Equità nella salute e nell'accesso alle cure

Dr Carlo Romagnoli (cromagnoli@ausl2.umbria.it)
Medico igienista esperto in organizzazione, programmazione e valutazione dei servizi socio sanitari
AUSL 2 Perugia

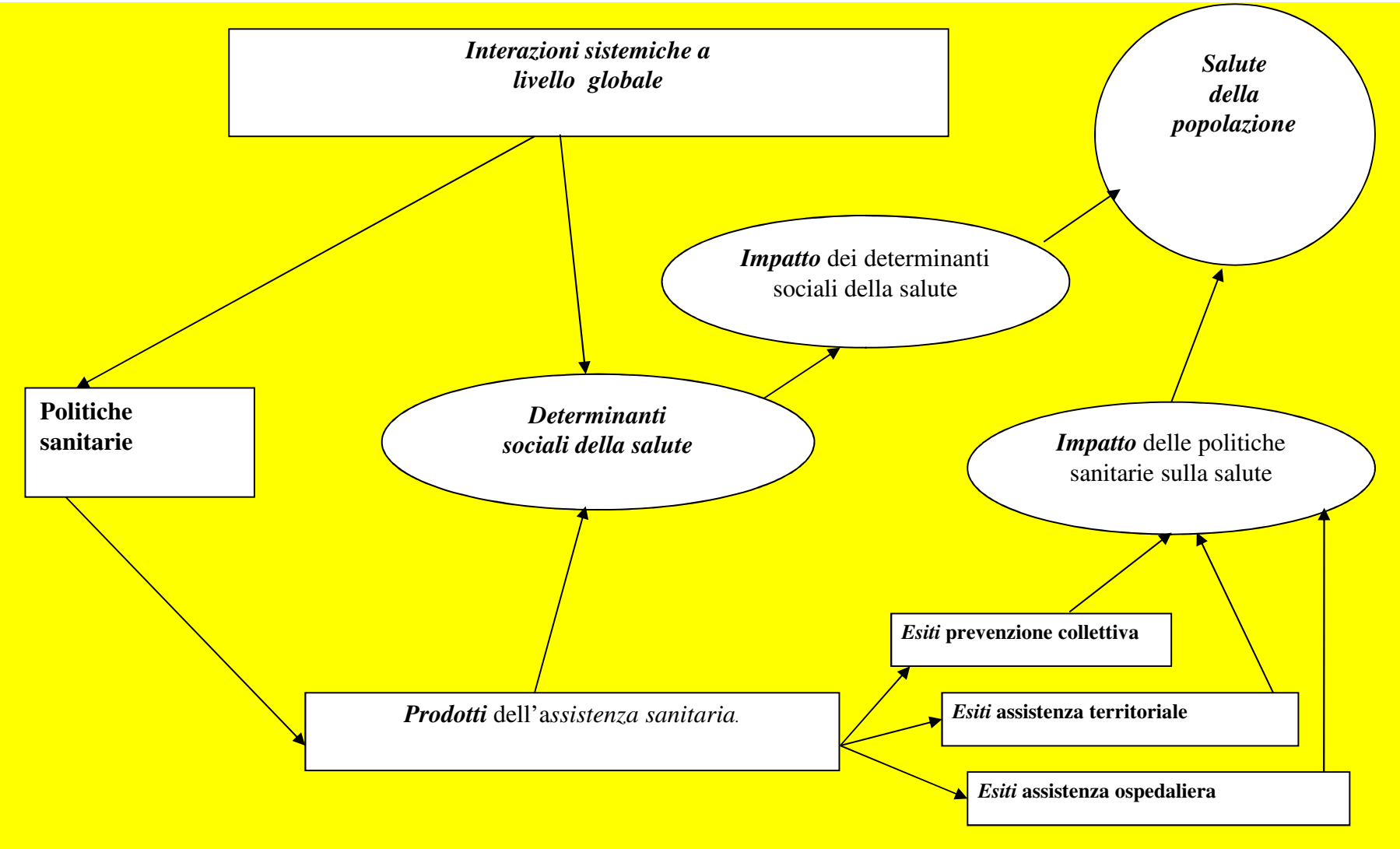
Temi affrontati

1) ***Premesse:***
   1) La salute come prodotto sociale
   2) Determinanti sociali di salute
      1) *Il mercato finanziario globale come modificatore di effetto dei determinanti di salute*
      2) Cambiamento climatico ed effetti attesi sulla salute
   3) Malattie cronico degenerative come problema di salute dominante
   4) Equità ed eguaglianza nell'accesso alle cure e nella salute.
2) ***Evidenze su***
   1) Disuguaglianze nello stato di salute globale
   2) Reddito e disuguaglianze nella salute
   3) Istruzione e disuguaglianze nella salute
   4) Disequità nell'accesso alle cure efficaci
   5) Politiche sanitarie ed accesso alle cure efficaci
3) ***Cambiamento climatico come determinante globale di salute***
4) ***Indicazioni OMS su politiche sanitarie adeguate*** ai problemi di salute emergenti
5) ***Problemi aperti ed aree di approfondimento***

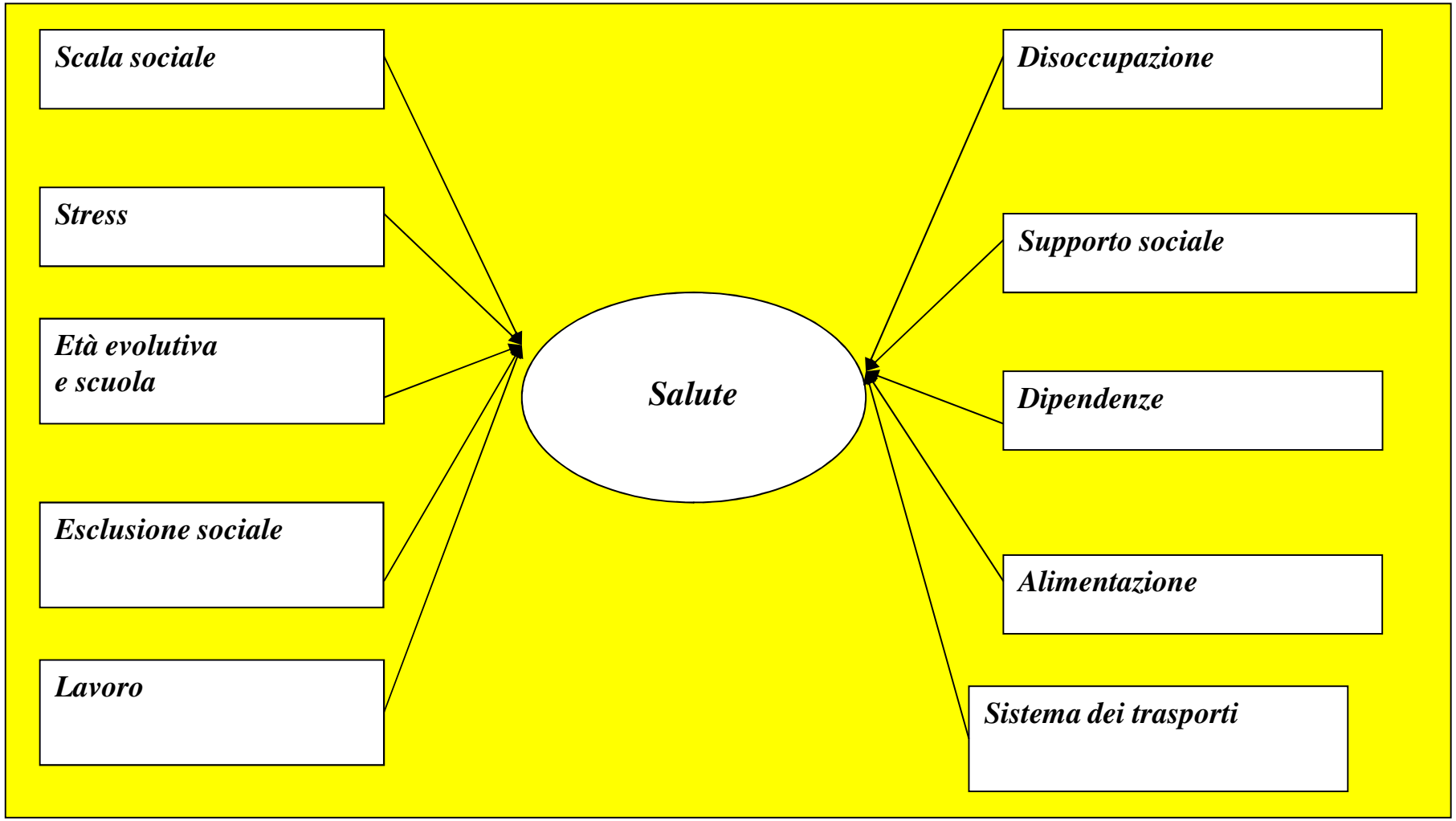
Premesse

1.1) La salute come prodotto sociale.

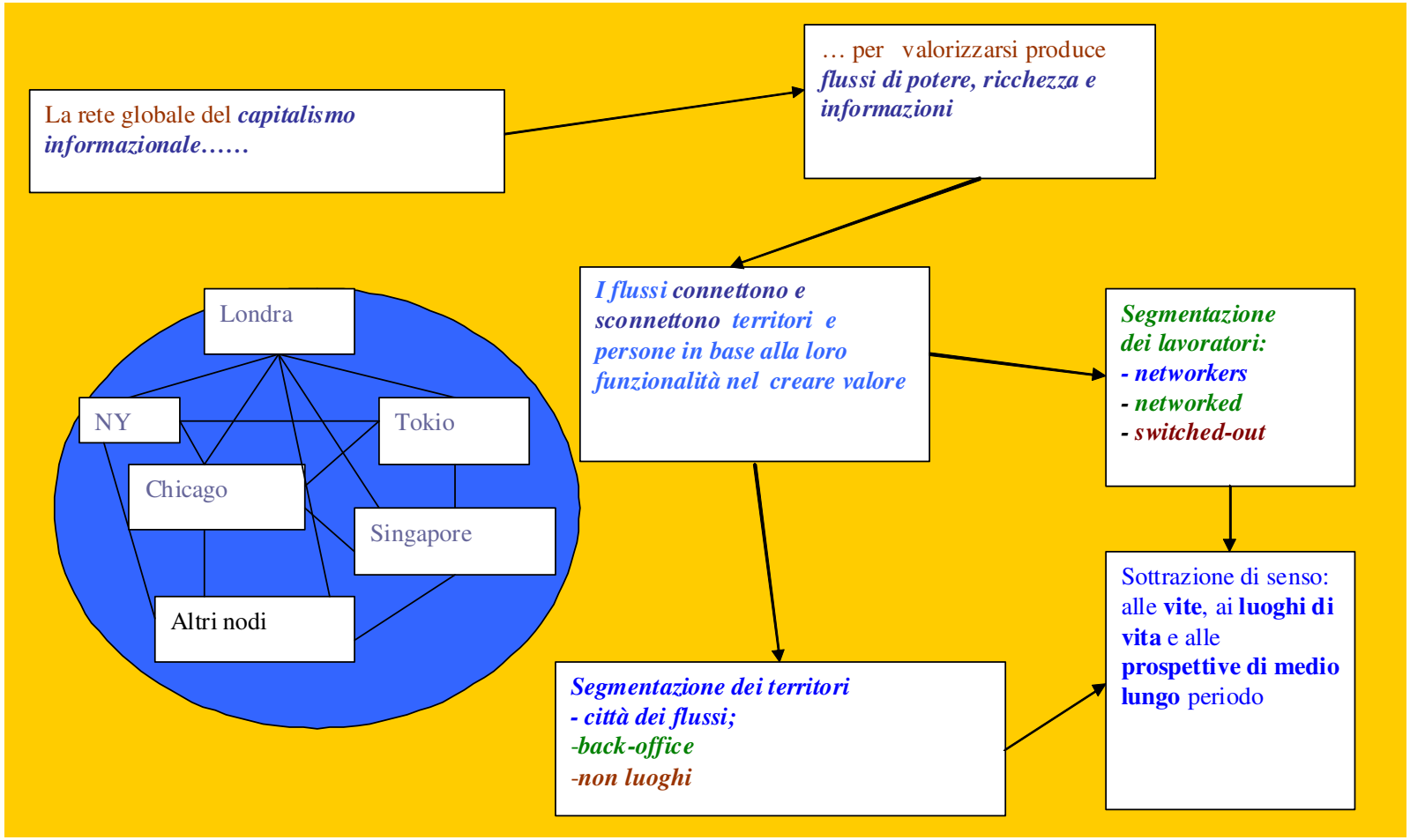
(Fonte: OERU 2007, modificato)



1.2) Determinanti sociali di salute: accezione OMS 2003 (Fonte: OMS 2003)



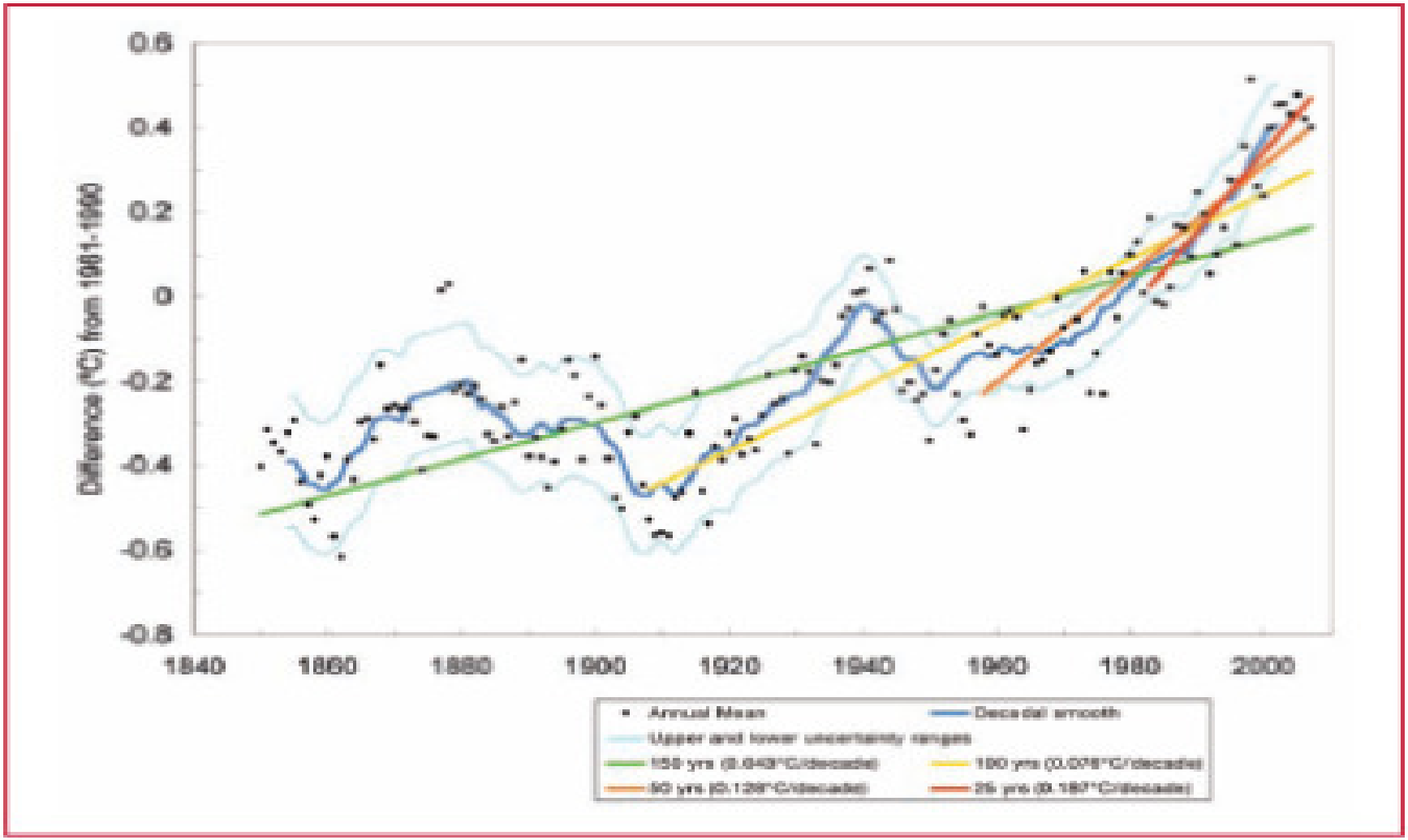
1.2.1) Il mercato finanziario globale come modificatore di effetto dei determinanti di salute



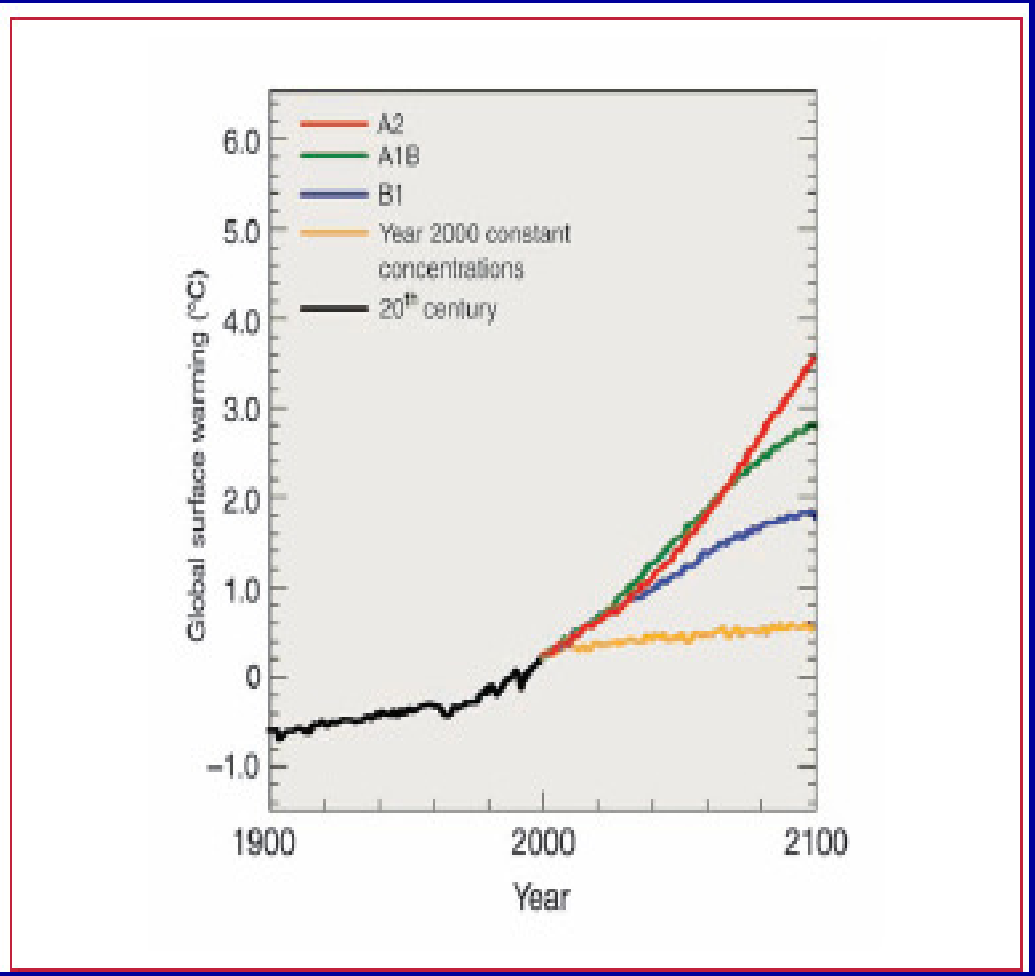
Cambiamento climatico come determinante globale di salute

1.2.2.1) Cambiamento climatico come determinante globale di salute: trend lineari per ultimi 150 anni negli andamenti globali annuali delle temperature medie. 1850-2005

(Fonte OMS 2008)



1.2.2.2) Proiezioni sull'aumento della temperatura globale nel 21 ° secolo



Variazioni della temperatura proiettata (rispetto al 1980-1999) in diversi scenari di sviluppo:

A2: ridotto accento sullo sviluppo sostenibile e la cooperazione;

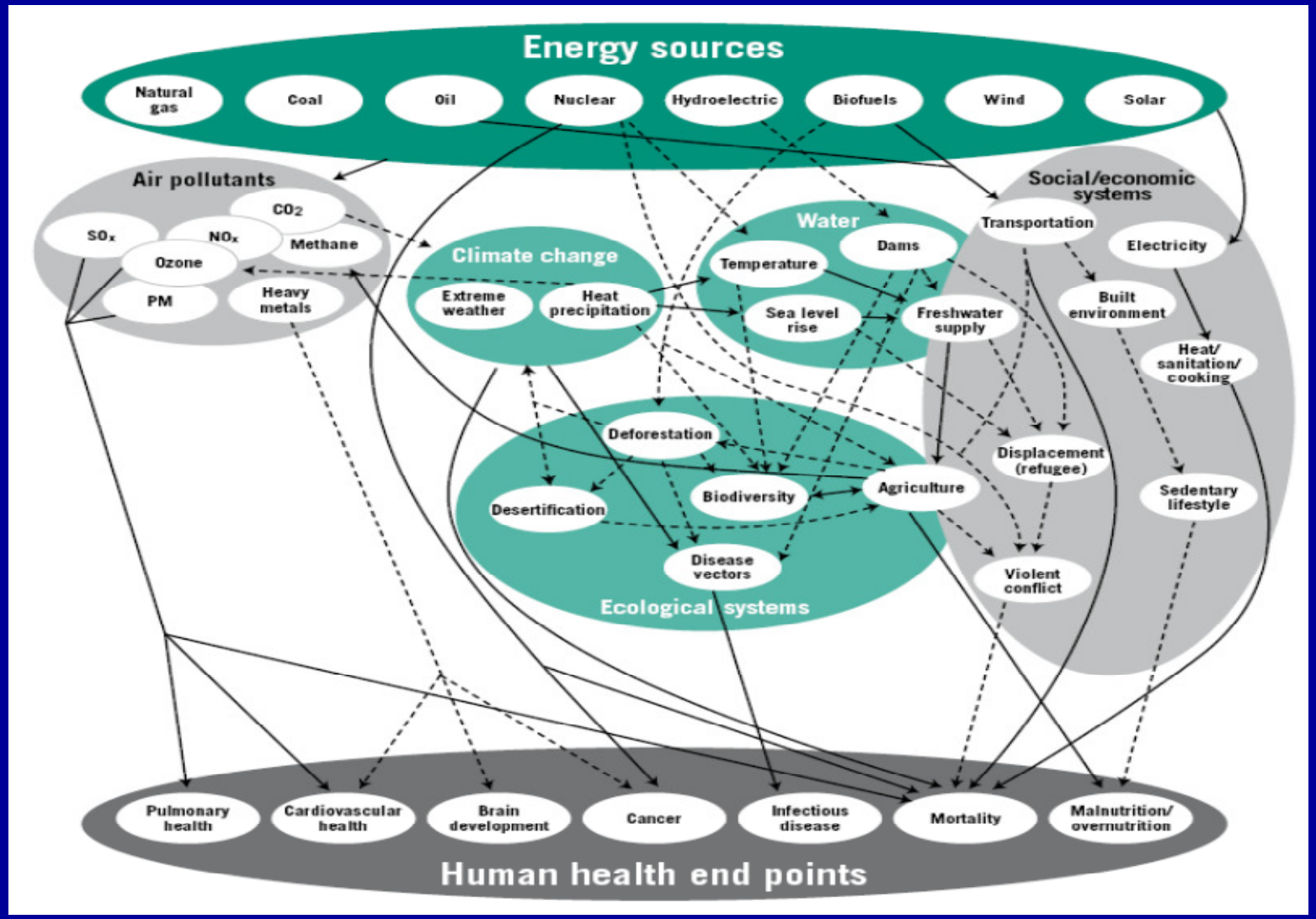
Maggiore attenzione alla tutela dell'ambiente e l'integrazione regionale (B1).

Linea arancione: proiezione basata su concentrazioni di gas ad effetto serra costanti rispetto ai valori del 2000.

(Fonte: IPCC, 2007)

1.2.2.3) Vie dirette e indirette con la quali le fonti di energia possono incidere sui determinanti ambientali, sociali ed individuali della salute e/o sulla stessa salute umana.

(Fonte OMS 2008b)

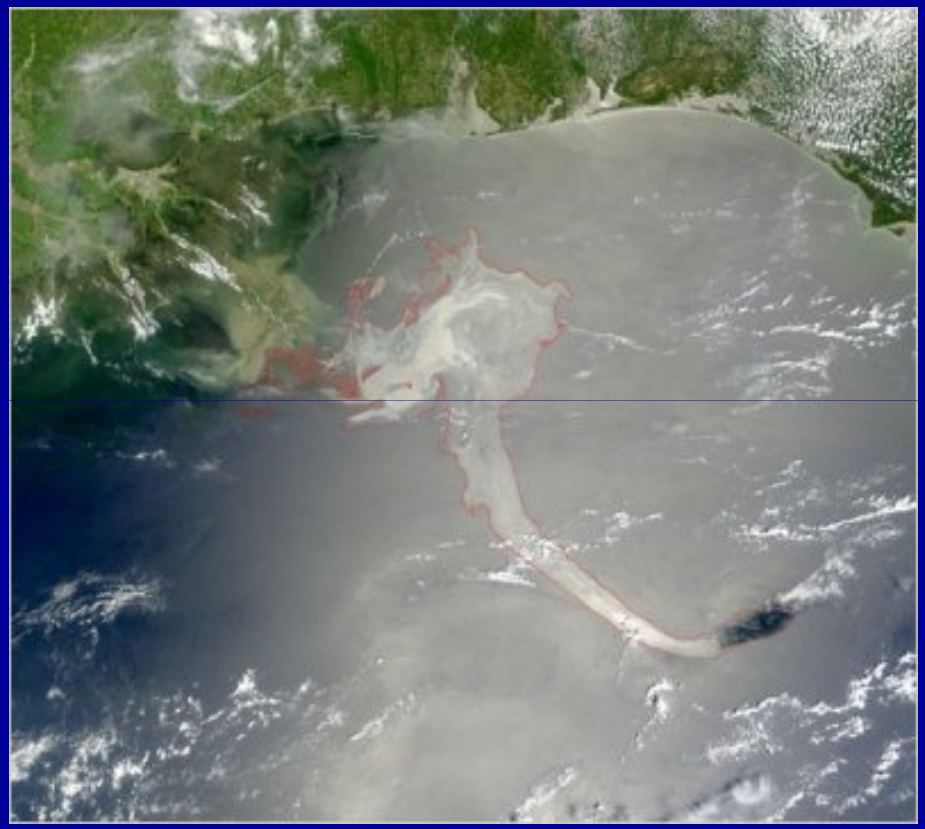


1.2.2.4) Le cinque principali conseguenze per la salute del cambiamento climatico

(WHO 2008b)

- *In primo luogo*, *aumento delle temperature*, siccità sempre più frequenti e inondazioni possono compromettere la ***sicurezza alimentare*** con incrementi di malnutrizione
- *In secondo luogo*, più frequenti eventi climatici estremi significano più morti e danni potenziali causati dalle tempeste e inondazioni
- *In terzo luogo*, sia la scarsità di acqua, essenziale per l'igiene, che l'eccesso di acqua da piogge torrenziali, aumenteranno il peso delle malattie diarroiche, che si diffondono attraverso cibo non pulito e acqua contaminati.
- *In quarto luogo*, temperature più elevate possono dare luogo a:
  - ondate di calore, soprattutto in ambiente urbano", con diretto aumentare di malattie e morti
  - aumento ozono troposferico e accelerato inizio della stagione dei pollini, contribuendo alla diffusione e gravità della malattia asmatica e di altre forme di allergia.
- *Infine,* cambiando temperature e distribuzione delle piogge, si modificherà anche la ***distribuzione geografica di insetti vettori***, con il conseguente apparire e propagarsi di nuove malattie infettive; tra queste, la malaria e la dengue sono di maggiore interesse per la salute pubblica.

1.2.2.5) Furto del “comune” da produzione di energia gestita da privati e mal regolata dal pubblico

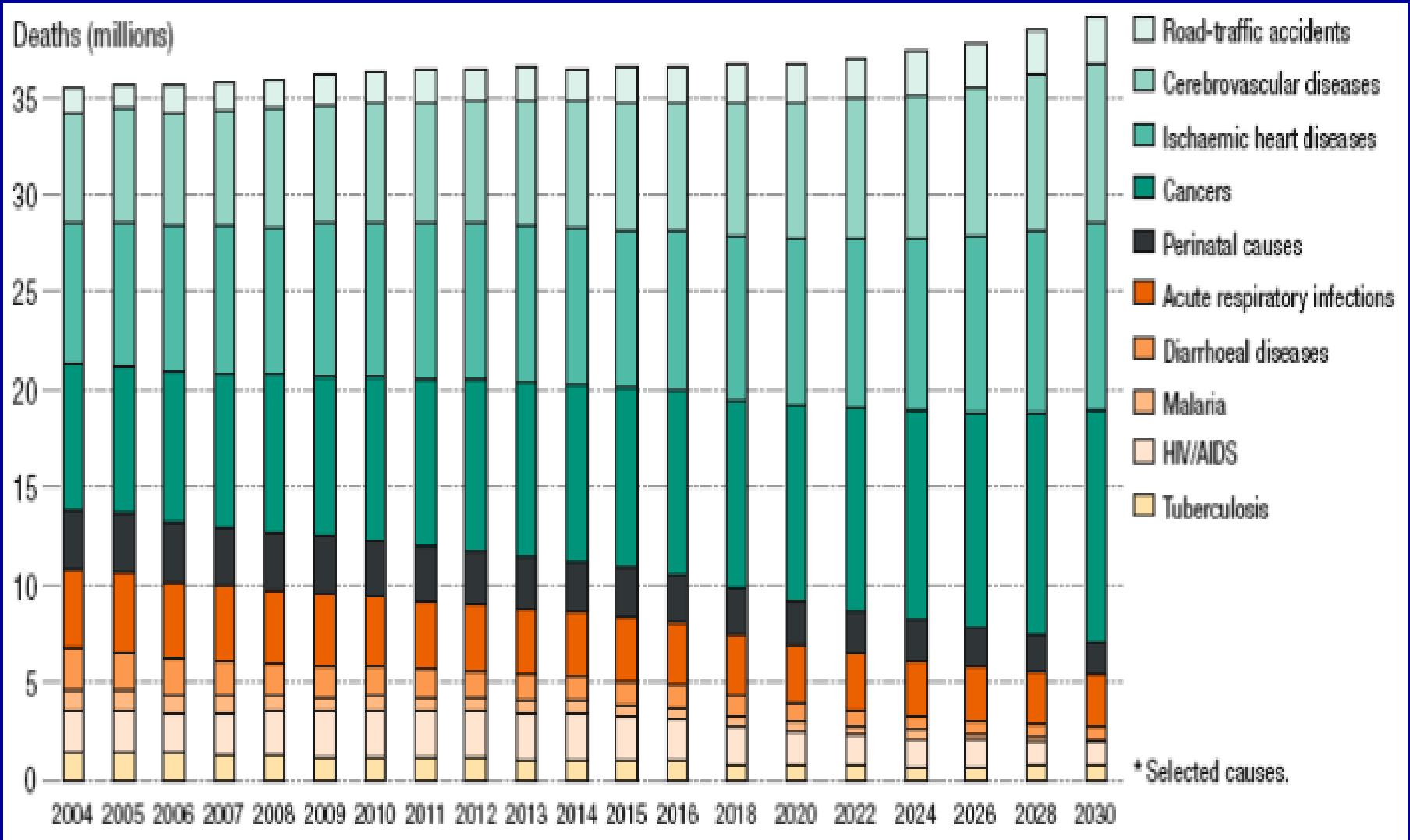


- Golfo del Messico , 2010 (Fonte: **Nasa)**. Il contorno della macchia è evidenziato in rosso. La “**coda**” in basso a destra è quella che ha agganciato la “loop current”.

- Giappone, Fukushima, 2011: sale l’allarme, nocciolo in parte fuso, contaminata l’acquedotto di Tokio e il plancton nel mare con effetti sulla catena alimentare

1.3.1) Proiezione al 2030 del peso di grandi gruppi di cause di morte nel contribuire alla mortalità generale

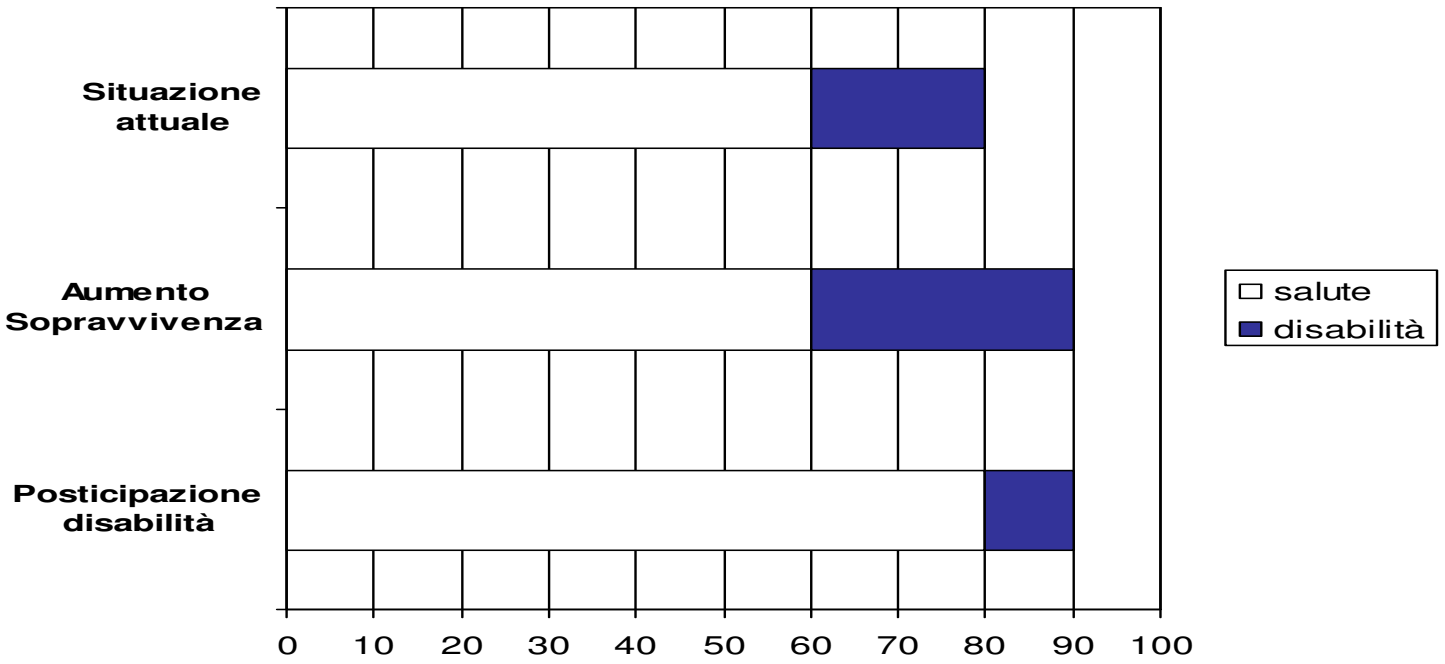
(Fonte OMS 2008a)



1.3.2) Principali caratteristiche sanitarie delle malattie cronico degenerative

1. *la multi fattoralità eziologica:* fattori genetici, abitudini alimentari, consumi voluttuari, esposizioni ambientali e lavorative interagiscono tra di loro e nelle fasi pre cliniche di sviluppo della malattia;
2. *la consistente latenza temporale* tra l'attivazione del processo patologico e la sua espressione clinica (per i tumori anche 20-30 anni);
3. *la non curabilità* intesa:
   1. come impossibilità di completa *restituito ad integrum;*
   2. come esito di un singolo episodio di cura;
4. *l'ingravescenza progressiva* in genere >65 anni, con disgiunzione tra gli anni di vita vissuta e la qualità della vita stessa.

1.3.3) La riduzione degli anni di vita vissuti in disabilità come problema di salute prioritario



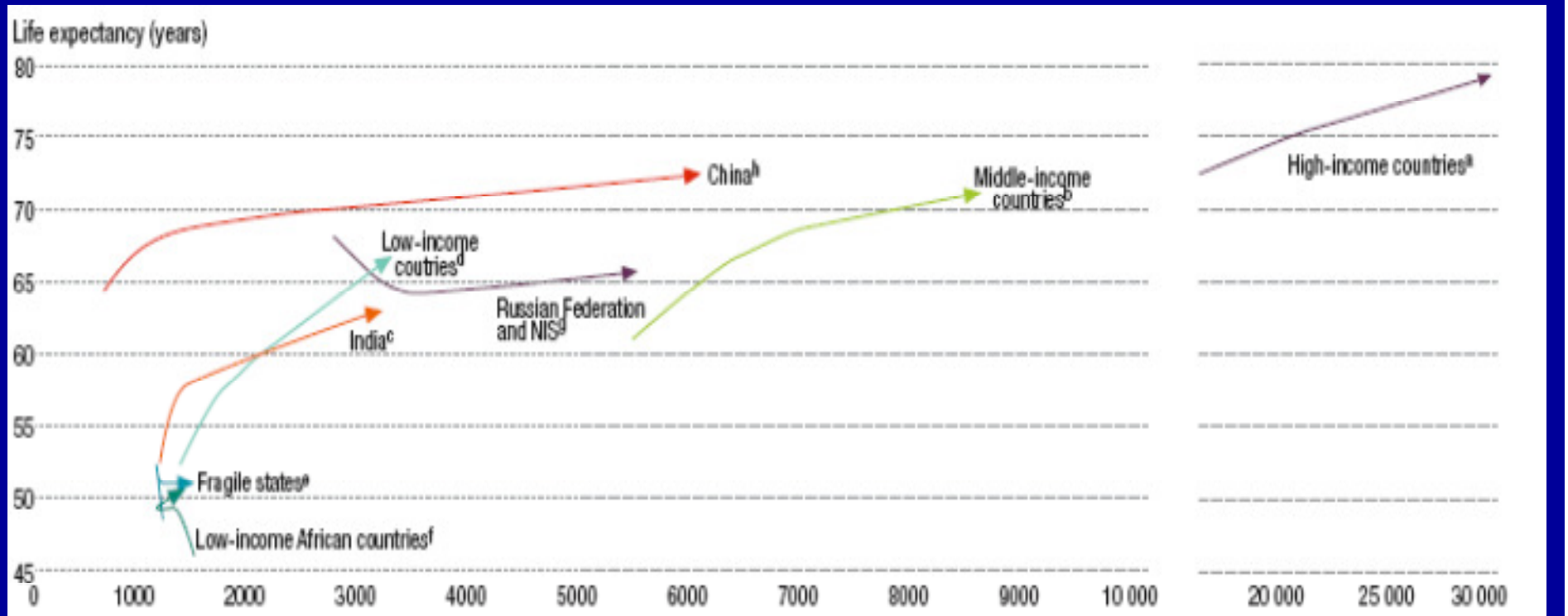
1.4) Equità ed eguaglianza nell'accesso alle cure

		TRATTAMENTO	
		Eguale	Diseguale
BISOGNI	Eguali	a	b
	Diseguali	c	d

- **a = eguaglianza**: *gli individui con lo stesso stato di salute (o di bisogno) devono venire trattati egualmente*.
- **d = equità**: *gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venire trattati più favorevolmente*
- **b c = ingiustizia sociale e/o distributiva**

Evidenze

2.1.1) Disuguaglianze nella salute
PIL pro capite e speranza di vita alla nascita in 133 paesi raggruppati per il Pil 1975; 1975-2005 *(fonte OMS 2008a)*



[a] 27 countries, 766 million (M) inhabitants in 1975, 953 M in 2005.

[b] 43 countries, 587 M inhabitants in 1975, 986 M in 2005 .

[c] India, 621 M inhabitants in 1975, 1 103 M in 2005.

[d] 17 Low-income countries, non-African, fragile states excluded, 471 M inhabitants in 1975, 872 M in 2005.

[e] 20 Fragile states, 169 M inhabitants in 1975, 374 M in 2005.

[f] 13 Low-income African countries, fragile states excluded, 71 M inhabitants in 1975, 872 M in 2005.

[g] Russian Federation and 10 Newly Independent States (NIS), 186 M inhabitants in 1985, 204 M in 2005.

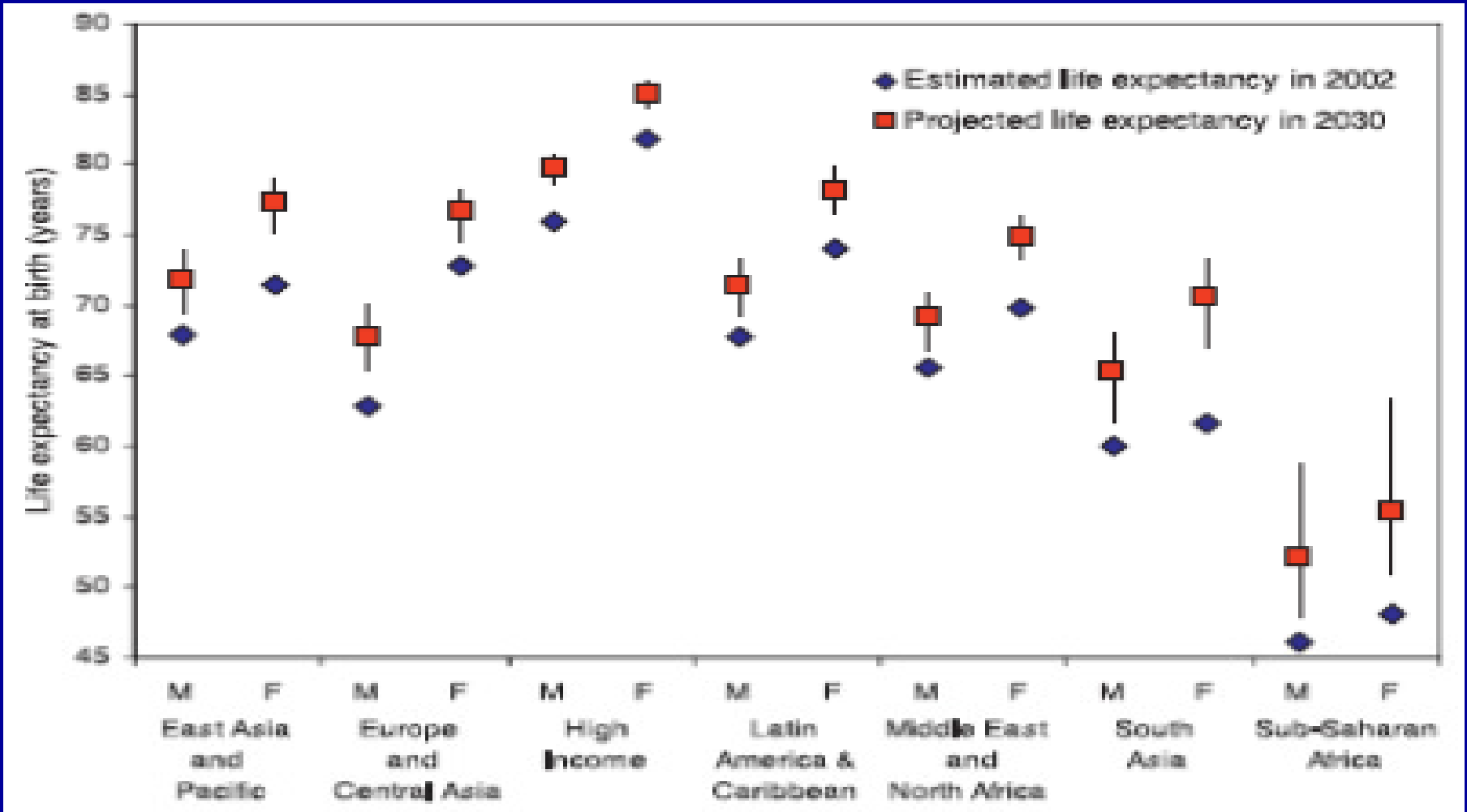
[h] China, 928 M inhabitants in 1975, 1 316 M in 2005.

* No data for 1975 for the Newly Independent States. No historical data for the remaining countries.

Sources: Life expectancy, 1975, 1985: UN World Population Prospects 2006; 1995, 2005: WHO, 9 November 2008 (draft); China: 3rd, 4th and 5th National Population censuses, 1981, 1990 and 2000. GPD: 2007[37].

2.1.2) Proiezioni della speranza di vita alla nascita nel 2030 per regione della Banca Mondiale e sesso: scenari di base, ottimistico e pessimistico a confronto con stime 2002.

(Fonte: Mathers D and Loncar D, 2006 www.plosmedicine.org)



2.2.1) Disuguaglianze nella salute e svantaggio socio economico

Table 2.1

Male life expectancy, between- and within-country inequities, selected countries

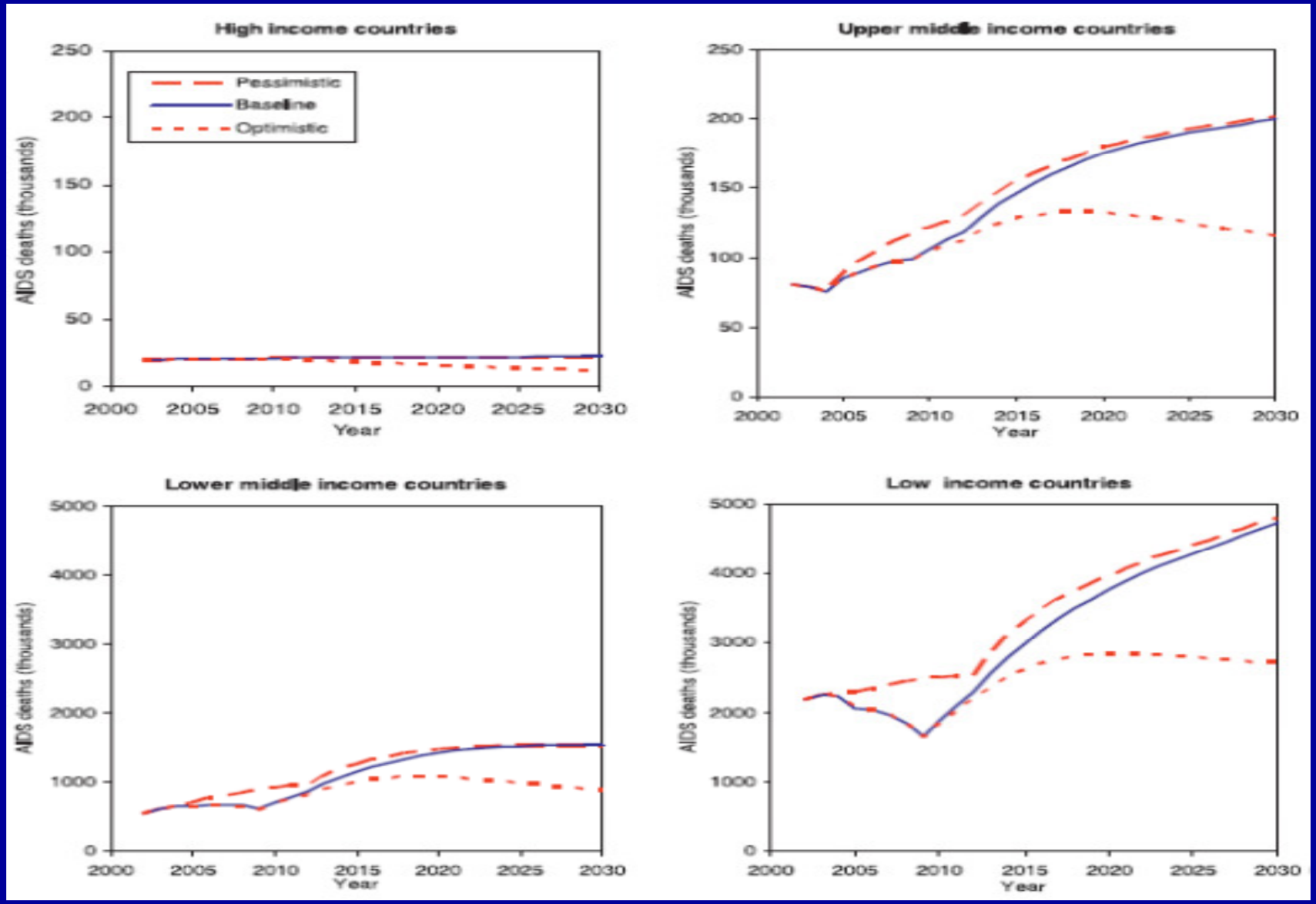
Place	Life expectancy at birth
United Kingdom, Scotland, Glasgow (Calton)[b]	54
India[a]	62
United States, Washington DC (black)[c]	63
Philippines[a]	64
Lithuania[a]	65
Poland[a]	71
Mexico[a]	72
United States[a]	75
Cuba[a]	75
United Kingdom[a]	77
Japan[a]	79
Iceland[a]	79
United States, Montgomery County (white)[c]	80
United Kingdom, Scotland, Glasgow (Lenzie N.)[b]	82

a) Country data: 2005 data from World Health Statistics (WHO, 2007c).
b) Pooled data 1998-2002 (Hanlon, Walsh & Whyte, 2006).
c) Pooled data from 1997-2001 (Murray et al., 2006).

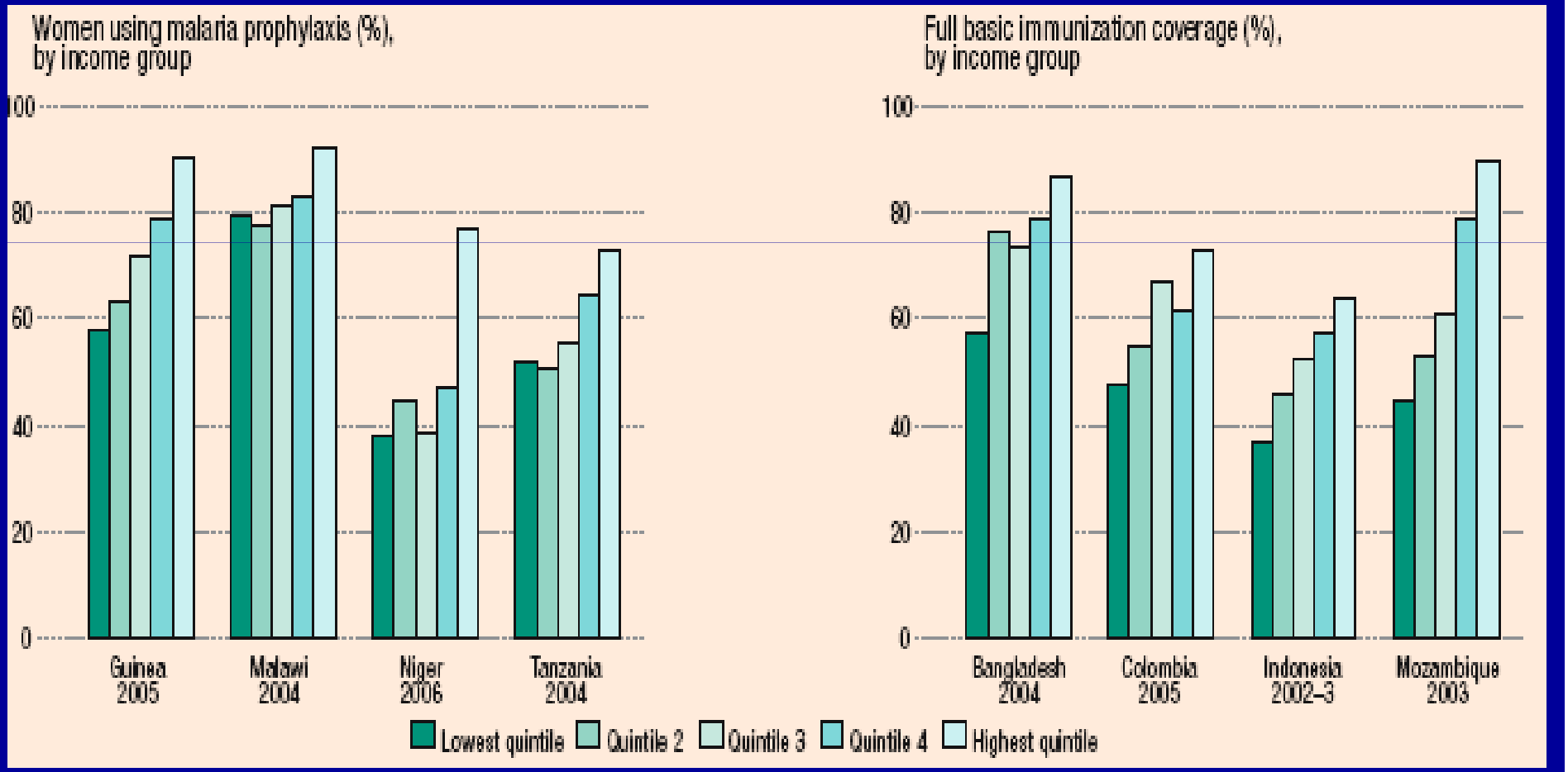
- In Europa, l'eccesso nel rischio di morte tra gli adulti di mezza età dei gruppi socio economici più bassi varia tra il 25% ed il 50% (Mackenbach, 2005).
- La prevalenza di disabilità a lungo termine nei maschi europei di 80 anni o più è del 58.8% tra quelli con minore livello di istruzione, rispetto al 40.2% quelli più con più istruzione (Huisman, Kunst & Mackenbach, 2003).
- Negli USA 886 202 morti sarebbero state evitate tra il 1991 ed il 2000 se i tassi di mortalità tra bianchi ed afroamericani fossero stati resi eguali

2.2.2) Reddito e disuguaglianze nella mortalità da AIDS al 2030.

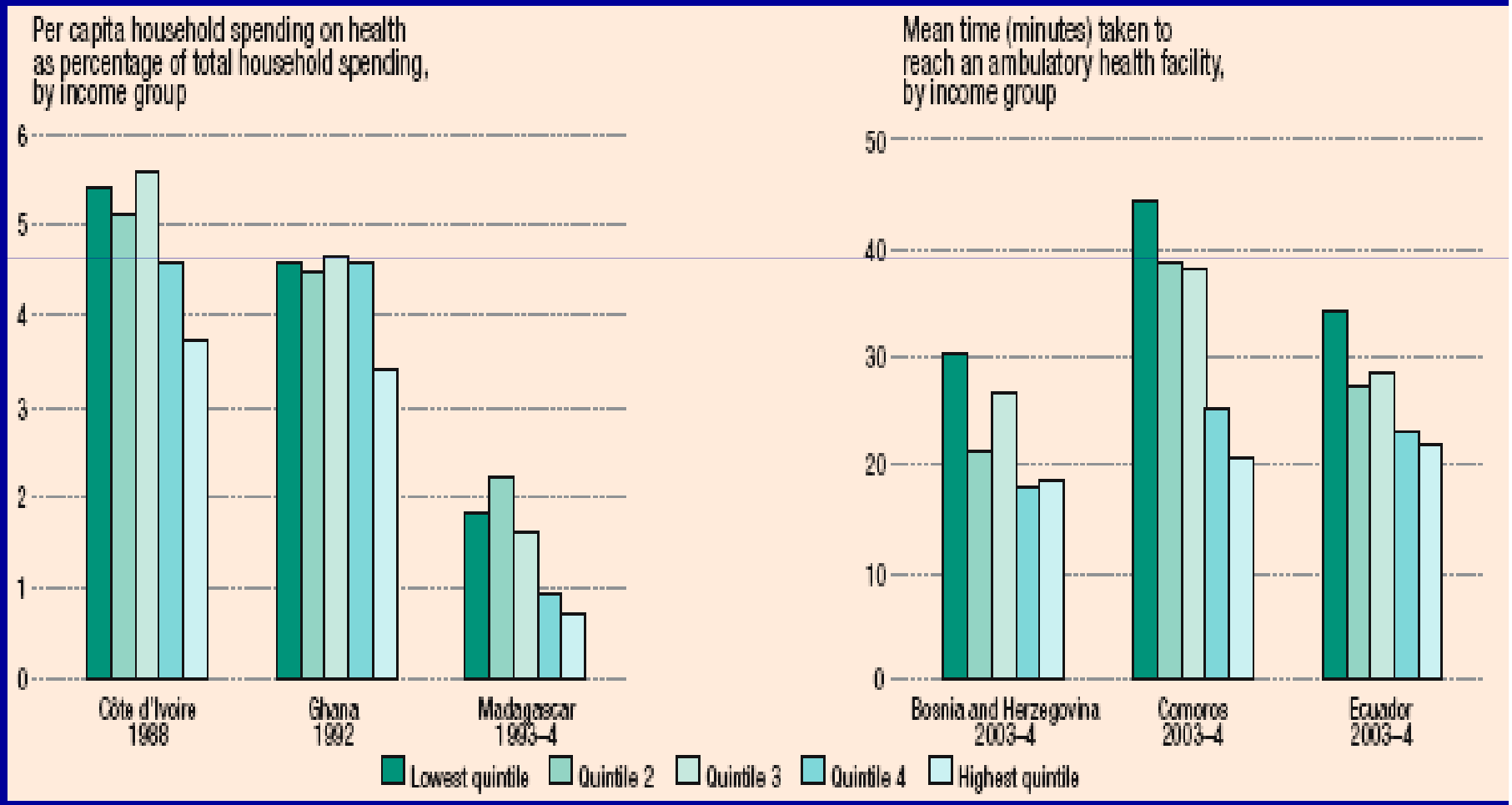
(Fonte: Mathers D and Loncar D, 2006 www.plosmedicine.org)



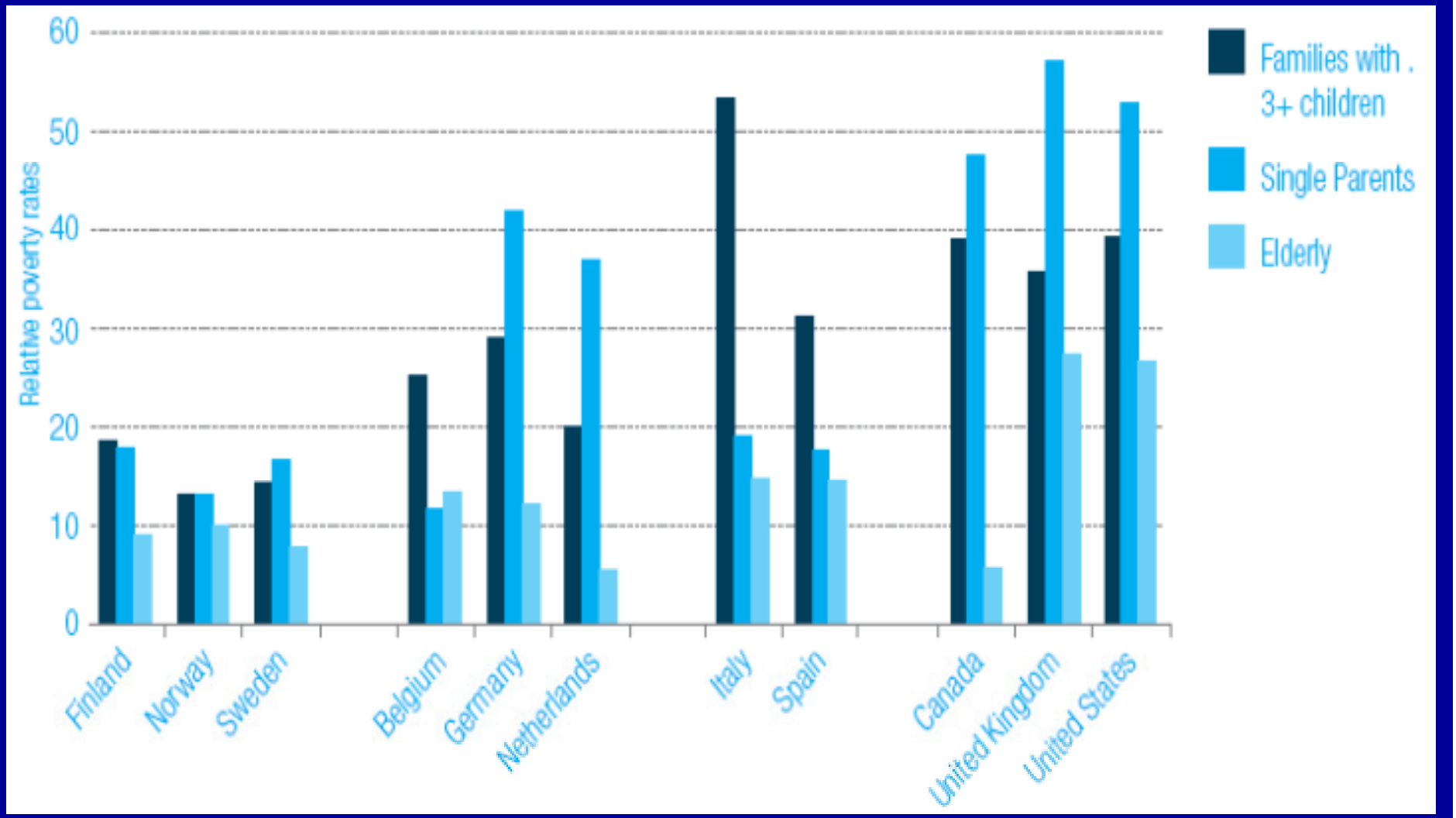
2.2.3) Reddito e disuguaglianze nell'accesso alle cure (Fonte: OMS 2008)



2.2.4) Reddito e disuguaglianze nell'accesso alle cure (Fonte: OMS 2008)

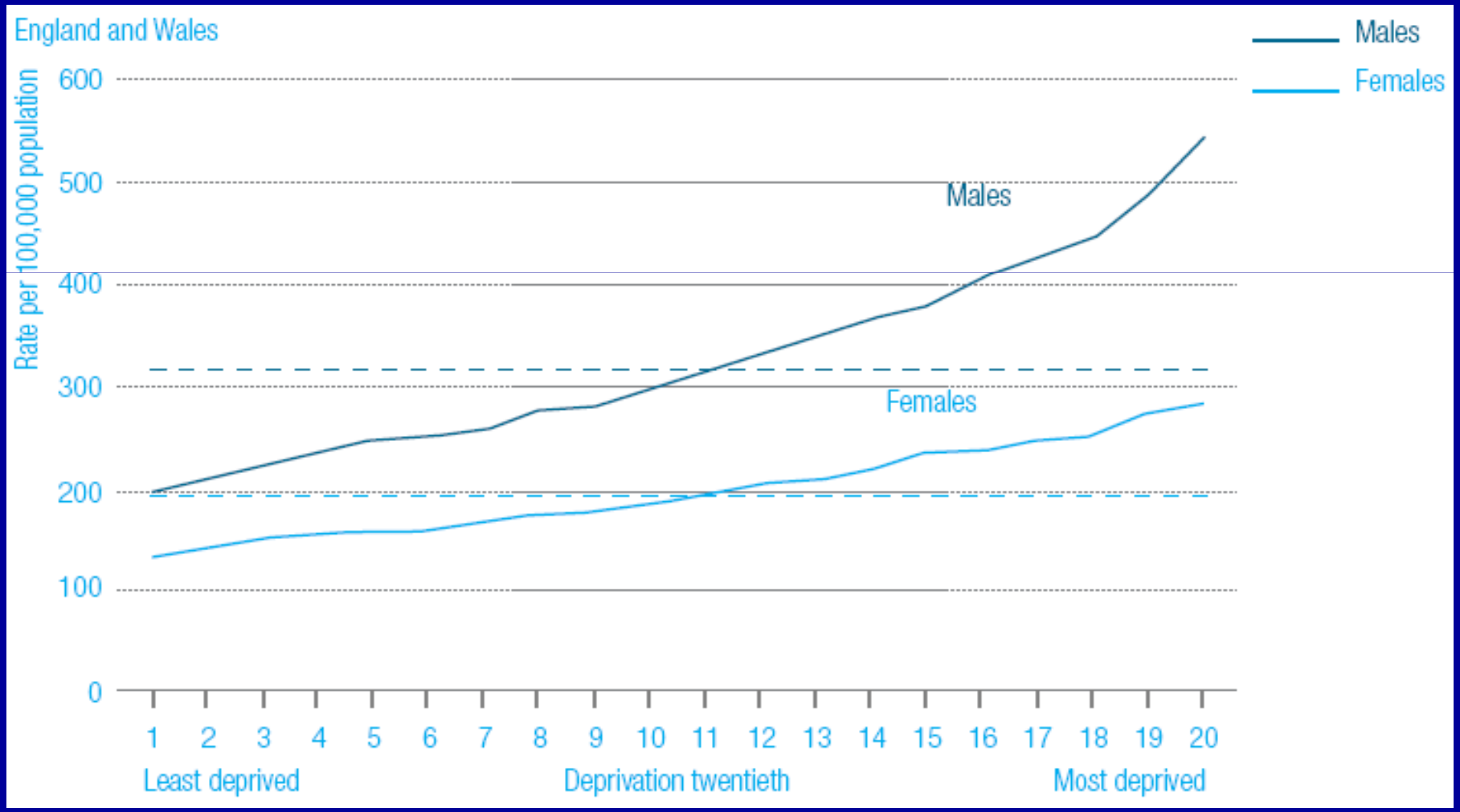


2.2.5) Tassi di povertà relativa in 11 paesi ad alto reddito per tre categorie e rischio. (Fonte CSDH 2008)



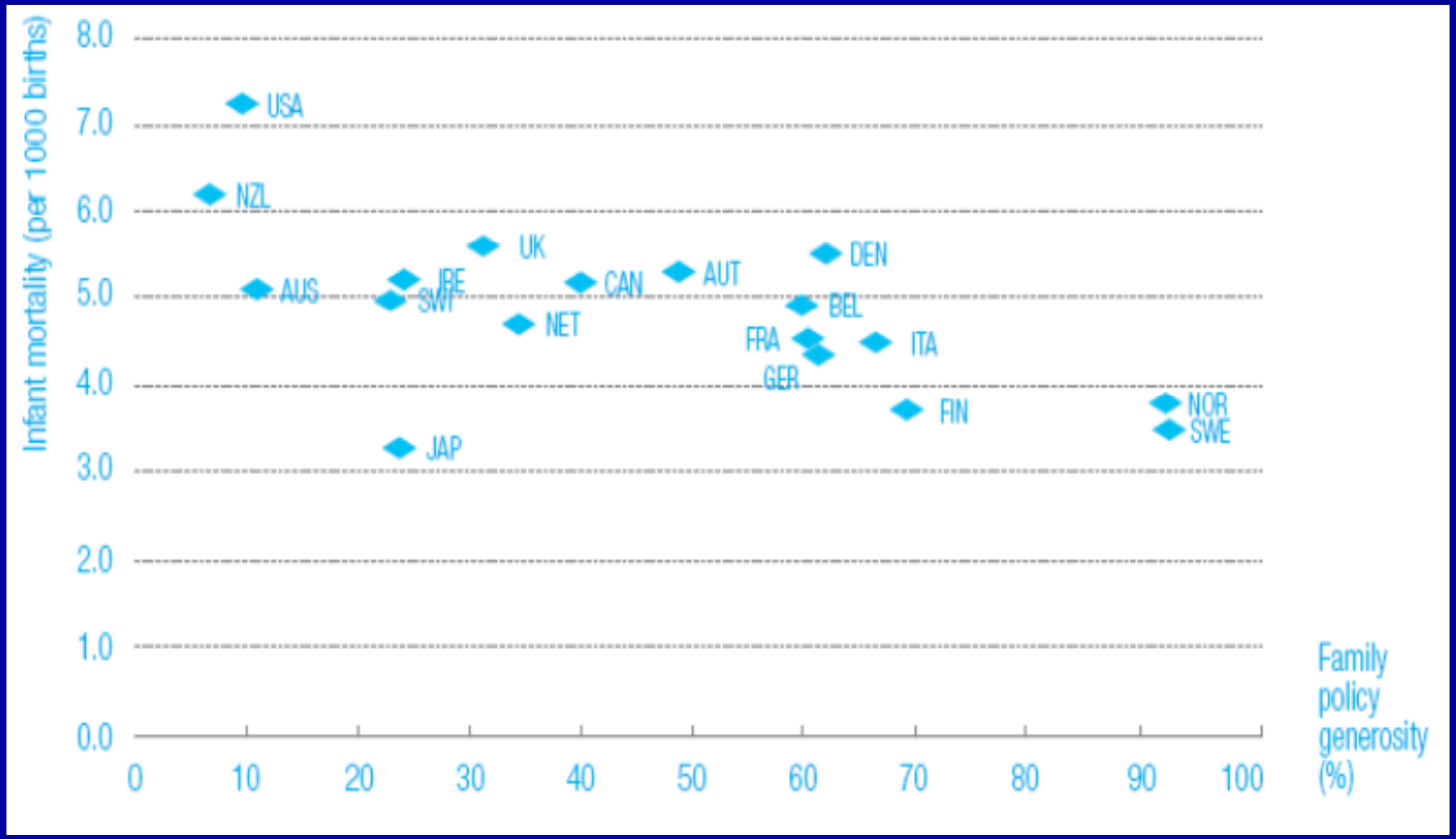
2.2.6) Deprivazione sociale e tassi di mortalità per tutte le cause in uomini e donne di età 15 -64 anni, std per età

(Fonte CSDH, 2008).



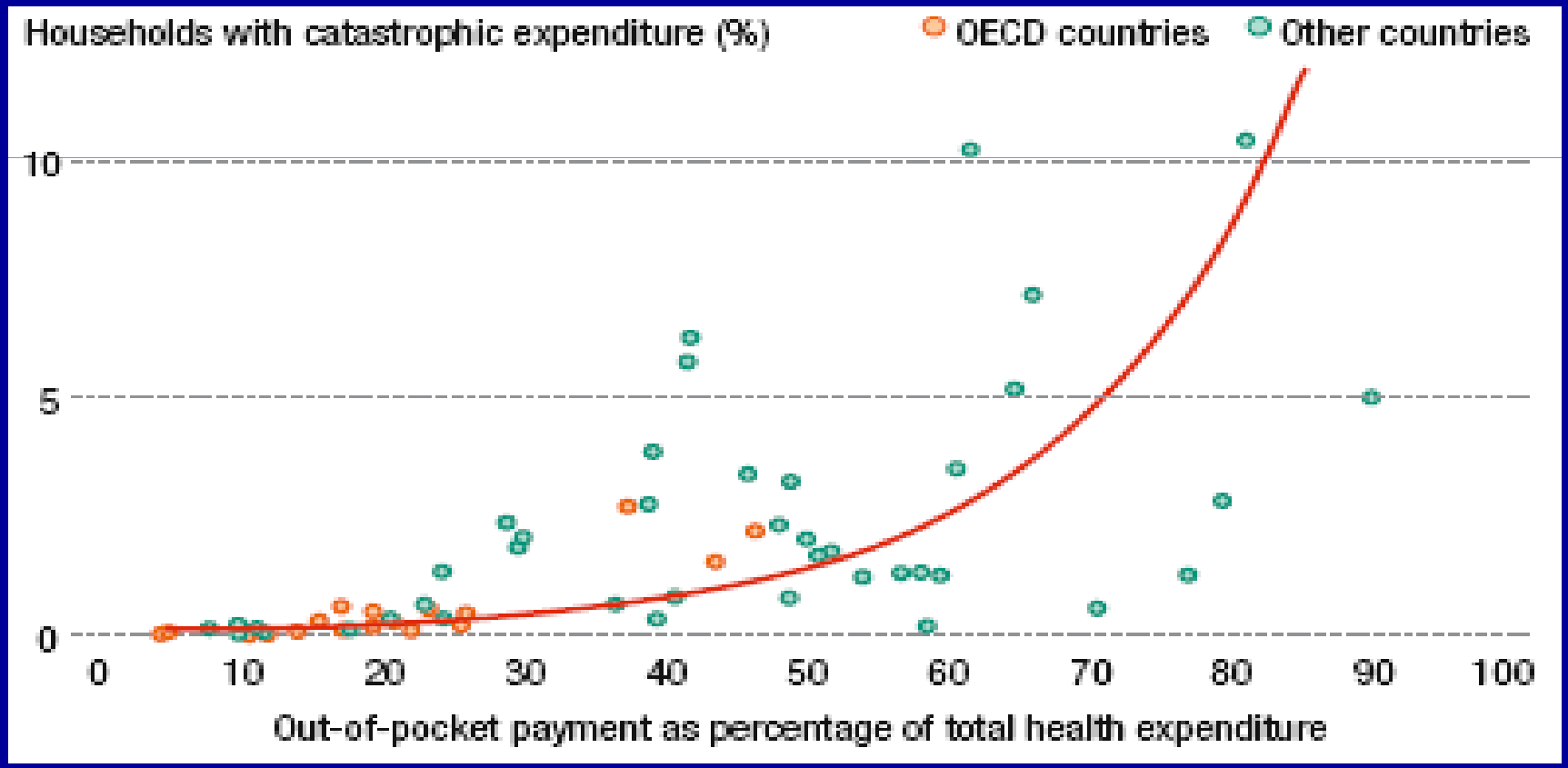
2.2.7) Generosità delle politiche di sostegno alle famiglie e mortalità infantile in paesi ad alto reddito

(Fonte CSDH, 2008)



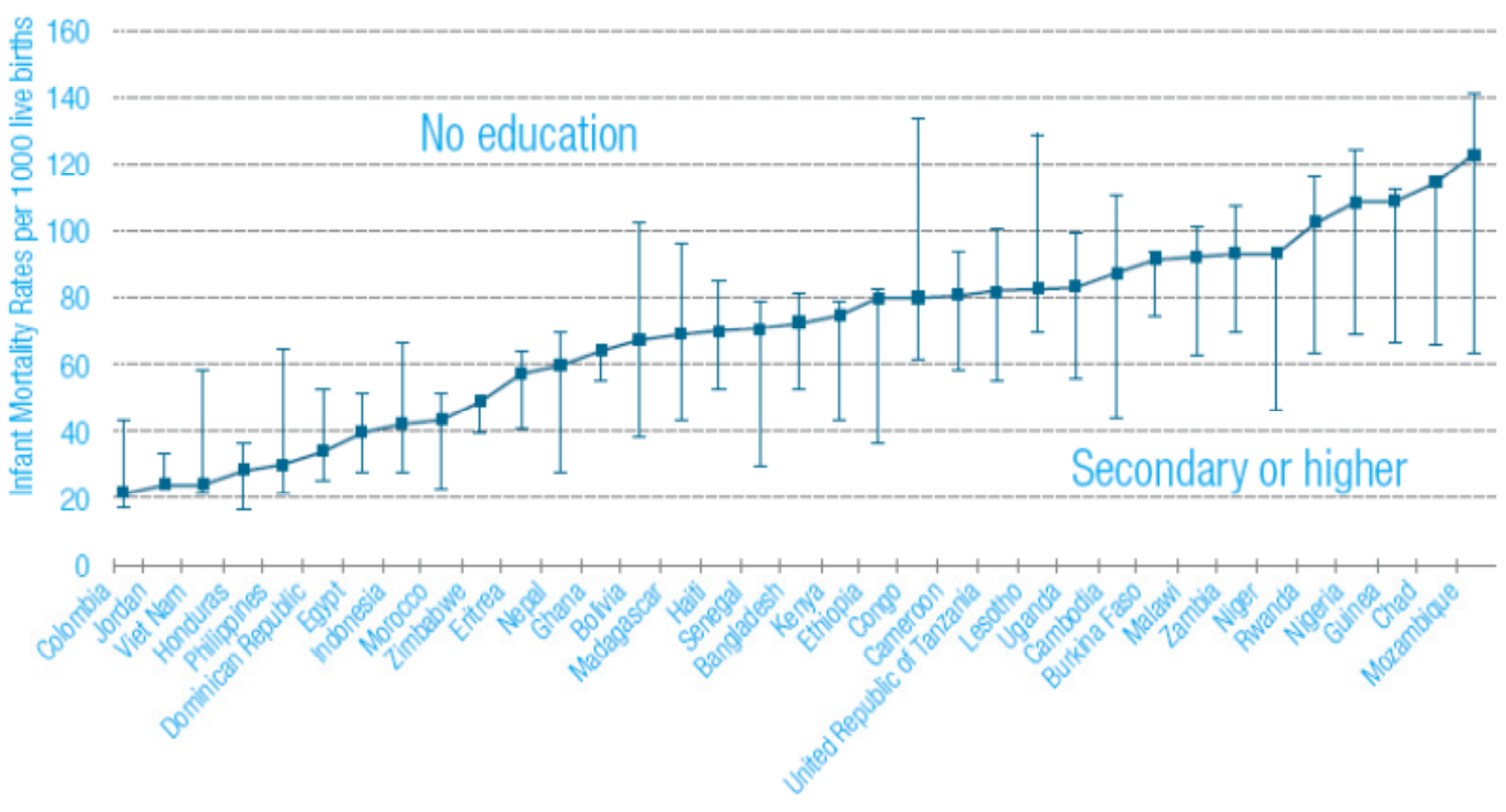
2.2.8) Percentuale di famiglie che vanno incontro a spese catastrofiche da pagamento di tasca propria di cure mediche

(Fonte OMS 2008)



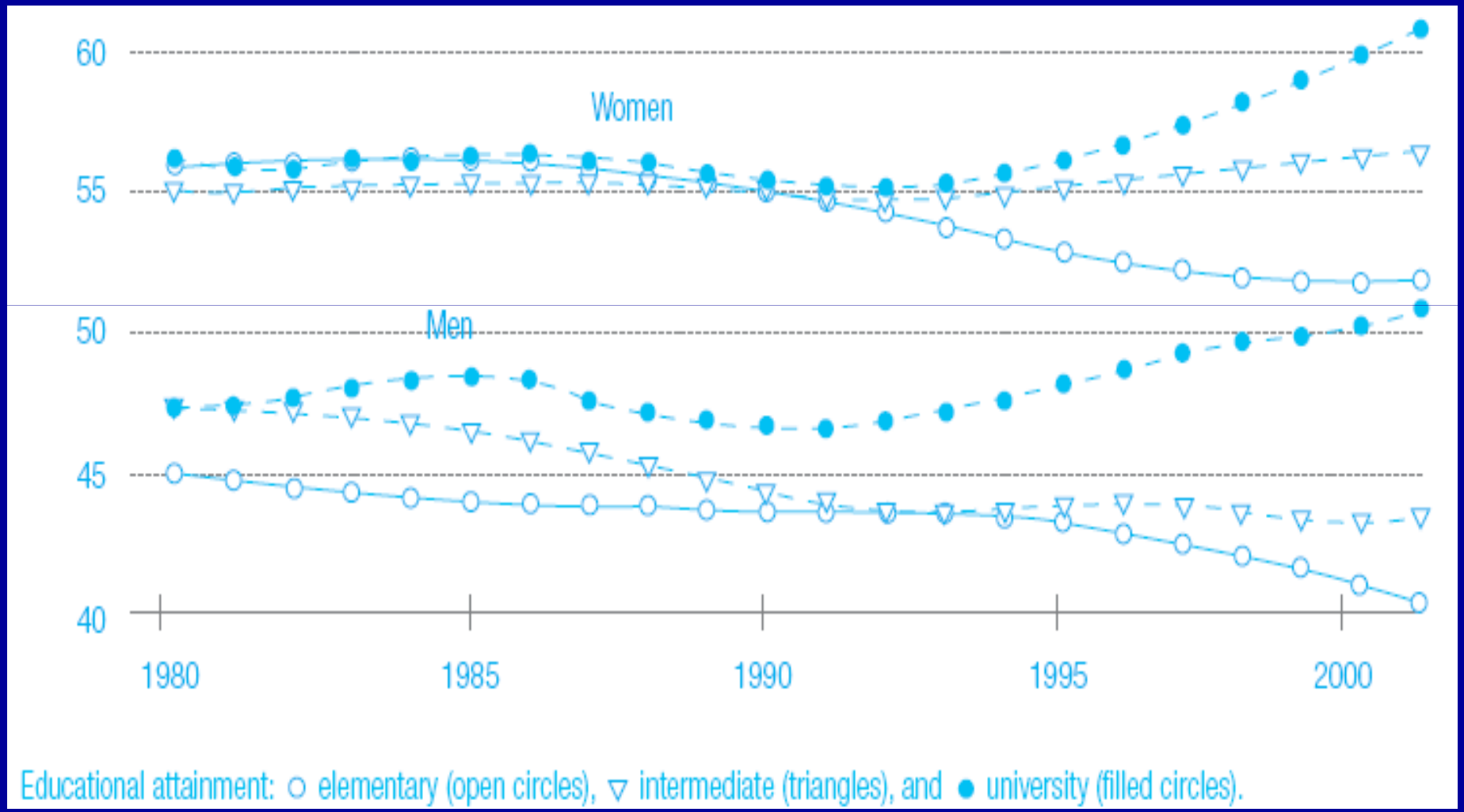
2.3.1) Istruzione materna e disequità nei tassi di mortalità infantile tra ed all'interno di definiti paesi

(Fonte: CSDH, 2008)



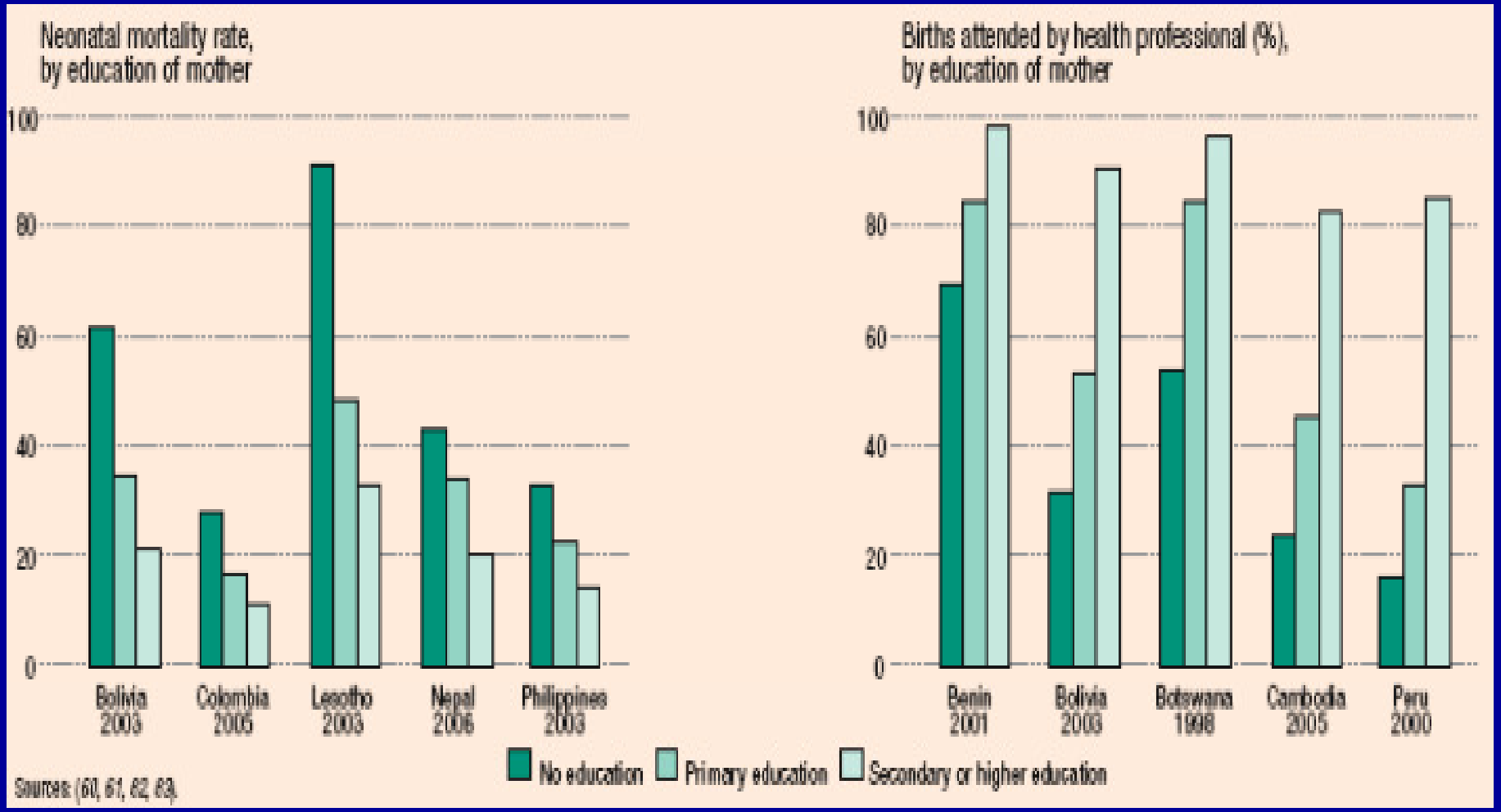
2.3.2) Trend della speranza di vita di uomini e donne di 20 anni per livello di istruzione nella Federazione Russa.

(Fonte: CSDH, 2008)



2.4.1) Livello di istruzione e disuguaglianze nella salute e nell'accesso alle cure

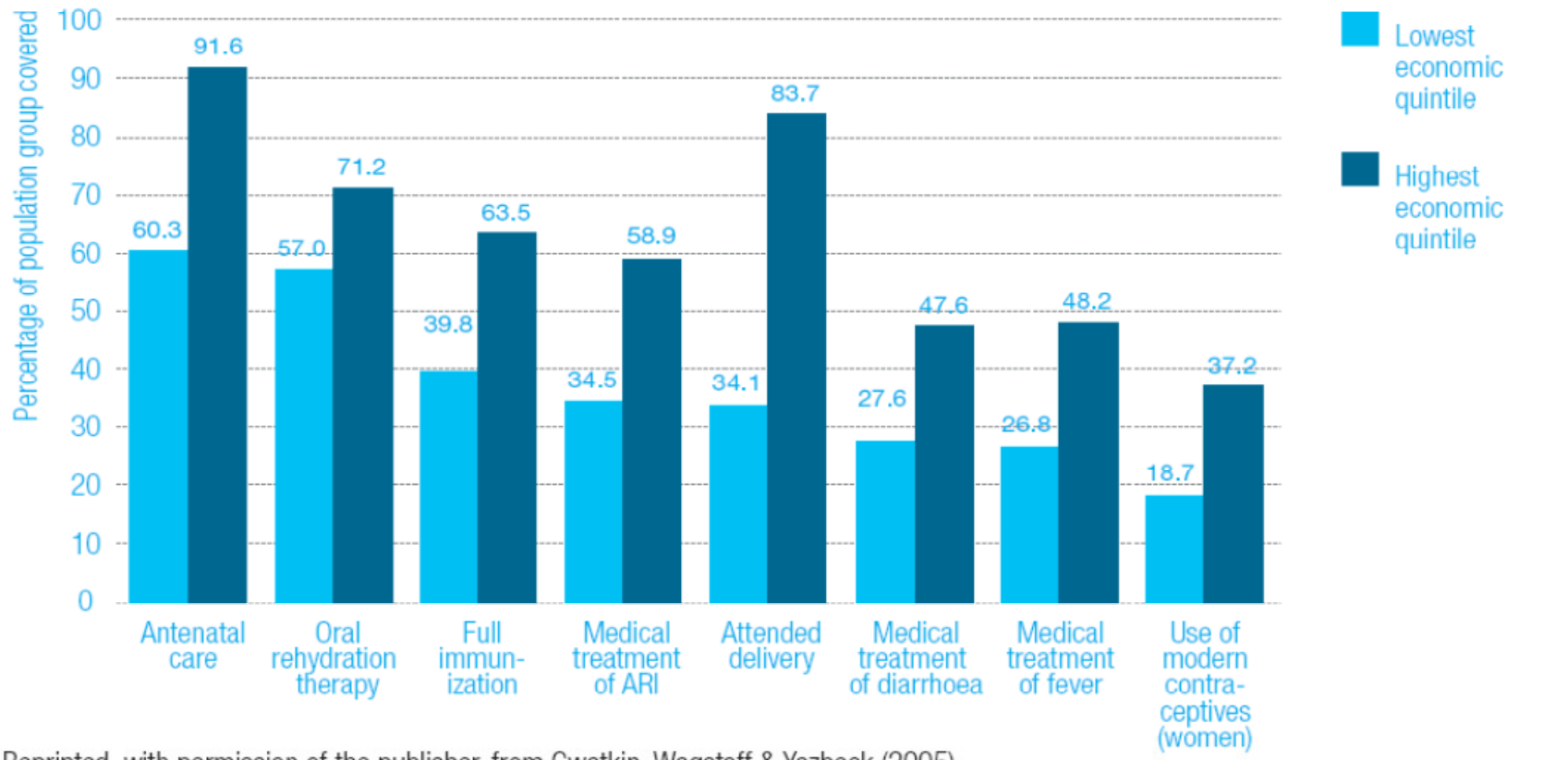
(Fonte: OMS 2008)



2.4.2) Disuguaglianze nella salute e accesso ai servizi sanitari

(Fonte: CSDH, 2008)

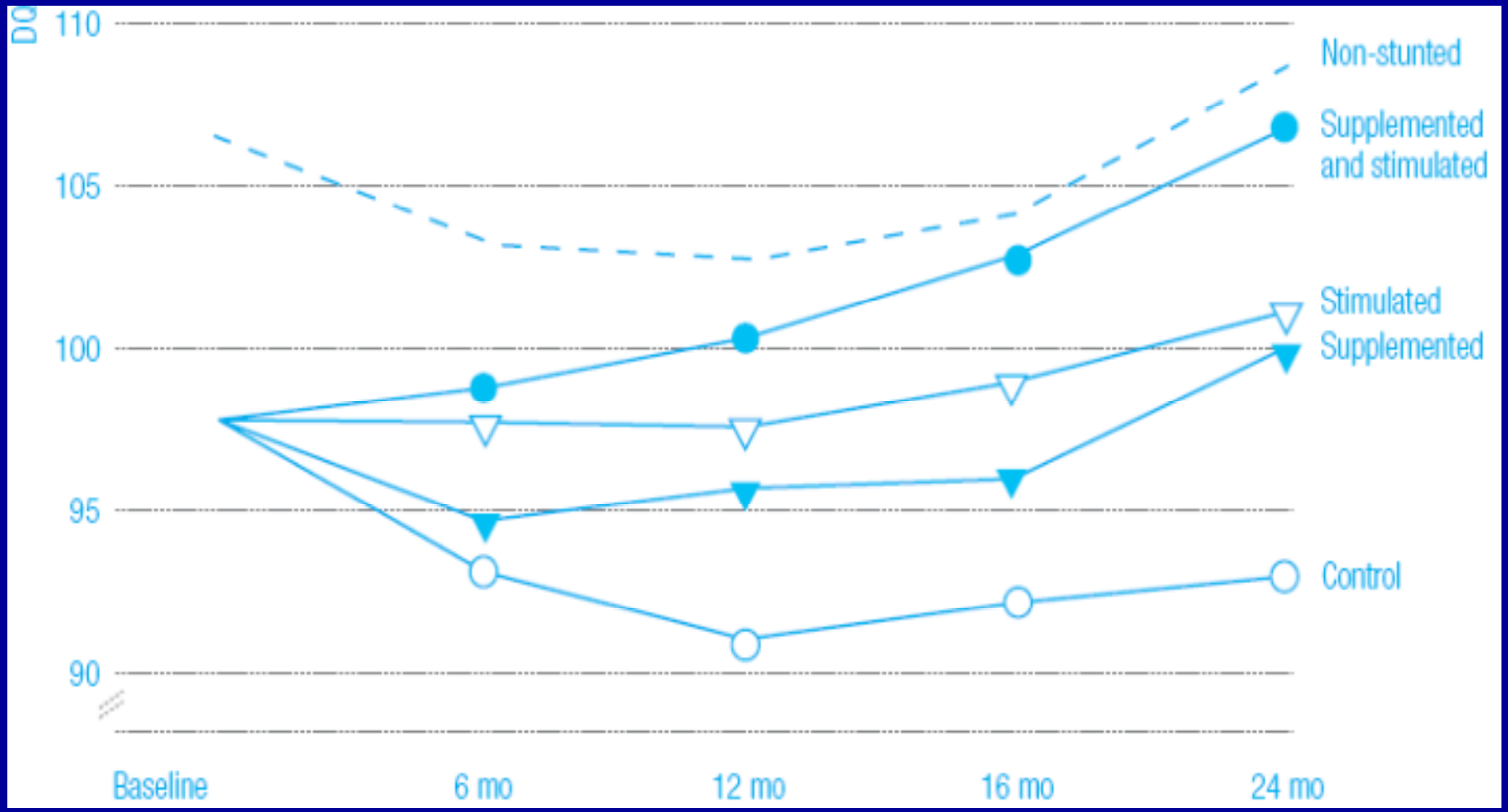
Use of basic maternal and child health services by lowest and highest economic quintiles, 50+ countries.



Reprinted, with permission of the publisher, from Gwatkin, Wagstaff & Yazbeck (2005).

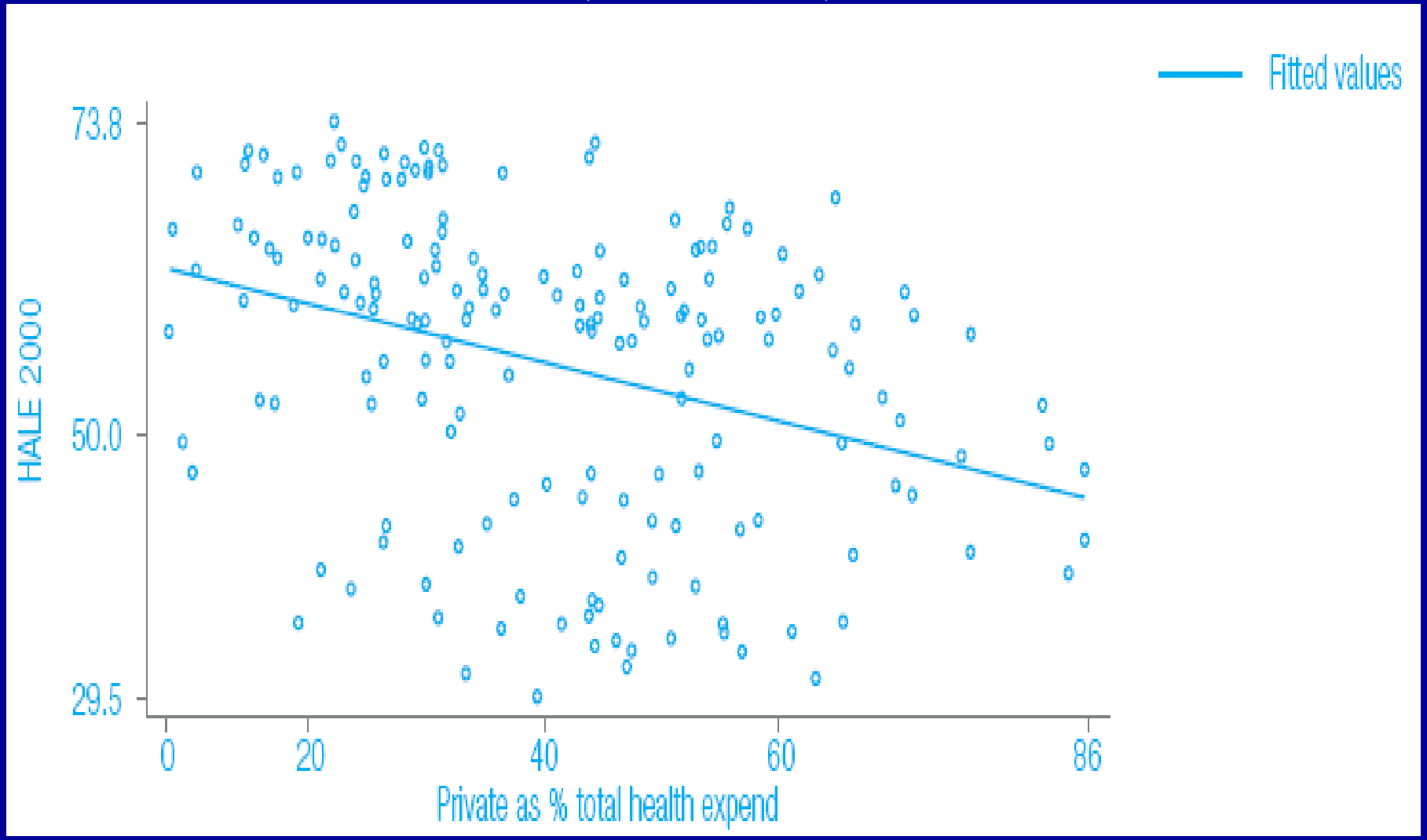
2.4.3) Politiche sanitarie ed accesso alle cure efficaci: effetti di trattamenti diversi su bambini con rachitismo; studio intervento di due anni, Giamaica

(fonte CSDH, 2008)



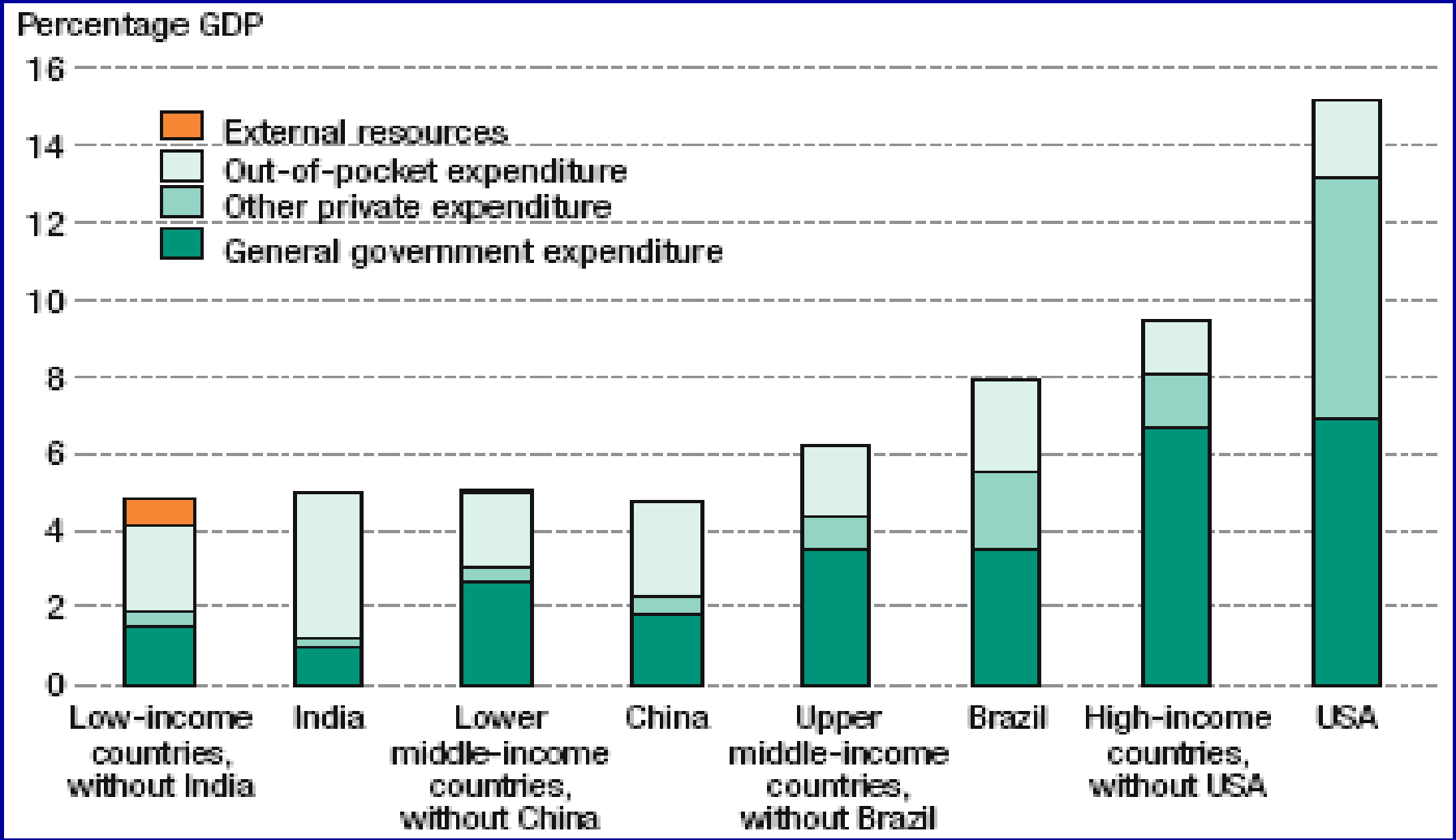
2.5.1) Impatto sulla salute del "privato" in sanità: Speranza di vita in buona salute e % di spesa privata sul totale della spesa sanitaria nel 2000

(Fonte: CSDH, 2008)



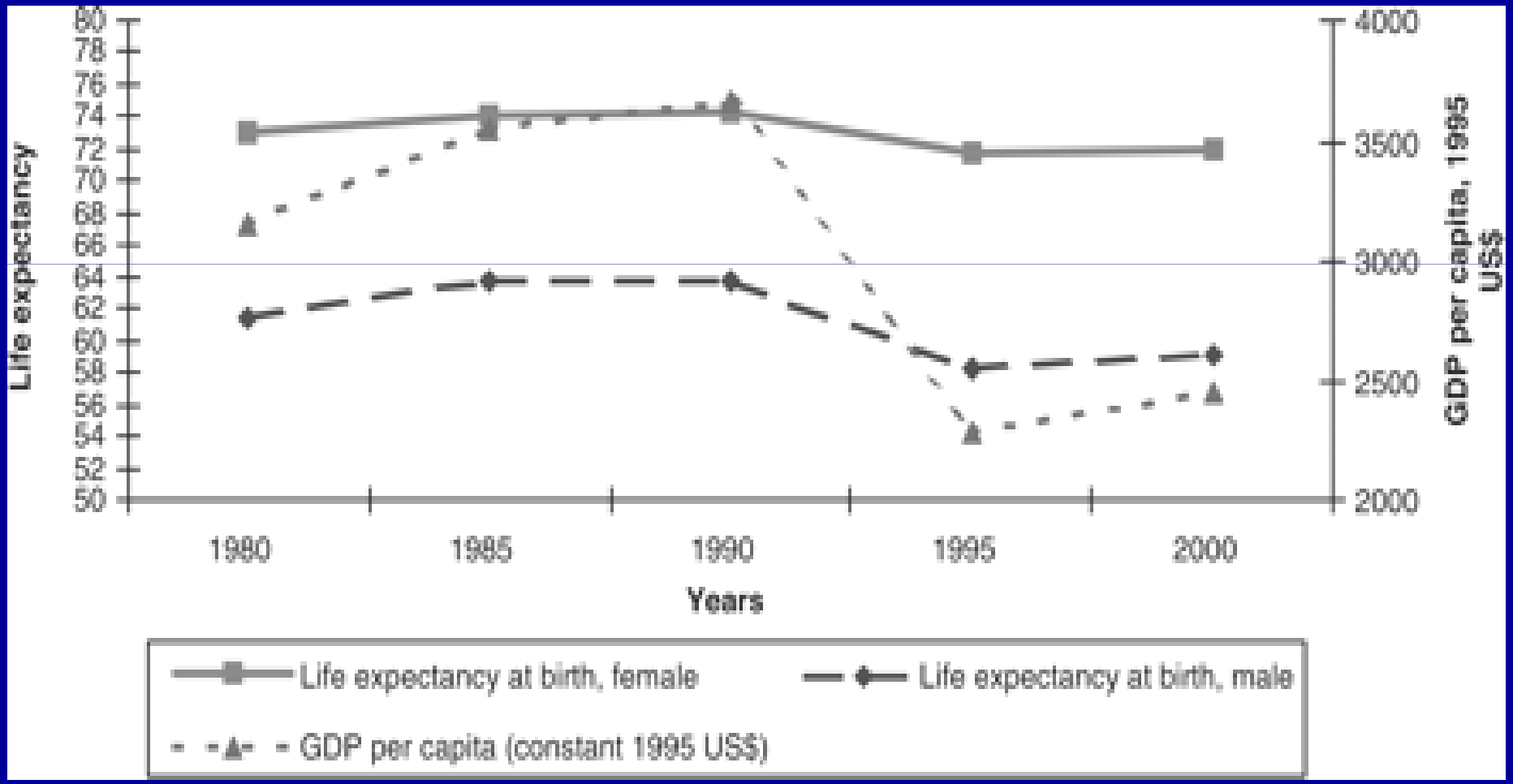
2.5.2) Percentuale del prodotto interno lordo usato per la salute

(Fonte: OMS 2008)



2.5.3) Impatto sulla salute del "privato" in sanità: Prodotto interno lordo e speranza di vita alla nascita. Maschi e femmine, 1980 – 2000 ex Urss.

(Fonte Kunitz JS, 2007)

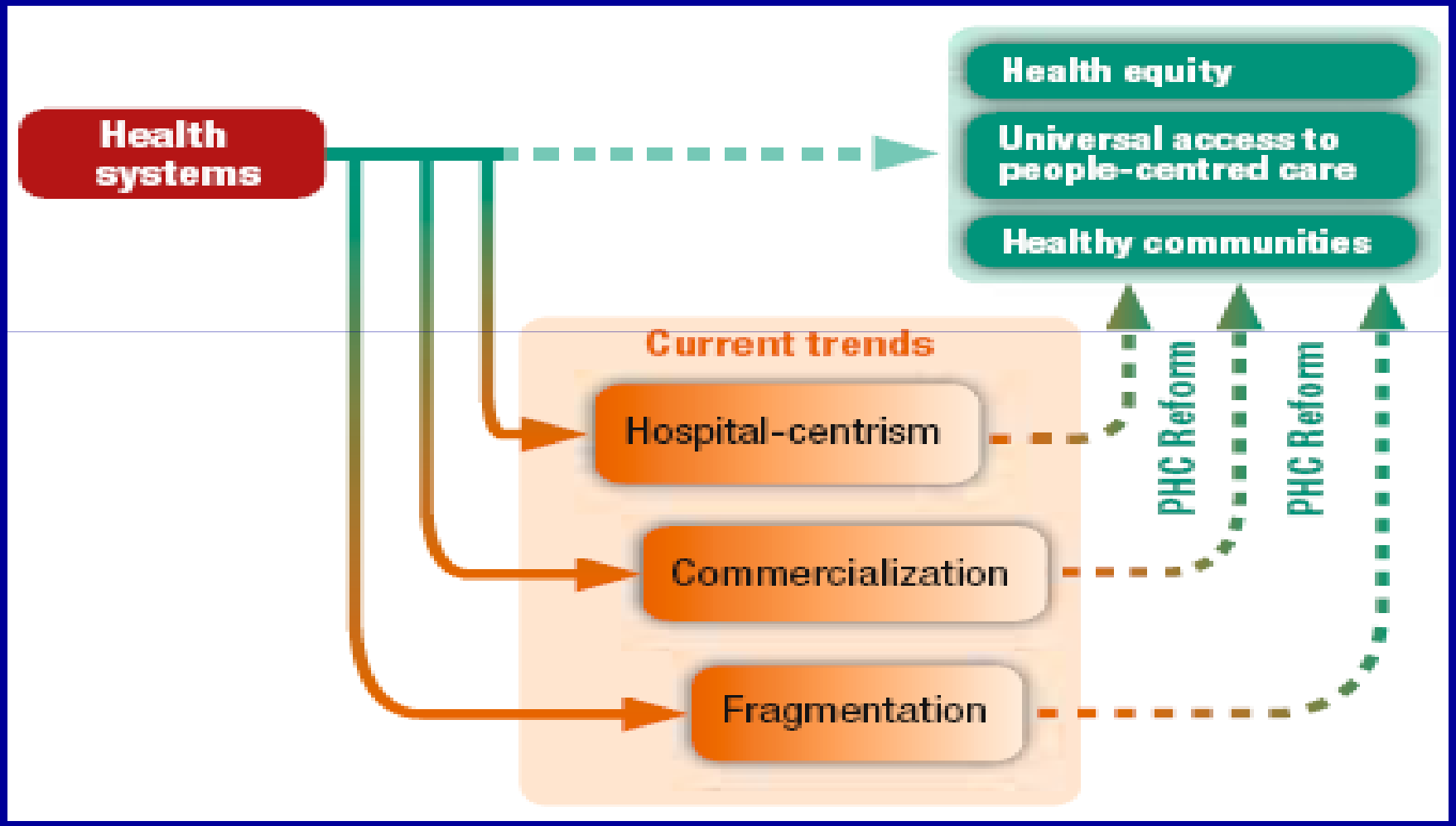


2.5.4) Costi delle assicurazioni sanitarie negli USA

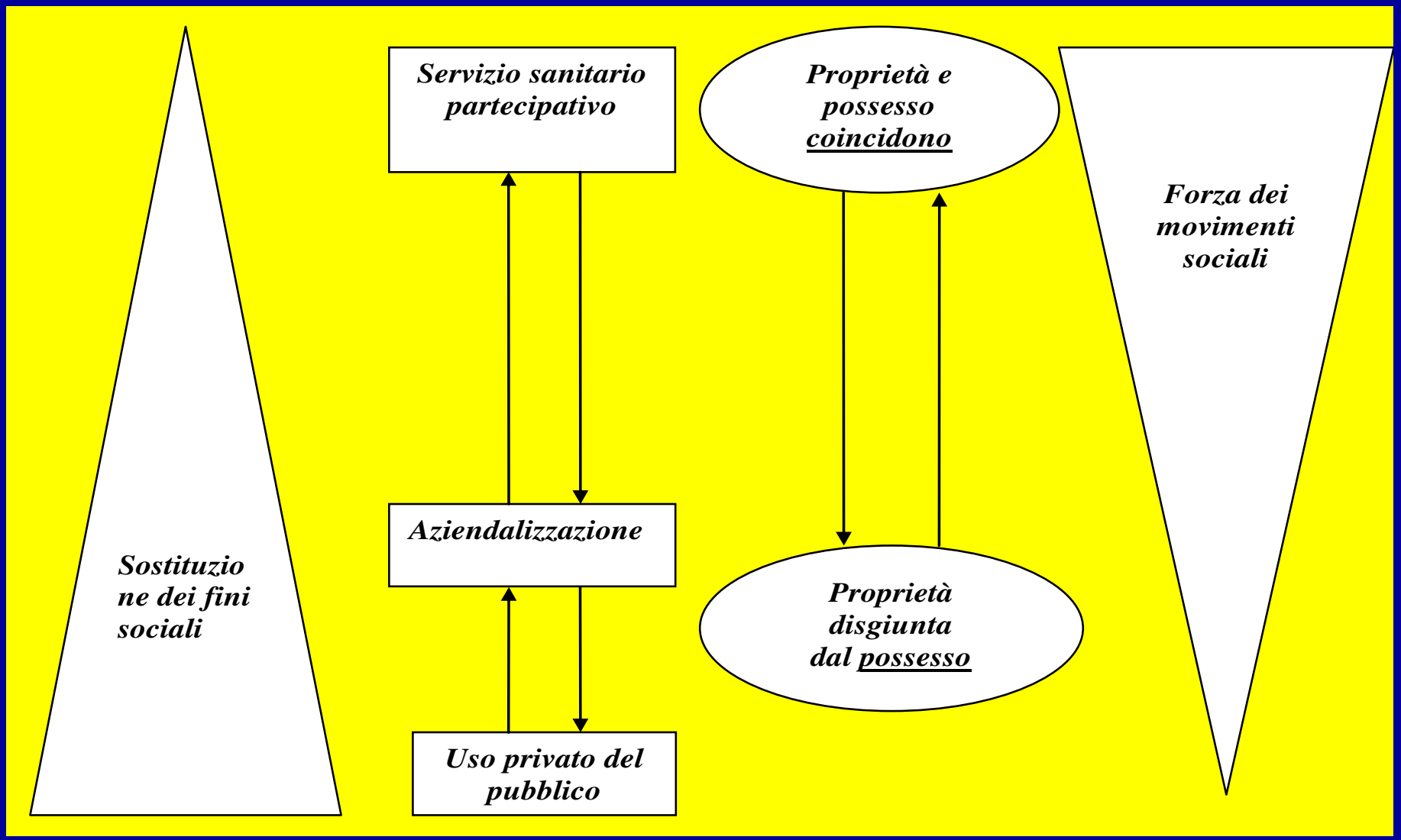
- Nel 2007 il totale nazionale delle spesa sanitaria:
  - ha rappresentato il 16% del PIL;
  - è cresciuto del 6,9%, più di due volte del tasso di inflazione;
  - la spesa pro capite è stata pari a $7600 a persona.
- Nel 2017 la spesa sanitaria totale è stimata al 20% del PIL
- Gli USA spenderebbero ogni anno $480 miliardi di dollari in più rispetto alle nazioni europee con una copertura sanitaria universale
- Secondo gli esperti il servizio sanitario USA presenta inefficienze, spese amministrative eccessive, prezzi inflazionati, cattiva gestione, cure inappropriate, ambienti sporchi e frodi.

2.5.5) Sostituzione dei fini da parte dei dei sistemi sanitari pubblici

(Fonte OMS 2008)

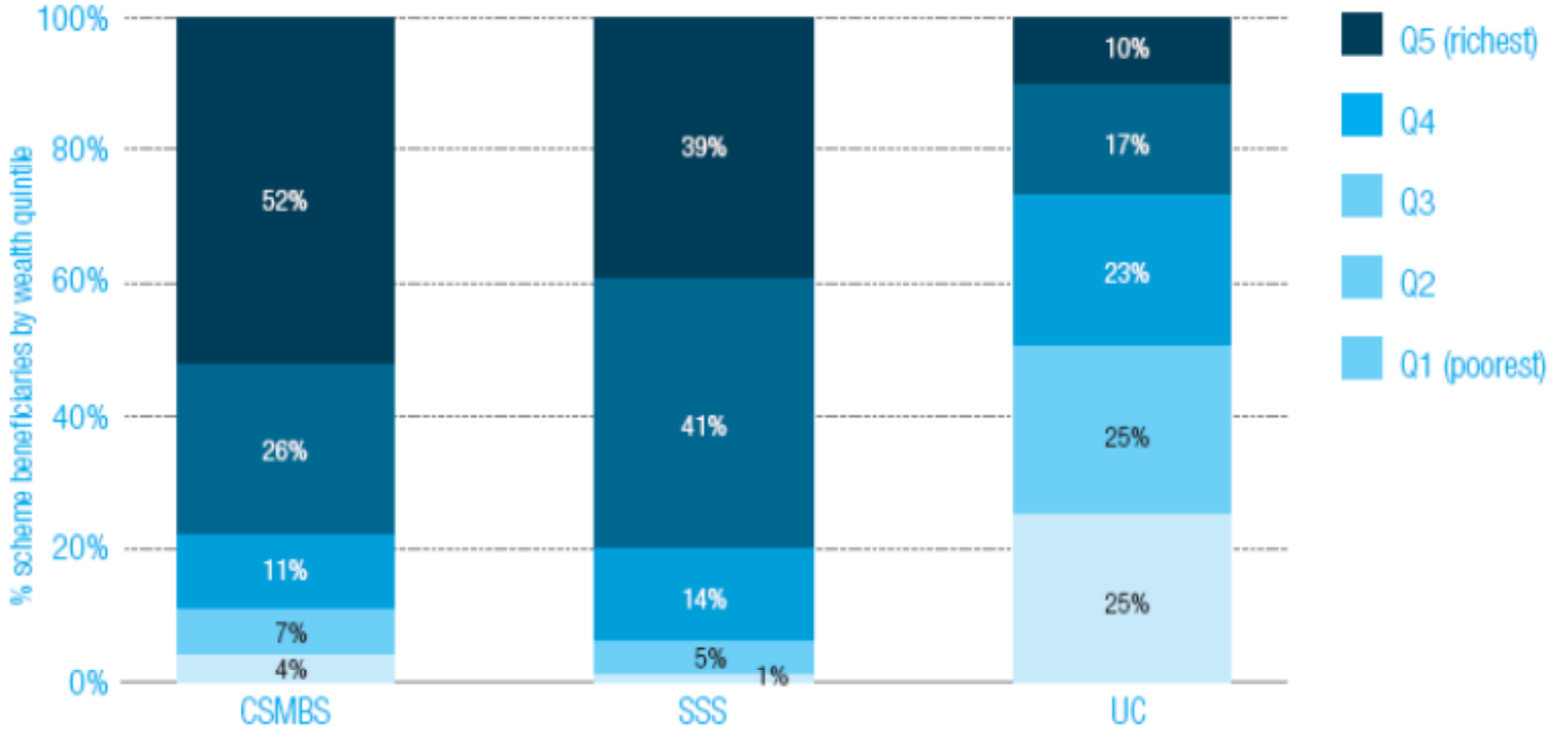


2.5.6) Relazioni tra proprietà e possesso sul servizio sanitario in funzione della partecipazione espressa dai movimenti sociali.



3.1) Indicazioni OMS: copertura sanitaria universale

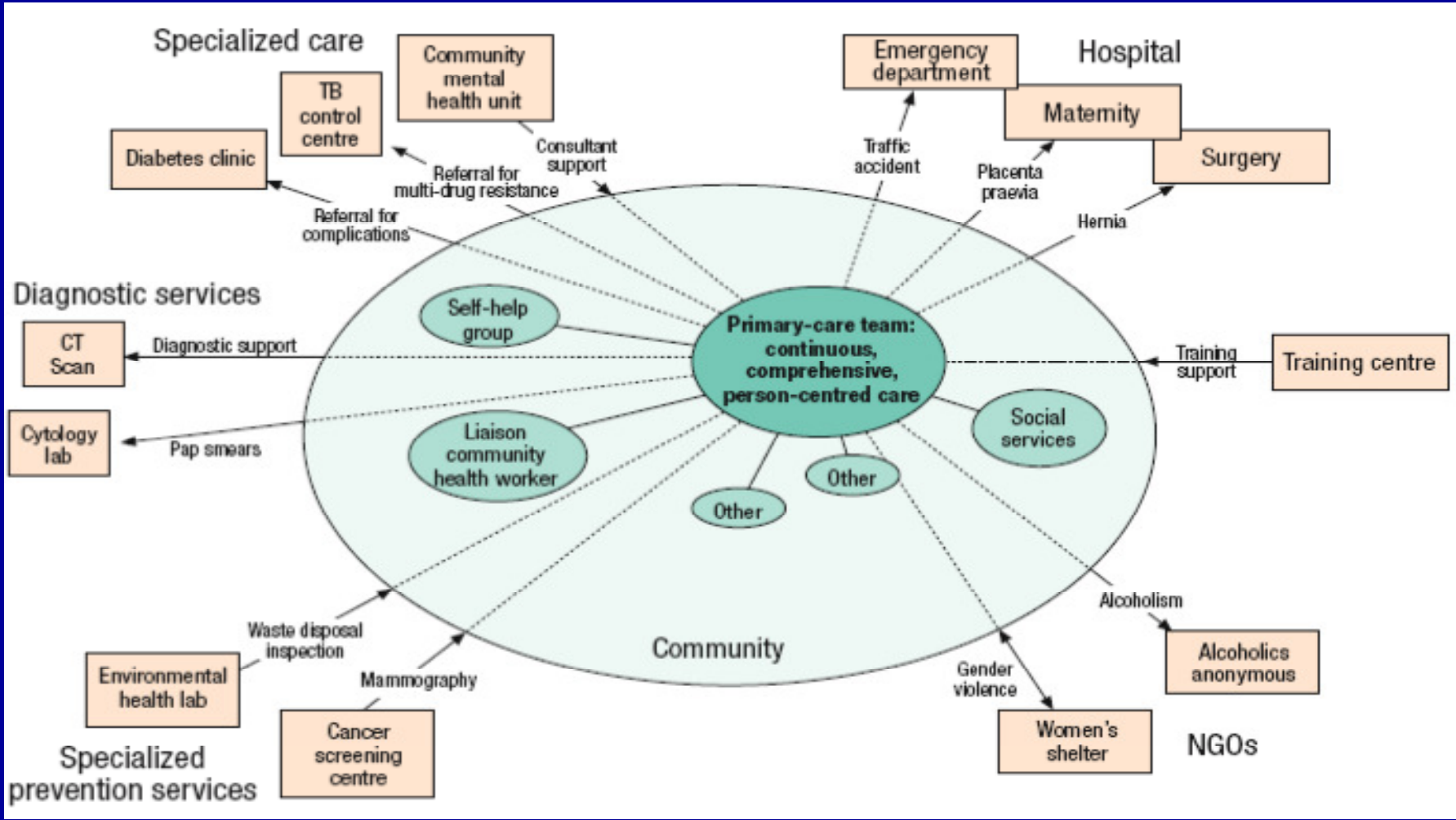
(Fonte CSDH 2008)



CSMBS = Civil Service Medical Benefits Scheme; SSS = Social Security Scheme; UC = Universal Coverage Scheme; Q = wealth quintile.

3.2) Indicazioni OMS: Riorganizzazione dei servizi sanitari attorno alle esigenze e alle aspettative delle persone, per garantire a tutti *cure primarie*

(Fonte OMS 2008a)



3.3) Indicazioni OMS: governare le interazioni sistemiche nella società globale

- Nelle ultime decadi, per effetto della globalizzazione, l'integrazione tra i mercati è cresciuta:
  - comportando cambiamenti nei lavori, nell'occupazione e nelle condizioni di lavoro;
  - accelerando la commercializzazione di beni e servizi, talora con benefici, talaltra con effetti disastrosi;
  - portando alla stipula di accordi che hanno dimostrato di avere grandi impatti sulla salute, sui determinanti sociali e sulla equità nella salute

- Occorrono forti cautele nella stipula di questi accordi
  - prima della stipula di accordi globali è vitale comprenderne l'impatto sulla situazione esistente.
  - Le valutazioni disponibili dell'impatto sulla salute di tali accordi suggeriscono con forza che i paesi firmatari devono prevedere norme che garantiscano flessibilità applicativa in caso di effetti avversi sulla salute e sulla equità nella salute, con criteri trasparenti per monitorare le modificazioni.
  - La leadership del settore pubblico non deve far venire meno le responsabilità del settore privato: al riguardo iniziative come la responsabilità sociale di impresa hanno mostrato finora limitate evidenze di impatto reale.

3.4) Nuove modalità di direzione per i nuovi servizi sanitari

Da..		***A…***
Figure monocratiche che esercitano il possesso dell'organizzazione sanitaria	*Attori* →	*Portatori dei bisogni* di salute/assistenza *e delle conoscenze* utili a risolverli
Dire a cittadini e professionisti *cosa devono fare;* *Esercitare comando* sulla eccedenza di bisogni e conoscenze	*scopo* →	Creare *senso e immaginario* per un atteggiamento *impegnato* degli attori del sistema *Includere, condividere e favorire convergenze* Risolvere i *problemi di salute prioritari*
Separazione tra *progettazione e controllo* da un lato e ***esecuzione*** dall'altro	*architettura* →	*Progettazione e valutazione condivisa* nel quadro del miglioramento continuo della qualità

3.5) Indicazioni OMS: *trasformare i sistemi informativi in strumenti per la riforma dei servizi sanitari basata sul sistema di cure primarie*

Da..		***A…***
Ministro della Salute	*destinatari* →	*Molteplici utilizzatori*, produttori, portatori di interessi
Monitoraggio routinario su: - morbosità - uso risorse - prodotti dei servizi	*scopo* →	*Produrre intelligenza* per comprendere le sfide *Monitorare la performance* attraverso i fini sociali *Identificare i limiti* del sistema
Il flusso di informazioni segue la *gerarchia verticale* del settore pubblico	*architettura* →	*Reti conoscitive aperte* con collaborazione di più istituzioni; trasparenza come requisito essenziale

4) Problemi aperti ed aree di approfondimento

- La Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'OMS sostiene che ***"…la assistenza sanitaria non è una merce del mercato ma un bene comune"***

  (CDSH 2008, op cit, pag 95)
- Quali caratteristiche dovrebbe avere una sanità gestita come "bene comune" ?

- Approfondimenti sulla tematica della equità nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari in Umbria
- Come vengono scelti i cut off nelle malattie cronico degenerative?

- Come valutare l'impatto sulla salute dei determinanti in modo da poter confrontare diverse situazioni e valutare politiche

Bibliografia

- CSDH (2008): *"Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health."* Geneva, World Health Organization.
- Vineis P, Satolli R. *"I due dogmi. Oggettività della scienza e integralismo etico*" Feltrinelli, 2009.
- WHO (1998): " *Social determinants of health: the Solid facts".* WHO, Regional Office for Europe, Cophenagen,
- WHO (2003): " *Social determinants of health: the Solid facts. Second edition".* WHO, Regional Office for Europe, Cophenagen,
- *WHO (2007): "WHO mortality database"*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Tables; http:// www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html, accessed 1 July 2008).
- WHO (2008a): *"The world health report 2008 : primary health care now more than ever."* WHO Geneva.
- WHO (2008b): *"Protecting health from climate change - World Health Day 2008"*. WHO Geneva
- WHO (2009): *"Protecting health from climate change: global research priorities."* Who Geneva