

Due buone notizie sulla *Health Equity*

Giancarlo Biasini
Direttore di *Quaderni acp*

Parole chiave *Marmot. Health Equity. Riforma sanitaria USA*

– La prima in ordine di tempo viene dalla Gran Bretagna ed è del 12 febbraio quando è stato pubblicato *Fair Society, Healthy Lives: the Marmot Review*, un documento che ha lo scopo di ridurre le disuguaglianze di salute in Gran Bretagna. Michael Marmot ha presieduto la Commissione della Organizzazione Mondiale della Sanità sui determinanti sociali della salute. Nel novembre del 2008 il ministro della Sanità inglese, Alan Johnson, gli ha affidato il compito di effettuare un tentativo di applicazione alla Gran Bretagna dei risultati della Commissione che nell'agosto del 2008 identificò tre principi per ridurre le disuguaglianze in salute: migliorare le condizioni di vita; mettere mano alla ineguale distribuzione del potere, della ricchezza e delle risorse; progettare azioni in tal senso e valutarle in itinere. Il tentativo di Marmot è dare indicazioni per convertire questi principi in pratiche politiche valide per l'UK. Tutto questo è possibile? Sì, dice il rapporto, ma solo se *Health Equity* diviene un principio che diventa la base del NHS. Se le disuguaglianze in salute sono una conseguenza di altre disuguaglianze, sociali o di literacy, occorre por mano a quelle e le azioni non possono essere rivolte solo ai più svantaggiati, ma con sorta di "proporzionate universalism" a tutto il popolo secondo il grado di svantaggio. Il rapporto indica 6 rilevanti obiettivi politici, ma cruciale è garantire a ogni bambino la migliore partenza possibile in modo da garantire a tutti, bambini, giovani e adulti, di realizzare il massimo delle loro possibilità. Per i bambini le raccomandazioni sono di concentrare le spese di sostegno nei primi anni di vita nei programmi di *Sure Start*, il progetto obiettivo materno-infantile del NHS, sostenere le famiglie, concentrandosi sulla loro formazione e graduando l'impegno a seconda del bisogno. Una critica che è stata rivolta al rapporto della Commissione sui determinanti sociali della salute è stata di essere troppo ideologico. La risposta di Marmot è che, se si è trattato di ideologia, essa ha tratto le sue radici nelle evidenze. Che la popo-

lazione inglese a cominciare dai trentenni con un basso livello di istruzione abbia ogni anno 202.000 morti premature in più rispetto a quella con un alto livello di istruzione è ancora un problema di giustizia. Che un governo si sia posto un problema come questo è davvero molto consolante e Beppe Cirillo ce ne propone un ampio sunto a pagina 106. Lo offriamo all'attenzione della classe politica. La stampa italiana che è pronta a segnalare, esagerandoli, i benefici di nuovi trattamenti farmacologici di assai dubbia consistenza (Iaboli et al. <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0009829>) ha sostanzialmente ignorato questo documento.

– La seconda buona notizia viene dagli Stati Uniti ed è del 23 marzo: 940 miliardi di dollari rivoluzioneranno le cure mediche in USA. I beneficiari saranno gli "uninsured": 32 milioni di loro saranno assistiti nel 2014 e nel 2019 sarà assistito il 95% dei nordamericani. Molti degli attuali non assicurati hanno paradossalmente un lavoro, ma sono soggetti ad arbitri da parte dei loro datori di lavoro affidandoli a compagnie che in realtà non li assicurano completamente, limitando le malattie per le quali sono assicurati o il tempo della loro assicurazione. Con il nuovo sistema queste due condizioni finora permesse saranno vietate. Si ridurranno i limiti al Medicare e al Medicaid, i programmi per gli anziani e i poveri, che attualmente coprono il 28% della popolazione, nei quali però esistono falle assistenziali che mettono a repentaglio la salute degli assistiti: il fondo Medicare è stato aumentato del 10% per 5 anni. Il costo finanziario dell'operazione di Obama è pauroso e si stima che raggiunga il 19% del PIL. Ci sono alcuni tentativi di risparmio. Fra questi il tentativo di passare (*Innovation Center*) a una valutazione diversa dei costi: dal *fee for service* al *pay for performance*, cioè dal pagamento per qualità invece che per quantità. È un tentativo innovativo ma tutto da costruire che potrebbe essere importato anche in altri sistemi sanitari; altri obiettivi sono quelli di controllare e di penalizzare le eccessive riammissioni negli ospedali, la pato-

logia contratta in ospedale e l'utilizzo dell'informatica per ridurre i costi del passaggio in cura da un ospedale o da un centro di cura a un altro o per ridurre le conseguenze della competizione e della innovazione tecnologica e dell'uso dei farmaci (*blockbuster drugs*) che sono alla base degli sforamenti del sistema sanitario americano. In questo ambito una speranza può essere data da un nuovo medico di base americano che deve nascere dall'accademia con nuove attenzioni all'area delle cure primarie e della medicina preventiva e un minore *paperwork burden*. Gli stessi richiamati dalla Commission on Education of Health Professional for the 21st Century (<http://www.globalcommehp.com>).

Un'altra condizione che può mettere a rischio l'equilibrio del sistema (non solo americano) è la generazione dei baby-boomer che, raggiunta l'età della pensione, peserà per il consumo di assistenza nel bilancio degli States. A fronte di questo sta il timore di molti americani che il nuovo sistema si trasformi in un aumento della tassazione e che il pubblico si insinuasse nelle scelte private dei cittadini; e che comportamenti negativi per la salute (alcol, fumo ecc.) possano essere aumentati dalla garanzia della pubblica assistenza. Al contrario degli europei che hanno accettato un sistema universalistico, gli americani pensano che alla base dei diritti civili ci sia sempre la libertà di scelta e che il diritto alla salute debba essere conquistato e non garantito dallo stato. I pochi voti di maggioranza con cui la legge è passata testimoniano di questa opinione dura a morire. Ora il presidente ha questo compito non semplice: convincere i cittadini che il diritto alla salute è il primo dei diritti civili che si acquisisce con la nascita e che quindi ciò che garantisce lo stato è un nucleo principale e minimo di garanzie per tutti, al quale si potrà aggiungere la "conquista" di garanzie aggiuntive. A noi europei spetta applaudire Obama per l'avvicinamento che ha determinato fra le due sponde dell'Atlantico e per questo intento che ha manifestato di stringere finalmente il gap fra una enorme spesa sanitaria e i precari risultati di salute. E per il coraggio che ha dimostrato. ♦

Per corrispondenza:

Giancarlo Biasini

e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

editoriale