



Giacomo Galletti, laureato in Economia nel 1997, si è occupato della verifica di sistemi di gestione della qualità e della responsabilità sociale d'impresa fino al 2004. Dallo stesso anno lavora all'ARS Toscana, dove oggi è impegnato in progetti di ricerca sull'impatto della crisi economica sulla salute della popolazione e in attività di monitoraggio a supporto della riorganizzazione del SST.

# La salute nella prospettiva della prosperità delle popolazioni

## Dalla Commissione "Stiglitz-Sen-Fitoussi" al rapporto BES di Istat/Cnel

**N**el febbraio 2008 il presidente francese Sarkozy affidava alla cosiddetta Commissione "Stiglitz-Sen-Fitoussi" (dal nome dei tre insigni economisti coinvolti) l'incarico di elaborare strumenti statistici idonei a rilevare quelle dimensioni del progresso e del benessere sociale "sostenibili" che l'indicatore principale della ricchezza delle nazioni, il PIL, non era in grado di misurare. Il rapporto delle attività fu pubblicato nel settembre 2009: tra le otto dimensioni in cui il benessere veniva declinato per la misurazione, la salute compare al secondo posto.

Tra i ventidue membri di quella commissione c'era Enrico Giovannini, allora impegnato alla direzione statistica dell'OCSE nel realizzare nuovi indicatori per misurare il progresso delle società.

Giovannini, oggi Ministro, quando era all'ISTAT ha prodotto il Rapporto BES 2013 insieme al CNEL: "il benessere equo e sostenibile in Italia". Il rapporto si articola in dodici capitoli (salute, istruzione e formazione, lavoro e conciliazione tempi di vita, benessere economico, relazioni sociali, politica e istituzioni, sicurezza, benessere soggettivo, paesaggio e patrimonio culturale, ambiente, ricerca e innovazione, qualità dei servizi) che riconducono sostanzialmente alle dimensioni del benessere individuate dalla Commissione Stiglitz.

Il BES "pone l'Italia all'avanguardia nel panorama internazionale in tema di sviluppo di indicatori sullo stato di salute di un Paese che vada oltre il PIL", come si legge sulla pagina web dell'Istat da cui è possibile scaricare il capitolo riguardante, appunto, la salute.

L'elemento innovativo è un concetto di stato di salute fortemente plasmata dagli aspetti della

qualità della vita, sulla scia di quel filone di studi sulla *Health related quality of life* la cui importanza nel panorama scientifico internazionale è costantemente in crescita.

Inoltre, gli indicatori del BES mirano a valutare lo stato di salute in un'ottica di benessere che sia tanto equa quanto sostenibile, e per farlo non sembrano concentrarsi sulla quantità o la qualità della malattia, quanto piuttosto sulla quantità o la qualità della "vita in assenza della malattia".

E allora? Com'è la salute degli italiani? O meglio: com'è la qualità della vita legata allo stato di salute degli italiani? E quella delle italiane?

Secondo il BES, in Italia si vive sempre più a lungo, ma con forti disuguaglianze sociali.

Gli italiani nel 2011 sono più longevi rispetto a 10 anni prima (2,4 anni in più, in media, per gli uomini e 1,7 per le donne), ma con differenze di genere ridotte, dato che le donne, che vivevano 6,8 anni in più degli uomini nel 1979, sono passate a 5,8 nel 2001 e 5,1 nel 2011.

La donne vivono comunque più a lungo, *ma non vivono meglio*: la loro speranza di vita in buona salute alla nascita, ovvero il numero medio di anni che una neonata può aspettarsi di vivere senza malattie non letali ma che possono degenerare in condizioni invalidanti, ammonta a 56,4 anni contro i 59,2 di un maschio.

Ne consegue che una donna può attendersi di vivere oltre un terzo della propria vita (33,3%) in condizioni di salute non buone, contro un quarto (25,4%) della vita di un uomo.

Le donne sono ancora sfavorite nella speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane: compiuti i 65 anni, un uomo può aspettarsi di vivere in piena autonomia 9 anni sui 18,3 rimanen-

GIACOMO GALLETTI, ANDREA VANNUCCI

Osservatorio Qualità ed Equità, Agenzia regionale di Sanità della Toscana

ti; una donna 9,1, su un orizzonte di però di quasi 22 anni.

Le differenze di genere, sui diversi aspetti dello stato di salute considerati, sono poi confermate anche dalle percezioni soggettive sullo stato fisico e quello mentale, dove per le donne gli indici registrano valori inferiori.

L'implicazione in termini di equità è così chiara: le donne vivono sì più a lungo, ma senza che la maggiore longevità sia accompagnata da una migliore *qualità* della sopravvivenza.

L'aspetto della sostenibilità del benessere è invece affrontato dal BES in riferimento agli stili di vita che mettono a rischio la salute. In questo caso ci limitiamo a citare l'obesità, diffusa prevalentemente tra gli uomini e i meno istruiti, e la seden-

tarietà, riscontrata frequentemente tra le persone di 14 anni.

I risultati del capitolo 1 del BES 2013, cui abbiamo solo accennato, ribadiscono cose comunque note, ma ci sembrava interessante sottolineare la contestualizzazione dello stato di salute nell'ambito della qualità della vita e nella prospettiva di un benessere equo e sostenibile.

La morale è che dal punto di vista della sostenibilità, il benessere della popolazione deve passare dalla promozione di stili di vita più sani; dal punto di vista dell'equità, il benessere della popolazione non può prescindere dall'eliminazione di quegli elementi discriminatori che, a profili socio-anagrafici differenti, assicurano diversificate opportunità di godimento di una vita di qualità. **TM**

## Il Tavolo Tecnico Interdisciplinare *Sonnolenza e Sicurezza nei pazienti OSAS*

**L**a sindrome dell'apnea ostruttiva nel sonno (OSAS) è caratterizzata da russamento abituale e persistente, pause respiratorie ed eccessiva sonnolenza diurna (ESD). Riconosce l'obesità quale maggiore fattore di rischio ed ha una prevalenza che tra i 30 e 60 anni arriva fino al 9% in quello femminile ed al 24% in quello maschile. Applicando tali dati alla medicina generale il numero di soggetti che ne sono affetti è compreso tra i 90 ed i 240 ogni mille assistiti. È la più frequente causa medica di ESD e con questa è responsabile del 21.9% degli incidenti stradali. I soggetti OSAS hanno un rischio per incidente stradale da 2 a 7 volte superiore a quello osservato nei soggetti sani. Tale rischio è più che doppio rispetto a quello impu-

tabile all'abuso di alcol e/o al consumo di ansiolitici o cannabis. Più recenti studi indicano che la OSAS è un significativo fattore di rischio anche per infortuni sul lavoro e ridotta performance lavorativa. Un'analisi condotta con il contributo dell'Istituto Superiore della Sanità ha stimato pari a euro 838.014.400 e 101.083.761 i costi socio-sanitari per anno attribuibili rispettivamente

ad incidenti stradali e lavorativi nei soggetti OSAS. Il loro trattamento con applicazione di una pressione positiva continua nelle vie aeree abbate il numero di incidenti stradali ai valori osservati nella popolazione generale con riduzione dei costi



Antonio Sanna, Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio. Dal 1988 al 1993 ricercatore Università Libera di Bruxelles e quindi Università Cattolica di Lovanio, dove ha conseguito il PhD in Scienze Biomediche. È dirigente medico presso l'U.O. di Pneumologia, Azienda USL 3 di Pistoia. Membro commissione AIMS "Sonnolenza, Sicurezza e Trasporti". Delegato nazionale AIMAR per i Disturbi Respiratori nel Sonno.

ANTONIO SANNA\*, SAFFI GIUSTINI\*\*

\* Dirigente Medico, U.O. Pneumologia, Azienda USL 3 Pistoia - Delegato nazionale Associazione Interdisciplinare Medicina Apparato Respiratorio (AIMAR) al Tavolo Tecnico Interdisciplinare Sonnolenza e Sicurezza nei pazienti OSAS

\*\* Medico di Medicina Generale Modulo eCCM Montale (PT) - Consulente AIFA Cure Primarie - Delegato nazionale Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) al Tavolo Tecnico Interdisciplinare Sonnolenza e Sicurezza nei pazienti OSAS