

Malattie croniche e disuguaglianze nella salute *Chronic diseases and inequalities in health*

Gavino Maciocco

Università di Firenze, Coordinatore Osservatorio sulla Salute Globale

Parole chiave: multimorbidità, malattie croniche; disuguaglianze nella salute, iniquità orizzontale, iniquità verticale

RIASSUNTO

La multimorbidità è rapidamente diventata la norma nella popolazione affetta da malattie croniche. Sebbene considerata una condizione tipica dell'età anziana, essa interessa un grande numero di persone giovani. La multimorbidità non è semplicemente un problema cronologico dell'invecchiamento e non è neppure un fenomeno distribuito a caso: in un recente studio scozzese di Barnett e coll, che ha coinvolto 1,8 milioni di soggetti le persone con due o più malattie croniche di età inferiore ai 65 anni erano più numerose di quelle più anziane. Lo studio ha rilevato che la deprivazione socioeconomica influenza non solo la quantità ma anche la tipologia della multimorbidità, che è più comune nelle aree più deprivate rispetto a quelle benestanti e – quando la deprivazione socio-economica cresce – nel mix delle patologie aumentano le malattie mentali. L'articolo introduce due diversi concetti di iniquità nella salute: l'iniquità orizzontale e l'iniquità verticale. L'iniquità orizzontale significa che persone con gli stessi bisogni non hanno accesso alle stesse risorse. L'iniquità verticale si verifica quando persone con maggiori bisogni non hanno a disposizione risorse più grandi. I sistemi universalistici tendono a garantire l'equità orizzontale, ma hanno molta difficoltà ad attuare l'equità verticale.

Key words: multimorbidity; chronic diseases; inequality in health; horizontal iniquity; vertical iniquity

SUMMARY

Multimorbidity has quickly become the norm in the population with chronic illnesses. Though considered a typical condition of the elderly, it affects a large number of young people. Multimorbidity is not simply a

Autore per corrispondenza: gavino.maciocco@gmail.com

chronological problem of aging and is not even a randomly distributed phenomenon: in a recent Scottish study by Barnett and Coll, involving 1.8 million people with two or more chronic age-related diseases under 65 were more numerous than the older ones. The study found that socioeconomic deprivation influences not only the quantity but also the typology of multimorbidity, which is more common in the most deprived areas than the wealthy, and - when socio-economic deprivation grows - in the mix of pathologies increases mental illness. The article introduces two different concepts of iniquity in health: horizontal iniquity and vertical iniquity. Horizontal iniquity means people with the same needs do not have access to the same resources. Vertical iniquity occurs when people with higher needs do not have larger resources available. Universalistic systems tend to ensure horizontal equity, but have a lot of difficulty in enforcing vertical equity.

Multimorbosità. L'iniquità nascosta

Barbara Starfield (New York City, 18 dicembre 1932 / Menlo Park - California, 10 giugno 2011) era professore di Health Policy and Management alla Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimora (USA). Il Preside della Scuola, Michael J. Klag, l'ha ricordata come "un gigante nel campo delle cure primarie e della politica sanitaria". Il termine "gigante" è il termine più adatto per rappresentare la statura di ricercatore, di docente e di difensore di diritti umani di Barbara Starfield. Negli ultimi dieci anni due sono i principali temi su cui si è concentrata l'attività di ricerca e la riflessione politica di Barbara Starfield: il ruolo delle cure primarie nei sistemi sanitari (1-2) e la gestione delle malattie croniche nell'ambito delle cure primarie.

Il suo ultimo articolo pubblicato – aprile 2011 – s'intitola "*The hidden inequity in health care* (3)" ("L'iniquità nascosta nell'assistenza sanitaria") ed è dedicato alla multimorbosità (la presenza di due o più patologie croniche nello stesso soggetto). Il legame tra iniquità nella salute e nell'assistenza sanitaria e multimorbosità è ampiamente spiegato nell'articolo e – come vedremo – solidamente confermato da numerose ricerche.

L'articolo introduce due diversi concetti di iniquità nella salute: l'iniquità orizzontale e l'iniquità verticale. L'iniquità orizzontale significa che persone con gli stessi bisogni non hanno accesso alle stesse risorse. L'iniquità verticale si verifica quando persone con maggiori bisogni non hanno a disposizione risorse più grandi. I sistemi universalistici tendono a garantire l'equità orizzontale, ma hanno molta difficoltà ad attuare l'equità verticale. Perché i bisogni complessi, come quelli delle persone affette da due o più malattie croniche, non sono così facilmente classificabili e non corrispondono mai alla somma dei problemi di due o più singole malattie. Le malattie croniche non sono mai entità isolate, averne una predispone ad altre. E poiché la multimorbosità si riscontra più frequentemente nei gruppi più svantaggiati della popolazione, ai problemi clinici si assommano anche quelli sociali, familiari e economici. "*Così le persone hanno problemi di salute ma le malattie* – osserva acutamente la Starfield – *sono solo la parziale spiegazione dei loro problemi di salute*".

L'iniquità nascosta consiste nel non riconoscere, e nel non farsi carico, della complessità clinica e spesso sociale delle persone con multimorbidità, dei loro "complessi" problemi, dove la multimorbidità include spesso anche una malattia mentale. *"Il miglioramento e se possibile la risoluzione dei problemi sono vere e proprie misure di outcome, e i medici che sono in grado di riconoscerli e risolverli dovrebbero essere ricompensati per questo. Abbiamo bisogno – afferma B. Starfield – di linee guida adatte per l'assistenza focalizzata sulle persone piuttosto che sulle malattie. Solo i medici di famiglia possono comprendere ciò, perché essi non si occupano dei singoli organi, come fanno gli specialisti, e perché ogni giorno sperimentano questa realtà nel loro lavoro. Per questo i medici di famiglia devono difendere i sistemi sanitari basati sulle cure primarie, perché questa è l'unica speranza per ottenere una maggiore equità attraverso appropriati interventi medici e sociali. Essi hanno anche un'altra responsabilità, che è quella di richiamare l'attenzione sulla follia di fornire l'assistenza in modo verticale, malattia per malattia. È tempo che i medici di famiglia prendano l'iniziativa per indirizzare l'assistenza medica laddove ci sono i bisogni; per assistere i pazienti e le popolazioni e non le malattie. Tutto ciò non solo è biologicamente corretto, ma anche più efficace, più efficiente, sicuro e più equo"*.

La legge dell'assistenza inversa

La multimorbidità è rapidamente diventata la norma nella popolazione affetta da malattie croniche. Sebbene considerata una condizione tipica dell'età anziana, essa interessa un grande numero di persone giovani. La multimorbidità non è semplicemente un problema cronologico dell'invecchiamento e non è neppure un fenomeno distribuito a caso: in un recente studio scozzese di Barnett e coll, che ha coinvolto 1,8 milioni di soggetti le persone con due o più malattie croniche di età inferiore ai 65 anni erano più numerose di quelle più anziane. Lo studio ha rilevato che la deprivazione socioeconomica influenza non solo la quantità ma anche la tipologia della multimorbidità, che è più comune nelle aree più deprivate rispetto a quelle benestanti e – quando la deprivazione socio-economica cresce – nel mix delle patologie aumentano le malattie mentali (4).

L'editoriale del BMJ che tratta questa questione – *Multimorbidity and the inverse care law in primary care* (5) – è firmato anche da Julian Tudor Hart, nato a Londra nel 1927, fondatore della moderna medicina di famiglia britannica, nonché presidente del *Socialist Health Association*, che ha coniato la "le legge dell'assistenza inversa" (6). Secondo tale "legge" la disponibilità di buoni servizi medici tende a variare inversamente in relazione all'entità dei bisogni della popolazione servita; tale "legge" si applica anche in Gran Bretagna dove il numero dei *General Practitioners* è definito in rapporto al numero della popolazione e non al carico di bisogni di quella popolazione.

"Una maggiore multimorbidità nelle aree deprivate significa che i pazienti muoiono più giovani, sono malati più a lungo prima di morire, e che essi (e le loro famiglie) si presentano

con problemi più complessi ai general practitioners e ai team delle cure primarie – si legge nell'articolo. Ma l'organizzazione delle cure primarie in queste aree è meno attrezzata e meno capace di affrontare i problemi dei pazienti. La legge dell'assistenza inversa colpisce le visite mediche e le relazioni medico paziente: a confronto di coloro che vivono delle aree benestanti, dopo una visita i pazienti delle aree deprivate sono meno soddisfatti e i loro dottori più stressati”.

“Il problema chiave è il tempo. Il troppo poco tempo dedicato alla visita medica riduce ciò che possono dare i dottori e anche le aspettative dei pazienti. Stranamente né la legge dell'assistenza inversa e neppure il suo principale corollario, la mancanza di tempo, sono annoverati nei più importanti lavori sulle disuguaglianze nella salute. L'assistenza sanitaria diventa un determinante sociale di salute quando non è in grado di rispondere ai bisogni dei malati più gravi”.

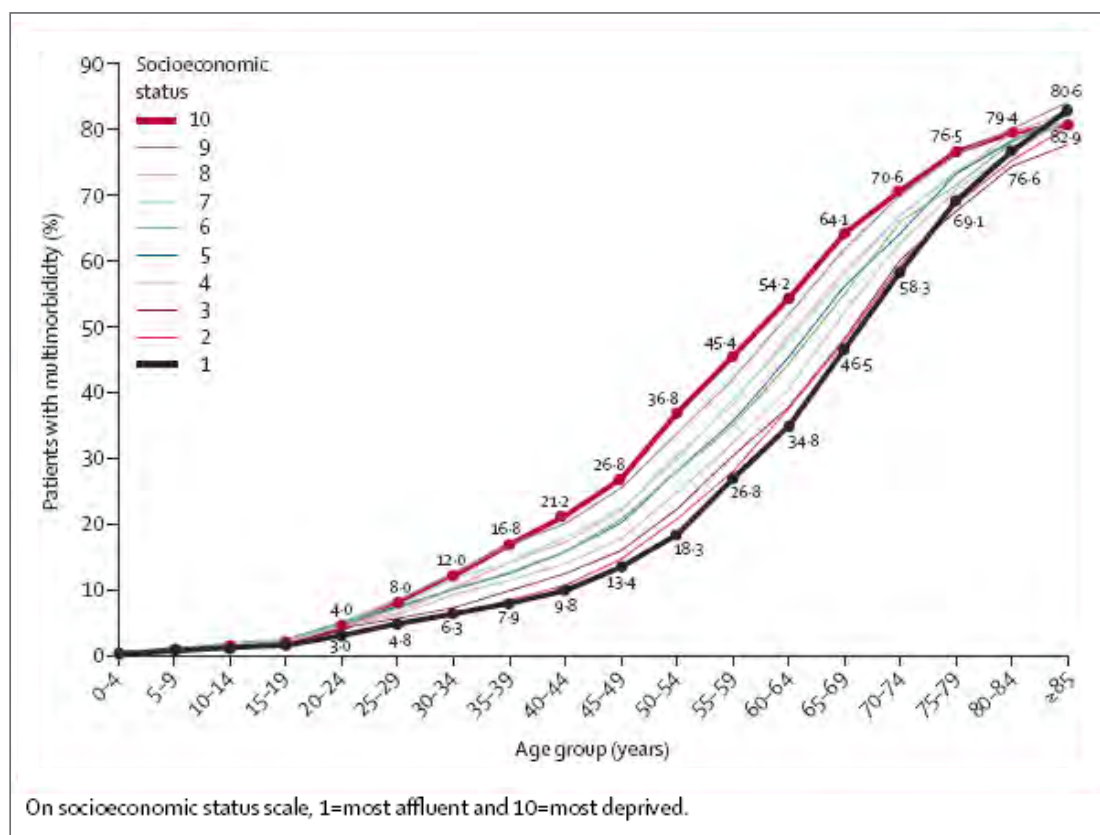
“La legge dell'assistenza inversa non è una legge naturale – conclude l'articolo (che riprende i concetti della Starfield) –, ma il risultato di politiche che restringono l'accesso a un'assistenza veramente efficace. Ciò colpisce soprattutto i pazienti di basso stato socio-economico con multi morbosità, che hanno un mix di problemi fisici, psicologici e sociali e, conseguentemente, hanno bisogno di tempo, empatia e un approccio olistico centrato sul paziente”.

Tutto ciò è confermato da un dato: la multimorbosità è fortemente associata con ricoveri non pianificati, inclusi ricoveri che erano potenzialmente prevenibili. Il rischio di ammissione in ospedale era esacerbato dalla coesistenza di una malattia mentale e della deprivazione socio-economica (7).

La dimensione quantitativa

Il citato studio scozzese di Barnett (4) è il più ampio finora condotto sulla multimorbosità. Si tratta dell'archivio completo delle cartelle cliniche dei cittadini afferenti a 314 Unità di assistenza primaria (*Primary Care Trusts*) che servono circa un terzo della popolazione dell'intera Scozia (1.750.000 persone). L'analisi di prevalenza ha considerato le 40 malattie croniche più frequenti ed è stata stratificata per le consuete variabili demografiche, sesso ed età, e per livello socioeconomico, utilizzando l'indice di Carstairs per misurare la deprivazione nell'area di residenza dell'assistito. I risultati confermano quello che empiricamente è già patrimonio comune delle organizzazioni sanitarie della maggior parte dei paesi occidentali, e cioè che la multimorbosità è un fenomeno assai frequente: il 42,2% della popolazione è affetta da almeno una patologia cronica, il 23,2% presenta multimorbosità, e l'8,3% la compresenza di una malattia fisica con una mentale. Le più colpite sono le donne e, come facilmente intuibile, si osserva un aumento progressivo della multimorbosità con l'età (intorno ai 65 anni la maggior parte delle persone presenta almeno due patologie croniche), mentre ciò che emerge inaspettatamente dall'analisi è che – come già accennato – il numero maggiore, in termini assoluti, di persone affette

Figura 1- Prevalenza della multi-morbidità per età e status socio-economico



da due o più patologie ha meno di 65 anni e che due terzi di queste ultime presenta comorbidità fisica e mentale. I dati di questo studio evidenziano inoltre come soggetti relativamente giovani residenti nelle aree maggiormente deprivate subiscano un carico di multimorbidità sovrapponibile a quello di persone di 10-15 anni più anziane viventi in aree più abbienti (8).

Le malattie croniche, multimorbidità e disuguaglianze nella popolazione italiana secondo l'Istat

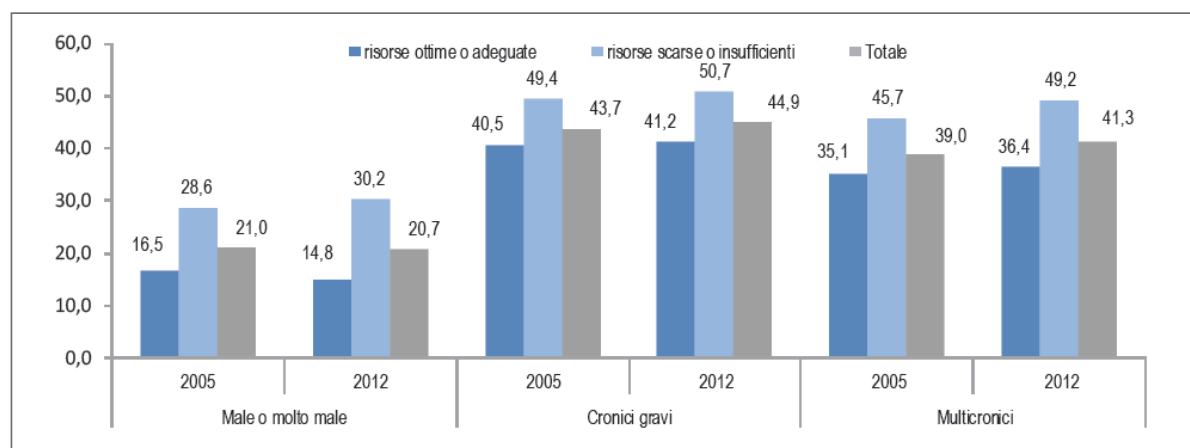
Un'indagine sulle malattie croniche in Italia è stata condotta dall'Istat nel 2012-2013 su un campione complessivo di circa 60 mila famiglie residenti sull'intero territorio nazionale (9). Nel 2012, circa 9 milioni di persone hanno dichiarato di soffrire di almeno una malattia cronica grave (14,8 dell'intera popolazione) e 8 milioni e mezzo hanno riferito problemi di multicronicità, indicando la presenza di tre o più malattie croniche indipendentemente dalla gravità (pari al 13,9%). Tra i molto anziani (75 anni e più), quasi una persona su due dichiara di essere affetta da una patologia cronica grave o da tre o più malattie croniche. Le donne presentano per tutte le classi di età, superiori ai 14 anni, tassi di mul-

ticronicità più alti degli uomini, ma sono meno colpite da patologie gravi dopo i 50 anni. Tra il 2005 e il 2012 aumentano complessivamente di circa un punto e mezzo entrambi gli indicatori di cronicità, in gran parte a causa dell'invecchiamento della popolazione. Persiste un chiaro gradiente sociale nella distribuzione della salute: rispetto al titolo di studio, nel 2012 si conferma l'associazione tra livelli più bassi di scolarità e peggiori condizioni di salute. Complessivamente, tra le persone di 25 anni e più, si rilevano prevalenze intorno al 10% sia per la cronicità grave che per la multicronicità tra quanti hanno conseguito almeno un diploma di scuola superiore, a fronte di circa il 40% tra quanti invece hanno al massimo la licenza di scuola elementare. Anche tenendo sotto controllo l'effetto dell'età, il rischio di presenza di cronicità è quasi il doppio tra quanti hanno un basso titolo di studio.

Anche in relazione al giudizio sulle risorse economiche familiari, sia l'indicatore di salute percepita che gli indicatori di presenza di cronicità si differenziano in maniera significativa. Dichiarano di stare male o molto male l'11% delle persone con risorse familiari scarse o insufficienti contro il 5,3% di coloro che giudicano le proprie risorse ottime o adeguate. Più contenuta, ma comunque significativa, è la differenza per chi dichiara almeno una malattia cronica grave (le percentuali sono rispettivamente pari a 16,7% e 13,7%) e per chi è multicronico (16,0% e 12,3%).

Gli anziani con risorse economiche ottime o adeguate che dichiarano di stare male o molto male nel 2012 sono il 14,8%, in diminuzione rispetto al 2005 (erano il 16,5%), mentre quelli economicamente svantaggiati sono il doppio (30,2%) e in aumento rispetto al 2005 (erano il 28,6%). Anche per gli anziani multicronici i divari continuano ad aumentare: la quota tra chi ha risorse scarse o insufficienti raggiunge il 49,2% nel 2012 (era il 45,7%), mentre tra chi non riferisce problemi economici è pari al 36,4%. e 12,3%). Nella popolazione anziana, rispetto al 2005, si accentua il divario tra i più abbienti e i meno abbienti (Figura 2).

Figura 2- Persone di 65 anni ed oltre che dichiarano cattive condizioni di salute per valutazione delle risorse economiche



Al Sud, la percentuale di popolazione che si dichiara in cattive condizioni di salute passa dall'8,5% del 2005 al 9,8% del 2012 e si dilatano le differenze nord-sud. Aumenta inoltre al Sud la popolazione in condizioni di multicronicità (dal 13,2% al 15,5%); si annulla quindi il vantaggio del Sud registrato in passato rispetto al Nord riguardo alla multicronicità. Gli anziani residenti nel Mezzogiorno rappresentano il gruppo di popolazione più vulnerabile, in particolare se hanno risorse economiche scarse o insufficienti. Al Sud, la popolazione anziana in situazione economica svantaggiata dichiara un cattivo stato di salute nel 35,9% dei casi (31,6% nel 2005), contro il 19,7% dei più abbienti. Nelle Isole la quota di anziani con ridotte disponibilità economiche che si dichiarano in cattive condizioni di salute raggiunge il 39,5%. Anche riguardo alla presenza di malattie croniche gravi è tra gli anziani del Sud in precarie condizioni economiche che si registrano le prevalenze più elevate: il 54,9% soffre di una qualche patologia grave, la quota sale al 58,5% tra i maschi.

BIBLIOGRAFIA

1. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *HSR: Health Services Research* 2003; 38:3, 831-865.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 2005; 83 (3): 457–502.
3. Starfield B, The hidden inequity in health care, *International Journal for Equity in Health* 2011, 10:15.
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380: 37-43.
5. Mercer SW, Guthrie B, Furler J, Watt GCM, Hart JT. Multimorbidity and the inverse care law in primary care. *BMJ* 2012; 344:e4152 doi.
6. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 297: 405-12.
7. Payne et Al. The effect of physical multimorbidity, mental health conditions and socioeconomic deprivation on unplanned admissions to hospital: a retrospective cohort study. *CMAJ* 2013; Mar 19;185(5):E221
8. Perria C. <http://www.saluteinternazionale.info/2013/05/multimorbidity-la-grande-sfida-per-le-patologie-croniche>.
9. ISTAT La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi, 24 dicembre 2013

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno