

Giorgio Tamburlini

Chi ha maggiore bisogno di cure ne riceve di meno. Sono passati 50 anni da quando fu pubblicato su *Lancet* il memorabile articolo di Julian Tudor Hart. Un'occasione per riflettere su una questione di rovente attualità.

Molto opportunamente, nel numero del 27 febbraio 2021 *The Lancet* dedica diversi contributi al 50° anniversario della formulazione, da parte del medico di famiglia britannico [Julian Tudor Hart](#), della “Legge dell’assistenza inversa” che, in sostanza, dice che chi ha maggiore bisogno di cure ne riceve di meno[1,2].

THE INVERSE CARE LAW

JULIAN TUDOR HART

Glyncorrug Health Centre, Port Talbot, Glamorgan, Wales

Summary The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.

La legge dell’assistenza inversa

La disponibilità di una buona assistenza medica tende a variare inversamente con il bisogno di essa nella popolazione servita. La legge dell’assistenza inversa agisce con maggiore intensità dove l’assistenza medica è esposta alle leggi del mercato e meno dove tale esposizione è ridotta. L’erogazione dell’assistenza medica secondo le regole del mercato è una forma sociale primitiva e storicamente sorpassata, e ogni ritorno all’indietro aggraverebbe la mala distribuzione delle risorse mediche.

The Lancet. Sabato, 27 febbraio 1971

Chiunque abbia esercitato la medicina (ma la validità della legge oltrepassa i confini della medicina e dei sistemi sanitari) o qualsiasi altra professione sanitaria, può facilmente riconoscere che questo accade molto spesso, se non sempre. E tuttavia, come sovente capita per le scoperte più importanti, Tudor Hart non ha fatto che alzare un velo, quasi trasparente in verità ma che ha impedito e impedisce tuttora di vedere davvero quanto ogni giorno passa sotto i nostri occhi, in qualsiasi posizione del sistema ci troviamo: **chi ha più strumenti, economici, culturali, di status, ottiene di più, di**

miglio, e prima.

La questione è stata studiata a lungo, perché è più complessa di quanto possa apparire, soprattutto quando si tenta di passare ai rimedi, cioè a tentare di far sì che la legge non continui inesorabilmente ad essere applicata. Nostro malgrado... o forse solo a nostra (colpevole) insaputa. Innanzitutto, il rimedio numero 1, cioè quello di un sistema di cure universale e gratuito, non basta a neutralizzarne gli effetti. Anche in un contesto siffatto, sia pure non nella misura in cui accade in contesti di sistemi non universalistici, la legge mantiene la sua validità. Sia in termini di popolazione (ad esempio tempi di attesa medi per una visita, o una cura medica, o un intervento; qualità e quindi esiti dell'intervento, differenti in base a caratteristiche socio-economiche e livello educativo degli utenti)[[3,4](#)]. Sia in termini individuali (vale a dire, tra i pazienti di uno stesso medico)[[5](#)]. Occorre allora andare, solo un po', più a fondo, per cogliere l'altrettanto elementare fatto che ogni atto di cura è il risultato dell'incontro tra due persone, ciascuna con il proprio bagaglio di informazione, conoscenza, capacità di comprensione, empatia, timori, reverenze, pregiudizi, ecc. Ogni atto "eguale" verso persone diverse produce risultati diversi[[6](#)].

Il maggiore erede di Tudor Hart, il pediatra ed epidemiologo brasiliano Cesar Victora, ha approfondito più di ogni altro la questione in una serie innumerevole di lavori di ricerca, mettendo in evidenza, ad esempio, che ogni qual volta viene immessa in un contesto una nuova tecnologia, che sia un intervento preventivo, uno strumento diagnostico o una modalità di cura, inevitabilmente la sua curva di copertura, di *uptake*, si innalza molto più rapidamente per raggiungere molto più velocemente il massimo di utilizzo in quella parte di popolazione che ha più strumenti economici e, alle nostre latitudini, soprattutto culturali e di potere[[7,8](#)].

Figura 1. Distribuzione degli interventi per la salute di donne e bambini per quintili di reddito, media dei paesi a basso e medio reddito (Cesar [Victoria](#), 2017)

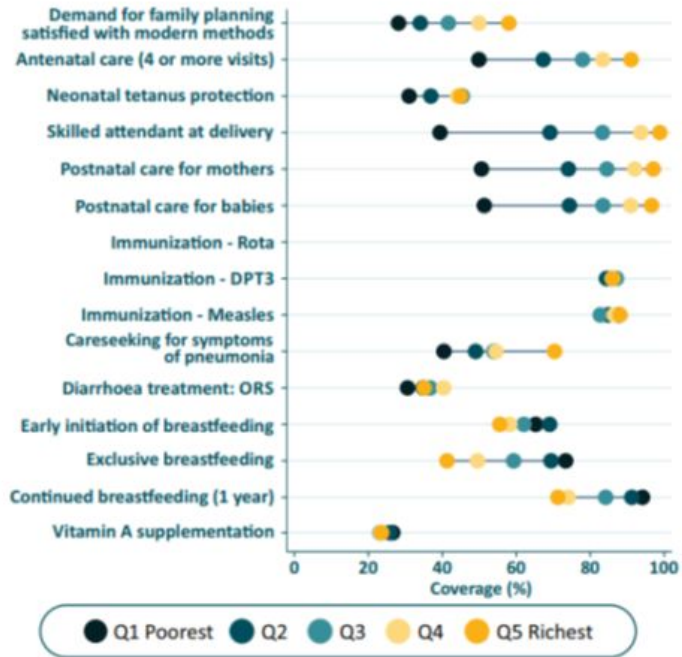
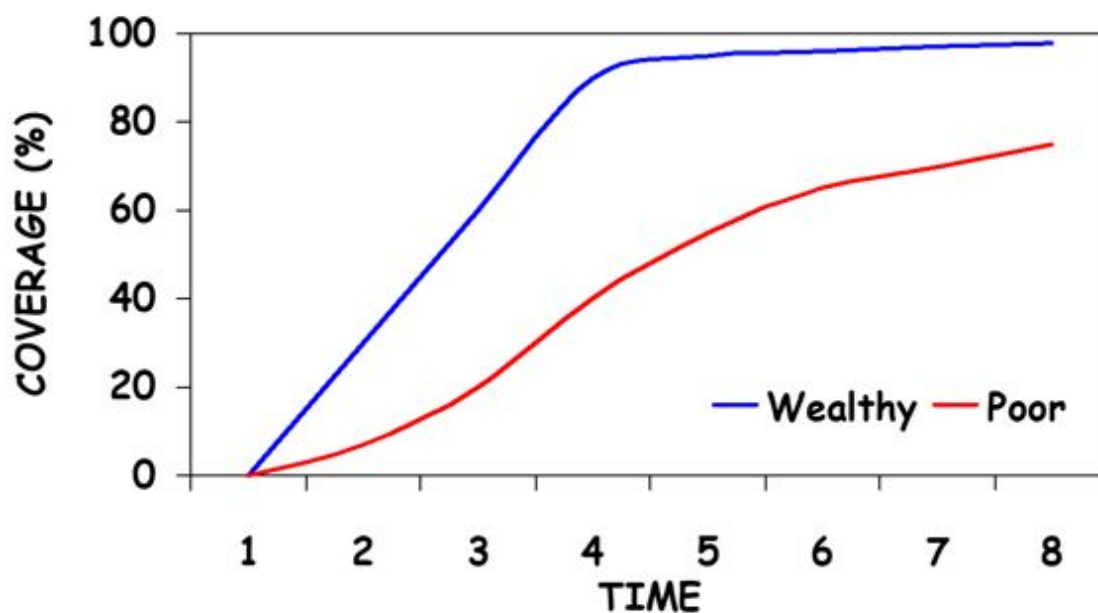


Figura 2. Curva di uptake di tecnologie e programmi sanitari.

Tipicamente i più benestanti e istruiti utilizzano qualsiasi innovazione prima e raggiungono in modo più rapido la piena accessibilità rispetto ai più poveri e meno istruiti (*inverse equity hypothesis*) che ne avrebbero più bisogno. Naturalmente la differenza tra le due curve dipende dal grado di disuguaglianza esistente, dalle caratteristiche di universalità o meno dei sistemi sanitari, e dalla messa in atto di strategie finalizzate a una più equa distribuzione dei benefici (Cesar Victora, 2003).



Non bastano dunque, sul piano collettivo, i sistemi e gli interventi universalistici. Né, sul piano individuale, la buona, ma ingenua, volontà, a rendere eguale quello che eguale non è.

Sul piano collettivo, occorre che sistemi e servizi prendano la legge delle cure inverse e del suo corollario, l'ipotesi dell'equità inversa, molto sul serio. Come si fa? Innanzitutto occorre prendere atto che il fenomeno esiste, misurane l'entità e studiarne le caratteristiche: da tempo esistono strumenti per farlo sugli utenti di un servizio o di un programma, che ci fanno scoprire quali sono i determinanti delle cure inverse, quanto ciascuno di questi pesi nel contesto specifico (la combinazione dei fattori è spesso diversa dipendendo dal tipo di programma e dal tipo di popolazione), quanto i benefici di un intervento si distribuiscano in modo equo o meno[9] e quindi individuare dove intervenire: sulla logistica dell'intervento e sul suo "linguaggio" comunicativo, sugli stereotipi del personale come sulle diffidenze degli utenti. Porsi il problema, e studiarlo, è ovviamente il

presupposto per ogni tentativo efficace di annullare, almeno in parte, gli effetti pervasivi della legge delle cure inverse e dei suoi corollari. In tempi di pandemia, questo è ancora più necessario[10].

Sul piano individuale, occorre riesaminare criticamente non pochi passaggi del giuramento di Ippocrate, laddove il medico si impegna ad “attenersi al principio etico della solidarietà”, a “curare tutti i pazienti con eguale scrupolo” a “prestare assistenza a qualsiasi infermo...”. “Solidarietà” e “eguale scrupolo” non bastano. Si dovrebbe per lo meno aggiungere al giuramento quanto previsto dalla nostra stessa Costituzione, cioè qualcosa come “... impegnandosi a rimuovere ogni ostacolo all’effettivo utilizzo del servizio e delle cure...”. Ricordandoci che questi ostacoli stanno sia dentro ciascuno di noi che dentro chi ci sta di fronte.

Giorgio Tamburlini, Centro per la Salute del Bambino

Bibliografia

1. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1: 405-412.
2. Cookson R, Doran T, Asaria M, Gupta I, Mujica FP. The inverse care law re-examined: a global perspective. *Lancet* 2021; 397: 828-838.
3. Marmot M. An inverse care law for our time. *Lancet* 2018; 362k3216.
4. Costa G, Bassi M, Gensini G et al. [L'equità nella salute in Italia](#). Secondo rapporto sulle disegualganze sociali in sanità. Franco Angeli, 2014.
5. Mercer SW, Watt GCM. The inverse care law: clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland. *Ann Fam Med* 2007; 5: 503-510.
6. Mercer SW, Higgins M, Bikker AM et al. General practitioners' empathy and health outcome: prospective observational study of consultations in areas of high and low deprivation. *Ann Fam Med* 2016; 14: 117-124
7. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC. Exploring trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet* 2000;356:1093-8.
8. Victora CG, Joseph G, Silva ICM, Maia FS, Vaughan JP, Barros FC, et al., The Inverse Equity Hypothesis: analyses of institutional deliveries in 286 national surveys. *American Journal of Public Health* 2018, 10.2105/AJPH.2017.304277.
9. McIntyre D, Ataguba JE. How to do (or not to do) ... a benefit incidence analysis. *Health Policy Plan* 2011; 26: 174-182.
10. Bambra C, Riordan R, Ford J et al. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2020; 74: 964-968.