

Capitolo 5

Le implicazioni delle disuguaglianze di salute per le politiche sanitarie

Il sistema sanitario è in grado di influenzare l'equità di salute adottando una serie di politiche, fra le quali:

- 1) **La definizione dei livelli di assistenza garantiti**, che il sistema sanitario nazionale riconosce per rispondere ai principali bisogni di salute (ad eccezione della salute orale e della non autosufficienza, per i quali si riscontrano forti limitazioni d'accesso che costringono gli assistiti a rivolgersi al privato).
I dati dell'indagine multiscopo Istat del 2004-2005 hanno esplorato il ricorso ai principali livelli di assistenza in Italia: l'equità normativa nei livelli di garanzia dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese si traduce in una sostanziale equità di utilizzo dei livelli di assistenza, tranne che per l'assistenza specialistica, per la quale si evidenziano deficit di utilizzo da parte di chi occupa una bassa posizione sociale (istruzione e status).
- 2) **Il finanziamento dell'assistenza sanitaria**, che dovrebbe essere contestuale alla definizione dei livelli di assistenza da garantire. È la legge finanziaria a stabilire, ogni anno, quale sia l'ammontare di spesa pubblica da destinare alla sanità. Essendo il Sistema Sanitario Nazionale finanziato tramite imposizione fiscale, l'evasione fiscale influisce nella diseguità di sistema: si stima che la mancanza di gettito corrispondente – che ammonta a più di cento miliardi l'anno – potrebbe coprire l'intera spesa sanitaria.
In Italia, uno studio condotto nel 2008 dai medici di medicina generale della provincia di Torino ha indagato le prestazioni alle quali hanno dovuto rinunciare nell'anno precedente i pazienti che facevano parte di un campione casuale di assistiti e quelli che provenivano da un campione di pazienti “fragili”. In entrambi i gruppi, il motivo prevalente di interruzione era rappresentato dalle difficoltà ad affrontare i costi, in particolare le spese odontoiatriche e oculistiche e quelle dei farmaci.
Nel nostro Paese, le persone che occupano una bassa posizione sociale si ammalano di più e usufruiscono di più di tutti i livelli di assistenza.
- 3) **L'allocazione delle risorse**, ovvero come ripartire il finanziamento sanitario e quindi le risorse per garantire l'offerta sanitaria. C'è chi sostiene che il criterio giusto sia una quota pro-capite uguale per tutti, chi pensa debba essere modulata sulla capacità economica e chi è convinto che la logica sia di finanziare in base al bisogno di assistenza sanitaria.
Dato che lo svantaggio sociale influenza il bisogno di salute e il ricorso ai servizi sanitari, dev'essere preso in considerazione nell'allocazione delle risorse.

Come misurare lo svantaggio sociale? Attualmente esiste, in Italia, una **misura di deprivazione** del comune di residenza realizzata da alcune regioni, insieme all'Istat e al Ministero della Salute, ricavata dai dati del censimento 2001 per classificare le sezioni del censimento delle persone. Tale indice è stato acquisito all'interno del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (Nsis) come una delle variabili disponibili per caratterizzare lo stato socioeconomico della popolazione assistita e del consumo di prestazioni sanitarie a livello geografico. L'indice di deprivazione potrebbe essere migliorato, per esempio, dando un peso differenziato alle componenti socioeconomiche che lo compongono – titolo di

studio, disoccupazione, supporto familiare, qualità dell'abitazione, densità abitativa – in funzione della loro capacità di predire lo svantaggio socioeconomico. L'indice è soggetto al cosiddetto “errore ecologico”, che consiste nell'attribuire a tutti gli abitanti del comune un livello di deprivazione pari alla media di tutti i cittadini di quel comune preso in riferimento, portando a sottostimare, così, il peso della deprivazione.

Interessanti sviluppi provengono dall'**indice Idris** – Disponibilità di risorse influenti sulla salute – elaborato sui dati raccolti negli ultimi quindici anni dalle indagini Istat sugli aspetti della vita quotidiana e che misura la disponibilità di risorse (economiche, culturali, sociali, familiari, lavorative e abitative) nei soggetti indagati.

In conclusione, bisognerebbe trovare una fonte informativa legata ai dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario che permetta di misurare l'associazione tra la deprivazione e il consumo dei livelli di assistenza a livello individuale. Il contributo più recente proviene dai risultati preliminari del **nuovo sistema d'indagine** sperimentato da Istat, Ministero della Salute e alcune Regioni, che usa i dati del Nsis per **misurare i consumi**; tale sistema avrebbe le caratteristiche idonee per produrre stime accurate dell'influenza della deprivazione sui livelli di assistenza.

Le scelte di organizzazione e funzionamento dell'assistenza sanitaria devono prendere in considerazione i problemi di equità.

Riguardo all'**equità nella distribuzione dell'offerta sanitaria**, se la distribuzione nell'uso dei livelli di assistenza è equa fra le categorie sociali, allora si può supporre che la distribuzione dell'offerta lo sia a livello macroscopico; a livello geografico, invece, si osservano forti differenze di utilizzo dei livelli di assistenza per distanza dall'offerta.

Sugli **effetti delle azioni di controllo della domanda sull'equità**, si è osservato come i ticket possano introdurre forti discriminazioni sociali nell'uso dei livelli di assistenza. Un altro importante strumento di controllo della domanda è rappresentato dalle liste d'attesa, che dovrebbe essere influenzato esclusivamente dal criterio clinico, non da quello sociale. Eppure è noto che le persone di bassa posizione sociale hanno meno competenze e reti sociali per negoziare con il clinico la sua domanda e potrebbero essere maggiormente vulnerabili a discriminazioni nell'accesso basate su una distorsione del criterio clinico.

Le politiche che cercano di migliorare la qualità dell'offerta attraverso gli **strumenti del governo clinico** sono, infine, quelle che hanno maggiore successo nella promozione dell'equità, nella qualità dei processi e degli esiti dell'assistenza.

Il sistema sanitario italiano ha un livello di equità molto elevato ed è importante che, nonostante la crisi economica, si mantenga tale.

Sintesi tratta dal quinto capitolo del libro:

Costa G., Bassi M., Censini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (a cura di)

L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità

Edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014