

# valori

€ 4,00

Mensile di economia sociale, finanza etica e sostenibilità

FOTO GENTILMENTE FORNITE DALLA FONDAZIONE CENTRO PER LO STUDIO E LA DOCUMENTAZIONE DELLE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

C.F. 0155727003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, NEVR.



## La terza via

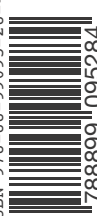
Le società mutualistiche, come risposta (solidale) al bisogno di prestazioni socio-sanitarie, tra un welfare pubblico che fatica a garantire servizi universali e l'offerta di privati attratti dal profitto

**finanza etica**  
NESSUN SOSTEGNO  
IN EUROPA ALLE  
BANCHE ETICHE

**economia solidale**  
AL BISOGNO DI CREDITO  
RISPONDE IL SARDEX  
UN BOOM IN ITALIA

**internazionale**  
LA TUA SALUTE  
DIPENDE DAL CAP  
IN TUTTO IL MONDO

ISBN 978-88-99095-28-4



9 788899 095284

# La tua salute? Dipende dal Cap

di Emanuele Isonio

**Il World Economic Forum denuncia: disuguaglianze e problemi sociali incidono sulla probabilità di contrarre malattie più dei fattori genetici. Il luogo di residenza diventa così strumento per scoprire chi si ammalerà**

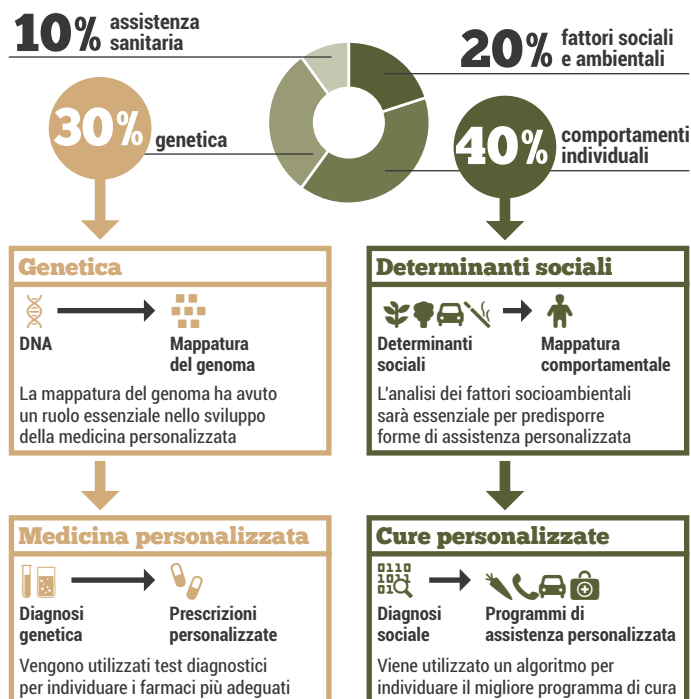
**P**er tutelare la nostra salute può più un'accurata ricerca fra gli annunci immobiliari rispetto ad analisi cliniche o appuntamenti dal medico? Domanda bizzarra, ma che fa da filo conduttore dell'analisi pubblicata sul sito del World Economic Forum, curata da Klaus Koenigshausen, fondatore di MediQuire, società specializzata nello studio dei dati utili alle scelte

di decisori pubblici e assicurazioni private del settore sanità. Una critica, nemmeno troppo velata, a quanti, nella classe politica e medica, destinano investimenti e fondi per medicine personalizzate e ricerca genetica, sottovalutando invece l'impatto dei fattori sociali, ambientali e dei comportamenti individuali sulla qualità della nostra salute.

## I FATTORI CHIAVE NEI RISULTATI SANITARI

Incidenza % delle diverse componenti sul livello di salute personale

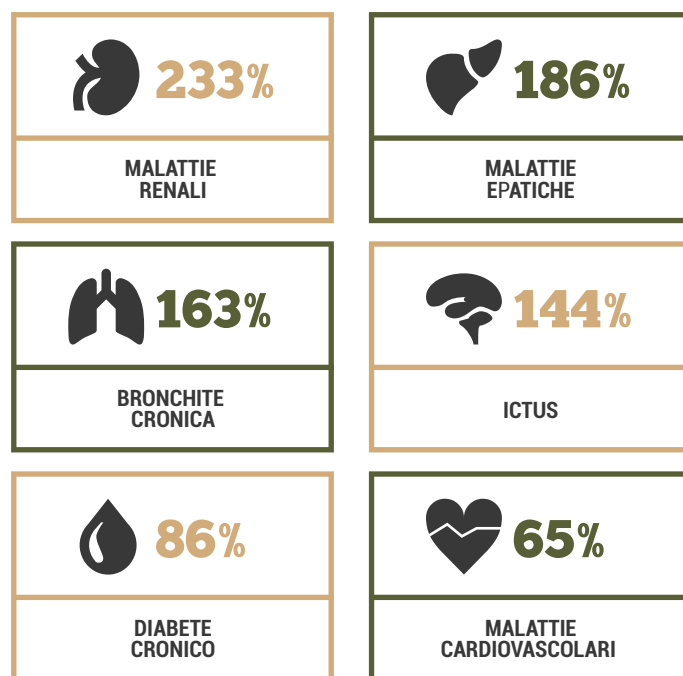
Fonte: S. SCHROEDER (2007), NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE.



## RICCHI E POVERI: SALUTE A CONFRONTO

Comparazione fra le probabilità di contrarre sei patologie croniche tra chi ha meno di 35mila USD di reddito e chi supera i 100mila USD

Fonte: S. SCHROEDER (2007), NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE.



## FARMACI PERSONALIZZATI SOPRAVVALUTATI

Sono infatti questi ultimi – secondo Koenigshausen – ad avere il maggior peso nei risultati sanitari, soprattutto se si considerano le fasce di popolazione a più basso reddito. A sostegno di tale tesi, l'articolo del Wef ricorda i risultati di una ricerca pubblicata, già nel 2007, sul *New England Journal of Medicine* da Steven Schroeder, medico e docente dell'Università della California: lo stato di salute personale dipenderebbe infatti per il 60% da comportamenti individuali, condizioni socioeconomiche e situazioni ambientali (vedi [GRAFICO](#)). La medicina personalizzata, basata sull'analisi del proprio corredo genetico per predire il rischio di contrarre malattie, inciderebbe per un altro 30% e i programmi di assistenza sanitaria per appena il 10%. Numeri che portano inevitabilmente a una domanda: ha senso, alla luce di questi numeri, spendere ingenti risorse della sanità per la personalizzazione dei farmaci? O non si otterrebbero invece maggiori risultati personalizzando l'assistenza, con un'attenzione particolare alle condizioni di vita dei propri cittadini?

«La ricerca – osserva Koenigshausen – ci dice che fattori quali l'istruzione, la segregazione razziale e la povertà giocano un ruolo in oltre un terzo delle morti che avvengono ogni anno negli Stati Uniti». Abbastanza per affermare che ad oggi «il codice postale della zona in cui si vive è uno strumento di previsione del proprio stato di salute più attendibile rispetto alla mappatura genetica». Una denuncia fatta pensando alla situazione statunitense, ma che risulta valida anche nel nostro Paese, dove, all'interno della stessa città, l'aspettativa di vita cambia in funzione dei quartieri di residenza (vedi [ARTICOLO](#) in queste pagine).

## POVERI MALATI

L'Università della California ha ad esempio calcolato quanto aumenterebbe la probabilità di contrarre malattie croniche mettendo a confronto chi guadagna 35mila dollari con chi supera i 100mila. I risultati sono facilmente immaginabili: si va dal +65% di problemi cardiaci al +144% di rischio infarto, fino al +186% dei problemi epatici e al +233% di patologie polmonari (vedi [INFOGRAFICA](#)).

# DA GENOVA A BRINDISI ECCO I QUARTIERI DOVE SI MUORE DI PIÙ

**L'associazione Medici per l'Ambiente sta mappando alcune città: in alcune zone le morti sono molto ben più alte di quelle previste. Sotto accusa: smog, povertà, scarso accesso alle cure**

Dimmi dove abiti, ti dirò quanto vivrai. È sostanzialmente questo l'effetto di una serie di ricerche che alcuni ricercatori dell'Isde - Medici per l'ambiente) hanno iniziato a fare in giro per l'Italia. Obiettivo: mappare la mortalità in alcune grandi città per evidenziare come ci siano forti differenze in base al quartiere di residenza. «In questo modo – spiega Valerio Gennaro, oncologo ed epidemiologo dell'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova e membro Isde – possiamo svelare e quantificare una verità scomoda ma essenziale: nelle nostre città non si muore ovunque con la stessa frequenza. Un passaggio irrinunciabile se si vogliono utilizzare le risorse economiche destinate alla salute nel modo più mirato possibile, calibrandole ai bisogni reali delle differenti popolazioni. Avere una base dati completa, aggiornata e verificabile, è indispensabile per scoprire i motivi alla base di tali differenze e adottare interventi di politica socio-sanitaria efficaci».

Un'attività di ricerca che davvero pochi territori hanno già condotto ma che, paradossalmente, è piuttosto facile da realizzare e anche veloce: «Con poche ma adeguate risorse, umane ed economiche

## CIRCOSCRIZIONI GENOVA 2015, DONNE

Fonte: ISDE LIGURIA



Circoscrizioni	SMR	Circoscrizioni	SMR
1. 8 - Cornigliano	36%	14. 4 - Sestri	-2%
2. 5 - Rivarolo	32%	15. 10 - S. Teodoro	-5%
3. 6 - Bolzaneto	28%	16. 19 - Molassana	-7%
4. 2 - Prà	18%	17. 9 - Sampierdarena	-7%
5. 11 - Oregina Lagaccio	13%	18. 20 - Struppa	-7%
6. 1 - Voltri	7%	19. 17 - Marassi	-8%
7. 15 - Foce	6%	20. 23 - S. Francesco d'Albaro	-10%
8. 7 - Pontedecimo	5%	21. 25 - Nervi-Quinto-S. Ilario	-12%
9. 16 - S. Fruttuoso	5%	22. 3 - Pegli	-13%
10. 21 - Valle Sturla	4%	23. 18 - Staglieno	-14%
11. 13 - Castelletto	4%	24. 14 - Portoria	-21%
12. 12 - Prè-Molo-Maddalena	0%	25. 22 - S. Martino	-22%
13. 24 - Quarto	0%		

continua a pagina 48

## LA VITA SANA NON È PIÙ COSA NOSTRA

Era uno dei fiori all'occhiello dell'Italia fino a qualche anno fa ma il primato dell'aspettativa di vita sana sembra aver abbandonato per sempre il nostro Paese per spostarsi più verso il Nord Europa. A certificarlo, anno dopo anno, sono i dati periodicamente pubblicati da Eurostat. Un dato qualitativo, che fornisce la misura degli anni vissuti senza disabilità (ben diverso e per certi versi più importante del mero dato quantitativo della longevità tout court), del quale potevamo vantarci, a testimonianza del buon livello di benessere collettivo. Almeno fino al 2003 quando eravamo ai vertici della classifica con una speranza di vita senza gravi problemi di salute fino ai 72 anni. Poi il lento, inesorabile crollo (denunciato nelle nostre pagine già quattro anni fa, vedi *Valori* n. 96). Declino che dura tuttora: nel 2009 l'indice era diminuito attorno a 63 anni e ancora oggi si attesta sui 62 anni. Solo nell'ultimo anno un minimo recupero (da 61,89 a 62,5 per gli uomini. Per le donne poco meno). Trend analogo per l'aspettativa di vita sana per chi ha più di 65 anni: «Eurostat ci dice una cosa molto semplice: nel 2003 una donna italiana di 65 anni aveva davanti almeno 13 anni di vita in salute. Nel 2008 si è passati a 7, cifra che permane fino al 2014. Sono quindi bastati 5 anni per dimezzare il dato. Sarà ora di indagare seriamente il motivo di un simile crollo?» si domanda Valerio Gennaro, epidemiologo dell'Istituto Tumori di Genova. Anche perché, nel frattempo, altri Stati Ue fanno segnare performance opposte: lo "spread" con la Germania si è ad esempio ridotto dagli 11 anni di differenza del 2005 ai 4 del 2009 fino a 3 del 2013. E i primi posti sul podio sono ormai stabilmente occupati da Svezia, Norvegia e Islanda.

Un dramma sociale, ma, a voler considerare solo l'aspetto venale, anche un costoso problema economico. Perché povertà, disuguaglianza di reddito e ambienti di vita insalubri trasformano le fasce de-

boli in pazienti ad alto costo per il sistema sanitario e assistenziale. «Migliorare i risultati di salute in popolazioni a basso reddito è fondamentale per rallentare l'aumento dei costi sanitari nei Paesi sviluppati – spiega Koenigshausen – e una mappatura dei fattori esterni è quindi essenziale per sviluppare forme di assistenza personalizzata».

Il consiglio che emerge dall'articolo del Wef è di ripensare il sistema di erogazione dell'assistenza alla popolazione: non più incentrata solo sui farmaci, ma allargata a "forme di prevenzione" che, solo in apparenza, hanno poco a che fare con la cura delle malattie.

«Per esempio, con l'avvento delle app di consegna cibo a domicilio, perché gli operatori socio-sanitari non dovrebbero essere messi in grado di prescrivere pasti freschi a pazienti obesi che hanno difficoltà di accesso a una sana alimentazione nel proprio quartiere?». E al tempo stesso – consiglia il Wef – i governi devono incentivare le compagnie assicuratrici a rimborsare forme di "cure non standard" prescritte da medici e personale sanitario, come purificatori dell'aria in caso di pazienti residenti in aree altamente inquinate. Un tipo di assistenza che, sul medio e lungo periodo, costerebbe senz'altro meno, alle casse statali, ma anche ai bilanci delle stesse assicurazioni, rispetto alle cure per le malattie croniche provocate da ambienti insalubri e cattivi stili di vita. \*

segue da pagina 47

– calcola Gennaro – in meno di tre mesi si possono acquisire i dati, verificarli, integrarli, effettuare l'elaborazione statistica ed emettere il referto epidemiologico comunale (R.e.c.), che chiarisca lo stato di salute collettivo, quartiere per quartiere, anno per anno, per ogni gruppo d'età, per entrambi i sessi e per l'insieme delle patologie». L'indagine è pure a basso costo perché i dati necessari esistono e sono attendibili: bastano due valori (numerosità della popolazione e sua mortalità generale, divisi per anno, quartiere, classi di età e sesso) per poter calcolare la differenza tra i decessi attesi e quelli avvenuti.

### DISPARITÀ IMPRESSIONANTI

Per ora, le indagini sono state effettuate sulle città di Genova e Brindisi. Presto arriveranno anche quelle relative al Comune e alla Provincia di Trento e, a metà ottobre, il sindaco di Trieste, Roberto Dipiazza, ha annunciato, dopo un incontro con i medici Isde, l'intenzione di effettuare una "mappatura epidemiologica della città" per capire quali sono le realtà più a rischio. Intanto i risultati ottenuti finora fanno capire che le differenze tra quartieri sono tutt'altro che marginali. In alcune zone del capoluogo ligure – su tutte, Cornigliano, sede della storica acciaieria Ilva, Rivarolo e Bolzaneto, aree ad alta densità industriale e bassa qualità di vita – le morti avvenute superano quelle statistica-

### LA SITUAZIONE A BRINDISI

FONTE: ASSOCIAZIONE SALUTE PUBBLICA

	Circoscrizioni	SMR		Circoscrizioni	SMR
1.	Centro	4,1%	5.	Paradiso	9,3%
2.	Cappuccini	-3%	6.	Perrino	0,6%
3.	Casale	-5,9%	7.	Sant'Elia	9%
4.	Commenda	-5,4%	8.	Tuturano	1,1%

mente attese tra il 36 e il 28%. E la situazione migliora solo di poco, confrontando i dati 2015 con quelli degli anni precedenti. Al contrario, in altre circoscrizioni (come San Martino e Portoria) si muore molto meno: fino a -22% (vedi MAPPA).

Dal Mar Ligure al basso Adriatico, la situazione non cambia. Le otto circoscrizioni di Brindisi presentano tassi di discostamento rispetto ai dati attesi che vanno dal +10% dei quartieri Paradiso e Sant'Elia al -5% dei rioni Commenda e Cappuccini (vedi MAPPA). «I motivi ovviamente variano» sottolinea Gennaro. «Senza dubbio, tuttavia, incidono la scarsa prevenzione primaria, alti tassi di povertà e disoccupazione, cattiva qualità dell'ambiente di lavoro e di vita (acqua, aria, traffico, densità abitativa), scarsità di aree verdi, ma anche stress, alimentazione e un minor livello di prestazioni sanitarie». Il R.e.c. permetterebbe di uscire dalle nebbie, rivelando informazioni preziose per gli amministratori locali, che aiuterebbero a far crescere l'aspettativa di vita sana nel nostro Paese, dopo anni di pericolosa contrazione. [Em.Is.] \*