

vulnerabili al gioco d'azzardo abbiano anche una base neuro-psico-biologica comune che li porta a sviluppare dipendenze anche verso le sostanze stupefacenti e alcoliche e viceversa. Questa importante osservazione può servire a orientare la programmazione dei Dipartimenti per le Dipendenze e dei Servizi di prevenzione e cura verso risposte multiple e integrate per le varie forme di dipendenza.

Un'ulteriore criticità, rilevata dal DPA, è stata la necessità di procedere alla formazione degli operatori pubblici. Il DPA ha attivato un corso di formazione nazionale rivolto ai Dipartimenti delle Dipendenze delle Regioni e Province Autonome sulle tecniche di riabilitazione e cura del GAP, durante il quale sono stati formati circa 100 operatori di 14 Regioni italiane.

La sostenibilità delle azioni inserite nel PAN-GAP potrebbe essere alimentata sia attraverso fondi e finanziamenti già esistenti provenienti dalle quote che i concessionari devono investire in azioni di questo tipo (sulla base delle convenzioni in essere), sia da quote marginali che potrebbero essere recuperate dalla redistribuzione delle vincite.

Le azioni di prevenzione per la difesa dei cittadini più vulnerabili verso lo sviluppo di forme patologiche altamente invalidanti per i pazienti e per le loro famiglie sono da considerare una priorità sul piano della sanità pubblica anche perché consentono, nel medio termine, risparmi sui costi di gestione del SSN.

4.6.2. Rappresentazione dei dati

La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto, come anzidetto, a oggi non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno. La popolazione italiana è stimata in circa 60 milioni di persone, di cui il 54% ha giocato d'azzardo con vincite in denaro almeno una volta negli ultimi 12 mesi. Tuttavia, la stima dei giocatori d'azzardo "problematici" (cioè di coloro che giocano frequentemente investendo anche discrete somme di denaro, ma che non hanno ancora sviluppato una vera e propria dipendenza patologica pur essendo a forte rischio evolutivo) varia dall'1,3% al

3,8% della popolazione generale, mentre la stima dei giocatori d'azzardo "patologici" (cioè con una vera e propria malattia che si manifesta con una dipendenza patologica incontrollabile) varia dallo 0,5% al 2,2% (DPA, Ministero della salute, 2012). Da alcune osservazioni, inoltre, emergerebbe che il 60,0% degli introiti totali da gioco (almeno per quanto riguarda le slot machine) sarebbe alimentato proprio da questa percentuale minoritaria di giocatori patologici più vulnerabili. Si tratta di soggetti particolarmente esposti che, per una serie di fattori, individuali (di tipo neuropsichico), familiari e ambientali, se esposti allo stimolo del gioco e/o a pubblicità incentivanti il gioco possono sviluppare una vera e propria patologia. Questo dato, ormai consolidato dalle evidenze scientifiche, impone a tutte le Amministrazioni di riferimento l'adozione di strategie e misure contenitive del fenomeno. L'indagine conoscitiva (*student population survey*) condotta negli anni 2012-2013 dal DPA sulla popolazione studentesca (15-19 anni) ha evidenziato la pratica del gioco d'azzardo nel 49,4% degli intervistati. Questa popolazione è composta da una percentuale di giocatori sociali (39,0%), da giocatori problematici (7,2%) e da giocatori patologici (3,2%).

I soggetti di genere maschile hanno una prevalenza di gioco nettamente superiore rispetto a quelli di genere femminile (59,2% *vs* 37,1%). Un'interessante anche se preoccupante associazione è stata trovata tra frequenza della pratica del gioco d'azzardo e consumo di sostanze, che evidenzia una correlazione lineare tra le due condizioni sia nella popolazione giovanile (15-19 anni) sia in quella generale (15-64 anni). I soggetti trattati nel corso del 2012 dai Servizi per le Dipendenze ammontano a circa 5.138, con una netta prevalenza del sesso maschile (83%). Lombardia e Piemonte sono le Regioni con il maggiore numero di soggetti trattati.

4.6.3. Esposizione e valutazione critica dei fenomeni rappresentati dai dati

Tra le criticità rilevate si segnala:

- la ridotta presenza di interventi di preven-

zione precoce (dai 6 agli 8 anni), limitati per lo più ai soggetti vulnerabili con disturbi comportamentali e deficit di attenzione. Tali rilevazioni sono state sviluppate soltanto in circa 40 centri del progetto DPA “*Early detection*” – programmi di identificazione precoce degli utilizzatori giovanissimi di sostanze, anche mediante *counseling* e *drug test* precoce;

- la mancanza, anche per la scarsità dei dati disponibili, della valutazione degli esiti degli interventi e dei reali risultati prodotti;
- la scarsa diffusione delle informazioni circa la prevenzione sulla rete internet e sui

social network, particolarmente frequentati dai giovani.

Bibliografia essenziale

Manuale Gambling. Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione. Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri, febbraio 2013

Piano d'Azione Nazionale sul Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) 2013-2015 – Area Prevenzione

Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze 2013. Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri

4.7. Utilizzo di prodotti cosmetici: le attività di cosmetovigilanza

I cosmetici non sono solo prodotti specifici per la bellezza, ma anche prodotti per l'igiene e la cura della persona, che vengono utilizzati quotidianamente e continuativamente fin dalla nascita per tutta la vita. Il loro impiego diffuso comporta per il consumatore l'esposizione a una grande quantità di prodotti e quindi a molte sostanze chimiche di origine sia naturale sia sintetica. Il Regolamento (CE) n. 1223/2009 del Parlamento Europeo e del Consiglio sui prodotti cosmetici, che è la norma vigente nell'UE, stabilisce che i prodotti cosmetici messi a disposizione sul mercato debbano essere sicuri per la salute umana se utilizzati in condizioni d'uso normali o ragionevolmente prevedibili. Nonostante ciò, è possibile che si verifichino effetti indesiderabili a seguito di utilizzo di un prodotto cosmetico, che possono essere dovuti alla specifica formulazione, alla qualità dei prodotti, al particolare livello di sensibilità del consumatore, oppure a un impiego non corretto del prodotto. Negli ultimi anni tale fenomeno appare in aumento e pertanto acquista importanza la cosmetovigilanza, che è l'insieme delle attività per la raccolta, la registrazione e la gestione delle segnalazioni di effetti indesiderabili attribuibili all'utilizzo di un cosmetico con lo scopo di facilitare la sorveglianza post-market. I sistemi di cosme-

tovigilanza hanno principalmente l'obiettivo di analizzare i dati raccolti affinché l'Autorità competente possa definire misure correttive o preventive nei confronti dei cosmetici sul mercato, con l'obiettivo di garantire la tutela della salute pubblica.

Inoltre la cosmetovigilanza, nel suo complesso, favorisce la conoscenza su sostanze, formulazioni ed epidemiologia e influenza le priorità delle attività di sorveglianza mediante la definizione di specifici programmi di controllo su prodotti che potrebbero potenzialmente arrecare danno alla salute.

Fino a oggi le attività di cosmetovigilanza, svolte in accordo alla precedente normativa di settore, la legge 713/1986 di recepimento della Direttiva 76/768/CEE, costituivano un sistema frammentato e non armonizzato a livello nazionale, e per questo il fenomeno dell'insorgenza di effetti indesiderabili è stato sicuramente sottostimato e gestito in modi differenti a livello regionale.

Per ottemperare alle nuove disposizioni sulla cosmetovigilanza previste dall'art. 23 del citato regolamento e per definire un'unica procedura finalizzata alla raccolta delle segnalazioni spontanee dall'utilizzatore finale, il Ministero della salute sta organizzando un sistema di cosmetovigilanza a livello nazionale per la gestione delle segnalazioni di effet-

ti indesiderabili (EI) ed effetti indesiderabili gravi (EIG).

Al riguardo, il citato regolamento fornisce le seguenti definizioni:

- effetto indesiderabile (EI), “*undesirable effect* (UE)”, definito come “reazione avversa per la salute umana attribuibile alle normali o ragionevolmente prevedibili condizioni di uso di un prodotto cosmetico”;
- effetto indesiderabile grave (EIG), “*serious undesirable effect* (SUE)”, definito come effetto indesiderabile che induce incapacità funzionale temporanea o permanente, disabilità, ospedalizzazione, anomalie congenite, rischi mortali immediati o decesso.

Il nuovo sistema nazionale di cosmetovigilanza è costituito principalmente da:

- un’applicazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e del Ministero della salute, integrata nella piattaforma NSIS denominata “Sistema Informativo Cosmetovigilance” presso il Ministero della salute per l’archiviazione in una banca dati di tutte le segnalazioni pervenute e per l’elaborazione statistica dei dati;
- un’univoca procedura di segnalazione mediante la scheda di segnalazione nazionale, elaborata specificamente dal Ministero, e di specifici form elaborati dagli Stati membri in seno alla Commissione Europea, per la segnalazione di effetti indesiderabili potenzialmente attribuibili all’utilizzo di un prodotto cosmetico.

Per il corretto avvio e adeguato funzionamento del sistema nazionale di cosmetovigilanza, il Ministero della salute ha promosso attività di informazione e comunicazione rivolte agli operatori sanitari e ai consumatori finali da svolgersi mediante progetti realizzati dalle Regioni per avere un maggiore impatto a livello territoriale e quindi un maggiore ritorno in termini di efficienza del sistema di cosmetovigilanza in Italia.

In particolare, il Ministero della salute ha indetto un bando nel settembre 2012 dal titolo “Programma di informazione e di divulgazione rivolto agli operatori sanitari sulle nuove norme introdotte dal Regolamento 1223/2009 in materia di cosmetovigilanza, con particolare riguardo alla necessità di provvedere alla segnalazione di eventi avversi gravi”, per sensibilizzare gli operatori sanitari sull’importanza della segnalazione di EIG attribuibili all’uso di prodotti cosmetici. I progetti sono stati realizzati dalle tre Regioni vincitrici del bando nel corso dell’anno 2013.

Inoltre, il Ministero ha indetto nel settembre 2013 un bando dal titolo “Campagna di educazione sanitaria rivolta agli utilizzatori finali dei prodotti cosmetici sulle nuove norme introdotte dal Regolamento (CE) n. 1223/2009 in materia di cosmetovigilanza, con particolare riguardo alla finalità del processo di segnalazione di effetti indesiderabili gravi e non gravi”.

Questa campagna, che sarà svolta da 3 Regioni aggiudicatrici del bando, avrà come obiettivo sensibilizzare l’utilizzatore finale (consumatore, operatore sanitario, professionista che utilizza i cosmetici) sull’importanza di una corretta segnalazione di EI ed EIG da cosmetici e informarlo sulla nuova procedura di segnalazione all’Autorità competente mediante l’utilizzo della modulistica ufficiale.

Il Ministero della salute ritiene di fondamentale importanza l’impegno profuso per realizzare un adeguato sistema di cosmetovigilanza, che fornendo importanti informazioni sulla sicurezza dei prodotti sul mercato nelle loro reali condizioni di utilizzo rappresenta una notevole ed efficace forma di tutela della salute. La cosmetovigilanza, inoltre, opera anche l’analisi di comportamenti, abitudini e caratteristiche dei consumi di particolari tipologie di prodotti, da cui possono derivare adeguate misure di educazione all’impiego corretto dei prodotti cosmetici per prevenire l’insorgenza di EI ed EIG e tutelare la salute pubblica.

5

Disuguaglianze nella salute

5.1. La salute degli italiani: una questione di disuguaglianze sociali?

Il profilo epidemiologico. Come ampiamente dimostrato da numerosi studi che hanno affrontato l'argomento delle disuguaglianze sociali nella salute, nell'ultimo decennio in Italia si osservano disuguaglianze sociali nella salute a sfavore dei più svantaggiati che riguardano tutte le dimensioni di salute – l'incidenza (ammalarsi), la prevalenza (rimanere nello stato di malattia), la letalità (finire male a causa della malattia) – e tutte le dimensioni della posizione sociale, sia quelle di carattere relazionale centrate sulla capacità di controllo delle risorse disponibili (classe sociale e credenziali educative), sia quelle di carattere distributivo delle risorse stesse, come reddito e beni posseduti.

Le disuguaglianze osservate riguardano sia indicatori obiettivi di morbosità, disabilità e mortalità, sia indicatori di salute autoriferita i cui risultati vanno nella stessa direzione. Le disuguaglianze di salute sono sempre a vantaggio dei gruppi sociali più favoriti, con rare eccezioni che riguardano alcune malattie determinate da comportamenti tipici dei gruppi sociali più abbienti. Gli ultimi dati desumibili dalle indagini Multiscopo sulla salute dell'Istat confermano il quadro epidemiologico sopra descritto. Si osserva un'insoddisfazione per il proprio stato di salute crescente con l'abbassamento delle risorse economiche dichiarate (rispettivamente, nel 2005 e 2012, l'11,7% e 11,1% dichiarano di star male o molto male tra chi ha risorse economiche scarse o insufficienti, contro il 5,4% e il 5,3% di chi riferisce di godere di risorse ottime o adeguate) [Figura 5.1], ma con disuguaglianze che sono di pari entità a distanza di 7 anni. Un andamento analogo si riscontra nella cro-

nicità grave e nella multicronicità, con percentuali più alte tra i dichiaranti di risorse scarse o insufficienti, ma con disuguaglianze nelle prevalenze decrescenti tra i due gruppi (da 5,5% a 3,4% nella cronicità e da 5,7% a 3,7% nella multicronicità).

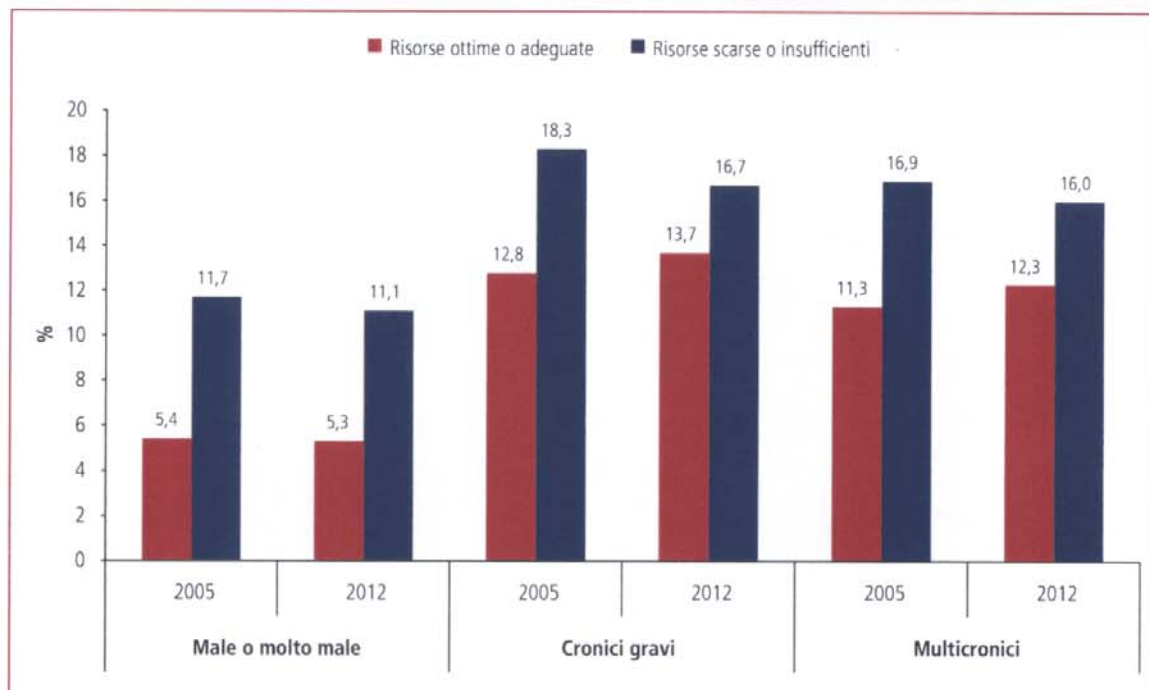
Sempre dalle indagini Istat sulla salute, si osserva che le differenze di salute in Italia sembrano avere un gradiente geografico Nord-Sud. Utilizzando gli stessi indicatori di salute autoriferita, nelle Regioni del Mezzogiorno si riscontrano problemi di salute più pronunciati, soprattutto nel caso della valutazione soggettiva dello stato di salute, con disuguaglianze che sembrano crescere particolarmente nel caso della multicronicità (Figura 5.2).

È dunque possibile che la ben nota combinazione della particolare concentrazione di condizioni di povertà individuali nel Mezzogiorno, unitamente alla minore capacità di queste Regioni di moderare l'impatto negativo sulla salute di queste disuguaglianze, sia all'origine del divario tra Nord e Sud che si manifesta in questi indicatori di salute percepita; il suo allargamento nel tempo potrebbe rappresentare un esito sfavorevole della crisi economica che intercorre tra le due rilevazioni.

5.2. Meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute

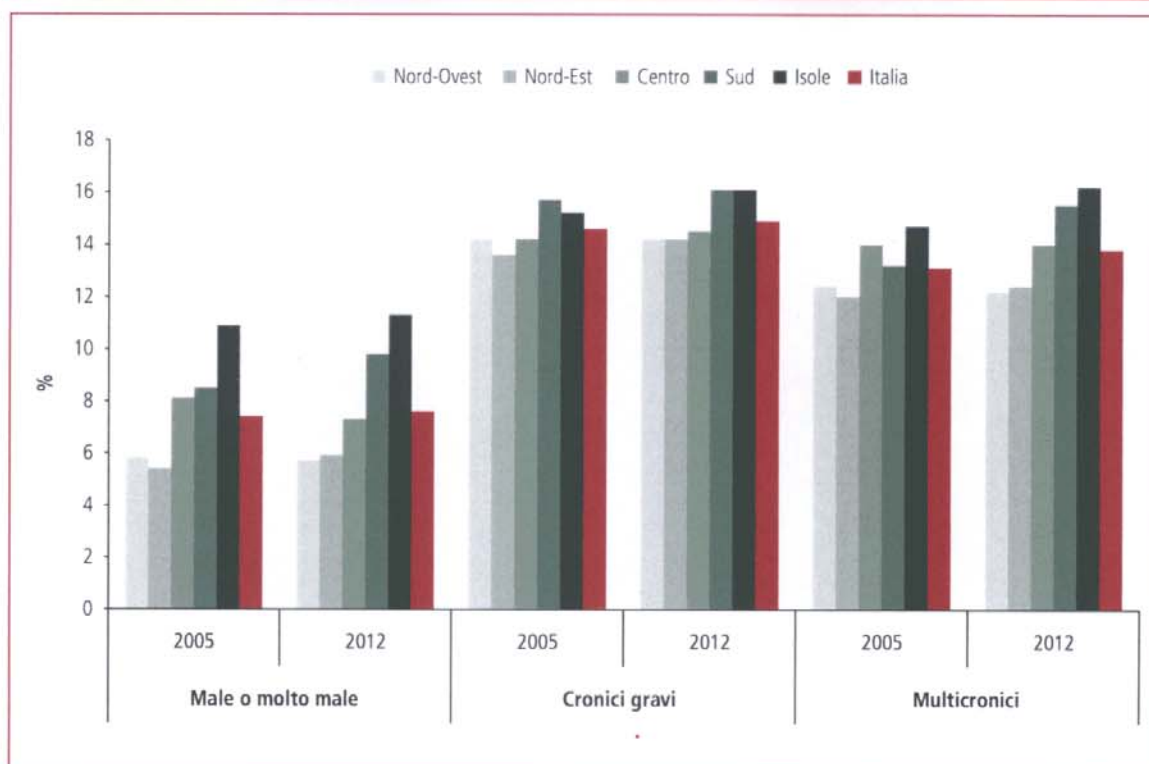
I determinanti socioeconomici sono il singolo determinante più importante delle differenze di salute di una popolazione. In effetti, le disparità sociali nella salute sono un problema complesso che nasce da una rete fitta di meccanismi di generazione che potrebbe riassumersi nel seguente modo: la stratificazione sociale dettata dalla disuguale distribuzione delle risorse, siano queste di potere o materiali

Figura 5.1. Prevalenze standardizzate per età di persone che dichiarano cattive condizioni di salute per autovalutazione delle risorse economiche (quadrimestre settembre-dicembre 2005 e 2012).



Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anni 2005 e 2012.

Figura 5.2. Prevalenze standardizzate per età di persone che dichiarano cattive condizioni di salute per ripartizioni territoriali (quadrimestre settembre-dicembre 2005 e 2012).



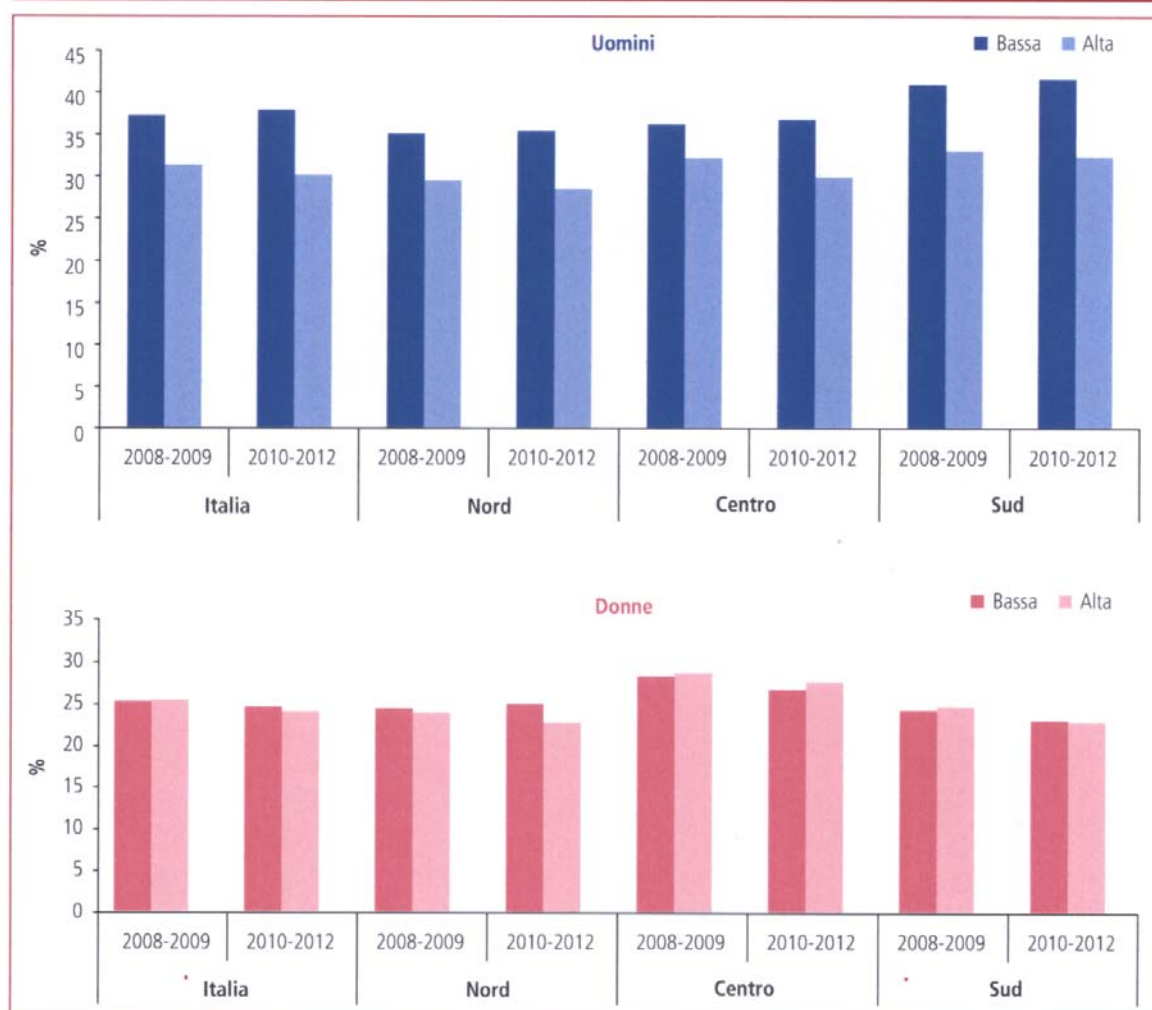
Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anni 2005 e 2012.

(i cosiddetti determinanti distali), influenza la distribuzione dei principali fattori di rischio prossimali per la salute, cioè quelli ambientali, quelli psicosociali, gli stili di vita insalubri e in molti casi anche i limiti di accesso alle cure appropriate. Questi determinanti prossimali, che intermediano il danno di salute causato dai determinanti distali, possono essere in parte modificati con adeguate politiche.

Le differenze sociali e geografiche di salute mostrate in precedenza potrebbero dunque essere la conseguenza di disuguaglianze sociali in alcuni determinanti prossimali di tipo comportamentale come l'abitudine al fumo, l'inattività fisica, la cattiva alimentazione. I dati del sistema di sorveglianza PASSI (Pro-

gressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) consentono di monitorare nel tempo la prevalenza di alcuni di questi fattori di rischio, per livello di istruzione delle tre macro-Regioni italiane. La *Figura 5.3* presenta i dati di prevalenza dei fumatori. Tra gli uomini, la prevalenza di fumo tra i meno istruiti continua a crescere leggermente, mentre quella tra i più istruiti è in diminuzione, con la conseguenza di un allargamento delle disuguaglianze. Tra le donne, il tradizionale gradiente a svantaggio delle donne istruite non è più presente, mentre nel periodo più recente, soprattutto al Nord, si evidenziano i primi segnali di inversione dello stesso, a svantaggio delle donne meno istruite.

Figura 5.3. Prevalenza standardizzata per età di fumatori per livello di istruzione e andamento temporale, per macroarea di residenza (Anni 2008-2012).



Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI – Anni 2008-2012.

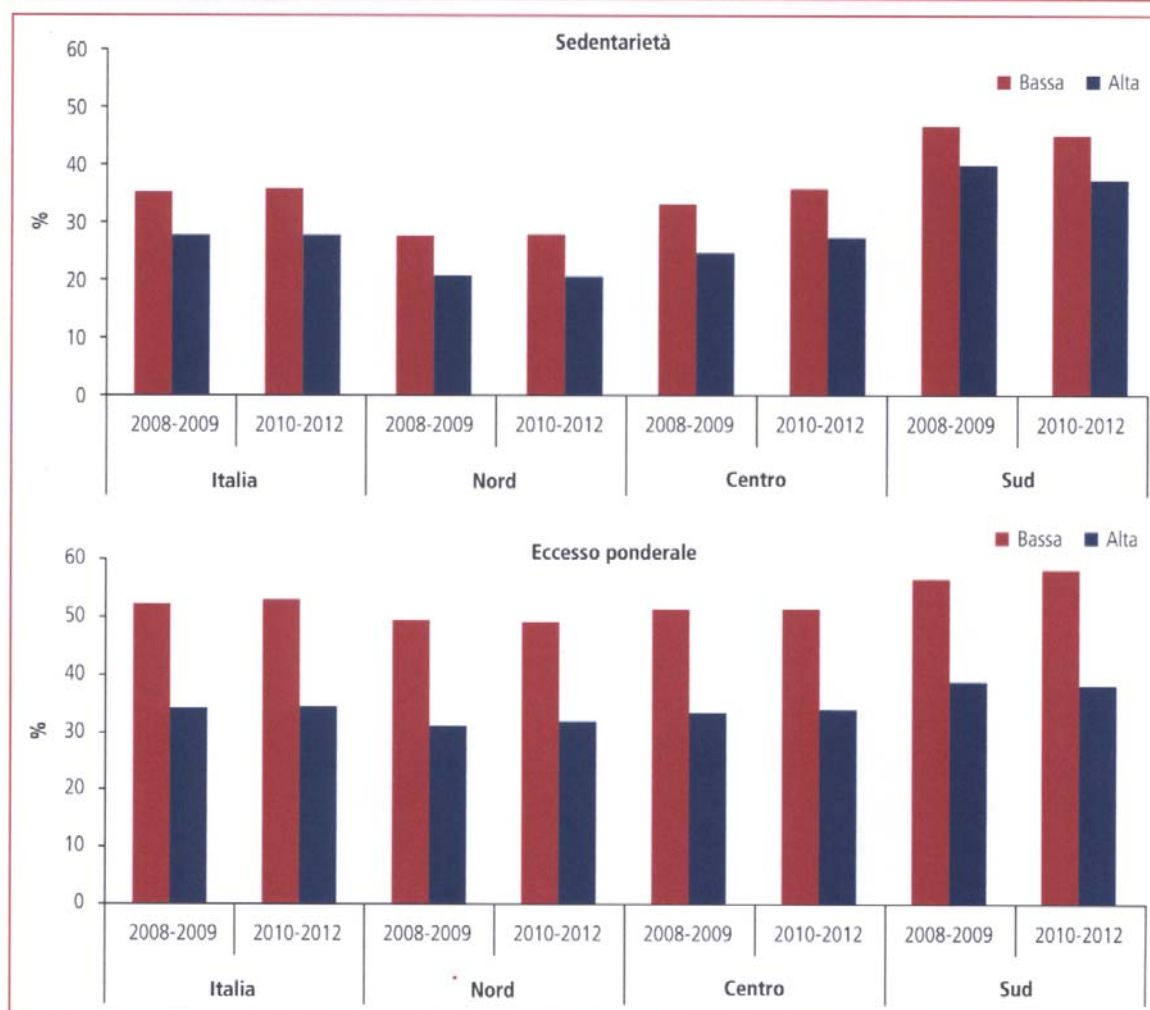
I dati su sedentarietà ed eccesso ponderale mostrano disuguaglianze in entrambi gli indicatori a sfavore dei più poveri e del Mezzogiorno, senza particolari cambiamenti nel tempo (*Figura 5.4*).

In conclusione, le disuguaglianze in alcuni fattori di rischio vanno nella stessa direzione di quelle degli effetti sfavorevoli sulla salute, interpellando la responsabilità delle politiche di prevenzione e di assistenza nel contrastare questi meccanismi.

Un progetto europeo concluso alla fine del 2012 ha tentato di stimare l'impatto delle disuguaglianze sociali di salute, misurando la frazione di mortalità che potrebbe essere evitata modificando la stratificazione socia-

le (misurata in funzione del titolo di studio) secondo schemi più equi. In particolare, uno degli scenari controfattuali esplorati da Euro-GBD-SE ha misurato la riduzione della mortalità generale della popolazione derivante da una totale eliminazione delle disuguaglianze nella distribuzione sociale dell'istruzione, stimando in altre parole di quanto si ridurrebbe la mortalità se l'intera popolazione acquisisse il titolo di studio (e i corrispettivi tassi di mortalità) dei gruppi più istruiti. Per l'Italia, attualmente sono disponibili solo i risultati provenienti dal progetto Euro-GBD-S e riferiti alla città di Torino e alle aree cittadine toscane di Prato, Firenze e Livorno. In queste città la poten-

Figura 5.4. Prevalenza standardizzata per età e andamento temporale di alcuni fattori di rischio per livello di istruzione e macroarea di residenza (Anni 2008-2012).



Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI – Anni 2008-2012.

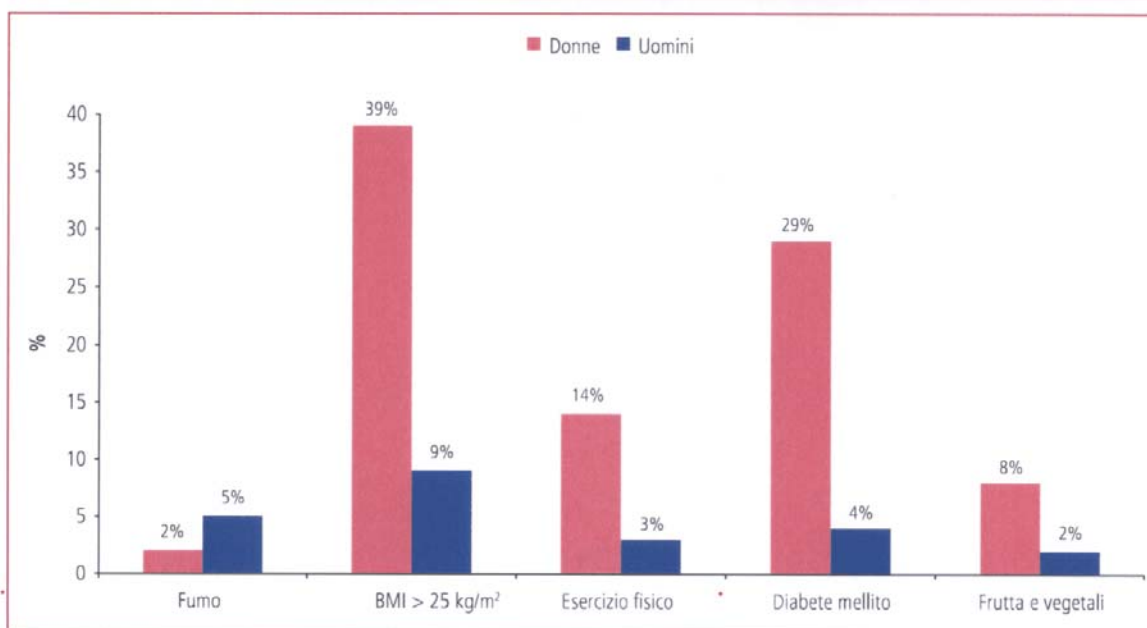
ziale riduzione della mortalità agendo sulle disuguaglianze d'istruzione è del 28,0% tra gli uomini torinesi e del 32,0% tra quelli toscani. Per le donne si osserva una possibile riduzione del 10,0% a Torino e del 18,0% in Toscana. Se si considera che le differenze tra i tassi di mortalità per livello di istruzione in Italia sono già tra le meno intense di tutta Europa, ne consegue che tali riduzioni sono da attribuire unicamente alla grandezza delle platee educative.

Inoltre, il progetto ha provato a misurare quale fosse la quota di mortalità attribuibile alle differenze di istruzione che poteva essere spiegata dalle disuguaglianze di esposizione per livello di istruzione a una serie di determinanti prossimali e distali. Di tutti i possibili determinanti sono stati presi in considerazione dal progetto solo quelli per i quali si osserva una distribuzione sociale dell'esposizione disuguale e che mostravano in letteratura una solida prova di una relazione causale tra il fattore di rischio e la malattia bersaglio per la quale dovevano essere disponibili dati sulle disuguaglianze di mortalità.

I dati riportati nella *Figura 5.5*, prendendo

la città di Torino come esempio del tipo di esercizio di definizioni di priorità che il progetto propone, presentano la percentuale di morti attribuibili alle disuguaglianze di mortalità che risulta spiegabile dalle differenze per istruzione nell'esposizione alla lista dei 5 determinati prossimali che rispondevano ai suddetti requisiti. La lista include quattro stili di vita insalubri (tabacco, inattività fisica, sovrappeso e dieta, misurata quest'ultima dalla prevalenza di basso consumo di frutta e vegetali) e un fattore di rischio biologico (diabete mellito). Tra le donne torinesi, per esempio, il guadagno di salute più consistente si osserverebbe eliminando le differenze sociali nei fattori di rischio del sovrappeso e del diabete mellito, e porterebbe a una riduzione nell'eccesso di mortalità per le meno istruite del 39,0% per il sovrappeso e del 29,0% per il diabete mellito e una riduzione di minore intensità nell'attività fisica (14,0%). Tra gli uomini, invece, la quota attribuibile ai fattori di rischio prossimali sembrerebbe essere più uniforme, con un'apparente maggiore rilevanza per il sovrappeso e il fumo di tabacco rispetto agli altri fattori di rischio considerati.

Figura 5.5. Percentuale di morti attribuibili alle disuguaglianze di mortalità spiegata dalle differenze per istruzione nell'esposizione a cinque determinanti prossimali nella città di Torino.



Fonte: EURO-GBD-SE project – Anno 2011.

È evidente la rilevanza che questi risultati possono rivestire per la definizione di obiettivi e priorità nelle politiche di prevenzione nelle città descritte; inoltre, poiché il quadro delle disuguaglianze di salute di tali città è in buona parte sovrapponibile a quello atteso in tutto il Paese, è opportuno valutare le implicazioni derivanti per le politiche nazionali e locali. Nel prossimo paragrafo si esaminerà come la sanità in Italia si stia facendo carico di questo problema.

5.3. Le risposte del Servizio sanitario nazionale

Già il paragrafo dedicato ai determinanti sociali dell'edizione del 2011 della Relazione sullo Stato Sanitario del Paese descriveva gli avvenimenti e i fattori che avevano portato le disuguaglianze di salute ad avere una presenza maggiore all'interno dell'agenda politica nazionale e in particolare di quella sanitaria. L'effetto combinato degli input europei, dell'aumentata capacità interpretativa nell'analisi della genesi e delle conseguenze delle disuguaglianze di salute, della maggiore conoscenza riguardo all'efficacia delle azioni implementabili e, non ultimo, dei frutti degli anni di *advocacy* portata avanti da attori sensibilizzati all'interno del mondo della medicina sociale, ha infatti contribuito a incrementare la consapevolezza circa la rilevanza politica di questo problema e la necessità di adottare una *governance* per la sua gestione. In particolare, il paragrafo citato metteva in luce la nomina da parte della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni di un gruppo interregionale composto da funzionari degli Assessorati alla salute e delle Agenzie sanitarie regionali e denominato "Equità in salute e sanità" (ESS), incaricato di aggiornare le evidenze scientifiche a disposizione e di porre le basi per lo sviluppo di una prima strategia nazionale di contrasto.

In questi ultimi due anni, ulteriori passi sono stati fatti e ai problemi di misura del problema (quanto sono grandi le disuguaglianze?) si è oggi affiancata l'esigenza di definire le priorità per le azioni di contrasto, nonché la tipologia e l'efficacia delle possibili risposte

da implementare. In particolare, si sta diffondendo un consenso verso la necessità di adottare un approccio che, prendendo le distanze dalla concezione che interpreta il controllo delle disuguaglianze di salute come una questione di competenza esclusiva del settore sanitario, riconosca l'indispensabilità di un coinvolgimento intersettoriale per la definizione condivisa e coerente di politiche e interventi che aggrediscano i determinanti sociali della salute.

Questa è, per esempio, una delle principali conclusioni a cui è giunto il Libro bianco delle disuguaglianze di salute in Italia, commissionato dal gruppo ESS, attualmente in fase di edizione e contenente al suo interno una serie di implicazioni per le ipotizzabili politiche di contrasto. Accanto alle Raccomandazioni per il settore sanitario riguardanti l'importanza di "mettere ordine in casa propria" (ovverossia di come garantire in modo più equo l'universalità delle cure e della prevenzione e promozione della salute), il documento sottolinea l'importanza di promuovere la collaborazione dei decisori e dei portatori di interesse responsabili delle decisioni e delle politiche che causano la stratificazione sociale e la strutturazione dei contesti in cui gli individui nascono, crescono e vivono. Il Libro, inoltre, riscontra come di questo processo il settore sanitario dovrebbe altresì rappresentare il motore e fulcro propositivo, assumendo il ruolo di guida e di coordinamento nella *governance* intersettoriale delle disuguaglianze di salute.

Una prima concretizzazione di questo nuovo impegno si è avuta con le consultazioni promosse proprio dal gruppo ESS al fine di presentare i principali risultati e implicazioni del Libro a una vasta platea di portatori di interesse, sanitari e non. Alcune consultazioni sono già avvenute con rappresentanti dei medici, dei sindacati e delle imprese del settore economico e sociale e del terzo settore, ingaggiati attraverso il Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL), mentre ulteriori appuntamenti sono previsti per i primi mesi del 2014 con rappresentanze di altri professionisti sanitari del mondo della prevenzione (con i Ministeri che partecipano alla piattaforma nazionale "Guadagnare

Salute”), con la società civile e con i rappresentanti delle Istituzioni nazionali. Tali consultazioni hanno un duplice obiettivo: da una parte sono finalizzate a meglio calibrare le proposte contenute nel Libro bianco, modulando le caratteristiche delle Raccomandazioni sulla base degli input provenienti da coloro che dovrebbero effettivamente metterle in pratica; dall’altra sono invece orientate a costruire un primo embrione di rete intersettoriale per le disuguaglianze sociali nella salute, composto da attori sensibilizzati e pronti sia a svolgere attività di *advocacy* nel proprio settore sia a impegnarsi nella costruzione di strategie comuni.

In attesa di un possibile e prossimo impegno istituzionale – un estratto del Libro bianco contenente unicamente le principali implicazioni per le politiche è stato sottomesso alla Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni –, il capitale e le potenzialità di questa nuova rete, non ancora strutturata e troppo recente per poter svilupparsi senza qualcuno che ne orienti l’attività, saranno raccolti dal nuovo Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), secondo quanto previsto dal suo programma 2013-2015. Fondamentale per sancire il successo di questa iniziativa sarà la costruzione di una strategia di comunicazione che dia un’identità alla rete, sia al suo interno, amalgamando gli interessi specifici dei tanti attori coinvolti attorno al fine comune di riduzione delle disuguaglianze di salute, sia al suo esterno, dando così visibilità e voce alle rivendicazioni di equità del gruppo.

Inoltre, altri indizi mostrano l’aumento dell’interesse per la distribuzione sociale della salute in Italia all’interno dell’agenda sanitaria. Un primo indirizzo riguarda l’inclusione tra le linee progettuali del programma 2012 del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) di una voce dedicata esclusivamente al finanziamento di progetti che avessero come obiettivo la riduzione delle disuguaglianze di salute e l’abbattimento dello svantaggio (geografico, ma anche economico e sociale) in termini di salute delle popolazioni più

vulnerabili. Un secondo è invece relativo al vincolamento nel 2012 di 50 milioni di euro del riparto del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di progetti regionali per contrastare l’impatto della crisi economica sui determinanti sociali delle disuguaglianze di salute come l’aumento della disoccupazione, della precarizzazione e dell’erosione del potere di acquisto, l’indebolimento della rete di protezione familiare e l’incremento dell’esclusione sociale. Parallelamente, anche il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013, pur senza prevedere concrete realizzazioni al riguardo, cita più volte le cause socioeconomiche alla base delle disuguaglianze di salute e auspica esplicitamente l’adozione di un nuovo approccio per la sanità pubblica, che, basandosi sul riconoscimento dell’impatto positivo che una migliore salute potrebbe avere sul benessere, sullo sviluppo economico, sulla competitività e sulla produttività del Paese, potenzi la prevenzione e la promozione della salute e faciliti interventi che agiscano sui determinanti sociali della salute.

Nel delineare le cause che hanno aumentato l’interesse per le disuguaglianze di salute e mostrato l’impellenza di cominciare ad adottare azioni di contrasto, non si possono non citare, infine, gli stimoli provenienti – nuovamente – dall’Europa; così come la comunicazione della Commissione Europea del 2009 *Solidarity in health: reducing health inequalities in the European Union* era riuscita ad attirare l’attenzione dei Governi nazionali verso l’iniqua distribuzione della salute tra gruppi sociali, nuovi documenti hanno declamato l’urgenza di attivare risposte adeguate. Così, per esempio, due revisioni sistematiche, l’una commissionata dalla Regione Europea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l’altra dalla Commissione Europea, hanno richiamato i decisori politici all’imperativo del “*Do something, do more, do better*”, slogan che invita i Governi nazionali a impegnarsi progressivamente sulla base delle loro attuali capacità: fare qualcosa (nel caso in cui non si siano ancora affrontate le disuguaglianze), fare di più (se fino ad adesso poco è stato fatto) o fare meglio (nel caso in cui esistano

le opportunità per impostare strategie multi-settoriali complesse).

Infine, sempre in ambito europeo, e all'interno della ricerca finanziata e della partecipazione a progetti comunitari, un forte stimolo all'azione è venuto dalla partecipazione italiana [tramite l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AgeNaS), la Regione Piemonte e la Regione Veneto] alla *Equity Action* già citata, azione congiunta tra la Commissione Europea e 16 Paesi membri, che ha consentito ai partner di sviluppare nuove capacità nell'ambito della valutazione di impatto sulla salute delle politiche, della promozione di politiche regionali di contrasto alle disuguaglianze di salute, sull'utilizzo dei Fondi strutturali per il finanziamento di interventi volti a intervenire sulla distribuzione dei determinanti sociali della salute e, infine, sul reclutamento dei portatori di interesse.

Bibliografia essenziale

- Eikemo TA, Hoffmann R, Kulik MC, et al. The potential for reduction of health inequalities in Europe, in the EURO-GBD-SE project. <http://www.euro-gbd-se.eu>. Ultima consultazione: agosto 2014
- Istat. La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi – Anno 2012 (media settembre-dicembre). Dicembre 2013. <http://www.istat.it/it/archivio/108565>. Ultima consultazione: agosto 2014
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Direzione Generale del Sistema Informativo. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008. Roma 2009, Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, pp. 297-304
- Ministero della salute. Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese – Anno 2011. Determinanti sociali, pp. 19-20
- PASSI. Rapporto nazionale PASSI, anni vari, Roma, 2012. <http://www.epicentro.iss.it/passi/>, 2012.

PAGINA BIANCA

Le risposte del Servizio sanitario nazionale

PAGINA BIANCA

1

Piani e programmi nazionali di tutela della salute

1.1. Attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione

1.1.1. Quadro programmatico

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni 29 aprile 2010), raccogliendo il testimone dal PNP 2005-2007 (Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005), è stato essenzialmente dedicato a cinque ambiti tematici: la sorveglianza epidemiologica, trasversale a ogni ambito, e le 4 macroaree di intervento (1. medicina predittiva, ovvero quell'approccio che prima e/o dopo la nascita tende a scoprire e valutare in termini probabilistici i fattori che, per una specifica persona e in un dato contesto, possono favorire l'insorgenza di una malattia; 2. prevenzione universale, che include programmi di prevenzione primaria in molteplici campi – dai controlli ambientali alle attività di verifica di sicurezza, dalle vaccinazioni alla lotta alle altre malattie trasmissibili, dalla tutela della salute occupazionale agli interventi di tipo regolatorio ecc. – con particolare enfasi, all'interno del PNP, sul contrasto ai determinanti delle malattie croniche; 3. prevenzione nella popolazione a rischio, che include interventi di comunità finalizzati a porre una diagnosi prima possibile, affinché – altrettanto prima possibile – si possa intervenire sull'eventuale malattia, riducendone o posticipandone gli esiti e migliorando la qualità di vita del malato e del suo ambito familiare; 4. prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia che, nell'attuale scenario epidemiologico caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione e dalla cronicità, intende incentivare il disegno e l'implementazione di percorsi che

garantiscano – migliorando l'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali – la continuità della presa in carico, con specifico riferimento ai target più fragili.

Per ciascuna macroarea sono stati individuati le linee di intervento generale (complessivamente 22) e, in relazione a ciascuna linea, gli obiettivi generali di salute. Su questa struttura, le Regioni hanno elaborato e adottato formalmente i Piani Regionali della Prevenzione (PRP), declinando, rispetto alla propria realtà territoriale, gli obiettivi centrali in obiettivi specifici e documentandone lo stato di attuazione. Al Ministero è stato invece affidato il compito di coordinare il processo di implementazione del PNP e di certificare presso il Comitato LEA (Livelli essenziali di assistenza) l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai PRP per le finalità di cui all'Intesa 23 marzo 2005 (accesso a un quota vincolata del Fondo Sanitario Nazionale).

Nel corso del biennio 2012-2013 si è svolto il processo valutativo dei PRP sulla base di principi e regole definiti nell'Intesa Stato-Regioni 10 febbraio 2011, di adozione del "Documento per la valutazione dei PRP 2010-2012".

Con l'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 7 febbraio 2013, si è provveduto a prorogare al 31 dicembre 2013 il PNP 2010-2012, convenendo in particolare di:

- confermare il vincolo della certificazione ai fini dell'accesso al finanziamento previsto dagli Obiettivi di Piano;
- confermare il sistema di valutazione dei

PRP di cui all'Intesa Stato-Regioni 10 febbraio 2011 per l'annualità 2013;

- procedere alla riprogrammazione dei PRP per l'anno 2013 secondo criteri (quali l'estensione in termini di copertura della popolazione beneficiaria, l'esplicitazione di indicatori di output o di proxy di outcome, l'individuazione di "vincoli" esterni ecc.) funzionali a superare i limiti e gli ostacoli che hanno talvolta impedito una programmazione, e quindi un'attuazione, efficace degli interventi.

Si è stabilito, infine, con il medesimo Accordo, di avviare i lavori per l'elaborazione del nuovo PNP, per il quinquennio 2014-2018, attualmente in corso di predisposizione.

1.1.2. Stato di attuazione nei contesti regionali

Nel complesso, nei 4 anni di vigenza del Piano, i PRP hanno prodotto 740 tra programmi e progetti (*Figura 1.1*), con una distribuzione tra macroaree (*Figura 1.2*) che vede un

investimento assolutamente prioritario nella prevenzione universale (470 progetti/programmi pari al 64% del totale), e all'interno di questa, nella linea di intervento "Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate" (154 progetti/programmi, ovvero circa un terzo della prevenzione universale e un quinto dell'insieme dei progetti/programmi), la quale sostanzialmente declina, a livello regionale/locale, obiettivi e azioni del programma nazionale "Guadagnare Salute". Circa il 30% (200 progetti/programmi) della pianificazione regionale riguarda interventi di prevenzione nella popolazione a rischio, il 5% è relativo alla prevenzione delle complicanze e recidive di malattia, il 4% alla medicina predittiva, includendo quasi esclusivamente in quest'ultima attività l'applicazione della Carta del rischio cardiovascolare.

Tutte le Regioni hanno coperto le 4 macroaree, concentrando prevalentemente gli sforzi sulla "promozione della salute", secondo l'approccio multifattoriale e *life-course* (pro-

Figura 1.1. Distribuzione dei programmi/progetti dei PRP per linea di intervento (Anni 2010-2012).



Fonte: Ministero della salute, DG prevenzione.