

Capitolo 16

Indicazioni per le politiche sanitarie e ambientali

Carlo A. Perucci

Dipartimento di epidemiologia, ASL Roma/E, Roma

Una premessa. Scorrendo il lungo elenco degli autori e dei partecipanti a questo studio, non è possibile nascondere soddisfazione e speranze per l'epidemiologia italiana. La faticosa e complessa costruzione di una rete di collaborazione multicentrica così vasta e qualificata dimostra che, anche in questo Paese pieno di localismi da un lato, e di centralismi burocratici dall'altro, è possibile, anche con risorse relativamente modeste, portare avanti studi come questo, garantendo assieme validità scientifica e valore di sanità pubblica. Questo in una condizione nella quale ancora qualcuno si attarda a discutere se l'epidemiologia sia disciplina o funzione, e nella quale la presenza delle competenze professionali dell'epidemiologia stenta a essere riconosciuta in molte realtà.

Ma come – dirà qualcuno – nel 2005 ancora uno studio che misura esposizioni ed esiti 'solamente' con questionari, senza nessuna misura genetica, genomica, almeno di biologia molecolare? La risposta sta in quello che i risultati di questo studio dicono e nelle domande che inducono. Certamente la modalità con la quale vengono misurate le esposizioni, attraverso questionari, non consente di esplorare ipotesi di carattere eziologico che entrino nel dettaglio dei meccanismi eziopatogenetici che stanno alla base dell'occorrenza delle patologie respiratorie e delle altre patologie dell'età evolutiva che lo studio osserva. Né la valutazione di ipotesi sui meccanismi eziopatogenetici, sul *black box* che sta tra esposizioni ed esiti, può andare più in là di tanto in relazione alle caratteristiche del disegno dello studio. Ma i risultati che emergono, il ruolo di determinanti dell'occorrenza di malattie respiratorie che sembrano svolgere esposizioni individuali e ambientali, assumono importante valore di sanità pubblica. Vediamone alcuni punti:

- ipotesi di determinanti noti del verificarsi di patologia respiratoria non vengono falsificate: fumo passivo, abitudini alimentari, inquinamento dell'aria da traffico pesante, familiarità sembrano svolgere nella popolazione un ruolo forte;

- ipotesi di determinanti noti, ma controversi, sembrano raccogliere elementi di falsificazione (asma e animali domestici);

- la prevalenza nella popolazione dei determinanti noti di patologia respiratoria varia in relazione al livello socio-economico e alla posizione geografica.

Lo studio getta nuova luce sul rapporto tra assistenza sanitaria e patologia respiratoria nell'età evolutiva. Sarebbe questo un campo della medicina nel quale sono disponibili robuste prove scientifiche di efficacia di numerosi trattamenti e modalità di organizzazione dell'assistenza. Il sistema sanitario avrebbe quindi efficaci strumenti per migliorare qualità e durata della vita dei bam-

Public health implications

bini con patologie respiratorie. I trattamenti disponibili, soprattutto a livello di assistenza primaria e ambulatoriale, avrebbero sufficiente efficacia per prevenire esiti negativi e per minimizzare complicazioni che richiedono interventi complessi (e costosi) in assistenza ospedaliera.

Ciononostante lo studio rivela un'alta occorrenza di ricoveri ospedalieri in bambini asmatici: poco meno del 30% dei bambini e dei ragazzi affetti da asma corrente ha avuto almeno un ricovero per asma nella vita. Inoltre, il 3,2% dei bambini e dei ragazzi ha avuto anche un ricovero in ospedale per crisi d'asma nell'ultimo anno. Il livello socio-economico e la regione di residenza sono forti determinanti dell'occorrenza di questi eventi, totalmente prevenibili. Due le possibili interpretazioni:

- le famiglie di livello socio-economico basso hanno minore offerta e accessibilità a cure primarie e sono costrette a ricorrere per i figli asmatici a cure ospedaliere, anche per prestazioni diagnostiche e terapeutiche a bassa complessità, che potrebbero essere, anche più efficacemente, assicurate a livello domiciliare e ambulatoriale. Si tratterebbe di un segnale preoccupante di inappropriately;

- i bambini di famiglie socialmente svantaggiate hanno complessivamente un'assistenza sanitaria di peggiore qualità, di conseguenza maggiore occorrenza di complicanze gravi dell'asma, che richiedono un trattamento ospedaliero. Evidenza quindi di inefficacia del sistema sanitario, che determinerebbe danni (evitabili) alla salute dei bambini.

E' possibile che entrambe le ipotesi siano valide. Inefficacia e inappropriately, associate al livello socio-economico e alla residenza. Cosa dire del nostro sistema sanitario universale? Se un senso ha la realizzazione e il mantenimento di un Servizio sanitario nazionale esso sta soprattutto nella sua funzione redistributiva di salute. Nella popolazione le condizioni socio-economiche sono eterogenee in modo crescente, e non si vedono, in tempi medi, prospettive di riduzione delle disuguaglianze socio-economiche causate dal modo di vivere e di produrre nella nostra società. A un aumento di efficienza dei sistemi produttivi sembrano accompagnarsi crescenti disuguaglianze. Queste disuguaglianze dei livelli socio-economici determinano, e anche SIDRIA lo conferma, importanti disuguaglianze di salute, indipendenti dal sistema sanitario. Queste disuguaglianze socio-economiche di salute moltiplicano e potenziano disuguaglianze 'naturali', associate a caratteristiche familiari, qualche volta genetiche. Certamente su questa diseguale distribuzione della ricchezza e della condizione sociale il sistema sanitario non ha molte possibilità di intervento.

Tralasciando per un istante le possibilità di prevenzione, il sistema sanitario avrebbe invece non solo la possibilità ma soprattutto l'obiettivo, attraverso interventi efficaci e appropriati, di redistribuire quella salute che è iniquamente distribuita nella società, restituendo alle persone, almeno in parte, quelle 'capacità' che costituiscono la principale condizione di eguaglianza. Un servizio sanitario nazionale è (dovrebbe essere) finanziato dalla fiscalità generale in modo progressivo: pagano di più i più 'ricchi e forti', anche se hanno salute migliore e consumano, in generale, meno servizi sanitari. A livello personale in un servizio sanitario nazionale si paga quando si è ricchi e sani, non si paga quando si è deboli e malati.

Il caso delle patologie asmatiche nello studio SIDRIA illustra in modo paradigmatico, nel nostro SSN, almeno qualche criticità. Come prevedibile sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, l'occorrenza di queste patologie respiratorie è eterogeneamente distribuita nella popolazione, essendo più elevata nei gruppi sociali più deboli. Parte di questa diseguale distribuzione delle patologie respiratorie è spiegata dalla distribuzione delle esposizioni a fattori di rischio noti. Dai risultati dello studio non è possibile stimare direttamente quanto questa eterogeneità sia spiegata dalle esposizioni attuali e quanto invece pesino esposizioni *life course*. Certo una parte rilevante del forte effetto di familiarità potrebbe essere attribuibile a fenomeni di selezione e accumulo che lo studio non può indagare. Comunque i bambini di famiglie più povere e socialmente vulnerabili hanno maggiore occorrenza di patologia respiratoria. Se il nostro sistema sanitario garantisse equità, dovrebbe rispondere con servizi appropriati ed efficaci laddove il bisogno è maggiore.

Invece i bambini asmatici di famiglie di livello sociale più basso, indipendentemente dalla gravità e da altri fattori di confondimento, hanno avuto più ricoveri ospedalieri per asma, sia nella vita sia durante i dodici mesi precedenti, rispetto ai bambini di famiglie di alto livello socio-economico. I bambini più svantaggiati, rispetto ai loro coetanei di alto livello sociale, hanno più visite mediche dal medico di famiglia e meno dal pediatra. Soprattutto bambini asmatici poveri hanno quasi il triplo di ricorso al pronto soccorso rispetto a quelli ricchi. Tutto da discutere quanto il maggior ricorso a trattamenti alternativi (agopuntura, omeopatia eccetera) da parte dei livelli socio-economici più alti costituisca un vantaggio in termini di efficacia delle cure.

Tutto questo per una malattia che, sulla base delle ormai diffuse conoscenze scientifiche cliniche, potrebbe essere facilmente trattata e controllata a casa attraverso una buona (e poco costosa) assistenza di base. In altre parole, anche in questo campo, emerge un quadro di crescente 'razionamento iniquo' dell'assistenza sanitaria. Le disuguaglianze socio-economiche nella società si traducono quindi non solo in una diseguale distribuzione della salute per effetto di fattori di rischio noti indipendenti dal sistema sanitario, ma anche in un diseguale accesso alle cure appropriate e/o in una diseguale efficacia dei sistemi di cura. Inoltre occorre ricordare che al sistema sanitario competerebbero, almeno in termini di *advocacy*, importanti funzioni di pre-

venzione (quella primaria). Dallo studio emerge non solo il ruolo di fattori di rischio individuali, ma anche quello di esposizioni ambientali. L'impressionante proporzione di bambini esposti in utero o nell'ambiente domestico a fumo passivo denuncia la scarsa efficacia degli interventi di controllo fino ad oggi proposti ed esige, da parte del sistema sanitario, la realizzazione di programmi capaci di eradicare queste esposizioni. Interventi certamente difficili se si pensa alle tante scandalizzate opposizioni che hanno accompagnato le recenti norme di restrizione del fumo nei locali pubblici. Temo proprio che la casa rappresenti per molti bambini un ambiente di esposizione a fumo passivo ben peggiore di molti locali pubblici. Le caratteristiche di passività e di involontarietà (da parte dei bambini) di questa esposizione, oltre al loro potenziale effetto induttivo diretto e indiretto sull'abitudine al fumo nella vita adulta, pongono questioni ineludibili non solo di carattere sanitario, ma anche etico e politico.

Altrettanta preoccupazione dovrebbe sollevare l'osservazione della stabile prevalenza dell'abitudine al fumo attivo tra i ragazzi di 13-14 anni. Da questo punto di vista, i Rischi attribuibili di popolazione vanno considerati sia come importanti misure di associazione, sia come potenziali misure di impatto dei possibili interventi di prevenzione. Emerge poi l'associazione tra asma e obesità. Il disegno di studio non consente di valutare ipotesi di causazione, ma richiama l'attenzione di sanità pubblica sugli effetti associati di esposizioni ambientali e sociali.

Da un punto di vista eziologico, di comprensione dei meccanismi biologici di determinazione delle malattie, lo studio ha risultati in accordo con le conoscenze della letteratura scientifica, ma risente dei limiti intrinseci del disegno e degli strumenti di misura. La presentazione di questi risultati è quindi un'occasione per avanzare con forza proposte di studi longitudinali su popolazione di nati che raccolgano informazioni non solo sulle esposizioni ambientali, comportamentali e sociali, ma anche su caratteristiche genetiche e biologiche, che aiutino a comprendere meglio i meccanismi eziopatogenetici e a valutare la potenziale efficacia di interventi di prevenzione e di cura. Anche per prendere in considerazione, domani, nuove ipotesi eziologiche che il rapido avanzamento delle conoscenze biomediche di base certamente proporrà.

E' vero, ogni nuovo risultato dei nostri studi propone qualche piccolo progresso delle conoscenze e una consapevolezza molto più vasta di quello che non sappiamo e vorremmo sapere. Ma, pur proponendo nuovi studi e nuove ipotesi, è su quel poco che sappiamo che siamo chiamati a decidere per agire. E le molte evidenze su esposizioni ambientali e sociali che SIDRIA-2 propone non hanno bisogno di ulteriori approfondimenti per determinare interventi efficaci e appropriati.

Gli allarmi che lo studio ripropone sono quindi molti, richiamando le responsabilità del sistema sanitario sia nel campo della prevenzione sia in quello della diagnosi e cura, in un contesto sociale nel quale crescenti disuguaglianze socio-economiche mettono a dura prova il requisito di equità del servizio sanitario nazionale.