mettere l'equità della salute al “cuore” della copertura universale ovvero che non è sufficiente assicurare l'accesso ai servizi sanitari se non si ottiene una equa distribuzione della salute.

⁴ Per studiare queste variazioni è utile dividere la struttura formale del sistema sanitario locale in due settori: geo-demografico e socio-politico. Nel primo vi sono le caratteristiche geografiche e demografiche dei distretti, quali: urbano/rurale, dimensione del distretto, situazione ecologica, dimensione e composizione della popolazione, principali attività economiche, tutte caratteristiche sostanzialmente stabili nel medio termine tanto che è relativamente facile raccogliere informazioni su di esse. Il secondo settore comprende gli aspetti dinamici dell'organizzazione sociale e della cultura politica locale quali le reti sociali, le abitudini e i valori sociali, il tipo di persone influenti, tutti fattori che possono anche rivelarsi stabili e resistenti ai cambiamenti (Atkinson S, Rolim Medeiros RL, Henrique P, Oliveiraa L, Dias de Almeida R. Going down to the local: incorporating social organisation and political culture into assessments of decentralised health care. *Social Science & Medicine* 2000; 51: 619-636).

⁵ «Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali. L'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale di cui alla presente legge. Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i Comuni, singoli o associati, o le Comunità montane articolano le unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento» (L'organizzazione territoriale. Art 10 Legge 833/1978). «In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le Unità Sanitarie Locali si costituiscono in Aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale» (art. 3 D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502).

⁶ La Relazione al Parlamento per il 2019 del CNEL riproduce quasi del tutto quella del 1984 sui problemi dell'applicazione della riforma sanitaria del 1978 in quanto dopo 36 anni sono praticamente presenti le stesse criticità (http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=80426&fr=n).

⁷ «Uniformità delle condizioni di salute sul territorio nazionale. Con legge dello Stato sono dettate norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale e stabilite le relative sanzioni penali, particolarmente in materia di: 1) inquinamento dell'atmosfera, delle acque e del suolo; 2) igiene e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro; 3) omologazione, per fini prevenzionali, di macchine, di impianti, di attrezzature e di mezzi personali di protezione; 4) tutela igienica degli alimenti e delle bevande; 5) ricerca e sperimentazione clinica e sperimentazione sugli animali; 6) raccolta, frazionamento, conservazione e distribuzione del sangue umano» art 4, Legge 833/1978.

⁸ Il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che misura, in base ai 33 indicatori della cosiddetta “Griglia LEA”, la capacità delle Regioni di garantire ai cittadini l'erogazione dell'assistenza secondo standard di appropriatezza e qualità, dimostra il diverso grado di “adempimento” delle Regioni, ignorando del tutto le disuguaglianze di assistenza a livello locale.

⁹ La letteratura sulle disuguaglianze di salute in Italia è vastissima ma si può fare riferimento alle regolari pubblicazioni dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (<https://www.osservatoriosullasalute.it/>) che «si limita a documentare le disuguaglianze osservate nel nostro Paese mettendole in relazione con i principali fattori individuali e di contesto», e al recente e completo Rapporto “L'equità nella salute in Italia” (Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N, et al. L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Collana Fondazione Smith Kline. Franco Angeli ed. Milano 2014). Gli AA. così presentano il volume: «Negli ultimi decenni si è assistito al netto e costante miglioramento della salute della popolazione italiana: l'aspettativa di vita è aumentata, la mortalità si è ridotta, così come la morbosità, diminuita per buona parte delle categorie nosologiche in termini di incidenza, di prevalenza e di impatto sulla qualità della vita. Tuttavia, non tutti i cittadini hanno beneficiato allo stesso modo di

questi progressi. Continuano infatti a persistere importanti differenze negli esiti di salute dei vari gruppi sociali: quanto più si è ricchi, istruiti, residenti in aree non deprivate, e in generale dotati di risorse e opportunità socioeconomiche, tanto più si tende a presentare un profilo di salute più sano». Sono disponibili anche gli Atti del Convegno “Disuguaglianze di salute: politiche sanitarie e non sanitarie” organizzato nel maggio 2019 dall’Istituto superiore di sanità e dall’Alleanza italiana per lo sviluppo sostenibile (Asvis). Obiettivo del Convegno, che rientra tra le iniziative nell’ambito della terza edizione del Festival dello sviluppo sostenibile, è stato quello di «accrescere il livello di consapevolezza relativamente alle disuguaglianze di salute, evidenziando il ruolo centrale del settore sanitario ma anche ampliando il coinvolgimento degli attori non sanitari, nell’ottica di una sempre maggiore intersectorialità con un’attenzione particolare ai determinanti sociali di salute» (https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/disuguaglianze-salute-convegno-2019).

¹⁰ «Si sono create così diverse iniquità di sistema che vanno dalle differenze quali-quantitative nei servizi erogati in varie aree del paese, alle disuniformi e lunghe liste di attesa anche per patologie che non possono aspettare, allo scarso rispetto per il malato, agli sprechi e all’inappropriatezza delle richieste e delle prestazioni, al condizionamento delle libertà di scelta dei malati, all’insufficiente attenzione posta al finanziamento e all’erogazione dei servizi per cronici ed anziani». Si generano così ulteriori iniquità come «le lunghe liste di attesa innescano talvolta il sistema perverso della raccomandazione, per cui il servizio può risultare ottimo o accettabile per una parte dei cittadini, ma non altrettanto buono per altri» DPR 23 maggio 2003 Approvazione del PSN 2003-2005.

¹¹ «Ridurre le disuguaglianze di salute è ... un imperativo etico. L’ingiustizia sociale fa morire la popolazione su larga scala» in quanto «la giustizia sociale è una questione di vita o di morte. Modifica in senso peggiorativo le modalità di vita delle persone ed aumenta le conseguenti probabilità di malattia e il rischio di morte prematura». Per ridurre le disuguaglianze di salute occorre agire sui determinanti sociali: «1. migliorando le condizioni della vita quotidiana – le circostanze in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano; 2. riducendo l’iniqua distribuzione di potere, denaro e risorse – i fattori strutturali di condizioni della vita quotidiana – a livello globale, nazionale e soprattutto locale; 3. misurando i problemi, valutando le azioni, ampliando la base di conoscenze, sviluppando una forza lavoro preparata ad affrontare i determinanti sociali della salute e sensibilizzando l’opinione pubblica sulla rilevanza dei determinanti sociali della salute» (WHO. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health (final report). Geneva: World Health Organization, 2008). Del tutto recentemente queste affermazioni della Commissione sono state confermate e ribadite nel Rapporto del WHO Europe “Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report”, World Health Organization 2019.

¹² Istruttivo è il documento preparatorio a questa Riforma “Department of Health. Public Health in local Government. Crown copyright 2011”. «Il governo locale ha una lunga e gloriosa storia di promozione e protezione della salute della gente risalente all’epoca vittoriana. Fu solo nel 1974 che il National Health Service assunse la maggior parte delle funzioni di sanità pubblica. Il Governo sta restituendo la responsabilità del miglioramento della salute pubblica al governo locale per diversi motivi, in particolare: • attenzione alla popolazione • capacità di organizzare i servizi per soddisfare le esigenze locali • capacità di influenzare i più ampi determinanti sociali della salute • capacità di affrontare le disuguaglianze di salute e di assistenza».

¹³ Storicamente la figura dell’Ufficiale sanitario fu introdotta dalla legge 22/12/1888, n. 5849 (Legge sulla tutela dell’Igiene e della sanità pubblica, nota come Legge Crispi-Pagliani); il successivo R.D. 1265/1934 pose l’Ufficiale sanitario alle dipendenze del sindaco e al contempo, in quanto organo periferico dello Stato, dell’Autorità sanitaria provinciale. La legge 13/3/1958, n. 296, istitutiva del Ministero della sanità, lo configurò quale organo periferico del medesimo e, con il trasferimento delle funzioni statali alle regioni (D.P.R. 14/1/1972, n. 4), l’Ufficiale sanitario divenne organo periferico regionale, per essere infine soppresso dalla legge n. 833/1978 trasferendo le sue funzioni alla USL che le esercita attraverso il proprio Dipartimento di Prevenzione.