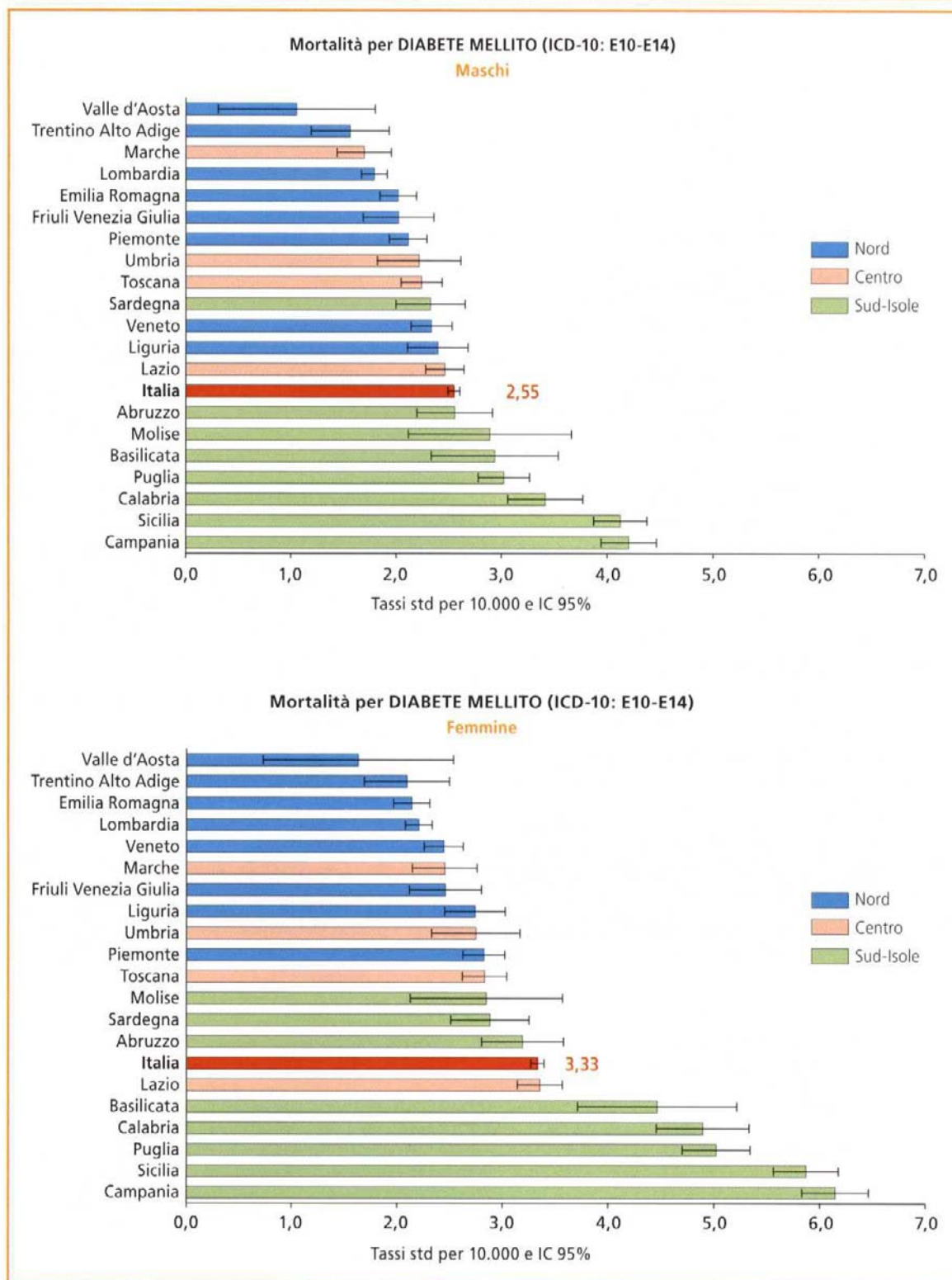




Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Istat.

gli uomini sia per le donne, mentre si muore di più per malattie cardiovascolari, oltre che in Campania e Sicilia, anche in tutte le

altre Regioni meridionali (eccezion fatta per la Sardegna in entrambi i generi e solo per gli uomini anche la Puglia).

In questo panorama, la Campania si distingue anche per la mortalità per tumore del polmone tra gli uomini, fra i quali si registra il tasso più alto del Paese (9,57 *vs* 7,95 tasso nazionale).

Anche la mortalità per diabete mellito disegna un chiaro gradiente Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali e insulari.

Per quanto riguarda il panorama europeo, l'Italia si colloca tra i Paesi con i più bassi livelli di mortalità: i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) relativi al 2007 mostrano l'Italia seconda solo alla Svizzera in termini di mortalità generale e speranza di vita alla nascita. Anche in termini di mortalità per malattie cardiovascolari e tumori l'Italia si colloca al di sotto della media dei Paesi europei.

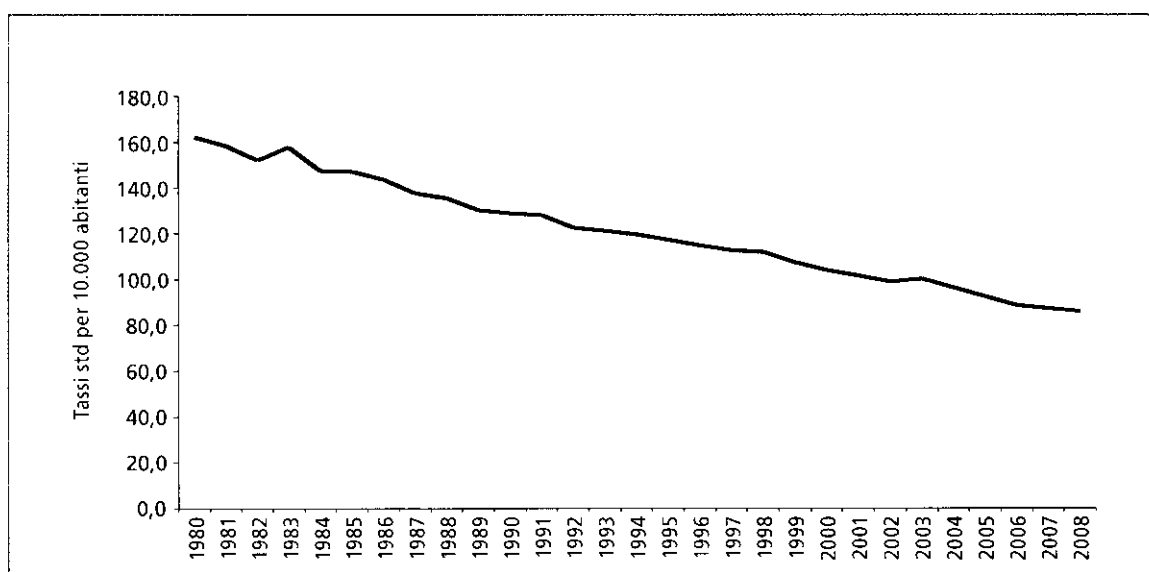
1.4.5. L'evoluzione nel tempo dal 1980

La mortalità generale continua il suo trend storico decrescente: dal 1980 al 2008 la mortalità generale si è quasi dimezzata, passando da 162,2 a 85,8 decessi per 10.000 abitanti fra gli uomini e da 156,1 a 83,6 fra le donne. La gran parte delle cause di morte ha concorso a tale riduzione, ma non tutte e non nella stessa misura (*Figure da 1.10 a 1.17*).

Le malattie del sistema circolatorio, essendo ormai da anni la causa più frequente, hanno determinato più di altre gli andamenti della mortalità generale. Dal 1980 al 2008 la mortalità per queste patologie si è ridotta di circa il 60%, sia per gli uomini sia per le donne. Sia le cardiopatie ischemiche sia le malattie cerebrovascolari hanno concorso a questa riduzione, tuttavia la mortalità per cardiopatie ischemiche mantiene nel tempo la sua caratterizzazione di genere, restando prerogativa maschile più di quanto accada per le malattie cerebrovascolari: il differenziale di genere (quando corretto per struttura per età – dati non mostrati), sebbene evidenzi lo svantaggio maschile, è minore per le malattie cerebrovascolari che per le cardiopatie ischemiche.

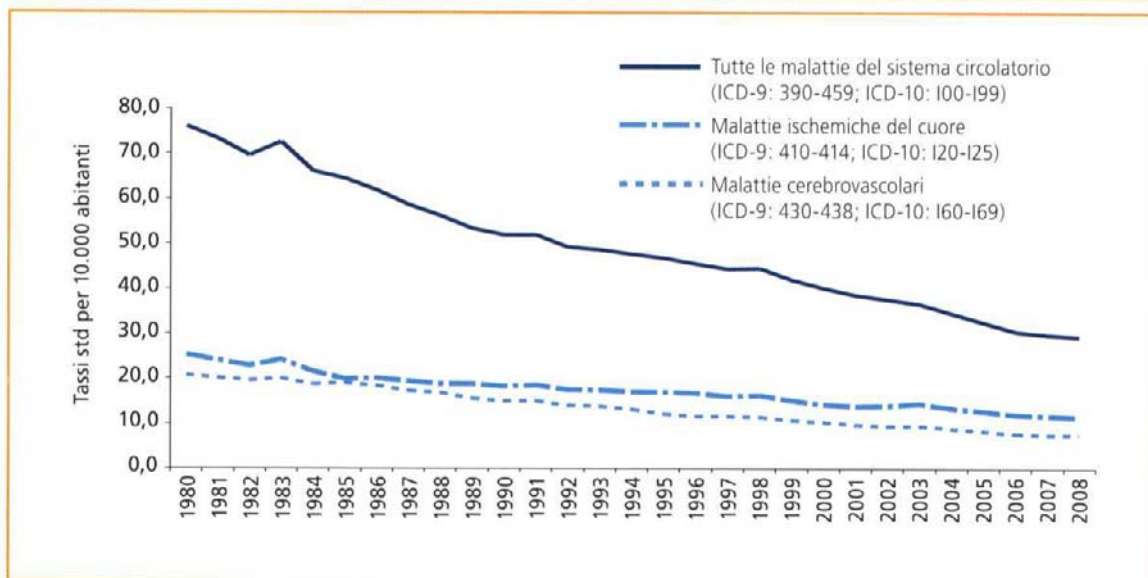
Anche la mortalità per tumori continua a ridursi, per effetto principalmente dell'aumentata sopravvivenza dei pazienti oncologici. Tuttavia, la riduzione ha avuto inizio più recentemente a partire dagli anni Novanta ed è stata meno significativa di quella osservata per le malattie del sistema circolatorio: dagli anni Novanta la mortalità per tumori si è ridotta del 20% circa fra gli uomini e del 10% fra le donne. In controtendenza a quanto osservato per tutte le sedi tumorali, lento ma continuo è l'aumento della mortalità per tu-

Figura 1.10. Mortalità totale. Tassi standardizzati per età (per 10.000 abitanti) – Italia 1980-2008: uomini.



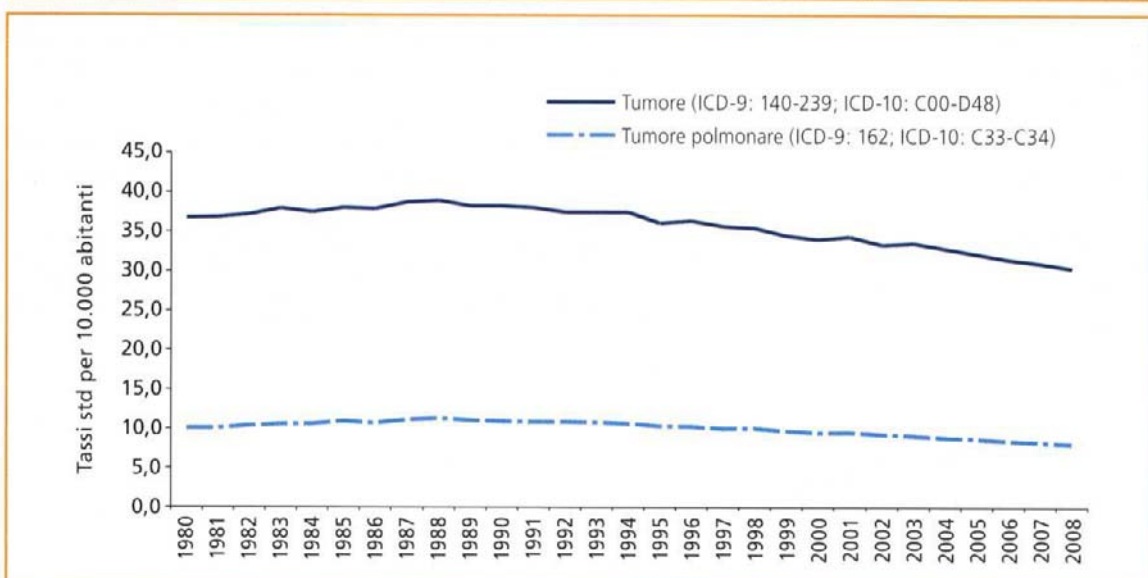
Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Istat.

Figura 1.11. Mortalità per malattie del sistema circolatorio. Tassi standardizzati per età (per 10.000 abitanti) – Italia 1980-2008: uomini.



Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Istat.

Figura 1.12. Mortalità per tumori. Tassi standardizzati per età (per 10.000 abitanti) – Italia 1980-2008: uomini.

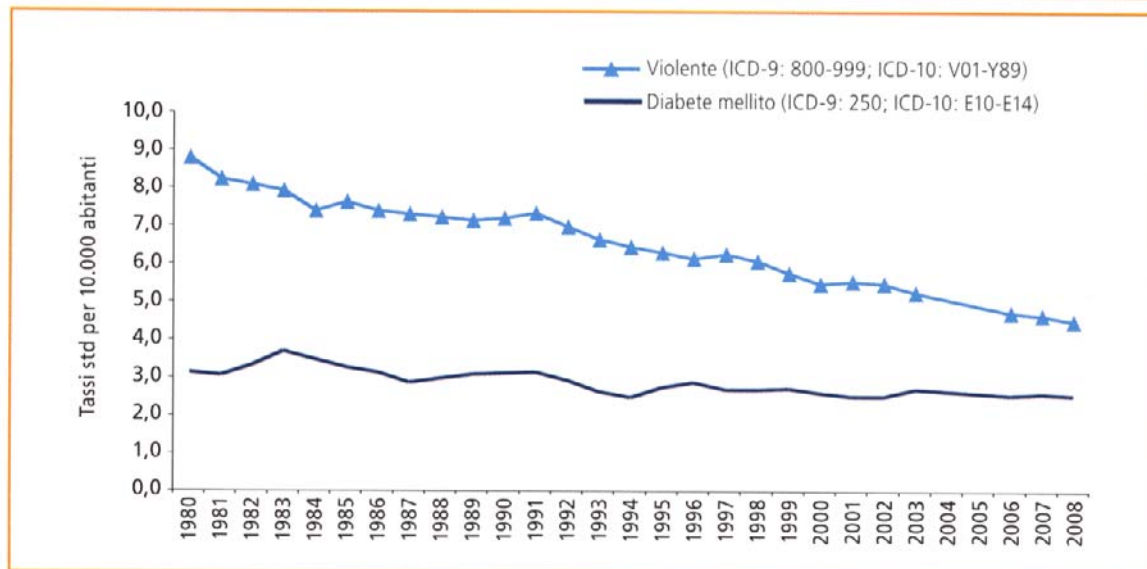


Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Istat.

more del polmone fra le donne, che dal 1980 al 2008 passa da 1,4 a 2,3. Inoltre, tra le donne sembra confermarsi la battuta d'arresto osservata nel trend in decremento della mortalità per tumore della mammella (che nel 2008 ha raggiunto un valore di 3,7 per 10.000 abitanti); presumibilmente l'aumento della sopravvivenza nelle pazienti affette

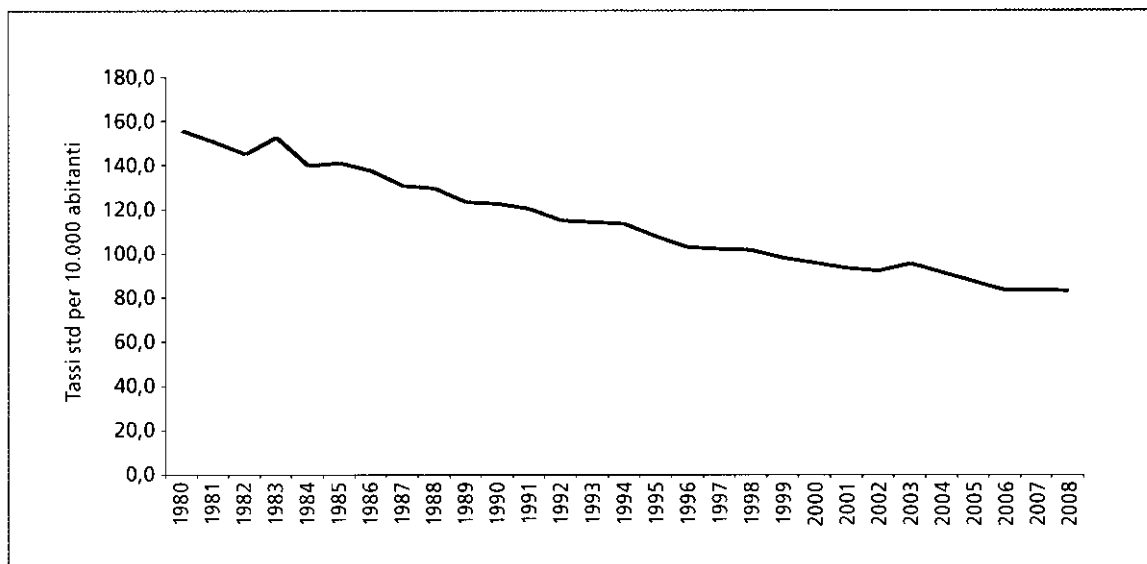
da questa neoplasia non riesce più a compensare l'aumento d'incidenza che i Registri Tumori Italiani comunque segnalano negli ultimi anni (per effetto dell'invecchiamento della popolazione e delle diagnosi precoci). Continua la riduzione della mortalità per cause violente, che dal 1980 al 2008 si è quasi dimezzata.

Figura 1.13. Mortalità per cause violente e diabete mellito. Tassi standardizzati per età (per 10.000 abitanti) – Italia 1980-2008: uomini.



Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Istat.

Figura 1.14. Mortalità totale. Tassi standardizzati per età (per 10.000 abitanti) – Italia 1980-2008: donne.



Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Istat.

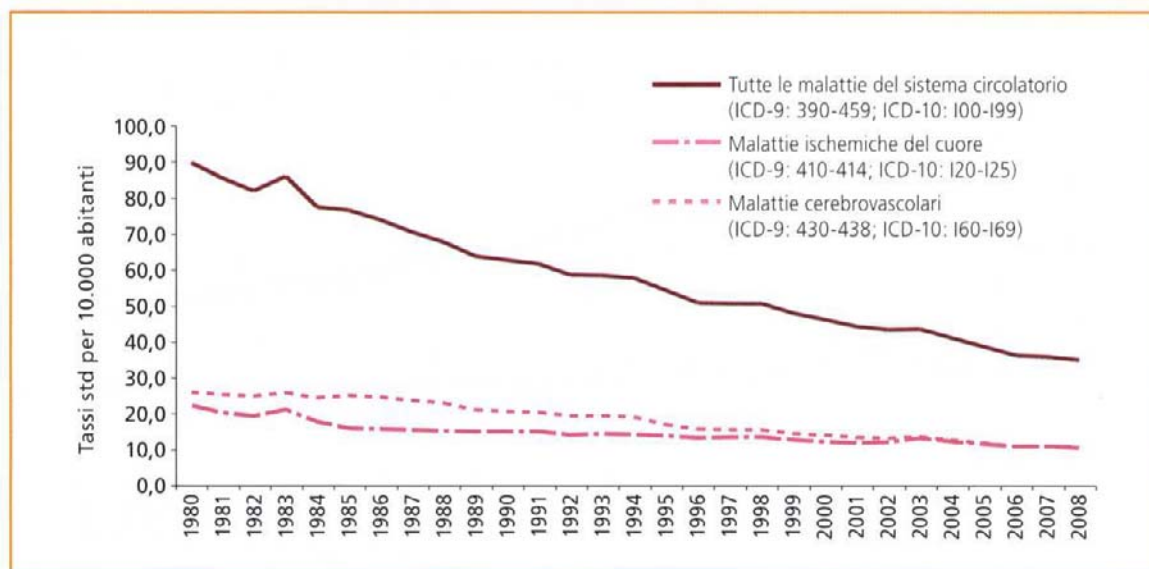
1.4.6. Indicazioni per la programmazione

La mortalità rappresenta una misura dello stato di salute di una popolazione, che riflette sia l'incidenza della malattia cui si riferisce sia l'efficacia delle misure adottate per curarla. Per questa ragione è considerata, anche a livello internazionale, fra i prin-

cipali indicatori di outcome nella valutazione dell'efficacia di interventi di prevenzione, così come dei sistemi sanitari e della loro capacità di offrire adeguate ed efficaci misure di trattamento e di cura.

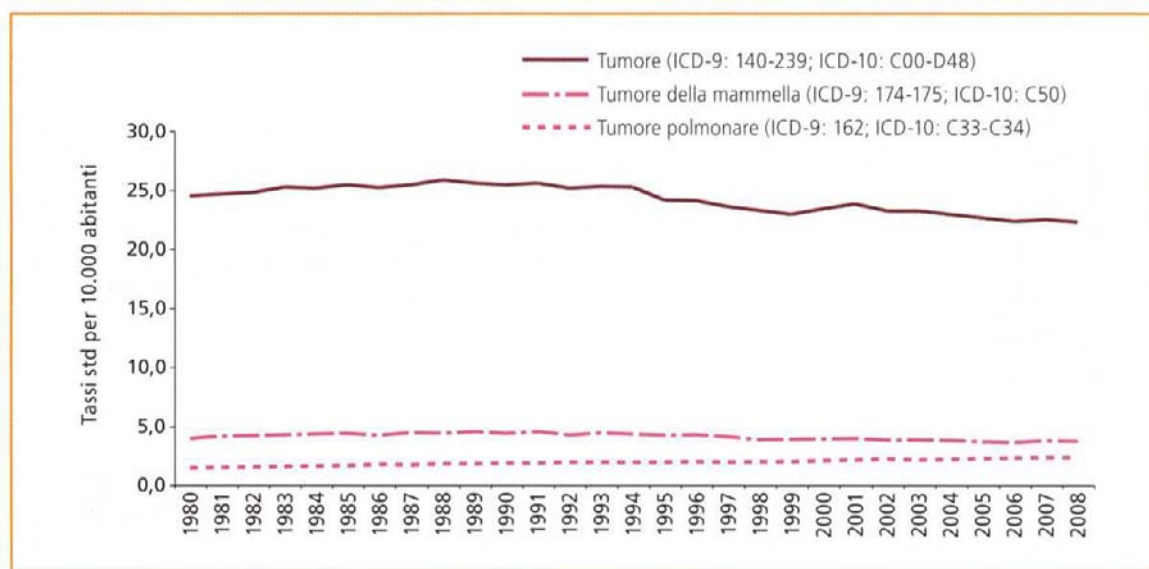
L'analisi degli indicatori di mortalità presentati in questo capitolo, con particolare attenzione alle differenze territoriali e di genere, fornisce vari spunti per la program-

Figura 1.15. Mortalità per malattie del sistema circolatorio. Tassi standardizzati per età (per 10.000 abitanti) – Italia 1980-2008; donne.



Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Istat.

Figura 1.16. Mortalità per tumori. Tassi standardizzati per età (per 10.000 abitanti) – Italia 1980-2008; donne.

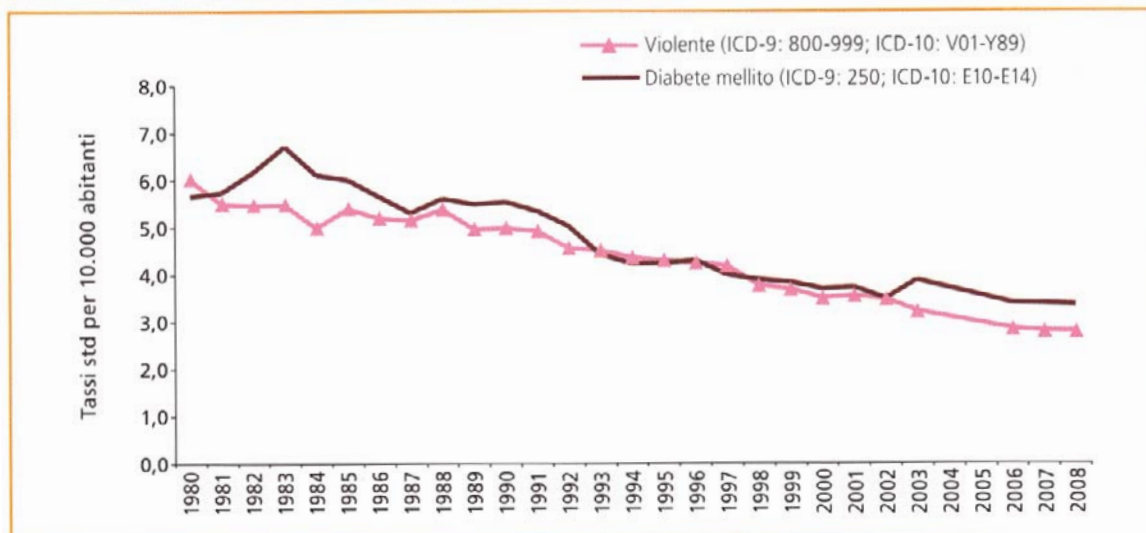


Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Istat.

mazione. Il persistere di differenze territoriali, come per esempio il *gap* fra il Nord e il Sud del Paese in termini di mortalità per tumori o per malattie cardiovascolari, la situazione complessiva assai critica in alcune Regioni (quali la Campania) così come le differenze di genere per alcune cause (si pensi, per esempio, alle morti violente tra i giovani) suggeriscono, infatti, che esiste an-

cora un ampio margine di intervento per la riduzione sia del rischio sia del danno, con iniziative mirate ai vari gruppi nella popolazione, volte alla promozione di stili di vita più salutari, o campagne di screening per la diagnosi precoce di patologie trattabili, e ancora riducendo la variabilità territoriale nell'offerta e nella qualità dei servizi sanitari in termini di cura e trattamento.

Figura 1.17. Mortalità per cause violente e diabete mellito. Tassi standardizzati per età (per 10.000 abitanti) – Italia 1980-2008: donne.



Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Istat.

Bibliografia essenziale

AIRTUM Working Group. I tumori in Italia – Rapporto 2010. La prevalenza dei tumori in Italia. Persone che convivono con un tumore, lungosopravviventi e guariti. Epidemiologia e Prevenzione, 2010, Supplemento 2

Osservatorio Fumo Alcol e Droghe – Istituto Superiore di Sanità. Rapporto sul fumo in Italia, 2010
World Health Organization. European Health for All Database (HFA-DB), 2011. <http://data.euro.who.int/hfad>. Ultima consultazione: settembre 2011

1.5. Impatto delle malattie

1.5.1. Introduzione

Il monitoraggio dell'impatto delle varie patologie su una popolazione necessita della disponibilità di dati atti a costruire indicatori a livello nazionale e sub-nazionale. In particolare, essendo il nostro Sistema Sanitario articolato su base regionale, occorre poter disporre di indicatori affidabili che consentano anche un confronto tra le diverse Regioni e PA. Per queste ragioni, i dati di mortalità (corredati da quelli sulle popolazioni) rilasciati dall'Istat e quelli relativi ai ricoveri ospedalieri (scheda di dimissione ospedaliera, SDO) rilasciati dal Ministero della Salute rappresentano due fonti fondamentali per il monitoraggio dello stato di salute e dei bisogni di salute della popolazione italiana.

Prendendo in primo luogo in esame la mortalità, riveste particolare interesse, in termini di impatto delle malattie e quale fonte di indicazioni nell'area degli interventi di prevenzione, la cosiddetta mortalità evitabile. Una causa di morte viene detta "evitabile" quando si conoscono interventi capaci di ridurre il numero di decessi da essa provocati, con particolare riferimento all'età non avanzata. La mortalità evitabile si distingue in tre categorie, che si differenziano secondo il tipo di intervento in grado di contrastare le varie cause: prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia e interventi di igiene e assistenza sanitaria. Appartengono alla prima categoria ("prevenzione primaria") quelle cause che potrebbero essere efficacemente evitate o contrastate agendo sugli stili di vita, quali l'alimentazione, il fumo di sigaretta

e l'abuso di alcool, nonché incentivando l'uso delle misure di sicurezza alla guida e mettendo in atto campagne di prevenzione efficace per la prevenzione delle morti violente (non ultimi i suicidi e gli incidenti sul lavoro).

Questo primo gruppo (prevenzione primaria), in particolare, riveste una grande importanza, poiché rappresenta la maggior parte del complesso della mortalità cosiddetta evitabile (il 67% per gli uomini e il 37% per le donne nel 2002).

Il concetto di causa “evitabile”/“contrastabile” con interventi di prevenzione primaria messo a punto per la mortalità può, con qualche cautela, essere traslato alla morbosità e, nello specifico di questo contributo, alle ospedalizzazioni.

1.5.2. Rappresentazione e valutazione dei dati

I dati si riferiscono alla popolazione di età inferiore a 75 anni residente in Italia, articolata nelle Regioni e PA di Trento e Bolzano. I tassi standardizzati (utilizzando come standard la popolazione al Censimento 2001) per l'anno 2008 sono stati elaborati dall'Ufficio di Statistica dell'ISS avvalendosi di due basi dati: la Base di Dati della Mortalità in Italia (costruita a partire dai dati ufficiali dell'Istat) e la Base Dati dei Ricoveri Ospedalieri (costruita a partire dai dati ufficiali SDO del Ministero della Salute e dalla popolazione residente in Italia da fonte Istat).

I dati riportati si riferiscono ai decessi e alle dimissioni, per le specifiche cause, di persone residenti in Italia, avvenuti nel nostro Paese nel 2008 (sono esclusi i residenti all'estero o con Regione di residenza non nota).

Per ciò che concerne le ospedalizzazioni, i dati sono riferiti alle dimissioni avvenute nel corso del 2008, sia in regime di ricovero ordinario sia in day-hospital. È stata considerata esclusivamente la causa riportata come diagnosi principale alla dimissione.

Decessi e ricoveri sono codificati secondo le classificazioni adottate attualmente nel nostro Paese: rispettivamente ICD-10 (*International Classification of Diseases – 10th Revision*) e ICD-9-CM (*International Clas-*

sification of Diseases – 9th Revision-Clinical Modification).

1.5.3. La mortalità evitabile con interventi di prevenzione primaria

Complessivamente, nel 2008 i decessi attribuibili al gruppo di cause considerate prevenibili con interventi di prevenzione primaria ammontano a poco meno di 51.000. Il confronto con i dati relativi agli anni precedenti mostra una tendenza al decremento della mortalità per questo gruppo di cause. Si evidenziano importanti differenze di genere; infatti, se i decessi per questo gruppo di cause evitabili rappresentano solo il 3,8% del totale dei decessi femminili, tra gli uomini la percentuale sale al 14,0% e, se si considerano solo i decessi che si verificano prima dei 75 anni di età, il peso del gruppo delle cause evitabili con prevenzione primaria sale rispettivamente a 36,9% per gli uomini e a 18,5% per le donne.

Nella *Tabella 1.10* sono riportati i tassi grezzi di mortalità per le singole cause. Nell'insieme di questo gruppo di cause di mortalità, la componente maggiore è rappresentata dai tumori (43,8%) e in particolare dal tumore del polmone (34,7%); seguono le malattie dell'apparato circolatorio, rappresentate interamente dalle malattie ischemiche del cuore (31,9%), e le cause violente (22,2%). Non si evidenziano sostanziali differenze di genere nella composizione percentuale, se non un peso dei tumori leggermente maggiore per gli uomini (44,3% *vs* 41,8% tra le donne) e un maggiore peso delle malattie ischemiche del cuore per le donne (34,6% *vs* 31,1% tra gli uomini).

Il tasso grezzo di mortalità è complessivamente di 9,4 decessi ogni 10.000 abitanti: 14,6 per gli uomini e 4,2 per le donne.

Dall'esame dell'andamento dei tassi specifici per età della mortalità per l'insieme delle cause considerate (*Figura 1.18*) emerge un aumento che inizia in modo molto moderato intorno ai 15-20 anni di età e diventa esponenziale a partire dai 40 anni di età per entrambi i sessi, ma più accentuato per gli uomini.

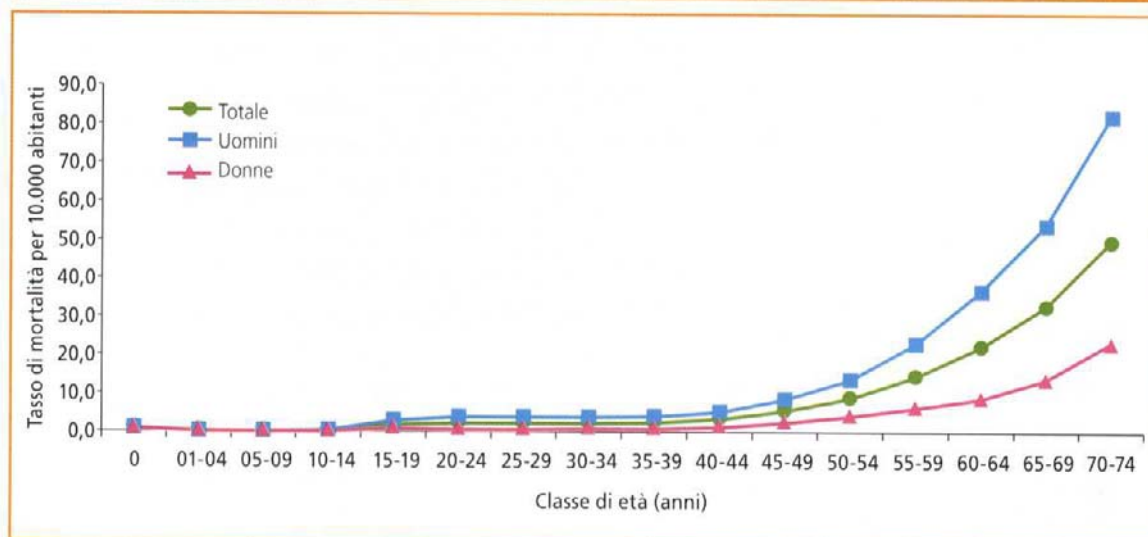
Tabella 1.10. Cause di morte evitabile mediante prevenzione primaria secondo il genere (numero assoluto di decessi, composizione percentuale e tassi grezzi per 10.000 abitanti) [Italia, Anno 2008]

	Cod. ICD-10	Uomini			Donne			Totale		
		Morti	%	Tasso	Morti	%	Tasso	Morti	%	Tasso
TUMORI	TUM	17.450	44,3	6,5	4.722	41,8	1,7	22.172	43,8	4,1
Labbra, cavità orale, faringe, esofago	C00-C15	2.201	5,6	0,8	555	4,9	0,2	2.756	5,4	0,5
Trachea, bronchi, polmone	C33-C34	13.692	34,8	5,1	3.914	34,6	1,4	17.606	34,7	3,3
Vescica	C67	1.557	4,0	0,6	253	2,2	0,1	1.810	3,6	0,3
MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	CIRC	12.268	31,2	4,6	3.915	34,6	1,4	16.183	31,9	3,0
Malattie ischemiche del cuore	I20-I25	12.256	31,1	4,6	3.914	34,6	1,4	16.170	31,9	3,0
Cardiomiopatia alcolica	I42.6	12	0,0	0,0	1	0,0	0,0	13	0,0	0,0
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	TRA	8.781	22,3	3,3	2.443	21,6	0,9	11.224	22,2	2,1
Tutte	S00-T98	8.781	22,3	3,3	2.443	21,6	0,9	11.224	22,2	2,1
ALTRE	ALTRE	858	2,2	0,3	229	2,0	0,1	1.087	2,1	0,2
Deficienze nutrizionali	E40-E64	34	0,1	0,0	29	0,3	0,0	63	0,1	0,0
Gastrite alcolica	K29.2	1	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	0,0	0,0
Malattia epatica cronica e cirrosi	K70	808	2,1	0,3	188	1,7	0,1	996	2,0	0,2
Sindrome della morte improvvisa del lattante	R95	15	0,0	0,0	12	0,1	0,0	27	0,1	0,0
Totale		39.357	100,0	14,6	11.309	100,0	4,2	50.666	100,0	9,4

Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Istat.

La *Figura 1.19* mostra i tassi standardizzati di mortalità evitabile mediante interventi di prevenzione primaria per i tre grandi sotto-

gruppi di cause (tumori, malattie cardiovascolari e avvelenamenti e traumatismi) per genere e Regione di residenza. Le Regioni

Figura 1.18. Andamento della mortalità evitabile mediante prevenzione primaria per età e genere (tassi età-specifici per 10.000 abitanti) [Anno 2008].

Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Istat.

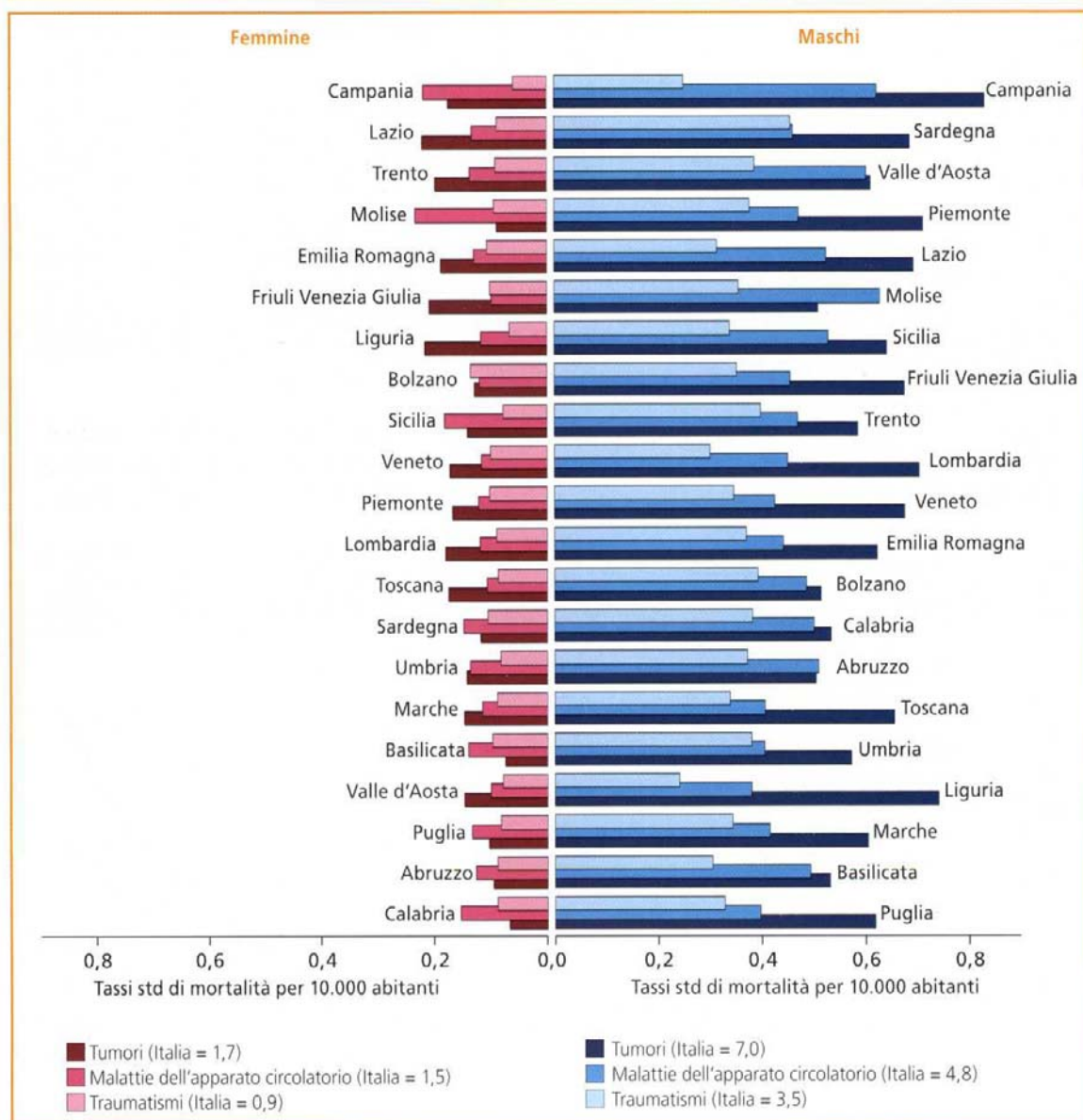
nella *Figura 1.19* sono ordinate in ordine decrescente secondo il valore del tasso per il complesso delle cause selezionate. Per entrambi i sessi non si evidenzia un chiaro gradiente geografico Nord-Sud o Sud-Nord. I tassi (standardizzati) di mortalità per questo gruppo di cause variano da circa 3 a 4,5 decessi ogni 10.000 abitanti per le donne e da circa 14 a 17 tra gli uomini.

I tassi più elevati per le donne (maggiore di 4 per 10.000 abitanti) si registrano in Campania (4,5), nel Lazio (4,5), nella PA di

Trento (4,4), in Molise (4,3), in Emilia Romagna (4,3) e in Friuli (4,2).

Agli ultimi posti della graduatoria per le donne, con i valori più bassi del tasso complessivo di mortalità per cause evitabili mediante prevenzione primaria, vi sono invece, a eccezione della Valle d'Aosta (3,2 per 10.000 abitanti), tutte Regioni del Sud: Calabria (3,1), Abruzzo (3,2), Puglia (3,2) e Basilicata (3,2). C'è inoltre da osservare, sempre in riferimento al genere femminile, che nelle Regioni del Centro-Nord la com-

Figura 1.19. Mortalità evitabile mediante prevenzione primaria per Regione di residenza e genere (tassi standardizzati per 10.000 abitanti) [Anno 2008].



Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Istat.

ponente maggiore è rappresentata dai tumori, con i valori più elevati del tasso nel Lazio (2,2), in Liguria (2,2), in Friuli (2,1), nella PA di Trento (2,0) e in Emilia Romagna (1,9); in molte Regioni del Sud sono invece le malattie cardiovascolari e, in particolare, la malattia ischemica del cuore a rappresentare la componente maggiore, con i valori più elevati del tasso che si registrano in Molise (2,3), Campania (2,2), Sicilia (1,8), Calabria (1,5) e Sardegna (1,5). Infine, sempre per le donne, i valori più elevati del tasso di mortalità per traumi e avvelenamenti si rilevano nella PA di Bolzano (1,3 per 10.000 abitanti) e in Emilia Romagna (1,1), mentre la Campania è la Regione che presenta il valore più basso del tasso per questo gruppo di cause (0,6 per 10.000 abitanti).

Passando a esaminare la parte destra della *Figura 1.19*, che rappresenta i tassi regionali per grandi gruppi di cause per gli uomini, ordinati anche in questo caso secondo i valori complessivi del tasso di mortalità per l'insieme delle cause evitabili, compare al primo posto, come per le donne, la Campania (con un valore del tasso generale pari a 17,4 per 10.000 abitanti), seguita dalla Sardegna (16,3) e da due Regioni del Nord, la Valle d'Aosta (16,2) e il Piemonte (15,8). Le Regioni che si collocano in fondo alla graduatoria sono: la Puglia e la Basilicata (entrambe con un tasso pari a 13,7 per 10.000 abitanti).

Per gli uomini, la componente maggiore della mortalità evitabile con prevenzione primaria è rappresentata dai tumori in tutte le Regioni, fatta eccezione per il Molise e l'Abruzzo, Regioni nelle quali la mortalità per questo gruppo di cause è la più bassa in Italia (5,1 e 5,0 per 10.000 abitanti, rispettivamente) ed è sopravanzata dalla mortalità per il gruppo delle malattie cardiocircolatorie (6,3 per 10.000 abitanti in Molise e 5,1 in Abruzzo). I valori più elevati del tasso di mortalità per tumori prevenibili con prevenzione primaria si registrano in Campania (8,3 per 10.000 abitanti), Liguria (7,4), Piemonte (7,1) e Lombardia (7,0). La Campania è anche tra le Regioni con i livelli più elevati del tasso per il gruppo delle ma-

lattie dell'apparato circolatorio (6,2 per 10.000 abitanti) insieme a Molise (6,3), Valle d'Aosta (6,0), Sicilia (5,3) e Lazio (5,2).

I valori più elevati del tasso di mortalità per quanto concerne il gruppo degli "avvelenamenti e traumi" si registrano in Sardegna (4,6 per 10.000 abitanti), nelle PA di Trento e Bolzano (4,0 e 3,9 per 10.000 abitanti, rispettivamente) e in Valle d'Aosta (3,9), che sono anche le Regioni che presentano i tassi più elevati di mortalità per suicidio.

1.5.4. L'ospedalizzazione prevenibile con interventi di prevenzione primaria

Nel 2008 sono stati registrati circa 12 milioni di dimissioni ospedaliere; di queste, poco meno di 940.000 riportavano come diagnosi principale una delle patologie del gruppo di cause prevenibili con interventi di prevenzione primaria. Anche per le ospedalizzazioni, come per la mortalità, si evidenziano importanti differenze di genere; infatti, l'ospedalizzazione che abbiamo definito "prevenibile" pesa per il 4,8% sul totale delle ospedalizzazioni femminili e per l'11,3% su quelle maschili e, se si considera solo la popolazione di età < 75 anni, le percentuali salgono a 14,2% per gli uomini e al 6,1% per le donne.

La componente maggiore del gruppo di cause di ospedalizzazione che potrebbero essere contrastate mediante interventi di prevenzione primaria è costituita dalle cause "esterne", cioè gli avvelenamenti e i traumi, che rappresentano complessivamente il 62,6% del gruppo di cause considerato, ma arrivano a rappresentare ben il 73,2% tra le donne (contro il 57,6% tra gli uomini); al secondo posto, in termini percentuali, vi sono le malattie ischemiche del cuore (che rappresentano il 27,7% del totale tra gli uomini e il 18,1% tra le donne); infine, compare il gruppo dei tumori (12,1% tra gli uomini e 6,6% tra le donne) [*Tabella 1.11*].

Il tasso grezzo di ospedalizzazione per le cause considerate è pari, complessivamente, a circa 174 dimissioni ogni 10.000 abi-

Tabella 1.11. Cause di ospedalizzazione prevenibile mediante prevenzione primaria secondo il genere (numero assoluto di decessi, composizione percentuale e tassi grezzi per 10.000 abitanti) [Anno 2008]

		Cod. ICD-9 CM	Uomini			Donne			Totale		
			Dimissioni	%	Tasso	Dimissioni	%	Tasso	Dimissioni	%	Tasso
TUMORI	TUM		76.713	12,1	28,5	20.185	6,6	7,4	96.898	10,3	17,9
Labbra, cavità orale, faringe, esofago		140-150	10.299	1,6	3,8	3.521	1,2	1,3	13.820	1,5	2,6
Trachea, bronchi, polmone		162	29.273	4,6	10,9	9.354	3,1	3,4	38.627	4,1	7,1
Vescica		188	37.141	5,9	13,8	7.310	2,4	2,7	44.451	4,7	8,2
MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	CIRC		176.039	27,7	65,5	55.022	18,1	20,3	231.061	24,6	42,8
Malattie ischemiche del cuore		410-414	175.956	27,7	65,4	55.015	18,1	20,3	230.971	24,6	42,8
Cardiomiopatia alcolica		425.5	83	0,0	0,0	7	0,0	0,0	90	0,0	0,0
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	TRA		365.653	57,6	136,0	222.861	73,2	82,1	588.514	62,6	108,9
Tutte		800-999	365.612	57,6	136,0	222.657	73,1	82,0	588.269	62,6	108,9
ALTRE	ALTRE		16.587	2,6	6,2	6.794	2,2	2,5	23.381	2,5	4,3
Deficienze nutrizionali		260-269	2.247	0,4	0,8	2.896	1,0	1,1	5.143	0,5	1,0
Gastrite alcolica		535.3	59	0,0	0,0	22	0,0	0,0	81	0,0	0,0
Malattia epatica cronica e cirrosi		571.0-571.3	14.265	2,2	5,3	3.867	1,3	1,4	18.132	1,9	3,4
Sindrome della morte improvvisa del lattante		798	16	0,0	0,0	9	0,0	0,0	25	0,0	0,0
Totale			634.702	100,0	236,1	304.551	100,1	112,2	939.854	100,0	174,0

Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Ministero della Salute.

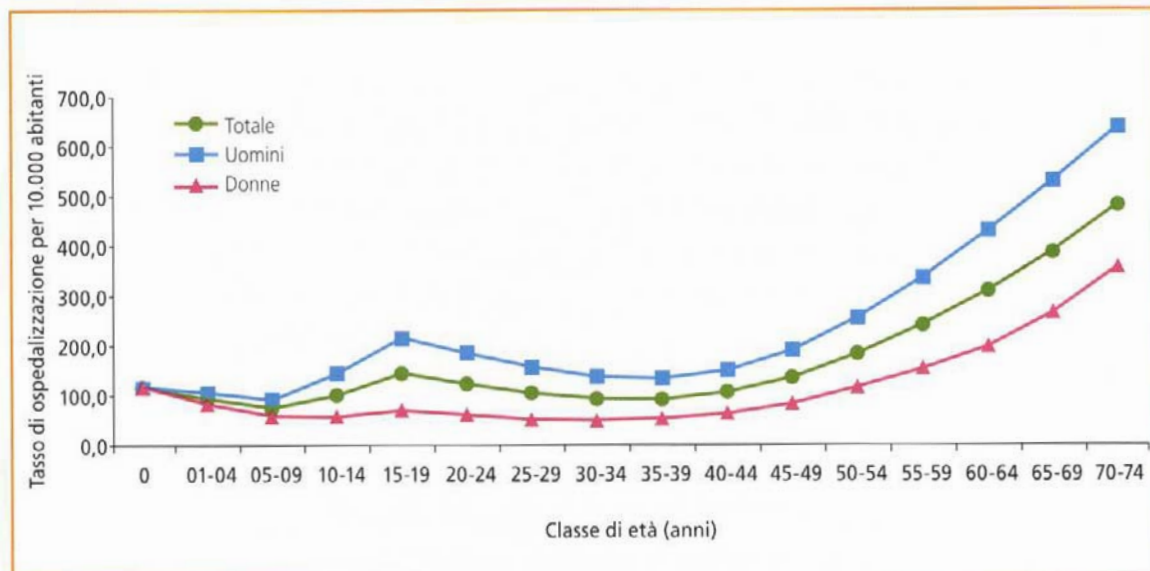
tanti, ma arriva a 236,1 per gli uomini, contro 112,2 per le donne, con un rapporto maschi/femmine pari a 2,1; il rapporto di genere più elevato (3,8) si registra quando si confrontano i tassi di ospedalizzazione per il gruppo dei tumori.

La *Figura 1.20* mostra l'andamento dei tassi di ospedalizzazione specifici per età. Si nota per le ospedalizzazioni un andamento molto simile a quello osservato per la mortalità, con un aumento marcato dei tassi a partire dai 40 anni di età, più accentuato per gli uomini che per le donne. Si nota però, soprattutto per il genere maschile, un picco intorno ai 15-19 anni, legato principalmente alle ospedalizzazioni per cause violente e a una percentuale non trascurabile di ospedalizzazione prevenibile nelle fasce di età infantile, dell'ordine di circa 10 dimissioni ogni 1.000 abitanti.

La *Figura 1.21* mostra i tassi standardizzati di ospedalizzazione regionali per i diversi

gruppi di cause selezionate, distintamente per uomini e donne; anche in questo caso le Regioni sono ordinate in ordine decrescente secondo il valore del tasso standardizzato complessivo di ospedalizzazione prevenibile. Per entrambi i generi, i valori più elevati del tasso di ospedalizzazione per cause prevenibili si registrano nelle Regioni del Sud (Campania, Sicilia, Calabria e Abruzzo), con l'eccezione della PA di Bolzano, dove si registrano tassi elevati sia per gli uomini sia per le donne. Per gli uomini, il tasso standardizzato passa da un massimo di 356,2 per 10.000 abitanti in Campania a un minimo di 187,4 per 10.000 abitanti in Piemonte, appena preceduto dal Veneto (191,1 per 10.000 abitanti). Per le donne, al primo posto c'è sempre la Campania, con tasso standardizzato di 165,9 per 10.000 abitanti, mentre i valori più bassi si registrano ancora una volta in Veneto (83,1 per 10.000) e in Piemonte (85,2 per 10.000).

Figura 1.20. Andamento dell'ospedalizzazione prevenibile mediante prevenzione primaria per età e genere (tassi età specifici per 10.000 abitanti) [Anno 2008].



Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Ministero della Salute.

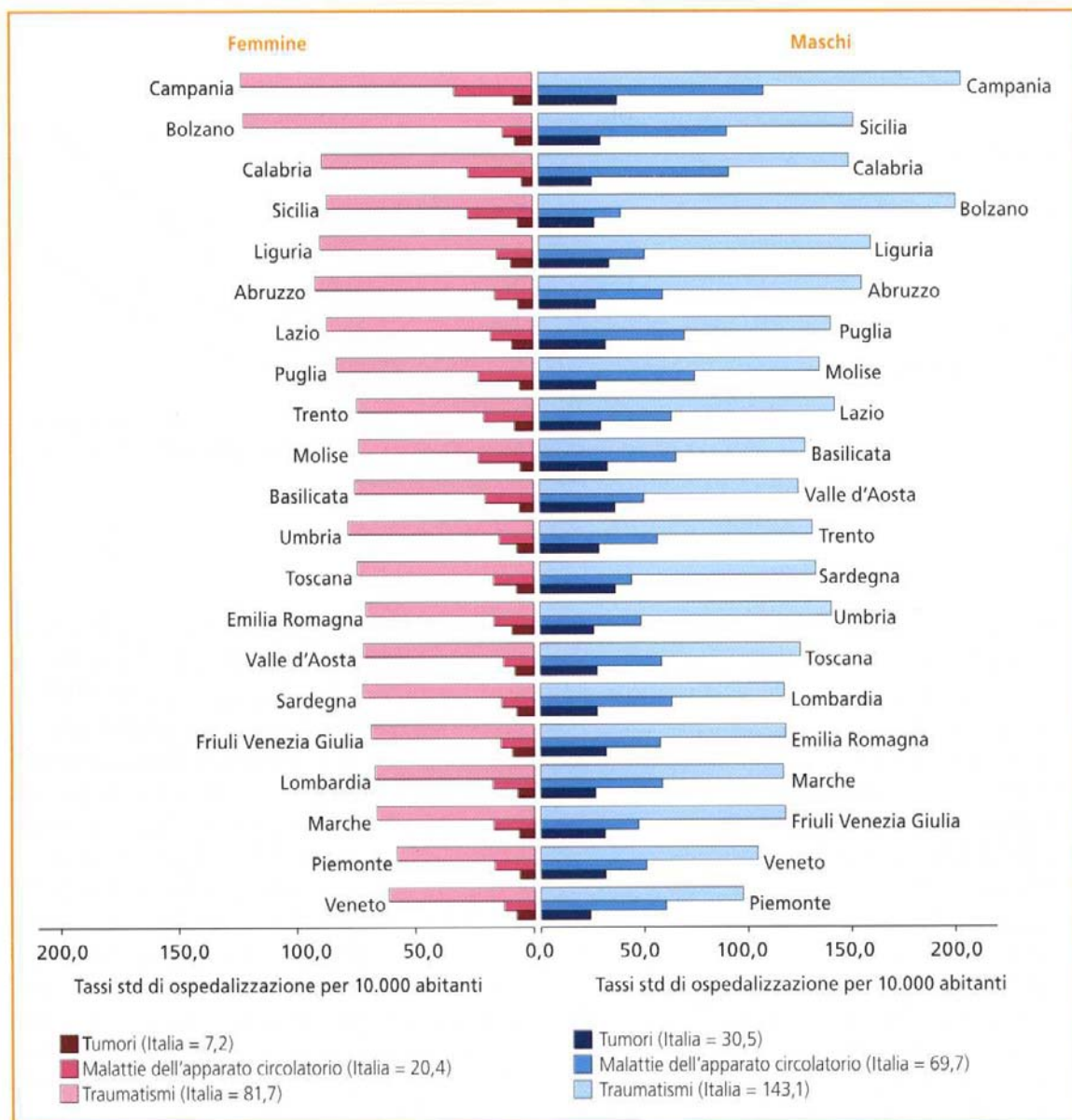
Quando si analizzano separatamente i singoli gruppi di cause che concorrono alla composizione di quella che è stata definita ospedalizzazione prevenibile si nota che, in tutte le Regioni e per entrambi i generi, la componente predominante è costituita dai “traumatismi e avvelenamenti”. L'andamento del tasso di ospedalizzazione prevenibile per “traumatismi e avvelenamenti” è analogo a quello per il complesso delle cause, con un massimo in Campania per entrambi i generi (203,3 per gli uomini e 122,8 per le donne) e un minimo in Piemonte (97,3 per gli uomini e 57,8 per le donne) e in Veneto (104,4 per gli uomini e 61,2 per le donne). Valori piuttosto elevati del tasso per ospedalizzazioni dovute a “traumatismi e avvelenamenti” si registrano nella PA di Bolzano (200,6 per gli uomini e 121,9 per le donne), che si colloca invece ai livelli più bassi per quanto concerne il tasso di ospedalizzazione per il gruppo delle malattie dell'apparato circolatorio (39,2 per 10.000 abitanti per gli uomini e 12,2 per le donne), gruppo di patologie, quest'ultimo, per il quale i livelli più elevati del tasso di ospedalizzazione si registrano in Campania (108,2 per gli uomini e 32,7 per le donne), in Sicilia (90,5 per gli uomini e 27,1 per le donne) e in Ca-

labria (91,5 per gli uomini e 26,8 per le donne). L'andamento dell'ospedalizzazione per tumori potenzialmente prevenibili si presenta con modalità non facilmente riconducibili a una polarizzazione geografica: i tassi più elevati si registrano per gli uomini in Campania (37,6), Valle d'Aosta (35,9), Sardegna (35,8) e Liguria (33,6) e per le donne in Liguria (9,0), Friuli (9,0), Emilia Romagna (9,0) e Lazio (8,5).

È opportuno sottolineare che un confronto diretto tra l'ospedalizzazione per cause potenzialmente prevenibili e la mortalità esaminata nel paragrafo precedente non è possibile, a causa delle molteplici componenti che in misura diversa contribuiscono ai due fenomeni.

Le differenze che emergono quando si considerano le cause prevenibili in termini di ospedalizzazione piuttosto che di mortalità sono, almeno in parte, spiegabili con la diversa letalità delle cause che vanno a comporre il gruppo delle cause prevenibili, nonché con il diverso peso di ciascuna componente (tumori, malattie ischemiche del cuore e cause violente) nelle diverse Regioni. Nondimeno, anche le diverse strategie di gestione dei bisogni di salute da parte dei Sistemi Sanitari Regionali possono contribuire a generare le differenze osservate.

Figura 1.21. Ospedalizzazione prevenibile mediante prevenzione primaria per Regione di residenza e genere (tassi standardizzati per 10.000 abitanti) [Anno 2008].



Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Ministero della Salute.

1.5.5. Indicazioni per la programmazione

Gli archivi sanitari amministrativi, quali le SDO e le Schede di Morte, costituiscono un'importante fonte di dati esaustiva e a basso costo per il monitoraggio dell'impatto delle malattie a fini di sanità pubblica e di programmazione sanitaria.

Gli indicatori presentati in questo capitolo derivano per l'appunto dalle fonti di dati amministrativi suddette, opportunamente

trattate ed elaborate. Nello specifico, occorre sottolineare che la mortalità e la morbosità "prevenibili" rappresentano un fenomeno molto complesso, che sarebbe semplicistico attribuire direttamente a meriti o carenze specifiche e immediatamente individuabili delle politiche sanitarie e dei comportamenti individuali. Tuttavia, pur con le dovute cautele, occorre tenere conto che, nonostante sia riportato nella letteratura scientifica un trend in diminuzione, ancora nel 2008 ammontano a circa 51.000 le

morti attribuibili a cause cosiddette “evitabili” mediante interventi di prevenzione primaria e poco meno di un milione sono state le ospedalizzazioni per lo stesso gruppo di cause nel corso del medesimo anno. Questi numeri sono probabilmente solo la punta dell’iceberg e le cause “indice” considerate non sono certo esaustive di tutte le patologie prevenibili, in tutto o in parte, con efficaci interventi di prevenzione primaria. Da questo contributo emergono comunque alcune indicazioni, utili a orientare la programmazione di interventi di prevenzione

atti a diminuire i costi in termini di salute delle persone e di risorse da impiegare.

Bibliografia essenziale

Buzzi N, Cananzi G, Conti S, et al. ERA, Atlante 2006. Mortalità evitabile e contesto demografico per USL, 2006

Buzzi N, Cananzi G, Conti S, et al. ERA, Atlante 2007. Mortalità evitabile per Genere ed USL, 2007

Buzzi N, Cananzi G, Conti S, et al. ERA, Atlante 2009. Ospedalizzazione evitabile per genere e unità sanitaria territoriale, 2010

2

Malattie

2.1. Malattie cardiovascolari

2.1.1. Introduzione

Le malattie cardiovascolari costituiscono ancora oggi in Italia uno dei più importanti problemi di salute pubblica: esse sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità; rientrano in questo gruppo le più frequenti patologie di origine arteriosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore (infarto acuto del miocardio e angina pectoris), e le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico ed emorragico). Chi sopravvive a una forma acuta diventa un malato cronico con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali che la società deve affrontare. Le malattie cardiovascolari, inoltre, sono fra i maggiori determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, producendo disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva.

Nella fascia di età 35-64 anni, degli eventi fatali il 30-40% muore rapidamente subito dopo l'inizio dei sintomi e prima di arrivare in ospedale. Studi longitudinali hanno evidenziato che circa la metà degli eventi coronarici è dovuta all'angina pectoris, che solo raramente è motivo di ricovero. Di qui l'interesse a raccogliere e valutare i dati di mortalità, incidenza, prevalenza e letalità. Un dato rilevante per la salute degli italiani è che negli ultimi 40 anni la mortalità totale si è più che dimezzata (il tasso standardizzato di mortalità totale si è ridotto del 53% tra il 1970 e il 2008) e il contributo dalle malattie cardiovascolari è stato quello che più ha influito sul trend in discesa della mortalità (nello stesso periodo la mortalità per malat-

tie cardiovascolari si è ridotta del 63%). Nell'interpretare questi dati non bisogna dimenticare che dal 1970 al 2008 le codifiche dei certificati di morte sono state realizzate con tre differenti versioni della Classificazione Internazionale delle malattie e delle cause di morte (ICD-VIII, IX e X).

Nonostante la frequenza, queste malattie sono per la gran parte prevenibili attraverso l'adozione di stili di vita sani, in particolare sana alimentazione, attività fisica regolare e abolizione del fumo di sigaretta; fin dalla giovane età queste abitudini aiutano a ridurre e/o a mantenere la pressione arteriosa, la colesterolemia, la glicemia a digiuno e l'indice di massa corporea a livelli favorevoli. Così, parallelamente al crescere delle possibilità di trattamento medico e chirurgico della malattia già conclamata, si è venuta affermando la consapevolezza dell'importanza di interventi di tipo preventivo, atti a impedire o ritardare l'insorgenza della malattia stessa.

2.1.2. Presentazione dei dati: mortalità, incidenza, prevalenza e letalità

Mortalità. I dati di mortalità più aggiornati forniti dall'Istat ed elaborati dall'Ufficio Centrale di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si riferiscono al 2008.

Le malattie del sistema circolatorio causano 224.482 decessi (97.952 uomini e 126.530 donne), pari al 38,8% del totale dei decessi: una percentuale così elevata è dovuta in parte al processo di invecchiamento della popolazione e alla scarsa nata-

lità che ha caratterizzato il nostro Paese negli ultimi anni.

Per le malattie ischemiche del cuore (infarto del miocardio, altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica, infarto miocardico pregresso, angina pectoris e altre forme croniche di cardiopatia ischemica) si registrano 75.046 decessi (37.827 uomini e 37.219 donne), pari al 33% circa del totale delle morti per malattie del sistema circolatorio.

Negli uomini la mortalità è trascurabile fino all'età dei 40 anni, emerge fra i 40 e i 50 anni e poi cresce in modo esponenziale con l'età. Nelle donne il fenomeno si manifesta a partire dai 50-60 anni e cresce rapidamente; lo svantaggio degli uomini rispetto alle donne è più accentuato nell'età riproduttiva e tende a ridursi con l'avanzare dell'età. La diversità di frequenza della malattia tra i due sessi si accompagna anche alla diversità delle manifestazioni cliniche: sono infatti più frequenti nelle donne la morte improvvisa, l'infarto silente e l'angina pectoris.

Agli accidenti cerebrovascolari è attribuibile circa il 28% dei decessi dovuti alle malattie del sistema circolatorio: sono stati registrati 63.726 decessi (25.329 uomini e 38.397 donne).

L'ictus è un'affezione grave, associata ad alta letalità che, se non fatale, provoca invalidità permanente. Anche questo dato è in parte spiegabile con il fenomeno dell'allungamento della vita media, in quanto le malattie cerebrovascolari si presentano con

maggiore frequenza nelle età più avanzate: i valori più elevati si registrano sia negli uomini sia nelle donne al Sud.

Incidenza. L'incidenza è il numero di nuovi casi di malattia in una popolazione in un periodo di tempo determinato, usualmente un anno. I dati sono ricavati dagli studi longitudinali coinvolti nell'ambito del Progetto CUORE, che hanno arruolato più di 21.000 uomini e donne di 35-74 anni di età a partire dalla metà degli anni Ottanta con follow-up medio di 13 anni.

I tassi evidenziano un'incidenza di eventi coronarici (negli uomini 6,1 per 1.000 per anno con la letalità a 28 giorni del 28%, nelle donne 1,6 per 1.000 per anno con la letalità del 25%) maggiore rispetto a quelli cerebrovascolari (negli uomini 2,7 per 1.000 per anno, nelle donne 1,2 per 1.000 per anno) in entrambi i sessi, eccetto che per l'ultima decade di età nelle donne, in cui vi è una maggiore incidenza di accidenti cerebrovascolari. La letalità è alta sia negli uomini (32%) sia nelle donne (35%) e aumenta molto con l'avanzare dell'età (*Tabella 2.1*).

Applicando le stime di incidenza sulla popolazione residente di età 35-74 anni registrata dal Censimento Istat 2001, il numero dei nuovi eventi coronarici (fatali e non fatali) dovrebbe aggirarsi intorno a 80.000 l'anno negli uomini di quella fascia di età e a circa 20.000 l'anno nelle donne; per gli accidenti cerebrovascolari, i nuovi eventi

Tabella 2.1. Progetto CUORE-Studi Longitudinali: tassi di incidenza e letalità – Uomini e donne 35-74 anni; follow-up dicembre 2004

Età (anni)	Eventi coronarici				Eventi cerebrovascolari			
	Uomini		Donne		Uomini		Donne	
	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %
35-44	3,2	9,6	0,5	8,3	0,6	11,1	0,3	20,0
45-54	4,5	15,3	1,2	11,4	1,7	29,1	0,6	23,7
55-64	9,7	33,6	2,8	27,1	4,8	27,3	2,3	33,9
65-74	10,1	54,2	4,5	54,5	7,8	53,6	5,3	49,0
35-74	6,1	27,9	1,6	25,4	2,7	32,0	1,2	34,7

Fonte: IV Conferenza Nazionale sulla Prevenzione Cardiovascolare, Istituto Superiore di Sanità – aprile 2010.