

**3.
la persona
- risorse
e capacità
per la salute:
sanità**

Livelli di assistenza e riduzione delle disuguaglianze:

Come il sistema sanitario ha contribuito a ridurre le iniquità di salute a Torino *

Negli ultimi quarant'anni, la prevenzione e le cure hanno ridotto di tre volte la mortalità per malattie evitabili e contribuito alla riduzione delle disuguaglianze nella mortalità. Ma come i torinesi accedono ai servizi e ne ricavano risultati di salute? I dati dello Studio Longitudinale Torinese offrono uno scorcio su tre particolari ambiti dei livelli di assistenza:

- 1** L'accesso ai servizi nel caso di due malattie organiche croniche: il diabete e lo scompenso cardiaco.
- 2** La qualità dell'assistenza sul territorio e in ospedale valutata attraverso alcuni indicatori di processo e di risultato.
- 3** La salute mentale, un problema di salute particolarmente oneroso a Torino rispetto al panorama piemontese.

Qualità delle cure nelle malattie croniche: diabete e scompenso cardiaco

Le malattie croniche incidono fortemente sulla salute della popolazione, sia in termini di mortalità che di qualità della vita; la loro cura richiede modelli assistenziali che integrano professionisti e servizi sanitari diversi.

Per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria ci si è focalizzati su due malattie molto diffuse che richiedono un modello assistenziale integrato fra diversi ambiti e soggetti del sistema sanitario: il diabete, per la sua ampia diffusione nella popolazione generale, e lo scompenso cardiaco, una delle più importanti criticità per la qualità della vita di molti anziani.

* **Factsheet a cura di Morena Stroschia, Viviana Monastero e Anna La Rosa, tratto da: Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. (2017), 40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche, Inferenze, Milano.**

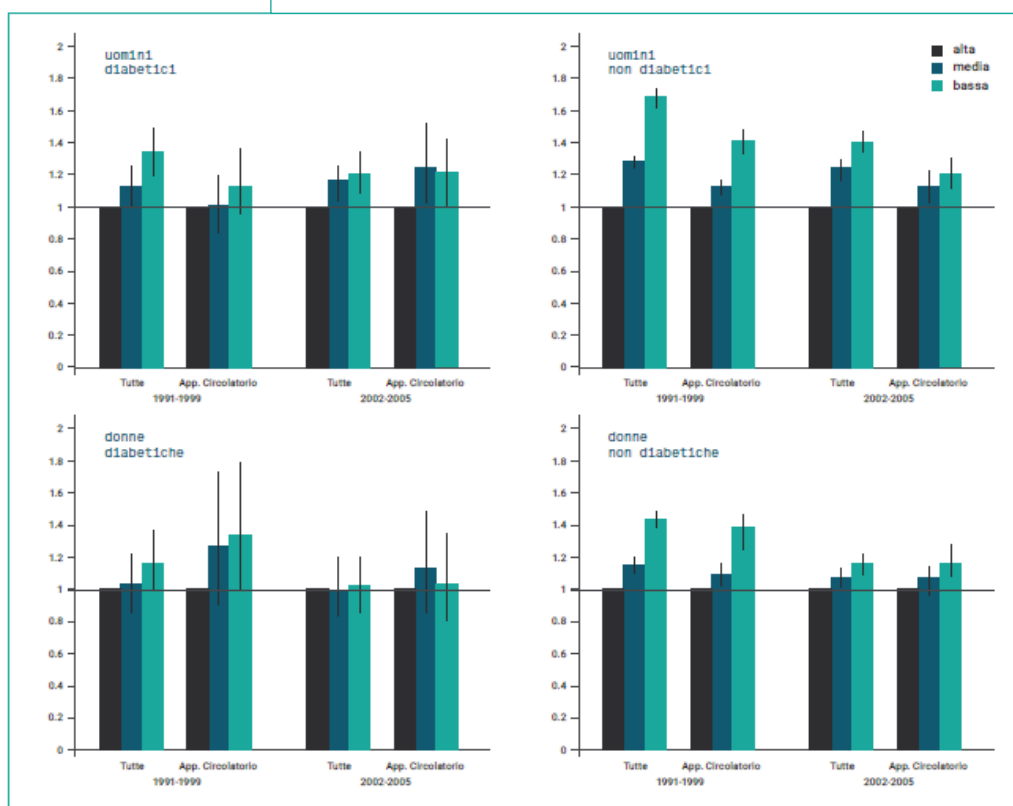
Il **diabete** è la più frequente delle malattie croniche: a Torino circa 40.000 persone presentano questa condizione; la sua frequenza cresce con l'età, superando il 20% della popolazione con oltre 75 anni. Questa malattia aumenta il rischio di morte - soprattutto per cause cardiache - di insufficienza renale, cecità e amputazione, oltre a comportare costi sociali ed economici molto elevati.

I soggetti più socialmente svantaggiati si ammalano di più, a causa di una maggiore frequenza di inattività fisica, alimentazione scorretta e obesità, oltre che per fattori psico-sociali legati allo *stress*. Nonostante ciò, i più poveri utilizzano i servizi in proporzione al loro bisogno e ottengono risultati comparabili agli individui di alta posizione sociale.

Il modello di assistenza al diabete prevalente a Torino nei primi anni 2000, centrato sulla collaborazione tra specialisti e medici di famiglia con 'presa in carico' dei pazienti da parte del sistema sanitario secondo un modello integrato, sembra aver giocato un ruolo rilevante nel garantire una buona qualità dell'assistenza ed equità di trattamento. Lo dimostra il fatto che anche gli esiti a distanza della malattia presentano un gradiente sociale ridotto (o addirittura assente), comunque inferiore a quello rilevabile nella popolazione senza diabete.

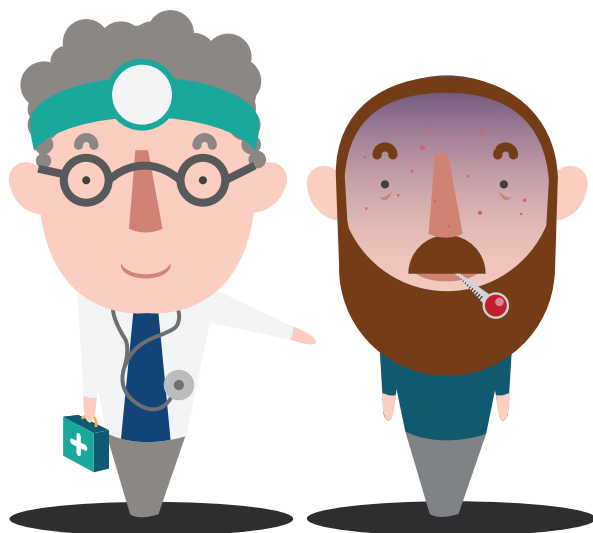
In sintesi: il modello integrato di assistenza sanitaria ai torinesi con diabete è di buon livello e si è dimostrato capace di ridurre le disuguaglianze, anche se qualità ed equità dovranno coinvolgere un numero sempre maggiore di diabetici.

Mortalità tra diabetici e non diabetici per titolo di studio.
Hazard Ratios (HR) e intervalli di confidenza al 95% (IC 95%); Torino, periodi 1991-1999 e 2002-2005



Lo **scompenso cardiaco** è una patologia grave, che rappresenta un importante problema di sanità pubblica e che grava pesantemente nelle casse della sanità nazionale. Questa malattia rappresenta, infatti, la principale causa di ospedalizzazione. Nel 2012, il 2,5% delle dimissioni ospedaliere in Piemonte riportava lo scompenso cardiaco come diagnosi principale. A Torino si contano circa 1.600 nuovi casi all'anno, con maggiore frequenza per le persone di bassa posizione sociale e gli ultrasessantacinquenni (che presentano scompenso cardiaco nel 6-10% dei casi). I recenti dati italiani del Programma Nazionale Esiti evidenziano come a Torino, tra il 2000 e il 2012, la mortalità intraospedaliera si sia progressivamente ridotta (dal 10% al 7%), mentre sono rimaste stabili la mortalità a 30 giorni dal ricovero (intorno al 5%), a un anno dal ricovero (20% circa), la ri-ospedalizzazione a 30 giorni (che riguarda un paziente su cinque) ed entro un anno dal primo ricovero (che avviene in circa la metà dei pazienti che hanno subito un ricovero per scompenso). I processi di razionalizzazione dell'uso dell'ospedale (deospedalizzazione, miglioramento dell'appropriatezza), avviati in questi ultimi anni nel caso dello scompenso cardiaco sembrano aver interessato maggiormente la popolazione anziana, ma senza comportare differenze di tipo sociale, come testimoniato dall'assenza di differenze per livello di scolarità nella mortalità a un anno e dalla scomparsa di differenze sociali nella ri-ospedalizzazione a un anno dal primo ricovero, un fenomeno assente in altri paesi occidentali, dove le differenze sociali nella sopravvivenza sono ben documentate.

In sintesi: la presa in carico dei pazienti affetti da scompenso cardiaco mostra una sostanziale equità di trattamento con un progressivo miglioramento dell'assistenza.



LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE SECONDO UN APPROCCIO PRO-ATTIVO SI È DIMOSTRATA UNA STRATEGIA VINCENTE PER RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE; LO DIMOSTRANO I RISULTATI DI EQUITÀ DEI MODELLI DI GESTIONE INTEGRATA TRA DIVERSI PROFESSIONISTI E SERVIZI SANITARI APPLICATI ALLE MALATTIE CRONICHE.

Qualità delle cure sul territorio e negli ospedali

La qualità dell'assistenza sanitaria è determinata da una moltitudine di fattori; ecco perché misurarla non è semplice. Per farlo, bisogna partire dall'identificazione dei livelli di assistenza erogati dal sistema sanitario: l'assistenza territoriale e quella ospedaliera.

L'**assistenza territoriale** utilizza come indicatori alcuni ricoveri evitabili, cioè quelle patologie che, se riconosciute e trattate tempestivamente e adeguatamente dal sistema di cure primarie, non dovrebbero condurre all'ospedalizzazione.

A Torino sono stati esaminati tre gruppi di ricoveri evitabili - ricoveri per condizioni morbose croniche (come ricoveri per complicanze del diabete, scompenso cardiaco e asma nei giovani), acute (come la disidratazione, la polmonite batterica e le infezioni delle vie urinarie) e una combinazione dei due - sono stati misurati dal 1995 al 2012, separatamente per uomini e donne.

Nel periodo di osservazione, il tasso di ricovero per queste condizioni si è ridotto del 28% tra gli uomini e del 22% tra le donne; se, da un lato, i ricoveri per condizioni acute sono aumentati in entrambi i sessi, dall'altro, i ricoveri per condizioni croniche sono progressivamente diminuiti. Inoltre, i ricoveri fra gli uomini sono più frequenti per una serie di fattori, quale la maggiore frequenza di malattie croniche e morbosità e una minore capacità, rispetto alle donne, di gestire adeguatamente le proprie condizioni di salute. Quello che emerge, inoltre, è che nel tempo si sono allargate le disuguaglianze tra le persone di bassa e alta istruzione, soprattutto tra gli uomini, al punto che oggi gli uomini con bassa istruzione hanno un rischio di ricovero per malattie evitabili (acute e croniche) tre volte superiore a quello dei laureati (per le donne questo rischio è pari a 2 volte e mezzo rispetto alle laureate).

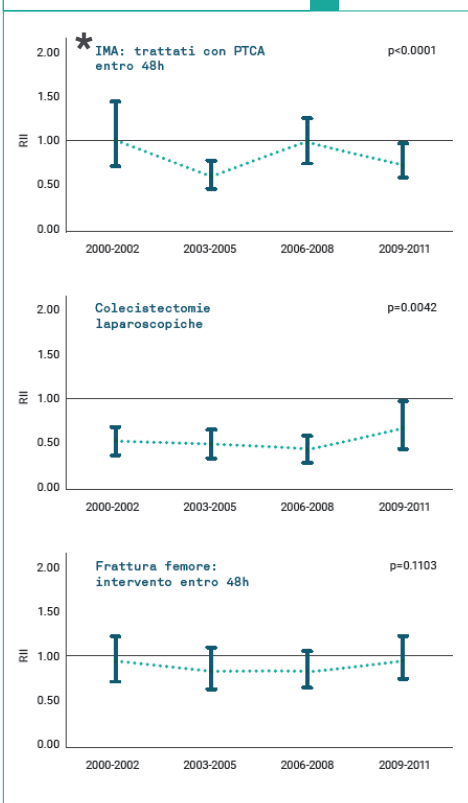


In sintesi: la qualità dell'assistenza territoriale è, dunque, in progressivo miglioramento. La diminuzione dei ricoveri potrebbe essere in parte attribuita al miglioramento dell'assistenza erogata sul territorio. Tale miglioramento ha coinvolto, però, maggiormente i gruppi sociali più avvantaggiati, lasciando indietro quelli più deboli, con un aumento delle disuguaglianze nell'ospedalizzazione evitabile particolarmente evidente negli uomini.

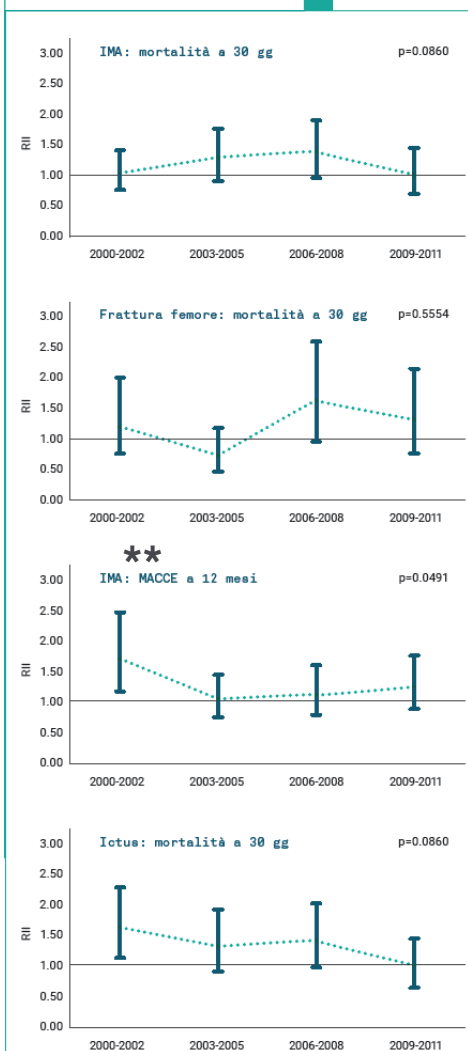
3.1 / Livelli di assistenza e riduzione delle disuguaglianze

Se l'assistenza territoriale ha dimostrato, come appena visto, l'esistenza di alcune disuguaglianze di salute, l'**ospedale**, invece, sembra confermarsi, a Torino, come un punto del sistema sanitario poco influenzato dalle caratteristiche sociali delle persone che vi accedono e non sembra essere coinvolto nel processo di generazione di disuguaglianze nella salute. Lo dimostrano gli indicatori del Programma Nazionale Esiti che evidenziano, dal 2000 al 2011, un miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera a Torino. Tutti gli indicatori utilizzati, seppur in presenza di un certo grado di variabilità legato alle diverse discipline cliniche in osservazione (ad esempio l'accesso ad angioplastica entro 48h da un infarto miocardico acuto ancora oggi viene eseguita meno tempestivamente nei meno istruiti rispetto ai più istruiti e la colecistectomia laparoscopica viene effettuata meno frequentemente nei meno istruiti rispetto ai più istruiti, sebbene queste disuguaglianze nel tempo si stiano riducendo), sono migliorati e i miglioramenti si sono verificati in maniera analoga in tutti i gruppi sociali, confermando quindi un buon livello di equità delle cure ospedaliere.

Relative Index of Inequality (RII) per indicatori di processo dell'assistenza ospedaliera secondo il periodo di calendario. Torino, 2000-2011.



Relative Index of Inequality (RII) per indicatori di esito dell'assistenza ospedaliera secondo il periodo di calendario. Torino, 2000-2011.



* IMA Infarto Miocardico Acuto
 ** MACCE eventi maggiori cardio o cerebrovascolari

Anche per quanto riguarda gli **eventi avversi ospedalieri** (cioè i danni al paziente non intenzionali che possono essere imputati alla gestione medica piuttosto che alle sue condizioni cliniche e che possono sfociare in un prolungamento della degenza, in invalidità o morte), i dati torinesi mostrano elevati livelli di sicurezza dei pazienti ricoverati in ospedale, altamente competitivi rispetto agli *standard* internazionali ed equamente distribuiti: per la maggior parte degli eventi avversi considerati, infatti, non si sono riscontrate disuguaglianze, eccetto che per la trombosi venosa profonda o tromboembolia polmonare postoperatoria e per la sepsi postoperatoria, che si verificano in misura quasi doppia nei soggetti meno istruiti. È difficile ipotizzare che queste disuguaglianze sottendano problemi di discriminazione da parte dei sanitari o di accesso differenziale a cure di maggiore o minore qualità a seconda del grado di disponibilità economica, dato che le cure ospedaliere nel nostro sistema sanitario sono erogate gratuitamente e in maniera universalistica. Più probabilmente queste disuguaglianze sono legate alle peggiori condizioni di salute dei soggetti di basso stato socio-economico.

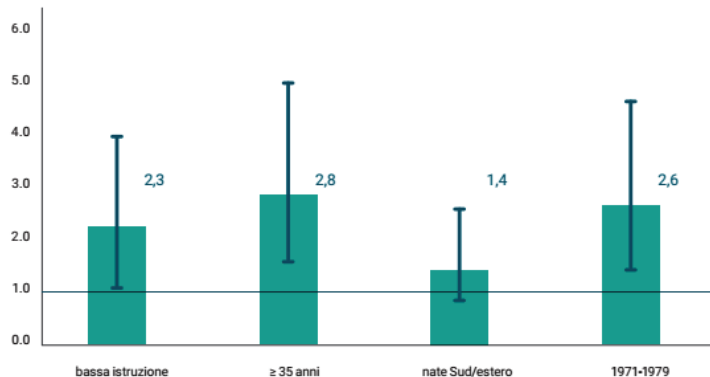


È IL RISCHIO DI TROMBOSI VENOSA PROFONDA/TROMBO EMBOLIA POLMONARE E DI SEPSI POSTOPERATORIA NEI MENO ISTRUITI RISPETTO AI PIÙ ISTRUITI

Tra gli eventi avversi un **evento sentinella** (cioè un evento avverso di particolare gravità che provoca morte o grave danno al paziente e non dovrebbe verificarsi nemmeno una volta), la **mortalità correlata al parto**, ha dimostrato di essere in forte miglioramento a Torino negli ultimi quarant'anni con tassi che sono passati da 53,4 a 3,7 per 100.000 dal 1971 al 2010.

Questa drastica riduzione può essere imputata alle cure ostetriche, alla disponibilità di sempre nuovi strumenti e terapie ma anche allo sviluppo, a partire dai primi anni Ottanta, di un sistema sanitario pubblico e dei consultori familiari che hanno contribuito alla tutela della salute materno-infantile, come dimostra il fatto che nel periodo precedente all'istituzione del SSN e dei consultori familiari il rischio di morte parto-correlata era 2 volte e mezza maggiore rispetto al periodo successivo al 1980.

Nonostante il miglioramento di tali condizioni, tuttavia, non è stata raggiunta una piena equità negli esiti del parto: le donne meno istruite hanno ancora un rischio di morire per cause legate al parto più che doppio rispetto alle laureate o diplomate (a parità di età, area di nascita e periodo di calendario), differenze che potrebbero essere legate a un minor uso di servizi di assistenza alla gravidanza anche territoriali. Per eliminare le disuguaglianze nella mortalità legata al parto, occorrerebbe attuare interventi mirati sulle popolazioni vulnerabili e più difficili da raggiungere (come la promozione della maternità sicura nella fase prenatale, attuata da personale qualificato), interventi che nei paesi in via di sviluppo si sono dimostrati efficaci nel ridurre le disuguaglianze di salute materno-infantile.



Rischi relativi (RR) e intervalli di Confidenza al 95% nella mortalità materna a 42 giorni dal parto per condizioni socio-demografiche e periodo (modello multivariato: ogni variabile è controllata per le altre). Torino 1971-2010. Modificato da Landriscina et al. 2014.

Qualità delle cure nella salute mentale a Torino: il caso delle dipendenze e delle psicosi

La **salute mentale** è indispensabile per il raggiungimento del benessere individuale e sociale e anche questa è distribuita in modo socialmente disuguale: chi si ammala di più e più gravemente sono i soggetti socio-economicamente più svantaggiati. A Torino, ad esempio, i soggetti con titolo di studio inferiore presentano, rispetto ai laureati, un eccesso di rischio di ricovero per psicosi crescente per chi ha la licenza media e chi ha la licenza elementare da 1,8 a 3,3 volte negli uomini e da 1,7 a 3 volte tra le donne. Anche all'interno della città possono riscontrarsi delle differenze legate non solo allo stato sociale ma anche alla particolarità del contesto urbano: caratteristiche come la buona accessibilità mediante trasporto pubblico e una grande densità di ambiente costruito, ad esempio, potrebbero ridurre il rischio di depressione, soprattutto nelle donne e negli anziani, aumentando le opportunità di interazione e di sviluppo di una vita sociale attiva.



**È IL RISCHIO DI RICOVERO PER PSICOSI
TRA LE PERSONE DI BASSA ISTRUZIONE
RISPETTO AI LAUREATI, NON SI RISCOVRANO
INVECE DISUGUAGLIANZE NEL RISCHIO SUICIDARIO**

A Torino, rispetto al resto della regione, si riscontra una maggiore frequenza di problemi di salute mentale gravi, quali le dipendenze da sostanze stupefacenti, le psicosi, i disturbi dell'umore e della personalità, tuttavia sono meno frequenti i problemi legati alla dipendenza da alcool e ai suicidi.

Nonostante questo quadro sfavorevole, l'indicatore più estremo di risultato, che è la mortalità per suicidio, vede Torino protetta rispetto a quanto accade sia nel resto della regione sia in altri paesi europei. Inoltre, nonostante le profonde disuguaglianze sociali nella salute mentale, negli ultimi vent'anni non si osservano disuguaglianze sociali nella mortalità per suicidio a Torino, come se la capacità di presa in carico della salute mentale da parte del sistema locale delle cure fosse in grado di farsi carico soprattutto dei malati più svantaggiati prevenendo più efficacemente il loro rischio di suicidio.

Un problema emergente è dato dal rischio di malattie organiche tra i malati psichiatrici: le persone che soffrono di psicosi muoiono da dieci a trenta volte in più del resto della popolazione torinese di pari età per malattie respiratorie, di cuore, metaboliche e tumori, oltre che per suicidio, indicando che la presa in carico e la promozione della salute per questo gruppo è una priorità.

In sintesi: il Sistema Sanitario torinese dimostra non solo di possedere buone *performance* ma anche di essere capace di ridurre le disuguaglianze di salute attraverso una presa in carico pro-attiva e integrata tra più attori del sistema, fungendo così da modello vincente per la riduzione delle disuguaglianze.