

## NOTE

---

### Attualità

#### *Rinnovo delle cariche per la Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'Ais*

di Antonio Maturo

Il 25 ottobre 2008, presso l'Università di Pisa, si è votato per il rinnovo delle cariche del Direttivo della Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'Associazione Italiana di Sociologia. Il Direttivo uscente<sup>1</sup>, coordinato dalla Prof.ssa Giovanna Vicarelli, lascia il posto al nuovo Direttivo coordinato dal Prof. Costantino Cipolla, Ordinario di Sociologia della salute presso l'Università degli Studi di Bologna e Direttore Scientifico di *Salute e Società*. Il Prof. Cipolla ha ottenuto 56 voti, mentre l'altro candidato, il Prof. Mario Cardano dell'Università di Torino, ne ricevette 27. A Segretario della Sezione è stato eletto il Prof. Roberto Vignera dell'Università di Catania. Gli altri membri che faranno parte del Di-

rettivo sono i Proff.i: Rita Biancheri (Università di Pisa); Carmine Clemente (Università di Bari); Guido Giarelli (Università Magna Graecia di Catanzaro); Mauro Niero (Università di Verona) e Mara Tognetti (Università di Milano-Bicocca). A tutti l'augurio di buon lavoro dalla Segreteria Tecnico-Scientifica di *Salute e Società!*

#### *Istituito il Centro di Studi Avanzati sull'Umanizzazione delle Cure e sulla Salute Sociale (Ce.Um.S)*

A cura della Segreteria Tecnico-Scientifica

Con il Decreto Rettorale 1546/53957 del 29/10/2008 è stato istituito, su proposta del Prof. Costantino Cipolla, il *Centro di Studi Avanzati sull'Umanizzazione delle Cure e sulla Salute Sociale* presso il Polo Scientifico-Didattico di Forlì dell'Università degli Studi di Bologna. Tale struttura si segnala come modello di integrazione

1. Per un resoconto dell'istituzione del primo direttivo della Sezione si veda C. Cipolla, *È nata la sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'Associazione Italiana di Sociologia*, pubblicato in Borzaga C. e Fazzi L. (a cura di) (2006), *Del non profit sociosanitario*, a. V. n. 1, FrancoAngeli, Milano.

multidisciplinare tra scienze sociali e scienze biomediche. Qui sotto ne viene riprodotto il Regolamento che per la sua originalità e innovatività potrebbe venire ripreso per iniziative simili, da parte di altre Università interessate.

**Regolamento di funzionamento  
del Centro di Studi Avanzati  
sull'Umanizzazione delle Cure  
e sulla Salute Sociale presso  
il Polo Scientifico-Didattico di Forlì**

*Art. 1 - Istituzione*

Presso l'Università di Bologna Polo Scientifico-Didattico di Forlì è istituito ai sensi dell'art. 14, comma 3, dello Statuto di Ateneo, il Centro di Studi Avanzati sull'umanizzazione delle cure e sulla salute sociale.

Il Centro è costituito su iniziativa del Polo Scientifico-Didattico di Forlì e dai Dipartimenti di Sociologia, di Scienze dell'Educazione, di Scienze anatomiche umane e fisiopatologia dell'apparato locomotore.

Sostengono il Centro i seguenti Enti: Comune di Forlì, Fondazione Cassa dei Risparmio di Forlì, Provincia di Forlì-Cesena, Ser.In.Ar., Ceub (Centro Universitario Residenziale Bertinoro), Ausl Forlì, Ausl Cesena, Ausl Ferrara, Ausl Ravenna, Ausl Imola, Ausl Rimini, Ausl Bologna, Ausl Reggio-Emilia, Comune di Rimini.

Il Centro ha la propria sede presso il Polo Scientifico-Didattico di Forlì.

*Art. 2 - Finalità*

Il Centro promuove e coordina studi e ricerche, anche con finalità applicative, sugli aspetti umani, relazionali, colti nell'ottica del cittadino, della salute/malattia, delle componenti organizzative, valutative e sociali del Sistema Sanità, nonché delle modalità attraverso le quali la salute viene condizionata dalle nostre modalità di convivenza economico-civile. Il Centro si propone come luogo di ricerca interdisciplinare

in grado di catalizzare risorse, energie ed idee, a livello nazionale ed internazionale, con l'obiettivo di contribuire alla realizzazione dei suddetti obiettivi secondo una logica di soddisfazione prioritaria delle esigenze del territorio.

*Art. 3 - Attività istituzionali*

Il Centro si pone l'obiettivo di promuovere, organizzare e gestire:

- a) singoli corsi di alta formazione, convegni, seminari, nonché altre iniziative di educazione permanente volte allo sviluppo di nuovi profili professionali su questioni attinenti alle finalità del Centro, da tenersi anche su richiesta ed in collaborazione con Amministrazioni pubbliche o con associazioni e soggetti privati;
- b) impostare ed attuare studi e ricerche nelle materie attinenti alle finalità del Centro;
- c) instaurare collaborazioni e proporre convenzioni con altre istituzioni universitarie e di ricerca pubbliche e private, italiane ed estere.

*Art. 4 - Gestione*

Il centro non ha autonomia di bilancio. La gestione amministrativa contabile è assicurata dal Polo Scientifico-Didattico di Forlì, ai sensi dell'art. 26 dello Statuto generale d'Ateneo, mediante attivazione di un centro di responsabilità all'interno del bilancio del Polo medesimo.

Il Polo, su proposta del Comitato Scientifico, provvede anche a stipulare convenzioni relative alle attività del Centro con soggetti terzi.

*Art. 5 - Organi*

Sono organi del Centro:

- a) il Comitato istituzionale;
- b) il Comitato scientifico;
- c) il Presidente del Comitato scientifico.

*Art. 6 - Comitato istituzionale*

1. Il Comitato istituzionale è composto da un rappresentante per ciascuna

delle istituzioni aderenti al Centro di cui all'art. 1 comma 2 e dal Presidente del Comitato scientifico, che ne assume la presidenza. Partecipano inoltre, con voto consultivo, un rappresentante per ciascuna delle istituzioni di cui all'art. 1 comma 3.

2. Il Comitato istituzionale

- assolve ad una funzione di monitoraggio complessivo dell'andamento delle attività del Centro, nonché di supporto allo stesso e di indirizzo generale del Centro stesso;
- ha funzioni consultive su richiesta del Comitato scientifico;
- approva il Regolamento interno che disciplina il funzionamento e l'organizzazione del Centro.

3. Il Comitato istituzionale ha la medesima durata prevista per la carica del Presidente e i suoi membri sono rieleggibili.

#### *Art. 7 - Comitato scientifico*

1. Il Comitato scientifico è composto da tre rappresentanti per ciascuna delle strutture universitarie di cui all'art. 1, comma 2, nominati dal Consiglio del Polo Scientifico-Didattico di Forlì fra docenti incardinati nei Poli di Forlì e Cesena su proposta di tali strutture. Qualora tali strutture non dispongano di docenti incardinati nei Poli di Forlì e Cesena potranno essere proposti altri docenti.

2. I membri del Comitato scientifico restano in carica tre anni e possono essere rinominati.

3. Il Comitato scientifico:

- formula proposte organizzative e di spesa al Polo Scientifico-Didattico di Forlì;
- delibera sulle attività del Centro descritte all'art. 3 del presente Regolamento sulla base delle linee di indirizzo del Comitato istituzionale;
- elegge fra i propri membri un Presidente ed un Segretario Scientifico;

4. Il Comitato delibera a maggioranza relativa dei presenti. In caso di parità prevale il voto del Presidente.

#### *Art. 8 - Presidente del Comitato scientifico*

1. Il Presidente del Comitato scientifico, eletto dal Comitato scientifico, è nominato con Decreto del Rettore, che può a ciò delegare il Presidente del Polo di Forlì e resta in carica fino alla scadenza del Comitato scientifico che lo ha eletto. Il Presidente del Comitato scientifico non può essere rieletto consecutivamente più di una volta.

2. Al termine del mandato, ovvero quando il Presidente si dimetta prima della naturale scadenza del suo mandato, il professore di ruolo o fuori ruolo più anziano tra i membri del Comitato del Centro convoca tempestivamente il Comitato stesso per l'elezione del nuovo Presidente. Il nuovo Presidente, eletto in sostituzione del Presidente dimissionario, resta in carica fino alla scadenza del Comitato che lo ha eletto.

3. Il Presidente rappresenta il Centro, è responsabile del suo funzionamento e sovrintende alla realizzazione dei programmi e delle attività del Centro.

In particolare, il Presidente, coadiuvato dal Segretario scientifico:

- convoca e presiede le riunioni del Comitato scientifico;
- intrattiene rapporti con i terzi in nome del Centro, nei limiti dell'autonomia riconosciuta dal presente Regolamento di funzionamento;
- presiede il Comitato Istituzionale.

#### *Art. 9 - Finanziamenti del Centro*

Costituiscono entrate del Centro:

- i contributi ordinari deliberati dagli enti di cui all'articolo 1 comma 3;
- i proventi delle iscrizioni ai corsi promossi dal Centro al netto della quota di oneri generali stabilita dagli Organi Accademici;
- i finanziamenti pubblici e privati;
- le liberalità e le donazioni;
- le eventuali dotazioni accordate al Centro dall'Ateneo e dai Poli scientifico-didattici dell'Università di Bologna.

*Art. 10 - Ammissione di nuovi enti o Istituzioni di sostegno*

L'accoglimento delle richieste di sostegno al Centro di ulteriori Enti o Istituzioni, compete al Comitato scientifico, che delibera a maggioranza assoluta dei propri componenti. Gli ulteriori Enti o Istituzioni di sostegno al Centro designano un proprio rappresentante nel Comitato istituzionale di cui all'art. 6, comma 3.

*Art. 11 - Rinvio al regolamento interno del Centro*

Per quanto non stabilito dal presente Regolamento di funzionamento, si rinvia al Regolamento interno che viene adottato dal Comitato istituzionale ai sensi dell'art. 6 del presente Regolamento.

## Commenti

### *Costruire una rete integrata di Osservatori regionali sulle disuguaglianze nella salute: un esempio di spendibilità pratica della ricerca sociale*

di Costantino Cipolla  
e Ilaria Iseppato<sup>1</sup>

#### **1. L'osservabilità, base del conoscere sociologico**

Il problema dell'osservazione è alla base di ogni scienza, poiché rappresen-

ta «la prima fase del ciclo metodologico dell'informazione scientifica» (Cipolla, 1997, p. 2021), ovvero quella della co-istituzione del dato elementare, dell'incremento conoscitivo (Cipolla, 1998). L'osservazione è, dunque, necessario presupposto della conoscenza empirica e di ogni successiva azione concreta.

La sguardo sociologico può posarsi su stati interni, riferiti al privato ed all'intenzionalità delle coscienze individuali, oppure su stati esterni, comportamenti ed esperienze manifeste: in ogni caso, la frammentazione di gran parte delle condotte sociali e la frantumazione del conoscere impongono sempre più l'obbligo di osservare in maniera strutturata e sistematica, come necessità organizzativa e progettuale. Ciò che in questa sede si intende proporre, è una definizione di osservatorio sociologico, orientato su un'area tematica precisa, che aspiri ad essere organico, rigoroso, ma soprattutto metodologicamente integrato. Esso verrebbe a caratterizzarsi come una struttura organizzativa, flessibile e snella, policentrica e coordinata, caratterizzata da finalità euristiche ed informative, spendibili in termini teorici e pratici, per riferimento ad un fenomeno sociale determinato ed a base territoriale definita, anche se non chiusa (Cipolla, 1988, p. 121).

Generalmente collocato in luoghi di sutura di determinati sistemi o reti di relazioni preesistenti, l'osservatorio si troverà di fronte a sfide ambientali di vario genere: in tal senso, dovrà garantirsi da un lato, la possibilità di un lavoro ricorrente e comparabile e, dall'altro lato, dovrà essere in grado di fronteggiare ed in qualche modo favo-

1. Il presente contributo è frutto di una riflessione comune: tuttavia, si attribuisce a Costantino Cipolla il primo paragrafo, mentre ad Ilaria Iseppato il secondo; la fig. 1 è frutto di un'elaborazione congiunta.

rire l'innovazione, l'emergenza, la sfida inattesa e prospettica. L'apertura verso l'esterno, che permette di cogliere i fenomeni sociali emergenti, deve quindi essere disciplinata dal rigore metodologico di natura comparativa, che si realizza tramite la raccolta sistematica, l'elaborazione, il controllo, l'interpretazione e la diffusione periodica delle informazioni possibili e disponibili sul proprio tema e nella propria area di riferimento.

È possibile sostenere che l'osservatorio, per via della sua collocazione privilegiata e del suo stesso statuto epistemologico, ripercorra incessantemente tutte le fasi del ciclo metodologico della ricerca sociale (Cipolla, 1998), dando particolare risalto al momento di congiunzione tra la diffusione dei risultati raggiunti (fase della spendibilità) e la ripresa dell'osservazione empirica (fase della costruzione del dato elementare): la capacità di offrire alla comunità scientifica, ai decisori politici ed all'opinione pubblica in generale sempre nuovi argomenti di riflessione e dibattito stimola, conseguentemente, a riprendere ed approfondire l'osservazione da angolazioni plurime, a connetterla con altri eventi, ad espandere i percorsi esplicativi e comprensivi. Al contempo, ogni notizia viene verificata, relativizzata, capita e diffusa, cioè tradotta in una vera e propria informazione scientifica, la quale, sotto tali vesti, può essere chiaramente legittimata ed utilizzata dagli amministratori.

La prima linea di operatività conoscitiva si può, senza dubbio, condurre a quel vasto mondo di informazioni basilari rappresentato dalle statistiche correnti: in altri termini, si tratta di programmare e coordinare un accumulo informativo continuo, sistematico e comparabile sincronicamente e diacronicamente ai fini della penetrazione del fenomeno in esame. Un secondo bloc-

co di compiti conoscitivi può essere circoscritto all'insieme delle indagini sociologiche, più o meno classiche, ivi comprese quelle di natura operativa (ricerca valutativa, ricerca-azione, ricerca-intervento, ricerca-progetto), ed alle indagini statistiche cosiddette speciali, in quanto volte ad approfondire su base campionaria aspetti peculiari della realtà sociale senza obblighi inderogabili di periodicità. In tal senso, la *survey*, gli studi di comunità, la ricerca biografica, l'analisi ermeneutica e del contenuto, l'analisi ideografica sono solo alcuni degli strumenti su cui un buon osservatorio dovrebbe poter contare, selezionando la tecnica conoscitiva o la strategia euristica da attivare di volta in volta per soddisfare esigenze informative non standardizzate (Cipolla, 1988).

Del pari, un osservatorio non accademico, ma attivato da istituzioni pubbliche con finalità politico-pratiche, si ritrova come detto nella sua capacità di produzione di conoscenza spendibile in termini operativi: per questa ragione, un'ulteriore area di forte coinvolgimento sociologico concerne la costruzione di indicatori ed informatori sociali, ove i secondi integrano i primi nel cogliere aspetti non secondari della vita sociale. Se l'indicatore è un simbolo numerico dotato di peculiarità particolari, che permette di rappresentare in modo parziale e mediato, ma sicuramente immediato, un dato fenomeno sociale (Cipolla, 1987, p. 185), l' informatore si caratterizza come costruito linguistico o visuale, rilevato dunque qualitativamente. Li accomuna, tuttavia, la natura negoziale socialmente costruita ed il processo di acquisizione di significato che necessariamente varia in base al contesto di utilizzo.

L'unità e la coerenza funzionale che devono appartenere ad un buon osservatorio non devono impedire, ma

orientare la raccolta di notizie attraverso strumenti differenti e da prospettive difformi, complementari e reciprocamente compensative: ogni tipo di accumulo di conoscenza deve coordinarsi con gli altri tipi di informazione ad esso collaterali, resi disponibili da altre discipline o colti con metodologie altre.

## 2. Ipotesi di integrazione metodologica: verso una rete di osservatori sulle disuguaglianze sociali nella salute

È nell'ambito dei principali problemi sociali e per rispondere alle sfide emergenti che originano e trovano i propri presupposti gli osservatori, non soltanto come centri di documentazione ed analisi privilegiati, ma in quanto strumenti operativi e premessa all'intervento. Nella piena consapevolezza della gravità e dell'estensione del problema delle disuguaglianze sociali nella salute, e del ritardo con cui anche i sociologi italiani hanno iniziato a rivolgere timidamente la loro attenzione a questo fenomeno, ha preso il via, nei primi mesi del 2006, un programma di ricerca scientifica di rilevante interesse nazionale (PRIN 05) dal titolo "*Salute e disuguaglianze sociali in Italia. Progetto di costruzione di una rete integrata di Osservatori regionali*"<sup>2</sup>, il cui obiettivo fondamentale era quello di avviare in via sperimentale la costruzione di una rete integrata di osservatori regionali, al fine di esplorare empiricamente, con una metodologia integrata quali-quantitativa, frutto dell'incontro tra epidemiologia e sociologia, la

correlazione fra disuguaglianze sociali e salute della popolazione in Italia. Questo progetto ha coinvolto cinque unità di ricerca<sup>3</sup> in diverse regioni italiane, le quali hanno operato in maniera integrata e complementare, fornendo al contempo un proprio, specifico contributo.

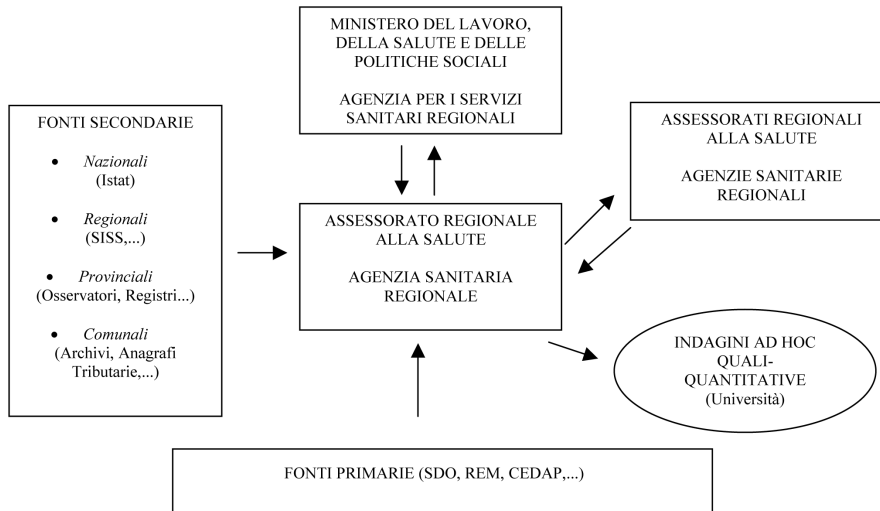
Tale network di osservatori, di cui si propone un modello essenziale e schematico (fig. 1), dovrebbe assumere in sé elementi sistemici e non soltanto di rete: in quest'ultima vi sono sempre, infatti, anche legami forti e formalizzati, mentre ogni sistema strutturato ha al contempo margini di flessibilità, informalità ed autogestione (Cipolla, 1988, p. 137). Particolare rilevanza avrebbe qui la logica di correlazione tra i vari nodi della rete stessa, data la rilevanza imprescindibile della connessione tra diversi livelli di responsabilità, verticali ed orizzontali (Assessorati Regionali ed Agenzie Sanitarie in sinergia con le Università locali, Age.Na.S., Ministero del Lavoro, dalla Salute e delle Politiche Sociali). Ogni osservatorio prenderebbe la forma di una solida struttura principale, operante in sintonia con un ventaglio di organismi decentrati, dotati di una loro relativa ma sicura autonomia: tale policentrismo operativo, coordinato e reciprocamente integrato si dovrebbe ancorare ad una comune base di riferimento informativo e sostanziale nel completamento conoscitivo e nella condivisione degli obiettivi primari.

Se il limite dei confini regionali sembrerebbe costituire il migliore presupposto metodologico all'azione, esso non va considerato tuttavia come un vincolo all'entrata ed all'uscita di flussi informativi di varia natura: naziona-

2. D.M. n. 287 del 23 febbraio 2005-prot. 2005147708.

3. Bologna (capofila, sotto la direzione del Prof. Costantino Cipolla), Firenze, Trento, Ancona e Salerno.

Fig. 1 - Un modello di Osservatorio regionale "in rete" sulle disuguaglianze di salute



li, per effettuare comparazioni sintetiche, o locali, per dare senso ed inquadrare in un contesto più ampio le molteplici rilevazioni ad hoc possibili. Un rinnovato ruolo della ricerca dovrebbe esplicarsi in una triplice direzione: nella verifica delle principali ipotesi esplicative delle disuguaglianze nella salute; nel tentativo di arricchire i flussi informativi correnti già disponibili e nell'integrazione di approcci e metodi complementari, qualitativi e quantitativi. Gli strumenti qualitativi<sup>4</sup> di analisi ed il contributo della narrativa alla ricerca sono, infatti, sempre più apprezzati ed utilizzati per meglio esplorare il fenomeno delle disuguaglianze sociali e di genere nella salute e comprendere come uomini e donne le vivono, le affrontano e le modificano. Si avverte sempre più l'esigenza di svolgere indagini ad hoc che tengano conto delle pe-

culiarità storico-culturali del contesto, della costruzione sociale dei ruoli e dei recenti sviluppi teorici delle scienze sociali, esplicativi delle disuguaglianze nel vissuto e nell'accettazione della malattia.

Se il problema delle disparità sociali e sanitarie si intensifica anche nelle aree più ricche e dotate di robuste reti di protezione sociale, se le disuguaglianze non possono essere imputate esclusivamente a stili di vita scorretti ed a scelte individuali, se il sistema sanitario non può risolvere da solo un dramma che è, prima di tutto, sociale e se le rilevazioni cliniche ed epidemiologiche non bastano da sole a rispondere alla domanda "perché esistono queste discriminazioni?", allora significa che occorre allargare il punto di vista da cui osservare un fenomeno così complesso. Se la complessità va sem-

4. Per un approfondimento sulle metodologie qualitative si rimanda a Cipolla e De Lillo (1996).

plificata, per scomporre il problema in tutte le sue concause e componenti, è necessario optare per un approccio differente ed onnicomprensivo, fondato su «un'epistemologia che si impegna a risolvere, per quanto possibile, il problema delle distanze socio-economiche che interessano una determinata società al fine di favorire la tolleranza e, nel contempo, di porre i presupposti procedurali e pratici per una conoscenza empatica e paziente, rispettosa ed indulgente che, a sua volta, possa retroagire e capire anche le sofferenze e le privazioni dell'altro, contribuendo, per quel che può, a ridurle» (Cipolla, 1997, pp. 804-5).

#### Riferimenti bibliografici

- Cipolla C. (1987). Gli indicatori socio-sanitari. In Donati P., a cura di, *Manuale di sociologia sanitaria*. Roma: La Nuova Italia Scientifica
- Cipolla C. (1988). La spendibilità pratica della ricerca sociale: gli osservatori sociologici mirati ed integrati. In Cipolla C., *Teoria della metodologia sociologica. Una metodologia integrata per la ricerca sociale*. Milano: FrancoAngeli
- Cipolla C. (1997). *Epistemologia della tolleranza*. 5 voll. Milano: FrancoAngeli
- Cipolla C., a cura di (1998). *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*. Milano: FrancoAngeli
- Cipolla C. e De Lillo A., a cura di (1996). *Il sociologo e le sirene. La sfida dei metodi qualitativi*. Milano: FrancoAngeli

*Le raccomandazioni della Commissione Oms sui Determinanti Sociali di Salute: "Closing the gap in a generation"*.

*Le politiche di contrasto dei determinanti sociali di salute e il valore della misura delle disuguaglianze sociali di salute*

di Silvia Bellini<sup>1</sup>

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) dalla dichiarazione di Alma Ata agli obiettivi di Salute Per Tutti entro il 2000 ha sempre sottolineato la necessità di contrastare le disuguaglianze sociali di salute per ottenere avanzamenti significativi nella salute globale. Negli ultimi tre anni questa attenzione particolare si è tradotta nei lavori di una apposita Commissione Oms sui Determinanti Sociali di Salute, composta da autorevoli esponenti della politica, della società civile, e della ricerca, che ha avuto il compito di revisionare le prove sulle misure più efficaci per il contrasto delle disuguaglianze nella salute e promuovere a livello globale l'equità nella salute.

Il 28 agosto del 2008 la Commissione ha prodotto un rapporto conclusivo dal titolo "*Closing the gap in a generation*" (CSDH, 2008), che mostra espressamente come sia possibile, e

1. Il contributo è principalmente costituito da una traduzione sintetica delle raccomandazioni del rapporto conclusivo della Commissione Oms sui Determinanti Sociali di Salute (CSDH, 2008; cfr. par. 1-3), i cui lineamenti principali e la metodologia di lavoro erano stati oggetto della relazione al convegno AIE (Roma, 15-16 maggio 2008) di Giovanni Berlinguer, membro della Commissione. L'introduzione e il paragrafo conclusivo sono originali.



quindi auspicabile, eliminare in 30 anni le disuguaglianze sociali di salute che sono evitabili (Marmot *et al.*, 2008). Il rapporto analizza le differenze sociali nella salute a livello globale e conclude con tre principali raccomandazioni di intervento: migliorare le condizioni di vita quotidiane, contrastare l'iniqua distribuzione del potere, del denaro delle risorse, comprendere e misurare il problema delle disuguaglianze sociali di salute e valutare l'impatto di interventi di contrasto.

Alla luce di quest'ultima raccomandazione assume particolare importanza la presente monografia di Salute e Società, che fa il punto della situazione su come si possa migliorare la capacità di misura e studio dei determinanti sociali di salute in Italia. Questo contributo conclusivo intende riassumere e diffondere le principali raccomandazioni di azione elaborate dalla Commissione, per ancorare gli sforzi di misura e di ricerca ai concreti obiettivi conoscitivi che servono ad indirizzare e valutare gli interventi di contrasto. Nei seguenti tre paragrafi si riporta una sintesi dalle raccomandazioni espresse dalla Commissione CSDH.

### **1. Sintesi della prima raccomandazione CSDH: "Migliorare le condizioni di vita quotidiane"**

Dire che la società è organizzata in maniera diseguale, significa che la possibilità di condurre una vita appagante e prospera e di godere di una buona salute è differentemente distribuita all'interno e tra le diverse società. Queste differenze sono presenti già durante la prima infanzia e l'epoca della scuola; si consolidano durante l'età adulta, attraverso il tipo di occupazione, le condizioni lavorative, le caratteristiche dell'abitazione e dell'ambiente nel quale si vive.

È dalla tipologia di questi contesti di vita che dipende la diversità tra le persone nel possesso di risorse materiali, nella disponibilità di reti di supporto psicosociale, nella scelta di stili di vita che hanno ricadute più o meno importanti sulla salute. A sua volta, la stratificazione sociale determina un accesso e un utilizzo differenziale dei servizi sanitari, creando disparità sociali nel godimento di programmi di promozione della salute, di campagne di prevenzione, nei ricoveri e per ultimo, nella sopravvivenza.

#### *1.1. Promuovere l'equità fin dai primi anni di vita*

Lo sviluppo che avviene nella prima infanzia (dall'epoca prenatale fino agli 8 anni) include la maturazione fisica, sociale ed emozionale, i domini della cognizione e del linguaggio. Esso ha un'influenza fondamentale sullo sviluppo delle successive fasi della vita e sulla salute dell'età adulta. Le esperienze vissute in questa fase precoce della vita infatti, consentono di sviluppare abilità personali, culturali e di avere opportunità di successo nel mondo del lavoro. Sfavorevoli condizioni di vita vissute durante la prima infanzia (almeno 200 milioni di bambini in tutto il mondo vivono in queste condizioni) determinano un maggior rischio di obesità, malnutrizione, malattie cardiovascolari, problemi mentali e di criminalità.

Occorre promuovere, a livello nazionale ed internazionale, interventi che abbiano un approccio onnicomprensivo sui domini di sviluppo dell'infanzia, integrando i programmi di miglioramento della sopravvivenza infantile con metodologie per lo sviluppo delle capacità sociali, cognitive, linguistiche ed emozionali e implementandone di nuovi. È importante assicu-

rare a tutti i bambini e alle madri l'opportunità di partecipare a tali interventi, garantire a tutti i bambini l'accesso a programmi educativi nelle scuole dell'obbligo, indipendentemente dalla capacità delle famiglie di affrontare le spese. Occorre identificare e contrastare le barriere che impediscono ai bambini e ai ragazzi di frequentare la scuola e abolire le tasse scolastiche per la scuola primaria.

### 1.2. *Promuovere un ambiente di vita sano*

L'ambiente e le condizioni di vita in cui vivono le persone condiziona la loro salute e incide fortemente sull'insorgenza di disuguaglianze nella salute. Dal 2007 la maggior parte della popolazione mondiale vive in aree urbane, di cui quasi un miliardo nei sobborghi. L'urbanizzazione ha fatto emergere nuovi problemi di salute che si sono aggiunti alle classiche malattie infettive e alla malnutrizione che affliggono particolari regioni del globo: sono le malattie non trasmissibili, le cause accidentali, le violenze e le morti da disastri ecologici.

Le politiche e gli incentivi a favore delle aree urbane hanno comportato un progressivo sottoinvestimento per infrastrutture e attrattive nelle aree rurali con conseguente sproorzionato livello di povertà e di condizioni di vita scadenti che spingono molte persone a migrare verso i centri urbani insospitati.

Occorre quindi che nelle aree urbane si pianifichino interventi di riqualificazione, soprattutto nei sobborghi. Si dovrebbero garantire abitazioni decorose, accesso all'acqua potabile, elettricità, pavimentazione stradale in tutti i quartieri, promuovere equamente stili di vita e comportamenti sani anche attraverso una regolamentazione e un controllo sulla vendita di prodotti dannosi alla salute (es. cibi, alcool).

Occorre promuovere una distribuzione più equa delle opportunità di salute tra le aree urbane e rurali, privilegiando gli investimenti in queste ultime, al fine di contrastare la povertà e la fuga dalle campagne o, per lo meno, non recare svantaggio a coloro che migrano verso la città.

Infine, le politiche sociali ed economiche dovrebbero affrontare i cambiamenti climatici e le altre forme di degradazione ambientale sempre sotto l'ottica dell'equità, tenendo presente che il loro impatto è maggiore nei paesi più poveri e fra i gruppi più vulnerabili.

### 1.3. *Garantire adeguate condizioni di lavoro*

Il lavoro, inteso come natura dell'impiego in sé e per sé e come l'insieme delle condizioni lavorative, ha una forte influenza sulla salute e sulle disuguaglianze di salute.

Un buon lavoro infatti, consente il raggiungimento di una sicurezza finanziaria, di una maturazione personale, di autostima e il riconoscimento di uno status sociale. Consente inoltre, l'instaurarsi di relazioni sociali ed evita l'esposizione a rischi fisici e psicosociali correlati alle mansioni più pericolose e meno appaganti. La flessibilità nel lavoro, se da un lato aumenta la competitività economica di un paese, dall'altro presenta delle ricadute sulla salute dei singoli lavoratori. La mortalità generale fra i lavoratori con occupazioni temporanee è significativamente maggiore di quella dei lavoratori con occupazione fissa. I lavoratori precari vanno in maggior misura incontro a problemi di salute mentale, legati al senso di insicurezza e di mancanza di tutela insiti in queste tipologie di impieghi.

Per quanto riguarda le condizioni lavorative, lo stress sul lavoro è associa-

to ad un eccesso di rischio di malattie coronariche del 50% circa. Le evidenze scientifiche mostrano come una condizione di lavoro caratterizzata da elevate richieste (*job demand*) e basso controllo (*job control*), oppure lo squilibrio tra gli sforzi richiesti e le ricompense ricevute (*efford-reward balance*) sono correlati a disturbi sia fisici che mentali.

Occorre pertanto agire a livello globale, nazionale e locale, attraverso politiche che assicurino impieghi giusti e buone condizioni di lavoro. Si dovrebbe consentire alle rappresentanze dei lavoratori di collaborare con i decisori politici e con i datori di lavoro, all'elaborazione di politiche e di programmi che garantiscano sicurezza, solidità anche nel caso di lavori a tempo determinato, salari adeguati al reale costo della vita e nuove opportunità di impiego. È solo attraverso il miglioramento delle condizioni lavorative, la riduzione dell'esposizione ai rischi sul lavoro, allo stress e ai comportamenti potenzialmente dannosi per la salute, che diventa possibile creare nuove opportunità di benessere, contribuire a ridurre le disuguaglianze sociali e, ovviamente, aumentare la produttività.

#### 1.4. *Creare un sistema di protezione sociale*

Tutti gli individui hanno bisogno di un sistema di protezione sociale, lungo tutto il corso della vita, a partire dalla prima infanzia fino alla tarda età. Tale protezione diventa fondamentale in occasione di eventi particolarmente difficili e critici della vita, quali l'eventuale perdita del lavoro, tracolli finanziari, malattie o disabilità.

In queste situazioni un buon sistema di protezione sociale dovrebbe garantire dei livelli standard di vita al di sotto dei quali nessuno dovrebbe trovarsi per

circostanze occorse al fuori del suo controllo. Scadenti standard di vita sono determinanti importanti di una salute iniqua e influenzano le traiettorie di vita. La povertà vissuta nell'infanzia e la trasmissione della povertà di generazione in generazione sono i maggiori ostacoli al miglioramento della salute della popolazione e alla riduzione delle disuguaglianze di salute. I sistemi di protezione sociale universale investono maggiori capitali per la protezione sociale, in modo più sostenibile rispetto ai sistemi che attuano un sostegno solo alle fasce di popolazione più povera. I sistemi universalistici sono associati a migliori livelli di salute della popolazione, a minori eccessi di mortalità fra gli anziani e tra i gruppi più svantaggiati, a differenziali di reddito e povertà minori.

Occorre quindi consolidare un robusto sistema di protezione sociale universale, attraverso politiche di supporto che garantiscano a tutta la popolazione livelli di reddito sufficienti a vivere degnamente e in salute. Ciò significa innanzitutto sostenere coloro che normalmente sono esclusi da ogni protezione sociale: lavoratori precari, le persone che svolgono un lavoro non riconosciuto, le casalinghe o coloro che si occupano dell'assistenza alla persona.

Questa è una sfida, particolarmente per quei paesi più poveri, in cui la maggior parte della popolazione ha un'occupazione informale o temporanea. Pensiamo alle molte donne che, per occuparsi della famiglia, vedono preclusa ogni possibilità di maturare contributi da lavoro e adeguati sussidi. Esistono esperienze nel mondo che dimostrano che, nonostante le barriere costituite dalle deboli infrastrutture istituzionali e le limitate risorse finanziarie, è possibile creare un sistema di protezione sociale anche nei paesi più poveri.

### 1.5. Garantire un'assistenza sanitaria universale

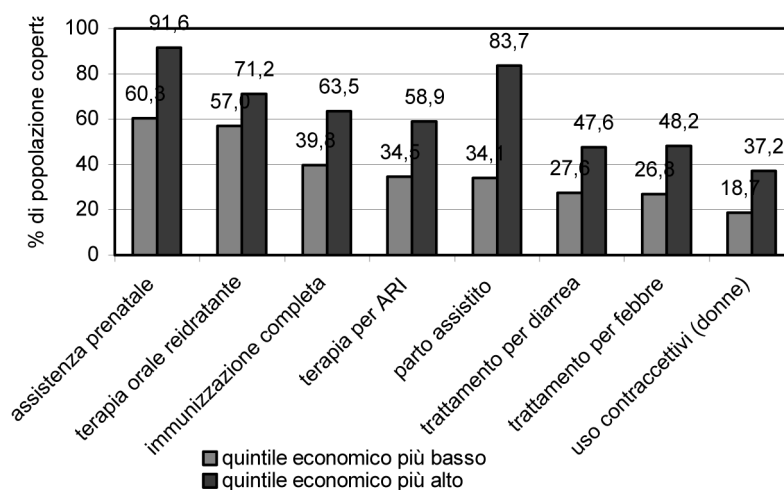
Il sistema sanitario è esso stesso un determinante sociale di salute, poiché l'accesso e l'utilizzazione dei servizi avviene in modo differenziato in base alle caratteristiche sociali degli utenti. Il sesso, il livello di istruzione, l'etnia, l'occupazione, il reddito o la residenza sono fattori strettamente associati alla capacità di accesso e alla possibilità di godere dei benefici dell'assistenza sanitaria che, pertanto, non solo è influenzata dagli altri determinanti sociali, ma è in grado di modificarne l'effetto.

Senza un sistema sanitario che garantisca a tutti uguali opportunità di salute, sarà molto difficile raggiungere i "Millennium Development Goals" (MDGs). Tuttavia, molti sistemi sanitari soffrono di palesi carenze, con rilevanti disuguaglianze nella fornitura, accesso e utilizzo di servizi sanitari tra ricchi e poveri (fig. 1).

I sistemi sanitari dei Paesi industrializzati si fondano sul principio garante dell'universalità della copertura sanitaria per tutti i cittadini, sia per quanto riguarda la copertura finanziaria per la sanità, sia per la fornitura dei servizi. Ciò permette alla popolazione di rivolgersi alle strutture sanitarie indipendentemente dalle caratteristiche socioeconomiche e garantisce a tutti opportunità di benefici di salute. Non esiste motivo per cui, attraverso un adeguato supporto, anche i Paesi in via di sviluppo non debbano tendere a costruire un sistema sanitario con copertura universale.

Occorre che il finanziamento sia pubblico, che provenga cioè dalla tassazione dei cittadini o dalle assicurazioni universali obbligatorie. Le spese *out-of-pocket* (quelle che provengono direttamente dalle tasche dei cittadini) utilizzate per usufruire di prestazioni sanitarie dovrebbero essere ridotte al minimo. La possibilità di utilizzo di una struttura o di una prestazione sani-

Fig. 1 - Utilizzo dell'assistenza materno-infantile di base per livello di deprivazione (quintile più basso vs. quintile più alto), +50 Paesi



Legenda: ARI = insufficienza respiratoria acuta.

Fonte: Gwatkin et al., 2005.

taria, previo pagamento di una tassa da parte dell'utente, causa una drastica riduzione del suo utilizzo; ogni anno più di 100 milioni di persone nel mondo cadono in povertà a causa delle spese sanitarie catastrofiche che sono costrette a sostenere. Occorre che la sanità si faccia portavoce di questi problemi per far sì che tutti i settori sociali, non solo quello sanitario, cooperino al sostegno di una maggiore equità nella salute.

Dal punto di vista delle strutture sanitarie, occorre dare spazio alle attività di prevenzione e promozione della salute e le strutture maggiormente deputate a farlo sono la medicina di famiglia e l'assistenza territoriale (*primary health care*). Esse infatti, sono le tipologie di assistenza che svolgono non solo funzioni di cura quando ce ne sia bisogno, ma anche funzioni di tutela della salute attraverso attività di prevenzione e promozione che agiscono proprio sui determinanti sociali di salute.

Considerando invece le risorse umane, serve investire nella formazione di personale sanitario che lavori in maniera competente sul territorio per migliorare la copertura e la qualità delle cure soprattutto nei Paesi più poveri. Solo così è possibile auspicare il conseguimento di elevati livelli di assistenza. In molti Paesi diventa fondamentale trattene le risorse umane del comparto sanitario su cui si è investito e delegittimare la fuga di cervelli che cercano in nuovi posti quelle opportunità di lavoro e di ricerca che il proprio Paese non è in grado di garantire.

## **2. Sintesi della seconda raccomandazione CSDH: "Contrastare l'inequiva distribuzione del potere, del denaro e delle risorse"**

Le disuguaglianze nelle condizioni di vita sono profondamente radicate nei meccanismi in cui è strutturata la

società. Sono sistematiche, generate da quelle regole e pratiche sociali che autorizzano o promuovono la non equa distribuzione del potere, l'accesso al benessere e alle risorse sociali.

### *2.1. Favorire una salute equa in tutte le politiche*

Ogni settore della politica e dell'economia ha un impatto sulla salute e sulle disuguaglianze di salute: la finanza, l'educazione, il lavoro, la casa, i trasporti, la sanità. Per tale ragione, non si può pensare di promuovere l'equità in salute senza coinvolgere tutti gli attori che in maniera più o meno attiva giocano un ruolo in questa partita.

Occorre che ai massimi livelli di governo venga posta in agenda la priorità di agire a favore della salute e che si concordino azioni tra i diversi ministeri per il contrasto delle differenze sociali nella salute. Non mancano, infatti, esempi di incoerenza nelle politiche di governo, come le politiche commerciali a favore della libera produzione, commercializzazione e consumo di cibi ad alto contenuto di grassi e zuccheri a scapito della produzione di frutta e verdura, quando le raccomandazioni sanitarie in proposito insistono sulla necessità di ridurre al massimo il consumo di cibi grassi e dolci e di aumentare quello di frutta e verdura.

È importante garantire uno sviluppo urbano coerente con la crescita demografica, ma nello stesso tempo è necessario che le abitazioni siano accessibili alle capacità di spesa dei cittadini, che si crei un sistema di trasporto pubblico, di aree verdi, senza trascurare le aree rurali, altrimenti una scorretta pianificazione urbana, anziché promuovere, rischia di avere ricadute negative sulla salute di coloro che vivono in città così come in campagna.

L'equità nella salute dovrebbe diventare un indicatore di performance dell'azione di governo. Per questo sarebbe necessario innanzitutto disporre di uno schema esplicativo dei meccanismi di generazione delle disuguaglianze sociali di salute, identificare i punti critici del percorso in cui è più probabile che si creino tali disuguaglianze e sui quali i diversi settori possano agire con opportuni interventi. Infine, bisognerebbe valutare l'impatto dei programmi in termini di abbattimento delle differenze sociali nella salute.

Gli attori che, insieme alle figure istituzionali, potrebbero aiutare a prendere le decisioni più opportune sui temi dell'equità e che sarebbe utile coinvolgere nell'identificazione delle azioni da intraprendere sono i rappresentanti della società civile, quali le associazioni di volontariato e il settore privato. La partecipazione sociale può diventare una garanzia che il tema dell'equità sia il perno attorno al quale misurare gli interventi condotti sulla comunità.

## 2.2. *Finanziare adeguatamente le politiche pubbliche che possono contrastare le disuguaglianze di salute*

In generale, le finanze pubbliche investite per azioni rivolte ai determinanti sociali di salute lungo l'intero percorso di vita, dalla promozione dello sviluppo infantile, all'istruzione, al miglioramento delle condizioni lavorative e dell'accesso all'assistenza sanitaria, sono essenziali per garantire un adeguato *welfare* e per contrastare le differenze sociali nella salute.

Lo sviluppo dei Paesi ricchi è avvenuto grazie ad un cospicuo finanziamento da parte del settore pubblico per la costituzione di infrastrutture e per l'offerta di servizi. Il fatto di poter contare su un forte finanziamento pubblico

comporta che, in questi Paesi, il settore pubblico abbia un ruolo di *leadership* e che ci sia una rilevante spesa pubblica derivante dal prelievo fiscale sulla popolazione.

I Paesi poveri hanno meccanismi di tassazione poco efficienti e gran parte della forza lavoro svolge attività in nero o non riconosciute. Le entrate finanziarie, in questi casi, provengono dai dazi doganali derivanti dai commerci con altri Paesi. Il rischio che si corre è di concordare delle intese economiche tra Paesi ricchi e Paesi poveri che abbassino i dazi, con conseguente minor entrate per questi ultimi, prima che si siano creati flussi di finanziamento in entrata alternativi.

Occorre che nei Paesi più poveri si instaurino, dapprima meccanismi di tassazione che rimpolpino la finanza pubblica, e solo in seguito, si inizi a ragionare sui possibili tagli alle tariffe doganali. Allo stesso tempo, bisogna combattere i paradisi fiscali in cui investono i profitti coloro che vogliono evitare di pagare le tasse nel loro Paese.

Non bisogna dimenticare gli aiuti finanziari provenienti dai Paesi ricchi a favore di quelli più bisognosi per favorire lo sviluppo economico e sociale e migliorare la salute della popolazione. I dati mostrano che il volume reale degli aiuti è molto minore di quello potenzialmente elargibile (nel 1969 era stato preso l'impegno di contribuire con un livello di aiuti di almeno lo 0,7% del PIL). È quindi necessario aumentare gli aiuti e, indipendentemente da ciò, la Commissione sui Determinanti Sociali richiede un sostegno maggiore al debito dei Paesi poveri.

È importante capire come questi soldi vengono spesi, per cui occorre un'azione coordinata tra Paesi donatori e Paesi riceventi, i quali dovrebbero dimostrare come e dove allocano le risorse ricevute e valutarne l'impatto sulla riduzione della povertà. I Paesi ri-

ceventi dovrebbero quindi mostrare di ridistribuire il finanziamento pubblico in modo equo all'interno del paese e agire sui determinanti sociali di salute attraverso il coinvolgimento e il coordinamento dei diversi settori coinvolti nelle politiche di intervento.

### 2.3. *Gestire la responsabilità di mercato*

Il mercato può influire sulla salute in due modi: il primo, positivo, attraverso l'introduzione di nuove tecnologie, di beni e servizi che consentono standard di vita più elevati; il secondo, negativo, generando disuguaglianze economiche, impoverimento di risorse, inquinamento ambientale, condizioni di lavoro e beni rischiosi o pericolosi per la salute.

La salute tuttavia, non è un bene commerciabile, ma un valore e un diritto da garantire per tutti gli esseri umani nel modo migliore. L'esperienza mostra che la commercializzazione di beni sociali fondamentali, quali l'istruzione e l'assistenza sanitaria, produce differenziali sociali di salute. Tali beni dovrebbero essere garantiti e governati a livello di settore pubblico, piuttosto che lasciati al libero mercato. Il settore pubblico dovrebbe avere il controllo della regolamentazione a livello nazionale ed internazionale delle attività e dei prodotti che possono avere un effetto dannoso sulla salute o generare disuguaglianze e istituire, a livello nazionale e globale, un sistema di valutazione di impatto di tutte le politiche di mercato in termini di equità negli esiti di salute.

Lo Stato dovrebbe avere il ruolo di provvedere alla fornitura di quei beni che corrispondono ai bisogni di base della società (acqua potabile, misure igieniche, assistenza sanitaria), garantendoli indistintamente a tutti e dovreb-

be regolamentare la circolazione dei prodotti dannosi alla salute; dovrebbe assicurare condizioni di lavoro decenti, realizzare standard globali di sicurezza da assicurare a tutti i lavoratori e favorire lo sviluppo delle microimprese.

Con la globalizzazione i mercati hanno avuto una forte espansione che ha condotto a nuove produzioni, a cambiamenti nelle caratteristiche del lavoro e nell'occupazione. La forte integrazione tra i mercati, la messa in commercio di un'enorme quantità di servizi e di prodotti, le intese economiche internazionali e globali, sono tutti fattori che hanno avuto forti ricadute sulla salute sia in senso positivo che negativo.

Per tale ragione, la Commissione sui Determinanti Sociali ritiene che i Paesi, prima di contrarre nuovi scambi economici e di fare nuovi investimenti, debbano valutare in via preliminare il potenziale impatto sui determinanti sociali di salute e sulle possibili disuguaglianze di salute che tali scambi possono determinare. Occorre flessibilità e trasparenza nei patti economico-commerciali tra Paesi, in modo che ciascuno contraente abbia la facoltà di recedere dal contratto nel caso in cui si dimostri un impatto negativo sulla salute. In tutto ciò non si nega l'importanza di una responsabile e collaborativa relazione del pubblico settore con quello privato e con la società civile, entrambi in grado di rivestire un importante ruolo per l'equità nella salute.

### 2.4. *Promuovere l'equità di genere*

Le disuguaglianze di genere sono inique ed inutili; eppure persistono più o meno intensamente in tutti i Paesi. Sono il frutto dell'organizzazione strutturale della società, in cui potere, privilegi, diritti e norme sono influenzati dal sesso. Tali discriminazioni danneg-

giano non solo la salute delle donne, ma anche quella delle generazioni dei figli, lungo un percorso di vita che propone il manifestarsi di quelle disuguaglianze sociali di cui si è parlato in precedenza.

Nonostante i progressi ottenuti in molti Paesi per l'affermazione dei diritti delle donne, rimane ancora molta strada da fare. Le donne infatti, continuano a guadagnare meno degli uomini per gli stessi lavori, restano indietro nell'istruzione e nella carriera lavorativa. La morbosità e la mortalità materna è elevata in molte zone del mondo, i consultori sono distribuiti in maniera fortemente disomogenea nei e tra i Paesi, contribuendo ad accrescere l'effetto intergenerazionale delle disuguaglianze di genere.

Occorre che i governi e le istituzioni internazionali contrastino per legge le disuguaglianze di genere nel lavoro e nella vita quotidiana, impediscano e reprimano la violenza sulle donne, sostengano le donne attraverso nuove opportunità per potersi costruire una vita migliore.

Bisogna che le istituzioni investano nella formazione, che creino politiche di sostegno alle famiglie, garanzie per offrire uguali opportunità di lavoro a tutti i livelli, includendo ad esempio i contributi economici alle casalinghe, alle badanti o a coloro che fanno volontariato. Infine bisogna investire nelle strutture sanitarie che si occupano di educazione sessuale e di procreazione consapevole, affinché siano presenti in maniera ubiquitaria e siano accessibili a tutti.

### 2.5. Dare voce ai cittadini

Il benessere di una società dipende dalla capacità di dar voce alle richieste di ogni individuo che ne fa parte, facendolo sentire parte di un tutto che anche lui, nel suo piccolo, contribuisce

a sostenere. La presenza di disuguaglianze radicate nella struttura sociale spiega come non sia possibile, per alcuni, ottenere quegli standard di salute potenzialmente raggiungibili in quanto diritti universali.

Le differenze di classe sociale, sesso, età, etnia, istruzione, occupazione, geografia, implicano differenze più profonde nella capacità di gestione del potere, di godimento delle condizioni di benessere e delle posizioni di prestigio di alcuni rispetto ad altri. Tale struttura gerarchica della società fa sì che chi si trova in una posizione più svantaggiata, non partecipando alla vita culturale, economica, politica del suo Paese, sarà anche più svantaggiato riguardo alla salute. La partecipazione civile ha una forte influenza sulla salute, sul senso di benessere e sullo sviluppo sociale.

Pertanto, contrastare le differenze sociali nella salute comporta ridistribuire equamente il potere all'interno della società, consentire ai cittadini di manifestare i propri interessi attraverso la costituzione di rappresentanze che facciano parte del quadro politico, sradicare la struttura gerarchica della distribuzione delle risorse di salute a favore di una distribuzione più equa. La redistribuzione degli equilibri di potere può essere fatta a livelli micro, di singoli individui, di famiglie, di comunità, e a livello macro, ridefinendo le relazioni tra i diversi attori e istituzioni economiche, politiche e sociali. Costruendo un nuovo processo di organizzazione sociale che preveda la partecipazione attiva dei gruppi sociali, che metta in agenda la lotta alle ingiustizie sui più svantaggiati, che permetta di dar voce a *leadership* locali, è possibile dare ai cittadini un senso di responsabilità e di autocontrollo sulla propria vita e maggior fiducia sul futuro.

Insieme a queste azioni che mirano a contrastare le iniquità di salute par-



tendo dal basso, occorre che dall'alto, lo Stato garantisca alla popolazione un'equa distribuzione di beni e servizi essenziali e si faccia garante dei diritti fondamentali dell'uomo per tutti i cittadini.

### 2.6. *Sostenere una buona governance globale*

Nel ventennio tra il 1960 e il 1980 si è assistito ad una profonda crescita dell'economia globale che ha migliorato le condizioni di salute generali, ma che non ha favorito il miglioramento dell'equità nella salute, anzi, in alcuni casi, ha inasprito le differenze già esistenti.

Durante gli anni '80, nel primo periodo della globalizzazione, alcuni Paesi dell'ex Unione Sovietica e l'Africa sub-Sahariana hanno visto un'inversione di tendenza nella speranza di vita alla nascita, in un clima di preoccupante stagnazione economica.

Tra il 1980 e il 2005, durante il secondo periodo della globalizzazione, si sono verificati una serie di eventi sfavorevoli, con lo scoppio di conflitti in più parti del mondo, la crisi finanziaria globale, i fenomeni di migrazione volontaria o forzata, che hanno avuto un impatto negativo sullo sviluppo sociale e sulla capacità di investire nel sociale.

Riconoscendo nella globalizzazione la coesistenza di interessi comuni e di interdipendenza di uno Stato verso l'altro, è necessario che tutti i Paesi, ricchi e poveri, agiscano di concerto verso un unico obiettivo di equità globale nella salute. È necessario che le Nazioni Unite, attraverso l'Oms e il Concilio Economico e Sociale, si facciano portavoce di tale esigenza attribuendo all'equità nella salute ruolo di obiettivo globale di sviluppo da perseguire e monitorare; costituiscano gruppi di lavoro multidisciplinari che agiscano sui

determinanti sociali di salute, a partire dallo sviluppo infantile, proseguendo con l'equità di genere, l'impiego e le condizioni di lavoro, il sistema sanitario e la partecipazione attiva della cittadinanza.

Occorre quindi che l'Oms abbia un ruolo di *leadership* nell'azione sui determinanti sociali di salute, affinché essi diventino i principi ispiratori delle attività dei diversi dipartimenti dell'Oms e della programmazione dei diversi Paesi.

### 3. Sintesi della terza raccomandazione CSDH: “Comprendere e misurare il problema delle disuguaglianze sociali di salute e valutare l'impatto di interventi di contrasto”

Un presupposto fondamentale per valutare l'impatto dei determinanti sociali sulla salute e per misurare l'efficacia degli interventi volti al contrasto delle disuguaglianze negli esiti di salute, è la possibilità di disporre di adeguati sistemi di registrazione e monitoraggio dei dati sociali e sanitari.

#### 3.1. *I determinanti sociali della salute: monitoraggio, ricerca e formazione*

Molti Paesi sono carenti di sistemi informativi di natalità e mortalità e ciò non permette loro di valutare in maniera oggettiva lo stato di salute della popolazione, compromettendo l'opportunità di porsi obiettivi di salute misurabili (tab. 1). Infatti, un problema di salute rischia di non essere riconoscibile se non è misurabile. Avere una buona fotografia dello stato di salute della popolazione e della sua distribuzione nei diversi gruppi sociali, avere un'immagine di come si distribuiscono i deter-

Tab. 1 - Nascite e bambini non registrati per regione e livello di sviluppo, valori assoluti e percentuali. Anno 2003

Regione	Nascite	Nascite non registrate n (%)
Mondo	133.028	48.276 (36%)
Africa Sub-Sahariana	26.879	14.751 (55%)
Medio Oriente e Nord Africa	9.790	1.543 (16%)
Asia meridionale	37.099	23.395 (63%)
Asia orientale e Pacifico	31.616	5.901 (19%)
America Latina e Caraibi	11.567	1.787 (15%)
CEE/CIS e Stati Baltici	5.250	1.218 (23%)
Paesi industrializzati	10.827	218 (2%)
Paesi in via di sviluppo	119.973	48.147 (40%)
Paesi meno sviluppati	27.819	19.682 (71%)

Legenda: CEE = Europa centro-orientale; CIS = Stati Indipendenti del Commonwealth.

Fonte: UNICEF, 2005.

minanti sociali di salute è essenziale per mettere in luce i problemi, valutare l'impatto delle azioni compiute e monitorare i progressi ottenuti.

In generale, i Paesi che presentano i più gravi problemi di salute o i Paesi in guerra sono anche quelli che non dispongono di dati di morbosità e mortalità suddivisi per indicatore socioeconomico e che quindi non sono in grado di porre in agenda obiettivi di equità di salute. È necessario quindi implementare sistemi di registrazione delle nascite in quei Paesi dove ancora non esistono, senza costi aggiuntivi per le famiglie e assicurare, a livello locale ed internazionale, sistemi di monitoraggio che raccolgano in maniera continuativa dati sui determinanti e sugli esiti di salute in termini di equità.

Occorre investire fondi non solo per la ricerca biomedica, ma anche per la ricerca di nuove evidenze sui meccanismi con cui i determinanti sociali influenzano la salute e sugli interventi efficaci a ridurre tali disuguaglianze. Infine, se l'evidenza prodotta dalla ricerca è necessaria alla programmazione

politica, essa da sola non è sufficiente: è necessario formare i politici, gli *stakeholder*, gli operatori sanitari e sensibilizzare l'opinione pubblica sui temi dell'equità. Diventa quindi prioritario inserire nei *curricula* dei medici e dei professionisti di sanità i temi delle disuguaglianze di salute, dei meccanismi sociali di generazione e delle possibilità di contrasto; insegnare a coloro che si occupano di politica e di pianificazione a valutare l'impatto che programmi, anche non strettamente sanitari, hanno sulla salute e sui diversi gruppi sociali.

#### **Closing the gap in a generation: tra utopia ed obiettivi concreti**

In questi ultimi mesi di presentazione e discussione pubblica dei risultati del rapporto sono già emerse adesioni significative da parte di governi di grandi paesi come il Brasile, il Canada, l'Inghilterra, che hanno mostrato come le raccomandazioni del rapporto possano entrare nell'agenda politica del pro-

prio paese. Ad esempio, l'Inghilterra ha costituito una commissione indipendente composta da politici di alto rango chiamata a revisionare in tempi stretti l'adeguatezza delle attuali politiche del paese a confronto con le azioni di correzione suggerite dal rapporto. Questo significa che il rapporto può essere preso molto sul serio in ogni paese e che il proposito enunciato nel titolo del rapporto non è solo un auspicio ma è alla portata delle scelte della politica, anche in Italia.

La recente crisi finanziaria e le sue pesanti conseguenze sociali ed economiche stanno aprendo una finestra di opportunità per importanti ristrutturazioni dell'economia e della società che non possono mancare l'obiettivo di contrastare le disuguaglianze sociali. È necessario che il mondo sanitario presti la sua voce per introdurre questo tema nell'agenda della crisi e della politica del paese: occorre che i medici, le pro-

fessioni sanitarie e le organizzazioni sanitarie imparino a misurare, spiegare, parlare intorno alle disuguaglianze sociali di salute. Con questo numero monografico si è teso a dare un contributo significativo in questo senso.

### Riferimenti bibliografici

Commission on Social Determinants of Health (2008). *CSDH final report: closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization

Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling T.A.J., Taylor S. on behalf of the Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372: 1661-69

*Antonio Mauro*, insegna Sociologia della salute dell'Università degli Studi di Bologna. Responsabile Scientifico Segreteria *Salute e Società*.

*Costantino Cipolla*, professore ordinario di Sociologia e Sociologia della Salute presso l'Università degli Studi di Bologna. Direttore Scientifico *Salute e Società*.

*Ilaria Iseppato*, dottoranda di ricerca in Sociologia e Politiche Sociali presso l'Università degli Studi di Bologna.

Corresponding author: [ilaria.iseppato@libero.it](mailto:ilaria.iseppato@libero.it).

*Silvia Bellini*, medico specialista in Igiene e medicina preventiva; lavora presso la SCU di Epidemiologia della Asl To3 del Piemonte. [silvia.bellini@epi.piemonte.it](mailto:silvia.bellini@epi.piemonte.it).