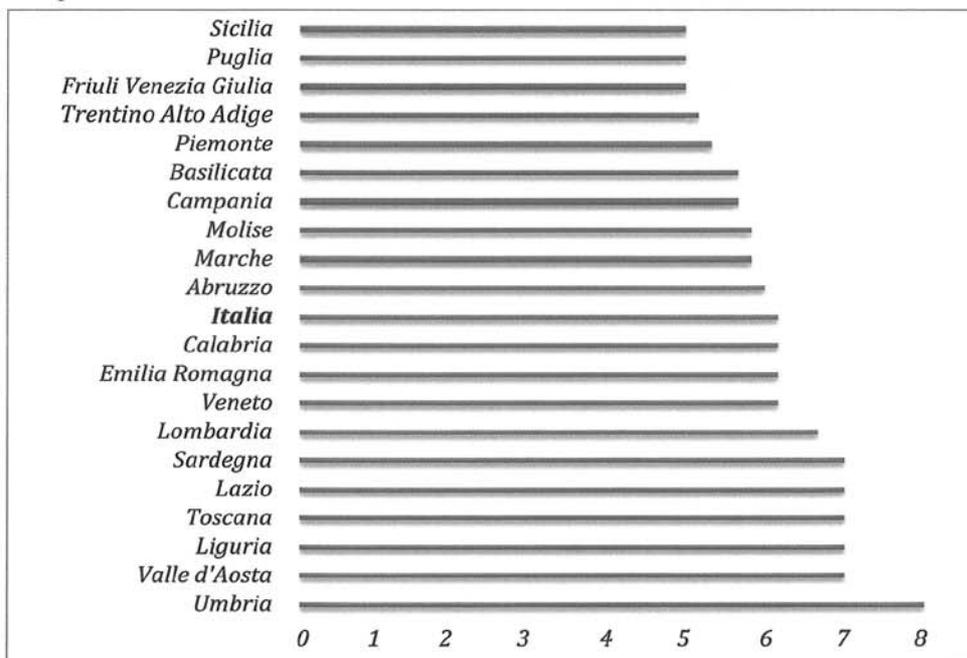
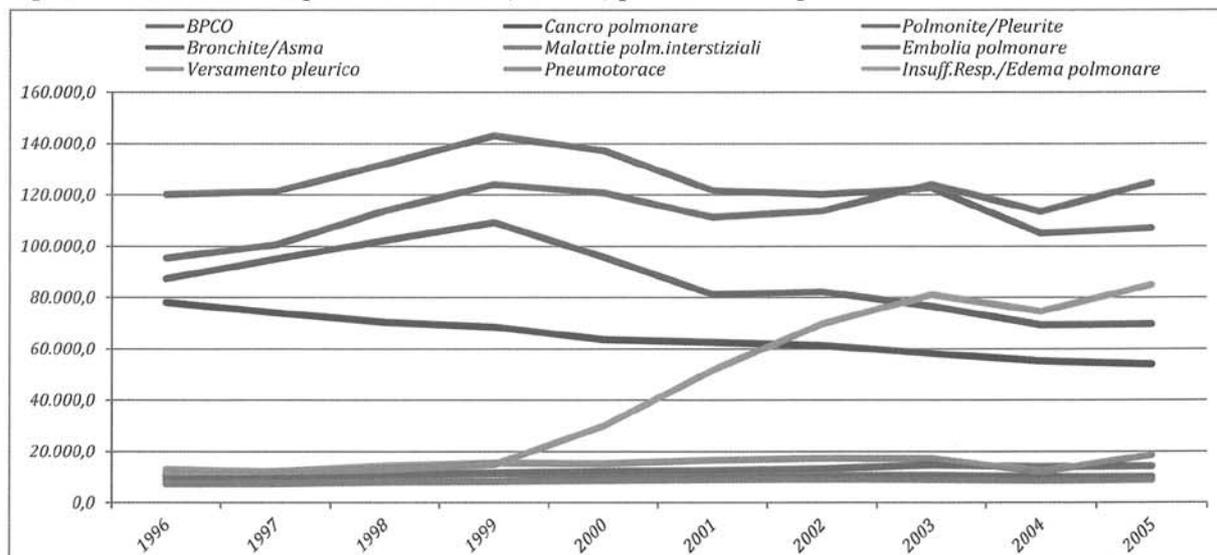


Figura 3 – Persone che dichiarano Asma in Italia e per Regione - Tassi standardizzati per 100 persone - Anni 2004-2005



FONTE: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, Istat 2008.

Figura 4 – Andamento temporale dei ricoveri (Numero) per Malattie Respiratorie



FONTE: Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero 2005, Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali 2007.

relate, ricoveri di pazienti con BPCO per insufficienza respiratoria potrebbero essere stati codificati sotto il DRG di quest'ultima e non della BPCO. La Rete di MONitoraggio dei LEa Tempestiva (RE.MO.LE.T), strumento attivato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi

Sanitari Regionali per fornire dati sanitari in tempi brevi, ha resi noti dati preliminari sulle SDO del 2007 in 6 regioni italiane (Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Umbria e Sicilia). Da questi, emerge un calo di ricoveri per malattie respiratorie acute, dal 2006 al

2007, pari al 4%, ed un calo del 6% di ricoveri ordinari per BPCO nel primo semestre 2007 rispetto allo stesso periodo del 2006. Importanti dati di prevalenza di asma in Italia derivano dagli studi ECRHS (The European Community Respiratory Health Survey) e dagli Studi Epidemiologici del Delta del Po e di Pisa, per gli adulti, e dallo studio SIDRIA (Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente, nell'ambito del protocollo internazionale ISAAC) per i bambini. La prevalenza di asma in Italia, più bassa che in molti altri Paesi europei, varia da 3,3 a 5,3%, negli adulti, mentre nei bambini è pari al 10%. Tali dati collocano l'Italia in una posizione bassa nella classifica europea. Gli unici dati su campioni di popolazione generale derivano dalle indagini condotte dall'Istituto di Fisiologia Clinica CNR di Pisa nel Delta Padano e a Pisa. In particolare, tali indagini hanno indicato una prevalenza di asma variabile da 5,3 a 6,5%, di bronchite cronica da 1,5 a 2,5% (espettorato cronico da 11,7 a 14,4%), e di enfisema da 1,2 a 3,6%.

2.4.4 Impatto socio-economico

Si stima che la BPCO diverrà nel 2020 la quinta causa di disabilità a livello mondiale. In età geriatrica, la BPCO grave si associa a comorbidità, causando importanti limitazioni dello stato funzionale, deterioramento cognitivo, problemi comportamentali e alterazioni del tono dell'umore. Alla BPCO viene attribuito almeno il 6% dell'intera spesa sanitaria italiana. Uno studio eseguito in 14 dipartimenti di Pneumologia in diverse aree italiane ha calcolato una spesa media annua per paziente con BPCO pari a più di 3.000 euro (1.200 solo per le spese di ospedalizzazione).

I costi diretti dell'asma bronchiale (dal 1999 riconosciuta come malattia sociale) costituiscono tra l'1 ed il 2% della spesa sanitaria italiana complessiva. L'impatto dell'asma sulle attività quotidiane e sulle famiglie è considere-

vole, con costi indiretti che rappresentano il 60% dei costi complessivi, cui vanno aggiunti i costi in termini di disagio/qualità della vita del paziente.

Si stima che il costo annuale di un paziente asmatico adulto, tra i 20 ed i 45 anni di età, sia di 800 Euro, e incida dal 2 all'8% sul reddito familiare. Le voci di spesa principali sembrano essere imputabili al consumo di farmaci ed ai ricoveri ospedalieri. L'11% degli adulti ed il 19% dei bambini asmatici subisce almeno un ricovero per asma, mentre le visite di urgenza sono rispettivamente il 19% ed il 31% (Studio AIRE, Asma Infantile Ricerca in Emilia-Romagna). L'asma infantile può influire sullo sviluppo psicologico del bambino e sulle relazioni con i coetanei, rallenta il processo di apprendimento scolastico ed è causa di assenteismo scolastico e di assenze dal lavoro per i genitori.

2.4.5 Fattori di rischio

Fumo attivo

Il principale fattore di rischio per BPCO è il fumo di sigaretta, che, in Italia, è calato costantemente negli ultimi 50 anni, negli uomini (dal 66% nel 1957 al 26% nel 2008). Nelle donne, al contrario, l'abitudine al fumo è aumentata dal 6% nel 1957 al 26% all'inizio degli anni '90, per poi calare successivamente fino al 18% nel 2008. Tuttavia, ancora 11,2 milioni di italiani (22%) fumano correntemente. È allarmante che, come risulta dai dati Doxa-ISS, del 2008, la frequenza di fumo corrente nei più giovani (15-24 anni, 24%) sia simile a quella negli adulti (25-64 anni, 26%) e che più del 75% dei fumatori dichiarati che non sta pensando di smettere a breve termine. I fumatori hanno una caduta accelerata del VEMS (volume espiratorio massimo in un secondo), sintomi respiratori più frequenti e più elevata mortalità per BPCO rispetto ai non fumatori. Smettere di fumare rallenta la caduta del VEMS e quindi rallenta anche l'evoluzione della patologia polmonare.

Ci sono evidenze che il fumo di tabacco possa aumentare il rischio di asma professionale nei lavoratori esposti a determinati agenti sul posto di lavoro, e che sia associato ad un aggravamento dell'asma e ad una ridotta risposta terapeutica, specie ai corticosteroidi.

È stato calcolato che il 60-70% della mortalità per BPCO sia attribuibile al fumo di sigaretta.

Fattori individuali

La predisposizione genetica si associa ad un rischio più elevato di BPCO e di asma. È noto che la trasmissione genetica del deficit di un inibitore delle proteasi sieriche (alfa 1 antitripsina) aumenta il rischio di sviluppare BPCO nel corso degli anni. La familiarità per atopia/asma è considerata un importante fattore di rischio per sviluppare asma. Altri fattori di rischio individuali per l'asma sono l'obesità, il sesso maschile nei bambini e quello femminile negli adulti. Il rapido incremento di asma registrato negli ultimi anni a livello mondiale nei bambini, Italia inclusa, è difficilmente dovuto ai soli fattori individuali, soprattutto genetici.

Fattori ambientali

Gli studi epidemiologici suggeriscono un ruolo importante dell'ambiente nella patogenesi/riacutizzazione delle malattie respiratorie croniche. Fattori come gli allergeni (pollini/ funghi all'esterno; acari della polvere/muffe/allergeni di animali domestici/scara-faggi, all'interno) sono stati considerati per anni tra le più importanti cause di asma. Non è ancora chiaro se l'esposizione sia effettivamente la causa primaria dell'insorgenza dell'asma, o un fattore scatenante le riacutizzazioni in individui che ne sono già affetti. Diversi ambienti possono favorire lo sviluppo o la riacutizzazione di asma, e non solo in età pediatrica. In Italia, nei bambini immigrati, si registra un aumento pari al 12% della prevalenza di asma per ogni anno in

più di residenza nel nostro Paese (Studio SIDRIA). In Italia, come negli altri paesi industrializzati, le misure assunte per migliorare il risparmio energetico (serramenti a tenuta/uso di materiali isolanti), l'uso di tappeti/tappezzerie e di condizionatori/umidificatori, hanno contribuito a fornire un habitat ideale per la crescita degli allergeni indoor. Più del 10% dei bambini italiani risulta esposto a muffe nella camera da letto e i bambini esposti in età infantile hanno un rischio quasi doppio di sviluppare successivamente asma (Studio SIDRIA). La relazione tra inquinamento outdoor e malattie respiratorie è stata descritta in termini di sviluppo di patologia dovuto ad esposizioni a lungo termine a differenti inquinanti, tra cui polveri (PM), ossidi d'azoto, ozono. Per ogni incremento di 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ di PM_{2.5} nell'aria urbana si registra un aumento di circa il 6% del rischio di mortalità per cause cardiorespiratorie. Esposizioni a breve termine a picchi molto elevati di PM aumentano il rischio di ricoveri d'emergenza per cause cardiorespiratorie. Confrontando i campioni di popolazione generale di Pisa e del Delta Padano, è emerso che le esposizioni legate all'ambiente urbano sono associate ad aumento di iperreattività bronchiale. Gli inquinanti ambientali ad alte concentrazioni possono scatenare riacutizzazioni asmatiche e potenziare le risposte allergiche. La prevalenza di asma varia sensibilmente nelle diverse zone geografiche e aumenta con il tasso di urbanizzazione. I bambini italiani maggiormente esposti a traffico autoveicolare mostrano una maggiore prevalenza di sintomi asmatici (Studio SIDRIA). Esposizioni elevate a PM ed NO₂ possono aumentare anche più del doppio il rischio di accessi al pronto soccorso per crisi asmatiche, specialmente per quanto riguarda bambini ed anziani.

L'inquinamento indoor contribuisce in maniera rilevante all'esposizione umana, poiché le persone trascorrono

fino al 90% della loro giornata al chiuso. I bambini molto piccoli trascorrono la maggior parte del loro tempo in casa e a scuola, e l'inquinamento indoor costituisce un fattore di rischio importante per le patologie allergiche/respiratorie nell'infanzia. A parte il fumo attivo, l'inquinamento indoor è considerato tra i principali fattori di rischio prevenibili di malattie respiratorie croniche. Uno dei fattori di rischio più studiati è il fumo passivo (Environmental Tobacco Smoke, ETS, principale sorgente indoor di PM). Il rischio di mortalità per malattie respiratorie risulta raddoppiato nei non fumatori esposti ad ETS. Se la legge italiana antifumo può regolare l'esposizione nei locali pubblici, nulla può per quanto riguarda l'esposizione nei locali privati. In un campione di più di 2.000 donne italiane mai fumatrici, il 37% riporta esposizione a casa dal marito/convivente, il 15% al lavoro, ed il 21% ad entrambi.

L'esposizione risulta un fattore di rischio per sintomi respiratori/allergici, inclusi tosse/catarro cronici (SEASD, Studio Epidemiologico Ambientale sulla Salute delle Donne). Ci sono evidenze che, nei soggetti che non hanno mai fumato e sono pesantemente esposti ad ETS, c'è un maggior rischio di tosse cronica che nei non esposti, indipendentemente dal sesso. L'esposizione al fumo passivo, sia nel periodo prenatale che in età neonatale/infantile, influenza l'insorgenza di malattie caratterizzate da respiro sibilante. I bambini asmatici, le cui madri sono fumatrici, ricorrono frequentemente a farmaci antistaminici e necessitano di un maggior numero di visite al pronto soccorso.

Altri fattori di rischio

Le condizioni socio-economiche possono giocare un ruolo significativo nell'epidemiologia delle malattie respiratorie croniche. Situazioni di povertà, emarginazione, impossibilità di accedere alle strutture sanitarie, malnutrizio-

ne, alto indice di densità abitativa, possono aumentare il rischio di sviluppare tali patologie. L'aumento di frequenza delle malattie allergiche respiratorie, osservato nell'ultimo ventennio, può essere in parte dovuto anche allo 'stile di vita' occidentale, che include igiene e declino delle infezioni, inducendo, nelle nuove generazioni, la propensione a sensibilizzazione allergica.

2.4.6 Esposizioni occupazionali

Le esposizioni occupazionali, anche se coinvolgono solo specifici gruppi di lavoratori, sono molto importanti. Molti studi riportano un'associazione causale tra esposizione lavorativa ed infiammazioni implicate nello sviluppo della BPCO. I lavoratori più a rischio sono i minatori, gli edili, i metallurgici, i lavoratori di fibre tessili o i coltivatori di grano. È stato calcolato che il rischio mediano di bronchite cronica/ostruzione bronchiale attribuibile per la popolazione (PAR%) dovuto a esposizione professionale, varia dal 15 al 19%. Il rischio che deriva dalle esposizioni lavorative aumenta per i fumatori correnti.

L'esposizione a polveri, fumi e sostanze chimiche rappresenta un importante fattore di rischio per la sensibilizzazione delle vie aeree, la patogenesi di asma, la riacutizzazione/persistenza dei sintomi. L'asma è la patologia professionale respiratoria più comune nei Paesi industrializzati. Si stima che circa il 15% dei casi di asma nell'adulto (incidenti o riacutizzazioni) sia dovuto ad esposizione lavorativa. Negli anni recenti, anche il lattice è divenuto un'importante causa di asma professionale, mettendo ad alto rischio verniciatori, panettieri e operatori sanitari. L'asma professionale è strettamente associata alla rinite professionale. Sintomi di rinite sono presenti nel 76-92% dei soggetti con asma professionale, e spesso precedono l'insorgenza dell'asma. Per questo

la rinite professionale può essere considerata come un marker della probabilità di sviluppare asma professionale.

2.4.7 Indicazioni per la programmazione

Gli studi degli ultimi anni hanno ormai inequivocabilmente dimostrato che queste malattie sono prevenibili e controllabili.

Tutti siamo esposti a fattori di rischio per le malattie respiratorie:

- ambientali: fumo di sigaretta, esposizione professionale, inquinamento atmosferico outdoor e indoor, condizioni sociali, dieta, infezioni;
- individuali: genetici e legati alla familiarità.

La prevenzione di questi fattori può avere un impatto significativo sulla morbilità e sulla mortalità. Approcci combinati, che interessino prevenzione e trattamento delle malattie respiratorie croniche, sono necessari, in quanto queste patologie condividono molti fattori di rischio e richiedono risposte simili da parte dei servizi sanitari. Benché esistano efficaci misure preventive, le malattie respiratorie croniche sono sottodiagnosticate, sottotrattate ed insufficientemente prevenute.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha riconosciuto l'impatto epidemiologico e sociale delle malattie respiratorie, individuando nel campo della prevenzione le seguenti azioni prioritarie:

- attivazione di programmi intersettoriali di riduzione del rischio ambientale e professionale;
- interventi di informazione ed educazione sulla lotta ai principali agenti causali e sui comportamenti positivi per ridurre il rischio;
- informazione, comunicazione, promozione della diagnosi precoce, con il coinvolgimento nelle attività dei medici di medicina generale;
- prevenzione e trattamento della disabilità.

Il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali è entrato a far parte della "Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases" (GARD), una alleanza volontaria, nazionale ed internazionale, comprendente organizzazioni, istituzioni ed agenzie che lavorano per il comune obiettivo di migliorare la salute respiratoria globale. Obiettivo del Ministero è quello di sviluppare una strategia di prevenzione delle malattie respiratorie adattata al contesto Italiano, con l'obiettivo generale di ridurre l'incidenza, la morbilità e la mortalità delle malattie respiratorie nel lungo periodo, attraverso un approccio integrato alle malattie respiratorie croniche.

La lotta alle malattie respiratorie si realizza in primo luogo attraverso interventi finalizzati alla prevenzione sia primaria sia secondaria, come la lotta al fumo e la lotta agli inquinanti presenti negli ambienti di vita e di lavoro. Estremamente importante è la diagnosi precoce, che nella maggior parte dei casi può essere eseguita con la spirometria nei soggetti fumatori, per individuare la patologia cronica in fase iniziale ed impedire la progressione della patologia respiratoria verso livelli di patologia più severi.

A livello territoriale deve essere implementata l'assistenza domiciliare integrata, in particolare per i pazienti affetti da insufficienza respiratoria grave, con disponibilità al domicilio del paziente, dove necessario, degli strumenti di monitoraggio della funzione respiratoria, anche in modalità telematica. I pazienti e i familiari devono essere formati a conoscere le caratteristiche della malattia, a seguire/far seguire correttamente la terapia prescritta, e a reagire prontamente in caso di riacutizzazione.

Per quanto riguarda l'offerta ospedaliera, notevole importanza rivestono le unità di terapia intensiva respiratoria nella gestione completa del paziente respiratorio critico, con possibilità di attuare terapia intensiva respiratoria non-invasiva e notevole

miglioramento della qualità di vita, possibilità di ridurre l'occupazione di posti letto in reparti di rianimazione e riduzione dei costi di gestione del paziente con insufficienza respiratoria.

Bibliografia essenziale

Ellwood P, Asher MI, Beasley R, et al. The international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC): phase three rationale and methods. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005;9:10-6.

Faustini A, Marino C, D'Ovidio M, Perucci CA. The concurrent COPD mortality doubles the mortality estimate from COPD as underlying cause in Lazio, Italy. *Respir Med* 2007;101:1988-93.

Janson C, Anto J, Burney P, et al. The European Community Respiratory Health Survey: what are the main results so far? *European Community Respiratory Health Survey II. Eur Respir J* 2001;18:598-611.

Koleva D, Motterlini N, Banfi P, et al. Healthcare costs of COPD in Italian referral centres: a prospective study. *Respir Med* 2007;101:2312-20.

Maio S, Baldacci S, Carrozzi L, et al. Urban residence is associated with bronchial hyperresponsiveness in Italian general population samples. *Chest* 2009;135:434-41.

Sestini P, De Sario M, Bugiani M, et al. Frequency of asthma and allergies in Italian children and adolescents: results from SIDRIA-2. *Epidemiol Prev* 2005; 29(2 Suppl):24-31.

Simoni M, Baldacci S, Puntoni R, et al. Respiratory symptoms/diseases and environmental tobacco smoke (ETS) in never smoker Italian women. *Respir Med* 2007;101:531-8.

Viegi G, Mattelli G, Angino A, et al. The proportional Venn diagram of obstructive lung disease in the Italian general population. *Chest* 2004;126:1093-101.

Viegi G, Pistelli F, Sherrill DL, et al. Definition, epidemiology and natural history of COPD. *Eur Respir J* 2007;30:993-1013.

2.5 Malattie reumatiche ed osteoarticolari

2.5.1 Introduzione

Le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico sono la causa più nota e più comune di malattie croniche ad alto potenziale di disabilità ed handicap e nel mondo sono centinaia di milioni le persone che ne soffrono. Questo è quanto dichiarato dalla Bone and Joint Decade (BJD), un'iniziativa mondiale avviata nel 2000 con il patrocinio dell'OMS, dell'ONU, della Banca Mondiale e del Vaticano, cui hanno aderito 63 governi nel mondo, di cui 26 europei, compresa l'Italia, e numerose società scientifiche e istituzioni operanti nel settore delle patologie muscolo-scheletriche. L'OMS, in particolare, ha definito le malattie reumatiche come la prima causa di dolore e disabilità in Europa, sottolineando come queste, da sole, rappresentino la metà delle patologie croniche che colpiscono la popolazione al di sopra dei

65 anni. Similmente, negli USA, le malattie reumatiche sono più frequentemente causa di disabilità rispetto sia alle patologie cardiovascolari sia ai tumori, coinvolgendo circa 46,5 milioni di persone.

Le malattie reumatiche o reumatismi sono condizioni morbose che determinano disturbi e/o danni a carico dell'apparato locomotore e dei tessuti connettivi di tutto l'organismo. Sotto questa definizione rientrano artriti, artrosi, osteoporosi, lombalgia e numerose altre forme, molte delle quali annoverate singolarmente tra le "malattie rare", ma che nell'insieme comportano una prevalenza molto rilevante. Sebbene i processi patologici alla base di queste malattie siano molto vari (degenerativi, infiammatori, dismetabolici, ecc.) e il progredire delle conoscenze di base abbia contribuito a chiarire diversi aspetti della loro patogenesi, l'eziologia di molte è

in larga parte sconosciuta. Chi è affetto da queste patologie, nella maggior parte dei casi, diventa un malato cronico che soffre di una progressiva compromissione della qualità della vita per la perdita di autonomia e, soprattutto, per la mancanza di significative aspettative di miglioramento o guarigione.

La caratteristica cronicità, la scarsità di terapie che portino a favorevoli o definitive risoluzioni dei quadri clinici per alcune forme gravi, la conseguente disabilità, con progressiva diminuzione della funzionalità, specie a carico dell'apparato locomotore e la diminuzione della capacità lavorativa e del grado di autonomia delle persone affette, nonché l'elevato numero degli individui colpiti, rappresentano ancora oggi i maggiori punti di criticità. Inoltre, queste affezioni compaiono frequentemente proprio durante l'età lavorativa, e ciò comporta notevoli ripercussioni in termini di costi sanitari e sociali.

Al riguardo, l'Osservatorio Sanità e Salute, sulla base dei dati forniti da Istat, Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, AIFA e INPS, ha rilevato che in Italia 734.000 persone sono colpite dalle forme croniche di artrite reumatoide, artrite psoriasica e spondilite anchilosante e che la spesa per queste malattie supera i 4 miliardi di Euro l'anno. Quasi la metà dei costi è rappresentata dalla perdita di produttività per circa 287 mila lavoratori.

Le persone affette da malattie reumatiche, oltre ad essere spesso costrette ad abbandonare il lavoro, si trovano a dover affrontare disagi nella vita di relazione, con una sensibile riduzione della qualità della vita. Inoltre, più aumenta il grado di severità della malattia, maggiori sono i costi per la collettività. Secondo lo studio dell'Osservatorio Sanità e Salute, i costi dell'artrite reumatoide per persona variano sensibilmente in rapporto alla progressione della malattia. La somma dei costi (diretti e indiretti) va da un minimo di 2.840€/anno per la malat-

tia nel suo stadio più iniziale fino a 15.120€/anno per la fase più avanzata. La ricerca conclude che le artriti croniche rappresentano una delle principali cause di invalidità e di perdita di capacità lavorativa. Ad esempio, nel 10% dei pazienti che soffre di artrite reumatoide, uno stato di invalidità permanente compare dopo due anni di malattia e tale prevalenza raggiunge il 50% dopo 10 anni.

L'artrosi interessa soggetti mediamente più anziani, tuttavia è la malattia reumatica più frequente in Italia, in quanto coinvolge almeno quattro milioni di persone, quasi uno su due tra i settantenni, e implica disabilità lavorativa nel 30% dei soggetti con meno di 65 anni.

Notevoli sono le implicazioni sul versante della sostenibilità. Secondo la Società Italiana di Reumatologia, per l'artrosi del ginocchio, la spesa annua per paziente è pari a 3.570 euro, 1.070 per costi diretti (terapia, ospedalizzazione, diagnostica), 2.500 per costi indiretti per lo più determinati dalla perdita di produttività lavorativa.

Nel loro complesso, le malattie reumatiche rappresentano la più frequente causa di assenze lavorative e la causa del 27% circa delle pensioni di invalidità attualmente erogate in Italia.

2.5.2 Presentazione dei dati: incidenza, prevalenza

Fonti: Istat, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), studio MAP-PING.

L'Indagine Multiscopo dell'Istat conferma che le malattie reumatiche rappresentano la condizione cronica più diffusa nella popolazione italiana. Le ultime rilevazioni, riportate dall'Annuario Statistico Italiano 2008, mostrano che "artrite/artrosi" colpiscono il 17,9% della popolazione, precedendo ipertensione arteriosa (15,8%) e malattie allergiche (10,6%). A ciò va

aggiunta la prevalenza dell'osteoporosi (7,3%), malattia da comprendere a tutti gli effetti tra le malattie dell'apparato locomotore.

L'analisi per genere mostra che la prevalenza di questi disturbi è maggiore nelle donne rispetto agli uomini (22,7% di artrite/artrosi vs 13,0%). Tale differenza è ancora più marcata se si considera l'osteoporosi (12,5% vs 1,8%). Inoltre, l'andamento della prevalenza in rapporto all'età è decisamente a svantaggio delle persone più anziane: il 55% delle donne ed il 35,9% degli uomini oltre i 65 anni lamentano "artrite/artrosi". Nella stessa fascia di età dichiarano di soffrire di osteoporosi il 34,3% delle donne ed il 5,5% degli uomini. Il numero degli italiani affetti da queste patologie è peraltro destinato ad aumentare in un prossimo futuro, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione (le previsioni Istat mostrano un aumento della percentuale di ultrasessantacinquenni dal 19,5% del 2005 al 33,6% del 2050).

Sebbene i malati reumatici vengano prevalentemente assistiti in regime ambulatoriale, non è comunque trascurabile il carico ospedaliero dovuto alle malattie osteoarticolari. Dai dati SDO relativi all'anno 2005, si rileva che su un totale di 8.200.636 di dimissioni da ricoveri per acuti in regime ordinario, il 3,5% presenta diagnosi principale di malattia reumatica (106.436 con diagnosi principale di osteoartrosi, 97.376 con diagnosi principale di disturbi del dorso e 83.858 con diagnosi principale di malattie del tessuto connettivo). Va sottolineato che queste cifre presentano comunque una stima in difetto, in quanto l'analisi prende in considerazione le malattie reumatiche solo quando rappresentano la diagnosi principale e non quando si associano come comorbidità ad altre patologie. Pertanto il carico reale per le strutture ospedaliere è da ritenersi certamente maggiore.

Gli studi epidemiologici sistematici riguardanti le malattie reumatiche in Italia non sono molto diffusi. La reumatologia comprende un gran numero di malattie, per di più assai polimorfe e non sempre tra loro facilmente differenziabili, inoltre moltissimi pazienti non sempre necessitano di ricovero. Vi sono pertanto difficoltà oggettive nella raccolta sistematica dei dati, cui consegue la necessità di estrapolarli da studi campionari. Lo studio più ampio è stato condotto nelle Marche nel 2004 (Studio MAPPING), su un campione di 4000 soggetti di età ≥ 18 anni. La prevalenza delle malattie muscoloscheletriche nella popolazione adulta è risultata del 26,7%, con rapporto maschi:femmine di 1:1,6 e significativamente più elevata tra le persone più anziane. La forma morbosa più comune era rappresentata dall'artrosi periferica (prevalenza 8,95%), seguita dai disordini dei tessuti molli (8,81%), lombalgia (5,91%) e malattie reumatiche infiammatorie (3,06%).

Riguardo all'incidenza, uno studio condotto nel 2006 ha valutato i nuovi casi di artrite reumatoide su un campione di 32.521 adulti residenti nella provincia di Firenze. Il tasso di incidenza con i rispettivi intervalli di confidenza del 95% è risultato pari a 0,98‰ (0,64-1,32‰). In particolare 1,42‰ (0,85-1,99‰) per le donne e 0,51‰ (0,16-0,87‰) per gli uomini. L'età media era di $47,7 \pm 10,5$ anni per le donne e di $54,9 \pm 10,3$ anni per gli uomini.

I dati nazionali Istat relativi al 2008 confermano l'aumento di prevalenza delle principali malattie reumatiche (artrite/artrosi, osteoporosi) in rapporto all'età, indipendentemente dal sesso (Tabella 1). La distribuzione regionale evidenzia una prevalenza più elevata in Liguria, presumibilmente da correlare all'età più avanzata della popolazione ligure. Frequenze rilevanti si registrano comunque anche in Regioni con struttura per età più giovane (es. Basilicata, Puglia, Sardegna, Calabria)

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 1 – Popolazione residente per malattia cronica dichiarata, classe di età, sesso (per 100 persone della stessa classe di età e sesso) – Anno 2008

	Artrosi, artrite			Osteoporosi		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-14	0,2	0,1	0,2	-	-	-
15-17	0,4	-	0,2	-	-	-
18-19	0,8	0,4	0,6	0,6	-	0,3
20-24	0,5	0,7	0,6	-	-	-
25-34	1,3	2,3	1,8	0,1	0,4	0,3
35-44	4,9	8,3	6,6	0,1	1,0	0,6
45-54	11,9	21,3	16,8	0,7	5,8	3,3
55-59	21,5	33,7	27,7	1,4	16,5	9,1
60-64	25,7	40,5	33,1	3,4	26,6	15,0
65-74	35,9	55,0	46,2	5,5	34,3	21,1
75 e oltre	51,5	67,6	61,5	11,4	45,9	32,8
Totale	13,0	22,7	17,9	1,8	12,5	7,3

FONTE: Istat.

Tabella 2 – Popolazione residente per malattia cronica dichiarata e Regione (per 100 persone della stessa zona) – Anno 2008

	Artrosi, artrite	Osteoporosi
Piemonte	17,7	5,7
Valle d'Aosta	18,3	6,2
Lombardia	14,6	6,6
Trentino Alto Adige	12,1	3,8
Veneto	15,9	5,6
Friuli Venezia Giulia	18,8	6,1
Liguria	21,8	9,2
Emilia Romagna	19,9	6,2
Toscana	18,0	7,7
Umbria	21,2	8,1
Marche	21,8	7,9
Lazio	17,5	8,3
Abruzzo	20,1	8,1
Molise	20,1	6,3
Campania	17,8	7,9
Puglia	1,09	8,7
Basilicata	24,7	10,2
Calabria	21,1	7,4
Sicilia	19,2	8,4
Sardegna	20,5	8,6
ITALIA	17,9	7,3
Nord	16,7	6,2
Centro	18,5	8,0
Mezzogiorno	19,3	8,2

FONTE: Istat.

(Tabella 2). Le differenze geografiche riscontrate suggeriscono che alcune aree del Paese necessitano di interventi rivolti a semplici correzioni degli stili di vita nelle diverse età, anche in quelle avanzate. L'adozione di idonee stra-

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 3 – Interventi di sostituzione protesica per regione di appartenenza dell'ospedale e per tipo di intervento (Anno 2005) e incremento medio annuo (2001-2005)

Regione di appartenenza dell'ospedale		Anca				Ginocchio		
		ICD9-CM				ICD9-CM		
		81.51	81.52	81.53	Totale	81.54	81.55	Totale
010	Piemonte	5.414	2.119	490	8.023	3.634	135	3.769
020	Valle d'Aosta	75	52	9	136	22	3	25
030	Lombardia	11.292	4.459	1.533	17.284	8.540	636	9.176
041	P.A. Bolzano	725	201	105	1.031	426	16	442
042	P.A. Trento	396	204	26	626	200	2	202
050	Veneto	6.479	1.745	757	8.981	4.467	202	4.669
060	Friuli Venezia Giulia	1.560	809	179	2.548	1.233	60	1.293
070	Liguria	2.142	776	201	3.119	1.216	89	1.305
080	Emilia Romagna	6.028	2.393	889	9.310	4.592	347	4.939
090	Toscana	4.595	1.600	668	6.863	3.996	267	4.263
100	Umbria	1.015	386	101	1.502	1.140	49	1.189
110	Marche	1.352	658	153	2.163	1.338	59	1.397
120	Lazio	4.803	1.733	610	7.146	3.327	186	3.513
130	Abruzzo	1.466	514	138	2.118	1.427	42	1.469
140	Molise	212	206	27	445	131	3	134
150	Campania	3.117	1.296	367	4.780	2.509	104	2.613
160	Puglia	2.368	1.426	377	4.171	2.248	92	2.340
170	Basilicata	296	129	32	457	136	9	145
180	Calabria	763	439	81	1.283	798	46	844
190	Sicilia	2.255	1.675	278	4.208	2.946	143	3.089
200	Sardegna	702	423	104	1.229	723	35	758
	TOTALE	57.055	23.243	7.125	87.423	45.049	2.525	47.574

Fonte dati: Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali - Database SDO - Elaborazione Istituto Superiore di Sanità.

ategie di prevenzione potrebbe contribuire a ridurre sia i tassi di ospedalizzazione sia i costi per la cura e la riabilitazione. In mancanza di una adeguata prevenzione, la prevalenza di queste patologie è destinata ad aumentare, dato il progressivo invecchiamento della popolazione italiana. Inoltre, occorre investire sulla riduzione delle disparità territoriali nell'accesso a percorsi diagnostici e terapeutici appropriati.

Chirurgia protesica

Un argomento su cui approfondire l'analisi, nell'ambito delle malattie osteoarticolari, è quello della chirurgia protesica. Infatti, attualmente, l'intervento di sostituzione protesica artico-

lare costituisce una soluzione sempre più diffusa nel caso di patologie invalidanti quali, per esempio, l'artrosi e l'artrite reumatoide, e nel trattamento delle fratture del collo del femore. I pazienti che si sottopongono a questo tipo di intervento traggono generalmente benefici, in quanto risolvono la sintomatologia dolorosa, migliorano la qualità della vita e recuperano l'autonomia di movimento.

Nel 2005 sono stati eseguiti poco meno di 140.000 interventi di sostituzione protesica: circa il 63% sono sostituzioni protesiche dell'anca, il 34% del ginocchio, il 2% della spalla e il restante 1% riguarda le articolazioni minori. Nel corso del quinquennio esaminato, si è notato un incremento nel

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Spalla			Altre articolazioni							Totale	
ICD9-CM			ICD9-CM								
81.80	81.81	Totale	81.56	81.57	81.59	81.73	81.84	81.97	Totale		
156	69	225	28	22	16	1	7	2	76	12.093	
6	1	7	-	-	-	-	3	1	4	172	
303	285	588	31	82	53	27	34	29	256	27.304	
10	6	16	3	2	3	-	1	-	9	1.498	
3	5	8	-	13	-	-	-	-	13	849	
171	115	286	21	82	20	14	31	10	178	14.114	
38	40	78	1	13	1	1	14	3	33	3.952	
31	12	43	11	13	9	9	9	1	52	4.519	
162	135	297	22	248	19	1	60	15	365	14.911	
195	95	290	10	22	20	2	23	7	84	11.500	
16	5	21	7	1	1	-	1	1	11	2.723	
46	22	68	8	3	5	-	2	3	21	3.649	
128	85	213	20	60	465	5	31	9	590	11.462	
17	7	24	3	6	54	1	-	-	64	3.675	
5	2	7	-	-	-	-	-	-	-	586	
66	24	90	5	22	19	-	13	6	65	7.548	
31	62	93	6	19	5	1	12	2	45	6.649	
13	1	14	-	-	-	-	-	-	-	616	
6	13	19	-	6	3	-	2	4	15	2.161	
48	61	109	2	16	6	1	11	1	37	7.443	
13	13	26	-	-	1	-	-	-	1	2.014	
1.464	1.058	2.522	178	630	700	63	254	94	1.919	139.438	

numero degli interventi dovuto, da una parte, all'aumento dell'aspettativa di vita e alla stretta correlazione che esiste tra l'insorgenza delle patologie articolari e l'avanzare dell'età, dall'altra, ai continui miglioramenti della tecnica chirurgica e delle caratteristiche dei dispositivi impiantati, che permettono di effettuare interventi su pazienti sempre più giovani. Tale tendenza è particolarmente rilevante per gli interventi sul ginocchio, che, durante i cinque anni presi in esame, sono quasi raddoppiati con un incremento medio annuo pari a circa il 13%, a fronte del 4% registrato per gli interventi sull'anca.

In generale, si osserva che sono le strutture del Nord Italia ad effettuare

la maggior parte degli interventi (57%), seguite da quelle del Centro (21%) e da quelle del Sud e Isole (22%). In particolare, circa il 20% di tutti gli interventi di sostituzione protesica sono effettuati in strutture della Lombardia, seguiti dall'Emilia-Romagna (11%) e dal Veneto con circa il 10% (Tabella 3).

Osservando i dati relativi al 2005, si nota che le donne che si sottopongono ad un intervento di sostituzione protesica sono in numero nettamente maggiore degli uomini (70%). Anche l'età delle donne è sempre superiore a quella degli uomini (circa 70 anni per le donne e 65 per gli uomini, per gli interventi primari e di revisione; 82 e 80 anni, per gli interventi di sostituzione parziale di anca che

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 4 – Interventi di sostituzione protesica: distribuzione percentuale di genere ed età media per genere e per tipo di intervento – Anno 2005

ICD9-CM	Denominazione	Uomini	Donne	Uomini	Donne
		%		Età media	
Anca					
81.51	Sostituzione totale dell'anca	38	62	66	70
81.52	Sostituzione parziale dell'anca	23	77	80	82
81.53	Revisione di sostituzione dell'anca	34	66	69	72
Ginocchio					
81.54	Sostituzione totale del ginocchio	27	73	69	71
81.55	Revisione di sostituzione del ginocchio	25	75	67	71
Spalla					
81.80	Sostituzione totale della spalla	24	76	65	72
81.81	Sostituzione parziale della spalla	24	76	63	71
Altre articolazioni	Tibiotarsica, piede e alluce, polso, gomito	33	67	41	55

FONTI DATI: Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali - Database SDO - Elaborazione Istituto Superiore di Sanità.

vengono effettuati, nella maggior parte dei casi, su persone anziane che hanno subito la frattura del collo del femore) (Tabella 4). Il numero elevato e la forte tendenza all'aumento di interventi di artroplastica registrata negli ultimi anni in molti Paesi, nonché il notevole impatto che questa procedura esercita sulla spesa sanitaria (stimabile in Italia in circa 1,2% del FSN), hanno fatto emergere l'esigenza di disporre di strumenti, quali i registri, per monitorare l'utilizzo dei dispositivi protesici. Per tale motivo, dal 2006, il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali (Direzione Generale Farmaci e Dispositivi Medici) ha finanziato una serie di studi, coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità, mirati alla progettazione del Registro Nazionale degli interventi di Protesi d'Anca. È stata definita la modalità di raccolta dati, basata sull'utilizzo dei flussi informativi correnti (SDO), integrati da un set di variabili aggiuntive

riguardanti intervento, dispositivo e caratteristiche del paziente. Al momento tre Regioni hanno già istituito un registro regionale (Lombardia, Emilia Romagna, Puglia) e si stanno arruolando altre sei regioni (Piemonte, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Toscana, Marche e Basilicata) che nel corso del 2009 avvieranno la sperimentazione.

Da un'analisi della mobilità interregionale per la chirurgia protesica dell'anca di primo impianto, emerge che, sebbene le strutture in grado di erogare prestazioni con un buon livello di qualità siano ben distribuite sul territorio, il fenomeno della mobilità interregionale è consistente e presenta un gradiente Sud-Nord. Si tratta presumibilmente di mobilità in parte evitabile attraverso politiche volte all'ottimizzazione delle risorse ed al potenziamento delle strutture centro-meridionali, nonché promuovendo una corretta informazione ai cittadini sulla presenza, sul proprio ter-

ritorio, di strutture sanitarie in grado di offrire elevati standard qualitativi.

2.5.3 Valutazione critica

Le malattie reumatiche ed osteoarticolari rappresentano una delle più frequenti patologie causa di disabilità e con notevole impatto sugli individui, le loro famiglie e sul sistema sociosanitario. La loro frequenza è destinata a crescere nei prossimi decenni, in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione.

Sebbene non sia nota l'esatta patogenesi per la maggior parte delle malattie reumatiche, vi è evidenza che la prevenzione esercitata sui principali determinanti di salute (obesità, inattività fisica, fumo, eccesso di alcol e traumi) possa evitare l'insorgenza o ritardare la progressione di diverse patologie reumatiche, prima fra tutte l'artrosi. Ad esempio, uno studio epidemiologico sulla popolazione ha dimostrato che agendo sul fattore di rischio obesità, si riduce la probabilità di essere colpiti dall'artrosi del ginocchio e, conseguentemente, si riducono sia la velocità di progressione della malattia che i dolori articolari, e migliora la capacità funzionale dell'articolazione nei pazienti affetti da artrosi degli arti inferiori.

È noto che queste patologie sono gravate dal pregiudizio di essere considerate come inevitabili conseguenze dell'età o incurabili, pertanto appare opportuno potenziare l'informazione sanitaria alla popolazione, con interventi finalizzati a diffondere la conoscenza dei sintomi e dei segni della malattia, nonché ad indirizzare i pazienti verso la figura professionale competente a porre la diagnosi e ad instaurare precocemente la terapia idonea. Una ricerca effettuata nel 2008 da CSD (Cegedim Strategic Data), per conto della Società Italiana di Reumatologia (SIR) e dell'Associazione Nazionale Malati Reumatici, sul grado di conoscenza degli italiani in

tema di malattie reumatiche, ha evidenziato una mancanza di informazione sulle caratteristiche e sulle cause di queste patologie, sul professionista sanitario d'elezione cui i pazienti dovrebbero fare riferimento per la diagnosi e la cura, ed anche sul termine stesso di "malattie reumatiche".

È opportuno altresì programmare corsi di aggiornamento specifici, rivolti, in particolare, ai medici di medicina generale. L'obiettivo di una diagnosi sempre più tempestiva deve infatti essere attivamente perseguito attraverso una più estesa informazione rivolta sia ai pazienti che ai medici di medicina generale, con il sostegno da parte delle ASL di ambulatori per le "early arthritis". La diagnosi tempestiva, unitamente ad una appropriata scelta terapeutica e ad una rigorosa valutazione della risposta alle terapie, sono di primaria importanza nel ritardare notevolmente il decorso della patologia e contribuiscono a migliorare sensibilmente la qualità della vita dei pazienti, spesso invece compromessi da una diagnosi tardiva della malattia. Ciò è particolarmente vero per le artropatie infiammatorie in cui il danno strutturale (erosione dell'osso), si verifica già a partire dal primo anno di malattia. A questo proposito, il Rapporto sociale sull'Artrite Reumatoide realizzato dal Censis nel 2008, insieme alla Società Italiana di Reumatologia e all'Associazione Nazionale Malati Reumatici, ha evidenziato che il percorso che i malati debbono affrontare per ottenere una diagnosi certa di artrite si rivela spesso lungo e tortuoso. In base al rapporto, per avere una diagnosi di artrite reumatoide sono necessari una media di 11,7 mesi; fino a 18,1 mesi se la prima diagnosi è effettuata da uno specialista non reumatologo; 2 anni e oltre (24,2 mesi) per avere una conferma di diagnosi da un reumatologo dopo aver consultato un altro specialista.

Per quanto attiene alla terapia delle malattie reumatiche ed osteoarticolari,

questa è principalmente basata sui farmaci. Le acquisizioni sui meccanismi fisiopatologici delle artropatie infiammatorie croniche (artrite reumatoide, artrite psoriasica, spondilite anchilosante ed artriti “enteropatiche”), hanno permesso di mettere a punto farmaci, cosiddetti biologici, in quanto ottenuti mediante processi biotecnologici, selettivamente mirati ai meccanismi patogenetici, che hanno manifestato una rapida e marcata efficacia nel ridurre l’attività di malattia, specie se somministrati in associazione al methotrexate. Queste nuove terapie, inoltre, sono efficaci non solo nel migliorare i sintomi ed i segni di malattia, ma soprattutto nel rallentare o arrestare la progressione del danno strutturale, preservando la capacità funzionale e migliorando la qualità della vita. Tuttavia, il rapporto Censis 2008 ha mostrato che solo il 7,4% dei pazienti affetti da queste patologie è in trattamento con farmaci biologici. Nondimeno, gli agenti biologici non sono privi di tossicità. In particolare, vi sono evidenze di un aumento di incidenza delle infezioni e di un possibile aumento di rischio di neoplasie. L’aumentato utilizzo di questi farmaci ha, peraltro, comportato la segnalazione di un ampio spettro di eventi avversi (es.: vasculiti, malattie demielinizzanti, anemia aplastica, ecc.) per monitorare i quali il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali - Dipartimento per la Valutazione dei Medicinali e la Farmacovigilanza - e la Società Italiana di Reumatologia in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità, hanno avviato nel maggio 2001 uno studio osservazionale, denominato ANTARES (Anti TNFalfa nell’Artrite Reumatoide Severa). Questo studio ha permesso di definire le linee guida per l’accesso al trattamento con farmaci biologici e per il follow-up. L’analisi dei 3.902 casi raccolti nell’arco dei 3 anni di svolgimento del progetto ha confermato l’efficacia degli anti-TNF oggetto di studio (eta-

nercept ed infliximab) nella reale pratica clinica, con un profilo di sicurezza sovrapponibile a quanto emerso dalle sperimentazioni cliniche controllate. Sulla base dei risultati dello studio ANTARES, la Società Italiana di Reumatologia, finanziata dall’AIFA nell’ambito della ricerca indipendente sui farmaci, ha realizzato nel corso del 2007 un network informatizzato (MonitorNet), unendo in rete tutti i centri di reumatologia disponibili (finora 43), al fine di realizzare una collaborazione permanente tra le strutture reumatologiche italiane. La collaborazione è finalizzata al monitoraggio del profilo rischio/beneficio dei farmaci biologici attraverso la condivisione a distanza dei dati epidemiologici e clinici. A fine 2008, i casi inseriti nel database superavano i 3.000. Nessun elemento di allarme è finora emerso dall’analisi dei dati, mentre si conferma in generale l’elevata efficacia clinica. È tuttavia evidente che sia l’attività di farmacovigilanza sia la valutazione dell’efficacia devono proseguire per monitorare il profilo rischio/beneficio nel lungo termine, rispondendo all’esigenza di costituire duraturi sistemi di sorveglianza.

Nuove possibilità terapeutiche potranno essere offerte in futuro dalla farmaco-genomica, cioè lo studio dei geni che regolano, per ciascun individuo, la risposta a un determinato farmaco e la comparsa di effetti collaterali. Ciò dovrebbe consentire, nel prossimo futuro, di confezionare una terapia su misura, scegliendo le cure più efficaci e meno tossiche per ciascun paziente sulla base delle proprie caratteristiche genetiche. In un arco di tempo più lungo, la prospettiva è quella di applicare in campo reumatologico tecnologie complesse come la terapia genica, o di sfruttare in modo innovativo le proprietà terapeutiche delle cellule staminali. Va tuttavia ribadito che già oggi, nella stragrande maggioranza dei casi, grazie a un corretto impiego delle terapie disponibili, è possibile non avere

dolore, svolgere una normale attività e mantenere una più che accettabile qualità di vita.

2.5.4 Indicazioni per la programmazione

I dati sopra illustrati evidenziano che queste patologie, a tutt'oggi, non ricevono una adeguata attenzione né sul piano sociale, né su quello dell'offerta dei servizi assistenziali, ed inoltre necessitano di strategie capaci di prevenire l'insorgenza e la progressione delle malattie osteo-articolari, le disabilità, le sofferenze, attraverso programmi di formazione e pianificazione dei percorsi assistenziali.

Per combattere efficacemente sia la frequenza delle malattie reumatiche che i costi ad esse correlati, appare prioritario mettere in atto strategie di intervento a diversi livelli, quali: aumentare l'informazione alla popolazione ed ai medici; investire nella prevenzione primaria, mediante la diffusione di interventi di contrasto alla sedentarietà e di promozione di stili di vita attivi; favorire la diagnosi precoce; garantire l'accesso alle cure; mantenere costante la sorveglianza.

Per una migliore gestione della malattia e un rapido accesso alle tera-

pie efficaci, sarebbe inoltre necessario programmare una più numerosa presenza di ambulatori di reumatologia sul territorio, in grado di garantire una diagnosi realmente precoce (entro 3-6 mesi dall'esordio dei sintomi). Ciò può migliorare significativamente la prognosi, evitando ritardi nella diagnosi che comportano danni funzionali irreparabili, e favorire l'accesso a terapie più efficaci (es. farmaci biologici) per un numero più ampio di pazienti.

Bibliografia essenziale

- Baglio G, Sera F, Cardo S, et al. The validity of hospital administrative data for outcome measurement after hip replacement. *Italian Journal of Public Health* 2009;6(2):114-27.
- Benucci M, Cammelli E, Manfredi M, et al. Associazione Medici-Scandicci. Early rheumatoid arthritis in Italy: study of incidence based on a two-level strategy in a sub-area of Florence (Scandicci-Le Signe). *Rheumatol Int.* 2008;28:777-81.
- Romanini E, Torre M, Manno V et al. Chirurgia protesica dell'anca: la mobilità interregionale. *G.I.O.T.* 2008; 34:129-134.
- Sfriso P, Salaffi F, Bombardieri S, et al. Profilo rischio-beneficio dei farmaci biologici nella pratica reumatologica. *Da ANTARES a MonitorNet. Reumatismo.* 2008;60(2):77-84.
- Torre M. Progetto per l'istituzione di un registro nazionale degli interventi di protesi di anca. Roma, ISS, 2005 (Rapporti ISTISAN 05/18).

2.6 Malattie del sistema nervoso

2.6.1 Introduzione

I dati OMS indicano che circa il 50% della disabilità mondiale è dovuta a malattie del Sistema Nervoso. In Europa il peso delle malattie del Sistema Nervoso appare pari al 35%, con un costo per anno di 386 bilioni di Euro.

L'incidenza e la prevalenza delle malattie del sistema nervoso che richiedono l'intervento dello specialista

neurologo, nell'ambito generale di tutte le malattie, sono rispettivamente del 2,5% all'anno e del 10%. A questi numeri vanno aggiunte quelle situazioni di malattia del sistema nervoso che non arrivano – per qualsiasi ragione – allo specialista neurologo, come ad es. le cefalee (solamente il 20% delle emicranie ed il 10% delle cefalee tensive raggiungono lo specialista neurologo), le demenze (trattate dallo specialista psichiatra o dal geriatra), il low-back-

pain (che rappresenta la maggiore causa di assenza dal posto di lavoro nel mondo occidentale) ed altre ancora: il valore di incidenza e di prevalenza è verosimilmente oltre il doppio.

Questo significa che un MMG che segue 1.000 pazienti può aspettarsi di avere circa 50 nuovi pazienti neurologici all'anno, e circa 200 pazienti affetti da malattie del sistema nervoso.

2.6.2 Rappresentazione dei dati

Le malattie neurologiche più "pesanti" dal punto di vista epidemiologico, sono:

- a) Cefalee ed algie cranio-facciali
- b) Vasculopatie cerebrali e spinali
- c) Epilessia
- d) Malattie della Mieline (Sclerosi Multipla, etc.)

Non verranno esaminati, per motivi di spazio, malattie importanti per prevalenza e incidenza, quali: Disturbi del Sonno, Tumori Cerebrali, Malattie Extrapiramidali (che colpiscono, in Italia, oltre il 2% della popolazione sopra i 75 anni).

a) *Le Cefalee*

Il termine "cefalea" racchiude in sé una serie di forme, caratterizzate da dolore localizzato alle strutture cranio-facciali ed al collo, suddivise in c. "primarie", le più numerose, apparentemente senza causa organica, e in c. "secondarie" ad altre condizioni patologiche, spesso gravi.

La diagnosi delle diverse forme di cefalea si fonda sui criteri ICDH-II del 2004 della International Headache Society (IHS), accettati a livello mondiale.

Benché la cefalea costituisca uno dei motivi di maggior consultazione del medico, e sia la causa più frequente di accesso ad un Pronto Soccorso ospedaliero, è stato calcolato che solo una minoranza di "cefalgici" si rivolge al proprio medico per cercare aiuto, e solo il 16% consulta uno specialista. È

anche per tale motivo che i dati di prevalenza per le diverse forme di cefalea riportati dalla letteratura sono variabili e, verosimilmente, sottostimano il problema.

Epidemiologia

La cefalea può essere considerata una malattia di genere, in quanto il rapporto uomo: donna è di 1:3, soprattutto se si considera specificatamente l'emicrania.

La prevalenza varia nel corso della vita in relazione soprattutto a fattori ormonali, con un aumento della prevalenza nel sesso femminile rispetto al sesso maschile nel periodo che va dalla pubertà alla menopausa.

La percentuale della popolazione adulta, che presenta una qualsiasi forma di cefalea, è del 46%, dell'11% per l'emicrania, del 42% per la cefalea di tipo tensivo e del 3% per la cefalea cronica quotidiana. Questi dati porterebbero le "cefalee" tra le 10 forme di condizioni più disabilitanti per entrambi i sessi e tra le 5 forme più disabilitanti se si considera il solo sesso femminile.

In uno studio di popolazione tra i 40 ed i 79 anni del Nord Italia la prevalenza di tutte le forme di cefalea primaria e di algie cranio-facciali è rispettivamente del 51,7 e 1,6%. Considerando un range di età compreso tra i 55 ed i 94 anni, la prevalenza della cefalea primaria è del 40,5% e si associa ad una significativa compromissione della qualità di vita.

Tra le diverse forme di cefalea, quella che presenta non solo un'alta prevalenza ma anche un alto impatto sociale è l'emicrania, con esordio in età infanto-giovanile, caratterizzata da un dolore moderato-severo associato a nausea, talora vomito, fono e fotofobia, tali da compromettere in maniera rilevante l'efficienza del soggetto, spesso giovane, e la sua qualità di vita proprio nella fase in cui è massima l'attività produttiva, sociale e familiare.

Nei paesi occidentali viene riportata