

allo scempenso cardiaco pregresso come chiari fattori di rischio anche nell'analisi della mortalità a 365 giorni condotta con il modello di Cox (Tabella 3).

Figura 3 - Curve di sopravvivenza dei soggetti con endocardite infettiva per classe di età.

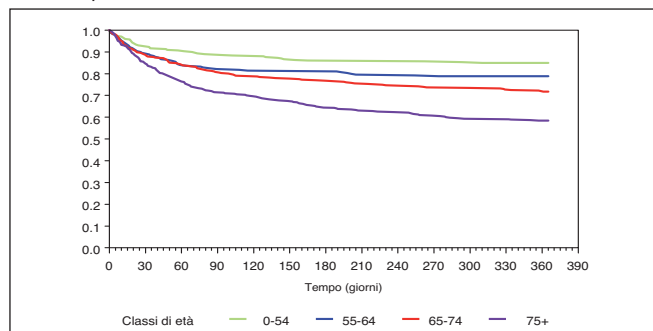


Tabella 2 - Fattori di rischio e comorbidità, mortalità a 90 giorni dall'evento di EI. modello di regressione logistica.

| Variabile | OR | IC 95% | P |
|------------------------------------|------|-----------|---------|
| Età (incremento unitario) | 1,03 | 1,02-1,04 | <0,0001 |
| Sesso | 1,01 | 0,77-1,35 | 0,9208 |
| Diabete | 0,99 | 0,70-1,41 | 0,9602 |
| Insufficienza renale cronica | 1,49 | 0,95-2,33 | 0,0804 |
| Asma/BPCO | 1,06 | 0,64-1,74 | 0,8303 |
| Tumori | 1,46 | 0,96-2,20 | 0,0739 |
| Scempenso cardiaco precedente | 2,09 | 1,44-3,03 | 0,0001 |
| Interventi valvole anno precedente | 0,82 | 0,47-1,44 | 0,4915 |
| Inserzione PM anno precedente | 1,24 | 0,60-2,56 | 0,5649 |

Tabella 3 - Fattori di rischio e comorbidità, mortalità a 365 giorni dall'evento di EI. Modello di regressione di Cox.

| Variabile | Hazard Ratio | P |
|------------------------------------|--------------|---------|
| Età (incremento unitario) | 1,03 | <0,0001 |
| Sesso | 1,04 | 0,7268 |
| Diabete | 1,07 | 0,5899 |
| Insufficienza renale cronica | 1,53 | 0,0053 |
| Asma / BPCO | 1,08 | 0,6734 |
| Tumori | 1,66 | 0,0003 |
| Scempenso cardiaco precedente | 1,85 | <0,0001 |
| Interventi valvole anno precedente | 0,94 | 0,7707 |
| Inserzione PM anno precedente | 1,09 | 0,7560 |

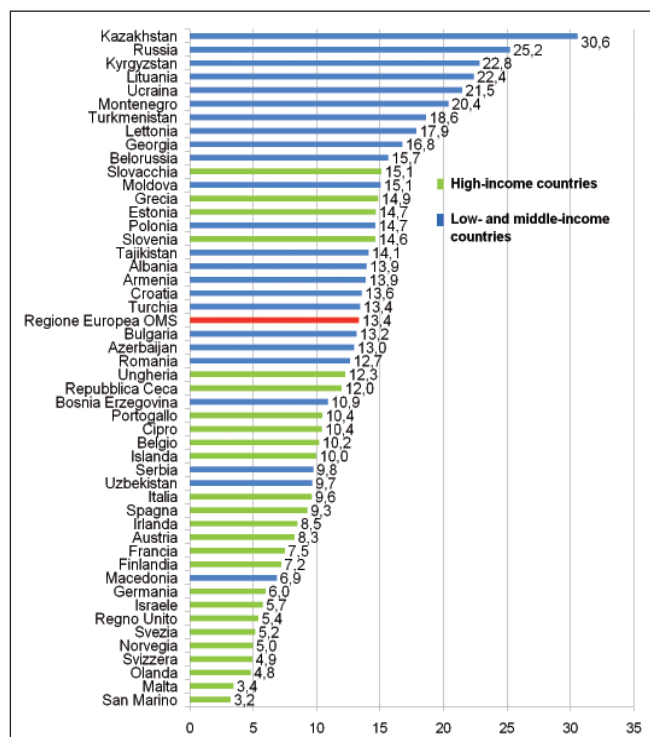
In conclusione le diagnosi di dimissione per endocardite infettiva appaiono in Veneto in sensibile aumento nel periodo analizzato (2000-2006). Come da letteratura, si conferma una frequente esposizione all'ambito assistenziale ospedaliero nel periodo precedente la diagnosi (nell'anno precedente la diagnosi di EI è stato rintracciato un ricovero in più della metà dei casi), con esecuzione di un intervento chirurgico in un quarto dei casi (cardiochirurgico nel 9,5%). Si conferma come le endocarditi siano un evento gravato da elevata mortalità (pari al 28% ad un anno dalla diagnosi) e frequente necessità di correzione cardiochirurgica (circa nel 24% dei casi). Un episodio di scempenso cardiaco precedente la diagnosi di EI rappresenta un fattore prognostico sfavorevole; la mortalità inoltre risulta in crescita nel periodo considerato, in parte per effetto dell'aumento dell'età media e delle comorbidità dei soggetti ricoverati con EI; va comunque precisato che gli archivi utilizzati non consentono di studiare l'eventuale effetto sulla mortalità di complicanze dell'EI quali ascessi perivalvolari, embolizzazioni settiche o altro, o di infezioni sostenute da batteri dotati di particolari antibiotico-resistenze.

RISULTATI DAL RAPPORTO EUROPEO SUGLI INCIDENTI STRADALI: VERSO MODALITÀ DI TRASPORTO PIÙ "SALUTARI"

Francesco Zambon, WHO/Europe, Mosca

La prima vittima da incidente stradale fu una scienziata irlandese 140 anni fa.¹ Da allora il problema dell'incidentalità stradale è cresciuto in maniera esponenziale mietendo nel corso dei decenni decine di milioni di vittime. Ogni giorno nelle strade del mondo muoiono 3.000 persone, per lo più giovani. Molte di più sono quelle che rimangono ferite e permanentemente disabili. In assenza di azioni efficaci volte a contrastare questo fenomeno, l'incidentalità stradale rappresenterà la quinta causa di morte nel mondo nel 2030.² Se si tiene in considerazione anche la disabilità, le stime sono ancora più allarmanti: le proiezioni indicano che nel 2030 gli incidenti stradali passerebbero dalla attuale nona alla terza posizione in termini di *disability adjusted life years-DALYs*, un indicatore che somma gli anni persi per mortalità precoce agli anni passati in condizioni di disabilità.³

Figura 1 - Tassi di mortalità per incidente stradale per 100.000. Regione Europea dell'OMS. Fonte: Rapporto Europeo sugli Incidenti Stradali.



L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha condotto recentemente uno studio che ha coinvolto 178 stati con l'obiettivo di fornire la prima valutazione globale

¹ Fallon I, O'Neill D. The world's first automobile fatality. *Accident Analysis and Prevention*, 2005, 37:601-603.

² *World health statistics 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008.

³ *The Global Burden of Diseases, 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html

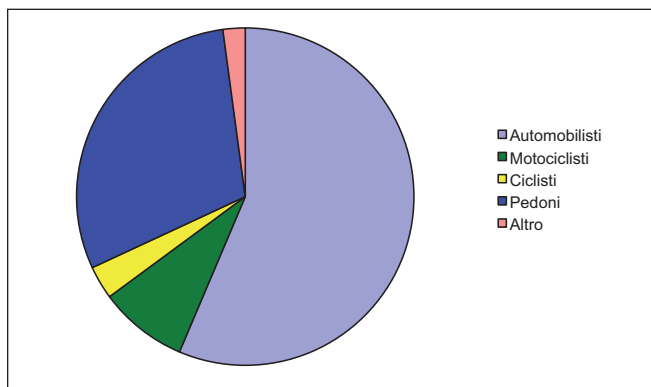
del fenomeno. La raccolta dei dati ha previsto una metodologia uniforme in tutti gli stati partecipanti ed ha coinvolto tutte le maggiori istituzioni che hanno a che fare con l'incidentalità stradale quali il settore salute, trasporto, giustizia, educazione, ricerca ed organizzazioni di volontariato. I risultati dello studio per quel che riguarda la Regione Europea dell'OMS che comprende tutti gli stati dell'Unione Europea e gli stati centro-asiatici sono raccolti nello *European Status Report on Road Safety* disponibile on line e qui brevemente riassunti.⁴

Il tasso di mortalità per la Regione Europa è pari a 13,4 per 100.000 abitanti (Figura 1).

Tuttavia il rischio di morire per questa causa non è uniforme: i paesi dell'est hanno tassi di mortalità fino a sei volte maggiori dei paesi nordici. Decenni di investimenti in interventi *evidence-based* di prevenzione hanno portato paesi come la Svezia e la Norvegia ad essere i paesi "più sicuri" al mondo. Anche altri paesi come per esempio la Francia e la Germania hanno visto una marcata diminuzione dei tassi di mortalità, dimezzati nel corso degli ultimi 15 anni. Per la Francia questo è il risultato di un'articolata campagna voluta in prima persona dall'allora presidente Chirac che ne ha fatto uno dei punti cardine dei suoi mandati presidenziali. Al contrario, altri paesi come la Lituania o la Grecia mostrano dei preoccupanti trend in aumento negli ultimi decenni. In Italia, il tasso di mortalità è inferiore alla media della Regione Europea. L'andamento del tasso è in diminuzione negli ultimi anni, anche se non si sono registrate diminuzioni forti come quelle osservate in altri paesi dell'Europa occidentale.

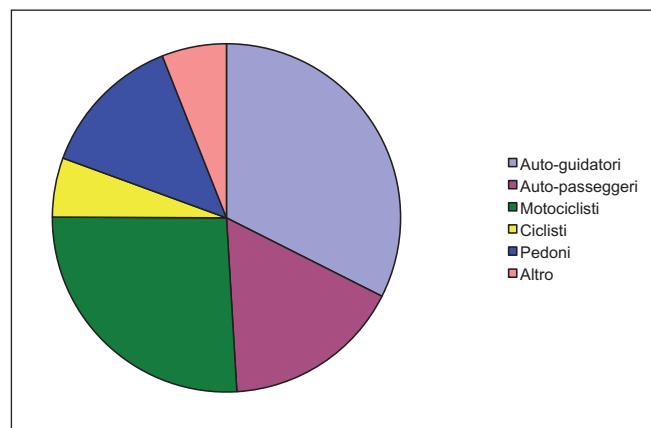
I risultati presentati nel rapporto evidenziano che gli utenti deboli della strada, ovvero pedoni, ciclisti e motociclisti, rappresentano quasi il 40% di tutte le vittime della strada (Figura 2).

Figura 2 - Vittime da incidente stradale per categoria di utente della strada. Regione Europea dell'OMS. Fonte:Rapporto Europeo sugli Incidenti Stradali.



Anche in questo caso la situazione è estremamente variabile in base al paese: in Ucraina ad esempio i pedoni rappresentano il 56% di tutte le vittime, mentre in Belgio non superano il 10%. In Italia ed in altri paesi del mediterraneo come Grecia e Cipro sono i motociclisti gli utenti deboli più a rischio. In Grecia i motociclisti sono un terzo di tutte le vittime. Nella Figura 3 si può osservare come in Italia meno della metà delle vittime siano automobilisti, mentre i motociclisti rappresentino un quarto del totale.

Figura 3 - Vittime da incidente stradale per categoria di utente della strada. Italia. Fonte:Rapporto Europeo sugli Incidenti Stradali.



Lo studio ha raccolto dati anche sui costi degli incidenti stradali e sugli investimenti dedicati all'applicazione di interventi di prevenzione. Considerando le risorse utilizzate per l'assistenza sanitaria, la perdita di produttività, i costi amministrativi e i danni materiali, gli incidenti hanno un costo che arriva a superare il 3% del prodotto interno lordo di un paese. La Francia è uno dei paesi dove si investe di più in sicurezza; ciononostante gli investimenti in prevenzione sono cinque volte inferiori ai costi derivati da incidenti. Nonostante in questo ambito esistano numerosi interventi di prevenzione *cost-effective*, la forbice tra investimenti in prevenzione e costi si allarga enormemente per tutti gli altri paesi.

Il rapporto presenta anche alcuni esempi di strategie nazionali che hanno condotto ad una drastica riduzione del numero delle vittime sulla strada, come la *Zero Vision* introdotta dal parlamento svedese nel 1997. Questa politica ha portato allo sviluppo di una rete stradale disegnata in modo da mitigare le conseguenze di un incidente, soprattutto tramite il controllo della velocità. La stessa politica prevede anche un rigido controllo delle norme a partire dal presupposto che la sicurezza stradale non è solo un diritto, ma anche una responsabilità di ogni singolo cittadino.

Purtroppo la maggior parte dei paesi hanno strategie frammentarie e sono prive di un organo centrale che ne coordini tutti i vari interventi.

Un altro punto nevralgico è rappresentato dal controllo delle legislazioni esistenti sulla velocità, sull'alcol e sull'utilizzo di cinture di sicurezza e casco. Solo l'8% dei paesi hanno riportato di essere soddisfatti della misura in cui queste norme vengono fatte rispettare. Questo rimane pertanto un fattore su cui è necessario porre maggiore attenzione soprattutto in paesi come l'Estonia, dove il 48% delle vittime sono attribuibili all'alcol.

Il rapporto conclude con l'auspicio che nel futuro ci siano sempre più stati che implementino politiche "ad ampio spettro" comprendendo un approccio multisettoriale alla sicurezza stradale, un miglior rafforzamento delle norme, una maggiore attenzione agli utenti deboli e alle politiche di trasporto sostenibile.

Rendere "l'ambiente strada" più sicuro per gli utenti deboli, ad esempio, incoraggerebbe i cittadini a spostarsi di più a piedi o in bicicletta portando ad una riduzione del traffico e dell'inquinamento da esso derivato e ad un aumento dell'attività fisica.

⁴ *European Status Report on Road Safety*. Copenhagen, World Health Organization, 2009.