

dovrebbe quindi esistere un sistema in grado di monitorare le prescrizioni e l'efficacia degli interventi proposti.

Infine, una componente chiave nella gestione del rischio associato alla multiprescrizione è quella di assicurarsi che il paziente sia completamente coinvolto nel momento in cui comincia la somministrazione di un farmaco e nella successiva aderenza alla terapia. Questo implica la valutazione con il paziente dei rischi e dei benefici dei trattamenti, l'importanza di riportare subito al medico tutti i possibili eventi avversi e di rivedere in maniera regolare la terapia in termini di tempi e dosi di somministrazione (si parla sempre più spesso di terapie personalizzate).



CONCLUSIONI

La multiprescrizione, comunque venga definita, rappresenta un fenomeno in aumento negli ultimi decenni e continuerà ad aumentare a causa dell'invecchiamento della popolazione così come è in crescita il numero di persone con coesistenti condizioni cliniche di lungo-termine. Per gli individui ad alto rischio devono quindi essere previste misure in grado di promuovere il monitoraggio continuo dei pazienti e in questo tutti gli operatori (medici e non medici) possono giocare un ruolo cruciale nel massimizzare l'efficacia della terapia farmacologica. I clinici devono assicurare un pieno coinvolgimento dei pazienti relativamente ai loro problemi di salute, fornendo una terapia personalizzata, che può essere rivista e adattata a condizioni emergenti e garantendo l'accesso online alla propria scheda clinica per renderlo partecipe di tutte le decisioni che vengono adottate. In ultimo, future ricerche devono essere condotte in questo campo poiché l'evidenza è purtroppo scarsa e, laddove presente, non fornisce risultati sempre coerenti.

Letizia Orzella

*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas*

Strategie per ridurre le disuguaglianze di salute: un'indagine europea

Barsanti S, Salmi LR, Bourgueil JS et al
Strategies and governance to reduce health inequalities: evidences from a cross-European survey
Global Health Research and Policy 2017; 2: 18

INTRODUZIONE

Il concetto di equità in sanità può essere definito come un insieme di azioni volte ad eliminare le differenze – ingiuste ed evitabili – in termini di salute all'interno di gruppi di popolazione. In questo senso, le disuguaglianze di salute sono definite come differenze sistematiche nell'assistenza sanitaria che possono essere evitate con l'implementazione di politiche appropriate.

I punti cardine, quando si parla di disuguaglianze nel sistema sanitario, sono:

- a. un uguale accesso ai servizi per coloro che si trovano nella stessa condizione;
- b. uno stesso utilizzo dei servizi per coloro che hanno i medesimi bisogni;
- c. uguali (o perlomeno equi) esiti di salute.

I primi due punti sono legati al concetto di equità nell'assistenza, il terzo a quello di equità in relazione alla salute nel suo complesso. L'equità, in ogni caso, richiede che casi simili vengano trattati nello stesso modo. Molti ricercatori, che hanno condotto studi in questo campo, hanno evidenziato che molto spesso le politiche volte a ridurre le ineguaglianze sono rimaste solo delle 'buone intenzioni' e non sono mai state trasferite nella pratica vera e propria. L'indagine svolta da Barsanti e collaboratori indaga lo stato dell'arte in Europa per ridurre le disuguaglianze, partendo dai risultati di un progetto (*Addressing Inequalities in Regions - AIR*) per cercare di definire un set di variabili in grado di verificare cosa è stato fatto e cosa c'è ancora da fare, tramite un'indagine ad hoc.

METODI

È stata condotta un'indagine qualitativa online che consiste in 30 domande strutturate, il 95% delle quali presenta risposte chiuse, e il rimanente 5% risposte aperte. Il questionario indaga

alcune dimensioni (impegno politico e responsabilità nel ridurre le disuguaglianze, dati e strumenti a livello locale/nazionale in grado di misurare le iniquità, interconnessioni fra strategie locali e livello nazionale nonché con altri settori diversi dalla salute, risorse dedicate, valutazioni di impatto) articolate in un set di domande con un punteggio da 1 (situazione critica) a 4 (situazione ottimale). Il questionario è stato sottoposto online nel periodo novembre 2010-aprile 2011. Sono stati inviati 47 questionari, ma solo 21 regioni – appartenenti a 13 Paesi – hanno risposto con completezza alle domande così da essere inclusi nell'analisi, con una copertura del 67%.

RISULTATI

Anche se un tema così rilevante come quello delle disuguaglianze sembra sia una delle priorità dei governi, al momento non esistono sistemi di valutazione dell'impatto di politiche volte a ridurre le disuguaglianze stesse. Considerando i determinanti sociali della salute, le strategie regionali implementate si sono rivolte principalmente (20 su 28 regioni) a caratteristiche demografiche della popolazione (anziani, gruppi fragili, migranti, minoranze etniche) più che a condizioni socioeconomiche (stile di vita, lavoro, istruzione) (8 su 28).

L'impegno politico è tendenzialmente elevato (punteggio: 2,9 su 4): 9 regioni affermano di avere specifiche strategie per le disuguaglianze, 13 dichiarano di riconoscerne la rilevanza del problema a livello nazionale, anche se 3 ammettono di non avere strategie in tal senso. Solo 3 regioni sostengono di non conoscere il problema. La misurazione e il sistema di valutazione delle disuguaglianze mettono in evidenza una carenza nella disponibilità dei dati, soprattutto per quanto concerne le condizioni socioeconomiche. Le regioni partecipanti, in genere, dichiarano di avere un meccanismo di valutazione (punteggio: 3 su 4). Tuttavia, in termini di impatto, il punteggio è basso (2,4 su 4); solo 3 regioni dichiarano di avere un sistema strutturato di valutazione, mentre ben 12 regioni affermano di non avere alcun sistema di valutazione. Con riferimento alle strategie applicate a livello regionale e alla loro integrazione con quello centrale, si evidenzia una relazione scarsa (punteggio 2,2 su 4). Le attività sono rivolte prevalentemente all'assistenza primaria e ai servizi sociali e di



comunità (50%), agli ospedali e ai dipartimenti di emergenza (32%) e al servizio sanitario in genere (18%). La prevenzione e la promozione della salute rimangono i punti cruciali per attuare la riduzione delle iniquità (11 regioni su 28), seguite dall'organizzazione dei servizi sanitari (6 regioni), finanziamenti (5 regioni) e accesso alle cure (5 regioni). Per quanto concerne il personale dedicato, il punteggio è molto basso (1,8 su 4) e si tratta in genere di manager sanitari (11 casi), medici (8 casi), decisori (6 casi), ricercatori (6 casi) e, solo in due casi, di medici di famiglia.

DISCUSSIONE

I profili descrittivi dei Paesi oggetto dell'indagine indicano che vi è una consapevolezza crescente (sia a livello regionale che nazionale) sul tema delle disuguaglianze anche se ogni governo ha in realtà metodi, strumenti e approcci molto diversi. Nonostante le priorità siano chiare, non sempre vengono tradotte in progetti specifici. Il fattore cruciale è relativo soprattutto all'implementazione nella pratica di questi progetti. La ricerca mette quindi in evidenza tre punti fondamentali:

1. permane ancora una variabilità legata al sistema di *governance* per le strategie legate alla riduzione delle disuguaglianze;
2. si riscontra un'effettiva difficoltà nell'identificare gli interventi mirati che possono contenere il fenomeno;
3. si evidenzia la mancanza di una visione integrata fra i livelli regionali e nazionali nello stabilire le strategie e nel conseguire i risultati.

Riconoscere un problema, quindi, non è condizione sufficiente alla sua risoluzione e un buon sistema di *governance* integrata fra il livello locale e nazionale è oramai un imperativo che non può essere ulteriormente rimandato.

Letizia Orzella

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Agenas