

## EDITORIALE

---

di Eleonora Artesio

L'equità nella salute e nella sanità costituisce una delle principali ragioni ideali su cui è nata la riforma sanitaria italiana. Eppure a distanza di trent'anni si rilevano ancora significative disuguaglianze di salute e di assistenza sanitaria sia sul piano geografico sia su quello sociale.

Le disuguaglianze nell'insorgenza delle malattie nascono dall'azione di determinanti sociali che sfuggono alla responsabilità del Servizio Sanitario Nazionale e di quelli Regionali; ma la strategia europea "Salute in Tutte le Politiche", sottoscritta anche dal nostro paese, richiede agli stessi servizi sanitari di prendere il patrocinio di questo problema e la *leadership* di un piano di riorientamento delle politiche non sanitarie verso una promozione della salute fatta di opportunità ugualmente fruibili da tutti.

Inoltre le disuguaglianze nella guarigione dalle malattie sono fortemente influenzate dal modo con cui l'assistenza sanitaria riconosce, prende in carico, tratta e risolve i problemi di salute di tutte le persone che si affacciano alla sua offerta. In questo caso il servizio sanitario ha una responsabilità diretta sull'equità nei risultati di salute.

Tuttavia questa responsabilità rimane spesso in ombra tra i numerosi e difficili problemi di governo dei nostri servizi sanitari. Molte regioni, tra cui il Piemonte, si sono dotate di piattaforme programmatiche innovative negli ultimi piani sanitari regionali, che non hanno trascurato di mettere a tema gli obiettivi di contrasto dei determinanti sociali di salute attraverso il coinvolgimento delle politiche non sanitarie e di quelle sanitarie. Ma non basta la soddisfazione di aver affermato obiettivi giusti per fare il risultato, occorre tener fermo il senso di questi obiettivi nella comunicazione sociale e nel confronto con gli attori del sistema sanitario e serve coerenza nelle forme programmatiche organizzative e gestionali per trasformarli nella pratica.

Intanto in materia di comunicazione sociale il tema delle disuguaglianze sociali di salute è quello che in gergo giornalistico si dice una "non notizia", e diventerebbe difficile introdurlo nell'agenda pubblica con semplici campagne informative. È noto che sul piano della comunicazione sociale una qualsiasi campagna informativa vale molto meno in termini di efficacia rispetto al senso di sicurezza che il servizio sanitario e i professioni-

sti sanno trasmettere. È appunto quando questi mostrassero ordinariamente di saper misurare le disuguaglianze di accesso e risultato nell'assistenza sanitaria per poi correggerle, che si rafforzerebbe sostanzialmente quel senso di sicurezza nei cittadini, da cui poi potrebbe nascere anche l'attenzione pubblica ai temi dei determinanti sociali della salute.

Le aziende sanitarie dovrebbero essere i luoghi in cui ciascuno dei soggetti – professionisti, pubblico, produttori – assumono e accettano la necessità del proprio contributo al raggiungimento dell'obiettivo di costruire nell'interesse della persona e senza distinzioni sociali il principio di continuità, fatto di prevenzione, spesso extra sanitaria, e di presa in carico del problema di salute, prima e dopo l'acuzie del suo esordio. Questo obiettivo richiede risposte organizzative che possono anche essere regolamentate dai piani sanitari (piani di salute territoriali, prevenzione attiva, dimissioni protette, rete tra ospedali e medici di medicina generale, domiciliarità, percorsi assistenziali...), ma che diventano concretamente possibili solo se i soggetti decidono intenzionalmente di percorrere questi obiettivi tutti con la loro parte di responsabilità. È proprio questo processo di responsabilizzazione che spesso stenta a realizzarsi; per citare alcuni esempi, gli amministratori locali prima di ricalibrare le loro politiche alla luce dell'impatto che hanno sulla salute aspettano di essere coinvolti nelle scelte organizzative delle ASL; i medici di medicina generale prima di mettere mano alle proprie competenze di medicina territoriale per evitare il ricorso inappropriato al pronto soccorso aspettano di conoscere quali risorse potranno essere trasferite al loro livello di assistenza; e così il livello di assistenza ospedaliera risponde chiedendo di adeguare le proprie possibilità tecnologiche e professionali per rispondere ad una domanda non controllata, senza interrogarsi sulla sua appropriatezza... Chi fa le maggiori spese di questo processo sono i gruppi sociali più svantaggiati che sono più esposti ai determinanti sociali di salute e sono più vulnerabili alle limitazioni di accesso e utilizzo dell'assistenza appropriata (e magari più vulnerabili a quella inappropriata) e agli esiti sfavorevoli dei percorsi assistenziali. In questa difficile costruzione di una dimensione di sistema si mantengono e accrescono il risentimento e la stanchezza degli operatori e l'insicurezza dei cittadini, e rimane poco spazio per quel sentimento di solidarietà che potrebbe animare un'attenzione privilegiata alla riduzione delle disuguaglianze di salute.

Inoltre per garantire concreta capacità di perseguire questi obiettivi di piano non basta solo una intenzionale e concreta adesione dei soggetti agli obiettivi, ma anche una coerenza in termini di programmazione: tutti questi obiettivi si giocano sul piano della cooperazione, piuttosto che su quello della competizione, tra responsabilità, settori, soggetti. La Salute in Tutte le Politiche si realizza a livello di integrazione intersettoriale tra le politiche non sanitarie, con un esplicito mandato al contrasto dei determinanti sociali. Una continuità assistenziale equa e sostenibile si costruisce

nella cooperazione tra aziende, presidi e professionisti, orientata all'equità nell'accesso alle opportunità assistenziali, piuttosto che nella ricerca senza limiti di identità specialistiche.

Questa storia è resa ancora più difficile dall'ossessione della pressione finanziaria sul sistema paese e sulla sanità in particolare; un argomento, tra l'altro, impossibile da trasferire nella comunicazione sociale dato che delude i professionisti, irrita la popolazione e comunque si scontra con il fatto che i diritti hanno un costo che non si può eludere. Cosa può fare ciascun soggetto per migliorare la situazione? È giusto interpellare ogni gruppo di professionisti sulla sostenibilità delle proposte di sviluppo che essi elaborano per il proprio settore. È opportuno che ogni erogatore verifichi la giustificazione delle eccedenze di personale quando si confronta a parità di carico assistenziale con altri erogatori. Ma attenzione a non compromettere in questo modo le prerogative dei gruppi sociali più vulnerabili, che ad esempio proprio dell'intervento costruito sulla relazione umana hanno più bisogno per navigare in un percorso assistenziale. Inoltre è difficile condividere la preoccupazione sui costi con le fasce sociali più svantaggiate che sono già il bersaglio delle disuguaglianze di salute.

Per tutte queste ragioni è opportuno che le azioni sulle disuguaglianze sociali di salute non trovino più ostacoli almeno sul piano della loro misura, in modo che i soggetti, la programmazione, e il bilancio possano tenerne conto nelle scelte. Quindi non posso che congratularmi per questa monografia che chiarisce i principali problemi di misura e indica le possibili soluzioni per il sistema informativo statistico e sanitario italiano. La Regione Piemonte con la sua rete di epidemiologia e in collaborazione con la ricerca finalizzata nella Regione Valle d'Aosta ha dato un contributo significativo in questi anni per la ricerca sui determinanti sociali nella salute e non farà mancare il suo sostegno alle azioni di arricchimento dell'informazione sanitaria che la monografia propone in questo senso.