

INMP ed equità nella salute*

Gianfranco Costanzo**

Salute e sanità nella
prospettiva europea

Nell'ambito di questo XIX Convegno nazionale di Diritto sanitario gradirei introdurre un ragionamento relativo all'equità nella salute quale elemento fondante per l'affermazione della dignità della persona all'interno della società. Equità che rappresenta l'elemento essenziale per la piena affermazione dell'accesso egualitario e universale alla prevenzione e alle cure, così come sancito dalla Costituzione italiana e regolato dalla legge n. 833 del 1978, istitutiva del Ssn, e dalle sue successive modificazioni e integrazioni.

A tal riguardo, vale richiamare che il Ssn si è arricchito, nel 2012, di un Istituto nazionale dedicato alle problematiche di salute delle popolazioni migranti e in stato di povertà, proprio nell'anno in cui l'allora governo fronteggiava una crisi economica per taluni versi inedita e che, ancora oggi, non è superata. Le politiche pubbliche, in tal senso, hanno dimostrato di essere lungimiranti e di saper investire, in modo anticiclico, su priorità che da lì a poco si sarebbero rivelate centrali nella discussione pubblica e nella vita della nostra società: la declinazione del concetto di equità proprio per l'affermazione piena del dettato costituzionale di eguaglianza sostanziale.

L'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), si inserisce appieno all'interno del quadro costituzionale della collaborazione tra Stato e Regioni in materia di salute, e vede, all'interno dei propri organi di indirizzo e di controllo, la partecipazione della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano. L'Istituto ha fatto proprio il forte mandato legislativo di promuovere la salute delle persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico e/o fragili anche definendo percorsi di cura a bassa soglia di accesso, le quali, a causa di tali vulnerabilità, risultano diseguali nella salute rispetto ad altri soggetti e che, a causa di tali disuguaglianze materiali o immateriali (è il caso di gap linguistici, culturali, di istruzione e stigma), sono escluse di fatto da una presa in carico appropriata dei propri bisogni di salute. Ma noi siamo consapevoli che tali persone non sono solo coloro

* Il testo costituisce la trascrizione della relazione orale svolta nell'ambito del XIX Convegno nazionale di diritto sanitario. "Salute e sanità nella prospettiva europea. Oltre l'art. 168 TFUE?", Milano, 5-6 novembre 2021.

** Direttore sanitario dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), gianfranco.costanzo@inmp.it.

che già versano in uno stato di estrema vulnerabilità, ma anche le persone moderatamente svantaggiate che rischiano, a causa di fragilità aggiuntive, di cadere nel baratro dell'esclusione sociale (*cliff-edge scenario*), al fine di attuare le misure correttive che Sir. Michael Marmot definisce necessarie per l'universalismo proporzionale.

In tal senso l'INMP ha la responsabilità di disegnare e testare modelli organizzativo-assistenziali volti al soddisfacimento dei bisogni di salute di tale particolare stratificazione della popolazione, anche dei bisogni inespressi o non qualificati, concretizzando, peraltro, l'imperativo "etico", implicito nella legge istitutiva del Ssn, di farsi carico, in modo anche proattivo, di coloro che non riescono ad esercitare efficacemente il proprio diritto alla salute. Tale ruolo viene svolto dall'INMP a livello nazionale, grazie alla propria Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alle povertà, di cui è centro di riferimento, ma anche a livello internazionale, poiché è centro collaboratore dell'OMS per l'evidenza scientifica e il *capacity building* relativamente alla salute dei migranti.

Sono, quindi, le forti disuguaglianze socio economiche che rappresentano i determinanti di una cattiva salute, e le disuguaglianze di salute, in Italia, risultano meno aggredibili in taluni territori che storicamente, anche nel contesto della pandemia di Covid-19 e dei limiti della spesa derivanti dai Piani di rientro, esprimono maggiori debolezze delle strutture socio-sanitarie e degli investimenti pubblici, con ritardo nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Secondo Eurostat, 1 italiano su 3 è a rischio povertà e sempre più famiglie dipendono dalla pensione degli over 65; si nota anche un aumento dei "*working poors*", ovvero di coloro i quali, pur lavorando in modo continuativo, non riescono, per l'esiguità dei salari percepiti, a soddisfare alcuni bisogni primari di tipo familiare o individuale. La povertà interessa specialmente il Nord e il Mezzogiorno e la pandemia ha determinato un evidente peggioramento del quadro economico e sociale. Secondo i dati Istat, nel 2018 circa 1,8 milioni di famiglie (7,0% delle famiglie) vivevano in povertà assoluta, mentre 5 milioni di individui erano in tale condizione (8,4% della popolazione). Nel 2019, oltre 2 milioni di famiglie (pari al 7,7% delle famiglie) erano in povertà assoluta, mentre 5,6 milioni di individui erano in tale condizione (9,4% della popolazione). Il Covid-19 ha certamente esacerbato tale quadro di sofferenza, facendo piombare sempre più giù individui e famiglie, dalla povertà relativa al contesto di povertà assoluta.

Dal punto di vista della sanità, la povertà esprime i suoi effetti principalmente nell'impossibilità di accedere a prestazioni sanitarie o a percorsi clinico-diagnostico-terapeutici appropriati per il bisogno di salute laddove sia necessario l'utilizzo di farmaci di fascia C o di fascia A senza nota AIFA; in tal caso i "poveri sanitari" quasi sempre rinunciano all'acquisto con risorse *out-of-pocket*. Lo stesso si manifesta quando si parla di protesi odontoiatriche, fuori dai livelli essenziali di assistenza.

La rinuncia forzata a protesizzazione odontoiatrica così come a medicinali extra Lea necessari, è certamente la conseguenza di disuguaglianze nella salute ma è anche causa di ulteriore disuguaglianza competitiva sul mondo del lavoro e della socialità.

Tali ragionamenti devono tener conto anche delle ingenti migrazioni internazionali che, nel 2018, fotografavano nella Regione europea dell'OMS circa 90 milioni di individui in movimento da un Paese all'altro, con conseguente impatto nei contesti dell'accoglienza e dell'integrazione sociale. Tant'è che le dinamiche di salute descritte nel nostro Paese, così come in altri del mondo occidentale, indicano che chi è più povero di capacità e risorse è più esposto a fattori di rischio per la salute, si ammala più spesso in modo più grave e muore prima. A tal riguardo, disponiamo di varie evidenze: per il titolo di istruzione, che è uno dei *proxy* di disuguaglianze sociali più affidabili, l'Indagine longitudinale dell'Istat tra il 2012 e il 2014 ha rilevato che un uomo con la laurea può contare di vivere 3 anni in più rispetto a chi ha conseguito il solo titolo della scuola dell'obbligo. Ma per le donne tale vantaggio nell'aspettativa di vita alla nascita è dimezzato (1,5 anni). Rispetto al genere femminile con basso titolo di studio, si riscontrano tassi di mortalità più elevati per AIDS, diabete mellito e altre patologie ischemiche. Il sistema EUSILC, inoltre, ci restituisce, tra il 2004 e il 2015, una media del 7% di individui che hanno dovuto rinunciare ad una prestazione sanitaria a causa della spesa da sostenere, e tale rinuncia riguarda proprio le spese odontoiatriche e le prestazioni extra-lea; infine, i tassi di occupazione italiani sono molto inferiori alla media europea e tutto ciò è assolutamente peggiorato a causa della pandemia di Covid-19.

In tale contesto complesso delle relazioni tra cause ed effetti sulla salute pubblica e sullo stato di salute individuale delle persone portatrici di vulnerabilità di vario genere, la salute pubblica ha l'imperativo deontologico di orientare i propri servizi e le proprie priorità ad elementi di equità, sia su base territoriale (interventi di sistema sull'organizzazione e le strutture erogatrici) sia su specifici target di popolazione (interventi target), al fine di immaginare e promuovere un nuovo paradigma per il Ssn. La persona al centro dell'intervento socio-sanitario, modello tendente alla personalizzazione e all'integrazione socio-sanitaria, quest'ultima specificamente richiamata dall'art. 3-*septies* del d.lgs 502/92 e ss.mm.ii. Al centro di un *setting* multidisciplinare (gestione clinica) e multisettoriale (integrazione socio-sanitaria), che riconosca nell'individuo la piena titolarità delle scelte e la responsabilità della cura. Il Ssn deve essere "proximus", cioè "il più vicino" ai bisogni della popolazione, popolazione non solo regolarmente iscritta (con il complesso del sistema dell'assistenza primaria, delle istituende "Case della comunità" e del sistema delle cure domiciliari di cui al decreto ministeriale che ridisegna "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"), ma anche attraverso azioni in collaborazione con gli enti del Terzo Settore e i servizi sociali dei Comuni dedicate *all'outreaching* con cui intercettare i bisogni ed erogare le prime prestazioni socio-sanitarie con offerta "extra-moenia".

Tale modello, che completa la riforma della medicina di prossimità, fonda appunto *sull'outreaching* e sull'attivazione delle Comunità i propri capisaldi attuativi, dedicando al partenariato con tali soggetti sociali l'opportunità della co-progettazione degli interventi, di cui all'art. 55 del Codice del Terzo Settore.

Solo attuando appieno i modelli innovativi ed efficaci di presa in carico delle persone vulnerabili, incluse le invisibili ai servizi sanitari pubblici e le persone *hard-to-reach*, si potrà

attuare fino in fondo il principio ispiratore del nostro Ssn, partendo dagli ultimi per non lasciare nessuno indietro.