

<http://www.healthdesk.it/>

I sistemi sanitari alla sfida della cronicità

Sono sempre più le malattie croniche che già oggi si stima colpiscano otto over 65 su dieci e costino, a livello globale, qualcosa come 700 miliardi di euro. E nel nostro Paese gli ultrasessantacinquenni sono un quinto dell'intera popolazione

Scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, disturbi del sonno, diabete, obesità, depressione, demenza, ipertensione, ipercolesterolemia: tutte malattie croniche che colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e, con il progressivo invecchiamento della popolazione, diventeranno sempre più la principale causa di morbidità, disabilità e mortalità. Già oggi, d'altronde, si stima che le malattie croniche siano responsabili dell'86% delle morti a livello mondiale e costino 700 miliardi di euro. E si prevede che nel 2020 rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

Nel nostro piccolo, come sappiamo, siamo tra i Paesi più anziani del pianeta, con una percentuale di over 65 sul totale della popolazione pari al 21,2%. Con circa due milioni e 600 mila anziani che vivono in condizione di disabilità, mentre il 51% della spesa per i ricoveri ospedalieri è attribuita proprio alla fascia di età over 65.

Dell'argomento si è parlato venerdì 17 febbraio a Roma in occasione del convegno Il paziente al centro - La gestione integrata della cronicità, organizzato con il contributo non condizionante di MSD nell'ambito del progetto "Insieme per il cuore". Al centro del dibattito, in particolare, il Piano nazionale della cronicità messo a punto dal ministero della Sanità. Con un focus particolare su due patologie: il diabete, una delle malattie croniche a più rapida crescita, che in Italia colpisce circa 3.600.000 di persone; e le sindromi coronariche acute che ogni anno colpiscono circa 135 mila italiani di cui due terzi superano l'infarto e diventano a tutti gli effetti

pazienti cronici a rischio cardiovascolare elevato.

Il Piano delle cronicità «è una risposta ai bisogni di salute delle persone con malattia cronica – spiega Paola Pisanti, della Direzione della programmazione sanitaria del ministero - e propone obiettivi, strategie e strumenti volti a superare i problemi riscontrati in termini di prevenzione e promozione della salute, riorganizzazione delle cure primarie, integrazione delle reti assistenziali, integrazione tra diversi livelli di assistenza e integrazione socio-sanitaria, nel rispetto delle disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali del nostro Paese».

«Alla base delle principali malattie croniche – ricorda Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto superiore sanità - ci sono fattori di rischio comuni e modificabili quali una dieta non sana, una scarsa attività fisica, l'eccesso di peso, il consumo di tabacco e di alcol. Il Piano nazionale della Cronicità sottolinea l'importanza della prevenzione sia primaria che secondaria e fornisce indicazioni per contribuire al miglioramento della qualità di vita e di cura delle persone con malattie croniche».

Secondo Antonio Gaudioso, segretario generale di Cittadinanzattiva, con il Piano della cronicità «si passa finalmente da una medicina d'attesa a una medicina d'iniziativa. Si punta alla cura integrata, ovvero all'idea che la presa in carico debba essere globale, a 360 gradi, e che il paziente deve essere al centro di tutto». Per Gaudioso, però, «occorre semplificare la burocrazia e assicurare un accesso ai servizi continuativo. Servono inoltre trasparenza e velocizzazione dell'accesso all'innovazione, altro tema tanto delicato. Nel momento in cui le evidenze scientifiche dimostrano l'efficacia e la sicurezza dei nuovi farmaci la loro approvazione, registrazione, rimborsabilità e accesso – conclude - dovrebbero essere rese quanto più veloci possibile».

Per sostenere il peso della cronicità nel lungo termine, la “ricetta” proposta da Nicoletta Luppi, presidente e amministratore delegato di MSD Italia, dovrebbe prevedere «il potenziamento del finanziamento pubblico del Servizio sanitario nazionale, un adeguato investimento in prevenzione anche attraverso i vaccini, la riduzione degli sprechi e l'apertura a forme di sanità integrativa». Il tutto, inoltre, dovrebbe passare «attraverso una nuova governance secondo una visione olistica, un concetto di innovazione che sia allineato con le diverse priorità della sanità pubblica e una vera partnership tra tutti gli attori coinvolti – conclude Luppi - per garantire anche al nostro Paese un invecchiamento attivo e in buona salute».

Fact checking

LA FIBRA ASSASSINA

Ci sono ancora 32 milioni di tonnellate del materiale nocivo che uccide 4mila persone l'anno

Come scoprire se state respirando amianto

Vietato dal 1992 si trova nelle case, nelle scuole, negli ospedali. I consigli per riconoscerlo e i costi per rimuoverlo

III GIULIA CAZZANIGA

■ ■ ■ Si nasconde nelle pareti di alcune **scuole**, degli **ospedali**, delle **caserme**, persino dei **cinema**. A volte si fa riconoscere nelle coperture ondulate di tanti capannoni, stalle, cucce dei cani. E poi lo puoi trovare in discariche abusive, **tubature**, **fognature**, **canne fumarie**, **mezzi di trasporto**. L'amianto è stato messo al bando nel 1992. Eppure Legambiente ha calcolato che nel nostro Paese ci sono ancora 32 milioni di tonnellate di questa fibra. L'amianto uccide. E ci vorranno, secondo alcune stime, ancora 85 anni per bonificare completamente la Penisola. Siamo uno dei Paesi al mondo maggiormente colpiti dall'epidemia di malattie correlate a questa **fibra killer**.

Il rapporto Inail del 2015 parla di **21 mila e 463 casi di mesotelioma** diagnosticati tra il 1993 e il 2012. Quattro-mila persone l'anno. Un numero che potrebbe aumentare di molto. Perché il mesotelioma, come ci spiega **Corrado Magnani**, docente di Statistica medica all'Università del Piemonte orientale, «è oggi una malattia incurabile, di cui si muore entro l'anno dalla sua insorgenza». Ma può comparire dopo decenni dall'esposizione. Venti, cinquant'anni dopo. Se ti ammali di mesotelioma pleurico, può esser colpa solo dell'amianto. Gli esperti hanno approfondito le modalità di esposizione solo del 78% circa dei casi di tumore. Di questi malati, quasi il 70% è stato a contatto con l'amianto nel corso del proprio lavoro. Il 4,8% ha avuto un familiare esposto professionalmente, il 4,2% è stato esposto alle fibre nell'ambiente. Per ben il 20% dei casi l'esposizione è «improbabile o ignota».

INTERVENTI MAI FATTI

Fino agli anni '90 eravamo il secondo maggior produttore europeo di amianto in fibra dopo l'Unione Sovietica. Abbiamo utilizzato più di **3 milioni e 700 mila tonnellate di amianto grezzo** made in Italy e quasi altri due milioni di tonnellate le abbiamo importate. Il materiale usato in edilizia per gli usi più svariati, può provocare anche il tumore maligno del polmone e della laringe, neoplasie a carico di altri organi, tumori maligni dell'ovaio, inspessimenti e placche pleuriche. Secondo alcuni studi pure tumori nell'apparato digerente. Tutte patologie «caratterizzate da un lungo intervallo di latenza tra l'inizio dell'esposizione e la comparsa della malattia». Si legge nel Piano Nazionale amianto messo a punto nel marzo 2013, ma mai realizzato, che aggiunge: «Le autorità sanitarie devono confrontarsi con un fenomeno grave visto che le possibilità terapeutiche e di diagnosi precoce delle patologie neoplastiche da amianto sono oggi insoddisfacenti».

LE VITTIME

Il Piano descriveva alcuni obiettivi: accelerare l'apertura di cantieri di bonifica, individuare siti di smaltimento, finanziare la ricerca. Sarebbe una vera e propria **emergenza nazionale**, ma quasi quattro anni dopo quelle proposte o restano sulla carta o procedono molto a rilento, come ci dice **Andrea Minutolo**, coordinatore scientifico di Legambiente. «È stato presentato un disegno di legge lo scorso novembre, che definisce un testo unico per l'amianto, per mappare il territorio e censire le patologie

senza più discrepanze regionali», spiega. «È ancora un disegno, nonostante secondo Legambiente muoiano di amianto **4mila persone ogni anno**».

Chi non ha lavorato o non vive vicino a queste grandi fabbriche di morte, può ritenersi però al sicuro? Lo chiediamo a **Daniela De Giovanni**, oncologa di Casale Monferrato. Ha lavorato tutta la vita lì, nel cuore del problema dell'Eternit: «Il rischio è presente ogni qual volta il manufatto d'amianto è usurato dal tempo. Le piogge acide e i fattori atmosferici creano fessure, lesioni da usura. Così le **fibre si liberano nell'aria**, si depositano in giro, vengono respirate. E a lungo andare l'inhalazione può diventare una fonte di rischio importante per chi è esposto».

«Tutti gli edifici costruiti prima del 1992 sono potenzialmente sospetti. Occorre poi verificare il grado di pericolosità dovuto all'usura», ci spiega **Sergio Clarelli, ingegnere, presidente di Assoamianto**, associazione di consulenti e imprese private abilitate alla bonifica.

Le coperture dei tetti dalla forma ondulata sono immediatamente riconoscibili, ma per rivestimenti, tubazioni e serbatoi serve un esperto per il riconoscimento.

CHI RISCHIA

A rischio, quindi, ci sono **elettricisti, muratori e idraulici** che vengono a contatto con materiali edili datati, dovrebbero prendere precauzioni. Rischiano però pure i normali cittadini. «Se non si bonifica», dice l'oncologa, «non c'è null'altro da fare per tutelarsi. L'unico consiglio da dare è denunciare, tenere le antenne vigili come abbia-



mo fatto noi a Casale. I cittadini devono farsi sentire, presentare petizioni, battersi affinché l'amianto venga eliminato dalle proprie case e dalle proprie città secondo le norme di legge. Chiedete sempre di analizzare il grado di pericolosità e tenete presente», consiglia, «che di anno in anno si può innalzare: le analisi vanno aggiornate spesso». Il mesotelioma, dice la dottoressa De Giovanni, «è un tumore bizzarro.

A Casale si è manifestato in soggetti che hanno respirato le fibre per soli 4 anni nello stabilimento Eternit, come pure nei famigliari dei lavoratori, che portavano a casa le tute da lavoro. C'è invece chi non si è ammalato. Dipende, sembra, anche dalla predisposizione del singolo a contrarre la malattia».

«Chi è più vicino a una fonte di esposizione grave è certamente più a rischio del resto della popolazione, ma lo è potenzialmente anche chi ha vissuto per anni in scuole le cui pareti erano fatte di vernici d'amianto. Ad oggi la miglior prevenzione è non dormire sugli allori e denunciare ogni sospetto», conclude l'oncologa.

Il presidente di Assoamianto racconta che bisogna distinguere **tra amianto com-**

patto e friabile. «Il secondo», dice, «è quello che si sbriaciola con le dita. Ed è il più pericoloso». Quello compatto lo trovi nelle coperture o nei pavimenti in vinile amianto. Quello più pericoloso è negli intonaci, copre le tubature, bastano le mani per scalfirlo. «Informatevi quali norme regionali siano previste per la denuncia dei materiali», consiglia Clarelli. Bisogna poi rivolgersi alla Asl o presso lo sportello dedicato del proprio Comune e un tecnico deve effettuare un campionamento. I pezzi di amianto possono essere analizzati da laboratori qualificati, appartenenti a una lista specifica che potete trovare sul sito del [ministero della Salute](#). Il comune cittadino può effettuare da solo il campionamento, staccando ad esempio un pezzo di intonaco? «In teoria sì, ma andrebbe fatto con equipaggiamenti di protezione specifici: il respiratore semifacciale, la tuta in materiale plastico, senza mettere a rischio inutilmente chi non ha adeguata formazione, che potrebbe compromettere il materiale e rilasciare fibre pericolose nell'ambiente circostante».

LE BONIFICHE

Il costo della bonifica per i privati dipende dalle quantità. Per l'amianto compatto si va dai **7 euro ai 15 al metro quadro**. Per quello friabile occorrono invece operazioni complesse, che possono sfiorare i **100 euro al metro lineare**: occorre infatti isolare il cantiere e procedere con determinate tecniche. Per le imprese il governo ha istituito il credito di imposta, nella misura del 50% delle spese sostenute per bonifiche dall'amianto entro il 2016.

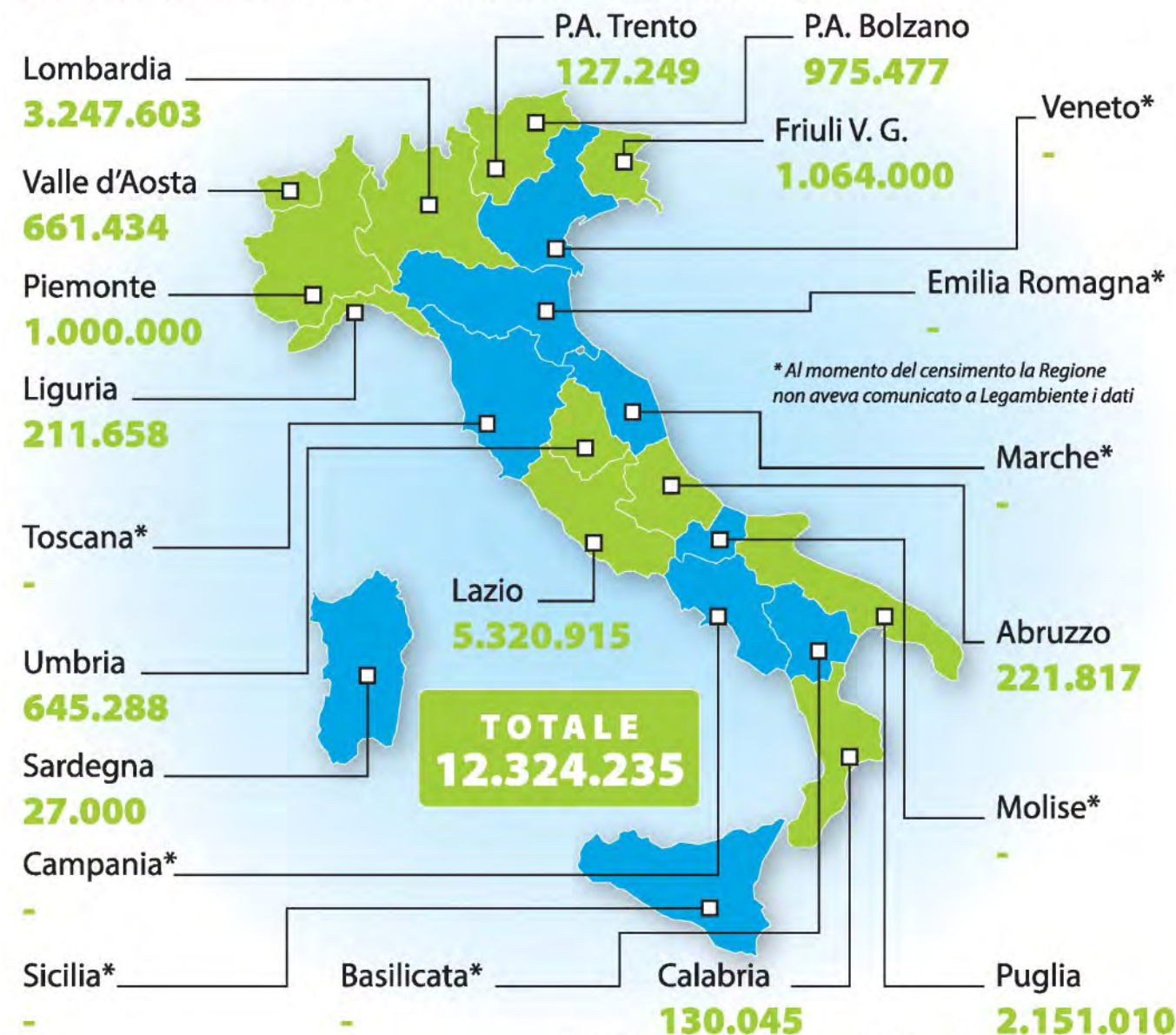
Sono ad oggi finanziati con diciassette milioni di euro solo gli interventi conclusi nelle attività produttive entro il 31 dicembre 2016 e la domanda è presentabile online, entro il 31 marzo 2017, al sito del ministero dell'Ambiente.

E per gli edifici pubblici contaminati dall'amianto il governo ha istituito qualche mese fa un fondo per la bonifica, con 6 milioni di euro per il 2017 e la stessa cifra del 2018. Privilegerà gli edifici pubblici collocati all'interno, nei pressi o entro un raggio non superiore a cento metri da asili, scuole, parchi gioco, strutture di accoglienza socio-assistenziali, ospedali, impianti sportivi, poi si procederà - sempre tramite bando - su tutti gli altri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CENSIMENTO REGIONE PER REGIONE

Metri quadrati contaminati tra siti industriali, edifici pubblici e privati



P&G/L

Fonte: elaborazione Legambiente su dati forniti da Regioni e Province autonome (aprile 2015)

LA SCHEDA

CHE COS'È

L'amianto è un minerale naturale a struttura microcristallina e di aspetto fibroso appartenente alla classe chimica dei silicati e alle serie mineralogiche del serpentino e degli anfiboli. Il suo nome deriva dalla parola Asbesto che tradotto significa "Che non si spegne mai".

CARATTERISTICHE

È resistente al calore e per questo, negli anni, è stato molto utilizzato. In Italia è vietato dal 1992 ma esistono ancora 32 milioni di tonnellate di amianto.

I DANNI MORTALI

Il mesotelioma pleurico, un cancro che può essere causato solo dall'amianto, non dà scampo. In media si muore dopo sofferenze atroci entro un anno dalla diagnosi.

IL CONVEGNO

Malattie croniche, gli esperti puntano sulla gestione “integrata”

VISITE mediche, controlli, cure. E anche qualche ricovero in ospedale per piccole complicazioni. È questa la realtà per le tante persone che soffrono di malattie croniche, come diabete, difficoltà respiratorie o disturbi del sonno. Considerando anche condizioni come l'ipertensione o l'aumento del colesterolo, oggi quasi 8 over 65 su 10 fanno i conti con questi problemi. In Italia circa 2 milioni 600 mila anziani vivono in condizione di disabilità e il 51 per cento della spesa per i ricoveri è attribuita agli ultra 65enni. Così il **Ministero della Salute** ha messo a punto il Piano Nazionale della cronicità. Secondo gli esperti riuniti a Roma al convegno “Il paziente al centro - La gestione integrata della cronicità”, la strada non è semplice. Prendiamo ad esempio il diabete, che in Italia colpisce circa 3.600.000 persone e che entro il 2035 sfiorerà in Europa il tetto dei 70 milioni di pazienti. Nel nostro Paese solo 1 paziente su 3 ha un adeguato controllo mentre gli altri rischiano le

complicanze della malattia. «Il Piano Nazionale Diabete, che prevede la gestione integrata del paziente diabetico, è stato approvato da tutte le Regioni, ma solo alcune lo hanno applicato: dove ciò accade aumenta la sopravvivenza» commenta Giorgio Sesti, presidente della Società italiana diabetologia. Attenzione però. «Oggi la prescrizione dei farmaci innovativi è riservata solo allo specialista che si occupa di diabete» dice Domenico Mannino, presidente dell'Associazione Medici Diabetologi «I nuovi farmaci sono soggetti al Piano terapeutico, che mira a contenere la spesa farmaceutica, ma così si nega a molti pazienti l'accesso alle terapie più efficaci, con conseguente aumento della spesa per il trattamento delle complicanze. Ed è impossibile per il medico di medicina generale avere a disposizione tutto l'armamentario terapeutico per la corretta gestione del diabete».

F.M.



Ammalarsi di precariato fa più male dell'alcol



I

» LAURA MARGOTTINI

Lo stress psico-sociale, come lo definiscono alcuni scienziati, accorcia la vita. È la tensione a cui è sottoposto chi vive in condizione di costante svantaggio socio-economico che può determinare un calo dell'aspettativa di vita di circa 2 anni, come dimostrano i risultati di uno studio appena pubblicato.

In Italia, una disoccupazione giovanile che supera il 40 per cento, come riportano i dati Istat di fine gennaio, sta condannando intere generazioni a non poter sperimentare la serenità che deriva da un reddito sufficiente e sicuro, tale da lasciar spazio alla progettualità e alla capacità di sognare. Come ha denunciato nella sua ultima tragica lettera Michele, il trentenne che si è tolto la vita a causa di una costante situazione di precariato.

(società giusta, vite sane), noto anche come "Marmot review". È stato il primo a parlare di stress "psico-sociale", il fattore di rischio per la salute determinato dalla precarietà e dall'insufficienza di mezzi economici. Di recente ha pubblicato, anche in Italia, il libro "Salute diseguale" (edito da Il pensiero scientifico)

Quando i farmaci non bastano

Per la salute, sperimentare una condizione socio-economica di costante svantaggio rappresenta un fattore di rischio paragonabile a fumo, alcol o obesità. "Perché curare le persone per poi riportarle nelle stesse condizioni che hanno provocato la malattia?" è la provocazione di Sir Michael Marmot, professore di epidemiologia e salute pubblica all'University College of London, nel Regno Unito, che ha dedicato la sua vita a convincere medici e politici che la salute si migliora non solo prescrivendo farmaci, ma intervenendo sulla qualità della vita delle fasce sociali più deboli.

Lo racconta nel suo libro "Salute diseguale", edito in Italia da *Il Pensiero Scientifico*. Per primo ha parlato di stress psico-sociale, quel fattore di rischio per la salute determinato dalla mancanza di potere sulla propria vita quando si hanno pochi mezzi economici.

Le pillole possono intervenire sull'incendio ormai scoppiato — la malattia — ma non sulle cause che lo hanno scatenato, sostiene, e che lo scateneranno di nuovo, se non migliorano. Se poi peggiorano, come quando si perde il lavoro, l'ipotesi è che l'aspettativa di vita si riduca ulteriormente.

Dalle intuizioni di Marmot e dai tanti studi già condotti sull'argomento, è partito il progetto europeo Life-Path (www.lifepath.eu) finanziato nell'ambito di Horizon 2020, gestito da un consorzio di ricercatori internazionali (molti dei quali italiani: l'Italia ha una con-



Chi è
MICHAEL MARMOT
Docente di epidemiologia e salute pubblica all'University College of London, è conosciuto per il report "Fair society Healty lives"

solidata tradizione scientifica in epidemiologia), di cui è coautore anche Marmot.

Ha misurato di quanto esattamente uno status socio-economico svantaggioso riduce l'aspettativa e la qualità della vita. "È noto da tempo che sia un indicatore del calo nella speranza di vita," spiega Silvia Stringhini, epidemiologa alla Lausanne University Hospital di Losanna, Svizzera, co-autrice dello studio. "Ma il suo impatto non era mai stato confrontato quello dovuto a fattori di rischio noti". Fumo, tabacco, obesità, scarsa attività fisica, eccessivo consumo di sale, pressione alta e diabete sono considerati i 7 maggiori fattori di rischio legati alle malattie non trasmissibili — come quelle cardiovascolari o il cancro — che possono condurre a morte prematura. Secondo la ricerca, il fumo accorcia la vita di 4,8 anni, la mancanza di attività fisica di 2,4, il diabete di 3,9 e quasi di 1 l'eccessivo consumo di alcol. Lo status socio-economico, mostra la ricerca, è responsabile di una riduzione di 2,1 anni di vita.

I parametri della ricerca

Lo studio è stato possibile grazie ai dati raccolti da precedenti ricerche su 48 popolazioni in Europa, Stati Uniti e Australia negli ultimi 13 anni, per un totale di 1,7 milioni di persone. "Disponevamo di informazioni su parametri legati alle malattie croniche, alle cause di morte e alla classe sociale", spiega Paolo Vineis, epidemiologo ambientale all'Imperial College of London nel Regno Unito, e coordinatore di LifePath.

Per definire lo status socio-economico, i ricercatori hanno usato come parametro la professione dei partecipanti delle persone sopra i 40 anni. Nel caso di un operaio non specializzato, per fare un esempio, si attribuisce il punteggio più basso. Per un ingegnere, quello più alto. "È un parametro che ci

ha permesso di confrontare popolazioni appartenenti a culture e paesi differenti," spiega Vineis. E che rispecchia anche altri fattori che determinano lo status, come il grado di istruzione e reddito, difficili però da paragonare da nazione a nazione. La ricerca, spiega Vineis, "ha permesso di vedere che c'è un effetto importante sulla mortalità dovuto solo alla classe sociale e non ai 7 fattori di rischio tradizionalmente considerati".

Cosa sia quel qualcosa in più che ha un impatto sulla mortalità, che Marmot imputa allo stress psico-sociale, e che lo studio LifePath (www.lifepath.eu) ha ora quantificato, non è ancora compreso a fondo. "Lo studieremo nei prossimi due anni," spiega Vineis. "Abbiamo informazioni di tipo molecolare su campioni di sangue di quelle popolazioni, su cui studieremo l'impatto che l'ambiente in cui viviamo esercita sul Dna. Una componente importante e innovativa del progetto, racconta Vineis, consiste infatti in indagini epigenetiche sulla modulazione del funzionamento dei geni in diverse migliaia di persone.

Un fattore di rischio "non modificabile"

Lo status economico di un individuo rappresenta dunque uno dei maggiori determinanti della salute umana e della longevità, ma resta un fattore di rischio abitualmente ignorato dalle politiche sanitarie internazionali.

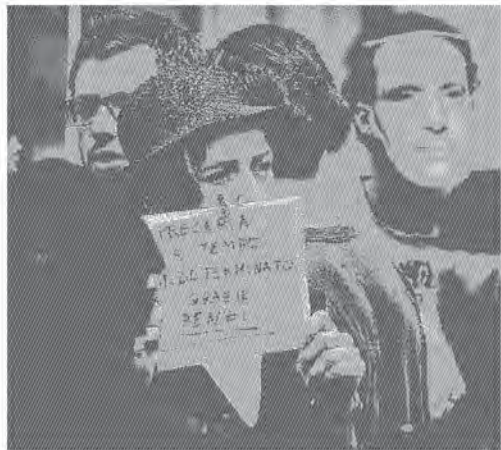
Nel 2011 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha lanciato un programma che mira a ridurre la mortalità causata da malattie non trasmissibili del 25% entro il 2025, puntando sulla riduzione dell'impatto che i 7 fattori di rischio noti hanno su queste patologie e dunque sulla mortalità. Ma che non

considera quello costituito dall'appartenenza alle classi negli ultimi gradini della piramide sociale.

La stessa Oms considera lo status sociale un fattore di rischio non modificabile, a differenza degli altri 7. Sui quali si ritiene di poter intervenire con prescrizioni (smettere di fumare, consumare meno sale, fare esercizio fisico) e attraverso campagne di sensibilizzazione come quelle promosse anche dal Ministero della Salute italiano. "È percepito come più difficile attuare politiche che possano attenuare fattori socio-economici svantaggiosi, politiche che però aumenterebbero la resilienza dell'organismo umano alle malattie," spiegano i ricercatori di LifePath. "Queste politiche richiedono molti più soldi", perché prevedono di investire prima di tutto sull'istruzione di base, sul miglioramento dei quartieri disagiati, garantendo maggiori spazi di verde pubblico e una migliore rete di trasporti. "Dal punto di vista della politica, quando ci si limita a intervenire su una scelta individuale appare tutto molto più semplice," spiegano.

Dal progetto Lifepath stanno emergendo molti articoli scientifici in pubblicazione, raccontano gli autori, ma la principale ambizione consiste nell'influenzare la politica. Per questo, il progetto prevede un gruppo di lavoro presieduto da Sir Marmot che si è riunito in questi giorni a Londra. Con l'esplicito compito di tradurre in politiche i risultati scientifici. "L'appartenenza a una bassa classe sociale nell'infanzia ha un influsso duraturo nel corso di tutta la vita," spiega Vineis. "È un messaggio politico forte: bisogna investire nei giovani, le coppie in età fertile, contrariamente a quello che molti governi stanno facendo, e investire nell'istruzione per ottenere frutti anche nel settore della salute collettiva sul lungo periodo".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tempo indeterminato
Uno dei cortei contro la riforma del lavoro in occasione di una visita dell'ex presidente del Consiglio, Renzi
Ansa

I RISULTATI DEL PROGETTO EUROPEO LIFEPAH: "FUMARE ACCORCIA L'ESISTENZA MEDIA DI 4,8 ANNI, LA POCA ATTIVITÀ FISICA DI 2,4, IL TIMORE PER IL PROPRIO STATUS DI 2,1"

Morire di sfiducia
Cortei anti precarietà nelle piazze italiane, del 2015 e del 2016. Al centro, l'illustrazione di Emanuele Fucecchi
LaPresse

