



## **SLTo (STUDIO LONGITUDINALE TOSCANO) CONDIZIONE SOCIO-ECONOMICA E RICOVERO OSPEDALIERO A FIRENZE**

*a cura di:*

*Settore Statistica della Regione Toscana, Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana, Dipartimento di Statistica dell'Università di Firenze, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO) Istituto Scientifico della Regione Toscana, Ufficio di Statistica del Comune di Livorno, Ufficio di Statistica del Comune di Firenze, UO Epidemiologia dell'Azienda Sanitaria di Firenze.*

<i>Indice</i>
1. Premessa
2. Diseguaglianze socio-economiche dei tassi di ricovero
3. Differenziali per cause specifiche
4. Differenziali per durata di degenza
5. Diseguaglianze e diseguità
6. Diseguità socio-economiche nel ricorso all'assistenza ospedaliera
7. Ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza
8. Conclusioni
Bibliografia

## 1. Premessa

Lo studio delle diseguaglianze sociali in termini di salute ha messo in evidenza importanti differenze di mortalità anche nella Regione Toscana. L'impatto delle diseguaglianze sociali era stimato in circa 110 decessi per centomila persone per anno nel sesso maschile e circa 70 nel sesso femminile, attribuibili al differenziale di livello di istruzione, e 90 decessi attribuibili nel sesso maschile e 50 nel sesso femminile per il differenziale di reddito, stimato dalle caratteristiche dell'abitazione.

Sono stime fornite dallo Studio Longitudinale Toscano, promosso dalla Regione Toscana, coordinato dal Settore Statistica in collaborazione con l'Università di Firenze, l'Azienda sanitaria di Firenze, il CSPO Istituto Scientifico Regionale ed i Comuni di Livorno e di Firenze.

La ricerca è ora estesa ai ricoveri ospedalieri oltre che alla mortalità, per il periodo 1997-2000, per gli appartenenti alla coorte censuaria del Comune di Firenze. Sono stati reperiti 197.348 ricoveri relativi a 108.211 persone che hanno subito dei ricoveri nel periodo di interesse, su 299.371 soggetti facenti parte della coorte. Un tasso grezzo di ricovero del 16,5% per anno, con il 9% delle persone ricoverate per anno ed un tasso grezzo di mortalità di circa 9,8 per mille per anno (11553 decessi nel periodo).

La popolazione del Comune di Firenze presenta caratteristiche interessanti per una valutazione della relazione fra condizione socio economica e ricovero ospedaliero. Si tratta di una popolazione relativamente stabile, servita da una rete ospedaliera adeguata, con presenza di una gamma sostanzialmente completa di servizi diagnostici e terapeutici, localizzati nei Presidi ospedalieri dell'Azienda sanitaria 10 e a livello delle Aziende ospedaliere Careggi e Meyer. Nel complesso queste strutture ospedaliere, nella maggior parte localizzate nell'area urbana di Firenze o nelle sue immediate vicinanze, dispongono di circa 3.500 posti letto. Inoltre in tale area è presente una estesa rete ospedaliera privata, in larga parte convenzionata con il SSN.

Nell'anno 2000 l'11,8% dei ricoveri dei residenti a Firenze è avvenuto in strutture private accreditate. I ricoveri in strutture ospedaliere pubbliche di altre aziende sanitarie della Toscana sono stati il 5,9%, mentre la migrazione in strutture ospedaliere extraregionali è stata ancora più contenuta (3,8%).

L'interesse per lo studio delle diseguaglianze in termini di ricoveri ospedalieri è rilevante per più

motivi. In primo luogo, fra le forme di assistenza, quella ospedaliera assorbe una quota rilevante della spesa sanitaria (il 49,8% a livello nazionale, 46-50% in Toscana, con un massimo nel Lazio, 59,0% , ed un minimo in Emilia-Romagna, 44,5%; Pellegrini, 2003).

Secondo, fra i diversi livelli di assistenza, quella ospedaliera, nell'ambito di un servizio sanitario pubblico, dovrebbe avere criteri di accesso e qualità delle prestazioni fortemente egualitari. Nel nostro sistema sanitario non è infatti prevista una partecipazione di spesa in caso di ricovero, a differenza di quanto avviene per una parte delle prescrizioni farmaceutiche, per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici ambulatoriali; inoltre l'accesso al ricovero ospedaliero si realizza tramite un "filtro" effettuato dal pronto soccorso o, per i ricoveri programmati, dal medico che predispone la richiesta di ricovero. Ci troviamo, in linea teorica, di fronte ad un servizio gratuito e con una soglia di accesso dimensionata sulla base dei bisogni sanitari.

Terzo, si tratta di un comparto oggetto di notevoli trasformazioni, in termini di distribuzione di posti letto, durata di degenza, tassi di occupazione, che vede il sistema ospedaliero italiano in una fase di rapido cambiamento, anche se per molteplici aspetti presenta ancora differenze significative rispetto ai livelli di funzionamento del sistema ospedaliero di altri Paesi europei (Campanile, 2003).

Quarto, nel corso degli ultimi anni vi è stato, nel nostro Paese, un incremento di studi volti alla verifica della qualità della assistenza e della appropriatezza dei ricoveri, e si stanno diffondendo le procedure di Audit, in relazione anche alle norme di accreditamento delle strutture.

Infine, sia a livello nazionale che regionale si è teso a favorire l'incremento delle attività di day hospital e di day surgery. Sono state individuate una serie di cause di ricovero (43 raggruppamenti omogenei di diagnosi, DRG) definite "ad alto rischio di inappropriatazza" se trattate in regime di ricovero ordinario (DPCM 28 novembre 2001) e molte Regioni, fra cui la Toscana (Delibera della Giunta regionale 859/2002), hanno provveduto ad indicare dei valori soglia, in termini di percentuali di ricoveri in day hospital, per tali DRG (ASSR, 2003).



## 2. Diseguaglianze socio-economiche dei tassi di ricovero

Le diseguaglianze socio-economiche dei tassi di ricovero sono risultate presenti per tutti gli indicatori scelti e sono dello stesso ordine di grandezza delle disuguaglianze di mortalità.

Distinguendo tre grandi dimensioni del bagaglio di risorse di cui una persona dispone, il capitale materiale (reddito o un suo derivato quale la tipologia abitativa), il capitale umano (ad esempio nei nostri dati il livello di istruzione raggiunto) ed il capitale sociale (come quello che deriva dal supporto familiare, misurabile dallo stato civile o dalla tipologia familiare, e dal supporto sociale, come ad esempio quello che deriva dalla condizione professionale o dalla condizione di

nativo rispetto al migrante) osserviamo importanti differenze per ciascuna dimensione e complessivamente, usando la somma di questi fattori in un indice di deprivazione materiale. Si tratta di eccessi di mortalità e di frequenza di ricovero che oscillano rispettivamente dal 92% al 55% per i disoccupati maschi; dal 57-34% al 53-29% per la deprivazione materiale (maschi e femmine rispettivamente); dal 27-20% al 28-22% per la bassa scolarità; dal 37-29% al 21-19% per la tipologia abitativa; dal 36% all'11% per le casalinghe, fino a valori inferiori al 10% per lo stato civile e la nascita al Sud e Isole (per il solo sesso maschile) (tabella 1).

Tabella 1 - Differenziali di mortalità e di ricovero (Rischi Relativi) per indicatore socio-economico e sesso. SLTo - Firenze 1997-2000.

INDICATORE	Maschi		Femmine	
	Mortalità	Ricoveri	Mortalità	Ricoveri
<i>Istruzione elementare</i> (rif. Laureati e diplomati)	1,27	1,28	1,2	1,22
<i>Zona di Nascita Sud e Isole</i> (rif. Provincia di Firenze)	1,06	1,07	0,92	1,01
<i>Stato civile celibe/nubile</i> (rif. Coniugato/a)	1,09	1,05	1,02	0,99
<i>Abitazione Affitto (1 servizio)</i> (rif. Proprietà 2 servizi)	1,37	1,21	1,29	1,19
<i>Deprivazione materiale 2 o +</i> (rif. Deprivazione materiale 0 )	1,57	1,53	1,34	1,29
<i>Cond. Professionale</i> (cat. Disoccupato e Casalinga) (rif. Occupato)	1,92	1,55	1,36	1,11

I differenziali socio-economici in termini di mortalità sono quindi molto simili a quelli registrati sui ricoveri. Infatti anche per questi, sono presenti preferenzialmente nelle classi di età più giovani (18-59 anni) (tabella 2). Questa concordanza conferma e rafforza il rilievo che anche nella nostra realtà sono presenti diseguaglianze sociali in termini di salute. Sottolinea inoltre la loro

permanenza nel tempo, visti i precedenti studi dal 1991 al 1997 e il proseguimento attuale al dicembre 2000. Il dato relativo ai ricoveri è pertanto interpretabile come una misura di morbosità, da affiancare alle misure di mortalità e più informativa per quanto riguarda le patologie meno gravi che portano più difficilmente al decesso.



Tabella 2 - Differenziali di ricovero (Rischi Relativi) per indicatore socio-economico, età e sesso. SLTo - Firenze 1997-2000.

INDICATORE	Classe di età e sesso					
	18 - 59		60 - 74		≥18	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
<i>Istruzione elementare</i> (rif. Laureati e diplomati)	1,43	1,25	1,16	1,19	1,28	1,22
<i>Zona di Nascita Sud e Isole</i> (rif. Provincia di Firenze)	1,05	0,99	1,14	1,08	1,07	1,01
<i>Stato civile celibe/nubile</i> (rif. Coniugato/a)	1,16	1,04	0,89	0,98	1,05	0,99
<i>Abitazione Affitto (1 servizio)</i> (rif. Proprietà 2 servizi)	1,29	1,14	1,16	1,24	1,21	1,19
<i>Deprivazione materiale 2 o +</i> (rif. Deprivazione materiale 0)	1,76	1,28	1,22	1,31	1,53	1,29
<i>Cond. Professionale</i> (cat. Disoccupato e Casalinga) (rif. Occupato)	1,59	1,05	1,01	1,19	1,55	1,11

### 3. Differenziali per cause specifiche

Abbiamo così la possibilità di documentare i differenziali sociali non rilevabili con il dato di mortalità e cioè quelli per malattie infettive e parassitarie (diploma di scuola elementare vs laureati o diplomati: RR = 1,80 ed 1,49 per i maschi e le femmine rispettivamente; indice di deprivazione 2+ vs nessuna deprivazione: RR = 2,80 nei maschi ed 1,82 nelle femmine) e il raggruppamento dei "disturbi psichici" con RR di oltre 4 volte per i maschi senza titolo rispetto ai laureati o diplomati (diploma di scuola elementare vs laureati o diplomati: RR = 2,53 ed 1,83 per i maschi e le femmine rispettivamente; indice di deprivazione 2+ vs nessuna deprivazione: RR = 5,83 nei maschi ed 2,23 nelle femmine). Sono inoltre confermati e precisati i differenziali per i tumori (più 16% nei maschi con licenza

elementare, più 29% per coloro in condizione di maggior deprivazione materiale; mentre non vi sono differenziali per il sesso femminile), le malattie circolatorie (più 19% nei maschi contro più 40% nelle femmine, licenza elementare; più 29% contro più 54% nelle femmine, indice di deprivazione più alto), respiratorie (più 69% nei maschi contro più 45% nelle femmine, licenza elementare; più 99% contro più 96% nelle femmine, indice di deprivazione più alto) e digerenti (più 32% nei maschi contro più 44% nelle femmine, licenza elementare; più 45% contro più 61% nelle femmine, indice di deprivazione più alto).



Tabella 3 - Differenziali di ricovero e degenza media (Rischi Relativi) per indicatore socio-economico, grandi cause e sesso. SLTo - Firenze 1997-2000.

<b>INDICATORE / GRANDI CAUSE</b>	<b>MASCHI</b>		<b>FEMMINE</b>	
	<i>Ricoveri Totali</i>	<i>Degenza Media</i>	<i>Ricoveri Totali</i>	<i>Degenza Media</i>
<b>Istruzione</b>	<b>Licenza elementare - (rif. Laureati e diplomati)</b>			
Malattie infettive e parassitarie	1,8	1,85	1,49	1,33
Tumori	1,16	1,18	0,98	1,18
Disturbi psichici	2,53	0,6	1,83	0,97
Malattie del sistema circolatorio	1,19	1,14	1,4	0,98
Malattie dell'apparato respiratorio	1,69	1,07	1,45	1,17
Malattie dell'apparato digerente	1,32	1,27	1,44	1,24
Traumatismi e avvelenamenti	1,28	1,03	1,02	1,03
<b>Zona di Nascita</b>	<b>Sud Italia e Isole - (rif. Provincia di FI)</b>			
Malattie infettive e parassitarie	1,32	1,52	1,02	0,87
Tumori	0,86	0,93	0,85	1,14
Disturbi psichici	1,22	0,72	0,95	0,88
Malattie del sistema circolatorio	1,05	1,03	0,98	1,08
Malattie dell'apparato respiratorio	1,19	0,96	1,05	1,2
Malattie dell'apparato digerente	1,2	1,05	1,15	1,03
Traumatismi e avvelenamenti	0,93	0,96	1	0,96
<b>Tipologia di Abitazione</b>	<b>Affitto (1 servizio) - (rif. Proprietà 2 servizi)</b>			
Malattie infettive e parassitarie	1,62	0,81	1,44	1,39
Tumori	1,06	0,79	1,01	0,78
Disturbi psichici	1,36	1,43	1,87	1,03
Malattie del sistema circolatorio	1,19	0,82	1,27	0,93
Malattie dell'apparato respiratorio	1,53	1,02	1,54	0,95
Malattie dell'apparato digerente	1,13	0,8	1,36	0,85
Traumatismi e avvelenamenti	1,11	0,92	1,1	0,89
<b>Indice di Deprivazione</b>	<b>Deprivazione Materiale 2 o + (rif. Deprivazione Materiale 0)</b>			
Malattie infettive e parassitarie	2,8	1,54	1,82	1,28
Tumori	1,29	1,16	0,89	1,33
Disturbi psichici	5,83	0,5	2,23	0,81
Malattie del sistema circolatorio	1,29	1,22	1,54	1,06
Malattie dell'apparato respiratorio	1,99	1,03	1,96	1,25
Malattie dell'apparato digerente	1,45	1,33	1,61	1,18
Traumatismi e avvelenamenti	1,7	0,93	1,12	0,98
<b>Condizione Professionale</b>	<b>Disoccupato (rif. Occupato)</b>		<b>Casalanga (rif. Occupato)</b>	
Malattie infettive e parassitarie	3,47	1,02	1,29	1,37
Tumori	1,07	1,08	1,03	1,06
Disturbi psichici	6,85	0,81	2,8	1,12
Malattie del sistema circolatorio	1,19	1,16	1,25	1,06
Malattie dell'apparato respiratorio	1,22	0,76	1,14	1,06
Malattie dell'apparato digerente	1,28	1,28	1,22	1,1
Traumatismi e avvelenamenti	1,35	1,01	1,08	1,04

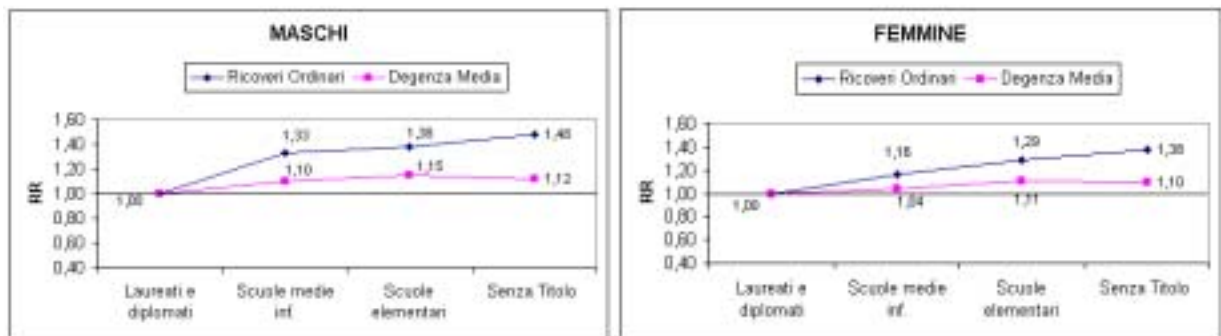
#### 4. Differenziali per durata di degenza

Per quanto riguarda la durata media di degenza osserviamo dei differenziali statisticamente significativi e nella stessa direzione di quelli osservati per il tasso di ricovero e la mortalità, ma, generalmente, meno marcati (figura 1). Nel caso della deprivazione materiale ad esempio, abbiamo RR per durata di ricovero di 1,11 (1,08) rispettivamente nei maschi (femmine) per una condizione di svantaggio rispetto a nessuna, contro RR di 1,34 (1,21) nel caso dei

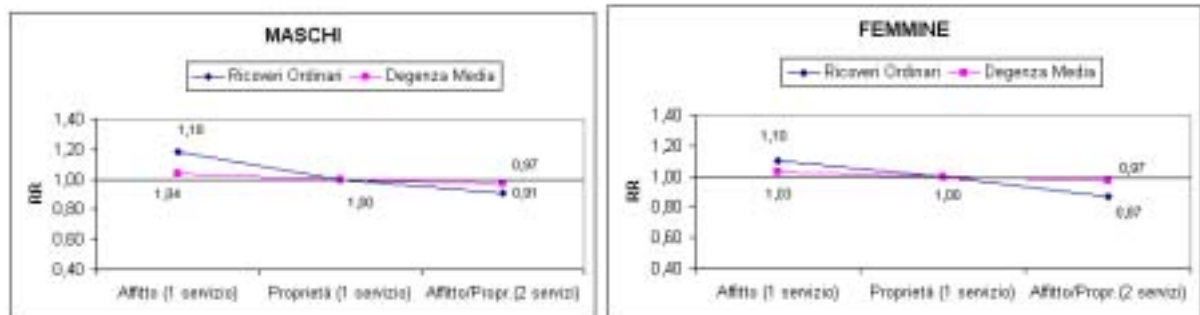
tassi di ricovero. Se la maggior durata riflette prevalentemente una maggior gravità della malattia, allora questo rilievo conferma che le più ampie disequaglianze per gli indici di morbosità ospedaliera indicano come siano in gioco importanti disequaglianze nella esposizione a fattori di rischio, vuoi ambientali-lavorativi che connessi allo stile di vita, più che differenziali di accesso alla diagnosi (ritardo diagnostico) o al trattamento (progressione più rapida).

Figura 1 - Differenziali di ricovero e degenza media (Rischi Relativi) per indicatore socio-economico e sesso.

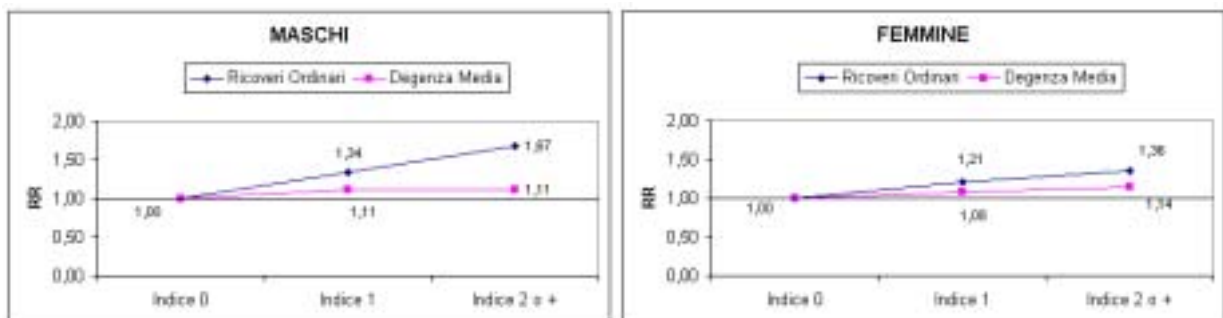
#### ISTRUZIONE



#### TIPOLOGIA DI ABITAZIONE



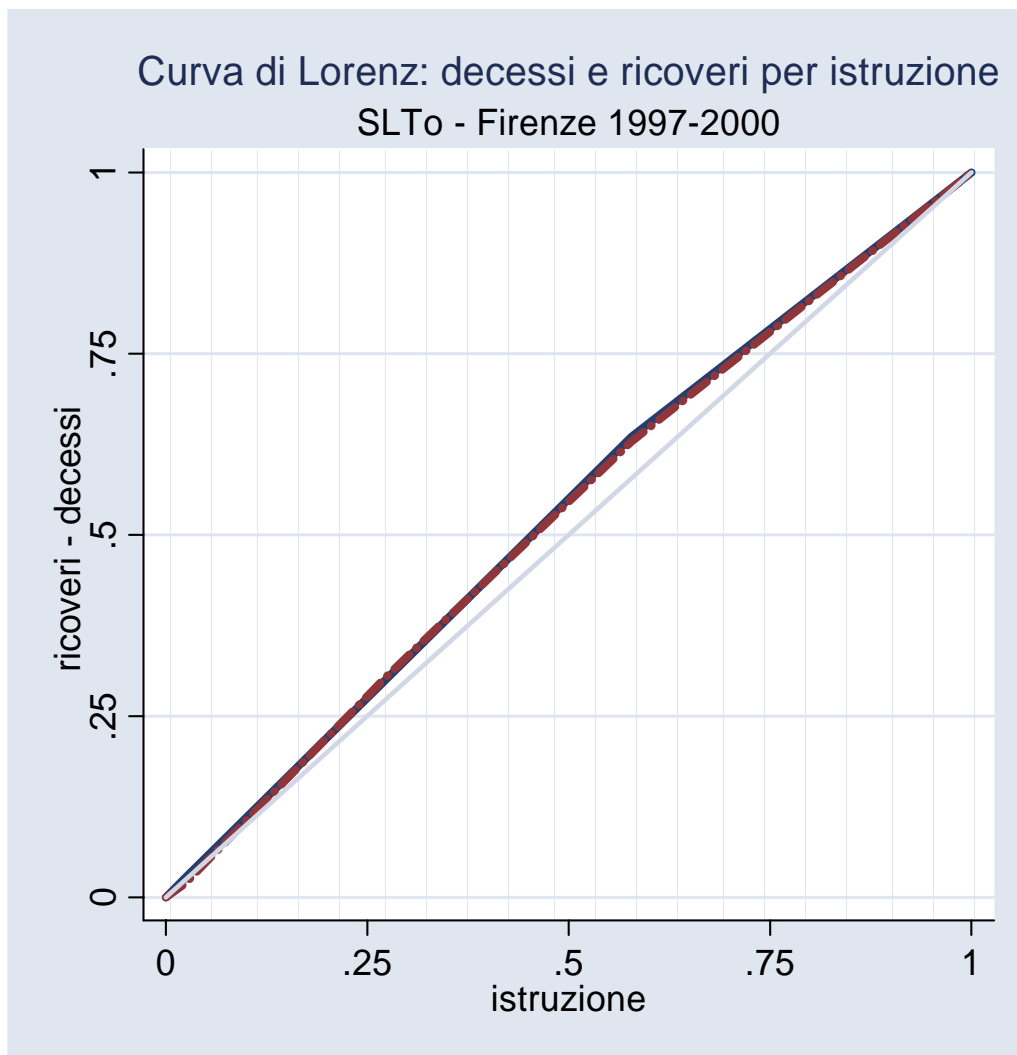
#### DEPRIVAZIONE



## 5. Diseguaglianze e diseguità

Da queste analisi ricaviamo quindi, l'immagine di un forte differenziale sociale di bisogno assistenziale al quale il sistema sanitario toscano, e fiorentino in particolare, sembra rispondere secondo il principio di equità, e cioè dare di più a chi più necessita (il tasso di ricovero è proporzionale al tasso di mortalità per ciascun gruppo di popolazione considerato). Un rilievo coerente con quanto osservato nei paesi europei più sviluppati, negli Stati Uniti ed in Canada (van Doorslaer e altri, 2000; Mackenbach e altri, 1997; Newbold e altri, 1995; Keskimäki e altri, 1995). Se consideriamo ad esempio il sesso maschile e

l'indicatore livello di istruzione abbiamo come i gruppi di popolazione con un livello pari al massimo alla scuola dell'obbligo assommano al 63.51% delle morti attese (a parità cioè di composizione per età) ed al 63.53% dei ricoveri attesi, contro il 57.81% che sarebbe atteso sulla base di una eguale distribuzione del rischio di malattia: i rischi di malattia non sono equidistribuiti ma vi è una pressoché perfetta corrispondenza tra bisogno (espresso dall'indicatore mortalità) e assistenza ricevuta (espressa dall'indicatore ricovero) (figura 2).



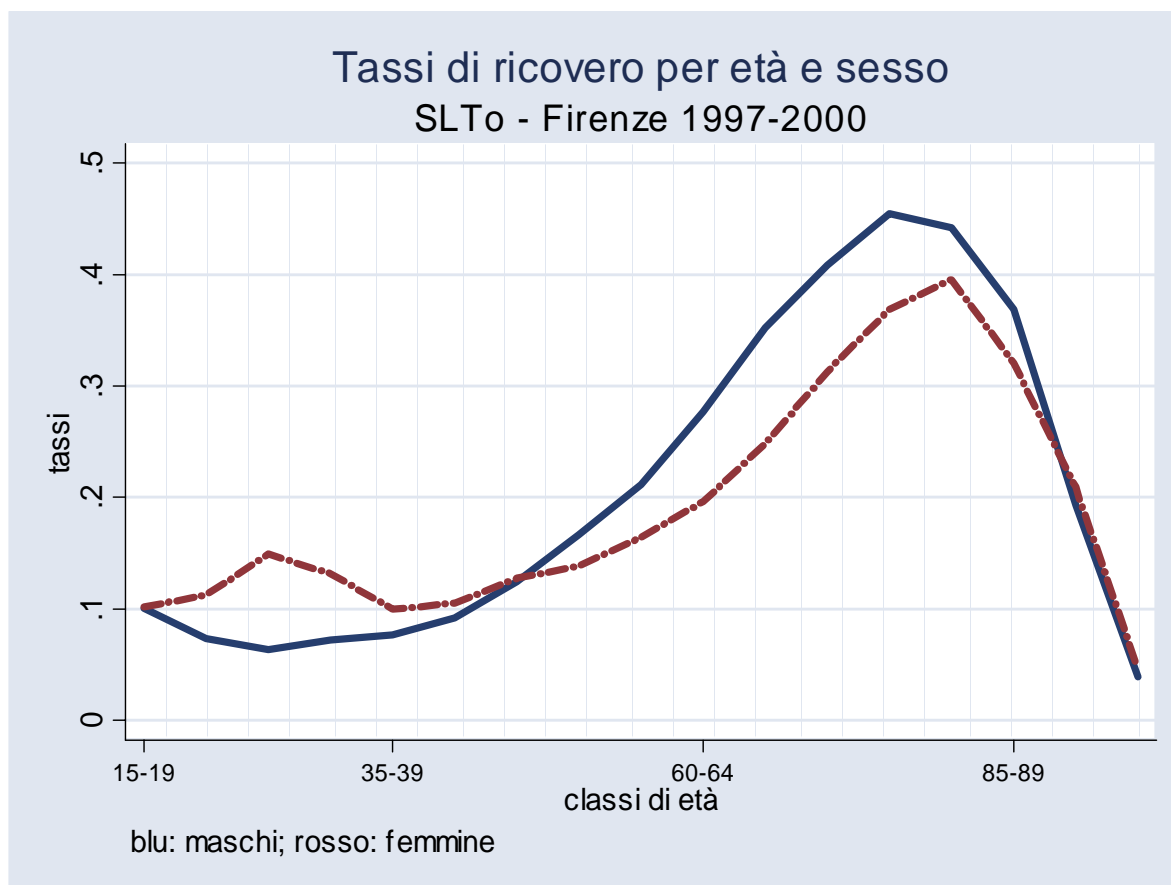
- Figura 2 -

Se i dati evidenziano l'ampia correlazione fra condizioni socio-economiche, tasso di ricovero e frequenza della patologia (nella misura in cui essa viene rappresentata dalla mortalità differenziale per causa), ed una sostanziale corrispondenza tra bisogno ed utilizzo del sistema ospedaliero, resta tuttavia da approfondire e indagare la relazione fra frequenza del ricovero - bisogno - disuguaglianze di accesso ai servizi per tipologie specifiche di prestazione, per patologia e per sottogruppi della popolazione.

Prima di tutto, è interessante notare come l'età influisca in modo diverso sul tasso di mortalità e sul tasso di ricovero: nel sesso maschile circa il 16% dei ricoveri è a carico dei soggetti con meno di 45 anni e sempre una quota pari al 16% risulta a carico dei soggetti con più di 80 anni. Ma il numero percentuale di decessi nei due gruppi di età è intorno al 2% e al 30% rispettivamente. Ovviamente giocano fattori legati al tipo di patologie, che sono diverse nei due gruppi di età,

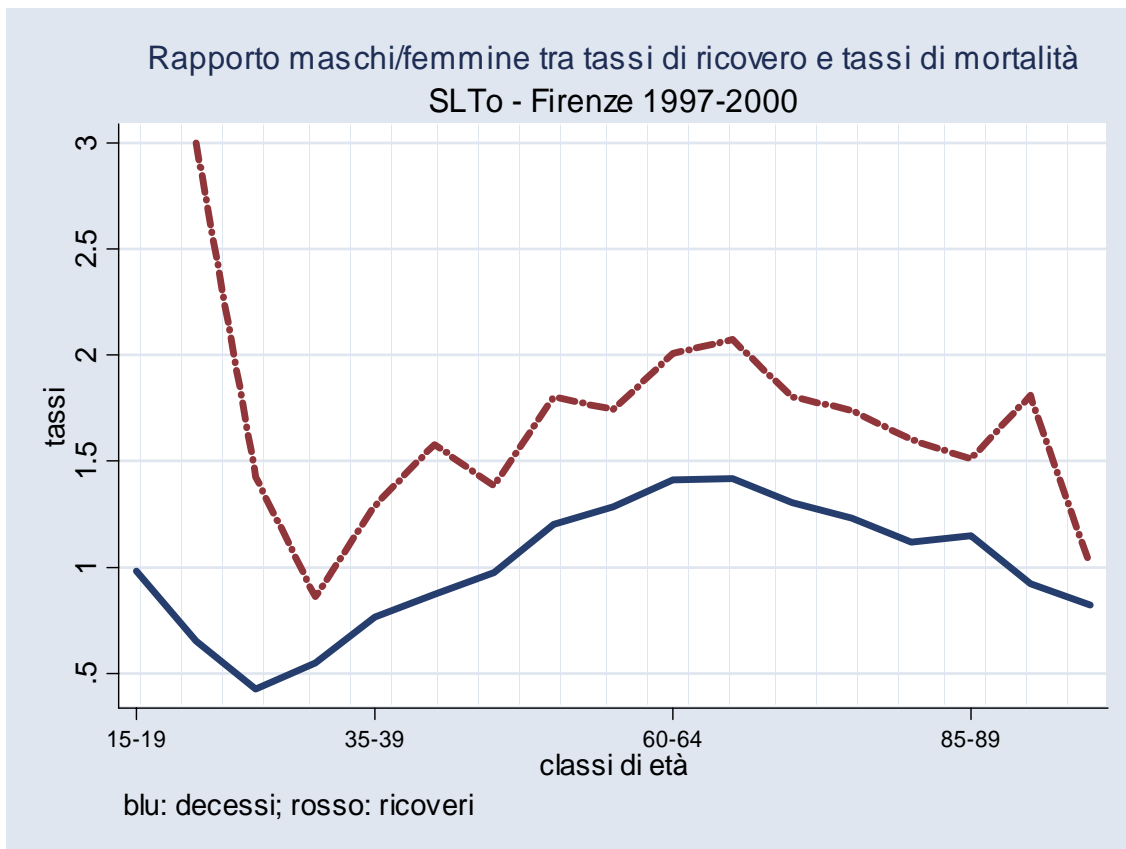
ed all'impiego di soluzioni alternative al ricovero ospedaliero nell'età anziana, ma da più parti si è sottolineato il problema dell'accesso all'assistenza sanitaria della popolazione ultraottantenne (Behrman, 2000).

Secondo, sul differenziale di genere (Mustard, 1998): la sovrarmortalità maschile rispetto al sesso femminile ha un tipico andamento per età, con due massimi prima dei 20 anni ed a 65-69 anni ed un minimo intorno ai 20-24. Il tasso di ricovero è maggiore nel sesso maschile nelle età comprese tra 50 e 90 anni (figura 3). La differenza più rilevante sta nel fatto che l'ordine di grandezza dei tassi dei maschi e delle femmine è molto più vicino per i ricoveri che non per la mortalità, attestando in generale un uso maggiore dell'ospedale da parte del sesso femminile nelle varie classi di età (il rapporto medio tra i tassi maschi/femmine è nella coorte fiorentina pari a 1 per i ricoveri ed a 1,67 per la mortalità) (figura 4).



- Figura 3 -





- Figura 4 -

Terzo, è noto che la probabilità di ricovero si concentra nell'ultimo anno di vita (Henderson e altri, 1990; Ezekiel e Linda, 1994; van Weel e Michels, 1997; Himsworth e Goldacre, 1999). Nella coorte che qui analizziamo la probabilità di ricovero risulta 12 volte più elevata nell'ultimo anno di vita (> 18 aa) e 25 volte per la classe di età 18-59 aa. Si tratta evidentemente di un concentrarsi del bisogno sanitario ed assistenziale in un periodo molto ristretto dell'esistenza. Ebbene non abbiamo registrato nessun differenziale socio-economico nei

tassi di ricovero in questa fase della vita: i rischi relativi per coloro con livello di istruzione pari alla licenza elementare sono 1,01 rispetto ai laureati o diplomati, identico sia nei maschi che nelle femmine, per coloro con indice di deprivazione pari ad un evento sfavorevole rispetto a nessuno il rischio relativo è 0,98 nei maschi e 1,03 nelle femmine. In una situazione di fortissimo bisogno non si sono registrati differenziali sociali di accesso alle cure (tabella 4).



Tabella 4 - Differenziali di ricovero e di ricovero nell'ultimo anno di vita (Rischi Relativi) per indicatore socio-economico e sesso. SLTo - Firenze 1997-2000.

INDICATORE	Maschi		Femmine	
	Ricoveri nell'ultimo anno di vita	Ricoveri	Ricoveri nell'ultimo anno di vita	Ricoveri
<i>Istruzione elementare</i> (rif. Laureati e diplomati)	1,01	1,28	1,01	1,22
<i>Zona di Nascita Sud e Isole</i> (rif. Provincia di Firenze)	1,09	1,07	1,01	1,01
<i>Stato civile celibe/nubile</i> (rif. Coniugato/a)	1,02	1,05	1,06	0,99
<i>Abitazione Affitto (1 servizio)</i> (rif. Proprietà 2 servizi)	1,04	1,21	0,98	1,19
<i>Deprivazione materiale 2 o +</i> (rif. Deprivazione materiale 0)	0,98	1,53	1,03	1,29
<i>Cond. Professionale</i> (cat. Disoccupato e Casalinga) (rif. Occupato)	1,07	1,55	0,78	1,11

## 6. Diseguità socio-economiche nel ricorso all'assistenza ospedaliera

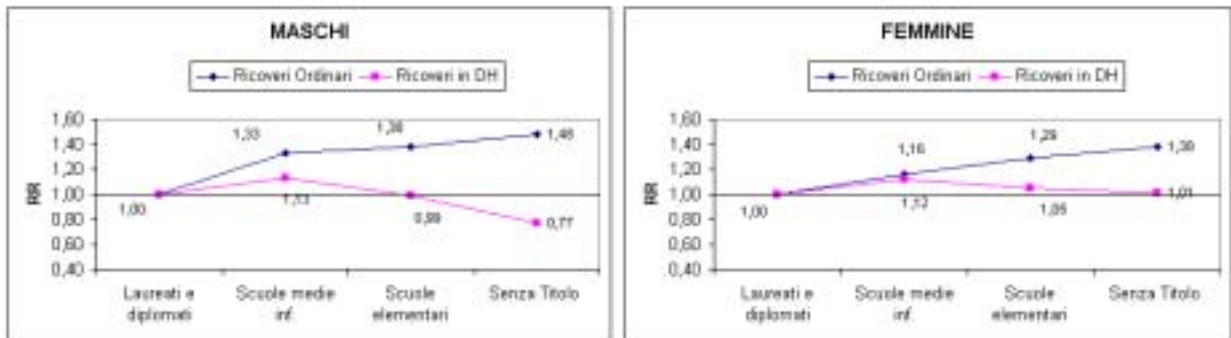
Fatte queste premesse sull'uso dell'assistenza ospedaliera, differente per età, genere e periodo della vita, le diseguità socio-economiche nel ricorso all'assistenza ospedaliera emergono quando si passa a considerare la tipologia di ricovero. Fra coloro che vengono ricoverati la probabilità di un ricovero in day hospital (DH) rispetto al ricovero ordinario risulta distribuita in misura fortemente diversificata per età e per condizione socio-economica. I ricoveri in day hospital sono più frequenti nella classe di età giovane-adulta (18-59 anni) rispetto alla classe di età anziana (60-74 anni). Tale dato può essere spiegato sia in termini di specifiche patologie idonee ad essere trattate in ambito di day hospital che in riferimento alle condizioni generali del paziente anziano (in particolare per la presenza di comorbidità).

Esaminando nell'ambito della stessa classe di età per categorie socio-economiche, si evidenzia un utilizzo assai diseguale (figura 5). Si ritrovano i differenziali socio-economici descritti precedentemente soltanto se si considerano i ricoveri in regime ordinario, mentre se si considerano i ricoveri in regime di day hospital tutti i gradienti si attutiscono

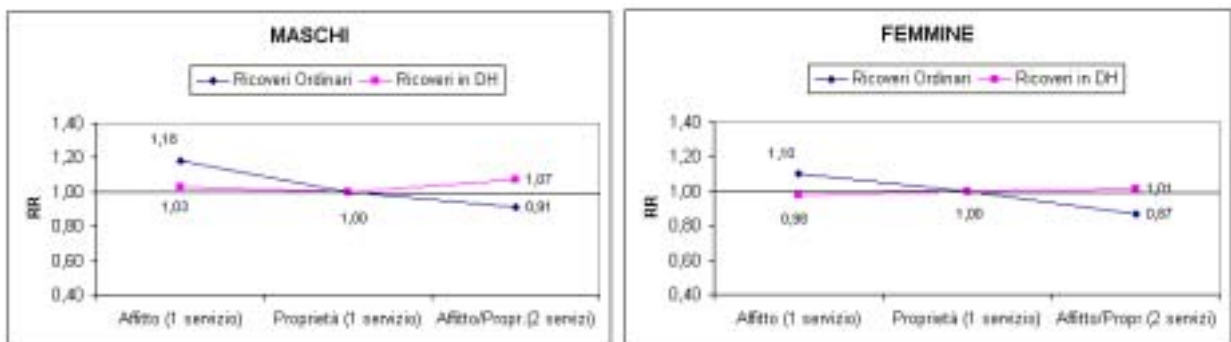
se non scompaiono del tutto. Il rischio relativo per coloro che hanno indice di deprivazione pari a uno rispetto a zero è 1,25 (1,24) nei maschi (femmine) per il tasso di ricoveri ordinari ma diviene 0,90 (0,96) per i ricoveri in regime di day hospital, un differenziale addirittura a favore delle classi sociali più abbienti. Un risultato confermato anche confrontando i RR per coloro in possesso del diploma di scuola elementare rispetto ai laureati o diplomati: 1,38 per i ricoveri ordinari vs 0,99 per i ricoveri in day hospital nei maschi; 1,29 vs 1,05 nelle femmine. La letteratura epidemiologica è concorde nel mostrare un utilizzo maggiore da parte delle classi sociali più alte della assistenza extra-ospedaliera, sia specialistica che di medicina generale (van Doorslaer e altri, 2000, tra gli altri). Anche in Italia lo studio condotto sui ricoveri ospedalieri a Roma nel 1997 (Materia e altri 1997) ha documentato un simile andamento. Le classi sociali più svantaggiate non riescono a sfruttare adeguatamente le soluzioni alternative al ricovero ordinario, anche se non possiamo escludere l'effetto di una maggior gravità della patologia nel determinare il ricorso al ricovero ordinario.

Figura 5 - Differenziali di ricovero ordinari e Day Hospital (Rischi Relativi), per indicatore socio-economico e sesso. SLTo - Firenze 1997-2000.

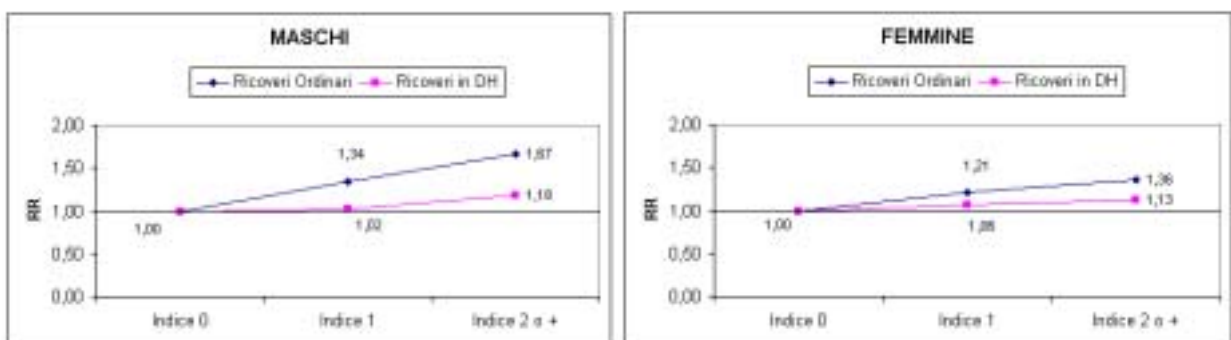
ISTRUZIONE



TIPOLOGIA ABITAZIONE



INDICE DI DEPRIVAZIONE



L'analisi dei tassi di ricovero per grandi cause e per specifiche cause mostra alcuni esempi importanti di diseguità socio-economica. Nel sesso femminile, i tassi di ricovero per tumori non mostrano, contrariamente alla mortalità, un differenziale sociale (per coloro con diploma di scuola elementare rispetto ai laureati o diplomati RR = 1,15 per la mortalità, 0,98 per i ricoveri), mentre se consideriamo le durate medie di degenza compare un significativo gradiente con durate più lunghe per coloro che si trovano in condizioni di svantaggio (scuola elementare rispetto ai laureati o diplomati RR = 1,18); un contrasto ancora più evidente se consideriamo l'indice di deprivazione (tabella 3). In particolare, i tassi di ricovero per tumore della mammella sono significativamente molto inferiori per il gruppo con indice di deprivazione più alto rispetto ai non deprivati (RR 0,57). Per quanto riguarda la probabilità di intervento per mastectomia radicale sul totale di interventi chirurgici sulla mammella femminile si osservano dei differenziali per basso reddito, valutato dalla tipologia abitativa (OR = 1,33 confrontando le categorie estreme). Per quanto riguarda invece la terapia ripercussiva nella cardiopatia ischemica, altro "indicatore tracciante" per una potenziale diseguità di accesso a cure efficaci, abbiamo riscontrato una associazione con alto reddito, come risulta sempre dalla tipologia abitativa (OR = 0,75 per coloro che hanno abitazione in affitto con un solo servizio contro i più abbienti). I disoccupati tendono ad avere una frequenza significativamente minore di interventi di riperfusione (OR = 0,60, rispetto agli occupati).

## 7. Ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza

Le diseguità più grandi emergono se consideriamo le percentuali di ricoveri ordinari per l'insieme delle cause di ricovero ad alta probabilità di inappropriatazza, come definite dal decreto regionale 859/2002 (tabella 5). Tale concetto è riferito al setting di trattamento (ricovero ordinario / day hospital / ambulatorio) e non alla qualità tecnica delle prestazioni. L'entità di questa diseguità è risultata maggiore per i ricoveri di tipo medico. Le persone con scolarità elementare

(OR = 1,40 nei maschi e 1,22 nelle femmine), i nati al Sud e Isole (OR = 1,13 nei maschi ma 0,98 nelle femmine), le persone con reddito più basso (OR per tipologia abitativa più bassa = 1,33 nei maschi e 1,30 nelle femmine) e con indice di deprivazione materiale alto (OR = 1,39 nei maschi e 1,22 nelle femmine), i disoccupati (OR = 1,50 nei maschi e 1,43 nelle femmine) tendono ad avere frequenze di ricovero più alte per queste patologie che potrebbero essere trattate senza ricorrere al ricovero.

I dati qui analizzati vanno interpretati con grande prudenza poiché sono aggiustati per classe di età, ma non tengono conto della gravità delle patologie e dei problemi di comorbidità. Malgrado tali limitazioni offrono alcune prime risposte ed in particolare molteplici spunti di approfondimento. La relazione fra condizione socio-economica e tasso di ricovero risulta ampiamente confermata. In analogia ad altri studi queste differenze sembrano riflettere un differente bisogno sanitario (Keskimaki, 1995; Manga, 1987). Inoltre, l'analisi delle modalità di ricovero (utilizzo del day hospital) sia in termini di ricoveri totali che per un numero selezionato di cause e l'analisi della durata di degenza per condizione socio-economica prospettano l'evenienza di un uso più appropriato delle strutture ospedaliere da parte dei soggetti con condizione socio-economica più elevata (si veda anche Pappas, 1997; Gerdtham, 1998).

Tale fenomeno può essere spiegato con modalità di comportamento discriminanti da parte delle strutture ospedaliere, con una capacità di utilizzazione più appropriata da parte delle persone in condizione socio-economica più elevata, con difficoltà di ricollocazione in famiglia o nell'ambito delle strutture di cura intermedia per gli appartenenti a categorie socio-economiche più svantaggiate o infine con un diverso orientamento degli appartenenti alle varie categorie socio-economiche verso presidi ospedalieri che per localizzazione, dimensione, tipologia di servizi, caratteristiche istituzionali (pubblico o privato) hanno durate di degenza e percentuali di ricovero in day hospital differenti.



Tabella 5 - Differenziali (Odds ratio - OR\*\*) di ricovero potenzialmente inappropriato (medico, chirurgico e totale) per indicatore socio-economico e sesso. SLTo Firenze 1997-2000

INDICATORE	Maschi			Femmine		
	DRG* medici	DRG* chirurgici	DRG* totali	DRG* medici	DRG* chirurgici	DRG* totali
<i>Istruzione elementare</i> (rif. Laureati e diplomati)	1,50**	1,34	1,4	1,32	1,12	1,22
<i>Zona di Nascita Sud e Isole</i> (rif. Provincia di Firenze)	1,06	1,24	1,13	0,99	0,91	0,98
<i>Abitazione Affitto (1 servizio)</i> (rif. Proprietà 2 servizi)	1,41	1,35	1,33	1,57	1,07	1,3
<i>Deprivazione materiale 2 o +</i> (rif. Deprivazione materiale 0)	1,58	1,26	1,39	1,55	0,95	1,22
<i>Cond. Professionale</i> (cat. Disoccupato e Casalinga) (rif. Occupato)	1,84	1,29	1,5	1,07	1,03	1,05

\* DRG Decreto Regionale 859/2002

\*\* OR - Probabilità di un Ricovero Ordinario vs. Ricovero in DH

DRG - Diagnostic Related Group

(ROD - Raggruppamenti omogenei per diagnosi)

## 8. Conclusioni

I dati qui presentati mostrano che la tradizionale strategia di intervento tesa a contrastare l'insorgenza e a mitigare le disuguaglianze sociali nella salute ha avuto un effetto nel cercare di garantire che le risorse in termini di personale, ospedali ed ambulatori siano ripartite proporzionalmente al bisogno delle popolazioni. Questa strategia tuttavia non ha ancora portato ad effetti misurabili dal lato del bisogno, dato che agire sui fattori di rischio implica lunghi tempi di latenza, mentre una maggior efficienza del sistema ospedaliero ha portato ad un controllo della appropriatezza e ad un incentivo di soluzioni alternative al ricovero. Tuttavia la capacità di usufruire delle risorse messe a

disposizione da parte dei gruppi socialmente deboli, e più bisognosi, è più limitata: appare sempre più chiaramente la esistenza di differenziali sociali di efficacia terapeutica, legati alla mancanza di una strategia integrata ed a una incomprendione dei meccanismi sociali e di contesto che condizionano la reale fruibilità delle prestazioni sanitarie. Politiche tese al miglioramento della qualità e della efficienza dell'assistenza sanitaria devono essere accompagnate da politiche di sviluppo e promozione del capitale umano e sociale dei gruppi di popolazione in condizioni di svantaggio, pena il perpetuarsi e l'approfondirsi delle diseguità sociali in termini di salute.



## BIBLIOGRAFIA

ASSR (2003) I ricoveri "inappropriati": i valori soglia. *Monitor*, Anno II n. 4: 74-80.

Behrman R. (2000) Very Old People May Not Use Excessive Proportion of Hospital Budget. *BMJ (letter)*, 320:378-379.

Campanile G. (2003) La rete ospedaliera in Italia e confronto con altri paesi della Unione europea. *Prospettive sociali e sanitarie*, (in press).

Ezekiel J.E., Linda L.E. (1994) The Economics of Dying. The Illusion of Cost Savings at the End of Life. *NEJM*, 330(8):540-544.

Gerdtham U.G., Sundberg G. (1998) Equity in the Delivery of Health Care in Sweden. *Scand J Soc Med*, 26(4):259-264.

Henderson J., Goldacre M.J., Griffith M. (1990) Hospital Care for the Elderly in the Final Year of Life: a Population Based Study. *BMJ*, 301:17-19.

Himsworth R.L., Goldacre M.J. (1999) Does Time Spending in Hospital in the Final 15 Years of Life Increase With Age at Death ? A Population Based Study. *BMJ*, 319:1338-1339.

Keskimäki I., Salinto M., Aro S. (1995) Socioeconomic Equity in Finnish Hospital Care in relation to Need. *Soc Sci Med*, 41(3):425-431.

Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E.J.M., Groenhof F., Geurts J.J.M. and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1997) Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe. *Lancet*, 349:1655-1659.

Manga P., Broyles R.W., Angus D.E. (1987) The Determinants of Hospital Utilization Under a Universal Public Insurance Program in Canada. *Med Care*, 25(7):658-670.

Materia E., Spadea T., Rossi L., Cesaroni G., Arcà M., Perucci C.A. (1999) Diseguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socioeconomica a Roma. *Epidemiologia e Prevenzione*, 23:197-206.

Mustard C.A. (1998) Sex Differences in the Use of Health Care Service. *NEJM*, 338:1678-1683.

Newbold K.B., Eyles J., Birch S. (1995) Equity in Health care: Methodological Contributions to the Analysis of Hospital Utilization Within Canada. *Soc Sci Med*, 40(9):1181-1192.

Pappas G., Hadden W.C., Kozak L.J., Fisher G.F. (1997) Potentially Avoidable Hospitalizations: Inequalities in Rates Between US Socioeconomic Groups. *Am J Public Health*, 87(5):811-816.

Pellegrini L. (2003) Lea, appropriatezza e garanzie per il cittadino, in: *Rapporto sanità 2003* a cura di N. Falcitelli, M. Trabucchi, F. Vanara, Fondazione Smith Kline, il Mulino, Bologna.

van Doorslaer E., Wagstaff A., van der Burg H., Christiansen T., De Graeve D., Duchesne I., Gerdtham U-G, Gerfin M., Geurts J., Gross L., Häkkinen U., John J., Klavus J., Leu R.E., Nolan B., O'Donnell O., Propper C., Puffer F., Schellhorn M., Sundberg G., Winkelhake O. (2000) Equity in the Delivery of Health care in Europe and the US. *J Health Economics*, 19:553-583.

van Weel C., Michels J. (1997) Dying, Not Old Age, to Blame for Costs of Health Care. *Lancet*, 350:1159-1160.

Wei LJ, Glidden DV. (1997) An overview of statistical methods for multiple failure time data in clinical trials. *Stat Med*, 16: 833-839.



In attuazione alla Legge Regionale 2 settembre 1992, n. 43 l'Ufficio di Statistica della Regione Toscana pubblica e diffonde le informazioni statistiche prodotte nell'ambito dei Programmi Statistici Regionale e Nazionale.

I dati elaborati sono patrimonio della collettività e vengono diffusi, oltre che nella collana apposita, attraverso il sito Internet della Regione Toscana ([www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it)).

