

Un osservatorio per le malattie post disastro

Intervista a Eugenio Paci, Direttore scientifico della rivista *Epidemiologia&Prevenzione*

Giuseppe Nucera

Quello italiano, è un territorio largamente a rischio idrogeologico: il 7% della superficie nazionale (70% dei comuni), rientra in questa categoria. Se poi si prende in considerazione il rischio sismico, che caratterizza gran parte della nostra penisola dal Friuli alla Sicilia, si nota che l'Italia ha una pericolosità medio-alta per la frequenza e l'intensità di tali fenomeni. A questo, inoltre, si accompagna anche una vulnerabilità molto elevata causata dalla fragilità del patrimonio edilizio, e un'esposizione altissima per la densità abitativa. La frequenza e la diffusione degli eventi disastrosi, affiancati da un'ampia esposizione della popolazione a tali catastrofi, hanno portato il nostro Paese a sviluppare, negli anni, procedure e competenze per gestire le emergenze acute, fornendo in tempi brevi risposte appropriate a eventi naturali. Molto minore, al contrario, l'attenzione rivolta alla sorveglianza della salute sui periodi medio-lunghi per le popolazioni sopravvissute alle catastrofi. Una mancanza sulla quale ha voluto porre l'attenzione l'Associazione italiana di epidemiologia (AIE), che nell'aprile scorso, a sette anni di distanza dal terremoto del 2009 dell'Aquila, si è riunita nel capoluogo abruzzese proprio per discutere di sorveglianza della salute a lungo termine nelle popolazioni colpite da disastri. La letteratura scientifica raccolta in questa occasione e altri riferimenti internazionali mostrano come, oltre alle conseguenze dirette in termini di vittime e feriti, questi eventi disastrosi producano sulla salute effetti indiretti e a medio-lungo termine. Effetti legati soprattutto alla distruzione delle infrastrutture pubbliche sanitarie, alla perdita del supporto sociale e delle normali condizioni di vita, quindi al radicale mutamento della vita quotidiana e della sfera culturale-relazionale su cui essa si basa.

Proprio per comprendere le forme di disagio che emergono nelle popolazioni colpite da disastri, abbiamo intervistato Eugenio Paci, Direttore scientifico della rivista *Epidemiologia&Prevenzione* ed ex Presidente dell'Associazione italiana di epidemiologia (AIE).

I disastri ambientali e naturali sono un leitmotiv della nostra storia nazionale

Il nostro Paese è stato colpito da catastrofi naturali, come il sisma dell'Aquila o quello di Amatrice, e da eventi con una



predominanza antropica, come può essere l'Ilva o il caso di Seveso. Ma anche nel sisma, la componente sociale e umana è fondamentale, soprattutto per ciò che l'epidemiologia deve affrontare: ossia le conseguenti condizioni di vita che si determinano dopo l'emergenza. Un terremoto è un evento naturale, ma il suo impatto varia enormemente rispetto al grado di antisismicità delle infrastrutture e al livello di preparazione, in termini di risposta, della popolazione. Così come le alluvioni, che sono causa di forti temporali, ma le cui conseguenze in termini di danni dipendono da come è gestito il territorio. Queste componenti umane e sociali condizionano il disastro, almeno per ciò che riguarda le conseguenze dirette. In Italia, così come non c'è uno sguardo lungimirante verso la prevenzione dei disastri, allo stesso modo non esiste la giusta attenzione nel sorvegliare le popolazioni che li hanno subiti.

Dal congresso dell'Aquila nasce la vostra proposta per un osservatorio, un sistema di professionalità, mirato alla sorveglianza delle patologie "post disastro" e alla pianificazione delle risposte

Da esperienze internazionali emerge come cruciale la gestione della patologia psicosociale e del disagio in popolazioni colpite da disastri ambientali, ma in Italia non c'è sufficiente attenzione a questi disagi che seguono i cataclismi. Il *displacement*, ossia lo spostamento della popolazione, ad esempio, comporta la perdita dell'identità culturale, aumentando le difficoltà e la pericolosità di quello che si chiama la *post distress syndrome*, ossia l'insieme dei disturbi che nascono dall'aver vissuto l'evento catastrofico e dalle condizioni di vita che ne conseguono. Queste patologie possono insorgere anche a medio termine, ma sono importanti in termini di capacità di resilienza di una popolazione.

La sorveglianza della salute viene effettuata orizzontalmente a tutta la popolazione o si potrebbe concentrare su alcune sue fasce?

Una riflessione importante ha riguardato come affrontare la condizione di gruppi sociali disagiati, quali possono essere i disabili o le persone autistiche. A L'Aquila c'è stata una grande riflessione su cosa si possa fare per questi soggetti ed è

emerso con chiarezza che questi problemi dobbiamo porceli molto prima della catastrofe. Poi c'è la sorveglianza a medio e lungo termine. Non è che queste popolazioni siano più fragili delle altre, anzi, sul breve periodo sono anche più forti a causa della reazione. Vero è che sono, comunque, più esposte al rischio di perdita di riferimenti per ciò che riguarda la loro salute: si perde il controllo di patologie croniche; si ha maggiori difficoltà a monitorare patologie come diabete, ipertensione. Difficile perfino effettuare gli screening oncologici.

Da questo punto di vista, in termini di risposta delle strutture sanitarie locali nella gestione del disagio a lungo termine, c'è molta differenza tra nord e sud dell'Italia?

È chiaro che tessuti sociali differenti reagiscono in modo diverso: il terremoto dell'Emilia, per esempio, è avvenuto in una realtà che ha una struttura sanitaria locale forte. Ciò ha permesso in questa realtà di porsi chiaramente problemi che altri territori e altri sistemi sanitari non hanno nemmeno contemplato. Quindi in alcuni casi questa differenza culturale si traduce in una azione sistemica concretamente differente.

Quali sono i fattori che determinano maggiormente la nascita del disagio sociale?

Il *displacement*, la rottura di relazioni sociali e la perdita del senso di comunità e culturale sono componenti fondamentali che si riversano sulla condizione fisica e di salute dell'individuo. Se ci si ritrova in un nuovo contesto abitativo, non mancano solo le strutture sanitarie, ma tutta una rete di relazioni su cui si basa la sanità pubblica. Inoltre, si devono offrire dei servizi che spesso nei luoghi colpiti da disastri non funzionavano neanche prima e questo è molto complesso. Tutto ciò ha conseguenze sulla cura che la persona riserva alla propria salute. Ci sono degli studi su come cambia il proprio stile di vita. Fenomeni di questo tipo incidono, ad esempio, su aspetti fondamentali quali l'alimentazione. Si è dimostrato, che il *displacement* della popolazione all'Aquila ha avuto forti conseguenze sulla modificazione delle attività quotidiane di gran parte della popolazione.

Emerge una concezione della salute in cui l'epidemiologia, seppur fondamentale, ne rappresenta solo una parte

Oggi la scienza dei disastri riguardo alla salute è multidisciplinare. Abbiamo bisogno di regole, servizi e investimenti. Purtroppo la sorveglianza sulla salute è un aspetto che non prescinde dalla messa in sicurezza del territorio. C'è una dimensione della salute collettiva che forse dobbiamo recuperare. L'epidemiologia ha una sua competenza. Se non ha un legame con il lavoro collettivo e con le altre discipline parla a vuoto. Si veda il caso di Taranto. Lo studio epidemiologico non basta; è utile se è accompagnato da altri studi di altre discipline, altrimenti rimane un testimone senza troppa voce del disastro sanitario di uno specifico territorio.

In Italia ci sono le professionalità per effettuare questa sorveglianza a lungo termine del disagio?

Abbiamo pochi soldi da spendere in ricerca, ma ottimi risultati in termini di produzione scientifica. Ci sono gruppi che oggi iniziano a studiare la scienza del disastro con approcci multidisciplinari. Manca un coordinamento, la capacità del sistema pubblico scientifico e della sanità pubblica di far sue tutte queste energie. Siamo ancora in una fase poco nitida, in cui ognuno fa un po' per conto suo. Così è successo anche nel caso dell'Aquila, purtroppo.

Quanto è importante il rapporto tra mondo scientifico e popolazione locale nella gestione della salute e, soprattutto, quanto "pesa" la comunicazione in questi casi?

È fondamentale. Proprio una delle esperienze più importanti dell'Istituto di Geografia dell'Aquila è stata la collaborazione in un'azione partecipativa, in cui, attraverso una ricerca qualitativa, si è studiata la percezione della popolazione in merito alla propria salute. L'Aquila è stata una svolta anche dal punto di vista della comunicazione. Mi sembra, infatti, che nel caso di Amatrice e del terremoto dell'Emilia, ci sia stata una comunicazione più attenta e più partecipata. La comunicazione non si limita al rischio del terremoto, ma continua dopo. È nel post-emergenza che una comunità si unisce e si mantiene coesa. Anche attraverso la comunicazione si limita la marginalizzazione di alcune fette della popolazione. Interagire con la popolazione e le associazioni è sicuramente un lavoro molto difficile ma necessario. L'apporto della comunità e delle amministrazioni locali in questo senso è fondamentale.