

▼ BUSINESS E MERCATO

# RIPARTIRE DALL'EQUITÀ PER RISTRUTTURARE IL SSN

Tra i principi contenuti nel Piano nazionale di ripresa e resilienza c'è la difesa dell'universalismo. Per programmare gli interventi bisogna ricorrere a indicatori di deprivazione sociale georeferenziati in modo preciso. Ne parla Giuseppe Costa, epidemiologo torinese tra i massimi esperti mondiali, intervenuto alla presentazione "Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche" redatto dall'Aifa

■ **Stefano Di Marzio**  
AboutPharma and Medical Devices  
sdimarzio@aboutpharma.com

**E** se la pandemia ci restituisce un sistema sanitario più equo? E se trovandosi a curare le ferite inferte dal virus all'assistenza pubblica il Governo riuscisse a sanare l'universalismo imperfetto da Nord a Sud, nel nome della giustizia sociale coniugata all'appropriatezza degli interventi? Non ci fossero alle porte i miliardi del Pnrr – e con quelli la necessità e l'obbligo di ristrutturare il Servizio sanitario nazionale – le domande risulterebbero un puro esercizio retoro-

rico, considerata la complessità delle risposte, gli interessi contrapposti e un'azione politica mai davvero efficace dal 1978 ad oggi.

Ma ora l'occasione c'è e il tentativo va fatto, progettando interventi che con metodologia rigorosa considerino una volta per tutte la deprivazione sociale (basso reddito, bassi livelli di istruzione, disagio abitativo, precarietà lavorativa etc.) tra i principali determinanti di salute. Alla stessa stregua dell'età, ad esempio.

Lo pensa fermamente Giuseppe Co-

sta, tra i massimi studiosi internazionali in tema di disuguaglianze e dell'impatto che le scelte politiche hanno sulla salute. Costa è professore di Igiene all'Università di Torino, direttore della S.C.a.D.U. Epidemiologia dell'Asl TO3 ed è stato presidente dell'Associazione italiana di Epidemiologia.

## CHE FINE HA FATTO

### LA COMMISSIONE MINISTERIALE?

Durante il primo lockdown Costa è stato incaricato dal ministero



della Salute di capire se e con quali meccanismi la pandemia e il confinamento stesso compromettendo in modo disuguale la salute degli italiani, evidenziandone i principali vulnus. Proprio questi, infatti, una volta rilevati con evidenza potrebbero rappresentare “il potenziale punto di ingresso per la risposta delle politiche di resilienza e di ripresa del Pnrr e i suoi indicatori dovrebbero entrare a pieno titolo nelle metriche di valutazione ex ante ed ex post dei programmi attuativi”.

**IL DOCUMENTO ACCADEMICO**

L'affermazione è contenuta a chiare lettere anche nel documento denominato “Proposte per l’attuazione del Pnrr in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni” che Giuseppe Costa ha firmato lo scorso 28 maggio insieme ad altri colleghi di cinque università italiane: Eugenio Anessi Pessina e Americo Cicchetti (Università Cattolica); Federico Spandonaro, Barbara Polistena e Daniela D’Angela (Uni-

versità di Tor Vergata); Cristina Masella (Politecnico di Milano); Sabina Nuti, Federico Vola e Milena Vainieri (Scuola Superiore Sant’Anna); Amelia Compagni, Giovanni Fattore, Francesco Longo, Michela Bobini, Francesca Meda, Claudio Buongiorno Sottoriva (Università Bicconi).

Il focus sulle disuguaglianze contenuto in quel documento riprende alcune delle risultanze dei lavori ministeriali, ancora non ufficializzati e di cui ancora non si sa come se e

**BUSINESS E MERCATO**

**Principali risultati contenuti in “Atlante delle disuguaglianze sociali nell’uso dei farmaci”**

L’indagine ha preso in esame i dati di prescrizione farmaceutica territoriale rimborsata dal Servizio sanitario nazionale nella popolazione adulta, relativamente a farmaci per ipertensione, dislipidemie, ipotiroidismo, ipertiroidismo, depressione, demenza, morbo di Parkinson, osteoporosi, ipertrofia prostatica benigna, iperuricemia e gotta, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco). Nella popolazione pediatrica sono stati analizzati i dati di prescrizione di farmaci utilizzati per asma, epilessia e disturbo da deficit dell’attenzione/iperattività (ADHD). I risultati suggeriscono che la posizione socioeconomica sia fortemente correlata con l’uso dei farmaci e che il consumo dei farmaci sia più elevato tra i soggetti residenti nelle aree più svantaggiate, probabilmente a causa del peggior stato di salute di questi soggetti,

che potrebbe essere associato a uno stile di vita non corretto.

**Consumi nella popolazione adulta**

Premessa. Negli adulti le categorie terapeutiche con i maggiori tassi di consumo sono gli antipertensivi e gli ipolipemizzanti, seguite dai farmaci per l’ipertrofia prostatica benigna negli uomini e degli antidepressivi nelle donne.

- ▬ Mediamente, in tutte le province italiane, per gli uomini si registrano livelli di consumo di farmaco più alti per la maggior parte delle categorie terapeutiche analizzate, a eccezione dei farmaci antidepressivi, degli antiosteoporotici e dei farmaci per il trattamento delle patologie tiroidee (iper- e ipotiroidismo), per le quali il consumo è nettamente maggiore tra le donne rispetto agli uomini.
- ▬ Quanto alla ripartizione geografica si

osservano livelli di consumo complessivamente più alti al Sud e nelle Isole per la maggior parte delle categorie terapeutiche. Un trend inverso, con consumi maggiori nelle aree del Nord e minori al Sud, viene invece osservato per i farmaci antidepressivi.

- ▬ Nei farmaci anti demenza, il tasso di consumo è più alto nelle province del Centro Italia.
- ▬ Il tasso di consumo di farmaci si conferma una valida misura di identificazione della malattia (il consumo è usato come proxy della patologia) dal momento che per quasi tutte le condizioni cliniche in studio la distribuzione geografica e per genere osservata riflette l’epidemiologia già nota delle malattie.

**Consumi nella popolazione pediatrica**

- ▬ Tra le categorie terapeutiche analizzate, si osserva un consumo più elevato in

proseguiranno, ammette uno sconosciuto Costa. Alcuni dei risultati, ancorché intuitivi, sono però stati anticipati dal settimanale “L’Espresso” a fine luglio scorso. Uno su tutti: le famiglie indigenti hanno aumentato il proprio rischio di mortalità anticipata rispetto alla media italiana del 58% per gli uomini, del 68% per le donne.

**LUCI ED OMBRE DELL’ANALISI**

Nel documento accademico si leggono alcune luci e molte ombre che portano a una conclusione: “la pandemia sta aumentando il divario sociale nella mortalità e si è interrotta la favorevole serie di diminuzione assoluta delle disuguaglianze nella mortalità stessa, che è il metro ultimo di misura di outcome di questa storia”. Ecco quali sono le evidenze riferite:

- ▬ Il virus è approdato su malattie croniche predisponenti alla Covid-19 già distribuite in modo molto disuguale: se non si mitigano queste disuguaglianze nella cronicità non si guadagna resilienza.
- ▬ Il contagio e l’infezione sono stati leggermente disuguali, a carico di alcune professioni e di luoghi di vita poveri e affollati. Le politiche del lavoro, della casa e delle città del Pnrr possono prevenire queste ferite.
- ▬ L’accesso ai test è stato disuguale e proporzionale al rischio di contagio e di danno, segno di buona equità nei modelli di intervento della emergenza.
- ▬ I ricoveri per Covid-19 sono stati disuguali, come conseguenza delle disuguaglianze nel contagio e nella suscettibilità causata da preesistenti malattie croniche.

- ▬ L’accesso alla terapia intensiva in Covid-19 è stato offerto in rapporto alla severità del bisogno, merito di un impianto universalistico proporzionato dell’assistenza ospedaliera.
- ▬ L’accesso alle cure territoriali per Covid-19 è stato disuguale. Sul versante dell’offerta a causa di modelli organizzativi frammentati per responsabilità, procedure, strumenti e protezioni; e sul piano della domanda a causa della impreparazione degli assistiti.
- ▬ L’accesso alle cure non Covid-19 è stato disuguale. Nel recupero di liste d’attesa l’interazione tra offerta pubblica e privata non è stata governata per mitigare le disuguaglianze.
- ▬ L’accesso alle misure di prevenzione per la Covid-19 non è stato disuguale: la prevenzione “di iniziativa” e “ambientale” è l’approccio più efficace per l’equità di salute.

quella dei farmaci respiratori, in misura maggiore nei maschi rispetto alle femmine, seguita dalla categoria dei farmaci antiepilettici e per la cura del disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività.

#### Aderenza e persistenza

■ I livelli medi di aderenza e persistenza al trattamento farmacologico calcolati a livello nazionale sono in generale poco soddisfacenti, anche se per entrambi gli indicatori si osserva un gradiente decrescente Nord-Sud. In generale, le donne sono meno aderenti rispetto agli uomini per tutte le categorie terapeutiche analizzate, ad eccezione dei farmaci antiosteoporotici.

■ Su scala nazionale si rileva che l'aderenza e la persistenza sono maggiori nelle aree meno deprivate, tuttavia nella maggior parte dei casi l'interpretazione dell'andamento è resa difficile dalla no-

tevole variabilità tra regioni. Per quanto riguarda l'aderenza le categorie terapeutiche con una percentuale maggiore di soggetti aventi alta aderenza sono gli antiosteoporotici, sia per gli uomini che per le donne, con livelli pari a circa il 70%, e i farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna per gli uomini (circa 62%).

■ Livelli estremamente bassi (anche inferiori al 25%) si registrano per i farmaci per l'ipotiroidismo (19,1% per gli uomini e 11,4% per le donne) e per il morbo di Parkinson (22,9% per gli uomini e 18,3% per le donne).

■ In generale, le donne sono meno aderenti rispetto agli uomini per tutte le categorie terapeutiche analizzate, a eccezione dei farmaci anti osteoporotici.

■ Relativamente alla persistenza, la percentuale di soggetti ancora in trattamento farmacologico a 12 mesi dall'inizio della terapia supera il 50% solo nel caso

dei farmaci antipertensivi, ipolipemizzanti e anti-demenza negli uomini, e nel caso dei farmaci anti-demenza e anti-osteoporotici nelle donne. Anche per questo indicatore per le donne si osserva una minore persistenza al trattamento rispetto agli uomini.

■ Rimuovendo l'effetto della deprivazione, i livelli di aderenza e persistenza non si modificano. Tale risultato potrebbe suggerire che le differenze rilevate a livello nazionale tra le aree geografiche derivino dai diversi sistemi sanitari regionali e non siano influenzate dai livelli di deprivazione socioeconomici, facendo supporre che, una volta che il paziente abbia avuto accesso alla cura farmaceutica, la presa in carico non si modifichi al variare del livello di deprivazione.

Fonte, Aifa 2021

■ I comportamenti insalubri e i rischi ambientali non sono cambiati in modo disuguale: mediamente sono migliorati, un asset su cui investire per la resilienza.

Il tutto porta a concludere che il rischio di impoverimento disuguale avrà forti conseguenze disuguali nella salute e che "una sanità che vuole evitare che queste conseguenze si trasformino in aumento della domanda sanitaria nel futuro – scrivono Costa e colleghi – deve diventare il più esigente avvocato degli investimenti di inclusione sociale del Pnrr. Lo stesso vale per l'impoverimento disuguale delle opportunità educative che sottolinea come gli anni dello sviluppo e le competenze genitoriali devono essere al centro degli investimenti sul capitale umano del Pnrr anche per ragioni di salute".

#### ERRORI DA NON RIPETERE

Giuseppe Costa ripropone l'interrogativo "Perché curare una malattia per rimandare il paziente a vivere nelle stesse circostanze che l'hanno causata?" pronunciato da Sir Michael Marmot, docente di epidemiologia all'University College di Londra, direttore dell'UCL Institute of Health Equity e past presidente della World Medical Association, nonché autore del saggio "La Salute disuguale" (2006) edito in Italia da [Il Pensiero Scientifico](#).

#### IL CONSUMO DI FARMACI RISPETTO ALLA DEPRIVAZIONE

Costa lo ha fatto più volte il 15 settembre scorso durante la presentazione del primo "Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche" redatto dall'Aifa

(è intervenuto anche Marmot con una relazione). Durante la pandemia, come ha spiegato Costa, la relazione tra consumo di farmaci e disuguaglianze sociali ha mostrato i suoi effetti proprio in rapporto al fatto che Covid-19 "è atterrata su un'epidemia molto disuguale di malattie croniche", a loro volta indotta da disuguale mortalità; disuguaglianza di esposizione a infezione e accesso a test; a cure ospedaliere proporzionali al rischio; isolamento, impoverimento di opportunità educative, rischio di disoccupazione, aiuto da servizio sociale e volontariato etc. L'Atlante redatto da Aifa mostra, in effetti, che il consumo dei farmaci è più elevato tra i soggetti residenti nelle aree più svantaggiate, probabilmente a causa di uno stato di salute peggiore, a sua volta associato a uno stile di vita non corret-



ro. Tale andamento (descritto più avanti nel dettaglio) riguarda in particolare i farmaci antipertensivi, gli ipolipemizzanti e gli antiosteoporotici, nelle donne (“correlazioni di questo tipo invece – scrive Aifa – non emergono analizzando l’aderenza e la persistenza al trattamento, facendo supporre che una volta che il paziente abbia avuto accesso alla cura farmaceutica la presa in carico non si modifichi al variare del livello di deprivazione”).

**L'INDICATORE VA MIGLIORATO**

Un lavoro da prendere con le molle, però, Giuseppe Costa tiene a precisare che esiste un limite di misurazione legato all’indice di deprivazione adoperato nella circostanza: “Quello che è stato usato per l’Atlante è perfezionabile. Al momento è usato per classificare i Comuni, cosa che lo rende poco sensibile: all’interno dei Comuni la deprivazione è eterogenea e si diluisce molto. Invece bisognerebbe calcolarlo in base alle sezioni di censimento come lo usa-

no in Gran Bretagna. Quelle sezioni sono equivalenti a un isolato cittadino dove di solito la composizione sociale è molto più omogenea rispetto a quella di una intera città. Usare un indice di deprivazione sociale dentro un isolato lo rende quindi molto più predittivo: questa è la ragione per cui le disuguaglianze messe in evidenza dall’Atlante non sono così intense come io mi aspetterei. Se si misurassero a livello di sezione di censimento sarebbero molto più significative. Però questo è un problema di metrica. Basterebbe investire un po’ di soldi, ne bastano davvero pochi, su una georeferenziazione più accurata, inserendo gli indirizzi di residenza degli assistiti. Sono problemi tecnici risolvibili ma qualcuno deve decidersi a farlo”.

**REGIONI RILUTTANTI SUL FSN**

Fuori dalle aule accademiche, dalle pubblicazioni scientifiche e da spartiti dibattiti istituzionali, l’idea di adottare un indice di deprivazione nella programmazione politica, in

Italia, non ha mai riscosso particolare fortuna. Se ne parla da molti anni (e Costa ne è tra i precursori insieme al gotha dell’epidemiologia italiana) ma non riesce a essere implementata. Ad esempio nel riparto del Fondo sanitario nazionale dove potrebbe diversamente contribuire all’allocazione di risorse economiche sulla base del fabbisogno reale e non solo della popolazione pesata per età (vexata quaestio che mette l’una contro l’altra le Regioni italiane, soprattutto tra Nord e Sud).

“Il problema non è dell’indice – conferma Costa – ma della discussione in sé. Sono stato molto di recente ascoltato dalla Commissione salute delle Regioni e confermo che non si riesce a raggiungere un accordo. Credo che così come si considera l’età dei cittadini residenti come un determinante del fabbisogno di assistenza, bisognerebbe fare con la distribuzione della povertà. Specularmente, se si decide di escludere la deprivazione, coerentemente bisognerebbe escludere anche l’età anche se, certo, questa pesa



di più. Lo so, è una battaglia di valori da combattere in nome della giustizia sociale. In troppi non lo accettano, non sono disposti a rinunciare a qualche milione in più nel riparto”.

**RIFLETTORI SUI LEA**

Il riparto del Fsn è uno dei temi più scottanti, ma non è il solo. “La stessa cosa si potrebbe fare con gli indicatori di garanzia dei Lea. Possiamo provare a classificarli per livello di deprivazione e vedere effettivamente se le nostre Regioni trattano allo stesso modo i loro cittadini. Questo ovviamente non avrebbe a che fare con il riparto ma con gli obiettivi dei direttori generali, ad esempio, e in più ci darebbe tante leve di manovra per la programmazione”.

**NESSUNA RIVOLUZIONE, SOLO GIUSTIZIA**

Le difficoltà tecnico-metodologiche proprie della scienza epidemiologica incrociandosi con le logiche della politica non si traducono in programmazione. Dice Costa:

“Sicuramente le cose che mette in evidenza la deprivazione non sono risolvibili di colpo. Se però si prendessero almeno in considerazione, le si misurasse e si decidesse che sono un obiettivo a tendere già questa sarebbe un’operazione politicamente sostenibile. Oggi ci sono soldi da distribuire, con il Pnrr il Servizio sanitario nazionale non è più sotto finanziato: i soldi che arrivano, senza toglierli a nessuno, potrebbero andare in misura maggiore verso quelle Regioni che ne hanno un maggiore bisogno, con azioni simili a quelle che sta facendo il governo Draghi già adesso. Non c’è mica bisogno di essere dei rivoluzionari! Nessuno dice di dare 200 milioni in più alla Liguria o alla Campania: la distribuzione deve essere invariante per tutti e leggermente premiante dove c’è più fabbisogno, tutte le volte che c’è qualche soldo in più da distribuire”. Il mondo intero – si pensi alle risoluzioni almeno verbali del G20 – ha preso confidenza con i rischi

delle disuguaglianze: tutti capiscono l’importanza di vaccinare le aree del sottosviluppo ma in pochissimi quella di riequilibrare gli interventi per l’assistenza sanitaria lungo la Penisola. Conclude Costa: “Ho l’impressione che non abbia la stessa visibilità e gli effetti delle disuguaglianze non sono facili da dimostrare (a parte forse il gradiente dell’aspettativa di vita certificato dall’Istat, n.d.r). È evidente che se non vaccini il Terzo mondo fai nascere un sacco di varianti che poi ti arrivano in casa, ma non c’è evidenza che se risparmi 20 milioni in Campania scoppia una bomba sociale al centro di Milano... Non ci sono slogan facili da tirare fuori. L’unico è indossare le lenti dell’equità e vedere che succede”. ▶

**Parole chiave**

Pnrr, disuguaglianze di salute, consumo di farmaci

**Aziende/Istituzioni**

Aifa, Università di Torino, University College Londra, Institute of Health Equity, ministero della Salute, Regioni, G20