

Sanità, agire sulla prevenzione e sulle cure primarie

di **Erminia Emprin**

Le cifre relative agli errori in sanità, diffuse dall'*Atom* nei giorni scorsi, sono poco credibili. Sarebbero le stesse rilevate negli Stati Uniti, su una popolazione di cinque volte superiore a quella italiana e in cui i risultati di salute, inclusi i livelli di mortalità, sono i peggiori tra i Paesi industrializzati, per unanime riconoscimento di tutti gli organismi internazionali.

Spiace constatare come siano state presentate con toni sensazionalistici, e senza ulteriori approfondimenti, stime già divulgate in passato e frutto di elaborazioni di dati desunti da fonti diverse, risalenti a periodi e campioni non omogenei e, ancora una volta, dalla letteratura internazionale, in particolare statunitense.

Inoltre, sono stati affastellati dati risalenti ad errori più e meno gravi sotto il profilo delle conseguenze: un'assenza di rigore scientifico che non depone a favore di chi ha divulgato questi dati.

Gli errori medici, e a maggior ragione le morti evitabili, sono tragedie che non devono verificarsi indipendentemente dalla quantità delle persone coinvolte. Ma proprio per questo auspichiamo un approccio meno riduttivo di quello che circonda l'attenzione al percorso di diagnosi e cura e alle denunce nei confronti dei medici.

Se è indispensabile l'istituzione del centro di riferimento per la sicurezza dei pazienti, che ancora non esisteva in Italia ed è stato istituito dalla ministra Turco,

occorre anche passare dalla contabilità delle morti alla loro prevenzione, intervenendo con decisione e tempestività sul terreno della prevenzione e delle cure primarie per contrastare le disuguaglianze nella salute e le morti precoci ed evitabili che ne discendono.

E' una storia di cui poco si parla, che tuttavia alcune ricerche hanno cominciato a indagare anche nel nostro Paese. Valga per tutte la ricerca di Giuseppe Costa sulle disuguaglianze di salute a Torino, che mostra una geografia impressionante. Negli anni Ottanta e Novanta, gli operai muoiono in ragione dell'80 per cento più dei dirigenti; donne e uomini disoccupati hanno un rischio di morte raddoppiato rispetto agli occupati; a livelli di maggior subordinazione si associa un più elevato rischio di malattie ischemiche.

Dati, ma anche una vera e propria storia, una "biografia" che consente di capire dove nascono gli svantaggi sociali nella salute, portando alla luce i nessi tra la più alta mortalità nella prima settimana di vita e l'istruzione della madre, il basso peso alla nascita (indicatore qualitativo della gravidanza e della salute del bambino) con le condizioni economiche delle donne, spesso sole e migranti. Una storia di svantaggi nella salute che prosegue nell'adolescenza.

Scarse risorse economiche e bassa istruzione della famiglia riducono l'accesso dei bambini alle cure sanitarie e ai risultati di salute con bassa possibilità di prevenzione. Fino all'età adulta, dove è necessario introdurre un elemento essenziale co-

me il reddito e la posizione nella società. Nel lavoro e nei suoi rapporti con la salute, le disuguaglianze derivano più dall'esperienza lavorativa e dall'ambiente di lavoro che non da una "secca" povertà di risorse materiali.

Non vanno scordate differenti capacità di guarigione per patologie cardiovascolari e una diversa sopravvivenza alle neoplasie per cui l'intervento tempestivo garantisce migliore prognosi. Per quanto riguarda la popolazione anziana, i dati suggeriscono l'ipotesi che l'anziano socialmente svantaggiato

Spiace constatare come siano state presentate con toni sensazionalistici, e senza ulteriori approfondimenti, stime già divulgate in passato e frutto di elaborazioni di dati desunti da fonti diverse, risalenti a periodi e campioni non omogenei e, ancora una volta, dalla letteratura internazionale, in particolare statunitense.

erediti problemi di salute dall'età adulta, con accelerazioni del problema con il progredire dell'età.

Più in generale, è necessario indagare il sovraconsumo di assistenza generica rispetto a quella specialistica da parte dei soggetti più fragili e la distribuzione geografica e sociale delle prestazioni sanitarie utilizzate, valutando con attenzione le differenze sociali, di genere e delle regioni del sud rispetto

ai percorsi assistenziali (nascita, screening dei tumori, assistenza odontoiatrica, patologie cardiovascolari).

Ultimo, ma non meno importante: vanno indagati i risultati, rispettivamente, della gestione pubblica e privata della sanità e le influenze di una programmazione dei servizi fondata, laddove prevale il privato, su convenienze economiche più che sui bisogni reali di salute della popolazione.

Per questo è necessario ragionare a monte del percorso di diagnosi e di cura: è aperta una questione di giustizia sociale di prima grandezza, c'è un grande bacino di salute da guadagnare, in netta discontinuità tra il governo dell'Unione e quello delle destre.