

**Dipartimento di
Epidemiologia
del Servizio
Sanitario
Regionale
del Lazio**

Presentazioni di
**Alessio
D'Amato e
Massimo
Annicchiarico**



SALUTE ED EQUITÀ NELLA REGIONE LAZIO

I dati epidemiologici



**SALUTE ED EQUITÀ
NELLA REGIONE LAZIO**

**Dipartimento di
Epidemiologia
del Servizio
Sanitario
Regionale
del Lazio**

SALUTE ED EQUITÀ NELLA REGIONE LAZIO

**Presentazioni di
Alessio
D'Amato e
Massimo
Annicchiarico**

I dati epidemiologici



Il Pensiero Scientifico Editore

Prima edizione: dicembre 2022
© Dipartimento di epidemiologia del SSR del Lazio
A cura de Il Pensiero Scientifico Editore
Via San Giovanni Valdarno 8, 00138 Roma
Tel. (+39) 06 862821 - Fax: (+39) 06 86282250
pensiero@pensiero.it
www.pensiero.it - www.vapensiero.info
www.facebook.com/PensieroScientifico
twitter.com/ilpensiero
www.pinterest.com/ilpensiero

Tutti i diritti sono riservati per tutti i Paesi

Stampato in Italia da Ti Printing S.r.l.
Via delle Case Rosse 23, 00131 Roma
Progetto grafico: Studio Rosa Pantone
Impaginazione: Doppiosegno
Copertina: Daniela Pedicone
Illustrazione di copertina: Gerardo Dottori, *Paesaggio con
tre arcobaleni* (1931)
Coordinamento editoriale: Bianca Maria Sagone

ISBN 978-88-490-0751-0

“Le nostre conoscenze sulla ‘vera’ incidenza delle malattie per età, sesso e classe sociale sono molto limitate; inoltre è stato dimostrato che numerosi fattori, quali le dimensioni della famiglia, lo stato civile e l’abitudine al fumo, influenzano i tassi di visite mediche e di ricoveri ospedalieri. Sarebbe necessaria un’analisi molto complessa per poter verificare l’ipotesi di una correlazione tra l’incidenza delle diverse malattie, le classi sociali e i livelli di utilizzazione dei servizi sanitari: se un simile studio fosse realizzato e portasse prove convincenti sulla utilizzazione scarsa o eccessiva dei servizi da parte di questa o quella classe sociale, che altro si potrebbe fare oltre a scrivere un saggio o un articolo di fondo per il Lancet? Sarebbe forse data priorità alla ricerca dei trattamenti efficaci e si garantirebbe che tali trattamenti fossero forniti con efficienza a tutti coloro che ne hanno bisogno?”

Archibald Cochrane, 1972

AUTORI E COLLABORATORI

CURATRICI

Giulia Cesaroni,¹ Marina Davoli¹

AUTORI E AUTRICI

1. LE DISUGUAGLIANZE E GLI INDICATORI DI POSIZIONE SOCIOECONOMICA

Nera Agabiti,¹ Enrico Calandrini,¹ Giulia Cesaroni,¹ Luca Dei Bardi^{1,2}

2. PROFILO SOCIODEMOGRAFICO

Anna Acampora,¹ Nera Agabiti,¹ Anna Maria Bargagli,¹ Enrico Calandrini,¹ Silvia Cascini,¹ Giulia Cesaroni,¹ Luca Dei Bardi^{1,2}

3. FATTORI DI RISCHIO

Lilia Biscaglia,³ Giulia Cairella,⁴ Giulia Cesaroni,¹ Benedetta Contoli,⁵ Martina Culasso,¹ Silvia Iacovacci,⁶ Maria Masocco,⁵ Valentina Minardi,⁵ Daniela Porta,¹ Massimo O. Trinito⁷

4. STATO DI SALUTE

Anna Acampora,¹ Nera Agabiti,¹ Federica Asta,¹ Chiara Badaloni,¹ Anna Maria Bargagli,¹ Enrico Calandrini,¹ Silvia Cascini,¹ Giulia Cesaroni,¹ Ilaria Cozzi,¹ Daniela D'Ippoliti,¹ Marina Davoli,¹ Luca Dei Bardi,^{1,2} Silvia Iacovacci,⁶ Letizia Leccese,¹ Claudia Marino,¹ Paola Michelozzi,¹ Daniela Porta,¹ Enrica Santelli¹

¹ Dipartimento di epidemiologia del SSR, ASL Roma 1.

² Sapienza Università di Roma.

³ Area Promozione della salute e prevenzione, Direzione Salute e integrazione socio-sanitaria, Regione Lazio.

⁴ Coordinamento Regionale OKkio alla salute e HBSC, Dipartimento di Prevenzione, ASL Roma 2.

⁵ Coordinamento nazionale PASSI e PASSI d'Argento, Istituto superiore di sanità, CNaPPS - Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute.

⁶ Coordinamento regionale PASSI e PASSI d'Argento, Dipartimento di prevenzione, ASL Latina.

⁷ Coordinamento regionale PASSI, Dipartimento di prevenzione, ASL Roma 2.

5. ACCESSO ALLE CURE ED ESITI

Antonio Addis,¹ Valeria Belleudi,¹ Paola Colais,¹ Marina Davoli,¹
Mirko Di Martino,¹ Ursula Kirchmayer,¹ Silvia Iacovacci,⁶ Luigi Pinnarelli,¹
Francesca Mataloni,¹ Alessandro C. Rosa,¹ Chiara Sorge¹

6. IMPATTO DELLA PANDEMIA DI COVID-19

Antonio Addis,¹ Nera Agabiti,¹ Valeria Belleudi,¹ Enrico Calandrini,¹
Giulia Cesaroni,¹ Ilaria Cozzi,¹ Marina Davoli,¹ Chiara Di Girolamo,⁸
Paola Michelozzi,¹ Alessandro C. Rosa¹

7. POPOLAZIONE STRANIERA

Laura Cacciani,¹ Enrico Calandrini,¹ Nera Agabiti¹

8. ESPOSIZIONI AMBIENTALI ED EFFETTI SULLA SALUTE

Francesca de' Donato,¹ Paola Michelozzi,¹ Matteo Renzi,¹ Massimo Stafoggia¹

9. L'OPPORTUNITÀ DEL PNRR: LE CASE DELLA COMUNITÀ

Giuseppe Costa,⁸ Roberto Di Monaco,⁹ Silvia Pilutti,¹⁰ Franca Dall'Occo,¹¹
Antonella Bena,^{12 13} Paola Fasano,¹⁴ Roberto Gnavi,¹³ Tania Landriscina,¹³
Alessandro Migliardi,¹³ Roberta Picariello,¹³ Teresa Spadea,¹³ Elena Strippoli,¹³
Nicolas Zengarini¹³

COLLABORATORI E COLLABORATRICI

Chiara Marinacci,¹⁵ Alessandra Barca,³ Gloria Esposito,¹⁵ Lilia Biscaglia,³
Antonio Mastromattei,¹⁶ Sara Farchi,¹⁷ Danilo Fusco,¹⁸ Flori Degrassi,¹⁹
Sabrina Nardi²⁰ (gruppo di lavoro regionale per l'equità e la medicina di genere)

¹ Dipartimento di epidemiologia del SSR, ASL Roma 1.

⁶ Coordinamento regionale PASSI e PASSI d'Argento, Dipartimento di prevenzione, ASL Latina.

⁸ Dipartimento di Scienze cliniche e biologiche, Università di Torino.

⁹ Dipartimento di Culture, politica e società, Università di Torino.

¹⁰ Prospettive ricerca socio-economica s.a.s., Torino.

¹¹ Direzione generale ASL TO3.

¹² Dors - Centro regionale di Documentazione per la promozione della salute, Regione Piemonte.

¹³ Servizio Sovrazonale di epidemiologia, ASL TO3.

¹⁴ Distretto Pinerolese, ASL TO3.

¹⁵ Area Ricerca, innovazione, trasferimento delle conoscenze e umanizzazione, Direzione generale Salute e integrazione sociosanitaria, Regione Lazio.

¹⁶ Area Rete integrata del territorio, Direzione generale Salute e integrazione sociosanitaria, Regione Lazio.

¹⁷ Area Rete ospedaliera e specialistica, Direzione generale Salute e integrazione sociosanitaria, Regione Lazio.

¹⁸ Area Sistemi informativi/ICT, logistica sanitaria e coordinamento acquisti, Direzione generale Salute e integrazione sociosanitaria, Regione Lazio.

¹⁹ Rappresentante Regione Lazio, Osservatorio nazionale sulla medicina di genere.

²⁰ Consigliere Associazione Salutequità.

INDICE

PRESENTAZIONI	
<i>Alessio D'Amato</i>	XIII
<i>Massimo Annicchiarico</i>	XVI
PREMESSA	
EQUITÀ NELLA SALUTE: UN OBIETTIVO SOSTENIBILE	
<i>Arachu Castro, Michael Marmot, Juan Garay, Armando de Negri, Paulo Buss</i>	XIX
INTRODUZIONE	XXVII
1 • LE DISUGUAGLIANZE E GLI INDICATORI DI POSIZIONE SOCIOECONOMICA	1
Il livello di istruzione	2
Gli indicatori compositi di deprivazione	3
Altri indicatori di area	4
2 • PROFILO SOCIODEMOGRAFICO	7
Profilo demografico	7
La popolazione residente e assistita dal Servizio sanitario	9
Profilo socioeconomico	9
3 • FATTORI DI RISCHIO	15
Abitudine al fumo	16
Consumo di alcol	18
Sedentarietà	20
Sovrappeso e obesità	22
Abitudini alimentari	25
4 • STATO DI SALUTE	27
Mortalità	27

Speranza di vita	30
Mortalità causa-specifica	33
Prevalenza di patologie croniche	37
• <i>Iperensione arteriosa</i>	37
• <i>Ipercolesterolemia</i>	39
• <i>Diabete di tipo 2</i>	39
• <i>Cardiopatía ischemica</i>	41
• <i>Broncopneumopatía cronica ostruttiva</i>	41
• <i>Vasculopatía cerebrale</i>	42
• <i>Insufficienza renale cronica</i>	42
• <i>Alzheimer e demenza</i>	44
• <i>Multicronicità</i>	44
Incidenza di tumori	48
• <i>Tutti i tumori</i>	49
• <i>Tumore del polmone</i>	51
• <i>Tumore dello stomaco</i>	51
• <i>Tumori testa-collo</i>	53
• <i>Tumore della mammella</i>	54
• <i>Tumore della vescica</i>	55
5 • ACCESSO ALLE CURE ED ESITI	59
Infarto acuto del miocardio	59
Angioplastica coronarica percutanea transluminale	61
Bypass aorto-coronarico	62
Ictus	64
Cadute, fratture e protesi negli anziani	67
Accesso allo screening	70
Tumore del polmone	70
Uso dei farmaci	75
6 • IMPATTO DELLA PANDEMIA DI COVID-19	79
Gli effetti indiretti	79
Il differimento di interventi per tumore maligno della mammella	82
7 • POPOLAZIONE STRANIERA	87
Mortalità	88
Assistenza ospedaliera	88
Ospedalizzazione evitabile	92
Accesso al pronto soccorso	95
Salute materno-infantile	97
Covid-19	102
• <i>Incidenza</i>	103

• Ospedalizzazione in area medica	105
• Ospedalizzazione in terapia intensiva	107
• Mortalità	108
8 • ESPOSIZIONI AMBIENTALI ED EFFETTI SULLA SALUTE	111
9 • L'OPPORTUNITÀ DEL PNRR: LE CASE DELLA COMUNITÀ	123
Leve organizzative per creare valore: gli standard del DM 77	123
La persona al centro e il linguaggio delle metriche condivise	126
La metrica della salute disuguale per progettare le CdC nella ASL TO3	127
La metrica del diabete disuguale in un quartiere deprivato di Torino	136
Le basi per una metrica dell' <i>empowerment</i> individuale, organizzativo e sociale	140
Aumentare le <i>capabilities</i> delle persone per ridurre le disuguaglianze di salute	143
Attivare le relazioni della comunità e le opportunità intorno alla persona	144
Creare le nuove relazioni per la salute con i meccanismi sociali	147
Definire i processi e stimare i rendimenti attesi	148
Potenziare specifiche proprietà delle relazioni nella rete della CdC	152
Selezionare indicatori di processo per la metrica dell' <i>empowerment</i>	154
Avviare un HEA dei servizi territoriali nella logica del DM 77	159
Conclusioni	164

PRESENTAZIONI

■ Il diritto alla salute rappresenta la prima e fondamentale garanzia di emancipazione dell'individuo, la più immediata forma di affrancamento dal bisogno. E tuttavia, nonostante questa consapevolezza risulti ormai acquisita e condivisa, il tema dell'equità di accesso alle cure rappresenta nella società di oggi ancora un nodo per buona parte irrisolto.

A dispetto dei progressi compiuti negli ultimi decenni, infatti, i cittadini e le cittadine in condizioni sociali, economiche o culturali più fragili tendono ancora a usufruire di prestazioni sanitarie inferiori rispetto alle altre fasce della popolazione. Allo stesso tempo, fattori quali il sesso o la provenienza geografica continuano a giocare un ruolo significativo rispetto all'insorgenza di determinate patologie o alla possibilità di accesso a soluzioni medico-chirurgiche innovative.

La persistenza di questi limiti strutturali del nostro sistema, già preoccupante, è stata aggravata nel passato più recente da ulteriori e imprevedibili criticità. Sebbene in misure e forme diverse, l'impatto della stagione pandemica – ricordiamolo, la più grave crisi globale dai tempi della seconda guerra mondiale – ha generato su un tessuto sociale già delicato e disomogeneo come quello italiano un effetto fortemente regressivo: da un lato, comportando una brusca frenata al percorso di affrancamento dalla povertà di larghe fasce del Paese; dall'altro, esacerbando le condizioni di quelle stesse categorie fragili che già sperimentavano difficoltà nell'accesso alle cure.

Con il superamento della fase più delicata dell'emergenza, le autorità sanitarie sono state chiamate al duplice compito di "suturare" le ferite prodotte dalla pandemia sul corpo sociale e, in chiave strategica, di valutare con obiettività, attraverso il conforto dei numeri, la capacità operativa del sistema nel mutato scenario. Nel caso della Regione Lazio, che già prima del covid aveva compiuto passi importanti nel contrasto alla disuguaglianza sanitaria – penso ad esempio all'abbattimento delle disparità socioeconomiche nell'accesso a interventi cruciali come quello di angioplastica – questo "anno zero" è stato colto come occasione per riprendere con ancora maggiore convinzione il cammino interrotto, accelerando sulla rigenerazione del modello di accesso alle prestazioni secondo parametri di equità ed efficienza.

Il perseguimento di questo obiettivo richiedeva la costruzione di una solida base conoscitiva con cui mappare la realtà regionale in modo da evidenziarne criticità, punti di forza e prospettive di miglioramento. Per fare questo, nel maggio 2022 l'amministrazione ha istituito un gruppo di lavoro regionale per l'equità e la medicina di genere, incaricato di analizzare le diverse performance territoriali, identificare le buone pratiche di equity audit e promuovere, su questo tema, iniziative di formazione e comunicazione. L'attività del gruppo ha portato alla realizzazione di due importanti rapporti: il primo, dedicato alla questione delle differenze di genere nella salute, è stato pubblicato nella prima parte del 2022; il secondo, focalizzato sul tema dell'equità, è quello che oggi abbiamo l'opportunità di sfogliare.

Il testo ci fornisce un ampio ventaglio di dati relativi all'accessibilità del sistema salute nella nostra Regione, confrontandola anche con altre realtà del territorio nazionale. La possibilità di accedere alle cure viene inquadrata in relazione a variabili di tipo economico, sociale, anagrafico e ambientale, così come l'incidenza dei principali fattori di rischio. Una parte specifica del rapporto è dedicata agli esiti della pandemia da covid-19, così come alle opportunità di cura della popolazione straniera. Infine, un corposo approfondimento è riservato alle prospettive di trasformazione aperte dalla grande stagione degli investimenti del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), con particolare riferimento alla sfida – cruciale – delle Case della comunità. Il tema della medicina terri-

toriale, del resto, è il tema centrale del Piano: è lì che si gioca una partita di cui sentiamo parlare da troppo tempo e che nei prossimi anni, senza alcuna titubanza o possibilità di errore, dovrà diventare realtà.

Per centrare l'obiettivo sarà necessaria una vera e propria terapia d'urto, in grado di riportare il Servizio sanitario nazionale a livelli di finanziamento adeguati e in linea con gli standard dei partner europei. Un rafforzamento strutturale basato innanzitutto su un' incisiva politica di reclutamento del personale, considerando che nel 2026, solo per mettere a regime la sanità territoriale prevista dal PNRR, occorrerà un investimento di circa 2 miliardi e mezzo. Se sapremo adottare un approccio di questo tipo, innovativo e coerente con le sfide del nostro tempo, riusciremo a garantire a tutti, per davvero, una salute equa e accessibile.

Il Lazio, come detto, farà la sua parte. Con gli elementi raccolti in questo testo, che costituiranno l'indispensabile supporto conoscitivo su cui tutte le Aziende sanitarie regionali svilupperanno i nuovi piani operativi, il nostro sistema farà altri passi avanti. Ancora una volta, lavorerà per migliorare i propri servizi, per allargare il perimetro delle opportunità, per favorire l'emancipazione di tutti i cittadini. In definitiva, per dare nuova concretezza a quel diritto alla salute su cui, in larga parte, qualsiasi amministrazione è chiamata a dimostrare il proprio coefficiente di protezione sociale.

Alessio D'Amato
Assessore alla Sanità
e integrazione sociosanitaria
Regione Lazio

PRESENTAZIONI

“Libertà e uguaglianza sono tra gli scopi primari perseguiti dagli esseri umani per secoli; ma libertà totale per i lupi significa morte per gli agnelli; (...) può essere necessario mettere limiti alla libertà per fare spazio al benessere sociale, per sfamare gli affamati, per vestire gli ignudi, per dare un alloggio ai senza tetto, per consentire agli altri di essere liberi, per non ostacolare la giustizia e l'equità.”

Isaiah Berlin

■ Il dibattito filosofico, sociologico ed economico sulle disuguaglianze abbraccia un ambito che appare ben più ampio di quello sulla salute. Ma, a ben guardare, gli ambiti non sono così diversi. Se da un lato lo studio sui determinanti di salute ci restituisce un quadro molto articolato e puntuale sulle ricadute delle disuguaglianze in salute, e sui determinanti che agiscono nel provocarle, dall'altro appare chiaro quanto la salute sia la risultante di un “sistema” di interdipendenze che riguarda la quasi totalità degli ambiti di vita della nostra società.

Le possibilità date ad ogni individuo di pervenire a risultati di salute il meno possibile disuguali divergono prima ancora della sua nascita. Sono le variabili del contesto di comunità nel quale concepimento, nascita, crescita e sviluppo dell'individuo si realizzano che indicano la probabilità che quell'individuo sperimenti una vita più o meno lunga e più o meno libera da malattie. Specularmente indicano quali sono le politiche di contrasto alle condizioni incidenti. Allargare questa visuale significa al contempo comprendere che il contrasto alle disuguaglianze non si realizza principalmente con una serie di singole azioni di assistenza individuale, ma con una profonda rilettura del sistema di valori che una società sceglie di darsi per garantire che solidarietà, libertà individuale, interesse sociale e interesse individuale convivano in modo equilibrato.

Le politiche per la salute della comunità e dell'individuo, e per l'esigibilità di azioni volte a pervenire ad una reale uguaglianza, non possono che intercettare ambiti interconnessi che si influenzano reciprocamente:

ambiente, istruzione, trasporti, luoghi di vita e di lavoro, relazioni sociali, servizi alla persona e distribuzione della ricchezza, opportunità di lavoro e di crescita professionale, accesso all'innovazione tecnologica e impatto della stessa. Il paradigma della complessità intercetta qualunque traiettoria di salute e di equità.

Nulla da fare, quindi, se non abbandonare l'impresa dopo averne colto la dimensione e le innumerevoli implicazioni? Tutt'altro. Semmai guardare alla salute e all'equità come al risultato dell'agito in molteplici contesti e quindi come il frutto del quotidiano insieme dei modi con i quali tracciamo le traiettorie evolutive della nostra società.

I servizi alla persona, i Livelli essenziali di assistenza, i Livelli essenziali delle prestazioni e delle prestazioni sociali sono una risposta sufficiente, almeno per l'ambito che riguarda sanità e sistema sociosanitario? No, non lo sono di certo in modo sufficiente. Al contrario rischiano di livellare la risposta al bisogno in modo indipendente dal bisogno reale, aggravando le disuguaglianze anziché mitigarle, in special modo se non sono coordinati per costruire valore, e in questo caso il valore è rappresentato dalla capacità di mitigare gli effetti delle disuguaglianze attraverso una lettura integrata del bisogno sanitario e sociosanitario che avvenga nella consapevolezza di quali componenti intervengano nel determinare quel bisogno. Il rischio è che tutto venga semplificato con una risposta automatica nel mondo dei servizi, che è quella di tentare di aumentare l'offerta senza comprendere la necessità di diversificarla. Non c'è una risposta per ogni disuguaglianza, così come non c'è una risposta per ogni bisogno, quanto piuttosto la necessità di ricollegare il singolo individuo all'insieme degli interventi agibili per lo stesso e per la comunità, con azioni individuali e di sistema. C'è, soprattutto, la necessità che le "economie di rete" rafforzino nella programmazione il proprio impatto attraverso modelli di servizio adeguati a realtà complesse e diverse, all'interno di filiere lungo le quali il valore venga realmente concentrato sull'utente finale e non disperso a vantaggio prevalente di anelli della catena che dovrebbero invece produrne (penso a tutte le attività intermedie che possono agire surrettiziamente in favore di enti intermedi anziché di chi dovrebbe fruirne). Per essere ancora più esplicito, forse non *politically correct*, non vogliamo un sistema salute che sia un mare

da attraversare con una nave di lusso di proprietà per alcuni, e per altri, invece, chi è a bordo sia in balia di “trasportatori” senza molti interessi se non il guadagno personale.

I risultati di salute si prestano a qualsiasi metafora, poiché le disuguaglianze di ogni tipo, nel mondo, convergono a danneggiare e discriminare i più deboli, in ogni ambito, e la salute è ciò che più di ogni altro patrimonio le riassume. “Non c’è salute senza libertà”, ricorda Amartya Sen.* Ricordiamoci che quando affrontiamo temi che riguardano diritti di cittadinanza, libertà ed equilibri sociali, stiamo *sempre* parlando di salute.

Massimo Annicchiarico

Direttore

Direzione Salute e integrazione sociosanitaria

Regione Lazio

* https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2017-04-20/le-pari-opportunita-salute-133643.php?uuid=AEOg4V8&refresh_ce=1

PREMESSA

EQUITÀ NELLA SALUTE: UN OBIETTIVO SOSTENIBILE*

Per raggiungere l'obiettivo di realizzare l'equità nella salute in modo sostenibile dobbiamo misurarci con due sfide connesse tra loro: le disuguaglianze sociali e i cambiamenti climatici. Entrambe creano disuguaglianze di salute, sia tra Paesi che all'interno di uno stesso Paese; quando queste disuguaglianze di salute sono evitabili e ingiuste vengono riconosciute come iniquità di salute. Ampliando ulteriormente le conoscenze e le risorse già esistenti per promuovere la salute di ciascuno, il Sustainable Health Equity Movement (Movimento per l'equità sostenibile nella salute)¹ mira a promuovere l'equità di salute come principio etico che guidi tutte le politiche economiche, sociali e ambientali a livello nazionale e internazionale in ambito di sviluppo sostenibile.²

La distribuzione disuguale di potere, denaro e altre risorse all'interno di un Paese e tra diversi Paesi, i danni ambientali ed i conflitti politici e armati sono determinanti strutturali di disuguaglianze e causa di disuguaglianze di salute lungo un gradiente sociale.^{3,4} Creare le condizioni affinché tutte le persone e le future generazioni possano raggiungere il loro massimo potenziale di salute e condurre vite dignitose richiede che vengano prese azioni a livello globale, nazionale e locale riguardo a fat-

* Copyright © 2022 The authors; licensee World Health Organization. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution IGO License. This article by Arachu Castro et al. was originally published in the Bulletin of the World Health Organization 2022; 100:81-3 (<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.21.286523>) under the title "Achieving sustainable health equity" (la traduzione dell'articolo è di Bianca Maria Sagone).

tori strutturali e della vita quotidiana (ossia i determinanti sociali di salute),⁵ con politiche giuste incentrate sui diritti umani.

LE DISUGUAGLIANZE NON SONO SOSTENIBILI

Le disuguaglianze riguardano un'ampia gamma di questioni. L'esistenza di profonde disuguaglianze di salute indica che i bisogni fondamentali di molti gruppi di popolazione non vengono soddisfatti, mentre il mondo ha sufficienti risorse economiche per assicurare che tali bisogni siano soddisfatti per tutti. L'esposizione a rischi ambientali causati dall'inquinamento dell'aria e delle acque, dalla contaminazione dei cibi, dalle epidemie, dalle pandemie e dal surriscaldamento globale sta aumentando in modo non equo, mentre l'accesso ai servizi sanitari è sbilanciato a sfavore di coloro che hanno maggiori necessità. Il diritto alla piena realizzazione delle proprie capacità resta spesso insoddisfatto per la mancanza di un'educazione permanente e di spazi che incentivino autorealizzazione, creatività e innovazione. Come conseguenza di tutte queste disuguaglianze, e nonostante i progressi raggiunti nella riduzione delle disuguaglianze nella mortalità infantile e in altri indicatori di salute, la mortalità prematura rimane elevata.⁶ La Commissione sui determinanti sociali di salute dell'Organizzazione mondiale della sanità⁵ ha richiamato l'attenzione sulle cause profonde delle disuguaglianze di salute, invitando a misurarne i livelli, la distribuzione e l'andamento.

L'educazione è una risorsa di importanza vitale per la salute intergenerazionale. Tuttavia, condividere globalmente la conoscenza è altrettanto importante. L'umanità genera un'enorme quantità di nuove conoscenze ogni giorno. Le persone progrediscono grazie agli stimoli, allo sviluppo e all'educazione permanente, all'immaginazione, alla collaborazione, agli strumenti e alle risorse tecnologiche. Se utilizzata per affrontare sfide a livello nazionale o globale con un approccio di equità sostenibile nella salute, la conoscenza contribuisce alla realizzazione di un obiettivo condiviso e, se accessibile per tutti, diventa un bene pubblico nazionale e globale. Mentre la condivisione globale aumenta, i mercati internazionali spesso orientano la conoscenza, specialmente per quanto riguarda i prodotti sanitari, attraverso monopoli brevettuali. Questi monopoli ge-

nerano profitti per alcuni e precludono l'accesso a coloro che ne hanno maggiore necessità, aumentando il peso delle disuguaglianze. La pandemia da coronavirus (covid-19) ha rivelato lo squilibrio del framework del mercato globale e la sua incapacità di fornire da solo soluzioni a problematiche di salute, mostrata anche durante i primi due decenni dell'epidemia globale di virus dell'immunodeficienza umana. Per raggiungere l'equità della conoscenza è indispensabile sviluppare un quadro vincolante a livello internazionale che promuova e tuteli i principi fondamentali dei beni pubblici globali, come ad esempio l'immunizzazione universale. Un simile quadro stabilirebbe obiettivi più ambiziosi per l'equità nella salute nell'ambito degli obiettivi di sviluppo sostenibile (*sustainable development goals*, SDG).

Grazie all'impegno delle persone, la conoscenza trasforma le risorse naturali in tecnologia, prodotti e servizi. Tuttavia, gli attuali modelli economici hanno diversi problemi. Con il declino delle associazioni sindacali, i lavoratori hanno perso il potere di migliorare le condizioni di lavoro e ricevere una giusta retribuzione. I rendimenti sul capitale sono progressivamente aumentati, mentre per la maggior parte dei lavoratori le retribuzioni hanno subito una riduzione e le nuove tecnologie hanno avuto come conseguenza l'esclusione dal mercato del lavoro di molte persone afferenti a diversi settori economici.

Questi cambiamenti nel quadro economico portano alla crescita delle disuguaglianze di reddito e di ricchezza in molti Paesi. Innanzitutto, il potere economico è concentrato nelle mani di pochissimi individui che hanno un enorme potere economico e politico. In secondo luogo, con la crescente finanziarizzazione dell'economia c'è stato uno spostamento degli investimenti produttivi verso la speculazione monetaria e gli investimenti in derivati finanziari, sottraendo valore alle aziende invece di reinvestirvi. Anche se la povertà globale era progressivamente diminuita fino al 2020, la pandemia da covid-19 ha invertito questa tendenza, mentre i più abbienti hanno invece aumentato le proprie ricchezze. In terzo luogo, la crescita economica è diventata simbolo di successo sociale a prescindere dai danni economici e climatici che comporta e dalla distribuzione di reddito e ricchezza. Per ottenere una maggiore equità i governi devono adottare un approccio di politica economica mirante a ridistri-

buire la ricchezza accumulata, grazie a una giusta tassazione e a sistemi di protezione sociale universali ed equi. L'equità nella salute dovrebbe essere l'obiettivo principale. Se governata da meccanismi democratici, una ristrutturazione dell'economia può prevenire la finanziarizzazione delle politiche sociali, la speculazione finanziaria e l'eccessivo arricchimento di pochi; può garantire un salario minimo sufficiente e giusto; può stabilire dei framework globali, regionali e nazionali di equità fiscale e territoriale e traguardi più ambiziosi per l'equità nella salute nell'ambito dell'obiettivo di sviluppo sostenibile 10 (ridurre le disuguaglianze all'interno dei e fra i Paesi).

Sopravviviamo e prosperiamo utilizzando le risorse naturali per i nostri bisogni vitali, il benessere, la tecnologia e l'avanzamento delle conoscenze. Il modo in cui usiamo le risorse naturali, spinto da una costante crescita economica, una produzione su scala globale, consumi e stili di vita commerciali e urbani, ha sconvolto gli equilibri naturali. Questo squilibrio è stato ben documentato dagli studi sulle risorse del pianeta, i quali concludono che le emissioni di biossido di carbonio, la diminuzione dell'acqua potabile e la perdita di biodiversità hanno già ampiamente superato la capacità rigenerativa della natura.⁷ L'abuso delle risorse naturali negli ultimi due secoli ha causato il fenomeno del surriscaldamento globale e sta avendo effetti sulla salute delle persone e sull'ambiente, con conseguenze a danno dell'attuale generazione e di quelle future, determinando una disuguaglianza intergenerazionale.

Il riscaldamento globale è stato e continua ad essere causato da coloro che sono più protetti dalle sue conseguenze, mettendo ancor più in evidenza le disuguaglianze, con più alti rischi e maggiori oneri per chi meno ha contribuito al determinarsi dei cambiamenti climatici. Le previsioni stimano che la speranza di vita per la generazione nata nel ventunesimo secolo, per la prima volta da quando i dati vengono registrati, sarà inferiore a quella della generazione precedente.⁸ Dall'entrata in vigore del Protocollo di Kyoto nel 2005, il mondo ha cercato di ridurre il tasso di crescita delle emissioni di biossido di carbonio, ma siamo lontani dai livelli che avrebbero potuto evitare il punto di non ritorno di 1,5 °C sopra i livelli preindustriali. Per raggiungere un'equità ambientale, è fondamentale il rispetto delle risorse del pianeta a livello individuale,

nazionale e globale, ed è necessario guidare la transizione verso un'era post-combustibili fossili con maggiore attenzione e traguardi più ambiziosi per quanto riguarda l'equità nella salute nell'ambito dell'obiettivo sostenibile 13 (promuovere azioni, a tutti i livelli, per combattere il cambiamento climatico; NdT).

COSA POSSIAMO FARE?

Le istituzioni pubbliche con una buona gestione stabiliscono politiche economiche, sociali e ambientali, gestiscono le risorse pubbliche e allocano i servizi essenziali in modo da promuovere diritti umani e responsabilizzazione (*accountability*)⁹ e soddisfare le richieste di milioni di persone che rivendicano un mondo più giusto ed equo. Il diritto alla salute, un diritto umano fondamentale indispensabile per l'esercizio di altri diritti umani, è riconosciuto in numerosi strumenti internazionali,¹⁰ alcuni dei quali includono principi che possono essere attuati grazie a norme di legge. La Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (meglio nota come Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali) fornisce il più completo articolo sul diritto alla salute nella legislazione internazionale sui diritti umani ed è l'unico quadro internazionale giuridicamente vincolante riguardo all'equità nella salute. La Convenzione, che riconosce il diritto di ciascuno di godere del massimo livello di salute fisica e mentale raggiungibile, è stata ratificata da 171 Paesi e firmata da altri quattro.¹¹ Tuttavia, l'attenzione all'equità è indiretta, limitata e non monitorata, e si basa su un concetto di progressività in relazione alle risorse disponibili in ciascun Paese che trascura l'asimmetria delle relazioni internazionali. L'implementazione della Convenzione richiede un significativo impegno da parte dei governi per fornire un accesso universale ai servizi sanitari, bloccare le aperte violazioni dei diritti umani, diminuire la spesa in ambiti che non danno la priorità a un'equità nella salute che sia sostenibile e aumentare le risorse in quelli che rispettano gli impegni dei Paesi aderenti alla Convenzione.

Per raggiungere un'equità nella salute realmente sostenibile, il Sustainable health equity movement invita a intraprendere alcune azioni. Innanzitutto, promuovere l'equità sostenibile nel campo della salute

come principio etico che guidi tutte le politiche economiche, sociali e ambientali, comprese quelle portate avanti da quadri giuridici nazionali e internazionali per incentivare in modo trasparente l'implementazione del diritto alla salute. In secondo luogo, creare una Commissione indipendente per l'equità sostenibile nella salute, con un relatore incaricato di monitorare i progressi e riferirli al segretario generale delle Nazioni unite al fine di emanare raccomandazioni. La creazione di una simile commissione potrebbe avvenire grazie ad una risoluzione dell'Assemblea generale delle Nazioni unite codificata in un protocollo, assieme al diritto di ciascuno di condurre una vita dignitosa in base ai principi dell'equità individuale e collettiva, e prevedendone l'inclusione in una futura norma sul diritto allo sviluppo.¹² Il relatore dovrebbe lavorare a fianco del commissario per i diritti umani e del relatore speciale sul diritto alla salute ed essere allineato con altri quadri giuridici che sostengono forme di equità sostenibile nella salute, come ad esempio diritti economici, sociali e culturali di bambini e disabili, equità di genere e sesso e salute dei migranti. Raccogliere assieme queste importanti questioni aggiunge loro valore e, laddove sono sviluppate, lo fa in modo concertato. Infine, promuovere la collaborazione con scienziati e attivisti per raccogliere prove sul peso e la non sostenibilità dell'iniquità di salute e chiedere ai governi maggiore responsabilizzazione e trasparenza contribuirebbe al progresso di un'equità globale nella salute.

**Arachu Castro,^a Michael Marmot,^b Juan Garay,^c
Armando de Negri,^d Paulo Buss^e**
per conto del Sustainable Health Equity Movement

^a Department of International Health and Sustainable Development, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans, United States of America.

^b Department of Epidemiology and Public Health, University College London, Institute of Health Equity, London, England.

^c National School of Public Health of Spain, Madrid, Spain.

^d World Social Forum on Health and Social Security, Porto Alegre, Brazil.

^e Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil.

BIBLIOGRAFIA

1. Sustainable health equity movement [Internet]. 2021. Available from: <https://www.sustainablehealthequity.org/> [cited 2021 Jun 1].
2. Chiriboga D, Garay J, Buss P, Madrigal RS, Rispel LC. Health inequity during the covid-19 pandemic: a cry for ethical global leadership. *Lancet* 2020; 395(10238):1690-1.
3. Just societies - health equity and dignified lives - Report of the Commission of the Pan American Health Organization on Equity and Health Inequalities in the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2019. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51571> [cited 2021 Jun 1].
4. Build back fairer: achieving health equity in the Eastern Mediterranean Region: report of the Commission on Social Determinants of Health in the Eastern Mediterranean Region – executive summary. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2021. Available from: <https://applications.emro.who.int/docs/9789290224976-eng.pdf?ua=1> [cited 2021 Jun 1].
5. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2005. Available from: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf [cited 2021 Jun 1].
6. Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A et al. A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. *Lancet* 2020; 395(10224):605-58.
7. Steffen W, Richardson K, Rockström J et al. Planetary boundaries: guiding human development on a changing planet. *Science* 2015; 347(6223):1259855.
8. Harper S, Riddell CA, King NB. Declining life expectancy in the United States: missing the trees for the forest. *Annu Rev Public Health* 2021; 42(1):381-403.
9. Governance for sustainable development: integrating governance in the post-2015 development framework. New York: United Nations Development Programme, 2014. Available from: <https://www.undp.org/publications/discussion-paper-governance-sustainable-development> [cited 2021 Jun 1].
10. Universal declaration of human rights. Article 25.1. New York: United Nations, 1948. Available from: https://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf [cited 2021 Jun 1].
11. International covenant on economic, social and cultural rights (ICESCR). New York: United Nations, 1966. Available from: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-3&chapter=4 [cited 2021 Jun 1].
12. Resolution A/RES/41/128. Declaration on the right to development. United Nations General Assembly, New York, 4 December 1986. New York: United Nations, 1986. Available from: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Development/DeclarationRightDevelopment_en.pdf [cited 2021 Jun 1].

INTRODUZIONE

Nonostante gli incredibili progressi dello stato di salute della popolazione avvenuti negli ultimi decenni, le differenze di salute tra aree geografiche e, all'interno di una stessa area, tra gruppi socioeconomici rimangono considerevoli.¹ È naturale che sesso, genere, posizione socio-economica, cittadinanza ed etnia siano associati a differenze di salute, sia per fattori biologici che per fattori di rischio associati ad aspetti culturali e ambientali. Quando tuttavia le differenze rappresentano diversità di opportunità, conoscenze e risorse che potrebbero essere ridotte o evitate da politiche ad hoc parliamo di disuguaglianze.^{2,3}

La letteratura scientifica sulle disuguaglianze socioeconomiche nella salute è esplosa negli anni '90 e da allora sia all'estero che in Italia si è lavorato su un quadro teorico di riferimento, sull'identificazione degli indicatori atti a descrivere il fenomeno, su un continuo monitoraggio delle disuguaglianze socioeconomiche nella salute e nell'accesso ai servizi, con l'obiettivo di identificare azioni e politiche volte a ridurle. In particolare, è stato analizzato il ruolo del Servizio sanitario nazionale nell'aumentare o ridurre il divario tra i diversi gruppi sociali. Nel Lazio, già alla fine degli anni '90, sono stati riportati differenziali socioeconomici nell'offerta di trapianto renale per i malati di insufficienza renale cronica, il cambiamento dei differenziali nella sopravvivenza dei soggetti HIV+ con l'introduzione delle terapie antiretrovirali e disuguaglianze nella mortalità a 30 giorni da un intervento di bypass aorto-coronarico.⁴ Gli studi scientifici prodotti hanno mostrato come l'accesso a procedure chirurgiche inno-

vative sia in genere differenziale a favore dei gruppi di popolazione con un'alta posizione socioeconomica; poi, una volta che l'intervento, la procedura, il percorso di cura diventano di routine, l'accesso non è più differenziale e le disuguaglianze negli esiti avversi diminuiscono. Per il sistema sanitario esiste il rischio di attuare politiche che invece di ridurre le disuguaglianze le amplifichino; è quindi di vitale importanza che la lente dell'equità venga utilizzata nello stabilire e attuare le politiche sanitarie.

Il primo contributo contenuto in questo libro in forma di Premessa, a cura del Movimento per l'equità sostenibile nella salute, promosso da Michael Marmot, ci ricorda che, anche se la povertà globale era progressivamente diminuita fino al 2020, la pandemia da covid-19 ha invertito questa tendenza, mentre i più abbienti hanno invece aumentato le proprie ricchezze. Per ottenere una maggiore equità i governi devono adottare un approccio di politica economica mirante a ridistribuire la ricchezza accumulata e a promuovere sistemi di protezione sociale universali ed equi. L'equità nella salute dovrebbe essere l'obiettivo principale.

In quest'ottica la Regione Lazio ha istituito, a maggio del 2022, un gruppo di lavoro regionale per l'equità e la medicina di genere, con i seguenti obiettivi: analizzare il profilo regionale di salute ed equità, il relativo dettaglio a livello sub-regionale, nonché per specifici gruppi di popolazione, e predisporre un libro bianco sull'equità nella salute; identificare un repertorio di buone pratiche di equity audit, volte a garantire il contrasto di disuguaglianze nei percorsi di prevenzione e cura, ed elementi informativi utili ad accompagnare la stesura di piani aziendali; raccogliere piani aziendali, basati sulle criticità identificate nel profilo regionale di salute ed equità e sull'analisi di processi e snodi organizzativi aziendali in grado di incidere su meccanismi di generazione di disuguaglianze nei percorsi di prevenzione e cura, con attenzione anche agli effetti prodotti dall'emergenza covid-19; promuovere iniziative di comunicazione e formazione in tema di equity audit e di percorsi di appropriatezza diagnostico-prescrittiva e di cura secondo una prospettiva di genere; pianificare strumenti per il monitoraggio delle azioni programmate e individuare indicatori di performance aziendale.

A seguito del volume *Salute e genere nella Regione Lazio*,⁵ questo nuovo volume, *Salute ed equità nella Regione Lazio*, si focalizza sulle

disuguaglianze socioeconomiche e si articola in nove capitoli. Dopo una breve introduzione sugli indicatori di posizione socioeconomica utilizzati all'interno del volume e una panoramica sugli aspetti sociodemografici, un capitolo è dedicato alle differenze socioeconomiche nella prevalenza dei maggiori fattori di rischio. Il successivo capitolo approfondisce il tema delle disuguaglianze nello stato di salute della popolazione, considerando i maggiori indicatori dello stato di salute di una popolazione: la mortalità per tutte le cause, la speranza di vita, la mortalità causa-specifica, la prevalenza delle maggiori patologie croniche, l'incidenza dei tumori. I capitoli seguenti affrontano i differenziali sociali nell'accesso alle cure e nei loro esiti, i differenziali indotti dalla pandemia, un focus sulla popolazione straniera e un approfondimento sui differenziali sociali nelle esposizioni ambientali, perché la posizione socioeconomica influenza sia l'esposizione a fattori ambientali, sia la gravità degli effetti sulla salute osservati. Un ultimo importante capitolo, a cura del professor Costa e dei colleghi del Piemonte, concretamente riporta, con l'esempio delle case della comunità, cosa vuol dire in pratica, su un territorio, promuovere salute e in modo più uguale.

COSA TROVIAMO NELLE PAGINE DI QUESTO LIBRO?

Le disuguaglianze e gli indicatori di posizione socioeconomica

Nello studio delle disuguaglianze socioeconomiche nella salute si predilige l'uso del termine posizione socioeconomica e non stato o status socioeconomico. Infatti, sebbene spesso i due termini siano usati in modo intercambiabile, nonostante le diverse basi teoriche e quindi le diverse interpretazioni, il primo termine indica i fattori socioeconomici che influiscono sulla posizione che un individuo o un gruppo hanno nella struttura sociale, posizione che può variare nel tempo. Il termine posizione socioeconomica include concetti con origini storiche e teoriche molto diverse.⁶ Come indicatori di posizione socioeconomica in questo volume verranno utilizzati il livello di istruzione individuale e l'indice di deprivazione per sezione di censimento, oltre al prezzo medio immobiliare relativo alle zone urbanistiche di Roma.

Profilo sociodemografico

Secondo l'Istat, la popolazione residente nel Lazio al 1° gennaio 2021 ammontava a 5.730.399 individui (11% di stranieri). Come nel volume *Salute e genere nella Regione Lazio*,⁵ il capitolo mostra i dati dei principali indicatori sociodemografici del Lazio confrontati con i dati nazionali, le distribuzioni degli indicatori di posizione socioeconomica utilizzati (titolo di studio e indice di deprivazione) e il confronto tra popolazione residente e popolazione assistita, cioè la popolazione analizzata in questo volume.

Fattori di rischio

Le sorveglianze PASSI, PASSI d'Argento, Okkio alla Salute, HBSC (Health behaviour in school-aged children) forniscono dati preziosi sui maggiori fattori di rischio per i residenti di diversi gruppi d'età: gli adulti, gli anziani, i bambini e gli adolescenti. Il capitolo mostra come, rispetto ai più istruiti, i meno istruiti (o i figli delle donne meno istruite) abbiano una più alta prevalenza dei fattori di rischio, dal fumo all'uso di alcol, dalla sedentarietà all'obesità o alle cattive abitudini alimentari. I dati presentati evidenziano come siano necessarie delle campagne di prevenzione che arrivino a tutta la popolazione.

Stato di salute

Il capitolo illustra i differenziali socioeconomici nello stato di salute. Gli indicatori per eccellenza dello stato di salute di una popolazione sono la mortalità e la speranza di vita. Rispetto al biennio 2018-2019, nel biennio 2020-2021 i tassi standardizzati di mortalità sono aumentati per entrambi i sessi e per tutti i titoli di studio e i differenziali sono lievemente aumentati. La speranza di vita dal 2006 al 2017 è aumentata per tutti i gruppi di popolazione, ma il divario tra livelli socioeconomici è aumentato, passando da 3,4 a 3,9 anni per gli uomini e da 1,8 a 2,2 per le donne.⁷ Il capitolo riporta i tassi standardizzati di mortalità causa-specifica per titolo di studio evidenziando come i differenziali nella mortalità

riflettano i differenziali nei fattori di rischio dei gruppi di popolazione. Sono riportate le disuguaglianze nelle patologie croniche, con gradienti sociali molto evidenti per ipertensione, cardiopatia ischemica, BPCO, ipercolesterolemia, diabete, multicronicità. Sono illustrati i dati del Registro Tumori della Regione Lazio con i tassi di incidenza di tumore per titolo di studio. Alcuni tumori, come ad esempio il tumore allo stomaco, legato alle condizioni di vita durante l'infanzia, presentano gli stessi differenziali sociali in uomini e donne. Altri tipi di tumori più legati ad esposizioni in età adulta riflettono i differenziali nei fattori di rischio; un esempio tra tutti è il tumore al polmone, che ha differenziali notevoli negli uomini, con rischi più elevati al diminuire del titolo di studio, e differenziali opposti nelle donne, con rischi più elevati all'aumentare del titolo di studio.

Accesso alle cure ed esiti

Il sistema sanitario riveste un ruolo enorme nel ridurre le disuguaglianze socioeconomiche nella salute. In diversi studi sono state riscontrate disuguaglianze nell'incidenza di una patologia, ma una volta che il paziente entra in ospedale ottiene lo stesso standard di cura e non si riscontrano disuguaglianze negli esiti.⁸ Il capitolo mostra alcuni risultati contenuti nella sezione equità del Programma regionale valutazione degli esiti degli interventi sanitari 2022 (PreValE).⁹ Dalla sua istituzione nel 2006, il programma con il monitoraggio e la pubblicazione dei risultati ha contribuito al miglioramento degli standard di cura e della tempestività degli interventi.¹⁰ Sono presentati anche i dati dalle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento sulle cadute negli anziani e l'accesso allo screening. Infine, viene fornito un focus sul possibile ruolo del percorso di cura nella diminuzione delle disuguaglianze in una coorte di 10.000 pazienti ospedalizzati per ictus. Lo studio ha mostrato come ci siano differenziali per titolo di studio sia nella mortalità a breve termine che in quella a un anno, ma che tali differenziali diminuiscono se il percorso di cura è migliore.¹¹

Impatto della pandemia di covid-19

La pandemia di covid-19 ha avuto un impatto peggiore sui gruppi di popolazione più svantaggiati.¹² Sono stati documentati differenziali sociali nell'incidenza di infezione e nella mortalità a 30 giorni dall'infezione.¹³ La campagna di vaccinazione, pur avendo raggiunto alla fine del 2021 quasi il 90% della popolazione, ha visto una minore adesione tra i più svantaggiati.¹⁴ Oltre agli effetti diretti della pandemia, anche quelli indiretti hanno colpito in maniera differenziale la popolazione. Il capitolo mostra alcuni risultati del progetto Mimico-19 (Monitoraggio dell'impatto indiretto di covid-19) e un'applicazione della stessa metodologia ai dati del Lazio.¹⁵ Rispetto ai due anni precedenti la pandemia, le variazioni percentuali (standardizzate per età) di accesso alla chirurgia programmata mostrano come durante il lockdown l'accesso sia crollato per tutti; ma mostrano anche come nel post-lockdown, e nell'anno successivo, l'accesso non sia ripreso allo stesso modo per tutti ma abbia prediletto i gruppi più istruiti. Il capitolo offre anche un focus sul differimento degli interventi per tumore maligno della mammella.

Popolazione straniera

La popolazione straniera costituisce l'11% della popolazione residente nella Regione Lazio. Il 95% degli stranieri proviene da Paesi a forte pressione migratoria. Questo capitolo non intende analizzare le disuguaglianze socioeconomiche, ma le disuguaglianze nello stato di salute per Paese di provenienza. Vengono presentati i dati di mortalità, del ricorso alle cure ospedaliere, incluse le ospedalizzazioni evitabili, i dati di accesso al pronto soccorso, con un focus particolare sulla salute materno-infantile e sul periodo pandemico.¹⁶

Esposizioni ambientali ed effetti sulla salute

Ambiente di vita, disuguaglianze sociali e stato di salute di una popolazione sono strettamente correlati. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità i rischi ambientali sono responsabili di circa il 24%

di tutti i decessi a livello globale e sono tra i fattori più importanti in grado di contribuire alle disuguaglianze sociali nella salute. La posizione socioeconomica influenza l'esposizione a fattori ambientali, ma anche la gravità degli effetti sulla salute osservati. A parità di esposizione nei gruppi socialmente più svantaggiati, alcuni meccanismi possono modificare l'effetto sulla salute e quindi influenzare la relazione dose-risposta. Due principali meccanismi sono chiamati in causa per spiegare il ruolo delle esposizioni ambientali come determinante delle disuguaglianze di salute: i gruppi socioeconomici più svantaggiati vivono in aree più degradate dal punto di vista ambientale e sono in genere esposti a livelli di inquinamento più elevati (esposizione differenziale), allo stesso tempo i sottogruppi di basso livello socioeconomico sono più suscettibili agli effetti delle esposizioni ambientali a causa degli stili di vita e delle condizioni di salute (suscettibilità differenziale). Il capitolo si propone di illustrare le differenze nell'esposizione a inquinanti e negli effetti per posizione socioeconomica.

L'opportunità del PNRR: le Case della comunità

Già nel 2017 un rapporto del gruppo interistituzionale per l'equità nella salute (Ministero della salute, ISS, AgeNaS, INMP) revisionava lo stato delle disuguaglianze sociali di salute e chiedeva di rendere esigibile il diritto all'equità nella salute in modo concreto. La partecipazione italiana alla Joint Action europea sull'equità nella salute ha permesso che questo diritto fosse esigibile attraverso l'Health Equity Audit (HEA), ovvero la ricerca di disuguaglianze evitabili in salute, accesso ed esiti, e l'individuazione dei meccanismi che le generano, ognuno dei quali diventa il punto di ingresso di azioni di correzione che possano mitigarne l'effetto. In particolare, si è introdotto l'HEA a tre livelli delle politiche sanitarie: a) nella prevenzione: introducendo il compito di fare HEA in tutti i programmi regionali di prevenzione; b) nella garanzia dei Livelli essenziali di assistenza (LEA): introducendo indicatori di equità nel sistema di garanzia che influenza il riparto del fondo sanitario; c) nella qualità e nei risultati dell'assistenza: introducendo indicatori di equità nel Programma nazionale esiti. All'arrivo della pandemia, il gruppo in-

teristituzionale ha revisionato i meccanismi con cui la pandemia poteva aggravare le disuguaglianze di salute e ha raccomandato che i progetti operativi del PNRR, in particolare quelli della Missione 6, si misurino con la necessità di non creare nuove disuguaglianze di salute e, se possibile, di mitigare l'intensità di quelle esistenti. Alcune Regioni e ASL impegnate nella programmazione delle Case della comunità incominciano a prendere sul serio questa missione usando le disuguaglianze di salute come metrica comune per identificare gli obiettivi e valutare i risultati da raggiungere con le innovazioni del PNRR e per ingaggiare i soggetti della comunità a partecipare attivamente in questa sfida.

BIBLIOGRAFIA

1. Leon DA, Walt G. Poverty, inequality and health: an international perspective. New York: Oxford University Press, 2001.
2. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008; 372(9650):1661-9.
3. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365(9464):1099-104.
4. Rapiti E, Perucci CA, Agabiti N et al. Diseguaglianze socioeconomiche nell'efficacia dei trattamenti sanitari. Tre esempi nel Lazio. *Epidemiol Prev* 1999; 23:153-60.
5. Dipartimento di epidemiologia del Servizio sanitario regionale del Lazio. Salute e genere nella Regione Lazio. I dati epidemiologici. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2022.
6. Galobardes B, Lynch J, Smith GD. Measuring socioeconomic position in health research. *Br Med Bull* 2007; 81-82:21-37.
7. Badaloni C, Michelozzi P, Davoli M. Variazione spazio-temporale dell'aspettativa di vita per livello socioeconomico e distretto sanitario a Roma negli anni 2006-2017. *Epidemiol Prev* 2020; 44:342-8.
8. Cesaroni G, Agabiti N, Forastiere F, Perucci CA. Socioeconomic differences in stroke incidence and prognosis under a universal healthcare system. *Stroke* 2009; 40(8):2812-9.
9. Programma regionale valutazione degli esiti degli interventi sanitari (PReValE). Disponibile al link: <https://www.dep.lazio.it/prevale2021/>
10. Ventura M, Mataloni F, Colais P, Davoli M, Fusco D. Accesso alle cure più equo nella Regione Lazio: risultati del Programma regionale di valutazione degli esiti (PReValE) 2012-2017. *Epidemiol Prev* 2019; 43:364-73.
11. Belleudi V, Sciattella P, Agabiti N et al. Socioeconomic differences in one-year survival after ischemic stroke: the effect of acute and post-acute care-pathways in a cohort study. *BMC Public Health* 2016; 16:408.

12. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The covid-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2020; 74(11):964-8.
13. Angelici L, Sorge C, Di Martino M et al. Incidence of SARS-CoV-2 infection and related mortality by education level during three phases of the 2020 pandemic: a population-based cohort study in Rome. *J Clin Med* 2022; 11(3):877.
14. Cesaroni G, Calandrini E, Balducci M et al. Educational inequalities in covid-19 vaccination: a cross-sectional study of the adult population in the Lazio Region, Italy. *Vaccines (Basel)* 2022; 10(3):364.
15. Di Girolamo C, Gnani R, Landriscina T et al.; Mimico-19 working group. Indirect impact of the covid-19 pandemic and its containment measures on social inequalities in hospital utilisation in Italy. *J Epidemiol Community Health* 2022 May 12; jech-2021-218452 [Online ahead of print].
16. L'impatto del covid-19 sulla popolazione immigrata in Italia (febbraio 2020-luglio 2021). Risultati di un progetto collaborativo tra INMP e Regioni. *Epidemiol Prev* 46(4 Suppl 1).

1 • LE DISUGUAGLIANZE E GLI INDICATORI DI POSIZIONE SOCIOECONOMICA

Molteplici fattori, come sesso, posizione socioeconomica, cittadinanza ed etnia, sono associati a differenze di salute. Alcune disuguaglianze sono inevitabili, altre rappresentano disparità di opportunità, conoscenze e risorse che potrebbero essere ridotte o evitate da politiche ad hoc.^{1,2}

Tra le caratteristiche utilizzate per affrontare le disparità evitabili nella salute di una popolazione spesso si utilizzano indicatori di posizione socioeconomica (PSE). Si preferisce utilizzare il termine “posizione” e non “status” perché indica la posizione di un gruppo di popolazione rispetto ad altri, che può non essere statica nel tempo. La mortalità per tutte le cause e la mortalità causa-specifica sono inversamente associate alla PSE,³⁻⁷ nonché la prevalenza di diverse malattie,⁸⁻¹⁰ la multimorbilità^{11,12} e l’accesso all’assistenza sanitaria.^{13,14}

Esistono diversi indicatori di PSE,^{15,16} come la ricchezza materiale, le risorse culturali o il capitale umano, che rappresentano le diverse dimensioni dello svantaggio sociale. Gli indicatori possono essere individuali o di area; più è piccola l’area, più possono essere considerati dei proxy della PSE individuale. La PSE personale rappresenta le effettive risorse materiali o immateriali direttamente possedute dall’individuo; la PSE contestuale esprime anche la realtà e le opportunità del contesto in cui la persona vive. Sia le misure individuali che quelle contestuali si trovano associate allo stato di salute degli individui.^{3,6,11,12,17,18}

In questo rapporto verranno usati prevalentemente due indicatori: il titolo di studio, disponibile per i residenti nel Lazio censiti nel 2011, e un

indicatore composito di deprivazione per sezione di censimento,¹⁹ applicato all'indirizzo di residenza presente nell'Anagrafe assistiti. Di seguito sono descritte le caratteristiche e i relativi vantaggi e svantaggi delle due misure utilizzate.

IL LIVELLO DI ISTRUZIONE

L'istruzione è un indicatore frequentemente utilizzato in epidemiologia. L'uso dell'istruzione come indicatore di PSE vuole catturare le risorse relative alla conoscenza di una persona. Poiché l'istruzione formale è normalmente completata nella giovane età adulta, è considerata un indicatore stabile per la popolazione adulta.

L'istruzione può essere misurata come una variabile continua (anni di istruzione) o come una variabile categorica (valutando tappe educative come il completamento della scuola primaria o superiore, diplomi di istruzione superiore o lauree). La misura continua presuppone che ogni anno di istruzione contribuisca in modo simile alla PSE raggiunta da una persona e che il tempo trascorso nell'istruzione abbia maggiore importanza dei risultati scolastici, mentre la misura categorica presume che l'arrivare a un diploma specifico sia importante nel determinare la PSE.¹⁵

Sebbene l'istruzione sia spesso usata come una misura generica di PSE, esistono interpretazioni specifiche per spiegare la sua associazione con la salute. L'istruzione coglie il passaggio dalla PSE dei genitori alla PSE dell'età adulta ed è anche un forte determinante dell'occupazione e del reddito futuri. Riflette le risorse materiali, intellettuali e di altro tipo della famiglia d'origine, è influenzata dall'accesso e dal rendimento nella scuola primaria e secondaria e si consolida nella giovane età adulta per la maggior parte delle persone. Pertanto, coglie sia le influenze a lungo termine delle circostanze della prima infanzia sulla salute degli adulti, sia l'influenza delle risorse in età adulta (per esempio, attraverso lo stato occupazionale) sulla salute. Le conoscenze e le abilità acquisite attraverso l'istruzione possono influenzare le funzioni cognitive, rendere le persone più ricettive ai messaggi di educazione sanitaria o aumentare la capacità di comunicare e accedere a servizi sanitari adeguati. La cattiva

salute nell'infanzia potrebbe anche limitare la frequenza e/o il rendimento scolastico e predisporre alla malattia dell'adulto, generando un bias di selezione sulle disuguaglianze di salute.¹⁵ L'istruzione è relativamente facile da misurare nei questionari autosomministrati e, a differenza di altri indicatori come il reddito, ottiene un alto tasso di risposta. Il significato del livello di istruzione varia per le diverse coorti di nascita. Oltre al trend temporale del miglioramento del livello di istruzione in tutti i Paesi, negli ultimi decenni si sono verificati considerevoli cambiamenti nelle opportunità educative per le donne e in alcuni sottogruppi di popolazione. Tali effetti di coorte possono essere importanti ma raramente sono presi in considerazione negli studi epidemiologici. I risultati di studi che includono partecipanti di diverse coorti di nascita e che utilizzano gli anni di istruzione o il titolo di studio possono essere distorti se non vengono presi in considerazione gli effetti di coorte, perché le coorti più anziane saranno sovrarappresentate tra quelle classificate come meno istruite. Una possibilità per superare questo bias è quella di classificare i partecipanti in livelli bassi, medi o alti, definendo le categorie per coorte di nascita. Un'altra opzione è quella di stratificare l'analisi per fascia di età, per esempio esaminando le disuguaglianze sanitarie in base al livello di istruzione all'interno di classi quinquennali di età. Infine, il numero di anni di istruzione o il livello conseguito possono non rappresentare la qualità dell'esperienza educativa, associata alla conoscenza, alle abilità cognitive e alle capacità analitiche.

GLI INDICATORI COMPOSITI DI DEPRIVAZIONE

Per analizzare l'associazione tra PSE e stato di salute sono state utilizzate diverse misure composite di PSE. Gli indicatori compositi possono essere molto efficienti per obiettivi descrittivi, o quando la PSE viene considerata come un fattore confondente piuttosto che come la principale esposizione di interesse, poiché incorporano diverse dimensioni della PSE. In genere vengono meno utilizzati quando l'obiettivo è indagare quali siano i meccanismi che portano alle disuguaglianze di salute, perché non si possono separare le varie dimensioni di svantaggio incluse nell'indicatore.

I dati del censimento della popolazione o da altre fonti amministrative permettono di creare degli indicatori compositi di area, da utilizzare come proxy di posizione socioeconomica delle persone che vivono nell'area. Come accennato, più è piccola l'area più si possono utilizzare come proxy di PSE individuale. Gli indicatori di area possono essere anche interpretati come misure delle condizioni socioeconomiche di un territorio, che come tale può avere un'influenza sulla salute indipendentemente dalle caratteristiche individuali.

In Italia è disponibile un indicatore sviluppato da Rosano e colleghi,¹⁹ che, utilizzando i dati individuali del censimento 2011, hanno attribuito alle sezioni di censimento italiane un indicatore di deprivazione (ID). Il calcolo dell'ID è stato basato su cinque condizioni che meglio descrivono il concetto multidimensionale della deprivazione sociale e materiale: basso livello di istruzione, condizione di disoccupazione, famiglia monogenitoriale, abitazione in affitto e ad alta densità abitativa. L'indice è calcolato come somma di indicatori standardizzati. In particolare, l'indicatore riguardante la bassa istruzione viene limitato alla classe di età 15-60 anni e per la monogenitorialità si considerano solo le famiglie con figli minorenni. L'indice è disponibile sia al livello nazionale che al livello regionale, come indicatore continuo o categorico a cinque livelli (figura 1.1). La distribuzione dell'indicatore rivela che la mediana per il Lazio è esattamente quella nazionale, mentre le sezioni delle regioni del centro-nord risultano meno deprivate e quelle del sud più deprivate della mediana nazionale.

ALTRI INDICATORI DI AREA

È possibile utilizzare anche indicatori per aree di dimensioni diverse dalla sezione di censimento, come il quartiere, il distretto, il comune, ecc. Un esempio è l'utilizzo del prezzo medio immobiliare del quartiere di residenza, ma si possono facilmente calcolare indicatori di area che rappresentano una sola dimensione di svantaggio, come il tasso di disoccupazione, la percentuale di laureati e di occupati, tutte informazioni rese disponibili dall'Istat.

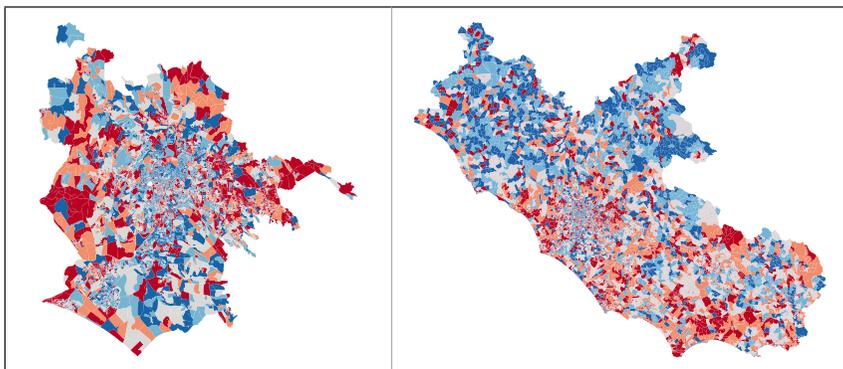


Figura 1.1 • Mappa di Roma e del Lazio con i valori dell'indicatore di deprivazione, dove il blu indica le sezioni meno deprivate e il rosso le più deprivate

BIBLIOGRAFIA

1. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on social determinants of health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008; 372(9650):1661-9.
2. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365(9464):1099-104.
3. Paglione L, Angelici L, Davoli M, Agabiti N, Cesaroni G. Mortality inequalities by occupational status and type of job in men and women: results from the Rome Longitudinal Study. *BMJ Open* 2020; 10(6):e033776.
4. Mackenbach JP, Valverde JR, Bopp M et al. Determinants of inequalities in life expectancy: an international comparative study of eight risk factors. *Lancet Public Health* 2019; 4(10):e529-e537.
5. Murtin F, Mackenbach JP, Jasilionis D, d'Ercole MM. Inequalities in longevity by education in OECD countries: insights from new OECD estimates. *OECD Statistics Working Papers*, 2017/02. Paris: OECD Publishing, 2017. Disponibile al link: <http://dx.doi.org/10.1787/6b64d9cf-en>
6. Cesaroni G, Venturi G, Paglione L et al. Differenziali di mortalità a Roma: il ruolo dell'istruzione e dei prezzi immobiliari del quartiere di residenza. *Epidemiol Prev* 2020; 44(5-6 Suppl 1):31-7.
7. Dei Bardi L, Calandrini E, Bargagli AM et al. Socioeconomic inequalities in health status and survival: a cohort study in Rome. *BMJ Open* 2022; 12(8):e055503.
8. Bashinskaya B, Nahed BV, Walcott BP, Coumans JV, Onuma OK. Socioeconomic status correlates with the prevalence of advanced coronary artery disease in the United States. *PLoS One* 2012; 7(9):e46314.
9. Gershon AS, Dolmage TE, Stephenson A, Jackson B. Chronic obstructive pulmonary disease and socioeconomic status: a systematic review. *COPD* 2012; 9(3):216-26.

10. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med* 2013; 90:24-31.
11. Cassell A, Edwards D, Harshfield A et al. The epidemiology of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2018; 68(669):e245-e251.
12. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380(9836):37-43.
13. Barone AP, Fusco D, Colais P et al. Effects of socioeconomic position on 30-day mortality and wait for surgery after hip fracture. *Int J Qual Health Care* 2009; 21(6):379-86.
14. Cylus J, Papanicolas I. An analysis of perceived access to health care in Europe: how universal is universal coverage? *Health Policy* 2015; 119(9):1133-44
15. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1):7-12.
16. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 2). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(2):95-101.
17. Foraker RE, Bush C, Greiner MA et al. Distribution of cardiovascular health by individual- and neighborhood-level socioeconomic status: findings from the Jackson Heart Study. *Glob Heart* 2019; 14(3):241-50.
18. Ferre F, de Belvis AG, Valerio L et al. Italy: health system review. *Health Syst Transit* 2014; 16(4):1-168.
19. Rosano A, Pacelli B, Zengarini N, Costa G, Cislighi C, Caranci N. Aggiornamento e revisione dell'indice di deprivazione italiano 2011 a livello di sezione di censimento. *Epidemiol Prev* 2020; 44(2-3):162-70.

2 • PROFILO SOCIODEMOGRAFICO

PROFILO DEMOGRAFICO

I dati Istat mostrano che la **popolazione residente** nel Lazio al 1° gennaio 2021 ammontava a 5.730.399 individui, con una lieve prevalenza di femmine rispetto ai maschi (52%).¹ Del totale, il 74% degli individui risiedeva nella provincia di Roma e il 49% nella sola città di Roma. La popolazione del Lazio per fasce d'età ripercorre in maniera molto simile la composizione della popolazione italiana, con una percentuale di over 65 che ammonta al 22% e una percentuale di bambini tra 0 e 14 anni del 13%.

La popolazione di **cittadini stranieri** residenti nel Lazio conta 625.572 individui, che corrispondono all'11% della popolazione. Di questi l'81% risiede nella provincia di Roma e il 55% nella sola città di Roma, dove rappresenta il 12% della popolazione. La figura 2.1 mostra la piramide per età, suddivisa per italiani e stranieri, della popolazione residente al 1° gennaio 2021.

Si può notare che le fasce più ampie di popolazione sono quelle dai 45 ai 55 anni, sia per gli uomini che per le donne, che la popolazione straniera è più giovane di quella italiana e che nelle età anziane c'è una più alta prevalenza di donne che di uomini.²

La popolazione del Lazio ha avuto un aumento costante dal 2006 al 2019, a cui è seguita una lieve flessione (figura 2.2).

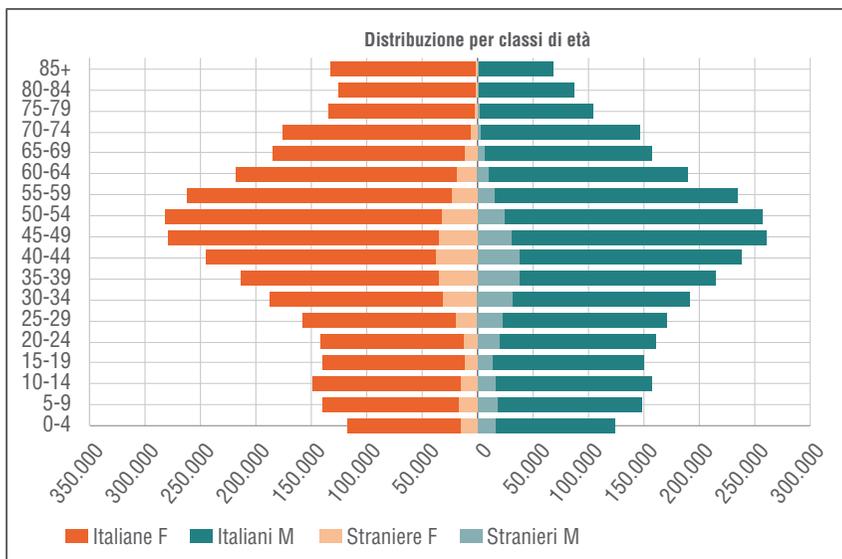


Figura 2.1 • Piramide per età della popolazione residente. Regione Lazio (2021)

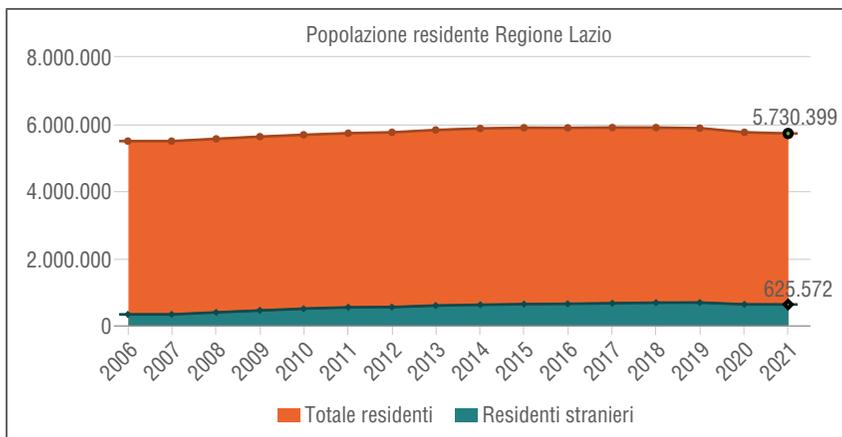


Figura 2.2 • Andamento della popolazione residente, totale e straniera. Regione Lazio (2006-2021)

POPOLAZIONE RESIDENTE E ASSISTITA DAL SERVIZIO SANITARIO

La popolazione del Lazio assistita dal Servizio sanitario regionale (SSR) non è il totale della popolazione residente. La percentuale di popolazione assistita varia con l'età: dal 95% nella fascia d'età 0-17 al 100% nella fascia 85 anni e più (figura 2.3).

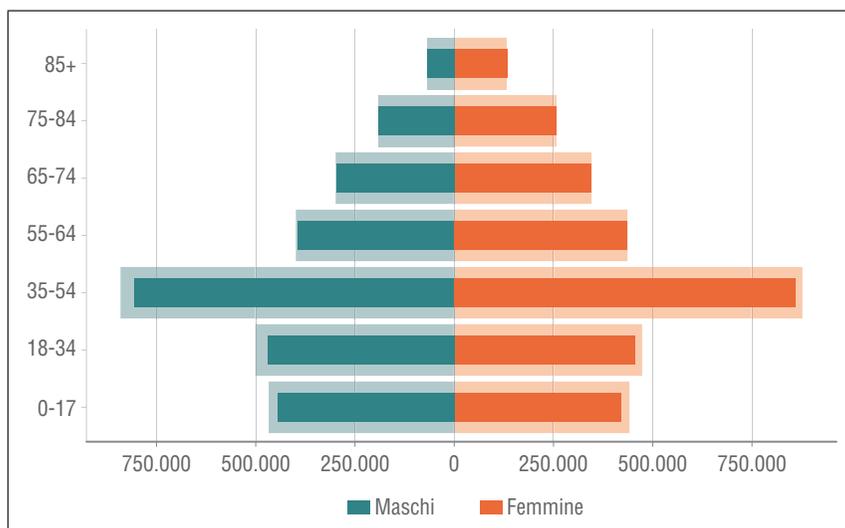


Figura 2.3 • Piramide per età della popolazione residente e assistita vs la popolazione Istat (gennaio 2021)

PROFILO SOCIOECONOMICO

La crisi economica iniziata nel 2008 ha provocato un peggioramento delle condizioni socioeconomiche degli italiani, come dei residenti nella Regione Lazio. Il Lazio si mantiene comunque al di sopra della media nazionale per la maggior parte degli indicatori socioeconomici (tabella 2.1).

TABELLA 2.1 - INDICATORI DI CONTESTO SOCIOECONOMICI: LAZIO E ITALIA

Indicatore	Lazio	Italia
Percentuale (%) di popolazione di 25-64 anni con istruzione (2020)		
• Senza diploma	29	37
• Con diploma	44	42
• Con laurea	27	20
Percentuale (%) di popolazione di 18-24 anni che abbandona prematuramente gli studi (2020)	11,9	13,1
Indice di concentrazione dei redditi familiari (2018)	0,354	0,335
Reddito mediano familiare in euro (2018)	26.389	25.716
Distribuzione per quintili di reddito (2018)		
• Q1	17,3	20,0
• Q2	19,3	20,0
• Q3	19,4	20,0
• Q4	20,7	20,0
• Q5	23,2	20,0
Risorse economiche delle famiglie (2020)		
• Ottime	20,9	1,5
• Adeguate	64,6	64,5
• Scarse	32,1	30,7
• Assolutamente insufficienti	2,4	3,3

La percentuale di popolazione in età attiva (25-64 anni) con un **livello di istruzione** universitario è nel Lazio del 27% in confronto al dato nazionale del 20%. L'abbandono scolastico dei ragazzi è maggiore del dato nazionale (15,8% nel Lazio vs 15,6% in Italia), ma quello delle ragazze è minore del dato italiano (7,7% nel Lazio vs 10,4% in Italia).

Nel Lazio c'è una più alta concentrazione del **reddito** rispetto al dato nazionale e i redditi familiari sono leggermente più alti, dato confermato anche dalla distribuzione per quintile di reddito familiare. L'Indagine multiscope sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" ha riportato comunque che il 32,1% delle famiglie ha risorse economiche scarse (vs il 30,7% delle famiglie italiane) e che il 2,4% ha risorse assolutamente insufficienti.

La **disoccupazione** ancora non è tornata ai livelli precedenti la crisi del 2008, né per gli uomini, né per le donne (figura 2.4). A partire dal 2004, i dati del Lazio (linee tratteggiate) sul tasso di disoccupazione maschile e femminile rispecchiano i valori nazionali (linee continue) e i differenziali tra uomini e donne sono diminuiti.

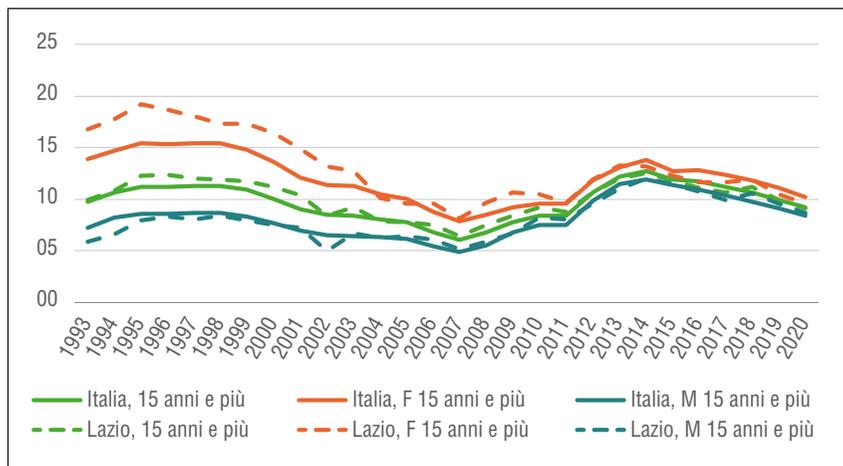


Figura 2.4 • Tasso di disoccupazione nella popolazione di 15+ anni.

Fonte: Istat (<http://dati.istat.it>)

La figura 2.5 mostra la distribuzione del titolo di studio degli assistiti di 35 anni o più al 1° gennaio 2021 per classe d'età (da Censimento 2011). Si può notare come la percentuale di titolo di studio basso (elementare e media inferiore) sia più elevata nelle classi d'età più anziane. I valori mancanti sono relativi ai soggetti che nel 2011 non sono stati censiti sul territorio regionale, o perché diventati residenti successivamente ad ottobre 2011, o perché non rispondenti al censimento della popolazione. Il fatto che la proporzione di valori mancanti sia più elevata tra i più giovani rispecchia la più elevata mobilità di questo gruppo di popolazione.

L'indicatore di deprivazione nazionale,² costruito utilizzando diverse dimensioni di svantaggio individuale risultanti al Censimento 2011

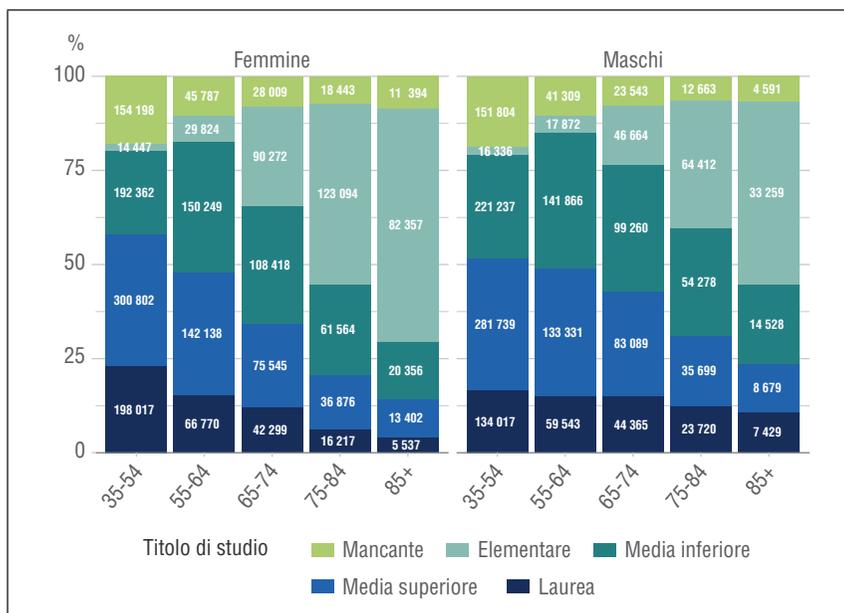


Figura 2.5 • Distribuzione del titolo di studio degli assistiti di 35 anni o più al 1° gennaio 2021 per classe d'età. Fonte: Censimento 2011

(disoccupazione, numerosità familiare, titolo di studio, godimento della casa, immigrazione, monogenitorialità, ecc.), attribuisce un punteggio ad ogni sezione di censimento italiana e divide la popolazione nazionale e regionale in quintili, in modo tale che ogni livello dell'indicatore rappresenti il 20% della popolazione residente. Applicando l'indicatore di deprivazione nazionale alle sezioni di censimento del Lazio e agli assistiti residenti, si nota come al variare dell'età le classi dell'indicatore non contengono più il 20% della popolazione: le classi più giovani sono spostate verso i valori di deprivazione più elevati (figura 2.6).

Anche in questo caso abbiamo una piccola percentuale di valori mancanti, dovuta all'impossibilità di attribuire la sezione di censimento di residenza nell'Anagrafe assistiti.

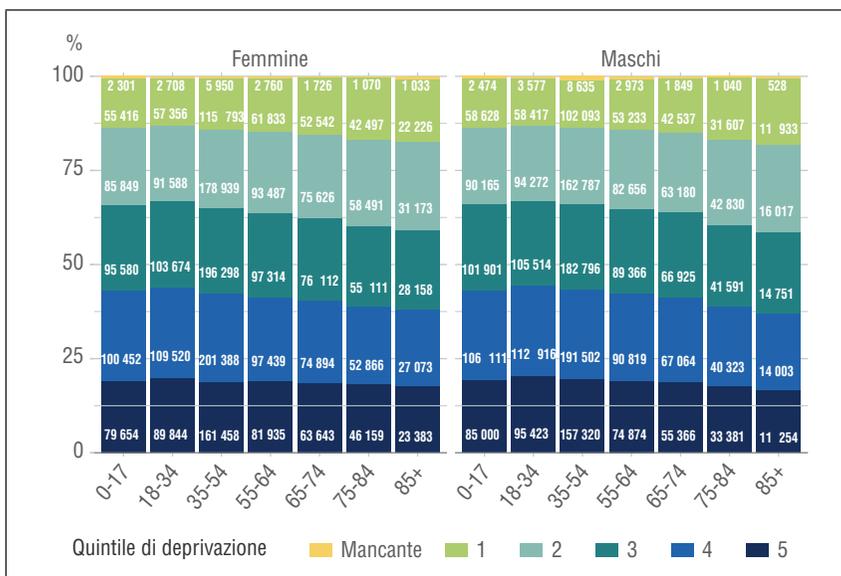


Figura 2.6 • Distribuzione della popolazione residente e assistita nel Lazio per indice di deprivazione, classe d'età e sesso

BIBLIOGRAFIA

1. Istat: <http://dati.istat.it/>
2. Open Salute Lazio: www.opensalutelazio.it/
3. Rosano A, Pacelli B, Zengarini N, Costa G, Cislighi C, Caranci N. Aggiornamento e revisione dell'indice di deprivazione italiano 2011 a livello di sezione di censimento. *Epidemiol Prev* 2020; 44(2-3):162-70.

3 • FATTORI DI RISCHIO

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come scorretta alimentazione e abitudine al fumo, che, insieme a fattori non modificabili (ereditarietà, sesso, età), danno origine a fattori di rischio intermedi (ipertensione, glicemia elevata, eccesso di colesterolo e obesità). I maggiori fattori di rischio associati alla mortalità prima dei 65 anni sono il fumo, il consumo a rischio di alcol, la scorretta alimentazione e la sedentarietà.

Di seguito sono brevemente illustrate alcune delle informazioni raccolte attraverso le sorveglianze PASSI,¹ relative agli anni 2017-2020, per la popolazione adulta di età 18-69 anni; Okkio alla salute,² relativa all'anno 2019, per i bambini di età 8-9 anni; HBSC (Health behaviour in school-aged children),³ relativa all'anno 2018, per gli adolescenti di età 11-15 anni, e la sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia (Sorveglianza 0-2), relativa al 2019, per i bambini di 0-2 anni; e infine PASSI d'Argento (PDA), relativa agli anni 2017-2020, per gli anziani.⁴ Si tratta di sistemi di sorveglianza in grado di fornire informazioni precise, confrontabili nel tempo, sui principali determinanti di salute e sull'adesione ad alcuni interventi di prevenzione.

ABITUDINE AL FUMO

Nella Regione Lazio la prevalenza di fumatori è più alta della media nazionale (30% negli uomini e 24% nelle donne); è maggiore nella classe d'età 18-34 e diminuisce con l'aumentare dell'età. L'abitudine al fumo è maggiormente diffusa tra i più svantaggiati (figura 3.1). Gli intervistati con la sola scuola dell'obbligo (fino alle medie inferiori) hanno una più alta prevalenza di fumo (39% gli uomini e 27% le donne) rispetto a chi ha una laurea (21% negli uomini e 18% nelle donne). Risultati analoghi si osservano utilizzando come indicatore di posizione socioeconomica le difficoltà economiche riferite. Esistono anche differenze per cittadinanza: gli uomini stranieri fumano più degli italiani (34% vs 30%), ma le donne straniere fumano meno delle italiane (17% vs 25%).

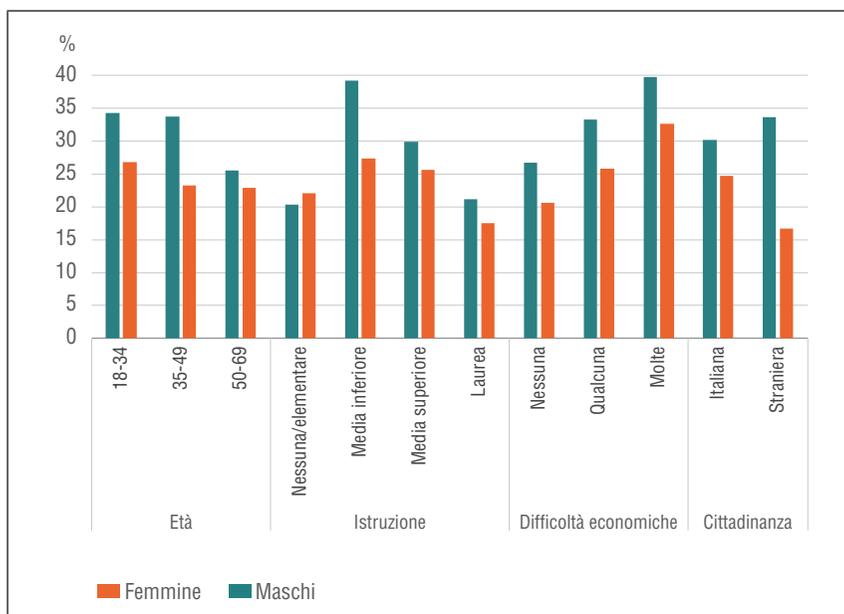


Figura 3.1 • Abitudine al fumo per classe d'età, livello di istruzione, difficoltà economiche e cittadinanza. Fonte: PASSI, Regione Lazio

I differenziali sociali si osservano anche negli adolescenti. L'indagine HBSC mostra come all'aumentare del titolo di studio della madre diminuisca la percentuale di ragazzi che negli ultimi 30 giorni hanno fumato almeno una volta (figura 3.2).

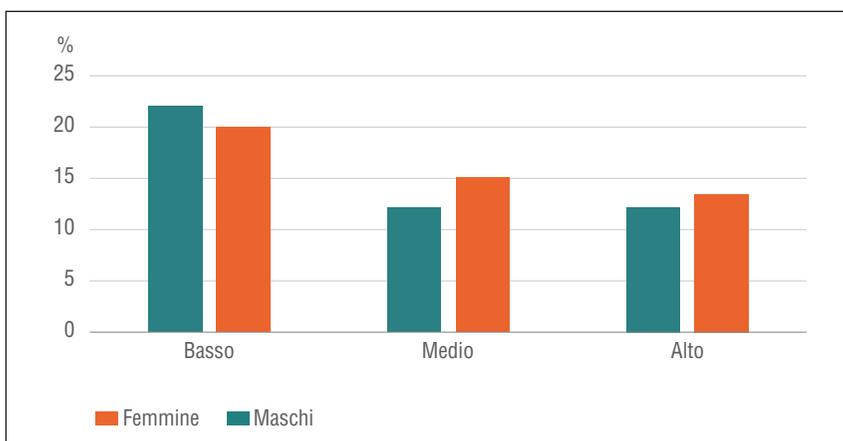


Figura 3.2 • Percentuale di adolescenti che ha fumato nell'ultimo mese per titolo di studio della madre. Fonte: HBSC, Regione Lazio

Un fenomeno di particolare rilievo è quello del fumo in gravidanza, che aumenta il rischio di basso peso alla nascita, prematurità, mortalità perinatale, morte improvvisa in culla (SIDS), affezioni broncopolmonari, deficit mentali e comportamentali. Secondo i dati della Sorveglianza 0-2, nel Lazio l'abitudine al fumo in gravidanza è significativamente più diffusa tra le donne con basso titolo di studio: ha dichiarato di aver fumato in gravidanza il 19% delle donne che hanno al più la licenza media inferiore, rispetto al 9% delle donne con licenza media superiore e al 2% delle donne che hanno un titolo di laurea.

CONSUMO DI ALCOL

Il consumo di alcol può creare dipendenza e avere conseguenze sfavorevoli per la salute a tutte le età. Esso è associato a numerose patologie croniche e contribuisce a determinare molteplici problemi sanitari e sociali, che includono ad esempio la sindrome feto-alcolica nei neonati, gli incidenti stradali, ma anche comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro ed episodi di violenza.

Dai dati PASSI 2017-2020, si rileva che nel Lazio circa la metà (52%) dei 18-69enni riferisce di aver consumato nell'ultimo mese almeno un'unità di bevanda alcolica, ovvero una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. La percentuale è più elevata negli uomini (66,3%) che nelle donne (39,1%) e aumenta al crescere del livello di istruzione.

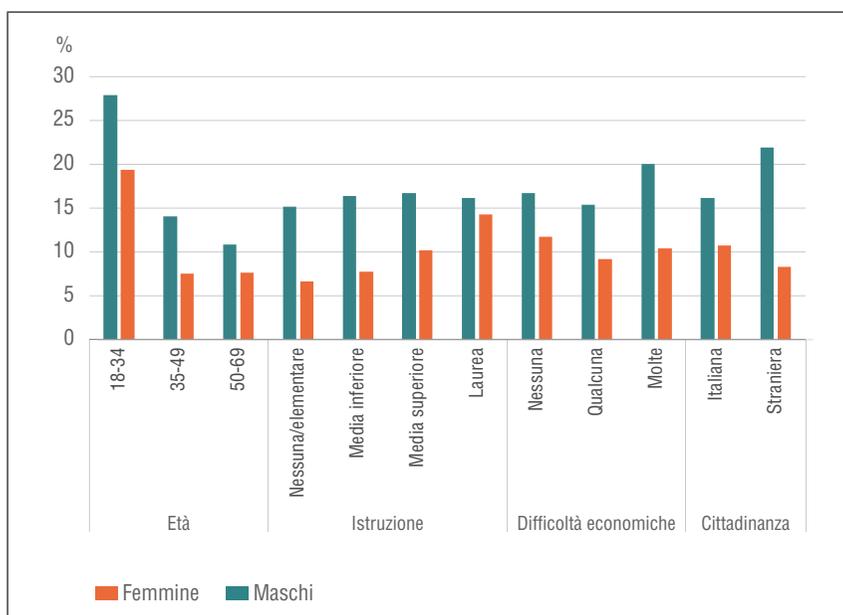


Figura 3.3 • Percentuale di assunzione di alcol a rischio per titolo di studio nella popolazione adulta. Fonte: PASSI, Regione Lazio

Se negli uomini non c'è un gradiente socioeconomico evidente, le donne consumano più alcol se più istruite. Il consumo di alcol a rischio, ovvero il bere al di fuori dei pasti o essere un forte bevitore (per gli uomini consumare in media due unità alcoliche e per le donne un'unità alcolica al giorno) o essere un bevitore *binge* (consumo in una singola occasione di 5 o più unità alcoliche per gli uomini o 4 o più per le donne), conferma l'associazione con l'alta istruzione nelle donne, probabilmente spiegata dall'alta istruzione nella fascia d'età più giovane, in cui l'abitudine al consumo di alcol a rischio è più diffusa.

L'associazione tra consumo di alcol e posizione socioeconomico si inverte per gli adolescenti (figura 3.4). L'indagine HBSC mostra che l'aver consumato alcol nell'ultimo mese, per i ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 15 anni, diminuisce all'aumentare del titolo di studio della madre.

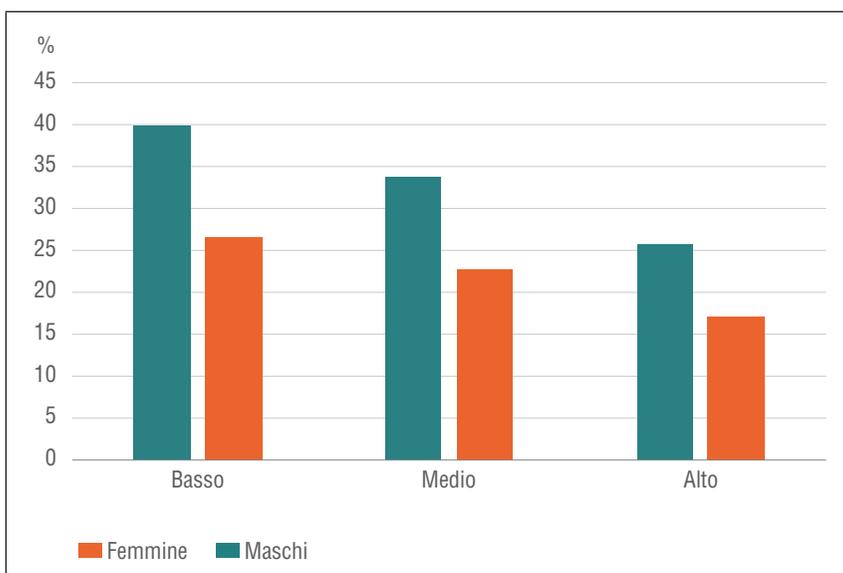


Figura 3.4 • Percentuale di assunzione di alcol per titolo di studio della madre nella popolazione adolescente. Fonte: HBSC, Regione Lazio

SEDENTARIETÀ

La sedentarietà rappresenta un fattore di rischio per tutte le malattie croniche e riguarda il 35% degli uomini e il 40% delle donne tra gli adulti (18-69enni) residenti nella Regione Lazio. La sedentarietà è aumentata nel corso degli ultimi anni in entrambi i sessi (figura 3.5).

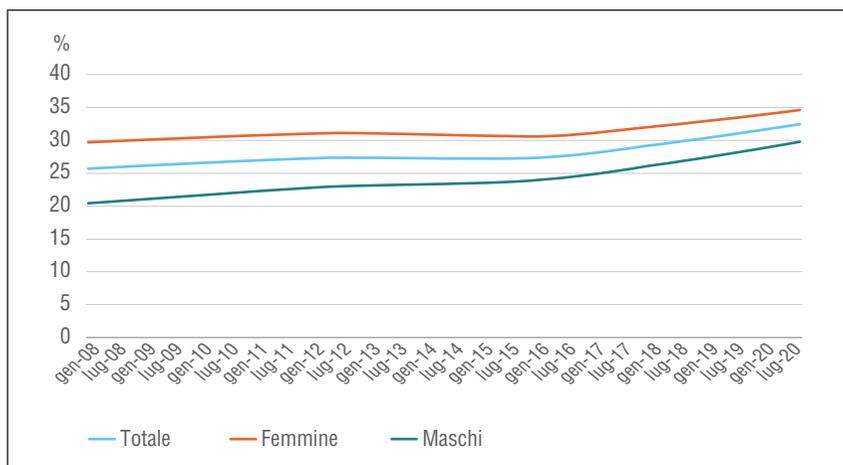


Figura 3.5 • Trend temporale della percentuale di sedentari.
Fonte: PASSI, Regione Lazio (2008-2020)

Esiste inoltre un gradiente socioeconomico: le persone più istruite sono meno sedentarie (figura 3.6).

Nei bambini e negli adolescenti un indicatore importante di sedentarietà sono le ore passate di fronte a uno schermo (TV, tablet, computer, cellulare, videogiochi), che risultano correlate al titolo di studio della madre (figure 3.7 e 3.8).

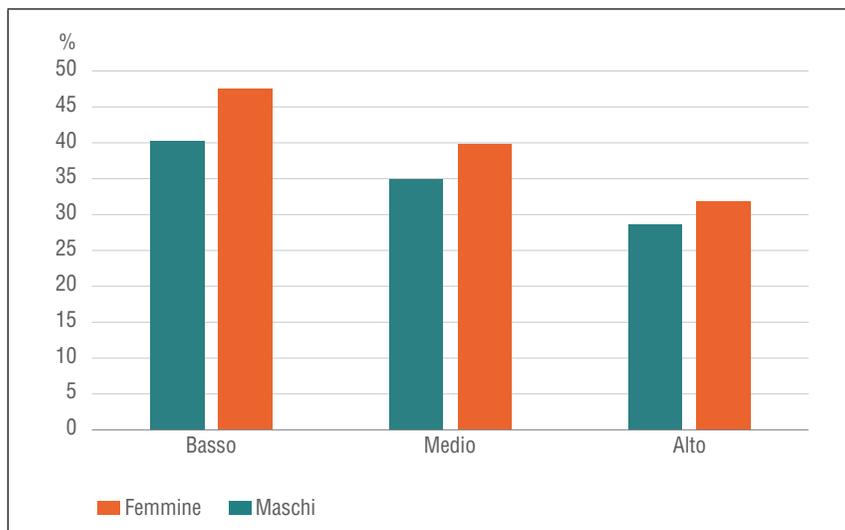


Figura 3.6 • Percentuale di sedentarietà per titolo di studio nella popolazione adulta. Fonte: PASSI, Regione Lazio

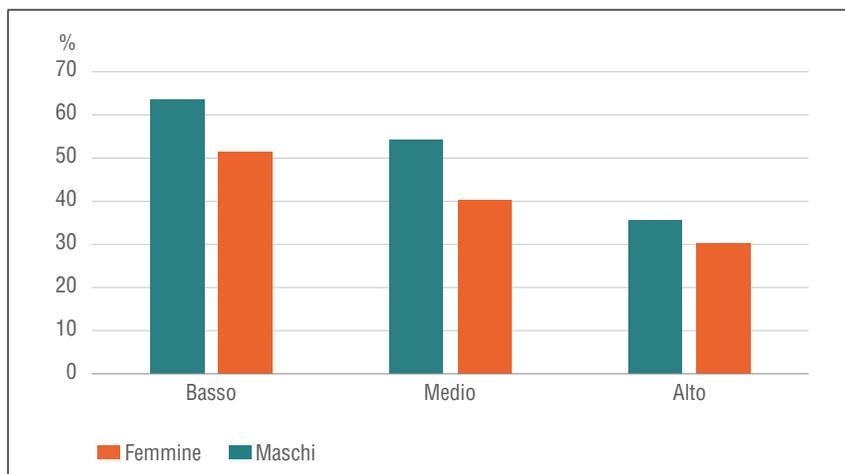


Figura 3.7 • Percentuale di bambini che passano 3+ ore al giorno di fronte allo schermo per titolo di studio della madre. Fonte: Okkio alla salute, Regione Lazio

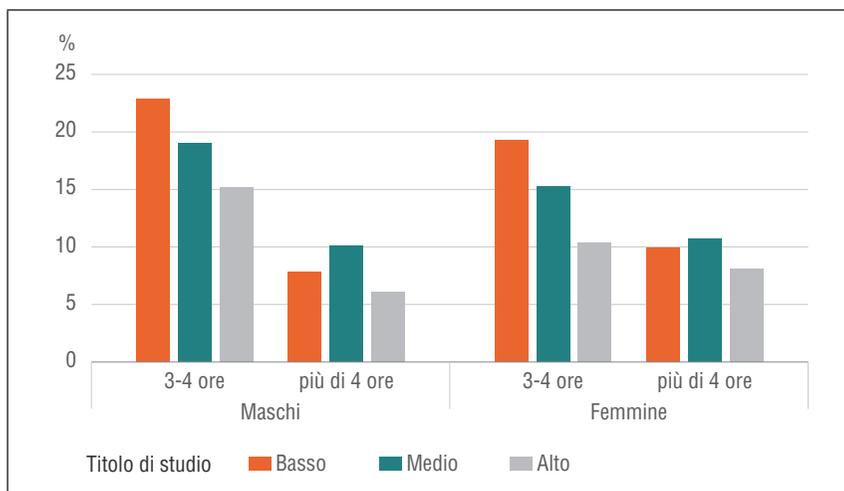


Figura 3.8 • Distribuzione degli adolescenti per tempo passato di fronte a uno schermo per titolo di studio della madre. Fonte: HBSC, Regione Lazio

SOVRAPPESO E OBESITÀ

L'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, riduce la durata della vita e ne peggiora la qualità. In Italia, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e si colloca al quinto posto dei primi dieci fattori di rischio per morte prematura e anni vissuti in disabilità.

Nel Lazio, il 31% dei bambini di 8-9 anni presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso (22%) che obesità (9%). Non ci sono differenze di sesso per quanto riguarda il sovrappeso, mentre l'obesità è lievemente più frequente nei maschi (10,1% nei maschi vs 8% nelle femmine). Il rischio di sovrappeso/obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre.

Secondo i dati HBSC, nella nostra regione un adolescente su cinque è sovrappeso o obeso (16,1% in sovrappeso e 3,0% obeso); il sovrappeso e l'obesità interessano prevalentemente i maschi. Esiste inoltre un

gradiente socioeconomico nei residenti nel Lazio, che vede una più alta percentuale di obesità e di sovrappeso all'abbassarsi del titolo di studio sia negli adulti (figura 3.9) che nei ragazzi (figura 3.10).

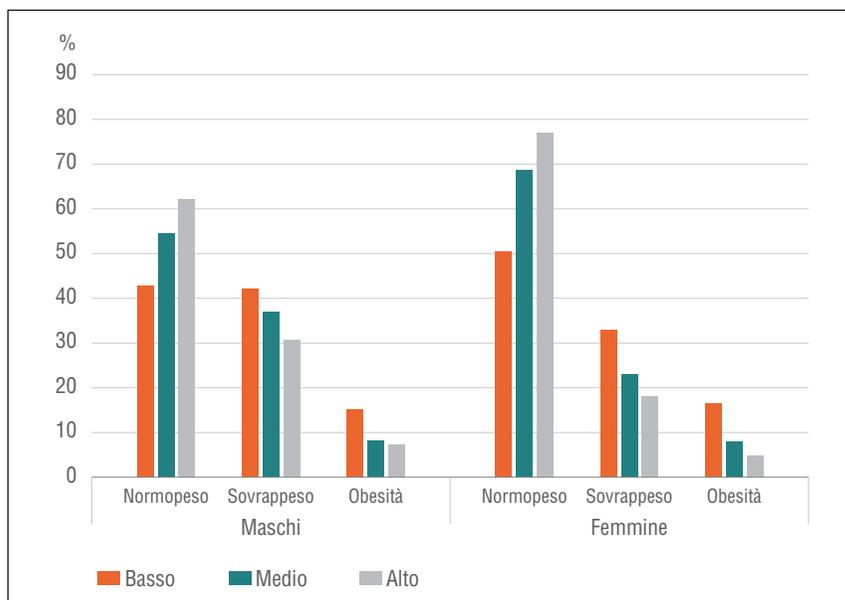


Figura 3.9 • Peso corporeo per livello di istruzione. Fonte: PASSI, Regione Lazio

La figura 3.11 mostra come la percezione del proprio peso sia dipendente dal livello di istruzione. Nella popolazione obesa intervistata dall'indagine PASSI nella Regione Lazio si riscontra un'errata percezione nel 15% di individui con bassa istruzione, che pensa di essere normopeso, rispetto all'8% e al 7% nella popolazione con un livello medio e alto di istruzione, rispettivamente (figura 3.11).

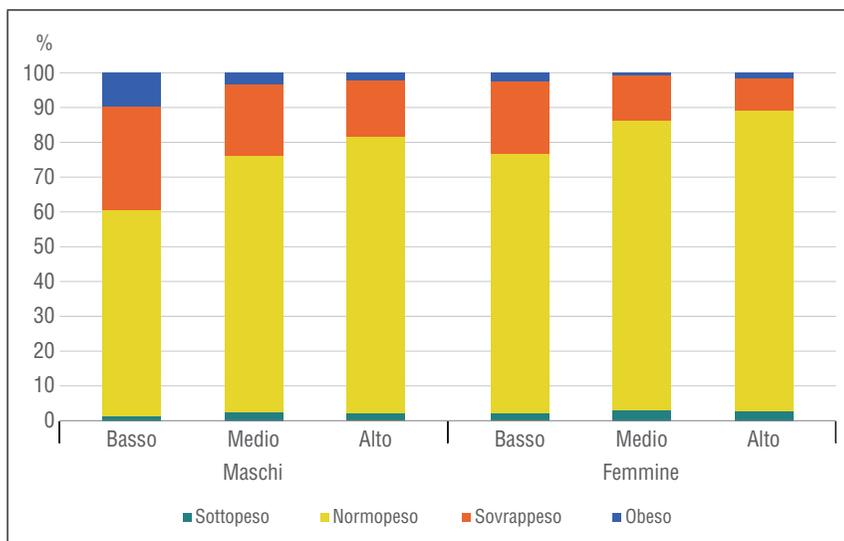


Figura 3.10 • Indice di massa corporea per livello di istruzione materna negli adolescenti. Fonte: HBSC, Regione Lazio

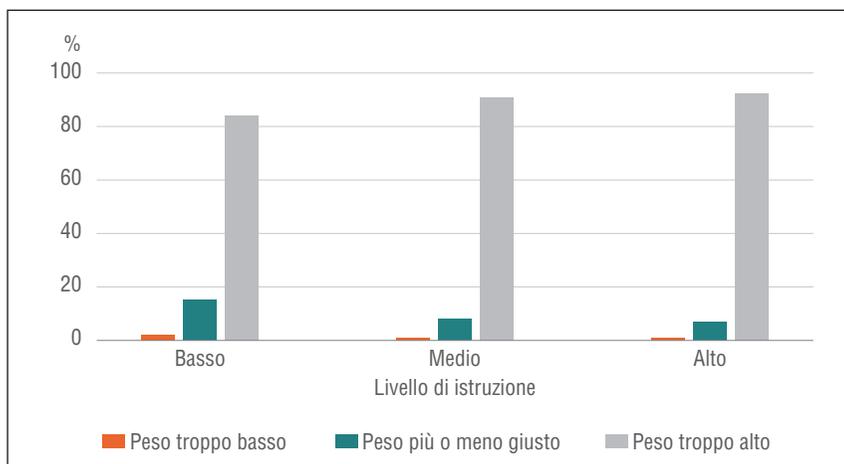


Figura 3.11 • Percezione del proprio peso per livello di istruzione (%). Popolazione adulta obesa. Fonte: PASSI, Regione Lazio

ABITUDINI ALIMENTARI

Il peso corporeo e l'eccesso ponderale sono strettamente collegati alle abitudini alimentari. Solo il 41% dei ragazzi e il 52% delle ragazze intervistate nell'indagine HBSC dichiarano di consumare quotidianamente almeno una porzione di frutta o verdura, percentuali che si abbassano rispettivamente al 34% e 39% nei figli di donne con una bassa istruzione (figura 3.12).

Le percentuali di consumo di frutta e verdura sono più elevate nei bambini rispetto agli adolescenti: il 73% dei bambini e il 78% delle bambine assumono almeno una porzione di frutta o verdura al giorno, ma anche in questo caso esiste un gradiente socioeconomico con uno svantaggio per i figli di donne meno istruite.

Anche altre abitudini alimentari dei bambini riflettono il titolo di studio dei genitori. Il basso livello di istruzione dei genitori si associa a un

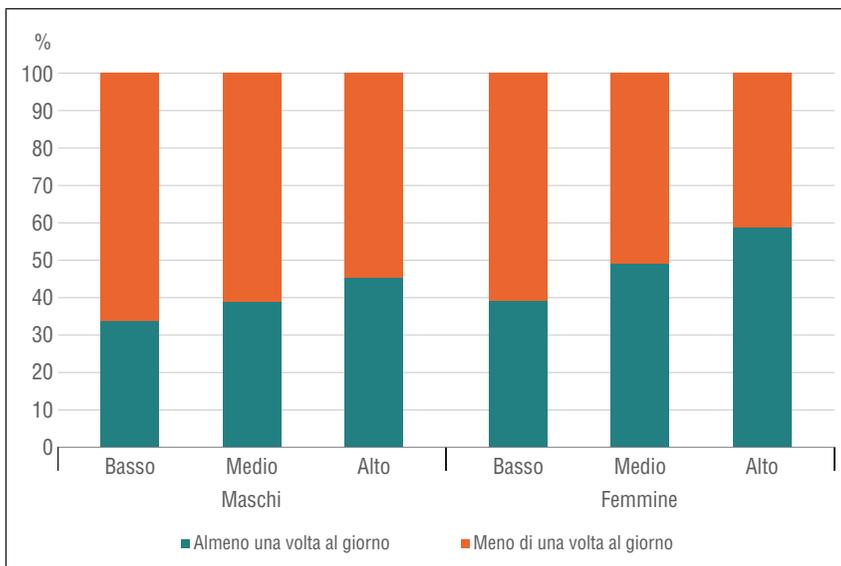


Figura 3.12 • Consumo quotidiano di almeno una porzione di frutta o verdura per titolo di studio della madre negli adolescenti. Fonte: HBSC, Regione Lazio

maggior consumo di bevande zuccherate (11% bassa istruzione vs 8% alta istruzione per la frequenza di consumo “quotidiana”) e di snack salati (19% bassa istruzione vs 13% alta istruzione per la frequenza di consumo “mai”) e, viceversa, a una minore frequenza di consumo di legumi (18% bassa istruzione vs 14% alta istruzione per la frequenza di consumo “mai”).

Infine, la percentuale di bambini che non fa colazione aumenta all’abbassarsi del titolo di studio della madre, e la percentuale di bambini e bambine che fanno una colazione adeguata, ricca sia di cereali che di proteine, aumenta all’aumentare del titolo di studio materno (figura 3.13).

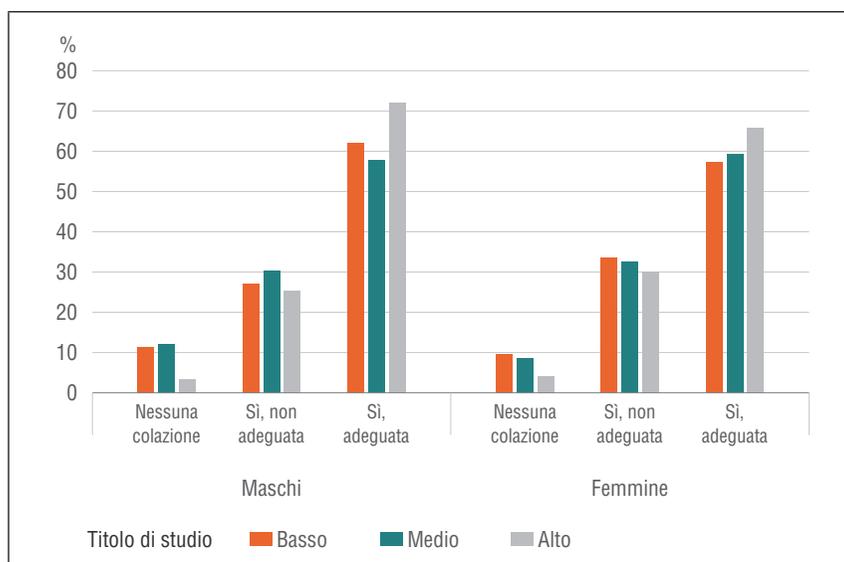


Figura 3.13 • Adeguatezza della colazione nei bambini per titolo di studio della madre.
Fonte: Okkio alla salute, Regione Lazio

SITOGRAFIA

1. PASSI: <https://www.epicentro.iss.it/passi/>
2. Okkio alla salute: <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>
3. HBSC: <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/>
4. PASSI d'Argento: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>

4 • STATO DI SALUTE

MORTALITÀ

L'indicatore per eccellenza dello stato di salute di una popolazione è la mortalità. I tassi standardizzati di mortalità dei residenti assistiti nel Lazio sono più elevati al diminuire del titolo di studio. La figura 4.1 mostra i tassi standardizzati di mortalità per titolo di studio di uomini e donne di 35 anni o più residenti e assistiti nel Lazio. Nel biennio 2020-2021 c'è stato un peggioramento dello stato di salute dei residenti nel Lazio, indicato dall'aumento dei tassi standardizzati di mortalità rispetto al biennio precedente, statisticamente significativo per gli uomini con un titolo di studio medio (scuole superiori o diplomi artistici non equiparati alla laurea) o basso (fino alla media inferiore o a un diploma di scuola superiore di 2-3 anni) e per le donne con un titolo di studio basso. Gli uomini con titolo di studio medio passano da un tasso pari a 1645 per 100.000 (IC95%: 1605-1684) a un tasso di 1746 per 100.000 (IC95%:1708-1784), mentre quelli con un titolo di studio basso da un tasso standardizzato di 2015 per 100.000 (IC95%:1994-2036) nel 2018-2019 arrivano a un tasso pari a 2161 (IC95%: 2139-2183).

I residenti non censiti al 2011, per i quali non si conosce il titolo di studio, hanno tassi standardizzati di mortalità equiparabili a quelli relativi a un livello medio-basso di istruzione.

Le disuguaglianze nella mortalità emergono utilizzando anche indicatori di posizione socioeconomica più grossolani del titolo di studio.

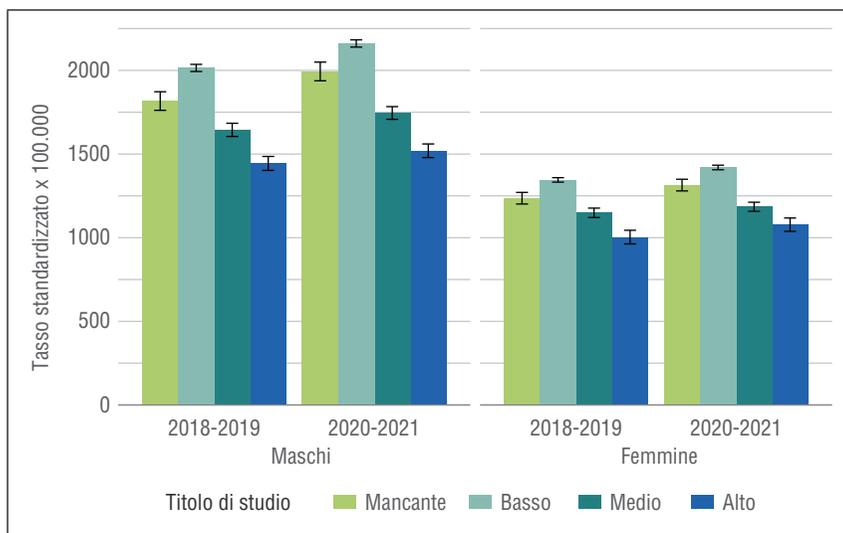


Figura 4.1 • Tassi standardizzati di mortalità per titolo di studio. Regione Lazio (2018-19 e 2020-21)

Un esempio è l'associazione tra mortalità e prezzi immobiliari medi del quartiere di residenza a Roma.¹ L'analisi basata sui dati dello Studio longitudinale romano, la coorte dei residenti a Roma censiti al 2011 e seguiti attraverso i sistemi informativi sanitari fino al dicembre 2019, mostra che al diminuire del prezzo medio immobiliare del quartiere aumenta il rischio di mortalità. L'aumento di rischio è confermato aggiustando le stime, oltre che per l'età, per il titolo di studio individuale.

La figura 4.2 mostra la mappa dei quartieri per prezzo medio immobiliare e la tabella 4.1 mostra l'associazione con la mortalità, aggiustata per età, di titolo di studio e prezzo medio immobiliare del quartiere di residenza. Si può notare come la forza dell'associazione sia più grande per l'indicatore individuale, ma entrambi gli indicatori, indipendentemente l'uno dall'altro, evidenziano disuguaglianze sociali nello stato di salute.

L'associazione tra posizione socioeconomica e mortalità nella popolazione di Roma risulta essere indipendente dalle condizioni cliniche di tipo cronico preesistenti.²

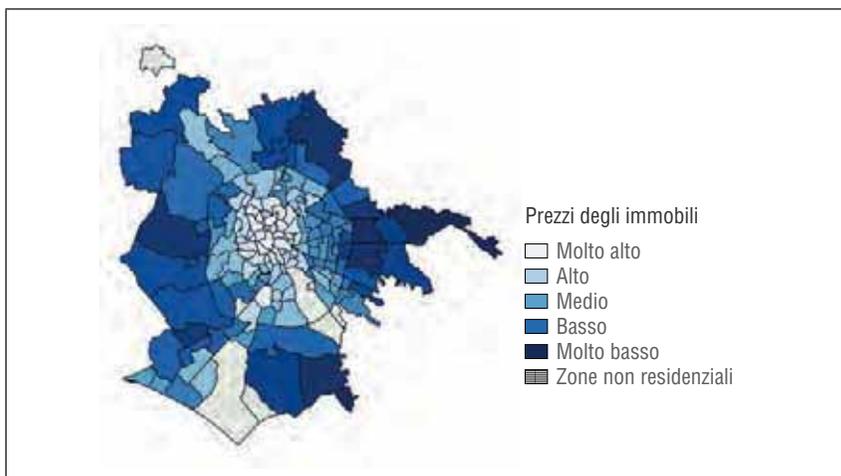


Figura 4.2 • Mappa di Roma per prezzo medio immobiliare del quartiere

TABELLA 4.1 - ASSOCIAZIONE TRA POSIZIONE SOCIOECONOMICA E MORTALITÀ AGGIUSTATA PER ETÀ

	HR	IC95%
Istruzione		
• Alta	1,00	
• Media	1,18	1,15-1,20
• Bassa	1,39	1,36-1,41
Categoria di prezzo		
• Molto alto	1,00	
• Alto	1,08	1,06-1,09
• Medio	1,14	1,12-1,16
• Basso	1,16	1,14-1,18
• Molto basso	1,22	1,20-1,24

SPERANZA DI VITA

La speranza di vita alla nascita è, al pari della mortalità, un indicatore importante dello stato di salute di una popolazione. Per quanto l'Italia sia tra i Paesi con la più alta speranza di vita al mondo, esistono grandi differenze socioeconomiche. Uno studio,³ condotto sui dati relativi ai residenti a Roma, ha mostrato che la speranza di vita dal 2006 al 2017 è aumentata sia per gli uomini che per le donne. La figura 4.3 mostra per gli uomini e donne residenti a Roma l'aumento della speranza di vita registrato in ogni distretto nel periodo 2006-2017.

La figura 4.4 mostra che la speranza di vita dal triennio 2006-2008 al triennio 2015-2017 non è aumentata in tutti i distretti allo stesso modo. Per gli uomini è aumentata di 2,8 anni, passando da 78,5 a 81,3 nel distretto 8, mentre è aumentata di solo 0,8 anni nel distretto 1, che però è il distretto che nel triennio 2006-2008 aveva la speranza di vita più alta. Per le donne il distretto dove è aumentata di più la speranza di vita è il distretto 4, dove da 82,6 si è arrivati a 84. Per entrambi i sessi il distretto che nell'ultimo triennio ha la speranza di vita più alta è il distretto 2.

La figura 4.5 mostra gli andamenti della speranza di vita per livello socioeconomico. L'indicatore utilizzato è un indicatore composito per sezione di censimento basato sui dati del censimento del 2011. Si può notare come il divario tra le classi estreme dell'indicatore sia aumentato nel tempo (dal triennio 2006-2008 al triennio 2015-2017), passando da 3,4 anni a 3,9 per gli uomini e da 1,8 a 2,2 anni per le donne.

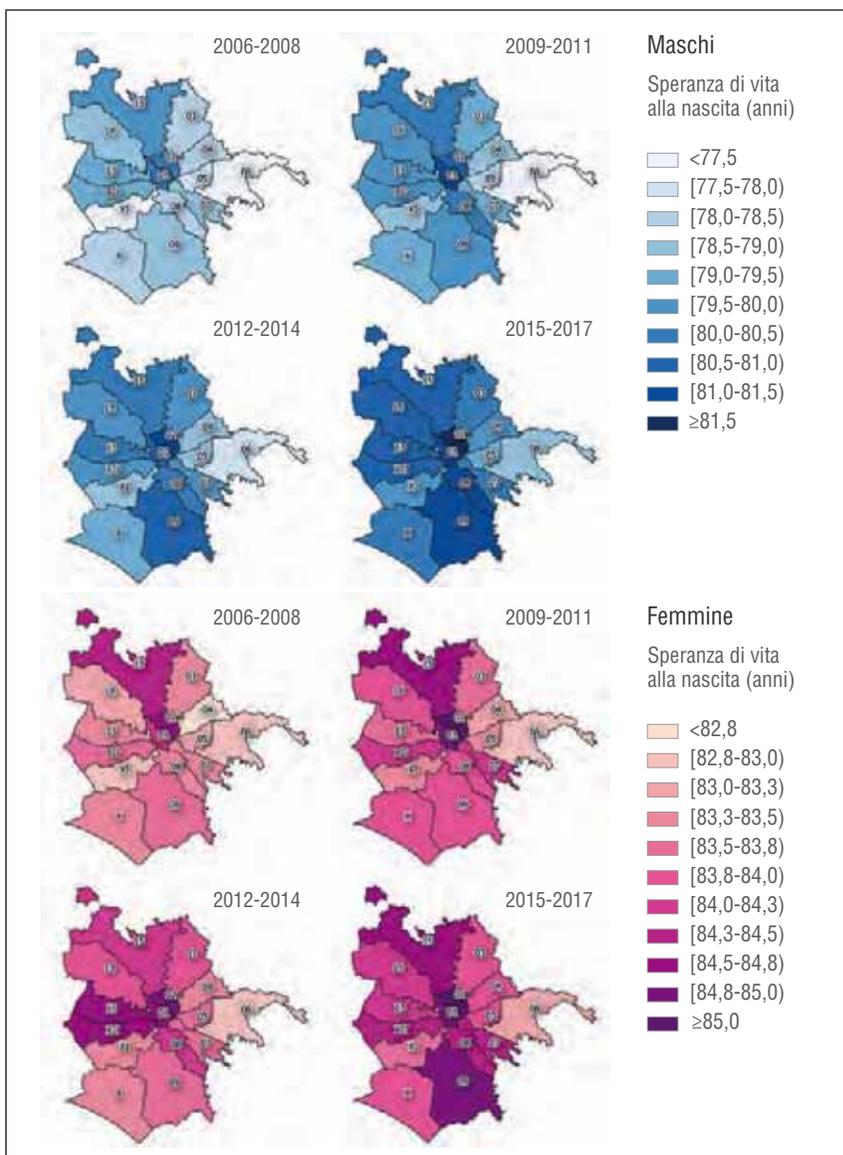


Figura 4.3 • Speranza di vita alla nascita per distretto a Roma (2006-2017)

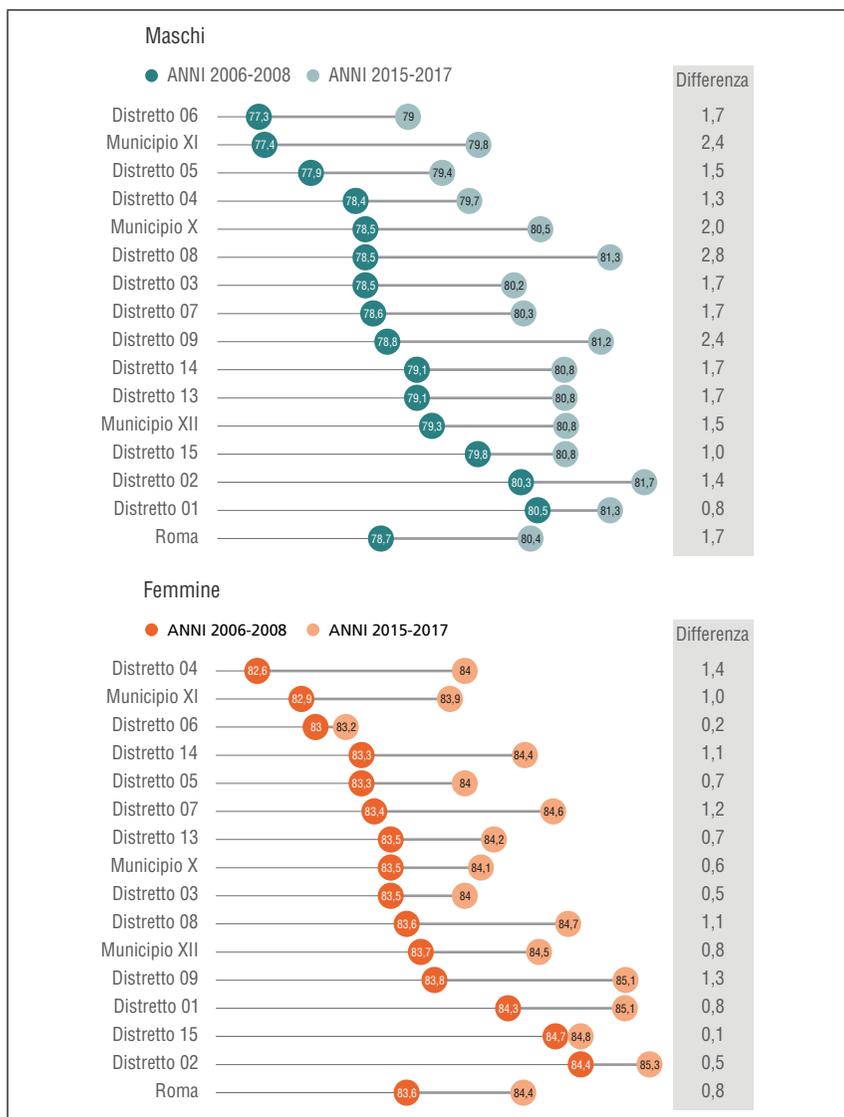


Figura 4.4 • Speranza di vita per distretto a Roma (2006-2008 vs 2015-2017)

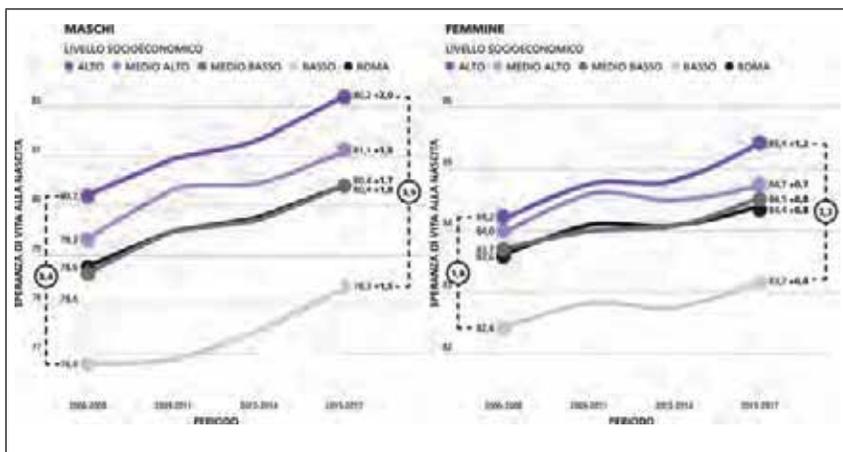


Figura 4.5 • Incremento della speranza di vita per livello socioeconomico e sesso

MORTALITÀ CAUSA-SPECIFICA

Nel Lazio le principali cause di morte sono le malattie circolatorie (20.167 casi nel 2019, 34,7%), i tumori maligni (15.923 casi nel 2019, 27,4%) e le malattie dell'apparato respiratorio (9%, per un totale di 5216 decessi nel 2019) (figura 4.6).

Dall'analisi della mortalità per titolo di studio e per causa, possibile per gli anni 2014-2018, si evince che le disuguaglianze per titolo di studio riscontrate per la mortalità totale (figura 4.7), per entrambi i sessi, sono riscontrate negli uomini anche per diverse cause specifiche, dai tumori alle malattie dell'apparato circolatorio, alle malattie respiratorie. Per le donne le disuguaglianze sono meno evidenti, in particolare per quelle cause di cui il fumo è il principale fattore di rischio, perché l'abitudine al fumo nelle donne nel tempo è stata meno caratterizzata da un gradiente sociale rispetto agli uomini.

Dove i fattori di rischio sono molteplici e riguardano diversi stili di vita (oltre al fumo anche le abitudini alimentari e l'attività fisica), le disuguaglianze appaiono anche nelle donne. Sono un esempio la mortalità per malattie del sistema circolatorio (figura 4.8) e la mortalità per diabete

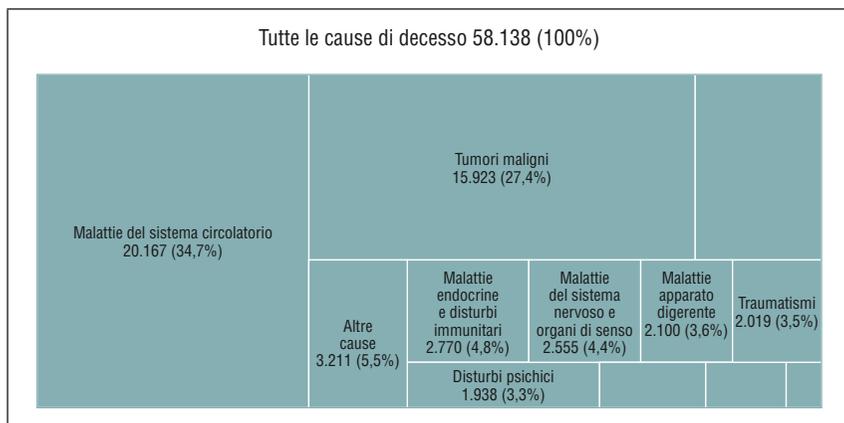


Figura 4.6 • Mortalità causa-specifica. Regione Lazio (2019).
Fonte: Sistemi informativi sanitari del Lazio

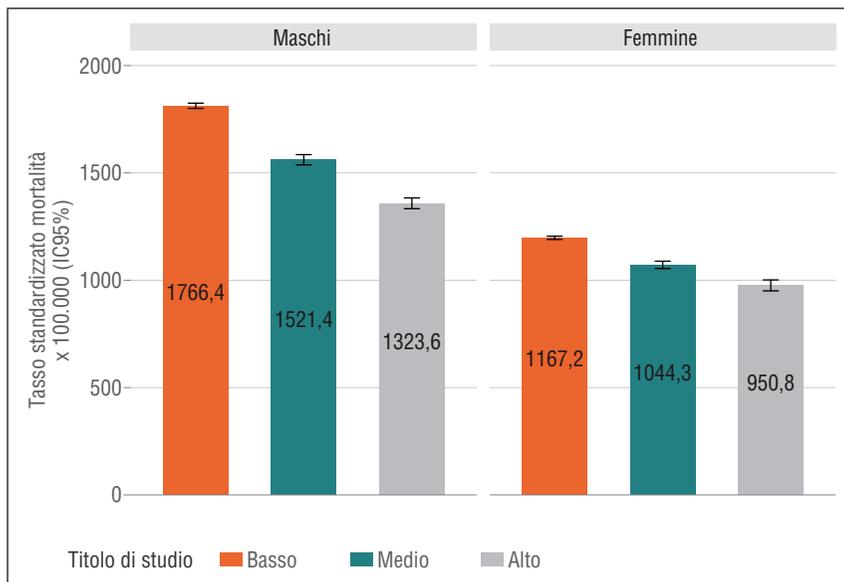


Figura 4.7 • Mortalità per tutte le cause per titolo di studio. Regione Lazio (2014-2018)

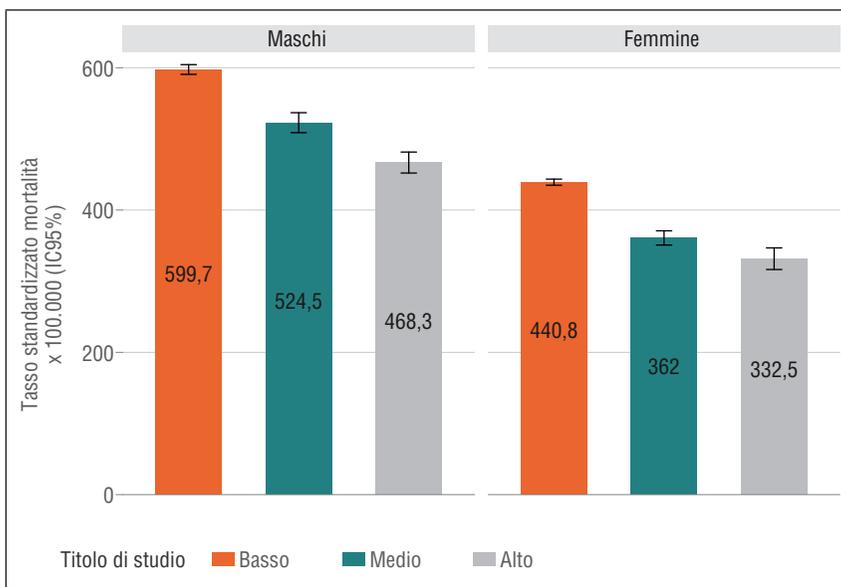


Figura 4.8 • Mortalità per malattie del sistema circolatorio per titolo di studio. Regione Lazio (2014-2018)

(figura 4.9). Nel caso in cui il fumo di sigaretta sia il maggior fattore di rischio appaiono chiare le disuguaglianze negli uomini, che non si rilevano nelle donne. È il caso della mortalità per tutti i tumori (figura 4.10) e per malattie respiratorie (figura 4.11). La mancanza di differenziale sociale nella popolazione femminile in parte è spiegata dal fatto che l'abitudine al fumo nelle donne è stata più diffusa nella popolazione con una più elevata posizione sociale, in parte è dovuta all'associazione inversa tra deprivazione e incidenza di tumore alla mammella, a causa dei differenziali nella salute riproduttiva che vedono le donne più istruite fare i figli in età più avanzata rispetto alle donne meno istruite.

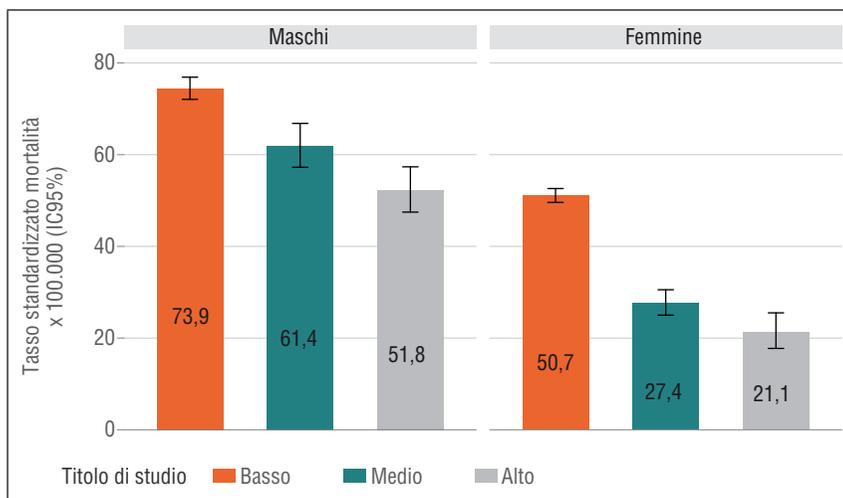


Figura 4.9 • Mortalità per diabete per titolo di studio. Regione Lazio (2014-2018)

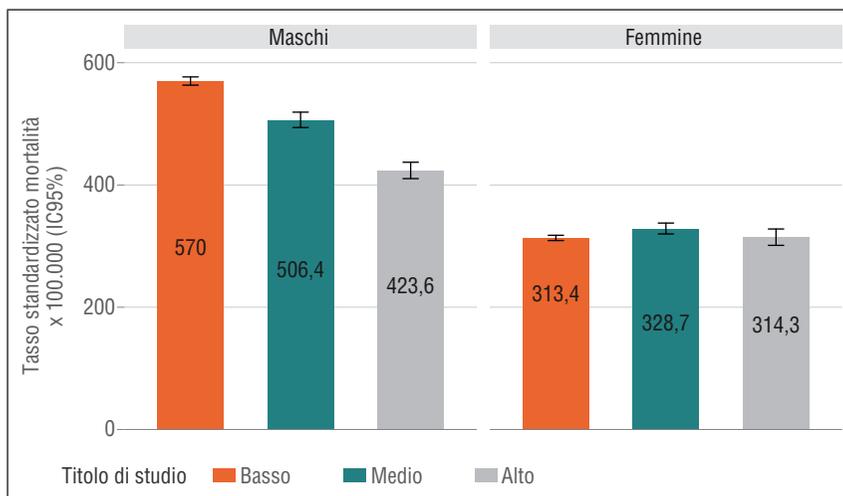


Figura 4.10 • Mortalità per tutti i tumori maligni per titolo di studio. Regione Lazio (2014-2018)

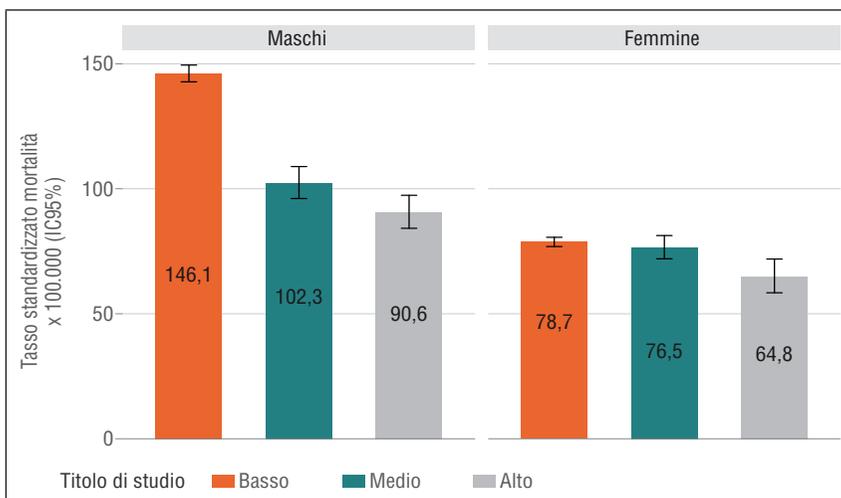


Figura 4.11 • Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio per titolo di studio. Regione Lazio (2014-2018)

PREVALENZA DI PATOLOGIE CRONICHE

La maggior parte delle patologie croniche è associata alla posizione socioeconomica, con prevalenze più elevate nei gruppi svantaggiati. La figura 4.12 riporta le patologie più frequenti nel Lazio. Le figure successive mostrano la prevalenza delle principali patologie al 1° gennaio 2021, negli uomini e nelle donne assistiti e residenti nella Regione Lazio, per titolo di studio.

Ipertensione arteriosa

La patologia cronica più frequente è l'ipertensione arteriosa. Esiste un'associazione inversa tra posizione socioeconomica e prevalenza di ipertensione in entrambi i sessi e in tutte le classi d'età. La figura 4.13 mostra le distribuzioni per titolo di studio, mentre la figura 4.14 quella per indice di deprivazione. Le disuguaglianze sociali sembrano più ac-

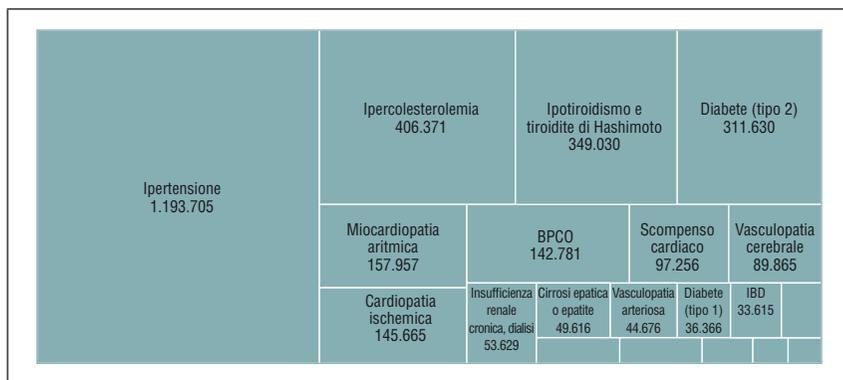


Figura 4.12 • Frequenza delle malattie croniche. Regione Lazio (2020).
Fonte: Sistemi informativi sanitari del Lazio

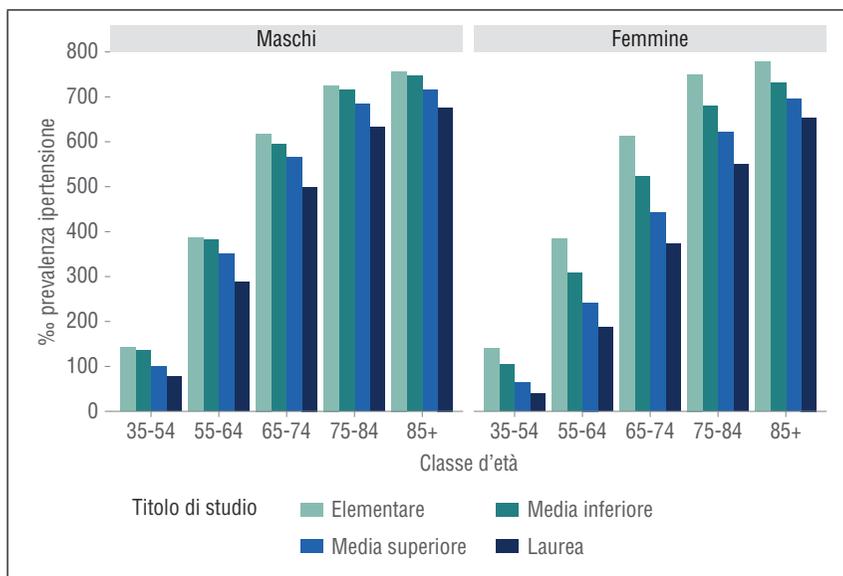


Figura 4.13 • Prevalenza di ipertensione per titolo di studio. Regione Lazio (età ≥ 35 anni)

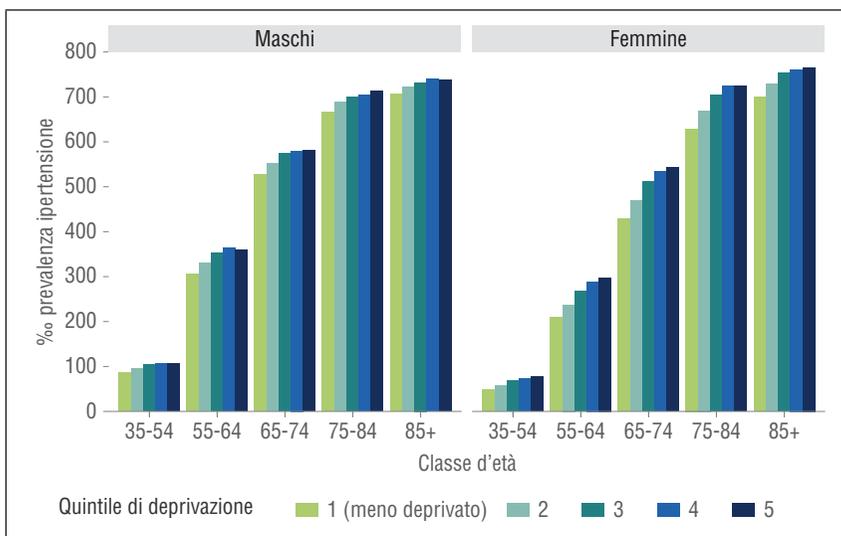


Figura 4.14 • Prevalenza di ipertensione per indice di deprivazione. Regione Lazio (età ≥35 anni)

centuate nelle donne rispetto agli uomini e sono più elevate nelle classi d'età centrali rispetto ai più giovani o ai grandi anziani (85 anni o più).

In generale, gli andamenti per titolo di studio e indice di deprivazione sono molto simili, quindi, per semplicità, verranno di seguito riportati i grafici solo per titolo di studio.

Ipercolesterolemia

Anche l'ipercolesterolemia mostra un gradiente socioeconomico a svantaggio dei meno istruiti (figura 4.15).

Diabete di tipo 2

Il diabete di tipo 2, più diffuso negli uomini che nelle donne, ha un forte gradiente socioeconomico in entrambi i sessi (figura 4.16).

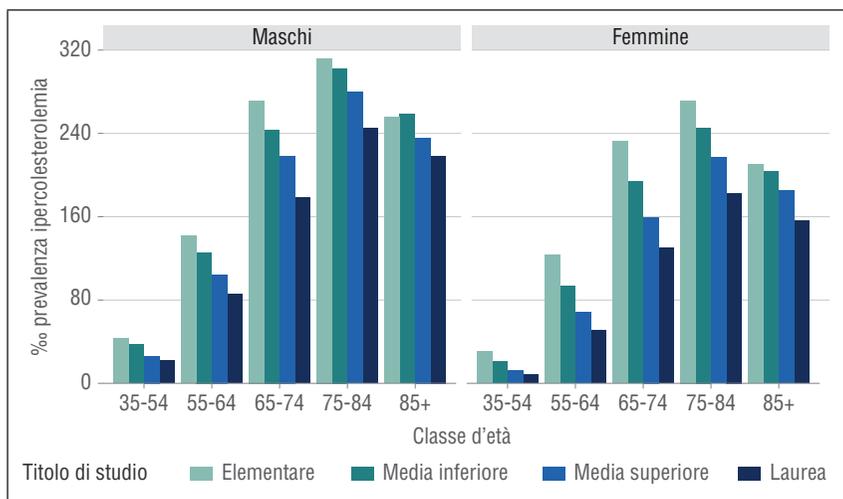


Figura 4.15 • Prevalenza di ipercolesterolemia per titolo di studio. Regione Lazio (età ≥ 35 anni)

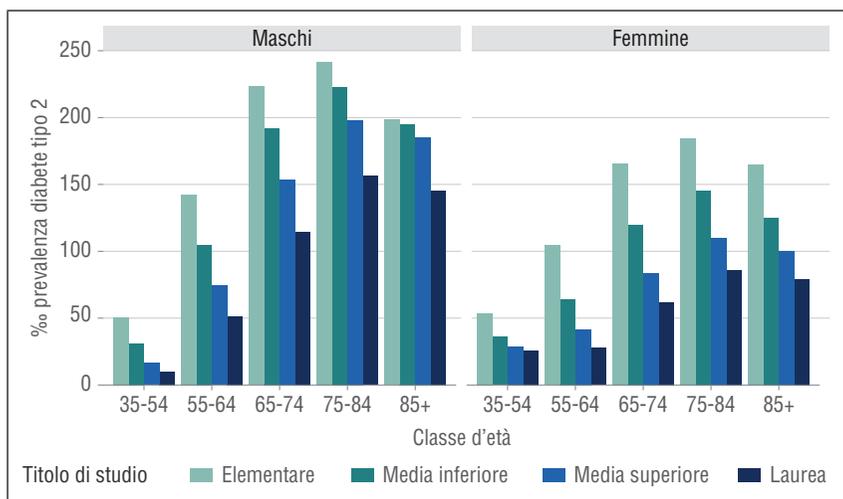


Figura 4.16 • Prevalenza di diabete di tipo 2 per titolo di studio. Regione Lazio (età ≥ 35 anni)

Cardiopatía ischemica

La figura 4.17 mostra la prevalenza di cardiopatía ischemica per titolo di studio e classe d'età negli uomini e donne residenti e assistiti nella Regione Lazio. Esiste un gradiente socioeconomico con uno svantaggio a carico dei meno istruiti per tutte le classi d'età nelle donne e per le classi fino a 84 anni negli uomini.

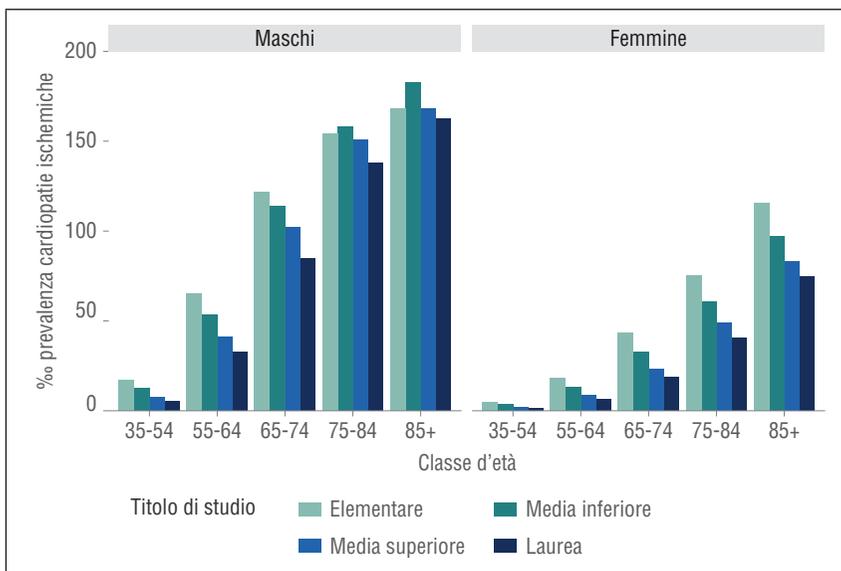


Figura 4.17 • Prevalenza di cardiopatía ischemica per titolo di studio. Regione Lazio (età ≥ 35 anni)

Broncopneumopatía cronica ostruttiva

La figura 4.18 mostra la prevalenza di broncopneumopatía cronica ostruttiva (BPCO) per titolo di studio e classe d'età negli uomini e donne residenti e assistiti nella Regione Lazio al gennaio 2021. Esiste un gradiente socioeconomico con uno svantaggio a carico dei meno istruiti per

tutte le classi d'età sia negli uomini che nelle donne. Le disuguaglianze sociali risultano più forti negli uomini, cosa che può dipendere dal ridotto gradiente socioeconomico nell'abitudine al fumo nelle donne.

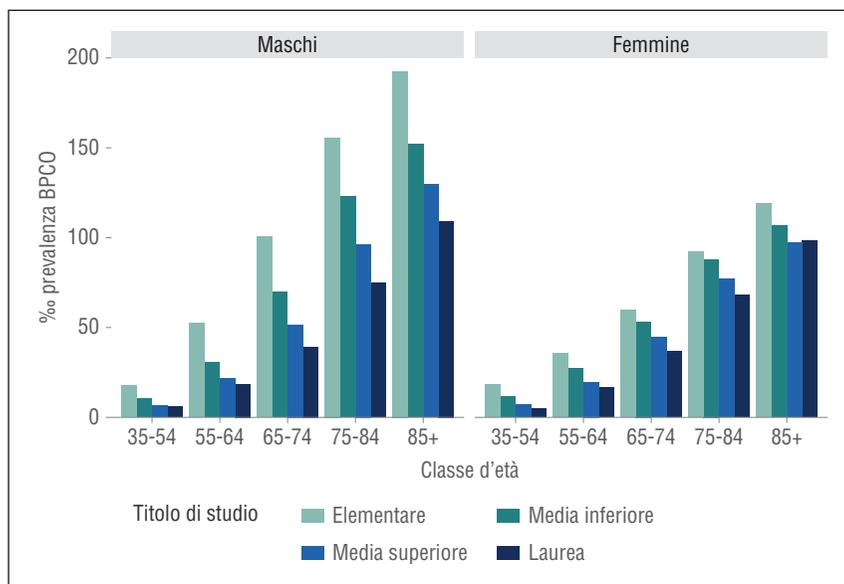


Figura 4.18 • Prevalenza di BPCO per titolo di studio. Regione Lazio (età ≥ 35 anni)

Vasculopatia cerebrale

La figura 4.19 mostra che il gradiente socioeconomico nella vasculopatia cerebrale è più forte negli uomini che nelle donne.

Insufficienza renale cronica

La prevalenza di insufficienza renale cronica, più frequente negli uomini che nelle donne, mostra fino alla classe d'età 75-84 anni un chiaro gradiente socioeconomico in entrambi i sessi (figura 4.20). Nella classe

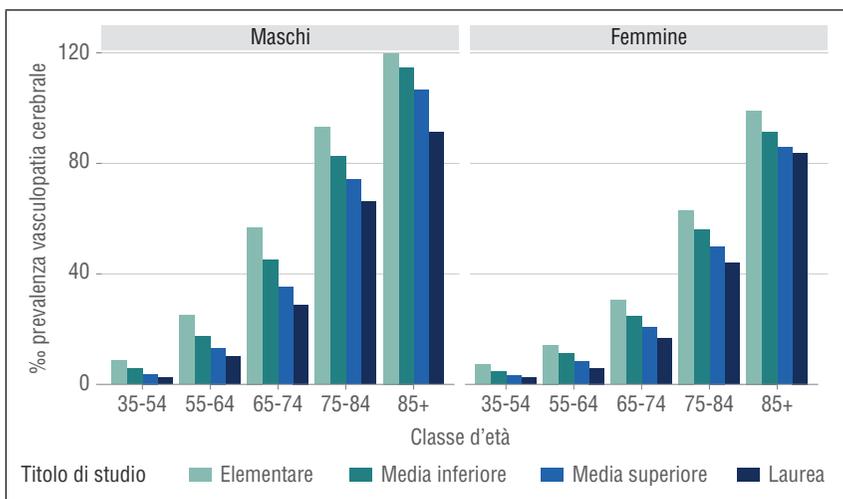


Figura 4.19 • Prevalenza di vasculopatia cerebrale per titolo di studio. Regione Lazio (età ≥35 anni)

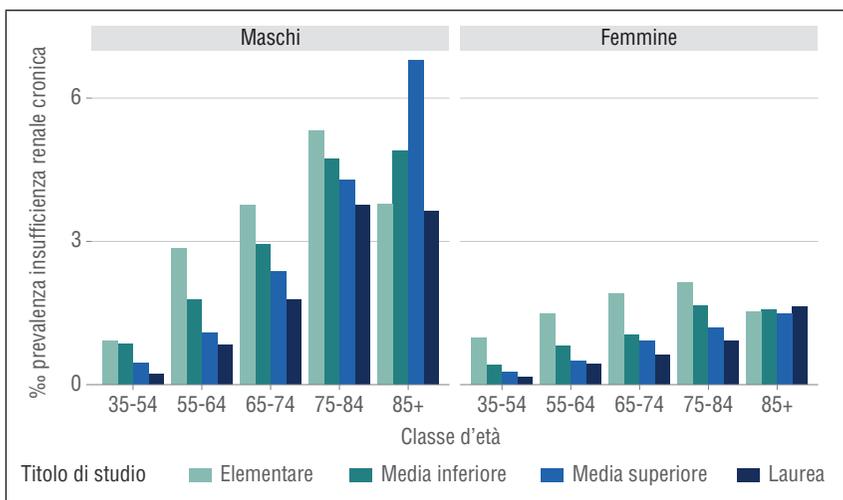


Figura 4.20 • Prevalenza di insufficienza renale cronica per titolo di studio. Regione Lazio (età ≥35 anni)

d'età 85+ non si evidenziano disuguaglianze socioeconomiche, ma bisogna tener conto del processo di selezione della popolazione e del fatto che i casi di insufficienza renale cronica in questa classe d'età sono un numero ridotto, pari a 186 donne e 283 uomini.

Alzheimer e demenza

La figura 4.21 mostra come la prevalenza di demenza e Alzheimer aumenti con l'età, sia più alta nelle donne che negli uomini a partire dai 75 anni e abbia un chiaro gradiente socioeconomico nelle donne.

Multicronicità

Dall'analisi dei dati PASSI relativi al quadriennio 2017-2020, risulta che nel Lazio la condizione di cronicità è più frequente al crescere dell'e-

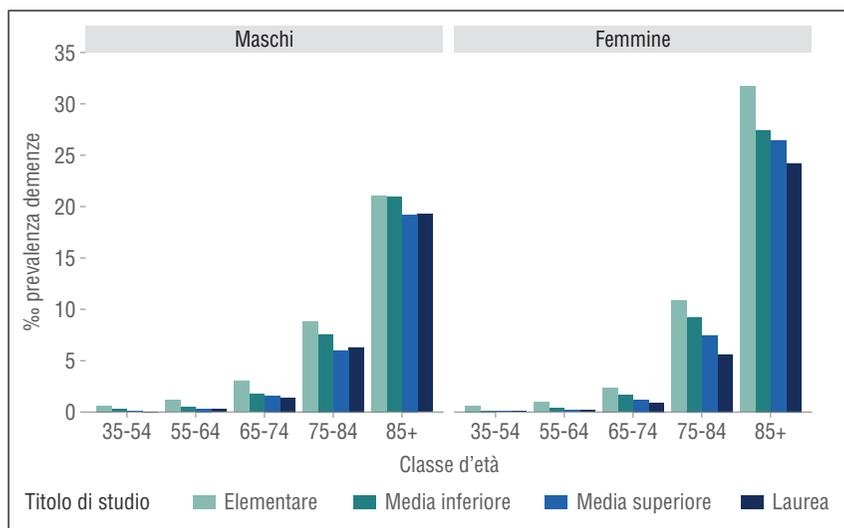


Figura 4.21 • Prevalenza di demenza e Alzheimer per titolo di studio. Regione Lazio (età ≥35 anni)

tà (interessa il 30% delle persone fra 50 e 69 anni) e tra le persone con posizione socioeconomica più svantaggiata, per molte difficoltà economiche (24%) o bassa istruzione (27%).

Per PASSI e per PASSI d'Argento (PDA) si considera come affetto da patologie croniche chi ha riferito che, nel corso della vita, ha ricevuto da un medico la diagnosi di una o più tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi.

La condizione di multicronicità, ovvero la compresenza di due o più patologie croniche (fra quelle indagate) riguarda, in media, il 4% dei 18-69enni: è più frequente all'aumentare dell'età (viene riferita dal 9% delle persone fra 50 e 69 anni) e tra le persone con posizione socioeconomica più svantaggiata, per molte difficoltà economiche (10%) o bassa istruzione (8%) (figura 4.22). Tra gli ultra64enni del Lazio (PASSI d'Argento 2017-2020), il 60% ha ricevuto la diagnosi di una o più patologie croni-

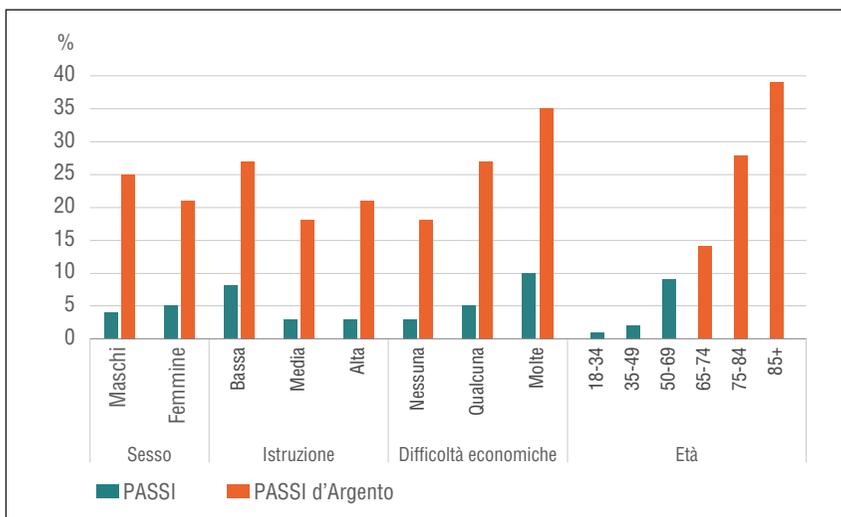


Figura 4.22 • Percentuale di due o più patologie croniche per caratteristiche sociodemografiche. Regione Lazio, PASSI e PASSI d'Argento

che. Tale condizione è più frequente al crescere dell'età, fra gli uomini (63% vs 58% nelle donne) e tra le persone con posizione socioeconomica più svantaggiata, per molte difficoltà economiche (78%) o bassa istruzione (65%). Il 26% degli intervistati riferisce una cardiopatia, il 21% una diagnosi di malattie respiratorie croniche, il 20% di diabete e il 13% di tumore. La condizione di multicronicità, ovvero la compresenza di due o più patologie croniche (fra quelle indagate), riguarda il 23% degli ultra64enni: è più frequente al crescere dell'età (il 14% tra i 65-74enni, ma raddoppia dopo i 75 anni e negli ultra 85enni aumenta al 39%), tra le persone con posizione socioeconomica più svantaggiata, per molte difficoltà economiche (35%) o bassa istruzione (27%) (figura 4.22).

La figura 4.23 mostra la prevalenza di multicronicità per titolo di studio, dove alla definizione di multicronicità concorrono tutte le patolo-

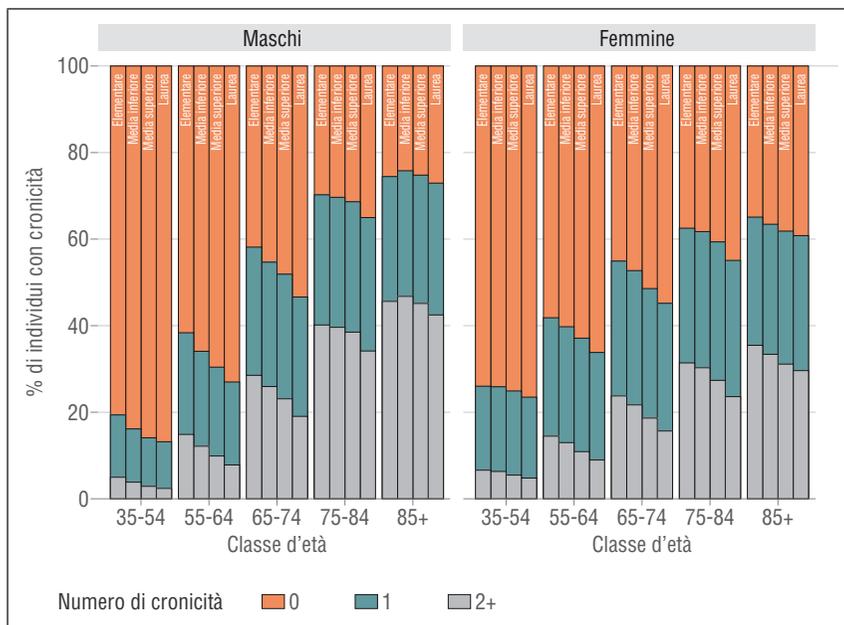


Figura 4.23 • Prevalenza di multicronicità per titolo di studio. Regione Lazio (età ≥35 anni)

gie ad esclusione di ipertensione e ipercolesterolemia. La multicronicità aumenta al diminuire del titolo di studio in entrambi i sessi e in tutte le classi d'età.

Il consumo di diversi farmaci contemporaneamente è molto legato al numero di cronicità. All'aumentare dell'età e delle patologie croniche, aumentano i farmaci prescritti. La figura 4.24 mostra come l'andamento per titolo di studio dell'uso di farmaci rispecchi quello delle multicronicità.

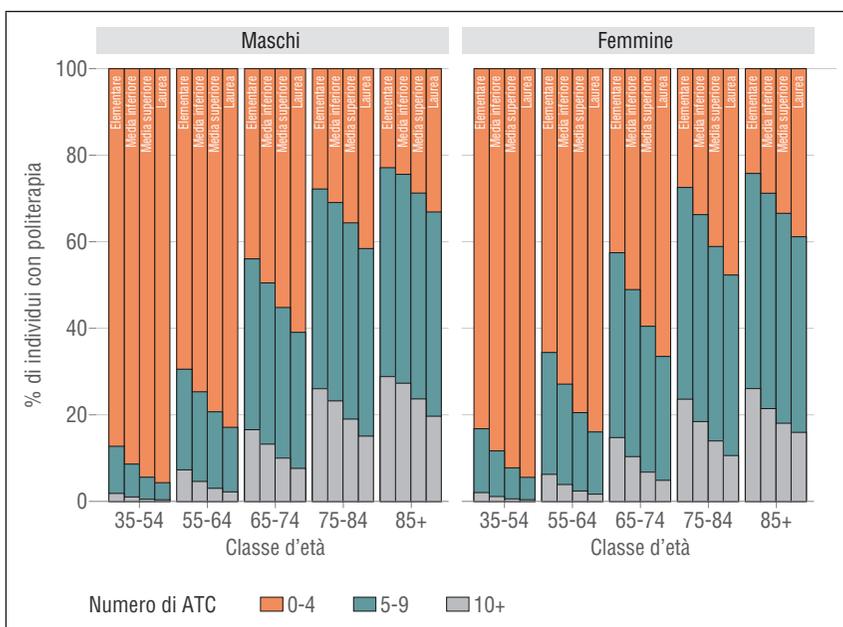


Figura 4.24 • Percentuale di individui con politerapia per titolo di studio, classe d'età e sesso. Regione Lazio (età ≥35 anni)

INCIDENZA DI TUMORI

I dati dei sistemi informativi della Regione Lazio (pubblicati sul sito: www.opensalutelazio.it) mostrano che nel 2018 sono stati diagnosticati 35.786 nuovi casi di tumore. La figura 4.25 mostra la distribuzione delle sedi: dei nuovi casi, 13,5% sono stati tumori della mammella, 13,1% tumori del colon-retto, 10,6% tumori del polmone, 7,7% tumori della prostata, 7,2% tumori della vescica, ecc.

Il tema delle disuguaglianze in oncologia riguarda molti aspetti della malattia: la prevenzione, l'accesso alle cure e la sopravvivenza. Il rischio di ammalarsi di tumore nel corso della vita, infatti, non è uguale per tutti. La genetica, per esempio, ha un ruolo cruciale ma il cancro è una malattia multifattoriale e la suscettibilità genetica dell'individuo è soltanto un tassello del puzzle.⁴

Il titolo di studio è un importante proxy degli stili di vita (per esempio fumo, consumo di alcol, attività fisica, ambiente di vita), che sono fattori di rischio importanti per molti tumori. Nel 2019, l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (International agency for research on cancer, IARC) ha pubblicato un volume dedicato a questo tema,⁵ da cui emerge

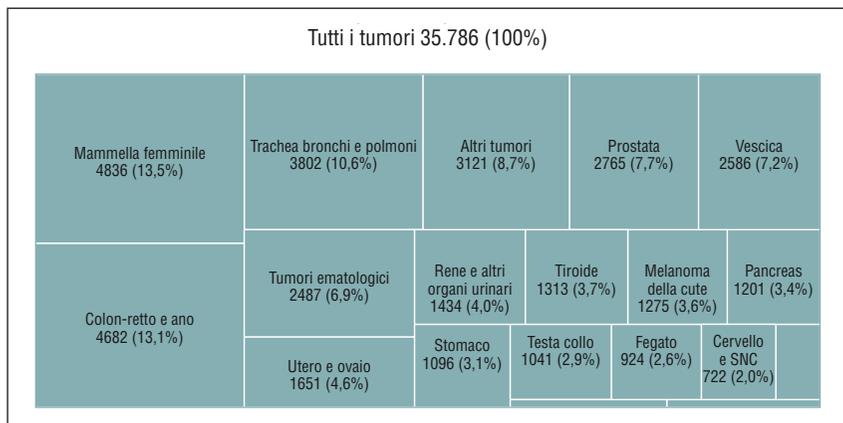


Figura 4.25 • Nuovi casi di tumore. Regione Lazio (2018).

Fonte: Sistemi informativi sanitari del Lazio

che le disuguaglianze nella sopravvivenza e mortalità per cancro esistono sia nei Paesi ricchi sia in quelli in via di sviluppo e che gli individui e i gruppi socioeconomici più deprivati presentano un quadro di patologie tumorali diverso rispetto ai gruppi di livello socioeconomico alto.

Di seguito vengono presentati i dati di incidenza dei tumori per causa e per titolo di studio nella Regione Lazio relativi al periodo 2010-2018 (dati consultabili per diversi livelli di disaggregazione territoriale sul sito: www.opensalutelazio.it). Il titolo di studio è classificato come basso (elementare/scuola media inferiore), medio (media superiore) e alto (laurea).

La fonte dei dati è il Registro Tumori Lazio (Legge regionale n. 7 del 2015) che copre una popolazione pari a 5.730.399 residenti (di cui il 48,5% residenti a Roma), con un numero medio di casi incidenti per anno pari a circa 33.000. Per l'elaborazione delle stime sono stati messi a punto degli algoritmi sede-specifici sviluppati sulla base delle informazioni provenienti dai principali flussi informativi regionali (SDO, RENCAM e referti di anatomia patologica).

Tutti i tumori

Considerando l'incidenza di tumori complessiva (tutte le sedi), nella Regione Lazio si osserva un gradiente per titolo di studio negli uomini, con un'incidenza di tumori più elevata nel basso titolo di studio, mentre nelle donne si osserva l'inverso (figura 4.26). Questa differenza di sesso è attribuibile al tumore della mammella, più frequente nelle donne con titolo di studio alto. Questo stesso gradiente si osserva anche analizzando i tassi di incidenza per classi di età (figura 4.27): in particolare nei maschi e nelle classi di età centrali si osservano tassi di incidenza più elevati nei meno istruiti, mentre nelle donne l'incidenza è più alta tra le persone con alto titolo di studio in tutte le classi di età.

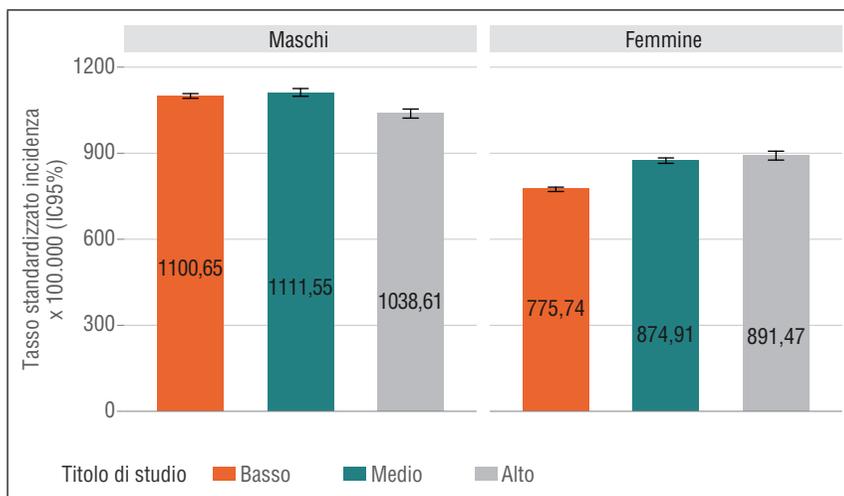


Figura 4.26 • Tassi di incidenza per tutti i tumori e per titolo di studio. Regione Lazio (età ≥ 35 anni, periodo 2010-2018)

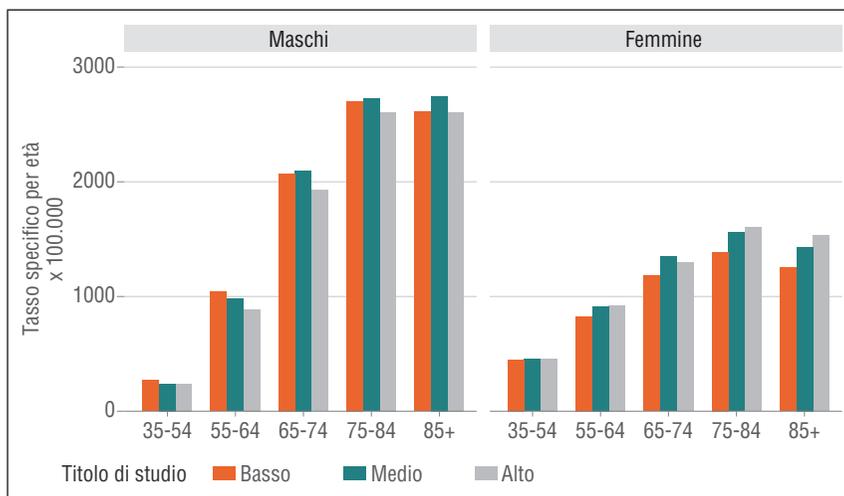


Figura 4.27 • Tassi di incidenza per classe di età per tutti i tumori e per titolo di studio e sesso. Regione Lazio (età ≥ 35 anni, periodo 2010-2018)

Tumore del polmone

Il tumore del polmone è la seconda neoplasia più frequente nei maschi (15%) e la terza nelle femmine (6%).⁶ L'elevata incidenza e mortalità di tumore del polmone, sia negli uomini che nelle donne, dimostrano quanto sia importante la prevenzione primaria, e in particolare la lotta al fumo, principale fattore di rischio del tumore polmonare. A livello globale, i tassi di incidenza di tumore del polmone negli ultimi 5 anni fanno osservare una riduzione nel sesso maschile e un incremento in quello femminile.

Il titolo di studio e la PSE sono fortemente associati con il consumo di tabacco, tuttavia in alcuni studi è stato osservato che la differenza in termini di incidenza per titolo di studio persiste dopo aver aggiustato per il fumo di sigaretta. Il gradiente di incidenza a sfavore degli individui con basso titolo di studio non è solo attribuibile al consumo di tabacco, ma hanno un ruolo importante anche le esposizioni in ambito occupazionale, così come l'inquinamento dell'area di residenza.⁷

Nella Regione Lazio, coerentemente con quanto riportato in studi condotti in altri Paesi, i tassi di incidenza del tumore al polmone nei maschi mostrano un gradiente significativo per titolo di studio, con un'incidenza più elevata negli individui con un titolo di studio basso, mentre nelle femmine si osserva un fenomeno inverso, associato all'elevata abitudine al fumo di sigaretta nelle donne con titolo di studio medio e alto (figura 4.28).

Tumore dello stomaco

Il tumore dello stomaco è una neoplasia particolarmente aggressiva che ha un'incidenza eterogenea nel nostro Paese. La presenza in Italia di un'area geografica tradizionalmente ad alto rischio (Appennino toscoromagnolo e marchigiano) e di abitudini dietetiche protettive al Sud condiziona le differenze territoriali osservate. Rispetto a un'incidenza annuale al Nord di 32,6 casi/100.000 abitanti nei maschi e di 17,0/100.000 abitanti nelle femmine, il Centro ha un'incidenza del 36,9/100.000 negli uomini e del 19,1/100.000 nelle donne, mentre il Sud fa registrare un'in-

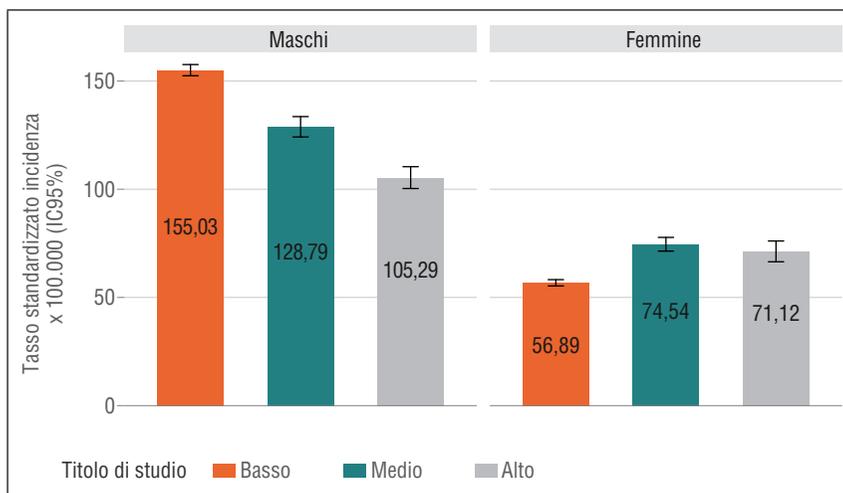


Figura 4.28 • Tassi di incidenza dei tumori del polmone per titolo di studio e sesso. Regione Lazio (età ≥ 35 anni, periodo 2010-2018)

cidenza del 24,5/100.000 e del 12,9/100.000, rispettivamente, negli uomini e nelle donne.⁶

Numerosi studi hanno esplorato la relazione tra incidenza di tumore gastrico e livello socioeconomico e molti hanno riscontrato come il rischio aumentasse negli individui con PSE e titolo di studio basso.⁸⁻¹⁰ Molti studi hanno osservato una maggiore prevalenza di infezione da *Helicobacter pylori*, un batterio responsabile di infezioni gastriche croniche, gastriti e anche del carcinoma gastrico, tra gli individui con bassa PSE. I principali fattori di rischio per l'infezione da *H. pylori* sono infatti la scarsa igiene dell'ambiente in cui si vive o si è vissuto nell'infanzia e gli stili di vita errati.¹¹

Nella Regione Lazio, in entrambi i sessi, si osserva un forte gradiente per titolo di studio, con tassi di incidenza di tumore gastrico significativamente più elevati negli individui con basso titolo di studio (figura 4.29).

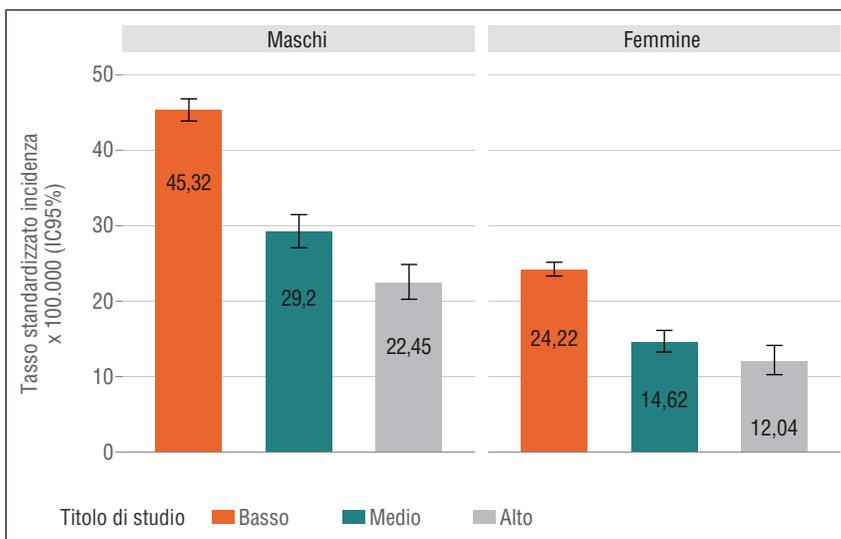


Figura 4.29 • Tassi di incidenza dei tumori dello stomaco per titolo di studio e sesso. Regione Lazio (età ≥ 35 anni, periodo 2010-2018)

Tumori testa-collo

I tumori del distretto testa-collo comprendono un gruppo diversificato di neoplasie che interessano sedi multiple, in particolare cavità orale, orofaringe, ipofaringe, nasofaringe, laringe e ghiandole salivari. È noto che il sesso maschile ha un rischio più alto di tumore del distretto testa-collo rispetto a quello femminile, con un rapporto maschi/femmine compreso tra 2:1 e 4:1.⁶ I fattori di rischio più comuni sono il consumo di alcol e tabacco e il virus HPV. Studi pregressi hanno messo in evidenza un'associazione tra basso livello socioeconomico o basso titolo di studio e l'incidenza di questi tumori, in particolare nei maschi.¹²

Nel Lazio si osserva nei maschi un forte gradiente a svantaggio dei meno istruiti, con dei tassi significativamente più elevati rispetto alla popolazione con titolo di studio più alto (figura 4.30). Nel sesso femminile, al contrario, non si osservano differenze tra i tassi di incidenza per titolo di studio.

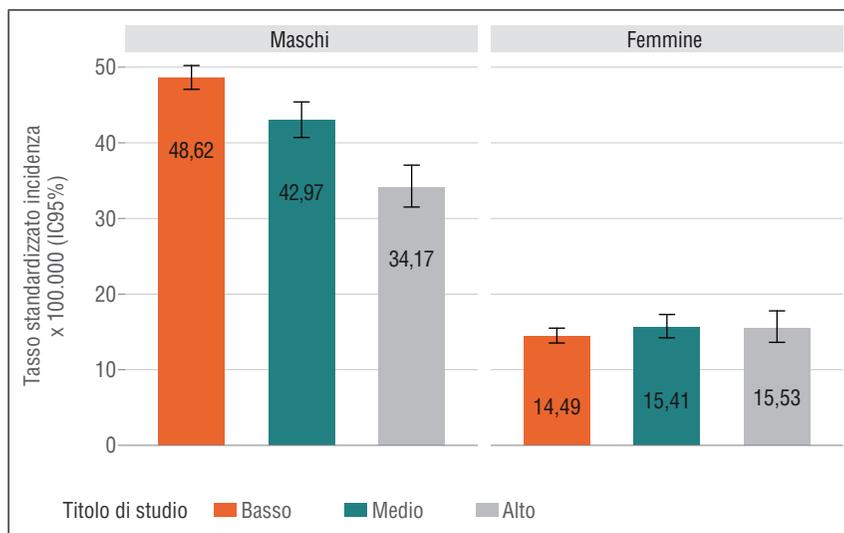


Figura 4.30 • Tassi di incidenza dei tumori del distretto testa-collo per titolo di studio e sesso. Regione Lazio (età ≥ 35 anni, periodo 2010-2018)

Tumore della mammella

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequente nella popolazione femminile, in cui rappresenta il 30% di tutti i nuovi casi di tumori femminili. I fattori di rischio associati a questo tipo di tumore sono imputabili oltre che alla genetica e alla familiarità, a fattori quali la salute riproduttiva, gli stili di vita, l'obesità e la sedentarietà.⁶ Dalla letteratura è emerso come all'aumentare del titolo di studio e del livello socio-economico aumenti anche l'incidenza del carcinoma mammario; ciò è quasi interamente spiegabile dalle abitudini riproduttive delle donne con alto titolo di studio, che per motivi di studio e di lavoro tendono a ritardare sempre più l'età della prima gravidanza o non hanno figli. Oltre a questi fattori, che riguardano la salute riproduttiva, sono stati riconosciuti come fattori di rischio propri delle donne con PSE elevata anche l'utilizzo della pillola contraccettiva e quello della terapia ormonale sostitutiva in menopausa.¹³⁻¹⁵

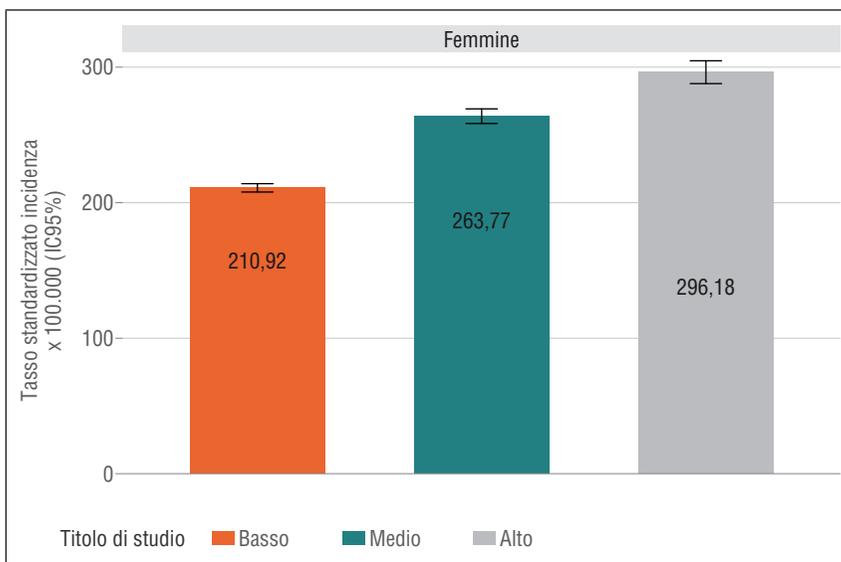


Figura 4.31 • Tassi di incidenza dei tumori della mammella per titolo di studio. Regione Lazio (età ≥ 35 anni, periodo 2010-2018)

Analizzando i dati che mettono in relazione l'incidenza di tumore mammario nella Regione Lazio e il titolo di studio emerge come i risultati siano coerenti con quanto viene riportato in letteratura. Si osserva, infatti, che all'aumentare del titolo di studio della donna l'incidenza per questo tipo di tumore aumenta (figura 4.31). Il tasso standardizzato di incidenza tra le donne con basso titolo di studio è pari a 211 (x100.000 donne residenti) tasso significativamente più basso di quello osservato tra le donne laureate (296 x100.000 donne residenti).

Tumore della vescica

Il tumore della vescica rappresenta circa il 3% di tutti i tumori e ha un'incidenza quattro volte più alta negli uomini rispetto alle donne.⁶ L'eziologia di tale patologia tumorale è multifattoriale (fumo di sigaretta, predisposizione individuale, stili di vita) ed esistono inoltre numerosi

fattori di rischio collegati ad attività lavorative (esposizione occupazionale ad ammine aromatiche, nitrosamine, solventi clorurati, arsenico e composti). Diversi studi hanno messo in evidenza come l'aumento del rischio di carcinoma vescicale negli uomini sia fortemente correlato a numerosi processi industriali e occupazionali, attività lavorative tipicamente svolte da soggetti con basso titolo di studio, inclusi per esempio la lavorazione della gomma, la manifattura dei composti chimici organici, la produzione di gas dal carbone, la lavorazione dell'alluminio.¹⁶

In linea con quanto emerge in letteratura si osservano tassi standardizzati di incidenza per tumore vescicale significativamente più alti tra gli uomini residenti nel Lazio con basso titolo di studio (135,7 x100.000) rispetto a quelli che hanno un alto titolo di studio (109,4 x100.000). Al contrario, nelle donne non si osservano differenze di incidenza per livello di istruzione (figura 4.32).

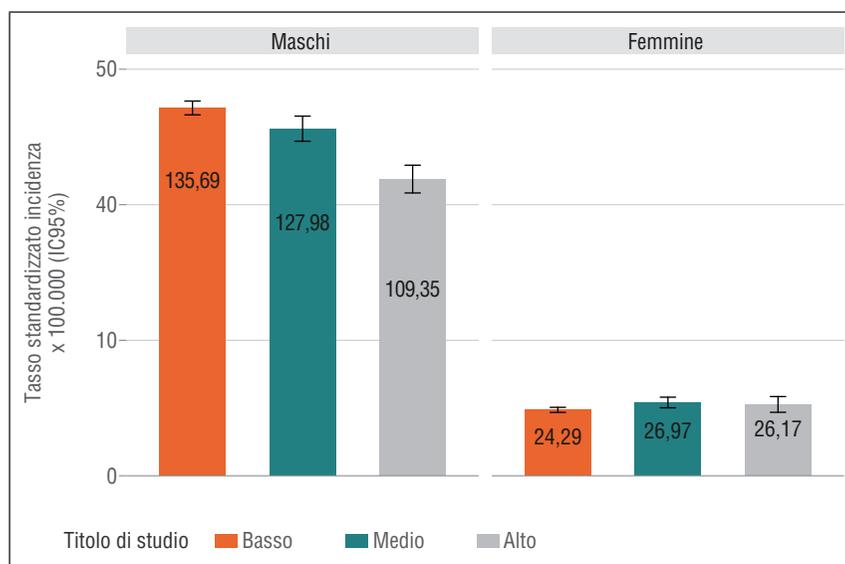


Figura 4.32 • Tassi di incidenza dei tumori della vescica per titolo di studio e sesso. Regione Lazio (età ≥ 35 anni, periodo 2010-2018)

BIBLIOGRAFIA

1. Cesaroni G, Venturini G, Paglione L et al. Differenziali di mortalità a Roma: il ruolo dell'istruzione e dei prezzi immobiliari del quartiere di residenza. *Epidemiol Prev* 2020; 44(5-6 Suppl 1):31-7.
2. Dei Bardi L, Calandrini E, Bargagli AM et al. Socioeconomic inequalities in health status and survival: a cohort study in Rome. *BMJ Open* 2022; 12(8):e055503.
3. Badaloni C, Michelozzi P, Davoli M. Variazione spazio-temporale dell'aspettativa di vita per livello socioeconomico e distretto sanitario a Roma negli anni 2006-2017. *Epidemiol Prev* 2020; 44(5-6):342-8.
4. Tabuchi T. Cancer and socioeconomic status. In: Kondo K, ed. *Social determinants of health in non-communicable diseases*. Springer series on epidemiology and public health. Singapore: Springer, 2020.
5. Vaccarella S, Lortet-Tieulent J, Saracci R, Conway DI, Straif K, Wild CP. Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research. IARC Scientific Publications; 168.
6. AIOM e AIRTUM. *I numeri del cancro 2020*.
7. Hovanec J, Siemiatycki J, Conway DI et al. Lung cancer and socioeconomic status in a pooled analysis of case-control studies. *PLoS One* 2018; 13(2):e0192999.
8. Wu CC, Hsu TW, Chang CM, Yu CH, Wang YF, Lee CC. The effect of individual and neighborhood socioeconomic status on gastric cancer survival. *PLoS One* 2014; 9(2):e89655.
9. Wiseman M. The second World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research expert report. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. *Proc Nutr Soc* 2008; 67(3):253-6.
10. Nagel G, Linseisen J, Boshuizen HC et al. Socioeconomic position and the risk of gastric and oesophageal cancer in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC-EURGAST). *Int J Epidemiol* 2007; 36(1):66-76.
11. Rosenstock SJ, Andersen LP, Rosenstock CV, Bonnevie O, Jørgensen T. Socioeconomic factors in *Helicobacter pylori* infection among Danish adults. *Am J Public Health* 1996; 86(11):1539-44.
12. Stanford-Moore G, Bradshaw PT, Weissler MC et al. Interaction between known risk factors for head and neck cancer and socioeconomic status: the Carolina Head and Neck Cancer Study. *Cancer Causes Control* 2018; 29:863-73.
13. Larsen SB, Olsen A, Lynch J et al. Socioeconomic position and lifestyle in relation to breast cancer incidence among postmenopausal women: a prospective cohort study, Denmark, 1993-2006. *Cancer Epidemiol* 2011; 35(5):438-41.
14. Lundqvist A, Andersson E, Ahlberg I, Nilbert M, Gerdtham U. Socioeconomic inequalities in breast cancer incidence and mortality in Europe-a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health* 2016; 26(5):804-13.
15. Dong JY, Qin LQ. Education level and breast cancer incidence: a meta-analysis of cohort studies. *Menopause* 2020; 27(1):113-8.
16. Goy J, Rosenberg MW, King WD. Health risk behaviors: examining social inequalities in bladder and colorectal cancers. *Ann Epidemiol* 2008; 18(2).

5 • ACCESSO ALLE CURE ED ESITI

Disuguaglianze socioeconomiche nell'accesso alle cure e negli esiti sono state documentate nel Lazio utilizzando i sistemi di sorveglianza e i sistemi informativi sanitari. Di seguito vengono riportati alcuni esempi presenti nella sezione Equità del sito del Programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari 2022 (PReValE: <https://www.dep.lazio.it/prevale2022>), i dati sulle cadute negli anziani e l'accesso allo screening raccolti dai sistemi di sorveglianza PASSI d'Argento e PASSI, un esempio di come le cure appropriate possono ridurre le disuguaglianze socioeconomiche, e infine un esempio di differenziali sociali nell'accesso e nella sopravvivenza.

Gli indicatori di accesso del Programma PReValE, riportati di seguito, sono proporzioni o tassi aggiustati per sesso, età e patologie concomitanti.

INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO

Trattamenti tempestivi ed efficaci sono essenziali per la sopravvivenza del paziente con infarto miocardico acuto (IMA).¹⁻⁴ Il periodo di tempo più critico nell'IMA è la sua fase più precoce. La mortalità degli attacchi cardiaci acuti nel primo mese è tra il 30% e il 50%, e di queste morti circa la metà si verifica entro due ore, di solito per fibrillazione ventricolare. L'alta mortalità iniziale sembra essere cambiata poco negli ultimi

30 anni; al contrario, c'è stata una notevole riduzione della mortalità dei casi trattati in ospedale. Da una media a 30 giorni del 18%, nella metà degli anni '80, come evidenziava una revisione sistematica di studi sulla mortalità in era pre-trombolitica, si è passati, con la diffusione dell'utilizzo dei farmaci fibrinolitici, dell'aspirina e degli interventi di rivascolarizzazione coronarica, a una mortalità del 6-7%, per lo meno nei trial di grandi dimensioni. La terapia ripercussiva, se messa in atto correttamente e con la necessaria tempestività, comporta sia una diminuzione della mortalità che un miglioramento della prognosi a breve e a lungo termine. La mortalità a 30 giorni dopo IMA è considerata un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero. Negli ultimi anni la mortalità si è mantenuta sotto il 10% e dal 2012 al 2019 sono diminuite le differenze socioeconomiche, per poi riemergere durante la pandemia.

Nell'ultimo anno disponibile (2021) non emergono differenze statisticamente significative nella mortalità a 30 giorni per titolo di studio (figura 5.1). Le proporzioni presentate sono aggiustate per età, sesso, fattori di rischio clinici rilevati nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

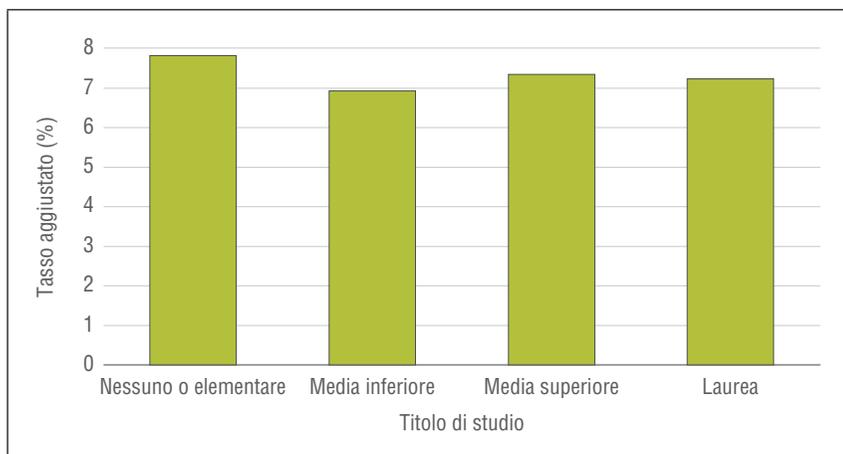


Figura 5.1 • Mortalità a 30 giorni dal primo accesso per infarto miocardico acuto in una struttura di ricovero. Regione Lazio (2021)

dell'infarto e nelle SDO o negli accessi al pronto soccorso precedenti. Tra i fattori considerati ci sono l'obesità, l'anemia, lo scompenso cardiaco, i pregressi eventi cardiovascolari, le malattie croniche del sistema digerente, ecc. Come per gli altri indicatori riportati, i fattori di aggiustamento sono descritti in modo dettagliato nel protocollo relativo all'indicatore in esame sul sito del Programma PReVale (www.dep.lazio.it/prevale2022).

ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE

Il secondo indicatore è la proporzione di infarti miocardici con soprallivellamento del tratto ST (STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti.⁶⁷ La PTCA è una metodica mini-invasiva che consente di dilatare le arterie che diffondono il sangue alle strutture cardiache (arterie coronariche) nel caso in cui siano totalmente o parzialmente occluse dalle placche aterosclerotiche. Ha lo scopo di ripristinare in una determinata regione del muscolo cardiaco un adeguato flusso sanguigno evitando la comparsa degli eventi clinici che caratterizzano l'ischemia miocardica (angina, infarto miocardico).

In letteratura è dimostrato il rapporto inverso tra la tempestività di esecuzione della procedura nel paziente con IMA e la mortalità a breve termine e diversi trial randomizzati controllati e metanalisi hanno mostrato migliori esiti clinici (soprattutto riduzione degli eventi ischemici ricorrenti) nei pazienti con infarto del miocardio e STEMI assegnati a una strategia invasiva precoce, inclusa la PTCA.

La figura 5.2 mostra come la proporzione (aggiustata per età, sesso e patologie pregresse) di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti dal ricovero sia aumentata negli anni sia per i laureati, sia per i residenti assistiti con licenza elementare. Si può osservare che l'aumento è avvenuto prima per le persone con un titolo di studio alto, ma a partire dal 2016 la proporzione di STEMI con PTCA entro 90 minuti è in genere più elevata nei pazienti con titolo di studio basso.

I dati dell'ultimo anno disponibile (2021), tenendo conto dell'età, del sesso e delle patologie riportate nelle SDO e negli accessi a pronto soccorso dei due anni precedenti l'evento, non riportano differenze

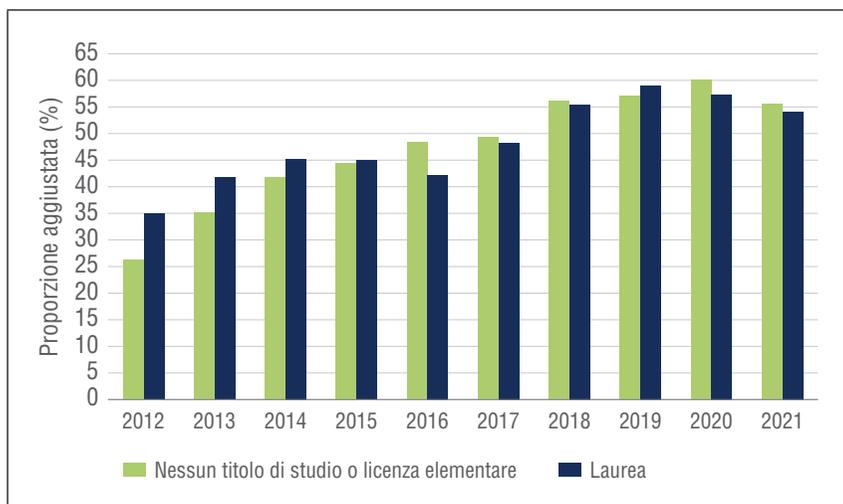


Figura 5.2 • Proporzioni di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale entro 90 minuti (struttura di ricovero). Regione Lazio (2012-2021)

socioeconomiche nell'accesso alla PTCA entro 90 minuti per struttura di ricovero dei soggetti con STEMI (figura 5.3A). Ma esistono ancora differenze nell'accesso alla PTCA entro 90 minuti per struttura di accesso, cioè il pronto soccorso che prende in carico il paziente (figura 5.3B). La rete dei pronto soccorso dotati di emodinamica non è uniformemente distribuita sul territorio e ha una più alta densità a Roma rispetto alle altre province del Lazio. La relazione tra titolo di studio individuale e residenza può spiegare le disuguaglianze che si riscontrano nella proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti.

BYPASS AORTO-CORONARICO

Il bypass aorto-coronarico (BPAC) consiste nella sostituzione del tratto di arteria coronaria compromessa da una lesione aterosclerotica, attraverso l'innesto di un segmento di vaso (vena o arteria) che permette di aggirare l'ostruzione.⁸⁻¹⁰ L'intervento è indicato per alleviare i sintomi

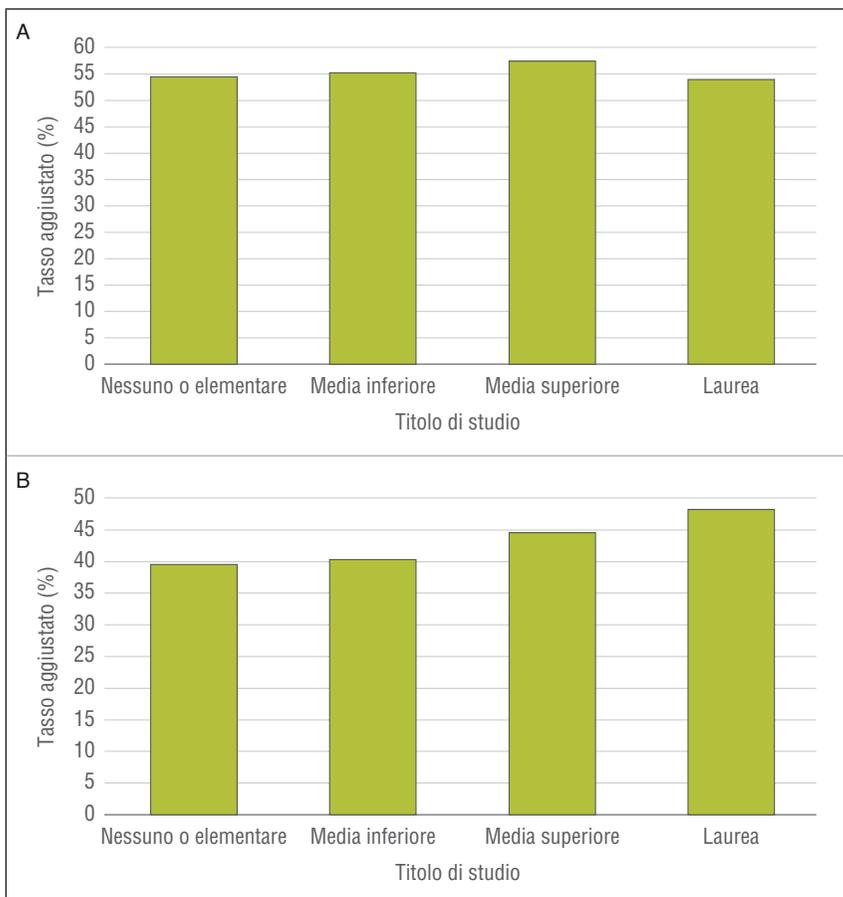


Figura 5.3 • Proporzione di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale entro 90 minuti (A struttura di ricovero, B struttura di accesso). Regione Lazio (2021)

anginosi, quando questi resistono alla terapia medica, e dà risultati migliori delle cure mediche nel prolungare la sopravvivenza dei pazienti con malattia coronarica avanzata: pazienti con stenosi significativa della coronaria sinistra subito dopo la sua origine o con stenosi di tre rami coronarici (o due vasi incluso il tratto prossimale dell'arteria discendente anteriore sinistra) insieme a ridotta funzione del ventricolo sinistro.

Inoltre, l'intervento di BPAC è preferibile alla PTCA nella maggior parte dei pazienti con forme estese di coronaropatia. Il numero di bypass che si possono effettuare dipende dal numero di coronarie o di rami delle coronarie ostruiti. I rischi potenziali sono essenzialmente condizionati da fattori legati allo stato generale di salute del paziente. Si stima che per un paziente con funzione ventricolare sinistra conservata, in buone condizioni generali e senza gravi malattie, il rischio di decesso sia intorno al 2%. La mortalità a 30 giorni da bypass aorto-coronarico è diminuita negli anni, ma è diminuita più per i laureati rispetto a chi non ha nessun titolo di studio o ha solo la licenza elementare. Nel 2020 i tassi aggiustati per età, sesso e fattori di rischio clinici suggeriscono che i laureati abbiano un tasso aggiustato di mortalità inferiore agli altri titoli di studio. Per il dettaglio delle procedure operative e dei fattori di rischio si rimanda al protocollo sul sito PReValE.

ICTUS

L'ictus è una sindrome clinica caratterizzata dal rapido sviluppo di segni focali o generali di disturbo delle funzioni cerebrali che durano più di 24 ore e possono condurre a morte, con origine vascolare.¹¹ Esistono diversi tipi di ictus cerebrale con diversa patogenesi. Circa l'80-85% degli ictus è di natura ischemica, circa il 15-20% è di origine emorragica (emorragia cerebrale nella maggior parte, meno frequentemente emorragia subaracnoidea). Nel caso dell'ictus ischemico, le più frequenti cause sono l'occlusione trombotica di un vaso arterioso oppure l'occlusione da parte di un embolo a partenza da altre sedi (per esempio carotide o cuore). Nel caso dell'emorragia cerebrale o ictus emorragico, la patogenesi è riferibile nella maggior parte dei casi alla rottura di un vaso arterioso su base ipertensiva. In questo contesto nella definizione di ictus sono

comprese le forme ischemiche e sono escluse, a causa della prognosi più infausta, le forme emorragiche, l'emorragia subaracnoidea e le altre non specificate emorragie intracraniche.

La mortalità a 30 giorni dopo ricovero per ictus è considerata un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero ospedaliero. L'indicatore "mortalità a 30 giorni dal primo accesso per ictus ischemico" misura l'esito a partire dalla data di primo accesso in ospedale del paziente, che corrisponde alla data di ricovero per stroke o dell'accesso in PS immediatamente precedente il ricovero.

Negli anni la mortalità a 30 giorni dal primo accesso per ictus è rimasta stabile, per quanto la proporzione aggiustata sembra essere molto più elevata nei pazienti senza titolo di studio o con licenza elementare rispetto ai laureati; tali differenze non sono statisticamente significative. La figura 5.4 mostra la mortalità a 30 giorni dal primo accesso per ictus per titolo di studio relativa ai dati 2021; i tassi sono aggiustati per età, sesso e fattori di rischio clinici.

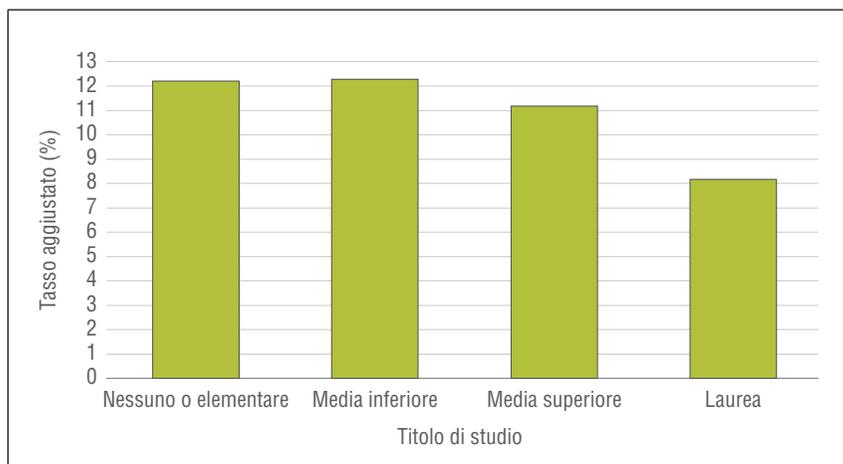


Figura 5.4 • Mortalità a 30 giorni dal primo accesso per ictus ischemico. Regione Lazio (2021)

Diversi studi sono stati condotti dal Dipartimento di epidemiologia del Servizio sanitario regionale del Lazio per monitorare le disuguaglianze socioeconomiche nell'ictus.^{12 13} In uno studio del 2009 sui residenti a Roma sono state analizzate le differenze socioeconomiche nell'incidenza di ictus ischemico ed emorragico e in diversi esiti post-ictus: mortalità a 30 giorni e a un anno, ospedalizzazioni successive entro un anno per malattie cardiovascolari e per ictus in particolare.¹² La posizione socioeconomica è stata misurata con un indicatore composito su base censuaria a cinque livelli.¹⁴ Lo studio ha mostrato grandi differenze socioeconomiche nell'incidenza di ictus sia negli uomini che nelle donne, con un rischio di ictus ischemico del 70% più elevato nei più svantaggiati rispetto ai meno svantaggiati e di ictus emorragico del 50% più elevato negli uomini e del 37% più elevato nelle donne di bassa posizione socioeconomica rispetto a quelle di posizione più alta. Per quanto riguarda gli esiti a breve e medio termine, non si sono riscontrate disuguaglianze nella mortalità, ma solo nelle riammissioni ospedaliere per ictus negli uomini, suggerendo la capacità del sistema sanitario di mitigare le disuguaglianze sociali attraverso le cure ospedaliere.

Lo studio più recente su una coorte di 10.000 pazienti ospedalizzati per ictus nel Lazio¹³ ha mostrato come ci siano differenziali per titolo di studio sia nella mortalità a breve termine che in quella a un anno, ma che tali differenziali diminuiscono se il percorso di cura è migliore. Infatti considerando diversi percorsi di cura possibili e definendo come ottimale quello caratterizzato da ospedali con team di neurologi specializzati, volumi elevati, accesso alla riabilitazione e a cure farmacologiche (antipertensivi, antitrombotici e statine) dopo la dimissione a seguito di ictus e come peggiore quello caratterizzato da bassi volumi, senza accesso alla riabilitazione e senza terapie farmacologiche, le differenze per titolo di studio nella sopravvivenza a un anno sono attutite nel percorso di cura ottimale (figura 5.5). Infatti il rapporto tra le probabilità di sopravvivenza a un anno nelle classi estreme del titolo di studio (università vs scuola primaria o nessun titolo), rapporto che esprime il divario socioeconomico nella sopravvivenza, è pari a 1,06 (IC95%: 1,03-1,10) nel caso di percorso di cura ottimale e a 1,17 (1,09-1,25) nel caso di percorso peggiore.

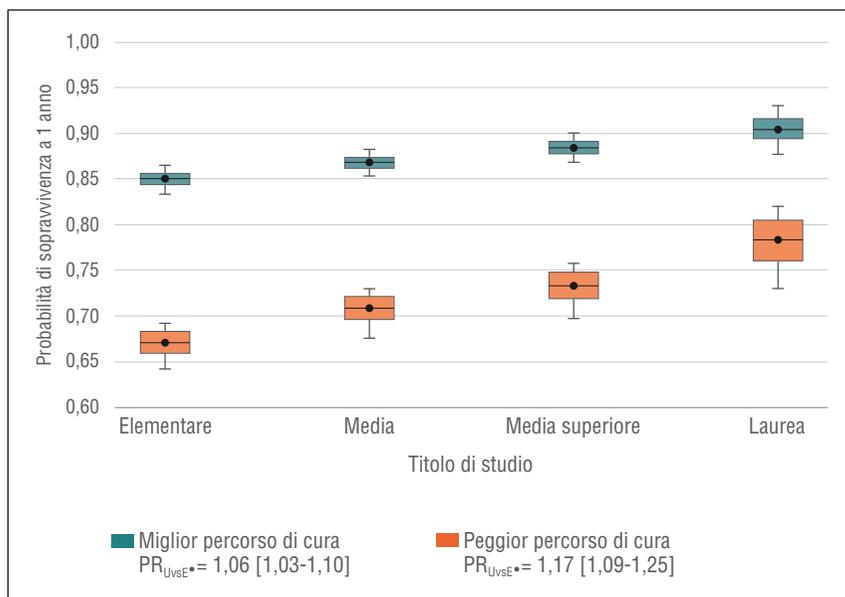


Figura 5.5 • Sopravvivenza a un anno dall'ictus per titolo di studio e percorso terapeutico

CADUTE, FRATTURE E PROTESI NEGLI ANZIANI

Il problema delle cadute nell'anziano è particolarmente rilevante non solo per la frequenza e la gravità degli esiti nel caso di fratture, ma anche per le conseguenze sul benessere psicofisico della persona, perché anche la sola insicurezza legata alla paura di cadere può limitare notevolmente lo svolgimento delle attività della vita quotidiana. Nel quadriennio 2017-2020 il 6,6% degli intervistati della Regione Lazio per il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento ha dichiarato di essere caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista e, nel 20,5% dei casi, è stato necessario il ricovero ospedaliero di almeno un giorno.

Come mostra la figura 5.6, le cadute sono più frequenti con l'avanzare dell'età (le riferiscono il 2,3% degli uomini e il 7% delle donne 65-74enni e l'8,4% degli uomini e il 9,6% delle donne ultra 80enni). La percentuale

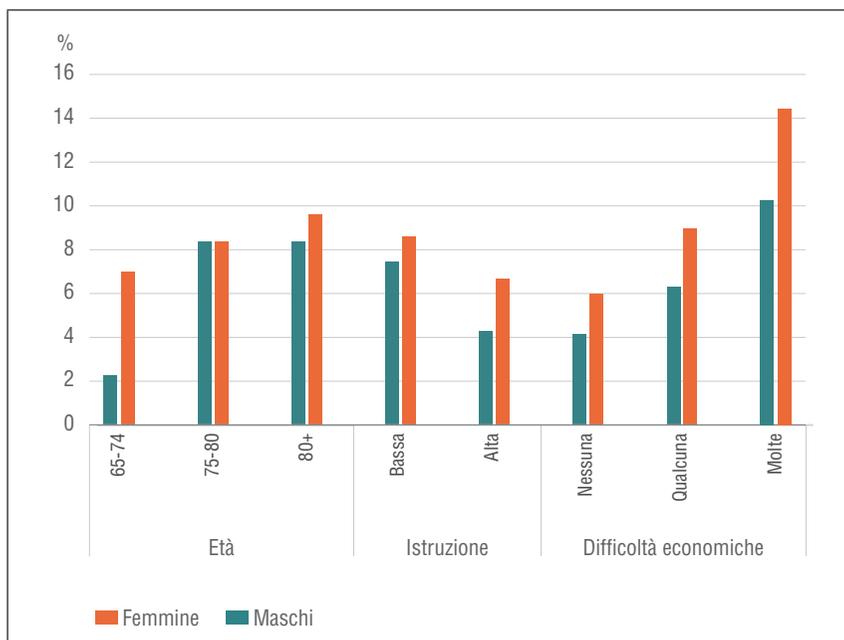


Figura 5.6 • Percentuale di cadute nell'ultimo mese.

Fonte: PASSI d'Argento. Regione Lazio

più elevata di cadute avviene fra le persone con molte difficoltà economiche o con basso titolo di studio. Il 40% degli intervistati ha paura di cadere. Le cadute avvengono per lo più all'interno della casa (61%).

Oltre il 50% dei soggetti di età superiore ai 65 anni nel Lazio presenta una patologia a carico dell'apparato muscoloscheletrico con un alto potenziale di disabilità.^{15 16} L'impianto di un dispositivo protesico, soprattutto nelle patologie a carico delle articolazioni del ginocchio e dell'anca, rappresenta una valida opzione terapeutica, con un miglioramento della qualità della vita dei pazienti grazie al ripristino della funzionalità articolare e alla riduzione o eliminazione della sintomatologia dolorosa. Il numero totale di interventi di artroprotesi eseguiti in Italia è di circa 160.000 all'anno e risulta in continuo aumento, rappresentando un fenomeno importante in termini di sicurezza dei pazienti e producendo un

notevole impatto sulla spesa sanitaria (oltre il 95% dei ricoveri per sostituzione articolare è a carico del Servizio sanitario nazionale).

Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente; di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24/48 ore dall'ingresso in ospedale. La tempestività dell'intervento è aumentata negli anni, sia per i soggetti con nessun titolo di studio o con licenza elementare, sia per i laureati; il differenziale tra livelli estremi di istruzione è leggermente diminuito a partire dal 2017, ma si osserva ancora un'evidente differenza tra livelli di istruzione nel 2021 (figura 5.7).

Le differenze per titolo di studio nella tempestività dell'intervento, tenendo conto dell'età, del sesso e delle patologie pregresse, sono statisticamente significative. La tabella 5.1 mostra che i laureati, tenendo conto del sesso, dell'età e dei fattori di rischio clinici, hanno il 31% di probabilità in più di chi ha una licenza elementare o nessun titolo di studio di essere operati entro 48 ore.

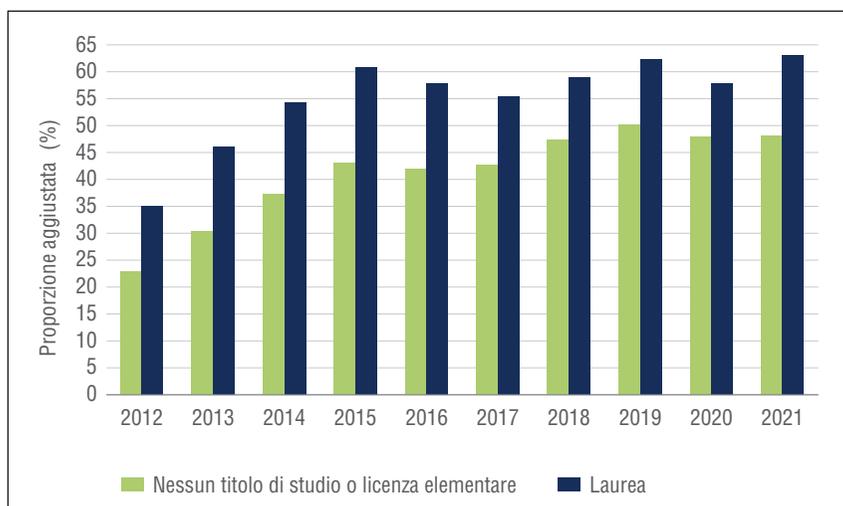


Figura 5.7 • Intervento chirurgico entro 48 ore per frattura del collo del femore

TABELLA 5.1 - INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 48 ORE PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE. REGIONE LAZIO (2021)

Titolo di studio	N.	% grezza	% aggiustata	RR aggiustato	P
Nessuno o elementare (rif.)	3328	48,56	48,2	1	-
Media inferiore	1227	53,55	54,12	1,12	<0,001
Media superiore	1132	56,63	57,01	1,18	<0,001
Laurea	481	62,99	63,3	1,31	<0,001

ACCESSO ALLO SCREENING

L'indagine PASSI degli anni 2017-2020, relativa alla Regione Lazio, permette di valutare la copertura dello screening organizzato e spontaneo per le caratteristiche individuali.

Nel quadriennio 2017-2020 la copertura è stata dell'80,7%, poco più del 50% da screening mammografico organizzato. La copertura è più ampia al crescere dell'istruzione e al diminuire delle difficoltà economiche. Lo screening organizzato è più utilizzato da donne di bassa istruzione, mentre quello spontaneo da donne più istruite. Come si evince dalla figura 5.8 lo screening organizzato non abbatte completamente le disuguaglianze che esistono, ma le riduce notevolmente.

TUMORE DEL POLMONE

Il tumore del polmone è uno dei tipi di cancro più comuni al mondo, insieme al tumore della mammella e della prostata, e rappresenta un onere importante per i sistemi sanitari.¹⁷ In Italia si prevedono 40.000 nuove diagnosi di tumore del polmone all'anno, con una ripartizione uomo-donna di circa 70/30.¹⁸ Il tasso di sopravvivenza dopo una diagnosi di tumore del polmone rimane molto basso, con una sopravvivenza a 5 anni inferiore al 20%.¹⁸

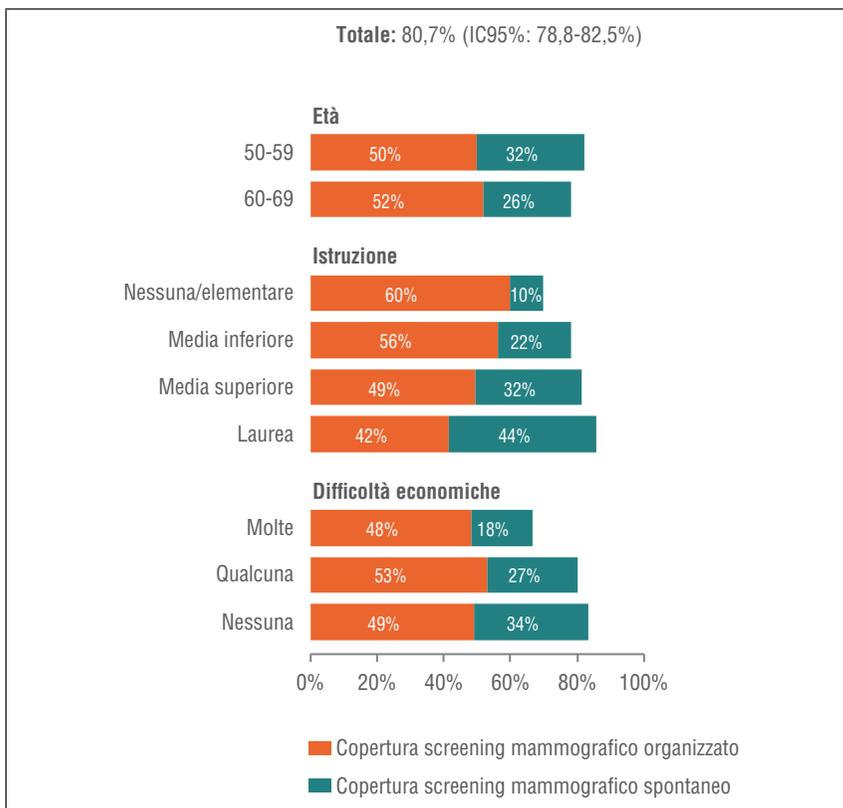


Figura 5.8 • Copertura dello screening mammografico.
 Fonte: PASSI. Regione Lazio (2017-2020)

Diversi studi internazionali hanno sottolineato il ruolo delle disparità socioeconomiche nell’accesso all’assistenza sanitaria dei pazienti con tumore del polmone.^{19 20} Data la mancanza di studi disponibili in Italia su questo argomento, il Dipartimento di epidemiologia ha condotto uno studio in collaborazione con la CRO IQVIA* per indagare il potenziale

* Progetto Lung Cancer Disease (LCD); referenti IQVIA: Riccardo Cipelli, Franca Heiman.

ruolo del titolo di studio nella diagnosi, nel trattamento e nella sopravvivenza del tumore del polmone. Nello specifico, è stata identificata dai flussi sanitari regionali una coorte di 13.251 individui ≥ 18 anni, assistiti e residenti nel Lazio, con diagnosi incidente di tumore del polmone nel periodo compreso tra il 2014 e il 2017. Nel 37,3% dei casi il tumore risultava metastatico; tale percentuale variava tra il 33,4% nei pazienti con titolo di studio universitario al 39,6% in quelli con titolo di istruzione medio-basso. Le due coorti risultavano simili per le caratteristiche socio-demografiche: in prevalenza maschi con la classe di età più frequente inclusa tra i 71 e gli 80 anni (tabella 5.2).

TABELLA 5.2 - CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI CON TUMORE MALIGNO DEL POLMONE CON/SENZA METASTASI. REGIONE LAZIO (2014-2017)

	Tumore maligno del polmone senza metastasi 8311 (62,7%)		Tumore maligno del polmone con metastasi 4940 (37,3%)	
Sesso				
M	5234	63,0%	3182	64,4%
F	3077	37,0%	1758	35,6%
Classi di età				
≤ 60	1289	15,5%	994	20,1%
61-70	2305	27,7%	1441	29,2%
71-80	3019	36,3%	1653	33,5%
≥ 80	1698	20,4%	852	17,2%
Indice di Charlson				
0	6044	72,7%	3868	78,3%
1	1625	19,6%	825	16,7%
2	642	7,7%	247	5,0%

Segue

TABELLA 5.2 - *Segue*

	Tumore maligno del polmone senza metastasi 8311 (62,7%)		Tumore maligno del polmone con metastasi 4940 (37,3%)	
BPCO				
0	7474	89,9%	4590	92,9%
1	837	10,1%	350	7,1%
Titolo di studio				
Alto	611	7,4%	318	6,4%
Medio-alto	2717	32,7%	1623	32,9%
Medio-basso	2364	28,4%	1450	29,4%
Basso	2619	31,5%	1549	31,4%

La probabilità di ricevere una prima diagnosi di tumore del polmone a seguito di un accesso al pronto soccorso — *diagnosi tardiva* — risulta più alta nei pazienti con titolo di studio basso o medio-basso rispetto ai laureati (tabella 5.3). Non sono emerse differenze per titolo di studio nell'accesso a terapie innovative nei due anni successivi alla prima diagnosi, mentre nello stesso periodo si è registrata una mortalità inferiore tra i laureati. In particolare, nel gruppo dei non metastatici è stato evidenziato un gradiente importante che mostra una migliore sopravvivenza al crescere del titolo di studio (figura 5.9).

I risultati sono stati confermati anche utilizzando come proxy di indicatore di posizione socioeconomica sia l'indicatore di deprivazione italiano disponibile a livello di sezione di censimento che l'esenzone per reddito.

TABELLA 5.3 - ASSOCIAZIONE TRA TITOLO DI STUDIO E RISCHIO DI DIAGNOSI TARDIVA, ACCESSO A TERAPIE FARMACOLOGICHE INNOVATIVE E MORTALITÀ NEI PAZIENTI CON TUMORE DEL POLMONE CON/SENZA METASTASI. REGIONE LAZIO (2014-2017)

	Tumore maligno del polmone senza metastasi			Tumore maligno del polmone con metastasi		
	OR*	IC95%		OR*	IC95%	
<i>Ritardo nella diagnosi</i>						
Basso	1,00	-	-	1,00	-	-
Medio-basso	0,78	0,69	0,87	0,99	0,85	1,15
Medio-alto	0,46	0,40	0,52	0,68	0,58	0,80
Alto	0,21	0,16	0,26	0,30	0,23	0,38
<i>Accesso a terapie farmacologiche innovative</i>						
Basso	1,00	-	-	1,00	-	-
Medio-basso	1,05	0,85	1,29	0,96	0,81	1,15
Medio-alto	1,27	1,03	1,55	1,11	0,93	1,33
Alto	1,04	0,78	1,39	1,06	0,82	1,37
<i>Mortalità nei 2 anni post-dimissione</i>						
Basso	1,00	-	-	1,00	-	-
Medio-basso	0,88	0,82	0,94	0,95	0,88	1,03
Medio-alto	0,73	0,67	0,78	0,90	0,83	0,98
Alto	0,62	0,55	0,70	0,78	0,68	0,89

*Le stime sono aggiustate per sesso, età, indice di Charlson e presenza di BPCO.

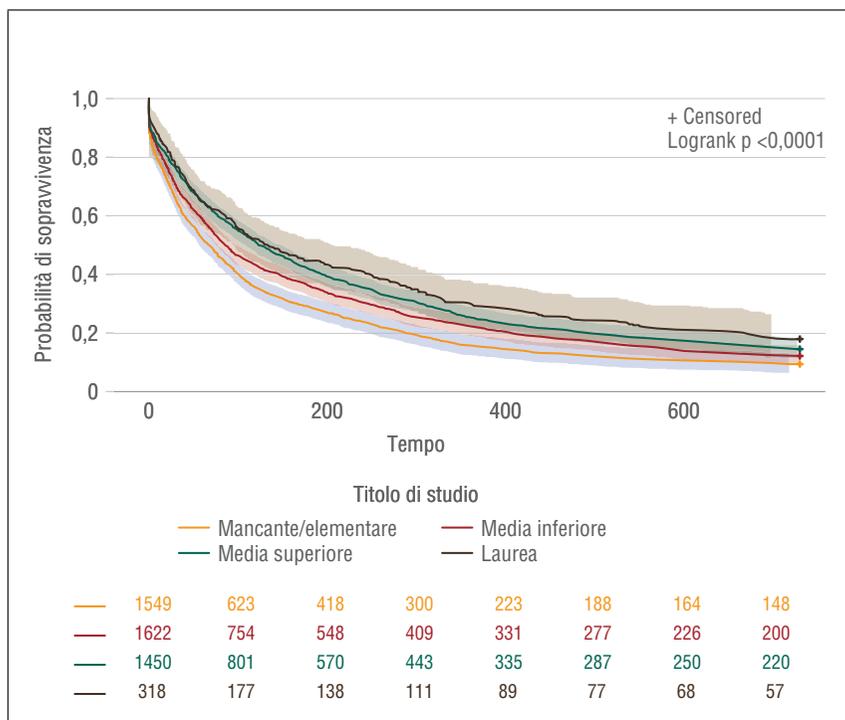


Figura 5.9 • Curve di sopravvivenza a 2 anni per titolo di studio nei pazienti con tumore maligno del polmone in stadio metastatico. Regione Lazio (2014-2017)

USO DEI FARMACI

Il recente *Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche* a cura dell' Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha analizzato l'utilizzo dei farmaci, l'aderenza e la persistenza dei trattamenti per posizione socioeconomica in Italia.²¹ I risultati mostrano che i soggetti residenti nelle aree più deprivate registrano i più alti tassi di consumo pro capite di farmaci utilizzati per il diabete, l'ipertensione, le dislipidemie, l'iperuricemia e la gotta, rispecchiando l'effettiva prevalenza di tali patologie nei gruppi di popolazione più

svantaggiati. In altri termini, la posizione socioeconomica non preclude l'accesso alle cure ma è, al contrario, fortemente correlata con l'uso dei farmaci: il consumo dei farmaci è più elevato tra i soggetti residenti nelle aree più svantaggiate, probabilmente a causa del peggior stato di salute di questi soggetti. Non emerge un'associazione così chiara analizzando l'aderenza e la persistenza al trattamento.²²

Sono state analizzate nel Lazio le differenze d'uso di farmaci respiratori dopo dimissione per BPCO riacutizzata. Per i pazienti più gravi non sono state rilevate disuguaglianze sociali nell'utilizzo di farmaci, ma per i pazienti meno gravi è stato riscontrato un maggior ricorso a farmaci inappropriati (xantine) nei più svantaggiati.²³

Un lavoro sulle disuguaglianze nell'aderenza alle terapie raccomandate nel post-infarto del miocardio ha mostrato che esistono disuguaglianze di sesso; le donne hanno una minor aderenza degli uomini, per classe d'età, gli anziani hanno una minor aderenza dei più giovani, ma non emergono disuguaglianze per posizione socioeconomica.²⁴

BIBLIOGRAFIA

1. Antonucci D, Valenti R, Migliorini A et al. Relation of time to treatment and mortality in patients with acute myocardial infarction undergoing primary angioplasty. *Am J Cardiol* 2002; 89:1248.
2. Cannon CP, Brindis RG, Chaitman BR et al. 2013 ACCF/AHA key data elements and definitions for measuring the clinical management and outcomes of patients with acute coronary syndromes and coronary artery disease: a report of the American college of cardiology Foundation/American heart association Task force on clinical data standards (Writing Committee to develop acute coronary syndromes and coronary artery disease clinical data standards). *Circulation* 2013; 127(9):1052-89.
3. Specifications manual for national inpatient hospital quality reporting measures v 4.3b (2014). Joint Commission on accreditation of healthcare organizations (JCAHO). Disponibile online sul sito web: http://www.jointcommission.org/performance_measurement.aspx (ultimo accesso: settembre 2022).
4. De Vreede JJ, Gorgels AP, Verstraaten GM et al. Did prognosis after acute myocardial infarction change during the past 30 years? A meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 1991; 18:698-706.
5. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW et al; ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the American college of cardiology/American heart association Task force on practice guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44(3):E1-E211.

6. Cantor WJ, Fitchett D, Borgundvaag B et al. Routine early angioplasty after fibrinolysis for acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2009; 360(26):2705-18.
7. European society of cardiology. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task force on the management of acute myocardial infarction of the European society of cardiology. *Eur Heart J* 2003; 24:28-66.
8. Agabiti N, Ancona C, Forestiere F, Arcà M, Perucci CA. Evaluating outcomes of hospital care following coronary artery bypass surgery in Rome, Italy. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003; 23:599-60.
9. Bravata DM, Gienger AL, McDonald KM et al. Systematic review: the comparative effectiveness of percutaneous coronary interventions and coronary artery bypass graft surgery. *Ann Intern Med* 2007; 147(10):703-16.
10. Società italiana di chirurgia cardiaca: www.sicch.it
11. Bravata DM, Ho SY, Meehan TP et al. Readmission and death after hospitalization for acute ischemic stroke: 5-year follow-up in the Medicare population. *Stroke* 2007; 38(6):1899-904.
12. Cesaroni G, Agabiti N, Forastiere F, Perucci CA. Socioeconomic differences in stroke incidence and prognosis under a universal healthcare system. *Stroke* 2009; 40(8):2812-9.
13. Belleudi V, Sciattella P, Agabiti N et al. Socioeconomic differences in one-year survival after ischemic stroke: the effect of acute and post-acute care-pathways in a cohort study. *BMC Public Health* 2016; 16:408.
14. Cesaroni G, Agabiti N, Rosati R, Forastiere F, Perucci CA. An index of socioeconomic position based on 2001 census, Rome. *Epidemiol Prev* 2006; 30:352-7.
15. Colais P, Agabiti N, Fusco D et al. Inequality in 30-day mortality and the wait for surgery after hip fracture: the impact of the regional health care evaluation program in Lazio (Italy). *Int J Qual Health Care* 2013; 25(3):239-47.
16. Colais P, Pinnarelli L, Fusco D et al. The impact of a pay-for-performance system on timing to hip fracture surgery: experience from the Lazio Region (Italy). *BMC Health Serv Res* 2013; 13:393.
17. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Oncol* 2006; 24:2137-50.
18. AIOM, AIRTUM. I numeri del cancro in Italia. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2016.
19. Chouaid C, Debievre D, Durand-Zaleski I et al. Survival inequalities in patients with lung cancer in France: a nationwide cohort study (the TERRITOIRE Study). *PLoS One* 2017; 12:e0182798.
20. Hoebel J, Kroll LE, Fiebig J et al. Socioeconomic inequalities in total and site-specific cancer incidence in Germany: a population-based registry study. *Front Oncol* 2018; 8:402.
21. Agenzia italiana del farmaco. Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2021.
22. Di Filippo A, Perna S, Pierantozzi A et al. Socio-economic inequalities in the use of drugs for the treatment of chronic diseases in Italy. *Int J Equity Health* 2022; 21(1):157.

23. Bauleo L, Agabiti N, Kirchmayer U et al. È la posizione socioeconomica un determinante dell'uso dei farmaci respiratori in pazienti dimessi dopo BPCO riacutizzata? Uno studio di coorte a Roma. Comunicazione orale al 35° Congresso dell'Associazione italiana di epidemiologia, 2011.
24. Kirchmayer U, Agabiti N, Belleudi V et al. Socio-demographic differences in adherence to evidence-based drug therapy after hospital discharge from acute myocardial infarction: a population-based cohort study in Rome, Italy. *J Clin Pharm Ther* 2012; 37(1):37-44.

6 • IMPATTO DELLA PANDEMIA DI COVID-19

Come le grandi epidemie del passato, un esempio tra molti quella di Spagnola del 1918, la pandemia di covid-19 ha avuto un impatto peggiore sui gruppi di popolazione più svantaggiati.¹ Anche nel Lazio abbiamo documentato differenziali sociali nell'incidenza di infezione e nella mortalità a 30 giorni dall'infezione,² a scapito dei meno istruiti. Tali differenziali non sono apparsi subito. Nei primi mesi di pandemia, quando nessuno era preparato, non ci sono state differenze né nell'incidenza, né nella mortalità a 30 giorni dall'infezione, ma a partire dall'autunno del 2020 i residenti con un basso titolo di studio hanno avuto il 25% di probabilità in più dei laureati di infettarsi e un rischio di morire del 43% più alto.²

La campagna di vaccinazione, pur avendo raggiunto alla fine del 2021 quasi il 90% della popolazione, ha visto una minore adesione tra i più svantaggiati. A parità di sesso, età, Paese di provenienza, istruzione e numero di patologie croniche, i residenti a Roma nelle zone più deprivate alla fine del 2021 hanno avuto il 20% di probabilità in più dei residenti nelle zone più abbienti di non essere vaccinati.³

GLI EFFETTI INDIRETTI

La pandemia non ha avuto effetti solo diretti, ma anche indiretti. La redistribuzione di risorse e la temporanea riorganizzazione dei percorsi di cura legate alla pandemia da covid-19 hanno avuto un impatto a breve

e medio termine sulla fornitura e l'accesso a terapie preventive e curative. All'inizio del 2020, per stimare gli effetti indiretti della pandemia sull'utilizzo delle cure ospedaliere e sulla loro qualità è stata costituita la rete italiana Mimico-19 (Monitoraggio dell'impatto indiretto di covid-19), che ha visto sette Regioni (Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Puglia e Sicilia) attivare un progetto di rilevazione tempestiva di alcuni indicatori di ricorso all'ospedale, basato sui sistemi informativi regionali dei pronto soccorso e delle dimissioni ospedaliere.⁴

Tutti i servizi sanitari regionali hanno reagito alla pandemia limitando l'offerta ordinaria, rinviando gli interventi programmati differibili e scoraggiando la domanda non urgente: è diminuito molto il ricorso al pronto soccorso dei casi non urgenti; sono diminuiti i ricoveri per malattie ischemiche cardiache e per malattie cerebrovascolari, ma è rimasta invariata la capacità di trattamento tempestivo e appropriato di queste patologie una volta ospedalizzate; è diminuita drasticamente l'offerta di interventi di chirurgia elettiva non urgente, ma in generale sembra rimasta invariata l'offerta di interventi non differibili in ambito oncologico e ortopedico.⁴

Un recente lavoro di Di Girolamo e colleghi ha analizzato le differenze sociali nell'accesso alle cure ospedaliere durante la pandemia (2020) rispetto ai due anni precedenti (2018-2019).⁵ I risultati mostrano come la diminuzione percentuale di accesso sia stata diversa per gruppi di popolazione con diverso titolo di studio (figura 6.1).

Nell'ambito dello stesso progetto è stato analizzato l'accesso alla chirurgia programmata nella Regione Lazio. Sono state calcolate le variazioni percentuali rispetto al biennio pre-pandemico. Dalla figura 6.2 si nota come subito dopo il lockdown (giugno-dicembre 2020), ma ancora nel 2021, i residenti con titolo di studio più elevato hanno avuto delle variazioni inferiori rispetto ai residenti con titolo di studio basso.

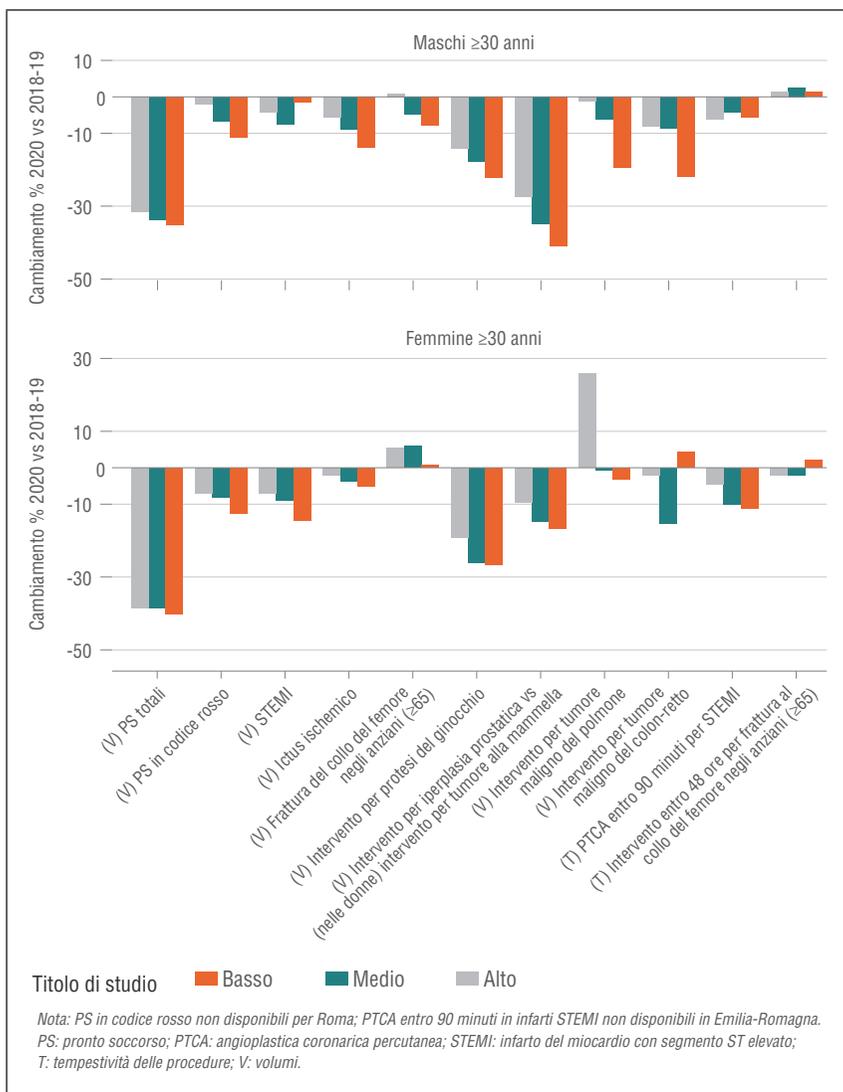


Figura 6.1 • Cambiamento percentuale dei tassi standardizzati per età per indicatori di volume (V) e prevalenza standardizzata per età per indicatori di procedure tempestive (T)⁵

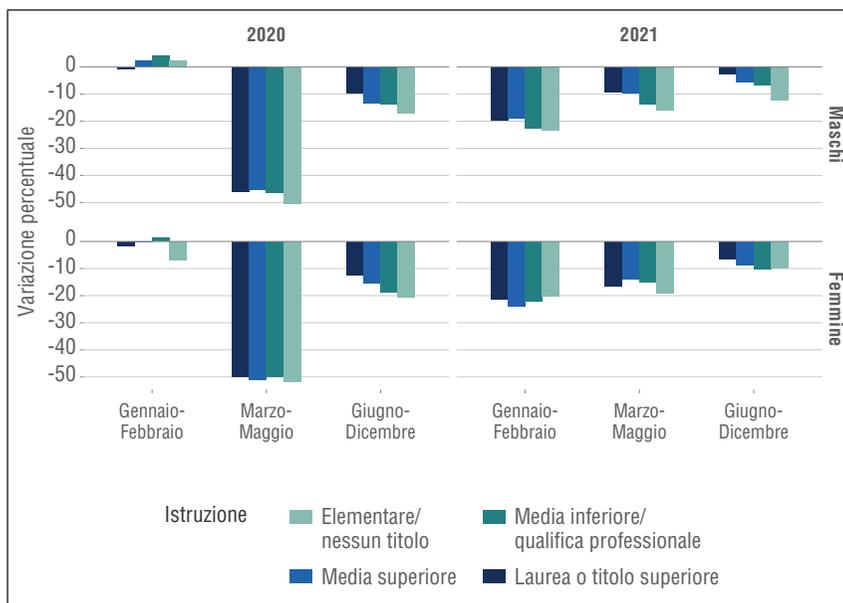


Figura 6.2 • Variazioni percentuali standardizzate per età di accesso alla chirurgia programmata. Regione Lazio (2020-2021)

IL DIFFERIMENTO DI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA

La pandemia da Sars-CoV-2 ha messo a dura prova il servizio sanitario nazionale; tale stress dovuto alla gestione dei casi ha avuto delle inevitabili ricadute anche sul trattamento dei pazienti con patologie preesistenti e sulle nuove diagnosi. In particolare, diversi studi mostrano una diminuzione degli interventi chirurgici per alcune sedi tumorali nelle primissime fasi della pandemia.⁴⁻⁷

Nel Lazio, come riportato nella figura 6.3, gli interventi per tumore maligno della mammella hanno avuto un decremento di oltre il 16% durante i mesi tra marzo e giugno 2020 rispetto all'attività registrata nello stesso periodo nel corso degli anni 2018-2019, per poi presentare una lenta e progressiva ripresa nelle fasi successive (dati preliminari del

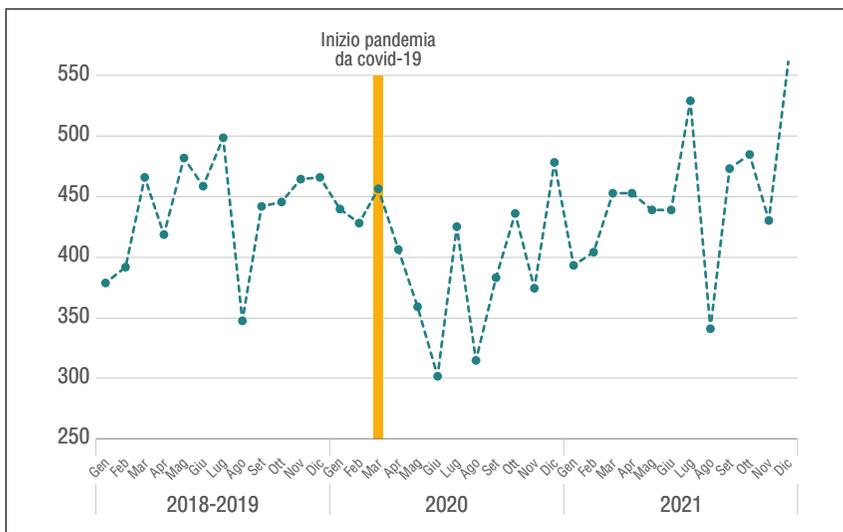


Figura 6.3 • Numero mensile di interventi incidenti per tumore maligno della mammella pre/post-covid-19. Regione Lazio (2018-2021)

progetto COMETA).⁷ Analizzando tali andamenti stratificati per titolo di studio (figura 6.4) si evincono importanti differenze tra i gruppi considerati: la diminuzione di interventi durante il primo lockdown nazionale, avvenuto tra marzo e maggio 2020, ha riguardato per lo più le donne con titolo di studio elementare o medio-basso. In particolare, confrontando i valori medi quadrimestrali dei volumi di attività chirurgica per tumore della mammella post-covid-19 con i dati storici relativi al biennio 2018-2019 (figura 6.5), si osserva un recupero nell'attività chirurgica a partire da marzo 2021 che ha riguardato esclusivamente le donne con titolo di studio medio-alto/alto.

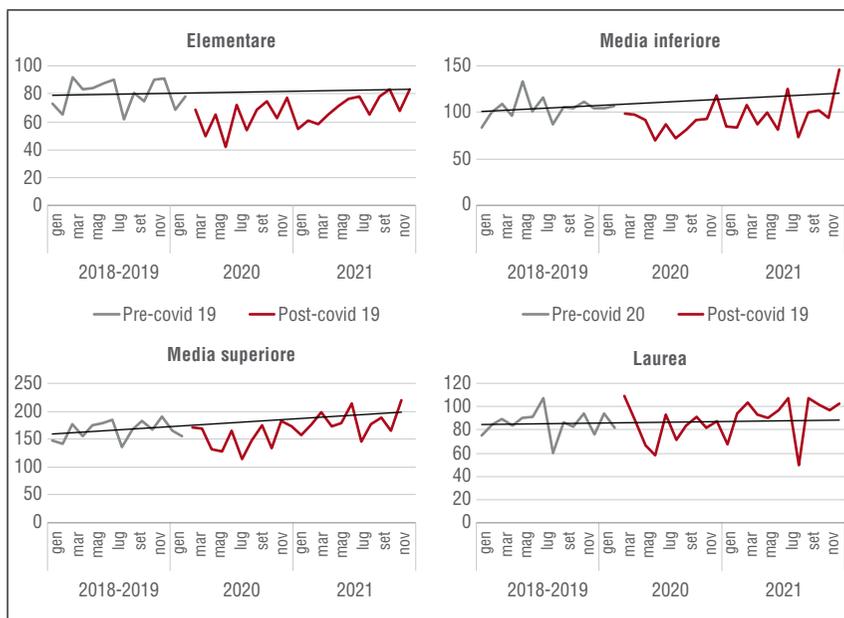


Figura 6.4 • Numero mensile di interventi incidenti per tumore maligno della mammella pre/post-covid-19 stratificato per titolo di studio. Regione Lazio (2018-2021)

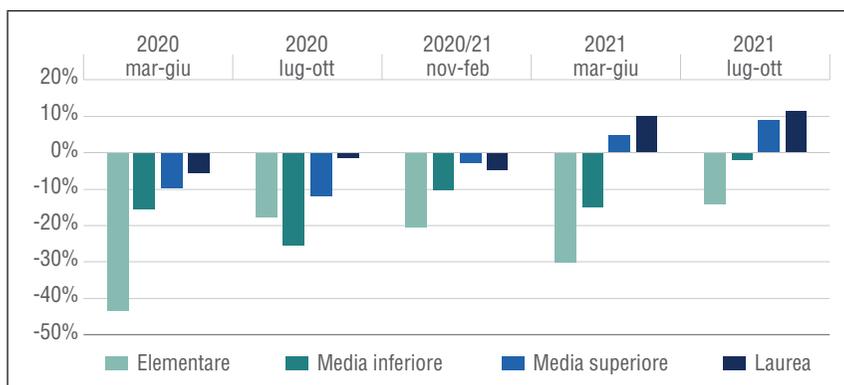


Figura 6.5 • Variazione percentuale quadrimestrale del numero di interventi per tumore maligno della mammella 2020-2021 vs 2018-2019

BIBLIOGRAFIA

1. Bamba C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2020; 74(11):964-8.
2. Angelici L, Sorge C, Di Martino M et al. Incidence of SARS-CoV-2 infection and related mortality by education level during three phases of the 2020 pandemic: a population-based cohort study in Rome. *J Clin Med* 2022; 11(3):877.
3. Cesaroni G, Calandrini E, Balducci M et al. Educational inequalities in COVID-19 vaccination: a cross-sectional study of the adult population in the Lazio Region, Italy. *Vaccines (Basel)* 2022; 10(3):364.
4. Spadea T, Di Girolamo C, Landriscina T et al.; Mimico-19 working group. Indirect impact of Covid-19 on hospital care pathways in Italy. *Sci Rep* 2021; 11(1):21526.
5. Di Girolamo C, Gnani R, Landriscina T et al.; Mimico-19 working group. Indirect impact of the COVID-19 pandemic and its containment measures on social inequalities in hospital utilisation in Italy. *J Epidemiol Community Health* 2022; jech-2021-218452.
6. Mangone L, Mancuso P, Braghiroli MB et al. Prompt resumption of screening programme reduced the impact of COVID-19 on new breast cancer diagnoses in Northern Italy. *Cancers (Basel)* 2022; 14(12):3029.
7. Silvestris N, Belleudi V, Addis A et al. Development of approaches and metrics to measure the impact and improve the clinical outcomes of patients with frailty in the era of COVID-19. The COMETA Italian Protocol. *Front Oncol* 2022; 12:828660.

7 • POPOLAZIONE STRANIERA

Il Lazio è la seconda Regione in Italia per prevalenza di cittadini stranieri residenti: vi risiede il 12% di tutta la popolazione straniera residente in Italia e gli stranieri costituiscono l'11% della popolazione residente nella Regione. La maggior parte degli stranieri residenti nel Lazio proviene da Paesi a forte pressione migratoria (95%), ovvero da Paesi dove la spinta attuale o potenziale a emigrare per pressioni socioeconomiche, ambientali e politiche è elevata. È usuale definire queste persone con il termine “immigrati”.

Sebbene gli immigrati abbiano una struttura per età più giovane degli italiani, motivo principale per cui godono di buona salute, numerose barriere di varia natura riducono l'accesso ai servizi di cura e la possibilità di attuare le diverse forme di prevenzione. Alcuni studi condotti nel Lazio sulla popolazione immigrata hanno mostrato differenze e talvolta svantaggi rispetto alla popolazione italiana:

- nella mortalità;
- nell'assistenza ospedaliera;
- nell'ospedalizzazione evitabile (proxy di qualità dell'assistenza primaria);
- nell'accesso al pronto soccorso (PS);
- nell'ambito materno-infantile;
- nel covid-19, in termini di accesso al test, incidenza, ospedalizzazione, mortalità, vaccinazione.

MORTALITÀ

I risultati di uno studio di coorte condotto su 2.454.355 residenti a Roma di 25-64 anni di età dal 2001 al 2015 hanno mostrato una mortalità inferiore negli stranieri residenti rispetto agli italiani,¹ sia nei maschi sia nelle femmine. I pattern di mortalità sono diminuiti complessivamente nel tempo, benché i risultati suggeriscano un rallentamento del vantaggio di mortalità, in particolare tra i maschi stranieri rispetto agli italiani durante e dopo la grande recessione (tabella 7.1).

TABELLA 7.1 - HAZARD RATIO DI MORTALITÀ DEGLI STRANIERI RISPETTO AGLI ITALIANI, PER SESSO. RESIDENTI A ROMA, ETÀ 25-64 ANNI (2001-2015)

	Maschi		Femmine	
	Hazard ratio	IC95%	Hazard ratio	IC95%
Cittadinanza				
• Italiana	1	-	1	-
• Straniera	0,49	(0,455-0,538)	0,61	(0,555-0,663)
Periodo				
• 2006-2010	0,84	(0,817-0,860)	0,89	(0,859-0,917)
• 2011-2015	0,77	(0,755-0,795)	0,86	(0,832-0,888)
Interazione cittadinanza*periodo				
• Cittadinanza*2006-2010	1,07	(0,950-1,196)	0,84	(0,741-0,956)
• Cittadinanza*2011-2015	1,26	(1,134-1,410)	0,95	(0,842-1,067)

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il numero di ricoveri erogati nel Lazio a cittadini stranieri nel 2017 è stato pari a 64.643 (8,1% del totale), prevalentemente in regime ordina-

rio (72,1%) e a carico di donne straniere (63,2%). Nei residenti stranieri tali valori sono risultati pari a 59.485 (8,2% di tutti i ricoveri), di cui il 72,1% in regime ordinario e il 64,8% a carico di donne.

Se si considera solo la popolazione residente e di età superiore a 1 anno, il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario tra gli stranieri è risultato pari a 58,6 per 1000 residenti. Se si vuole confrontare il dato con l'ospedalizzazione degli italiani è necessario considerare i tassi standardizzati per età, vista la diversa struttura delle due popolazioni, dai quali risulta che l'ospedalizzazione tra gli stranieri è inferiore a quella degli italiani (tabella 7.2).

L'analisi dell'ospedalizzazione in regime ordinario per età dei residenti stranieri mostra un andamento molto simile a quella della popolazione italiana nei maschi (figura 7.1), con un tasso maggiore negli italiani pressoché a tutte le età, mentre tra le femmine (figura 7.2) si osserva un eccesso di ricovero per le età fertili anticipato e più spiccato nelle straniere rispetto alle italiane.

Dalla distribuzione dei ricoveri per i capitoli dell'ICD-9-CM (figura 7.3) emergono, in termini proporzionali, differenze importanti tra stranieri e italiani e per sesso. Tra le cause più rilevanti, si osserva nei maschi

TABELLA 7.2 - TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE GREZZI E STANDARDIZZATI PER ETÀ (x1000), PER CITTADINANZA E SESSO. REGIME ORDINARIO. RESIDENTI NEL LAZIO, ETÀ ≥1 ANNO

Cittadinanza	 Sesso	N. ricoveri	Tasso grezzo	Tasso standardizzato
Italiana	Maschi	226.490	90,6	88,0
	Femmine	260.617	97,3	96,5
	Totale	487.107	94,0	92,5
Straniera	Maschi	12.935	39,8	70,8
	Femmine	26.453	76,2	85,7
	Totale	39.388	58,6	76,3

Fonte: SDO e popolazione Istat 2017.

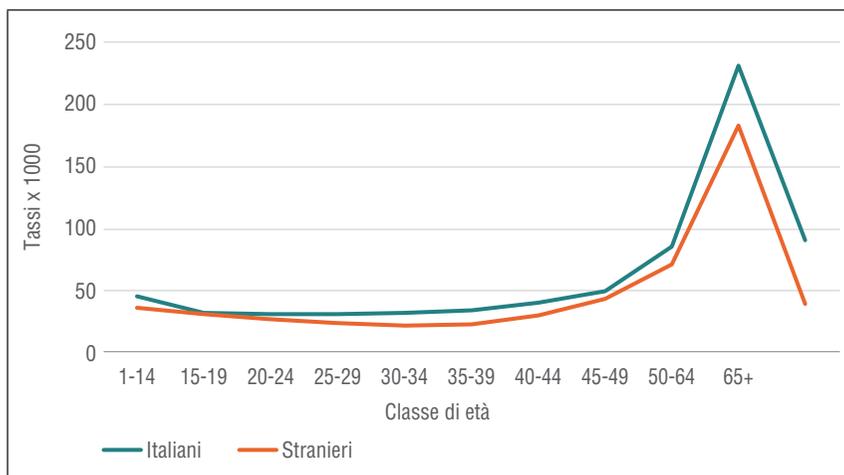


Figura 7.1 • Tassi di ospedalizzazione in regime ordinario dei residenti nel Lazio, per cittadinanza e classe di età. Età ≥ 1 anno, maschi.
Fonte: SDO e popolazione Istat 2017

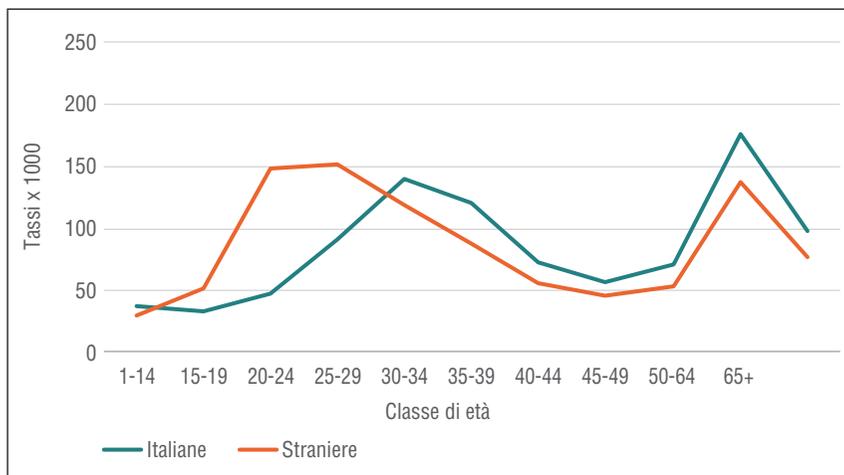


Figura 7.2 • Tassi di ospedalizzazione in regime ordinario dei residenti nel Lazio, per cittadinanza e classe di età. Età ≥ 1 anno, femmine.
Fonte: SDO e popolazione Istat 2017

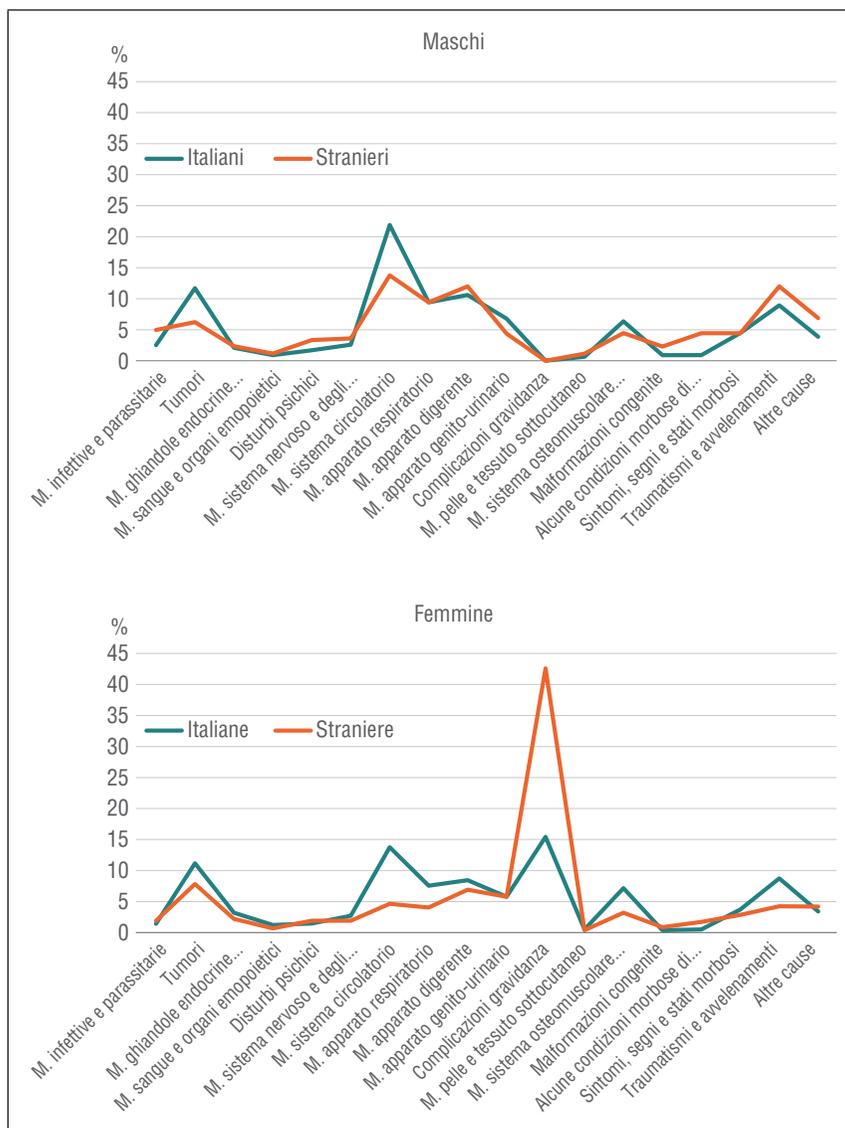


Figura 7.3 • Distribuzione dei ricoveri ordinari per grandi capitoli dell'ICD-9-CM nei residenti nel Lazio, per cittadinanza e sesso. Tutte le età. Fonte: SDO 2017

una maggiore proporzione dei ricoveri negli stranieri rispetto agli italiani per le malattie dell'apparato digerente (rispettivamente 13,5% vs 10,8%) e per i traumatismi e gli avvelenamenti (12,3% vs 9,1%), mentre nelle femmine il dato più rilevante riguarda i ricoveri per le complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (42,8% vs 15,7%). Questi e altri risultati sul confronto dell'assistenza offerta in ambito ospedaliero alla popolazione italiana e a quella straniera nel Lazio sono disponibili in letteratura.^{2,3}

OSPEDALIZZAZIONE EVITABILE

Il tasso di ospedalizzazione per condizioni cliniche potenzialmente evitabili (tabella 7.3) può essere usato come indicatore di qualità dell'assistenza primaria. Considerando solo i residenti di età 20-64 anni, e alcune condizioni cliniche potenzialmente evitabili rilevanti,^{4,5} si osserva un eccesso del tasso standardizzato tra gli stranieri rispetto agli italiani pari al 60% negli uomini e al 33% nelle donne.^{2,3}

TABELLA 7.3 - TASSI GREZZI E STANDARDIZZATI (x1000) DI OSPEDALIZZAZIONE POTENZIALMENTE EVITABILE* NEI RESIDENTI NEL LAZIO, PER CITTADINANZA E SESSO. ETÀ 20-64 ANNI

Cittadinanza	Sesso	N. ricoveri	Tasso grezzo	Tasso standardizzato
Italiana	Maschi	2144	1,42	1,36
	Femmine	964	0,62	0,61
	Totale	3108	1,02	0,98
Straniera	Maschi	362	1,45	2,17
	Femmine	179	0,66	0,80
	Totale	541	1,04	1,36

* Sono state considerate le seguenti condizioni: angina pectoris, asma, diabete, insufficienza cardiaca, ipertensione, malattie polmonari cronico-ostruttive.
Fonte: SDO e popolazione Istat 2017

Diversi studi sono stati condotti sul tema dell'ospedalizzazione evitabile e del confronto di questo indicatore di qualità dell'assistenza primaria tra italiani e stranieri residenti a Roma. I principali risultati sono elencati di seguito.

1. L'ospedalizzazione evitabile per **scompenso cardiaco** nella coorte dei residenti a Roma di 18-64 anni nel 2001, con follow-up di ospedalizzazione fino al 2013, è risultata complessivamente inferiore nelle persone provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM). Tuttavia, si osservano differenze per Paese di provenienza e, in particolare, le donne provenienti dall'Africa subsahariana mostrano un tasso di ospedalizzazione superiore a quello delle italiane (tabella 7.4).⁶
2. L'ospedalizzazione evitabile per **diabete mellito** nella coorte dei residenti a Roma di 18-64 anni nel 2001, con follow-up di ospedalizzazione fino al 2013, è risultata complessivamente inferiore nelle donne provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) rispetto alle

TABELLA 7.4 - RAPPORTI TRA TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE EVITABILE (RR) PER SCOMPENSO CARDIACO STANDARDIZZATI PER ETÀ E ANNO DI CALENDARIO. RESIDENTI A ROMA, ETÀ 18-64 ANNI (2001-2013)

Cittadinanza	Maschi				Femmine			
	N.	RR	IC95%		N.	RR	IC95%	
			I. inf.	I. sup.			I. inf.	I. sup.
Italia	5029	1,00	-	-	2306	1,00	-	-
PFPM	284	0,94	0,83	1,06	124	0,80	0,66	0,96
Europa centro-orientale	87	1,20	0,97	1,50	41	0,75	0,55	1,02
Africa settentrionale	50	1,25	0,94	1,65	11	1,67	0,92	3,03
Africa subsahariana	28	0,78	0,54	1,14	26	1,96	1,33	2,89
America centro-meridionale	8	0,20	0,10	0,40	21	0,68	0,44	1,05
Asia	111	0,98	0,81	1,18	25	0,50	0,34	0,75

PFPM: Paesi a forte pressione migratoria.

italiane. Tuttavia, si osservano differenze per Paese di provenienza e, in particolare, un tasso di ospedalizzazione superiore negli uomini provenienti dall'Africa settentrionale rispetto a quello della controparte italiana (tabella 7.5).⁷

TABELLA 7.5 - RAPPORTI TRA TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE EVITABILE (RR) PER DIABETE MELLITO STANDARDIZZATI PER ETÀ E ANNO DI CALENDARIO. RESIDENTI A ROMA, ETÀ 18-64 ANNI (2001-2013)

Cittadinanza	Maschi				Femmine			
	N.	RR	IC95%		N.	RR	IC95%	
			I. inf.	I. sup.			I. inf.	I. sup.
Italia	3843	1,00	-	-	2594	1,00	-	-
PFPM	285	0,97	0,86	1,09	154	0,77	0,66	0,91
Europa centro-orientale	60	0,84	0,66	1,07	43	0,65	0,48	0,88
Africa settentrionale	55	1,45	1,11	1,88	11	1,25	0,69	2,26
Africa subsahariana	32	0,99	0,71	1,39	19	1,03	0,65	1,61
America centro-meridionale	28	0,68	0,47	0,99	22	0,52	0,34	0,80
Asia	110	0,99	0,82	1,20	59	0,93	0,72	1,21

PFPM: Paesi a forte pressione migratoria.

3. L'ospedalizzazione evitabile per **asma** nella coorte dei residenti a Roma di 2-17 anni nel 2001, con follow-up di ospedalizzazione fino al 2013, è risultata complessivamente superiore nei bambini e negli adolescenti provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) rispetto alla controparte italiana. Si osservano differenze per Paese di provenienza, con eccessi di rischio tra i maschi provenienti dall'Africa subsahariana, dall'America centro-meridionale e dall'Asia e tra le femmine provenienti dall'Africa settentrionale, dall'America centro-meridionale e dall'Asia (tabella 7.6).⁸

TABELLA 7.6 - RAPPORTI TRA TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE EVITABILE (RR) PER ASMA STANDARDIZZATI PER ETÀ E ANNO DI CALENDARIO. RESIDENTI A ROMA, ETÀ 2-17 ANNI (2001-2013)

Cittadinanza	Maschi				Femmine			
	N.	IC95%			N.	IC95%		
		RR	I. inf.	I. sup.		RR	I. inf.	I. sup.
Italia	1345	1,00	-	-	858	1,00	-	-
PFPM	155	1,22	1,02	1,45	142	1,82	1,50	2,20
Europa centro-orientale	26	0,59	0,40	0,88	32	1,17	0,81	1,68
Africa settentrionale	14	1,12	0,66	1,89	19	2,45	1,54	3,90
Africa subsahariana	15	2,09	1,25	3,49	8	1,83	0,91	3,69
America centro-meridionale	33	2,06	1,45	2,93	19	1,87	1,17	2,96
Asia	67	1,40	1,08	1,80	64	2,22	1,70	2,89

PFPM: Paesi a forte pressione migratoria.

ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO

In termini proporzionali, tra gli stranieri sia maschi sia femmine si registrano meno accessi per codici gialli e rossi e più accessi per codici bianchi e verdi rispetto agli italiani (tabella 7.7). I tassi standardizzati di accesso in PS mostrano invece un maggior ricorso da parte degli stranieri rispetto agli italiani, sia nei maschi sia nelle femmine, e in tutti i codici triage (tabella 7.8). Questo dato può indicare un minor accesso degli stranieri all'assistenza primaria e specialistica.^{2,3}

Uno studio di coorte condotto su 2.184.467 residenti a Roma di 25-64 anni dal 2005 al 2015,⁹ in cui sono stati analizzati gli accessi in PS distinguendo tra italiani e immigrati, indica una minore propensione ad accedere ai PS da parte degli immigrati. Tuttavia, una volta entrati in contatto con il servizio, gli immigrati provenienti dall'Africa mostrano un tasso di utilizzo maggiore degli italiani (tabella 7.9). I risultati di questo studio

TABELLA 7.7 - NUMERO E PROPORZIONE DI ACCESSI IN PS PER CODICE TRIAGE, CITTADINANZA E SESSO. REGIONE LAZIO (2017)

Triage	Italiani				Stranieri			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
di cui con codice bianco	31.496	3,8	31.067	3,7	9486	7,9	8375	6,1
di cui con codice verde	537.033	64,9	545.715	65,4	84.386	70,3	97.464	70,8
di cui con codice giallo	230.210	27,8	234.311	28,1	23.338	19,4	29.749	21,6
di cui con codice rosso	28.406	3,4	23.041	2,8	2826	2,4	2096	1,5
Totale	827.145	100	834.134	100	120.036	100	137.684	100

Fonte dati: Sistema informativo emergenza sanitaria, Regione Lazio 2017.

TABELLA 7.8 - TASSO GREZZO (TG) E STANDARDIZZATO (TS) DI ACCESSI IN PS x 1000 RESIDENTI PER CODICE TRIAGE, CITTADINANZA E SESSO. REGIONE LAZIO (2017)

Accessi	Italiani				Stranieri			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	TG	TS	TG	TS	TG	TS	TG	TS
di cui con codice bianco	11,4	11,4	10,6	10,7	23,9	24,0	20,1	20,7
di cui con codice verde	198,3	199,0	189,4	191,5	216,1	228,4	242,4	235,9
di cui con codice giallo	85,8	84,1	82,2	81,4	57,4	90,2	73,6	92,6
di cui con codice rosso	10,8	10,5	8,3	8,0	6,7	12,4	5,0	8,9
Totale	306,3	305,1	290,6	291,6	304,2	355,0	341,1	358,2

Fonte dati: Sistema informativo emergenza sanitaria, Regione Lazio 2017.

TABELLA 7.9 - PROPENSIONE ALL'ACCESSO IN PS E TASSO DI UTILIZZO DEL PS PER AREA DI ORIGINE AGGIUSTATO PER ETÀ E SESSO. RESIDENTI A ROMA, ETÀ 25-64 ANNI (2005-2015)

Area di origine vs Italia (cittadinanza)	Propensione all'accesso in PS			Tasso di utilizzo del PS		
	N. accessi in PS	Odds ratio	IC95%	N. accessi in PS	Rapporto tra tassi	IC95%
PVS ^a	48.256	0,23	(0,22-0,24)	8893	0,65	(0,61-0,70)
Africa	76.575	0,52	(0,50-0,53)	24.219	1,46	(1,40-1,52)
America latina	62.904	0,72	(0,70-0,73)	26.586	1,04	(1,00-1,08)
Asia	62.904	0,43	(0,43-0,44)	50.093	0,80	(0,78-0,83)
Europa centro-orientale	213.961	0,55	(0,54-0,55)	83.619	0,96	(0,93-0,98)

^a Paesi a sviluppo avanzato.

possono riflettere sia differenziali di salute, sia differenziali nella qualità delle cure e nell'accesso all'assistenza sanitaria tra la popolazione immigrata residente a Roma e quella italiana.

SALUTE MATERNO-INFANTILE

Nel 2017 sono stati osservati 9500 parti attribuibili a donne straniere (21,8% di tutti i parti) e 33.990 attribuibili a donne italiane. L'analisi di alcune caratteristiche socio-demografiche delle partorienti (tabella 7.10) mostra un'età media al parto inferiore nelle straniere rispetto alle italiane (30,3 vs 33,2 anni) e una maggiore percentuale di bassa scolarità (48,9% vs 23,9%), di donne coniugate (60,1% vs 48,9%) e di prima visita tardiva (8,6% vs 5,5%). La percentuale di donne straniere con indagini prenatali è invece risultata inferiore a quella delle italiane, probabilmente come effetto della più giovane età delle partorienti straniere.

TABELLA 7.10 - CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE
DELLE PARTORIENTI NEL LAZIO, PER CITTADINANZA

Indicatori	Italiane	Straniere
Età media (deviazione standard)	33,2 (5,5)	30,3 (5,8)
Scolarità bassa (%)*	23,9	48,9
Stato civile (%)		
• coniugate	48,9	60,1
• nubili	48,8	38,1
Età gestazionale prima visita >12 settimane (%)	5,5	8,6
Almeno un'indagine prenatale invasiva (%)		
• ≤35 anni	5,0	2,4
• >35 anni	9,3	3,3

* Scolarità bassa = fino alle scuole medie inferiori.
Fonte: CedAP, 2017.

Per quanto riguarda la modalità del parto nelle donne in età fertile (15-49 anni) che hanno partorito nel Lazio, le straniere mostrano una percentuale inferiore di tagli cesarei rispetto alle italiane (34,3% vs 36,5%), dato desunto dalle schede di dimissione ospedaliera 2017. Le informazioni presenti nel CedAP consentono di misurare sia la proporzione di tagli cesarei in parti a basso rischio (secondo la classificazione di Robson), sia la proporzione di parti con taglio cesareo primario avvenuti nel Lazio. Le donne straniere mostrano in entrambi i casi percentuali inferiori a quelle delle italiane (tabelle 7.11 e 7.12).

Un aspetto critico della salute delle donne straniere riguarda le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG). I ricoveri per IVG attribuiti a cittadine straniere in età fertile nel 2017 sono stati 2702, pari al 31,0% del totale, mentre quelli attribuiti a donne italiane sono stati 6023. Il dato per classe di età mostra un ricorso all'IVG nelle età più centrali (24-34 anni) maggiore tra le straniere rispetto alle italiane, che invece ricorrono maggiormente all'IVG soprattutto prima dei 25 anni e dopo i 35 anni (figura 7.4).

TABELLA 7.11 - PROPORZIONE DI TAGLI CESAREI IN PARTI A BASSO RISCHIO*
AVVENUTI NEL LAZIO, PER CITTADINANZA

Italiane			Straniere		
N. nati vivi singoli da parto cesareo a basso rischio*	Totale nati vivi da parti a basso rischio*	%	N. nati vivi singoli da parto cesareo a basso rischio*	Totale nati vivi da parti a basso rischio*	%
4965	17.084	29,1	1042	4036	25,8

* Classi 1 e 2 di Robson.
Fonte: CedAP, 2017.

TABELLA 7.12 - PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO*
AVVENUTI NEL LAZIO, PER CITTADINANZA

Italiane			Straniere		
N. nati vivi da parti con taglio cesareo primario*	N. totale nati vivi	%	N. nati vivi da parti con taglio cesareo primario*	N. totale nati vivi	%
8506	34.984	24,3	2013	9700	20,8

* Cesarei tra donne con nessun pregresso cesareo.
Fonte: CedAP, 2017.

Dalla proporzione di gravidanze che hanno come esito un'IVG emerge un eccesso tra le straniere, che mostrano valori pari al 20,3% rispetto al 13,9% tra le italiane. Il dato per classe di età mostra un maggior ricorso all'IVG nelle gravidanze avvenute dopo i 25 anni di età tra le straniere rispetto alle italiane, che invece vi ricorrono soprattutto nelle gravidanze che si verificano prima dei 25 anni (figura 7.5).

I nati attribuiti a donne straniere sono risultati pari a 9726 (il 21,7% del totale), mentre quelli attribuiti a donne italiane sono stati 35.035. L'analisi delle caratteristiche perinatali mostra maggiori percentuali di

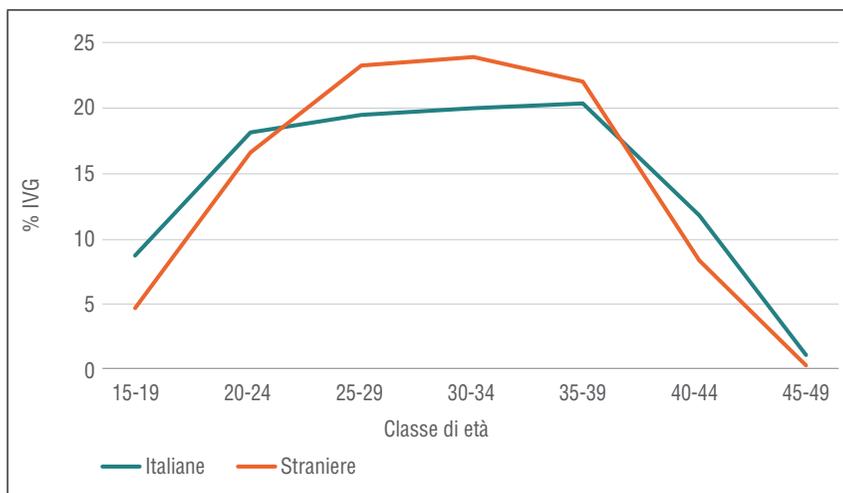


Figura 7.4 • Distribuzione dei ricoveri per IVG in età fertile (15-49 anni) avvenuti nel Lazio, per cittadinanza e classe di età. Fonte: SDO 2017

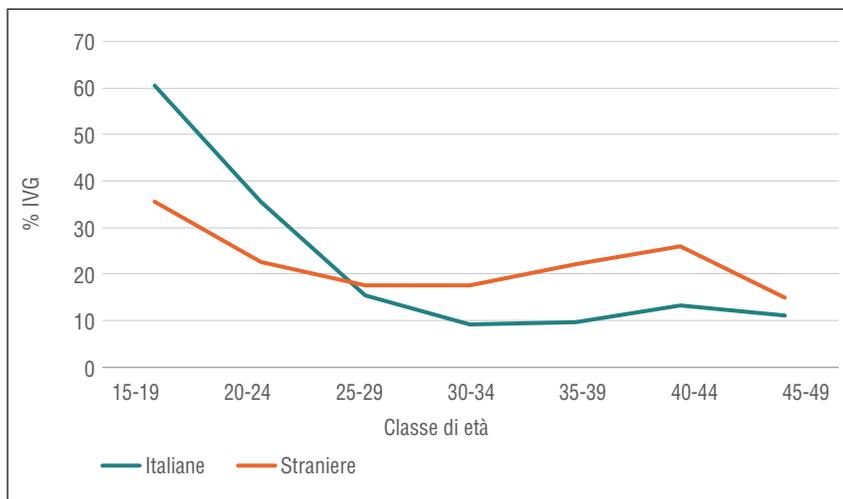


Figura 7.5 • Proporzioni di gravidanze in età fertile (15-49 anni) che hanno come esito un'IVG nel Lazio, per cittadinanza e classe di età. Fonte: SDO 2017

basso peso alla nascita e indice di Apgar a 5 minuti inferiore a 8, nonché un maggior tasso di natimortalità, nei nati da madri straniere rispetto ai nati da madri italiane (tabella 7.13).

TABELLA 7.13 - CARATTERISTICHE DEI NEONATI PARTORITI NEL LAZIO, PER CITTADINANZA DELLA MADRE

Indicatori	Italiana	Straniera
% Sottopeso*		
• <1500 g	1,0	1,4
• <2500 g	6,6	7,0
Tasso di natimortalità (per 1000)	1,5	2,7
% Apgar <8 (a 5 minuti)*	1,1	1,8

* Esclusi i nati morti.
Fonte: CedAP, 2017.

I ricoveri nel primo anno di vita sono risultati pari a 3620 nei nati da donne straniere (17,8% di tutti i ricoveri) e a 17.870 nei nati da donne italiane. Le maggiori percentuali di ricovero si riscontrano per “Alcune condizioni morbose di origine perinatale” nei nati di origine straniera e per “Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V)” tra gli italiani (figura 7.6). Questi e altri risultati sul confronto dell’assistenza offerta in ambito materno-infantile alle italiane e alle straniere nel Lazio sono disponibili in letteratura.^{2,3}

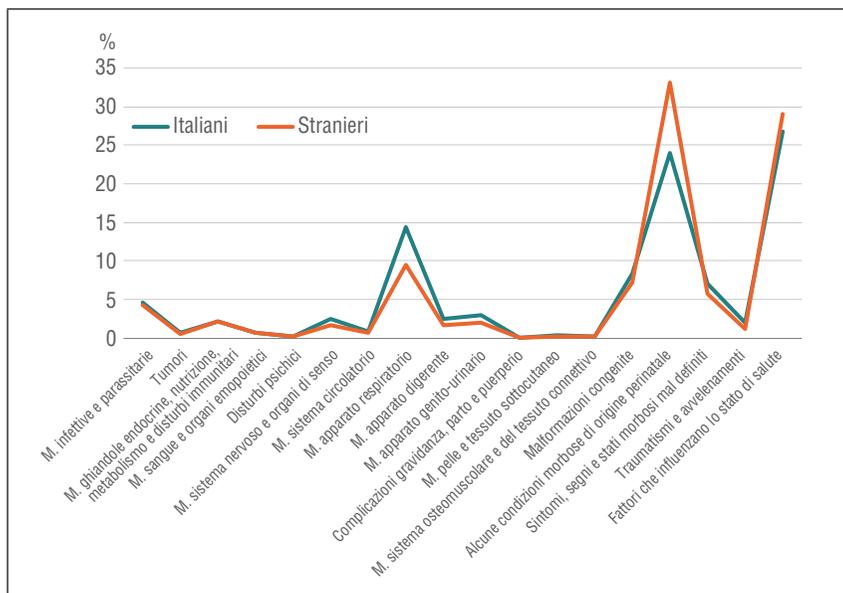


Figura 7.6 • Distribuzione dei ricoveri per capitoli dell'ICD-9-CM avvenuti nel primo anno di vita (età: 0-365 giorni) nel Lazio, per cittadinanza. Fonte: SDO 2017

COVID-19

I risultati riportati di seguito mostrano le misure di incidenza, ospedalizzazione e mortalità di e per covid-19 relative ai residenti nel Lazio, dall'inizio della pandemia di Sars-CoV-2 fino a luglio 2021, distinte tra stranieri e italiani in base alla cittadinanza. Le fonti dati sono: a) la piattaforma Emergenza Coronavirus integrata con i dati dei sistemi informativi sanitari del Lazio; b) il Sistema informativo ospedaliero della Regione Lazio; c) la popolazione residente Istat. Questi e altri risultati sul confronto della pandemia tra italiani e stranieri nel Lazio sono disponibili in letteratura.¹⁰

Incidenza

L'andamento dell'incidenza di Sars-CoV-2 mostra, sia nei maschi sia nelle femmine, un eccesso delle infezioni negli stranieri durante le fasi meno acute dell'epidemia (figura 7.7).

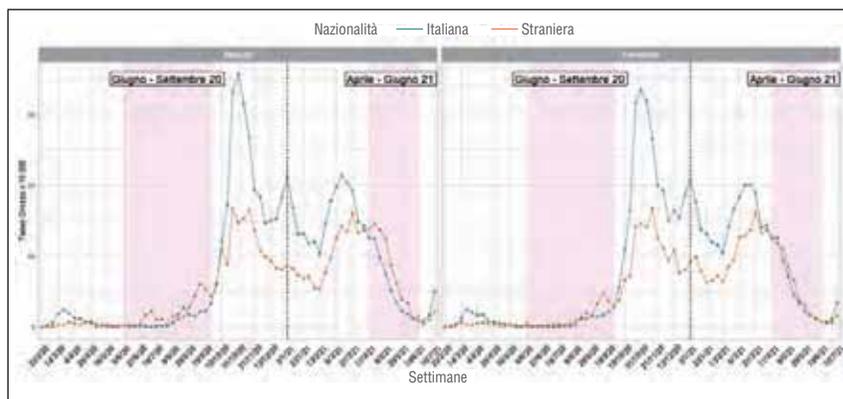


Figura 7.7 • Trend temporale del tasso di positività al Sars-CoV-2, per status migratorio e sesso (x10.000 residenti). Regione Lazio (22/02/20-16/07/21)

I tassi per età in classi quinquennali sono pressoché sempre superiori negli italiani rispetto a quelli negli stranieri (figura 7.8), come risulta anche evidente dai tassi standardizzati per età nei gruppi a confronto (figura 7.9).

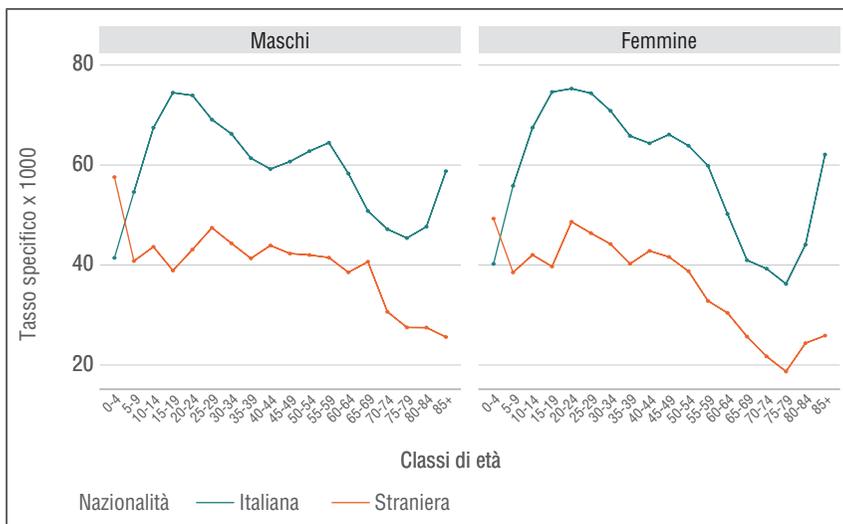


Figura 7.8 • Tasso di positività al Sars-CoV-2 età-specifico, per status migratorio e sesso (x1000 residenti). Lazio (22/02/20-16/07/21)

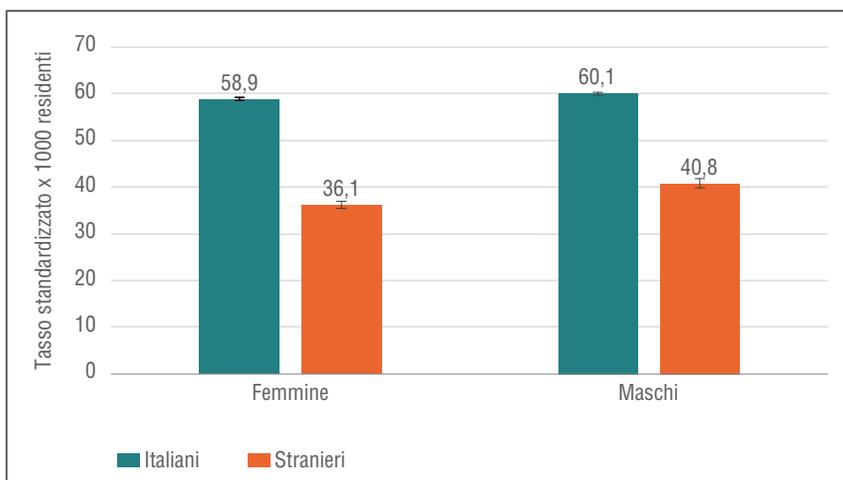


Figura 7.9 • Tasso di positività al Sars-CoV-2 standardizzato per età, per status migratorio e sesso (x1000 residenti). Regione Lazio (22/02/20-16/07/21)

Ospedalizzazione in area medica

L'analisi del trend temporale di ospedalizzazione in area medica legata all'infezione da Sars-CoV-2 mostra, soprattutto nei maschi, un tasso maggiore negli stranieri durante le fasi meno acute dell'epidemia (figura 7.10).

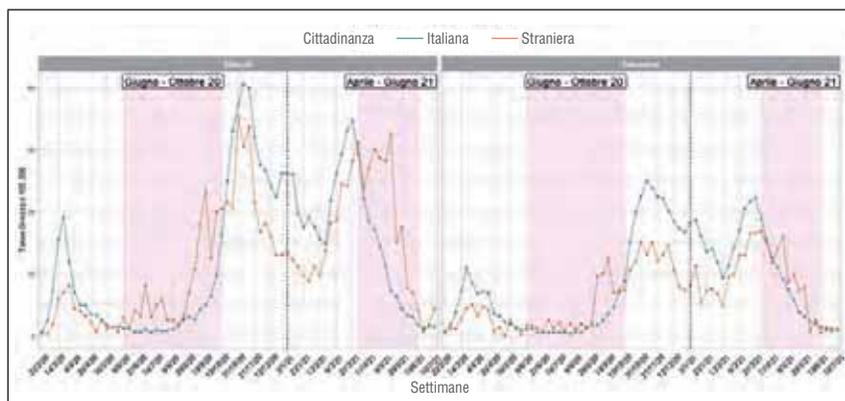


Figura 7.10 • Trend temporale del tasso di ospedalizzazione in area medica correlato al Sars-CoV-2, per status migratorio e sesso (x100.000 residenti). Regione Lazio (22/02/20-16/07/21)

I pattern di ospedalizzazione per età evidenziano un eccesso di ricovero nella popolazione straniera giovane rispetto alla controparte italiana, sia nei maschi sia nelle femmine, pattern che si inverte nelle età più avanzate (figura 7.11).

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età risulta essere maggiore nei maschi stranieri rispetto agli italiani (figura 7.12).

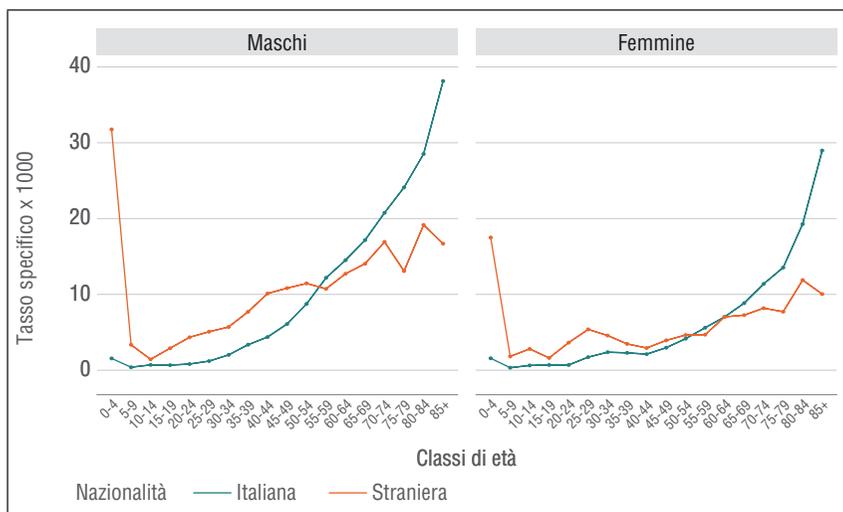


Figura 7.11 • Tasso di ospedalizzazione in area medica correlato al Sars-CoV-2 età-specifico, per status migratorio e sesso (x1000 residenti). Regione Lazio (22/02/20-16/07/21)

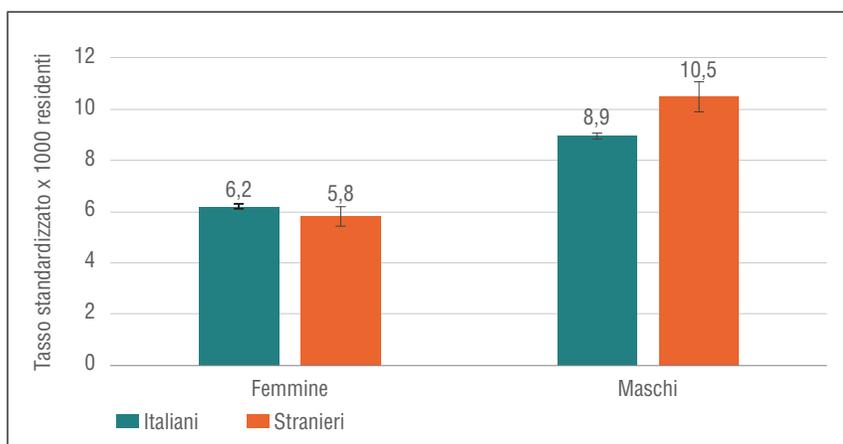


Figura 7.12 • Tasso di ospedalizzazione in area medica correlato al Sars-CoV-2 standardizzato per età, per status migratorio e sesso (x1000 residenti). Regione Lazio (22/02/20-16/07/21)

Ospedalizzazione in terapia intensiva

L'analisi del trend temporale di ospedalizzazione in terapia intensiva legata all'infezione da Sars-CoV-2 mostra nei maschi un tasso maggiore negli stranieri, rispetto a quello negli italiani, ancora una volta durante le fasi meno acute della pandemia (figura 7.13).

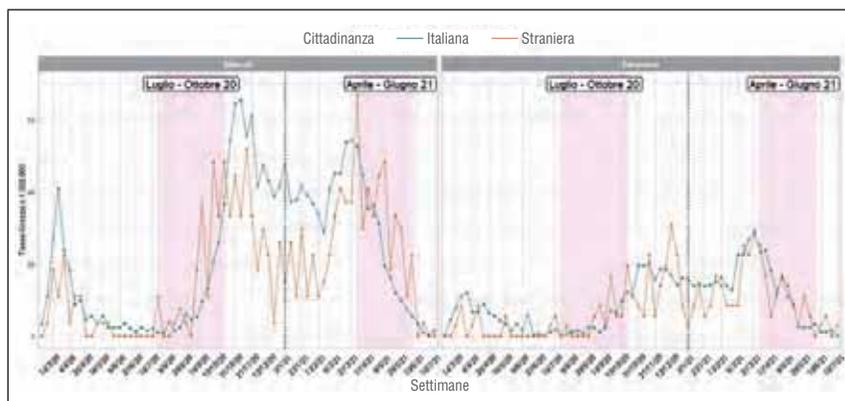


Figura 7.13 • Trend temporale del tasso di ospedalizzazione in terapia intensiva correlato al Sars-CoV-2, per status migratorio e sesso (x1.000.000 di residenti). Regione Lazio (22/02/20-16/07/21)

Il pattern di ospedalizzazione in reparti di terapia intensiva per età è marcatamente superiore negli stranieri nelle età giovani, in particolare nei maschi (figura 7.14).

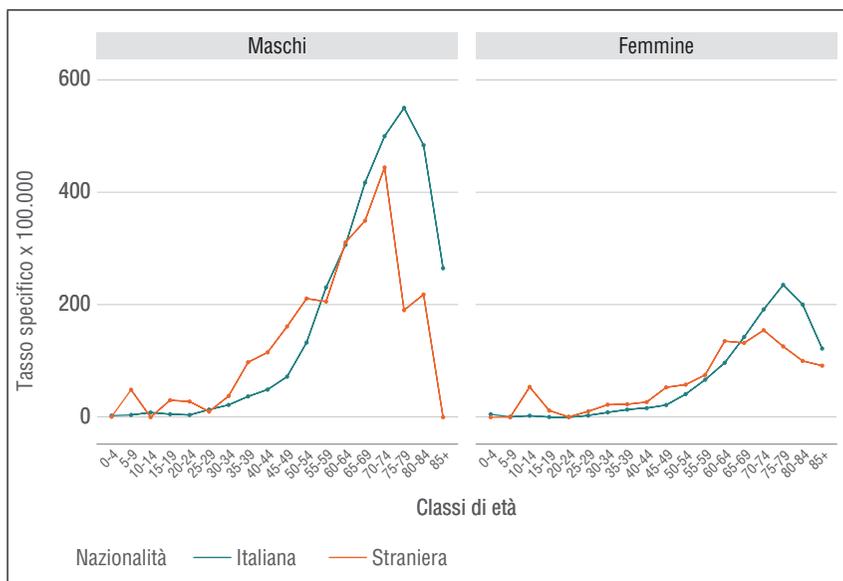


Figura 7.14 • Tasso di ospedalizzazione in terapia intensiva correlato al Sars-CoV-2 età-specifico, per status migratorio e sesso (x100.000 residenti). Regione Lazio (22/02/20-16/07/21)

Mortalità

L'andamento della mortalità per covid-19 è difficile da studiare per via della più bassa numerosità della popolazione straniera, e quindi della casistica, rispetto a quella italiana. Tuttavia i dati suggeriscono ancora una volta eterogeneità della misura per fase epidemica: sono infatti visibili degli eccessi di mortalità nella popolazione straniera, soprattutto maschile, nelle fasi meno acute dell'epidemia (figura 7.15), riconducibili a decessi avvenuti in età più giovani nella popolazione straniera rispetto a quella italiana (figura 7.16).

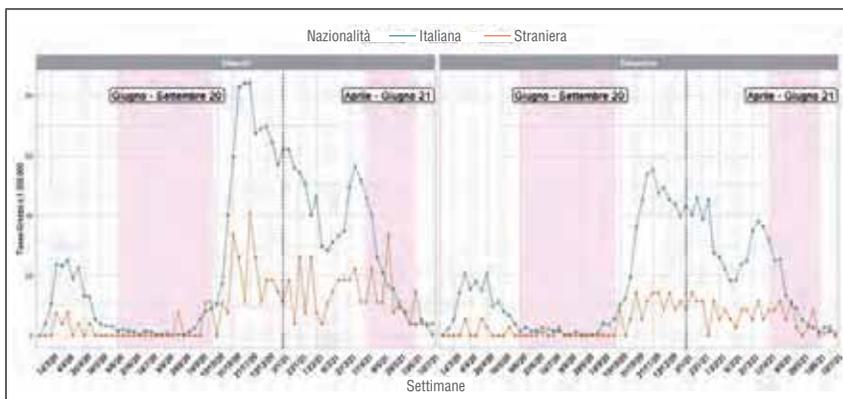


Figura 7.15 • Trend temporale del tasso di mortalità correlato al Sars-CoV-2, per status migratorio e sesso (x1.000.000 di residenti). Regione Lazio (22/02/20-16/07/21)

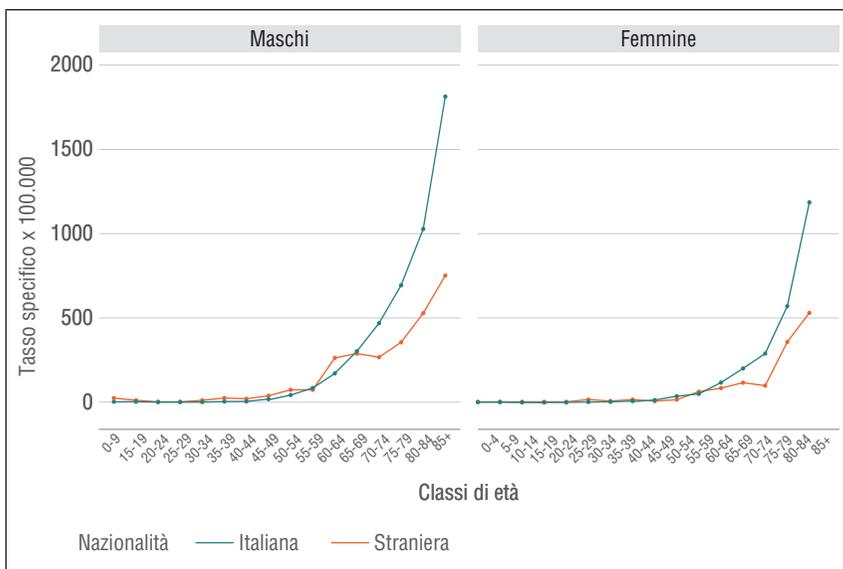


Figura 7.16 • Tasso di mortalità correlato al Sars-CoV-2 età-specifico, per status migratorio e sesso (x100.000 residenti). Regione Lazio (22/02/20-16/07/21)

BIBLIOGRAFIA

1. Trappolini E, Marino C, Agabiti N, Giudici C, Davoli M, Cacciani L. Mortality differences between migrants and Italians residing in Rome before, during, and in the aftermath of the great recession. A longitudinal cohort study from 2001 to 2015. *BMC Public Health* 2021; 21(1):2112.
2. INMP. Sistema di monitoraggio dello stato di salute e di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: risultati anno 2017. A cura di: Di Napoli A, Rossi A, Ventura M, Petrelli A. Quaderni di Epidemiologia 3. Disponibile online: https://www.inmp.it/quaderni/Numero3_Indicatori.pdf
3. Di Napoli A, Ventura M, Spadea T et al. Barriers to accessing primary care and appropriateness of healthcare among immigrants in Italy. *Front Public Health* 2022; 10:817696.
4. Agabiti N, Pirani M, Schifano P et al.; Italian Study Group on inequalities in health care. Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. *BMC Public Health* 2009; 9:457.
5. Pirani M, Schifano P, Agabiti N, Davoli M, Caranci N, Perucci CA. Ospedalizzazione potenzialmente evitabile nella città di Bologna, 1997-2000: andamento temporale e differenze per livello di reddito. *Epidemiol Prev* 2006; 30(3):169-77.
6. Dalla Zuanna T, Cacciani L, Barbieri G et al. Avoidable hospitalization for heart failure among a cohort of 18- to 64-year-old Italian citizens and immigrants: results from the Italian Network for Longitudinal Metropolitan Studies. *Circ Heart Fail* 2021; 14(7):e008022.
7. Dalla Zuanna T, Cacciani L, Barbieri G et al. Avoidable hospitalisation for diabetes mellitus among immigrants and natives: results from the Italian Network for Longitudinal Metropolitan Studies. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2020; 30(9):1535-43.
8. Cacciani L, Canova C, Barbieri G et al. Potentially avoidable hospitalization for asthma in children and adolescents by migrant status: results from the Italian Network for Longitudinal Metropolitan Studies. *BMC Public Health* 2020; 20(1):1858.
9. Trappolini E, Marino C, Agabiti N, Giudici C, Davoli M, Cacciani L. Disparities in emergency department use between Italians and migrants residing in Rome, Italy: the Rome Dynamic Longitudinal Study from 2005 to 2015. *BMC Public Health* 2020; 20(1):1548.
10. Petrelli A, Di Napoli A (a cura di). L'impatto del COVID-19 sulla popolazione immigrata in Italia (febbraio 2020-luglio 2021). Risultati di un progetto collaborativo tra INMP e Regioni. *Epidemiol Prev* 2022; 46(4 Suppl 1).

8 • ESPOSIZIONI AMBIENTALI ED EFFETTI SULLA SALUTE

Ambiente di vita, disuguaglianze sociali e stato di salute di una popolazione sono strettamente correlati. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità i rischi ambientali sono responsabili di circa il 24% di tutti i decessi a livello globale¹ e sono tra i fattori più importanti in grado di contribuire alle disuguaglianze sociali nella salute.²

La posizione socioeconomica influenza l'esposizione a fattori ambientali, ma anche la gravità degli effetti sulla salute osservati. A parità di esposizione, nei gruppi socialmente più svantaggiati alcuni meccanismi possono modificare l'effetto sulla salute e quindi influenzare la relazione dose-risposta. Due principali meccanismi sono chiamati in causa per spiegare il ruolo delle esposizioni ambientali come determinante delle disuguaglianze di salute: i gruppi socioeconomici più svantaggiati vivono in aree più degradate dal punto di vista ambientale e sono in genere esposti a livelli di inquinamento più elevati (*esposizione differenziale*); allo stesso tempo i sottogruppi di basso livello socioeconomico sono più suscettibili agli effetti delle esposizioni ambientali a causa degli stili di vita e delle condizioni di salute (*suscettibilità differenziale*) (figura 8.1).

È stato evidenziato come i cambiamenti climatici (CC) attuali e futuri siano in grado di determinare un'amplificazione dei contrasti già esistenti in tema di disuguaglianze di salute tra Paesi ricchi e Paesi poveri e tra i diversi strati sociali all'interno della stessa popolazione;³ diversi fattori di rischio ambientali associati a CC, ondate di calore, inquinamento atmosferico e inondazioni possono inoltre essere modificatori di effetto per

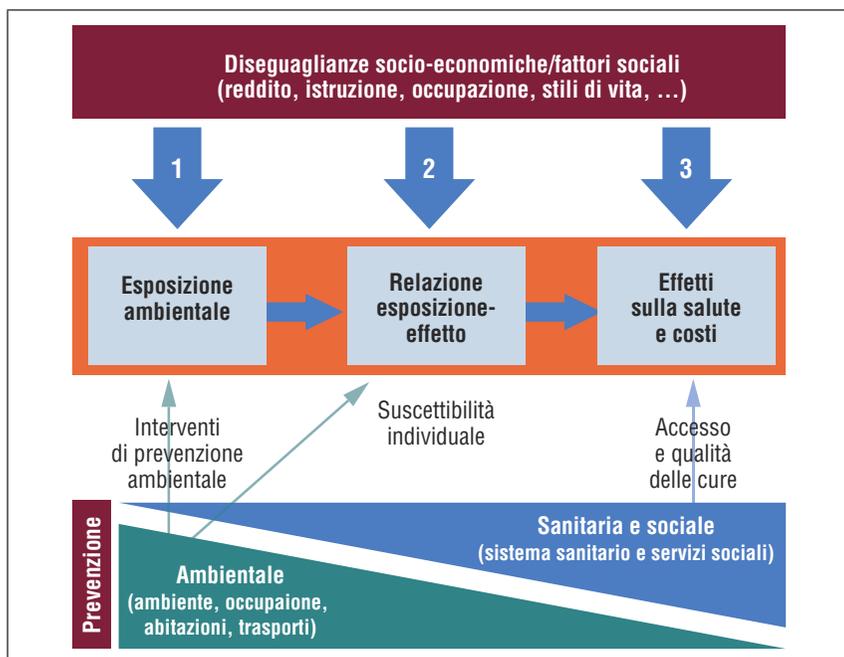


Figura 8.1 • Esposizioni ambientali e disuguaglianze di salute (modificata da: WHO, 2010)

altri fattori di rischio, come è stato recentemente evidenziato riguardo al ruolo dell'inquinamento atmosferico come determinante della gravità e della mortalità per covid-19, effetto che si riscontra soprattutto nei gruppi sociali più svantaggiati.⁴

Si parla di giustizia ambientale quando ci si riferisce agli studi che valutano le disuguaglianze ambientali di salute, la maggior parte dei quali ha dimostrato che il livello di contaminazione ambientale è più elevato nelle aree in cui risiedono i gruppi di popolazione socioeconomicamente più svantaggiati.^{5,6} Lo sviluppo di metodologie di analisi geografica, insieme alla capacità di modellare su scala sempre più fine il livello di esposizione ambientale (per esempio per l'inquinamento dell'aria), e la possibilità di caratterizzare il livello socioeconomico della popolazione

consentono di condurre studi in grado di analizzare i differenziali geografici e socioeconomici associati ai rischi ambientali.

Il DEP nel corso degli anni ha prodotto numerose evidenze sulle disuguaglianze sociali nell'esposizione a inquinanti ambientali a Roma e nel Lazio, documentando un diverso effetto nei sottogruppi socioeconomici della popolazione, con un effetto spesso sinergico tra fattori di rischio ambientali, occupazionali, condizioni di salute e stili di vita. In generale, i soggetti socialmente più svantaggiati lo sono anche rispetto alle condizioni di vita e all'ambiente che li circonda. Vicino a siti industriali o a siti potenzialmente inquinati, la popolazione residente ha una posizione socioeconomica medio-bassa; l'esempio riportato nella figura 8.2 mostra che nell'area di massima ricaduta dell'inquinamento emesso

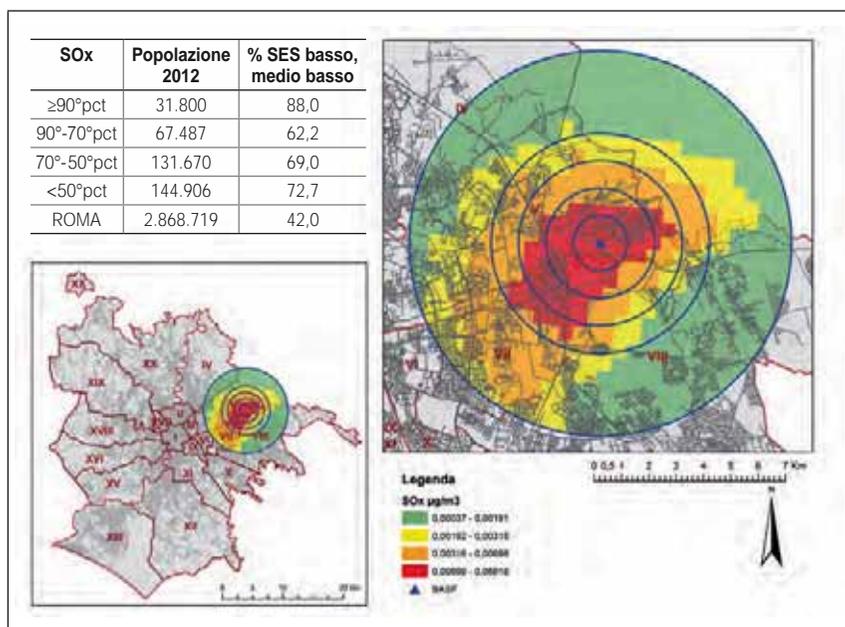


Figura 8.2 • Percentuale di popolazione residente nei diversi percentili di ricaduta al suolo di SO₂ derivante dalle emissioni di un insediamento industriale localizzato nella periferia est del Comune di Roma (anno 2012)

da un impianto industriale pericoloso localizzato nella periferia est della città (area rossa) l'88% della popolazione era classificato di livello basso o medio-basso, oltre il doppio rispetto al livello medio del comune di Roma (42%).

L'inquinamento atmosferico rappresenta uno dei principali fattori di rischio ambientale per la salute umana (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/air-pollution>). Nel Lazio le informazioni relative all'esposizione dei residenti ai principali inquinanti atmosferici, come il particolato fine ($PM_{2.5}$) ed il biossido di azoto (NO_2), sono state ottenute grazie all'applicazione di modelli statistici di machine learning sulla base di dati satellitari, in grado di riprodurre in modo accurato l'esposizione giornaliera per ogni km^2 del territorio nazionale.

Nella figura 8.3 è riportata la concentrazione media annua, sulla base di medie giornaliere, a livello di sezione di censimento per il Comune di Roma. Come si può notare, la zona centrale della città presenta dei livelli di esposizione più elevati rispetto ai quartieri periferici; questo è più evidente per l' NO_2 , inquinante generato a seguito di processi di combustione in particolare dal traffico veicolare. Analizzando la correlazione tra inquinamento atmosferico e livello socioeconomico della popolazione il Comune di Roma rappresenta un'anomalia nel contesto nazionale e internazionale poiché la maggior parte degli studi mostra una correlazione positiva tra inquinamento e livello di deprivazione,⁷ mentre a Roma la zona centrale della città (con livello di deprivazione basso) presenta concentrazioni di inquinanti più elevate rispetto a quelle delle aree periferiche con livello di deprivazione elevato (figura 8.3). La mappa del $PM_{2.5}$, come quella dell' NO_2 , evidenzia chiaramente alti livelli nel centro-città, evidenziando anche il quadrante est di Roma, caratterizzato da elevato inquinamento e alta deprivazione socioeconomica.

Sono stati analizzati gli effetti a lungo termine dell'inquinamento atmosferico sulla mortalità per cause naturali per livelli di istruzione, occupazione e deprivazione socioeconomica utilizzando la coorte di Roma al 2011, seguita fino al 2019. Nella figura 8.4 è riportato il numero di decessi attribuibili per il $PM_{2.5}$ e per l' NO_2 : si evidenzia che il numero di decessi attribuibili è più elevato nei soggetti con basso titolo

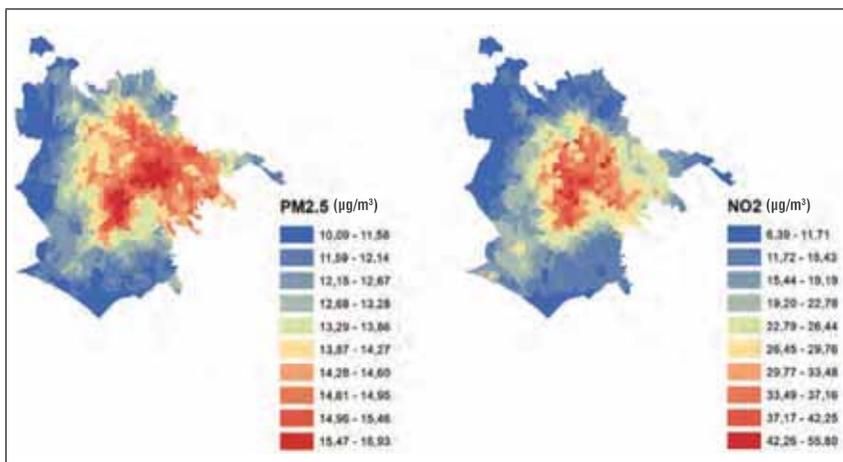


Figura 8.3 • Concentrazione media annua di PM_{2.5} e NO₂ per sezione di censimento nel Comune di Roma

di studio e nei pensionati (i dati sono aggiustati per età), con differenze più evidenti e significative per il PM_{2.5}. Utilizzando come indicatore il livello di deprivazione, si osserva invece un effetto degli inquinanti maggiore nelle aree con livello di deprivazione basso e intermedio, mentre l'effetto è minore per i soggetti residenti nelle aree ad elevata deprivazione, in particolare per l'NO₂. Questo risultato riflette, come già discusso, la diversa distribuzione dell'inquinamento da traffico tra centro e periferia della città.

Tuttavia, sono disponibili dati sulla maggiore suscettibilità dei gruppi più svantaggiati di popolazione agli effetti acuti dell'inquinamento dell'aria.⁸ Inoltre, è stato evidenziato che le fasce di popolazione più deprivate possono avere benefici maggiori in seguito all'introduzione di interventi di prevenzione. Per esempio, in seguito alla legge di divieto di fumo nei locali pubblici in Italia del 2005, uno studio condotto a Roma ha evidenziato una significativa riduzione degli eventi coronarici acuti, con benefici maggiori nelle classi sociali più svantaggiate, dove la riduzione osservata rispetto ai 2 anni precedenti è stata del 15% rispetto all'8% delle classi di posizione socioeconomica elevata.⁹

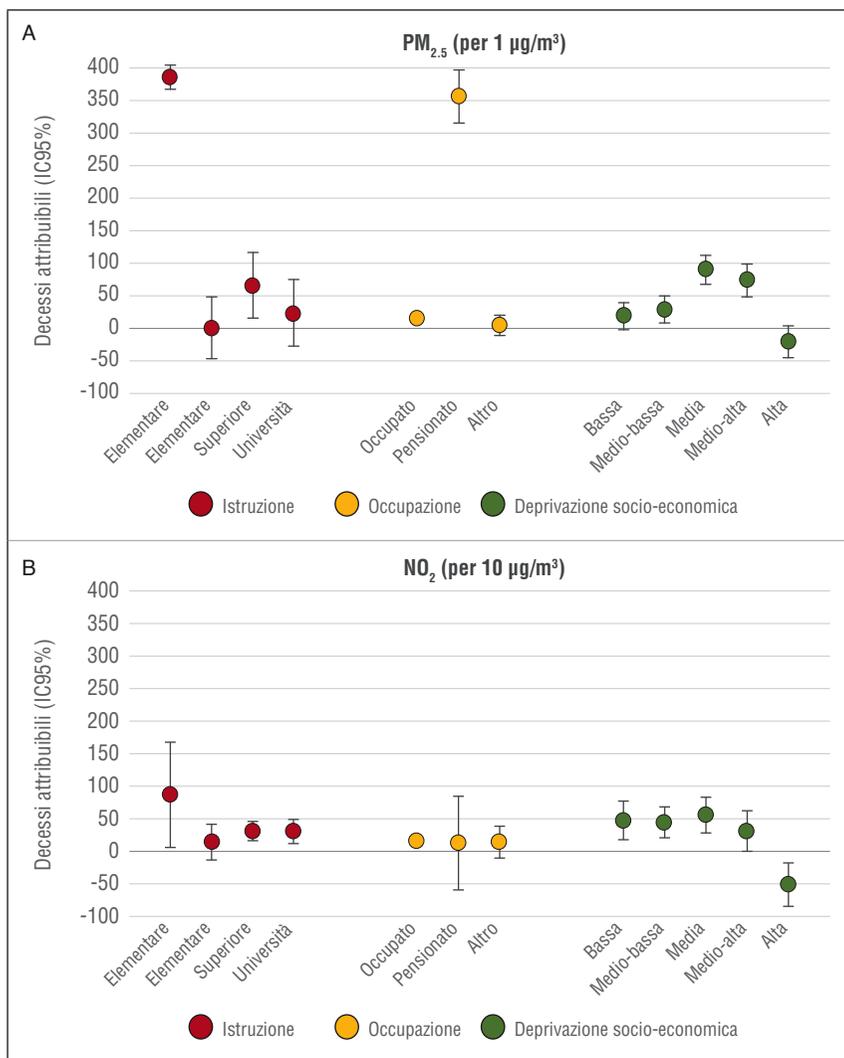


Figura 8.4 • Associazione tra esposizione cronica a PM_{2.5} ed NO₂ e mortalità per cause naturali nella popolazione generale, per livello di istruzione, occupazione e indice di deprivazione: casi attribuibili ogni 100.000 anni-persona e IC95%, per ogni incremento di 1 µg/m³ per il PM_{2.5} e 10 µg/m³ per l'NO₂. Coorte di Roma (n=1.733.331; decessi=166.757) con baseline al 09/10/2011 e follow-up al 31/12/2019

A livello regionale la mappa del $PM_{2.5}$ consente di evidenziare alti livelli di inquinamento, oltre che nel Comune di Roma, anche in alcune aree della provincia di Roma e della Provincia di Frosinone (per esempio, Comune di Frosinone) nell'area sud-est del Lazio che include la Valle del Sacco, sito industriale ad elevata criticità ambientale (figura 8.5).

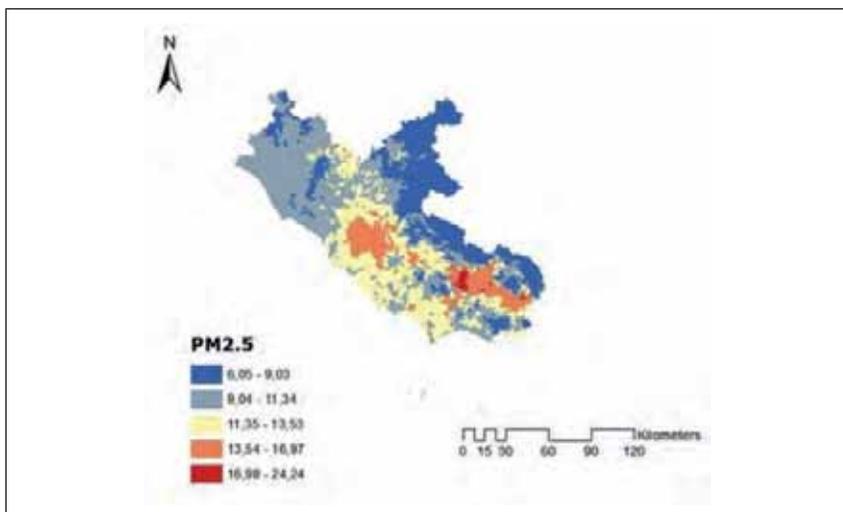


Figura 8.5 • Concentrazione media annua di $PM_{2.5}$ per sezione di censimento nella Regione Lazio

Nella Regione Lazio è presente un Sito di interesse nazionale (SIN) per la bonifica della Valle del Sacco, che presenta diverse criticità ambientali per la contaminazione da pesticidi e altre sostanze chimiche causata dallo smaltimento incontrollato di rifiuti industriali. È attualmente in corso un programma di studi epidemiologici al fine di valutare gli effetti dell'inquinamento che utilizzano come fonte dei dati una corte amministrativa dei residenti nell'area. La figura 8.6 mostra gli effetti dell'inquinamento atmosferico sulla mortalità per tutte le cause e per cause cardiovascolari, per livello di deprivazione. Si evidenzia un gra-

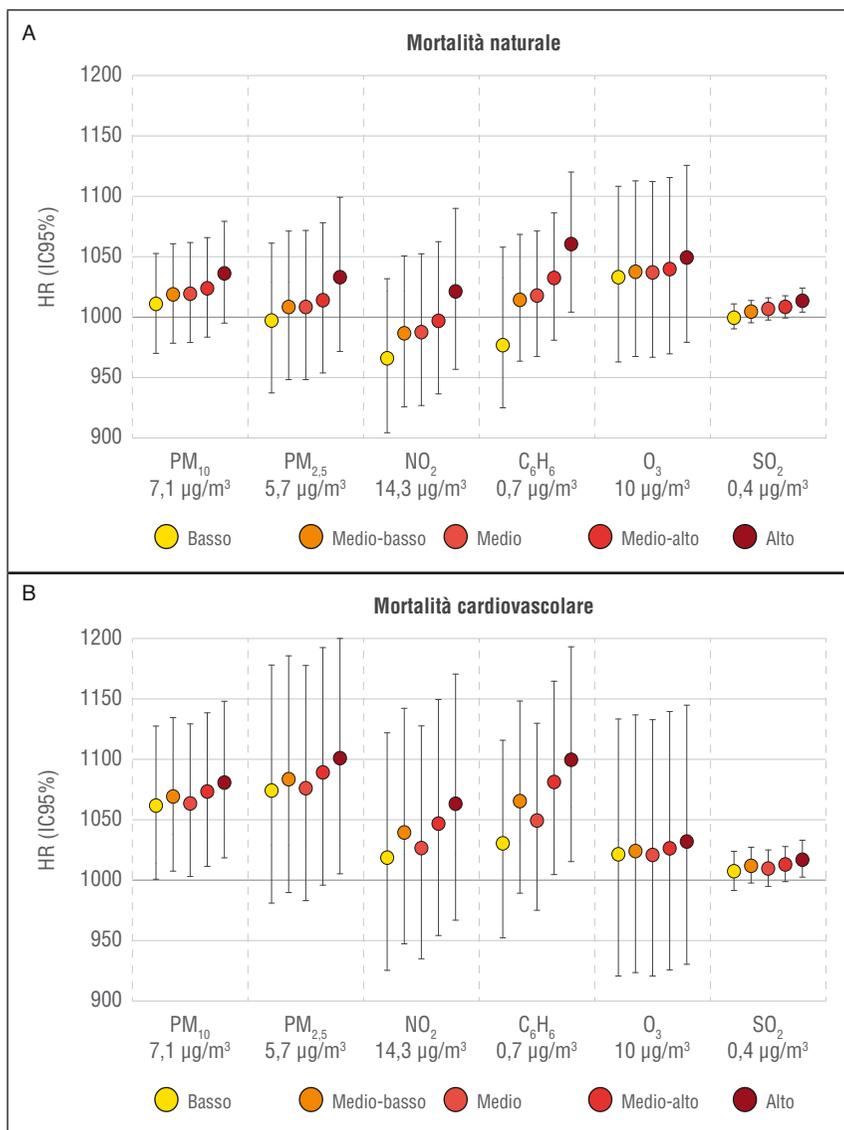


Figura 8.6 • SIN Valle del Sacco. Effetti degli inquinanti atmosferici sulla mortalità totale e per causa e per livello di deprivazione (5 livelli)

diente per tutti gli inquinanti analizzati (PM_{10} , $PM_{2.5}$, C_6H_6 e SO_2), con un effetto maggiore nei livelli ad alta deprivazione. L'effetto maggiore si riscontra per la mortalità per cause cardiovascolari e tra i più deprivati in particolare per C_6H_6 e SO_2 , inquinanti che sono correlabili alle attività industriali presenti nell'area.

Le evidenze epidemiologiche sui cambiamenti climatici e in particolare sulle temperature estreme hanno evidenziato un maggior rischio di mortalità tra le persone con basso titolo di studio, basso livello socio-economico e che vivono in zone deprivate delle grandi aree urbane.^{3 10} Il DEP ha condotto numerosi studi sull'impatto delle temperature estreme (ondate di calore e di freddo) sulla mortalità e sui ricoveri ospedalieri, valutando il ruolo della posizione socioeconomica ed evidenziando, per esempio, un effetto maggiore delle ondate di calore sui soggetti anziani residenti in zone più deprivate che hanno una maggiore suscettibilità al caldo (figura 8.7). Inoltre, è stato evidenziato che l'impatto delle onda-

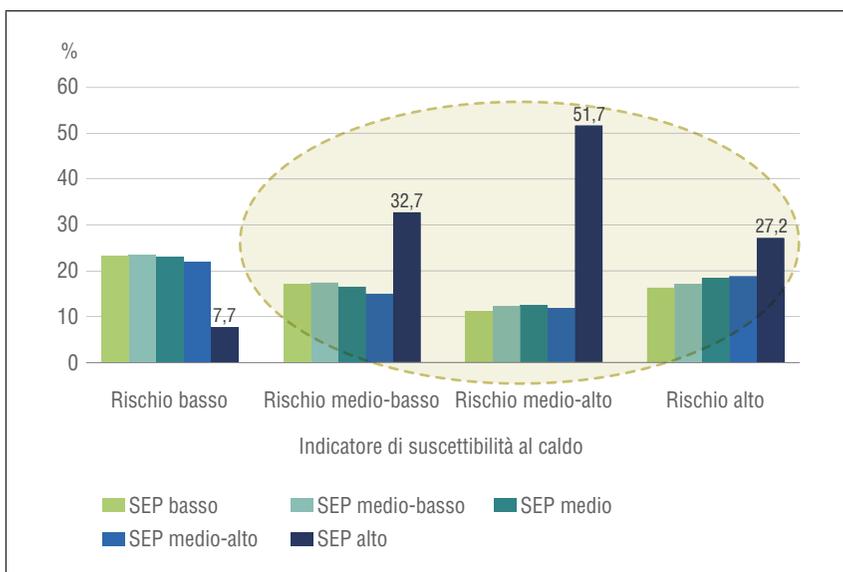


Figura 8.7 • Distribuzione della popolazione del Lazio per indicatore di suscettibilità al caldo e posizione socioeconomica (2012-2015)

te di calore è eterogeneo all'interno delle grandi aree urbane per effetto dell'isola di calore urbano, per le disuguaglianze sociali e abitative all'interno del territorio urbano che influenzano la capacità di risposta al caldo. La figura 8.8 mostra l'intensità dell'isola di calore urbano (UHI), più elevata nelle zone centrali della città, fenomeno tipicamente più intenso nelle ore notturne. Questo fenomeno è in grado di aumentare localmente le temperature a cui è esposta la popolazione, determinando un maggior rischio, soprattutto per i suscettibili.

Analizzando l'effetto della temperatura sulla mortalità per tutte le cause a Roma per UHI e posizione socioeconomica non si osservano differenze di effetto marcate nei differenti strati della popolazione a causa di un effetto di compensazione. La figura 8.9 evidenzia un rischio di morta-

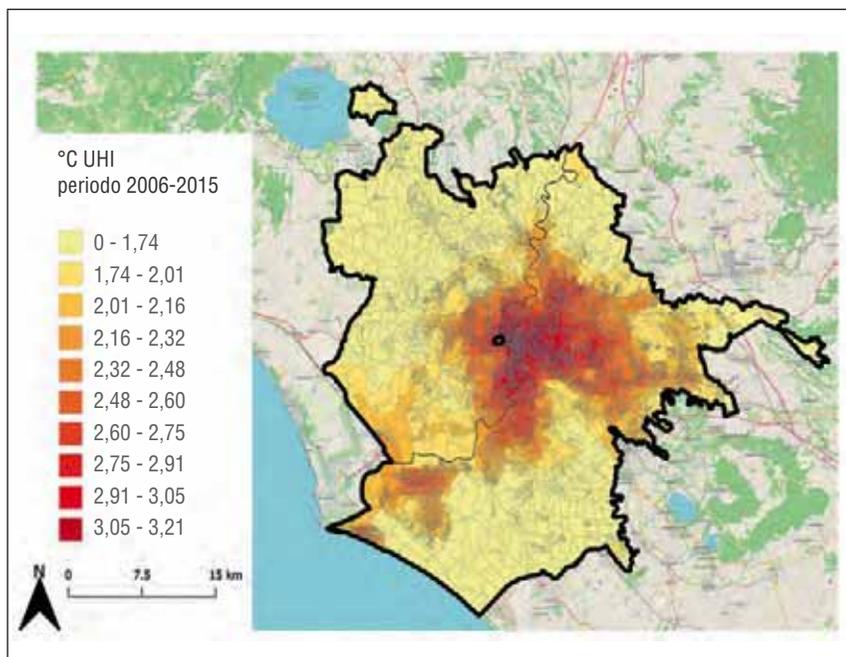


Figura 8.8 • Intensità media dell'isola di calore urbano (UHI) nel periodo estivo (maggio-settembre) per sezione di censimento a Roma (anni 2006-2015)

lità associato alle elevate temperature lievemente più elevato tra chi vive in aree maggiormente deprivate e, a parità di posizione socioeconomica, l'effetto è maggiore per chi vive in aree con UHI alto.

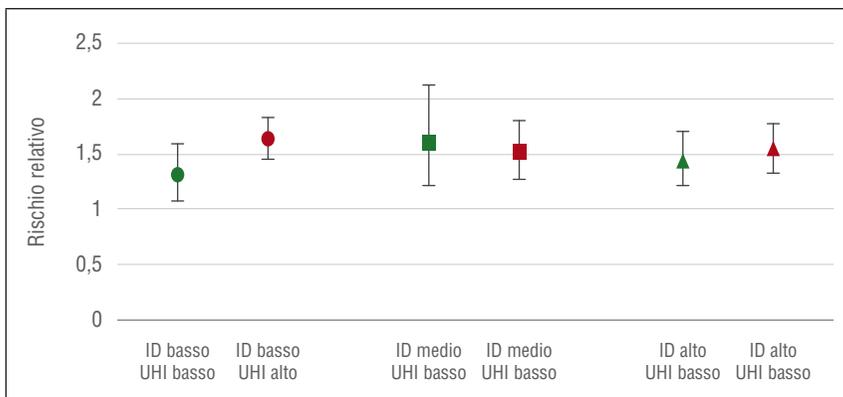


Figura 8.9 • Rischio relativo di mortalità per incrementi della temperatura tra il 50° e 99° percentile della distribuzione di temperatura estiva per indice di deprivazione (ID) e intensità dell'isola di calore urbano (UHI) a Roma (2006-2015)

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. WHO ambient air quality database: 2022 Status Report. 2022; 28.
2. World Health Organization. The world health report: health systems financing. 2010.
3. Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). Foreword Technical and Preface. 2022.
4. Nobile F, Michelozzi P, Ancona C et al. Air pollution, SARS-CoV-2 incidence and COVID-19 mortality in Rome - a longitudinal study. *Eur Respir J* 2022; 60(3):2200589.
5. Jerrett M, Buzzelli M, Burnett RT, DeLuca PF. Particulate air pollution, social confounders, and mortality in small areas of an industrial city. *Soc Sci Med* 2005; 60(12):2845-63.
6. Brauer M, Hakkinen PJ, Gehan BM, Shirname-More L. Communicating exposure and health effects results to study subjects, the community and the public: strategies and challenges. *J Expo Anal Environ Epidemiol* 2004; 14(7):479-83.
7. Brunt H, Barnes J, Jones SJ, Longhurst JWS, Scally G, Hayes E. Air pollution, deprivation and health: understanding relationships to add value to local air quality management policy and practice in Wales, UK. *J Public Health (Oxf)* 2017; 39(3):485-97.

8. Forastiere F, Stafoggia M, Berti G et al. Particulate matter and daily mortality: a case-crossover analysis of individual effect modifiers. *Epidemiology* 2008; 19(4):571-80.
9. Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA. Effect of the Italian smoking ban on population rates of acute coronary events. *Circulation* 2008; 117:1183-8.
10. Benmarhnia T, Grenier P, Brand A, Fournier M, Deguen S, Smargiassi A. Quantifying vulnerability to extreme heat in time series analyses: a novel approach applied to neighborhood social disparities under climate change. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12(9):11869-79.

9 • L'OPPORTUNITÀ DEL PNRR: LE CASE DELLA COMUNITÀ

LEVE ORGANIZZATIVE PER CREARE VALORE: GLI STANDARD DEL DM 77

La pandemia ha messo in evidenza i punti deboli dei livelli di assistenza e il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) si propone di porvi rimedio con investimenti e riforme, soprattutto nella prevenzione e nell'assistenza territoriale.

Il Decreto 23 maggio 2022 n. 77, “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, prescrive gli standard di questo riordino (Case e Ospedali di comunità [CdC e OdC] e Centrali operative territoriali [COT]), standard su cui si stanno investendo i fondi strutturali della missione 6 del PNRR. Le CdC, *hub* e *spoke*, sono chiamate a garantire almeno otto standard organizzativi, definiti come servizi: Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multi-professionali (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.), Punto unico di accesso, Servizio di assistenza domiciliare, Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza, Servizi infermieristici, Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale, Integrazione con i servizi sociali, Partecipazione della comunità e valorizzazione della coproduzione.

Come molti studi hanno messo in evidenza da tempo, i cambiamenti organizzativi corrono sempre il rischio di limitarsi a mutamenti di facciata, di nome delle strutture, di procedure burocratiche, senza far pro-

gredire significativamente la qualità del valore che il servizio genera per le persone e per la loro salute.¹ Anche i cambiamenti tecnologici corrono questo rischio: se nuovi software, sistemi, piattaforme, attrezzature e collegamenti non sono ben integrati in una visione nuova del servizio e se il loro potenziale non si affianca a una nuova cultura del servizio da parte delle direzioni, dei professionisti e degli stessi utenti, si corre il rischio di sottoutilizzare le tecnologie e far crescere la sfiducia verso il cambiamento.² Per superare questi rischi, come ci insegna una vasta letteratura organizzativa,³ è indispensabile aumentare il livello e la qualità del coinvolgimento coordinato e collaborativo di tutte le persone coinvolte, sia dei professionisti del servizio, sia delle persone interessate dalle azioni di prevenzione e cura.

I nuovi standard di servizio, quindi, costituiscono per i servizi sanitari una sfida che va molto oltre la ridefinizione delle strutture e delle procedure. Come ben esplicitato nella parte interpretativa del decreto, dove viene definita la logica richiesta al cambiamento, gli standard non sono che la sintesi di una nuova cultura del servizio, che si rigenera e cambia quella che gli specialisti di organizzazione definiscono la “catena del valore”,⁴ ovvero il modo attraverso cui tutte le azioni dell’organizzazione sono coordinate per creare il valore di salute più elevato possibile per la persona. Dunque, occorre mettere a fuoco come l’applicazione degli standard possa creare un nuovo potenziale di salute, perché utilizza risorse professionali, organizzative e comunitarie che fino ad ora erano ampiamente sottoutilizzate e non ben coordinate. La chiave di lettura di questa nuova visione del senso stesso del servizio territoriale viene dai modelli che nella letteratura internazionale hanno sviluppato la strategia dell’integrazione tra servizi e del coinvolgimento della comunità, raccolti sotto la denominazione di *integrated community care*,⁵⁻⁷ e più in generale riferiti al radicale rinnovamento delle cure primarie, come chiavi di successo e moltiplicatori di efficacia.

Alla luce di questo, sarà quindi il modo di funzionare dell’insieme degli elementi obbligatori del nuovo modello di assistenza sanitaria e sociale di prossimità ad assicurare il rispetto di questa nuova formulazione del livello di assistenza territoriale. Mentre gli investimenti strutturali prendono forma, distretti e aziende, per ottenere rapidamente funzio-

namenti di qualità delle nuove strutture e interpretare correttamente gli standard del modello, dovrebbero imparare a gestire in modo innovativo e con crescente efficacia **cinque leve organizzative**, che possono far aumentare proprio il livello di coinvolgimento e di cooperazione interno ed esterno ai servizi, indispensabile a tradurre in pratica il nuovo modello. Esse costituiscono la base per l'attuazione corretta degli standard e sono:

1. lavoro sistematico in **équipe multiprofessionali** e valorizzazione del contributo specifico delle diverse professioni;
2. sviluppo della **sanità di iniziativa** e dell'avvicinamento costante del servizio alla persona, al suo domicilio e alla sua rete sociale prossima;
3. **integrazione delle funzioni sanitarie** tra loro, sulla base delle necessità della persona;
4. **integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali**, per coordinare e rafforzare l'intervento sui diversi bisogni delle persone;
5. **coproduzione** dei servizi con la persona, le reti sociali prossime e gli attori nella comunità.

La manovra coordinata di queste leve richiederà alle direzioni territoriali, agli operatori e agli stakeholder della comunità uno sforzo di trasformazione culturale e organizzativa, perché dovranno mettere a punto regole organizzative, strumenti e pratiche di lavoro nuove tali da far funzionare la riforma nel loro contesto. Infatti chi lavora sul campo sa che queste trasformazioni possono già contare su numerose esperienze pilota di successo, che però spesso si sono limitate a cambiare singole leve organizzative o sono durate lo spazio di un progetto senza modificare stabilmente il modo di funzionare dei servizi e della comunità. Bisogna saper imparare da queste esperienze per ricavare quali regole, strumenti e pratiche abbiano mostrato di saper motivare, innescare, guidare e valutare cambiamenti come quelli desiderati.

Il Decreto 77 nelle sue prescrizioni fa riferimento a modelli innovativi affermati a livello internazionale (ICC) che lavorano utilizzando in modo continuo conoscenze ed evidenze scientifiche ed epidemiologiche, per definire i propri obiettivi e valutare la propria efficacia, con il coinvolgimento attivo di tutti i professionisti della salute. Questo contributo intende mostrare come le esperienze già condotte, nel nostro caso in Pie-

monte, studiate per ricavarne elementi trasferibili, possono essere utili per applicare correttamente gli standard organizzativi.

LA PERSONA AL CENTRO E IL LINGUAGGIO DELLE METRICHE CONDIVISE

Cosa vuol dire in pratica, su un territorio, promuovere salute e in modo più uguale? Cosa vuol dire accrescere coinvolgimento e cooperazione per creare salute in modo sempre più efficace e consapevole?

La tesi di questo contributo è appunto che per sviluppare il nuovo modello sia necessario disporre di **metriche comuni** che permettano a tutti gli attori di riconoscersi nei problemi da risolvere e nei risultati da raggiungere e in questo modo cooperare con competenza ed esperienza a progettare e implementare le innovazioni necessarie. Le metriche che servono devono misurare due dimensioni: quella della salute, che rappresenta il valore in più che la riforma vuole creare per gli utenti, e quella dell'*empowerment*, che descrive l'attivazione delle leve organizzative e professionali che consentono di potenziare la creazione del valore salute.

La metrica della salute consiste in indicatori di bisogno e di esito sulla salute delle persone; la metrica dell'*empowerment* misura la qualità del processo e delle relazioni cooperative che garantiscono sostenibilità al risultato di salute: una comunità di persone più attive e coinvolte in forme individuali e collettive, sul versante dei professionisti e degli utenti, dei servizi e degli attori istituzionali e sociali, genera quel capitale sociale che permette di accrescere il valore di salute e di ridurre le disuguaglianze.

Le due recenti Joint Action europee sulle disuguaglianze di salute, Equity Action (<https://health-inequalities.eu/>) e JAHEE (<https://jahee.iss.it/>), hanno introdotto in Italia l'esperienza dell'Health Equity Audit (HEA), uno strumento di coinvolgimento attivo che è già stato adottato nel Piano nazionale di prevenzione. L'HEA ha dimostrato che la chiave di lettura delle disuguaglianze è in grado di aumentare la capacità ermeneutica della metrica della salute: l'evidenza della salute disuguale sollecita la ricerca di meccanismi che la spieghino, meccanismi a cui corrispondono possibili soluzioni ed eventuali responsabilità, cosa che

attiva processi di *audit* e di cambiamento. Per le stesse motivazioni la metrica della salute disuguale è anche molto eloquente ed efficace nel coinvolgere e ingaggiare gli attori per il cambiamento. Per queste ragioni, la tesi di questo contributo è che con la metrica della salute disuguale e quella dell'*empowerment* si possa facilitare la realizzazione di quella comunità generativa di capacità di *welfare* propria del modello dell'*integrated community care*, verso cui il Decreto 77 si muove per riformare l'assistenza territoriale.

Questa tesi è in corso di sperimentazione in due ASL piemontesi: ASL TO3 e ASL Città di Torino. Nella ASL TO3 del Piemonte la direzione aziendale ha stabilito che la costruzione delle CdC nei prossimi quattro anni fosse accompagnata da un lavoro di progettazione distrettuale centrata sulle metriche della salute e dell'*empowerment*. Nella ASL Città di Torino da anni si sta mettendo a punto un modello di prevenzione di comunità in aree della periferia più svantaggiata. Di seguito vengono illustrati i risultati preliminari di questi due interventi pilota, per valutarne interesse e trasferibilità.

LA METRICA DELLA SALUTE DISUGUALE PER PROGETTARE LE CdC NELLA ASL TO3

Le innovazioni che il Decreto 77 chiede alle comunità locali sono ambiziose per molti degli attori locali. Più sanità di iniziativa, più prossimità, più continuità nei percorsi di cura, più integrazione tra interventi sanitari e non sanitari, più efficienza gestionale, più partecipazione e attivazione delle risorse ed energie della comunità sono altrettanti principi che vanno messi in pratica da una pluralità di soggetti dei servizi pubblici sanitari e non, del terzo settore e della comunità locale, finora abituati a lavorare più per prestazioni a “canne d'organo” che non per risultati attesi e in modo concertato. Ognuno dei principi deve armonizzarsi intorno a una metrica di valutazione se si vuole che tutti suonino lo stesso spartito; serve cioè imparare a utilizzare una metrica comune per mettere in comunicazione i diversi attori e le loro rispettive agende e farle incontrare e convergere verso traguardi comuni. La ASL TO3 ha stabilito di mettere a punto e sperimentare questa metrica e di usarla fin dai primi

passi dei tavoli di regia di ognuno dei cinque distretti che hanno il compito di progettare le CdC. La metrica finale da usare sarà però essa stessa il risultato di un processo, nel senso che la metrica buona sarà quella che gli attori insieme stabiliranno essere la più utile per guidare e valutare le loro azioni. Mentre gli attori del tavolo imparano nel confronto reciproco l'importanza e le caratteristiche della metrica che serve, il Servizio di epidemiologia della ASL TO3 si è preoccupato di elaborare e offrire ai partecipanti i primi stimoli epidemiologici utili per costruire questa metrica, utilizzando i dati e le esperienze disponibili sulla salute disuguale.

Lo strumento epidemiologico distribuito agli *stakeholder* dei tavoli distrettuali illustra come si distribuiscono gli indicatori nella ASL TO3 secondo la geografia di residenza e secondo le caratteristiche socioeconomiche, per evidenziare gli eccessi o i difetti, in una parola le disuguaglianze che sono significative. Se si trovano disuguaglianze significative allora significa che ci sono luoghi o persone che fanno meglio di altri in termini di salute e di accesso e risultati delle cure; se è così, significa che c'è spazio per un miglioramento a patto che si identifichino i meccanismi attraverso cui si generano queste disuguaglianze, sapendo che dietro a ogni meccanismo ci sono responsabilità che, ben identificate e coinvolte, diventano partner di azioni di cambiamento orientate a creare valore di salute più uguale per le persone. Per ognuna di queste disuguaglianze occorre innescare processi di *audit* in cui partecipano tutti i soggetti della comunità che ne possano avere responsabilità: investigare insieme meccanismi e azioni di correzione deve diventare obiettivo prioritario del sistema di incentivazione e sanzione dell'organizzazione per mettere in moto il processo. A questo punto tutte le leve di innovazione del PNRR si possono mettere in moto verso questo traguardo comune: ridefinire e implementare le nuove procedure tecniche (PDTA), centrate sui pazienti bersaglio (stratificazione del rischio e infrastruttura informativa in sviluppo attraverso la Centrale operativa territoriale), con l'ausilio della funzione dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) nell'attivazione e nel raccordo tra le responsabilità e le risorse dei servizi e della comunità, valorizzando l'impulso logistico e simbolico che il nuovo luogo delle cure (Casa della comunità) può rappresentare in questo processo.

Per costruire questa metrica della salute disuguale sono state indagate due dimensioni delle disparità: quella geografica, che descrive gli squilibri tra territori e contesti,* e quella sociale, che descrive i divari tra chi ha di più e chi ha di meno (povertà di genere, etnica, educativa e materiale per gli individui, e povertà di contesto tra le aree).† Sono poi state misurate queste differenze in tre dimensioni di salute: indicatori di bisogno (prevalenza di malattie croniche‡ e fragilità§), indicatori di accesso (proporzione di recupero di prestazioni arretrate a causa della pandemia¶), indicatori di risultato e qualità (frequenza di esiti degli interventi sanitari). In questo modo ogni tavolo di distretto ha ricevuto un rapporto che nella prima sezione descrive le variazioni geografiche e so-

* Distretti e Zone di azione per la salute (aree subdistrettuali di cui sono stati calcolati indici di pressione sociale e di pressione di salute (in base a tasso di mortalità prematura x10.000, tasso di salute mentale prevenibile x10.000, tasso di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) x10.000, tasso di utenza Sert con dipendenze da sostanze x10.000, tasso di traumi da incidenti x10.000).

† Caratteristiche individuali: sesso; classi di età: <65, 65-74, 75-84, ≥85; Paese di nascita: Italia, Paese a sviluppo avanzato (PSA), Paese a forte pressione migratoria (PFPM); istruzione: alta (oltre la scuola dell'obbligo secondo la riforma del '52), bassa (fino alla scuola dell'obbligo); informazione disponibile solo per i soggetti con 30 anni o più di età presenti al censimento, indice composito di svantaggio sociale individuale: nessuno svantaggio, 1 svantaggio, 2 o più svantaggi (componenti: istruzione dell'obbligo secondo la riforma del '52, indice di affollamento, titolo di godimento in affitto o case popolari). Caratteristiche di contesto: indice di disagio sociale aggregato a livello di HAZ: agiata, nella media, disagiata (componenti: % di soggetti con basso livello d'istruzione, % di soggetti inattivi, % di NEET, % di soggetti in affollamento abitativo, % PFPM).

‡ Cardiopatie ischemiche, vasculopatie cerebrali, scompenso cardiaco, BPCO, diabete, demenze, almeno 2 malattie croniche.

§ Indicatore composito elaborato da modelli statistici che producono una graduatoria di fragilità basata su età, poliprescrizione farmaceutica, indice di comorbidità (Charlson Index), numero di accessi al pronto soccorso con codice giallo e con codice verde, presenza di morbo di Parkinson e condizione di invalidità. Si identifica la quota di popolazione più fragile attraverso il 5% di soggetti più fragili, ovvero oltre il 95-esimo percentile rispetto alla distribuzione dell'indice regionale e il 10% di soggetti più fragili, ovvero oltre il 90-esimo percentile rispetto alla distribuzione dell'indice regionale.

¶ Fonte SDO: Ricoveri per IMA STEMI, Ricoveri per ictus ischemico, Ricoveri per frattura del collo del femore, Interventi di protesi del ginocchio, Interventi di protesi d'anca, Interventi chirurgici per tumore maligno della mammella, Interventi chirurgici per tumore maligno della prostata, Interventi chirurgici per tumore del colon/retto, Interventi chirurgici per tutti i tumori. Fonte: Pronto Soccorso-C2: Accessi totali in pronto soccorso, Accessi in pronto soccorso in codice rosso. Fonte Specialistica Ambulatoriale Flusso C: prime visite e visite successive in Cardiologia, Chirurgia generale, Diabetologia, Geriatria, Ostetricia e Ginecologia, Oncologia, Pediatria, Psichiatria. Esami: emocromo, Hb glicata, mammografia, gastroscopia, colonscopia e sigmoidoscopia, ecocardiografia, ecografia dell'addome.

ciali nella prevalenza delle principali malattie croniche e della fragilità clinica. Le disuguaglianze nelle malattie croniche sono uno stimolo per indirizzare le politiche di prevenzione, che devono interrogarsi su cause e soluzioni che siano aggredibili con le leve del piano di prevenzione. Le disuguaglianze nella fragilità sono invece uno stimolo per orientare la programmazione e la presa in carico della multimorbosità. La seconda sezione dello strumento epidemiologico ha invece scandagliato sistematicamente le disuguaglianze nella capacità di recupero delle prestazioni sospese a causa della pandemia nell'emergenza, nei ricoveri ospedalieri e nelle visite specialistiche. Le disuguaglianze nella capacità di garantire l'accesso ai principali LEA sono particolarmente evidenti dopo l'emergenza pandemica e diventano uno stimolo piuttosto importante per attivare un ciclo di *audit* organizzativo che permetta alla programmazione del distretto di correggere le deviazioni osservate. Infine la terza sezione ha esaminato le disuguaglianze negli indicatori di qualità ed esito misurati dal Programma nazionale esiti (PNE). Le disuguaglianze negli esiti sono altrettanti punti di partenza per cicli di *audit* clinico e organizzativo che provino a spiegare e correggere le differenze osservate.

Tra le disuguaglianze osservate nella ASL TO3, nella tabella 9.1 si riporta una selezione di esempi relativi a indicatori di bisogno, garanzia LEA ed esiti, che sono distribuiti secondo la scala del numero di svantaggi sociali della persona.

Le malattie croniche (e la multimorbosità) mostrano prevalenze più alte nei distretti Nord e Sud della cintura torinese (Grugliasco Orbassano e Venaria soprattutto), mentre il Pinerolese sarebbe più protetto (dati non presentati): la cintura urbana è particolarmente medicalizzata e quindi maggiormente presa in carico, dunque anche meglio tracciata nei sistemi informativi sanitari che servono per misurare la morbosità, rispetto a quanto accade per la popolazione nelle aree montane e pedemontane. Le disuguaglianze sociali negli indicatori di bisogno sono molto evidenti e intense: sia la scala degli svantaggi individuali (tabella 9.1) sia la deprivazione di area di residenza (dati non presentati) sono fortemente associate col rischio di alta prevalenza di malattie croniche. Questi risultati esigono dal Piano di prevenzione locale una particolare attenzione ad alcuni distretti e aree, ma soprattutto per le persone e i gruppi più svantaggiati.

TABELLA 9.1 - DISUGUAGLIANZE SOCIALI IN ALCUNI ESEMPI DI BISOGNO, ACCESSO AI LEA E RISULTATI NELLA ASL TO3

ASL TO3		Indice composito individuale di svantaggio sociale		
		Nessuno svantaggio	1 svantaggio	2 o più svantaggi
		<i>Prevalenza % standardizzata 2019</i>		
Indicatori di bisogno	Almeno 2 malattie croniche	2,41	2,79	3,80
	Indice di fragilità (% oltre il 90esimo percentile)	5,79	10,71	12,17
		<i>Variazione % volumi 2021 vs 2019 (periodo gennaio-luglio)</i>		
Indicatori di accesso (progetto Mimico)	Interventi di protesi del ginocchio	-10,67	-24,14	-32,08
	Interventi di protesi d'anca	-10,06	-13,65	-27,27
	Interventi per tumore maligno della mammella	-3,98	5,26	-22,86
	Prima visita cardiologica	-11,58	-32,65	-25,95
	Prima visita oncologica	57,73	-11,66	3,91
	Visita psichiatrica di controllo	-11,19	-36,27	-31,99
	Ecocardiografia	-10,04	-27,01	-18,81
		<i>Prevalenza % standardizzata 2019</i>		
Indicatori di esito (PReVaIE)	STEMI: % trattati con PTCA entro 90 minuti	84,61	85,20	75,26
	% prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna	65,20	61,52	57,04
	Frattura femore: % intervento chirurgico entro 48 ore	51,90	47,67	40,87

*Componenti dell'indice: istruzione dell'obbligo, indice di affollamento, titolo di godimento in affitto o case popolari (informazione disponibile solo per i soggetti con 30 anni o più di età presenti al censimento).

Ancora più spiccato è il quadro delle disuguaglianze nella fragilità clinica a sfavore dei distretti metropolitani Sud e Nord, con Orbassano e Venaria maggiormente colpite; anche in questo caso la prevalenza di persone classificabili nel decile più alto di fragilità clinica è molto più alta tra i soggetti con maggiori svantaggi sociali (tabella 9.1) e che vivono in aree più deprivate. La programmazione locale della presa in carico della fragilità dovrebbe dare priorità a queste forme di vulnerabilità geografica e sociale nel bisogno.

Il divario tra le prestazioni non covid-19 osservate nelle varie fasi pandemiche e quelle attese negli stessi mesi dell'anno (in base all'uso dei servizi in periodo pre-pandemico) viene utilizzato come misura della capacità dei territori dell'ASL TO3 di assicurare i LEA con risultati di qualità e quindi come indicatore di difficoltà dei territori a soddisfare la domanda di diagnosi e cura dopo la pandemia. Di seguito sono commentate le principali disuguaglianze osservate nelle diverse aree nosologiche, di cui alcuni esempi sono anche riportati nella tabella 9.1 con riferimento alle differenze di uso delle prestazioni rispetto all'atteso nella prima metà del 2021 secondo il numero di svantaggi sociali della persona.

Le attività di pronto soccorso hanno avuto una stabile e uniforme riduzione del 30%, salvo per quelle in codice rosso che sono consistentemente aumentate (attribuibili a covid-19), in modo decisamente maggiore tra le persone più socialmente avvantaggiate.

Nell'area cardiovascolare il recupero dell'arretrato di visite cardiologiche rimane in difetto rispetto all'atteso, con particolari lacune nei distretti a sud, oltre ad essere stato molto socialmente disuguale: i soggetti più poveri hanno recuperato la metà dell'arretrato rispetto ai più ricchi. Si è osservata una riduzione di ricoveri per infarto miocardico acuto STEMI più spiccata nel Pinerolese e una riduzione più modesta ma uniforme a livello geografico nei ricoveri per ictus, salvo una maggiore riduzione tra le persone più svantaggiate soprattutto in caso di ictus. Dal punto di vista dei risultati, una volta ricoverati i casi di infarto e di ictus mostrano un rischio di mortalità simile a prima della pandemia e senza disuguaglianze geografiche e sociali, anzi con un lieve vantaggio a favore dei più poveri nel caso dell'ictus. La capacità di trattare entro 90 minuti un infarto STEMI è distribuita in modo uniforme, salvo che nel

Pinerolese, ma comunque in modo socialmente uguale. Le riammissioni ospedaliere a 30 giorni dall'ictus non sono cambiate e restano uniformi. La mortalità per scompenso cardiaco è invariata e solo un po' in eccesso nelle aree più deprivate; mentre il rischio di riammissioni a 30 giorni per scompenso è aumentato un poco, soprattutto nel Pinerolese e a svantaggio dei più ricchi. In conclusione, nel cardiovascolare ci sono rilevanti disuguaglianze in accesso alle visite specialistiche, mentre qualità ed esiti delle cure ospedaliere sembrano sostanzialmente uniformi.

Nell'area ortopedica sono esaminate le prestazioni su articolazioni di femore e ginocchio. I ricoveri per frattura del femore che sono sotto osservazione del PNE si sono ridotti in modo modesto e piuttosto disuguale dal punto di vista sociale; ma la probabilità di intervento in 48 ore dalla frattura è molto disuguale a svantaggio dei poveri e la mortalità in corso di frattura del femore è in aumento, con leggere disuguaglianze sociali. Le protesi d'anca sono ridotte soprattutto in Val di Susa e a sfavore dei poveri. Le protesi di ginocchio si sono ridotte molto in modo geograficamente uniforme ma socialmente disuguale a svantaggio dei poveri e delle aree deprivate. In conclusione, nell'area ortopedica ci sono segnali di forti disuguaglianze sociali negli interventi di protesi, anca e ginocchio. Mentre il trattamento della frattura del femore in anziano è più presidiato seppur in modo leggermente disuguale.

L'area oncologica presenta un buon recupero delle visite oncologiche ma parecchio disuguale a svantaggio dei poveri. Tra gli esami strumentali di screening le mammografie sono state recuperate con qualche ritardo nel Pinerolese e in Val di Susa, in modo modestamente disuguale; recupero altrettanto faticoso e socialmente disuguale in tutto il territorio si osserva per le coloscopie. Gli interventi chirurgici sulla mammella, il colon-retto e la prostata hanno recuperato molto, ma a vantaggio soprattutto dei più ricchi. Anche il totale degli interventi chirurgici oncologici ha recuperato abbastanza, in modo non uniforme e socialmente disuguale. In conclusione l'area oncologica presenta segnali di importanti disuguaglianze sociali che potrebbero avere un impatto importante sui risultati di salute.

Nella chirurgia generale le visite hanno accumulato ritardi difficili da recuperare, soprattutto a Pinerolo e in Val di Susa, complessivamente

molto disuguali a svantaggio dei poveri. Come nel caso degli altri indicatori del PNE la frequenza di ricovero ≥ 3 giorni per colecistectomia è rimasta invariata e uniformemente distribuita, così come la frequenza di resezione transuretrale della prostata in iperplasia prostatica. Anche in questo caso le prestazioni ospedaliere presidiate da indicatori di garanzia sono uniformi, mentre la parte di diagnostica e follow-up specialistico è in ritardo e molto disuguale.

L'area delle visite diabetologiche mostra difficoltà di recupero dell'arretrato soprattutto nell'area metropolitana Nord e a Pinerolo, con rilevanti disuguaglianze sociali. Il controllo periodico con emoglobina glicata mostra un buon recupero salvo che in Val Susa, con leggere disuguaglianze sociali.

Tra le altre specializzazioni la qualità dell'assistenza pneumologica (mortalità e riammissioni a 30 giorni in BPCO) è rimasta invariata senza disuguaglianze. Mentre l'assistenza geriatrica ha accumulato ritardi nelle visite specialistiche in tutti i distretti con forti disuguaglianze sociali, similmente alla psichiatria. La parte ginecologica segnala notevoli ritardi nel recupero delle visite specialistiche senza importanti disuguaglianze (occorre ricordare che questo è il LEA più sviluppato nel privato). In termini di qualità la frequenza di parti cesarei è rimasta invariata e socialmente uniforme. L'assistenza pediatrica ha recuperato bene l'arretrato in modo uniforme con poche disuguaglianze. Tra gli esami più comuni, gli esami del sangue hanno un discreto recupero con modeste disuguaglianze, le gastroscopie recuperano in modo insoddisfacente in modo molto disuguale, le ecografie (cuore e addome) presentano un discreto recupero (meno nel Pinerolese) e molto disuguale nel caso del cuore.

Questo profilo geografico e sociale dei LEA e dei loro esiti dimostra dunque che ci sono importanti disuguaglianze geografiche e sociali che vanno spiegate e, se necessario, corrette; disuguaglianze che ogni distretto può prendere come riferimento per stabilire priorità negli impegni di innovazione e integrazione dell'assistenza territoriale e della continuità assistenziale che sono all'ordine del giorno in questa fase di progettazione della CdC. In effetti l'uso di questo strumento epidemiologico è stato dapprima sperimentato con soddisfazione in un distretto della ASL TO3 e, sulla base dei risultati, esteso agli altri quattro distretti, con un manda-

to esplicito della direzione aziendale di vincolare la progettazione delle CdC alla metrica della salute disuguale. La sperimentazione nel distretto di Pinerolo ha permesso di condividere i dati distrettuali della metrica con i partecipanti al tavolo di lavoro, comprendente le diverse strutture del distretto, la medicina generale, il dipartimento di prevenzione, il consorzio socioassistenziale, i rappresentanti delle amministrazioni locali, i rappresentanti sindacali e i rappresentanti del terzo settore. L'evidenza delle disuguaglianze ha mostrato di saper suscitare attenzione tra i partecipanti e di renderli consapevoli che una comune strategia di lettura dei bisogni è possibile, cosa che ha aiutato la direzione del distretto a motivare il coinvolgimento dei partecipanti in una progettazione delle CdC che si focalizzi sui valori di una salute più equamente distribuita. I risultati di questo test distrettuale sono stati condivisi con gli altri distretti, che hanno valutato come trasferibile l'esperienza. La direzione aziendale ha così stabilito di inserire tra gli obiettivi annuali aziendali, in particolare per i distretti, il compito di identificare attraverso i dati almeno tre fonti di disuguaglianza su cui cercare spiegazioni, e su una di queste fonti attivare un ciclo di *audit* per la loro correzione utilizzando le conoscenze, competenze e responsabilità che sono rappresentate nel tavolo distrettuale e valorizzando le innovazioni delle CdC per l'attuazione delle soluzioni.

Questa sperimentazione ha due implicazioni generali, che contribuiscono a innovare la sanità territoriale. Partire dalla conoscenza delle disuguaglianze di salute, dai dati, dall'osservazione e dall'analisi empirica dei problemi delle persone tende a rafforzare un metodo di lavoro con la comunità, che mette davvero al centro del servizio le persone e la loro salute e che verifica nel tempo il cambiamento che riesce a generare. In secondo luogo, la gran parte dei miglioramenti è possibile solo innalzando il livello di collaborazione tra le persone sia all'interno del servizio sanitario e sociale, sia con le persone e i soggetti collettivi presenti sul territorio. Però, se si impara a collaborare e se crescono fiducia reciproca e scambio tra professionisti, con gli utenti e con i diversi soggetti della comunità, se aumentano le capacità di lavorare insieme sulle persone e sui luoghi, questa nuova capacità non rimane confinata a una singola azione ma dovrebbe tendere a sostenere tutte le attività per la salute.

LA METRICA DEL DIABETE DISUGUALE IN UN QUARTIERE DEPRIVATO DI TORINO

L'ASL Città di Torino ha da alcuni anni adottato la metrica della salute disuguale per confrontarsi con gli altri attori su come promuovere salute nella città. Fin dal 2017 un apposito rapporto aveva valutato l'impatto disuguale sulla salute delle politiche sanitarie e non sanitarie degli ultimi anni portando gli stakeholder cittadini appositamente consultati a convenire che fosse necessario orientare i principali atti della programmazione sanitaria allo scopo di ridurre le disuguaglianze di salute.⁸ In questo senso la ASL aveva stabilito che il piano locale cronicità e il piano locale di prevenzione concentrassero il loro impegno in un quartiere tradizionalmente svantaggiato della città, Le Vallette, per mettere alla prova un modello di intervento centrato sulla capacità della comunità locale di contrastare la salute disuguale, i cui risultati potessero essere replicati negli altri quartieri simili.⁹ L'intervento è stato fin da subito orientato sull'epidemia disuguale del diabete, che vedeva la prevalenza del diabete raddoppiare passando dai quartieri più ricchi a quelli più poveri come Le Vallette.¹⁰ In effetti il diabete, in quanto malattia cronica frequente, ben nota e prevenibile era un utile bersaglio su cui far convergere gli sforzi della programmazione sanitaria (piano cronicità e piano prevenzione) e delle politiche salutari della città (che nel frattempo aveva aderito alla partnership di *Cities changing diabetes*: https://issuu.com/raffaelecreativagroupcom/docs/atlas_torino_ccd_web).

Una volta presa questa decisione la disuguale epidemia cittadina nella prevalenza del diabete è stata subito scomposta nelle sue due principali spiegazioni, l'incidenza dei nuovi casi di diabete e la letalità tra i diabetici (figura 9.1). In effetti l'incidenza del diabete allo stesso modo della prevalenza si concentra nelle zone più povere della città, fatto che viene confermato dalla distribuzione sociale dei nuovi casi che è a sfavore delle persone meno istruite. Viceversa la letalità tra i diabetici è distribuita in modo casuale nella città, senza nessuna evidente disuguaglianza tra le persone più o meno istruite. La conclusione è che i torinesi si ammalano in modo disuguale di diabete, ma, una volta diagnosticato, il decorso della loro malattia è sostanzialmente uguale. Dunque gli attori locali che vogliono guadagnare salute devono intervenire soprattutto sui

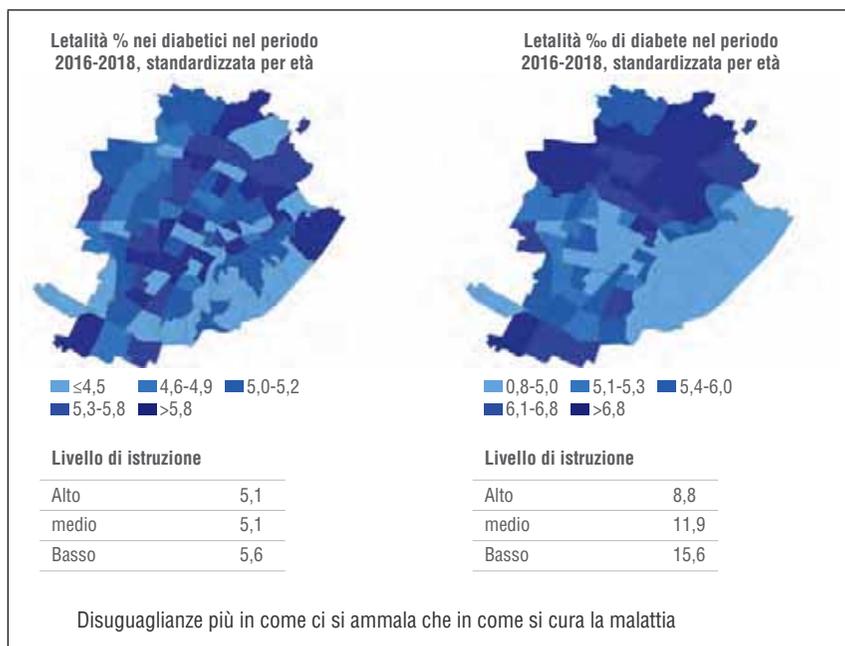


Figura 9.1 • La geografia sociale di incidenza e letalità di diabete a Torino

meccanismi che generano nuovi casi di diabete (incidenza) e non devono disinvestire sui meccanismi con cui già si prende in carico e si tratta la malattia, che invece funzionerebbero in modo equo. È così che in questo caso la metrica della salute disuguale ha saputo indirizzare le scelte degli attori della comunità locale, sanitari e non, suggerendo le domande che si devono fare per prevenire le disuguaglianze di incidenza e conservare o migliorare le uguaglianze di cura e risultato.

In effetti sulla base di queste premesse a Le Vallette è stata costruita una comunità di pratiche che si sta interrogando sui meccanismi di generazione di questo diabete disuguale, che nasce con lo svantaggio sociale fin dalla povertà delle competenze genitoriali nell'infanzia e prende origine nella disuguale esposizione ai più noti fattori di rischio, come sedentarietà, scorretta alimentazione, stress cronico e inquinamento atmo-

sferico, o diventa severo per le difficoltà di riconoscimento tempestivo del rischio di diabete o la mancata aderenza al controllo della malattia. Ognuno dei meccanismi identificati è un potenziale punto di ingresso per le azioni di risposta, come quelle su cui si stanno interrogando gli attori della comunità di pratiche locale, dalla bocciofila che prova a convincere i soggetti a rischio a controllare la glicemia, alle scuole che promuovono attività fisica per la prevenzione dell'obesità disuguale, alla grande distribuzione che si preoccupa della salubrità degli aiuti alimentari, agli specialisti e medici di medicina generale che allargano la platea dei pazienti seguiti in modo attivo secondo le linee guida. Questa esperienza di convergenza comunitaria di sforzi per la prevenzione e cura del diabete disuguale viene ora consegnata alla progettazione delle CdC, che diventano il nuovo “umbrella setting” organizzativo e programmatico sotto cui gli attori della città possono concorrere a fare politiche di salute.

Nell'ambito di queste iniziative che mettono in pratica azioni di correzione e prevenzione nel quartiere Le Vallette è stato svolto un esperimento sociale, teso a verificare quale ruolo attivo possono svolgere le reti sociali nella prevenzione della salute e come possono essere utilizzate dalle istituzioni e dagli operatori. Nel caso del diabete un problema strategico emerso dai servizi di diabetologia territoriale e dai MMG, come abbiamo visto, consiste nell'individuazione delle persone a rischio non conosciute dai servizi (svariate migliaia nella città, presenti soprattutto nei quartieri più poveri), in modo da aumentare la loro consapevolezza del proprio stato e coinvolgerle in attività di prevenzione.

L'esperimento è stato condotto nella seconda metà del 2021;* l'idea centrale dell'esperimento, di portata molto generale, era di attivare le reti sociali per la finalità specifica di influenzare i comportamenti individuali e collettivi protettivi della salute. Questa strategia nel programma EITfood e nel caso del diabete si è concentrata sul sistema del cibo, che, per il suo radicamento culturale e la sua importanza per le persone di qualsiasi classe e condizione sociale, rappresenta un punto di partenza ideale per

* Il progetto “Social capital in local food systems: increasing capabilities of diabetic people in deprived”, svolto, nell'ambito del programma EITfood (European institute of innovation & technology), dal Dipartimento di Scienze cliniche e biologiche e dall'Atlante del cibo del Dipartimento culture, politica e società dell'Università di Torino.

utilizzare i sistemi di relazioni fiduciarie nei gruppi informali e negli ambienti sociali per far passare informazioni e influenze utili ad aumentare la capacità delle persone di tenere sotto controllo la propria salute. Tuttavia, il metodo si può applicare a qualsiasi ambito e tipo di rischio.

In un arco temporale breve (circa un mese), attraverso il coinvolgimento delle reti sociali attivate (cinque gruppi, bocciofile, centri di incontro e culturali, gruppi di cammino), con cui sono stati svolti incontri di formazione e riflessione sui rischi del diabete, è stata lanciata una campagna centrata sull'idea che nelle reti sociali è presente molta conoscenza già disponibile e facilmente accessibile sulle persone (sui nostri amici) e sui loro comportamenti (a rischio), che se opportunamente utilizzata e messa a disposizione delle strategie preventive può guidare gli sforzi dei professionisti della salute per intercettare le persone a rischio e ridurre le probabilità che passino a fasi gravi della malattia. Inoltre, nelle reti c'è maggiore fiducia tra le persone, e quindi anche i suggerimenti (nel caso, sottoporsi a controlli) vengono ascoltati. Infatti, con questo metodo, prima sono stati identificati da amici e conoscenti i soggetti potenzialmente a rischio, poi sono stati invitati dagli stessi a recarsi in farmacia (tre farmacie del quartiere hanno partecipato attivamente all'esperimento) per rispondere a un questionario validato sul rischio effettivo di diabete e, sulla base dell'esito, si sono sottoposti volontariamente a un test della glicemia a digiuno.

Delle 31 persone che si sono recate in farmacia, 12 hanno ottenuto un referto di glicemia al di sopra della soglia di rischio, con l'invito a farsi seguire dal medico di famiglia. Ciò significa che le reti sociali, quando sono coinvolte facendo leva sulla loro autonoma responsabilità e sono formate su qualche obiettivo che le persone ritengono significativo, come la salute dei propri amici, sono anche sagge ed efficaci, visto che sanno trovare le persone che sono realmente a rischio. Dunque, si tratta di imparare a usare nell'ambito del lavoro quotidiano dei servizi e delle azioni di cooperazione con gli attori sociali del territorio le risorse di rete disponibili nella comunità, che le persone, se coinvolte e convinte, mettono volentieri a disposizione.

LE BASI PER UNA METRICA DELL'EMPOWERMENT INDIVIDUALE, ORGANIZZATIVO E SOCIALE

Le due esperienze che abbiamo brevemente illustrato mostrano che la metrica della salute disuguale funziona come stimolo e strumento per attivare i processi di coinvolgimento dei professionisti, dei cittadini e degli attori locali. Perché funziona?

La definizione di *empowerment* o “possibilizzazione” si riferisce secondo un ampio consenso¹¹⁻¹³ a due aspetti: le competenze, ovvero essere in grado di comprendere una situazione e di fare qualcosa per cambiarla, e l'autonomia, ovvero avere margini di azione e decisione per mettere in atto la propria azione. Possiamo quindi dire che una persona, che sia un dirigente, un professionista, una persona malata, un cittadino impegnato in un'associazione, ecc., è *empowered* quando davanti a una situazione che presenta criticità e rischi prende parte a un processo in cui svolge un ruolo attivo sia nell'attribuire un significato alla situazione stessa, sia nell'intervenire sulla realtà per cambiarla nella direzione voluta. Al variare della posizione della persona cambia il livello dei problemi che può e deve affrontare, mentre non cambiano gli elementi – competenza e autonomia – che qualificano il suo livello di *empowerment*. Da questa definizione deriva che l'*empowerment* non esiste se è solo dichiarato, se è scritto ed enunciato in principi, obiettivi e documenti formali, ma esiste se le persone vengono coinvolte, stanno al gioco e sono a mano a mano effettivamente messe in condizioni di comprendere e cambiare qualcosa della loro esperienza, che sia professionale, di cura o più in generale di protezione della propria salute.

Emerge quindi dalle esperienze descritte che la conoscenza organizzata intorno alle disuguaglianze di salute può aprire una prospettiva di cambiamento, perché sollecita la condivisione di un linguaggio e di un'analisi comune da cui può derivare l'assunzione di obiettivi e responsabilità condivise se i dirigenti che hanno responsabilità di decisione fanno scelte chiare in questo senso e se si sviluppa un'effettiva cooperazione tra professionisti, servizi, cittadini e attori sociali. Anche l'esperimento sull'uso delle reti sociali mostra che la conoscenza può essere un punto di partenza, da cui scaturisce il cambiamento quando le persone si convincono a cooperare per un obiettivo che ritengono significativo e possono agire

facendo qualcosa che è alla loro portata. È quindi centrale il modo di utilizzare la conoscenza, dove i cicli di *audit* possono diventare la spina dorsale della programmazione della CdC (bisogni, spiegazioni, soluzioni) e della valutazione, con la stessa metrica, dei risultati. In entrambi i casi, perché questo stimolo metta in moto la leva della co-creazione del cambiamento serve lo sviluppo di un percorso che qualifichiamo come ricerca-azione, all'interno dei servizi e nel rapporto con i cittadini e gli attori della comunità.

Si tratta di concepire l'*audit* come un'azione di autovalutazione rigorosa e sperimentale, basata sul materiale empirico disponibile e arricchito di ulteriori informazioni dagli attori stessi in modo focalizzato su quel che è ritenuto utile, che i soggetti coinvolti conducono per migliorare il raggiungimento dei propri obiettivi di salute. Questo modo di intendere l'*audit* si è sviluppato a livello internazionale riguardo a tutti i problemi complessi e non facilmente risolvibili con soluzioni tecniche calate dall'alto, dove il coinvolgimento diretto degli attori sociali, dei professionisti e degli stessi cittadini nella comprensione e nell'azione di cambiamento pare inevitabile, come ad esempio nelle problematiche ambientali, di sicurezza e di riqualificazione urbana.

La tradizione dell'*action research* è interdisciplinare e si sviluppa nei decenni, a partire dagli inizi del secolo scorso, con varie matrici disciplinari e differenti impostazioni.¹⁴ Essa può essere definita come “un'azione deliberata, volta a promuovere un cambiamento nel mondo reale, impegnata su scala ristretta ma inglobata in un progetto più generale, sottoposta a certe regole e discipline per ottenere degli esiti di conoscenza o di senso”.¹⁵ In questa logica, la promozione di una salute più uguale attraverso il superamento di specifici problemi diventa un valore guida che muove ricercatori e operatori ad agire per modificare situazioni di rischio e aumentare il benessere. L'ipotesi su cui si basa la ricerca-azione richiede a tutti di abbandonare la posizione di osservatore neutrale, che studia il problema dall'esterno e suggerisce soluzioni, di entrare nel campo di ricerca-azione ponendosi a fianco delle persone che lo vivono per interpretarne con loro il senso e, per questa via, giungere a scoprire differenti configurazioni del problema e ipotesi di azione, fatte proprie in prima persona dagli stessi soggetti.

Questa strategia, quindi, si colloca all'interno dei contesti sociali e di relazione delle persone e mira a renderle protagoniste, prima che dell'azione, della ricostruzione del senso che assumono i problemi e i comportamenti per fronteggiarli. La necessità di formulare ipotesi non scontate sui problemi emergenti e sui cambiamenti necessari rende quindi appropriata per i servizi della sanità territoriale l'opzione per la ricerca-azione, declinata in modo coerente al tipo di servizi e al loro modello di erogazione. Essa include diverse dimensioni al suo interno: è un'attività che produce nuova conoscenza per chi la svolge, ma è anche un'azione di cambiamento, formativa per le persone e incisiva per le pratiche collettive che caratterizzano gruppi e ambienti coinvolti. Sono gli stessi partecipanti che si rendono conto del cambiamento, quando avviene, nel loro modo di interpretare alcuni aspetti della realtà in cui vivono ed è su questa trasformazione di prospettiva e di senso che si fonda il cambiamento dei comportamenti individuali e collettivi. In questa prospettiva la ricerca-azione è soprattutto una modalità di approccio ai problemi, più che una rigida sequenza di strumenti e metodi.¹⁶

Tale modo di procedere dal basso, centrato sul coinvolgimento e sull'interpretazione e la riformulazione dei problemi per individuare nuove soluzioni, appare oggi molto in linea con gli approcci sociali e organizzativi che puntano sull'apprendimento e sul miglioramento continuo, superando le culture organizzative di stampo gerarchico-burocratico.³ In effetti, vi sono servizi di welfare che ancora oggi funzionano con logiche burocratiche e non si pongono il problema del coinvolgimento dei destinatari dei servizi. Questa constatazione suggerisce di fondare i percorsi di HEA che coinvolgono i servizi (pubblici e privati, e quindi le CdC) sul coinvolgimento diretto del personale, dai dirigenti, ai professionisti, fino al personale operativo con le diverse qualifiche, perché ciò costituisce la base di una nuova cultura di relazione con le persone destinatarie e con i loro bisogni.

AUMENTARE LE *CAPABILITIES* DELLE PERSONE PER RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

Per gestire in modo efficace la conoscenza nell'ambito dei processi di *empowerment*, è utile che sia chiaro e condiviso il macro-obiettivo dell'azione, che peraltro costituisce la missione essenziale dei servizi sanitari e sociali pubblici, evocata dall'espressione ricorrente anche nella promozione delle CdC e nel DM 77 di mettere la persona al centro. Si intende infatti promuovere nei differenti contesti sociali di vita quotidiana l'autonomia delle persone cui si rivolge l'intervento, in modo che possano tenere sotto controllo i rischi per la propria salute. Si tratterebbe quindi di assumere come riferimento per la gestione della conoscenza e la co-creazione dell'azione un approccio all'inclusione fondato sulla **capacitazione delle persone**.

Per chiarire questo punto è utile fare un breve inciso sullo schema di analisi degli effetti delle disuguaglianze sulla salute che poggia sulla teoria di Sen, distinguendo i seguenti elementi:

- I mal-funzionamenti rappresentano disagi connessi alla difficoltà di mettere in atto comportamenti, modi di essere e di fare, orientati a conseguire il benessere, che chiamiamo funzionamenti. Possono riguardare direttamente la salute o più in generale la vita sociale.
- Le risorse sono beni strumentali al raggiungimento di tali specifici funzionamenti, per esempio la bicicletta per muoversi.
- Le capacità di fare o di essere rappresentano il grado di controllo sulla trasformazione delle risorse per mettere in atto i funzionamenti scelti. La capacità include una componente legata alle abilità dell'individuo e una legata alle sue opportunità reali di scelta. La prima cresce con l'apprendimento e quindi con le esperienze di reale progresso nell'esercizio dell'autonomia e nell'accrescimento del patrimonio di competenze (per esempio esperienze formative, culturali, relazionali, professionali, ecc.). La seconda cresce quando aumenta il set di possibilità effettive di scelta (*entitlements*) a disposizione dell'individuo, nell'ambito di una più ampia gamma di funzionalità possibili (*functionings*). Nell'esempio, avere la bicicletta non genera di per sé la possibilità di muoversi, bisogna essere capaci di andare in bicicletta e deve esserci una strada che è possibile percorrere, per raggiungere il luogo in cui ci si propone di andare.¹⁷

L'ampiezza delle possibilità effettive di scelta denota la libertà positiva dell'individuo e consente anche di distinguere le condizioni di soggetti che hanno disagi connessi a mal-funzionamenti simili, ma fondati su regimi di libertà e autodeterminazione molto diversi. Una strategia di promozione della salute dovrebbe mirare a favorire la scelta di comportamenti coerenti, sia quando essi sono ostacolati dallo svantaggio sociale, sia quando le persone hanno ampi margini di scelta. Promuovere questi comportamenti individuali richiederebbe, dunque, alle politiche e ai servizi sanitari e sociali di creare condizioni di capacità delle persone e di attuabilità dei comportamenti nel loro contesto sociale prossimo, ovvero nei molteplici ambienti di vita e sistemi di relazioni in cui le persone malate o a rischio quotidianamente si trovano.

La visione "a silos" delle politiche e dei servizi, che erogano prestazioni tecnico-professionali poco integrate tra loro e senza interazioni con il contesto relazionale della persona destinataria, frena le possibilità di capacitazione delle persone, soprattutto di quelle più fragili, e la loro possibilità di inclusione.

ATTIVARE LE RELAZIONI DELLA COMUNITÀ E LE OPPORTUNITÀ INTORNO ALLA PERSONA

In questa prospettiva, sono quindi due i principali obiettivi operativi del percorso di ricerca-azione per la promozione della salute attraverso la prossimità, mosso in primo luogo dalle azioni dei servizi sanitari e sociali rivolti alle persone con problemi di salute e di inclusione. Innanzitutto, **potenziare le capacità realmente esprimibili dalla persona**, a parità di risorse individuali disponibili, rendendo possibili funzionamenti adeguati. In questo caso alla prestazione di cura per la salute e/o alla prestazione sociale si aggiungerebbe il rafforzamento di meccanismi di apprendimento e di cooperazione, che consentono alle persone di migliorare i propri funzionamenti grazie all'interazione con altri. Questo richiede di ridurre le asimmetrie tra chi eroga i servizi e le persone destinatarie. In secondo luogo, **accrescere le effettive possibilità di scelta disponibili** e migliorare l'orientamento delle persone alle scelte di comportamento. Esse spesso sono costrette in una circoscritta gamma di alternative rite-

nute appropriate nel loro ambiente culturale e sociale di vita e seguono nei fatti specifici percorsi socialmente strutturati (concatenazione di scelte nel tempo). Le alternative possono essere fortemente ridotte, alcune non sono accessibili oppure vi sono ostacoli che precludono una gamma di scelte potenzialmente attuabili, o ancora certi ruoli o comportamenti, formalmente possibili, sono però percepiti come inappropriati se non impraticabili in un determinato contesto. Anche la rappresentazione sociale delle alternative praticabili potrebbe cambiare attraverso processi di apprendimento in cui le persone vengono coinvolte, tali da modificare l'orizzonte di alternative che i soggetti ritengono appropriate. In questa prospettiva, quindi, le disuguaglianze avrebbero effetto sui comportamenti più o meno orientati alla salute, attraverso il ruolo delle interazioni e interdipendenze sociali, che dipendono da come le reti sociali intorno alle persone sono costruite e funzionano.

Per tale motivo, nella progettazione e nella valutazione dei servizi, per cambiare i comportamenti delle persone rilevanti per la salute, secondo l'ipotesi della ricerca-azione per lo sviluppo delle leve organizzative promosse dal DM 77, bisognerebbe influenzare le regole che guidano i comportamenti nello specifico contesto sociale, facendo leva sulle relazioni sociali prossime ai soggetti. Questo modo di considerare i comportamenti individuali non si limita a dare importanza alla dimensione oggettiva delle condizioni e delle scelte delle persone (l'individuo povero, che vive in un alloggio degradato, che svolge un lavoro manuale logorante, ecc., è a rischio per la salute), ma evidenzia che i comportamenti hanno i significati che le persone vi attribuiscono, che non sono un prodotto esclusivamente individuale, ma condiviso nelle relazioni sociali prossime (per i miei conoscenti uno come me è un povero fallito; non invito nessuno in casa perché mi vergogno; ogni giorno sul lavoro mi sento svilito e umiliato). Tali significati spiegano i comportamenti delle persone e gli effetti sulla salute.

Il concetto di **capitale sociale** rappresenta bene quella proprietà delle relazioni sociali che le rende in grado di aumentare la capacità delle persone di raggiungere determinati funzionamenti, a parità di risorse e capacità individuali. In base alle teorie, in presenza di un adeguato livello di capitale sociale, ci si può attendere che le persone riescano a raggiungere

più facilmente i propri obiettivi,¹⁸ tra cui certamente affrontare criticità sociali o controllare la propria salute. Più in dettaglio, due effetti concreti caratterizzano un'adeguata disponibilità di capitale sociale in una specifica comunità:

- Maggiore inclusione in reti sociali – di relazione, scambio, reciprocità, dono, ecc. – e ampliamento delle medesime. Anche la famiglia, convivente o meno, è parte di queste reti. I soggetti diventano più attivi nelle relazioni.
- Cambiamento culturale con aumento di importanza di valori, e del relativo controllo sociale, favorevoli all'aiuto reciproco, alla solidarietà e alla fiducia nelle persone che si hanno intorno. Questo attribuisce senso all'attivazione.

Queste qualità delle relazioni che definiscono il capitale sociale non dovrebbero essere considerate in astratto, sulla base delle intenzioni, ma esisterebbero in tanto quanto svelate da comportamenti concreti, che ne mostrano l'esistenza.

Le proprietà del capitale sociale non si sviluppano ovunque in modo spontaneo e non hanno una distribuzione omogenea. Pertanto contribuiscono esse stesse alle disuguaglianze tra le persone e tra le comunità, in aggiunta alle disuguaglianze sociali misurate sulla posizione socioeconomica e su altri parametri individuali.

Dunque, la promozione di comportamenti individuali tesi all'inclusione e al benessere del modello delle CdC intende considerare la **duplice importanza del contesto**, nell'ostacolare o nel sostenere le persone, soprattutto quelle con maggiori difficoltà di controllo sulla salute. In entrambi i casi, il percorso di HEA dovrebbe considerare in che misura le azioni incidono sull'architettura e sulla qualità delle relazioni sociali prossime alle persone.

Bisogna sottolineare che il concetto di capitale sociale rappresenta molto bene anche le relazioni interne ai servizi, tra professionisti. Qualsiasi forma di cooperazione, dalle più semplici alle più complesse e rischiose, richiede fiducia, scambio di informazioni, azioni coordinate, condivisione di responsabilità e rischi. Quindi nessuna organizzazione può andare oltre un'operatività esclusivamente dedicata a svolgere pre-

stazioni e procedure rigide gestite individualmente dai professionisti, se non sviluppa forme di cooperazione organizzativa e professionale, sostenute da un diffuso capitale sociale. Ciò è vero in particolare in questa fase, dove l'implementazione degli standard organizzativi del DM 77 e lo sviluppo del modello dei servizi territoriali delle CdC sono possibili solo in presenza di un livello elevato e collaudato di capitale sociale nel personale dei servizi.

CREARE LE NUOVE RELAZIONI PER LA SALUTE CON I MECCANISMI SOCIALI

Sviluppando quanto detto, per potenziare l'effetto delle leve organizzative proposte dal DM 77 non ci si può limitare al pur importante compito di arricchire la dimensione sociale delle azioni di cura tecnico-sanitarie. Occorre prefiggersi un obiettivo più ambizioso che consiste nell'intento di **rafforzare l'infrastruttura sociale** in grado di generare salute per le persone. Per raggiungere questo risultato occorre che i processi a cui si è accennato diventino meccanismi sociali, ovvero interdipendenze stabili tra persone in grado di produrre effetti sulle loro rappresentazioni e sui loro comportamenti. Essi diventano motori permanenti per la creazione di quel capitale sociale direttamente utile alle persone per controllare la propria salute. Sono molte le teorie che spiegano in modi diversi questi effetti, che possono essere ben sintetizzati nella nostra natura sociale, che ci porta a valutare e scegliere come comportarci, nelle piccole e nelle grandi scelte, tenendo conto di ciò che pensano e fanno gli altri che abbiamo intorno, tanto più se appartengono alle persone con cui abbiamo relazioni più stabili e che riteniamo più significative, con cui parliamo e con cui ci confrontiamo, sotto il cui sguardo poniamo in essere molti nostri atteggiamenti e comportamenti.

Utilizziamo quindi il meccanismo sociale affinché l'azione sperimentale avviata dalla CdC per fronteggiare le disuguaglianze sia in grado di generare un'infrastruttura sociale capacitante, ovvero che permetta alle persone di raggiungere più facilmente l'obiettivo di controllo della propria salute, a parità di risorse e competenze possedute da ciascun individuo. Per esempio, attivazione, fiducia, riconoscimento, inclusione,

coordinamento, cooperazione, integrazione e apprendimento sono i meccanismi sociali emersi come rilevanti nel modello di prossimità sperimentato e misurato nelle microaree a Trieste.¹⁹ In sostanza, l'infrastruttura sociale non è data, ma viene creata e amplificata instaurando relazioni tra persone (professionisti e destinatari) attraverso specifici meccanismi sociali, cioè attività con le persone che generano le nuove interdipendenze proattive con loro e tra loro. Sulla base della letteratura, possiamo dire che i meccanismi sociali possono essere qualificati da tre caratteristiche. Considerando un qualsiasi individuo vulnerabile X, i seguenti effetti dei meccanismi sociali possono indurre o amplificare comportamenti orientati alla salute:

1. **interdipendenza strategica:** quando le alternative per le scelte o le gratificazioni di X vengono influenzate dal comportamento di altri attori (per esempio, se l'IFeC viene a casa a farmi un prelievo nel momento in cui non posso muovermi, non rinuncio al prelievo perché ho un'alternativa praticabile);
2. **interdipendenza processuale:** quando il comportamento di un attore precede e influenza direttamente nell'ambito di uno stesso processo le scelte dell'individuo X (per esempio, se uno degli amici che frequento del gruppo diabetici avviato dal medico di medicina generale inizia una nuova dieta appropriata proposta nel gruppo e mi fa provare delle ricette che mi convincono);
- **interdipendenza spazio-relazionale:** quando la prossimità spaziale aumenta il numero di relazioni e influenza la velocità e la direzione delle scelte di X (per esempio, se inizio a partecipare a un corso di italiano che mi aiuta a capire il contesto in cui sono perché lo fanno altri immigrati che ho conosciuto negli incontri promossi periodicamente dalla CdC).^{20 21} Tali criteri possono quindi essere usati nell'HEA per individuare e riconoscere, insieme ad attori e professionisti, i meccanismi sociali più appropriati ed efficaci nel territorio in cui operano.

DEFINIRE I PROCESSI E STIMARE I RENDIMENTI ATTESI

Come abbiamo evidenziato, il punto di partenza è dato dalle priorità che il gruppo della CdC ha individuato a partire dai bisogni delle persone

e dalle disuguaglianze presenti per definire le attività proposte e il risultato che ciascuna di queste attività dovrebbe generare in termini di valore per le persone, ovvero *capabilities* per il controllo della propria salute. Non ci si dovrebbe limitare alla qualità tecnico-sanitaria delle attività, il cui livello è essenziale ed è presidiato da indicatori specifici, ma bisognerebbe considerare anche il modo in cui la relazione complessiva con la persona e il suo contesto viene gestita, che include anche le operazioni di carattere tecnico-sanitario ma costituisce lo specifico del nuovo modello sperimentale di welfare territoriale, il quale ha il suo baricentro nella medicina d'iniziativa e nelle strutture di prossimità per promuovere salute. Queste attività nell'implementazione dell'HEA dovrebbero essere espresse in forma di processi (sequenze di attività che generano risultati visibili e misurabili) che il programma della CdC intende sviluppare e consolidare nella sperimentazione di un modello integrato socio-sanitario. Ciò significa, per esempio – mentre si cura la persona – creare reti o luoghi di relazione, aumentare l'attivazione delle persone, aumentare la conoscenza e l'informazione per l'autodeterminazione, riequilibrare le tradizionali asimmetrie di potere tra professionisti e destinatari, creare azioni collettive, ecc. Quale ruolo può svolgere l'HEA per sostenere lo sviluppo di queste azioni e l'integrazione con quelle tecnico-sanitarie?

In primo luogo, questi processi dovrebbero partire da quelli esistenti, ottimizzati e resi sempre più efficaci e integrati. L'HEA può essere costruita in modo da definire e tenere sotto osservazione le modalità di svolgimento dei processi e la produzione dei risultati, per vedere se i processi funzionano e se possono funzionare meglio. La creazione di conoscenza, di relazioni, di mappe, di progetti, di interconnessioni sono tutte attività che, dato il tempo investito dagli operatori e dal servizio, possono ottenere risultati diversi. Il punto è che dovrebbero aiutare le persone e la comunità ad aumentare le loro *capabilities* e la loro libertà positiva nel controllo della propria salute. Quest'aspetto è un oggetto di lavoro per l'HEA, che dovrebbe chiedersi, a partire dai bisogni, ovvero da quei problemi e circostanze avverse che le persone non riescono a fronteggiare tanto da perdere la loro salute, come le *capabilities* possono essere rafforzate attraverso specifiche proprietà del capitale sociale. Questi problemi non dovrebbero essere formulati in astratto, ma

essere quelli concreti quotidiani, che gli operatori vedono con il loro occhio attento nell'esperienza delle persone che incontrano ogni giorno o di quelle che non riescono a incontrar ma che ne avrebbero necessità. Questa conoscenza aiuta a interpretare il senso dei dati relativi alle disuguaglianze di salute di cui abbiamo parlato sulla base delle esperienze descritte. Intorno ad un primo inventario di questi problemi e ai modi in cui il capitale sociale può accrescere la capacità delle persone di fronteggiarli può essere impostata la valutazione dei processi nel modello sperimentale. Come si può osservare, il modello parte da problemi delle persone e da disuguaglianze empiricamente rilevate per individuare soluzioni territoriali-comunitarie che rafforzino o anticipino e quindi evitino le risposte tecnico-sanitarie che la conoscenza professionale ci mette a disposizione. Il tema dell'HEA, quindi, è fare in modo che i risultati generati dai processi ritenuti prioritari siano praticabili, vengano conseguiti in tempi realistici, siano accessibili a tutti coloro che ne hanno necessità e siano coordinati e integrati con il lavoro tecnico-sanitario per promuovere salute.

Quest'area dell'attività di valutazione rappresenta dunque l'altra faccia dell'osservazione e dell'analisi dei bisogni e delle disuguaglianze e si traduce nella modulazione delle azioni per migliorare la condizione delle persone e della comunità. La valutazione può quindi concentrarsi sull'identificazione di che cosa si intende effettivamente cambiare sul territorio, attraverso le azioni citate sopra o altre appropriate. Ciascuna delle azioni dovrà porsi in una prospettiva non puramente assistenziale, ma generare risorse nuove, strumenti, relazioni, progetti, modi diversi di lavorare, connessioni e mobilitazione di attori, che mirano a migliorare la qualità della vita delle persone nella comunità. Così, processi come "costruire conoscenza", "coinvolgere i soggetti territoriali", "creare rete" sono importanti in quanto sono funzionali al raggiungimento di un impatto positivo sulla salute delle persone, sulla comunità e sugli operatori. Essi non sono l'obiettivo finale dell'azione che il servizio vuole produrre, ma riguardano il metodo, il modo di costruire un impatto reale. Crediamo, sulla base di tanti studi ed esperienze, che ci sia un nesso molto forte tra il metodo (condivisione, coinvolgimento, integrazione, ecc.) e l'efficacia dell'azione nella produzione di valore per le persone. Ma si

tratta di un effetto empirico, da verificare nei fatti, nella vita delle persone. Per questo, sia i processi che costruiscono strumenti e relazioni, sia la creazione di valore finale per le persone, dovrebbero essere monitorati con quella che abbiamo chiamato “metrica dell’*empowerment*” per valutare se il modo di condurre le azioni funziona o non funziona.

Seguendo le esperienze in corso, può essere utile mettere a fuoco anche la dimensione economica e sociale di lungo periodo che deriva dagli effetti sulla salute e sull’equità generati dall’incremento di capitale sociale. Ciò richiede di considerare nell’HEA l’aumento del rendimento in termini di salute e di equità delle risorse del servizio territoriale (addetti, strutture, tecnologie, ecc.). Infatti, aumentare l’infrastrutturazione sociale, il capitale sociale, ovvero le relazioni stabili interne ed esterne utili ad aumentare le *capabilities* delle persone soprattutto in svantaggio, farle funzionare meglio a parità delle loro risorse e capacità individuali, significa aumentare la salute e l’equità a parità di risorse impegnate.

Nel modello che si muove seguendo la logica dell’*integrated community care* avviene un effetto di moltiplicazione delle risorse comunitarie, almeno nel medio periodo:

- si mobilitano risorse aggiuntive esterne al servizio che diventano disponibili;
- la ricerca della qualità e dell’equità è intrinseca ai processi e quindi li cambia nel come vengono gestiti, senza necessariamente prevedere risorse in più;
- aumenta la capacità del servizio di incidere sui comportamenti delle persone prima che diventino un carico per il servizio, ecc.

Nel caso, per esempio, dell’effetto sociale ed economico del piccolo esperimento per la ricerca delle persone a rischio di diabete nel quartiere Le Vallette a Torino, con un mese di mobilitazione, il pagamento di qualche decina di esami e di alcune settimane di lavoro di professionisti, si è generato il risultato di aver individuato 12 soggetti a rischio sconosciuti al sistema. Considerando che un anno di disabilità per l’aggravamento del diabete può rappresentare un costo per le strutture pubbliche dai 20 ai 50mila euro, e considerando che tra questi soggetti è molto cresciuta la probabilità di ridurre e rimandare negli anni il rischio di disabilità,

possiamo facilmente calcolare un moltiplicatore dove il ritorno o risparmio vale centinaia di volte l'investimento. Il fatto che questi conteggi non facciano parte della normale contabilità dei servizi non sorprende: fin dalla seconda metà del secolo scorso una vasta letteratura sottolinea come nelle analisi sulla qualità dei processi e sul miglioramento continuo, nelle imprese e nella pubblica amministrazione, sia sistematicamente sottostimata la valutazione del costo della non qualità, per cui si incorre nell'illusione "ottica" di vedere solo cosa costa far meglio, senza vedere quanto si risparmia facendo meglio.

Come si misura l'aumento del rendimento? Occorre che la costruzione consapevole del modello integrato sia accompagnata dalla raccolta di informazioni sul suo effetto, che andrebbe descritto e modellizzato, fatto oggetto di riflessione e misura in modo da diventare la prova visibile, innanzitutto per le istituzioni e le aziende, per i professionisti e per le persone destinatarie, dell'efficacia dell'intervento.

POTENZIARE SPECIFICHE PROPRIETÀ DELLE RELAZIONI NELLA RETE DELLA CdC

Il concetto di rete è molto utilizzato nelle scienze sociali e nei servizi e rappresenta bene l'idea che una massa di soggetti apparentemente confusa sia in realtà caratterizzata da una fitta rete di scambi e relazioni, in grado di incidere sulle risorse e sui comportamenti di tutti coloro che vi partecipano. Si studiano le reti per molti motivi e con obiettivi antitetici: una rete può generare disuguaglianze ed esclusioni, come può creare condivisione, solidarietà e riequilibrio dell'equità. Dunque, il primo passo per generare e misurare l'effetto del capitale sociale sulle *capabilities* delle persone riguardo alla salute consiste nell'aver chiare e condivise le molteplici relazioni tra la sfera della salute e quella delle relazioni sociali, nell'individuare i soggetti che via via partecipano ad attività che rafforzano queste interazioni e che svolgono un ruolo positivo e responsabile nella creazione di capitale sociale. Come si può notare l'adesione formale alla rete talora non è necessaria, ma non è neanche sufficiente a qualificare il ruolo sostanziale del professionista, dell'istituzione, del soggetto collettivo nel partecipare a qualche azione coerente anche in

modo indiretto con le finalità della rete. È invece indispensabile la coerenza dell'azione con la promozione della salute. In secondo luogo, la localizzazione territoriale, i luoghi, gli spazi, svolgono un ruolo fondamentale, perché la prossimità consente la frequentazione, l'importanza nella vita quotidiana, la costruzione di altri tipi di scambi e di prossimità tra le persone (culturale, cognitiva, ecc.). Quindi, la costruzione di capitale sociale per la salute e l'equità richiede di **tessere concrete relazioni di prossimità**, che includano attori e azioni di carattere tecnico-sanitario e sociale relative alla salute, ma che comprendano e valorizzino il sistema di relazioni in cui sono immersi, finalizzando meglio i contributi che molti attori individuali e collettivi possono dare, soprattutto se vicini nello spazio e presenti nella vita delle persone.

Dunque la mappa territoriale è lo strumento per tessere e scoprire molteplici valorizzazioni che le relazioni esistenti possono generare e che attori esistenti possono consapevolmente creare. In una visione integrata, il modello CdC intende superare la tradizionale divisione rigida dei compiti tra i professionisti della sanità che si occupano in senso tecnico di cure e percorsi sanitari e i professionisti sociali che si occupano di assistenza e di processi di inclusione sociale. Questo significa che per la persona la crisi e il recupero della salute sono sempre intrecciati a problematiche sociali e relazionali, ad eventi avversi o nuove risorse relazionali, che si presentano in modo più o meno traumatico e improvviso nella propria esperienza. Ciò vuol dire che solo lavorando contemporaneamente sui due versanti è possibile mettere la persona in condizioni di fronteggiare o superare problemi sociali o di salute che produrrebbero aggravamenti irreversibili nella loro condizione.

Preso atto di questo, ricostruita la mappa dei principali intrecci che caratterizzano le persone di cui ci si occupa prioritariamente, la strategia consisterebbe nel tessere e moltiplicare gli effetti positivi delle relazioni sia all'interno dei mondi professionali sanitari e sociali coinvolti, sia negli ambiti sociali già coinvolti nel progetto o presenti sul territorio, o rilevanti nella vita e nei transiti delle persone coinvolte. Il modo concreto per muoversi in quest'ambito complesso consiste nello sgranare e far emergere i molti soggetti coinvolti e con ciascuno individuare nuove informazioni e relazioni su cui tessere nuove attività, partecipazioni e

conoscenze che coinvolgano persone reali e che utilizzino meccanismi sociali. Questa logica tende verso un impatto strutturale. Per esempio, se due persone si conoscono casualmente nella sala di attesa di un medico magari non si vedranno più. Se il medico utilizza il meccanismo sociale della fiducia in lui riposta per promuovere in modo sistematico e appropriato forme di partecipazione a gruppi, attività, mutuo aiuto tra i pazienti che frequentano il suo studio, il suo contributo di fiducia dato una volta potrà generare relazioni stabili tra persone e gruppi, che da quel momento in avanti incideranno sulla vita sociale e di salute delle persone. Nell'appropriatezza di questo lavoro di tessitura, anche in relazione ai bisogni e alle risorse specifiche delle persone, si gioca il valore aggiunto portato dal modello e dall'esperienza degli attori coinvolti. Non si tratta, infatti, solo della sommatoria del contributo individuale di tanti professionisti, ma di una strategia che cresce e si affina sulla base di una conoscenza collettiva, continuamente ampliata e verificata, che poggia sulla gestione della conoscenza mobilitata dall'HEA. Da questo punto di vista anche lo strumento del budget di salute, che aiuta a rappresentare una visione integrata e personalizzata degli interventi sulla persona, può essere riproposto dentro una visione comunitaria, dove il valore aggiunto trasversale che nasce dal capitale sociale e dall'integrazione è oggetto di adeguato investimento e riconoscimento.

SELEZIONARE INDICATORI DI PROCESSO PER LA METRICA DELL'EMPOWERMENT

Quali sono le possibili coordinate di misurazione delle proprietà del capitale sociale che consentono alla CdC di potenziare la qualità delle relazioni con gli *stakeholder* (cittadini, professionisti, istituzioni e servizi, terzo settore) al fine di aumentare le capacità di co-interpretazione, di co-decisione e di co-creazione di questi attori e quindi, in ultimo, le capacità di controllo sulla salute della comunità? Nell'ambito dell'HEA sarebbe molto utile descrivere queste qualità specifiche delle relazioni che si creano perché potrebbero essere considerate come *outcome* intermedio e quindi misurate con scale di misurazione relativamente semplici, come scale Likert con 10 valori ancorati a una descrizione dove per

esempio una relazione di fiducia tra medico e paziente passa dallo zero, che significa “Non ascolto neanche cosa dice il MMG, non mi interessa e non mi fido”, a un 10 che significa “Mi confronto spesso con il MMG, arriviamo insieme a capire cosa è meglio fare e ho imparato a seguire attentamente i comportamenti che aiutano la mia salute”. In questo modo le qualità specifiche delle relazioni, che trovano d'accordo i soggetti coinvolti, possono essere monitorate e incrementate consapevolmente nel progetto anche con specifiche soluzioni operative e quindi possono diventare strumenti di autovalutazione del modello sotto il profilo culturale e operativo da parte degli operatori che guardano i propri dati e possono rendere trasferibili pratiche operative e di misura a qualsiasi realtà di CdC.

I tre ambiti di relazione rilevanti in questo processo di ricerca-azione tra attori della comunità sono: le relazioni tra persone (intendiamo sia la relazione operatore-utente, sia quella utente-altro o altri utenti); le relazioni tra operatori (intendiamo le relazioni tra operatori orizzontali e verticali nei servizi di un comparto o tra comparti, anche con differente missione, anche pubblici e privati o gestiti dal volontariato); le relazioni nei luoghi (intendiamo le relazioni che si sviluppano in determinati luoghi e ambienti sociali, anche se collegate prima o dopo a relazioni che attribuiamo ai primi due ambiti). Esse emergono da importanti rassegne della letteratura^{22 23} e nella nostra esperienza possono essere sintetizzate in sei dimensioni particolarmente meritevoli di attenzione.

Tre dimensioni riguardano le **relazioni tra persone**:

1. il livello di fiducia che l'utente ha nei confronti del suo interlocutore, come la fiducia che l'utente stesso percepisce abbia l'interlocutore nei suoi confronti;
2. il livello di aiuto messo in atto che l'utente riceve da parte del suo interlocutore, come il livello di aiuto che l'utente stesso mette in atto nei confronti dell'interlocutore o di altri in caso di bisogno (per esempio tempo, competenze, azioni, messe a disposizione degli altri per facilitare la soluzione di problemi o situazioni critiche);
3. il livello di emozioni positive che la relazione genera nell'utente e che l'utente stesso percepisce nel vissuto dell'interlocutore (per esempio stare bene in un luogo e andarci per incontrare altri).

Due dimensioni attengono alle **relazioni tra operatori**:

1. il livello di erogazione di informazioni relative all'utente ad altri operatori (a rispettivi team e sistemi organizzativi, per esempio tra MMG e IFeC in una CdC) e il livello di informazioni sull'utente messe a disposizione per iniziativa di altri operatori/servizi (per esempio dal Servizio sociale del Comune);
2. il livello di coinvolgimento attivo nel progetto/caso dell'utente di altri operatori (e rispettivi team e sistemi organizzativi) e il livello di coinvolgimento attivo nel progetto/caso dell'utente per iniziativa di altri operatori/servizi (per esempio l'utente partecipa ad attività che lo vedono esprimere d'iniziativa proprie capacità).

Una dimensione, infine, si riferisce alle **relazioni nei luoghi**: i tre luoghi in cui la persona si reca più volentieri e i tre luoghi che la cercano e la coinvolgono (per esempio, quando la CdC crea o propone di partecipare a luoghi che diventano significativi per le persone).

L'ipotesi su cui si basa l'uso di questi indicatori è che se la CdC riesce a far crescere questi tre tipi di relazioni intorno alla persona, con quel che ne consegue in termini di capacità, ha posto le condizioni per il successo dell'azione di rafforzamento delle *capabilities*, a parità di competenze tecnico-sanitarie dei professionisti.

Per definire in modo preciso ciascuno degli indicatori delle dimensioni elencate sarebbe utile partire nel contesto specifico dal progresso che viene ritenuto da un lato prioritario e dall'altro conseguibile, particolarmente collegato agli obiettivi di salute e di riduzione delle disuguaglianze che emergono dall'analisi dei dati. Nel caso del diabete, per esempio, quale progresso nella fiducia tra MMG, IFeC e persone a rischio sarebbe utile raggiungere? Come questo può cambiare stili di vita e comportamenti a rischio? Come deve cambiare il modo di operare del MMG per riuscire in questo intento? Quale ruolo può giocare la partecipazione ad attività collettive degli utenti? A che livello le informazioni sono raccolte e caricate in modo completo da operatori sanitari e sociali e condivise con tutti gli altri in modo da sostenere un'operatività coordinata, consapevole e integrata da parte dei professionisti? Ponendosi target il più possibile precisi e misurabili, semplici da capire e condivisi tra gli

operatori, è possibile ogni mese, trimestre, semestre o anno, a seconda dell'obiettivo che ci si è dati, verificare come si procede e individuare eventuali correttivi nell'indicatore o nella sua misura.

Contemporaneamente, il fatto che gli operatori osservino quotidianamente, nel rapporto con gli utenti e con gli altri professionisti, come quella dimensione si evolve costituisce una forma di validazione molto importante della misura stessa. Tecnicamente la validazione dovrebbe assicurare che si sta misurando quel che effettivamente si intende misurare, ovvero, per esempio, la fiducia tra medico e paziente. La validazione dei questionari e delle scale viene spesso condotta attraverso interviste, ma il coinvolgimento diretto dei professionisti e il loro confronto metodico sul senso che assume in concreto l'indicatore costituiscono una forma assai solida di validazione empirica.

È utile precisare che il concetto di capitale sociale di cui qui si propone la creazione e la misura deve essere distinto da quello che in ambito sociologico fa riferimento alla misura del capitale sociale nella comunità proposto da Robert Putnam²⁴ e in ambito di salute dai modelli di analisi di contesto come Place standard (<https://www.placestandard.scot/guide/full>). Questi sistemi condividono l'idea, molto rilevante, che le comunità e i territori/ambienti siano distinguibili per il livello medio di capitale sociale che li caratterizza, stimabile attraverso una rosa di variabili come il livello di associazionismo, la fiducia generalizzata negli altri, la disponibilità al volontariato, la partecipazione politica e collettiva, la cura degli spazi comuni, la percezione di sicurezza, la disponibilità di servizi di trasporto, la presenza di condizioni ambientali gradevoli, il senso di appartenenza, la facilità di lavoro e di attività economica, la facilità dell'abitare, ecc. Tuttavia, il tipo di misura utile per lo sviluppo di azioni nell'ambito del modello CdC è a nostro avviso più specifico. Sappiamo già che un quartiere deprivato di una città ha un livello basso di capitale sociale, che questo è di ostacolo alla salute e che al suo interno esistono un'elevata frammentazione e talvolta un conflitto, come pure la presenza di molti gruppi diversi per caratteristiche culturali e sociali, come provenienza geografica, età, livelli di marginalità e fragilità, radicamento in luoghi specifici, storie e appartenenze, ecc. Il tipo di relazioni che in questo contributo vengono proposte come obiettivo per la rete capacitante è quello che, all'interno di

una realtà caratterizzata da frammentazione, bassa coesione e diffidenza diffusa, riesce a cambiare la qualità delle relazioni per alcune persone con cui lavora e che per questa via si propone anche di migliorare la qualità complessiva delle relazioni nella comunità. I due livelli, però, sono molto diversi e i tempi di impatto necessariamente diversi. L'avvio di una nuova attenzione alle relazioni in un quartiere dove abitano trentamila persone dovrebbe iniziare a incidere sulla vita di centinaia di persone, arrivando alle migliaia, che, pur restando consapevoli del contesto frammentato e talvolta ostile in cui vivono, iniziano a sviluppare alcune relazioni significative che consentono di ridisegnare le loro *capabilities* in quell'ambiente che resta prevalentemente difficile. In una recente ricerca sull'esperienza delle microaree a Trieste misurammo l'effetto dell'intervento teso a costruire capitale sociale, protrattosi per vari anni, e si rilevò un effetto molto significativo sulle relazioni tra la persona utente coinvolta, i professionisti sanitari e sociali, i vicini di casa e altri frequentatori dei luoghi di prossimità che l'intervento aveva messo a disposizione e promosso, diventati luoghi di frequentazione quotidiana e di riferimento sanitario e sociale. In altre parole, l'intervento cambiò il capitale sociale e la vita di molte centinaia di persone, tra le più svantaggiate, incise sulle loro *capabilities* e sulle loro emozioni, ma non modificò significativamente, almeno fino a quel momento, il giudizio negativo che essi davano dell'insieme del quartiere in cui vivevano, che rimaneva in ampia misura degradato e continuava a suggerire diffidenza.¹⁹ Questo sapendo che, se i cambiamenti riguardano in modo strutturale le pratiche di lavoro e di cooperazione di tutti i servizi socio-sanitari, tendono a migliorare l'impatto complessivo sul capitale sociale del quartiere anche se l'effetto sui valori medi della coesione sociale sarà proporzionato al peso e alla durata dell'intervento.

Dati e informazioni, alimentati dal contatto quotidiano dei professionisti e dei volontari, sanitari e sociali, con le persone che hanno problemi sociali e di salute, diventano quindi la base per costruire comunità. Il *community building*, guidato dall'HEA, che abbiamo descritto muove in due direzioni che sono tipiche di un processo di apprendimento: accrescere le capacità di osservazione, riflessione e comprensione della realtà da un lato, accrescere l'efficacia e l'appropriatezza delle azioni sul piano sanitario e sociale per aumentare salute ed equità di salute dall'altro.

Seguendo la logica dei modelli di HEA,²⁵ ritroviamo quindi le fasi che caratterizzano l'avvio delle esperienze descritte: analisi dei bisogni di capacitazione, osservazione dei processi in atto, riflessione e analisi per individuare miglioramenti nei servizi e potenziamento del capitale sociale, riprogettazione di aspetti delle azioni, valutazione degli effetti e dei significati sui diversi piani.

AVVIARE UN HEA DEI SERVIZI TERRITORIALI NELLA LOGICA DEL DM 77

Gli strumenti che seguono riassumono in una visione sintetica e integrata un percorso per le strutture territoriali di prossimità che intendono muoversi verso le Case della comunità, con un uso appropriato di dati, informazioni e attività di progettazione e valutazione. È un percorso che potrebbe essere guidato dal distretto, che promuove e coordina lo sviluppo di questo nuovo modello territoriale, in rapporto con gli attori istituzionali e sociali, pubblici e privati presenti, facendo leva sempre di più sulla medicina d'iniziativa e la prossimità, sull'integrazione multiprofessionale e sociosanitaria nelle attività territoriali, sulla crescita della cooperazione e del coordinamento interno per l'integrazione delle funzioni sanitarie e per la capacità di co-produzione dei servizi con la persona, le reti sociali prossime e gli attori nella comunità (DM 77).

In questa prospettiva la gestione comune ed efficace della conoscenza, dei dati e delle altre informazioni diventa proprio la base intorno a cui costruire le nuove azioni comuni, l'iniziativa e l'integrazione. Il percorso porterebbe la direzione aziendale e i tavoli di coordinamento territoriale con i diversi attori a lavorare su tre aree di osservazione/azione, che sono alla base della missione istituzionale innovativa delle strutture di prossimità:

1. A chi? A quali persone ci si rivolge.
2. Per ottenere cosa? Con quali obiettivi di impatto e/o miglioramento.
3. Come? Utilizzando quali processi e strumenti organizzativi.

Questo percorso dovrebbe essere basato su una chiara decisione della Direzione dell'azienda e del distretto, dovrebbe coinvolgere le Istituzioni

e gli attori pubblici e privati in modo sostanziale e dovrebbe essere sviluppato in modo attivo dagli stessi dirigenti e operatori sanitari e sociali per stimolare e orientare con l'uso di dati e indicatori il lavoro di progettazione di nuove azioni integrate e il monitoraggio e la valutazione del loro esito e impatto.

Gli indicatori di bisogno sanitario e di salute, come quelli elaborati dall'osservatorio epidemiologico del Piemonte nelle esperienze descritte, consentono di lavorare sulle prime due aree (*A chi? Per ottenere cosa?*), aiutando a mettere a fuoco i bisogni prioritari di cura e prevenzione delle persone e la loro distribuzione diseguale sul territorio e nella comunità. Tracciano quindi alcune basi di partenza per misurare i percorsi di miglioramento della salute e riduzione delle disuguaglianze nella comunità. A questi dati si aggiungono le informazioni e le conoscenze che derivano dall'operatività quotidiana dei servizi sanitari e sociali, dall'esperienza e dalle relazioni continue con le persone. Gli indicatori di processo focalizzati sulle leve organizzative e sul capitale sociale (*Come?*) consentono di individuare obiettivi e conseguimenti nel rafforzamento delle *capabilities* e della comunità.

Le tre aree di osservazione/lavoro possono essere meglio dettagliate, esemplificando il loro contenuto attraverso elementi prioritari da considerare:

1. **A chi?** A quali persone ci si rivolge? Costruire nuove azioni e indicatori per rivolgersi a tre tipi di persone che risiedono nell'area di responsabilità della casa della comunità:
 - A. Persone in cura: persone che hanno sintomi/problemi di salute e che si rivolgono ai servizi.
 - B. Persone da raggiungere: persone con problemi che NON si rivolgono ai servizi, da intercettare.
 - C. Persone con cui fare prevenzione: persone senza sintomi/problemi che NON hanno relazioni con i servizi, su cui occorre fare prevenzione, proprio per evitare che accada.
2. **Per ottenere cosa?**
 - Migliorare il servizio sociosanitario (per esempio, l'operatore sanitario cambia strategia, recandosi da persone a rischio che non vengono al servizio).

- Rimuovere cause che ostacolano le persone (per esempio, l'operatore sanitario si muove per segnalare ad altre politiche cambiamenti necessari, come un servizio di trasporto specifico).
 - Potenziare le relazioni sociali intorno alle persone (per esempio, l'operatore sanitario agisce sistematicamente a creare nuovi legami e luoghi di relazione, favorendo l'aiuto tra vicini).
3. **Come?** Questo risultato si può ottenere in molti modi differenti: per selezionare i cambiamenti più appropriati e sperimentarli è necessaria la collaborazione di tutti i soggetti coinvolti: la decisione di chi dirige il processo, il coinvolgimento attivo e cooperativo degli operatori e dei cittadini coinvolti, strumenti e tecnologie adeguate a seconda dei cambiamenti da mettere in atto. Seguendo gli standard organizzativi del DM 77 e le esperienze pilota di innovazione dei servizi territoriali, in particolare quelle analizzate presso l'ASL TO3 nella progettazione delle CdC tra il 2021 e il 2022, i passaggi organizzativi più rilevanti sembrerebbero essere:
- la definizione chiara e multidisciplinare e multiprofessionale dei gruppi di lavoro (sanitari e sociali, MMG, IFeC e AS, ecc.), delle specifiche responsabilità, delle deleghe e delle forme che deve necessariamente assumere la cooperazione e la responsabilità condivisa;
 - il coinvolgimento dalla co-progettazione fino alla valutazione dei diversi attori (pubblici e del terzo settore), con particolare attenzione alle nuove norme in materia di co-progettazione con il terzo settore;
 - l'affinamento delle pratiche di relazione con le persone e dei modi per rafforzare il capitale sociale attraverso processi di *empowerment* individuale e collettivo e l'attivazione di appropriati meccanismi sociali;
 - la definizione operativa dei nuovi processi integrati (evidenziando il contributo al processo delle diverse amministrazioni e competenze coinvolte) e delle tecnologie e dei sistemi informativi per gestire le azioni e conseguire gli obiettivi;
 - l'introduzione di strumenti di riflessione comune e coordinamento (riunioni, strumenti per condividere informazioni sui destinatari e

sulle azioni come sistemi web, cartelle sanitarie, accesso a dati di contesto, ecc.), che consentano di svolgere l'attività di riflessione periodica sui dati e di confronto descritta nelle esperienze, ma anche quella di confronto continuo sul funzionamento organizzativo e sul miglioramento delle pratiche di lavoro, incluse le azioni di modifica di norme e procedure, di facilitazione del cambiamento e di deburocratizzazione dell'attività;

- la gestione di momenti di formazione comune per verificare obiettivi, metodi e pratiche di lavoro nella conduzione delle innovazioni e sperimentazioni;
- la condivisione e socializzazione del cambiamento culturale, interna al servizio sanitario, alla rete e più in generale nella comunità.

In questo contributo è stata sottolineata l'importanza di partire dalle disuguaglianze di salute per avviare percorsi di innovazione e implementazione del nuovo modello territoriale. Sono emersi tuttavia nelle esperienze e nell'analisi che abbiamo condotto altri criteri di valutazione del miglioramento organizzativo dei servizi, che è utile avere presenti in quanto possono sostenere il criterio dell'equità e della riduzione delle disuguaglianze. Soprattutto, lo sforzo rivolto alla riduzione delle disuguaglianze si dovrebbe muovere in un quadro di innovazione complessiva e strutturale dei servizi, che dovrebbe consentire di progredire anche sugli altri criteri tradizionalmente centrali: efficacia, efficienza, innovazione strutturale.

Per questo proponiamo, in chiusura, la tabella 9.2, che aiuta a collocare il criterio della promozione di equità in un quadro che considera il ventaglio di criteri rilevanti e che distingue i due livelli di analisi dell'HEA, relativi alla definizione del cambiamento che si vorrebbe generare (impatto finale sulla salute e intermedio sulle dimensioni organizzative e del capitale sociale) e al modo di conseguirlo (processo, leve organizzative attivate). Gli indicatori relativi alle leve utilizzate (come si agisce, con quali processi, strumenti, meccanismi sociali, ecc.) e di impatti intermedi conseguiti (cambiamento nel capitale sociale ed effetti capacitanti che modificano i comportamenti delle persone) possono essere osservati utilizzando come criteri di valutazione l'innovazione di sistema (integra-

TABELLA 9.2 - CRITERI GUIDA PER PROGETTARE OBIETTIVI-INDICATORI

Definizione	Criteri			
	Efficacia/ qualità	Innovazione di sistema	Efficienza/ costo	Equità
Indicatori di impatto (PER OTTENERE COSA?)				
Misurano il cambiamento intenzionale di una situazione, che si è verificata e che non si sarebbe verificata in assenza del nuovo servizio/trattamento, finalizzato ad accrescere il valore per la persona.	Misurano le qualità della nuova situazione rispetto a quella in assenza di intervento. Ad esempio riduzione di isolamento, dipendenza, cattivi comportamenti di salute, assenza di mutuo aiuto, ecc.	Misurano il grado in cui le innovazioni sperimentali adottate nel progetto diventano pratiche di lavoro nei diversi processi ordinari del servizio.	Misurano il risparmio anche prospettico ottenuto nella nuova situazione, rispetto a quella in assenza di intervento.	Misurano il livello di disuguaglianze nella nuova situazione, o nei trattati, rispetto a quella in assenza di intervento.
Indicatori di processo (COME?)				
Misurano il nuovo processo di trasformazione, COME il trattamento viene svolto, nei suoi diversi aspetti, in un arco di tempo.	Misurano gli aspetti qualitativi del processo ritenuti importanti. Ad esempio i livelli di soddisfazione degli utenti, degli operatori, delle istituzioni, oppure le competenze impiegate (esempio multidisciplinarietà, integrazione, ecc.) o i tempi di risposta o di attesa, o la semplificazione, la riduzione della fatica dell'utente, la sua gestione più attiva, la qualità della relazione, ecc.	Misurano processi (direzionali, organizzativi, culturali, formativi) di estensione e trasferimento degli aspetti innovativi introdotti dal processo in altri processi/ aree di attività del servizio, per modificare altre pratiche di lavoro correnti.	Misurano l'efficienza del processo, l'attività/trattamento svolta dal processo che utilizza meglio le risorse impiegate. Ad esempio operatori, ore, giornate, euro impiegati, ecc. "L'attività" possono essere prestazioni, utenti, prevenzione, ecc.	Misurano gli aspetti di equità del processo ritenuti importanti. In specifico quali modi di gestire il processo compensano le disuguaglianze. Ad esempio differenziali di tempi di attesa, trattamenti, facilità di accesso, ecc. confrontando utenti più o meno fragili da qualsiasi punto di vista (disuguaglianze sociali).

Segue

TABELLA 9.2 - *Segue*

<p>Standard</p> <p>Gli indicatori hanno significato se il loro valore viene confrontato. Può essere confrontato nel tempo, per misurare un cambiamento. Può essere usato in modo comparativo, confrontando unità organizzative o gruppi e strutture diverse. Può essere usato come descrizione di un aspetto specifico, insieme ad altri indicatori, per osservare i diversi aspetti di un servizio. Gli indicatori possono anche essere confrontati con dei valori o soglie che sono stati assunti dal gruppo o concordati con soggetti esterni come obiettivo del progetto o del servizio, o semplicemente per migliorare il valore creato (valori di costo, qualità, equità, ecc.). Il confronto tra indicatori genera sempre due domande fondamentali: 1) è significativa la differenza? 2) Da cosa è stata determinata? Sono due domande che si chiedono se la sperimentazione ha funzionato o meno.</p>
<p>Strumenti da utilizzare per raccogliere le informazioni</p> <p>Bisogna sempre definire in anticipo come raccogliere le informazioni, attraverso quali strumenti (già in uso o da costruire ad hoc), in quali tempi/periodicità (es. sistematicamente ad ogni "visita" oppure in sede di micro-equipe), con quale modalità (conteggio puntuale, stima di tempi e costi esplicitando i criteri, ricostruzione informazioni qualitative - verbali di osservazione di fatti, racconti di situazioni, punti di vista e motivazioni, positivi o negativi, raccolte presso gli utenti, le famiglie, i cittadini, gli operatori, altri soggetti coinvolti). Per verificare dei cambiamenti, soprattutto nella salute/soddisfazione/benessere percepiti, si può ricorrere a interviste iniziali e finali, comparando le due situazioni.</p> <p>Nel caso si utilizzino dati già trattati, come i profili e gli studi forniti dall'Epidemiologia regionale, si possono usare i dati direttamente o collegarli ad altri dati di fonte interna.</p>

zione dell'azione nei processi ordinari dell'organizzazione), l'efficacia (la capacità del processo di generare effetti nella direzione voluta), l'efficienza (il risparmio di risorse o l'effetto moltiplicativo futuro dell'azione). Essi si aggiungono all'equità (la capacità dell'azione di ridurre le disuguaglianze sociali e di salute e di promuovere autonomia), che viene proposta come criterio guida di riferimento del processo.²⁶

CONCLUSIONI

L'innovazione si innesca più facilmente se c'è una narrazione che coinvolge le responsabilità degli *stakeholder*: le differenze geografiche e sociali nei bisogni e nei rischi sono una buona metrica per ingaggiare l'attenzione degli attori: "A Torino ci si chiede perché a Vallette ci dovrebbe essere il doppio dei diabetici che a Borgo Po?". L'epidemiologia

è in grado di tracciare un profilo dei bisogni e dei rischi secondo le differenze geografiche e sociali della popolazione delle ASL.

Tutti gli attori della innovazione dovrebbero essere coinvolti a chiedersi perché ci sono queste differenze (colpa della sanità e di altre politiche e altre condizioni?) e se essi possono farci qualcosa, o direttamente perché coinvolti nelle innovazioni dell'assistenza territoriale delle CdC, o indirettamente come titolari di *advocacy* nei confronti dei decisori di altri settori delle politiche. Anche questo coinvolgimento ha bisogno di una sua metrica perché la capacità di co-creazione, come tutti gli attributi del capitale sociale, potrebbe rivelarsi un valore ancora più importante e sostenibile del risultato di salute, in quanto buono a riprodursi su ogni dimensione del benessere, non solo quella specifica scelta dalla misura epidemiologica contingente.

I cambiamenti introdotti devono dimostrare di creare valore (salute, soddisfazione, accesso e capitale sociale) in modo equo; è così che torna la stessa metrica di sopra come metrica di apprendimento e valutazione dai risultati delle azioni intraprese. Si tratta di metriche che sono di grande interesse per gli investitori (attenti alla *social impact economy*), dalla Commissione europea agli enti filantropici (fondazioni) ai grandi investitori privati, tutti interessati alla misurabilità dell'impatto sul benessere-salute e sul capitale sociale come misure di impatto sociale.

Le esperienze riportate dimostrano che è possibile esigere dalle Asl di progettare le innovazioni nell'assistenza territoriale in modo che creino valore di più salute, di salute più uguale per tutti e di una comunità che genera nuovi obiettivi intorno a questi valori. Perché questi risultati siano esigibili occorrono alcune precondizioni. Intanto i sistemi informativi sanitari regionali devono essere messi in condizioni di stratificare i loro indicatori secondo una o più variabili sociali; la cosa si può ottenere attraverso l'interconnessione dell'anagrafe sanitaria con i dati del registro nazionale di popolazione aggiornato periodicamente dal censimento permanente; la disciplina delle interconnessioni di dati personali che è in corso di regolamentazione per i dati sanitari deve includere anche dati sociali che vengono da fonti esterne; ad oggi questo risultato è disponibile solo in poche Regioni sotto l'egida del programma statistico nazionale. La seconda precondizione è che la metrica della salute disuguale e

quella dell'*empowerment* vengano prescritte obbligatoriamente in quel sistema di indicatori di implementazione delle CdC che prima o poi dovrà essere promosso per monitorare e rendicontare i risultati dell'implementazione delle CdC. Il lasso di tempo dei prossimi quattro anni è quello necessario per accompagnare la creazione delle CdC con adeguati strumenti di valutazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Laverack G. Public health: power, empowerment and professional practice. Macmillan 2009.
2. Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsi C et al. Beyond adoption: a new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health and care technologies. *Journal of Medical Internet Research* 2017; 19(11)e367.
3. Di Monaco R, Pilutti S. Scommettere sulle persone. Leadership distribuita per l'organizzazione smart & green, agile, lean e 4.0. Seconda edizione. Milano: Egea, 2021.
4. Porter M. Il vantaggio competitivo. Milano: Edizioni Comunità, 1987.
5. Thiam Y, Allaire J-F, Morin P et al. A conceptual framework for integrated community care. *International Journal of Integrated Care* 2020; 21(1):1-13.
6. World Health Organization. Integrated care models: an overview. Working document. Health Services Delivery Programme, Division of Health Systems and Public Health, October 2016.
7. Vandenbroeck P, Braes T. Integrated community care 4all. New principles for care strategy. Paper to move ICC forward. TransForm, the Transnational Forum for Integrated Community Care. Network of European Foundations, March 2020.
8. Costa G, Stroschia M, Zengarini N, Demaria M, eds. 40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche. Milano: Inferenze, 2017.
9. Zengarini N, Pilutti S, Marra M et al. Focusing urban policies on health equity: the role of evidence in stakeholder engagement in an Italian urban setting. *Cities & Health* 2021.
10. Gnani R, Piccariello R, Pilutti S et al. L'epidemiologia a supporto delle priorità di intervento: il caso del diabete a Torino. *Epidemiol Prev* 2020; 44(5-6 Suppl 1):172-8.
11. Quinn RE, Spreitzer G. La via dell'*empowerment*. In: Quaglino GP, ed. Leadership: nuovi profili di leader per nuovi scenari organizzativi. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2005.
12. Brusciaglioni M. La microcultura personale "empowerment oriented". *Sociologia del lavoro* 2006; 103(3):97-115.
13. Nathan E, Mulyadi R, Sen S, van Dierendonck D, Liden RC. Servant leadership: a systematic review and call for future research. *The Leadership Quarterly* 2019; 30(1):111-32.
14. Dubost J, Levy A. Origine e sviluppo della ricerca-azione. *Spunti* 2007; VIII(9):66-106.

15. Dubost J. Une analyse comparative des pratiques dites de recherche-action. *Connexions* 1984; 43:8-28.
16. Manoukian F. Presupposti ed esiti della ricerca-azione. L'intrapresa di percorsi di conoscenza insieme ad altri. *Animazione Sociale* 2002; 11:50-60.
17. Sen A. Scelta, benessere, equità. Bologna: Il Mulino, 1986.
18. Van Der Gaaga M, Snijders TAB. The resource generator: social capital quantification with concrete items. *Social Networks* 2005; 27:1-29.
19. Di Monaco R, Pilutti S, d'Errico A, Costa G. Promoting health equity through social capital in deprived communities: a natural policy experiment in Trieste, Italy. *Social Science & Medicine – Population Health*. Elsevier, 2020.
20. Barbera F. *Meccanismi sociali. Elementi di sociologia analitica*. Milano: Il Mulino, 2004.
21. Hedström P, Swedberg R. *Social mechanisms: an analytical approach to social theory*. Cambridge University Press, 1998.
22. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, eds. *Social capital and health*. Berlin: Springer Science, 2008.
23. Kawachi I, Takao S, Subramanian SV, eds. *Global perspectives on social capital and health*. Berlin: Springer Nature, 2013.
24. Putnam R. *La tradizione civica nelle Regioni italiane*. Milano: Mondadori, 1993; 196.
25. Pilutti S, Costa G, d'Errico A, Di Monaco R. L'Health Equity Audit per un welfare equilibrato: dalle disuguaglianze sociali e di genere alle capacità di controllo sulla salute. *La Rivista delle Politiche Sociali* 2018; 1:173-92.
26. Di Monaco R, Pilutti S, Obbia P. Valutare gli interventi socio-sanitari per innovare i servizi. In: *I Luoghi della Cura* 2000; 5. Disponibile online: <https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2020/11/valutare-gli-interventi-socio-sanitari-per-innovare-i-servizi/>

Finito di stampare nel mese di dicembre 2022
da Ti Printing S.r.l.
Via delle Case Rosse 23, 00131 Roma
per conto de Il Pensiero Scientifico Editore, Roma

Anche se la povertà globale era progressivamente diminuita fino al 2020, la pandemia da covid-19 ha invertito questa tendenza, mentre i più abbienti hanno invece aumentato le proprie ricchezze. Nonostante gli incredibili progressi dello stato di salute della popolazione avvenuti negli ultimi decenni, le differenze di salute tra aree geografiche e, all'interno di una stessa area, tra gruppi socioeconomici rimangono considerevoli. È naturale che sesso, genere, posizione socioeconomica, cittadinanza ed etnia siano associati a differenze di salute, sia per fattori biologici che per fattori di rischio legati ad aspetti culturali e ambientali. Quando tuttavia le differenze rappresentano diversità di opportunità, conoscenze e risorse che potrebbero essere ridotte o evitate da politiche ad hoc parliamo di disuguaglianze. Questo secondo rapporto si focalizza sulle disuguaglianze socioeconomiche che hanno un impatto sulla prevenzione e sullo stato di salute della popolazione nella Regione Lazio con lo scopo di identificare azioni e politiche che si pongano come obiettivo l'equità nella salute.

“Il diritto alla salute rappresenta la prima e fondamentale garanzia di emancipazione dell'individuo, la più immediata forma di affrancamento dal bisogno. E tuttavia, nonostante questa consapevolezza risulti ormai acquisita e condivisa, il tema dell'equità di accesso alle cure rappresenta nella società di oggi ancora un nodo per buona parte irrisolto.”

Dalla Presentazione di Alessio D'Amato

“I risultati di salute si prestano a qualsiasi metafora, poiché le disuguaglianze di ogni tipo, nel mondo, convergono a danneggiare e discriminare i più deboli, in ogni ambito, e la salute è ciò che più di ogni altro patrimonio le riassume.”

Dalla Presentazione di Massimo Annicchiarico