

## Figli di un dio minore

**Valeria Confalonieri**  
Occhio Clinico

**Le differenze di genere, di classe, di età, di cultura oltre che di reddito determinano la salute delle persone. Il Servizio sanitario è lungi dall'appianare le differenze: il medico può contribuire a sanare le carenze del sistema.**

Uno dei primi passi per trovare soluzioni a situazioni considerate ingiuste è conoscerle: si può correggere la rotta avendo ben chiaro il panorama intorno e la meta da raggiungere. L'autore della storia concorda sull'importanza di dare visibilità alla mancanza di equità, passaggio obbligato per porre rimedio alle disuguaglianze nella salute che troppo spesso non si vuole, o non si riesce, a vedere con la necessaria chiarezza.

L'Osservatorio italiano sulla salute globale (OISG) è nato nel 2002 proprio dal desiderio di riempire un vuoto e porre diverse profes-

sionalità ed esperienze a servizio dell'informazione: si propone di approfondire, studiare e portare all'attenzione di tutti il quadro della salute nel mondo, mettendo a disposizione dati e informazioni, le basi di conoscenza su cui trovare soluzioni a una distribuzione disuguale della salute.

### Occhi sulla salute del mondo

Il rapporto di cui parla la storia, frutto del lavoro di diversi esperti, rappresenta uno dei contributi proposti dall'OISG. Il primo rapporto, uscito nel 2004, riportava una panoramica generale sullo stato di salute della popolazione nel mondo, in relazione ai diversi contesti politici, economici e sociali. Il secondo, si concentra su come la quantità e qualità della vita, e la possibilità di assistenza, siano variabili e non rispondano a logiche di uguaglianza. Vi sono infatti differenze cui non è possibile porre rimedio, ricordano Angelo Stefanini, Marco Albonico e Gavino Maciocco, perché determinate dalla genetica o da un'esposizione casuale ad agenti patogeni, o ancora dall'essere uomini o donne, giovani o vecchi.

Altre, invece, (la povertà, la guerra, la tortura, ricordate dal collega in apertura) sono evitabili, per cui è possibile e doveroso trovare un rimedio.

In quest'ambito, il medico di famiglia italiano non può non sentirsi chiamato in causa in prima persona. In quanto essere umano, perché ognuno, alla nascita, dovrebbe avere di fronte le medesime possibilità di vita e di morte (con le eccezioni di cui sopra); in quanto italiano, perché non si tratta solo di disuguaglianze oltre confine, dei paesi poveri; in quanto medico, per professione dedicato a curare e a dare qualità e quantità alla vita dei suoi assistiti. Infine, in quanto specificamente medico di famiglia: il primo professionista raggiungibile dal malato, la porta di accesso alle cure da garantire, senza differenze di reddito, istruzione e di popolazione d'appartenenza.

### LA STORIA

#### Il medico non sia solo spettatore

Ho da poco finito di leggere il secondo rapporto dell'Osservatorio italiano sulla salute globale *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute* e devo dire che mi sono sentito, in qualche modo, chiamato in causa. Non si discute sul fatto che la missione costitutiva del mestiere di medico sia dare un'assistenza della stessa qualità agli stessi bisogni, da chiunque siano espressi. Mi chiedo, allora, cosa potrei fare, in prima persona, per ottemperare a questo imperativo, concetto ideale peraltro espresso a chiare lettere nel 1990 dall'Organizzazione mondiale della sanità.

Mi pare di aver trovato una risposta in coda alle considerazioni che Gianni Tognoni, Marta Valerio e Marilena Romero fanno nella postfazione al Rapporto dell'osservatorio. Questi autori stigmatizzano come ormai la salute non rientri più nel novero dei diritti umani inalienabili e indiscutibili, bensì in quello dei capitoli di leggi finanziarie, alla cui contabilità essa si deve adattare e flettere. A questa declassazione da «diritto» a «opzione» contribuisce anche la negazione del rispetto della vita umana, reintrodotta in modo ufficiale dalla politica internazionale degli ultimi anni con l'uso della guerra e della tortura per dirimere le questioni di sicurezza interna.

La conclusione degli autori è che vi sia la necessità di far diventare l'evitabilità della disuguaglianza nella salute un progetto di ricerca. Concordo con loro che questa sia la strada da percorrere: dare visibilità alla mancanza di equità per provare a sconfiggerla.

## Paesi ricchi non immuni

Il rapporto si sofferma sulle disuguaglianze nella salute fra i paesi e all'interno di essi. Oltre al quadro globale, vi sono spunti ed esempi della realtà italiana, che il medico di famiglia verifica quotidianamente e nella quale può, con l'impostazione del suo lavoro, lasciare un segno.

I diversi sistemi sanitari nazionali giocano un ruolo importante nella distribuzione equa della salute e possono aumentare o contrastare i meccanismi alla base delle disuguaglianze. La povertà, uno dei determinanti primari da cui dipendono molte delle disuguaglianze nella salute, è tutt'altro che assente dai paesi ricchi: secondo uno studio UNICEF riportato da Adriano Cattaneo e Giorgio Tamburlini, in Italia la proporzione di bambini con meno di cinque anni sotto la soglia di povertà è addirittura aumentata di oltre il 2 per cento negli anni novanta, raggiungendo quasi il 17 per cento e la povertà potrebbe avere in futuro conseguenze sia sulla mortalità sia sulla diffusione di disabilità e malattie croniche (UNICEF 2005).

Il medico di famiglia può rappresentare un punto fermo, da cui partire per un lavoro di equiparazione del diritto alla salute: il suo ruolo è confermato dalla maggiore facilità di trovare disuguaglianze nell'ambito delle cure secondarie rispetto a quelle primarie (Gwatkin 2004).

## Non guardare solo alla media

Se ci si fermasse ai dati di assistenza e mortalità in Italia, emergerebbe un quadro positivo rispetto ad altre nazioni nel mondo. Considerare solo le medie a livello nazionale, senza soffermarsi sulle diverse fasce della popolazione, può dare false impressioni di benessere e miglioramento generale della salute, mentre gli strati più poveri rimangono tagliati fuori dall'accesso alle cure e alla prevenzione. Invece, invitano Cattaneo e Tamburlini, non ci si deve accontentare delle medie, ma usare «stratificatori di equità», per misurare le differenze nelle possibilità fra ricchi e poveri.

Per esempio, i dati di mortalità infantile in Italia, riportati da Maurizio Bonati e Rita Campi, sembrano latori di buone notizie: una discesa continua negli anni novanta, fino a raggiungere la media europea (4,5 per

1.000 nati vivi). Ma, scavando sotto la superficie, si sono mantenute differenze interregionali, con i due estremi di mortalità infantile in Emilia Romagna (3,6 per cento) e Calabria (6 per cento).

## Ricoveri e interventi pari non sono

Secondo uno studio, riportato da Marco Geddes da Filicaia, i poveri fanno capo più spesso alla medicina di famiglia, mentre il ricorso alle visite specialistiche è appannaggio più dei ricchi. Inoltre, in base a uno studio toscano, le persone meno abbienti hanno una maggiore frequenza di ricoveri in ospedale (Biggeri 2003). Tuttavia, le differenze di stato socioeconomico influenzano anche la corsia: sempre in Toscana, è stato visto come day hospital e day surgery fossero più frequenti in pazienti con livelli di istruzione universitari, mentre i ricoveri inappropriati erano più facilmente prescritti alla popolazione maschile con scolarità elementare.

Anche l'accesso a procedure efficaci appare minore nelle classi meno abbienti e meno istruite: è stato visto per gli interventi di protesi d'anca, dove accanto all'elemento povertà, gioca un ruolo al ribasso sul numero di prestazioni l'età del paziente e il genere femminile.

Discorso analogo può essere fatto per gli interventi di rivascolarizzazione cardiaca e per i trapianti di organo, ambito in cui, per esempio, la probabilità di ricevere un trapianto di rene è più che raddoppiata per le persone che hanno un livello di istruzione superiore.

Dove c'è un sistema sanitario che dovrebbe garantire in teoria le stesse possibilità di cura, indipendentemente dalle facoltà economiche, l'elemento istruzione pesa, infatti, molto, come è confermato, per esempio, dal ricorso all'isterectomia in condizioni di patologie benigne, che aumenta con il ridursi del titolo di studio (PMISG 2000).

Inoltre, può giocare a sfavore dell'uguaglianza dell'assistenza anche la localizzazione geografica della residenza: sono state viste, per i tumori, una maggiore prevalenza di casi con metastasi e una minore sopravvivenza in chi abita lontano dai centri clinici di riferimento.

### The doctor's constitutive mission

*Occhio Clinico* 2007; 4: 16

#### Key words

OISG; Healthcare

#### Summary

Health and healthcare, in Italy and all over the world. This is the subject of the 2006 report from the Italian Monitoring Centre on Global Health, which sheds light on some disturbing figures. Health is no longer considered an inalienable human right, but one of the many chapters in the financial laws of a state.

All over the world, discrimination and social inequality limit access to healthcare. Unfortunately, Italy is no exception: less well-off people with a lower level of education are more likely to be inappropriately admitted to hospital, have less access to specialist examinations and effective clinical procedures.

In this panorama of social inequality, the constitutive mission of the family doctor stands out: to guarantee the same quality of healthcare to anyone who needs it. The doctor, then, can be a solid basis from which to launch a process of levelling out inequalities, culminating in offering all patients the best options for prevention, diagnosis and treatment.



## 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. ■

## CLINICA

Secondo parere

# La deontologia medica punta sull'uguaglianza

**Gavino Maciocco**  
Osservatorio italiano  
sulla salute globale  
[www.saluteglobale.it](http://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.