

XII Commissione (Affari sociali)

Esame della proposta di legge n. 3115 Baroni, recante “Istituzione e disciplina del Registro nazionale e dei registri regionali dei tumori”, e delle abbinate n. 913 Biondelli, n. 2983 Zolezzi, n. 3483 Vargiu e n. 3490 Amato

Il Referto Epidemiologico (RE) Per conoscere lo stato di SALUTE di una Comunità

Valerio Gennaro MD, PhD

Medici per l'Ambiente, International Society of Doctors for Environment (ISDE, Genova)

Skype:valeriogennaro1 - cell.340.3436554 - Email: valerio.gennaro52@gmail.com

IRCCS Az. Osp. Univ.San Martino, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (IST)

Largo Rosanna Benzi 10, 16132 Genova - Tel:010.5558.557 - Email: valerio.gennaro@hsanmartino.it

La **Repubblica** tutela la **salute**
come fondamentale diritto
dell'individuo
e interesse della collettività
e garantisce cure gratuite agli
indigenti.....

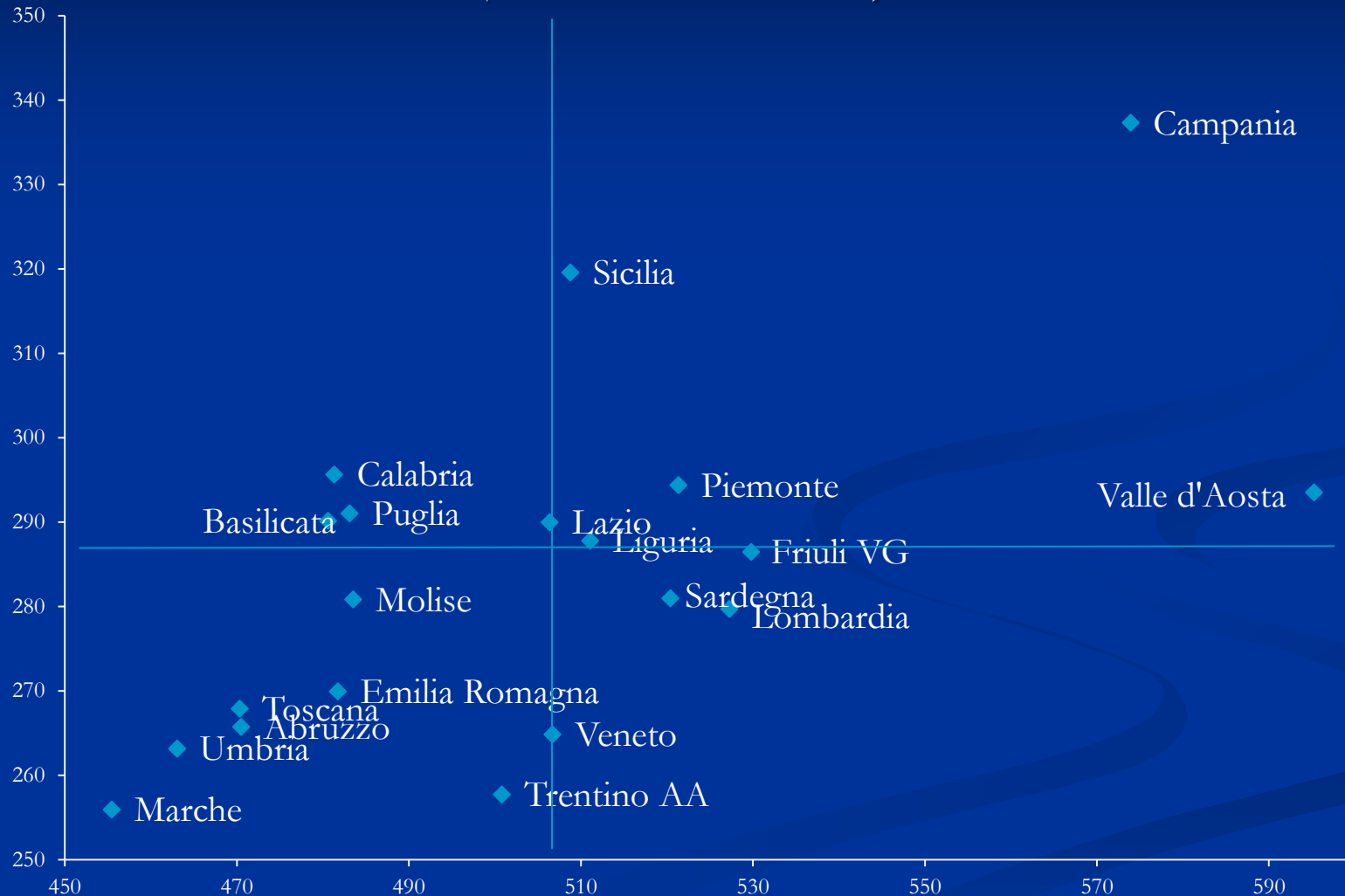
Costituzione Italiana: Articolo 32

Mortalità per TUTTE le Patologie (ref. Italia) 1997-2001

Maschi (X) e Femmine (Y) - Tasso Stand pop. mondo x 100.000

FONTE: La mortalità per causa in Italia: 1980-2003 e 2006-2012 <https://w3.iss.it/site/mortalita/>

(Stime ISS, dati ISTAT)



Mortalità per TUTTE le Patologie (ref. Italia) 2008-2012

Maschi (X) e Femmine (Y) - Tasso Stand pop. mondo x 100.000

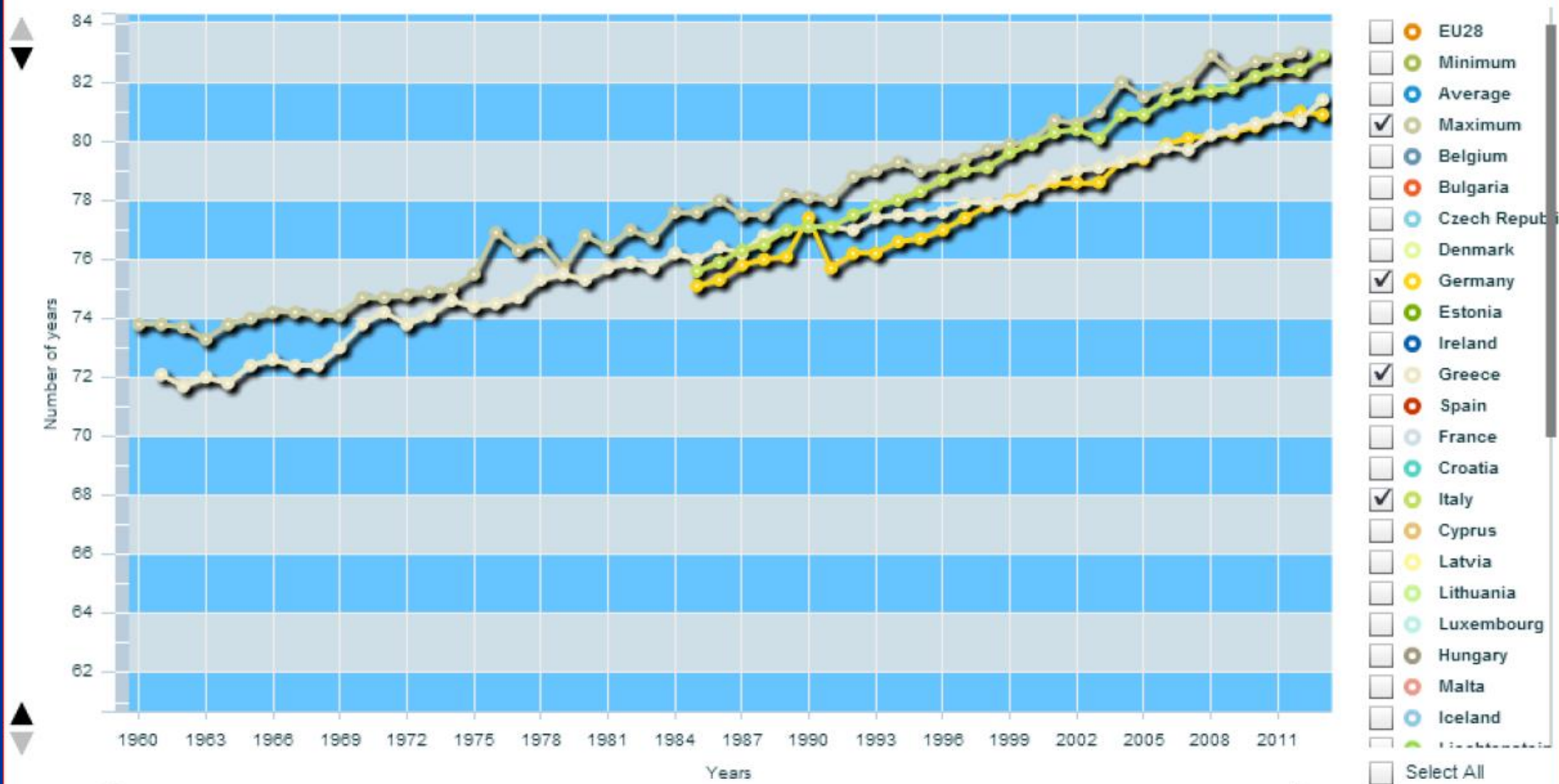
FONTE: *La mortalità per causa in Italia: 1980-2003 e 2006-2012* <https://w3.iss.it/site/mortalita/>
(Stime ISS, dati ISTAT)



Life expectancy at birth - Total population, time series of 53 years

Life expectancy
Life expectancy at a given age represents the average number of years of life remaining if a group of persons at that age were to experienc...

[more](#)



Giusto portare a 65 anni la pensione delle donne

Con una speranza di vita più alta è una misura di equità

di **Fabrizio Galimberti**

L'aumento dell'età pensionabile delle donne, inserita in un contorto provvedimento che mira a salvare l'Italia dalle fiamme dei mercati, sembra a prima vista una misura affrettata e disperata. Ma è in realtà una misura dovuta da troppo tempo, che mira a correggere una vistosa smagliatura del sistema pensionistico.

L'aumento dell'età pensionabile, per donne e uomini, è una risposta ragionevole e legittima ai problemi posti da quella che è essenzialmente una buona notizia: la vita umana si allunga. Quando il Cancelliere Bismarck introdusse le pensioni pubbliche in Germania nella seconda metà dell'Ottocento, l'età di pensionamento era di 60 anni, pur se la vita media non superava i 50. Le pensioni, insomma, erano riservate a pochi e robusti vecchi. E la previdenza era, almeno all'inizio, un buon affare per gli Stati: i lavoratori contribuivano tutti, ma i benefici andavano a pochi.

Oggi, con la speranza di vita vicina agli 80 anni, un Bismarck redivivo stupirebbe nel constatare che i suoi nipotini nei governi europei hanno, almeno fino a pochi anni fa, lasciato l'età di pensionamento vicina al livello del suo tempo, pur in presenza di un cospicuo aumento della vita media. Insomma, la soluzione di buon senso al nodo invecchiamento/pensioni è la seguente: se la gente vive più a lungo, allora che lavori più a lungo. Ma forse neanche questa conclusione è corretta. In un'ottica autenticamente liberale, l'età pensionabile non dovrebbe essere né alta né bassa. Dovrebbe semplicemente essere libera. Appartiene alla sfera privata dell'individuo decidere come dividere la sua vita fra lavoro e riposo. Le pensioni d'anzianità italiane non sono da condannare perché vi sia qualcosa di immorale nell'andare in pensione presto. Sono da condannare perché danno a chi ne benefi-

cia molto di più di quel che ha versato. Per questo è stato creato il sistema contributivo: questo sistema fa sì che il lavoratore, quando va in pensione, abbia quel che ha versato. Se vuole andare in pensione presto avrà di meno, se vuol andare in pensione tardi avrà di più, secondo parametri noti. E se nel frattempo la vita media aumenta ancora, le condizioni di pensionamento ne terranno conto.



La domanda

È necessario alzare l'età pensionabile delle donne?

Si tratta di una misura dovuta da troppo tempo: andare in pensione prima degli uomini ha costituito un ingiustificato trattamento di favore, che per quanto riguarda il settore pubblico, sotto il pungolo di una condanna da parte dell'Unione europea, scatterà già dal 1° gennaio 2012

In tutto questo si inserisce un problema di genere, nel senso del genere femminile. Nel mondo ci sono molte regole, pratiche e istituzioni che discriminano le donne, e alcune contro-regole - per esempio le quote rosa - sono state introdotte per correggere queste discriminazioni. Ma in Italia c'era anche una discriminazione all'incontrario, cioè un ingiustificato trattamento di favore, a favore, appunto, delle donne: le condizioni di accesso alla pensione. In effetti, c'era un doppio trattamento di favore. Il primo stava nel fatto che le donne andavano in pensione prima degli uomini. Il secondo sta nel fatto che le donne in media vivono più a lungo degli uomini, e quindi ricevono un monte pensioni più alto: la loro vita residua è più elevata. Anche se andassero in pensione alla stessa età degli uomini, godrebbero della pensione più a lungo. È praticamente impossibile, e probabilmente costituzionalmente indifendibile, eliminare questo secondo trattamento di favore, ma il primo può essere corretto. Per le lavoratrici del settore pubblico questa correzione, sotto il pungolo di una condanna dell'Unione europea, è stata fatta. Per le donne che lavorano nel settore privato le misure di Ferragosto stabiliscono una graduale equiparazione - a 65 anni, con aumenti dell'età pensionabile scaglionati, per un totale di 60 mesi, fino al 2028 - all'età pensionabile degli uomini. Aumenti che si sommeranno a quelli derivanti dall'indicizzazione dell'età al prevedibile innalzamento della vita media.

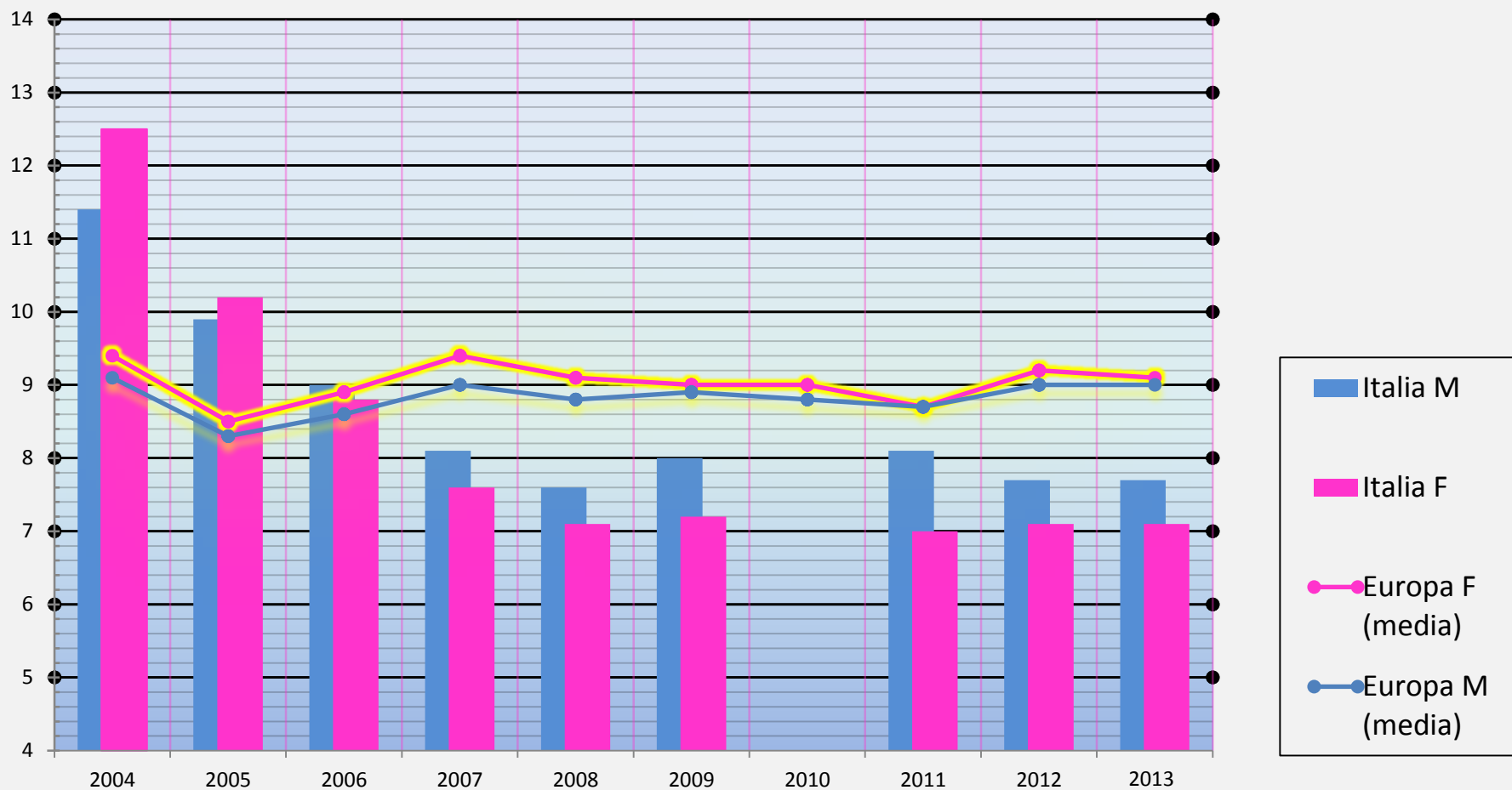
Certamente le aspettative legittime o i diritti acquisiti di quante contavano di andare in pensione a una certa data saranno intaccati. Ma può essere consolante sapere che queste misure sono graduali (partiranno dal 2016) e vanno a togliere vantaggi non equi.

fabrizio@bigpond.net.au

G. RIPRODUZIONE RISERVATA

Numero di anni vissuti senza Disabilità (Healthy Life Years) previsti a 65 ANNI in Italia (vs Europa) 2004-2013 Maschi (M) e Femmine (F)

Fonte EUROSTAT (2015): http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en



Nota: in Italia 3 anni (2004, 2006 e 2007) non risultano pienamente "certificati" e il 2010 non è disponibile

Speranza di vita SANA

alla nascita (o a 65 anni)

(Healthy life expectancy=disability-free life expectancy)

è il numero medio di anni
che una persona può aspettarsi di vivere
senza problemi di salute (gravi o moderati)
dalla nascita (o da 65 anni) in poi

...Nevertheless, cultural differences in reporting disability
can influence the indicator...

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/EN/demo_mor_esms.htm

an increase in healthy life years
is one of the main goals for Europe;

it would not only improve the situation
of individuals but also result in lower levels
of public health care expenditure;

If healthy life years are increasing more rapidly
than life expectancy, it means that people are
living more years in better health

SOURCE: EC.Europe.EU

**[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-
explained/index.php/File:Healthy life years, 2013 \(years\) YB15.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years,_2013_(years)_YB15.png)**

Riduzione Vita SANA in Italia (2013 vs 2004).

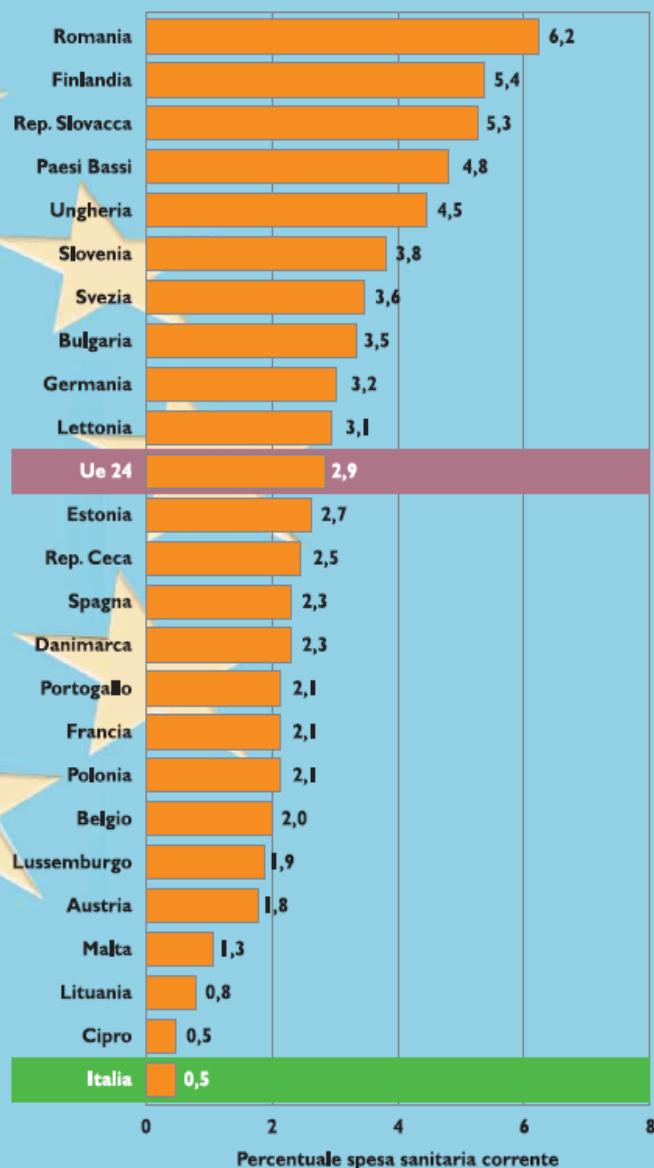
Notare:

- Manca dato Italia 2010 (!)
- Europa: migliora;
- Italia: peggiora in entrambi i generi;
- Donne: peggiore situazione (vs. Europa; vs. maschi; 65 vs. nascita);
- Donne dal 2006: retrocessione (vs uomini) e vs Europa);
- Disabilità anticipata (non solo nei longevi);

Riduzione vita SANA: possibili CAUSE

1. Poca/nulla Prevenzione Primaria;
2. Impoverimento;
3. Disoccupazione/precariato;
4. Superlavoro (donne);
5. Insicurezza sul Futuro;
6. Stress;
7. Minor qualità nell'aria/acqua/alimentazione/sonno/..;
8. Minor accesso alla Sanità;
9. Minor qualità nella Sanità (?);
10. ...

La spesa sanitaria destinata alla prevenzione (% sul totale)



Fonte: Ocse; Eurostat; Oms

La figura mostra la quota della spesa sanitaria assegnata alla prevenzione.

In media, gli Stati membri dell'Ue hanno stanziato meno del 3% della loro spesa per la salute alle attività di prevenzione come ad esempio i programmi di vaccinazione e le campagne su abuso di alcool e fumo.

L'Italia con lo 0,5% della spesa sanitaria totale destinata a politiche per la salute collettiva e a campagne di prevenzione, si trova all'ultimo posto tra i partner comunitari. Precedono l'Italia, nella parte bassa della classifica, Malta, Lituania e Cipro.

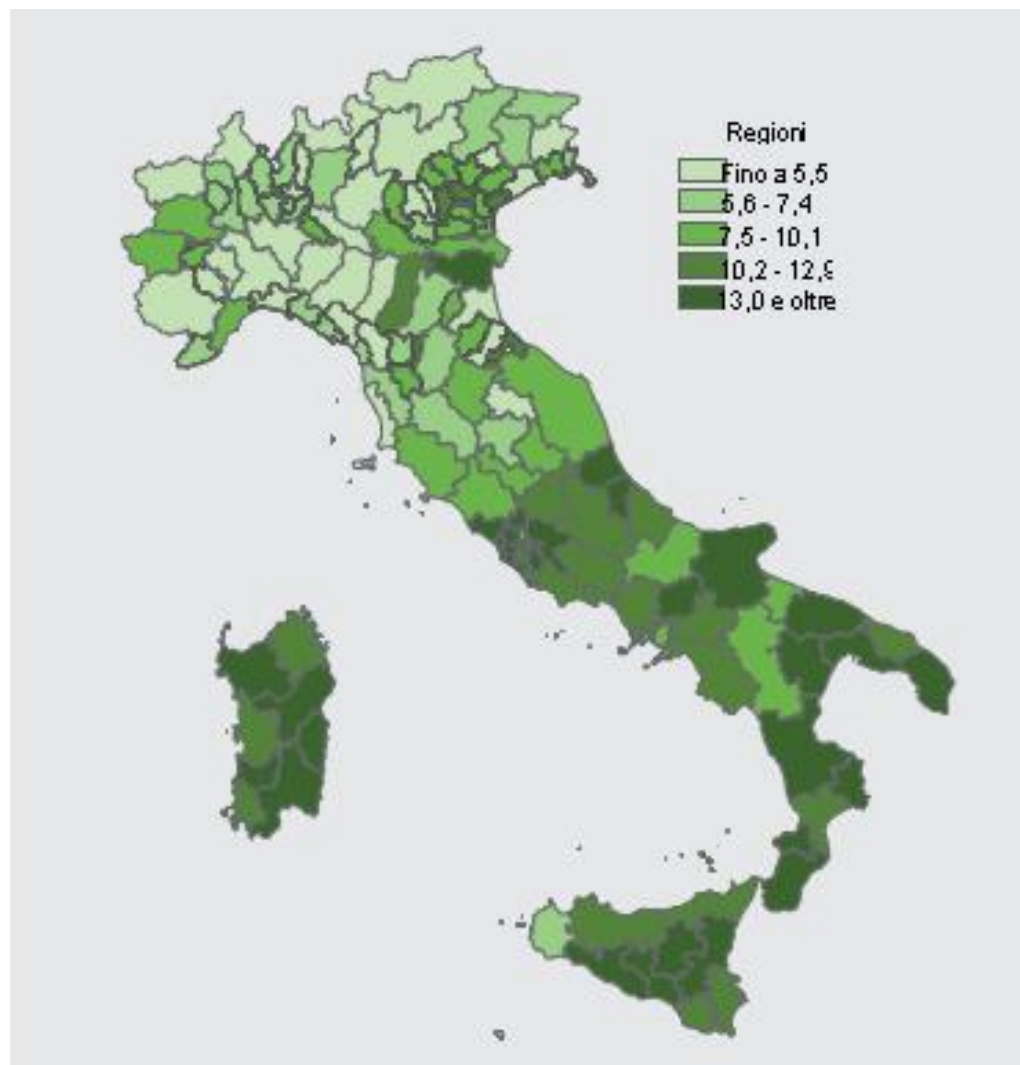
Chi investe di più in prevenzione e campagne per la promozione di stili di vita corretti sono invece Romania (6,2%), Finlandia (5,4%), Repubblica slovacca (5,3%), Paesi Bassi (4,8%).

MONDO

Sanità

22-28 gennaio 2013

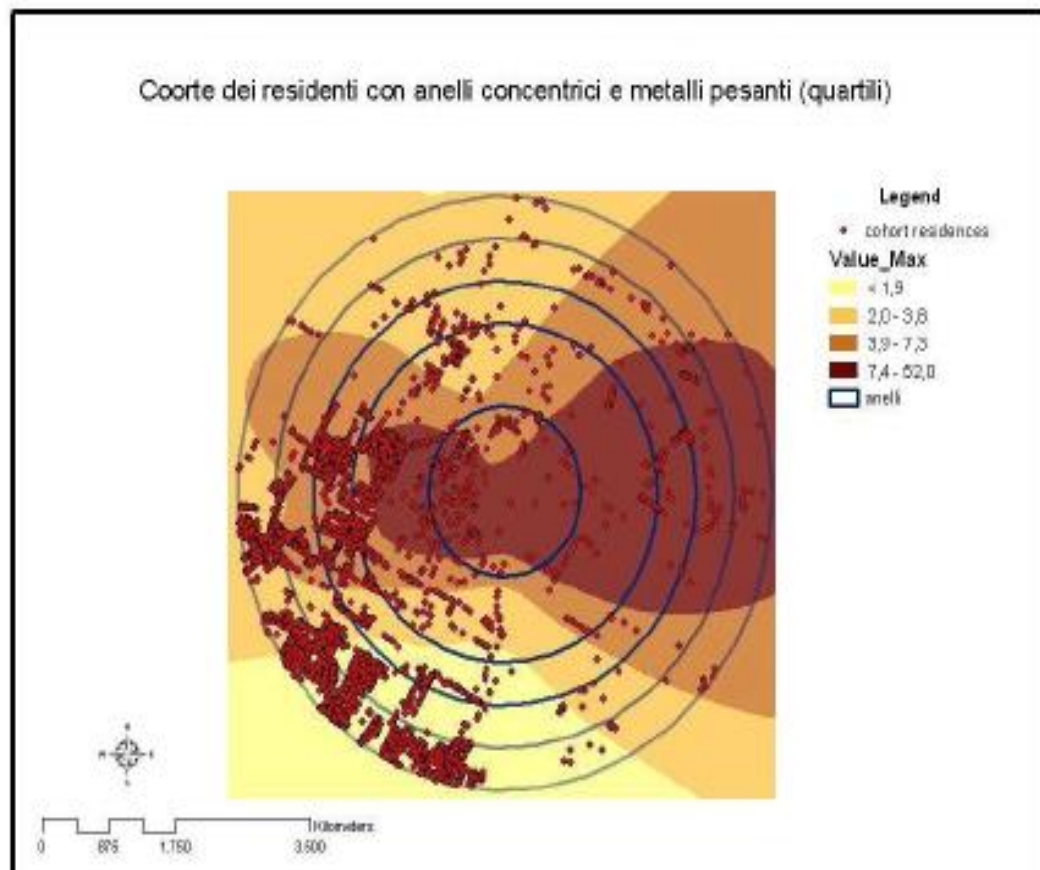
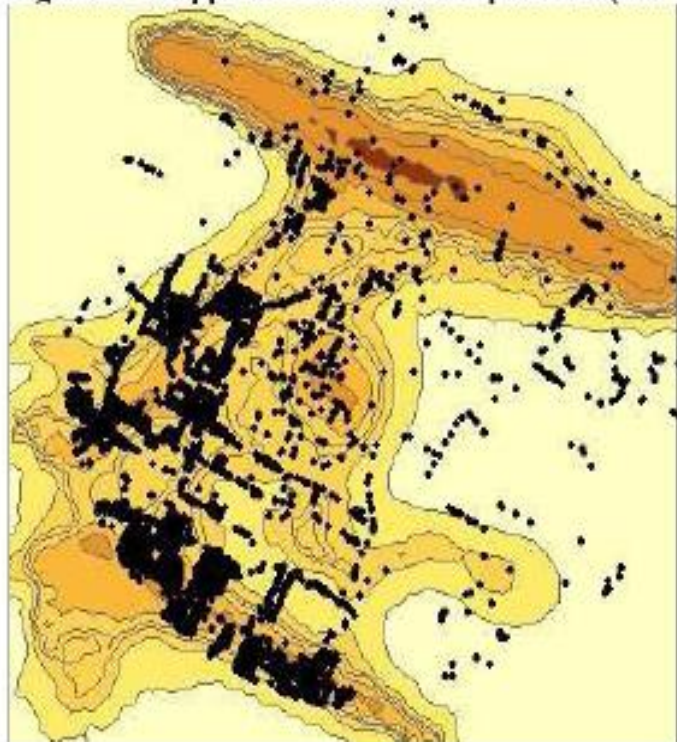
***Fig. 5) % di persone che negli ultimi 12 mesi
hanno rinunciato a prestazioni sanitarie o all'acquisto di farmaci***



Fonte: Istat. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

Figura 5 - Coorte dei residenti e suddivisioni in 5 anelli concentrici e in base al tracciante ambientale degli inceneritori.

Figura 4 - Mappa di concentrazione per NO2 (tracci



Numero posti letto (ogni 1000 ab.)

2010: Italia 3,5 Europa 5,3

PIÙ
Sanità

22-28 gennaio 2013



Tra il 2002 e il 2011: in tutte le regioni si è verificata una convergenza verso la media nazionale del numero di posti letto ospedalieri, passata da 4,3 a 3,4

(fonte: <http://noi-italia2015.istat.it/>)

I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA 2015



TUTTI I TUMORI (ESCLUSI CARCINOMI DELLA CUTE)

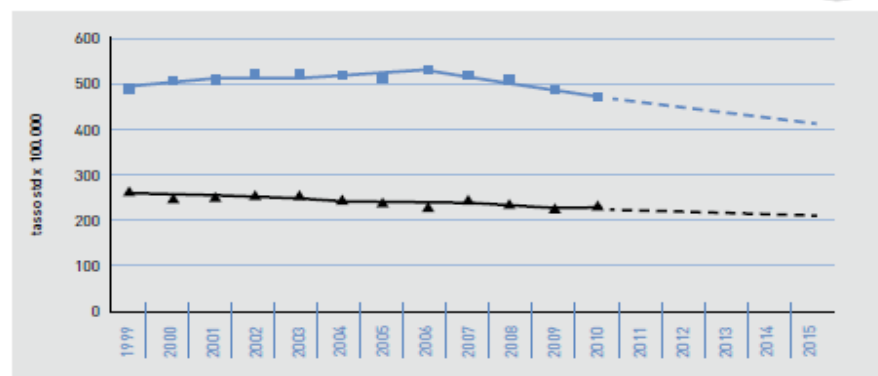


FIGURA 25A. Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute, maschi.

■ I-APC: 1999-2006: 0,9[▲] (0,3; 1,5); 2006-2015: -2,8[▲] (-4,1; -1,5) ▲ M-APC: 1999-2015: -1,3[▲] (-1,6; -1)

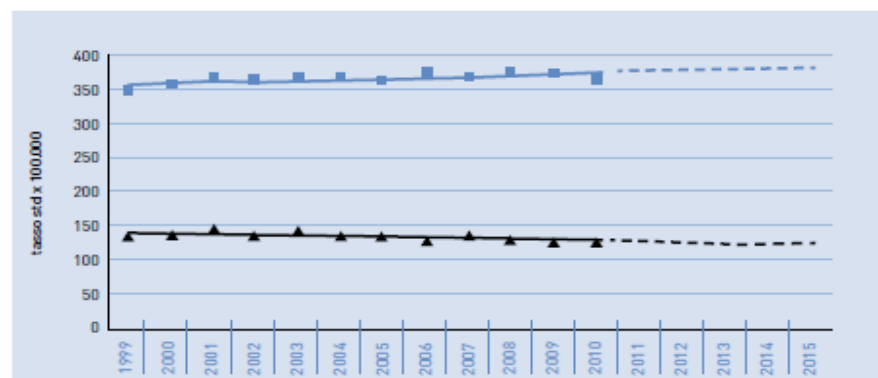


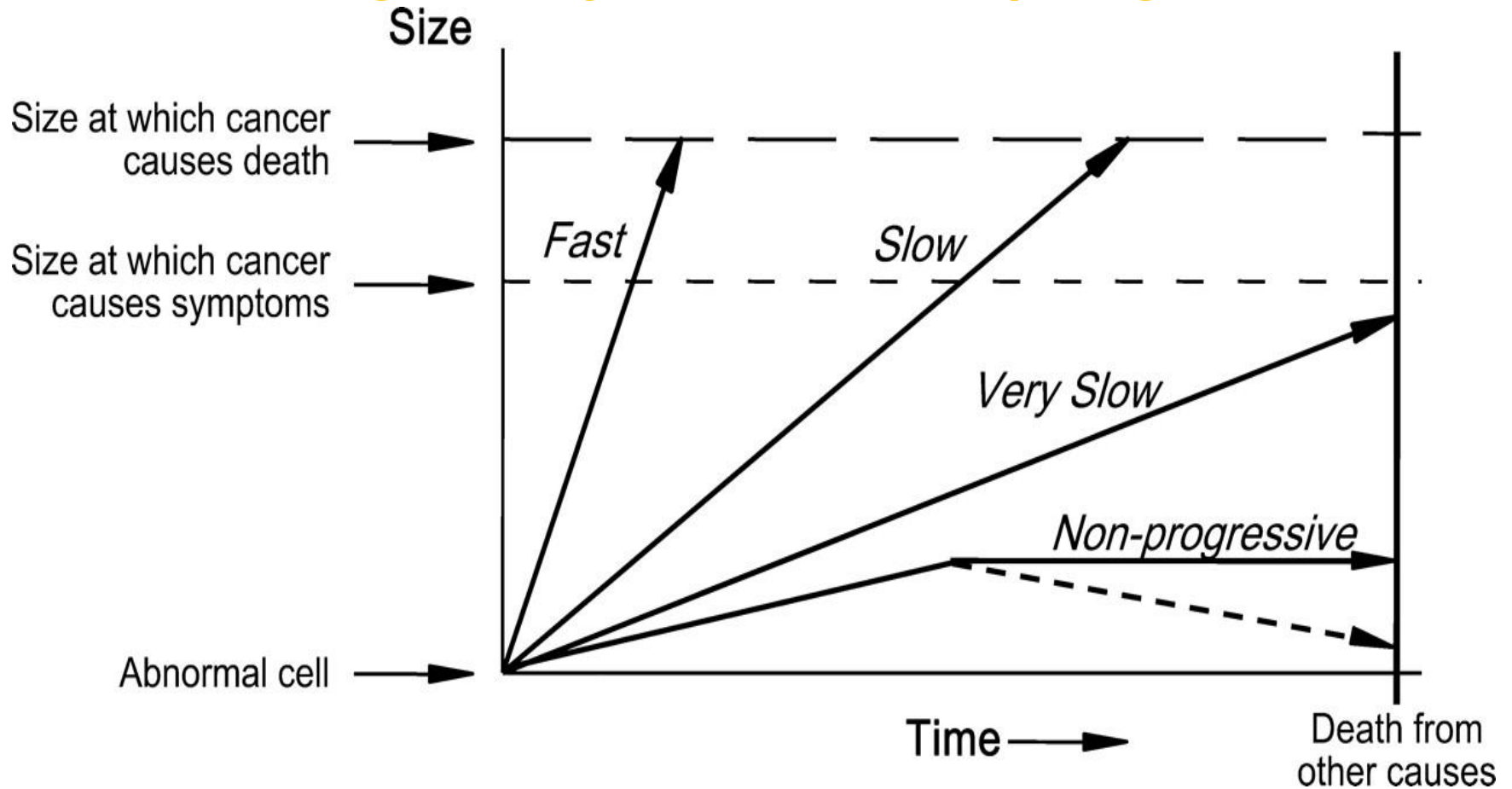
FIGURA 25B. Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute, femmine.

■ I-APC: 1999-2001: 1,5[▲] (1,0; 2,1); 2001-2015: 0,4[▲] (0,1; 0,6) ▲ M-APC: 1999-2015: -0,8[▲] (-1,3; -0,3)



AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 1999-2015. Tassi standardizzati pop. europea.
APC = Annual Percent Change (Variazione percentuale media annua). I = incidenza, M = mortalità.

Heterogeneity of cancer progression



Ref: Welch H G , Black W C, JNCI J Natl Cancer Inst 2010;102:605-613

Sapere «COME STA» una Comunità
passare dalla Statistica Sanitaria
all' EPIDEMIOLOGIA

Referto Epidemiologico (7 fasi)

- 1.uso di TUTTI i principali dati sanitari correnti (mortalità,..);
2. individuare a PRIORI il valore standard di riferimento;
3. individuare lo SPREAD totale (vs lo standard);
4. calcolare il numero di CASI in eccesso;
5. individuare le specifiche MALATTIE in eccesso;
6. identificare le possibili CAUSE di queste malattie;
7. ELIMINARE le specifiche fonti di malattia.

«INGREDIENTI» (Top 10!) per il Referto Epidemiologico

1. Periodo di tempo (es. 2000-2015)
2. Territorio (es. Comune di Mantova)
3. Popolazione in studio
4. Popolazione di riferimento (comune, ecc.)
5. Casi OSSERVATI (tutte le patologie, non solo k)
6. Casi ATTESI (tutte le patologie non solo k)
7. SMR (Rapporto Standardizzato di Mortalità)
8. Limiti di Confidenza (al 90%)
9. Trend temporale
10. Sottoanalisi (età, aree, pato, tempi, ecc.)

BUONI ESEMPI

- Studi spot in molte parti d'Italia
- Comune Cecina
- Discontinuità, non tempestività nel tempo, nello spazio e nelle modalità
- Brindisi. Portaluri M e coll. Tra i quartieri di Brindisi importanti differenze di mortalità. Salutepubblica.net, 2015.
<http://salutepubblica.net/la-rivista/226-tra-i-quartieri-di-brindisi-importanti-differenze-di-mortalita.html>

DOSSIER

LA MORTALITA' GENERALE NEI QUARTIERI DEL COMUNE DI BRINDISI 2002-2014

Brindisi 2002-2004

Tabella 2-Brindisi. Mortalità 2002-2004 per delegazione di tutte le classi di età.

Quartiere	Maschi			Femmine			Maschi e femmine		
	SMR%	IC95%		SMR%	IC95%		SMR%	IC95%	
		Inf	Sup		Inf	Sup		Inf	Sup
Centro	86,5	84,7	88,3	104,1	102,1	106,1	94,5	92,6	96,4
Cappuccini	101,4	99,4	103,4	107,4	105,4	109,4	104,4	102,4	106,4
Casale	98,6	96,6	100,5	95,5	93,6	97,4	97,4	95,5	99,3
Commenda	94,7	92,8	96,6	93,1	91,3	95,0	93,7	91,8	95,6
Paradiso	123,3	121,1	125,5	92,0	90,1	93,9	110,2	108,1	112,2
Perrino	108,8	106,7	110,8	119,6	117,5	121,8	116,0	113,9	118,1
Sant'Elia	120,1	117,9	122,2	110,2	108,2	112,3	117,8	115,6	119,9
Tuturano	99,0	97,0	100,9	88,0	86,2	89,9	93,1	91,2	95,0

Brindisi 2011-2014

Tabella 5-Brindisi. Mortalità 2011-2014 per delegazione di tutte le classi di età

Quartiere	Maschi			Femmine			Maschi e femmine		
	SMR%	IC95%		SMR%	IC95%		SMR%	IC95%	
		Inf	Sup		Inf	Sup		Inf	Sup
Centro	104,4	102,4	106,4	106,0	103,9	108,0	104,1	102,1	106,1
Cappuccini	95,6	93,7	97,6	97,8	95,8	99,7	97,0	95,1	98,9
Casale	86,4	84,6	88,2	100,6	98,7	102,6	94,1	92,2	96,0
Commenda	96,6	94,7	98,5	94,3	92,4	96,2	94,6	92,7	96,5
Paradiso	107,1	105,0	109,1	110,5	108,5	112,6	109,3	107,3	111,4
Perrino	98,8	96,9	100,8	98,3	96,3	100,2	100,6	98,6	102,5
Sant'Elia	109,1	107,1	111,1	106,2	104,2	108,2	109,0	106,9	111,0
Tuturano	107,0	105,0	109,1	93,3	91,4	95,2	101,1	99,1	103,1

Esame Epidemiologico

Tempestivo
Obiettivo
Non neutrale
Imparziale
Completo

DATI di B.A.S.E:
Burocratici,
Amministrativi,
Statistici,
Economici

...e quelli EPIDEMIOLOGICI ?

*I DATI son,
ma chi pon mano ad essi?*

GENERALITA'

«La mortalità è il più solido degli indicatori epidemiologici, si riferisce a dati raccolti in modo esaustivo, codificati secondo regole condivise a livello internazionale, per i quali si dispone di ampie serie storiche; pertanto, essa è alla base della descrizione del profilo di salute di una popolazione e dei confronti spazio-temporali.»

FONTE: La mortalità per causa in Italia: 1980-2003 e 2006-2012

<https://w3.iss.it/site/mortalita/>

Elementi base per il Referto Epidemiologico (RE) Comunale e sub-comunale

1) ACQUISIRE DALL'UFFICIO DEL COMUNE I *NUMERI* SUI RESIDENTI:

- a) Decessi
- b) Popolazione

2) SUDDIVIDERE ENTRAMBI I *NUMERI* (DECESSI E POPOLAZIONE) PER:

- a) Ciascun anno di calendario (almeno dal 2000 in poi);
- b) Sesso;
- c) Delegazione (quartiere, ecc.);
- d) 11 classi d'età: 0, 1-5, 6-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84, 85+

TEMPI PREVISTI

Acquisizione dati: 4 settimane

Verifica dati: 1-2 settimane

Correzione/integrazione dati: 1-4 settimane

Analisi statistica: 1 settimana

Analisi e referto epidemiologico: 1 settimana

COSTI PREVISTI

Quasi zero (vedi risorse già disponibili)

References (1)

EUROSTAT, "Measuring progress towards a more sustainable Europe. Sustainable development indicators for the European Union. Data 1990-2005", Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2005

http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/coded_files/sustainable_europe_2005.pdf#page=76

http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/EN/hlth_hlye_esms.htm

Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009–2010. Ministero della Salute
Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario (13 novembre 2011)

[http://www.liguria.cgil.it/attachments/7843_RSSP_2009_2010\[1\].pdf](http://www.liguria.cgil.it/attachments/7843_RSSP_2009_2010[1].pdf)

p://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/Annexes/hlth_hlye_esms_an1.pdf

References (2)

- Robine JM, Jagger C, Mathers CD, Crimmins EM, Suzman RM, Eds. Determining health expectancies. Chichester UK: Wiley, 2003.
- Sullivan DF (1971) A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Reports 86:347-354.
- World Health Organization. The uses of epidemiology in the study of the elderly: Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging. Geneva: WHO, 1984 (Technical Report Series 706).
- EUROSTAT Health in Europe: Information and Data Interface (HEIDI). European Commission http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

References (3)

- EUROSTAT. Healthy life years (HLY) and life expectancy (LE) at birth, by sex
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do;jsessionid=9ea7d07e30e8c7724a57b8f14f268a32b7d337db715c.e34OaN8Pc3mMc40Lc3aMaNyTb38Ne0?tab=table&plugin=1&pcode=tsdph100&language=en>)
- Gennaro V. Ghirga G, Corradi L.: IJP (2012) In Italy, healthy life expectancy drop dramatically: from 2004 to 2008 there was a 10 years drop among newborn girls.
<http://www.ijponline.net/content/pdf/1824-7288-38-19.pdf>
- AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Osservatorio Nazionale 2013. Roma 2014.
http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMed_genset2013.pdf
- Stuker D. et al. Mass privatisation and the postcommunist mortality crisis: a cross-national analysis. *The Lancet*, vol. 373 n.9661, London 31 January 1999.
- Vrachnis N, Ktenas E, Vlachadi M, Kornarou E. Mortality and the economic crisis in Greece. *The Lancet* - 22 February 2014 (Vol. 383, Issue 9918, Page 691) - DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60250-6

Grazie per l'elaborazione statistico-grafica

Marco Bruzzone e Marcello Ceppi

IRCCS Az. Osp. Univ. San Martino,
Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (IST)
Largo Rosanna Benzi 10, 16132 Genova



Grazie!

skype: valeriogennaro1 – tel: 010.5558.557

valerio.gennaro@hsanmartino.it