

Accesso ai servizi di assistenza primaria in dieci paesi OCSE

Dahrouge S, Hogg W, Muggah E et al
Equity of primary care service delivery for low income
“sicker” adults across 10 OECD countries
 Int J Equity Health 2018; 17: 182

INTRODUZIONE

Nonostante i significativi investimenti a sostegno delle cure primarie a livello internazionale, in molti paesi ad alto reddito sono presenti disuguaglianze nell'accesso a un'assistenza sanitaria di qualità. Il gruppo di ricerca canadese, guidato da Dahrouge, ha condotto uno studio finalizzato a determinare se in questi paesi i gruppi a basso e medio reddito abbiano una maggiore probabilità di accedere a cure primarie di scarsa qualità rispetto a coloro che hanno redditi più alti, anche in presenza di sistemi sanitari di tipo universalistico. Molte ricerche hanno infatti dimostrato che i sistemi sanitari in cui l'assistenza primaria è meglio organizzata presentano risultati di salute migliori e più equità nell'accesso ai servizi sanitari. I ricercatori hanno analizzato i dati di un'indagine già svolta nel 2011 dal Commonwealth Fund su pazienti di alcuni paesi OCSE con l'obiettivo di capire se esistessero differenze nella loro esperienza assistenziale e se queste dipendessero anche dal loro status socioeconomico.

Gli autori, a questo scopo, si sono focalizzati in particolare su alcune dimensioni dell'assistenza primaria: accesso alle cure, coordinamento, assistenza centrata sulle esigenze del paziente, qualità tecnica. L'analisi svolta ha esaminato la relazione tra il livello di reddito e l'esperienza che si ha delle cure primarie, valutando se vi sia correlazione tra una maggiore equità di accesso alle cure e prestazioni migliori in assistenza primaria nei vari paesi di cui l'indagine ha raccolto i dati.

METODI

La rilevazione è stata effettuata tramite interviste telefoniche su un campione di famiglie selezionate casualmente in Australia, Canada, Francia, Germania, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Norvegia, Svezia, Regno Unito e Stati Uniti. Il numero totale di partecipanti variava dai 750 della Nuova Zelanda ai 4804 della Svezia. Per ogni famiglia individuata è stato intervistato un solo soggetto scelto tra i componenti con più di 18 anni di età in base al compleanno più recente. Oltre alle domande del questionario, è stata raccolta per ogni rispondente una serie di dati socio-anagrafici e relativi alla salute: età, genere, condizione di immigrato, livello di istruzione, reddito familiare, salute percepita. I soggetti che avevano dichiarato un reddito familiare tra i più bassi sono stati raggruppati come 'a basso reddito' e coloro che invece avevano dichiarato redditi compresi nelle due fasce più alte sono stati categorizzati come ad 'alto reddito'. Tutti gli altri sono stati raggruppati in una fascia a 'reddito intermedio'. Gli autori hanno poi identificato tutte le domande relative alle prestazioni di assistenza primaria e le hanno ricondotte ad alcune dimensioni concettuali più ampie, quali l'accesso alle cure, il coordinamento, le cure centrate sul paziente, la qualità tecnica delle cure.

RISULTATI

Su 17.167 rispondenti, 14.262 (83,1%) hanno fornito informazioni sul proprio reddito. Complessivamente, il 24,7% è stato classificato come a basso reddito e il 13,9% è rientrato nella categoria a reddito elevato; il resto della popolazione è rientrato nella categoria del reddito medio. In generale gli individui con un reddito più basso avevano famiglie con un numero di componenti più basso, erano più vecchi, avevano un minore livello di scolarizzazione, riferivano una salute percepita peggiore, ed erano più frequentemente di sesso femminile. La variabilità da paese a paese è risultata però ampia. Gli Stati Uniti hanno evidenziato il divario più ampio tra le classi di reddito: il 50,4% dei soggetti ricade entro i due gruppi estremi (reddito basso e reddito alto), mentre il Regno Unito è risultato il paese con il divario meno ampio (15,6%). Sempre negli Stati Uniti si è evidenziato il divario più ampio tra i due gruppi di reddito più alto e più basso per l'accesso all'assistenza primaria, cosa non sorprendente dato l'orientamento del sistema sanitario statunitense verso la medicina specializzata, le assicurazioni private e l'ampio numero di cittadini non assicurati. In Norvegia, dove invece il sistema sanitario è di tipo universalistico, sebbene i rispondenti siano stati solo 671 rispetto agli altri paesi, gli autori hanno osservato alcune disuguaglianze di accesso in tre delle quattro dimensioni in cui si articola l'assistenza primaria. Le probabilità di avere problematiche di accesso alle cure primarie sono risultate più alte per i redditi medio-bassi in Canada, Nuova Zelanda e Stati Uniti. Risultati analoghi rispetto alla dimensione del coordinamento si sono avuti in Svezia e Norvegia. La probabilità di ottenere un'assistenza di scarsa qualità è risultata più alta per i redditi bassi nei Paesi Bassi, in Norvegia e negli Stati Uniti. Gli autori riportano poi i risultati più dettagliati per ogni singola dimensione dell'assistenza primaria. Per quanto riguarda la dimensione dell'accesso, in quasi tutti i paesi l'associazione con il reddito è risultata a favore dei redditi più elevati. Per la qualità tecnica degli interventi sanitari gli autori non hanno trovato una correlazione e in alcuni paesi gli individui appartenenti alle categorie a più basso reddito hanno riferito di avere ricevuto un'assistenza migliore degli individui a reddito più alto.

CONCLUSIONI

I dati e le analisi svolte dai ricercatori canadesi permettono una migliore comprensione della relazione tra reddito e prestazioni di assistenza primaria. In almeno una delle dimensioni in cui si articola tale assistenza esiste, nei paesi OCSE analizzati, una disuguaglianza legata al reddito, così come nella qualità dell'assistenza primaria per i gruppi di reddito bassi e medi in tutti i paesi analizzati, inclusi quelli che hanno sistemi di tipo universalistico. L'assistenza primaria, sottolineano gli autori, è essenziale per ridurre le disuguaglianze di salute tra i soggetti appartenenti a fasce di reddito diverse ed è quindi essenziale che i decisori cerchino di capire come renderla più equa, poiché costituisce la porta di accesso alla salute e uno dei principali driver di equità in un sistema sanitario.

Alessandra Lo Scalzo

Area Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo

Agenas, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali