Considerando la vaccinazione, è indubbio che essa sia, dopo la potabilizzazione dell'acqua, il più importante ed efficace intervento di prevenzione, testimoniato sia dai risultati raggiunti nella lotta alle malattie infettive che dai nuovi traguardi che si prospettano anche in altri ambiti (prevenzione di malattie cronico-degenerative, quali i tumori).

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ogni anno molti milioni di bambini vivono, salvati da una morte certa, grazie alle vaccinazioni, e non solo nei Paesi in via di sviluppo.

La vaccinazione non è il solo modo per prevenire l'insorgenza di malattie infettive ma è, certamente, il più efficace ed il più innocuo: se confrontato, per esempio, con l'immunoprofilassi passiva, essa comporta meno rischi, dalle reazioni allergiche allo shock anafilattico, fino alla possibile trasmissione di altri agenti infettivi, ancora sconosciuti o per i quali non si dispone, ancora, di test diagnostici affidabili.

Non da ultimo, le analisi economiche hanno evidenziato come, in molti casi, le vaccinazioni presentino un rapporto rischio-beneficio e costobeneficio favorevole.

Non è superfluo rammentare che proprio grazie ad interventi di vaccinazione di massa è stato possibile raggiungere l'obiettivo della eradicazione globale del vaiolo e, in anni recenti, della eradicazione della poliomielite dalle Regioni delle Americhe, del Pacifico Occidentale ed Europea, secondo la divisione geografica dell'OMS.

In Italia, grazie agli interventi vaccinali di massa, sono stati ottenuti ottimi risultati anche in termini di controllo di alcune malattie infettive: il tetano colpisce esclusivamente anziani non vaccinati, mentre non si registrano più casi di questa malattia in bambini e ragazzi; la morbosità per epatite virale B è in continuo declino, in

misura più accentuata nelle classi di età più giovani, target della vaccinazione obbligatoria, dal 1991; l'incidenza di tutte le malattie per le quali esistono vaccini sicuri ed efficaci, per i quali sia previsto l'obbligo per legge o la raccomandazione su base nazionale, mostrano un trend in continua discesa.

La finalità delle vaccinazioni di massa, come già detto, è, pertanto, sia proteggere il singolo individuo da un rischio specifico, sia proteggere e promuovere la salute pubblica, interrompendo la catena di trasmissione interumana del microrganismo patogeno che ne è responsabile: tale obiettivo è realizzabile solo vaccinando il maggior numero possibile di soggetti recettivi.

La più importante sfida di oggi è, pertanto, ancora, quella di garantire, ai massimi livelli possibili, equità nel diritto alla prevenzione vaccinale che, si ribadisce, deve essere intesa come interesse tanto del singolo quanto della comunità.

Questo diritto alla prevenzione vaccinale, nella prospettiva di garantire la massima protezione possibile, deve riguardare tutti i vaccini sicuri ed efficaci oggi disponibili, dopo una valutazione per l'opportunità di offerta di massa, per l'equità di accesso ad essi.

Inoltre, è in atto un radicale cambiamento nella società della cultura della prevenzione, teso al corretto uso delle risorse destinate e vincolate alla prevenzione ed alla costruzione di un nuovo sistema relazionale (alleanza) medico-paziente, che sia caratterizzato da una partecipazione consapevole alla prestazione, non più imposta, ma deliberatamente scelta e motivata da una accurata informazione.

Risulta evidente che per raggiungere obiettivi di successo nelle vaccinazioni bisogna condurre un gioco di squadra in cui sono coinvolti pediatri, igienisti, operatori di Sanità Pubblica, medici di medicina generale, specialisti, etc.

L'imprescindibilità di sinergie ed alleanze dipende dal fatto, già ribadito, che l'intervento vaccinale serve a proteggere sia il singolo individuo sia la comunità, attraverso l'interruzione della catena di trasmissione interumana.

Con la modifica del titolo V della Costituzione, la tutela della salute è stata individuata quale materia di legislazione concorrente, per la quale la proprietà legislativa spetta alle Regioni, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

È importante che l'autonomia regionale nell'organizzazione e nelle modalità di offerta vaccinale, che trova le sue radici nella differenziazione dei servizi sanitari e della contrattazione con gli operatori sanitari, non arrivi a minare, in alcun modo, l'omogeneo diritto di tutti alle vaccinazioni né l'offerta attiva dei vaccini.

Altro punto cardinale per il controllo delle malattie infettive è la loro sorveglianza.

In Italia, la sorveglianza delle malattie infettive è basata sul Sistema di notifica obbligatorio che, in base al decreto del 1990, prevede la segnalazione obbligatoria, da parte dei medici, dei casi di malattie elencate nel decreto stesso.

Per la natura stessa della patologia infettiva, è evidente che una efficace sorveglianza non può limitarsi all'ambito regionale o nazionale. Il Ministero, pertanto, ha messo a punto un progetto che prevede la creazione di una piattaforma informativa via web in cui far confluire il sistema routinario di notifica, i sistemi speciali di sorveglianza e il sistema di sorveglianza delle zoonosi, per recepire le direttive europee sulla costruzione di una rete di sorveglianza comunitaria finalizzata al controllo epidemiologico delle malattie trasmissibili, e per l'istituzione di un sistema di allarme rapido mediante il quale vengono scambiate informazioni su eventi che possono richiedere provvedimenti urgenti per la tutela della salute pubblica.

Tale piattaforma informativa è stata sperimentata nelle Regioni Toscana, Piemonte e Calabria, e sarà implementata sul tutto il territorio.

Il nuovo sistema sarà basato sull'inserimento/trasmissione della notifica in ambiente web, secondo diversi livelli gestionali (ASL, Regione, Livello Nazionale) e permetterà di migliorare la raccolta e la gestione dei dati di sorveglianza delle malattie trasmissibili. Esso permetterà di raccogliere dati per tutte le malattie trasmissibili che generano un'allerta in sanità pubblica e comprenderà, come già detto, anche le sorveglianze, attualmente considerate "speciali", per la raccolta tempestiva e dettagliata di informazioni su specifiche patologie, emergenti e/o prevenibili con vaccino, al fine di intraprendere azioni basate sulle evidenze e per favorire la trasmissione di informazioni utili agli operatori sanitari e alla popolazione, oltre che alle reti internaziona-

Il monitoraggio dell'incidenza delle malattie infettive è disciplinato in Italia fin dal 1934 (art. 254 TULLSS) e anche i programmi vaccinali trovano, nel nostro Paese, radici lontane. Si pensi alla Legge 891/39, sull'obbligatorietà della vaccinazione antidifterica, o alla Legge 695/59, per rendere integrale la vaccinazione antipoliomielitica, solo per citarne alcune.

Ad oggi molti passi avanti sono stati fatti in ambito tecnologico e scientifico a riguardo, ma non sarebbe stato possibile raggiungere i livelli di prevenzione attuale se la relazione tra operatori sanitari ed utenti non si fosse ugualmente evoluta, in un processo che continua ancora oggi.

La formazione continua delle figure sanitarie è stato uno degli elementi qualificanti delle prestazioni preventive e la formazione condivisa tra operatori di differenti discipline mediche ha favorito la costruzione di una cultura e linguaggio comuni, in altri tempi impensabile.

E di pari passo con la trasformazione dei costumi e la percezione di bisogni di salute della popolazione, è cambiato anche il linguaggio comunicativo e gli strumenti e modalità della comunicazione stessa da parte degli operatori.

Come è sperimentabile ormai quotidianamente, anche per la prevenzione delle malattie infettive, la formazione, l'informazione e la comunicazione rappresentano strumenti correnti per l'analisi, la programmazione, la gestione del rischio e la risposta alle minacce che tali patologie, a diversi livelli, rappresentano per la salute collettiva.

# 1.8 Prevenzione in oncologia

Secondo l'Associazione dei Registri Tumori, per l'Italia si stimano 162.756 nuovi casi/anno di tumori diagnosticati fra i maschi e 129.247 fra le femmine (escludendo i tumori cutanei non melanomatosi); per quanto riguarda la mortalità, nel 2002 si sono verificati 89.561 decessi per tumore fra i maschi e 66.471 fra le femmine. Il rischio di avere una diagnosi di tumore nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 374,4‰ fra i maschi (1 caso ogni 3 uomini) e di 272,9% fra le femmine (1 caso ogni 4 donne). Nel loro complesso i tumori sono una patologia dell'età adultoavanzata, infatti il rischio di ammalarsi o di morire quasi raddoppia considerando anche la decade d'età successiva (0-84 anni). Il rischio di morire per tumore nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 165,2‰ fra i maschi (1 decesso ogni 6 uomini) e di 89,7‰ per le donne (1 decesso ogni 11 donne). I tassi di incidenza per tutti i tumori variano molto nel nostro Paese, con i valori più bassi generalmente nel Meridione. Il rapporto fra i tassi delle aree a incidenza più elevata e quelli delle aree a minore incidenza è circa 1,5.

Per quanto riguarda gli andamenti nel tempo, l'incidenza per tutti i tumori nel loro complesso è in crescita in entrambi i sessi, mentre la mortalità è in diminuzione sia nei maschi sia nelle femmine.

L'Italia, in accordo con le Direttive Comunitarie, è da anni impegnata aridurre il burden del cancro con la ricerca, con la prevenzione, con il miglioramento della cura e dell'assistenza. Per quanto attiene alla prevenzione, essa riguarda due ambiti principali: la prevenzione primaria e la secondaria.

## 1.8.1 Prevenzione primaria

L'obiettivo di ridurre l'incidenza dei tumori riguarda l'attuazione di interventi di prevenzione primaria, che siano efficaci contro determinanti che possono essere caratteristici della popolazione e/o di suoi sottogruppi e/o degli individui.

Appare evidente come molti determinanti di salute sono fuori dal controllo del Sistema Sanitario. E, tra questi, rischi molto rilevanti per l'insorgere di tumori, come: abitudine al fumo e all'alcol, alimentazione non salutare, scarsa attività fisica. Il carico complessivo di patologie derivanti da questi determinanti è assolutamente rilevante e cruciale per la sostenibilità del sistema di welfare (determinano oltre l'80% dei decessi e assorbono il 70-80% delle risorse sanitarie).

Pertanto, una risposta cruciale consiste nell'attuazione di politiche intersettoriali per la salute, di collaborazione tra il settore salute e gli altri settori della società, sia pubblici sia privati, con l'intenzione di facilitare, direttamente o indirettamente, l'assunzione di corretti stili di vita da parte della popolazione. Gli interlocutori principali sono la scuola, il mondo della produ-

zione (in particolare, quello degli alimenti), i trasporti, l'urbanistica, il lavoro. Si tratta in generale di proseguire sulla strada indicata dalla UE il 18 dicembre 2007 nel documento "La salute in tutte le politiche" e definita nel Programma di Governo "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM del 4 maggio 2007).

Gli obiettivi di salute da conseguire con interventi in questa strategia intersettoriale riguardano:

#### Fumo di tabacco

È il principale fattore di rischio oncogeno per l'uomo. In Italia si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Il tabacco è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, non solo oncologiche. Negli uomini il fumo è responsabile del 91% di tutte le morti per cancro al polmone e nelle donne del 55% dei casi, per un totale di circa 30.000 morti l'anno; nel corso degli ultimi vent'anni in Italia, mentre si è registrata una diminuzione, sia per incidenza che per mortalità, per cancro al polmone per gli uomini (mortalità: -2,6%), un trend opposto si è osservato per le donne, con un'accelerazione dal 1990 per le più giovani (mortalità: +1%). Le azioni di contrasto al tabagismo sono molteplici e si dividono in grandi gruppi:

- impedire o ritardare l'inizio;
- favorire la disassuefazione;
- eliminare o ridurre l'esposizione al fumo passivo.

Tutte le azioni possono essere mirate a diversi "target", tra i quali i principali sono: i giovani, le donne, gli adulti.

## Alimentazione e attività fisica

È stato stimato che circa il 30% di tutte le forme di tumore nei Paesi industrializzati è ricollegabile a fattori nutrizionali, collocando la dieta al secondo posto dopo il tabagismo fra le cause di cancro prevenibili. In Italia, 3-4 abitanti su 10 sono in sovrappeso o sono obesi. Il fenomeno non risparmia i bambini: la prevalenza media del sovrappeso e dell'obesità tra i bambini di 6-9 anni, tra le più alte in Europa, è del 34%. In accordo con il Codice europeo contro il cancro, le azioni preventive raccomandate sono:

- evitare l'obesità;
- fare ogni giorno attività fisica;
- mangiare ogni giorno almeno cinque porzioni di frutta e verdura e limitare il consumo di alimenti contenenti grassi di origine animale;
- moderare il consumo di alcolici (birra, vino o liquori) a due bicchieri al giorno per gli uomini e a uno per le donne.

#### Alcol

Il consumo di alcolici, specialmente se combinato con il fumo di tabacco, è un importante fattore di rischio per l'insorgenza di cancro di vie aeree, digerente, fegato e mammella. I consumatori sono circa l'85% tra i maschi ed il 65% tra le femmine. In Italia il consumo medio annuo pro capite è in calo dai primi anni '80 ed è in 20 anni più che dimezzato. Questi andamenti favorevoli devono essere mantenuti e superati, anche perché il livello di consumo medio pro-capite (pari a 10,5 litri nella popolazione al di sopra dei 15 anni) è ancora superiore a quello raccomandato dall'OMS per l'anno 2015 (Target 12 del Programma "Health 21/1999"), pari a 6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e a 0 litri per quella di età inferiore. Le persone con consumo oltre 2 unità alcoliche nelle donne e 3 unità alcoliche nei maschi (l'unità alcolica considerata dall'ISTAT corrisponde a un bicchiere piccolo -125 ml- di vino di media gradazione, o a una lattina di birra -330 ml- di media gradazione o a un bicchierino di superalcolico -40 ml) e che sono pertanto esposte a un consistente rischio di patologie alcolcorrelate, rappresentano nel 2005 secondo

l'ISTAT il 10,3% della popolazione maschile e il 2,2% della popolazione femminile al di sopra degli 11 anni.

## Agenti infettivi

Studi epidemiologici e biologici hanno confermato in via definitiva che agenti infettivi sono fra i fattori eziopatogenetici più rilevanti e specifici per tumori maligni, determinandone il 15-20% (26% nei paesi in via di sviluppo; 8% nei paesi sviluppati). Tra gli interventi di Sanità Pubblica tesi a prevenire l'insorgenza di tumori da infezioni, si segnala il programma di vaccinazione contro il Papilloma Virus (HPV), riconosciuto dall'International Agency for Research on Cancer (IARC) causa del cervicocarcinoma, concordato con le Regioni come programma di Sanità Pubblica incentrato sull'offerta attiva della vaccinazione alle ragazze dodicenni. Tutte le Regioni hanno attivato la vaccinazione mediante invito per la coorte delle nate nel 1997 e con metodologie differenziate per la coorte 1996.

## Ambienti di vita e di lavoro

Secondo l'OMS, l'ambiente, inteso sia in senso fisico che socioeconomico, è un fattore determinante per la salute umana; in particolare, dal punto di vista oncologico, sono da tenere in considerazione i seguenti elementi:

- inquinamento atmosferico;
- inquinamento del suolo e della catena alimentare;
- campi elettromagnetici;
- campi a radiofrequenza;
- amianto;
- inquinamento indoor;
- esposizione a sostanze chimiche;
- radiazioni ultraviolette;
- esposizione a cancerogeni nei luoghi di lavoro.

## Indicazioni per la programmazione

Poiché i determinanti dell'incidenza a livello di popolazione e della suscettibilità individuale sono interrelati, gli interventi contro di essi dovranno essere articolati su più piani ed efficientemente coordinati. Pertanto, le principali azioni sono articolate in:

- "azioni centrali di sistema": riguardano in primo luogo gli obiettivi il cui raggiungimento è legato alla responsabilità di governo nazionale ma anche, per il rispettivo ambito, a quelle di governo regionale nonché l'assunzione di responsabilità da parte dei principali soggetti sociali (associazioni industriali, sindacati, ecc.);
- "azioni affidate al Sistema Sanitario": riguardano gli obiettivi e le azioni attuate sotto responsabilità del Sistema Sanitario nelle sue dimensioni nazionali, regionali e locali e, quindi, sia per gli aspetti strutturali che di erogazione.

Gli obiettivi di salute ritenuti allo stato attuale delle conoscenze, supportati da evidenze di efficacia e/o sui quali siano state definite a livello internazionale delle politiche cui l'Italia ha aderito sono:

- combattere il fumo;
- promuovere alimentazione salubre e attività fisica;
- combattere l'uso dell'alcol;
- combattere gli agenti infettivi oncogeni;
- combattere l'esposizione ad oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro;
- sviluppo tecnologico.

Sono strumentali al raggiungimento di tali obiettivi e funzionali agli interventi da implementare le seguenti macroazioni:

- le politiche intersettoriali;
- la realizzazione di partnership;
- il coordinamento e la sinergia con la ricerca anche di base (aumento delle conoscenze sui determinanti).

# 1.8.2 Prevenzione secondaria (screening)

## Introduzione

La prevenzione secondaria dei tumori (screening) ha per obiettivo la

riduzione della mortalità causa specifica (talora anche dell'incidenza); è perseguita mediante interventi di sanità pubblica di popolazione o mediante un'attività di iniziativa dei professionisti negli ambiti di erogazione della medicina specialistica.

Un intervento di sanità pubblica si caratterizza sostanzialmente per essere:

- basato su valutazioni di efficacy (auspicabilmente: cost-efficacy);
- organizzato per profili di assistenza e quindi non soltanto delegato alla competenza/sensibilità/iniziativa tecnico-professionale;
- mirato all'equità e quindi basato sul coinvolgimento attivo della popolazione destinataria;
- dotato di un esplicito sistema informativo e di valutazione.

Tali interventi sono i "programmi organizzati di screening (PS)" e sono inclusi dal 2001 nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per quanto attiene ai tumori della mammella, cervice uterina e colon-retto, per i quali esistono prove di efficacy di interventi di popolazione.

Nel 2003 il Parlamento Europeo ha approvato una Risoluzione, proposta dalla Presidenza Italiana, per l'adozione dell'offerta attiva dello screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto.

Nel 2008 il "First Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening" ha evidenziato un generale positivo aumento di tali attività in Italia e ha ribadito l'importanza di proseguire nella loro implementazione. La programmazione italiana ha agito su due piani: l'inserimento della erogazione dei PS nel Piano Nazionale della Prevenzione e il sostegno alle infrastrutture regionali mediante i finanziamenti previsti dalla Legge 138/04 e dalla Legge 286/06.

## Rappresentazione dei dati

Riguardo ai tumori per i quali c'è prova di efficacia della prevenzione secondaria, secondo i dati dei Registri Tumori nel periodo 1998-2002:

- il tumore della mammella ha la più alta incidenza tra i tumori nel sesso femminile (24,9% del totale delle diagnosi tumorali) e la più alta mortalità (17,1% del totale dei decessi per neoplasia). Le stime per l'Italia indicano un totale di 36.634 nuovi casi diagnosticati nel nostro Paese, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 11.251 decessi per tumore della mammella femminile. L'incidenza risulta in crescita, mentre la mortalità è in riduzione;
- il tumore del colon è stata la quarta causa di morte tumorale sia fra gli uomini (7,3% di tutti i decessi tumorali) sia fra le donne (9,1%). Le stime per l'Italia indicano un totale di 20.457 casi di tumore colorettale fra i maschi e di 17.276 fra le femmine, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 6.618 decessi per tumore del colon fra i maschi e 5.981 fra le femmine. Si rileva una tendenza all'aumento dell'incidenza, mentre la mortalità è in riduzione in entrambi i sessi;
- il tumore della cervice uterina ha rappresentato l'1,6% di tutti i tumori diagnosticati tra le donne, mentre in termini di mortalità ha rappresentato lo 0,6% dei decessi neoplastici. È necessario ricordare che una quota rilevante di decessi sono definiti «utero non specificato» (2,6% di tutti i decessi oncologici) e che una parte di questi possono essere tumori della cervice uterina. Le stime per l'Italia indicano un totale di 3.418 nuovi casi diagnosticati ogni anno, con 370 decessi per tumore della cervice oltre a 1.756 decessi per tumore dell'utero non altrimenti specificato. Il rischio di avere una diagnosi di tumore della cervice uterina nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 6,2‰ (1 caso ogni 163 donne), mentre il rischio di morire è di

0,8‰. L'incidenza e la mortalità mostrano una tendenza alla riduzione nel corso del tempo. La riduzione dell'incidenza è a carico sostanzialmente delle forme squamocellulari, mentre gli adenocarcinomi hanno aumentato nel tempo la loro rilevanza; attualmente è diagnosticato un adenocarcinoma ogni quattro carcinomi squamosi.

Lo stato di avanzamento dei PS è routinariamente pubblicato nel "Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening" ed è riassunto nelle Tabelle 1, 2, 3. I dati di attività mostrano che il Paese è nel mezzo di un'importante estensione dei programmi di screening con (nel 2007): per la mammella, 2.209.900 invitate e

1.225.000 screenate; per la cervice, 3.055.353 invitate e 1.217.000 screenate; per il colonretto: 2.581.833 invitati e 1.131.900 screenati.

Questa tendenza conforta gli sforzi di quanti a questo fine si sono impegnati: le Istituzioni (Ministero, CCM, Regioni), gli operatori, le società scientifiche. Tuttavia, gli obiettivi non sono stati ancora raggiunti del tutto.

## Indicazioni per la programmazione

L'esperienza dell'attuazione dei PS e le indicazioni della programmazione europea ed italiana indicano la necessità di:

 assumere per la prevenzione secondaria in oncologia il punto di vista

Tabella 1 - Screening per il cancro della Mammella - Anno di attività 2007

	Popolazione residente in età da screening	residente residente teorica in età da in ASL con screening programmi attivi	Estensione teorica	Popolazione invitata		Persone che hanno aderito		N° carcinomi individuati
			%	N°	% sulla popolazione target	N°	% sulla popolazione invitata	
Nord	3.454.116	3.426.737	99,21	1.344.600	38,93	816.900	60,75	
Centro	1.495.550	1.302.526	87,09	535.900	35,83	297.600	55,53	
Sud-Isole	2.403.004	1.488.829	61,96	529.400	22,03	110.500	20,87	
Italia	7.352.670	6.218.092	84,57	2.209.900	30,06	1.225.000	55,43	5.685*

<sup>\*</sup> Si tratta di carcinomi certamente diagnosticati e registrati; questo dato è sottodimensionato per una residua incompletezza nei dati forniti dalle Regioni.

FONTE: ONS.

Tabella 2 – Screening per il cancro della Cervice Uterina – Anno di attività 2007

	Popolazione residente residente in età da screening programmi attivi			N° CIN2+ individuati				
	N°	N°	%	N°	% sulla popolazione target	N°	% sulla popolazione invitata	
Nord	7.555.407	4.942.788	65,42	1.415.361	18,73	664.344	46,94	
Centro	3.275.594	3.008.931	91,86	822.548	25,11	330.925	40,23	
Sud-Isole	5.712.058	3.921.091	68,65	817.444	14,31	221.731	27,12	
Italia	16.543.059	11.872.810	71,77	3.055.353	18,47	1.217.000	39,83	3.339*

<sup>\*</sup> Si tratta di lesioni certamente diagnosticate e registrate riferite all'anno 2006; questo dato è sottodimensionato per una residua incompletezza nei dati forniti dalle Regioni.

FONTE: ONS.

Tabella 3 – Screening per	l cancro della Cerv	ice Uterina – Anno di a	ttività 2007
---------------------------	---------------------	-------------------------	--------------

	Popolazione residente in età da screening	residente in età da in ASL con	Estensione teorica	Popolazione invitata		Persone che hanno aderito		nomi	N° adenomi avanzati indivi- duati
	N°			N°	% sulla popolazione target	N°	% sulla popolazione invitata		
Nord	6.731.837	4.823.433	71,65	2.098.905	31,18	939.230	44,75		
Centro	2.868.551	1.487.179	51,84	432.070	15,06	177.220	41,02		
Sud-Isole	4.648.747	323.138	6,95	50.858	1,09	15.450	100000000000000000000000000000000000000		
Italia	14.249.135	6.633.750	46,56	2.581.833	18,12	1.131.900	43,84	2.744*	13.104*

<sup>\*</sup> Si tratta di lesioni certamente diagnosticate e registrate; questo dato è sottodimensionato per una residua incompletezza nei dati forniti dalle Regioni.

FONTE: ONS.

unitario e unificante dell'EBM e dell'appropriatezza;

- concepire gli interventi di prevenzione secondaria non come prestazioni ma come "percorsi" (profili di assistenza) offerti al cittadino all'interno delle varie articolazioni organizzative sul territorio, con l'obiettivo dell'efficacia nella pratica;
- assicurare anche in questo ambito l'innovazione tecnologica, perché basata su evidenza di effectiveness, come strumento di crescita del sistema paese e del Servizio Sanitario, nonché garanzia tecnico-professionale ed etica di miglior gestione degli individui coinvolti;
- garantire un'attività di Ricerca & Sviluppo (R & S) promossa a livello centrale (tramite il CCM, la rete oncologica, la rete degli IRCCS, le Università, ecc.) per fornire evidenze di efficacia rispetto a nuove tecnologie;
- proseguire nel positivo percorso di implementazione dei PS in corso, per la copertura totale della popolazione target, conseguendo gli obiettivi di rispetto dei LEA;
- re-ingegnerizzare la prevenzione individuale, in quanto, come dalle evidenze scientifiche disponibili, gravata di possibile inappropriatezza e minore efficacia pratica.

Ulteriori indicazioni emergono

valutando alcuni *problemi emergenti*; fra questi sono prioritari i seguenti:

- tumore della mammella. I PS presentano alcuni limiti: non tengono conto del profilo di rischio della singola donna, non utilizzano estesamente nuove tecnologie utili, non recepiscono i dati di letteratura che hanno dimostrato l'efficacia (riduzione della mortalità fino al 30%) della prevenzione secondaria con mammografia (ogni 12-18 mesi) anche nelle donne 40-49enni. Interventi che possono ridurre ulteriormente la mortalità sono:
  - personalizzazione (percorsi e timing di controllo differenziati) dei programmi in base a differenti profili di rischio (normale, intermedio, elevato) in particolare per le 40-49enni;
  - estensione delle fasce di età target per lo screening con mammografia da 45 a 74 anni;
  - utilizzo esteso della Mammografia digitale, del CAD, eventualmente della Tomosintesi;
  - integrazione della Mammografia con Ecografia e RM;
- cervicocarcinoma: gli studi scientifici recentemente pubblicati sono motivo sufficiente per proporre l'uso di test validati per HPV-DNA come test di primo livello per lo screening organizzato. Condizioni

da rispettare sono: valutazione dell'impatto organizzativo; definizione di criteri di accreditamento per i laboratori; centralizzazione della lettura del pap-test; integrazione con i programmi di vaccinazione anti HPV.

## Bibliografia essenziale

Council of The European Union. Council Conclusions on reducing the burden of cancer 2876th Employment, Social Policy, Health And Consumer Affairs Council meeting Luxembourg, 10 June 2008.

First Report della European Commission-Directorate-general for Health&Consumers "Cancer screening in the European Union -Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening.

http://www.registri-tumori.it/cms/?q=node/18# Osservatorio Nazionale Screening 7° Rapporto http://www.osservatorionazionalescreening.it/.

Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo, istituita con DM 26 aprile 2007 presso il Ministero della Salute.

Unione Europea Libro bianco Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013.

WHO "World Cancer Report 2008" (edited by P. Boyle e B. Levin, Lyon 2008)

# 1.9 Prevenzione cardiovascolare

## 1.9.1 Introduzione

I recenti progressi in salute pubblica hanno aiutato le persone di molte parti del mondo a vivere più a lungo ed in salute. Tuttavia le malattie cronico-degenerative rappresentano ancora oggi la maggiore causa di mortalità e morbosità negli adulti in tutte le regioni del mondo e, nei prossimi anni, è prevista una vera e propria epidemia di tali malattie. Si ritiene infatti che nei prossimi 10 anni le morti attribuibili alle malattie cronico-degenerative siano destinate ad aumentare del 17%.

Le quattro cause principali di mortalità dovute alle malattie cronicodegenerative sono quelle da malattie cardiovascolari, tumori, diabete e malattie respiratorie.

Ad esempio, l'ictus cerebrale rappresenta la seconda causa di morte a livello mondiale e la terza causa di morte nei paesi del G8, preceduto solo dalle malattie cardiovascolari e dai tumori. In Italia, l'ictus causa il 10-12% di tutti i decessi e rappresenta la principale causa d'invalidità e la seconda causa di demenza. A causa dell'aumento della popolazione anziana queste stime sono destinate a peg-

giorare negli anni futuri, ad esempio è previsto un raddoppio della mortalità per ictus entro l'anno 2020.

Gli studi degli ultimi anni hanno inequivocabilmente dimostrato che queste malattie sono prevenibili e controllabili. Circa l'80% di esse può essere prevenuta intervenendo sugli stili di vita: fumo, alimentazione scorretta, inattività fisica ed abuso di alcool. I costi diretti ed indiretti per il trattamento di queste patologie e delle loro complicazioni potrebbero essere notevolmente ridotti. Nonostante ciò la maggior parte della popolazione non è coperta da un'adeguata prevenzione e non riceve cure adeguate.

Le evidenze scientifiche dimostrano la necessità di intervenire con azioni volte da un lato alla prevenzione individuale e dall'altra alla prevenzione di comunità al fine di agire sia sulle persone ad alto rischio in modo da abbassarlo sia sulle persone a basso rischio affinché permanga tale nel corso della vita.

È ampiamente dimostrato che il rischio cardiovascolare è reversibile e la riduzione dei fattori di rischio porta ad una riduzione degli eventi e al verificarsi di eventi meno gravi.

In quest'ottica e basandosi su questi

presupposti il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2005-2007 ha incluso tra i suoi ambiti di azione l'area della prevenzione cardiovascolare indicando due linee di intervento:

Senato della Repubblica

- diffusione della carta del rischio cardiovascolare;
- prevenzione delle recidive in soggetti con precedenti eventi cardiovascolari.

L'obiettivo della prevenzione a livello nazionale è pertanto quello di ridurre la frequenza delle malattie cardiovascolari, ritardarne l'epoca di comparsa, ridurne la gravità e le conseguenze invalidanti attraverso azioni mirate a ritardare l'evoluzione naturale delle malattie di base (ateroscleorosi, altre) e a rimuovere i fattori di rischio (inizianti, promuoventi o scatenanti) tanto a livello individuale quanto di comunità.

## 1.9.2 Le iniziative

La prevenzione di comunità mira a modificare i fattori di rischio cardiovascolari, quali fumo, alimentazione, attività fisica attraverso interventi diretti all'intera popolazione o gruppi, al di fuori del setting clinico. Questi interventi consistono in modifiche dei sistemi regolatori (come ad esempio l'aumento dei prezzi delle sigarette o il divieto di fumare nei luoghi pubblici, la chiusura di parti delle città al traffico per aumentare l'attività fisica, la riduzione del sale nella preparazione e conservazione degli alimenti, ecc.) e attraverso programmi educativi rivolti a comunità da realizzarsi in ambito nazionale, regionale e locale.

Il successo di questi interventi dipende in gran parte da elementi esterni al sistema sanitario e prevede l'avvio di politiche che incidono sulla riduzione della mortalità e della morbosità intervenendo sugli stili di vita (attività fisica, consumo di frutta e verdura, abitudine al fumo), facilitandone l'adozione fin dalla giovane età in modo da mantenere nel corso della vita un profilo di rischio favorevole. In questa direzione l'Italia si è già dotata di un programma per promuovere la salute come bene collettivo "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" (www.ministerosalute.it – area tematica "Guadagnare salute") e di altre iniziative proposte dalle Regioni anche a seguito dell'adozione di Piani Preventivi Regionali.

Il recente aumento di alcuni fattori di rischio (obesità, diabete o sindrome metabolica, iperlipoproteinemie, ipertensione arteriosa, fumo, ecc) in bambini ed adolescenti suggerisce l'immediata attivazione di programmi di educazione alla salute e di intervento attivo attraverso tutte le istituzioni interessate (in particolare la Scuola di ogni ordine e grado) al fine di sostenere le iniziative già conseguite al PNP precedente con azioni sistematiche, incisive, mantenute nel tempo, che diventino parte integrante degli atti formativi diretti alle nuove generazioni, prevedendo per esse specifici indicatori di controllo e tempi necessari per la realizzazione.

Per il monitoraggio è attivo l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare condotto dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, di cui gli ultimi dati disponibili su fattori di rischio e condizioni a rischio sono riportati nel capitolo malattie cardiovascolari.

A questo proposito, è auspicabile un maggiore coinvolgimento delle società scientifiche attive nel campo delle malattie cerebrovascolari sia per quanto concerne la formazione, viste le difficoltà diagnostiche che spesso comportano gli eventi cerebrovascolari acuti, ad esempio i TIA, che per quanto riguarda la valutazione delle condizioni di rischio.

La prevenzione individuale mira a migliorare l'insieme degli interventi che un operatore sanitario, primo fra tutti il medico di medicina generale (MMG), può effettuare nell'ambito del rapporto con i propri assistiti. In quest'area, il piano operativo del PNP

Senato della Repubblica

#### XVI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

negli anni 2005-2007 ha avuto come obiettivo la diffusione della carta del rischio cardiovascolare e del punteggio individuale, strumenti per la stima del rischio cardiovascolare globale assoluto costruiti con dati raccolti attraverso studi longitudinali italiani (progetto CUORE-Istituto Superiore di Sanità). È questa una tecnologia medica che consente di misurare nella popolazione sana di età compresa tra i 35 ed i 69 anni la probabilità di andare incontro ad un evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus cerebrale), conoscendo il livello di alcuni fattori di rischio (età, sesso, pressione arteriosa sistolica e terapia antipertensiva, colesterolemia totale e HDL, abitudine al fumo di sigaretta, presenza di diabete). La valutazione del rischio tramite questi strumenti permette di identificare soggetti a basso rischio, a rischio moderato da tenere sotto controllo con un adeguato stile di vita e persone ad elevato rischio e attivare, a secondo della categoria, azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio modificabili e di monitoraggio del rischio nel tempo.

L'introduzione di questa misura è tesa a migliorare l'accuratezza diagnostica nelle persone che non hanno una malattia cardiovascolare clinicamente manifesta, ma possono essere affette da condizioni quali ipertensione, ipercolesterolemia, abitudine al fumo, obesità che aumentano il rischio cardiovascolare. Per questo è necessario sensibilizzare i medici, in primo luogo i MMG riguardo l'importanza della prevenzione cardiovascolare, formarli e aggiornarli riguardo alla stima del rischio globale assoluto ed al trattamento, farmacologico e non farmacologico, dei fattori di rischio.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e l'Agenzia Italiana del Farmaco ha realizzato (tuttora in corso in diverse regioni) il piano di formazione nazionale dei MMG sull'uso e applicazione del punteggio individuale e della carta per la valutazione del rischio cardiocerebrovascolare. Per il percorso formativo sono stati realizzati due manuali (uno per formatori ed uno per partecipanti), pubblicati e distribuiti in due edizioni successive.

L'intervento formativo, attraverso un programma di formazione a cascata dei MMG presenti nel territorio, è orientato all'adozione di pratiche standard condivise per la rilevazione del rischio cardiovascolare (carta del rischio e punteggio individuale, Figura 1), per l'identificazione della popolazione suscettibile dell'intervento, per l'adozione di raccomandazioni condivise e la creazione di un linguaggio comune sulla prevenzione del rischio cardiovascolare attraverso gli stili di vita e sul trattamento farmacologico dei casi suscettibili, per l'applicazione di alcune competenze di counselling utili nella comunicazione del rischio. L'intervento formativo è organizzato in due moduli residenziali, un modulo di autoformazione con la valutazione del rischio cardiovascolare sugli assistiti e due moduli con la partecipazione a gruppi di lavoro per la raccolta dei dati, l'analisi e la valutazione dei risultati. Ogni modulo è associato a crediti ECM.

Le nuove competenze acquisite tramite l'intervento formativo, adeguatamente integrate nel piano operativo locale, servono ad indurre un cambiamento dello stile di vita tra gli individui ad alto rischio e nella popolazione generale, ridurre l'incidenza delle patologie cardiovascolari e contribuire all'eliminazione delle disuguaglianze regionali. Il numero dei corsi svolti per regione e il numero dei medici che hanno frequentato i corsi di formazione sono indicatori di processo. I dati sul piano di formazione sono riportati nel capitolo relativo.

## 1.9.3 I dati

Dati incoraggianti sulla variazione dei fattori di rischio sono stati riportati

livello di rischio a 10 anni uomini non diabetici risebio MCV V 20% - 30% rischio MCV V 20% - 20% uomini diabetici rischio cardiovascolare a 10 anni rischio MCV W 15% - 20% risehia MCV IV 1576 - 2014 rischio cardiovascolare a 10 anni 10% - 15% rischie MCV III 5% - 10% rischie MCV I rischie MCV 1 neno E% colesterolem ul 136 174 213 252 291 320 minist f30 174 213 252 291 330 136 174 213 262 291 320 170 170 160 80 130 ng/df 130 174 213 252 291 320 50-50 150 120 oud 130 174 213 292 291 320 130 174 213 252 291 320 AN 130 174 213 282 291 320 130 174 213 263 201 320 170 -170 livello di rischio a 10 anni rischio MCV W rischio MCV V 20% - 30% donne diabetiche donne non diabetiche hip MGV IV rischio cardiovascolare a 10 anni rischio cardiovascolare a 10 anni 10% - 18% rischio MCV III 10% - 15% II VOM oids 8% - 10% rischio MCV III 5% - 10% non fumatrici colesterolem mg/df 130 174 213 252 291 320 130 174 213 252 291 320 170 170 150 132 W 130 174 213 252 291 320 130 174 213 282 281 320 mp/df 130 174 213 252 291 320 130 174 213 282 201 320 170 170 174 213 282 291 331 130 174 213 202 201 320 170 150

Figura 1 – Strumenti per la valutazione del rischio cardiovascolare: carte del rischio e punteggio individuale

per quei medici che, dopo aver aderito al programma di formazione, hanno volontariamente accettato di inviare i dati sui loro assistiti (nel rispetto della legge sulla privacy) raccolti durante il programma nazionale di formazione all'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare (http://cuore-iss.cineca.it/).

A dicembre 2008, erano state effettuate e inviate all'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare da parte di 729 MMG 76.901 valutazioni sul rischio cardiovascolare globale assoluto, che avevano dati completi sui fattori di rischio utilizzati per la valutazione (32.932 uomini e 39.122 donne).

#### Segue Figura 1



La Tabella 1 mostra la distribuzione per quinquennio di età e sesso del numero di valutazioni del rischio effettuate: il rischio è stato misurato omogeneamente in tutte le fasce di età,

55-59 anni, e maggiormente nelle donne rispetto agli uomini (è ampiamente riconosciuto che le donne frequentano con maggiore assiduità gli studi medici); la Figura 2 la distribuleggermente di più nella fascia di età zione geografica dei MMG e degli

Tabella 1 – Distribuzione degli assistiti a cui è stato effettuato il calcolo del rischio cardiovascolare dai Medici di Medicina Generale attraverso il software cuore.exe. Aggiornamento a dicembre 2008

Età	Uomini	Donne
35-39	3.253	3.704
40-44	4.778	5.192
45-49	4.881	5.504
50-54	5.141	5.960
55-59	5.351	6.536
60-64	4.931	6.279
65-69	4.597	5.947
Totale	32.932	39.122

FONTE: Osservatorio del rischio Cardiovascolare.

Figura 2 – Distribuzione geografica dei Medici di Medicina Generale e degli assistiti coinvolti nello studio. Aggiornamento a dicembre 2008



assistiti a cui è stato misurato il rischio al dicembre 2008.

Negli assistiti valutati dai MMG il livello medio del rischio è stato di 3,1% nelle donne e 8,6% negli uomini: ciò indica che 3 uomini e 9 donne su 100, di età compresa fra 35 e 69 anni, avranno un evento acuto coronarico o cerebrovascolare nei prossimi 10 anni. Il rischio è risultato basso nel

28,8% degli uomini, moderato da tenere sotto controllo con lo stile di vita nel 61,5% e alto nel 9,7%; le corrispondenti prevalenze per le donne sono state 63,7%, del 35,8% e dello 0,4%. Il 12% degli uomini e il 10% delle donne hanno ricevuto un consiglio su come migliorare le proprie abitudini alimentari; il 23% degli uomini e il 25% delle donne hanno ricevuto

Tabella 2 – Media dei fattori di rischio e prevalenza dell'abitudine al fumo di sigaretta degli assistiti alla linea base e al follow-up secondo il calcolo del rischio cardiovascolare effettuato dai Medici di Medicina Generale. Aggiornamento a dicembre 2008

	Uomini	(N=964)		Donne (N=826)			
Fattori di rischio	Media alla linea-base	Media al follow-up	Differenza %	Media alla linea-base	Media al follow-up	Differenza,	
Età anni	56,9	57,6	0,7	57,3	58,0	0,7	
PAS, mmHg	134,0	132,5	-1,6	132,8	131,5	-1,3	
PAD, mmHg	82,2	80,9	-1,2	80,8	80,2	-0,6	
CT, mg/dl	222,5	212,9	-9,5	229,8	224,5	-5,3	
HDL-C, mg/dl	48,7	48,5	-0,2	56,8	57,7	0,8	
Fumo %	34,1	29,4	-4,7	16,0	14,8	-1,2	

FONTE: Osservatorio del rischio Cardiovascolare.

qualche suggerimento per aumentare il livello di attività fisica, il 26% degli uomini e il 19% delle donne ha ricevuto qualche suggerimento per smettere di fumare. Inoltre, il 37% degli uomini e il 31% delle donne sono attualmente in terapia antipertensiva, mentre il 14% degli uomini e l'8% delle donne sono in terapia ipocolesterolemizzante.

Su un campione di 1.933 persone, che avevano tutti i dati e che sono state rivalutate a 6 mesi o a un anno (rischio moderato o alto rischio) è stato possibile riscontrare la variazione del rischio: fra gli uomini, 125 erano risultati alla prima determinazione a basso rischio, 699 a rischio moderato e 197 a rischio elevato. La maggior parte è rimasta nella categoria iniziale: 98 (78%) a basso rischio, 626 (90%) a rischio moderato e 118 (60%) ad alto rischio, ma 23 (3%) uomini hanno migliorato i loro fattori di rischio spostandosi dalla classe di rischio moderato a quella di rischio basso e 79 (40%) dall'alto rischio al rischio moderato. Fra le donne, 408 erano a basso rischio, 499 a rischio moderato e 5 ad alto rischio: alla seconda visita 359 (88%) sono rimaste a basso rischio, mentre 49 (12%) sono passate a rischio moderato; delle 499 donne a rischio moderato, 445 sono rimaste tali (85%), mentre 49 sono

scese a basso rischio (10%) e solo 5 sono passate alla classe dell'alto rischio (1%); delle 5 che erano ad alto rischio al primo incontro, 3 hanno diminuito il loro rischio passando alla classe di rischio moderato (60%).

La Tabella 2 riporta, per lo stesso campione, la media dei fattori di rischio alla linea base e alla seconda misurazione. La colesterolemia totale e la pressione arteriosa sistolica sono diminuite, ed è leggermente diminuita la prevalenza dell'abitudine al fumo di sigaretta.

I risultati preliminari qui riportati sono molto importanti non per il valore scientifico quanto per quello educazionale e di applicazione nella pratica clinica. Infatti dimostrano che è possibile attivare un sistema di sorveglianza attraverso i MMG, pur con i limiti che esso comporta. Gli operatori sanitari che hanno inviato i dati sono solo una piccola parte dei MMG che hanno scaricato il programma cuore.exe dal sito web www.cuore.iss.it e che hanno seguito il piano di formazione nazionale.

Durante i corsi di formazione i MMG hanno sottolineato più volte l'importanza della carta del rischio nella pratica clinica, ma fra i punti di criticità nella applicazione del punteggio individuale hanno evidenziato che l'utilizzo del punteggio individuale

riguarda solo i professionisti che hanno maggiore familiarità con strumenti informatizzati, e in questo gruppo è risultato chiaro che l'utilizzo del software per la valutazione del rischio per poter essere funzionale deve essere inserito nel software di comune utilizzo nella medicina generale.

## Bibliografia essenziale

Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari. It Heart J 2004;5(suppl 3): 1S-101S. Fourth Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular disease Prevention in Clinical Practice. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur J Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2007;14 (suppl. 2):E1-E40.

Gensini GF, Zaninelli A, Bignamini AA, et al. "SPREAD: Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion"; Va Ed.; 2007; Pubblicazioni Catel.

Giampaoli S, Addis A, D'Argenio P, et al .Medici di famiglia a scuola di rischio. Tempo medico cuore. 2006;1(Feb):25-27. Giampaoli S, Palmieri L, Donfrancesco C, et al. Uso e applicazione della carta del rischio cardiovascolare, 2° Edizione. A cura del Reparto di Epidemiologia delle Malattie Cerebro e Cardiovascolari, CNESPS, Istituto Superiore di Sanità. Il Pensiero Scientifico (Ed), Roma, 2007, pp.1-125.

Giampaoli S, Palmieri L, Orsi C, et al. Uso e applicazione della carta del rischio cardiovascolare globale assoluto – Manuale per i formatori. A cura del Reparto di Epidemiologia delle Malattie Cerebro e Cardiovascolari, CNESPS, Istituto Superiore di Sanità. Il Pensiero Scientifico (Ed), Roma, 2005, pp.1-122.

Giampaoli S, Palmieri L, Orsi C, et al. Uso e applicazione della carta del rischio cardiovascolare. Manuale per i partecipanti. A cura del Reparto di Epidemiologia delle Malattie Cerebro e Cardiovascolari, CNESPS, Istituto Superiore di Sanità. Il Pensiero Scientifico (Ed), Roma, 2005, pp.1-131.

Giampaoli S, Riccio C, Vanuzzo D. L'applicazione italiana delle linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari. G Ital Cardiol 2008;9: (1):60-67.

# 1.10 Prevenzione odontoiatrica

In Italia, nell'ambito delle cure odontoiatriche, l'offerta pubblica è carente specialmente per le fasce di età più vulnerabili rappresentate dalle persone in età evolutiva (0-14 anni) e dagli individui ultrasessantacinquenni.

La carenza di offerta è legata ad una parziale inadeguatezza di strutture tecnologicamente valide, ad una ridotta "forza lavoro" e, a volte, ad una inaccettabile lunghezza dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie.

Alla stregua di quanto avviene per l'offerta terapeutica si assiste alla carenza di strutturati programmi di promozione e prevenzione orale che, invece, dovrebbero caratterizzare l'intero sistema sanitario; quando attivati, questi programmi sono sperimentali, temporalmente limitati e caratterizzati da asimmetrie nella distribuzione geografica e istituzionale.

Una corretta prevenzione primaria e secondaria, oltre ad evitare sofferenze all'individuo, riduce l'impegno delle cospicue risorse finanziarie necessarie per la terapia e la riabilitazione e, dunque, costituisce un risparmio in termini economici per le famiglie e la comunità. Non va, inoltre, dimenticato che diversi fattori di rischio per le malattie del cavo orale sono comuni ad altre malattie cronico-degenerative; una costante ed idonea attività di prevenzione nel campo della salute orale, risulta, perciò, potenzialmente utile anche in termini di promozione della salute globale dell'individuo.

Non si hanno dati relativi agli accessi a prestazioni a carattere preventivo, specie in individui in età evolutiva. Gli ultimi dati disponibili provenienti dall'ISTAT e relativi