

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.