

ABSTRACT

EQUITA' ED UGUAGLIANZA IN SALUTE

Prof. Franco Mantero
Studio Senior dello Studium Patavinum
Università di Padova

1.1 Equità ed uguaglianza in salute

Gli stati membri della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno adottato una politica sanitaria comune definita in ventuno punti. Uno dei principi approvati dichiara:

Entro l'anno 2000 la differenza di salute fra gruppi socioeconomici all'interno dei singoli Paesi dovrebbe essere ridotta di almeno un quarto in tutti gli stati membri, innalzando sostanzialmente il livello di salute dei gruppi svantaggiati"

Per equità in salute si intende l'assenza di differenze evitabili ed ingiuste in salute associate in modo sistematico alla posizione socioeconomica occupata all'interno di una società. Questo significa che risorse disponibili e processi decisionali in campo sanitario dovrebbero essere organizzati in modo da rendere quanto più possibile simili gli *outcomes di salute* delle persone: idealmente gli individui di una comunità dovrebbero avere tutte le stesse opportunità di essere sani.

Si tratta di una condizione non completamente realizzabile. Esistono infatti differenze in salute inevitabili in quanto determinate da fattori biologici (ad esempio il proprio patrimonio genetico) o dalla volontà individuale (stili di vita); è dunque necessario distinguere fra uguaglianza ed equità.

Per *uguaglianza* si intende l'assenza di differenze in termini assoluti, senza alcuna implicazione di giudizio. In salute non tutte le disuguaglianze sono ingiuste o inevitabili; ad esempio ci si aspetta che la popolazione più giovane sia più sana di quella anziana o che gli uomini adulti siano maggiormente colpiti da vasculopatie rispetto alle donne della stessa età.

L'*equità* implica la distinzione fra diversità giuste ed ingiuste secondo giudizi di valore condivisi da una determinata comunità in un preciso periodo storico; una differente copertura vaccinale fra maschi e femmine in età scolare all'interno di una comunità rappresenta una situazione ingiusta. Si consideri un altro esempio: due persone apparentemente sane con caratteristiche socioeconomiche simili presentano stili di vita opposti. Il fatto che si ammalinino in maniera differente non implica di per se iniquità, in quanto va valutata la conoscenza dei rischi connessi alle proprie abitudini: se questa è la stessa in entrambi non si può parlare di iniquità in quanto il soggetto svantaggiato dal punto

di vista della salute lo è per propria scelta consapevole. Se però alla base della differenza di comportamento vi fosse una diversa consapevolezza del pericolo in termini di salute ci si troverebbe di fronte ad una situazione iniqua.

La difficoltà sta proprio nel distinguere le differenze in salute inevitabili da quelle che non lo sono. È importante considerare la volontarietà nella scelta di un individuo, ovvero se questo si venga a trovare deliberatamente nella condizione che facilita la comparsa della malattia o se invece tale situazione sfugga al suo controllo. Ad esempio i gruppi sociali più poveri di una comunità vivono, non per loro scelta, in ambienti spesso malsani e affollati, accettano lavori poco sicuri e affrontano situazioni particolarmente insalubri: in caso di malattia si può parlare di situazione iniqua. Al contrario, il fatto che chi pratica sport invernali incorra più frequentemente in incidenti ortopedici non suscita lo stesso senso di ingiustizia, dal momento che la causa è vista come un'attività scelta volontariamente da chi ne accetta i rischi. Allo stesso modo, se una parte della popolazione sceglie di non usufruire di un particolare servizio di assistenza sanitaria, ad esempio per motivi religiosi, in caso si verificassero episodi in eccesso di malattia in quel gruppo, non verrebbero classificati come ingiusti.

Sulla base di queste considerazioni è possibile esprimere una definizione operativa seppur ideale:

"si ha equità in salute quando tutti hanno una giusta opportunità di sviluppare il loro pieno potenziale di salute: è necessario fare in modo che nessuna persona si trovi svantaggiata nella possibilità di raggiungere questo stato"

Ne deriva che l'obiettivo di una politica sanitaria equa non è quello di eliminare le disuguaglianze in generale affinché tutti godano dello stesso livello e della stessa qualità di salute; è necessario concentrarsi sulle differenze che scaturiscono da fattori considerabili inopportuni.

1.2 L'Epidemiologia Sociale

Per comprendere meglio l'importanza dell'equità in salute è fondamentale considerare le differenze in sanità *"ingiuste ed evitabili"* oggi ancora presenti in Europa. Queste si notano non solo considerando nazioni diverse ma anche, all'interno di una stessa popolazione, confrontando gruppi sociali o aree geografiche distinte; è risaputo che i gruppi svantaggiati presentano una minore sopravvivenza in generale e che, solitamente, coloro

che hanno più bisogno di assistenza sanitaria hanno purtroppo il più delle volte minori probabilità di ricevere un servizio qualitativamente valido.

La scienza che si occupa della relazione fra condizione sociale e stato di salute è l'*epidemiologia sociale*. Essa si propone di confrontare parametri sanitari fra nazioni ma anche fra individui all'interno di una stessa società.

1.3 Le differenze in salute fra nazioni

In generale quanto più ricca è una nazione tanto maggiore è la possibilità per i suoi abitanti di vivere una vita lunga e qualitativamente buona, parametro espresso dal **DALE** (*Disability Adjusted Live Expectacy*). Questo rappresenta la speranza di vita alla nascita aggiustata per disabilità, ovvero ottenuta considerando gli anni trascorsi in condizioni qualitativamente compromesse a causa di uno stato di malattia grave: si tratta di *anni di vita sana*.

La Figura 1 mette in relazione reddito pro capite in dollari e speranza di vita in termini qualitativi di diversi paesi. Al di sopra dei 10.000 US\$ non si notano, per variazione di reddito, grosse differenze in termini di anni di vita sana: gli Stati Uniti presentano un reddito pro capite annuale doppio rispetto a quello della Spagna tuttavia questo non si traduce in un migliore stato di salute. Allo stesso modo vi sono paesi con redditi bassi che presentano livelli di salute anche molto differenti fra loro: intorno ai 500 US\$ si trovano nazioni con Dale di 40 anni (Camerun, Guinea) ma anche di oltre 60 (Armenia, Georgia). Alcuni paesi, infatti, sono riusciti ad assicurare alla propria popolazione condizioni sanitarie relativamente buone rispetto alle risorse a disposizione grazie a particolari politiche, ad esempio adottando un sistema sanitario universalista o appoggiando l'istruzione femminile.

Un aspetto rilevante è rappresentato dalle differenze presenti all'interno di un paese fra popolazione ricca e povera. E' infatti dimostrato che più grande è tale diversità minore è la speranza di vita alla nascita in quanto vengono a mancare alcuni presupposti fondamentali tra i quali il più importante appare il senso di comunità. È il caso delle repubbliche della ex Unione Sovietica per le quali la speranza di vita alla nascita è precipitata in poco più di venti anni da 70-75 a 50-55 anni. La Tabella 1 evidenzia la relazione fra reddito pro capite e Dale in alcune Nazioni.

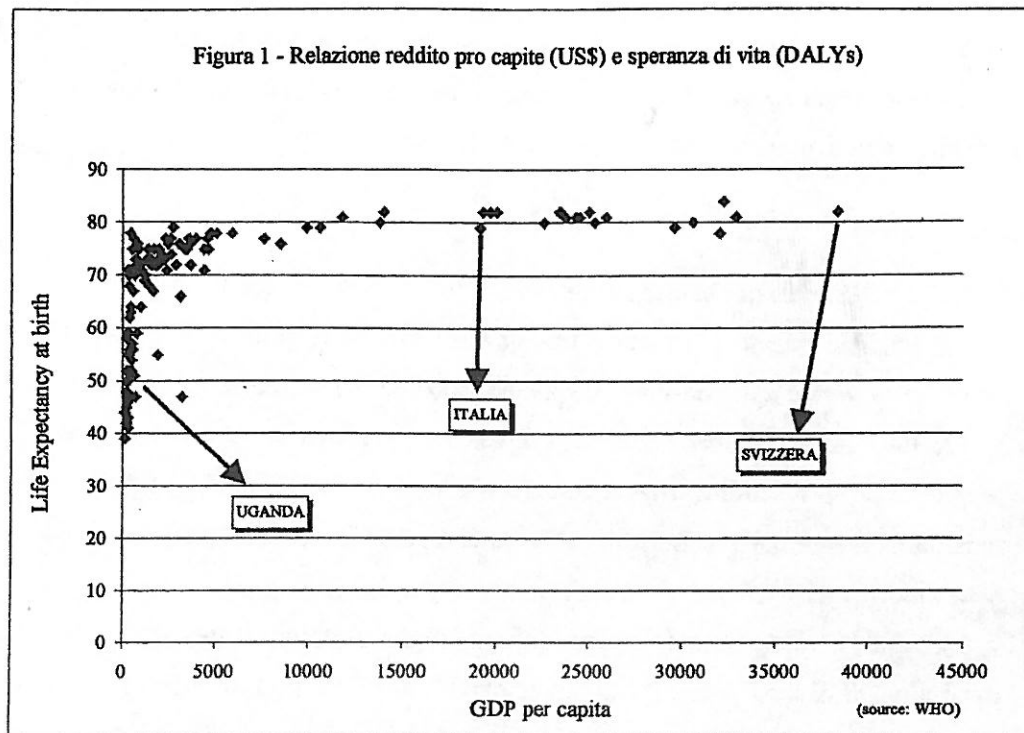


Tabella 1 - Relazione reddito pro capite e speranza di vita per Paese

Nazione	Reddito pro capite	DALE (anni)
Uganda	320	33
Camerun	580	42
Georgia	620	66
Spagna	14.000	73
Italia	19.710	73
Usa	30.600	70
Svizzera	38.350	72

1.4 Le differenze in salute fra individui all'interno di una nazione

L'epidemiologia sociale analizza anche le differenze in termini di salute fra individui che fanno parte di gruppi socioeconomici diversi all'interno di una stessa società.

Verso la fine degli anni '80 in Gran Bretagna viene pubblicato uno studio che mette in evidenza come esistessero già all'inizio del Novecento diversità in termini di *salute* fra diverse categorie occupazionali. In particolare si nota come le differenze di mortalità non sono correlate solo ai redditi individuali ma anche ad altri fattori sociali come ad esempio il livello di istruzione della popolazione. Negli anni successivi in Europa molti Autori evidenziano le diversità in salute esistenti in base a fattori diversi dal reddito. Nel Regno Unito un bambino nato da genitori liberi professionisti ha una speranza di vita di oltre cinque anni superiore rispetto a quella di un bambino nato da operai non specializzati

In Francia la speranza di vita di un professore universitario trentacinquenne è superiore di nove anni di quella di un operaio non specializzato coetaneo. In Spagna nelle famiglie di lavoratori agricoli muoiono il doppio dei neonati che muoiono nelle famiglie di liberi professionisti. In Italia uno studio longitudinale torinese dimostra 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 analfabeti. Sempre in Italia alcuni autori evidenziano come le persone di livello socio-economico più basso (identificate tenendo conto di grado di scolarizzazione, professione o regione di appartenenza) presentino condizioni di salute peggiori. Gli Autori mettono inoltre in evidenza le notevoli differenze nella manifestazione delle condizioni patologiche: i gruppi svantaggiati non solo si ammalano di più ma sperimentano l'insorgenza di malattie croniche ed invalidità prima degli altri. In uno studio condotto in Finlandia viene messo in evidenza come le persone in età lavorativa con reddito basso soffrano maggiormente di malattie croniche rispetto a coloro che presentano reddito elevato con prevalenze pari rispettivamente al 42% e al 18%. Anche gli aspetti sociali influiscono anche sulla qualità della vita, in molti Paesi infatti i disoccupati presentano una maggiore prevalenza di disturbi correlati alla salute mentale che si ripercuote anche sulla loro progenie.

Infine, alcuni Autori mettono in evidenza disuguaglianze nell'accessibilità e nella qualità dell'assistenza sanitaria; in Norvegia sulla base di interpretazioni arbitrarie della normativa da parte dei servizi regionali le donne presentano diverse opportunità di essere accettate per praticare l'interruzione volontaria di gravidanza. In Polonia è emerso che i pazienti con classe occupazionale più alta presentano maggiore probabilità di conoscere

personale ospedaliero in grado di accorciare i tempi di attesa . Ammalarsi di tumore a prognosi non sfavorevole, a Torino alla fine degli anni ottanta comporta una probabilità di sopravvivenza molto diversa a seconda della posizione sociale . Ad esempio, un caso di tumore dell'intestino in una persona poco istruita determina un 50% in più di probabilità di non sopravvivere a cinque anni rispetto ad un caso analogo in persona più istruita. Un altro esempio di diseguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari è documentati nella regione Lazio nel corso degli anni novanta: la prevalenza di persone con insufficienza renale grave risulta maggiore nelle classi sociali più basse; a Roma la probabilità di ricevere un trapianto renale è più che doppia nelle persone laureate rispetto a quelle con bassi livelli di istruzione .

1.5 Equità in salute: definizioni e misura

Le definizioni operative di equità proposte sono numerose . Alcuni autori sostengono che si può parlare di equità esclusivamente *quando si ottiene un uguale stato di salute per tutti e un uguale consumo di risorse sotto forma di assistenza sanitaria, indipendentemente dal bisogno*. Nella pratica questo è un obiettivo irrealizzabile poiché sarebbe necessario agire su moltissimi fattori, alcuni dei quali oggettivamente non modificabili. Attualmente per promuovere equità in modo realistico si tende a considerare politiche sociosanitarie che mirano a:

- migliorare le condizioni generali di vita e di lavoro;
- fare in modo che le persone adottino stili di vita salutari;
- programmare azioni sanitarie basandosi sui veri bisogni della popolazione;
- valutare l'impatto delle azioni attuate sulla salute della popolazione;
- rendere accessibile a tutti un' assistenza sanitaria di qualità;
- assicurare adeguati sistemi di ricerca e monitoraggio in salute

Si tende a valutare la condizione di equità in salute all'interno di una comunità analizzando parametri sanitari di gruppi di persone, appartenenti ad essa, caratterizzate da profilo socioeconomico differente. Gli strumenti utilizzati per definire lo status di appartenenza sono molti, alcune dei quali particolarmente complessi. L'approccio tradizionale considera le caratteristiche economiche, in particolare il reddito delle persone , ma sono stati utilizzate altre variabili. Recentemente l'attenzione è stata rivolta alle differenze in salute per sesso o per gruppo etnico . In altri casi, soprattutto in Europa, si è fatto spesso riferimento alla posizione lavorativa , come in Italia negli

anni '90, a gruppi sociali identificati da singole variabili, ad esempio ULSS di appartenenza o grado di scolarizzazione

Il confronto in termini di salute fra individui appartenenti a gruppi sociali diversi è considerato l'approccio considerato più adatto per un giudizio di equità sanitaria, tuttavia non è sempre di facile applicazione, soprattutto in contesti semplici e apparentemente omogenei. La definizione di gruppi sociali all'interno di una popolazione è semplice nei paesi industrializzati forniti di dati di facile accesso quali reddito, professione e ricorso individuale a strutture sanitarie; le cose si complicano quando si considerano i paesi in via di sviluppo ed in particolare le loro aree rurali. In tali contesti infatti di solito esistono pochi dati, spesso a carattere nazionale e vagamente descrittivi della reale distribuzione economica a livello delle singole famiglie. È necessario in questi casi raccogliere informazioni semplici ma quanto più possibile indicative delle condizioni di vita in cui la popolazione versa realmente. Il fatto che non esistano strumenti semplici in grado di definire lo status socioeconomico di un individuo in un contesto povero non ha impedito in passato di compiere ricerche sull'equità in aree del sud del mondo. Uno dei primi studi di questo tipo risale agli anni '90 e considera, in cinque diversi paesi, alcuni semplici indicatori di salute, fra cui l'utilizzo dei servizi sanitari e le spese per la salute in persone raggruppate in base alle caratteristiche delle abitazione, della proprietà possedute (i.e. possedere animali domestici) e del livello di scolarizzazione. In esso si evidenziano grandi differenze in termini di trattamento medico ricevuto fra individui appartenenti ai gruppi socioeconomici individuati. Altri studi simili sono seguiti negli anni successivi in particolare un'analisi sullo stato di salute di una popolazione infantile della Tanzania rappresenta il principale spunto a questo lavoro: il campione è stato suddiviso in quintili in base a caratteristiche personali raccolte mediante questionario.

Anche nei Paesi non industrializzati, dunque, nell'ambito dei giudizi di equità, la tendenza è quella di collocare gli individui in specifici gruppi socioeconomici. Dal confronto di questi in termine di salute (ad esempio valutando morbidità o accesso ai centri medici) è possibile evidenziare condizioni inique. Nel caso di popolazioni particolarmente bisognose vengono confrontati solo i gruppi socioeconomici agli estremi, ovvero gli individui meno e più poveri all'interno dello specifico contesto. Gli studi sull'equità in salute nelle zone rurali del sud del mondo non sono utili a fare confronti con altre realtà, anche apparentemente molto simili, ma servono esclusivamente per la specifica analisi a cui si riferiscono.