

la dei Centri clinici per le Malattie Sessualmente Trasmesse. La Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmesse basata su una Rete di centri clinici compie 21 anni (1991-2001). Not Ist Super Sanità 2013; 26: 3-9

Salfa MC, Regine V, Ferri M, Suligoi B; Rete Sentinella dei Laboratori per le Infezioni Sessualmente Trasmesse. La Sorveglianza delle Infezioni Sessualmente Trasmesse basata su una Rete di laboratori: 39 mesi di attività. Not Ist Super Sanità 2012; 25: 7-11

2.14. Malattie professionali

2.14.1. Quadro programmatico

Le malattie professionali rivestono particolare interesse nell'area della prevenzione a causa dell'elevato costo economico e sociale e per il loro peso sulla cosiddetta mortalità evitabile, peso che può essere sicuramente ridotto con un'adeguata prevenzione. Secondo i recenti dati dell'*International Labour Organization* (ILO), contenuti nel rapporto del 28 aprile 2013, da cui è tratta la *Figura 2.20*, il peso delle malattie professionali, in termini di vite umane stroncate, è spesso sottovalutato rispetto agli infortuni, pur rappresentando, tra le morti attribuibili a motivi lavorativi a livello mondiale, circa l'88% su base annua degli eventi mortali complessivi, mentre solo il restante 12% delle morti risulta attribuibile a infortuni sul lavoro.

La vigente normativa nazionale prevede che siano denunciate all'INAIL le malattie pro-

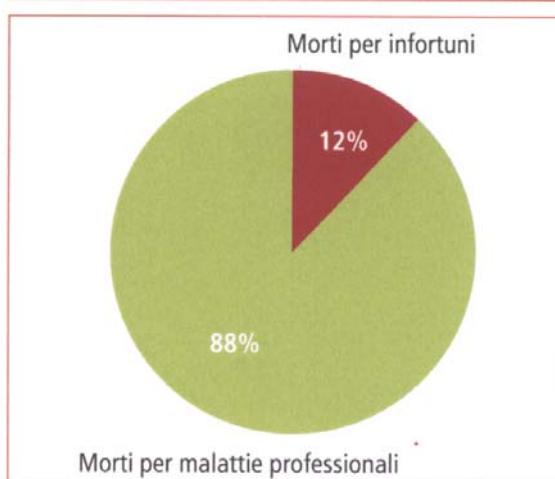
fessionali comprese nelle tabelle indicate al decreto del Ministero del lavoro e della previdenza sociale del 9 aprile 2008 (nuove tabelle delle malattie professionali), nonché le malattie (cosiddette non tabellate) delle quali sia comunque possibile provare, a fini assicurativi, l'origine lavorativa da parte del lavoratore. Per finalità statistico-epidemiologiche, in Italia è inoltre previsto per i medici l'obbligo di segnalazione all'INAIL delle malattie comprese negli elenchi di probabile/possibile origine lavorativa, annessi al decreto del Ministero del lavoro e della previdenza sociale del 14 gennaio 2008, aggiornate dal DM 11 dicembre 2009.

Pur in presenza di tali previsioni normative, i dati relativi al fenomeno delle malattie professionali restano fortemente sottostimati per vari motivi, tra cui, non secondaria, una scarsa sensibilità nei confronti del fenomeno da parte di molti sanitari, che spesso nell'effettuare una diagnosi omettono di svolgere un'adeguata anamnesi lavorativa a causa dell'eziologia multifattoriale della patologia, per la mancata conoscenza dei rischi espositivi presenti in determinati settori lavorativi o per il lungo arco temporale intercorso tra esposizione lavorativa e manifestarsi della malattia.

La sottostima delle malattie professionali non rappresenta un fenomeno solo nazionale; già da diversi anni la Commissione Europea, con la raccomandazione 2003/670/CE, ha evidenziato che tale sottostima risulta generalizzata e riguarda l'intero ambito europeo.

Per contrastare il fenomeno, il PNP 2010-2012, esteso a tutto il 2013, ha previsto come obiettivo strategico lo sviluppo di sistemi informativi per potenziare al massimo le capacità di registrazione, elaborazione e analisi delle informazioni sulle malattie professionali, al

Figura 2.20. Morti per infortuni e per malattie professionali.



Fonte: ILO 2013.

fine di meglio individuare e contrastare i fattori di rischio.

Nel 2012, il Ministero della salute, in collaborazione con Ministero del lavoro, Regioni e INAIL, ha avviato uno specifico piano di prevenzione, supportato da una Campagna nazionale di informazione, che ha avuto inizio nel mese di giugno, sulle patologie muscolo-scheletriche e sulle malattie respiratorie nei settori dei trasporti, dell'agricoltura e della grande distribuzione, che ha dato luogo sul territorio a momenti di approfondimento, giornate di informazione e formazione, finalizzate alla sensibilizzazione di medici, datori di lavoro e degli stessi lavoratori. Appare logico desumere, dai dati riportati nella Relazione INAIL 2013, che il risultato pratico di tale impegno programmatico si sia tradotto in una sostanziale stabilizzazione dell'aumento delle denunce di malattie professionali, pur in presenza del perdurare della crisi economica, che ha comportato un'ulteriore riduzione degli occupati e del numero di ore lavorate nel biennio 2012-2013, dal momento che nel 2012 è stato registrato uno scarto di circa un migliaio di denunce rispetto al precedente anno, con una crescita delle denunce di quasi il 51% rispetto al 2008.

2.14.2. Rappresentazione dei dati

Dai dati rilevabili nell'ultimo rapporto annuale INAIL, presentato nel 2013, le denunce di malattie professionali pervenute entro il

30 aprile 2013 risultano essere state in totale 47.417, di cui 33.359, pari al 70,4% del totale, hanno riguardato lavoratori, mentre il restante 29,6%, pari a 14.028 denunce, ha interessato lavoratrici.

La maggior parte delle denunce pervenute (39.057) ha riguardato il settore dell'industria e dei servizi, mentre il settore statale è stato interessato complessivamente da 499 denunce di malattie professionali.

Nel settore dell'agricoltura, per l'anno 2012 si sono registrate 7.861 denunce di malattie professionali, come riportato dalla *Tabella 2.24* tratta da fonte INAIL modificata.

Per le neoplasie dovute a esposizione lavorativa a sostanze cancerogene, le denunce di patologie tumorali registrate nel 2012 sono state complessivamente 2.552, pari al 5,4% del totale delle denunce pervenute per tale anno.

2.14.3. Esposizione e valutazione critica dei dati

I dati riferiti alle specifiche malattie denunciate all'INAIL nel 2012 mostrano che l'ipoacusia, malattia professionale storicamente prevalente, continua a permanere tra i primi posti tra le malattie più diffuse in tutti i settori produttivi, sebbene con un trend costantemente in diminuzione; in particolare nell'anno sono state inviate per ipoacusia complessivamente 4.933 denunce, pari al 10,4% del totale.

Anche per le malattie respiratorie può esse-

Tabella 2.24. Denunce di malattie professionali per gestione, genere e anno di protocollo

Gestione	Genere	2010	2011	2012
Industria e servizi	Maschi	27.041	28.790	28.356
	Femmine	10.148	10.935	10.701
Totale		37.189	39.725	39.057
Agricoltura	Maschi	3.838	4.931	4.794
	Femmine	2.649	3.258	3.067
Totale		6.487	8.189	7.861
Per conto dello Stato	Maschi	245	244	209
	Femmine	233	300	290
Totale		478	544	499

Fonte: INAIL 2013.

re registrata per lo stesso periodo una lieve flessione, essendo tali patologie (con 3.290 denunce complessive) passate dal 7,50% del 2011 al 6,9% nel 2012.

Le denunce di malattie del sistema nervoso (G00-G99 della classificazione ICD-10) risultano posizionate per numero al secondo posto, con una percentuale del 12,1% rispetto al numero complessivo, mentre al primo posto permangono decisamente le malattie osteoarticolari e muscolo-tendinee, che assommano al 56,1% del totale delle denunce trasmesse all'INAIL per il 2012.

La preminenza delle malattie osteoarticolari e muscolo-scheletriche tra le malattie professionali denunciate risulta confermata anche per altri Paesi UE, in cui tali patologie rappresentano ugualmente il problema sanitario più comune legato al lavoro, come si evince dai dati comunicati in occasione della Giornata mondiale della salute e della sicurezza sul lavoro del 28 aprile 2013, organizzata dall'ILO, secondo i quali, per esempio in Gran Bretagna, nel periodo 2001-2012 ben il 40% di tutti i casi di malattia lavorativa risulta imputabile a malattie muscolo-tendinee e osteoarticolari. Per le malattie asbesto-correlate, emerge dai dati INAIL che, relativamente al 2012, sono stati riconosciuti circa 1.540 casi, di cui 739 hanno riguardato tumori (mesoteliomi, tumori del polmone, tumore maligno dell'ovaio, della laringe, del retroperitoneo e peritoneo) e circa 800 malattie del sistema respiratorio (placche pleuriche, pneumoconiosi, versamenti pleurici non classificati altrove), con un totale complessivo di 348 casi di riconoscimento per esiti mortali.

Per disporre di una visione maggiormente ampia sul fenomeno delle malattie professionali, svincolata dalle finalità di tutela assicurativa, è stato avviato nel 2007 dal Ministero della salute il progetto MALPROF, per analizzare il nesso causale tra patologia e attività lavorativa, con raccolta e registrazione di tutte le malattie segnalate come correlate al lavoro da parte dei Servizi di prevenzione delle ASL. I dati dell'ultimo rapporto pubblicato nel 2012, relativo ai dati del biennio 2009-2010, hanno mostrato che le malattie muscolo-scheletriche (escluse le malattie della colonna vertebrale) e la sordità da rumore ri-

sultano concentrate maggiormente nella classe di età compresa tra 50 e 59 anni, mentre le malattie del rachide risultano maggiormente diffuse nella classe di età compresa tra 30 e 49 anni; per i tumori maligni (in particolare della pleura e del peritoneo), la classe di età maggiormente colpita risulta essere quella con età superiore ai 60 anni.

I dati, non ancora definitivi, del biennio 2011-2012, ancora in via di elaborazione per la stesura del VII Rapporto MALPROF, confermerebbero che le patologie più frequentemente riscontrate risultano le malattie muscolo-scheletriche (circa il 25,5%, escluso il tratto del rachide), le sordità da rumore (circa il 21,8%), le malattie del rachide (circa il 21,3%), le sindromi del tunnel carpale (circa il 12,3%) e i tumori maligni della pleura e del peritoneo (circa il 4,4%), con conferma dell'aumento delle malattie muscolo-scheletriche, delle malattie del rachide e della tendenza alla riduzione delle sordità da rumore, delle sindromi del tunnel carpale e dei tumori maligni della pleura e del peritoneo, risultati stabili nell'arco dei due ultimi bienni.

In merito alle differenze tra uomini e donne, le segnalazioni che riguardano le donne mostrerebbero che nell'86-89% circa dei casi i problemi di salute segnalati per le lavoratrici sono riferibili alle malattie muscolo-scheletriche, alle sindromi del tunnel carpale, alle malattie del rachide. Per gli uomini, invece, le segnalazioni del 2011 hanno riguardato le sordità da rumore (circa il 30,6%), le malattie del rachide (circa 22,3%) e le malattie muscolo-scheletriche escluso il tratto del rachide (circa il 18,9%), con una riduzione nel 2012 delle sordità da rumore a circa il 26,0% e una crescita delle altre due classi di malattia rispettivamente a circa il 24,7% e il 22,4%.

Relativamente alla diversa distribuzione delle denunce nei diversi settori, dai dati INAIL risulta che la maggior parte delle stesse è concentrata nel settore industria e servizi.

In relazione alle differenze di genere, nel 2012 per i maschi si è registrato un leggero aumento delle denunce delle malattie professionali, passate dal 70,1% del 2011 al 70,4% del 2012, mentre per le donne è stata registrata una lieve riduzione percentuale, essen-

do le denunce di malattia diminuite di circa lo 0,3% nello stesso periodo.

I lavoratori stranieri per i quali è stata denunciata una malattia professionale relativamente al 2012 rappresentano circa il 6,0% del totale, con complessivamente 2.976 denunce, di cui 962 riguardanti donne e 2.014 uomini. Relativamente ai Paesi di nascita, per le lavoratrici 640 risultano nate in Paesi extraeuropei e 342 in Paesi dell'area dell'UE, per i lavoratori 446 risultano nati in Paesi europei, mentre 1.538 risultano nati in Paesi extra-UE.

I cambiamenti avvenuti negli ultimi anni, riguardanti lo scenario produttivo e l'organizzazione del lavoro, con l'introduzione di nuove tecnologie (nanotecnologie, biotecnologie ecc.), che espongono a rischi lavorativi nuovi

e sconosciuti, con comparsa di nuove malattie professionali, come evidenziato nella Giornata mondiale della salute e della sicurezza sul lavoro tenutasi il 28 aprile 2013, in cui è stata giustamente sottolineata l'importanza della sorveglianza sanitaria, rendono particolarmente prezioso il contributo informativo che può essere dato dai medici competenti, attraverso la trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, trasmissione che è stata attivata nel 2013, sia pure in via sperimentale, utilizzando l'allegato 3B del D.Lgs. 81/2008.

Bibliografia essenziale

INAIL Rapporto annuale, Anno 2013

MALPROF. Sesto rapporto sulle malattie professionali

2.15. Malattie infettive emergenti o riemergenti

2.15.1. Quadro programmatico

Emergenze infettive come la SARS (*severe acute respiratory syndrome*) [2003], la pandemia influenzale A/H1N1 (2009), il nuovo Coronavirus (Mers-Cov, 2012), l'influenza aviaria da virus A/H7N9 (2013) 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. Le cause dell'emergere o ri-emergere dei microrganismi possono essere numerose: mutazioni genetiche, cambiamenti nel serbatoio dell'infezione, nei vettori competenti, nel comportamento dell'uomo (come la velocità degli spostamenti aerei e l'urbanizzazione) e nell'ambiente. In aggiunta, tutti questi fattori possono interagire insieme e creare le condizioni perché un microrganismo possa evolvere acquistando così la capacità di raggiungere l'ospite e di adattarsi e diffondersi molto più facilmente nell'uomo.

A seconda che il microrganismo sia emergente o ri-emergente, le possibili cause e le misure di prevenzione da attuare possono es-

sere diverse. Qualsiasi malattia infettiva può diventare emergenza quando assume un carattere epidemico o quando viene percepita dalla popolazione come pericolosa, e a seconda della rilevanza (in termini di diffusione geografica e severità) della malattia il Ministero della salute, in collaborazione con l'ISS e con le Regioni, pubblica raccomandazioni per la sorveglianza e la gestione di tali eventi.

2.15.2. Rappresentazione dei dati

Nel corso del 2012 e del 2013 si sono verificati a livello internazionale numerosi episodi epidemici causati da malattie emergenti e riemergenti (influenza aviaria da virus A/H5N1, A/H7N9 e A/H10N8; nuovo Coronavirus, Mers-Cov; Chikungunya, Dengue). In particolare, l'influenza aviaria da virus A/H7N9 e il Mers-Cov hanno causato preoccupazione, a livello internazionale, per il crescente numero di casi umani di malattia segnalati (soprattutto in Cina per il primo e in Medio Oriente per il secondo) e per il rischio di importazione della malattia (casi confermati di Mers-Cov in soggetti provenienti dal Medio Oriente sono

stati segnalati in Francia, Germania, Tunisia, Regno Unito e Italia). A seguito di tali emergenze, il 16 maggio 2013, il Ministero della salute, in collaborazione con l'ISS, ha pubblicato due Circolari per la sorveglianza dell'influenza aviaria da virus A/H7N9 e per il Mers-Cov. Alla fine di maggio 2013, subito dopo la pubblicazione della Circolare, un caso di malattia da Mers-Cov è stato confermato in Italia, in un uomo di 45 anni, ritornato da un soggiorno in Giordania di 40 giorni e che al ricovero presentava sintomi di febbre alta, tosse e segni di insufficienza respiratoria. Due contatti stretti del caso sono stati classificati come casi probabili.

Nonostante l'emergere di questi due nuovi virus, anche l'influenza aviaria da virus A/H5N1 continua a circolare diffusamente tra gli uccelli selvatici, che rappresentano il principale serbatoio.

Dal 2003 al 2013 l'OMS ha segnalato 649 casi nell'uomo in tutto il mondo, 385 dei quali sono deceduti. In Italia, a seguito dei primi casi di infezione da virus A/H5N1 in alcuni cigni migratori, il Ministero della salute ha emanato una serie di indicazioni e raccomandazioni per sorvegliare la malattia e prevenire la sua diffusione dagli uccelli selvatici agli allevamenti di volatili domestici e ad altri volatili in cattività e ha sviluppato nel 2006 un "Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale". Infatti, l'influenza aviaria ha rappresentato e continua a rappresentare una malattia emergente con un forte potenziale pandemico.

Inoltre, nell'agosto 2013 si è verificato nella Regione Emilia-Romagna un episodio epidemico di influenza aviaria sostenuta dal virus A/H7N7, che ha coinvolto diversi allevamenti di polli o tacchini localizzati a Ostellato (Ferrara), Mordano (Bologna), Portomaggiore (Ferrara), Bondeno (Ferrara). Tra i lavoratori esposti negli allevamenti sono state intensificate le attività di sorveglianza e sono stati identificati 3 casi di malattia lieve (congiuntivite in tutti e 3 e in 1 caso anche febbre e brividi).

Tra le malattie infettive ri-emergenti vi è la tubercolosi (TBC), una patologia che si credeva destinata a scomparire, ma che invece rappresenta una problematica attuale, soprattutto tra i gruppi vulnerabili della popo-

lazione, come i migranti e le persone sieropositive all'HIV.

La TBC è una malattia infettiva, contagiosa, a decorso cronico, conosciuta fin dall'antichità. Nei Paesi occidentali la TBC ha iniziato a diminuire alla fine del XIX secolo, sia per l'isolamento dei malati contagiosi nei sanatori, sia per il diffuso miglioramento delle condizioni di vita della popolazione. Grazie poi alla terapia antitubercolare, la mortalità e, più gradualmente, l'incidenza si sono notevolmente ridotte. All'inizio degli anni Ottanta, la TBC sembrava essere nei Paesi Occidentali sulla strada dell'eradicazione definitiva e almeno sotto controllo nei Paesi in via di sviluppo. Tuttavia, nel decennio successivo si è invece riaffacciata in tutto il mondo, come una vera e propria minaccia per l'uomo. Nel 1993, l'OMS ha dichiarato la TBC "un'emergenza mondiale".

Attualmente un terzo della popolazione mondiale è affetto da TBC; ogni anno si registrano più di 9 milioni di nuovi casi e 2 milioni di decessi e, secondo alcune stime, si manifestano oltre 400.000 casi di TBC resistente ai farmaci.

L'incidenza della TBC nel nostro Paese è in costante diminuzione: a metà del secolo scorso, infatti, era almeno 4 volte più elevata (nel 1955 si registravano circa 25 casi ogni 100.000 abitanti). Nell'ultimo decennio tale flessione è stata più lenta, ma egualmente costante: tra il 1998 e il 2011 (anno per il quale si dispone di dati definitivi e consolidati) l'incidenza ha registrato ancora una lieve flessione, passando da 8,3 casi/100.000 abitanti (dell'anno 1998) a 7,3 casi/100.000 abitanti (nell'anno 2011).

Nel 2011 sono stati notificati al Sistema nazionale di notifica del Ministero della salute 4.453 casi di TBC, con un'incidenza pari a 7,3 casi per 100.000 abitanti; ciò pone l'Italia al di sotto del limite che definisce la classificazione di Paese a bassa prevalenza (inferiore a 10 casi per 100.000 abitanti).

A livello territoriale esistono significative differenze tra ripartizioni geografiche del Paese: a Nord, nell'ultimo decennio, si sono registrate incidenze che più volte hanno superato i 10 casi/100.000 abitanti, mentre al Sud/Isole si sono registrate, nello stesso periodo,

Figura 2.21. Andamento dei casi confermati di Chikungunya e Dengue importati in Italia. Analisi per mese e anno di insorgenza dei sintomi (Anni 2012-2013).



Fonte: CNESPS, ISS – Anni 2012-2013.

incidenze decisamente più basse (sempre sotto ai 5 casi/100.000 abitanti).

Inoltre, la maggior parte dei casi si concentra in alcuni gruppi a rischio (immigrati) e vulnerabili; oltre il 50% dei casi notificati nell'anno 2011 si è registrato tra le persone nate all'estero e tale percentuale ha registrato, nel periodo esaminato, un costante aumento (nel 1998 era solo del 17%).

In mancanza di dati di incidenza, i dati percentuali riportati devono essere considerati una rappresentazione solo indicativa e descrittiva del fenomeno.

Negli ultimi anni, inoltre, si è registrato anche in Italia un lento ma progressivo aumento delle resistenze ai farmaci antituberculari, che in Italia si attesta, nel 2011, al 3,2%, pari a 81 casi di MDR-TB su 2.542 pazienti analizzati.

Da alcuni decenni fattori collegati a cambiamenti climatici e a fenomeni legati alla globalizzazione hanno portato all'aumento dei viaggi a scopo turistico, professionale o di scambi commerciali, determinando l'introduzione di microrganismi responsabili di malattie ri-emergenti e l'importazione e la riproduzione di nuove specie di vettori (es. zanzare del genere *Aedes Albopictus*) provenienti da Paesi "esotici". Questa situazione, insieme ad altri fattori rilevanti (flussi migratori di alcune specie di uccelli serbatoi di alcune malattie e acquisizione di competenza da parte di alcuni vettori per microrganismi patogeni), ha determinato, anche in Italia, l'aumento del rischio di introduzione

e di trasmissione autoctona di alcune malattie trasmesse da vettori come la Dengue e la Chikungunya. Infatti, a causa dell'incremento del turismo verso aree endemiche sono stati segnalati numerosi casi importati di Chikungunya da aree tropicali che talvolta hanno dato luogo a epidemie a trasmissione autoctona quale quella occorsa in Emilia Romagna nel 2007.

Dal 2011, sia Dengue sia Chikungunya sono sottoposte a un sistema di sorveglianza speciale predisposto dal Ministero della salute in collaborazione con l'ISS, che prevede la sorveglianza dei casi autoctoni nel periodo di attività dei vettori (giugno-novembre) e dei casi importati tutto l'anno. Nel 2012 e nel 2013 sono stati confermati, rispettivamente, 79 (74 Dengue e 5 Chikungunya) e 125 (123 Dengue e 2 Chikungunya) casi importati di malattia (Figura 2.21).

I pazienti con età media pari a 36,5 anni (DS +15,0) nel 2012 e a 35,8 anni (DS +13,1) nel 2013 avevano viaggiato nei 15 giorni prima dell'insorgenza dei sintomi in Asia, America Latina, Africa e Australia. Le segnalazioni sono pervenute da 8 Regioni nel 2012 e da 9 nel 2013 (Tabella 2.25).

2.15.3. Esposizione e valutazione critica dei fenomeni rappresentati dai dati

I dati presentati evidenziano l'effettivo rischio di introduzione e diffusione di ma-

Tabella 2.25. Casi confermati di Chikungunya e Dengue importati in Italia. Analisi per Regione e Provincia Autonoma di residenza e anno di insorgenza dei sintomi (Anni 2012-2013)

Regione	2012		2013	
	Chikungunya	Dengue	Chikungunya	Dengue
Piemonte	—	5	—	13
Lombardia	—	23	1	37
PA di Trento	—	—	—	1
Veneto	5	9	—	11
Emilia Romagna	—	11	1	24
Toscana	—	10	—	9
Umbria	—	1	—	—
Marche	—	1	—	—
Lazio	—	14		23
Puglia	—	—	—	4
Sicilia	—	—	—	1
Totale	5	74	2	123

Fonte: CNESPS, ISS – Anni 2012-2013.

lattie sconosciute o ormai dimenticate sul territorio nazionale. Inoltre, mostrano come nel 2012 e 2013 si sia osservato un incremento importante del numero dei casi importati di Dengue in Italia dovuto principalmente a una recrudescenza della malattia in aree endemiche. Anche se non si sono registrati casi autoctoni in Italia, appare evidente che, in considerazione della presenza sul territorio nazionale di specie di zanzare che possono fungere da vettore, anche la presenza di casi importati deve essere attentamente valutata in un’ottica di salute pubblica.

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. Lo sviluppo di sistemi in grado di identificare tempestivamente possibili emergenze infettive, la capacità di valutare il rischio a esse associato e la disponibilità di piani aggiornati di preparazione e risposta intersettoriali, sia generici sia specifici per patologia infettiva, sono alcuni dei pilastri necessari per una risposta di sanità pubblica efficace. Inoltre, con l’entrata in vigore nel 2013 della nuova Decisio-

ne della Commissione Europea (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, biossine), 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.

Bibliografia essenziale

Ministero della salute. Circolare “Infezione da nuovo Coronavirus”. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1054. Ultima consultazione: agosto 2014

Ministero della salute. Circolare “Infezione da virus influenzale A(H7N9) nell’uomo” <http://www.trovarenorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=46037>. Ultima consultazione: agosto 2014

Ministero della salute. “Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease - 2013”. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=817&area=Malattie%20infettive&menu=altreMalattie. Ultima consultazione: agosto 2014

2.16. Malattie oftalmologiche

2.16.1. Quadro programmatico

L'aumento del numero di soggetti ipovedenti ha determinato, in questi ultimi anni, un rinnovato interesse scientifico e istituzionale nei riguardi delle problematiche dell'ipovisione. 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. Una migliore assistenza neonatologica e l'incremento della vita media hanno aumentato la prevalenza sia di patologie legate alla prematurità sia di patologie degenerative maculari, inducendo il servizio sanitario, al fine di garantire la promozione e la tutela della salute oftalmologica, a organizzare interventi di tipo preventivo, terapeutico e riabilitativo. Per programmare interventi di sanità pubblica, con il fine di tutelare e promuovere la salute oftalmologica, è importante concentrarsi sulle principali malattie oftalmologiche.

Secondo le stime dell'OMS, nel 2010 in tutto il mondo vi erano 285 milioni di persone affette da deficit visivi, di cui 39 milioni non vedenti. Secondo questi dati l'80% dei deficit visivi, cecità inclusa, è evitabile e per questo rivestono particolare importanza gli interventi di prevenzione e di riabilitazione.

I deficit visivi sono più frequenti nelle fasce di età più elevate. Nel 2010, l'82% delle persone non vedenti e il 65% di quelle affette da cecità totale o parziale erano ultracentenari.

2.16.2. Rappresentazione dei dati

Le malattie oftalmologiche sono congenite o acquisite. Per le malattie congenite la *Tabella 2.26* riporta le principali malattie oftalmologiche genetiche con i relativi geni coinvolti. La *Tabella 2.27* riporta le principali cause di cecità e ipovisione nel mondo su 285 milioni di disabili visivi (dati OMS 2010).

Tabella 2.26. Malattie oftalmologiche genetiche

Malattie oftalmologiche genetiche	Principali geni responsabili
Amaurosi congenita di Leber	RPE65, AIPL1, GUCY2D, CEP290, CRB1, RPGRIP1
Malattia di Stargardt	ABCA4
Retinite pigmentosa	RHO, RP1, TULP1, PDE6B, RP2, RPGR
Sindrome di Usher	MYO7A, CDH23, USH2A
Albinismo oculo-cutaneo	TYR, OCA2, TYRP1 e MATP
Coroideremia	CHM1
Retinoblastoma	RB1
Glaucoma congenito	CYP1B1
Neurite ottica di Leber	LHON

Fonte: Goodwin P. *Curr Opin Ophthalmol* 2008; 19: 255-62.

Tabella 2.27. Cause di cecità nel mondo su 285 milioni di disabili visivi

Cause	Percentuale
Retinopatia diabetica	2,0
Tracoma	4,0
Cecità infantile	4,0
Degenerazione maculare	6,0
Glaucoma	9,0
Cataratta	53,0
Altre cause	22,0

Fonte: OMS – Anno 2010.

2.16.3. Esposizione e valutazione critica dei fenomeni rappresentati dai dati

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 essendoci nei LEA uno screening oftalmologico alla nascita, la diagnosi è spesso tardiva. Le cause possono essere divise in due grandi ordini: fattori genetici (anomalie primarie o congenite fra il 20% e il 50%) e fattori ambientali (anomalie secondarie o connatali). Tra i fattori ambientali figurano le noxae che agiscono in un determinato momento del periodo gestazionale. I fatto-

ri infettivi rivestono particolare importanza (embriopatia rubeolica, embriopatia da citomegalovirus, embryo-fetopatia da toxoplasma). La cataratta congenita presente ogni 1.600-2.000 nati è responsabile di circa il 15% di cecità infantile, bilaterale in circa i due terzi dei casi. Il glaucoma congenito, sindrome complessa e grave di natura malformativa, relativamente rara, colpisce circa un soggetto ogni 10.000 nati vivi. Il retinoblastoma, tumore maligno primitivo intraoculare più frequente dell'infanzia, piuttosto raro, colpisce circa 1 bambino ogni 20.000 nati vivi. La fascia di età più colpita è tra la nascita e i 3 anni. L'età media alla diagnosi varia tra 6 e 12 mesi nei casi bilaterali e da 18 a 24 mesi in quelli unilaterali. Il retinoblastoma può essere ereditario (un terzo dei casi) o congenito (due terzi dei casi).

La retinopatia del prematuro, con insorgenza inversamente proporzionale al peso alla nascita e all'età gestazionale, è una delle maggiori cause di cecità e ipovisione nei Paesi industrializzati. Nell'infanzia l'anomalia di più frequente riscontro è l'ambliopia, quasi sempre monolaterale, causata da un ostacolo al normale sviluppo sensoriale. Si ritiene che differenti meccanismi (strabismo o vizi refrattivi) possano agire nei diversi tipi di ambliopia. La terapia occlusiva dell'occhio adelfo, cardine dell'intervento riabilitativo, non sempre garantisce non solo il recupero totale, ma anche parziale del deficit funzionale. L'ambliopia è comune nelle nazioni occidentali e circa il 5% dei bambini può esserne affetto. Si ritiene generalmente che quanto più giovane sia l'età in cui viene diagnosticata l'ambliopia, tanto maggiore sia la possibilità di risultato efficace del trattamento. I vizi di refrazione sono molto frequenti tra la popolazione infantile e costituiscono una delle possibili cause di ambliopia, cioè di uno stato permanente di ipovisione monoculare.

Nella popolazione adulta le malattie oftalmologiche di maggiore rilievo, in ambito di sanità pubblica, sono il glaucoma, la retinopatia diabetica e la degenerazione maculare senile. Il glaucoma è una malattia oculare di importanza sociale, seconda causa di cecità al mondo, curabile ma irreversibile. In Italia, oltre 1.000.000 di persone hanno il

glaucoma (incidenza pari a circa il 2,5-3% nella popolazione di etnia bianca sopra i 40 anni). Il 15% circa di tutti i casi di cecità che riguardano le persone anziane è dovuto al glaucoma. La pressione intraoculare è il fattore di rischio più importante nello sviluppo e progressione del glaucoma e rappresenta l'unico parametro gestibile terapeuticamente. Rispetto a tutte le patologie oculari socialmente rilevanti, il glaucoma è quella più insidiosa, poiché del tutto asintomatica ("il ladro silenzioso della vista"), ma su cui più facilmente si può agire in termini di prevenzione secondaria. Questo per il lasso tempo (spesso sufficientemente lungo nel decorso della storia naturale) che la malattia "concede" per intervenire in fasi precoci e per l'efficacia delle armi terapeutiche oggi a disposizione. 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. Pressoché tutti i pazienti con diabete di tipo 1 e circa il 60% di quelli con diabete di tipo 2 presentano segni di retinopatia diabetica dopo 15-20 anni di patologia. La presenza di retinopatia diabetica, nelle due forme proliferante e non, è correlata con la durata della malattia e la tipologia di trattamento. Entrambe le forme di retinopatia possono essere complicate da edema maculare diabetico, una delle cause principali di riduzione dell'acuità visiva.

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%, la forma non avanzata rappresenta il 58,6% e quella avanzata il 4,1%. La DMLE è comunemente classificata in iniziale (o secca) ed evoluta (nelle forme essudativa o neovascolare e atrofica), per indicare rispettivamente momenti diversi, a significato ingraescente, e a prognosi visiva peggiorativa di questa malattia. I pazienti con DMLE iniziale presentano lesioni retiniche, quali le drusen (piccoli spot di colorito giallastro localizzati esternamente all'epitelio pigmentato retinico, a bordi più o

meno distinti) e aree di iper- (o ipo-) pigmentazione (che interessano l'epitelio pigmentato retinico e la sovrastante retina neurosenzoriale), ma quasi sempre mantengono un buon livello di acuità visiva. Quanto più le lesioni retiniche iniziali sono numerose e a localizzazione centrale, tanto maggiore è il rischio di sviluppare una DMLE avanzata. La DMLE neovascolare provoca pressoché una grave perdita della capacità visiva, portando alla formazione di uno scotoma centrale (zona centrale di cecità) secondario alla formazione di neovasi in prossimità o al centro della macula. L'altra forma avanzata di DMLE è la cosiddetta atrofia geografica, nella quale si manifestano alterazioni atrofiche della retina e della coriocapillare in sede maculare, evidenziabili come aree bianco-giallastre, ove la retina non è più presente e anche la coroide mostra un'evidente atrofia. È meno frequente che l'atrofia geografica provochi la perdita completa della capacità visiva. La DMLE ha una patogenesi complessa, multifattoriale, che vede protagonisti l'infiammazione e l'ischemia (sia coroideale sia retinica) nell'ambito della senescenza della regione maculare, esposta per tutta la vita a un significativo stress ossidativo conseguente ai fenomeni di

trasformazione dell'energia luminosa. I fattori di rischio di DMLE possono essere distinti in: non modificabili e modificabili. I primi sono rappresentati principalmente dall'età e dal patrimonio genetico (in particolare i genotipi CFH Y402H e LOC387115 A69S), i secondi dalle abitudini di vita (soprattutto il fumo di sigaretta e secondariamente il regime alimentare) e dall'ambiente.

Bibliografia essenziale

Bandello F, Ceriello A. Retinopatia diabetica: dalla patogenesi alla terapia. Ed. INC Innovation New Communication, 2004

Mastropasqua L, Agnifili L, Mastropasqua R, Fasanella V. Conjunctival modifications induced by medical and surgical therapies in patients with glaucoma. *Curr Opin Pharmacol* 2013; 13: 56-64

Midena E, Boscia F, Cardillo F, et al. Linee Guida Italiane per la Degenerazione maculare legate all'Età. IRCCS Fondazione Bietti, 2008

Simonelli F, Sodi A. Distrofie Maculari Ereditofamiliari. Canelli (AT): Fabiano Editore, 2011

Vujosevic S, Benetti E, Massignan F, et al. Screening for diabetic retinopathy: 1 and 3 non mydriatic 45-degree digital fundus photographs vs 7 standard early treatment diabetic retinopathy study fields. *Am J Ophthalmol* 2009; 148: 111-8

2.17. Comorbidità

2.17.1. Quadro programmatico

Il miglioramento complessivo delle condizioni di salute e delle condizioni sociosanitarie, il conseguente aumento della sopravvivenza a condizioni cliniche in passato considerate fatali e il conseguente progressivo invecchiamento della popolazione fanno emergere le patologie cronico-degenerative come una priorità sanitaria. Malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, malattie muscolo-scheletriche e problemi di salute mentale sono andate progressivamente aumentando negli ultimi decenni come causa appunto dell'invecchiamento della popolazione; essendo diventate la principale causa di morte, morbilità e di perdita di anni di vita

in buona salute, rappresentano oggi la vera emergenza in ambito sanitario; spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo, impongono anche una profonda modificazione dello scenario di cura e della presa in carico dei pazienti che ne sono affetti.

Nel nostro Paese le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) sono ritenute responsabili, per il 2010, del 92% dei decessi totali registrati, in particolare le malattie cardiovascolari (41%), i tumori (29%), le malattie respiratorie croniche (5%) e il diabete (4%). Negli ultimi decenni si è registrato un progressivo aumento della speranza di vita (84 anni per le donne e 79 anni per gli uomini – dati 2010), ma a causa delle MCNT, che pesano per oltre il 75% sul carico di malattia globale, la speranza

di vita libera da disabilità si attesta su valori molto più contenuti e simili per entrambi i sessi (circa 65 anni). Si stima che i costi delle MCNT si elevino al 70-80% del budget totale che i Paesi europei spendono per la salute, con aggravi difficilmente quantificabili, anche per le singole famiglie che impiegano importanti risorse per la cura e le attenzioni ai loro malati. In realtà questi dati, già molto allarmanti, sono destinati a peggiorare per diverse ragioni, fra le quali la tendenza all'aumento dell'inattività fisica e l'aumento epidemico di sovrappeso e obesità o l'aumento dell'aspettativa di vita con il quale cresce parallelamente la probabilità di sviluppare tumori, malattie cardiovascolari e diabete.

Nei fatti la comorbidità, definibile come la condizione di co-esistenza nello stesso soggetto di due o più patologie (indipendenti o dipendenti, secondo diverse definizioni in uso), ha un ruolo importante non solo per l'outcome di salute del soggetto stesso, ma anche per le implicazioni per il management, in genere più complesso e delicato, e per i costi più elevati che questo comporta. Negli ultimi anni la comorbidità è venuta acquistando importanza anche dal punto di vista della salute pubblica in quanto sempre più frequente, diventando così “la norma piuttosto che l'eccezione”. Per tali diverse ragioni, per le implicazioni sullo stato di salute di una popolazione e per i costi relativi, è opportuno seguire nel tempo la prevalenza della comorbidità, che costituisce un tratto fondamentale del profilo di salute di un'intera popolazione. Trattandosi di MCNT, è importante che ai fini della comprensione dell'evoluzione della comorbidità si monitorizzi nel tempo anche la diffusione dei 4 principali determinanti di malattia che ne sono considerati alla base (fumo, consumo a rischio di alcol, alimentazione non corretta, sedentarietà) per i quali si rimanda ai Capitoli opportuni.

Nel corso degli anni si sono sviluppati diversi sistemi di misura della comorbidità anche al fine di valutarne il “peso” complessivo sulla qualità di vita degli individui. Ai fini del presente rapporto, tuttavia, si è scelto di rappresentare la comorbidità principalmente in termini qualitativi, vale a dire attraverso una stima della frequenza di malattie croniche non trasmissibili nei vari

gruppi di popolazione con i dati che provengono dai sistemi di sorveglianza esistenti (PASSI per la popolazione di 18-69 anni e PASSI d'Argento per la popolazione ultra64enne) o da altre fonti come l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/*Health Examination Survey* (per la popolazione 35-69enne) e il sistema di monitoraggio sulle prescrizioni farmaceutiche attivato in Umbria.

2.17.2. Rappresentazione dei dati

Nel quinquennio 2008-2012, il 18% della popolazione adulta di 18-69 anni riferisce almeno una diagnosi di patologia cronicodegenerativa fra quelle indagate dal sistema PASSI (malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, malattie croniche del fegato e cirrosi e insufficienza renale): l'8% degli intervistati riferisce una diagnosi di malattia cronica respiratoria (tra bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), il 5% una diagnosi di malattia cerebro-cardiovascolare (tra infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o altre malattie del cuore e ictus o ischemia vascolare), il 5% dichiara di aver ricevuto una diagnosi di diabete, il 3% di tumore; meno frequentemente sono riportate diagnosi di malattia cronica del fegato o cirrosi (2%) e di insufficienza renale (1%). Poco più del 3% degli intervistati riferisce di essere affetto contemporaneamente da due o più patologie croniche fra quelle indagate (policronici). Le patologie più frequentemente associate fra loro sono le malattie respiratorie croniche con le malattie cardio-cerebrovascolari (oltre la metà dei pazienti policronici ne è affetta) e le malattie respiratorie e diabete (anch'esse riferibili alla metà dei pazienti policronici).

La prevalenza di pazienti policronici è relativamente bassa (1%) sotto i 50 anni di età, ma raggiunge l'8% tra i 50-69enni, più alta tra gli uomini (4%) che tra le donne (3%), è più alta tra coloro che hanno un titolo di studio più basso (pari all'11% tra chi ha la licenza elementare o nessun titolo di studio) ed è più alta tra i meno abbienti (7% tra coloro che dichiarano di avere mol-

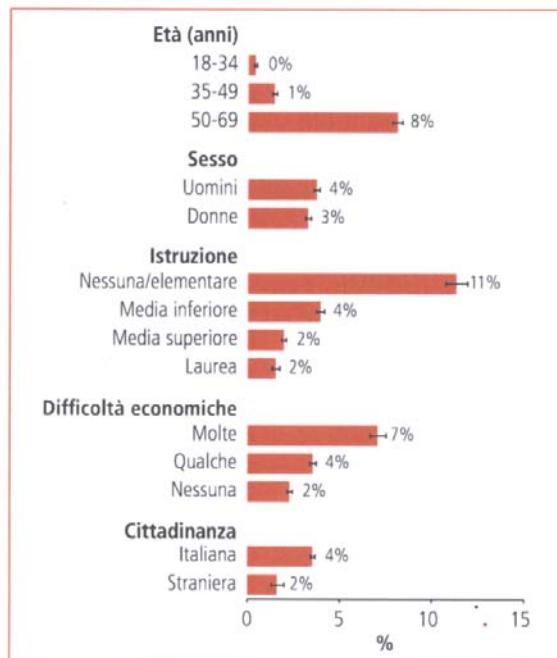
te difficoltà economiche); è inoltre più elevata tra i cittadini italiani rispetto ai cittadini stranieri (4% *vs* 2%) [Figura 2.22]. La policronicità è poi mediamente più frequente tra i residenti nelle Regioni meridionali, anche correggendo per le diverse distribuzioni per età, rispetto alle Regioni del Centro e del Nord Italia, con un range di valori che va dal 5% dei residenti in Calabria al 2% dei residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano (Figura 2.23).

Tra le persone con policronicità è più alta la percentuale di persone che si dichiarano in cattive condizioni di salute, rispetto a coloro che sono liberi da patologia cronica (81% *vs* 31%) ed è più alta anche la percentuale di persone che soffrono di sintomi depressivi (22% *vs* 6%), secondo uno strumento di screening validato per la depressione maggiore e adottato nel sistema PASSI, il PHQ-2.

Il profilo in termini di stili di vita e fattori di rischio comportamentali caratterizza il gruppo di popolazione con policronicità come un gruppo che più frequentemente del resto della popolazione adotta stili di vita salubri, ma

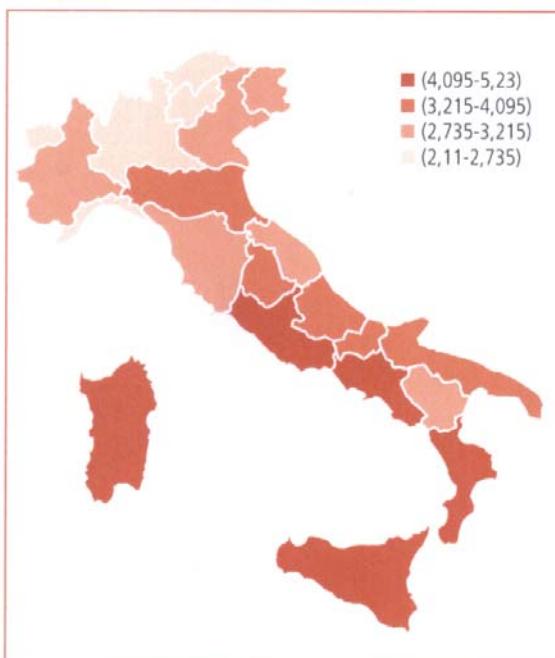
mantiene ancora un profilo ad alto rischio che può compromettere e aggravare le condizioni già esistenti. Tutte le persone affette da malattie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche e/o diabete trarrebbero un rilevante giovamento per le loro condizioni di salute se abbassessero il consumo di alcol e tabacco, se adottassero un corretto stile alimentare e facessero attività fisica, anche solo moderata e compatibilmente con le loro condizioni. In realtà tra le persone con policronicità la prevalenza di fumatori, sebbene inferiore al resto della popolazione, è ancora del 24% (*vs* il 29% nella popolazione libera da cronicità), i bevitori di alcol a maggiore rischio sono pari all'11% (*vs* 17%), coloro che non aderiscono al *five day* (consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno secondo le Linee guida internazionali per una sana e corretta alimentazione) sono pari all'89% (*vs* 90%). La percentuale di persone completamente sedentarie, tra le persone con policronicità, risulta persino più alta che nel resto della popolazione, pari al 46% (*vs* 30%); l'inattività fisica, in particolare, se da

Figura 2.22. Prevalenza di popolazione con 2 o più patologie croniche in sottogruppi di popolazione per caratteristiche sociodemografiche. Dati PASSI 2008-2012 (n = 6.411). Prevalenza media annuale.



Fonte: ISS. PASSI – Anni 2008-2012.

Figura 2.23. Prevalenza di popolazione con 2 o più patologie croniche per Regione di residenza. Dati PASSI 2008-2012 (n = 6.411). Prevalenze medie annuali standardizzate per età.



Fonte: ISS. PASSI – Anni 2008-2012.

un lato può sembrare un risultato atteso tra le persone con policronicità, dall'altro può essere considerata un indicatore di non adeguato trattamento dei sintomi, che impedisce a queste persone di svolgere anche solo una modesta attività fisica compatibile con le loro condizioni di salute.

I fattori di rischio cardiovascolare, quali ipercolesterolemia, ipertensione, sovrappeso e obesità, sono, come atteso, molto più frequenti in questo gruppo di persone: il 59% riferisce una diagnosi di ipertensione (*vs* 19% nel resto della popolazione), il 47% una diagnosi di ipercolesterolemia (*vs* il 23%), il 41% risulta in sovrappeso (*vs* 31%) e il 27% risulta obeso (*vs* il 10%).

I dati del sistema PASSI sono in linea con quanto emerge dai dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/*Health Examination Survey* (OEC/HES) basati sulle misurazioni effettuate nell'ambito dell'indagine 2008-2012: nella popolazione di 35-69 anni, tra le patologie croniche più frequenti emergono le malattie cardio-cerebrovascolari (9%), le malattie respiratorie croniche (9%) e il diabete (8%), il 28% è affetto da almeno una patologia cronica e il 5% da almeno due patologie croniche fra quelle indagate. In questa fascia di età si notano differenze tra uomini e donne (7% e 5%, rispettivamente) anche se poco significative, la prevalenza di policronicità aumenta all'aumentare dell'età (quasi il 9% tra i 50-69enni), più alta nelle persone con livelli più bassi di istruzione (12%) e tra i residenti nel Sud del Paese (8%).

Da questa indagine emerge che la popolazione con policronicità mantiene un profilo ad alto rischio per quanto riguarda sedentarietà, ipercolesterolemia, ipertensione e obesità.

Attraverso i dati del sistema di monitoraggio sulle prescrizioni farmaceutiche della Regione Umbria emerge che, nel corso del 2012, il 10% della popolazione di età pari a 18-69 anni ha ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica relativa alle categorie traccianti due patologie croniche tra infarto, malattie respiratorie, diabete, malattie cardiovascolari, o ipercolesterolemia.

Se da questa analisi si escludono le statine utilizzate per il trattamento dell'ipercolesterolemia, la prevalenza dei pazienti policronici

scende al 4%, mantenendo comunque una maggiore prevalenza tra gli uomini.

Come atteso, i massimi livelli di policronicità si osservano nella popolazione di età superiore ai 70 anni, infatti la percentuale di persone alle quali sono prescritti farmaci traccianti almeno due fra le patologie prima citate (con esclusione dei farmaci per l'ipercolesterolemia) raggiunge il 40% tra le persone di 70-80 anni e il 50% nella fascia d'età superiore agli 80 anni. Tuttavia, se si considerano anche i farmaci per la cura delle patologie neurologiche e quelli per il trattamento di condizioni tipiche dell'anziano, questa percentuale raggiunge la quasi totalità della popolazione anziana.

La comorbidità è un fenomeno ovviamente più frequente con il progredire dell'età. Dalla raccolta dei dati 2012-2013 del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento sulla popolazione ultra64enne, si evidenzia che l'ipertensione, considerata una dei principali determinanti delle MCNT, è presente nel 60% della popolazione ultra64enne. Più frequente nelle donne e nell'età più avanzata, l'ipertensione è significativamente più frequente nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle che percepiscono le maggiori difficoltà economiche.

Il 64,4% degli ultra64enni è portatore di almeno una patologia cronica. In tutto il campione studiato, il 33% ne riferisce una, il 19% due, l'8% tre, il 4% quattro e l'1% cinque o più. Le malattie croniche oggetto di studio sono più frequentemente le malattie cardiovascolari nel loro complesso (32,8%), seguite dalle malattie respiratorie croniche (24,5%), dal diabete (20,3%), dai tumori (12,7%), dall'insufficienza renale (10,1%), dall'ictus (9,9%) e dalle malattie croniche di fegato (6,1%).

Tre o più patologie croniche (fra quelle citate) sono presenti in ben il 13% della popolazione (*Tabella 2.28*). È questa una condizione più frequente negli uomini e nell'età più avanzata. Forti differenze si riscontrano in rapporto al livello di istruzione (15,8% bassa *vs* 8,8% alta) e alla percezione delle difficoltà economiche (6,3% per persone con nessuna difficoltà economica, 10% con qualche difficoltà economica, 18,3% con molte difficoltà economiche).

Tabella 2.28. Prevalenza di ipertensione e comorbidità di malattie croniche non trasmissibili: fattori associati all'invecchiamento attivo, per gruppi di età, sesso, livello di istruzione e difficoltà economiche percepite

	Valore rilevato su tutto il campione	Genere		Età (anni)		Istruzione		Difficoltà economiche		
		Uomini	Donne	65-74	75 e più	Bassa	Alta	Nessuna	Poche	Molte
Presenza di ipertensione	60	57	62	56	64	63	56	59	61	67
Presenza di 3 o più patologie croniche	13	14	13	9	17	16	9	6	10	18

Fonte: PASSI d'Argento, ISS, 2013.

2.17.3. Conclusioni

La chiave di lettura con la quale è presentata la comorbidità si presta ad alcune considerazioni conclusive. L'età di insorgenza e la frequenza con cui si constata la comorbidità (delle MCNT) nella popolazione italiana costituiscono buoni indicatori dell'efficacia della prevenzione e della promozione della salute. Quando infatti, le strategie di prevenzione nazionali e regionali delle MCNT dovessero mostrarsi efficaci, si osserverebbe la “compressione della morbidità”, vale a dire uno spostamento in età più avanzata dell'insorgenza delle MCNT e di conseguenza anche della comorbidità. Le citate sorveglianze di popolazione potranno quindi, negli anni a venire, documentare tempestivamente tali auspicati cambiamenti nella morbosità (e comorbidità) e i progressi verso una migliore qualità di vita della popolazione meno gravata dal carico delle MCNT.

Il monitoraggio della comorbidità potrà permettere di disegnare un profilo di rischio della popolazione al fine di identificare gruppi di persone in condizioni di maggiore necessità di assistenza e quindi di utilizzare al meglio le risorse disponibili.

2.17.4. La descrizione delle fonti utilizzate

PASSI, a regime dal 2008, è un sistema di sorveglianza nato con l'obiettivo di monitorare lo stato di salute della popolazione adulta italiana (18-69 anni) attraverso la raccolta sistematica e continua di informazioni su stato di salute percepito e qualità di vita a essa connessa, sui principali fattori di rischio

comportamentali delle malattie croniche non trasmissibili (fumo, alcol, inattività fisica, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura ecc.) e sul grado di conoscenza e di adesione della popolazione ai programmi di intervento per la prevenzione delle stesse. Il sistema PASSI è in grado di fornire stime di prevalenza di persone adulte che riferiscono una o più diagnosi di patologia cronica per le quali esistono programmi di prevenzione (malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, malattie croniche del fegato e cirrosi e insufficienza renale), di caratterizzare in termini socio-demografici questi gruppi di popolazione e di descriverne il profilo in termini di salute e qualità di vita a essa connessa.

La raccolta delle informazioni avviene tramite interviste telefoniche, effettuate nel corso dell'anno dagli operatori sanitari delle ASL a campioni mensili rappresentativi per sesso ed età della popolazione generale (estratti dalle anagrafi sanitarie). Ogni anno vengono intervistate circa 37.000 persone. Dal 2008 al 2013 sono state raccolte oltre 228.000 interviste. Nel 2013 hanno partecipato 139/147 ASL, rappresentative di oltre il 90% della popolazione residente in Italia, con un tasso di risposta dell'88%.

PASSI d'Argento è un sistema di sorveglianza, disegnato come modello di indagine periodica, sullo stato di salute e sulla qualità della vita della popolazione ultra 64enne. Le informazioni raccolte dal sistema PASSI d'Argento sono strutturate sui tre pilastri dell'*Active Ageing* e articolano la descrizione della popolazione ultra64enne in 4 sottogruppi (in buona salute, a rischio di malattia, a rischio di disabilità, con disabilità), cui corrispondono

no target di interventi specifici di promozione della salute, prevenzione e assistenza socio-sanitaria. Nel biennio 2008-2010 il sistema PASSI d'Argento è stato sperimentato in 16 Regioni italiane. Sono state intervistate (con questionario standardizzato e validato somministrato con intervista telefonica o faccia a faccia) circa 8.000 persone con più di 64 anni. L'OEC/HES è un'indagine condotta tra il 2008 e il 2012 dall'ISS in collaborazione con l'Associazione Italiana Medici Cardiologi Ospedalieri con l'obiettivo di valutare lo stato di salute, la distribuzione dei fattori di rischio, la prevalenza delle condizioni a rischio di malattie cronico-degenerative e della percezione dello stato di salute sulla popolazione italiana residente di età compresa tra i 35 e i 79 anni. L'indagine si basa sull'esame di campioni di popolazione casualmente estratti da ciascuna Regione italiana stratificati per età e sesso proporzionali alla popolazione residente nella Regione. L'OEC/HES 2008-2012 è parte della *Health Examination Survey* europea-Progetto pilota per l'impianto di un sistema di sorveglianza europeo e permette di stimare, attraverso misure dirette e documentazione medica, la prevalenza standardizzata (popolazione italiana residente del 2010 – dati Istat) di persone adulte affette da una o più patologie croniche: malattie respiratorie croniche (asma bronchiale e broncopneumopatia cronico ostruttiva documentate), malattia renale cronica (filtrato glomerulare < 60 ml/min/1,73 m² o rapporto tra albuminuria e creatininuria ≥ 30 mg/g), diabete (glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl o in trattamento specifico), malattie cardiovascolari (almeno una tra infarto del miocardio, ictus, angina pectoris, fibrillazione atriale, ipertrofia ventricolare sinistra, attacco ischemico transitorio, claudicatio intermittens – documentate o definite attraverso questionario specifico standardizzato o definite attraverso la lettura dell'elettrocardiogramma secondo il co-

dice Minnesota), tumori (definiti attraverso documentazione clinica), malattie croniche del fegato (definite attraverso documentazione clinica).

L'Osservatorio sui farmaci è uno studio osservazionale descrittivo condotto all'interno della Regione Umbria (900.000 residenti) nel 2012. La popolazione in analisi è costituita da tutti i residenti che, nel corso del periodo, hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci appartenenti alle categorie terapeutiche traccianti una patologia cronica tra infarto (ATC B01A), malattie respiratorie (R03), diabete (A10), malattie cardiovascolari (C02, C03, C07, C08, C09) e ipercolesterolemia (C10). In questo studio vengono analizzati i dati di prescrizione farmaceutica ottenuti mediante il sistema di monitoraggio regionale, nel quale vengono registrate tutte le ricette di farmaci erogati a carico del SSN. I dati disponibili si riferiscono alla prescrizione farmaceutica convenzionata erogata attraverso le farmacie pubbliche e private. Sono altresì esclusi i dati della distribuzione diretta e per conto. Da ogni ricetta del SSN sono state raccolte, ai fini dello studio, le seguenti informazioni: codice identificativo del farmaco (codice AIC); numero di confezioni prescritte; codice dell'assistito criptato; data della prescrizione.

Queste informazioni sono integrate con quelle provenienti da altre due fonti di informazione: l'archivio anagrafico delle specialità medicinali e l'anagrafe sanitaria dei cittadini residenti nella Regione Umbria. I farmaci oggetto dell'analisi sono stati identificati tramite il sistema ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical classification system* – Classificazione Anatomica Terapeutica Chimica).

Bibliografia essenziale

World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2011
World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report. 2005

3

Mortalità e disabilità dovute a cause esterne

3.1. Infortuni sul lavoro

3.1.1. Quadro programmatico

L'evoluzione del quadro normativo degli ultimi anni ha contribuito a una maggiore diffusione della cultura della prevenzione, favorendo nello specifico una migliore focalizzazione in tema di informazione e formazione sui rischi lavorativi e sul ruolo di tutti i soggetti coinvolti, tenuti a cooperare in una logica di sistema (datore di lavoro, dirigenti, preposti, responsabili del servizio di prevenzione e protezione, medico competente, gli stessi lavoratori) che si è tradotta sul piano pratico in un'ulteriore riduzione nel 2012 di circa il 9%, complessivamente, delle denunce di infortunio e di circa il 6% del numero dei morti rispetto al precedente anno, sebbene occorra tristemente prendere atto che ancora 2 lavoratori ogni giorno continuano a perdere la loro vita sul posto di lavoro, per infortuni che potrebbero essere evitati con un'adeguata prevenzione.

Sotto l'aspetto programmatico, un elemento di confortante positività, anche per il futuro, è rappresentato dal fatto che nel biennio 2012-2013 si è consolidata l'attività di indirizzo e coordinamento del sistema istituzionale, disegnato dal capo II del D.Lgs. 81/2008; in particolare, l'attività del Comitato ex art. 5 D.Lgs. 81/2008 ha portato all'emanazione nel 2012 delle linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi in materia di prevenzione, a tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, e per il 2013 delle indicazioni operative ai Comitati Regionali di Coordinamento per la programmazione del coordinamento della vigilanza.

L'individuazione di politiche da perseguire per una prevenzione efficace degli infortuni richiede preliminarmente l'approfondimento e l'analisi delle cause che possono aver determinato il verificarsi dell'evento – spesso, infatti, all'origine dell'infortunio non vi è una sola causa, ma coesistono più fattori concomitanti –, pertanto è necessario chiarire il ruolo e il peso di ciascun fattore che possa essere intervenuto nella genesi dell'evento infortunistico e definire anche il ruolo e l'importanza delle concause che possono essere intervenute nella dinamica e negli esiti dell'infortunio (“eventi modulari” in grado di impedire, attenuare o anche peggiorare il danno di un infortunio).

Gli atti prodotti dal Comitato ex art. 5 del D.Lgs. 81/2008 rispettivamente nel 2012 e nel 2013 hanno individuato in tale ottica la necessità di realizzare flussi informativi, utili a garantire circolazione e pronta disponibilità dei dati, al fine di aumentare l'efficacia degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi previsti nei piani regionali, attuativi del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), quali in particolare la realizzazione in ambito nazionale della notifica on line dei cantieri edili, il sistema informativo nazionale per il monitoraggio delle verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro, la realizzazione della banca dati delle prescrizioni.

Ulteriori contributi per il contenimento del fenomeno infortunistico nel biennio 2012-2013 sono derivati dalla realizzazione degli interventi previsti dal PNP in edilizia e dal PNP in agricoltura e selvicoltura, sviluppati per il raggiungimento dell'obiettivo della