

Bibliografia

Biggeri A et al. Studio longitudinale toscano-Condizione socio-economica e ricovero ospedaliero a Firenze. Regione Toscana: Studi e Ricerche, dicembre 2003.

Campbell N et al. Rural and urban differences in stage at diagnosis of colorectal and lung cancers. Brit J Canc 2002; 84: 910.

Gwatkin DR et al. Making health systems more equitable. Lancet 2004; 364: 1273.

OISG. A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. Pisa: ETS, 2006.

PMISG. Determinants of hysterectomy and oophorectomy in women attending menopause clinics in Italy. Maturitas 2000; 36: 19.

UNICEF. Child poverty in rich countries. Innocenti Report Card 6. Florence: Innocenti, 2005.

Appianare le disuguaglianze

Nel quadro di un'ineguale distribuzione delle possibilità di cura, il lavoro del medico di famiglia per contrastarla può trovare spazio in vari ambiti.

Nel caso degli anziani, di per sé stessi vulnerabili in quanto soggetti a numerose patologie e spesso abbandonati, il curante può svolgere un ruolo cardine, sia prendendosene cura con la sua preparazione generalista, sia per indirizzare il paziente avanti con l'età alle cure specialistiche irrinunciabili, sia promuovendone la tutela sociale.

In risposta all'interrogativo del caso in apertura, dal medico può iniziare un processo di appianamento delle disuguaglianze con l'offerta agli assistiti delle migliori possibilità di prevenzione, diagnosi e terapia, in un percorso che li renda informati e consapevoli delle possibilità di cura, qualunque sia il loro livello socioeconomico e culturale. Inoltre, in un

paese come l'Italia, che è arrivato negli ultimi anni ad affrontare il fenomeno dell'immigrazione, il medico di famiglia può svolgere un ruolo chiave contro le possibili discriminazioni razziali, che si sommano agli svantaggi legati alla condizione socioeconomica.

Come illustrato nel rapporto dell'Osservatorio da Maurizio Marceca, Salvatore Geraci e Ardigò Martino, per gli immigrati, nonostante i miglioramenti avvenuti, rimangono ambiti in cui assistenza e accoglienza sono carenti; il medico può contribuire a sanare tali carenze dando in prima persona un'assistenza adeguata, rispettosa delle culture diverse. Una formazione mirata faciliterebbe il compito di offrire a tutti le stesse possibilità, per lo meno in Italia. Già questo sarebbe un passo verso la «missione costitutiva» del medico, ricordata dal collega: dare un'assistenza della stessa qualità agli stessi bisogni, da chiunque siano espressi. ■

Secondo parere

La deontologia medica punta sull'uguaglianza

Gavino Maciocco
Osservatorio italiano sulla salute globale
www.saluteglobale.it

Tra i compiti del medico: rilevare le iniquità sociali e garantire accesso alle cure agli individui e alle popolazioni svantaggiate. Solo così può ottemperare alla deontologia professionale: curare il singolo individuo non basta.

Il termine «disuguaglianza nella salute» generalmente evoca situazioni di clamorosa iniquità come le differenze nella speranza di vita tra paesi del Nord e del Sud del mondo (in Giappone di 48 anni più lunga che in Sierra Leone) o le insormontabili barriere economiche all'accesso alle cure nella maggior parte dei paesi del pianeta (dagli Stati Uniti alla Russia, dall'India alla Cina) di parti consistenti di popolazione, dovute alla mancanza di copertura assicurativa. Disuguaglianze nella salute – in forma certamente meno eclatante – sono presenti, e stanno crescendo, anche in sistemi sanitari universalistici come quelli dell'Europa occidentale o del Canada (Maciocco 2006).

Quale che sia l'indicatore di posizione sociale impiegato (istruzione, classe sociale, caratteristiche dell'abitazione), il rischio di mortalità cresce in ragione inversa delle risorse sociali di cui gli individui dispongono. Più bassa è la classe sociale più elevati sono i tassi di mortalità degli individui a essa appartenenti: tale fenomeno è denominato «gradiente sociale nella salute».

L'impatto del gradiente sociale nella salute è talvolta espresso come deficit di salute, che esprime il numero di vite che si sarebbero risparmiate se tutti i gruppi nella società avessero lo stesso livello di salute che hanno i gruppi più avvantaggiati. Per fare un esempio di deficit di salute, è stato stimato che se tutti gli uomini che svolgono lavori manuali avessero gli stessi livelli di mortalità dei manager e dei professionisti, in Gran Bretagna si risparmierebbero ogni anno 17 mila vite. La più ovvia ragione per cui i rischi per la maggior parte delle malattie differiscono tra gruppi socio economici è la differenza nel-

l'esposizione a quei fattori che causano o preven- gono quelle malattie. L'esposizione a quasi tutti i fattori di rischio (materiali, psicosociali e comportamentali) è inversamente correlata alla posizione sociale; cioè più bassa è la posizione sociale, maggiore è l'esposizione a differenti rischi per la salute. Al contrario, le persone col massimo accesso alle risorse hanno le migliori opportunità di evitare rischi, malattie e le conseguenze negative della cattiva salute.

Differenze nell'accesso, nell'utilizzazione, nella qualità dei servizi sanitari contribuiscono alla crescita delle disuguaglianze nella salute. Diversi studi concorrono a dimostrare che – anche in Italia – gli individui appartenenti a una classe socio economica bassa subiscono un maggior numero di ricoveri, soprattutto di urgenza e a uno stadio di gravità più avanzato (a indicare una peggiore gestione della malattia nelle fasi iniziali di insorgenza e di primo contatto con le strutture sanitarie) e sono esposti a un maggior rischio di inappropriatazza delle cure o di un minore accesso a procedure innovative di sicura efficacia.

Molto opportunamente il principio di equità è stato inserito nel nuovo Codice di deontologia medica. All'articolo 6 infatti si legge: «Il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure».

Ma in che modo il comparto sanitario nel suo complesso può assolvere a questa fondamentale missione?

Vi sono tre risposte complementari a questo quesito:

- il medico deve contribuire, come cittadino, come componente del tessuto sociale, al raggiungimento di livelli più equi di distribuzione dei determinanti socio economici della salute;
- la sanità pubblica ha il dovere di misurare e rendere pubblici i dati relativi alle disuguaglianze nell'accesso, nell'utilizzazione, nella qualità dei servizi sanitari, al fine di individuare e attivare adeguate politiche di contrasto;
- la medicina dovrebbe offrire maggiori servizi agli individui e alle popolazioni maggiormente danneggiate dalle condizioni sociali ed economiche di vita e di lavoro.

Per essere equo, infatti, un sistema sanitario dovrebbe essere fortemente diseguale, favorendo i gruppi di popolazione più deboli. Purtroppo, invece, vige ancora quasi ovunque la cosiddetta legge dell'assistenza inversa (the inverse care law), termine coniato nel 1971 da Tudor Hart, e che significa che la disponibilità di servizi sanitari di qualità varia in misura inversa al bisogno che di essi ha la popolazione servita (vedi *Occhio Clinico* 2006, 7: 13). ■

Bibliografia

Atela V et al. Determinants to access to physician services in Italy: a latent class seemingly unrelated probit approach. *Health Economics* 2004; 13: 657.

Maciocco G. Introduzione ai cases-studies. In OISG. A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. Pisa: ETS, 2006.

Shi L et al. Income inequality, primary care and health indicators. *J Fam Pract* 1999; 48: 275.

Health for all

Occhio Clinico 2007; 4:18

Key words

Ethics; Discrimination.

Summary

Doctors are involved in eradicating discrimination in the health service in order to guarantee to people the same opportunities of access, availability and quality of treatments. The ambitious aim is to eliminate inequalities in the healthcare field, now a scourge even in evolved western countries.

Indeed, the term «inequalities» does not just refer to the huge differences in healthcare in the North and South of the world. Nor does it refer to discrimination in countries in which healthcare depends on insurance cover. Inequalities in healthcare means differences in the access to, use of and quality of healthcare services. It means a higher risk of mortality in lower social classes. And it also means that the lower a person's social position, the more they are exposed to risk factors to their health. The role of the doctor will undoubtedly be fundamental in this mission. The fight against the «inverse care law» (Tudor Hart) is just beginning.

ZOOM

Note AIFA: la novità fa il bis

Rispetto all'edizione delle nuove note commentata su *Occhio Clinico* 2007; 3: 28, sono da segnalare alcune integrazioni apportate dall'AIFA alle note:

- 78 (glaucoma);
- 4 (dolore neuropatico);
- 65 (sclerosi multipla);
- 74 (infertilità);
- 13 (ipolipemizzanti).

L'unico dato saliente riguarda quest'ultima nota, alla quale non è stata fatta, in realtà, un'integrazione, bensì una vera e propria modifica.

Infatti viene limitata la concedibilità da parte del Servizio sanitario degli omega 3 agli infartuati solo in caso vi sia un'ipertrigliceridemia non corretta dalla dieta o da altre misure farmacologiche.

Tutte le variazioni si trovano pubbli-

cate sul numero 6 del 2006 del *BIF* (*Bollettino d'informazione sui farmaci*), arrivato a ogni medico già aggiornato rispetto alla prima pubblicazione delle nuove note avvenuta in gennaio. Non vi compare la modifica apportata alla nota 78, che, però, differisce dalla prima versione solo per l'inclusione di altre specialità medicinali appena entrate in commercio.