

tanti a 105,1 (-7,7%) e per le donne da 69,3 decessi per 10.000 abitanti a 65,6 (-5,3%). La riduzione della mortalità in Italia nel quinquennio in esame è il risultato di una diminuzione che si è verificata in tutte le Regioni. Le diverse entità delle riduzioni territoriali tuttavia hanno prodotto un ampliamento della forbice tra i livelli di mortalità tra le Regioni.

Parole chiave Aspettativa di vita, mortalità, mortalità infantile, speranza di vita, vita media

1.3. Qualità della sopravvivenza e confronti internazionali

L'Europa è sempre più anziana: cresce l'età media della popolazione e aumenta la proporzione della popolazione con più di 65 anni (da 17,1% nel 2008 a 17,8% nel 2012). Un italiano su cinque ha oggi più di 65 anni. Gli scenari demografici indicano un ulteriore invecchiamento della popolazione, con conseguente impatto sulla spesa sanitaria, sulle politiche economiche e sociali. Tale impatto sarà tanto più contenuto quanto più a un invecchiamento anagrafico si accompagnerà un incremento del numero di anni vissuti in buone condizioni di salute. In questo lavoro, come indicatore di buone condizioni di salute si è scelto di utilizzare la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane, in quanto misura disponibile per tutti i Paesi dell'UE.

Tra il 2008 e il 2011 aumenta la speranza di vita europea (+1 anno negli uomini e +0,8 anni nelle donne) più di quanto aumenti la lunghezza media della vita senza limitazioni nelle attività della vita (+0,6 per gli uomini e invariata per le donne). L'Italia si colloca tra i Paesi sicuramente più avvantaggiati, con una vita media tra le più elevate in Europa. Tuttavia, nel 2011 la percentuale degli anni vissuti senza limitazioni gravi o moderate nelle attività della vita quotidiana è lievemente inferiore al valore medio europeo (79,7% negli uomini e 74,8% nelle donne); in Italia tale percentuale è, rispettivamente, del 79,2% e del 73,5% degli anni di vita.

La vita media sopra i 65 anni è in Italia tra le più elevate d'Europa e nel 2011 raggiunge i 18,8 anni negli uomini e i 22,6 anni nelle donne. Negli uomini aumenta anche la vita media senza limitazioni (passa da 7,6 a 8,1 anni),

mentre nelle donne rimane sostanzialmente stabile (da 7 a 7,1 anni). A fronte di un'elevata sopravvivenza, l'Italia sembra tuttavia scontare una peggiore qualità degli anni vissuti con valori più bassi della media europea, simili a quelli di Cipro (8 anni) e Austria (8,3) per gli uomini e a quelli della Slovenia (6,9 anni) e della Croazia (7,1 anni) per le donne.

Parole chiave Limitazioni nelle attività della vita quotidiana, qualità della sopravvivenza, sopravvivenza, speranza di vita

1.4. Condizioni di salute: cronicità e salute percepita

Le malattie croniche rappresentano una delle principali sfide per la sanità pubblica in tutti i Paesi. Tra i fattori che determinano tali patologie, alcuni sono comportamentali e quindi modificabili attraverso la promozione di stili di vita salutari, altri sono di tipo genetico e altri ancora afferiscono ad aspetti socioeconomici e ambientali, anch'essi rimovibili attraverso politiche non strettamente sanitarie. Allo stesso tempo le malattie croniche sono responsabili di molte delle persistenti disuguaglianze nella salute, evidenziando un forte gradiente socioeconomico e rilevanti differenze di genere nella loro diffusione; importante anche l'impatto che tali malattie producono sulla qualità della vita e sulla percezione del benessere a livello individuale. In base ai risultati dell'ultima indagine sulle "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari", nel 2013 il 14,7% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da almeno una malattia cronica grave. Tale percentuale è in aumento solo per effetto dell'invecchiamento della popolazione. La salute percepita (uno dei principali indicatori di salute soggettiva riconosciuto a livello internazionale per la sua capacità di riflettere condizioni fortemente correlate con la sopravvivenza e la domanda di prestazioni sanitarie) non evidenzia variazioni significative nel tempo. Nel 2013, la prevalenza, standardizzata per età, di chi dichiara di stare male o molto male rimane stabile al 7,3% nella popolazione di 14 anni e più e al 20,1% tra gli anziani, ma si accentuano le differenze di genere a svantaggio delle donne, già marcate nel 2005. Rispetto al 2005 migliora lo stato di salute fi-

sica e peggiora lo stato di salute psicologico. Rimangono rilevanti le disuguaglianze sociali e territoriali che penalizzano alcuni gruppi di popolazione, in particolare gli anziani del Sud del Paese.

Parole chiave Cronicità, disuguaglianze sociali, malattie croniche, salute percepita

1.5. Cause di morte

La mortalità è indicatore fondamentale per misurare lo stato di salute di una popolazione; la mortalità per causa, in particolare, consente di descrivere il ruolo delle varie patologie. Gli indici presentati sono stati elaborati a partire dai dati ufficiali di mortalità e popolazione di fonte Istat. Sono stati analizzati i dati più recenti disponibili (relativi al 2011), codificati con il Sistema ICD-10. Sono presentati: numero assoluto di decessi, tassi grezzi e standardizzati per età, per le principali cause di morte, analizzate per genere, età e Regione di residenza. Le malattie cronicodegenerative, legate al noto processo di invecchiamento della popolazione italiana, si confermano principali cause di morte: malattie circolatorie e tumori causano nel loro complesso ormai da anni circa i due terzi dei decessi (68% uomini, 66,4% donne) ma, mentre tra gli uomini il peso di queste due cause si equivale (34% ciascuna), tra le donne le malattie circolatorie superano di molto i tumori (41% *vs* 25%). Le malattie respiratorie sono la terza causa, sia per gli uomini sia per le donne (8% e 6%, rispettivamente), seguite per gli uomini dalle cause violente (5%) e per le donne dalle malattie endocrine (5%). L'analisi per Regione di residenza di grandi gruppi di cause evidenzia significative differenze; nella mortalità per tumori, il Nord presenta una situazione critica: tra gli uomini tutte le Regioni con tasso di mortalità superiore al dato nazionale sono al Nord (ma sono presenti anche Lazio, Campania e Sardegna); tra le donne, sono al Nord (con inserimento del Lazio) tutte le Regioni con situazione peggiore del dato nazionale. Anche nella mortalità per malattie circolatorie si ha un chiaro trend geografico, con il Sud sfavorito; sia tra gli uomini sia tra le donne tutte le Regioni con tasso superiore al dato nazio-

nale sono al Sud (con inserimento del Lazio in entrambi i generi e anche dell'Umbria solo tra gli uomini). Si segnala la situazione critica della Campania, sia nella mortalità generale sia in molte cause di morte.

Parole chiave Differenze territoriali, malattie circolatorie, mortalità, tumori

1.6. Impatto delle malattie

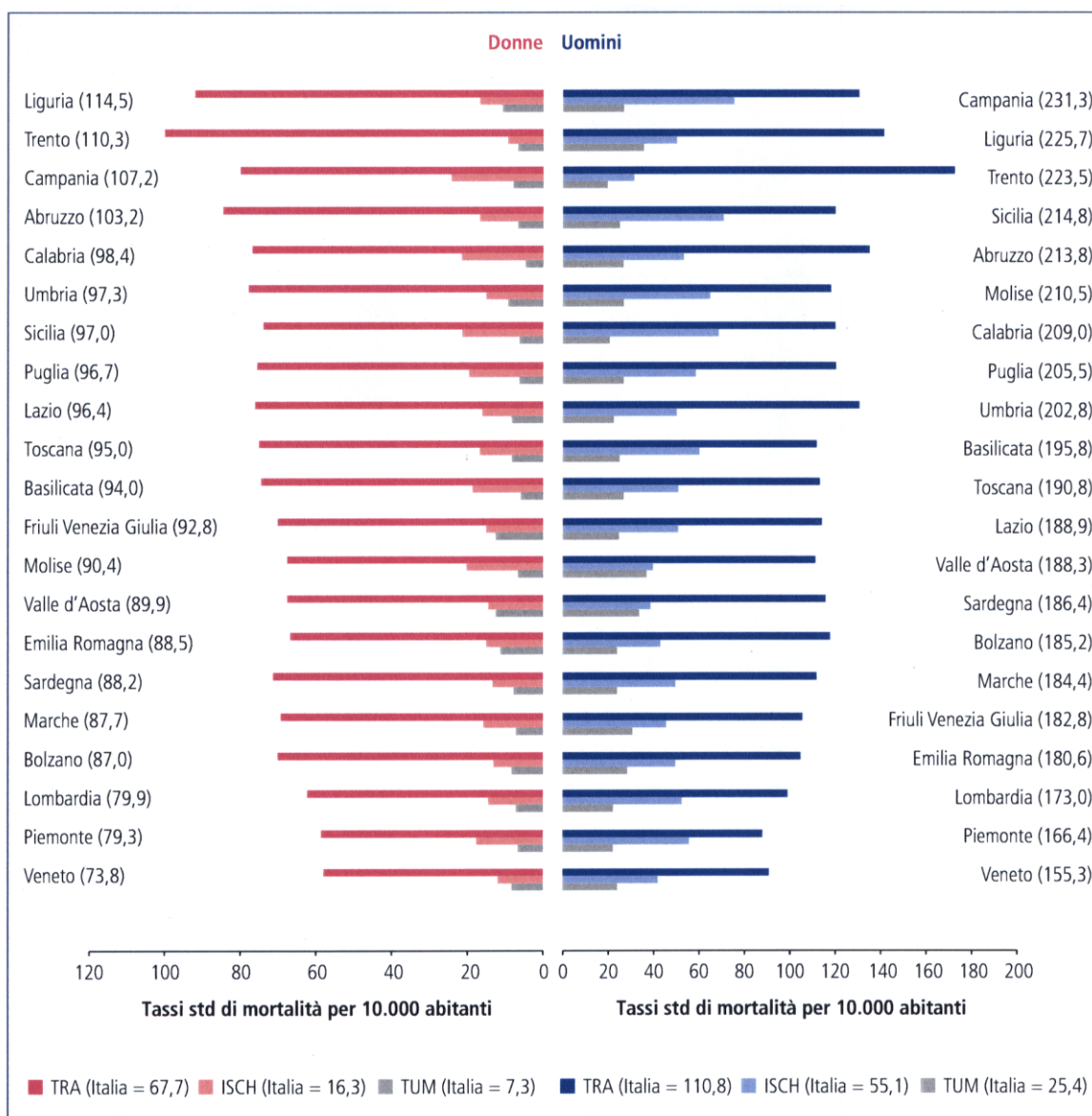
I dati che derivano da flussi informativi correnti, quali la mortalità per causa e le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), costituiscono importanti fonti di dati esaustive, certificate e disponibili senza “oneri aggiuntivi”, per il monitoraggio dell'impatto delle malattie a fini di sanità pubblica e di programmazione sanitaria.

In questo Capitolo sono descritti, elaborando opportunamente i dati provenienti dalle fonti suddette, in particolare due fenomeni: la mortalità evitabile e l'ospedalizzazione contrastabile con interventi di prevenzione primaria da attuare in fase di programmazione delle attività del sistema sanitario.

Una causa di morte viene detta “evitabile” quando si conoscono interventi capaci di ridurre il numero di decessi a essa attribuibili, considerando la classe di età 0-74 anni. La mortalità evitabile si distingue in tre categorie, a seconda del tipo di intervento in grado di contrastarne cause: prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia e interventi di igiene e assistenza sanitaria. Nella prima categoria vi sono quelle cause che potrebbero essere efficacemente evitate o contrastate agendo sugli stili di vita (quali alimentazione, fumo di sigaretta e abuso di alcol), nonché attuando campagne di prevenzione efficace rispetto alle morti violente (es. causate da incidenti stradali). Tale categoria riveste un grande interesse poiché rappresenta la maggior parte del complesso della mortalità evitabile (i due terzi del totale per gli uomini e più di un terzo per le donne). Il concetto di causa “evitabile”/“contrastabile” con interventi di prevenzione primaria messo a punto per la mortalità può, con qualche cautela, essere traslato alla morbosità e, nello specifico di questo contributo, alle ospedalizzazioni.

Anche in presenza di un trend in discesa, an-

Figura. Ospedalizzazione potenzialmente prevenibile mediante prevenzione primaria per Regione di residenza e genere (tassi standardizzati per 10.000) [tra parentesi i valori del tasso totale per 10.000 – Italia (Anno 2011)].



Fonte: Elaborazione Istituto superiore di sanità su dati Istat.

cora nel 2011 le morti attribuibili a cause evitabili con interventi di prevenzione primaria ammontano a poco meno di 50.000 e nello stesso anno più di 750.000 sono state le ospedalizzazioni per lo stesso gruppo di cause. Nel Capitolo sono presentati dati di mortalità e ospedalizzazione evitabili articolati per genere e distribuzione geografica.

Parole chiave Mortalità evitabile, prevenzione primaria, ricoveri evitabili

2. Malattie

2.1. Malattie cardio-cerebrovascolari

Le malattie cardio-cerebrovascolari sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Chi sopravvive a un evento acuto diventa un malato cronico con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali; inoltre, le malattie cardio-cerebrovascolari sono fra i determinanti delle malattie legate all'invecchiamento.

Il *Global Action Plan* dell'OMS 2013-2020 e il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) inseriscono le malattie cardio-cerebrovascolari fra quelle da sorvegliare e da includere nelle azioni di prevenzione, in quanto ampiamente prevenibili attraverso l'adozione di stili di vita corretti.

Nel 2010 si sono verificati, complessivamente, 220.539 decessi per malattie del sistema circolatorio; di questi, 72.023 decessi sono stati attribuiti a malattie ischemiche del cuore e 60.586 a malattie cerebrovascolari. Negli uomini la mortalità per malattie ischemiche del cuore emerge fra 40 e 50 anni e poi cresce in maniera esponenziale con l'avanzare dell'età; nelle donne si manifesta a partire dai 60 anni e cresce rapidamente dopo i 70 anni. Il peso delle malattie cardiovascolari sui ricoveri ospedalieri è in aumento. Tutti i dati disponibili confermano che ospedalizzazioni, invalidità e disabilità aumentano con l'avanzare dell'età.

Le condizioni a rischio più frequenti sono l'ipertensione arteriosa e l'ipercolesterolemia.

Il progredire delle conoscenze ha permesso di mettere a punto strumenti per la valutazione del rischio cardiovascolare globale. I risultati confermano che la conoscenza e il supporto da parte del personale sanitario, accompagnati da azioni di prevenzione comunitaria, possono essere utili per la riduzione e il mantenimento di un profilo di rischio favorevole nella popolazione. La prevenzione e il progressivo incremento della percentuale di popolazione a basso rischio rappresentano la condizione essenziale per sconfiggere l'epidemia delle malattie cardio-cerebrovascolari.

2.2. Tumori

Conoscere la distribuzione territoriale e le tendenze attuali di incidenza, mortalità e sopravvivenza dei pazienti oncologici è la necessaria premessa per impostare una programmazione sanitaria mirata a migliorare il controllo del cancro.

Le informazioni sulla mortalità sono disponibili dalle statistiche ufficiali Istat. Dati su incidenza, sopravvivenza e prevalenza sono forniti dai registri tumori (Associazione Italiana Registri Tumori, AIRTUM) che registrano i dati di tutti i pazienti oncologici residenti in

un determinato territorio a partire da fonti informative sanitarie o amministrative. Alla banca dati AIRTUM attinge l'Istituto superiore di sanità (ISS) che, in collaborazione con altri centri di ricerca, fornisce stime a livello regionale per i tumori di maggiore impatto nella popolazione.

Il Ministero della salute e le Regioni attingono le evidenze disponibili per orientare i documenti di programma e per organizzare il sistema di offerta con l'obiettivo di ridurre il rischio di tumore, rendere sempre più efficace la presa in carico della patologia, dalla fase diagnostica al follow-up, ridurre le disuguaglianze geografiche. La pianificazione della prevenzione ha integrato gli interventi di prevenzione secondaria e primaria; in questo quadro un pilastro fondamentale è rappresentato dai programmi di screening oncologico.

Il tumore più diffuso tra gli uomini è il tumore della prostata, mentre tra le donne è il tumore della mammella; le tendenze attuali indicano: forte riduzione per il tumore dello stomaco, del polmone negli uomini e della cervice uterina nelle donne; costante aumento dei tumori colorettali negli uomini e della mammella nelle donne; stabilizzazione dell'incidenza del tumore prostatico e del cancro colorettale nelle donne. Nel 2011 i tumori hanno rappresentato la prima causa di morte fra gli uomini e la seconda fra le donne (175.000 decessi); la mortalità si riduce per tutti i tumori più frequenti, tranne per il tumore del polmone femminile. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per l'insieme di tutti i tumori è pari al 60% nelle donne e al 52% negli uomini. Tra le sedi tumorali più frequenti, quelle a migliore prognosi sono prostata, mammella e colon-retto, mentre quella a prognosi peggiore è il polmone.

In Italia nel 2013 si stima che più di 660.000 donne abbiano avuto nel corso della propria vita una diagnosi di tumore al seno, circa 340.000 uomini una diagnosi di cancro prostatico e più di 390.000 persone un tumore colorettale.

2.3. Diabete mellito

Il diabete mellito, con le sue complicanze, rappresenta un problema sanitario di grande rilevanza. In Italia nel 2013 si stima una prevalenza di diabete del 5,4%, pari a oltre 3

milioni di persone. Il diabete mellito di tipo 2 (DT2) è spesso associato a uno stato di svantaggio socioeconomico, con una prevalenza più alta tra le persone senza alcun titolo di studio e con difficoltà economiche. Il DT2 è anche collegato alla presenza di alcuni fattori di rischio modificabili, in particolare sovrappeso e sedentarietà. La qualità organizzativa e l'efficienza dell'assistenza diabetologica sono, peraltro, correlate a un migliore controllo della malattia. La lotta alla patologia diabetica va, quindi, intrapresa sia con la promozione dei corretti stili di vita nella popolazione e la prevenzione delle malattie croniche in generale, sia con la riorganizzazione dell'assistenza finalizzata a prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze. L'Italia ha pertanto affrontato la problematica del diabete e, più in generale, delle malattie croniche attraverso la redazione del "Piano sulla Malattia Diabetica", che si propone di dare omogeneità ai provvedimenti e alle attività regionali, fornendo indicazioni per: il potenziamento della prevenzione e dell'assistenza; lo sviluppo del programma "Guadagnare Salute", che promuove l'assunzione di abitudini salutari da parte della popolazione attraverso l'attivazione di dinamiche intersettoriali con la partecipazione dei diversi portatori di interessi; l'attuazione dei PNP, che hanno previsto progetti e programmi regionali mirati sia alla promozione della salute sia, nel caso del diabete, alla prevenzione delle complicanze della patologia tramite l'adozione di programmi di Gestione Integrata; la realizzazione del Progetto IGEA (Integrazione, Gestione e Assistenza per la malattia diabetica), mirato al coordinamento e al supporto ai progetti regionali dei PNP mirati alla Gestione Integrata del diabete.

Parole chiave Assistenza, diabete, diabete mellito, fattori di rischio, "Guadagnare Salute", Piano diabete, Piano Nazionale della Prevenzione, Progetto IGEA, stili di vita

2.4. Malattie respiratorie croniche

Le malattie respiratorie croniche sono tra le principali cause di morbosità, disabilità e mortalità prematura e hanno un elevato impatto socioeconomico. Quelle di maggiore

interesse in termini di salute pubblica sono la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e l'asma.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008 così come il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2010-2012 hanno inserito le malattie respiratorie croniche tra gli ambiti prioritari di intervento.

Nel 2004, a livello internazionale è stata creata la *Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases* (GARD); il Ministero della salute ha aderito a tale iniziativa e ha creato nel 2009 la GARD italiana (GARD-I).

I dati riportati hanno mostrato come negli ultimi decenni vi sia stato un generale incremento di sintomi/malattie respiratorie nella popolazione italiana. L'asma ha raggiunto prevalenze del 6-8% in campioni di popolazione generale e nei giovani adulti; il 9-10% dei bambini soffre di asma. Per la BPCO gli studi epidemiologici riportano una diagnosi di BPCO nel 10,4% della popolazione e ostruzione delle vie aeree con prevalenza variabile dal 20% al 47%.

Le malattie respiratorie croniche, nella popolazione generale adulta, rappresentano una condizione frequente che peggiora considerevolmente la qualità della vita, in termini di stato di salute fisico, mentale e funzionalità. La condizione delle persone affette da malattie respiratorie croniche è suscettibile di grandi miglioramenti per tutti i fattori presi in considerazione.

2.5. Malattie reumatiche e osteoarticolari

Le malattie muscoloscheletriche costituiscono un gruppo eterogeneo di patologie che spazia dall'artrite all'artrosi, all'osteoporosi, all'artrite reumatoide fino alla cervicalgia. Si tratta di patologie croniche e invalidanti con importanti ripercussioni sulla vita sociale dell'individuo. Hanno in comune la sintomatologia dolorosa a carico delle articolazioni e colpiscono maggiormente le donne, con un rapporto quasi tre volte maggiore rispetto agli uomini. La loro prevalenza, influenzata dallo stile di vita, aumenta notevolmente con l'età. In Italia si stima ne siano affette oltre 10 milioni di persone, con una spesa farmaceutica nazionale, nel 2012, pari a 1.315 milioni di euro. La sostituzione protesica articolare è considerata risolutiva per

lo stadio finale dell'artrosi e dell'artrite reumatoide: nel 2012 sono state impiantate più di 164.000 artroprotesi (anca, ginocchio e spalla). Nel 2012, l'Italia si è collocata al sesto posto in Europa per consumo di farmaci per malattie muscoloscheletriche. Nelle donne over 74 la prevalenza d'uso arriva al 50%; la spesa pro capite a carico del SSN aumenta con l'età e differisce nei due sessi, probabilmente per il maggiore impiego nelle donne di bifosfonati per il trattamento dell'osteoporosi. I nuovi farmaci biologici potrebbero costituire, in futuro, un'alternativa costo-efficace.

Benché le malattie muscoloscheletriche siano patologie che interessano una considerevole parte della popolazione, non sono disponibili dati di prevalenza e del loro carico sul SSN e previdenziale, al di là dell'Indagine Multiscopo condotta annualmente dall'Istat. L'adozione di adeguati stili di vita, la diagnosi precoce e un trattamento tempestivo adeguato si riconfermano gli interventi più efficaci nei confronti di artrosi, osteoporosi e fratture nei pazienti over 65, con conseguente riduzione della disabilità, miglioramento della prognosi e dell'aspettativa di vita.

Considerato l'elevato impatto delle malattie muscoloscheletriche sul paziente e sul SSN, il PNP 2010-2012, prorogato al 2013, le ha inserite tra le linee di intervento.

Al fine di incrementare per i pazienti affetti da malattie muscoloscheletriche il numero di anni recuperati in buona salute (*Quality Adjusted Life Years*, QALY), occorre che le politiche sanitarie siano mirate ad avviare programmi di prevenzione e di ricerca per l'identificazione precoce della malattia, l'accesso tempestivo alle cure più appropriate e l'acquisizione di dati di riferimento affidabili.

Parole chiave Assistenza territoriale, farmaci biologici, malattie muscoloscheletriche, prevenzione, protesi articolari impiantabili, stili di vita

2.6. Malattia renale cronica

La malattia renale cronica, definita come "una condizione di alterata funzione renale che persiste per più di 3 mesi", interessa prevalentemente la popolazione adulta. Attraverso la misura del volume del filtrato glomerulare (VFG) la malattia renale cronica è classificata

in 5 stadi che terminano al quinto stadio con la perdita completa della funzione renale (*end stage renal disease*, ESRD) e con la necessità di terapia sostitutiva: dialisi o trapianto. Circa 8.000 pazienti/anno iniziano una terapia sostitutiva e di loro solo un sesto ha accesso al trapianto renale. La malattia renale cronica si associa a un aumento del rischio cardiovascolare dovuto all'elevata prevalenza dei fattori di rischio tradizionali (età avanzata, ipertensione, diabete, obesità e dislipidemia) e alla presenza di fattori specifici della malattia renale.

In Italia lo studio CARHES (*Cardiovascular risk in Renal patients of the Italian Health Examination Survey*), condotto su campioni rappresentativi (4.077 individui) della popolazione generale italiana di età compresa tra 35 e 79 anni, ha calcolato una prevalenza di malattia renale cronica di 8,1% negli uomini e 7,8% nelle donne, con leggere differenze per macroaree geografiche. Tali percentuali suggerirebbero la presenza nel nostro Paese di 2,5-3 milioni di soggetti con malattia renale cronica. Le persone con malattia renale cronica mostrano una prevalenza maggiore di ipertensione, diabete e obesità.

La prevenzione della malattia renale cronica progressiva e quindi dell'ESRD si identifica con la diagnosi precoce attuabile con l'impiego di esami semplici e poco costosi: creatinemia e/o esame delle urine per il dosaggio della proteinuria. È stato dimostrato che la diagnosi precoce e una corretta terapia, come anche l'educazione terapeutica, possono prevenire e/o ritardare la progressione della malattia renale verso l'ESRD. Particolare importanza ha inoltre la presa in carico precoce del paziente con malattia renale cronica, che rallenta la progressione della malattia riducendo il numero di terapie sostitutive e dei trapianti. Sotto questo aspetto è fondamentale un registro per la malattia renale cronica. Ai fini della prevenzione della malattia renale cronica il Ministero della salute, con le Società scientifiche, il Centro Nazionale Trapianti, i medici di medicina generale e le associazioni dei pazienti, ha istituito un tavolo di lavoro che ha prodotto il "Documento di indirizzo per la malattia renale cronica" che è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 5 agosto 2014.

Parole chiave Creatininemia, dialisi, malattia renale cronica, proteinuria, studio CARHES, trapianto

2.7. Malattie del sistema nervoso

Un rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sottolinea che l'impatto globale sulla salute delle malattie neurologiche è stato per molti anni sottostimato. Un recente studio condotto dallo *European College of Neuropsychopharmacology* (ECNP) e dallo *European Brain Council* (EBC) stima che il costo globale delle malattie del sistema nervoso in Europa abbia avuto un incremento del 107%. Negli ultimi anni sono stati pubblicati diversi studi epidemiologici descrittivi condotti in differenti realtà italiane per alcune patologie neurologiche quali la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), la sclerosi multipla (SM) e la malattia di Parkinson. In particolare è stata stimata un'incidenza di SLA nella Regione Friuli dal 2001 al 2009 pari a 2,38 casi per 100.000 anni-persona. Per la SM è riportato un tasso di prevalenza al 2009 nella città di Campobasso pari a 91 casi per 100.000 abitanti. Infine, per la malattia di Parkinson è stata stimata nelle Isole Eolie una prevalenza al 2001 nei soggetti con età superiore a 60 anni pari a 442 casi per 100.000 abitanti. Tutte queste stime epidemiologiche effettuate in Italia sono in linea con quelle europee. Dopo una valutazione complessiva della situazione italiana si possono individuare numerose criticità all'attuazione del governo clinico per le malattie neurologiche quali: 1) lo scarso utilizzo dei sistemi informativi sanitari e statistici correnti che consentirebbero di rilevare il fenomeno delle principali malattie neurologiche; 2) la mancanza di registri di popolazione sulle principali malattie neurologiche; 3) la difficoltà a implementare processi di continuità delle cure e di integrazione ospedale territorio; 4) la necessità di un maggiore raccordo per migliorare la performance italiana in ricerca, sviluppo e innovazione sanitaria nell'ambito delle malattie neurologiche; 5) l'urgenza di elaborare una strategia complessiva del Sistema Nazionale delle Linee Guida, al fine di definire delle priorità nelle aree di maggiore incertezza clinica e organizzativa.

Parole chiave Demenza, malattia di Parkinson, malattie neurologiche, sclerosi laterale amiotrofica

2.8. Demenze

Secondo stime recenti dell'OMS e dell'*Alzheimer Disease International* (ADI), nel mondo vi sono circa 35,6 milioni di persone affette da demenza, con 7,7 milioni di nuovi casi ogni anno e 1 nuovo caso di demenza diagnosticato ogni 4 secondi. In Italia il numero si aggira intorno a 1 milione di persone con demenza (7,23% della popolazione con età maggiore o uguale a 65 anni), mentre sale a 3 milioni quello dei *carers*.

Le proiezioni demografiche mostrano una progressione aritmetica di questi numeri, essendo l'età il principale fattore di rischio associato alle demenze.

Studi recenti stimano che il costo globale della demenza in Europa (27 Paesi UE membri oltre a Islanda, Norvegia e Svizzera) sia stato di 105 miliardi di euro per il 2010 rispetto ai 55 miliardi stimati per il 2004, con un incremento del 91%, senza includere i costi per la diagnosi e quelli indiretti. La spesa globale stimata per l'Italia nell'anno 2010 era di circa 9 miliardi di euro.

È dunque evidente l'importanza della prevenzione, supportata da numerose evidenze scientifiche, che individuano sette fattori di rischio modificabili associati all'insorgenza della demenza di Alzheimer quali il diabete, l'ipertensione in età adulta, l'obesità in età adulta, il fumo, la depressione, la bassa scolarizzazione e l'inattività fisica. Si stima che circa la metà dei casi di demenza di Alzheimer sia potenzialmente attribuibile all'insieme di questi fattori. È stato calcolato che riducendo del 10% o del 25% ognuno dei sette fattori di rischio si potrebbero prevenire da 1,1 a 3,0 milioni di casi di demenza di Alzheimer.

Altrettanto cruciale è la promozione di una logica di percorso assistenziale integrato, con il governo di una rete che raccordi le attività dei centri specialistici dedicati alla diagnosi e al trattamento, farmacologico e psicosociale, con quelle della medicina generale, delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA), dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dei Ricoveri

di Sollievo, al fine di rendere l'intero sistema efficace ed efficiente.

Su questi principi, ribaditi anche dalla *Joint Action* europea ALCOVE che ha coinvolto 30 partner di 19 Paesi, tra i quali l'Italia, è basato il Piano Nazionale Demenze, che è in fase avanzata di stesura e sarà oggetto di Accordo nella Conferenza Unificata, per giungere all'adozione di un'organica strategia nazionale nel settore.

Parole chiave Gestione integrata, Piano Nazionale Demenze, prevenzione delle demenze, rete dei servizi

2.9. Disturbi psichici

L'OMS ha approvato nel maggio 2013 una strategia globale i cui obiettivi sono la promozione del benessere mentale, la prevenzione dei disturbi a più alto impatto, l'offerta di una rete di servizi per la cura e la riabilitazione, la promozione del rispetto dei diritti umani, la riduzione della mortalità, della morbilità e disabilità nelle persone con disturbo mentale. Nel settembre 2013 è stata poi approvata una seconda strategia, l'*European Mental Health Action Plan*, che concretizza i principi della strategia globale in Raccomandazioni operative per i 53 Paesi della Regione Europea dell'OMS, sottolineando in particolare il ruolo e l'importanza del lavoro intersettoriale e di comunità, della qualità delle cure, della condivisione delle conoscenze, della piena partecipazione dei pazienti alle scelte che li coinvolgono.

La Commissione Europea, dando seguito ai risultati delle attività connesse al "Patto europeo sulla salute e il benessere mentale", lanciato nel 2008, ha avviato una "*Joint Action on mental health and well-being*" per la collaborazione europea nel settore. L'Italia ha attivamente partecipato a tutte le iniziative citate ed è attualmente impegnata nel coordinamento europeo della sezione della *Joint Action* sulla "salute mentale dei giovani e il contesto scolastico".

Nel gennaio 2013 è stato infine approvato un aggiornamento della strategia italiana del settore, con il "Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANSM)".

La futura programmazione, a livello nazio-

nale, regionale e locale, deve promuovere: interventi preventivi del disagio mentale e di promozione del benessere; progettazioni che attivino l'implementazione e il monitoraggio del PANSM e dei documenti operativi che ne derivano; potenziamento della ricerca epidemiologica e della sorveglianza e monitoraggio dei disturbi mentali; coinvolgimento delle diverse categorie di *stakeholders* nella pianificazione delle linee programmatiche per la ricerca e per l'assistenza; lotta allo stigma, *empowerment* e promozione dell'inclusione sociale dei pazienti con disturbi mentali.

Parole chiave Depressione, inclusione sociale, *Joint Action* della Commissione Europea, PANSM (Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale); strategie OMS per la salute mentale

2.10. Malattie rare

Le malattie rare, definite tali dalla bassa prevalenza (< 5 casi ogni 10.000 abitanti in Europa), sono da anni una priorità di sanità pubblica a livello europeo e oggetto di particolare attenzione nel nostro Paese. Il DM 279/2001 ha istituito la Rete Nazionale e il Registro Nazionale Malattie Rare (RNMR) all'ISS. All'ISS da anni opera il Centro Nazionale Malattie Rare che, oltre a curare il RNMR, il Telefono Verde Malattie Rare e il sito web (www.iss.it/cnmr), sviluppa e coordina numerosi progetti di ricerca sperimentale e di sanità pubblica, a livello nazionale e internazionale. A seguito del DM 279/2001 le Regioni hanno identificato i Presidi di diagnosi e cura, servizi informativi e i registri regionali per le malattie rare, le cui informazioni confluiscono nel RNMR. A livello nazionale è attivo il portale Orphanet, che fornisce numerose informazioni sulle malattie rare e servizi correlati, sui farmaci orfani e i progetti di ricerca. Nell'ambito delle malattie rare, particolare attenzione è rivolta ai tumori rari e alle malattie congenite della coagulazione. Per i tumori rari esistono la Rete Nazionale Tumori Rari coordinata dalla Fondazione IRCCS, Istituto Nazionale dei Tumori e un sistema di sorveglianza epidemiologica nell'ambito del progetto italiano Rita e il progetto europeo RARECARE. Anche per le malattie congenite della coagulazione esiste

la rete assistenziale dei Centri Emofilia e presso il Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina Molecolare dell'ISS è attivo il Registro Nazionale delle Coagulopatie Congenite (RNCC), che consente di effettuare una sorveglianza epidemiologica di queste patologie. Per quanto riguarda il RNMR, al 30 giugno 2012 conteneva 110.841 schede di diagnosi con un censimento di 107.830 pazienti su un totale di 485 malattie rare (alcune sono patologie singole, altre sono gruppi di malattie rare) come descritto nel DM 279/2001. La classe di patologie maggiormente rappresentata è quella delle malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, con una percentuale del 26%.

Per quanto riguarda i tumori rari, nel 2008 in Italia si è stimato che 770.000 persone abbiano avuto una diagnosi di tumore raro nel corso della vita, ammontando al 22% dei casi prevalenti con diagnosi di tumore.

Relativamente alle malattie congenite della coagulazione, i dati del RNCC stimano la prevalenza dell'emofilia A pari a 5,9/100.000 abitanti e quella dell'emofilia B uguale a 1,1/100.000 abitanti.

In conclusione, esistono varie iniziative sulle malattie rare per le quali, seppure molto valide singolarmente, il loro potenziale informativo aumenterebbe se fossero integrate, assicurandone la loro interoperabilità.

Parole chiave Malattie congenite della coagulazione, malattie rare, registri di patologia, sorveglianza epidemiologica, tumori rari

2.11. Malformazioni congenite

Le malformazioni congenite rappresentano un problema prioritario di salute pubblica, come indicato dai dati di prevalenza: causa di mortalità perinatale, mortalità e morbilità infantile entro il primo anno di vita. Le forme non letali frequentemente richiedono interventi medico-chirurgici e riabilitativi e sono spesso associate a gravi conseguenze cliniche a lungo termine, che determinano condizioni di invalidità anche grave.

Dati sulle malformazioni congenite sono desumibili attraverso diverse banche dati: i) Registro Nazionale Malattie Rare (RNMR); ii) Flusso informativo del Certificato di Assi-

stenza al Parto (CeDAP); iii) Registri Malformazioni Congenite (RMC).

Nel periodo 2007-2010 il RNMR ha registrato 13.963 casi con malformazioni congenite rare nella popolazione generale, rappresentando la quarta classe di patologie rare maggiormente segnalate al registro.

Nella rilevazione CeDAP riferita ai dati 2010, i nati con malformazioni congenite riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita sono 5.789.

I casi di malformazioni congenite rilevati dai RMC presi in esame (Emilia Romagna e Toscana) nel periodo 2008-2011 sono 6.494 (5.191 nati vivi; 47 morti fetali; 1.256 aborti indotti) su 290.891 nascite sorvegliate (nati vivi + nati morti), per una prevalenza totale di 223,25/10.000 (corrispondente al 2,23% delle nascite).

L'analisi delle tendenze temporali nel periodo 1998-2011 ha mostrato trend crescenti per le malformazioni congenite cromosomiche (con particolare riferimento alla trisomia 21) e per alcune rare malformazioni congenite strutturali quali gastroschisi e malformazione adenoido-cistica congenita polmonare. Trend in diminuzione sono stati osservati per le malformazioni dell'apparato cardiovascolare e in particolare per i difetti del tubo neurale (DTN). Possibili fattori che possono spiegare questi trend in diminuzione sono dovuti all'applicazione di misure di prevenzione primaria, quali l'aumentata assunzione di acido folico in epoca periconcezionale, e a una migliore gestione complessiva di fattori di rischio noti per la salute riproduttiva, quali la gestione clinica di patologie croniche e infettive materne e la correzione di stili di vita non salutari (fumo, alcol, alimentazione).

Recentemente sono state pubblicate le Raccomandazioni europee per la prevenzione primaria delle malformazioni congenite. È indispensabile che queste raccomandazioni si integrino con la programmazione e pianificazione sanitaria (Piano Sanitario Nazionale e Piani Regionali della Prevenzione).

Parole chiave Aborto indotto, aborto spontaneo, anomalie congenite, difetti del tubo neurale, epidemiologia, esiti avversi di gravidanza, fattori di rischio, malformazioni con-

genite, morbilità, nascita di un feto morto, difetti del tubo neurale, registri, salute pre-concezionale

2.12. Malattie prevenibili con vaccino

Il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 contiene il nuovo “Calendario delle vaccinazioni attivamente offerte”, che prevede l’offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate nell’infanzia e successivi richiami, della vaccinazione anti-HPV per le ragazze nel corso del dodicesimo anno di vita, delle vaccinazioni antipneumococcica coniugata e antimeningococcica C per i nuovi nati, nonché della vaccinazione antivaricella per i nuovi nati in 8 Regioni e, a partire dal 2015, in tutto il Paese, e della vaccinazione antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni.

Per ciascuna vaccinazione è fissata una percentuale di copertura della popolazione target, che, se raggiunta e mantenuta nel tempo, mostra evidenti effetti sull’incidenza delle malattie bersaglio e, conseguentemente, l’efficacia dell’intervento. Le percentuali di copertura vaccinale a 24 mesi d’età sono sostanzialmente stabili, anche se non sono ancora soddisfacenti per le vaccinazioni antimorbillo-parotite-rosolia e, nelle dodicenni, per l’anti-HPV. Discorso a parte merita l’influenza, la cui percentuale di copertura vaccinale negli ultrasessantacinquenni, pur essendo storicamente > 75%, dalla stagione 2009-2010 è scesa di oltre 10 punti percentuali.

Parole chiave Percentuali di copertura vaccinale, PNPV, vaccinazioni obbligatorie, vaccinazioni raccomandate

2.13. HIV/AIDS e malattie a trasmissione sessuale

HIV/AIDS. La Commissione Nazionale AIDS (CNA), presieduta dal Ministro della salute, che fornisce indicazioni utili alla programmazione degli interventi sanitari in tale ambito, ha curato le Linee guida nazionali per la gestione diagnostico-clinica delle persone con HIV. In linea con le indicazioni europee e internazionali, il lavoro della CNA è stato anche concentrato sul tema dell’accertamento dell’infezione e sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia. Poi-

ché la Commissione intende rappresentare un punto di riferimento delle istanze delle persone sieropositive per HIV, è stato posto particolare riguardo alla salvaguardia dei diritti civili, in specie nell’ambito dell’assistenza, lavoro e riservatezza e verso i gruppi maggiormente vulnerabili. È stato fornito il contributo scientifico per la predisposizione della campagna d’informazione 2012-2013 sulla prevenzione dell’infezione da HIV e AIDS.

Il Registro Nazionale dei casi di AIDS, attivo dal 1982, e il sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, istituito nel 2008, rappresentano un elemento chiave per guidare gli sforzi nazionali nel controllo dell’epidemia da HIV nel nostro Paese, dando indirizzi e indicazioni per i programmi di prevenzione e per la gestione appropriata dei servizi sociosanitari. Entrambi i sistemi sono gestiti dal Centro Operativo AIDS (COA) dell’Istituto superiore di sanità (ISS) che ha il compito di raccogliere, gestire e analizzare tali dati e di assicurare un pronto ritorno delle informazioni.

Infezioni sessualmente trasmesse. Per quanto concerne le principali infezioni sessualmente trasmesse (IST), la loro prevenzione rappresenta oggi uno degli obiettivi di sanità pubblica a più alta priorità. In Italia, le informazioni disponibili sulla diffusione delle IST vengono fornite dal Ministero della salute e sono relative solo alle malattie a notifica obbligatoria, cioè sifilide e gonorrea. Per sopperire alla mancanza di informazioni sulle altre IST, che non sono a notifica obbligatoria, è stato avviato nel 1991 un sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici. Il sistema, tuttora attivo, è coordinato dal COA. Per migliorare le conoscenze sulla diffusione delle IST nel nostro Paese e per rispondere a recenti Direttive di organismi internazionali in tema di sorveglianza e controllo delle IST è stato avviato, nel 2009, un sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica.

2.14. Malattie professionali

Le malattie professionali, pur rappresentando, secondo i dati dell’*International Labour Organization* (ILO), circa l’88% su base an-

nua degli eventi mortali legati al lavoro, risultano spesso sottovalutate nei loro effetti rispetto agli infortuni lavorativi, che concorrono complessivamente solo per circa il 12% alle morti annue per lavoro.

Nel nostro Paese, ma anche in generale in ambito europeo, l'incidenza delle malattie professionali risulta fortemente sottostimata per vari motivi, tra cui origini multifattoriali, lungo intervallo tra esposizione lavorativa ed esordio della malattia ecc., ma anche per motivi legati a una scarsa conoscenza e sensibilità nei confronti del fenomeno da parte dei molti medici, anche se tenuti alla denuncia delle malattie di probabile/possibile origine lavorativa.

Il PNP, per contrastare il fenomeno, ha previsto lo sviluppo di sistemi informativi per potenziare le capacità di registrazione, elaborazione e analisi delle informazioni sulle malattie professionali.

L'impegno a far emergere le malattie professionali misconosciute ha visto crescere costantemente negli ultimi anni il numero di denunce all'INAIL, mettendo in luce la diminuzione di malattie storicamente ai primi posti negli anni passati, come l'ipoacusia, e l'incremento delle "nuove" malattie, rappresentate soprattutto da malattie osteoarticolari e muscoloscheletriche, che complessivamente hanno riguardato il 56,1% delle denunce del 2012, seguite per lo stesso anno dal 12,1% di denunce di malattie del sistema nervoso.

Per i tumori maligni e in particolare per i tumori della pleura e del peritoneo, i dati derivanti dal progetto MALPROF mostrano che le fasce più colpite risultano quelle di età superiori ai 60 anni.

Relativamente ai settori produttivi, la maggior parte delle denunce di malattie professionali risulta concentrata nel settore dell'industria e dei servizi.

Parole chiave Malattia professionale, tumore professionale

2.15. Malattie infettive emergenti o riemergenti

Emergenze infettive come la SARS, la pandemia influenzale A/H1N1, il nuovo Coronavirus (Mers-Cov), l'influenza aviaria da virus

A/H7N9 e patologie riemergenti come la tubercolosi, l'HIV e le arbovirosi (Chikungunya, Dengue), hanno mostrato come sia importante la sorveglianza epidemiologica per monitorare i fenomeni e definire la migliore risposta a livello nazionale e internazionale. Qualsiasi malattia infettiva può diventare emergenza quando assume un carattere epidemico o quando viene percepita dalla popolazione come pericolosa e, a seconda che il microrganismo sia emergente o ri-emergente, le possibili cause e le misure di prevenzione da attuare possono essere diverse.

Sebbene il rischio di diffusione dei virus A/H7N9, A/H5N1 e Mers-Cov in Italia sia considerato basso, tali malattie hanno mostrato come sia necessario rafforzare le capacità di monitoraggio e risposta a livello nazionale e internazionale. Inoltre, con l'entrata in vigore nel 2013 della nuova Decisione della Commissione Europea (n. 1082/2013/EU), l'Italia è chiamata a sviluppare un piano generico di preparazione a serie minacce transfrontaliere per la salute sia di origine biologica (malattie infettive, resistenza agli antibiotici e infezioni nosocomiali, biotossine), sia di origine chimica, ambientale o sconosciuta e a minacce che potrebbero costituire un'emergenza sanitaria di carattere internazionale nell'ambito del Regolamento Sanitario Internazionale.

Parole chiave Malattie emergenti, malattie infettive, malattie riemergenti

2.16. Malattie oftalmologiche

Il progresso dell'oftalmologia ha portato a una riduzione dei soggetti destinati alla cecità, ma ha contemporaneamente incrementato il numero di quelli con residuo visivo parziale, insufficiente a garantire il mantenimento di una completa autonomia. Per programmare interventi di sanità pubblica, con il fine di tutelare e promuovere la salute oftalmologica, è importante concentrarsi sulle principali malattie oftalmologiche. Nella popolazione pediatrica i difetti oculari congeniti rappresentano oltre l'80% delle cause di cecità e ipovisione nei bambini fino a 5 anni di età e più del 60% sino al decimo anno. Non essendo nei LEA uno screening oftalmologico alla nascita, la diagnosi è spesso tardiva. Le

principali malattie oftalmologiche in età pediatrica sono: cataratta congenita, glaucoma congenito, retinoblastoma, retinopatia del prematuro e ambliopia. Nella popolazione adulta, invece, le malattie oftalmologiche di maggiore rilievo sono il glaucoma, la retinopatia diabetica e la degenerazione maculare senile. Il glaucoma è la seconda causa di cecità al mondo, curabile ma irreversibile con incidenza del 2,5-3% nella popolazione di etnia bianca sopra i 40 anni. La pressione intraoculare è il fattore di rischio più importante nello sviluppo e progressione del glaucoma e rappresenta l'unico parametro gestibile terapeuticamente. Nel nostro Paese ci sono oltre 2 milioni di persone affette da retinopatia diabetica: il paziente diabetico ha un rischio aumentato di 25 volte di diventare cieco rispetto alla popolazione generale. La degenerazione maculare legata all'età (DMLE) è la principale causa di perdita della capacità visiva e cecità nei soggetti di età superiore a 65 anni che vivono nelle aree economicamente sviluppate del mondo. Nella popolazione italiana di età superiore a 60 anni la DMLE ha una prevalenza del 62,7%. I fattori di rischio di DMLE sono l'età, il patrimonio genetico, le abitudini di vita (fumo di sigaretta e regime alimentare) e l'ambiente (inquinamento).

Parole chiave Ambliopia, cataratta congenita, degenerazione maculare senile, glaucoma, glaucoma congenito, retinoblastoma, retinopatia diabetica, retinopatia prematura, screening oftalmologico

2.17. Comorbidità

Il miglioramento complessivo delle condizioni di salute, l'aumento della sopravvivenza e il conseguente progressivo invecchiamento della popolazione fanno emergere le patologie cronico-degenerative come una priorità sanitaria, che rappresentano oggi le principali cause di morte, morbilità e di perdita di anni di vita in buona salute e sono spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo, imponendo anche una profonda modificazione dello scenario di cura e della presa in carico dei pazienti che ne sono affetti.

In Italia il 18% degli adulti, 18-69enni, riferisce almeno una diagnosi di patologia

cronico-degenerativa fra malattie cardio-cerebrovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, malattie croniche del fegato, cirrosi e insufficienza renale. Il 3% degli adulti (pari al 33% fra gli anziani ultra64enni) riferisce di essere affetto contemporaneamente da almeno due patologie croniche fra quelle citate; tale percentuale è maggiore fra gli uomini, fra i meno abbienti e istruiti, fra i residenti del Sud Italia. Le patologie più frequentemente associate fra loro sono le malattie respiratorie croniche con le malattie cardio-cerebrovascolari o con il diabete.

Le persone affette da malattie cardiovascolari, respiratorie croniche e diabete trarrebbero un rilevante giovamento per le loro condizioni di salute se eliminassero il consumo di alcol e tabacco, se adottassero un corretto stile alimentare e facessero attività fisica, anche solo moderata e compatibilmente con le loro condizioni; invece, la popolazione con comorbidità mantiene un profilo ad alto rischio per quanto riguarda questi fattori.

L'età di insorgenza e la frequenza con cui si constata la comorbidità delle patologie cronico-degenerative costituiscono un buon indicatore dell'efficacia della prevenzione e della promozione della salute; quando le strategie di prevenzione di queste patologie dovessero mostrarsi efficaci si osserverebbe uno spostamento in età più avanzata dell'insorgenza e conseguentemente della comorbidità. I sistemi di sorveglianza di popolazione consentono di monitorare la comorbidità ed evidenziare tempestivamente tali auspicati cambiamenti, nonché identificare gruppi di persone in condizioni di maggiore necessità di assistenza per meglio allocare le risorse disponibili.

Parole chiave Adulti, anziani, comorbidità, epidemiologia, patologie cronico-degenerative

3. Mortalità e disabilità dovute a cause esterne

3.1. Infortuni sul lavoro

L'evoluzione del quadro normativo riguardante la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro ha decisamente contribuito alla diffusione della cultura della sicurezza, enfatizzando il ruolo dell'informazione e della formazio-

ne, fattore determinante per il consolidamento del costante calo del numero di infortuni e di morti sul lavoro registrato negli ultimi anni.

I dati delle denunce di infortunio relativi al 2012, sia pure condizionati dal peso della crisi internazionale che ha comportato riduzione sia del numero degli occupati sia delle ore complessivamente lavorate, mostrano una contrazione del numero di denunce di infortuni e del numero dei morti sul lavoro, rispetto al precedente anno, pari al 9% e al 6%.

Sebbene percentualmente la riduzione degli infortuni per le lavoratrici sia risultata inferiore, essendosi ridotta mediamente del 5,1% con una riduzione per i lavoratori che ha raggiunto il 10,72% , per gli infortuni mortali le percentuali risultano invertite, essendo calati nel 2012 per le donne del 26,74% e per gli uomini del 2,84%.

Tra i settori più esposti a rischio di infortuni, il settore edilizia, con 48.319 denunce nell'anno 2012 e 157 decessi sul lavoro, si è confermato come il settore a maggiore rischio di infortuni, anche per quelli con esito mortale.

Il calo più significativo del fenomeno infortunistico ha interessato in particolare il comparto manifatturiero e le costruzioni, in misura minore i trasporti e il commercio; complessivamente il tasso infortunistico del nostro Paese è risultato essere in linea o poco al di sotto del tasso medio europeo.

Parole chiave Infortunio, infortunio mortale, tutela della sicurezza

3.2. Incidenti stradali

Gli incidenti stradali sono la prima causa di morte nelle età comprese tra i 15 e i 35 anni. Si stima che nei Paesi a economie avanzate i costi degli incidenti stradali ammontino all'1-3% del Prodotto Interno Lordo. In Italia, con un trend in discesa, nel 2012 sono morte in incidente stradale 3.653 persone (-5,4% sull'anno precedente e -44,7% su base decennale). Il trend in discesa è dovuto a molti fattori: per ridurre il numero e la gravità degli incidenti stradali ci vogliono programmi di prevenzione a lungo termine e interventi che incidano simultaneamente su più fattori di rischio.

In tale direzione si pone il Piano Mondiale di Prevenzione per la Sicurezza Stradale (PM-

PSS) – Dieci Anni di Azione per la Sicurezza Stradale 2011-2020 – rivolto a tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite (ONU), che fornisce le Linee guida per le buone pratiche nella lotta contro i principali fattori di rischio di incidente. Le campagne di sensibilizzazione della popolazione sono importanti per sostenere l'applicazione della normativa, permettendo di migliorare la conoscenza dei rischi e delle sanzioni delle infrazioni. La prevenzione degli incidenti stradali richiede un approccio multisettoriale e il coinvolgimento di numerose Istituzioni. La sanità pubblica gioca, tuttavia, un ruolo fondamentale. L'Italia deve mantenere l'obiettivo del dimezzamento del numero di morti nell'UE tra il 2010 e il 2020. Vi è urgenza di programmare interventi per: a) tutelare l'utenza debole e quella vulnerabile della strada (pedoni, ciclisti e utenti delle due ruote motorizzate), rendendo la mobilità (urbana in particolare) più sicura; b) proteggere i bambini trasportati su autoveicoli.

Il sistema SINIACA-IDB (progetto CCM attuato dall'ISS) permette di stimare in circa 1.013.700 l'anno i feriti in incidente stradale acceduti in pronto soccorso (56% maschi). Di questi il 46,1% nei maschi e il 42,0% nelle femmine hanno tra 15 e 34 anni d'età. La quota di ricovero ospedaliero sugli accessi in pronto soccorso è pari a circa il 7%; si stimano perciò circa 72.000 ricoveri all'anno per incidenti stradali in Italia.

Sull'utilizzo dei dispositivi di sicurezza, i sistemi attivi presso l'ISS Ulisse (studio osservazionale) e PASSI (con circa 37.000 interviste annue) mostrano un forte incremento nell'uso dei dispositivi di protezione e di sicurezza, incremento meno marcato per i dispositivi di sicurezza per bambini.

Parole chiave Incidenti stradali, ISS, Istat, ONU, PASSI, SINIACA, ULISSE

3.3. Incidenti domestici

Gli infortuni domestici e del tempo libero sono una categoria d'incidente caratterizzata da numerosità elevata e limitata tendenza alla riduzione. Riguardo alla morbosità, i dati italiani, UE, OMS e UNICEF evidenziano un più alto rischio per i bambini in età prescolare (< 6 anni). I dati europei e italiani, tra

cui i dati Istat, rilevano un maggiore rischio d'infortunio domestico, oltre che nei bambini, tra gli adulti di età > 65 anni. Nell'ultimo decennio controllo e prevenzione del fenomeno sono aumentati e sono stati attivati presso l'ISS due sistemi di sorveglianza che acquisiscono informazioni standard sui casi d'infortunio domestico rilevati da servizi ospedalieri: il sistema di monitoraggio degli accessi ai pronto soccorso (SINIACA-IDB); il Sistema Informativo Nazionale per la Sorveglianza delle Esposizioni Pericolose e delle Intossicazioni (SIN-SEPI) basato sui Centri Antiveneni. L'analisi sistematica dei dati rilevati da questi sistemi costituisce la principale base informativa per orientare interventi di prevenzione mirata e per valutarne le ricadute. Inoltre, la percezione del rischio nella popolazione generale viene investigata tramite il sistema PASSI e PASSI d'Argento, che fornisce anche un supporto per i consigli degli operatori sanitari per la loro prevenzione. Nel prossimo triennio le azioni di prevenzione saranno mirate a incidere su più fattori di rischio: migliorare l'ambiente abitativo; formare e informare i genitori e le figure con ruolo di assistenza familiare, anche mediante associazioni di categoria e personale del SSN; promuovere attività fisica moderata negli anziani per il mantenimento della capacità di equilibrio e coordinamento motorio; controllare le prescrizioni terapeutiche associabili a rischio di caduta (es. multiterapie, assunzione di farmaci psicotropi o antiaritmici); contrastare l'abuso di alcol e sostanze psicotrope; migliorare i servizi di assistenza sociale, sanitaria territoriale e domiciliare degli anziani, in particolare per quelli soli o in località remota; migliorare il sistema di emergenza-urgenza per l'assistenza e il trattamento del trauma; migliorare la sicurezza dei prodotti chimici di uso domestico cui risulta associata una più elevata frequenza di incidenti di gravità elevata/moderata.

Parole chiave Anziani, assistenza familiare, attività fisica, bambini, infortuni domestici, prodotti chimici di uso domestico, traumatismi

3.4. Suicidi

Secondo stime dell'OMS, ogni anno circa un milione di persone muore per suicidio nel

mondo. Fra i Paesi OCSE l'Italia registra uno dei più bassi livelli di mortalità per suicidio. La propensione al suicidio è maggiore tra la popolazione maschile, quasi 4 volte quella femminile, e cresce all'aumentare dell'età. La presenza di un disturbo psichiatrico e l'abuso di sostanze rappresentano i principali fattori di rischio nell'ideazione suicidaria.

Nord-Est e Nord-Ovest sono le ripartizioni con i livelli di mortalità per suicidio più alti, il Centro Italia e le Isole oscillano su valori prossimi alla media nazionale, mentre le Regioni del Sud presentano valori nettamente inferiori, fatta eccezione per la Sardegna, dove si riscontrano tassi particolarmente elevati, soprattutto tra gli uomini. A determinare la grande variabilità geografica dei tassi di suicidio contribuiscono fattori di tipo culturale, ambientale e socio-demografico. I suicidi di persone straniere presentano un tasso quasi doppio rispetto a quello degli italiani.

Tra i metodi più frequentemente utilizzati per attuare il suicidio vi sono l'impiccagione, la precipitazione, l'annegamento, le armi da fuoco, l'avvelenamento da farmaci, soprattutto nelle donne.

In termini di sanità pubblica il suicidio, oltre a causare la perdita di vite umane, è un atto che si ripercuote pesantemente sulla rete familiare e sociale del soggetto, con inevitabili conseguenze e costi sociali. Le azioni di prevenzione sono dunque prioritarie nell'ambito del contrasto ai comportamenti suicidari. Tra le azioni preventive di maggiore efficacia si annoverano l'individuazione e l'invio tempestivo del paziente a rischio. Un'indicazione programmatica importante riguarda, inoltre, la formazione dei medici di medicina generale (MMG), nonché di tutti gli altri attori coinvolti nella catena assistenziale (personale infermieristico, operatori sanitari e sociosanitari, Forze dell'ordine) e dei professionisti della comunicazione.

Nel 2012 l'OMS ha elaborato un documento che fornisce un quadro di riferimento per supportare i Governi nella definizione di strategie nazionali di prevenzione del suicidio.

Parole chiave Suicidio, prevenzione del suicidio, rischio suicidario

4. La salute attraverso le fasi della vita e in alcuni gruppi di popolazione

4.1. Salute materna e neonatale

La popolazione femminile residente in Italia nel 2013 è in lieve aumento rispetto all'anno precedente. Tale variazione è da attribuirsi esclusivamente all'aumento del numero delle donne straniere, che rappresentano il 7,6% del totale delle donne residenti.

Il numero delle donne in età riproduttiva conferma il trend decrescente già registrato da diversi anni. Continua a salire l'età media delle donne che si sottopongono a cicli di procreazione medicalmente assistita (PMA) e i dati relativi alle tecniche di PMA confermano in parte il trend degli anni precedenti: aumenta il numero di coppie trattate, i cicli iniziati e le gravidanze ottenute. Diminuisce il numero dei bambini nati vivi, si riducono significativamente i parti trigemini, aumenta la quota di gravidanze perse al follow-up. Il numero assoluto dei casi di abortività spontanea è diminuito lievemente rispetto all'anno precedente. L'età avanzata della donna risulta essere un fattore associato a un rischio di aborto spontaneo più elevato.

I dati rilevati dal flusso informativo CeDAP, relativi all'anno 2010, confermano un'eccessiva medicalizzazione e un sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche nella gravidanza fisiologica. Si fa un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica: il 37,5% dei parti avviene con taglio cesareo e le percentuali più elevate si registrano in Puglia, Campania e Sicilia. Il maggior numero dei parti avviene negli Istituti di cura pubblici. Il 67,9% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Il 7,1% dei parti ha luogo ancora in strutture che accolgono meno di 500 parti annui.

Uno studio condotto dall'OMS in 22 Paesi, tra cui l'Italia, indica che l'assunzione di farmaci interessa l'86% delle donne in gravidanza. Sussiste ancora la percezione erronea di un principio di causa-effetto tra l'uso di un farmaco e la comparsa di effetti teratogeni sul feto. Nel biennio 2012-2013, l'AIFA, in collaborazione con le Università degli Studi di Ancona, Padova e Siena e con i massimi esperti del settore, ha proceduto alla revisione della principale letteratura scientifica internazionale sull'efficacia e

la sicurezza delle terapie farmacologiche nella donna in gravidanza e in allattamento.

Le morti materne, sottostimate nel nostro Paese così come in diversi Paesi socialmente avanzati, potrebbero essere evitate nel 50% dei casi circa, grazie al miglioramento degli standard assistenziali.

Le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), nel 2012, sono ancora in diminuzione (meno 4,9%), così come pure il tasso di natalità che, nel 2012, è stato pari a 8,9 nascite per 1.000 abitanti, con un totale di 534.186 nati vivi (meno 12.000 rispetto al 2011).

Il tasso di mortalità infantile nel 2011 è stato di 2,9 bambini ogni 1.000 nati vivi, per quanto riguarda i bambini residenti italiani. La nascita di neonati con segni clinici o anamnestici indicativi di patologie fetali e neonatali che richiedono ricovero neonatale in UTIN (Unità di Terapia Intensiva Neonatale) deve essere garantita in centri nascita dotati di UTIN, che nel 2012 in Italia sono 136, con un bacino d'utenza inferiore ai 4.000 nati vivi.

4.2. Salute infantile e dell'adolescente

Il diritto di godere del miglior stato di salute possibile e di poter accedere a cure sanitarie appropriate è essenziale in tutte le fasi della vita, in particolare nell'età evolutiva. I livelli di mortalità infantile nel nostro Paese si confermano tra i più bassi del mondo e la loro analisi consente di fornire indicazioni per proseguire con ulteriori interventi di prevenzione in linea con quelli del Progetto Obiettivo materno-infantile e ripresi nel PSN e nel PNP. Per fornire ai neo-genitori gli strumenti per promuovere la salute del loro bambino e per una maggiore consapevolezza delle loro risorse, è stato promosso dal Ministero della salute il Progetto nazionale "GenitoriPiù", poi inserito nel Programma nazionale "Guadagnare Salute" e nel "Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012".

Per quanto riguarda l'impiego dei farmaci nei bambini, l'AIFA ha istituito uno specifico Gruppo di lavoro per aggiornare costantemente gli indirizzi prescrittivi e promuovere gli studi clinici in ambito pediatrico.

Nella fascia d'età 0-14 anni si registra almeno una malattia cronica nel 7,7% dei bambini, mentre a soffrire di due o più malattie croni-

che è solamente l'1,4%. Entrambi i fenomeni sono in diminuzione rispetto agli anni precedenti. Per quanto riguarda i ricoveri pediatrici, nel 2012 si conferma la riduzione dei tassi di ospedalizzazione per i minori di 18 anni.

I tumori rappresentano la causa di morte tra 1 e 14 anni nel 31,3% dei decessi.

La diffusione di stili di vita non salutari tra bambini e adolescenti rappresenta una sfida rilevante per la sanità pubblica, in quanto predittori di future condizioni di salute sfavorevoli, vista l'alta prevalenza delle malattie cronico-degenerative. A questo scopo il Ministero della salute ha attivato programmi dedicati agli adolescenti, quali "Guadagnare Salute in adolescenza", e ha promosso lo studio "HBSC – *Health Behaviour in School-aged Children*".

Infine, per rispondere con qualità e sicurezza ai bisogni di assistenza e cura di bambini e adolescenti e favorire un uso appropriato delle risorse, sono in corso di elaborazione le "Linee di indirizzo relative alla promozione e al miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale".

4.3. Salute della popolazione anziana

Nella prima sezione si descrive la situazione demografica generale della popolazione italiana, con particolare rilievo per le fasce di età oltre i 64 anni. In questo ambito sono considerati nel dettaglio due indicatori, l'"indice di vecchiaia" e l'"indice di dipendenza strutturale" che misurano, rispettivamente, lo squilibrio tra la popolazione anziana e la popolazione in età giovanile e il carico sociale sulla popolazione in età attiva. Il confronto con gli altri Paesi europei colloca l'Italia tra quelli con un'aspettativa di vita tra le più alte al mondo e quindi con una platea di anziani molto numerosa e che andrà accrescendosi progressivamente negli anni a venire. Ne deriva la necessità di mettere in atto dei sistemi di sorveglianza della popolazione anziana, con il duplice obiettivo di migliorarne la qualità di vita, la salute e la partecipazione attiva alla società e nel contempo studiare gli strumenti più efficaci per il sostegno sanitario, sociale ed economico che la sfida demografica richiede.

Nella seconda sezione vengono riportati i dati più significativi del sistema di sorveglianza "PASSI d'Argento", che fornisce una panoramica sulle fragilità e sui fattori di rischio comportamentali, con un rilievo particolare sull'uso dei farmaci nella popolazione anziana.

Infine, nella terza e ultima sezione viene esaminato il carico di malattie croniche nella popolazione anziana e si sottolinea la necessità di intervenire con misure di prevenzione individuale e collettiva, tenendo conto anche dell'influenza dei determinanti sociali ed economici, per un'azione finalizzata al raggiungimento dell'obiettivo condiviso con l'Europa per il 2020 di ridurre di almeno 2 anni la disabilità che accompagna gli ultimi 10-15 anni di vita dei nostri anziani.

Si fa inoltre di nuovo riferimento all'importanza di un sistema coordinato e integrato di sorveglianza.

Parole chiave Determinanti sociali ed economici, indice di dipendenza strutturale, indice di vecchiaia, Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento

4.4. Salute degli immigrati

La popolazione straniera residente in Italia nel 2013 è stimata in 4.900.000 (8,2%). Tra il 2003 e il 2009 la mortalità standardizzata per età (18-64 anni) è stata in calo e inferiore a quella della popolazione italiana per tutte le principali cause, tranne che per le cause esterne di morbosità e mortalità (che includono i decessi legati agli infortuni sul lavoro).

La mortalità neonatale e infantile dei Paesi africani e asiatici è superiore a quella degli italiani, più elevata nel Sud rispetto alla media nazionale. L'ospedalizzazione da parte degli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) è inferiore rispetto alla popolazione italiana, specialmente tra gli uomini. Fanno eccezione i ricoveri per malattie infettive parassitarie e i ricoveri per complicazioni della gravidanza, parto e puerperio.

Nel 2012 il 15% dei nati aveva entrambi i genitori stranieri, il 20% almeno un genitore straniero (107.000). Le donne straniere hanno peggiori indicatori di assistenza in gravidanza e maggiori difficoltà a proseguire con l'allattamento al seno.