

Il dibattito sulla definizione dell'equità in Sanità è ritornato di attualità, ma rischia di essere limitato agli addetti ai lavori e di non avere le necessarie ricadute in termini politici e gestionali¹.

Le varie definizioni di equità possono essere così sintetizzate²:

Equità: uguale salute

Si tratta di una definizione vicina agli obiettivi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Equità: uguale accesso ai servizi sanitari

Si intende la possibilità di accedere nella stessa misura alle prestazioni sanitarie.

Equità: uguale utilizzazione dei servizi sanitari

Il concetto di utilizzazione tiene conto della reale accessibilità dei servizi, considerando i diversi fattori che la condizionano.

Equità: uguale accesso a parità di bisogni

In questo caso si tiene conto che, in presenza di limitate risorse, l'accesso deve essere maggiore per chi ha più bisogno.

Equità: uguale utilizzazione a parità di bisogni

Tiene conto dei diversi fattori che condizionano l'accessibilità anche quando quest'ultima è modulata sui bisogni.

Queste definizioni, tuttavia, non sono neutre o tecniche, ma spingono ad una serie di riflessioni. In primo luogo, ricondurre l'esistenza di una patologia alla presenza di un microrganismo, di un'alterazione metabolica o del DNA, senza considerare il contesto socioeconomico in cui si manifesta, è una semplificazione eccessiva che nasconde la presenza di altri determinanti nello sviluppo della malattia. Riconoscere e dimostrare l'intervento dei fattori socioeconomici nello sviluppo delle patologie e nell'inequale distribuzione delle malattie e della domanda di servizi, è stato un contributo importante³ alla storia della Medicina, che ha determinato lo sviluppo e le caratteristiche dei sistemi sanitari europei. La necessità di rivedere l'assetto e gli obiettivi del welfare è stata una

delle ragioni che ha portato alla ripresa del dibattito sull'equità in Sanità⁴.

Lo studio dell'associazione tra stato di salute e livello socioeconomico pone alcuni problemi a livello metodologico⁵ relativi:

- agli indicatori utilizzati per definire le condizioni socioeconomiche;
- alla scarsa disponibilità di dati individuali;
- al disegno dello studio.

Gli indicatori più utilizzati sono il reddito, la scolarità, la professione, ma in studi specifici si fa riferimento anche ad altre situazioni che possono dare un'idea del reddito: proprietà dell'autovettura, della televisione, uso del telefono, l'abitare in un appartamento in affitto o di proprietà.

Studi inglesi ormai classici⁶ hanno dimostrato che la natimortalità varia secondo la classe sociale di appartenenza dei genitori: è circa il doppio nella classe sociale più bassa rispetto alla più alta. Recenti studi effettuati nei Paesi scandinavi hanno dimostrato come il riferire malattie croniche invalidanti fosse correlato con il variare delle condizioni sociali individuate attraverso il livello di scolarità⁷. È stata anche considerata l'ipotesi che sia lo stato di salute a condizionare la mobilità sociale degli individui. L'effetto diretto sembra modesto, mentre sembra più probabile una selezione indiretta collegata all'accumularsi di vantaggi e svantaggi⁸.

In Italia, uno studio longitudinale torinese ha mostrato che la mortalità maschile in età precoce (15-54 anni), espressa come tasso standardizzato di mortalità, è di circa la metà nelle persone con formazione universitaria rispetto agli analfabeti⁹.

Altri autori¹⁰, utilizzando diversi sistemi di misura, hanno evidenziato come in Italia le persone di livello socioeconomico più basso (identificate per il livello di scolarità, professione, o per regione di appartenenza) abbiano una condizione peggiore di salute¹¹.

Un'ulteriore riflessione è che affermare un'uguaglianza di accesso a determinate prestazioni (siano esse definite come livelli uniformi di assistenza) non significa di per sé

che vi sia una eguale utilizzazione dei servizi. Diversi fattori e caratteristiche individuali (quali, ad esempio, la classe sociale, il sesso, la razza) condizionano l'utilizzazione dei servizi sanitari.

In Italia l'uso di questi servizi è influenzato dalle caratteristiche anagrafiche, dalla situazione territoriale e dalle disuguaglianze sociali, venendo a realizzarsi processi di "redistribuzione negativa":

- chi risiede nelle aree metropolitane del centro nord, appartiene ad un elevato status socioculturale e possiede ampie risorse materiali ha un accesso maggiore a servizi sanitari specializzati;
- chi è anziano, vive in zone periferiche, possiede uno status sociale e culturale basso, utilizza in modo limitato e aspecifico i servizi di welfare; l'accesso al servizio sanitario si limita quasi esclusivamente al primo livello o in occasione di situazioni di emergenza o di condizioni compromesse di salute¹¹.

È utile, infine, riflettere sul rapporto tra prestazioni offerte alla popolazione e bisogni dei singoli individui. Si può pertanto distinguere tra un'equità orizzontale, che prevede un uguale trattamento in presenza di un uguale bisogno, ed un'equità verticale, che prevede invece un trattamento ineguale in presenza di bisogni differenti. Questa riflessione mette in luce la necessità di un'attenta capacità di lettura dei bisogni anche a livello della gestione operativa dei servizi. L'equità, oltre ad essere un riflesso delle caratteristiche individuali dei cittadini e un obiettivo del sistema sanitario, diventa un criterio operativo delle organizzazioni (si pensi, ad esempio, alla gestione delle liste di attesa). Promuovere l'equità in campo sanitario¹² è quindi un obiettivo che coinvolge anche i singoli operatori nella gestione delle proprie attività e nella partecipazione alla vita della propria organizzazione. A questo proposito sembra importante richiamare l'attenzione del lettore su un'altra definizione strettamente connessa con l'equità: quella di qualità di una struttura sanitaria intesa come "completa risposta ai bisogni di coloro che hanno necessità maggiore del servizio, al prezzo più basso per l'organizzazione, nei limiti stabiliti dal livello gerarchico più alto e da parte degli acquirenti"¹³.

Michele Lojudice

1. In queste pagine ci si limiterà a considerare i rapporti tra equità, stato di salute e accesso ai servizi, non considerando altri pur importanti aspetti del tema, quali i meccanismi di finanziamento dei sistemi sanitari.
2. Green A, *An introduction to health planning in developing countries*, Oxford University Press, New York 1992. Si tratta di un testo pensato per i paesi in via di sviluppo, ma la cui chiarezza e completezza ne suggeriscono una lettura anche a chi vive e lavora nei paesi industrializzati.
3. Si consiglia la lettura di un testo storico: McKeown T., *The role of Medicine. Dream Mirage or Nemesis*, Basil Blackwell, Oxford 1979. Tradotto in Italia da Sellerio.
4. Sulla revisione del welfare si veda: La Rosa M., Benedetti L., Franzoni F., Grazioli P. *Solidarietà, equità e qualità. In difesa di un nuovo welfare in Italia* (Franco Angeli, Milano 1995), che contiene anche la traduzione dello scritto di sir William Beveridge, *Social Insurance and Allied Services*. Il problema dell'universalismo nel sistema sanitario italiano viene approfondito da S. Zamagni, *Sui presupposti economici e politici filosofici di un nuovo universalismo sanitario*, in *Lo stato sociale in Italia*, a cura di P. Donati, Mondadori, Milano 1999.
5. Buiatti E, Geddes M., *Classi sociali e salute*, Cuamm Notizie 1991; 1: 23-29
6. Townsend P., Davindon N., *Inequalities in health (The Black report)*, Penguin Books, London 1982.
7. Lahelma E, Manderbacka K, Rahkonen O, Karisto A., *Comparisons of inequalities in health: evidence from national surveys in Finland, Norway and Sweden*, *Social Science and Medicine* 1994; 38: 517-524.
8. Sull'influenza della salute dell'individuo sulla sua mobilità sociale si veda: Blane D, Davey Smith G and Mel Bartley, *Social selection: what does it contribute to social class differences in health?* *Sociology of Health & Illness* 1993; 15: 1-15
9. Costa G. et al, *Le differenze sociali nella mortalità in Italia*, in *L'equità nella salute in Italia* a cura di G. Costa, F. Faggiano (Franco Angeli, Milano 1994). In questo importante volume sono presenti studi sulle ineguaglianze sociali nella salute in diversi paesi europei, sulle differenze sociali nell'incidenza dei tumori a Torino, sulla distribuzione sociale dei fattori di rischio, con lavori sulle spiegazioni e possibili politiche di intervento.
10. Piperno A., Di Orio F., *Social differences in health and utilization of health services in Italy*, *Social Science and Medicine* 1990; 31: 305-312.
11. Ranci C., *Disuguaglianze sociali e uso dei servizi in Italia*, *Prospettive Sociali e Sanitarie* 1991; 6: 2-6.
12. Per le politiche e le strategie per raggiungere e promuovere l'equità nei vari aspetti (disoccupati, condizioni di vita insalubri, etc.) si veda: Dahlgren G, Whitehead M., *Policies and strategies to promote equity in health*, WHO Regional Office for Europe 1992.
13. "Fully meeting the needs of those who need the service most, at the lowest cost to the organization, within the limits and directives set by higher authorities and purchasers" da Ovretvet J., *Health Service Quality*, Blackwell, Oxford 1992 (disponibile anche una traduzione italiana pubblicata nel 1996 da Edises).