

Presentata la Relazione sullo stato sanitario del Paese

Italiani longevi ma sempre più "cronici"

Questa la fotografia del rapporto sulla salute degli italiani presentato il 10 dicembre scorso dal Ministro Sacconi e dal Viceministro Fazio (dal 15 dicembre scorso neo Ministro della Salute). Viviamo infatti sempre più a lungo ma crescono esponenzialmente le malattie croniche mentre desta allarme il diffondersi di stili di vita "poco sani"

di Ester Maragò

La Relazione sullo stato sanitario del Paese conferma la fotografia di un'Italia sostanzialmente in buona salute, anche per merito del suo sistema sanitario. Un sistema che, pur con le sue anomalie (soprattutto geografiche), si sta affermando tra i sistemi con il miglior rapporto "costo-beneficio" nel Mondo. Un traguardo affatto scontato fino a un quindicennio fa, quando il trend di crescita esponenziale della spesa appariva incontrollabile e non accompagnato da una parallela crescita della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati. Allora, e siamo nella prima metà degli anni '90, il sistema seppe correggersi avviando l'aziendalizzazione delle Asl, cui fece seguito nel 2001 la delega totale alle Regioni della gestione dei servizi, unita alla responsabilità di spesa. Dopo i primi anni di assestamento i risultati si sono cominciati a vedere. Merito anche del pugno di ferro dell'Economia nel confronto con le Regioni "spendaccione" (la logica dei Piani di rientro ha funzionato), ma anche di una progressiva affermazione di una nuova classe di manager e dirigenti sanitari, orientata finalmente alla qualità delle cure e dell'assistenza. Il processo di ammodernamento e riqualificazione ovviamente non si può considerare concluso. Ma, fermi restando i ritardi storici del Sud (sui quali tuttavia ancora non emerge un vero programma nazionale di rinascita), oggi il sistema si sta effettivamente ristrutturando. A partire dalla progressiva costruzione di una rete di servizi integrata, dove ospedale e territorio lavorano insieme su obiettivi comuni, fino alla grande sfida della prevenzione



ne primaria delle malattie, attraverso il cambiamento degli stili di vita e del contesto ambientale e lavorativo, con il supporto di adeguate attività di screening e diagnosi precoce. Ecco in sintesi i punti più qualificanti della Relazione.

Struttura e dinamica demografica

La popolazione italiana si stima abbia raggiunto al 1° gennaio 2009 il traguardo storico dei 60 milioni di abitanti. Gli stranieri residenti nel nostro Paese sono circa 3 mln e 900 mila, con un incremento di 462 mila persone rispetto al 2008 e rappresentano il 6,5% del totale della popolazione. Le percentuali sono più elevate nelle regioni del Nord e del Centro che nel Mezzogiorno. Nel 2009 l'indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione di over 64 e quella con meno di 15 anni) è pari a 143%. Il processo di invecchiamento investe tutte le Regioni, particolarmente quelle settentrionali e centrali. Gli over 64 hanno raggiunto il 20,1% della popolazione, mentre gli under 18 sono soltanto il 17%.

Mortalità generale, aspettativa di vita e stato di salute percepito

In Italia si vive di più: si è passati, infatti, da una speranza di vita alla nascita di circa 74 anni per gli uomini e di 80 per le donne nei primi anni '90, a 78,4 e 84 anni, rispettivamente per gli uomini e per le donne, nel 2006. Il divario tra uomini e donne, seppure in lieve diminuzione, rimane elevato e pari a quasi 6 anni. Si muore di più in Campania dove si registra la situazione più svantaggiata in termini di mortalità, sia per gli uomini che per le donne. Il quadro migliore è invece quello delle Marche.

È in continua diminuzione il trend relativo alla mortalità infantile: dal 2001 al 2006 c'è stata una riduzione del 19% per i maschi e del 31% per le femmine. Circa il 61% degli italiani si considera in buona salute, mentre solo il 6,7% valuta negativamente le proprie condizioni di salute. Sono in particolare le donne a dare una valutazione

negativa, in particolare con il crescere dell'età.

Cronicità e disabilità

Artrosi e artriti guidano la classifica delle patologie croniche più diffuse nel 2004-2005 (18,3%), seguono l'ipertensione arteriosa (13,6%) e le malattie allergiche (10,7%). Tra le donne, le malattie croniche maggiormente presenti sono l'artrosi e l'artrite, l'osteoporosi e la cefalea. Gli uomini invece sono colpiti prevalentemente da bronchite cronica, enfisema e infarto. In generale, il 13,1% della popolazione è affetto da almeno una fra le patologie croniche più rilevanti, le donne si confermano in peggiori condizioni di salute e lamentano infatti almeno una patologia cronica rilevante nel 17,2% dei casi contro il 10,3% degli uomini. Invecchiando sono invece gli uomini a riferire cronicità più gravi: il 45,5% rispetto al 38,9% delle donne. A livello territoriale si sta peggiorando nelle regioni del Sud e nelle Isole. I dati Istat stimano che, tra il 2004 e il 2005, le persone con disabilità sono circa 2 milioni e 600 mila (il 66% sono donne), pari a circa il 5% della popolazione italiana. I tassi di disabilità più elevati si registrano nelle regioni meridionali: il primato va alla Sicilia con il 6,6% della popolazione disabile.

Cause di morte e malattie

Il 70% dei decessi (370mila l'anno) sono dovuti a tumori e patologie cardiovascolari. Per gli uomini le neoplasie rappresentano il 35,1% delle cause di morte e le malattie del sistema circolatorio il 34,9%, mentre per le donne le patologie circolatorie sono la causa preminente (43,8%), i tumori invece si attestano sul 25,6%. La terza causa di morte è rappresentata dalle malattie dell'apparato respiratorio (7,4% tra gli uomini e 5,4% tra le donne). Tra le prime 10 cause di morte, per le donne, figurano i disturbi psichici e comportamentali, per gli uomini invece le malattie infettive.

Le principali malattie

Le malattie cardiovascolari nel 2003 hanno causato 240.253 morti (140.987 uomini e 135.266 Donne), pari al 41,1% dei decessi totali. Negli uomini la mortalità è trascurabile fino all'età dei 40 anni, emerge fra i 40 e i 50 anni e poi cresce in modo esponenziale con l'età. Nelle donne il fenomeno si manifesta a partire dai 50-60 anni e cresce rapidamente. Nel 2006 si sono registrati oltre 168 mila decessi per cancro, il 30% di tutte le morti. Le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte nel nostro Paese, ma nell'ultimo decennio la mortalità è diminuita soprattutto per effetto della migliore sopravvivenza dei malati: alla fine degli anni '70 la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di cancro

► Segue a pagina 23

► Segue da pagina 10

Italiani longevi ma sempre più "cronici"

era del 33% ed è salita al 47% nei primi anni '90.

È scesa negli ultimi 20 anni la mortalità per tumore del colon-retto in entrambi i sessi, ma la sua incidenza è cresciuta fra gli uomini. Il cancro del polmone diminuisce tra gli uomini e aumenta fra le donne; per queste, tra il 1970 e il 2002, il tasso di mortalità è quasi raddoppiato. Dal 1990 è invece diminuita del 2% l'anno la mortalità per tumore al seno. Il tumore alla prostata è la patologia più diffusa tra gli uomini: sono stati circa 36.500 i nuovi casi nel 2008. Aumenta il diabete come conseguenza dell'epidemia di obesità legata a modificazioni degli stili di vita: sono circa 2,5 milioni le persone colpite. Le percentuali relative alla prevalenza del 3,9 al Nord, del 4,1 al Centro e del 4,6 al Sud in linea con un analogo gradiente Nord-Sud di prevalenza di obesità. Nel 2006 in Italia sono avvenuti 35.751 decessi per malattie dell'apparato respiratorio (57% fra i maschi) che rappresentano il 6,4% di tutte le morti.

Salute materna e neonatale

Secondo i dati del Certificato di assistenza al parto, nel 2005, sono stati realizzati 511.436 parti. Nell'80% delle gravidanze state effettuate più di 4 visite di controllo; in media sono state eseguite 4,3 ecografie per ogni parto e nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, ogni 100 parti sono state effettuate circa 16 amniocentesi e circa 3 esami dei villi coriali. Si conferma il ricorso eccessivo al parto per via chirurgica: allo stato attuale l'Italia è ai primi posti in Europa con un tasso di tagli cesarei pari al 38,2%.

In Italia, per il periodo 1998-2002, il rapporto di mortalità materna risulta pari a 3/100.000. Nel 2007 le interruzioni volontarie di gravidanza sono state 127.038, con un tasso di abortività pari a 9,1 per 1.000 donne in età feconda, con un decremento del 3,1 rispetto all'anno precedente. Per quanto riguarda la salute del neonato si rilevano pesi inferiori ai 1.500 grammi nell'1% dei nati, un peso compreso 1.500 e 2.500 grammi nel 5,8% e i nati a termine con peso inferiore ai 2.500 grammi rappresentano circa il 2% dei casi. Il tasso di natimortalità è di 2,8 nati morti ogni 1.000 nati. Tra le cause di natimortalità si evidenziano condizioni morbose ad insorgenza perinatale, problemi fetali e placentari.

Salute infantile e dell'adolescente

Si riducono, i tassi di mortalità infantile. Le cause più frequenti sono le condizioni morbose di origine perinatale, traumatismi ed avvelenamenti, le malforma-

zioni congenite e i tumori. La riduzione della mortalità ha interessato maggiormente i bambini fino a un anno di età, e in maniera comunque significativa i bambini da 1 a 14 anni.

La prima causa di morte nella fascia d'età 1-14 anni è rappresentata dai tumori seguite dalle cause esterne di traumatismo e avvelenamento. Le patologie che si presentano più frequentemente per la fascia di età 0-14 anni sono le malattie allergiche (9,6%), seguite dall'asma bronchiale (2,9%) e dalla cefalea ed emicrania ricorrente (0,9%). Un maggior numero di maschi (3,8%), rispetto alle femmine (2%) soffre di asma.

Disturbi psichici

Aumenta l'ospedalizzazione psichiatrica nella fascia d'età fra i 12 e i 15 anni. La prevalenza dei disturbi mentali più comuni (depressione, distimia, disturbo d'ansia generalizzata disturbo di panico, fobia semplice e sociale, agorafobia, disturbo post-traumatico da stress, disturbo da abuso/dipendenza da alcol) nella popolazione generale non è inferiore al 7%. I dati relativi alle situazioni di acuzie, fanno emergere un tasso di 26,7 ricoveri psichiatrici per 10mila abitanti. I Tso rappresentano il 9% di tutti i ricoveri annui in Italia, ed il tasso per 10mila abitanti è pari a 2,5, con una marcata variabilità regionale. Per quanto riguarda le attività svolte nei Centri di salute mentale, i dati di prevalenza indicano che i pazienti in trattamento attivo in 626 Centri censiti sui 708 totali sono 457.146 con una media per servizio di 730 pazienti in trattamento attivo.

Monitoraggio delle sperimentazioni cliniche e dell'impiego dei medicinali

Le farmacie pubbliche e private hanno dispensato nel 2007 complessivamente circa 1,7 mld di confezioni (29 confezioni di farmaco per abitante). Circa il 60% dei consumi si concentra nella popolazione over 65; l'80% in quella con più di 55 anni. I farmaci del sistema cardiovascolare sono i più utilizzati (32,7% circa di tutti i consumi) con una copertura del Ssn del 94%. Seguono i farmaci: dell'apparato gastrointestinale e quelli del metabolismo (13,9%) comprensivi dei farmaci contro il diabete; del Sistema nervoso centrale (10,0%); gli ematologici (9,8%). Sono bassissime le percentuali sul consumo degli antimicrobici. L'Italia è il terzo Paese europeo con il consumo più elevato di antibiotici. Il maggior consumo (e livello di spesa) si registra nelle Regioni del Centro-Sud rispetto a quelle del Centro-Nord.

Secondo l'analisi della Commissione Europea nell'ambito del Pharmaceutical Forum, l'Italia assieme all'Olanda è il Paese comunitario con la più bassa percentuale di spesa a carico dei cittadini per i farmaci erogati dal Ssn.

Malattie da lavoro

Aumentano in Italia le malattie professionali. Dall'ultimo rapporto annuale dell'Inail, infatti, risultano pervenute 28.497 denunce di patologie professionali manifestatesi nel 2007, con un aumento rispetto all'anno precedente del 7%, a fronte di una crescita del numero degli occupati dell'1%. Al primo posto tra le malattie denunciate c'è l'ipoacusia. Tra le patologie professionali emergenti si registra un notevole incremento di tendiniti, patologie muscolo scheletriche e malattie respiratorie. Quanto alle patologie tumorali, relativamente all'anno 2007, la rilevazione evidenzia 1.700 casi, di cui circa la metà risulta costituita da neoplasie da asbesto, seguite dai tumori di trachea, pleura e laringe e dai mielomi multipli. In particolare per i tumori vescicali si è passati dai 79 casi registrati nel 2003 ai 200 del 2007.

Stili di vita

La pigrizia uccide quanto molte patologie: per inattività fisica (e le malattie ad essa correlate) muoiono ogni anno solo nel nostro paese qualcosa come 28mila persone, il 5 per cento del totale, mentre per la stessa causa ammontano al 3,1% gli anni di vita in buona salute



persi per invalidità e morte prematura. Si stima che siano attribuibili al fumo dalle 70mila alle 83mila morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Una recente stima indica in 24.061 il numero delle morti per cause alcol correlate fra i soggetti sopra i 20 anni, di cui 17.215 tra gli uomini e 6.846 tra le donne, che rappresentano, rispettivamente, il 6,23% di tutte le morti maschili e il 2,45% di quelle femminili. ■

dell'agente, e si deve tenere in considerazione il diverso tipo di attività svolta all'interno di quel settore determinato.

Così, nell'ambito sanitario l'agente modello del medico generico o di pronto soccorso è diverso da quello del clinico specialista, figura apicale, dirigente di struttura.

La giurisprudenza tende a costruire l'agente modello "oggettivamente" ossia sulla base delle conoscenze ed esperienze che si possano presumere nelle persone esercenti una certa attività. È lecito dubitare della corrispondenza del criterio adottato al principio di colpevolezza, cardine del nostro sistema.

Il criterio della rimproverabilità personale su cui la colpevolezza si fonda esige, infatti, una previa considerazione delle condizioni soggettive dell'agente (naturalmente nei termini normativi collegati all'addebito di colpa). In altre parole, si corre il pericolo che il modello normativo dell'agente consideri quanto di meglio egli sarebbe stato in grado di fare, prescindendo dalla condotta specifica del "vero agente" nella circostanza concreta. È corretto "pensare" l'agente (modello) fuori del fatto e del contesto concreto?

Nella colpa specifica è ancor più controverso se ed in quali termini possa farsi ricorso all'agente modello.

Invero, quando la regola caute-

all'errore di diagnosi di uno specializzando e a quello commesso dallo specialista che vanta specifica casistica ed anni di anzianità nella branca.

Il concetto di colpa negli altri ordinamenti

Se gettiamo un rapido sguardo agli altri ordinamenti notiamo che sia nei paesi di tradizione di *civil law** (come Italia, Francia, Belgio, Germania ecc.) che in quelli di *common law* (Inghilterra, Usa, in generale Paesi anglofoni e paesi in via di sviluppo), il concetto di colpa ha acquisito progressivamente importanza e pari scomposizione nella sua "doppia misura": oggettiva, quale violazione della regola cautelare, e soggettiva, come possibilità di rimproverare al soggetto la violazione della regola cautelare.

La misura oggettiva è il regno dell'evitabilità, quella soggettiva è il regno della motivabilità.

È interessante notare che anche in Inghilterra il giudizio di colpevolezza si articola in tre momenti senza dubbio presenti negli sforzi della dottrina italiana: - la riconoscibilità del pericolo - la conoscibilità della regola cautelare - l'obiettiva possibilità di comportamento conforme alla regola cautelare.

Tali dati, anche per i paesi di *common law*, non costituiscono "dati di fatto" bensì giudizi ipotetici e come tali presuppongono necessariamente l'assunzione di determinati parametri di giudizio. In presenza di una certa situazione, la riconoscibilità della sua pericolosità potrà sussistere o meno a seconda del parametro di riferimento. La stessa cosa può dirsi per la conoscibilità della pretesa cautelare e la possibilità di conformarsi. ■

* Gli studiosi di diritto internazionale comparato dividono i sistemi giuridici mondiali in due grandi famiglie: gli ordinamenti di *civil law* in uso nell'Europa continentale (che discendono direttamente dal diritto romano e dal Codice napoleonico) e quelli di *common law* adottati nei Paesi anglofoni e in buona parte di quelli in via di sviluppo. Questi ultimi non si basano su un sistema di norme raccolte in codici, bensì sul principio giurisprudenziale dello stare decisis, vale a dire sul carattere vincolante del precedente giudiziario. In tale ottica, la legge diviene fonte normativa di secondo grado, assumendo funzione di mera cornice, all'interno della quale vengono a inserirsi le statuizioni contenute nelle pronunce dei giudici.

Prosegue sul prossimo numero la seconda parte dell'articolo dedicata a un'analisi comparata con la dottrina inglese e tedesca

lare è consacrata in un testo (legge, regolamento, disciplina, ecc.), il contenuto è precisato in forma determinata e la cautela (regola "rigida") corrisponde ad uno standard al cui rispetto sono tenuti tutti i soggetti esercenti quella data attività, anche se bisogna accertare che circostanze particolari non rendono concretamente inesigibile l'osservanza; ad esempio, per ignoranza incolpevole del precetto o perché l'osservanza della regola comporterebbe un maggior rischio per il bene tutelato. Non v'è dubbio allora che le circostanze concrete siano rilevanti. Altro elemento non trascurabile è che in rapporto all'esigibilità dell'osservanza il grado è maggiore in soggetti di particolare abilità, competenza ed esperienza e minore in soggetti che abbiano tali caratteristiche ad un livello più modesto: si pensi