



**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE
II° CONGRESSO NAZIONALE
IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE
CRITICITA' A CONFRONTO**

**COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE
DIPARTIMENTO AUDIOLOGIA**

Una recente indagine ha evidenziato un quadro poco rassicurante per quanto riguarda lo stato di salute dell'udito degli italiani. Una fetta sempre più abbondante della popolazione, circa il 12%, soffre di disturbi uditivi di varia entità e i numeri più consistenti si osservano nella fascia di popolazione di età compresa tra i 61 e gli 82 anni e tra gli *over 80*.

Il 50% degli ultraottantenni del Bel Paese è affetto da sordità, mentre il 25% delle persone di età compresa tra i 61 e gli 82 anni presenta problemi di udito di vario genere.

I numeri sono davvero poco rassicuranti: un italiano su sette non ha un udito considerato normale, uno su sei deve convivere con un difetto uditivo che ha riflessi negativi sulla sua vita quotidiana e uno su dieci ha un disturbo uditivo che lo costringe a ricorrere all'utilizzo di un supporto specifico per sentire.

La sordità è la seconda causa di invalidità in Italia, con una prevalenza di 15,2 persone affette ogni mille abitanti, preceduta solo dall'invalidità motoria.

Il 18% della popolazione adulta italiana (circa 8 milioni di persone) presenta un deficit uditivo, causato nella maggior parte dei casi dall'avanzare dell'età, fino a colpire, dopo i 65 anni, una persona su tre.

Soltanto il 15% circa delle persone che potrebbero ricorrere alle protesi acustiche ne sono dotate. Questo perché i costi socio-sanitari (spese per assistenza medica, protesi acustiche, indennità di invalidità) sono considerevoli e il prezzo delle protesi acustiche non è alla portata di tutte le tasche. Una recente inchiesta svolta in Francia ha indicato che alla fine del 2007 erano più di cinque milioni le persone che soffrivano di perdite uditive, quasi il 10% della popolazione. Valori simili, ma superiori, anche nel nostro Paese che conta circa 7 milioni di persone con problemi di tipo uditivo, di cui quasi il 40% non è a conoscenza del problema e un terzo non ha mai eseguito un test della funzione uditiva.

Il problema dell'ipoacusia riguarda, secondo le stime della Drees (*Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*), quasi mezzo miliardo di persone in tutto il mondo.

I due terzi circa di coloro che soffrono di ipoacusia presentano disturbi considerati lievi o moderati (da 25 a 40 dB di perdita); è il caso di coloro che riescono a percepire un discorso senza particolari problemi, ma accusano la perdita di qualche sillaba. Poco meno del 30% dei problemi acustici sono considerati di media o grave entità (dai 40 ai 70 dB di perdita), il resto delle persone soffre di ipoacusia profonda (più di 90 dB di perdita). La Commissione Tecnica Nazionale del "Dipartimento Audiologia" sta lavorando sulle seguenti tematiche in funzione di abbattere gli sprechi economici, estrapolare sul territorio nazionale/regionale le criticità del settore, elaborare soluzioni concrete e sostenibili con un'ottimizzazione dell'*outcome* sul paziente e dell'impegno economico del SSN.

PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE CON PROBLEMI Uditivi

Le persone affette da sordità sono maggiormente predisposte a sviluppare forme di decadimento cognitivo. Sebbene il legame tra le due condizioni rimane ad oggi sconosciuto, le ipotesi avanzate da alcuni studiosi ricadono nel maggiore sforzo mentale dei pazienti ipoacusici associato alla loro disfunzione uditiva.

Una criticità riscontrata in quest'ambito è quella della mancanza di strutture dedicate sul territorio che prendano in carico il paziente fin dai primi sintomi. In effetti, c'è poca informazione da parte del paziente riguardo alla cura di questa patologia, in quanto l'invecchiamento del cervello dà comunque luogo a rallentamenti di tutte le funzioni cognitive, incluse quelle audiologiche. I problemi legati all'udito, così come quelli legati ad altri organi di senso, hanno un forte impatto psicologico nel soggetto portatore, in quanto cause di un maggiore isolamento sociale.

I problemi uditivi rappresentano un caso *border line* tra l'ambito sociale e quello sanitario. Le famiglie con presenza di soggetti

LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE

DIPARTIMENTO DI AUDIOLOGIA

Angori Piero, Arezzo

Farneti Daniele, Rimini

Genovese Elisabetta, Modena

Livi Walter, Siena

Marciano Elio, Napoli

Pirodda Antonio, Bologna

Ralli Giovanni, Roma

Ruggeri Sara, Roma

Russo Roberto, Reggio Calabria

Severini Miriam, Pescara

Trenta Marina, Roma

Ipoacusia e protesizzazione

Le problematiche uditive presentano un'incidenza elevata nelle popolazioni del mondo occidentale, conseguenza di fattori diversi. In Italia, in assenza di dati ufficiali, si calcola che circa il 12% della popolazione totale sia affetta da un deficit uditivo e che tale incidenza raggiunga il 40% nei soggetti di età superiore ai 65 anni. In rapporto a tale problema si segnala la stretta dipendenza della funzionalità dell'orecchio interno da fenomeni sistemici soprattutto di carattere emodinamico. Il discorso è tanto più delicato nell'anziano nel quale vengono a mancare la fisiologica elasticità dell'albero vascolare ed un ottimale controllo del sistema nervoso autonomo.

A livello Europeo si è evidenziato che già a 50 anni il 10% circa della popolazione presenta un danno uditivo di entità superiore ai 35 dB e che ai 70 anni tale incidenza supera il 40%, per aumentare in maniera esponenziale con l'aumentare ulteriore dell'età.

Tale elevata incidenza, unitamente alle conseguenze ad essa correlate, ha fatto porre al Governo Federale Australiano l'ipoacusia ai primi posti tra le priorità della Sanità pubblica, immediatamente dopo le problematiche cardiovascolari, oncologiche, neurologiche ed ai traumatismi. Inoltre, le linee guida del *National Health Service* inglese indicano come "fortemente raccomandabile" la correzione delle ipoacusie superiori ai 30 dB nel paziente adulto e/o anziano.

Complessa è la precoce identificazione delle problematiche uditive e l'accettazione di tale deficit. Infatti, la malattia si manifesta quando l'ipoacusia raggiunge intensità elevate (superiori ai 50 dB) e interessa le frequenze centrali, così che la quota informativa del parlato decresce al di sotto delle possibilità integrative del paziente e questi inizia a lamentare difficoltà a percepire le parole in contesti acustici ambientali sfavorevoli (ascolto in luoghi pubblici, rumore ambientale, colloqui con più persone, etc.).

Tutto ciò giustifica l'istituzione di un percorso di screening audiologico nell'anziano con le finalità seguenti: individuazione precoce del problema, per evitare complicanze legate ad una diagnosi tardiva e ridurre i costi sociali ad essa legati, sia direttamente (diminuzione della produttività in ambito lavorativo) che indirettamente (isolamento, sindromi depressive, problematiche neurologiche, etc.). Tale percorso di sorveglianza sanitaria dovrebbe partire dalla quinta decade e procedere con tempistiche di *follow up* differenziate in base all'età, analogamente ad altre patologie dell'età più avanzata (cardiologiche, oncologiche, dismetaboliche, oculistiche, etc.). Ciò determina la raccolta di dati epidemiologici nazionali tali da consentire una ottimizzazione delle risorse disponibili.

La correzione precoce del deficit uditivo migliora l'ascolto con un progressivo miglioramento della percezione del parlato e della qualità di vita. Nel soggetto più anziano, infatti, la ridotta plasticità cerebrale può determinare tempi di recupero decisamente lunghi o non sufficienti, dopo protesizzazione.

Recenti indagini hanno rivelato che solo il 25% dei pazienti che ha coscienza del problema accetta una protesizzazione, correlando la sordità alla vecchiaia. In questo ambito una maggiore partecipazione delle famiglie, unitamente ad un'azione di rinforzo da parte dei medici curanti, potrebbe portare ad un miglioramento dell'accettazione della protesi e del percorso riabilitativo.

Inoltre, sarebbe opportuna la creazione di percorsi formativi specifici per tutti gli operatori del settore udito (audiologi-foniatristi, otorinolaringoiatri, audiometristi, audioprotesisti, logopedisti) per una omogeneizzazione temporale e qualitativa dei percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi.

Infine, si auspica una modifica del nomenclatore tariffario per il riconoscimento della concessione di protesi digitali ed una semplificazione dei percorsi di erogazione, con riferimento alla concessione delle invalidità civili, in una logica di controllo costo-beneficio.

La caduta nell'anziano

La caduta nell'anziano è un evento estremamente frequente ma sottostimato. Si ritiene che l'incidenza sia pari al 30 % divenendo possibile causa di morte. È opportuna una corretta informazione sulla riduzione dei rischi "estrinseci", quali l'eliminazione di barriere architettoniche e di superfici irregolari in casa, installazione di corrimani adeguati per le scale, la corretta illuminazione ambientale, ecc. Le cause sono multifattoriali e configurano una sorta di sindrome geriatrica determinata da patologie cardiovascolari, neurologiche, metaboliche, cognitive nonché dalla polifarmacoterapia. Si stima che nel 50% dei casi di caduta nell'anziano, sia in relazione con una sofferenza dell'apparato vestibolare.

Il soggetto anziano che ha subito un episodio di caduta non giustificata deve essere sottoposto ad una valutazione clinica per ridurre i rischi "intrinseci", determinati da una possibile sofferenza organica.

La strategia diagnostica relativa alla valutazione dell'apparato cocleo-vestibolare non può prescindere dall'esecuzione della batteria dei test audio-vestibolari (esame audiometrico tonale e vocale, impedenzometria, ABR, VEMPs, VOG, studio dell'oculomotricità, test per l'equilibrio statico e dinamico).

Dai risultati dei suddetti esami emergerà la necessità di sottoporre o meno il paziente ad un trattamento di rieducazione vestibolare il cui scopo è quello di migliorare le competenze posturali e ridurre conseguentemente il rischio di caduta.

Il piano rieducativo sarà basato sui risultati degli esami vestibolari ma dovrà tenere conto anche dello stato funzionale degli apparati visivo e propriocettivo.

Emerge, pertanto, la necessità di valutare il paziente da parte di un'equipe multidisciplinare che si avvalga della valutazione audiologico-foniatrica ed otorinolaringoiatrica oltre che del neurologo, fisiatra, ortopedico, internista, oculista, etc.

Disfagia

La disfagia è una alterazione della deglutizione intesa come trasporto e propulsione di alimenti (o altre sostanze) dalla bocca allo stomaco. È un sintomo comune a molteplici malattie: interessa circa il 13% di persone ricoverate in reparti per acuti, il 30-40% di persone ricoverate in centri di recupero funzionale e il 40-50% di persone ricoverate in strutture per anziani. È una attività correlata alla nutrizione e alla respirazione, che utilizza organi primariamente deputati alla fono-articolazione. Evolve lungo tutto l'arco della vita, attraverso fenomeni di maturazione: dal lattante al bambino, all'adulto all'anziano. Nell'anziano la riduzione delle cellule muscolari scheletriche (sarcopenia) degli organi della deglutizione, comporta un atto deglutitivo meno efficiente, con maggior rischio di aspirazione (passaggio di bolo nei polmoni) e complicanze respiratorie. Nell'anziano in salute tale condizione è denominata presbifagia primaria ed è caratterizzata da un equilibrio funzionale della deglutizione, dovuta ad adattamenti neuronali legati alla plasticità cerebrale. Se, in queste condizioni di equilibrio, subentrano uno o più elementi di disturbo (stressors: uso di farmaci, istituzionalizzazione, necessità di un sondino naso-gastrico, aggravamento di patologie croniche, fatti ischemici cerebrali) si passa da una condizione di equilibrio ad uno francamente patologico (presbifagia secondaria). La disfagia, nell'anziano è la principale causa di disidratazione e malnutrizione, che si accompagna ad una riduzione delle difese immunitarie ed una maggiore suscettibilità alle infezioni, che aggravano la disfagia, con un circolo vizioso che può portare alla cachessia e morte.

La identificazione di soggetti con possibile disfagia è un obiettivo importante nella popolazione generale. La valutazione clinica e la diagnosi di tale condizione è multidisciplinare e prevede la valutazione clinica non strumentale e strumentale, con possibilità di impostare un piano di trattamento che realizzi adattamenti della dieta e delle modalità di alimentazione (adattamenti ecologici) oltre a procedure specifiche (manovre e posture) per evitare aspirazione.

Proposte operative nella gestione di questo percorso possono essere rappresentate da: necessità di formazione ed aggiornamento del team multidisciplinare, degli operatori e *caregivers*; sorveglianza e screening delle popolazioni a rischio, in diversi *setting* di intervento; necessità di uniformare i percorsi diagnostico-terapeutici.