

Presentato a Roma il Rapporto Mev(i) realizzato da Nebo Ricerche-Pa, presentato in collaborazione con l'associazione Mensa

Nel 2010, circa 110mila morti evitabili

Diminuiscono i casi di mortalità evitabile, ma il numero resta allarmante, soprattutto nelle regioni del Sud Italia. La morte di 110.000 persone nel 2010 poteva essere "posticipata" attraverso interventi di prevenzione nella sanità pubblica, ma la grandezza della cifra è in continuo calo: in dieci anni, dal 2000 al 2010, ha segnato un -17,8% a fronte invece di un aumento generale dei decessi (+4,6). Sono i dati contenuti nel Rapporto Mev(i) realizzato da Nebo Ricerche-Pa e presentati insieme all'associazione Mensa Italia in occasione del convegno dal titolo: "Prevenzione e salute: una questione di intelligenza?", che si è svolto a Roma lo scorso 25 ottobre. Il Rapporto, presentato alla

presenza di esperti del Ministero della Salute, dell'Istat, dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Unione Europea, propone risultati dettagliati per prevenzione primaria (stili di vita del singolo come corretta alimentazione, alcolismo, tabagismo, sicurezza stradale, in casa e sul lavoro etc), diagnosi precoce e terapia (tumore alla mammella della donna, tempestività salvavita degli interventi sanitari) e Igiene e assistenza sanitaria (vaccinazioni, corretta gestione delle cronicità e del ricorso alle strutture sanitarie etc). Due decessi evitabili su tre riguardano il genere maschile: ovvero 71.500, a fronte dei 38.500 relativi alle donne ma, a livello nazionale, la mortalità evitabile degli uomini cala in

modo più evidente: nel periodo 2008-2010 rispetto al 2000-2002, è scesa del 2,5% l'anno, quella femminile dell'1,7%. Il fenomeno, come prevedibile, varia sensibilmente da regione a regione. Sia per gli uomini che per le donne, le Marche è la regione con meno giorni persi, mentre in coda c'è la Campania.

«C'è ancora spazio per contrastare queste morti e per farle ulteriormente diminuire», ha spiegato Natalia Buzzi, direttore scientifico di Nebo Ricerche e presidente del Mensa Italia.

Per farlo «serve "una politica intelligente", basata sulla prevenzione primaria, ovvero stili di vita, alimentazione, riduzione di alcool e tabacco, sicurezza stradale e sul lavoro: in questo modo la mortalità si dimezzerebbe. Fondamentali però anche diagnosi precoce e maggiore assistenza sanitaria, in termini di vaccinazioni, gestione delle cronicità, perché prevenire fa risparmiare risorse a favore di tutti», ha asserito infine Natalia Buzzi.

Silvia Deandrea, socio Mensa Italia, Project Officer Inst. Health and Consumer Protection Ee Joint Research Centre, ha affermato che: «Gli screening organizzati sono una scelta intelligente, in quanto: riducono la mortalità causa-specifica, e l'in-



segue da pagina 9

so anno. È importante rimarcare anche che in oltre il 70% dei casi le esperienze sono state adottate in forma stabile dalle aziende.

La parte del leone la fa ancora l'Emilia Romagna, con 26 buone pratiche, seguita dalle Marche, con 13, ma nel complesso si assiste ad una rimonta del Sud, dove si collocano il 31,7% delle esperienze, lo scorso anno localizzate quasi esclusivamente al Nord. Anche se nel settentrione sono state selezion-

nate il 53% delle esperienze e nel centro poco più del 14. Ed è anche con una punta di orgoglio che sottolineo come la mia piccola Basilicata, con 4 best practice sia seconda solo alla Sicilia (6 esperienze) tra le regioni del Sud e delle Isole. Al di là dei campanilismi la raccolta selezionata dall'Osservatorio dimostra che è possibile fare Buonasanita anche al Sud perché la discriminante non è geografica ma gestionale.

• I morti contrastabili con azioni di sanità pubblica diminuiscono di uno ogni sei (-17,8%) dal 2000 al 2010 mentre negli stessi anni il numero di morti in generale cresce del 4,6%

• Sono 110 mila i decessi del 2010 comprimibili con azioni di sanità pubblica

• Due decessi evitabili su tre riguardano il genere maschile e, soprattutto, uno su due è evitabile con interventi di prevenzione primaria

• Una determinante variabilità del fenomeno a livello territoriale, che suggerisce approfondimenti locali e indirizza verso politiche regionali differenziate.

cidenza della malattia, migliorano la sopravvivenza dopo la diagnosi, favoriscono la standardizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, costano meno della corrispondente attività opportunistica/spontanea. Migliorano la qualità della vita del paziente, favorendo la diagnosi in fasi precoci della malattia e livellano le disuguaglianze di reddito e istruzione, favorendo l'equità». Incisivo anche l'intervento di Augusto Panà, Direttore scientifico dell'Istituto Superiore di Studi Sanitari Giuseppe Cannarella, secondo cui: «Non esistono interventi di prevenzione che non abbiano mai funzionato. Purché, naturalmente, si tratti di una

prevenzione fatta con i dovuti criteri. Far funzionare la prevenzione per la salute è, pertanto, un concetto intelligente». Ed ha aggiunto: «Ma, il discorso della prevenzione, poi, cozza sulla immediatezza dei risultati spesso auspicata da media e politici. La prevenzione non può, per definizione, portare a risultati immediati; soprattutto quando si parla di malattie cronico-degenerative, in quanto patologie caratterizzate da un decorso molto lungo e complesso. Ed è bene sottolineare che, quando si parla di prevenzione, non bisogna far riferimento al singolo individuo, ma all'intera collettività». Quindi Augusto Panà ha concluso affer-

mando che: «Nell'era attuale non si dovrebbe parlare solo ed esclusivamente di "prevenzione" ma, bensì, di: "promozione della salute" che implica, al suo interno, anche il concetto di "prevenzione", ma ha un riflesso molto più ampio. Infatti, se nel processo di "promozione della salute" vengono coinvolti non solo coloro che devono attuarla, ma anche coloro che sono oggetto della prevenzione stessa, si innesca un sistema di formazione e informazione che offre la possibilità di istruire e coinvolgere, concretamente, la popolazione su quelli che sono i corretti e sani stili di vita, ottenendo risultati apprezzabili».

E.M.

La classifica maschile

Due regioni del Centro Italia, Marche e Toscana, immediatamente seguite da Veneto e Liguria, guidano la classifica maschile dei giorni di vita perduti pro-capite. La Puglia è l'unica regione meridionale con un valore migliore della media nazionale. Sei delle ultime otto posizioni sono occupate da regioni del Sud. Fanalino di coda sono Campania e Sardegna, precedute da Calabria, Sicilia, Abruzzo e Molise. Anche Lazio e Valle d'Aosta hanno risultati peggiori della media nazionale, ma la Valle d'Aosta merita una menzione d'onore: partita svantaggiatissima a fine anni novanta è, in assoluto, la Regione che è migliorata di più.

La classifica femminile

Il dato femminile riguardo la mortalità evitabile è quasi la metà di quello maschile. In testa alla classifica, come per i maschi, le Marche; di nuovo la Campania si conferma all'ultimo posto, con un valore sensibilmente superiore alle altre regioni. Calabria e Valle d'Aosta recuperano rispetto al dato maschile collocan-

dosi su valori migliori della media nazionale. Un aspetto interessante: il divario fra la regione migliore e quella peggiore per le femmine è del 50% anche se nel complesso, va ribadito, la mortalità femminile è molto più limitata di quella maschile.

Miglioramenti continui ma il sud fanalino di coda

Rispetto agli anni 2000-2002 l'ultimo dato disponibile presentato oggi (2008-2010) vede miglioramenti continui e regolari a livello nazionale: i maschi migliorano in media del 2,5% l'anno, le femmine, di gran lunga meno esposte alle morti evitabili, un po' meno, l'1,7% l'anno. La vera sorpresa è però il dato regionale perché le regioni centro-settentrionali hanno ridotto la mortalità evitabile in misura sensibilmente maggiore di quelle meridionali. Ai due estremi la Valle d'Aosta è la Regione che migliora in assoluto più velocemente mentre la Calabria, soprattutto per i maschi, e la Sardegna, in particolare per le femmine, denunciano comunque un vistoso rallentamento.