

L'analisi

Il peso dei tagli cesarei nei costi della sanità



di ANNALISA
SCOGNAMIGLIO
Csef Università Federico II

In Italia quasi 4 parti su 10 vengono effettuati con un taglio cesareo. Il tasso di cesarei, pari al 36,3% nel 2013, è più elevato che negli altri paesi europei e negli Stati Uniti ed è aumentato nel tempo (era l'11% nel 1980). Inoltre, i dati mostrano una considerevole variazione geografica: la percentuale di cesarei sul totale dei parti in Campania supera il 60%, mentre i tassi di ricorso al cesareo più bassi si registrano nel Friuli Venezia Giulia (23,4% nel 2013). Diversi sono i fattori che possono spiegare l'aumento dei tagli cesarei come i progressi dell'anestesia, la creazione di reparti di terapia intensiva neonatale, la diffusione di moderne tecniche diagnostiche pre-parto, la riduzione dell'uso del forcipe e l'innalzamento dell'età media al parto. La riduzione del tasso di fertilità (soprattutto nel Sud Italia) potrebbe spiegare ulteriormente l'aumento dei cesarei, come dimostrano i dati regionali e provinciali italiani dove la correlazione fra queste due variabili è fortemente negativa. La riduzione del tasso di fertilità rappresenta, infatti, uno shock di reddito negativo per i medici che potrebbero aumentare di conseguenza il ricorso al taglio cesareo, più remunerativo, per compensare la perdita nel volume di attività, come mostrato in uno studio condotto negli Stati Uniti nel 1996 da Jonathan Gruber. Questo meccanismo di compensazione potrebbe valere anche per i piccoli centri nascita in case di cura private (molto presenti al Sud) che registrano tassi di cesareo anche superiori all'80%. Altra possibile determinante dell'elevato ricorso al taglio cesareo è la pratica della medicina difensiva: le denunce per negligenza medica sono aumentate di circa il 900% tra il 1994 e il 2008 e i ginecologi sono tra i più colpiti. Ma ci sono fattori anche del tutto nazionali, come l'introduzione di grandi cambiamenti strutturali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) avvenuta nel 1992-1993. In particolare, la decentralizzazione e l'introduzione del sistema di rimborso basato sui DRG e l'intramoenia - ovvero la possibilità per i dirigenti medici di svolgere la libera professione nelle strutture pubbliche,

potrebbero aver generato incentivi finanziari per il ricorso al taglio cesareo (il cui rimborso supera notevolmente quello per il parto naturale). In ultimo, ma non meno importante, la possibilità di programmare il parto: un cesareo programmato consente alla donna di assicurarsi che il proprio medico di fiducia sia presente al momento del parto, e consente al medico di gestire e programmare la propria attività professionale, come suggerito da Maurizio Saprito e altri in uno studio del 2003.

Quanto detto sopra suggerisce che gli elevati tassi di cesareo che si registrano in alcune aree in Italia non sono per forza frutto di una necessità clinica e potrebbero dunque essere evitati. Infatti, i dati a disposizione sui fattori di rischio delle gestanti riportati nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) non riescono a spiegare la notevole variabilità regionale dei tassi di cesareo. Dai dati emerge chiaramente che nelle aree con tassi elevati la pratica del taglio cesareo viene applicata a pazienti meno "appropriate clinicamente".

Questo è un problema in quanto il taglio cesareo può avere importanti implicazioni negative sulla salute delle donne e dei bambini: i tassi di mortalità materna e di complicanze gravi sono più elevati nelle donne che partoriscono con taglio cesareo, la probabilità di allattare al seno più bassa e l'età gestazionale al parto significativamente ridotta rispetto al parto naturale. Ci sono anche effetti sostanziali sui costi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), che potrebbero essere ridotti limitando il ricorso al taglio cesareo unicamente ai casi di effettiva necessità clinica. Ciò è non solo auspicabile, ma anche possibile, come dimostrato dall'esperienza del PO San Leonardo di Castellammare di Stabia, dove il tasso di cesarei è passato dal 52,7% del 2003 al 17,5% del 2008 grazie alla redazione di linee guida di contenimento del taglio cesareo e di un piano di monitoraggio. Per ottenere risultati diffusi (ed evitare che la riduzione di cesarei in un dato punto nascita sia compensata dal contemporaneo aumento in un punto nascita vicino) è però necessario che si adotti una linea comune a tutto il sistema volta a ridurre la medicalizzazione della gravidanza e mettere al centro le esigenze della donna e del bambino.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Probiotici, i «batteri buoni» che aiutano il corpo umano

Ma attenzione: non sempre gli alimenti pubblicizzati contengono quelli che servono

La pubblicità ingannevole, in televisione o sui giornali, è martellante. E basta inserire la parola “probiotici” in un motore di ricerca per essere sommersi da una valanga di oltre 11 mila studi che dipingono i batteri “buoni” dell’intestino come una sorta di panacea per tutti i mali: sarebbero in grado di prevenire malattie come obesità, allergie, asma, dermatiti, ipertensione. Fino, addirittura, a migliorare la sopravvivenza dopo trapianti. Secondo la definizione ufficiale della Fao e dell’Organizzazione mondiale della sanità, i probiotici sono semplicemente «organismi vivi che, somministrati in quantità adeguata, apportano un beneficio alla salute dell’ospite». In realtà, l’appellativo non può essere concesso ad alimenti come lo yogurt tradizionale o a formaggi come lo stracchino, che - aggrediti dai succhi gastrici - finiscono per perdere la maggior parte delle loro colonie batteriche prima di arrivare al colon. In proposito, comunque, la normativa italiana è una delle più rigorose. Il [ministero della Salute](#) ha emanato nel 2013 linee guida in cui si specifica che la parola “probiotico” può essere apposta sull’etichetta di integratori o alimenti solo se «i batteri appartengono a ceppi usati tradizionalmente per integrare la microflora intestinale», «sono caratterizzati geneticamente, attivi nell’intestino, e presenti in quantità tale da moltiplicarsi». Ed ovviamente, se ne sono certificati tanto la sicurezza, quanto i benefici conseguibili. Ma non solo. Sulla confezione, è necessario specificare i ceppi batterici presenti, oltre che la quantità di cellule vive per ciascuno di essi. Perché l’attività biologica dipende strettamente dal ceppo di appartenenza: ceppi simili possono avere azioni opposte, o comunque assai diverse. Ciò implica che prendere un probiotico qualunque, o peggio uno di quelli “ingannevoli”, può procurare grosse delusioni. Per stare tranquilli, meglio chiedere consiglio al medico o al farmacista, e sapere con certezza quello che si sta assumendo. D’altro canto, affinché la cura con i probiotici si riveli davvero utile, è necessario protrarre l’integrazione per almeno tre o quattro settimane, nella quantità di circa un miliardo di micro-organismi al giorno. Assumerli per un intervallo di tempo più breve, anche nel pieno rispetto delle modalità d’assunzione (vanno presi rigorosamente a stomaco vuoto), non conferirebbe un reale beneficio all’organismo: perché il colon potrebbe essere raggiunto da una quantità di batteri buoni non sufficientemente elevata.

P. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CANCRO AL POLMONE

L'immunoterapia raddoppia le probabilità di sopravvivenza

PER I TUMORI più difficili da affrontare si intravedono nuove soluzioni di cura. È il messaggio che viene dal Congresso della Società americana di oncologia clinica (Asco) tenutosi a Chicago, che ha fissato l'attenzione sulle possibilità che si aprono grazie all'immunoterapia, la strategia che punta a rendere più forte il sistema difensivo del corpo nei confronti delle cellule oncologiche. Una conferma in questo senso viene dagli studi condotti su nivolumab, sostanza che inibisce un particolare passaggio immunitario (chiamato Pd-1) e può offrire una sopravvivenza globale superiore in caso di tumore polmonare avanzato rispetto allo standard di cura attuale, il chemioterapico docetaxel.

I risultati di uno studio dimostrano che i pazienti trattati con nivolumab, con particolari caratteristiche della malattia, hanno evidenziato una sopravvivenza globale media doppia (fra 17 e 19 mesi) rispetto allo standard di cura (fra 8 e 9 mesi), con una ridu-

zione del rischio di progressione o di morte del 27 per cento. Sempre per i tumori polmonari è stato recentemente registrato un altro farmaco, afatinib, se ci sono specifiche mutazioni delle cellule neoplastiche, ovvero in caso di presenza di alterazione dei recettori del fattore di crescita epidermico (Egfr). Infine, ancora al congresso americano sono stati annunciati i risultati dello studio Keynote-12, condotto su una terapia mirata sempre all'azione su Pd-1 con un farmaco chiamato pembrolizumab nel trattamento dei tumori della testa e del collo. La ricerca ha dimostrato che la monoterapia con pembrolizumab ha ottenuto un tasso di risposta globale del 25 per cento in pazienti pretrattati. «Questi risultati sono molto positivi – dice Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica – se pensiamo che sono stati ottenuti in un tipo di tumore in cui da almeno dieci anni non abbiamo novità».

FE. ME.



http://www.marketpress.info/notiziario_det.php?art=299277

AIOM: "IN 10 ANNI RADDOPPIATO IL PREZZO DEI FARMACI ANTI-CANCRO SERVE SUBITO UN FONDO NAZIONALE PER L'ONCOLOGIA"

Chicago, 8 giugno 2015 – In dieci anni il prezzo dei farmaci anti-cancro è duplicato, passando da 4.500 dollari a più di 10mila al mese. L'Italia finora è riuscita a reggere l'impatto di questa crescita esponenziale, grazie ai sistemi di rimborso concordati con l'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco). Infatti nel nostro Paese il prezzo medio dei trattamenti antitumorali è fra i più bassi d'Europa. E l'aumento della sopravvivenza garantito dalle nuove armi, come l'immunoterapia, garantisce un circolo virtuoso. Che però rischia di spezzarsi, se non si crea quanto prima un Fondo Nazionale per l'oncologia, che oggi manca. La richiesta alle Istituzioni viene dall'Associazione Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) al 51° Congresso dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) svoltosi a Chicago fino al 2 giugno. "Chiediamo di dare vita a questa fonte specifica di risorse da destinare a un settore delicato che richiede particolari attenzioni – afferma il prof. Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom, in un incontro con i giornalisti a Chicago -. Il tetto della spesa farmaceutica territoriale è stato ridotto e portato all'11,35% del Fondo Sanitario Nazionale, il tetto di quella ospedaliera è al 3,5%. La maggior parte dei farmaci anti-cancro rientra fra quelli ospedalieri e nel 2014 quest'ultima percentuale è stata superata attestandosi intorno al 4,5%. La copertura economica si sta stringendo in maniera consistente. È necessario istituire una sorta di fondo farmaceutico nazionale staccato, solo così potremo disporre di un maggior numero di risorse per garantire a tutti i pazienti le cure migliori. Serve anche una rivisitazione dei costi dei farmaci sulla base dell'efficacia". Proprio al Congresso Asco si è aperta la discussione su quale sia il vantaggio minimo in termini di sopravvivenza che un nuova terapia dovrebbe portare. "In oncologia – continua il prof. Pinto - spesso i passi in avanti sono apparentemente irrilevanti, perché solo la somma dei progressi nel corso degli anni può condurre nel tempo a risultati importanti. Dovrebbero essere stabilite tre fasce di costo in rapporto al valore. Nella prima andrebbero inclusi i farmaci che garantiscano un prolungamento di oltre un terzo dell'aspettativa di vita. A seguire la fascia intermedia e nell'ultima rientrerebbero quelle terapie che offrono un prolungamento inferiore al 15% dell'aspettativa di vita". Nel 2014 sono stati registrati in Italia 365.500 nuovi casi di tumore (circa 1000 al giorno), di cui 196.100 (54%) negli uomini e 169.400 (46%) nelle donne. Alla fine degli anni Settanta solo poco più del 30% delle persone colpite dal cancro sconfiggeva la malattia. Negli anni Novanta quasi il 47%, oggi circa il 60% (in particolare il 57% degli uomini e il 63% delle donne). In quarant'anni le guarigioni sono raddoppiate e si calcola che nel 2015 siano circa 3 milioni (3.036.741) le persone vive dopo una diagnosi oncologica (4,9% degli italiani) con un incremento, rispetto al 2010, del 17%. "In Europa i nuovi farmaci oncologici – spiega la dott.ssa Stefania Gori, segretario nazionale Aiom - sono approvati dalla European Medicines Agency (Ema) con criteri di validità scientifica degli studi, ma senza alcuna valutazione farmacoeconomica, che viene delegata alle singole nazioni. Ogni Stato membro è obbligato a commercializzare le terapie con prezzi al pubblico che spesso risentono di contrattazioni già eseguite nei Paesi europei più rapidi a registrare. In Italia l'Aifa è riuscita a garantire l'erogabilità a carico del Servizio Sanitario Nazionale di molti farmaci ad alto costo con accorgimenti organizzativi (distribuzione diretta con gli sconti dovuti alle strutture pubbliche) e finanziari (cost-sharing, risk-sharing, payment by result)". In particolare nel cost-sharing è previsto uno sconto fisso sul prezzo dei primi cicli di trattamento per tutti i pazienti entrati in terapia (indipendentemente dagli esiti). Nel risk-sharing, rispetto al cost-sharing, lo sconto fisso (fino al 50%) nei primi cicli si applica esclusivamente ai pazienti che non rispondono al trattamento. Nel payment by result si estende il principio del risk-sharing con una copertura totale del prezzo del farmaco utilizzato (100%) in caso di fallimento terapeutico. Attualmente il 33% delle procedure negoziali risponde ai criteri del cost-sharing, il 32% al payment by result e solo il 3% al risk-sharing. "La scelta di utilizzare alcune terapie target – conclude il prof. Pinto - dipende dall'esito di test genetici, svolti per verificare che il paziente sia idoneo a ricevere il trattamento. Un indiscutibile vantaggio, anche in termini economici. Il sistema italiano di rimborsabilità funziona, ma ora è necessario introdurre alcune modifiche nella valutazione del prezzo dei farmaci, che si riferiscano anche all'efficacia. Innovazione, sostenibilità e appropriatezza vanno correlate alla organizzazione del sistema sanitario e del percorso assistenziale. In fase di disegno di uno studio clinico e di interpretazione dei risultati da parte delle autorità regolatorie deve cioè essere considerata anche la rilevanza clinica dei dati statisticamente significativi. I vantaggi dell'introduzione di un farmaco vanno cioè considerati nell'ambito dell'intero processo diagnostico-terapeutico".

PRESTIGIOSO RICONOSCIMENTO OECI

Lo Iov entra nell'élite delle eccellenze europee

Importante riconoscimento per l'Istituto Oncologico Veneto (Iov) che è stato accreditato "Comprehensive Cancer Center" dalla Organisation of European Cancer Institutes (Oeci), la rete che raggruppa una settantina fra i più importanti centri di ricerca e cura dei tumori in Europa. Questa qualifica è massimo riconoscimento che può essere attribuito da Oeci a un centro oncologico. Lo Iov lo ha meritato dimostrando di soddisfare i 264 requisiti specifici - confermati da una visita ispettiva di due giorni da parte di un team di esperti internazionali - nell'ambito della cura e dell'assistenza, della ricerca scientifica e dell'innovazione, della prevenzione e della formazione accademica. L'attestazione, che pone l'Istituto patavino nell'élite dei centri oncologici di rilievo internazionale, sarà consegnata ai rappresentanti dello Iov nel corso dell'assemblea annuale di Oeci, in programma a Opor-

to, in Portogallo, dal 22 al 24 giugno. Il certificato ha valore dallo scorso 21 maggio e avrà una durata di cinque anni. Esso impegna l'Istituto Oncologico Veneto a mantenere e migliorare i livelli qualitativi già raggiunti: una garanzia in più per i pazienti e loro familiari, e una conferma dell'assoluta eccellenza delle cure che vi ricevono. Il prestigioso risultato è il coronamento di un lavoro organizzativo che ha preso l'avvio nel 2013 con il sostegno dell'Istituto Superiore di Sanità. «Essere accreditati come Comprehensive Cancer Center onora lo Iov e gli conferisce un'importante visibilità non solo nazionale ma anche europea che ci impegna ancora di più a promuovere i migliori modelli in oncologia con soluzioni concrete, sostenibili, migliorare le azioni di prevenzione e ridurre l'incidenza e la mortalità per tumore», dichiara il professor Giuseppe Opocher, direttore Scientifico dello Iov.



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

Cancro, battere il tumore sfruttando la forza dei virus-chimera

CHICAGO - Due nuove e promettenti strategie di terapia del cancro. Puntano ambedue sul sistema di difesa immunitario, ma in modi opposti. La prima, svegliandolo da quella sorta di torpore indotto dal tumore stesso e restituendo a globuli bianchi e anticorpi la capacità di aggredire il male. La seconda, invece, stimola direttamente il sistema immunitario con le stesse sostanze che usa il corpo a questo scopo. E per portare questi stimolanti naturali nel tumore sfrutta dei virus-chimera, generati dalla fusione, ad esempio, di quello del raffreddore con quello della poliomielite. Inoltre i virus-chimera attaccano le cellule cancerose, inceppando i loro meccanismi vitali. Sono queste le principali novità che stanno animando la 51° edizione del congresso dell'American Society of Clinical Oncology, il congresso medico più affollato del mondo - 30 mila specialisti presenti - che stanno discutendo qui a Chicago oltre 5 mila ricerche dedicate esclusivamente alle terapie farmacologiche. Animando, perché i risultati delle sperimentazioni sull'uomo di queste cure a base di farmaci biotech e virus Ogm, manipolati geneticamente, hanno suscitato applausi e ovazioni che non si vedevano da tempo. Ci vorranno ancora anni perché si concludano le ulteriori sperimentazioni necessarie all'entrata nella pratica clinica, ma la sensazione è di essere a una svolta nella guerra al cancro. I VIRUS-CHIMERA Sui virus-chimera, o oncolitici (che distruggono il tumore), si lavora da decenni. Nascono dall'osservazione che alcuni virus attaccano selettivamente le cellule cancerose, ma non sono aggressivi, infettano poche cellule, insufficienti per ottenere un effetto terapeutico. Di qui le ricerche per rendere questi virus molto infettivi unendoli con quelli che sono di natura, come gli adenovirus del raffreddore. Inoltre, dalla recente scoperta dei segnali con cui il sistema immunitario manda l'ordine di attacco alle sue "truppe" (globuli bianchi), e dei geni che producono questi segnali, è nata l'idea di farli portare da virus direttamente dove servono, nel tumore. Mettendoli appunto nei virus-chimera. Il risultato sono microrganismi inesistenti in natura, metà di un virus metà di un altro (chimera appunto) e con l'aggiunta di geni immunitari di un'altra specie (e quindi sono anche Ogm). Iniettati nel tumore in animali da laboratorio, provocano prima una strage di cellule cancerose uccise direttamente dai virus. Poi il sistema immunitario, scatenato dai fattori stimolanti, elimina il tumore. La Food and Drug Administration, l'ente che autorizza i farmaci negli Stati Uniti, ha appena dato il via libera a una linea di ricerca sull'uomo di un "farmaco a base di virus" contro il melanoma. Fare in modo che questi "mostri" diventino delle cure efficaci non sarà facile. Alcuni si sono rivelati troppo deboli, mentre altri hanno suscitato reazioni troppo potenti, dannose, a volte mortali. Ma si continua a lavorare e i virus più promettenti da cui partire per fare 'chimere' con carico di geni immuno-stimolanti sono quello della polio, dell'herpes, del vaiolo bovino e del raffreddore. L'IMMUNITA' ADDORMENTATA Inizia invece a immettere farmaci nella pratica clinica la strategia di "risveglio" del sistema di difesa su cui si è iniziato a puntare oltre 30 anni fa. Risale ad allora la domanda: perché

il nostro sistema di difesa, evoluto per riconoscere un nemico entrato nel corpo e poi distruggerlo, non lo fa con il tumore? L'ipotesi era che la cellula cancerosa, essendo di fatto una cellula normale che si moltiplica senza sosta (queste erano le conoscenze di allora), non venisse rilevata come nemica. E quindi non combattuta. I primi tentativi con stimolatori immunitari andarono male e poi le ulteriori conoscenze acquisite sul sistema immunitario rivelarono che la natura nemica del tumore, in realtà, viene scoperta subito. Ma il comando di attacco al tumore sembra debole o eseguito in modo inefficace. Le successive ricerche hanno fatto capire che il problema non sta

nel sistema immunitario, ma nel tumore. E' questo ad emettere delle sostanze che "addormentano" il sistema immunitario. Facendola franca. Negli ultimi anni sono state messe a punto molecole che, bloccando questi inibitori, restituiscono al sistema di difesa tutta la sua capacità di uccidere le cellule cancerose. Hanno prolungato di molto la sopravvivenza a malati con melanoma in fase ormai metastatica. E quest'anno stanno arrivando qui i risultati promettenti di sperimentazioni su altri tipi di tumore. Ieri è stata la volta delle neoplasie del fegato, del colon-retto e di quelli che colpiscono la testa e il collo. "Il campo dell'immunoterapia diventa ogni anno più eccitante - ha affermato l'oncologa Lynn Schuchter, University of Pennsylvania - . Con questo nuovi studi stiamo rapidamente oltrepassando l'era in cui l'immunoterapia era vista come rivoluzionaria solo per un tipo di tumore, ovvero il melanoma. Al contrario, queste nuove molecole si stanno dimostrando efficaci anche in altri tipi di cancro contro i quali, in pratica, altri trattamenti risultano non funzionare. Inoltre, potremo essere in grado di stabilire in anticipo quali pazienti possono essere i candidati migliori per queste terapie". In particolare, uno studio di fase III, (l'ultima, che se dimostra benefici consente di chiedere l'immissione in commercio), ha dimostrato l'efficacia del Pembrolizumab in pazienti con cancro del colon-retto con un particolare marcatore genetico: il 62% di questi ha infatti registrato una riduzione della massa tumorale. Inoltre, il tasso di risposta positivo è stato simile (pari al 60%) anche in pazienti con altri tipi di tumore (ad esempio a stomaco, prostata e ovaio) caratterizzati dalla stessa anomalia genetica (mmr). "Questo studio - ha commentato Dung Le del Johns Hopkins Kimmel Cancer Center di Baltimora - dimostra come l'immunoterapia possa avere implicazioni su una vasta gamma di forme tumorali, incluse le neoplasie più difficili da trattare". La stessa molecola è stata efficace anche in casi di tumore del collo e testa in un paziente su quattro. Un terzo studio ha dimostrato l'efficacia di un'altra molecola immunoterapica, il Nivolumab, contro il cancro avanzato del fegato, con una risposta positiva in termini di efficacia in un paziente su cinque. Sempre questa molecola ha dato risultati positivi in un ulteriore studio di fase III contro il cancro del polmone del tipo più diffuso ("non a piccole cellule"): i pazienti trattati hanno avuto una maggiore sopravvivenza e minori effetti collaterali rispetto a quelli trattati con chemioterapia standard.

LA SCIENZA

Il club degli acciacchi
Perché uno su tre
ha almeno cinque
problemmini di salute

ELENA DUSI

LA VITA media aumenta senza pause. Ma con quanta fatica ci si arrampica fino alla vetta della terza età. Mal di schiena e cervicale,

ansia e depressione, diabete e difficoltà respiratorie: il fardello di cui un'umanità sempre più longeva non riesce a liberarsi. Solo una persona su venti non lamenta malattie.

A PAGINA 21

Invecchiare, che fatica una persona su tre ha cinque acciacchi

La ricerca

Dal mal di schiena all'emicrania, su Lancet la mappa delle malattie che pur non essendo fatali incidono sulla qualità delle nostre giornate

Viviamo sempre di più ma solo uno su venti non lamenta alcun tipo di disturbo

ELENA DUSI

LAVITA media aumenta senza pause. Ma con quanta fatica ci si arrampica alla vetta della terza età. Mal di schiena e cervicale, ansia e depressione, diabete e difficoltà respiratorie sono il fardello di cui un'umanità sempre più longeva non riesce a liberarsi. In quasi un quarto di secolo — tra il 1990 e il 2013 — l'aspettativa di vita nel mondo è aumentata di 6 anni — da 65,3 a 71,5 — ma ancora di più sono cresciuti gli acciacchi. Solo una persona su venti non lamenta malattie. Un terzo della popolazione mondiale (2,3 miliardi di individui) ha 5 o più disturbi contemporaneamente.

È l'altra faccia di una medicina sempre più avanzata, che sfida malattie terribili ma non riesce a curare mal di schiena, cervicale o calo dell'udito. A illuminarne il lato oscuro è un rapporto su tutti gli acciacchi che affliggono il pianeta pubblicato oggi da *The Lancet*. Quasi 500 medici di 188 paesi hanno calcolato la diffusione di 301 malattie che non saranno fatali, ma incidono sulla

qualità della vita e costano denaro ai sistemi sanitari. Poi hanno messo a confronto i dati di oggi (lo sforzo erculeo è aggiornato al 2013) con quelli del 1990, anno in cui il lavoro del "Global Burden of Disease" ("il peso globale delle malattie") ha preso il via, guidato dall'università di Washington e massicciamente finanziato (con oltre 100 milioni di dollari) dalla fondazione di Bill e Melinda Gates. Al direttore del progetto Christopher Murray, il medico che sta facendo il check up al mondo intero, ad aprile negli Usa è stato anche dedicato un libro: "Epic Measures: One Doctor, seven billion patients".

Oggi come un quarto di secolo fa, in quasi tutto il mondo, Italia inclusa, la malattia che più incide sulla qualità della vita è il mal di schiena, seguito nella penisola dalla cervicale. In alcune nazioni la lombalgia è scavalcata da depressione o diabete. In Europa anche disturbi neurologici e psichiatrici come Alzheimer o ansia fanno pagare un prezzo alto. I paesi in via di sviluppo stanno recuperando terreno rispetto a quelli avanzati, con le malattie contagiose, della prima infanzia e della denutrizione che lasciano spazio a problemi ortopedici e psichiatrici. In generale in tutto

il pianeta la vita media si è allungata come un elastico, mentre quella trascorsa in piena salute sembra resistere a ogni tentativo di stiramento. Passata la mezza età, per ogni anno di aspettativa di vita aumentata, l'allungamento della vita in piena salute è di soli sette mesi.

Con uno dei loro strumenti statistici, i ricercatori hanno calcolato gli "anni vissuti con disabilità" della popolazione mondiale. Dal 1990 a oggi si è passati da 537 a 734 milioni, con un aumento di oltre il 40%. Gli individui con almeno dieci malattie contemporaneamente sono cresciuti del 52%. Se l'Italia è seconda dietro al Giappone nella classifica della longevità, in quella della buona salute è sesta. «Non basta concentrarsi sul calo della mortalità» commenta il coordinatore della ricerca, Theo Vos dell'università di Washington. «Bisogna dare più importanza alle malattie non fatali che provocano sofferenza e disabilità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





+136%

INCIDENZA DEL DIABETE
 Una delle più diffuse malattie croniche è esplosa negli ultimi 23 anni

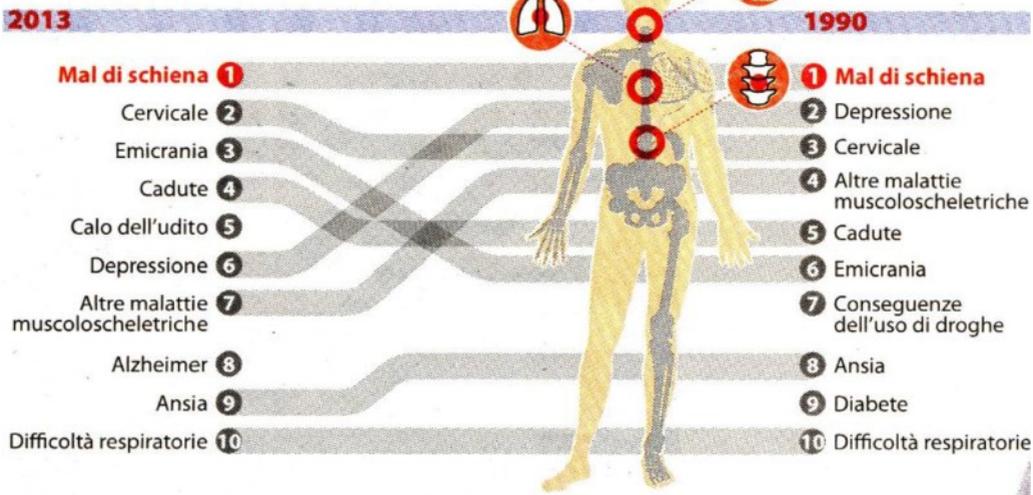
6a

POSIZIONE DELL'ITALIA
 L'Italia è seconda al mondo per longevità ma solo sesta per anni vissuti in piena salute

+52%

GRANDI AMMALATI
 L'aumento, tra il 1990 e oggi, degli individui afflitti da dieci o più malattie insieme

Le prime dieci malattie in Italia

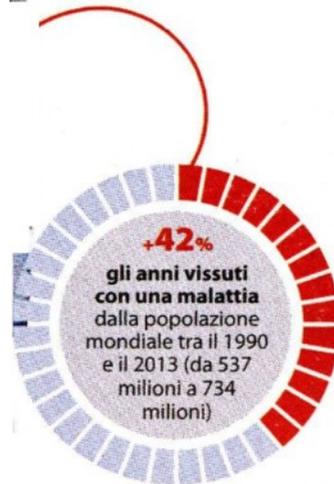


La salute nel mondo

●●●●●●
6 anni
 l'allungamento della vita media tra 1990 e 2013

👤
1 persona su 20
 non ha problemi di salute

👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤
2,3 miliardi
 le persone che hanno almeno 5 malattie (1/3 della popolazione mondiale)



L'ESPERTO / ETTORE BEGHI

“Cresce l'età media e la medicina ha i suoi limiti”

Gli effetti della maggiore longevità possono essere contrastati dalla scienza solo fino a un certo punto

«**C**ONTRO l'aumento delle malattie degenerative non ci sono molte cure che valgano. Il sistema sanitario dovrebbe tenere conto dei dati appena pubblicati». Ettore Beghi, dirige il laboratorio per le malattie neurologiche all'Istituto Mario Negri di Milano ed è uno dei collaboratori italiani all'immenso lavoro del Global Burden of Disease.

Perché abbiamo avuto tanto successo nell'allungare la vita media ma non riusciamo a sconfiggere un mal di schiena?

«Con l'aumento dell'età media crescono anche le malattie degenerative. E gli effetti dell'allungamento della vita possono essere contrastati dalla medicina solo fino a un certo punto. Ecco perché nell'ultimo rapporto sulla salute mondiale cresce il peso delle malattie croniche e di quelle neurologiche come Alzheimer e Parkinson».

Stupisce che i dati siano abbastanza simili in tutto il mondo.

«Anche nei paesi in via di sviluppo stanno diminuendo le malattie legate alla nascita e ai primi anni di vita, insieme a quelle trasmissibili. Prendono piede come nel resto del mondo i disturbi degenerativi e problemi fino a poco tempo fa drammaticamente trascurati come la depressione».

A cosa servono queste immense raccolte di dati?

«A capire qual è per un paese il vero peso delle malattie che da un lato tolgono forza lavoro e dall'altro creano disabilità. Si tratta di una mappa che i sistemi sanitari possono usare per stimare i costi da affrontare».

(e. d.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

