

Multimorbosità e disuguaglianze: l'inequità nascosta

2013-06-24 09:06:53 Redazione SI



Carla Perria

Il tema delle disuguaglianze negli esiti di salute è uno dei più discussi nel campo della ricerca sui servizi sanitari: affrontare con decisione la questione dello svantaggio socioeconomico che colpisce gruppi specifici della popolazione e del suo impatto all'interno della società è considerato un dovere dei sistemi sanitari evoluti. La centralità della persona e delle cure primarie nelle fondamentali riflessioni di Barbara Starfield.

Un articolo di Barbara Starfield incentrato sul tema della multimorbosità considera il problema in una cornice rivoluzionaria, che porta alla luce il volto nascosto delle disuguaglianze di salute^[1]. Ma andiamo con ordine. La studiosa, nella parte iniziale dello scritto, chiarisce innanzitutto il significato di alcuni termini (*inequality*, *inequity*), che, diversamente da quanto accade nella nostra lingua, in cui il termine disuguaglianze assembla tutte le possibili sfaccettature, in inglese esprimono concetti diversi.

Per *inequality*, o meglio *health inequality* si intende genericamente il riscontro di differenze negli esiti di salute, nella prevalenza delle malattie e nell'accesso ai servizi fra individui o gruppi di popolazione caratterizzati da razze, etnie, livello culturale e socioeconomico, così come da atteggiamenti o preferenze, differenti gli uni dagli altri. Si tratta di una definizione "oggettiva" scevra da qualsiasi giudizio morale che include anche differenze ineliminabili, attribuibili a fattori biologici oppure semplicemente al libero arbitrio di ciascuno nel condurre la propria vita (ad es la scelta di praticare un sport rischioso espone necessariamente all'eventualità di un esito di salute infausto).

Per *health inequity* si intende invece quella porzione di *inequality* percepita come ingiusta o immorale, il cui determinismo è attribuito a circostanze ed eventi che provocano una diversa distribuzione dei fattori di rischio tra gruppi di popolazione, considerata potenzialmente evitabile. Si comprende immediatamente come sia difficile dirimere i confini esistenti tra le due entità, in quanto il livello di responsabilità individuale nei confronti della propria salute rappresenta per molti aspetti un importante fattore modulante.

Nell'*inequity* si possono poi distinguere due sottospecie, **un'*inequity* cosiddetta orizzontale**, che si riferisce al fatto che persone con uguali bisogni non dispongono di uguali possibilità di accesso alle risorse necessarie per risolvere il loro problema; esiste poi **un'*inequity* denominata verticale**, che corrisponde a quella situazione in cui coloro che sono portatori di bisogni più consistenti non hanno accesso alle risorse sufficienti a colmarli, come invece sarebbe appropriato. In altri termini, contrariamente a quel che accade nella realtà, le possibilità di beneficiare dell'utilizzo dei servizi dovrebbero essere maggiori per chi ha bisogni maggiori; il dare lo stesso a tutti, concetto a cui generalmente si fa riferimento quando si pensa all'equità, di fatto rappresenta un'inequità ed è questo, secondo Barbara Starfield, il volto nascosto delle disuguaglianze.

Se è vero che alcuni sistemi sanitari hanno raggiunto un soddisfacente livello di equità in entrambe le dimensioni è tuttavia molto evidente che per quanto riguarda l'accesso ai servizi specialistici l'equità verticale viene raramente rispettata, a causa per lo più della nota difficoltà che hanno i gruppi di popolazione più svantaggiati ad accedere alle cure di secondo livello. D'altro canto succede anche, a volte, che proprio chi ha bisogni maggiori non riesca a beneficiare neppure dei servizi cosiddetti "standard".

Perché si parla di inequità "nascosta"? Essenzialmente perché i tradizionali sistemi informativi non sono in grado di evidenziare il fenomeno: i consueti indicatori che descrivono lo stato di salute della popolazione (mortalità generale, mortalità infantile, prevalenze di malattia etc.) esprimono, infatti, i valori "medi" e non colgono le differenze degli stessi fra i diversi "strati" in cui la popolazione di fatto si ripartisce per diversa distribuzione di fattori sociali, economici, geografici, occupazionali.

L'inequità nascosta pone un'altra questione di sostanziale importanza, un diverso modo di pensare la malattia e il suo impatto sul sistema sanitario e sulla società. La visione tradizionale della sanità si concentra sulle singole malattie e, anche nei casi in cui si osservano più patologie nello stesso soggetto, la gestione da parte degli specialisti le considera singolarmente, ognuno per le proprie competenze. In un editoriale pubblicato nello stesso anno dell'articolo sopra citato la stessa Starfield ribadisce come, soprattutto per i servizi di cure primarie, la vera sfida sia rappresentata dalla multimorbosità e dal corrispondente carico di malattia da essa determinato[2].

Questa prospettiva, percepita attualmente come innovativa, era già stata sottolineata nientemeno che alla fine dell'800 da alcuni illuminati clinici, tra cui William Osler, i quali sostenevano l'importanza di conoscere approfonditamente le caratteristiche del paziente portatore della patologia piuttosto che quelle della patologia da cui era affetto[3].

Osservare il paziente più che la malattia favorisce anche il rispetto all'equità, perché mira a valutare, e potenzialmente a soddisfare, l'effettivo bisogno che scaturisce dallo stato complessivo di malattia che caratterizza quel determinato paziente, con il suo profilo umano e sociale.

Promuovere una maggiore equità nella distribuzione delle risorse necessarie al soddisfacimento dei bisogni di salute che, come abbiamo detto, non sono equamente distribuiti, significa contribuire a migliorare anche l'efficienza dei sistemi sanitari. I gruppi portatori di bisogni complessi e di multimorbidità causano, infatti, un aumento dei costi sanitari per prestazioni, in particolare ricoveri ospedalieri potenzialmente evitabili e ripetuti ricorsi alle cure specialistiche per eventi avversi o riacutizzazioni della patologia di base. A tale proposito, un recentissimo studio canadese condotto su circa 180.000 persone iscritte presso i medici di famiglia ha messo in evidenza come **la coesistenza di multimorbidità, disturbi mentali e basso livello socioeconomico aumentasse di circa 50 volte il rischio di andare incontro a un'ospedalizzazione potenzialmente evitabile**, con comprensibili conseguenze sui costi[4]. D'altronde un altro gruppo di ricercatori canadesi, in uno studio precedente, aveva calcolato che circa il 30% dell'intera spesa sanitaria era riconducibile al consumo di servizi da parte di solamente il 5% dell'intera popolazione, sottogruppo affetto da patologie croniche multiple proveniente da aree particolarmente deprivate[5].

A riprova del ruolo cruciale assunto dalla prospettiva socioeconomica nella valutazione dei sistemi sanitari i Centers for Disease Control (CDC) americani hanno da poco pubblicato un report intitolato CDC Health Disparities and Inequalities in the United States – 2011, che rappresenta il primo di una serie specificamente dedicata all'indagine sulle disuguaglianze negli indicatori di salute[6]. Le analisi contenute nel Report, finalizzate non solo a una migliore definizione dei gruppi di popolazione più vulnerabili ma anche all'individuazione degli interventi correttivi più efficaci, affermano con chiarezza la necessità che i governi acquisiscano la dovuta consapevolezza di tale problema e comincino a diversificare le strategie di intervento, affiancando alle politiche universali (indirizzate a tutti) piani strategici mirati ai gruppi portatori di bisogni multipli e complessi. Questo approccio è l'unico che può efficacemente contrastare le disuguaglianze, agendo in particolare proprio sul volto nascosto dell'inequità. Il report, che inoltre sottolinea come siano ancora numerose le lacune informative sul tema delle disuguaglianze presenti nei diversi sistemi di raccolta e archiviazione dei dati, evidenzia in particolare le disparità esistenti nei tassi di mortalità per causa, e di altri indicatori di salute, fra i differenti segmenti di popolazione definiti in base alle seguenti caratteristiche: età, sesso, etnia, reddito, livello di istruzione, area geografica e livello di autosufficienza.

Le nuove sfide da affrontare richiedono una profonda revisione della concezione della sanità in una prospettiva multidimensionale, che tenga conto della differente distribuzione dei livelli di salute-malattia e dei determinanti socio-ambientali che ne condizionano intensamente la dinamica.

Di cosa c'è bisogno? Un primo punto riguarda gli strumenti necessari per riorientare le strategie, servono studi di popolazione per fornire i dati necessari alla piena conoscenza del fenomeno e per valutare gli interventi posti in essere, servono linee guida meno orientate alle malattie come tali e più indirizzate al carico di malattia che grava sui pazienti, specie se fragili. Servono sistemi informativi intelligenti, capaci di raccogliere ed elaborare i dati amministrativi provenienti da diverse fonti in modalità tali da permettere la stima del carico di malattia in relazione alle specifiche

caratteristiche del soggetto. Non occorre aspettare il futuro, la tecnologia oggi dispone di risorse adeguate a questo scopo, afferma la Starfield nella parte finale dell'articolo.

L'orientamento prioritario allo sviluppo dei servizi della *primary care* rappresenta un ingrediente essenziale della strategia di azione complessiva.

Come già sottolineato in un precedente post (vedi [post](#)) la multimorbidità è un fenomeno in aumento, così come in aumento è il ricorso alle cure specialistiche e, conseguentemente, i costi ad esse collegati. Le cure specialistiche sono per definizione esposte al rischio di inappropriata frammentazione dei percorsi dovuta ai diversi specialisti che spesso sono coinvolti, inclusa la duplicazione di esami e procedure in relazione ai pareri clinici, spesso non coincidenti, a volte addirittura contrastanti. Potenziare le cure primarie significa garantire adeguati livelli di assistenza e una sostanziale continuità delle cure, secondo logiche di spesa che comportano costi sostenibili, di gran lunga inferiori a quelli che sarebbero necessari se ciascun disturbo fosse trattato dal singolo esperto.

Il volto nascosto dell'inequità è profondamente incardinato nei sistemi sanitari moderni. Le comunità hanno oggi gli strumenti per svelarne la presenza e misurarne l'entità, creando i presupposti per contrastarne l'azione ai diversi livelli.

Carla Perria, Medico, Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica, Roma

Bibliografia

1. Starfield B. The hidden inequity in health care. Intern J for Equity in Health 2011. doi: 10.1186/1475-9276-10-15.
2. Starfield B. Challenges to primary care from co-and multi-morbidity. Primary Health Care Research & Development 2011; 12: 1-2.
3. Osler W. Remarks on specialism. Boston Med Surg J 1892; 126: 457-9.
4. Payne RA, Abel GA, Guthrie B Mercer SW. The effect of physical multimorbidity, mental health conditions and socioeconomic deprivation on unplanned admissions to hospital: a retrospective cohort study. CMAJ 2013. doi :10.1503/cmaj.121349.
5. Reid R, Evans R Barer M et al. Conspicuous consumption: characterizing high users of physician services in one Canadian province. J Health Serv Res Policy 2003; 8: 215-24.
6. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Health Disparities and Inequalities Report — United States, 2011. MMWR January 14 2011, Supplement/Vol.60.

