

Affrontare le diseguaglianze di salute attraverso le cure primarie

Norbury M, Mercer S, Gillies J et al

Time to care: tackling health inequalities through primary care

Family Practice 2011; 28: 1-3

Le diseguaglianze di salute sono sistematiche, associate al contesto socioeconomico e inique: sistematiche perché possiamo trovarle in tutte le situazioni economiche, associate al contesto socioeconomico perché non è scritto da nessuna parte che persone più povere debbano trovarsi in condizioni di salute peggiori di quelle più ricche, e inique perché derivano da assetti socioeconomici ingiusti.

Sebbene negli ultimi 50 anni i miglioramenti dello stato di salute siano stati significativi, il progresso nelle fasce più svantaggiate della popolazione è stato molto più lento, di fatto portando ad un ampliamento del gap tra persone ricche e povere. Uno studio condotto recentemente in Inghilterra ha stimato costi aggiuntivi annui per il servizio sanitario inglese, derivanti dalle diseguaglianze nello stato di salute, superiori a 6 miliardi di euro.

In quest'ottica le cure primarie costituiscono uno dei principali strumenti per affrontare tali diseguaglianze: il rapporto 2008 dell'OMS (*Primary Health Care, Now More Than Ever*) ha chiaramente affermato che un ruolo forte delle cure primarie è significativamente associato con una distribuzione più equa di salute sia tra Paesi diversi sia all'interno di ogni Paese.

Sebbene il ruolo delle cure primarie in questo ambito sia assolutamente accettato e condiviso, nondimeno deve scontrarsi con la cosiddetta 'legge inversa dell'assistenza' (la sua definizione risale ad un lavoro di Tudor-Hart del 1971): la disponibilità di assistenza sanitaria qualitativamente elevata è correlata negativamente con il bisogno della popolazione. Nel caso specifico delle cure primarie, una distribuzione territoriale di medici di medicina generale che non tiene conto del bisogno della popolazione determina sia livelli di domanda elevati sia bisogni insoddisfatti. I residenti delle aree più bisognose infatti si trovano ad affrontare li-

velli di accesso ai servizi inferiori e di minor durata rispetto ai pazienti di aree economicamente più sviluppate, mentre i medici che operano nelle stesse aree devono sopportare livelli di stress maggiori rispetto a quelli dei loro colleghi che operano in zone non deprivate.

Il fatto che tutt'oggi i servizi sanitari siano spesso caratterizzati da una distribuzione delle risorse inversamente correlata al bisogno della popolazione non deve impedire ai responsabili di politica sanitaria di mettere in atto azioni sia di tipo economico sia organizzativo per ridurre tali iniquità distributive: anche se la capacità delle cure primarie di affrontare i problemi derivanti dalle condizioni socioeconomiche rischia di essere fortemente limitata dalla complessità dei problemi sanitari, le risorse per le cure primarie dovrebbero essere prioritariamente destinate ai soggetti che evidenziano maggiori svantaggi e maggiore attenzione dovrebbe essere rivolta ai singoli medici ed alle forme organizzative della medicina generale per migliorare le condizioni di salute dei soggetti più svantaggiati.

Da questo punto di vista è interessante riportare le conclusioni di un gruppo di lavoro organizzato e coordinato dall'Ordine dei Medici scozzese, che ha stabilito che l'unico modo per migliorare le condizioni di salute nelle aree più sfavorite è un aumento significativo del volume e della qualità dell'assistenza erogata. Poiché tuttavia i medici che operano in queste aree non hanno spesso il tempo per affrontare adeguatamente il carico complesso di malattia e la complessità sociale dei pazienti, il gruppo di lavoro ha offerto alcuni interessanti spunti:

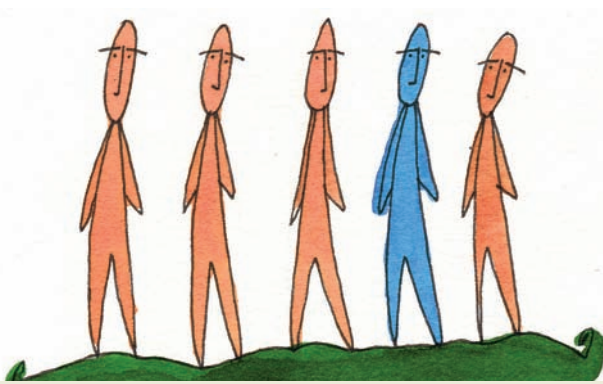
- disponibilità di tempo aggiuntivo per le visite dei pazienti in condizioni di maggior disagio;
- erogazione di assistenza attraverso team multiprofessionali fortemente integrati tra loro;
- integrazione tra medici di medicina generale e servizi sociali;
- riconoscimento dell'importanza dell'erogazione di attività aggiuntive unita a maggiori disponibilità di risorse.

Il percorso verso la riduzione delle diseguaglianze deve da un lato fare affidamento sulla presenza di organizzazioni di medici fortemente integrate, multidisciplinari, pronte ad uno

scambio sistematico di informazioni, conoscenze ed evidenze, mentre dall'altro i responsabili della politica sanitaria devono finalmente accettare e comprendere che la vita dei poveri ha lo stesso valore di quella delle persone più benestanti e soprattutto devono avere il coraggio di assegnare maggiori risorse alle zone che più ne hanno bisogno.

Andrea Donatini

Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale,
Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari
Assessorato Politiche per la Salute
Regione Emilia-Romagna



Il fumo passivo nel mondo

Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A et al

Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries

Lancet 2011; 377: 139-146

Nel mondo il 40% dei bambini e il 33% e 35% degli uomini e delle donne non fumatori è stato esposto al fumo passivo nel 2004; nello stesso anno l'1% circa della mortalità mondiale (603.000 morti) è attribuibile al fumo respirato involontariamente. Il fumo rimane uno dei principali inquinanti *indoor* in tutto il mondo. Questi dati, presentati da un gruppo di ricercatori internazionali sostenuto da fondi svedesi, sono stati calcolati con il metodo del *risk assessment* comparativo. Le stime per l'esposizione dei bambini al fumo passivo provengono dalla Global Youth Tobacco Survey (GYTS), un'indagine realizzata nelle scuole sui ragazzi

Patologie cardiovascolari in continuo aumento

Heidenreich PA, Trogon JG, Khavjou OA et al

Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States. A policy statement from the American Heart Association

Circulation 2011; 123: 933-944

Le malattie cardiovascolari rappresentano oggi nel mondo occidentale una delle principali cause di morbilità e mortalità nella popolazione generale. Il costo per la cura di queste patologie rappresenta quindi una parte fondamentale ed elevata della spesa dei nostri servizi di medicina pubblica e privata. Si ritiene che negli Stati Uniti le malattie cardiovascolari siano la causa principale di morte, con una spesa pari al 17% di quella della sanità totale. L'incremento di queste patologie si spiega con l'aumento dell'età media generale, il diffondersi di stili di vita non salutari, le migliorate potenzialità diagnostiche.

Accurati studi prospettici stimano che nei prossimi 20 anni negli Stati Uniti oltre il 40% della popolazione generale sarà affetto da

qualche patologia cardio o cerebrovascolare come l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia ischemica, l'insufficienza cardiaca, l'ictus o altro.

Questo incremento, stimato del 9,9% considerando la globalità delle patologie cardiache (con picchi per insufficienza cardiaca ed ictus che arriveranno però al 25%), sarà responsabile di un aumento significativo della spesa sanitaria, che potrebbe passare negli Stati Uniti dai 273 miliardi di dollari del 2010 ai circa 818 miliardi di dollari del 2030, con una perdita di produttività di circa 275 miliardi di dollari.

È necessaria quindi una valutazione attenta dei settori in cui sono fondamentali interventi significativi per fronteggiare la situazione. Fondamentale è una corretta prevenzione dei fattori di rischio cardiovascolare attraverso una politica di educazione sanitaria della popolazione, un riconoscimento precoce dei sintomi, una fase diagnostica il più possibile rapida ed accurata, e una gestione aggressiva della patologia. È chiaro che questi interventi comportano costi sanitari anche elevati ma, considerate le drammatiche proiezioni future, una gestione corretta delle risorse economiche attuali potrebbe portare ad una limitazione di un così marcato incremento dell'incidenza delle malattie cardiovascolari e ad un significativo risparmio della spesa sanitaria in tempi anche lunghi. ■ CA