

## Progetto di contrasto alla mortalità evitabile in una asl metropolitana

Fabrizio Ciaralli<sup>1</sup>, Elisabetta Fusconi<sup>1</sup>, Giulia Cairella<sup>2</sup>, Massimo Trinito<sup>2</sup>, Giuseppe De Angelis<sup>2</sup>, Italo D'Ascanio<sup>3</sup>, Igina Nardelli<sup>3</sup>, Concetto Saffioti<sup>3</sup>, Flori Degrassi<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UOC Distretto 5 e della Committenza ASL Roma2, <sup>2</sup>Dipartimento di Prevenzione ASL Roma2, <sup>3</sup>UOC Sistemi Informativi Sanitari ASL Roma2, <sup>4</sup>Direttore Generale ASL Roma2

**Parole chiave:** Mortalità e mortalità evitabile, programmazione sanitaria, prevenzione, assistenza sanitaria.

**Riassunto: Introduzione:** La mortalità evitabile (ME) rappresenta la quota di decessi che avviene in età precoce (0-74 aa) per cause contrastabili con interventi di sanità pubblica o misure di assistenza sanitaria. Scopo del lavoro è stato elaborare un Piano strategico aziendale di intervento per la riduzione della ME individuando le azioni prioritarie locali sulla base dei dati epidemiologici e socio-sanitari dell'azienda. **Materiali e Metodi:** È stato costituito un gruppo di lavoro aziendale con Dirigenti del Dipartimento di Prevenzione, dei Sistemi Informativi Sanitari e del Distretto; strumenti operativi utilizzati sono stati: i dati epidemiologici correnti del Dipartimento di Epidemiologia Regione Lazio "Stato di Salute Lazio", i flussi aziendali informativi su mortalità generale (2014-2016) ed il profilo di salute dalle sorveglianze aziendali di popolazione OKkio alla Salute, Passi e HBSC Lazio. L'analisi dei dati ha permesso di quantificare, confrontandoli con il livello regionale, mortalità evitabile, prevalenza ed incidenza di MCNT e stili di vita. **Risultati:** Nella ASL Roma2 nel triennio 2014-2016 si sono registrati circa 1.900 decessi evitabili l'anno, la ME rappresenta circa il 16% della mortalità totale e sono per il 60% a carico del sesso maschile. Il 51% della ME riguarda le neoplasie, il 27% è legata a malattie cardio-vascolari, il 10% a traumi ed avvelenamenti. Un preliminare confronto dei tassi standardizzati aziendali di prevalenza e incidenza con i valori regionali, evidenzia criticità aziendali per alcune patologie: prevalenza BPCO (114 vs 107), incidenza Neoplasia mammella (174 vs 153), incidenza Neoplasia polmonare (71 vs 65). In termini di prevalenza/incidenza si evidenziano, a livello Distrettuale, criticità specifiche rappresentate secondo un grating articolato su due livelli in base ad uno scarto rispetto ai valori regionali. Stili di vita non corretti sono diffusi almeno nel 30 % della popolazione e sono più frequenti nei nuclei familiari con basso livello di istruzione e che riferiscono difficoltà economiche. **Conclusioni:** Pur considerando i limiti intrinseci di una stima puntuale dei dati ed i possibili bias in un processo di inferenza, è stato possibile identificare le priorità nella programmazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria e di miglioramento dell'assistenza sanitaria strutturati in un Piano Strategico aziendale di contrasto della mortalità evitabile articolato in obiettivi generali, obiettivi operativi ed azioni corredate da indicatori per la valutazione, nel prossimo biennio, di processo e, laddove possibile, di esito.

## Project of contrast to avoidable mortality in a metropolitan local health authority

**Key words:** Mortality and avoidable mortality, district health planning, prevention, health care.

**Summary: Introduction:** The avoidable mortality (ME) represents the share of deaths that occurs at an early age (0-74 aa) for causes that cannot be faced by means of public health or health care measures. The

work develops a strategic intervention plan aimed at the reduction of ME by identifying local priority actions based on epidemiologic and social-health data. **Methods:** a working group among the Department of Prevention, Health Information Systems and Health District was set up. The databases used were: "State of Health Lazio" of the Department of Epidemiology of the Lazio Region; ASL Roma 2 local health data on general mortality (2014-2016) and the local health profile of the surveillance systems "OKkio alla Salute", Passi and HBSC Lazio. The analysis results in an estimation of Asl Roma 2's data and in a comparison of this data set with the regional level of three indicators: avoidable mortality, prevalence and incidence of chronic diseases and lifestyle profile. **Results:** in the three-year period (2014-2016) there were about 1,900 avoidable deaths per year; in the ASL Roma2 the ME represents about 16% of the total mortality and 60% of them are borne by the male sex. 51% of ME concerns cancer, 27% is linked to cardio-vascular diseases, 10% to trauma and poisoning. A preliminary comparison of standardized ASL Roma 2 rates of prevalence and incidence with regional values shows higher figures for some pathologies in ASL Roma 2: COPD prevalence (114 vs 107), breast neoplasia incidence (174 vs 153), incidence of lung neoplasia (71 vs 65). Prevalence and incidence of chronic diseases at the District level are not entirely consistent with the regional values according to a two level score. Incorrect lifestyles are widespread in at least 30% of the population and are more frequent in families with low educational level and with reported economic difficulties. **Conclusions:** despite the intrinsic limitations of a precise estimate of the data and the possible biases in a process of inference, the method has allowed to identify the priorities to assign in primary and secondary prevention interventions planning and for the improvement of health care; this analysis has been structured in a three years Local Strategic Plan to face the ME and was articulated in general and operational objectives and actions measured by indicators both process and, where possible, outcome evaluation.

## Introduzione

La disponibilità di data base sulle cause di morte tra i residenti in ciascun distretto socio-sanitario può consentire non solo analisi epidemiologiche interne, a scopo di ricerca e valutazione, ma anche l'individuazione di aree critiche specifiche su cui orientare la progettazione di corrispondenti azioni di contrasto.

Il Registro Nominativo delle Cause di Morte (Re.N.Ca.M.) raccoglie in un data base elettronico i dati contenuti nelle Schede di Morte ISTAT (1), a cui vengono associati i codici della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) (2,3), in modo da permettere le successive elaborazioni epidemiologiche a livello locale. Infatti, l'attribuzione di ciascun caso al Distretto di residenza permette di focalizzare l'analisi su ambiti territoriali più caratterizzati e gestibili rispetto al bacino ormai eccessivamente vasto e disomogeneo di una attuale ASL. Dal data base Re.N.Ca.M. così prodotto, si possono ricavare analisi riguardanti non solo la mortalità generale e specifica, ma anche la cosiddetta Mortalità Evitabile (ME), definita come la quota di decessi che avviene in età precoce (0-74 aa) per cause contrastabili con interventi di sanità pubblica o misure di assistenza sanitaria (4,5,6,7,8,9).

Gli studi sulla ME sono relativamente recenti: se ne fa risalire l'origine ai lavori di Rutstein (1976), che propose l'idea di "eventi sentinella" quale misura dell'efficacia dei servizi sanitari (10).

In seguito (1983) Charlton e coll. coniarono il termine di "ME", riprendendo gli studi di Rutstein e

apportando modifiche alla lista delle cause e alla classificazione in gruppi (11). Tra il 1991 e il 1997 un gruppo di lavoro finanziato dalla Comunità Economica Europea (Working Group on Health Services and Avoidable Mortality) pubblicò tre Atlanti della ME nei paesi della CEE, utilizzando una lista revisionata di cause e considerando per la maggior parte di esse l'età tra 5 e 64 anni (12,13,14,15). Nello stesso periodo, altri studi (Humblet e coll.) identificavano come indicatore di ME gli anni di vita potenziali persi (YPLL). Risale infine al 1998 (Simonato e coll) la suddivisione delle cause di ME nelle tre categorie (Prevenzione primaria, Prevenzione secondaria, Assistenza sanitaria e Igiene) oggi adottate in Italia (4,16,17,18,19).

Il concetto e la definizione di ME hanno subito nuovamente negli anni successivi ulteriori aggiornamenti, suscitando un dibattito vivace e una notevole produzione di letteratura. Anche la classificazione delle cause di ME ha presentato continue revisioni, legate sia a motivi di impostazione concettuale che alla natura stessa dell'argomento, trattandosi di un fenomeno intimamente connesso con l'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie mediche (6,20,21,22).

In Italia la ricerca sulla ME è stata inizialmente sviluppata dal gruppo di lavoro ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata), che ha pubblicato Atlanti annuali della ME per tutte le ASL italiane; dopo il 2007 il gruppo di lavoro è in parte confluito nel gruppo di ricerca MEV(i), che dal 2013 pubblica rapporti annuali sulla mortalità evitabile in Italia (4,18,19).

Alcuni Autori europei hanno proposto di adottare la ME (modificando la definizione in "Mortalità riconducibile all'assistenza sanitaria") come principale indicatore di qualità del sistema sanitario in luogo della "Speranza di vita libera da disabilità". In effetti il fenomeno della ME misura un bisogno sanitario "contrastabile"; le sue variazioni, facilmente calcolabili ed obiettivamente, appaiono un ottimo indice di efficacia dell'azione dei servizi sanitari (6,7,23).

In base a queste considerazioni, nella ASL Roma 2 è stato avviato un progetto volto ad aggredire le cause di ME in maniera specifica, sulla scorta dei dati contenuti nel Re.N.Ca.M. Nell'ambito del progetto, oltre ai dati relativi alla mortalità e mortalità evitabile, sono stati analizzati, a livello Aziendale e Distrettuale, i dati di incidenza e prevalenza delle principali patologie neoplastiche e cronico degenerative. La lettura integrata dei diversi indicatori ha permesso di identificare le principali criticità a livello Distrettuale; l'individuazione di aree critiche relative a ciascun Distretto ha reso possibile la predisposizione di azioni di contrasto, orientate secondo i tre assi della prevenzione primaria, della prevenzione secondaria e dell'assistenza sanitaria.

In questo lavoro si rende conto delle prime due fasi del progetto, rappresentate dall'analisi epidemiologica con individuazione delle criticità e dalla elaborazione dei progetti da parte dei servizi interessati del Dipartimento di Prevenzione e dei Distretti Sanitari. La rendicontazione delle azioni effettivamente eseguite e l'analisi dei risultati costituiranno l'argomento di successive pubblicazioni.

## Materiali e metodi

Per lo studio della mortalità è stato utilizzato il data base del Registro Nominativo delle Cause di Morte (Re.N.Ca.M.), relativo ai decessi dei residenti nel territorio della ASL Roma 2 negli anni 2014, 2015 e 2016, codificato e fornito dal Dipartimento di Epidemiologia (DEP) della Regione Lazio.

È stata adottata la versione ICD9CM della Classificazione Internazionale delle malattie e traumatismi, in quanto è quella ancora utilizzata per la codifica del file Re.N.Ca.M. (2,3).

Per la ME sono state adottate le definizioni, la classificazione e le cause riportate nell'Atlante della

Mortalità Evitabile ERA 2007 (4,18,19), con alcuni aggiustamenti ricavati dalla letteratura più recente (20,23). L'età considerata è stata, per quasi tutte le patologie, la fascia 0-74 anni.

Le elaborazioni sono state effettuate utilizzando i programmi di gestione dati comunemente in uso (fogli elettronici con tabelle pivot e query di data base).

Come denominatore per il calcolo dei tassi è stata utilizzata la popolazione iscritta in Anagrafe riportata per ogni Municipio dall'Ufficio Anagrafico del Comune di Roma (26); per le standardizzazioni è stata utilizzata come riferimento la popolazione italiana ISTAT 2011 (24).

I dati di confronto sono stati ricavati dalle più recenti pubblicazioni ISTAT (25) e dai rapporti sulla Mortalità evitabile del gruppo MEV 2017 e 2018 (riguardanti la mortalità del 2014 e 2015) (18,19).

I dati sull'incidenza e prevalenza delle principali patologie sono ricavati dalle pubblicazioni del DEP Lazio (Stato di salute della Popolazione) relative all'anno 2016 e 2017 (27).

I dati riguardanti le attività dei servizi aziendali sono ricavati dai sistemi informativi interni, sia istituzionali (SIO, SIES, ecc.) che non istituzionali (sistemi informativi interni del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti, della Medicina di base ecc.).

## Risultati

La ASL Roma2 si colloca nella zona sud-est del Comune di Roma, si estende su una superficie di 467 Km<sup>2</sup> e vede la presenza di oltre 1.300.000 abitanti residenti. Il territorio è articolato in sei Distretti corrispondenti ai Municipi comunali. Dalla lettura di diversi indicatori epidemiologici (indicatori strutturali e dinamici) e socio-economici, così come per la presenza di residenti di origine straniera, si registra una profonda eterogeneità nel territorio (Tab. 1)

### Mortalità

Tra i residenti della ASL Roma2 si verificano circa 12.200 decessi/anno, il tasso di mortalità standardizzato è di 9.2 per mille, in linea con le medie regionali e nazionali, nei maschi è del 11.2 per mille nelle femmine è pari a 7.7 per mille (Tabb. 2-3-4).

Il 35% dei decessi riconosce come causa la malattia cardio-vascolare, il 32 % neoplasie ed il 5-7% rispettivamente malattie respiratorie ed endocrino-metaboliche; nei maschi la prima causa di morte è rappresentata dalle neoplasie (37%) seguita dalle patologie cardio-vascolari (33%), nelle femmine, al contrario, predominano le malattie cardio-vascolari (38%) rispetto alle neoplasie (28%) (Tab.2). La speranza di vita alla nascita è di 84.7 anni nelle femmine e di 80.6 nei maschi, in linea con i dati nazionali.

### Mortalità Evitabile (Me)

Nella ASL Roma2 nel triennio 2014-2016 si sono registrati circa 1.900 decessi evitabili l'anno, la ME rappresenta circa il 16% della mortalità totale, con percentuali del 20% tra i maschi e del 12% nelle femmine. I decessi evitabili sono per il 60% a carico del sesso maschile (Tab.4).

Il 51% della ME riguarda le neoplasie (maschi 59%, femmine 45%), il 27% è legata a malattie cardio-vascolari (maschi 30%, femmine 22%), traumi (comprese le fratture da fragilità ossea) ed avvelenamenti rappresentano la terza causa di ME costituendone il 10% (11% nei maschi, 7% nelle femmine), le malattie respiratorie spiegano circa il 5% della ME.

**Tabella 1.** Contesto socio-demografico nel territorio della Asl Roma 2

Indici demografici RM2 - Popolazione residente al 31/12/2017 Ricavati dai dati del Comune di Roma (Ufficio statistico)								Dati di confronto		
	Distr 4 IV Munic	Distr 5 V Munic	Distr 6 VI Munic	Distr 7 VII Munic	Distr 8 VIII Munic	Distr 9 IX Munic	ASL RM2	ASL RM2 31/12/2016	Roma 31/12/2017	Italia 31/12/2016
<b>popolazione totale residente</b>	<b>176.738</b>	<b>247.859</b>	<b>258.989</b>	<b>307.839</b>	<b>131.075</b>	<b>183.019</b>	<b>1.305.519</b>	<b>1.303.099</b>	<b>2.876.614</b>	<b>60.589.445</b>
<i>maschi</i>	84.853	120.133	128.228	143.870	60.918	87.833	625.835	623.694	1.364.944	29.445.741
<i>femmine</i>	91.885	127.726	130.761	163.969	70.157	95.186	679.684	679.405	1.511.670	31.143.704
superficie (kmq)	49,4	27,0	113,4	46,8	47,3	183,2	466,9	466,9	1.285,3	301,191
<b>densità (ab/kmq)</b>	<b>3.581</b>	<b>9.194</b>	<b>2.285</b>	<b>6.581</b>	<b>2.772</b>	<b>999</b>	<b>2.796</b>	<b>2.791</b>	<b>2.238</b>	<b>201</b>
resid 0-14aa	22.154	30.819	42.114	38.689	16.157	26.259	176.192	177.309	382.061	8.182.584
resid 15-64aa	113.871	162.951	175.955	196.806	81.244	119.073	849.900	848.328	1.859.485	38.878.311
resid >64aa	40.713	54.089	40.920	72.344	33.674	37.687	279.427	277.462	635.068	13.528.550
<b>indice di invecchiamento (% &gt;64aa)</b>	<b>23,0%</b>	<b>21,8%</b>	<b>15,8%</b>	<b>23,5%</b>	<b>25,7%</b>	<b>20,6%</b>	<b>21,4%</b>	<b>21,3%</b>	<b>22,1%</b>	<b>22,3%</b>
<b>indice di vecchiaia (1)</b>	<b>183,8</b>	<b>175,5</b>	<b>97,2</b>	<b>187,0</b>	<b>208,4</b>	<b>143,5</b>	<b>158,6</b>	<b>156,5</b>	<b>166,2</b>	<b>165,3</b>
<b>indice di dipendenza (2)</b>	<b>55,2</b>	<b>52,1</b>	<b>47,2</b>	<b>56,4</b>	<b>61,3</b>	<b>53,7</b>	<b>53,6</b>	<b>53,6</b>	<b>54,7</b>	<b>55,8</b>
nati nell'anno (2016)	1.322	1.878	2.531	2.210	834	1.371	10.146	10.847	22.891	458.151
morti nell'anno (2015)	1.665	2.609	1.902	3.226	1.467	1.428	12.297	12.624		649.061
<b>tasso di natalità (x1000) (2015)</b>	<b>7,5</b>	<b>7,6</b>	<b>9,8</b>	<b>7,2</b>	<b>6,4</b>	<b>7,5</b>	<b>7,8</b>	<b>8,3</b>	<b>8,0</b>	<b>7,6</b>
<b>tasso di mortalità (x1000) (2015)</b>	<b>9,4</b>	<b>10,6</b>	<b>7,4</b>	<b>10,5</b>	<b>11,2</b>	<b>7,9</b>	<b>9,5</b>	<b>9,7</b>		<b>10,7</b>
donne in età fertile 15-49aa	37.210	52.686	60.917	65.656	26.346	39.181	281.996	285.364	617.677	12.945.219
<b>tasso di fecondità (x1000) (3)</b>	<b>35,5</b>	<b>35,6</b>	<b>41,5</b>	<b>33,7</b>	<b>31,7</b>	<b>35,0</b>	<b>36,0</b>	<b>38,0</b>	<b>37,1</b>	<b>35,4</b>
<b>indice di fecondità (stima) (4)</b>	<b>1,24</b>	<b>1,25</b>	<b>1,45</b>	<b>1,18</b>	<b>1,11</b>	<b>1,22</b>	<b>1,26</b>	<b>1,33</b>	<b>1,30</b>	<b>1,24</b>
stranieri residenti	16.512	42.696	45.762	31.246	14.347	16.055	166.618	160.130	385.621	5.047.028
<b>% stranieri</b>	<b>9,3%</b>	<b>17,2%</b>	<b>17,7%</b>	<b>10,2%</b>	<b>10,9%</b>	<b>8,8%</b>	<b>12,8%</b>	<b>12,3%</b>	<b>13,4%</b>	<b>8,3%</b>

1 - Indice di vecchiaia: (residenti età >64) / (residenti età <15aa) x100  
 2 - Indice di dipendenza: (residenti di età >64aa + residenti di età <15aa) / (residenti di età 15-64aa) x100  
 3 - Tasso di fecondità: (nati nell'anno / donne 15-49aa) x1000  
 4 - Indice di fecondità (o Tasso Fecondità Generale): n. medio di figli per donna

Fonte dati: Comune di Roma - Ufficio Statistico

**Tabella 2.** Mortalità complessiva e per alcuni grandi gruppi di cause nella ASL Roma 2

Tassi standardizzati di mortalità (x100.000) per alcuni grandi gruppi di cause, residenti nella ASL Roma 2 - Anno 2016			
	ASL RM2		
	M	F	TOT
<b>Malattie del sistema circolatorio</b>	<b>341,2</b>	<b>297,3</b>	<b>320,4</b>
<b>Tutti i tumori</b>	<b>398,1</b>	<b>227,9</b>	<b>295,0</b>
<b>Malattie dell'apparato respiratorio</b>	<b>77,1</b>	<b>49,5</b>	<b>59,9</b>
<b>Traumatismi e avvelenamenti</b>	<b>50,8</b>	<b>39,5</b>	<b>45,1</b>
<b>Malattie endocrine e metabolismo</b>	<b>68,9</b>	<b>41,2</b>	<b>52,6</b>
<b>Malattie dell'apparato digerente</b>	<b>36,4</b>	<b>25,3</b>	<b>30,2</b>
<b>Malattie del sistema nervoso</b>	<b>44,1</b>	<b>41,7</b>	<b>43,2</b>
<b>Totale</b>	<b>1.116,4</b>	<b>774,5</b>	<b>915,2</b>

Elaborazione da dati LazioSanità-ASP - Sistema RENCAM  
 Riferimento popolazione Italiana ISTAT 2001

Tabella 3. Mortalità complessiva e per alcune cause specifiche per Distretto

Mortalità complessiva e per alcune cause specifiche - Tassi std x 100.000 - ASL Roma 2 Anno 2016																					
	D04			D05			D06			D07			D08			D09			ASL RM2		
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT
Ca polmonare	115,1	52,3	77,8	122,5	32,0	69,2	130,3	42,8	77,7	100,0	37,3	62,9	105,1	47,2	71,0	92,3	51,3	67,4	110,5	42,5	70,1
Ca. colon retto	36,0	22,8	27,8	44,3	29,9	36,4	36,2	36,3	35,2	49,7	22,1	33,0	52,1	20,4	32,9	40,4	25,9	31,8	43,4	26,2	33,0
Ca.mammella		20,7			29,3			30,9			36,7			28,9			27,0			30,2	
IMA	51,0	24,8	34,4	58,2	25,1	38,9	79,0	34,0	51,9	58,8	25,7	39,9	52,3	32,7	42,0	74,1	21,7	43,0	61,2	27,1	41,2
Mal. Cerebrovascolari	48,0	50,7	51,5	81,0	50,5	61,6	72,7	65,1	69,3	76,0	58,4	65,0	51,4	49,8	49,7	52,7	73,4	66,2	67,6	57,3	61,5
BPCO	44,1	28,8	34,3	49,6	33,2	39,9	49,7	32,8	38,2	55,3	34,3	42,2	30,2	26,3	27,3	32,1	23,9	27,3	45,5	31,0	36,4
Diabete mellito	63,5	30,2	44,1	59,8	37,8	46,5	44,8	54,8	52,1	65,3	28,3	42,7	54,9	26,9	37,5	55,9	32,0	41,9	59,0	34,2	44,2
mortalità complessiva	1.142,4	765,5	919,3	1.157,4	763,4	924,3	1.238,8	882,1	1.025,4	1.103,9	736,5	885,5	1.018,2	752,2	860,0	1.032,2	715,6	845,6	1.118,7	764,8	908,6
mortalità evitabile	188,8	125,7	155,3	238,0	126,6	179,3	253,0	162,1	205,2	224,9	113,9	166,6	193,5	129,1	159,6	185,0	95,3	138,2	217,2	124,6	168,5

Tabella 4. Mortalità evitabile per Distretto

Mortalità evitabile nei distretti della ASL Roma 2, valori assoluti e percentuale sulla mortalità generale Anni 2014-2016.													
		2014			2015			2016			Media annuale 2014-2016		
		mortalità evitabile	mortalità totale	% evitabile	mortalità evitabile	mortalità totale	% evitabile	mortalità evitabile	mortalità totale	% evitabile	mortalità evitabile	mortalità totale	% evitabile
D04	M	179	819	23,8%	195	842	24,1%	146	831	19,5%	173	831	20,9%
	F	112	850	13,8%	120	911	13,7%	114	834	14,1%	115	865	13,3%
	TOT	291	1.669	18,7%	315	1.753	18,7%	260	1.665	16,8%	289	1.696	17,0%
D05	M	213	1.152	19,6%	238	1.254	20,3%	229	1.226	19,7%	227	1.211	18,7%
	F	139	1.312	10,9%	145	1.458	10,6%	143	1.383	10,8%	142	1.384	10,3%
	TOT	352	2.464	15,0%	383	2.712	15,0%	372	2.609	15,0%	369	2.595	14,2%
D06	M	206	803	27,3%	240	976	26,4%	232	943	26,3%	226	907	24,9%
	F	112	781	15,2%	152	920	17,3%	162	959	17,5%	142	887	16,0%
	TOT	318	1.584	21,3%	392	1.896	22,0%	394	1.902	21,9%	368	1.794	20,5%
D07	M	225	1.290	18,5%	286	1.515	20,1%	285	1.496	20,6%	265	1.434	18,5%
	F	171	1.554	11,6%	167	1.817	9,9%	174	1.730	10,3%	171	1.700	10,0%
	TOT	396	2.844	14,7%	453	3.332	14,5%	459	3.226	15,1%	436	3.134	13,9%
D08	M	146	777	19,8%	101	692	15,9%	110	627	18,7%	119	699	17,0%
	F	106	933	11,9%	80	875	9,6%	90	840	11,1%	92	883	10,4%
	TOT	252	1.710	15,5%	181	1.567	12,4%	200	1.467	14,3%	211	1.581	13,3%
D09	M	115	641	19,5%	149	706	22,1%	140	714	21,4%	135	687	19,6%
	F	86	759	11,9%	106	751	14,9%	82	714	12,0%	91	741	12,3%
	TOT	201	1.400	15,4%	255	1.457	18,4%	222	1.428	16,7%	226	1.428	15,9%
RM2	M	1.084	5.482	21,1%	1.209	5.985	21,5%	1.142	5.837	21,1%	1.145	5.768	19,9%
	F	726	6.189	12,3%	770	6.732	12,1%	765	6.460	12,3%	754	6.460	11,7%
	TOT	1.810	11.671	16,4%	1.979	12.717	16,5%	1.907	12.297	16,5%	1.899	12.228	15,5%

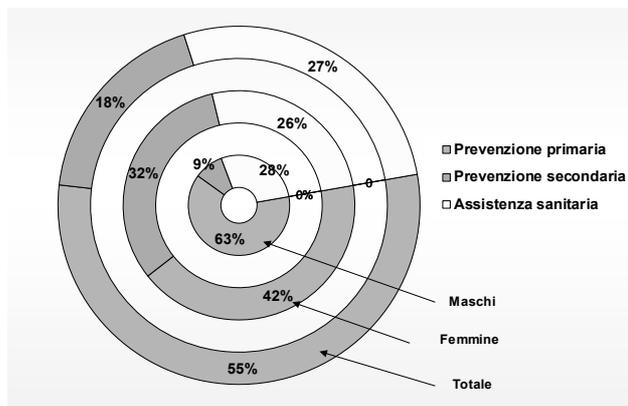
Rispetto alle possibili strategie di contrasto, gli interventi nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria e dell'assistenza sanitaria si caratterizzano come rappresentato nel grafico (fig.1) e nella tabella 5.

- Ambito della prevenzione primaria. Rappresenta il 55% delle morti evitabili, in particolare neoplasie, malattie cardio-vascolari e cause violente
- Ambito della prevenzione secondaria. Costituisce il 18% della ME (neoplasie del collo dell'utero, mammella, intestino, cute)
- Ambito della assistenza sanitaria. Rappresenta il 27% delle morti evitabili e nel 40% dei casi riguarda malattie cardio-vascolari ed in percentuale minore malattie respiratorie e neoplasie.

Tabella 4. Mortalità evitabile per Distretto

Mortalità evitabile nei distretti della ASL Roma 2, valori assoluti e percentuale sulla mortalità generale Anni 2014-2016.													
		2014			2015			2016			Media annuale 2014-2016		
		mortalità evitabile	mortalità totale	% evitabile	mortalità evitabile	mortalità totale	% evitabile	mortalità evitabile	mortalità totale	% evitabile	mortalità evitabile	mortalità totale	% evitabile
D04	M	179	819	23,8%	195	842	24,1%	146	831	19,5%	173	831	20,9%
	F	112	850	13,8%	120	911	13,7%	114	834	14,1%	115	865	13,3%
	TOT	291	1.669	18,7%	315	1.753	18,7%	260	1.665	16,8%	289	1.696	17,0%
D05	M	213	1.152	19,6%	238	1.254	20,3%	229	1.226	19,7%	227	1.211	18,7%
	F	139	1.312	10,9%	145	1.458	10,6%	143	1.383	10,8%	142	1.384	10,3%
	TOT	352	2.464	15,0%	383	2.712	15,0%	372	2.609	15,0%	369	2.595	14,2%
D06	M	206	803	27,3%	240	976	26,4%	232	943	26,3%	226	907	24,9%
	F	112	781	15,2%	152	920	17,3%	162	959	17,5%	142	887	16,0%
	TOT	318	1.584	21,3%	392	1.896	22,0%	394	1.902	21,9%	368	1.794	20,5%
D07	M	225	1.290	18,5%	286	1.515	20,1%	285	1.496	20,6%	265	1.434	18,5%
	F	171	1.554	11,6%	167	1.817	9,9%	174	1.730	10,3%	171	1.700	10,0%
	TOT	396	2.844	14,7%	453	3.332	14,5%	459	3.226	15,1%	436	3.134	13,9%
D08	M	146	777	19,8%	101	692	15,9%	110	627	18,7%	119	699	17,0%
	F	106	933	11,9%	80	875	9,6%	90	840	11,1%	92	883	10,4%
	TOT	252	1.710	15,5%	181	1.567	12,4%	200	1.467	14,3%	211	1.581	13,3%
D09	M	115	641	19,5%	149	706	22,1%	140	714	21,4%	135	687	19,6%
	F	86	759	11,9%	106	751	14,9%	82	714	12,0%	91	741	12,3%
	TOT	201	1.400	15,4%	255	1.457	18,4%	222	1.428	16,7%	226	1.428	15,8%
RM2	M	1.084	5.482	21,1%	1.209	5.985	21,5%	1.142	5.837	21,1%	1.145	5.768	19,9%
	F	726	6.189	12,3%	770	6.732	12,1%	765	6.460	12,3%	754	6.460	11,7%
	TOT	1.810	11.671	16,4%	1.979	12.717	16,5%	1.907	12.297	16,5%	1.899	12.228	15,5%

Figura1. Decessi evitabili per categorie di intervallo. Distribuzione proporzionale per sesso Asl Roma2 - Media annuale 2014-2016



**Incidenza e prevalenza delle principali patologie neoplastiche e cronico degenerative**

In tabella 6 sono riportati i tassi di prevalenza per Iperensione arteriosa, Diabete, BPCO e i tassi di incidenza per Infarto del miocardio, Ictus cerebrale relativi al 2016 e Ca. mammella, colon retto, ovaio/utero e polmone relativi al 2017; i dati derivano dal rapporto “Stato di Salute Lazio” e sono calcolati applicando algoritmi basati sui dati dei sistemi informativi istituzionali (ricoveri ospedalieri, consumi farmaceutici, esenzioni ticket, accessi ai PS, ecc).

In termini di numero assoluto di casi si evidenzia un forte gradiente che vede i Distretti 7, 5, 6 registrare un numero di pazienti nettamente più elevato rispetto agli altri Distretti. Considerando invece i tassi standardizzati si evidenzia nella ASL Roma 2 una maggiore Prevalenza BPCO e di Incidenza di neoplasia mammella e polmonare rispetto ai tassi regionali; i tassi standardizzati di ipertensione arteriosa, diabete e BPCO, come anche di alcuni tumori, sono più elevati nei Distretti 4, 5 e 6 rispetto ai tassi regionali. Nei Distretti 7, 8, 9 sono più elevati, rispetto alla Regione Lazio, i tassi standardizzati di alcune neoplasie e di ictus (Distretto 8). I dati di prevalenza/incidenza evidenziano, a livello Distrettuale, criticità specifiche per la cui quantificazione è stato costruito, un sistema sperimentale di grading articolato su due livelli in base ad uno scarto compreso tra 5 e 20 punti (livello 1) o maggiore di 20 punti (livello 2) rispetto ai valori regionali; si considerano in linea con quest’ultimi valori  $\leq 5$  (Tab.7)

**Discussione**

Pur considerando i limiti intrinseci di una stima dei dati di prevalenza/incidenza ed i possibili bias in un processo di inferenza, da una prima analisi dei dati è possibile identificare delle priorità nella programmazione degli interventi

**Tabella 5. Modalità per cause evitabili con prevenzione primaria, prevenzione secondaria e assistenza sanitaria e terapia. Residenti Asl Roma2. Media annuale 2014-2016**

CAUSE MORTE EVITABILE	ASL RM2 2014 - 2016		
	M	F	TOT
<b>PREVENZIONE PRIMARIA</b>			
TUMORI	349	187	536
<i>Tumori maligni bocca faringe esofago</i>	30	12	42
<i>Tumori maligni della vescica</i>	32	9	41
<i>Tumori maligni trachea bronchi polmoni</i>	286	166	453
MALATTIE SISTEMA CIRCOLATORIO	227	77	304
<i>Malattie ischemiche del cuore</i>	227	77	303
MALATTIE APPARATO DIGERENTE	12	3	15
<i>Malattia epatica cronica e cirrosi</i>	12	3	15
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	131	51	182
<b>TOTALE PREVENZIONE PRIMARIA</b>	<b>719</b>	<b>318</b>	<b>1.037</b>
<b>% su mortalità evitabile totale</b>	<b>63%</b>	<b>42%</b>	<b>55%</b>
<b>% su mortalità generale</b>	<b>12%</b>	<b>5%</b>	<b>8%</b>
<b>PREVENZIONE SECONDARIA</b>			
TUMORI	107	240	347
<i>Tumori maligni della cute</i>	17	7	24
<i>Tumori maligni del colon, retto, sigma e ano</i>	87	72	159
<i>Tumori maligni della mammella</i>	0	129	129
<i>Tumori maligni dell'utero (esclusa Placenta)</i>	0	31	31
<b>TOTALE PREVENZIONE SECONDARIA</b>	<b>107</b>	<b>240</b>	<b>347</b>
<b>% su mortalità evitabile totale</b>	<b>9%</b>	<b>32%</b>	<b>18%</b>
<b>% su mortalità generale</b>	<b>2%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>
<b>ASSISTENZA E TERAPIA</b>			
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	23	11	34
TUMORI	61	20	82
<i>Tumori maligni del fegato</i>	58	18	76
MALATTIE ENDOCRINE	4	2	7
<i>Diabete mellito</i>	4	1	4
MALATTIE DEL SANGUE	1	0	2
DISTURBI PSICHICI	11	9	21
MALATTIE SISTEMA NERVOSO	5	5	10
MALATTIE SISTEMA CIRCOLATORIO	120	91	210
<i>Iperensione arteriosa</i>	41	32	73
<i>Malattie cerebrovascolari</i>	75	55	130
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	52	35	87
<i>Malattia cronica polmonare ostruttiva</i>	36	26	62
MALATTIE APPARATO DIGERENTE	7	4	11
MALATTIE SISTEMA URINARIO	18	9	26
MALFORMAZIONI CONGENITE	7	3	10
CONDIZIONI MORBOSE PERINATALI	9	6	16
<b>TOTALE ASSISTENZA SANITARIA</b>	<b>320</b>	<b>196</b>	<b>515</b>
<b>% su mortalità evitabile totale</b>	<b>28%</b>	<b>26%</b>	<b>27%</b>
<b>% su mortalità generale</b>	<b>6%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>

*Non sono riportate in tabella le cause con casi sporadici*

**Tabella 6.** Prevalenza di Ipertensione arteriosa, Diabete, BPCO e incidenza di Infarto del miocardio, Ictus cerebrale (2016) e Cancro mammella, colon retto, ovaio/utero e polmone (2017)

SINTESI STATO DI SALUTE																
	DISTRETTO 4		DISTRETTO 5		DISTRETTO 6		DISTRETTO 7		DISTRETTO 8		DISTRETTO 9		ASL ROMA 2		REGIONE LAZIO	
	Prev/inc	T. S.	Prev/inc	T. S.												
IPERT. ART.	37706	312	52.194	313	43.911	332	62926	287	26414	265	32231	282	255382	300	1.150.538	301
DIABETE	12077	100	18.244	110	15.970	119	19154	88	8055	82	9964	87	83464	98	379.445	99
BPCO	10831	125	14.578	122	12.295	126	16512	106	6852	97	8432	106	69500	114	294.374	107
INFARTO M.	811	233	315	68	428	112	626	104	384	141	344	105	2908	121	16.103	149
ICTUS CEREBRI	550	157	233	49	271	73	370	60	310	111	223	70	1957	81	9.763	90
TUMORI 2017																
	DISTRETTO 4		DISTRETTO 5		DISTRETTO 6		DISTRETTO 7		DISTRETTO 8		DISTRETTO 9		ASL ROMA 2		REGIONE LAZIO	
	Totale T. 1288		Totale T. 1728		Totale T. 1465		Totale T. 2274		Totale T. 1035		Totale T. 1233		Totale T. 9023		Totale T. 38.008	
	Prev/inc	T. S.	Prev/inc	T. S.												
MAMMELLA	189	181	232	166	181	144	332	179	160	194	197	190	1291	174	5.077	153
COLON-RETTO	139	70	188	68	168	78	243	67	133	82	129	70	1000	72	4.521	72
OVAIO/UTERO	43	42	69	49	48	39	100	54	39	45	55	53	354	48	1.585	48
POLMONE	143	72	183	68	170	80	236	66	113	70	133	71	978	71	4.064	65

\* I dati di incidenza stimati per l'infarto miocardico e l'ictus cerebrale del Distretto 4 presentano valori abnormemente elevati che non sono giustificabili epidemiologicamente, e che quindi probabilmente richiedono una revisione

**Tabella 7.**

DISTRETTO 4		DISTRETTO 5		DISTRETTO 6	
Criticità	Livello	Criticità	Livello	Criticità	Livello
IPERT. ART.	1	IPERT. ART.	1	BPCO	1
BPCO 1		Diabete	1	Ca Colon-Retto	1
Ca Polmone	1	BPCO	1	Ca Polmone	1
Infarto Miocardio	2	Ca Mammella	1	Ipert. Arteriosa	2
Ictus Cerebri	2			Diabete	2
Ca Mammella	2				
DISTRETTO 7		DISTRETTO 8		DISTRETTO 9	
Criticità	Livello	Criticità	Livello	Criticità	Livello
Ca Ovaio-utero	1	Ca Colon Retto	1	Ca Polmone	1
Ca Mammella	2	Ictus Cerebri	2	Ca Mammella	2
		Ca Mammella	2		

di promozione della salute, di prevenzione (primaria e secondaria) e di miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Da un preliminare confronto dei tassi standardizzati di prevalenza e incidenza registrati nella ASL Roma2, con i valori regionali, si evidenziano criticità per alcune patologie, nello specifico:

- Prevalenza BPCO 114 vs 107

- Incidenza neoplasia mammella 174 vs 153
- Incidenza neoplasia polmonare 71 vs 65

Per alcune patologie, comunque, i valori di prevalenza della ASL Roma2, pur essendo in linea con i dati regionali, risultano più elevati rispetto ai valori medi delle Aziende Sanitarie della città di Roma.

È da sottolineare come, in termini di programmazione di interventi di sanità pubblica, sia da considerare, oltre al tasso standardizzato di prevalenza e incidenza, anche il numero assoluto di casi, ed in quest'ottica si evidenzia la realtà dei Distretti, D5 e D7, che registrano alti numeri di residenti (D5: 247.697, D7: 307.645) e conseguentemente un numero assoluto di casi molto elevati, anche per patologie che vedono tassi di prevalenza in linea con i valori regionali (Tab.6).

Da una lettura dei diversi indicatori epidemiologici (strutturali e dinamici) e socio-economici, si evidenzia una profonda eterogeneità nel territorio aziendale; comunque, in base ai profili epidemiologici ed indici di deprivazione si possono cogliere macroscopiche affinità in alcuni Distretti:

- **Distretti 5 e 6.** Territori a forte deprivazione socio-economica, con elevata percentuale di residenti di origine straniera. In entrambi i Distretti si registrano tassi standardizzati di prevalenza elevati per le principali patologie croniche (diabete, BPCO, ipertensione arteriosa). Considerato l'alto numero di residenti, comunque, i casi risultano molto numerosi anche per patologie che vedono tassi di prevalenza in linea con i valori regionali.
  - Il Distretto 6 si caratterizza per una grande estensione territoriale e una bassa densità abitativa, malgrado l'elevato numero di abitanti, e per una struttura di popolazione che vede un maggiore dinamismo demografico e minore anzianità, con un tasso di natalità alquanto elevato. L'indice di vecchiaia è il più basso dell'intero comune. In questo Distretto si registrano i valori più elevati di mortalità generale ed evitabile, sia tra i maschi che tra le femmine. In particolare si evidenziano i valori più elevati di mortalità per ca. polmonare (tra i maschi), per ca. del colon retto (tra le femmine), per diabete (tra le femmine), per IMA (sia tra i maschi che tra le femmine).
  - Il Distretto 5 si caratterizza al contrario per una superficie molto piccola e per una elevatissima densità abitativa. Si tratta di un Distretto a componente prevalentemente anziana, derivando da quartieri che hanno avuto un prepotente impulso urbanistico negli anni 50-60 e dunque con popolazione ivi insediata da molti decenni, malgrado la recente ondata immigratoria abbia portato la quota di stranieri ad essere tra le più elevate della capitale. Si nota nel 2016 una mortalità elevata per ictus nei maschi.
- **Distretti 4 e 7.** In questi Distretti abbiamo una condizione socio-economica media, con percentuale di residenti stranieri alquanto inferiore alla media cittadina e struttura di popolazione molto anziana. Entrambi i Distretti si estendono da zone centrali a zone periferiche, presentando dunque una costituzione urbanistica in parte molto vecchia (immediato dopoguerra) e in parte di nuova realizzazione.
  - Il Distretto 4 presenta valori di mortalità complessivi superiori alla media aziendale, soprattutto nel sesso maschile. Risultano elevati la mortalità per ca. polmonare (in particolare tra le femmine) e l'incidenza di infarto miocardico, ictus cerebri e ca. mammella.
  - Il Distretto 7 è il più popoloso della ASL, con una elevatissima densità di popolazione, inferiore solo al Distretto 5. Malgrado la mortalità complessiva non risulti elevata, vanno rimarcati i valori

alti di mortalità registrati nel 2016 per ca. mammario, ca. del colon retto (nei maschi), diabete e BPCO (sempre nei maschi), risulta altresì elevata l'incidenza del ca. mammella.

- **Distretti 8 e 9.** Questi territori sono caratterizzati da un livello socio-economico e di scolarità elevato, bassa percentuale di residenti stranieri, basso numero di residenti e bassa densità abitativa. I valori di mortalità complessivi risultano in media o inferiori alla media aziendale, tuttavia sono da evidenziare in entrambi i territori una elevata incidenza di ca. mammario (malgrado la mortalità non risulti elevata) e una elevata mortalità per IMA e per ictus.
  - Il Distretto 8 presenta il più elevato indice di invecchiamento e il più basso tasso di natalità dell'intera ASL. Sono da evidenziare in questo territorio, oltre all'elevata incidenza di ca. mammario e ictus cerebrali, anche l'alto tasso di mortalità per IMA tra le donne e l'alto tasso di mortalità per ca. del colon retto tra gli uomini (riferiti all'anno 2016).
  - Il Distretto 9 è il più vasto della ASL, estendendosi a sud fino al comune di Pomezia, e dunque presenta una densità bassissima. Malgrado i valori della mortalità siano i più bassi della ASL, sono da evidenziare gli elevati tassi di mortalità registrati nel 2016 per ca. polmonare nelle donne e per IMA nei maschi oltre ad un elevato tasso di incidenza di ca. mammario.

L'analisi della realtà aziendale, evidenzia come priorità generale l'orientare azioni di contrasto alla diffusione delle malattie cronico-degenerative (MCNT) e neoplastiche. Rispetto alle singole realtà Distrettuali è necessario elaborare strategie di intervento mirate nell'ambito della prevenzione primaria, secondaria e dell'assistenza sanitaria (Tab.7).

### **Prevenzione primaria**

In primis, ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT in coerenza con il Programma 1 "Promozione di stili di vita salutari nella popolazione generale per guadagnare salute nel Lazio" del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2019 dedicato alla realizzazione di interventi intersettoriali di contrasto ai fattori di rischio comportamentali da mettere in atto localmente, all'interno di setting specifici quali la comunità, i luoghi di lavoro ed i servizi sanitari.

I dati aziendali sulla ME - sostenuti tra l'altro dai dati raccolti dalle sorveglianze Passi, Passi d'Argento, OKkio alla salute ed HBSC - evidenziano che la promozione di stili di vita salutari deve essere obiettivo prioritario aziendale così come garantire l'inclusione di comunità "anziane" in alcune aree (Distretti 8 e 9), e di soggetti socialmente più vulnerabili in altre sedi (Distretti 5 e 6) pur mantenendo omogenea la diffusione dei programmi sugli stili di vita salutari nei setting scuola e servizi sanitari. In tutti i Distretti sanitari si evidenzia la necessità di implementare sia nei MMG che negli specialisti ambulatoriali il consiglio motivazionale breve per migliorare gli stili di vita degli assistiti ASL Roma 2.

Premesso che a garanzia dei LEA (Area F - Sorveglianza e prevenzione nutrizionale) gli interventi per la promozione di stili di vita protettivi (in particolare azioni di contrasto rispetto a fumo, alcool e promozione dell'attività fisica e sana alimentazione e prevenzione degli incidenti domestici e stradali) saranno attivi in tutti i Distretti sanitari, l'identificazione di siti sentinella nei Distretti 5 e 6 per intercettare i gruppi più vulnerabili consentirà di mirare gli interventi nell'ottica della riduzione delle disuguaglianze per la ME. Analogamente, per quanto riguarda gli interventi nelle scuole - fatta salva la diffusione omogenea delle sorveglianze - una maggiore capillarizzazione delle attività potrà essere dedicata nei Distretti a più elevata

natalità e di più basso livello socio-economico (D5, D6). Appare utile realizzare accordi di collaborazione intersettoriali con i centri anziani, in particolare nel Distretto 8.

### **Prevenzione secondaria e Programmi di Screening**

L'obiettivo dei Programmi di Screening (PS) oncologico è proprio la riduzione della mortalità per i tumori oggetto dell'intervento attraverso la loro diagnosi precoce e, nel caso dei PS citologico e coloretale, anche attraverso la diagnosi e l'eliminazione delle lesioni precancerose. La copertura dello screening nella popolazione target e quindi la diminuzione della ME, è condizionata dalla diffusione e dall'efficacia della sua promozione e da elementi organizzativi dei singoli Programmi di Screening (PS) che sono anche gli strumenti atti a garantire le prestazioni ai soggetti con minor facilità di accesso ai test di prevenzione.

Sono riconducibili in quest'ultimo ambito, ad esempio, i seguenti interventi:

- l'ampliamento della rete dei Centri di erogazione dello screening coloretale con la piena attuazione della Convenzione con Farmacap;
- la realizzazione di incontri con le Commissioni Appropriata Prescrittiva distrettuali (CAPD) per il rispetto dell'abolizione dei codici di esenzione "Legge Veronesi" e per la sensibilizzazione del MMG che registrano le coperture più basse in termini di adesione agli screening;
- l'attivazione nel PS citologico del recupero nel percorso di screening delle donne in fascia target che eseguono il test di prevenzione negli Ambulatori di Ginecologia e nei Consultori aziendali;
- l'avvio al passaggio dal Pap test all'HPV test quale test di primo livello come previsto a livello regionale e nazionale.

Tutti questi aspetti organizzativi hanno un impatto diretto sulla copertura dello screening nella popolazione e quindi costituiscono azioni comunque volte a contrastare la mortalità evitabile.

Ovviamente la promozione degli screening costituisce l'elemento più importante per aumentare la copertura dello screening nella popolazione target. Per individuare un criterio di priorità nella programmazione degli interventi di promozione dello screening va considerato quanto segue:

- la situazione epidemiologica della realtà territoriale della ASL Roma 2 riguarda i tumori in tutte le età; non è nota la loro incidenza nella fascia target dello screening.
- l'eventuale eccesso rispetto all'atteso di nuove diagnosi di tumore in alcuni ambiti potrebbe essere comunque indicatore di una migliore adesione allo screening con conseguente maggior numero di nuove diagnosi poste o l'effetto di inizio o riavvio, dello screening su parti rilevanti del territorio. Nell'Asl Roma 2 si sono verificate entrambe le situazioni.
- considerando come indicatore d'impatto dello screening, l'adesione ai Programmi, si riporta la seguente tabella 8 riferita ai valori di adesione del 2018 per Distretto; vengono evidenziati i Distretti cui prioritariamente saranno prodotti i maggiori sforzi di promozione.

### **Assistenza Sanitaria**

Le azioni di contrasto ai decessi evitabili attraverso l'ottimale applicazione delle tecniche mediche, dell'assistenza e dell'organizzazione sanitaria, si rivolgono alle patologie dismetaboliche (diabete mellito),

**Tabella 8.** Adesione ai PS (%) nei distretti ASL Roma2

DISTRETTO	% di adesione Screening Mammografico	% di adesione Screening Coloretale	% di adesione Screening Citologico
RM 2 - Municipio 4	33,4	24,1	24,1
RM 2 - Municipio 5	37,2	23,2	24,4
RM 2 - Municipio 6	37,9	21,3	20,9
RM 2 - Municipio 7	28,9	26,1	20,4
RM 2 - Municipio 8	35,2	19,9	25,9
RM 2 - Municipio 9	43,1	22,2	30,4

malattie cardio-vascolari, malattie respiratorie e neoplastiche.

Le principali aree di intervento dei Distretti riguardano:

- l'attività di committenza. L'azione centrale riguarda la lettura del bisogno, la valutazione dell'offerta e quindi la stima del gradiente rispetto ad una risposta coerente; questa attività presuppone l'utilizzo di strumenti epidemiologici di diversa complessità, da indicatori derivati da flussi correnti ad indicatori epidemiologici costruiti ad hoc, oltre alla lettura di dati di incidenza e prevalenza delle patologie oggetto di studio.
- l'attività di produzione. Il passaggio da un'offerta di tipo "prestazionale" ad una presa in carico per "Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)" garantisce la migliore appropriatezza e la migliore qualità dell'assistenza. I PDTA infatti, disegnando percorsi bidirezionali tra territorio ed ospedale, approssimano nel modo migliore le Linee Guida in un contesto definito, permettendo la stima del gradiente tra la migliore assistenza indicata dalla comunità scientifica e quanto è possibile assicurare con le risorse disponibili. I PDTA sono peraltro strumenti di programmazione insostituibili proprio in quanto permettono la stima di tutte le prestazioni necessarie per la corretta gestione della coorte dei pazienti in carico. Queste forme organizzative di erogazione delle prestazioni, costruite secondo percorsi disegnati intorno a pazienti con patologie di tipo cronico-degenerativo e neoplastico, permettono di arrivare, in tempi utili, nei setting più appropriati, ad una diagnosi il più precoce possibile della patologia, ad una stabilizzazione della stessa mediante interventi di cura medica o chirurgica, riabilitazione, educazione sanitaria, ad un follow-up appropriato per ritardare l'insorgenza di complicanze, ricadute, mortalità precoce ed evitabile. Il percorso metodologico proposto per la gestione delle patologie croniche si articola nelle seguenti fasi:
  - Valutazione del bisogno, delle risorse disponibili, di quelle necessarie per una offerta coerente e stima del gradiente distinto per specialità e Distretto
  - Definizione dei profili di rischio e stratificazione dei pazienti per Distretto e per singolo MMG
  - Attività di promozione della salute e diagnosi precoce
  - Attivazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in tutti i Distretti a partire dal PDTA Diabete, BPCO, Scompenso cardiaco, TAO
  - Implementazione e utilizzo della piattaforma informatica ad hoc

- Valutazione dell'aderenza ai PDTA (e quindi alle relative linee guida) dei pazienti presi in carico secondo Indicatori di processo e valutazione di esito.
- Ricognizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), APA, PAC attivati e da attivare e loro diffusione ai MMG

### Conclusioni

Il processo di progressivo accorpamento delle Aziende Sanitarie nella Regione Lazio ha comportato la creazione di AASSLL di grandi dimensioni, nello specifico la ASL Roma2 conta circa 1.300.000 assistiti in un territorio articolato in 6 Distretti socio-sanitari. I dati epidemiologici, necessari per una corretta definizione delle linee strategiche, se riferiti all'intera Azienda, appaiono certamente indicativi, ma decisamente generici. Infatti realtà così complesse sono profondamente eterogenee in termini di bisogni e di offerta, ed è quindi indispensabile una analisi delle singole realtà Distrettuali, a partire dai dati epidemiologici correnti.

Obiettivo del presente lavoro è lo studio del fenomeno della mortalità, mortalità evitabile e incidenza e prevalenza delle principali patologie neoplastiche e cronico degenerative finalizzato alla proposta di azioni specifiche di contrasto secondo le diverse strategie di intervento:

- Prevenzione primaria - interventi sui fattori di rischio delle principali cause di malattia
- Prevenzione secondaria - interventi di diagnosi e trattamento precoci
- Assistenza sanitaria - ottimale applicazione delle tecniche mediche, dell'assistenza e dell'organizzazione sanitaria

Dal punto di vista metodologico si è partiti da una analisi dei dati epidemiologici correnti riferiti all'intera azienda, per la definizione delle principali criticità; successivamente sono state analizzate le singole realtà Distrettuali per studio delle diverse complessità.

I dati sono stati quindi condivisi con le articolazioni aziendali responsabili delle diverse linee di attività (Dipartimento di Prevenzione, Distretti sanitari) ed utilizzati come strumento di programmazione sanitaria per l'elaborazione di Piano Strategico Aziendale con l'identificazione di obiettivi generali, operativi ed azioni; l'attività si svolgerà nell'arco di un biennio al termine del quale verranno valutati gli indicatori di processo e di esito.

**Tabella 9.** Obiettivi operativi ed azioni per Prevenzione primaria, secondaria e Attività di Assistenza Sanitaria

PREVENZIONE PRIMARIA	PREVENZIONE SECONDARIA	ASSISTENZA SANITARIA
<b>Obiettivi operativi e azioni</b>	<b>Obiettivi operativi e azioni</b>	<b>Obiettivi operativi e azioni</b>
<p>Realizzazione di iniziative per la promozione di attività motoria, consumo di frutta e verdura, meno sale ma iodato, riduzione dei fumatori e del consumo di alcool a rischio</p> <p><b>Azione:</b> Mappatura luoghi di aggregazione nei Municipi Diffusione dei materiali informativi agli utenti che accedono ai Distretti e nei poliambulatori identificati Conferenze/punti informativi/diffusione di materiali per Guadagnare Salute al grande pubblico presso municipi, biblioteche, parrocchie, centri anziani, associazioni in base ai risultati della mappatura dei Distretti</p>	<p>Realizzazione di iniziative per la promozione degli screening alla popolazione in fascia target nei setting comunità, scuola e luoghi di lavoro</p> <p><b>Azione:</b> Diffusione di manifesti e materiali informativi agli utenti che accedono ai Municipi e nei siti sentinella identificati Incontri con Associazioni e Assessorati alle politiche sociali per attività di comunicazione al pubblico Incontri con le famiglie degli alunni delle scuole Individuazione di modalità operative per il coinvolgimento dei Medici Competenti</p>	<p>Valutazione del bisogno, delle risorse disponibili, di quelle necessarie per una offerta coerente e stima del gradiente distinto per specialità e Distretto</p> <p><b>Azioni:</b> Analisi della prevalenza/incidenza delle principali patologie croniche e neoplastiche, utilizzando i dati forniti dal DEP "Stato di Salute della popolazione residente", da flussi informativi correnti, o derivanti da indagini ad hoc (esenzioni, prescrizione farmaceutiche ecc.) Selezione delle patologie oggetto di studio, nello specifico diabete, BPCO, scompenso cardiaco, patologie in trattamento TAO/NAO Stima del fabbisogno di prestazioni per singolo Distretto Stima dell'offerta specialistica Aziendale e Distrettuale con valutazione degli indici di fuga/attrazione/autonomia Valutazione del relativo gradiente Aziendale e Distrettuale per singola branca coinvolta nelle patologie identificate</p>
<p>Sostegno alle campagne di comunicazione su corretta alimentazione, peso corporeo, dismissione dal fumo e prevenzione del consumo di alcool a rischio attraverso i MMG</p> <p><b>Azioni:</b> Invio mailing list ai MMG con materiale di comunicazione sui temi Realizzazione interventi informativi diretti ai MMG e PIS su stili di vita</p> <p><b>Azione:</b> Partecipazione alle riunioni Distrettuali periodiche dei MMG con interventi e diffusione materiale aziendale informativo</p>	<p>Realizzazione interventi informativi diretti ai MMG sui percorsi di screening aziendali e loro esiti/benefici sulla popolazione della ASL Roma 2</p> <p><b>Azioni:</b> Programmazione e svolgimento di incontri con i MMG referenti delle Unità di Cure Primarie, organizzati dai Distretti convocazioni di specifiche Commissioni Appropriatezza Prescrittiva (CAPD) da parte dei Distretti, per i MMG aventi le coperture più basse di adesione agli screening</p>	<p>Definizione dei profili di rischio e stratificazione dei pazienti per Distretto e per singolo MMG</p> <p><b>Azioni:</b> Ricognizione flussi informativi coerenti (esenzioni per patologia, reddito, invalidità, prescrizioni farmaceutiche, ricoveri ospedalieri, attività ambulatoriale ecc.) Identificazione degli indicatori maggiormente rappresentativi e loro integrazione Identificazione di una coorte di pazienti "critici" pluripatologici e/o con ricoveri ripetuti; costruzione ed identificazione di profili di rischio e successiva attribuzione ai MMG dei diversi Distretti</p>
<p>Formazione degli operatori dei Distretti "Promozione di stili di vita salutari per guadagnare salute"</p> <p><b>Azione:</b> Organizzazione e realizzazione dell'attività di formazione ECM teorico - pratica realizzazione da parte dei corsisti di attività di promozione di stili di vita salutari nei setting sanitari; restituzione delle schede di monitoraggio Disponibilità di materiali di comunicazione su stili di vita tradotti nelle lingue dei gruppi di popolazione presenti nella ASL Roma 2</p> <p><b>Azione:</b> Identificazione della procedura per l'avvio delle traduzioni</p>	<p>Realizzazione iniziative di promozione dirette alla popolazione in fascia target finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze nei setting sanitari</p> <p><b>Azione:</b> Programmazione e svolgimento di incontri organizzati dai Distretti. Realizzazione una campagna multimediale mirata per il passaggio all'HPV test (Human Papilloma Virus) quale test di primo livello. Distribuzione di opuscoli in diverse lingue ai PUA (Punto Unico di Accesso) per la popolazione straniera target dello screening citologico e presso gli ambulatori STP (Stranieri Temporaneamente Presenti).</p>	<p>Attività di promozione della salute e diagnosi precoce</p> <p><b>Azioni:</b> Identificazione e mappatura, per Distretto, dei luoghi di aggregazione dei soggetti fragili (anziani, stranieri, etc.) Attività di formazione sul counselling breve per la promozione di stili di vita salutari rivolta a MMG, Specialisti, infermieri Attività di formazione, rivolta ai MMG, per la promozione degli screening oncologici Attività informative su stili di vita e screening rivolte alla comunità ed a gruppi target per la riduzione delle disuguaglianze</p>

segue

segue

PREVENZIONE PRIMARIA	PREVENZIONE SECONDARIA	ASSISTENZA SANITARIA
Obiettivi operativi e azioni	Obiettivi operativi e azioni	Obiettivi operativi e azioni
<p>Monitoraggio delle attività per i progetti nelle scuole Unplugged e Sano chi Sa</p> <p>Realizzazione dell'indagine OKkio alla Salute con rappresentatività aziendale</p> <p>Avvio nelle scuole progetto CCM Peer education su stili di vita</p> <p><b>Azione:</b></p> <p>Organizzazione di riunioni di monitoraggio con le scuole per avanzamento attività Unplugged e Sano chi Sa</p> <p>Raccolta delle schede di monitoraggio alla conclusione delle attività Unplugged e Sano chi Sa</p> <p>Adesione, formazione degli insegnanti, raccolta dati nelle scuole campionate OKkio 2019 e data entry</p> <p>Selezione ed Adesione scuole primarie al progetto CCM</p>	<p>Realizzare iniziative di promozione dirette alla popolazione in fascia target finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze nel setting comunità</p> <p><b>Azione</b></p> <p>interventi di promozione con operatori di screening presso centri ad alta frequentazione della popolazione residente (centri commerciali, ipermercati, ecc.) e distribuzione di materiale informativo</p>	<p>Attivazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in tutti i Distretti a partire dal PDTA diabete, BPCO, scompenso cardiaco, TAO/NAO</p> <p><b>Azioni:</b></p> <p>Condivisione ed implementazione delle modalità operative dei PDTA diabete, BPCO, scompenso cardiaco, TAO/NAO in tutti i Distretti</p> <p>Valutazione dell'aderenza ai PDTA</p> <p><b>Azione:</b></p> <p>Individuazione per ciascun PDTA di indicatori di processo e di esito</p> <p>Misurazione di performance attraverso la funzione statistica della piattaforma informatica</p> <p>Ricognizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), APA, PAC attivati e da attivare e loro diffusione ai MMG</p> <p><b>Azione:</b></p> <p>Ricognizione aziendale e diffusione</p>
<p>Identificazione attori esterni ai setting sanitari (municipi, biblioteche, parrocchie, associazioni) e luoghi di aggregazione per realizzare attività di promozione della salute sui temi di Guadagnare Salute</p> <p><b>Azione:</b></p> <p>Identificazione degli attori e invio nota per proposta di collaborazione</p> <p>Identificazione dell'attività</p> <p>Realizzazione dell'intervento e stesura di un verbale di attività</p>	<p>Implementazione la comunicazione sui percorsi aziendali di screening</p> <p><b>Azione:</b></p> <p>Valutazione fattibilità</p> <p>1) utilizzo dei social network per la gestione di messaggi promozionali e informazioni sull'accesso ai percorsi di screening;</p> <p>2) invio SMS o strumenti analoghi per attività di recall</p> <p>Distribuzione di materiale informativo e locandine nei Poliambulatori, sale di attesa, CUP</p>	<p>Implementazione e utilizzo della piattaforma informatica ad hoc</p> <p><b>Azione:</b></p> <p>Progettazione ed implementazione della piattaforma informatica</p> <p>Formazione all'utilizzo della piattaforma degli operatori</p> <p>Utilizzo a regime della piattaforma in tutti i Distretti</p>

## Bibliografia

1. Ministero della Salute - Progetto mattoni del SSN - Mattone 9: Realizzazione del patient file - Ottimizzazione del flusso informativo per la registrazione del decesso - 2007
2. WHO - Classificazione Internazionale delle Malattie e delle Cause di Morte - ICD 9 CM
3. Ministero della Salute - Classificazione delle malattie, dei traumatismi, ecc. - Versione italiana della ICD 9 CM - Anno 2007
4. Gruppo ERA: Epidemiologia e Ricerca Applicata - Atlante 2007 Mortalità evitabile per genere e per USL.
5. Office for National Statistics (ONS) - Definition of avoidable mortality - 2016
6. Nolte E, McKee M - Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. - The Nuffield Trust, p. 139. 2004
7. Barchielli A - Significato ed evoluzione del concetto di mortalità evitabile nella letteratura internazionale G.E.A. 2005; 51: 7-10
8. Regione Umbria - La Mortalità evitabile in Umbria - 1994-2004
9. ASL Sa2 - Dipartimento Prevenzione - Analisi della Mortalità evitabile nella ASL SA2 dal 1999 al 2004
10. Rutstein D, Berenberg W, Chalmers T, et al - Measuring the quality of medical of medical care - *New Engl J Med* 1976; 294:582-7
11. Charlton JRH, Hartley RM, Silver R, Holland WW - Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales - *Lancet* 1983; i: 691-6
12. Holland WW (editor) - European Community Atlas of avoidable death. Second edition, vol 1 - Oxford Medical publications. Oxford, 1991
13. Holland WW (editor) - European Community Atlas of avoidable death. Second edition, vol 2 - Oxford Medical publications. Oxford, 1993
14. Holland WW (editor) - European Community Atlas of avoidable death. 1985-1989. Third edition - Oxford Medical publications. Oxford, 1997
15. Holland WW (editor) - European Community Atlas of avoidable death - Oxford Medical publications. Oxford, 1998
16. Simonato L, Ballard T, Winkelmann R - Avoidable mortality in Europe 1955-1994: a plea for prevention - *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 624-30
17. Simonato L, Bellini P, Cappi S - Tendenze della mortalità evitabile: 1955-1992
18. Buzzi N. et al. - Rapporto MEV(i). Mortalità evitabile (con intelligenza) - Anno 2018. Editore Nebo Ricerche PA, Roma
19. Buzzi N. et al. - Rapporto MEV(i). Mortalità evitabile (con intelligenza) - Anno 2017. Editore Nebo Ricerche PA, Roma
20. Nolte E, McKee M - Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. - *Health Affairs* 2008, 27: 58-71

21. EU Public Health Program - AMIEHS: Avoidable mortality in the European Union 2011
22. Kruk ME et al. - Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries - *Lancet* 2018; 392: 2203-12
23. Newey C, Nolte E, McKee M, Mossialos E - Avoidable mortality in the enlarged European Union - Technical Report. Institut des Sciences de la Sante, Paris 2004
24. ISTAT - Sito istituzionale - Tavole della Popolazione
25. ISTAT - Sito istituzionale - Mortalità per causa
26. Comune di Roma - Sito istituzionale - Tavole popolazione iscritta in anagrafe
27. Dipartimento Epidemiologia Regione Lazio - Sito istituzionale - Tavole Stato di Salute della Popolazione

**Referente:**

Fabrizio Ciaralli  
Direttore UOC Distretto 5 e della Committenza ASL Roma2  
Via N. Forteguerra 4 - 00176 Roma  
f.ciaralli@tiscali.it  
tel.3393284503