

1. INTRODUZIONE

La Relazione sullo stato sanitario del Paese (RSSP) è definita dal Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e risponde all'esigenza di dare un'informazione annuale al Parlamento, e conseguentemente al Paese, sullo stato di salute degli italiani.

In particolare, in base al suddetto Decreto, la Relazione:

- illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;
- descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;
- espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;
- riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;
- fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

Questa edizione della Relazione, riguardante il biennio 2005-2006, è stata preparata con il coordinamento di un Comitato Editoriale e di un Comitato di Redazione, appositamente costituiti, che riunivano rappresentanti dei Dipartimenti e delle Direzioni Generali del Ministero della Salute più strettamente coinvolti nell'argomento.

L'impostazione che si è voluta dare alla Relazione, con l'intento di renderla più efficace, può essere riassunta nei seguenti punti:

- aggiornare in forma sintetica i dati già esposti nella precedente RSSP 2003-2004, assicurando la copertura di tutte le patologie più rilevanti sul piano clinico-assistenziale e dei servizi e delle prestazioni incluse nei LEA
- collegare più strettamente gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (PSN) con l'esposizione dei risultati della RSSP 2005
- coinvolgere fin dall'inizio non soltanto le strutture del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità e di altre Istituzioni responsabili della raccolta statistica dei dati, ma anche le principali Società Medico-Scientifiche.

L'obiettivo principale è stato quello di far vivere i dati contenuti nella Relazione, che sono sicuramente rilevanti sul piano clinico ed epidemiologico e che costituiscono un documento importante per il controllo degli effetti degli interventi compiuti e per la programmazione delle iniziative da mettere in atto.

In questo modo, la RSSP può diventare un utile strumento di comunicazione del Ministero della Salute non solo nei confronti dei decisori della parte politico-amministrativa (Parlamento e Regioni), ma anche con gli esponenti del mondo scientifico (medici specialisti e di medicina generale), con il mondo dell'assistenza e del volontariato e, più in generale, con il cittadino, attraverso i mass media. Inoltre, questo metodo di condivisione ha l'effetto di rendere partecipi tutti gli attori del "sistema salute", per indurre la necessaria sinergia tra Istituzione ed operatori.

In particolare, il Comitato di Redazione ha deciso di dare alla Relazione 2005 un impianto concreto così concepito:

- esaminare gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale
- raccogliere i risultati statistici ed epidemiologici sullo stato di salute del Paese
- ottenere i commenti degli esperti su alcune tematiche particolarmente significative
- esporre le azioni intraprese dal Ministero della Salute per illustrare le risposte del SSN alle esigenze della popolazione e le iniziative da intraprendere
- indicare gli obiettivi futuri

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 fornisce alcune indicazioni per la redazione della Relazione. Una particolare attenzione va posta sul fatto che il PSN ha uno sviluppo triennale, mentre la Relazione deve essere prodotta con cadenza annuale e che nella individuazione degli indicatori occorre specificamente individuare quelli in grado di cogliere lo sviluppo attuativo degli interventi e delle azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del Piano.

Ne consegue che la redazione della Relazione costituisce una condizione dinamica e continua sotto il profilo sia della struttura che dei contenuti; sarebbe, quindi, utile considerare la Relazione annuale come costituita da un sistema di reporting più articolato, un vero e proprio "Sistema della Relazione" rappresentato dalla produzione di:

- una Relazione (congiunturale) prodotta annualmente e in grado di soddisfare l'adempimento normativo, costituita da documenti di sintesi, di prevalente taglio politico istituzionale, e documenti di analisi tecnico economica;
- una Relazione triennale, prodotta in concomitanza della scadenza del Piano Sanitario in grado di evidenziare il grado di raggiungimento degli obiettivi del Piano; riportando i dati, per quanto possibile, alle varie Regioni per tentare di costruire profili regionali da porre a confronto e tentare di far emergere comportamenti tipici di gruppi di Regioni da commentare ed utilizzare per futuri approfondimenti;
- documenti monotematici su tematiche individuate anno per anno, che rappresenteranno approfondimenti monografici per la valorizzazione di esperienze territoriali e per focalizzare i problemi emergenti, ad essi almeno si dovrebbero aggiungere uno o più documenti di Analisi, prevalentemente focalizzati su problematiche di rilievo e impostati con un taglio politico sociologico.

Potendo disporre in genere dei dati relativi al 2004-2005, il Comitato Editoriale, su proposta del Comitato di Redazione, ha stabilito che la RSSP 2005 dovesse essere di tipo annuale (congiunturale).

Per quanto riguarda la stesura dei testi, al fine di garantire la massima obiettività, indipendenza e trasparenza, gli Autori chiamati a contribuire alla stesura della RSSP 2005-2006 sono stati individuati primariamente tra gli esperti appartenenti al Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di Sanità, al Consiglio Superiore di Sanità ed eventualmente, nel caso di argomenti specifici, tra i Presidenti pro tempore delle Società Medico-Scientifiche interessate, anche in collaborazione con la Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM).

2. LO STATO DI SALUTE DELL'ITALIA

2.1 LE PATOLOGIE

2.1.1 Malattie infettive

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le condizioni sanitarie nella popolazione mondiale sono migliorate più negli ultimi 45 anni che in tutta la precedente storia dell'umanità. Fra i fattori più importanti che hanno determinato tale miglioramento vi è senza dubbio un controllo più efficace delle malattie infettive, da un lato con l'affinamento delle misure di profilassi, dall'altro con la disponibilità di terapie sempre più mirate. Questi fattori hanno contribuito alla transizione epidemiologica, che nel XX secolo ha visto completamente invertito il carico di mortalità dovuto a malattie infettive e cronico-degenerative.

In tale ambito i servizi sanitari hanno giocato un ruolo fondamentale nelle campagne di vaccinazioni e nel miglioramento delle cure. Non bisogna però dimenticare che i progressi in termini di riduzione del carico di malattia per le patologie infettive sono intimamente correlati al miglioramento degli indicatori economici.

In ogni caso, le malattie infettive permangono un problema di sanità pubblica, tanto da indurre diverse nazioni ad attivare sistemi di sorveglianza (attiva o passiva) per tentare di monitorare alcune fra queste patologie. Si pensi a quanto avviene nel nostro Paese per la sorveglianza delle epatiti virali acute (SEDEVA) o delle malattie a trasmissione sessuale, dell'HIV/AIDS o della Legionellosi.

Le malattie infettive rappresentano ancora un territorio in cui gli operatori di sanità pubblica possono e devono agire, anche con lo sviluppo di nuove metodologie, su due distinti ma integrati settori: la profilassi vaccinale e gli aspetti organizzativi.

Relativamente al primo elemento, l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 vaccini nuovi (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide). D'altro canto c'è la certezza che non vi sarà la possibilità di finanziare tutti gli strumenti che verranno resi disponibili dalla ricerca biomedica e dalla produzione industriale, data la limitata disponibilità di risorse finanziarie. In questo contesto complesso ed articolato l'Health Technology Assessment (HTA) può rappresentare un approccio innovativo ed efficace per poter correttamente rispondere alle differenti domande ed esigenze che emergono al riguardo, e per fornire al decisore gli strumenti conoscitivi più idonei per allocare efficacemente le risorse e per massimizzare i risultati in termini di salute.

La recente messa a punto del Piano Nazionale Vaccini (PNV) 2005-2007 ha l'obiettivo di perseguire obiettivi fra cui mantenere elevate coperture vaccinali per le malattie per le quali sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dai Piani Sanitari Nazionali 1998-2000 e 2003-2005, promuovere appropriati interventi vaccinali di recupero per le malattie per cui non sono stati ancora raggiunti livelli di copertura ottimali.

Per quanto attiene, invece, il secondo aspetto, sulla scia di quanto è accaduto negli ultimi 3 anni sulle emergenze SARS e Influenza aviaria, anche nel nostro Paese si sono attivati gli opportuni aspetti organizzativi per poter rispondere in maniera rapida ad eventuali epidemie. La realizzazione del Centro Controllo Malattie (CCM) risponde anche a questo bisogno, sull'esempio di quanto realizzato da tempo e recentemente, rispettivamente, dai Centers for Disease Control statunitensi (CDC) ed europeo (ECDC).

Inoltre, l'interazione e l'integrazione fra questi due elementi dovrà essere fortemente cercata e realizzata, e ciò potrà concretizzarsi solamente in un contesto di sanità pubblica. Il prossimo banco di prova sarà fornito dalla disponibilità della vaccinazione contro il Papilloma Virus Umano (HPV). La cui offerta, come sostenuto opportunamente dalla Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e di Sanità Pubblica, dovrà essere sinergicamente utilizzata con tutti gli altri mezzi di prevenzione (screening citologico, educazione sanitaria, etc.) disponibili per contrastare la trasmissione di tale virus.

Infine, come sottolineato dallo stesso PNV 2005-2007, occorrerà sempre più incrementare gli interventi di ordine non solo strutturale e organizzativo, ma anche educativo al fine di consentire la transizione dalla politica vaccinale imposta per legge ad una scelta consapevole e partecipata dei cittadini.

Fonte: Rapporto Osservasalute 2006- Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le malattie a trasmissione sessuale

La disponibilità delle nuove terapie antiretrovirali ad elevata efficacia (HAART) ha consentito un significativo miglioramento della sopravvivenza nelle persone sieropositive, la diminuzione dei casi di malattia conclamata e la riduzione della mortalità correlata all'infezione.

Anche per nel 2005 come per il 2004, dalla sorveglianza epidemiologica dei casi notificati di AIDS e dai sistemi di sorveglianza regionali dei casi di infezione da HIV si rileva l'aumento dell'incidenza dell'infezione acquisita per trasmissione sessuale tra persone mature. Negli ultimi anni è stata sempre più rilevante la percentuale dei pazienti con AIDS che non erano a conoscenza del loro stato di sieropositività che avrebbero potuto beneficiare tempestivamente di adeguata terapia. La diagnosi precoce è fondamentale ai fini della tutela del singolo e della collettività, poiché consente il trattamento terapeutico precoce e la prevenzione di possibili comportamenti a rischio, conseguenti alla non consapevolezza del proprio stato di sieropositività.

AIDS

In Italia il sistema di sorveglianza dei nuovi casi di AIDS, registro Nazionale AIDS, è attivo dal 1982 presso il Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità, da cui sono tratti i dati del presente articolo.

I dati cumulativi notificati al COA dal 1982 al 2005 sono 56.076, di questi 43.495 (77,6%) erano casi di sesso maschile, 746 casi pediatrici (1,3%) con età inferiore ai 13 anni o con infezione trasmessa da madre a figlio e il 6,8 % erano stranieri.

A dicembre 2005, risultano deceduti 34.757 pazienti.

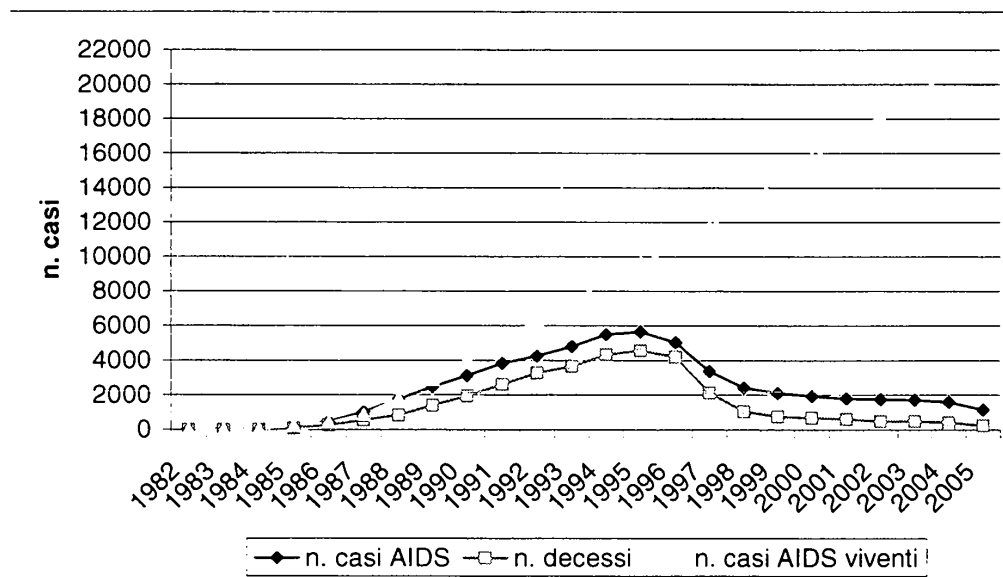
Dai dati del Registro Nazionale AIDS, la diminuzione dei casi di AIDS notificati e dei relativi decessi è stata registrata a partire dal 1996 (Figura 1); tale diminuzione risulta correlata alla maggior efficacia delle nuove terapie antivirali ed è stata registrata anche per l'anno 2005 in cui sono stati notificati 1.577 nuovi casi di AIDS.

Sempre nell'anno 2005, la distribuzione geografica dei casi per Regione presenta tassi di incidenza mediamente meno elevati nelle regioni meridionali rispetto a quelle settentrionali e centrali (Figura 2). I tassi di incidenza più elevati si registrano in Lombardia, Lazio, Emilia-Romagna e Liguria.

Nel corso degli anni, si è verificato un costante aumento dell'età mediana dei casi di AIDS, nel 2005, essa è stata di 41 anni per i maschi e 38 anni per le femmine; sono stati notificati 3 casi pediatrici.

In concomitanza si osserva un aumento della proporzione dei casi che hanno contratto l'infezione per contatto sessuale; i contatti eterosessuali costituivano l'11,8% dei casi notificati nel 1994, nel 2005, sono il 42% (Figura 3).

Figura 1. Casi di AIDS, decessi AIDS correlati e casi di AIDS viventi - anni 1982-2005



Fonte COA/ISS

Infezioni da HIV

Ad oggi, l'adozione delle terapie antiretrovirali e un'assistenza medica sempre più aggiornata e specializzata ha consentito ai pazienti sieropositivi il miglioramento della sopravvivenza e della qualità della vita.

Sempre dai dati di sorveglianza forniti dal COA, si evince che il quadro epidemiologico dell'HIV/AIDS sta cambiando: si osserva una stabilizzazione dell'incidenza dei casi di AIDS a livelli inferiori al 50% rispetto al 1995, anno del picco, e delle nuove infezioni da HIV; si rileva un incremento del numero totale di persone viventi con infezione da HIV (totale stimato di 110.000-130.000 persone con infezione da HIV al 2005 e un numero stimato di nuove infezioni HIV per anno pari a 3500).

Il monitoraggio delle nuove diagnosi di infezioni da HIV rappresenta, pertanto, il metodo migliore per descrivere le modificazioni in atto nell'epidemia, nonché per fornire gli strumenti necessari a pianificare interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno avviato un programma di "Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV in Italia".

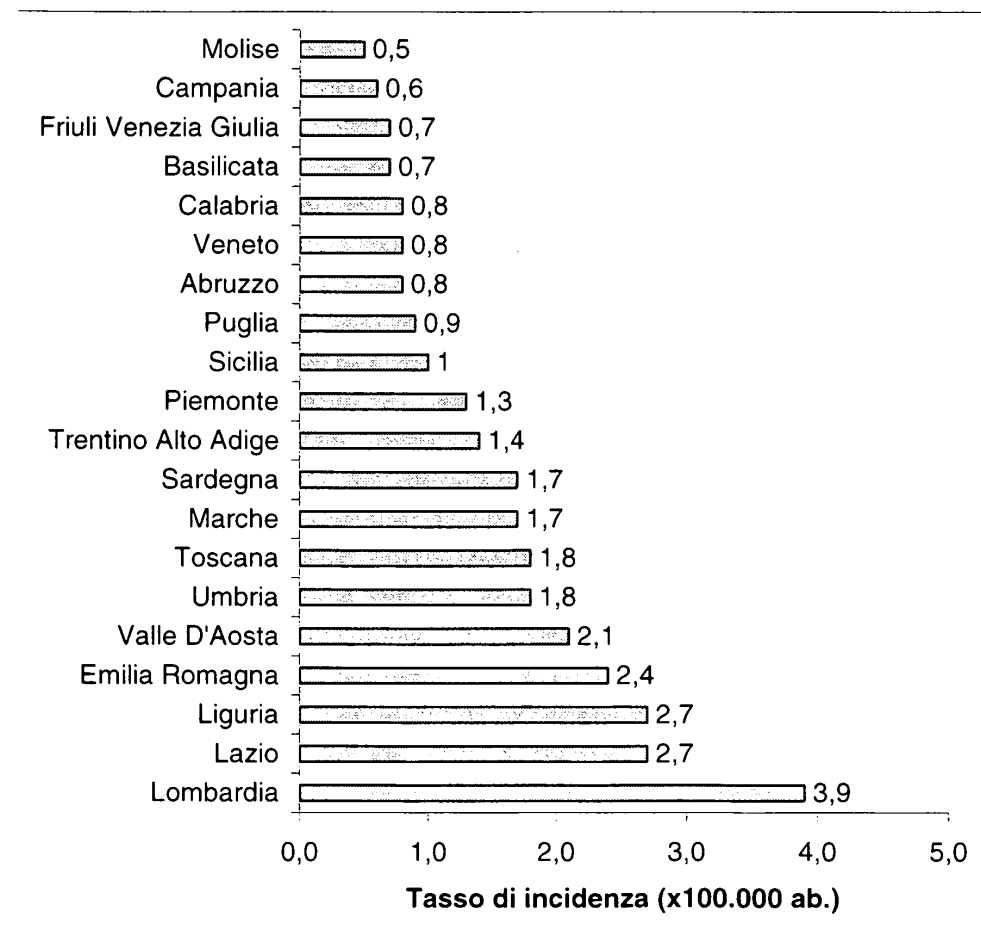
Il progetto prevede di valutare, tra l'altro, l'incidenza e l'andamento temporale e geografico delle nuove diagnosi da HIV-positività, monitorare l'andamento nel tempo della prevalenza dell'infezione da HIV, studiare le caratteristiche socio-demografiche, epidemiologiche e cliniche dei soggetti infetti di recente e acquisire elementi utili per la programmazione degli interventi di sanità pubblica.

Dal 1985 al 2005 il sistema di sorveglianza delle infezioni da HIV è attivo nelle seguenti regioni: Lazio, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Veneto e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano; nella regione Emilia Romagna, il sistema è attivo nella provincia di Modena.

Complessivamente, nel periodo 1985-2004, sono stati riportati al predetto sistema di sorveglianza 34.136 nuove diagnosi di infezione da HIV (24.067 maschi e 10.058 femmine).

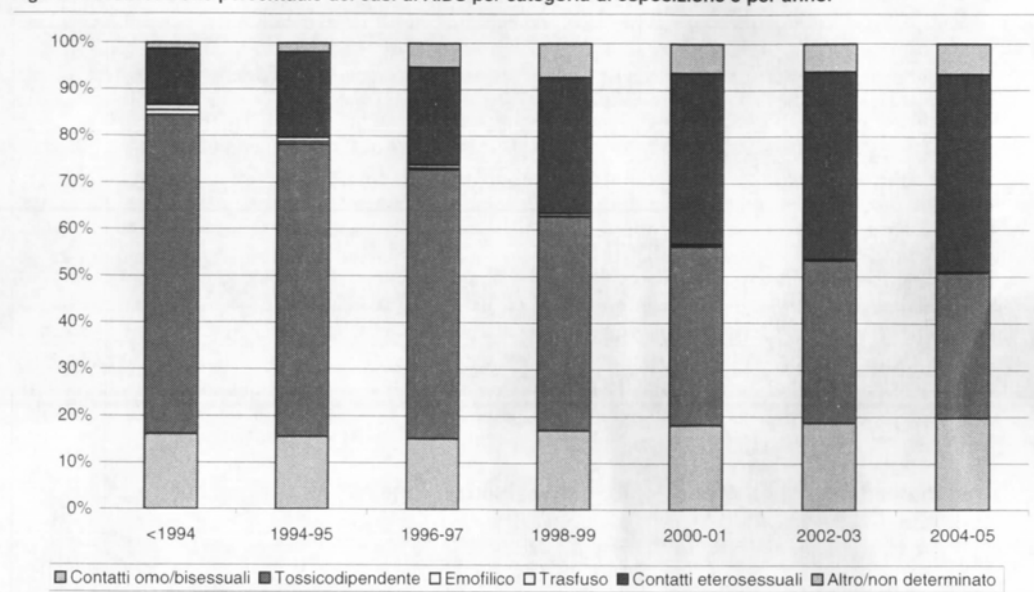
Dai dati elaborati dal COA, come per i casi notificati di AIDS, anche tra i casi di nuove infezioni da HIV si registra un aumento dell'età mediana alla diagnosi, essa è stata di 37 anni per i maschi e 32 anni per le femmine nell'anno 2004. In concomitanza si osserva un aumento della proporzione dei nuovi casi di infezione da HIV che hanno contratto l'infezione per trasmissione sessuale (omo-eterosessuale) passando dal 7 % nel 1985 al 57,8% nel 2004.

Figura 2. Tasso di incidenza di AIDS per Regione di residenza (x100.000 ab.) - Anno 2005



Fonte: COA/ISS

Figura 3. Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per categoria di esposizione e per anno.



Fonte COA/ISS

2.1.2 Apparato cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari (rischi cardiovascolari e carta del rischio)

Il carico delle malattie cardiovascolari in Italia è da anni uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Gli indicatori disponibili (mortalità, dimissioni ospedaliere, pensioni di invalidità, spesa farmaceutica) evidenziano la gravità dei danni umani, sociali ed economici di quella che resta tra le principali cause di morbidità e mortalità nel nostro Paese.

I più aggiornati dati di mortalità forniti dall'Istat, si riferiscono all'anno 2001 (dati osservati) e all'anno 2002 (stime provvisorie).

Secondo l'Istat, nel 2001 le malattie del sistema circolatorio causano 235.289 (236.532 secondo la stima 2002) morti (105.372 uomini e 129.917 donne), pari al 42,6% del totale dei decessi (42,5% stimato per il 2002): una proporzione così elevata è dovuta in parte al processo di invecchiamento della popolazione e alla scarsa natalità che ha caratterizzato il nostro Paese negli ultimi anni.

Per le malattie ischemiche del cuore (infarto del miocardio, altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica, infarto miocardico pregresso, angina pectoris e altre forme croniche di cardiopatia ischemica), l'Istat registra nel 2001 72.578 decessi (38.102 uomini e 34.476 donne), pari al 31% circa del totale delle morti per malattie del sistema circolatorio (la stima al 2002 non è disponibile per questo sottogruppo di cause).

Il dato più rilevante per la salute degli italiani è che negli ultimi 15 anni si sono ridotte le differenze di mortalità tra Nord e Centro-Sud, e che nelle categorie sociali con scolarizzazione e reddito più basso i tassi di mortalità si sono ulteriormente (e negativamente) distanziati da quelli della restante parte della popolazione.

L'effetto età è particolarmente evidente e questo ha un'ulteriore rilevanza, stante la condizione di invecchiamento della popolazione italiana. Tra i 35 ed i 49 anni le malattie del sistema circolatorio rappresentano il 21,9% delle cause di morte, aumentando al 34% nella fascia di età tra i 60 e 79 anni ed al 53,4% per i molto anziani.

Chi sopravvive ad una forma acuta di patologia cardiovascolare diventa un malato cronico (prevalenza 4,4 per 1000), con notevoli ripercussioni sulla sua qualità di vita e sui costi economici e sociali che la società deve sopportare.

Sotto la definizione generale di "malattie cardiovascolari" rientrano tutte le patologie a carico del cuore e dei vasi sanguigni, cioè: cardiomiopatie, cardiopatie congenite, ipertensione arteriosa sistemica, aritmie e tumori del cuore. Tra le più frequenti ci sono la cardiopatia coronarica ischemica, tra cui l'infarto acuto del miocardio e l'angina pectoris, e le malattie cerebrovascolari, fra cui l'ictus ischemico ed emorragico.

Il progredire delle conoscenze di base sui meccanismi patogenetici dell'aterosclerosi coronarica e delle manifestazioni cliniche della cardiopatia ischemica, unitamente allo sviluppo dell'epidemiologia cardiovascolare, ha permesso di individuare condizioni di rischio e determinanti di questa patologia:

comportamenti legati allo stile di vita: alimentazione ricca di grassi prevalentemente saturi, sale e calorie, eccesso di alcool, inattività fisica, fumo di sigaretta.

fattori di rischio per le malattie cardiovascolari arteriosclerotiche: livelli elevati di pressione arteriosa e di colesterolemia, dislipidemie, diabete mellito, sovrappeso e obesità, indicatori di infiammazione, fattori trombotici. I fattori di rischio cardiovascolare, quando sono presenti in più di uno, hanno un'azione moltiplicativa nel determinare il rischio di malattia.

La correzione di queste condizioni incide notevolmente sulla riduzione del rischio di malattie cardiovascolari. Così, parallelamente al crescere delle possibilità di trattamento medico e chirurgico della cardiopatia ischemica, si è venuta affermando la consapevolezza dell'importanza di interventi di tipo preventivo, atti ad impedire o ritardare l'insorgenza della malattia stessa.

Sono disponibili diverse stime sugli effetti positivi associati a cambiamenti dello stile di vita tratte da grandi studi recenti come l'Asia Pacific Cohort Studies Collaboration, e da progetti dimostrativi di popolazione, ad esempio quello attuato nella regione finlandese della North Karelia.

2.1.3 Apparato respiratorio

Le malattie respiratorie e allergiche e le malattie respiratorie croniche

Le malattie respiratorie sono tra le patologie croniche più diffuse nella popolazione italiana, interessando larghi strati della popolazione, comprese le fasce di età più giovani e sono causa di mortalità prematura, con elevati costi sociosanitari ed economici. Nonostante i progressi della terapia, ancora oggi esse rappresentano per numerosità la 3a causa di morte in Italia, dopo le malattie dell'apparato circolatorio e le neoplasie. La bronchite cronica e l'asma colpiscono più del 20% della popolazione di età superiore ai 65 anni e rappresentano per questa fascia di popolazione la terza causa di patologia cronica, dopo l'artrosi/artrite e l'ipertensione (ISTAT, 2003).

In questo paragrafo l'attenzione è focalizzata principalmente sulla Broncopneumopatia cronica-ostruttiva, una delle forme più gravi ed invalidanti, e sull'Asma bronchiale, malattia in crescente aumento nella popolazione, specie in età pediatrica.

Broncopatia cronica ostruttiva (BPCO)

La Broncopneumopatia cronica-ostruttiva è una sindrome clinica eterogenea e complessa, caratterizzata da una riduzione di flusso aereo non completamente reversibile. La riduzione del flusso è progressiva ed associata ad una anomala risposta infiammatoria del polmone a particelle o gas nocivi, come il fumo di sigarette. La malattia può insorgere in età giovanile con segni modesti (tosse e catarro persistente) ed evolvere poi nel tempo, fino alla limitazione grave delle normali attività quotidiane e portare alla morte prematura.

Epidemiologia e impatto socioeconomico

In base alle definizioni epidemiologiche correnti, i dati di prevalenza e mortalità per BPCO sono comprensivi in maniera non uniforme di bronchite cronica, enfisema ed asma. Secondo uno studio condotto dall'Istituto Nazionale di Statistica nel 2003 su un campione di famiglie italiane, il 6,4 % della popolazione ha riferito di essere affetta da bronchite cronica o enfisema o asma. Il 50% dei decessi per cause respiratorie è attribuibile alla BPCO (ISTAT; Cause di Morte, 2002, 2005). In generale i tassi di mortalità sono più elevati nel Sud rispetto al Nord del Paese e sono più elevati nei maschi rispetto alle femmine e nella fascia di età al di sopra dei 65 anni. Nel 1996 la BPCO è stata stimata l'ottava causa di disabilità negli uomini e la settima nelle donne e rischia di divenire nei prossimi decenni la quinta causa di disabilità a livello mondiale, valutata in termini di DALYs -disability-adjusted life years (OMS, Ginevra).

In età geriatrica la BPCO grave si associa a comorbidità e contribuisce in maniera significativa alla perdita di autosufficienza ed alla fragilità dell'anziano, specialmente a causa di importanti limitazioni dello stato funzionale, deterioramento cognitivo, problemi comportamentali e alterazioni del tono dell'umore. E' evidente, quindi, che la patologia respiratoria cronica ostruttiva ha un grande impatto socio-economico sull'individuo ma anche sull'intera società soprattutto a causa dei ricoveri ospedalieri e di terapie complesse e costose (compresa l'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine e la ventiloterapia domiciliare). Anche utilizzando una stima conservativa, alla BPCO viene attribuito almeno il 6% dell'intera spesa sanitaria italiana, la quota maggiore è rappresentata dalle ospedalizzazioni. Dall'analisi delle SDO del 2002 è emerso che il 18,5% delle dimissioni per patologie respiratorie, cioè 111.453 casi, è stato codificato con il "DRG 88" che corrisponde appunto alla diagnosi di BPCO.

Un altro aspetto epidemiologico di grande rilievo è quello della sottodiagnosi della malattia. Dalla letteratura scientifica risulta che l'entità di tale sottodiagnosi oscilla tra il 25 ed il 50% o anche più a seconda degli studi considerati. La presenza di molti casi di BPCO non diagnosticati, o diagnosticati tardivamente, ritarda i tempi dell'intervento terapeutico e contribuisce all'evoluzione verso stadi più severi della malattia. Ciò evidenzia l'utilità di una maggiore diffusione di studi per la diagnosi precoce. I soggetti con tosse cronica ed espettorato e/o dispnea e/o storia di esposizione a fattori di rischio dovrebbero essere testati per valutare la presenza di riduzione del flusso aereo. La semplice scoperta precoce della patologia può bloccare il suo decorso e la sua progressione.

Le previsioni future sull'evoluzione di questa patologia sono sicuramente allarmanti: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la BPCO rischia di diventare una delle prime cause di morte e malattia a livello mondiale, nei prossimi vent'anni. I risultati di alcune indagini epidemiologiche condotte nel Delta Padano e a Pisa-Cascina, confermano ed estendono al nostro Paese le osservazioni internazionali.

Queste sono le principali motivazioni alla base del Progetto Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD-COPD), sviluppato nel 2001 dall'OMS e dall'Istituto Statunitense per le malattie polmonari, cardiache e del

sangue (NHLBI). Il progetto si propone di migliorare la diagnosi, il trattamento e la prevenzione della BPCO, anche attraverso la produzione e diffusione di specifiche Linee Guida aggiornate ogni anno da esperti internazionali (www.goldcopd.it).

Fattori di rischio

Il fumo di sigaretta rappresenta il principale fattore di rischio per BPCO. Le persone fumatrici presentano un'accelerata caduta del VEMS, associata a sintomi respiratori più frequenti ed a un più elevato tasso di mortalità per BPCO rispetto ai non fumatori. L'entità del danno è direttamente proporzionale alla quantità globale di sigarette fumate durante la vita ed al numero di sigarette fumate quotidianamente. Smettere di fumare rallenta la caduta del VEMS e quindi rallenta anche l'evoluzione della patologia polmonare. Esiste tuttavia, un'ampia variabilità interindividuale nei confronti dello sviluppo di tale malattia. Non tutti i fumatori, infatti, sviluppano un quadro di BPCO clinicamente rilevante e dall'altra parte, soggetti che non hanno mai fumato possono sviluppare la malattia. Inoltre molti studi evidenziano che fra i pazienti morti per BPCO circa il 17% non aveva mai fumato nel corso della vita.

Oltre al fumo vi sono, infatti, altri fattori che svolgono un ruolo importante nell'etiopatogenesi di BPCO. E' nota da tempo una trasmissione genetica di tipo mendeliano, determinante il deficit di un inibitore delle proteasi sieriche (alfa 1 antitripsina) che si associa ad un rischio elevato di sviluppare BPCO nel corso degli anni. L'esposizione professionale cronica a sostanze inquinanti quali polveri, fumi, sostanze chimiche è anch'essa una condizione di rischio importante per BPCO, indipendentemente dall'abitudine al fumo. Categorie di lavoratori particolarmente a rischio sono i minatori, gli edili, i metallurgici, gli addetti alla lavorazione di cotone e carta ed i coltivatori di grano. E' stato calcolato che il rischio attribuibile per la popolazione (PAR%) dovuto all'esposizione professionale è pari al 18-20%. Considerando le alterazioni della funzione polmonare compatibili con un quadro di BPCO, tale rischio appare sicuramente maggiore nei lavoratori fumatori essendo i due fattori in grado di reagire negativamente tra di loro.

In numerosi studi l'inquinamento dell'aria (indoor e outdoor) è stato associato in modo causale con la BPCO, anche se il ruolo è minore rispetto a quello del fumo di tabacco e non è ancora ben conosciuta la relazione fra inquinamento ambientale e sviluppo o aggravamento della patologia respiratoria cronica.

Oltre al fumo passivo, nell'aria degli ambienti indoor possono essere presenti numerosi altri inquinanti nocivi per l'apparato respiratorio: particolato, ossidi di azoto provenienti dalla presenza di stufe e cucine a gas e cherosene. Considerando che la maggior parte delle persone trascorre in ambienti chiusi fino a 20-22 ore al giorno - sommando le ore trascorse in ambiente domestico, al lavoro, sui mezzi di trasporto e in luoghi pubblici - l'esposizione anche a bassi livelli di inquinanti indoor può comportare conseguenze importanti per la salute, soprattutto per quanto concerne i possibili effetti di tipo cronico che si manifestano nel tempo, e possono portare sino ad una riduzione della speranza di vita. L'evidenza epidemiologica e tossicologica dimostra che ogni incremento di 10µg/m³ di particelle PM₁₀ nell'aria atmosferica urbana è associato a circa il 6% di aumento del rischio di mortalità per cause cardiorespiratorie, inoltre un innalzamento delle concentrazioni di PM, anche se registrata su un breve arco di tempo, aumenta il rischio di ricoveri d'emergenza legati a cause cardio-vascolari e respiratorie e può influenzare la suscettibilità ad altri fattori che hanno impatto sulla salute, come agli allergeni. Situazioni di povertà, emarginazione e svantaggio sociale possono aumentare il rischio di sviluppare malattie respiratorie croniche. La percentuale sempre più grande di cancro ai polmoni e di decessi per malattie respiratorie croniche possono essere considerati, ad esempio, una spia degli effetti ritardati del crescente uso di tabacco tra le fasce meno ambienti della società.

Prevenzione e trattamento

Un obiettivo prioritario di sanità pubblica è prevenire e controllare l'incidenza e la prevalenza delle malattie respiratorie croniche attraverso la riduzione dei fattori di rischio, che sono comuni anche ad altre malattie cronico-degenerative. Le opportunità di prevenire e contrastare l'insorgenza e l'evoluzione della BPCO si basano sulla ricerca e la riduzione dell'esposizione complessiva ai fattori di rischio ambientali, primo fra tutti il fumo di sigaretta. Ovviamente la prevenzione primaria è la più efficace per evitare l'insorgenza della malattia, ma anche la prevenzione secondaria, attraverso la sorveglianza epidemiologica e la scoperta precoce dei casi, è di grande rilievo per il contenimento degli effetti patologici e dei costi socioeconomici della BPCO, che nella maggior parte dei casi è diagnosticata tardivamente, quando risulta più difficile modificare il suo percorso naturale.

I principali obiettivi del trattamento sono: prevenire l'evoluzione della malattia, migliorare i sintomi, migliorare la tolleranza allo sforzo, migliorare la qualità della vita, prevenire e ritardare le complicanze, prevenire e ritardare le riacutizzazioni, ridurre la mortalità. Le linee guida più accreditate (Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease 2003) propongono per la BPCO in fase stabile una strategia terapeutica "a step", in rapporto al livello di gravità della malattia. Si inizia dall'intervento preventivo, con l'eliminazione dei fattori di rischio e si prosegue con l'introduzione e l'integrazione dei trattamenti farmacologici e non farmacologici (riabilitazione, ossigenoterapia domiciliare, ventilazione non invasiva, terapia chirurgica). Le opportunità di prevenire l'evoluzione della BPCO si basano essenzialmente sulla riduzione dell'esposizione complessiva ai fattori di rischio ambientali, primo fra tutti il fumo di sigaretta. La cessazione del fumo di tabacco costituisce uno strumento conveniente ed efficace per ottenere il miglioramento del quadro clinico ed un prolungamento dell'attesa di vita attiva (Evidenza A). La BPCO è spesso associata a riacutizzazioni della sintomatologia. E' opportuno che i pazienti a rischio siano informati su come riconoscere i sintomi di un'eventuale riacutizzazione e quando rivolgersi al medico curante.

Inoltre è altamente raccomandabile la prassi delle vaccinazioni regolari, sia quella antinfluenzale, da ripetere annualmente, sia quella antipneumococcica, da ripetere ogni 5 anni.

Asma

L'asma è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree, associata ad un aumento della reattività bronchiale, a broncostrizione ed alla presenza di sintomi respiratori. L'atopia (predisposizione a sviluppare una eccessiva risposta immunitaria IgE-mediata in risposta ai comuni allergeni ambientali) è il maggior fattore di rischio individuale per lo sviluppo di questa malattia.

Epidemiologia e impatto socioeconomico

In Italia la prevalenza di asma è più bassa rispetto a quella di molti altri Paesi, soprattutto anglosassoni, sia per la popolazione infantile sia per quella adulta, come chiaramente evidenziato negli studi ISAAC (International Study of Allergy and Asthma in Children) ed ECRHS (The European Community Respiratory Health Survey). I risultati dello Studio SIDRIA (Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente) realizzato tra il 1994 ed il 1995 nell'ambito del protocollo internazionale ISAAC, hanno evidenziato, tra gli studenti delle scuole elementari e medie inferiori, una prevalenza di asma pari a 8,9%, rinocongiuntivite allergica 13,6% e dermatite atopica 5,5%. Un secondo studio SIDRIA, condotto nel 2002, ha prodotto informazioni più aggiornate sulla prevalenza dell'asma e delle allergie in età pediatrica in Italia. In questa seconda indagine la prevalenza di asma si è attestata sul 9,5% nei bambini e 10,4% negli adolescenti.

L'aumento nella diffusione di questa malattia in Italia non sembra dunque essersi verificato nel corso di questi ultimi anni, mentre è aumentata la frequenza di disturbi allergici come la rinocongiuntivite allergica e l'eczema atopico, specialmente nelle aree metropolitane. Le cause della diffusione delle patologie allergiche sono tuttora ignote, e alcune indicazioni potranno derivare dal confronto di dati italiani con quelli degli altri paesi partecipanti a ISAAC.

L'asma bronchiale nel 1999 è stata riconosciuta come malattia sociale. L'impatto della patologia asmatica sulle attività quotidiane e sulle famiglie è infatti considerevole: i costi indiretti rappresentano il 60% dei costi complessivi, cui vanno aggiunti i costi "intangibili", in termini di disagio e qualità della vita del paziente. Si stima che il costo annuale di un paziente asmatico adulto tra i 20 ed i 45 anni di età sia di 800 Euro e incida dal 2 all'8% sul reddito familiare (Studio AIRE). L'asma, assieme all'obesità è la patologia cronica più diffusa nell'infanzia, per la quale rappresenta una causa importante di mortalità e di ospedalizzazione, nonostante i miglioramenti terapeutici di questi ultimi anni. L'11% degli adulti ed il 19% dei bambini asmatici subisce almeno un ricovero per asma, mentre le visite di urgenza sono rispettivamente il 19% ed il 31% (Studio ISAYA). L'asma infantile può influire negativamente sullo sviluppo psicologico del bambino che ne è affetto, rallenta il processo di apprendimento scolastico e le relazioni con i coetanei, causa la perdita di giorni di scuola ed è causa di assenze dal lavoro per i genitori. I costi diretti del paziente asmatico costituiscono tra l'1 ed il 2% della spesa sanitaria complessiva. Le voci principali sembrano essere imputabili al consumo di farmaci ed ai ricoveri ospedalieri.

Fattori di rischio

I fattori di rischio responsabili dell'asma bronchiale si possono classificare in: 1) fattori individuali, che predispongono (o proteggono) gli individui dalla malattia e 2) fattori ambientali, i quali possono influire sulla suscettibilità alla malattia in soggetti predisposti, causare riacutizzazioni e/o determinare la persistenza dei sintomi (Tabella 1). L'esposizione ad allergeni o ad agenti professionali è stata considerata per anni la più importante causa di asma, in quanto essi sono in grado di sensibilizzare le vie aeree e successivamente riacutizzare la malattia o determinare la persistenza dei sintomi. Tuttavia sono necessari ulteriori studi per chiarire se l'esposizione ad allergeni e agli agenti professionali sia effettivamente la causa primaria dell'insorgenza dell'asma, o se tale esposizione sia solamente un fattore scatenante le riacutizzazioni asmatiche o causa della persistenza dei sintomi in individui che ne sono già affetti. Alcuni autori suggeriscono la presenza di una relazione tra l'esposizione allergenica e la prevalenza dell'asma ed hanno dimostrato un miglioramento della patologia alla cessazione dell'esposizione agli allergeni, ma ancora nessuno studio longitudinale ha dimostrato inequivocabilmente che il livello di esposizione ad allergeni in età infantile sia correlato al rischio di asma in età adulta. Altri studi dimostrerebbero che l'aumento di frequenza delle malattie allergiche respiratorie osservato nell'ultimo ventennio sia correlabile al cosiddetto stile di vita occidentale, nel quale l'igiene ed il declino delle infezioni svolga un ruolo causale importante, inducendo un'intrinseca propensione nelle nuove generazioni alla sensibilizzazione allergica.

Allergeni degli ambienti interni Gli allergeni degli ambienti interni comprendono gli acari domestici (della polvere), gli allergeni di animali, scarafaggi e funghi. Gli allergeni "indoor" sono attualmente aumentati in Italia come negli altri Paesi industrializzati, dove le abitazioni sono tappezzate, riscaldate, condizionate ed umidificate per migliorare il risparmio energetico e forniscono quindi un habitat ideale per la crescita di acari, scarafaggi, altri insetti, muffe e batteri. Gli allergeni degli acari domestici, presenti sul corpo degli insetti, nelle loro secrezioni ed escrezioni, rappresentano i principali allergeni presenti nella polvere di casa.

Pollini Negli ambienti esterni i più comuni allergeni capaci di scatenare l'asma in persone sensibilizzate sono i pollini ed i funghi. Sebbene esista una forte evidenza che l'esposizione ai pollini possa riacutizzare l'asma, non vi è ancora certezza che la sensibilizzazione ai pollini aumenti il rischio di comparsa di nuovi casi di asma.

Fumo di tabacco L'abitudine al fumo è associata ad un accelerato declino della funzionalità respiratoria nei soggetti asmatici, ad un aggravamento dell'asma e ad una ridotta risposta terapeutica, ma attualmente vi sono ancora scarse evidenze che il fumo di tabacco costituisca un fattore di rischio per l'insorgenza di asma nella popolazione generale. Alcuni studi dimostrano tuttavia che il fumo attivo può aumentare il rischio di sviluppare asma professionale nei lavoratori esposti agli agenti sensibilizzanti di origine professionale (per esempio le anidridi acide).

L'esposizione passiva al fumo di tabacco è associata ad un aumento di rischio di sviluppo di alterazioni respiratorie "in utero", in periodo neonatale o nel corso dell'infanzia. L'esposizione al fumo di sigaretta, sia durante il periodo prenatale, che postnatale, influenza l'insorgenza di malattie caratterizzate da respiro sibilante (Evidenza A). I bambini asmatici le cui madri sono fumatrici ricorrono frequentemente a farmaci antistaminici e necessitano di un maggior numero di visite al pronto soccorso.

Inquinamento ambientale A causa del grande numero di variabili, gli studi epidemiologici fino ad ora condotti non hanno fornito risultati conclusivi relativi alla capacità degli inquinanti atmosferici di aumentare l'incidenza di asma. Dall'altra parte gli inquinanti ambientali a concentrazioni raggiungibili nelle città altamente inquinate, quali ad esempio l'anidride solforosa, l'ozono e gli ossidi d'azoto, possono scatenare riacutizzazioni asmatiche, incrementare transitoriamente l'iperresponsività bronchiale e potenziare le risposte allergiche. Di conseguenza, almeno teoricamente, si potrebbe ritenere che l'inquinamento urbano può realmente contribuire all'insorgenza dell'asma.

Inquinanti degli ambienti interni. L'aumentato carico inquinante degli ambienti interni può andare ad aggiungersi all'aumentato carico antigenico (in particolare derivato dalle feci di acari) causato dai cambiamenti nella progettazione, arredamento e riscaldamento delle case, in particolare dall'uso crescente di tappezzerie e di mobili imbottiti. Numerosi studi suggeriscono che gli inquinanti indoor possano contribuire allo sviluppo di nuovi casi di asma, ma sono tuttavia necessari ulteriori studi a sostegno di tale ipotesi. In ogni caso, poiché i bambini molto piccoli trascorrono la maggior parte del loro tempo in casa e a scuola l'inquinamento indoor costituisce un fattore di rischio importante per le patologie allergiche e respiratorie nell'infanzia.

Condizioni socio-economiche Le condizioni socio-economiche rappresentano, nell'ambito dell'ipotesi "igiene", un altro importante elemento nell'epidemiologia dell'asma e dell'atopia. Le condizioni socio-economiche rappresentano una misura dello stile di vita, piuttosto che un fattore di rischio di per sé. Tali fattori possono comprendere le abitudini alimentari, le dimensioni del nucleo familiare, la possibilità di accesso alle strutture sanitarie, l'esposizione al fumo passivo, l'esposizione ad allergeni ed a altri fattori ancora sconosciuti

Prevenzione e trattamento

Il trattamento complessivo dell'asma è mirato a raggiungere e mantenere il controllo dei sintomi, prevenire le riacutizzazioni, mantenere la funzionalità polmonare più vicina possibile ai livelli normali, mantenere livelli normali di attività, incluso l'esercizio fisico, prevenire una limitazione irreversibile del flusso aereo, prevenire la mortalità. Il trattamento farmacologico è efficace nel controllo dei sintomi e nel migliorare la qualità della vita, ma in considerazione della dimensione sociale del fenomeno si capisce quanto siano importanti le misure di prevenzione e di diagnosi precoce. Sulla base dei risultati dello studio SIDRIA è stato stimato che alla familiarità è legato il 26-27 % dei disturbi respiratori infantili tale quota non è probabilmente modificabile con interventi preventivi, mentre il 15,5% ed il 18% delle malattie respiratorie dell'infanzia sono potenzialmente riducibili eliminando l'esposizione al fumo passivo, le muffe dalle abitazioni e riducendo sensibilmente l'esposizione ad inquinanti ambientali da traffico.

L'efficacia delle misure di prevenzione dopo che la sensibilizzazione primaria agli allergeni si è sviluppata (prima della comparsa di qualsiasi sintomo della malattia) è ancora oggetto di studio e approfondimento. Alcuni autori ipotizzano che l'immunoterapia allergene-specifica possa ridurre la comparsa di asma. Il Preventive Allergy Treatment (PAT) Study, sarà fondamentale per confermare la tesi del ruolo preventivo dell'immunoterapia.

Tabella 1 - Potenziali fattori di rischio dell'Asma

Fonte: Progetto Mondiale per il trattamento e la prevenzione dell'Asma (Adattamento italiano 2003)

FATTORI INDIVIDUALI

- Predisposizione genetica
- Atopia
- Iperresponsività bronchiale
- Sesso
- Razza / etnia

FATTORI AMBIENTALI

Fattori che influenzano la suscettibilità allo sviluppo di asma in soggetti predisposti

- Allergeni domestici
 - Acari
 - Allergeni animali
 - Allergeni da scarafaggi
 - Funghi, muffe e lieviti
- Allergeni degli ambienti esterni
 - Pollini

- Funghi, muffe e lieviti
- Sensibilizzanti professionali
- Fumo (passivo e attivo)
- Inquinamento ambientale
- Inquinanti degli ambienti indoor/outdoor
- Infezioni respiratorie
- Ipotesi “igiene”
- Infezioni parassitarie
- Condizioni socio-economiche
- Dimensioni del nucleo familiare
- Alimentazione e farmaci
- Obesità

Fattori che scatenano riacutizzazioni asmatiche e/o determinano la persistenza della sintomatologia

- Allergeni degli ambienti interni ed esterni (s.v. sopra)
- Inquinanti degli ambienti interni ed esterni
- Infezioni respiratorie
- Sforzo fisico ed iperventilazione
- Clima
- Anidride solforosa
- Alimenti, additivi alimentari e farmaci
- Emozioni intense
- Fumo di tabacco (passivo ed attivo)
- Inquinanti aerei come spray, esalazioni di vernici

Asma professionale

L'asma è la patologia respiratoria professionale più comune nei Paesi industrializzati ed è definita come “asma-causato dall'esposizione ad agenti presenti nell'ambiente di lavoro”.

Si stima che in circa il 9% dei casi di asma nell'adulto, comprendendo sia i casi di nuova insorgenza, sia gli aggravamenti di asma preesistente, vi sia una relazione con l'attività lavorativa. Più di 300 sostanze sono state descritte come agenti eziologici di asma professionale. Gli isocianati e la farina sembrano essere i più comuni fattori etiologici. Negli anni recenti anche il lattice è divenuto un'importante causa di asma professionale, pertanto, al momento attuale, i lavoratori a più alto rischio sono verniciatori, panettieri e operatori sanitari. Il trattamento farmacologico è identico al trattamento per le altre forme di asma, ma non può sostituire una rigorosa prevenzione dell'esposizione ambientale.

La prevenzione primaria sull'ambiente è sicuramente la misura più importante, e riguarda l'eliminazione o la riduzione dell'esposizione, mediante sostituzione degli agenti a maggior potere asmogeno, adozione di metodologie di lavorazione “protette”, utilizzo di presidi individuali efficaci (maschere ecc), la messa in atto di adeguate misure di controllo ambientale. La prevenzione secondaria, tramite la sorveglianza sanitaria, è finalizzata ad identificare i soggetti a rischio dotati di una particolare suscettibilità individuale e/o i segni preclinici di malattia. Mentre le misure di prevenzione terziaria hanno lo scopo di individuare i soggetti in uno stadio precoce di malattia, per limitare le conseguenze della malattia.

L'asma professionale è strettamente associata alla rinite professionale: la prevalenza di rinite nei soggetti con asma professionale è del 76-92% e spesso i sintomi di rinite precedono l'insorgenza dell'asma. Per questo, la rinite professionale può essere considerata come un marker della probabilità di sviluppare asma professionale.

BOX: Le malattie respiratorie in Europa ed in Italia

Prof. Giovanni Viegi, Istituto di Fisiologia Clinica CNR (Pisa), President of European Respiratory Society

Il 2005 è stato un anno importante per gli pneumologi ed i pazienti affetti da malattie respiratorie croniche. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), con il rapporto sulle principali malattie croniche e la serie di articoli pubblicata dalla rivista *The Lancet*, ha richiamato l'attenzione sul fatto che le principali malattie croniche (cardiovascolari, tumorali, respiratorie) hanno causato nel 2005 una quota importante di mortalità (35 milioni) e di Disability Adjusted Life Years (DALYs) (725 milioni), particolarmente nei paesi in via di sviluppo, ed ha proposto uno sforzo straordinario di prevenzione con l'obiettivo di ridurre del 2% all'anno la mortalità per tali malattie, riuscendo quindi a salvare la vita di 36 milioni di persone entro l'anno 2015. Quindi, sarebbe giusto che la lotta alle malattie croniche diventasse uno dei Millennium Development Goal. Inoltre, il Dipartimento Chronic Diseases and Health Promotion dell'OMS di Ginevra ha coordinato la fase di costituzione della Global Alliance against chronic Respiratory Diseases (GARD), un'alleanza di OMS, società scientifiche respiratorie (tra cui ERS), allergologiche e di medicina generale, associazioni di pazienti, enti governativi. La visione è quella di un mondo dove tutti possano respirare liberamente. La missione è ridurre il carico globale di malattie respiratorie croniche (CRD). Gli obiettivi, attraverso un approccio complessivo alla lotta contro le CRD, sono: sviluppare standard di raccolta dei dati su CRD e fattori di rischio; incoraggiare i governi a sviluppare la prevenzione: fare raccomandazioni di semplici strategie di gestione delle

CRD. E' motivo di soddisfazione registrare tra i componenti del GARD la presenza di organizzazioni ed enti italiani: CCM- Ministero Salute, AIMAR, INMM-CNR, IRCCS San Raffaele.

L'ERS si è ancora più consolidata come punto di riferimento scientifico ed educativo per gli pneumologi europei ed extraeuropei. Il Congresso Annuale, dove vengono presentate le più recenti scoperte scientifiche, ha raggiunto la cifra di 17 mila partecipanti a Copenhagen. Il Comitato esecutivo vede la partecipazione di molti esperti italiani. Oltre al Presidente Giovanni Viegi (Pisa), gli altri componenti italiani sono: Leonardo Fabbri (Modena), Vice-Presidente: Andrea Rossi (Bergamo), Responsabile del Comitato Scientifico e del Programma Congressuale; Francesco Blasi (Milano), Responsabile della Sezione di Infezioni Respiratorie; Isabella Annesi (Parigi), Responsabile della Sezione di Epidemiologia e Medicina del Lavoro. Tra le attività scientifiche di rilievo nel 2005, va segnalata la pubblicazione dei risultati della Task Force sulla standardizzazione della spirometria. Ciò si inserisce in un'attività di diffusione dell'uso di tale test, essenziale per la diagnosi delle patologie ostruttive come l'asma e la bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). La Scuola dell'ERS, oltre ad organizzare eventi congressuali ed extracongressuali, ha lanciato una nuova rivista di aggiornamento "Breathe". L'ERS è molto impegnata anche nelle attività di "advocacy", in particolare nel controllo del tabacco e nelle politiche ambientali. Il 2 giugno, a Lussemburgo, ha co-organizzato l'importante Convegno "Smoke free Europe 2005", cui hanno partecipato 10 rappresentanti dei ministeri della salute di paesi dell'Unione Europea che avevano introdotto legislazioni di protezione dei non-fumatori negli ambienti pubblici al chiuso o che stavano per farlo. Il Ministro della Salute Italiano ha ricordato la storia ed i dettagli della Legge italiana "di tutela della salute dei non fumatori" del 16 gennaio 2003, n. 3, Articolo 51, a cui successivamente si sono ispirati anche i governi di altri Paesi europei, come quello svedese. Un'altra importante attività di advocacy svolta dall'ERS è stata la campagna per l'inclusione delle malattie respiratorie tra quelle citate nel capitolo "ricerca traslazionale" del 7° Programma Quadro della Ricerca dell'Unione Europea. Infine, sono da segnalare le importanti iniziative internazionali legate rispettivamente alla produzione di linee guida per la BPCO e l'Asma: Linee guida GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - <http://www.goldcopd.it/>) e Linee guida GINA (Global Initiative for Asthma - <http://www.ginasma.it/>).

2.1.4 Apparato digerente

Le malattie dell'apparato digerente ed epatobiliare

In collaborazione con la Federazione Italiana Malattie dell'Apparato Digerente (FIMAD)

Una profonda evoluzione ha caratterizzato l'ambito delle malattie dell'apparato digerente ed epatobiliare in questi anni a causa dei notevoli progressi delle metodiche diagnostiche e terapeutiche.

L'impiego di nuovi farmaci, frutto delle tecnologie più avanzate, ha modificato l'approccio terapeutico e la prognosi di molte malattie, soprattutto delle epatiti croniche ad etiologia virale, delle malattie infiammatorie croniche intestinali e di molte neoplasie dell'apparato digerente.

Inoltre, l'applicazione nella pratica clinica dei progressi nel campo della endoscopia e della ecografia determina il passaggio sempre più frequente da interventi ad addome aperto ad interventi meno invasivi, con i quali sempre più numerosi pazienti vengono sottoposti a veri e propri atti chirurgici per via endoscopica endoluminale, per via ecografia transparetiale o per via ecoendoscopica.

A tale aspetto conseguono rimodulazioni delle modalità organizzative di offerta del servizio che determinano:

- riduzione della mortalità;
- riduzione dei ricoveri ordinari a favore di un incremento dell'attività di Day Hospital, Day Surgery e ambulatoriale;
- riduzione delle giornate di degenza correlate;
- aumento dei benefici per il paziente e per i familiari (minore permanenza in ospedale, riduzione stress psicologico pre-post operatorio, ecc);
- aumento dell'appropriatezza e conseguente riduzione dei costi.

Occorre sottolineare che tali interventi rappresentano un impegno di risorse meno costoso rispetto all'atto chirurgico vero e proprio, ma nella maggior parte dei casi sono correlati ad una remunerazione inferiore rispetto ai relativi costi effettivamente sostenuti.

Le malattie dell'apparato digerente ed epatobiliare non riguardano esclusivamente gli aspetti di diagnosi e cura ma anche quelli legati alla prevenzione primaria e secondaria.

Infatti, si sta affermando in questi anni, seppur in maniera disomogenea sul territorio, lo screening del cancro del colon-retto, il terzo grande screening italiano sulle malattie neoplastiche che coinvolge fundamentalmente le Unità Operative di Gastroenterologia ed i servizi di Endoscopia digestiva.

Ricordiamo che il cancro del colon-retto a partire dal 1990 è diventato nel nostro Paese il secondo tumore per incidenza in entrambi i sessi, nella donna dopo quello alla mammella, nell'uomo dopo il cancro al polmone ed è anche la seconda causa di decesso per cancro in entrambi i sessi (dati ISTAT).

Nell'anno 2003 le malattie gastroenteriche ed epatobiliopancreatiche (MDC 6/7) hanno rappresentato la prima causa di ricovero in Italia; sono stati, infatti, 1.557.136 i ricoveri in regime ordinario e day hospital, pari al 12,16% dei ricoveri nazionali.

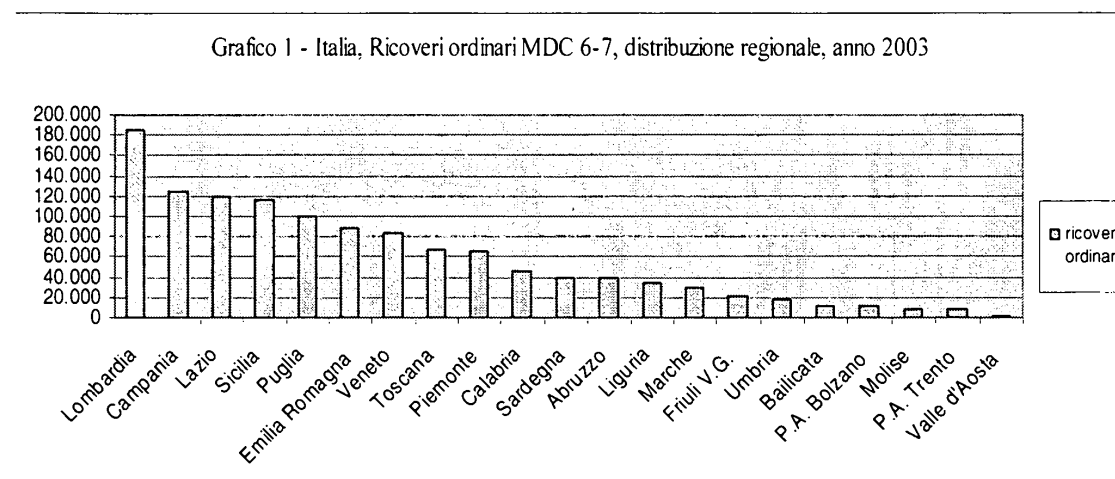
Per il medesimo anno i ricoveri ordinari sono stati pari a 1.222.167 (pari a circa il 78%), mentre quelli in Day Hospital a 334.969 (pari a circa il 22%)

Il trend dei ricoveri delle malattie in oggetto, tra gli anni 2002-2003 ha visto una diminuzione globale dei ricoveri di circa il 3% mentre i ricoveri in regime di Day Hospital sono aumentati del 12,2% circa (*Tab. 1*).

Tab. 1

	2002		2003		variazione '03-'02	
	numero	%	numero	%	numero	%
Ricoveri totali MDC 67	1.604.055	100	1.557.136	100	-46.919	-2,93
Ricoveri ordinari MDC 67	1.305.434	81,4	1.222.167	78,5	-83.267	-6,38
Ricoveri d.h. MDC 67	298.621	18,6	334.969	21,5	36.348	12,17

La distribuzione dei ricoveri ordinari nelle diverse regioni italiane è illustrata nel *Grafico 1* :



Dall'analisi dei primi 30 DRG relativi ai ricoveri ordinari emerge che circa il 30% è rappresentato dai primi 4 DRG:

- DRG 183 Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza cc (11%)
- DRG 162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza cc (7%)
- DRG 184 Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (7%)
- DRG 198 Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc (6%)

mentre il 50% dai primi 9; la durata media della degenza totale è pari a 7,4 giornate con un peso medio di 1,2.

Infine, nell'ambito dei ricoveri in regime di Day Hospital (pari a circa il 20% dei totali, come già detto) si è registrata una complessità pari a 0,86 punti DRG, di cui il 70% circa risulta afferente a DRG di tipo Medico con un peso medio pari a 0,88 e la restante parte a DRG di tipo Chirurgico che presentano un peso medio pari a 0,82.

Le patologie dell'apparato digerente ed epatobiliare rappresentano l'84% dei ricoveri nei reparti di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva. Altrettanto elevate appaiono le percentuali per ricoveri in reparti di Chirurgia Generale (61%), Chirurgia Pediatrica (35%), Malattie Infettive (31%), Medicina Generale (15%) (*Grafico2*).