

## MASTER DI 1° LIVELLO IN IGIENE INDUSTRIALE, PREVENZIONE E SICUREZZA

### SEMINARIO INAUGURALE

*Voci della prevenzione: punti di vista, strumenti, azioni*

*Pisa, 10 gennaio 2020*

#### **Contrastare disomogeneità e disuguaglianze: la grande sfida del sistema di prevenzione**

Anna Maria Di Giammarco, Claudio Calabresi

SNOP

Il tema delle disuguaglianze sociali ed economiche, della loro crescita progressiva negli ultimi decenni, è sempre più al centro del dibattito pubblico. Anche se in Europa in generale, e in Italia in particolare, i sistemi di welfare hanno esercitato un ruolo parzialmente protettivo, tuttavia il quadro generale e la tendenza attuale destano preoccupazioni, tanto che una delle priorità dell'agenda politica europea è la riduzione delle disuguaglianze tra i cittadini dell'UE. Alla base delle disuguaglianze vi sono diversi fattori, tra i quali il genere, l'età, la disabilità, la situazione lavorativa, la provenienza: tutte hanno ricadute su reddito, accesso ai servizi di protezione sociale, alla sanità e all'istruzione. Le loro cause fondamentali risiedono nel contesto sociale, politico ed economico, andando molto al di là delle possibilità di controllo individuale.

Fin dall'inizio dell'attuale lungo periodo di crisi, le disuguaglianze economiche sono andate crescendo sia tra i diversi paesi europei, sia all'interno dei singoli paesi....e in generale, più crudelmente e atrocemente, in tutto il pianeta Terra. La misura della distribuzione del reddito attraverso l'indice di Gini descrive l'Italia nel 2018 come il paese più iniquo dell'Europa Occidentale, per l'influenza della divaricazione Nord - Sud e tra grandi città e provincia. Sulle disuguaglianze di reddito incidono, fra gli altri, le caratteristiche dei rapporti di lavoro e i periodi di disoccupazione.

Applicando lo stesso indice alla distribuzione della ricchezza, l'aumento di 8 punti tra il 2000 e il 2008 evidenzia l'accentuazione degli squilibri distributivi. Le famiglie italiane che vivono in condizioni di povertà assoluta sono quasi raddoppiate negli ultimi dieci anni, raggiungendo al Sud il 10,3% nel 2017.

Dalla disuguaglianza nei redditi da lavoro, che riguarda anche il genere, dipende la disuguaglianza nelle condizioni di vita. Ne sono segnali significativi l'aumento dei working poor, la concentrazione del lavoro femminile nelle fasce a bassa retribuzione o a ridotta qualificazione, la difficoltà di accesso delle donne alle posizioni apicali o, più in generale, la penalizzazione delle loro possibilità di carriera legata alle funzioni di cura.

La disuguaglianza economica si intreccia alla disuguaglianza sociale, rappresentabile come la combinazione di una serie di fenomeni, variamente collegati tra loro: creazione di strati sociali ordinati in funzione del grado di privilegio, interessati trasversalmente da fenomeni di vulnerabilità sociale che sono condizionati da instabilità del reddito e precarietà del lavoro; disuguaglianza di genere; condizioni di "povertà ereditaria" (blocco dell'ascensore sociale); disuguaglianza nelle opportunità di accesso all'istruzione, alle nuove tecnologie e al welfare; disuguaglianza generazionale da difficile esigibilità per i giovani del diritto al lavoro - un lavoro sicuro, dignitoso ed equamente retribuito - al welfare, all'abitazione.

Le disuguaglianze sociali ed economiche possono essere modificate da decisioni politiche o da azioni di contrasto; rappresentano le cause fondamentali delle disuguaglianze di salute (e ne sono a loro volta influenzate), condizionando l'esposizione a fattori di rischio comportamentali, psicosociali, ambientali e occupazionali, oltre che l'accesso ai servizi sanitari e sociali.

Le ricadute delle disuguaglianze sociali ed economiche sulla mortalità e sulla morbilità sono state evidenziate da diversi studi epidemiologici anche in Italia. Sia lo Studio Longitudinale Torinese, sia quello emiliano hanno messo in luce una relazione tra mortalità e svantaggio sociale (descritto attraverso livello di istruzione, condizione lavorativa, stato civile e indice di deprivazione) con andamento tendenzialmente stabile per gli uomini e in aumento per le donne. Nei disoccupati, inoltre, sono stati descritti eccessi di rischio significativi per cause di morte indicative di disagio materiale o sociale.

L'Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione ha recentemente evidenziato differenze geografiche nella mortalità, con impatto più significativo nelle regioni più povere del Sud, e con una quota rilevante dei rischi di mortalità associata ad un livello di istruzione inferiore.

Infine, le evidenze emerse dalla messa in rete degli studi longitudinali metropolitani attivi indicano un rischio aumentato di decesso fra le persone che vivono da sole o in nuclei familiari monogenitoriali o in condizioni di scarsa qualità abitativa, oltre ad una particolare criticità nella salute materno-infantile per la popolazione immigrata.

Il lavoro, oggi attraversato da profondi cambiamenti, svolge un ruolo rilevante nella determinazione di disuguaglianze di salute. Diversi studi epidemiologici evidenziano che disoccupazione, precarietà, lavoro di tipo manuale o scarsamente qualificato comportano i rischi maggiori.

La condizione di disoccupazione, oltre al rischio di povertà e di minore capacità di accesso alle cure, si associa a stili di vita a rischio per lo sviluppo di malattie croniche non trasmissibili, oltre che a rischi psicosociali. La precarietà e l'irregolarità dei rapporti di lavoro hanno conseguenze negative sul reddito, sulle coperture assicurative e previdenziali, ma anche sul livello di salute e sicurezza sul lavoro, sul consumo di alcol e sull'abitudine al fumo, sulla salute mentale.

In generale, i lavoratori manuali e con bassa qualifica, anche a causa dei fenomeni di delocalizzazione dei processi produttivi e di precarizzazione dei rapporti di lavoro, presentano i maggiori svantaggi di salute, non risentendo dei miglioramenti delle condizioni di salute e sicurezza legate ai processi di automazione e di dematerializzazione dei cicli produttivi, meno importanti in Italia che altrove.

Le esposizioni occupazionali appaiono maggiormente associate a disuguaglianze di salute soprattutto in settori quali l'edilizia, i trasporti, l'agricoltura e l'industria estrattiva: tutti settori caratterizzati da elevata prevalenza di microimprese. In questi, l'esposizione a rischi fisici, chimici, ergonomici (posture scorrette e movimenti ripetitivi), psicosociali e infortunistici è associata a disuguaglianze nella mortalità e nella morbilità. In particolare in questi settori, i lavoratori con posizione socioeconomica più bassa sono esposti a maggiore insicurezza lavorativa e a condizioni di lavoro scadenti.

L'invecchiamento al lavoro è inoltre una delle cause di disuguaglianze di salute se il lavoro, come prevalentemente accade, non è progettato in modo da garantire la salute e la sicurezza anche per i lavoratori più anziani, valorizzandone l'esperienza e garantendo protezione da situazioni di vulnerabilità.

Nel confronto con i fattori di rischio comportamentali, le condizioni di lavoro appaiono il principale determinante delle disuguaglianze di salute, fondamentalmente attraverso la ridotta capacità di controllo

sulla propria salute che caratterizza le persone con bassa posizione sociale, che possono disporre di risorse economiche e formative inferiori, e che si trovano a vivere in contesti di vita e di lavoro dove il degrado, l'inquinamento, la pericolosità e le ridotte capacità di partecipazione e di supporto sociale ne riducono appunto il potenziale di salute.

Se le cause fondamentali risiedono nel contesto politico, sociale e culturale (oltre che, per le condizioni di lavoro, nel contesto aziendale e nelle relazioni tra le parti sociali), principalmente in quei contesti vanno adottati gli strumenti per la prevenzione delle disuguaglianze sociali, economiche e di salute.

Quale è dunque il ruolo del sistema sanitario, e più in particolare del sistema pubblico di prevenzione?

Oltre alla garanzia dell'equità e dell'universalismo dell'accesso alle cure che ne caratterizzano l'impostazione originaria, al SSN è affidato il ruolo di erogazione e di promozione della prevenzione, al quale la pianificazione ha affiancato - nell'ultimo decennio - quello di regia delle azioni intersettoriali di contrasto ai determinanti sociali delle disuguaglianze di salute evitabili.

In realtà, i Piani Nazionali della Prevenzione, dal 2010 ad oggi, si sono ispirati ad obiettivi di equità e di contrasto alle disuguaglianze di salute, ad un approccio intersettoriale e trasversale, a modalità di intervento di tipo One Health. Hanno affermato la necessità di tenere al centro le persone e di innalzare il livello di (Public) Health Literacy, come presupposto per il coinvolgimento dei destinatari delle attività di prevenzione e promozione della salute fin dalle prime fasi della pianificazione.

Nelle bozze del PNP 2020-2025 viene riaffermato in modo puntuale il ruolo specifico del dipartimento di prevenzione: un Piano disegnato all'insegna dell'equità, indirizzato esplicitamente anche al contrasto delle disuguaglianze geografiche, che chiama ad orientare gli interventi di sanità pubblica attraverso la costruzione del profilo di salute e di equità delle comunità, fondandosi su dati scientifici, metodi e strumenti rispondenti ai criteri della EBP; un documento che, in modo condivisibile, afferma ripetutamente il valore strategico della partecipazione e della responsabilizzazione individuali e collettive, della consapevolezza, dell'accountability e della capacità di advocacy della prevenzione collettiva, in piena sintonia con gli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile dell'ONU e con la Dichiarazione di Ostrava del 2017.

Se la Pianificazione della Prevenzione si muove, almeno negli ultimi dieci anni, verso obiettivi e secondo strategie pienamente condivisibili, non si può non osservare che quegli obiettivi e quelle strategie (a partire dal contrasto alle disuguaglianze geografiche) vengono affidati ad un SSN che continua a caratterizzarsi per una crescente disomogeneità, con una diffusa difficoltà di integrazione tra le strutture di prevenzione e quelle di cura, tra ospedale e territorio, criticità che certo non agevolano la trasversalità e l'intersettorialità delle azioni.

**Il primo nodo da sciogliere riguarda come contrastare le disuguaglianze che le disomogeneità del Servizio Sanitario in generale, e del sistema pubblico di prevenzione in particolare, generano nel territorio. Un problema che deve essere affrontato anche nella prospettiva del regionalismo differenziato.**

**La valorizzazione della conoscenza come strumento indispensabile per la prevenzione, attraverso l'individuazione dei Profili di salute come prerequisiti essenziali della pianificazione regionale, induce però a riflettere sulla necessaria integrazione - all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione - degli strumenti di conoscenza "quantitativi" (forniti dai diversi sistemi di sorveglianza e banche dati ai quali fa riferimento fra l'altro la Legge n. 29/2019, tuttora in attesa dei decreti attuativi) con quelli "qualitativi" derivanti dalla partecipazione delle comunità. Questo è tanto più vero nell'ambito del rapporto tra salute e ambiente, nel**

quale si vanno sempre più affermando i principi della “scienza post-normale”. Tutto ciò porta ad interrogarsi sul ruolo attuale dell’epidemiologia nei Dipartimenti di Prevenzione e sulla diffusione della pratica dell’ascolto dei cittadini e dei lavoratori, della capacità di “mettersi sullo stesso piano” per un approccio collaborativo e trasparente nell’individuazione delle priorità e nella programmazione, capace fra l’altro di migliorare sia la Public Health Literacy, sia la fiducia dei cittadini negli operatori sanitari e nel sistema.

**La seconda grande questione da affrontare riguarda l’approccio e la soluzione delle grandi criticità del sistema pubblico di prevenzione in termini di risorse** (non solo finanziarie, ma anche di competenze adeguate alle nuove esigenze poste dalla complessità dei contesti e dai veloci cambiamenti che hanno ricadute sulle disuguaglianze di salute), **di visione, di organizzazione**: come renderlo coerente agli obiettivi e alle strategie individuati sia nei LEA, sia nel PNP, sviluppando prioritariamente la capacità di comunicazione efficace e di promozione della partecipazione dei cittadini e dei lavoratori.

**Il terzo nodo riguarda lo sviluppo diffuso ed omogeneo nel territorio nazionale della capacità e della pratica di programmazione e intervento integrato tra le strutture del Dipartimento di Prevenzione su temi comuni trasversali, quando l’analisi del contesto lo richieda, oltre che di regia e di advocacy negli interventi intersettoriali.**

**Il quarto grande tema da affrontare attiene in particolare alla salute e alla sicurezza sul lavoro, e coinvolge certamente il sistema di prevenzione pubblico, ma senza dimenticare che la prevenzione viene realizzata primariamente nei luoghi del lavoro.** Per il sistema pubblico è necessario l’inserimento diffuso ed omogeneo nella pratica quotidiana di tutta una serie di attività di supporto ai rappresentanti dei lavoratori e ai medici competenti, nonché di costruzione e realizzazione di Piani Mirati di Prevenzione. Vanno affrontate le criticità emergenti dalle modifiche degli assetti produttivi e dalla sempre maggiore labilità dei confini tra luoghi e tempi di vita e luoghi e tempi di lavoro, individuando nuove modalità di approccio ai problemi di salute e sicurezza legati ai “nuovi lavori”, al lavoro precario e al lavoro autonomo: per questi appare oggi inadeguato lo strumento della vigilanza, ma potrebbero certamente essere utili il recupero della capacità di ascolto e il conseguente aumento del livello di fiducia negli operatori e nel sistema. Il tema dei rischi psicosociali, non sufficientemente considerato, ha bisogno di essere affrontato (anche nelle aziende) diffusamente, con il supporto di professionalità e competenze specifiche e con modalità omogenee. Ancora, di stretta attualità, il fenomeno della violenza, del quale le aggressioni fisiche rappresentano solo la parte più “visibile”, va considerato soprattutto come sintomo di un malessere da analizzare e prevenire, e non solo nel settore della sanità.

Di queste grandi criticità, che fanno dell’obiettivo di contrasto alle disuguaglianze di salute una grande sfida per il sistema di prevenzione nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, è necessario ed urgente che si abbia consapevolezza a tutti i livelli, e che si mettano in atto interventi di adeguamento di quello che, ad oggi, non appare un sistema, per renderlo capace di adottare le strategie e perseguire gli obiettivi indicati dalla pianificazione nazionale.

Tutto ciò, in una fase storica nella quale le distanze tra i cittadini e le istituzioni appaiono sempre più rilevanti e la sfiducia di larghe fasce si diffonde, con sempre maggiori difficoltà di confronto e partecipazione, anche a fronte di un welfare sempre meno agito e mantenuto, implica - o dovrebbe implicare - un grande rinnovamento culturale nell’ottica di una società meno piramidale, dove la base della piramide rischia oggi di essere sempre più ampia e più lontana dal vertice. La scienza e le istituzioni pubbliche non possono rimanere estranee nella sfida per contenere queste tendenze, e in questa sfida i processi di istruzione e

formazione, a tutti i livelli, dovrebbero ovviamente rivestire un ruolo sempre più importante e adeguato alle necessità.