

segui quotidianosanità.it



twitter



facebook



feed



newsletter



archivio



Tweet



Condividi



stampa

Povertà farmaceutica. Sif: "In milioni coloro che in Italia non possono curarsi"

In Italia le persone indigenti possono permettersi una spesa sanitaria pro-capite equivalente a 1/6 (16%) di quella sostenuta dalle persone non povere. Il contenimento della spesa sanitaria viene perseguito dalle famiglie povere soprattutto limitando il numero delle visite e degli accertamenti a scopo diagnostico e preventivo. Se ne è parlato al Congresso Nazionale della Società Italiana di Farmacologia (Sif).



12 MAR - Secondo le ultime statistiche ufficiali diffuse dall'Istat il 16 giugno 2020 (Istat, 2020), in Italia nel 2019 quasi 1.7 milioni di famiglie (6.4% del totale), corrispondenti a quasi 4.7 milioni di persone (7.7% del totale), vivevano in condizione di povertà assoluta. Il report conferma inoltre l'esistenza di un gradiente di povertà su base geografica: la percentuale di famiglie indigenti era più alta nel Meridione (8.8% nel Sud e 8.7% nelle Isole), rispetto al Centro (4.5%) e al Settenntrione (5.8% nel Nord-Ovest e 6.0% nel Nord-Est). Le persone in povertà assoluta erano 1.870.000 (6.8% dei residenti) nelle regioni del Nord e 2.071.000 (10.1% dei residenti) nel Mezzogiorno.

Questi i dati in evidenza al Congresso Nazionale della Società Italiana di Farmacologia (Sif), nella relazione di **Silvano Cella**, dell'Università degli Studi di Milano e membro Sif.

"Queste differenze territoriali sono dovute anche alla maggior concentrazione nel Sud di nuclei famigliari numerosi – spiega Cella – e si conferma infatti che il riscontro di povertà assoluta è più frequente tra le famiglie con un maggior numero di componenti, passando dal 6.5% di quelle con un solo figlio minore al 20.2% se sono presenti tre o più figli minori. Anche tra le famiglie monogenitoriali la povertà era più diffusa rispetto alla media nazionale (8.9%). Tra chi viveva in condizioni di povertà assoluta, particolarmente numeroso (26.9%) era il gruppo degli stranieri residenti in Italia, formato da quasi un milione e 400mila persone, dato che saliva al 31.2% tra le famiglie immigrate con figli minori".

È interessante osservare che nel 2019, per la prima volta dopo molti anni, la prevalenza della povertà assoluta è diminuita in misura significativa rispetto all'anno precedente (-0,6 punti percentuali a livello nazionale). Ciò è dovuto principalmente all'andamento favorevole delle regioni del Mezzogiorno (-1,4 punti percentuali) e del Centro (-0,9 punti percentuali), interamente attribuibile agli effetti redistributivi delle misure economico-sociali varate per sostenere la popolazione con reddito inferiore alle soglie di povertà assoluta.

"La situazione non è invece migliorata nelle regioni del Nord – continua Cella – poiché qui si concentrano maggiormente gli immigrati che registrano tassi di povertà di gran lunga superiori al resto della popolazione residente. Emerge inoltre che alla popolazione povera residente nel Settenntrione sono state destinate meno risorse pubbliche di quelle allocate per il Mezzogiorno, poiché le politiche pubbliche adottano soglie di povertà identiche su tutto il territorio nazionale e non tengono conto del diverso costo della vita come invece prevedono le stime della povertà assoluta elaborate dall'Istat" (Istat, 2020).

Queste statistiche, tuttavia, non hanno ancora intercettato l'impatto della pandemia Covid-19 che a partire da marzo 2020 ha investito drammaticamente – sia pure con diversa intensità territoriale – il nostro Paese. "Non si è trattato solo di una emergenza sanitaria – precisa Cella – il periodo di lockdown ha influito negativamente anche sulle attività economiche ed è ipotizzabile che tali effetti risulteranno più marcati nelle Regioni settentrionali, incrementando il tasso di povertà proprio laddove è presente la maggior parte delle attività produttive del Paese".

Lo confermano tutte le organizzazioni di solidarietà sociale che nei mesi scorsi hanno ricevuto un numero di richieste di aiuti materiali ben superiore all'andamento storico: "Analizzando il periodo maggio-settembre del 2020 e confrontandolo con lo stesso periodo del 2019 emerge che l'incidenza dei nuovi poveri passa dal 31% al 45% e che quasi una persona su due per la prima volta necessita di aiuti materiali. Sembra dunque profilarsi il tempo di una grave recessione economica che diventerà terreno fertile per la nascita di nuove forme di povertà, proprio come avvenuto dopo la crisi del 2008" (Caritas, 2020).

La povertà sanitaria e farmaceutica in Italia.

La povertà economica rende più problematico l'affronto della povertà di salute. In Italia le persone indigenti possono permettersi una spesa sanitaria pro-capite equivalente a 1/6 (16%) di quella sostenuta dalle persone non povere. Il contenimento della spesa sanitaria viene perseguito dalle famiglie povere soprattutto limitando

POVERTÀ FARMACEUTICA. SIF: IN MILIONI COLORO CHE IN ITALIA NON POSSONO CURARSI

il numero delle visite e degli accertamenti a scopo diagnostico e preventivo.

"Si crea così un circolo vizioso – precisa Cella – che incrementa ulteriormente il carico di malattia che già affligge la parte svantaggiata della popolazione. Molti studi hanno indagato il legame tra povertà, contesto ambientale e malattia ed hanno dimostrato che la carenza cronica di beni primari si associa ad una aumentata frequenza di molte condizioni patologiche come l'asma bronchiale (Peat et al., 1998), i disturbi gastroenterici (Shaw, 2004), l'ipertensione, le dislipidemie e le patologie cardiovascolari (Diez Roux, 2003; Diez Roux et al., 2001), il diabete mellito di tipo 2 (Agardh et al., 2011) ed un eccesso di mortalità nel periodo invernale (Fowler et al., 2015)".

L'analisi dei grandi database sanitari di molte nazioni europee ha dimostrato inequivocabilmente che le malattie croniche non trasmissibili (Non-Communicable Chronic Diseases, NCD) sono estremamente diffuse tra le persone provenienti dai Paesi ad alta pressione migratoria che oltretutto, giunti a destinazione, incontrano ostacoli nell'accedere alle strutture di cura per il timore di essere identificati, per la scarsa conoscenza delle procedure o a causa di barriere linguistiche, culturali o psicologiche. Le NCD sono malattie non trasmissibili, che finiscono per esserlo a causa della diffusione del comportamento che ne è alla base. Per esempio, il cambio di alimentazione, fumo, alcool e altri comportamenti sociali che incontrano arrivando in Europa.

Anche in Italia le NCD sono estremamente diffuse tra le persone socialmente vulnerabili (Fiorini et al, 2016). Tra i fattori responsabili si devono annoverare la globalizzazione dei regimi alimentari nocivi, il rapido inurbamento e la povertà». Sulla base di queste osservazioni, nella comunità scientifica è nata una vivace discussione circa la necessità di cambiare la denominazione delle NCD, poiché in realtà si tratta di malattie con un forte connotato sociale (Christakis e Fowler, 2013), che colpiscono soprattutto chi vive in condizioni di degrado culturale, sociale ed economico (Ferdinand et al., 2012). Pertanto, e non con un intento puramente semantico, è stato proposto di definirle "condizioni socialmente trasmesse" (Socially Transmitted Conditions) (Allen e Feigl, 2017a; Allen e Feigl, 2017b; Kozelka e Jenkins, 2017; Lincoln, 2017) per sottolineare che la loro prevenzione non può basarsi principalmente o esclusivamente su interventi personali volti a modificare lo stile di vita dei singoli individui, bensì richiede politiche sanitarie nazionali finalizzate al loro contenimento.

"Per i poveri spesso l'unica possibilità di ricevere gratuitamente assistenza medica primaria e terapie farmacologiche – precisa Cella – è rappresentata dagli ambulatori degli Enti Caritativi diffusamente presenti sul territorio, che svolgono un ruolo sussidiario fondamentale, integrandosi o sostituendosi efficacemente all'intervento pubblico qualora quest'ultimo non sia in grado di fornire una risposta adeguata al bisogno di salute".

Tra le necessità fondamentali delle persone povere c'è anche quello di poter accedere alle terapie farmacologiche. Infatti, analizzando la composizione della spesa per tipo di prestazione, dal report Istat emerge che nel 2019 gli indigenti hanno destinato la maggior parte (63%) del loro budget sanitario all'acquisto di farmaci, diversamente dalle persone non povere per le quali questa voce rappresentava una parte minoritaria della spesa destinata alla salute (Istat, 2020).

Per soddisfare questa esigenza, gli Enti Caritativi si avvalgono soprattutto delle donazioni da parte di Organizzazioni non profit come il Banco Farmaceutico (BF). Alla raccolta dei medicinali da parte di BF concorrono tre principali attori: le Aziende produttrici con le loro donazioni, la Giornata Nazionale di Raccolta del Farmaco che si svolge annualmente nelle Farmacie che aderiscono all'iniziativa ed il recupero dei farmaci ancora validi. L'anello di congiunzione con i destinatari finali è rappresentato dagli Enti Caritativi convenzionati con BF che nel 2019 hanno raggiunto le 1.844 unità, con una leggera crescita rispetto all'anno precedente (+4,4%).

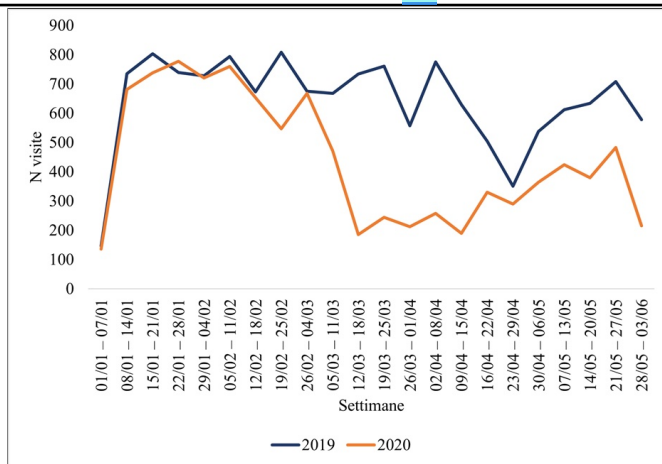
I bisogni di salute della popolazione povera.

Gli ambulatori degli Enti Caritativi sono anche i principali depositari di informazioni attendibili sullo stato di salute dei poveri e dei migranti privi di permesso di soggiorno che, avendo solo contatti occasionali col SSN, di fatto eludono le usuali indagini epidemiologiche. L'analisi dei database di uno dei maggiori Enti Caritativi italiani (Opera san Francesco, OSF) con sede a Milano conferma che le NCD rappresentano un rilevante carico di malattia per le persone disagiate. Se si considera il periodo 2011-2018 emerge che il quadro epidemiologico di questa popolazione è in fase di evoluzione: mentre alcune NCD mantengono una frequenza elevata ma relativamente stabile nel tempo, altre come il diabete e le patologie cardiovascolari sono in costante e preoccupante aumento

	Malattie infettive croniche	Neoplasie	Diabete	Disturbi mentali	Malattie del sistema nervoso	Malattie del cuore e dei vasi	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie dell'apparato digerente	Individui con almeno un contatto
2011	0.1	1.1	2.5	7.3	7.1	7.9	3.0	8.0	8.611
2012	0.1	1.1	2.7	8.5	11.7	8.5	2.8	11.1	9.938
2013	0.1	1.2	2.9	7.6	11.8	8.4	3.1	11.5	10.681
2014	0.2	0.9	3.1	7.4	12.6	9.1	3.2	10.9	10.737
2015	0.2	1.1	3.2	8.1	11.7	10.2	3.3	11.1	10.255
2016	0.2	1.5	3.7	8.9	12.3	12.1	3.6	12.1	9.015
2017	0.1	1.5	4.2	8.7	10.7	12.4	2.9	11.2	9.538
2018	0.3	1.7	4.4	8.7	10.9	12.9	3.3	11.5	9.478
TOT	0.3	1.8	3.0	9.2	12.1	9.6	3.5	11.6	46.508

Le malattie croniche richiedono un approccio assistenziale complesso, poiché necessitano di cure di lunga durata con monitoraggi frequenti ed una stretta integrazione con i servizi sanitari. L'irrompere di Covid-19 ha ulteriormente complicato la situazione: durante il periodo di lockdown totale conseguente alla prima ondata pandemica, si è verificata una drastica riduzione degli accessi spontanei alle cure rispetto all'anno precedente e al periodo pre-lockdown

POVERTÀ FARMACEUTICA. SIF: IN MILIONI COLORO CHE IN ITALIA NON POSSONO CURARSI



La causa principale era sicuramente il timore del contagio, ma per i migranti non in regola con le leggi sull'immigrazione ha certamente giocato un ruolo anche la paura di incorrere in controlli in itinere che avrebbero avuto come esito l'identificazione e le conseguenti sanzioni. "È lecito supporre che l'interruzione delle visite di controllo e delle terapie (e le mancate nuove diagnosi) eserciteranno un peso non indifferente sullo stato di salute di questa popolazione già fragile, le cui conseguenze emergeranno nel tempo".

12 marzo 2021
© Riproduzione riservata