

In difesa dell'equità nella salute: suggerimenti dalla ricerca

Luciana Ballini

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Emilia-Romagna e Azienda Usl di Reggio Emilia

Riassunto. Al secondo posto tra i cinque articoli pubblicati dalla rivista *Milbank Quarterly* più letti nel 2015 si è collocata la revisione sistematica della letteratura sulla ricerca compiuta a sostegno dell'equità nella salute realizzata da un gruppo di ricerca di EuroHealthNet (Farrer L et al, *Advocacy for health equity: a synthesis review. The Milbank Quarterly* 2015; 93: 392-437).

Il gruppo di ricerca si è chiesto quali evidenze esistano nella letteratura accademica e nella letteratura grigia sull'efficacia dell'*advocacy* in favore dell'equità in salute. Per rispondere a questo ampio quesito (quasi 200 articoli inclusi nella revisione), gli autori hanno sviluppato uno schema analitico basato su 6 dimensioni che caratterizzano l'efficacia dell'*advocacy* in favore dell'equità in salute: le evidenze scientifiche, i sostenitori e gli interlocutori, il messaggio, l'orientamento politico del contesto, le barriere e la messa in pratica. In questo articolo una descrizione commentata della loro analisi.

Parole chiave. Advocacy, disuguaglianze, equità.

Abstract. The second most accessed article published by *Milbank Quarterly* magazine in 2015 is the systematic review of the literature on the research supporting health equity, that was carried out by a EuroHealthNet research group (Farrer L et al, *Advocacy for health equity: a synthesis review. The Milbank Quarterly* 2015; 93: 392-437). The research group collected and analysed the evidence on the efficacy of advocacy for health equity from the academic and grey literature. In order to answer this broad question (about 200 articles are included in the review), authors developed an analytical framework based on 6 dimensions characterizing the efficacy of the advocacy for health equity: scientific evidence, advocacy messages, advocates and targets, political standpoints, barriers and best practices. In this article, a description of their analysis.

Key words. Advocacy, equity, inequities.

Tra i cinque articoli pubblicati dalla rivista *Milbank Quarterly* più letti nel 2015, al secondo posto si trova una revisione sistematica della letteratura sulla ricerca a sostegno dell'equità nella salute (Farrer L et al, *Advocacy for health equity: a synthesis review. Milbank Q* 2015; 93: 392-437).

La revisione è stata realizzata da un gruppo di ricerca di EuroHealthNet (<http://eurohealthnet.eu/>), una rete no profit di agenzie responsabili della salute pubblica nei diversi paesi europei, che, attraverso il coordinamento di progetti di ricerca, si propone di migliorare l'equità, aumentare la capacità di affrontare i determinanti sociali ed evidenziare le buone pratiche nella salute.

La revisione presenta una sintesi della letteratura accademica e della letteratura grigia che hanno riportato le evidenze sull'efficacia delle azioni di sostegno al miglioramento dell'equità nella salute, al fine di strutturare un bagaglio di conoscenza utile a chi intende intraprendere attività di patrocinio dell'equità.

Lo sforzo consiste nel tentare di avvicinare gli ambiti della ricerca, della società civile e della politica, trattando con metodo i temi dell'equità nella salute e della sua *advocacy*.

L'equità in salute è uno stato caratterizzato dall'assenza di disuguaglianze di salute sistematiche.

Anche se il termine viene evocato sotto forma di aspirazione, in quanto le disuguaglianze sono pervasive e ineliminabili, l'obiettivo politico di tendenza verso l'equità comporta tentativi di riduzione delle disuguaglianze al livello minimo ottenibile. L'*advocacy* è un insieme di azioni deliberatamente programmate e organizzate per la difesa e promozione di diritti collettivi, finalizzate ad influenzare i decisori affinché mettano in pratica politiche di salvaguardia di quei diritti.

Sia il tema dell'equità, concetto etico fondato sul principio della giustizia distributiva, che quello dell'*advocacy* come mezzo per esercitare pressione sui decisori, riguardano un ambito di ricerca considerato "inevitabilmente politicizzato" e quindi particolarmente difficile da trattare con metodo. Tuttavia gli autori riescono a sviluppare e proporre una cornice metodologica di riferimento per sostenere il ricercatore a mantenere un focus oggettivo e scientifico verso l'oggetto della sua ricerca e, al contempo, ad assicurarsi che i risultati della propria ricerca siano tradotti in azioni per il miglioramento dell'equità in

salute, proprio come i ricercatori dei trial clinici si sforzano di vedere i propri risultati tradotti in miglioramento della pratica clinica.

Nel fare questo gli autori ancorano sia l'equità in salute che l'*advocacy* alle evidenze scientifiche.

Lo studio delle differenze sistematiche in salute è un'attività scientifica, in quanto è solo grazie alla ricerca che è possibile dimostrare l'esistenza delle disuguaglianze in salute, identificarne i meccanismi causali e offrire soluzioni per contrastarle.

È nel diciannovesimo secolo che comincia ad emergere una conoscenza sulle differenze sistematiche in salute, con i primi interventi nel campo della salute e igiene pubblica. Più recentemente sono state le organizzazioni internazionali ad inserire il problema nell'agenda politica e nel 2008 la Commissione sui determinanti sociali dell'Organizzazione mondiale della sanità esortò alla "chiusura dei divari in salute nel giro di una generazione" attraverso il miglioramento delle condizioni di vita quotidiana; il contrasto all'iniqua distribuzione di potere, denaro e risorse; la misurazione e valutazione del problema e l'innalzamento dell'attenzione pubblica sulle disuguaglianze in salute. Tutto ciò portò la Commissione europea ad emettere nel 2009 una comunicazione (non vincolata) che delineava una serie di azioni generali che gli Stati membri potevano intraprendere per ridurre le disuguaglianze in salute.

La maggior parte degli Stati membri dell'Unione europea oggi intraprende azioni per contrastare le disuguaglianze in salute non solo per le preoccupazioni di carattere etico, ma anche per la crescente consapevolezza che le disuguaglianze in salute comportano un considerevole prezzo da pagare. Tuttavia solo una minoranza di essi ha sviluppato piani di azione nazionali, mentre la crisi economica iniziata nel 2008 e le sue conseguenze hanno esacerbato i rischi di salute dei gruppi più svantaggiati della popolazione al punto che l'Europa adesso si trova di fronte a quella che alcuni commentatori chiamano un'emergenza di sanità pubblica.

Il quesito della revisione e le sei dimensioni

Il tipo di *advocacy* di cui tratta l'articolo è quello basato sulle evidenze e che utilizza per le proprie argomentazioni i dati derivati dalla ricerca sia quantitativa che qualitativa, piuttosto che appellarsi ai valori o a un credo religioso. Il quesito della revisione è pertanto: quali evidenze esistono nella letteratura accademica e nella letteratura grigia sull'efficacia dell'*advocacy* in favore dell'equità in salute?

Per organizzare i dati della letteratura utili a rispondere a questo ampio quesito (quasi 200 articoli inclusi nella revisione), gli autori hanno sviluppato uno schema analitico basato su 6 dimensioni che ca-

ratterizzano l'efficacia dell'*advocacy* in favore dell'equità in salute: le evidenze scientifiche, i sostenitori e gli interlocutori, il messaggio, l'orientamento politico del contesto, le barriere e la messa in pratica.

Le evidenze scientifiche

Nel trattare la dimensione delle evidenze scientifiche utili e necessarie all'*advocacy*, gli autori differenziano tre fasi: l'identificazione della tipologia di evidenze utili all'*advocacy*; la metodologia e la tipologia di dati che devono essere raccolti; il metodo di trasferimento e comunicazione dei risultati.

Oltre alla ricerca, che dimostra e misura i legami e i meccanismi causali tra il gradiente sociale e la salute, sono particolarmente utili ai processi di definizione delle politiche future le evidenze fornite dagli studi di valutazione che documentano l'impatto di programmi e politiche per la riduzione delle disuguaglianze in salute. Mentre gli studi sui costi e benefici delle azioni – o dell'inattività – aiutano a comprendere se le risorse sono state sprecate o investite in servizi inefficaci, la dimostrazione degli esiti differenziali ottenuti dalle politiche sono di cruciale importanza per sostenere le azioni di *advocacy*. I dati quantitativi misurano la scala e gli effetti delle disuguaglianze, mentre quelli qualitativi permettono una descrizione e interpretazione dei meccanismi causali. Entrambi i tipi di dati dovrebbero essere recenti, tempestivamente disponibili e maggiormente convincenti se raccolti nel contesto locale di riferimento. Anche se i dati raccolti all'interno di trial presentano i risultati più robusti, non andrebbe trascurato il fatto che le fonti più frequentemente utilizzate in ambito politico sono quelle derivate da studi osservazionali che isolano un problema specifico (ad esempio, gli studi di quartiere), mentre le sperimentazioni locali e la valutazione di interventi che utilizzano controlli storici rappresentano un efficace compromesso. Anche se le evidenze non appaiono sufficienti – come generalmente accade – è consigliabile evitare di enfatizzare troppo la necessità di ulteriori studi, in quanto questa frequente pratica nella comunità scientifica tende a giustificare la mancanza di azione.

I dati essenziali sono quelli che suggeriscono la possibilità di cambiamento e l'evidenza scientifica dell'esistenza di differenze sistematiche in salute e della ricaduta che le politiche hanno sulla salute.

Il metodo di trasferimento dei risultati della ricerca più efficace è l'assemblaggio di diverse tipologie di dati ed evidenze, utilizzando fatti e numeri con un adeguato bilanciamento tra narrazione e cifre. Nella narrazione andrebbe evitata l'attivazione di stereotipi negativi, in quanto conducono ad attribuire agli individui stessi la responsabilità della loro condizione di salute, e una conseguente non necessità di azione pubblica o politica. Poiché i risultati della ricerca

non sono i principali determinanti delle decisioni politiche, i ricercatori devono attrezzarsi a discutere i propri risultati ed essere preparati a che questi passino in secondo piano rispetto alle altre forze che si contendono l'attenzione di politici e amministratori, quali gli interessi dei gruppi di potere, i valori della popolazione, le ideologie dei partiti di governo, i vincoli delle politiche antecedenti, etc.

I sostenitori e gli interlocutori

Sulla seconda dimensione – chi deve presentare il messaggio in difesa dell'equità e a chi – gran parte della letteratura accademica insiste sul ruolo dei ricercatori e dei professionisti sanitari, mentre la letteratura grigia privilegia i gruppi della società civile e, in certi casi, il diretto coinvolgimento delle persone o comunità svantaggiate. Gli autori della revisione non tralasciano i quesiti sul ruolo della scienza nella società, su quanto la scienza debba o possa mantenersi estranea ai valori e su quanto siano compatibili l'attività di ricercatore e l'attività di *advocacy*. Tuttavia riescono a offrire suggerimenti per la costruzione di relazioni tra politici e ricercatori, finalizzate a portare le evidenze in maniera più efficiente all'interno dei processi decisionali.

Gli interlocutori variano dai funzionari o amministratori locali, ai ministri o sottosegretari, fino ai vertici delle istituzioni internazionali, identificati come gli interlocutori principali per la loro capacità di mantenere vivo il tema delle disuguaglianze in salute. I paesi del G8 e del G20 sono individuati come target, in quanto pubblicamente chiamati a rispettare e a rendere conto del loro impegno verso la salute e il benessere, come anche l'OMS, mentre le fondazioni, i donatori e gli istituti di credito vengono raramente citati, nonostante detengano ed esercitino una notevole influenza economica.

In sintesi chiunque potrebbe essere un interlocutore e il suggerimento è quello di mirare a chi ha il potere di attuare il cambiamento, chi è più esposto o vulnerabile alle pressioni, chi rappresenta un alleato e chi un probabile oppositore.

I messaggi

Dall'analisi della letteratura sulla terza dimensione emergono diverse tipologie di messaggi per sostenere l'*advocacy* a favore dell'equità in salute, che rispecchiano i diversi orientamenti nel giudicare l'iniquità. L'argomentazione della salute come valore intrinseco, necessario ad ogni individuo per vivere ed essere attivo, si lega al concetto di giustizia sociale e considera la salute di una popolazione una misura della salute della società. A sostegno dell'utilizzo di questa argomentazione, alcuni sottolineano che mentre possono essere poste valide argomentazioni in fa-

vore della disuguaglianza economica (ad esempio, come incentivo allo sviluppo delle capacità imprenditoriali o alla partecipazione al mercato del lavoro), non esistono fenomeni incentivanti derivati dalle disuguaglianze in salute. Diversi articoli accademici citano i diritti umani come argomento efficace di *advocacy*, mentre altri contendono che il mondo dei diritti umani può apparire come un mondo in bianco e nero che differenzia tra giusto e sbagliato, troppo incuneato in termini legalistici per riuscire a mobilitare opinioni e risorse. Più pragmaticamente alcuni articoli sottolineano che la forza dell'argomento diritti umani in un determinato paese dipende da se e quanto i diritti umani degli individui siano ratificati dalla legge nazionale. Inoltre la legislazione sui diritti umani – applicabile solo agli Stati nazioni – è di rilevanza limitata in un mondo sempre più globalizzato, dove istituzioni internazionali, corporazioni e investitori aderiscono solo a codici di comportamento volontari.

L'argomentazione sulla sostenibilità ambientale ricorda che la crescita economica sfrenata è incompatibile con il raggiungimento dell'equità in salute e che cambiamenti più radicali, verso la sostenibilità e la società a zero crescita, saranno obbligatori per creare le condizioni necessarie alla salute e il benessere.

Un altro gruppo di argomentazioni di tipo economico utilizza differenti categorie di costi per stimare le perdite di denaro pubblico imputabili alle disuguaglianze in salute, ipotizzando che una forza lavoro in buona salute comporti risparmi nella spesa sanitaria e nella protezione sociale, oltre che maggiori introiti fiscali derivati da una maggiore produttività. L'obiettivo dell'equità in salute andrebbe pertanto perseguito in quanto necessità economica, e argomenti di questo tipo sono spesso stati avanzati per affrontare i diversi determinanti sociali.

Infine in letteratura sono presenti diversi esempi di messaggi in favore dell'equità in salute in quanto fonte di destabilizzazione sociale causata dalle disuguaglianze sociali in generale. Più specificatamente, secondo il principio dell'autodifesa, l'incapacità di migliorare o salvaguardare la salute dei gruppi svantaggiati mette a rischio la salute del resto della popolazione.

L'orientamento politico del contesto

La scelta del messaggio dipende dall'interlocutore principale e dall'orientamento politico del contesto di riferimento (la quarta dimensione). Gli autori della revisione sottolineano che in generale la questione dell'equità in salute "risuona" meglio nella sinistra dello spettro politico, e diversi studi sostengono la necessità di porre attenzione a come le evidenze e i dati si ricolleghino o corrispondano alle assunzioni dei politici. Raggiungere quel livello di com-

preensione delle evidenze richiede un processo strutturato per cogliere le preoccupazioni dei diversi interlocutori. Le disuguaglianze di salute possono essere espresse in termini di problemi societari o come fallimento del sistema economico, piuttosto che dei singoli individui. La maggior parte della letteratura su questa dimensione è nord-americana e alcuni studi condotti negli Stati Uniti, ad esempio, hanno evidenziato come l'orientamento politico di tipo conservatore porti a considerare la "cattiva" salute come una conseguenza di scelte sbagliate commesse dagli individui. Pertanto i messaggi dovrebbero concentrarsi su come le politiche possano aiutare le persone a fare le scelte giuste, tralasciando di utilizzare concetti appartenenti ad orientamenti più liberali, come l'uguaglianza, la giustizia o l'equilibrio.

Le barriere e la messa in pratica

Per quanto concerne la quinta dimensione – i fattori di ostacolo all'efficacia dell'*advocacy* – la revisione riporta barriere di tipo economico, politico o relative all'opinione pubblica.

L'attuale approccio economico, in favore della privatizzazione e deregolamentazione, e il ruolo del settore privato nell'erogare i servizi sanitari sono le barriere più frequentemente citate. A queste vengono associate quelle di tipo politico, come l'approccio neoliberista: l'attuale competizione globale tra paesi nell'attuare tagli alla spesa scoraggia i governi di qualsiasi orientamento politico ad intervenire in favore dell'equità e ad investire per migliorare i determinanti sociali della salute, per timore di rimanere indietro in investimenti e posti di lavoro rispetto ad altri paesi. Queste posizioni sono rafforzate quando l'opinione pubblica enfatizza la responsabilità individuale e privilegia la libertà dalla responsabilità collettiva, costituendo un'ulteriore barriera alle azioni di governo per contrastare le disuguaglianze in salute.

Di tutt'altro tipo sono le barriere poste dall'approccio biomedico alla salute, che pervade i diversi orientamenti politici ed è supportato dalle industrie farmaceutiche e biomedicali, oltre che da alcuni settori della classe medica e dell'opinione pubblica. La prospettiva biomedica ha forti legami commerciali e professionali con i principali partiti politici e riesce ad indirizzare una quota sostanziale dei fondi dedicati alla salute. Questa prospettiva non solo esclude dal dibattito i determinanti sociali, enfatizzando la necessità di sostenere i servizi per la cura per acuti e i trattamenti basati su costose tecnologie sanitarie, ma arriva a considerare le azioni volte a migliorare l'equità nella salute come un concorrente nell'ottenimento di risorse scarse.

Questo si collega con la tendenza a sviluppare proposte per le politiche sanitarie all'interno di veri

e propri silos politici, dove il settore della salute non cerca o non propone la cooperazione con gli altri settori (dell'ambiente, dell'economia o delle politiche sociali), indebolendo le azioni di sollecitazione di politiche che contrastino le disuguaglianze. Inoltre la politica con una prospettiva temporale limitata è inadeguata per l'equità, che richiede interventi a lungo termine, mentre spesso le politiche sanitarie in questo ambito si esauriscono in azioni a breve termine che non hanno alcuna possibilità di incidere sull'equità. D'altra parte questa capacità di realizzarsi solamente in tempi lunghi gioca a sfavore del finanziamento degli interventi anche da parte delle organizzazioni cosiddette filantropiche, scoraggiate dal fatto che i risultati dei loro investimenti appaiono difficilmente verificabili a breve termine.

A quanto detto sopra si collega anche la difficoltà ad ottenere fondi accademici per la ricerca sui determinanti della salute e gli interventi per migliorare l'equità. Soprattutto nel Regno Unito i ricercatori sottolineano che i bandi di ricerca spesso orientano i ricercatori verso il tipo di risultati o conclusioni che sono attesi e che la ricerca sull'equità è "temuta" per i messaggi troppo politicizzati che può produrre. Anche gli stessi ricercatori temono il confondersi dei confini tra ricerca e politica, e gli istituti di ricerca accademica tendono a non incoraggiare questa linea di ricerca per il rischio di compromettere la propria credibilità scientifica.

Dato il lungo elenco di fattori di ostacolo documentati nella letteratura accademica, non sorprende che questa fornisca pochi spunti per l'ultima dimensione sulle buone pratiche per un *advocacy* efficace. I riferimenti sono generalmente quelli della letteratura sugli interventi per il trasferimento della ricerca nelle scelte decisionali (*evidence-based decision making*).

Conclusioni

La nota di chiusura della revisione è che, a dispetto del trionfo del neoliberalismo predetto alla fine degli anni Ottanta, il paradigma fondamentalista del mercato è sotto continua pressione dopo lo shock della crisi finanziaria iniziata nel 2007-2008 e molti economisti sollecitano lo sviluppo e la proposta di un nuovo pensiero. Questi dibattiti potrebbero presentare quelle importanti finestre di opportunità per coloro che desiderano presentare visioni economiche alternative e più inclini verso l'equità in salute, oltre che aprire uno spazio agli interventi per affrontare le disuguaglianze in salute.

Inoltre, se davvero stiamo fallendo sull'equità della salute perché stiamo fallendo sull'equità in generale, il dibattito sui macrodeterminanti diventerà ineludibile.