

LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE NEI PERCORSI ASSISTENZIALI



Le cause delle disuguaglianze di salute sono da ricercare, molto spesso, in fattori esterni al sistema sanitario. Nonostante ciò, anche l'organizzazione e il funzionamento del governo clinico hanno un ruolo fondamentale nella tutela e nella promozione dell'equità nella salute: gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura e la relazione fra paziente, organizzazione e professionisti sanitari influiscono sullo stato di salute e sulla generazione - o sulla moderazione - delle iniquità di salute.

▼ Equità nell'accesso a cure e servizi

L'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie può influire sulle disuguaglianze di salute. Un'equa fruizione dei servizi dipende, oltre che dalle caratteristiche delle persone che si rivolgono al sistema sanitario (età, sesso, salute e posizione sociale), anche da quelle dell'offerta, come accessibilità fisica, economica, culturale dei servizi, qualità dell'assistenza e stili della pratica medica. La posizione sociale di un individuo – in particolare il livello di istruzione – ha ripercussioni sull'accesso alle cure: **le persone con livello di istruzione più alto hanno più possibilità di conoscere e contrastare i fattori di rischio, di riconoscere i sintomi, di scegliere le strutture più adeguate, ma anche di ottenere e comprendere informazioni sulla loro salute.** Le persone di bassa posizione sociale, avendo meno competenze e reti sociali utili, possono avere difficoltà nell'accesso all'assistenza sanitaria e meno possibilità di ricevere trattamenti efficaci.

Rispetto all'accesso, il grafico sotto riportato (grafico 1) mostra in quale misura i gruppi più vulnerabili in Italia, nel 2004 e nel 2005, abbiano fatto ricorso ai quattro livelli di assistenza, a parità di tutte le altre variabili di fragilità considerate. Il confronto è con i gruppi più avvantaggiati (linea1 sull'asse delle ordinate)

Sostanzialmente si vede un accesso equo a tutti i tipi di assistenza ad eccezione di quella specialistica che è più bassa in quasi tutti i gruppi.

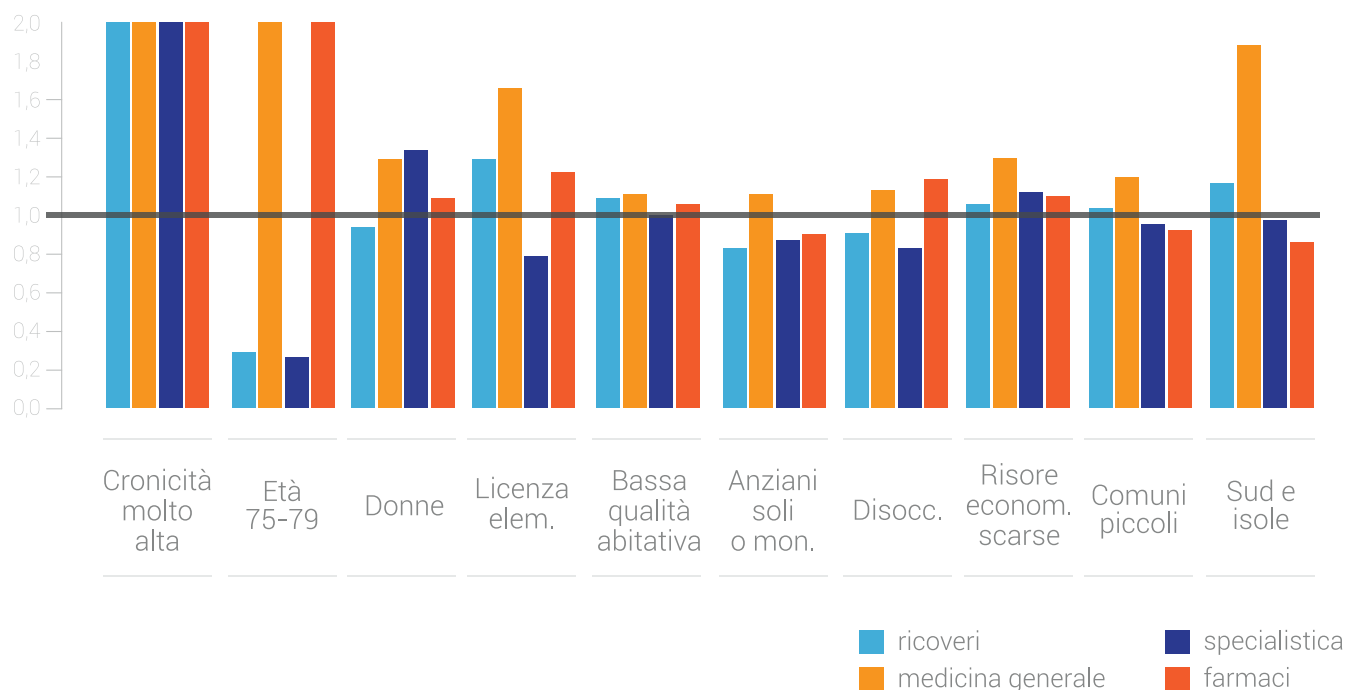
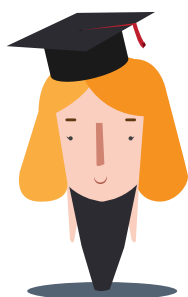


Grafico 1. Differenze relative nelle prevalenze di utilizzo dei quattro livelli di assistenza nei gruppi vulnerabili in Italia nel 2004-2005, standardizzati per tutte le variabili di vulnerabilità.

▼ Disuguaglianze socio-economiche nell'accesso a interventi efficaci ed appropriati

Interventi di prevenzione

67%



52%



Meno vaccinazione per i figli di madri con basso titolo di studio

Il titolo di studio influenza l'adesione alle vaccinazioni raccomandate. Per esempio, nel caso della pertosse il 67% delle madri laureate vaccina i propri figli contro il 52% delle madri in possesso di licenza elementare o prive di qualsiasi titolo.

Maggiore prevalenza di ipertensione per le donne con licenza elementare

Prevalenza di ipertensione: 8% per le donne laureate e 19% per quelle che hanno al massimo la licenza elementare nella fascia di età tra i 35 e i 49 anni

8%



19%



Cure dentali più difficili anche per il ceto medio



L'abbandono delle cure o la necessità di affrontare spese sanitarie troppo elevate rispetto alle proprie capacità (cosiddette spese "catastrofiche" che conducono all'impoverimento) non interessano solo i settori meno abbienti della popolazione, ma coinvolgono molte famiglie appartenenti al ceto medio. In particolare, nel 2007 il 16% delle famiglie più povere e l'8% di quelle del ceto medio hanno rinunciato a prestazioni dentistiche per motivi economici, facendo apparire sempre più l'odontoiatria come un vero e proprio problema sociale.

Assistenza territoriale e ospedaliera

Minore frequenza corsi pre-parto, meno allattamento esclusivo al seno, più tagli cesarei per le donne con basso livello di istruzione

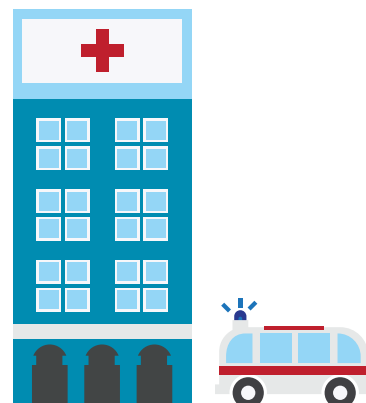
Le donne meno istruite partecipano meno ai percorsi di preparazione al parto e effettuano più parti cesarei. Anche l'allattamento esclusivo che, negli anni passati, era praticato dalle donne di classi sociali più basse ha avuto un'inversione di tendenza.

Per esempio

In uno studio epidemiologico su oltre 88.000 nascite di residenti a Roma registrate tra il 1990 e il 1996 è stata osservata una relazione inversa tra livello socioeconomico e incidenza di parto cesareo: le donne con minore livello di istruzione avevano una probabilità maggiore del 24% di avere un parto cesareo rispetto alle più istruite.

Più ricoveri per patologie in cui l'ospedalizzazione è considerata evitabile per i più svantaggiati

Le persone con un livello di reddito più basso hanno una probabilità di ricovero molto maggiore rispetto ai più ricchi per **diabete mellito, ipertensione arteriosa, angina pectoris, scompenso cardiaco, asma bronchiale e Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)**, in cui l'ospedalizzazione è considerata potenzialmente evitabile se è presente una assistenza territoriale efficace (medici di medicina generale, assistenza ambulatoriale). In particolare il rischio è risultato **quattro volte maggiore per la BPCO e per lo scompenso cardiaco**; le differenze sono maggiori tra gli uomini e nella fascia di età tra 45 e 65 anni rispetto ai più giovani.



Più chemioterapia, radioterapia e cure palliative rispetto agli interventi chirurgici per i più svantaggiati



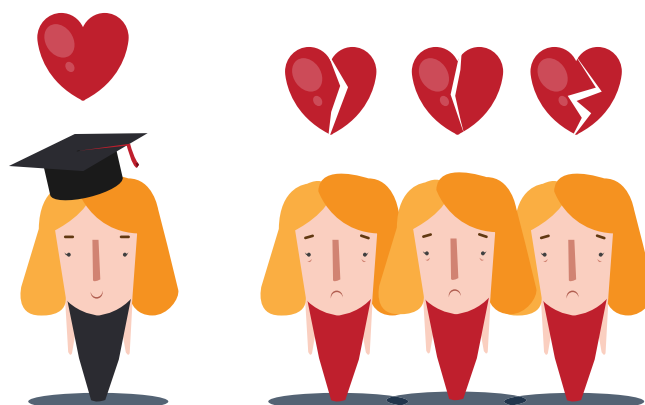
Le persone svantaggiate sono più vulnerabili a cure inappropriate, proprio nella categoria d'età e di stadio della malattia in cui si potrebbero ottenere più benefici rispetto alla regressione della malattia e alle chance di sopravvivenza. In uno studio condotto a Torino sono state raccolte informazioni sui casi di tumore al polmone a piccole cellule nel periodo 2000-2003 e studiate le caratteristiche dei percorsi di cura - trattamenti di chirurgia, chemioterapia, radioterapia e altre terapie.

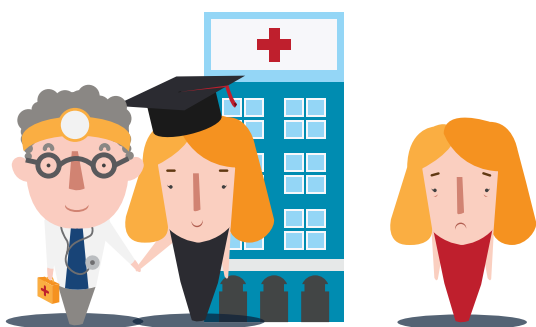
Le persone con un basso livello d'istruzione avevano una probabilità più alta del 60% di essere sottoposte al solo trattamento chemioterapico e/o radioterapico e di oltre il doppio di accedere a terapie palliative rispetto al più appropriato trattamento chirurgico.

▼ Disuguaglianze socioeconomiche negli esiti delle cure

Mortalità più elevata dopo intervento di bypass per i più svantaggiati

Eccesso di mortalità tre volte maggiore per le persone di basso livello socioeconomico rispetto ai soggetti appartenenti alle classi sociali più alte, a 30 giorni dall'intervento di bypass anche a parità di età, genere, tipo di patologia ischemica, comorbidità ed eventuali altre procedure chirurgiche effettuate durante il ricovero.





Mortalità maggiore per tumori con una buona prognosi per i meno istruiti

In ambito oncologico, è stato documentato come pazienti con un basso livello d'istruzione abbiano minori chance di sopravvivenza, in particolare nei casi di tumori operabili e con prognosi migliore se diagnosticati tempestivamente.

Per esempio

In uno studio condotto già negli anni '90 emergevano forti differenze nella sopravvivenza in particolare per tumori a buona prognosi, per i quali esistono trattamenti efficaci (colon-retto, prostata e mammella). Tali risultati sono confermati da recenti analisi in Emilia-Romagna, Piemonte e Toscana.

Più effetti avversi, infezioni e ulcere dopo intervento elettivo di sostituzione protesica dell'anca per i più svantaggiati

La bassa posizione socio-economica è associata con un rischio più alto di eventi clinici avversi, infezioni sistemiche e ulcere da decubito nei 90 giorni dopo l'intervento elettivo di sostituzione protesica dell'anca, più evidente nel gruppo di popolazione più anziana (75+ anni).



Mortalità maggiore dopo intervento per la frattura del femore

I meno abbienti tra i pazienti che arrivano in ospedale con una frattura del femore hanno una probabilità minore di accedere tempestivamente all'intervento chirurgico (entro le 48 h dall'arrivo in ospedale), e un rischio di mortalità a 30 giorni più alto del 50% anche tenendo conto delle caratteristiche demografiche dei pazienti e delle loro comorbidità.

Fact sheet realizzato dal gruppo di redazione del sito www.disuguaglianzedisalute.it e rivisto con gli autori dei capitoli da cui è tratto (capitoli 5 e 6). Può essere scaricato dal sito www.disuguaglianzedisalute.it

Settembre 2015

SI AUTORIZZA LA RIPRODUZIONE PARZIALE O TOTALE DEL CONTENUTO DEL PRESENTE DOCUMENTO



licensed under a Creative Commons Attribution - Non commerciale -
Condividi allo stesso modo 3.0 Italia License.
Based on a work at www.dors.it.

Si può richiedere copia del factsheet rivolgendosi al Centro di Documentazione per la Promozione della salute (Dors) Regione Piemonte, via Sabaudia 164 – 10095 Grugliasco (TO), tel. 01140188510, fax 01140188201, e-mail: info@dors.it.



Il presente factsheet deriva dal volume:
Costa G., Bassi M., Marra M. et al (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.



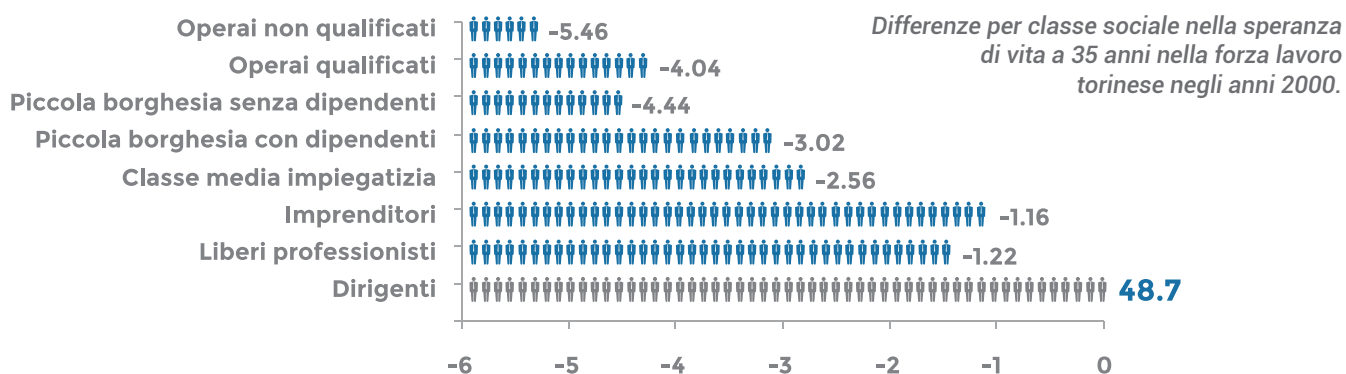
LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE A COLPO D'OCCHIO

Il livello di salute di una società non dipende unicamente dalle capacità del sistema sanitario di erogare cure universali e appropriate e di tutelare il benessere fisico e mentale dei cittadini ma anche - e in buona parte - dalle condizioni di vita in cui gli individui nascono, crescono, vivono, lavorano ed invecchiano.



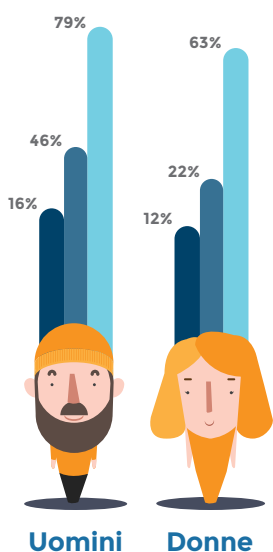
5 ANNI E MEZZO

è la differenza nella speranza di vita tra operaio e dirigente

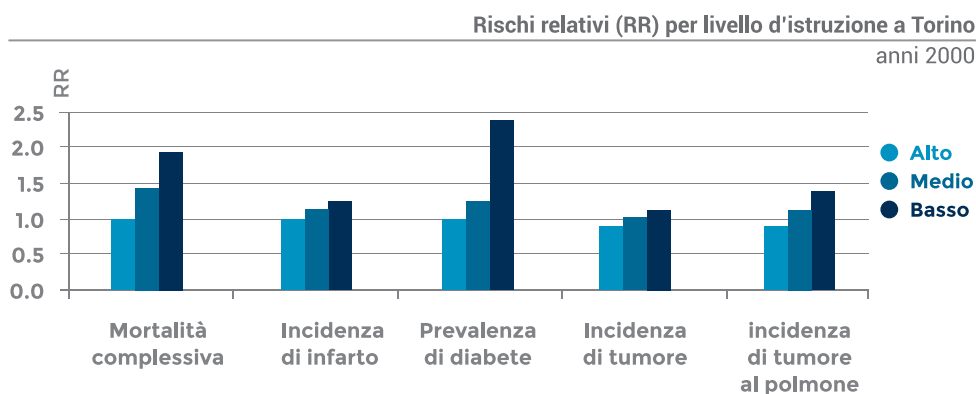


I cittadini che hanno condizioni di svantaggio sociale si ammalano di più, guariscono meno, perdono auto-sufficienza e tendono ad essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima.

In Italia, negli anni 2000, il rischio di morire cresce con l'abbassarsi del titolo di studio.



- Diploma di maturità
- Media inferiore
- Elementari



Tali differenze sono chiamate disuguaglianze sociali nella salute e presentano tre caratteristiche:

Tendono a colpire sistematicamente gli stessi gruppi sociali.

Non riguardano unicamente i più sfortunati:

mano a mano che si risale lungo la scala sociale gli indicatori di salute hanno valori più favorevoli, secondo quello che viene definito gradiente sociale.

Sono socialmente costruite e quindi ingiuste.