

Capitolo 6

Il ruolo della sanità nella generazione o moderazione delle disuguaglianze di salute: il governo clinico

L'origine delle disuguaglianze di salute è spesso da imputare a cause esterne ai sistemi sanitari. Nonostante questo, anche gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura, oltre al modo in cui il paziente, l'organizzazione e i professionisti sanitari interagiscono influenzano lo stato di salute delle persone e possono generare delle disuguaglianze.

I processi di governo clinico nei servizi sanitari dovrebbero contribuire alla riduzione dell'impatto sulla salute delle disuguaglianze. Un'equa fruizione dei servizi è influenzata, oltre che dalle caratteristiche della domanda (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. Anche la posizione sociale di un individuo – in particolare il livello di istruzione – ha ripercussioni sull'accesso alle cure: un alto grado di istruzione permette di influenzare la capacità 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 riguardanti la salute.

Anche le barriere geografiche o economiche possono limitare l'accesso alle cure: per esempio, è più probabile che le persone più svantaggiate, per motivi di vicinanza geografica, si rivolgano a strutture di qualità più bassa.

Nonostante il Sistema Sanitario Nazionale italiano si ispiri a principi di universalità e uguaglianza, anche nel nostro Paese sono state riscontrate **disuguaglianze sociali** in alcuni percorsi assistenziali, documentate a partire dagli anni Novanta sia dall'Istat sia da alcuni studi epidemiologici. Le disuguaglianze nei percorsi assistenziali possono riguardare l'accesso a interventi efficaci e appropriati e l'esito delle cure.

- 1) Disuguaglianze socioeconomiche nell'accesso a interventi efficaci e appropriati.** Le classi sociali più svantaggiate hanno una maggiore probabilità di accedere a servizi sociosanitari inefficaci o inappropriati e sono quindi più "vulnerabili".

Riguardo agli **interventi di prevenzione**, le persone meno istruite e più svantaggiate hanno una scarsa attitudine ai controlli: per esempio, i dati del sistema di sorveglianza Passi – Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia – confermano, per il triennio 2007-2009, uno svantaggio delle persone appartenenti alle classi sociali più basse riguardo al rischio cardiovascolare, aggravato da una scarsa attitudine ai controlli della pressione arteriosa, del colesterolo e della glicemia.

Il Ceis – Centre for Economics and International Studies dell'Università di Tor Vergata (Roma) – ha stimato, utilizzando i dati dell'indagine Istat sui consumi, che non sono solo le classi meno abbienti ad abbandonare le cure perché troppo costose, ma anche le famiglie del ceto medio. Infatti, nel 2007, il 15,7% delle famiglie più svantaggiate e l'8,4% di quelle appartenenti al ceto medio hanno rinunciato a prestazioni dentistiche per motivi economici.

Anche per quanto riguarda la diagnosi precoce di tumore, studi condotti a Torino nei primi anni Novanta hanno evidenziato che le classi più svantaggiate avevano una maggiore probabilità di subire ricoveri a stadi più avanzati, a dimostrazione di una minore tempestività nel ricorso alle cure e di una minore capacità di ricorrere all'assistenza territoriale.

I dati dell'indagine Istat sulla Salute del 2004-2005 sulla distribuzione sociale del percorso di maternità mostrano uno svantaggio per le donne meno istruite, che partecipano meno ai corsi di preparazione al parto, fattore di protezione per la salute della madre e del bambino.

Per i **trattamenti medico-chirurgici** si è riscontrato che coloro che hanno un livello di reddito più basso hanno una probabilità di ricovero ospedaliero maggiore rispetto ai più ricchi per quanto riguarda le patologie croniche, come il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa, l'angina pectoris, lo scompenso cardiaco, l'asma bronchiale e la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva. Per tali condizioni, l'ospedalizzazione è considerata evitabile attraverso un'adeguata attività di prevenzione e diagnosi precoce, che contribuirebbe anche a evitare costi sanitari e sociali.

Le persone svantaggiate, inoltre, hanno mostrato una maggiore vulnerabilità a cure inappropriate, proprio nella fascia d'età e di stadio della malattia in cui si potrebbero ottenere maggiori benefici per la riduzione della progressione della malattia e di sopravvivenza.

Riguardo all'**assistenza ospedaliera**, diversi studi hanno evidenziato come il livello socioeconomico influenzi l'accesso a interventi efficaci e dimostrato come le classi più svantaggiate siano più soggette a interventi inappropriati. Numerosi esempi provengono dal campo oncologico e dimostrano come i fattori socioeconomici incidano sulla probabilità di accedere alle diverse modalità di trattamento: chirurgia, chemioterapia e/o radioterapia e altre terapie non curative. Gli appartenenti alle classi più svantaggiate hanno una probabilità maggiore del 60% di ricevere il trattamento chemioterapico e/o radioterapico e di oltre il doppio di accedere a terapie palliative rispetto al trattamento chirurgico.

Secondo altri studi, condotti negli anni Novanta, esisterebbe una connessione fra situazione socioeconomica e isterectomia dovuta a lesioni benigne dell'utero (leiomioma e prollasso): le donne di un livello sociale più alto avevano una probabilità maggiore del 34% di ricevere tecniche meno invasive per rimuovere lesioni benigne dell'utero rispetto alle più svantaggiate, soprattutto nella fascia d'età 35-49 anni.

- 2) Disuguaglianze socioeconomiche negli esiti delle cure.** Alcuni studi hanno indagato l'associazione fra livello socioeconomico ed esiti degli interventi sanitari, in particolare per l'area cardio e cerebrovascolare, le patologie tumorali e la chirurgia ortopedica.

Riguardo alle malattie cardiovascolari, che rappresentano la principale causa di morte nei Paesi industrializzati, diversi studi hanno evidenziato un eccesso di mortalità di tre volte maggiore per le persone di basso livello socioeconomico rispetto a quelle di alto livello. Altri studi hanno riscontrato, inoltre, maggiori complicazioni post-operatorie e mortalità a breve termine in seguito a interventi

cardiovascolari in elezione (bypass aortocoronarico, sostituzione valvolare, endoarteriectomia carotidea, bypass vascolari maggiori, ripartizione di aneurisma aortico non rotto).

Anche l'ictus è un'importante causa di morte e disabilità nei Paesi più sviluppati. L'incidenza di questa patologia è maggiore fra gli individui più svantaggiati. Più difficile invece stimare l'associazione fra posizione socioeconomica e sopravvivenza dopo un evento di ictus, dato che studi condotti in aree geografiche diverse hanno prodotto risultati non coerenti fra loro.

Riguardo al settore oncologico, fin dagli anni Novanta alcuni studi in Italia hanno documentato come i pazienti con bassa scolarità avessero minore probabilità di sopravvivenza, in particolare per tumori operabili e con prognosi migliore se diagnosticati tempestivamente.

In ambito ortopedico, uno studio condotto a Torino, Milano, Bologna e Roma negli anni 1997-2000 ha riscontrato l'esistenza di differenziali socioeconomici negli esiti nei 90 giorni successivi l'intervento di sostituzione protesica dell'anca. A una bassa posizione socioeconomica era associato un rischio più alto di eventi clinici avversi, infezioni sistemiche e ulcere da decubito entro i 90 giorni dall'intervento. Non sono stati riscontrati, invece, differenziali socioeconomici nella mortalità e nell'occorrenza di complicanze ortopediche a 90 giorni.

Efficacia di interventi o azioni in ambito sanitario per la riduzione delle disuguaglianze

Nel nostro Paese non esistono politiche o azioni finalizzate alla riduzione delle differenze di salute tra tutti i gruppi sociali, anche se alcuni interventi in ambito sanitario si sono dimostrati efficaci anche in termini di riduzione delle disuguaglianze di salute.

Un'analisi comparativa europea ha mostrato che nei Paesi in cui sono attivi programmi di screening organizzati centralmente e con una buona copertura, le disuguaglianze d'accesso alla diagnosi precoce sono molto ridotte rispetto ai Paesi in cui tali programmi sono organizzati a livello regionale e non coprono tutto il territorio – è il caso dell'Italia – e lo sono ancora di più rispetto ai Paesi con soltanto screening opportunistico.

In Italia le difficoltà maggiormente riscontrate riguardano la possibilità di arruolare le donne nel programma di screening, adottando azioni mirate ad aumentare la partecipazione anche tra le classi meno abbienti e tra le minoranze. Il caso dei programmi di screening organizzati mette in evidenza la possibilità che approcci pro-attivi di diagnosi e cura possano essere efficaci anche nel ridurre le disuguaglianze sociali di accesso alla diagnosi precoce e, conseguentemente, di sopravvivenza.

Sintesi tratta dal sesto 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