

I

LA SITUAZIONE SANITARIA DEL PAESE

1. SPERANZA DI VITA E MORTALITÀ

1.1. Speranza di vita

L'Italia è il Paese al mondo in cui il tasso di invecchiamento della popolazione è il più intenso e veloce, come confermato anche dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità).

I dati demografici confermano il costante incremento della vita media della popolazione italiana che ha caratterizzato tutto il secolo trascorso e che ha portato nel 2001 la speranza di vita alla nascita a 76,7 anni per gli uomini e a 82,9 anni per le donne.

A livello territoriale valori superiori alla media nazionale si riscontrano nelle regioni del Centro-Sud per il sesso maschile, mentre per quello femminile si osserva una più elevata variabilità. Per entrambi i sessi il valore massimo si registra nelle Marche e il minimo in Campania (tab. 1). I divari tra i sessi, seppure in lieve diminuzione, rimangono elevati. La differenza di circa 6 anni di vita a favore del sesso femminile è attribuibile ai minori livelli di mortalità delle donne alle varie età e per la maggior parte del-

le cause di morte. Studi recenti hanno rilevato come questo differenziale sia attribuibile per il 60% circa alla minore mortalità delle donne nell'ambito delle malattie cardiovascolari e dei tumori, che spiegano oltre il 70% della mortalità complessiva.

Passando ad un'analisi territoriale della speranza di vita alla nascita, possiamo notare che le differenze fra i sessi sono più evidenti nelle Regioni settentrionali in particolare nell'area Nord-Orientale. Per l'Emilia Romagna, il Friuli Venezia Giulia, il Trentino Alto Adige ed il Veneto, infatti, il divario nella speranza di vita alla nascita tra uomini e donne è superiore al valore nazionale (6,20 anni) e varia tra 6,24 e 7,06 anni. Tra le Regioni del Sud con un'elevata differenza tra i sessi emerge la Sardegna, Regione per la quale una donna ha una speranza di vita alla nascita di 6,83 anni più elevata rispetto ad un uomo. Nelle altre Regioni meridionali i divari tra i sessi sono meno consistenti.

Tab.1 Speranza di vita alla nascita per regione e sesso. Anno 2001 (a)

Regioni	Maschile	Femmine	Regioni	Maschile	Femmine
Piemonte (1)	76,4	82,6	Marche	78,0	84,3
Valle d'Aosta (1)	76,4	82,6	Lazio	76,9	82,7
Lombardia	76,3	83,1	Abruzzo (2)	77,7	83,8
Prov. Aut. di Bolzano	77,0	84,1	Molise (2)	77,7	83,8
Prov. Aut. di Trento	76,9	83,9	Campania	75,3	81,2
Veneto	76,9	83,7	Puglia	77,6	83,2
Friuli Venezia Giulia	76,6	83,2	Basilicata	77,5	83,0
Liguria	76,5	82,7	Calabria	77,6	82,9
Emilia Romagna	77,2	83,4	Sicilia	76,6	81,9
Toscana	77,3	83,3	Sardegna	76,2	83,0
Umbria	77,8	83,5	Totale	76,7	82,9

(a) valori stimati

(1) Il valore della speranza di vita è relativo all'insieme di Piemonte e Val d'Aosta.

(2) Il valore della speranza di vita è relativo all'insieme di Abruzzo e Molise.

Fonte: ISTAT. Indicatori demografici: stime per l'anno 2001

1.2. Mortalità generale

Nel 2000 si sono registrati poco più di 560.000 decessi, valore inferiore di circa 7.000 unità rispetto al 1999. Le variazioni più consistenti sono state osservate nelle fasce di età più adulte. Il numero dei decessi continua infatti ad aumentare in corrispondenza delle classi di età più adulte (85 anni e oltre), mentre tende

a diminuire tra i 75 e gli 84 anni. Considerando i tassi di mortalità, questi continuano a diminuire a tutte le età.

Anche la mortalità infantile continua a diminuire sensibilmente raggiungendo nel 2000, per il totale Italia, livelli del 41,9 e 37,7 per 10.000 nati vivi, rispettivamente per i maschi

Tab.2 Tassi di mortalità, tassi grezzi e standardizzati (a) di mortalità per regione e sesso. Anno 2000 (b)

Regioni	Tassi di mortalità infantile per 10.000 nati vivi		Tassi grezzi per 10.000		Tassi standard per 10.000	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Piemonte	36,4	31,8	115,0	115,4	109,6	65,4
Valle d'Aosta	51,2	35,0	116,4	103,6	121,3	61,4
Lombardia	37,0	31,0	95,9	92,6	111,5	61,0
Prov. Aut. di Bolzano	29,8	18,9	85,0	77,2	104,7	56,4
Prov. Aut. di Trento	38,2	31,9	97,2	97,1	105,6	57,9
Veneto	31,7	23,3	96,9	91,9	107,3	58,4
Friuli Venezia Giulia	18,5	28,0	116,2	119,0	107,7	60,9
Liguria	43,2	46,5	136,9	133,1	107,4	62,1
Emilia Romagna	39,4	24,5	122,1	113,4	103,5	59,3
Toscana	33,1	27,6	122,6	115,9	103,6	61,2
Umbria	35,1	38,9	117,8	105,1	98,6	58,2
Marche	30,8	27,0	109,4	101,5	95,7	56,0
Lazio	43,9	41,5	96,8	84,7	108,1	63,0
Abruzzo	30,2	41,0	106,7	94,4	99,5	59,2
Molise	44,5	46,9	111,9	96,1	99,3	57,3
Campania	46,5	43,0	84,2	77,9	119,0	75,2
Puglia	48,6	56,2	83,3	75,9	101,6	64,1
Basilicata	37,4	37,4	94,5	80,6	95,8	60,9
Calabria	60,9	53,0	87,6	81,8	97,6	63,7
Sicilia	58,8	53,7	96,5	86,9	109,4	70,1
Sardegna	46,4	30,0	92,0	74,0	104,5	60,0
Totale	41,9	37,7	101,0	94,3	107,5	63,1

(a) Nel calcolo dei tassi grezzi e standardizzati sono esclusi i morti a meno di un anno di vita

(b) Dati provvisori

(c) La popolazione standard di riferimento è quella del censimento 1991, maschi più femmine

Fonte: ISTAT

e per le femmine. A fronte di circa 540.000 nascite, si registrano, infatti, circa 2.500 decessi nel primo anno di vita, di cui il 55% relativo ai maschi (tab. 2).

Rispetto ad un'analisi della geografia della mortalità, si può affermare che il fenomeno del declino dei tassi di mortalità è ampiamente generalizzato a livello territoriale. Nel tempo si è inoltre assistito, sia per gli uomini che per le donne, ad una progressiva omogeneizzazione territoriale grazie alla più consistente riduzione dei livelli di mortalità proprio nelle aree in partenza più svantaggiate.

1.3. Mortalità per causa

Nel panorama della mortalità per causa si conferma una consistente diminuzione dei decessi per le cause di morte più diffuse, prime fra tutte le malattie del sistema circolatorio, e una riduzione della mortalità per tumori maligni, come osservato negli anni più recenti. Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel complesso della popolazione e negli anziani e la seconda causa negli adulti, dopo i tumori. Queste malattie, così come osservato negli ultimi decenni, hanno subito una ulteriore diminuzione fino a raggiungere nel 2000 un tasso pari al 42,5 e a 28,2 per 10.000, rispettivamente per gli uomini e per le donne. Per quanto riguarda i tumori maligni si conferma l'inversione di tendenza osservata negli anni più recenti con un lieve calo dei tassi di mortalità (da 24,9 per 10.000 nel 1998 a 24,2 nel 2000). Il quadro del fenomeno appare molto differenziato secondo l'età, facendo registrare delle importanti diminuzioni di mortalità tra i "giovani" anziani (60-79 anni) e tra le donne ultraottantenni.

Per quanto riguarda la geografia della mortalità, per le malattie cardiovascolari, si conferma lo svantaggio delle donne nel Sud e nelle Isole rispetto al resto della popolazione femminile italiana. Per gli uomini, i tassi più elevati si riscontrano non solo nelle Regioni meridionali e insulari, quali Campania, Sicilia, Molise e Calabria, ma anche in Valle d'Aosta, Lazio, Trentino Alto Adige e Piemonte. Nelle Marche, invece, i livelli di mortalità per malattie del siste-

ma circolatorio sono tra i più bassi d'Italia sia per gli uomini che per le donne. Per quanto riguarda la mortalità per tumori, i tassi più elevati si riscontrano nell'Italia Settentrionale, in particolar modo in Lombardia e Friuli Venezia Giulia, mentre i più bassi nelle regioni del Sud e Isole, nelle quali la graduatoria della mortalità è sostanzialmente uguale per gli uomini e le donne.

Riferimenti bibliografici

ISTAT, ISS. La mortalità in Italia nel periodo 1970-1992: evoluzione e geografia, Roma, 1999.

ISTAT. (Informazioni n.17) La mortalità per causa nelle regioni italiane: anni 1998 e 2000, Roma, 2002.

EUROSTAT. Key data on health 2000 1999, Lussemburgo, Edition 2000.

ISTAT. Cause di morte: anno 1998. Annuari n.14, Roma, 2001.

ISTAT. Cause di morte: anno 1999. Annuari (in corso di pubblicazione)

ISTAT. Decessi: caratteristiche demografiche e sociali: anno 1998. Annuari n.7, Roma, 2001.

ISTAT. Tavole provinciali di mortalità: anno 1995. Informazioni n.12, Roma, 2000.

www.istat.it/Popolazioni/Nati-e-mor/index.htm
www.cdc.gov/nchs

2. SALUTE E MALATTIE

2.1. Malattie trasmissibili

2.1.1. Malattie prevenibili con vaccino

L'Italia è stata certificata, insieme agli altri paesi della Regione Europea, ufficialmente libera da poliomielite il 21 giugno 2002. Questo risultato arriva a coronamento di una intensa attività di sorveglianza rivolta non solo a verificare l'esistenza delle coperture vaccinali adeguate per l'interruzione della trasmissione della infezione, ma anche ad evidenziare, tramite la sorveglianza della PFA (paralisi flaccida acuta), qualsiasi caso che dal punto vista sintomatologico potesse rappresentare un caso di poliomielite.

Anche la difterite può a ragione essere considerata eliminata (durante tutti gli anni 90 dello scorso secolo sono stati osservati soltanto rari casi sporadici, uno dei quali importato). L'ultimo caso di questa malattia, peraltro dovuto ad un ceppo di *Corynebacterium ulcerans*, si è verificato nel 1998 in una donna anziana.

Dopo anni in cui venivano notificati regolarmente almeno un centinaio di casi all'anno, anche il tetano sembra mostrare una tendenza al decremento. Nel 2001 sono stati infatti notificati 63 casi di tetano, rispetto ai 98 del 2000. Dagli anni 80 in poi non si sono più verificati casi di tetano in neonati, bambini e ragazzi al di sotto dei 20 anni e, attualmente, oltre l'80% dei casi riguarda persone di età superiore a 65 anni.

L'incidenza dell'epatite virale B, in declino già dalla seconda metà degli anni 80, ha mostrato una diminuzione ancora più marcata dopo l'applicazione uniforme, sull'intero territorio nazionale, della L. 165/91, con la quale veniva introdotta l'obbligatorietà della vaccinazione per i nuovi nati e gli adolescenti.

L'incidenza totale di epatite virale B nel 2001 è stata pari a 2,3 casi per 100.000 abitanti, con una diminuzione di circa il 70% rispetto al dato del 1992. La classe di età 25-64, con 3,2 casi per 100.000, continua ad essere quella maggiormente colpita dall'epatite B; così come costantemente più colpito risulta essere il sesso maschile rispetto al sesso femminile (nel 2001 la differenza è stata del 67,2%, con un aumen-

to rispetto alla differenza osservabile negli anni precedenti).

L'impatto della vaccinazione risulta tanto più evidente nelle Regioni in cui erano maggiori, prima dell'obbligatorietà della vaccinazione, la diffusione dell'epatite virale B e la prevalenza di portatori cronici di HbsAg (Hepatitis B surface Antigen), in primo luogo Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna.

Anche nella pertosse il miglioramento delle coperture vaccinali ha determinato una netta riduzione dell'incidenza di questa malattia, che nel 2001 è stata di 2,7 casi per 100.000 abitanti, con una diminuzione del 78,4% rispetto al 1992, mentre le coperture vaccinali non adeguate nei confronti di morbillo, parotite e rosolia si sono dimostrate insufficienti a controllare la circolazione degli agenti patogeni di tali malattie, che in Italia presentano ancora il caratteristico andamento endemo-epidemico delle epoche precedenti l'introduzione delle vaccinazioni.

Nell'anno 2001 il morbillo ha presentato l'incidenza più bassa mai registrata in Italia, con circa 1,3 casi per 100.000 abitanti. Tuttavia, a partire dai primi mesi del 2002, si è manifestata un'epidemia di morbillo, ampiamente prevedibile ed attesa, che ha interessato alcune Regioni meridionali ed in particolare la Campania.

Nel periodo che va da gennaio a luglio 2002 i casi di morbillo notificati al Sistema Informativo delle Malattie infettive e diffusive sono stati 12.049, per l'83,8% segnalati dalla sola Regione Campania. Se si prendono in considerazione gli inevitabili fenomeni di sottonotifica, i casi di morbillo effettivamente verificatisi potrebbero però essere stimati in diverse decine di migliaia.

L'incidenza delle meningiti da HIB (*Haemophilus influenzae b*) — registrata tramite il sistema di sorveglianza dedicato alle meningiti batteriche (in atto dal 1994) — mostra, nel periodo 1995-2001, un decremento di circa il 76%, a fronte di una copertura vaccinale media che ha raggiunto valori del 78,3% (dato

anno 2001).

Il sistema routinario di sorveglianza delle malattie infettive e diffuse non raccoglie dati sulle altre forme invasive da HIB. Tuttavia è ipotizzabile che all'innegabile incremento delle coperture vaccinali sia seguita anche una riduzione dell'incidenza di tali patologie.

Il monitoraggio dell'influenza che, nella sua acuzie stagionale, richiede metodi di rilevazione tempestivi e conferma virologica, nelle stagioni 2000-2001 e 2001-2002 è stato effettuato attraverso il sistema istituito con il Protocollo di intesa fra Istituzioni centrali e periferiche, concordato tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano il 29 settembre 2000.

Nella stagione 2000-2001 l'epidemia ha raggiunto l'apice nella sesta settimana del 2001 (5,53 casi per 1.000 assistiti), mentre nella stagione 2001-2002 il picco epidemico è stato osservato nella quinta settimana del 2002 (8,67

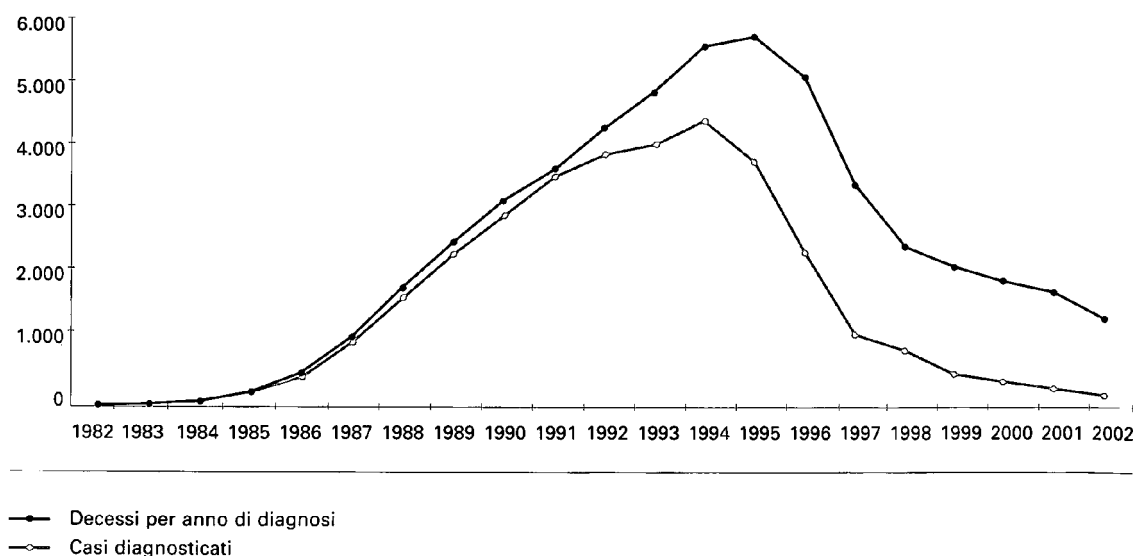
casi per 1.000 assistiti). Nella stagione 2001-2002 l'attività epidemica è stata più intensa rispetto a quella della stagione precedente, ma senza raggiungere i livelli della stagione 1999-2000 in cui era stato registrato un picco di 13,2 casi per 1.000 assistiti nella seconda settimana del 2000. Complessivamente si stima che, nella stagione 2001-2002, le persone che hanno contratto l'influenza in Italia siano state circa 5 milioni.

2.1.2. Aids

Complessivamente nel 2002 i nuovi casi di AIDS sono stati 1.777. Questo dato conferma la tendenza emersa nel triennio 1999-2001, in cui il numero delle persone affette dall'AIDS si era stabilizzato, dopo una costante diminuzione nel periodo precedente, intorno ai 2 mila casi all'anno.

Analizzando nel tempo il numero dei casi di AIDS segnalati al Registro Nazionale AIDS e

Fig.1 Distribuzione annuale dei casi di Aids diagnosticati e decessi correlati. Anni 1982-2002 (v.a.)



l'andamento dei relativi tassi di incidenza per anno di diagnosi, si evidenzia, infatti, un costante incremento dell'incidenza dei casi di AIDS fino al 1995, seguito da una rapida diminuzione nel 1996 e poi da una stabilizzazione (fig. 1).

In generale, dall'inizio dell'epidemia nel 1982 fino al 31 dicembre 2002, le persone colpite dall'AIDS nel nostro Paese hanno raggiunto quota 51.172 (51.717 con la correzione per ritardo di notifica).

Di questi 39.829 (77,8%) sono di sesso maschile, 725 (1,4%) in età pediatrica (<13 anni) e 2.969 (5,8%) sono gli stranieri, che hanno fatto registrare la loro incidenza in termini percentuali negli ultimi anni (oltre il 15% nel biennio 2001-2002). Il 71,3% del totale dei casi si concentra nella fascia d'età 25-39 anni e l'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, è pari a 40 anni per i maschi (range 13-85) e a 36 anni per le femmine (range 13-80). I pazienti deceduti al 31 dicembre 2002 sono in totale 33.308 (65,1%), valore comunque sottostimato a causa della non obbligatorietà della notifica di decesso.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, si evidenziano, così come riscontrato sin dalla prima fase dell'epidemia, incidenze più elevate al Nord (Lombardia, Liguria, Emilia Romagna) e in alcune aree del Centro (Roma e Lazio) rispetto alla gran parte del Sud della penisola, con l'eccezione della Sardegna, che ancora nel 2002 fa registrare un tasso di incidenza di 5,5 casi su 100.000 abitanti (fig. 2).

La distribuzione dei casi adulti per annò di diagnosi e categoria di esposizione mostra come il 61% del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti + tossicodipendenti/omosessuali). Nel tempo è presente un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale (omosessuale ed eterosessuale) ed una contemporanea diminuzione delle diagnosi di infezioni nei tossicodipendenti (dovuta sia alla diminuzione del numero di persone che usano sostanze stupefacenti per via endovenosa, che alla diminu-

Fig.2 Tasso di incidenza per i casi di Aids notificati nell'anno 2002, per regione di residenza (val. per 100.000 abitanti)



zione della circolazione virale conseguente al cambiamento dei comportamenti associati all'uso di droga). È da sottolineare che dal 1993 non vengono registrati nuovi casi di infezione in emofilici.

L'1,4% dei casi di AIDS segnalati dal 1982 in poi si riferiscono alla popolazione pediatrica (pazienti con età alla diagnosi inferiore ai 13 anni o a trasmissione verticale). Dal 1997 in poi è stata osservata una forte diminuzione dei casi di AIDS pediatrici: dai 52 diagnosticati nel 1996 si è passati ai 30 del 1997 fino ad arrivare agli 11 casi del 2002. Il 93,6% (678) dei casi pediatrici ha contratto l'infezione dalla madre; tra questi nel 52,1% dei casi si trattava di figli di madre tossicodipendente, mentre nel 35,8% di figli di donne che avevano acquisito l'infezione per via sessuale.

2.1.3. Malattie a trasmissione alimentare

Le tossinfezioni alimentari sono oggi un problema universale. L'incidenza globale è difficile da stimare, anche perché una enorme parte di episodi non arriva neanche all'attenzione del medico o non viene segnalata.

Gli agenti eziologici delle infezioni veicolate da alimenti includono parassiti, batteri, virus ed anche "agenti" nuovi come quello della variante della malattia di Creutzfeldt-Jakob associato alla encefalite spongiforme bovina.

La sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob e delle sindromi ad esse correlate è stata resa obbligatoria all'inizio del 2001 con l'Ordinanza contingibile ed urgente 12 febbraio 2001, sostituita in seguito dal D.M. 21 dicembre 2001.

Si è inteso, in questo modo, rendere istituzionale ed estesa a tutto il territorio nazionale una sorveglianza condotta fin dall'inizio degli anni 90 ad opera del Registro Italiano della Creutzfeldt-Jakob. Infatti, il riscontro, anche in Italia, di casi confermati di BSE (encefalopatia spongiforme bovina) in capi di bestiame, ha enfatizzato l'opportunità di introdurre la notifica obbligatoria per queste patologie, allo scopo di individuare prontamente eventuali casi della nuova variante di tale patologia v-CJ (variante

di Creutzfeldt-Jakob), associati al consumo di alimenti carnei provenienti da bovini infetti/malati di BSE.

Pur non essendo la malattia di Creutzfeldt-Jakob e le sindromi correlate patologie infettive in senso stretto, ai fini della notifica esse sono state assimilate alle malattie di Classe I del D.M. 15 dicembre 1990, allo scopo di assicurare la massima tempestività della segnalazione dei casi sospetti.

La sorveglianza routinaria dei focolai epidemici di malattie trasmesse da alimenti, permette di stimare il ruolo sostenuto dalle diverse tipologie di alimenti nel veicolare gli agenti responsabili di malattia.

Tra le malattie, rare ma molto gravi, a trasmissione alimentare è da segnalare il botulismo, dovuto all'ingestione di tossina preformata contenuta in alimenti in cui le spore di *cl. botulinum* germinano in condizioni di anaerobiosi. L'Italia è il Paese dell'Unione Europea che da sempre segnala il maggior numero di casi di botulismo (in media, 35 ogni anno nel periodo 1990-'99). Tuttavia, a partire dal 1996 in poi, è innegabile una tendenza alla diminuzione del numero di intossicazioni botuliniche, infatti, i casi confermati sono stati soltanto 27 nel 2001. La maggior parte di questi casi si verificano nelle Regioni meridionali, verosimilmente a causa della tradizione di produrre conserve domestiche ancora presente in quelle Regioni.

I batteri del genere *salmonella* rappresentano la maggior parte degli agenti identificati nell'eziologia dei casi di tossinfezione alimentare. In Italia la sorveglianza degli isolamenti di *salmonella* riporta circa 10.000 identificazioni ogni anno e un numero analogo di casi sporadici di malattia viene notificato al Ministero della salute. La febbre tifoide, una delle salmonellosi maggiori più conosciute, nel passato aveva la sua età di massima incidenza tra i 10 e i 14 anni. Pur in assenza di specifiche misure di controllo, la sua frequenza è diminuita progressivamente fino ai nostri giorni, attestandosi su valori inferiori ad 1 caso per 100.000 abitanti (0,83 nel 2001). In controtendenza con quelle

tifoidee sono tutte le altre salmonellosi, che hanno fatto registrare, a partire dalla fine degli anni 80 un notevole incremento della loro frequenza. Gran parte di questo incremento è dovuto alla diffusione internazionale del sierotipo *s. enteritidis*, veicolato da uova e pollame. Nel 2001 la morbosità per salmonellosi non tifoidee è stata di 15,7 casi per 100.000, rispetto al 24,5 per 100.000 del 2000; nell'interpretazione di tale dato va tuttavia considerato che i dati del 2001 sono, nel momento in cui viene prodotta questa relazione, incompleti, per la mancanza di informazioni relative a due grandi Regioni italiane.

Tra le infezioni virali veicolate dagli alimenti è importante in Italia l'epatite virale A, che presenta un andamento caratterizzato da flessioni e ampi incrementi di dimensioni epidemiche. Nel 2001 sono stati registrati 1.530 casi di malattia (i dati sono parziali, riferiti a 18 Regioni su 20, ma va considerato che le Regioni mancanti hanno sempre notificato un esiguo numero di casi), per una morbosità di 3,5 casi per 100.000. Anche nel caso dell'epatite virale si osserva una netta tendenza, nell'ultimissimo periodo, al decremento del numero di casi notificati. L'ultimo "picco" riportato a livello nazionale si è verificato infatti tra il 1996 ed il 1997 con circa 9.000 casi di malattia ogni anno (tasso medio nazionale di 16 casi per 100.000 nel biennio), quasi totalmente attribuibile ad un'estesa epidemia, che in Puglia si è protratta per i due anni con tassi di incidenza regionali fino a 128 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per la stragrande maggioranza dei casi segnalati l'acquisizione della infezione era correlata con il consumo di frutti di mare.

Tra le malattie a trasmissione alimentare di natura parassitaria si segnalano i 21 casi di trichinosi del 2000, 20 dei quali dovuti ad un unico esteso focolaio, causato dal consumo di carne di cavallo cruda importata dall'estero, ed i 4 casi del 2001.

2.1.4. Infezioni nosocomiali da legionella

L'infezione da *legionella pneumophila* è un'importante causa di polmonite nell'anziano

e nell'adulto immunocompromesso e, dato che il batterio responsabile vive nell'acqua, non è infrequente che gli impianti idraulici di grosse strutture, incluse quelle ospedaliere, possano essere contaminati e divenire fonte di infezione per i pazienti ricoverati. Il numero di infezioni nosocomiali da legionella è stato piuttosto limitato negli anni dal 1983 al 1992 (2-3 casi l'anno), ma è andato aumentando gradualmente, con un picco di incidenza tra il 1998 ed il 1999 (rispettivamente 36 e 42 casi). I 42 casi di legionellosi nosocomiale notificati nel 1999 rappresentavano il 18% dei casi totali notificati. La Regione Piemonte notificava 22 casi (52% del totale), la Lombardia 9 casi, la Provincia Autonoma di Trento 5 casi e le Regioni Emilia Romagna, Liguria, Veneto, Toscana, Campania, Sardegna 1 caso ciascuna.

Nel 2000 è stata osservata una diminuzione del numero di casi nosocomiali di legionellosi segnalati, che sono stati 36 (pari al 20,4% di tutti i casi notificati). La Regione Piemonte ha notificato 14 casi (38,9% del totale), la regione Lombardia 15 casi, il Lazio 3 casi, la Toscana 2 casi, l'Emilia Romagna e la Campania 1 caso ciascuna.

L'età media dei casi nosocomiali è di 57 anni, di poco superiore a quella dei casi comunitari (54,5 anni).

Per il 72% dei casi è noto l'esito della malattia. Il tasso di letalità tra i casi nosocomiali è stato del 38,5%, superiore in modo statisticamente significativo a quello dei casi acquisiti in comunità.

Per quanto riguarda l'anno 2001 i casi nosocomiali segnalati sono stati 51 (15,6% dei casi totali notificati), di cui 23 di origine nosocomiale certa e 28 probabile. Il Piemonte ha notificato 21 casi (41,2% del totale), la Lombardia 20 (39,2% del totale), l'Emilia Romagna 4, il Lazio 2 e Liguria, Umbria, Campania e Puglia 1 caso ciascuna. L'età media dei casi nosocomiali è 64 anni, di poco superiore a quella dei casi comunitari. Il tasso di letalità tra i casi nosocomiali è stato del 22,2%, superiore in modo statisticamente significativo a quello dei casi acquisiti in comunità.

2.2. Malattie non trasmissibili**2.2.1. Malattie cardio e cerebrovascolari**

Nel 1997, considerando tutte le età, si sono verificati 242.486 decessi per malattie cardiovascolari pari al 43% della mortalità totale: di queste, il 31% sono state attribuite a malattia ischemica del cuore, compreso l'infarto del miocardio e il 28% a malattia cerebrovascolare incluso l'ictus.

La mortalità per malattie ischemiche del cuore

rimane più frequente negli uomini, con un tasso standardizzato per età pari a 13,42 per 10.000, rispetto alle donne (tasso di 10,30 per 10.000) e non è evidente una differenza per macro-aree geografiche.

La mortalità per accidenti cerebrovascolari è più frequente nelle donne (tasso standardizzato per età di 11,8 per 10.000) rispetto agli uomini (9,3 per 10.000) e vi è una differenza sostanziale fra Nord e Centro-Sud, a sfavore di quest'ultima area.

Rispetto al 1996, la mortalità per malattie cardiovascolari registra una diminuzione complessiva, tra uomini e donne, di circa un punto percentuale.

Il quadro relativo a questa tipologia di malattie è completato dalla valutazione della sua incidenza e prevalenza nella popolazione generale e dalla prevalenza di ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia, che sono tra i più importanti fattori di rischio.

Stime di incidenza dell'infarto sono state recentemente calcolate attraverso l'analisi dei dati di sopravvivenza, relativi agli eventi acuti registrati nell'ambito del registro Monica WHO dell'area Friuli. Si tratta di un sistema di registrazione degli eventi coronarici realizzato fra il 1985 e il 1994 in 21 paesi, fra cui l'intera Regione Friuli Venezia Giulia.

Attraverso l'applicazione di un modello matematico (Miamod) è stato possibile stimare l'incidenza in Italia dal 1970 e proiettarla fino al 2007. I nuovi casi attesi per quella data e nella fascia di età 25-74 anni sono 27.166 negli uomini e 9.464 nelle donne (tab. 3).

Inoltre, nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare — linea di ricerca afferente al Progetto Cuore — uno studio svolto in collaborazione fra ISS (Istituto Superiore di Sanità) e Associazione Medici Cardiologi Ospedalieri — realizzato tra il 1998 e il 2002 — ha permesso di valutare la prevalenza delle malattie cardio e cerebrovascolari.

Da questo studio risulta che:

- la prevalenza dell'infarto è maggiore negli uomini rispetto alle donne;

Tab.3 Incidenza stimata per eventi coronarici maggiori in Italia
25-74 anni d'età

	1970	1980	1990	2000	2007
uomini					
nuovi casi	38.075,0	46.145,0	36.843,0	32.005,0	27.166,0
tgrezzo*	258,2	293,4	219,1	172,2	146,3
tagg**	258,2	281	211,7	156,9	128,3
donne					
nuovi casi	16.154,0	15.932,0	11.586,0	10.771,0	9.464,0
tgrezzo*	101,6	94,0	64,9	55,8	49,6
tagg**	101,6	86,8	62,6	48,5	42,6

(*) Tasso grezzo (x 100.000)

(**) Tasso aggiustato per l'età (x 100.000)

Fonte: Ministero della Salute — D.G. della Programmazione Sanitaria

Tab.4 Stima al 1997 dei casi prevalenti di cardiopatia coronarica
in Italia per uomini e donne di età 25-74 anni e proiezioni al 2007

	uomini	donne
1997	227.236	40.761
2007	191.069	35.488
differenza	-36.167	-5.273
aumento sopravvivenza	52.865	9.855
invecchiamento	61.712	10.153
riduzione incidenza	-150.744	-25.281

Fonte: Ministero della Salute — D.G. della Programmazione Sanitaria

- l'ictus è più frequente in età più avanzata rispetto all'infarto, questo è il motivo della bassa prevalenza in questo studio (la mortalità raddoppia fra il quinquennio 70-74 e 75-79);
- la prevalenza di coloro che hanno almeno una o più di queste patologie è pari al 17,1% degli uomini e al 15% delle donne esaminate.

Attraverso l'utilizzo di un modello matematico è stato possibile stimare il numero dei casi attesi prevalenti proiettati al 2007 nella fascia di età 25-74 anni, che risultano essere circa 191.000 negli uomini e circa 35.500 nelle donne. Rispetto alle stime calcolate per il 1997, la prevalenza si riduce del 16% negli uomini e del 15% nelle donne (tab. 4). La numerosità è la risultante della riduzione di incidenza e dell'aumento della sopravvivenza e dal conseguente invecchiamento della popolazione.

Sempre attraverso la stessa indagine dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, infine, è stato possibile valutare la prevalenza e il controllo della pressione arteriosa nella popolazione italiana. Nella fascia di età compresa fra 35 e 74 anni la pressione arteriosa sistolica è risultata negli uomini di 136 (d.s. = +17) mmHg, nelle donne di 133 (+18) mmHg; mentre i valori della pressione arteriosa diastolica sono risultati di 86 (+10) mmHg negli uomini e di 82 (+10) nelle donne. La prevalenza degli ipertesi è risultata del 33% per gli uomini e del 30% per le donne.

Sul versante della colesterolemia, per gli uomini è risultato un valore medio pari a 204 mg/dl (+42), mentre per le donne il valore medio è pari a 206 mg/dl (+43). Il 20% degli uomini e il 24% delle donne risultano ipercolesterolemici, cioè con valori della colesterolemia uguale o superiore a 240 mg/dl.

Riferimenti bibliografici

S. Giampaoli, L. Palmieri, R. Capocaccia, L. Pilotto, D. Vanuzzo. Estimated population based incidence and prevalence of major coronary events. *International Journal of Epidemiology*, 2001.

S. Giampaoli, D. Vanuzzo e il Gruppo di Ricerca

dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. I fattori di rischio cardiovascolare in Italia: una lettura in riferimento al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. *Giornale Italiano di Cardiologia*, Vol.29, n.12, 1999.

www.sanita.it/sdo/dati/agggregati/sceltadrg.asp
Ministero della salute, maggio 2002.

M. Ferrario, G. Cesana, D. Vanuzzo, L. Pilotto, R. Segà, S. Giampaoli. Sorveglianza epidemiologica della occorrenza della cardiopatia ischemica: risultati dalle aree Monica italiane e proposta di un modello semplificato di stima. Estratto da Atti della II Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica, Roma 19-21 aprile 1999.

S. Conti, G. Farchi, R. Capocaccia, M. Masocco, G. Minelli, R. Scipione, V. Toccaceli, M. Vichi, R. Cialesi, L. Frova. La mortalità in Italia nell'anno 1996. Rapporti ISTISAN, 01/19.

S. Conti, G. Farchi, R. Capocaccia, M. Masocco, G. Minelli, R. Scipione, V. Toccaceli, M. Vichi, R. Cialesi, L. Frova. La mortalità in Italia nell'anno 1997. Rapporti ISTISAN, 01/20.

2.2.2. Tumori

Nel 1998 i decessi per tumore sono stati 154.000, il 27% delle cause di morte nella popolazione italiana. Il maggior numero di decessi è stato osservato per i tumori polmonari, seguono quelli del colon-retto, dello stomaco e della mammella. I tassi di mortalità per il complesso di tutti i tumori sono, a partire dai primi anni 90, in diminuzione per entrambi i sessi. Negli uomini, il calo della mortalità (circa -1,4% all'anno nel corso degli ultimi cinque anni) è dovuta principalmente ai tumori polmonari e gastrici. Per quanto riguarda le donne (-1,5% all'anno), essa è dovuta ai tumori gastrici e, più recentemente, a quelli della mammella e del colon-retto (fig. 3).

I dati di incidenza sono rilevati dai registri tumori su circa il 21% della popolazione italiana, soprattutto nelle regioni del Centro e del Nord.

Stime per i principali tumori (ma non per tutti) sono disponibili a livello nazionale sulla base di modelli matematici. Una stima per il complesso di tutti i tumori indica, per l'inizio degli anni 2000, un numero di nuove diagnosi in Italia di circa 270.000 nuovi casi all'anno con tendenza ancora in aumento, soprattutto per la proporzione crescente di anziani.

La sopravvivenza dei pazienti con diagnosi di tumore è costantemente aumentata nel corso del periodo di diagnosi 1978-1994, per il quale si dispone di dati. Nel corso di questi 15 anni, la sopravvivenza relativa (cioè calcolata eliminando l'effetto della mortalità competitiva) per tutte le neoplasie maligne, a 5 anni dalla

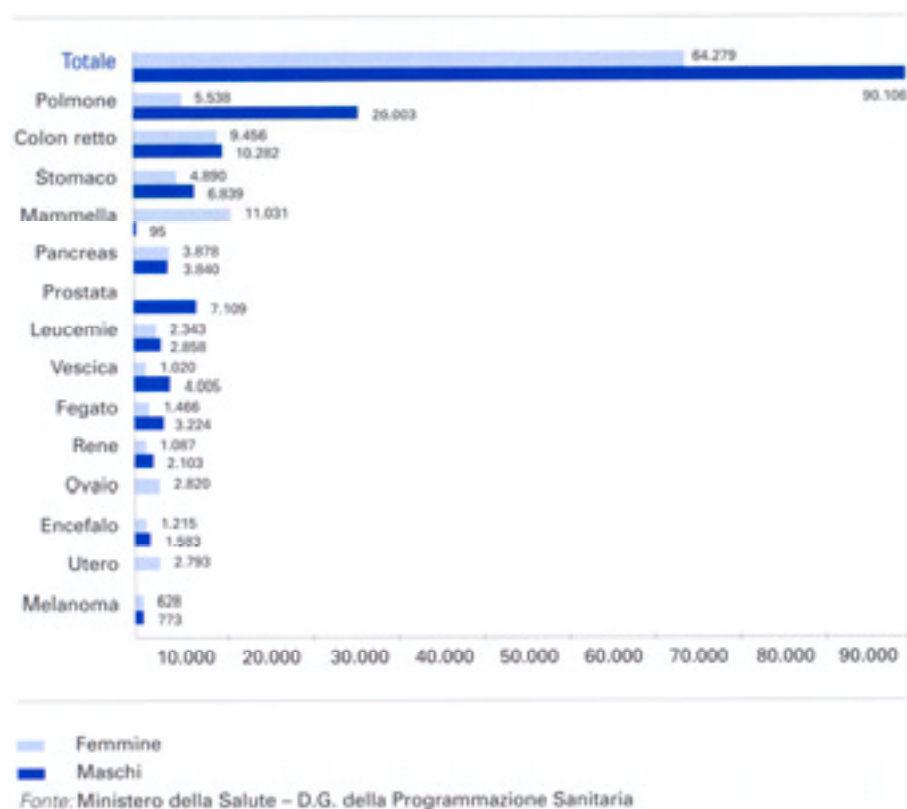
diagnosi, è aumentata dal 27% al 40% negli uomini e dal 45% al 56% nelle donne. La differenza è soprattutto dovuta alla diversa letalità delle neoplasie che colpiscono con maggiore frequenza ciascun sesso.

Per quanto riguarda la prevalenza, i soli dati ad oggi disponibili indicano che il 2,8% della popolazione italiana (quasi 1.500.000 persone) ha avuto nel corso della sua vita una diagnosi di cancro.

Oltre che dalle tendenze generali, informazioni di sicuro interesse derivano dall'analisi dettagliata delle sedi tumorali più frequenti.

Stomaco. Sia l'incidenza che la mortalità del tumore dello stomaco sono da diversi decenni

Fig.3 Numero di decessi causati dal tumore in Italia, per sesso, per sedi tumorali. Anno 1998 (v.a.)



in diminuzione. Nel 1998 sono stati osservati 11.700 decessi. Il tasso di mortalità aggiustato per età è diminuito del 18% nel quinquennio '93-'98. Anche se le cause del trend di riduzione non sono perfettamente chiare, il ruolo di una migliore conservazione dei cibi, di un maggiore apporto dietetico di frutta, verdura e prodotti freschi e di migliori condizioni igieniche nella popolazione è ormai riconosciuto. Il trattamento è migliorato, per una diagnosi più precoce e per terapie più efficaci. La sopravvivenza a 5 anni in Italia è passata dal 16% nei pazienti diagnosticati nel 1978-'80 al 26% per il 1990-1994. La prevalenza stimata al 1992 era di 78.000 pazienti, di cui circa la metà con meno di 5 anni dalla diagnosi.

Colon e retto. L'incidenza dei tumori del colon e del retto presenta una marcata e preoccupante tendenza all'aumento. Il numero stimato di nuovi casi/anno va da 38.000 nel 1990 a 50.000 nel 1997-2000. I casi prevalenti, stimati nel 1997, sono circa 200.000, con un aumento di circa 10.000 pazienti ogni anno. La sopravvivenza a 5 anni è aumentata e si è allineata, nell'ultimo periodo, ai valori medi europei. Questo andamento favorevole si è riflesso sui tassi di mortalità che, nonostante il trend di incidenza crescente, sono rimasti costanti negli ultimi anni negli uomini e sono in diminuzione nelle donne. La mortalità per tumori colorettali rimane, comunque, inferiore solo a quella del polmone.

Polmone. Dopo molti decenni di aumento, la mortalità e l'incidenza delle neoplasie del polmone sono in diminuzione a partire dalla fine degli anni 80, con un tasso di riduzione di circa il 2% all'anno. Il trend è stato tuttavia meno favorevole nelle regioni del Sud e soprattutto nelle donne, che presentano tassi ancora in aumento o al più, nell'ultimo triennio, costanti. Nel complesso, i polmoni rimangono ancora la sede tumorale con incidenza e mortalità più elevata, con 35.000 nuovi casi e più di 30.000 decessi all'anno.

Melanoma. In Italia, incidenza e mortalità per melanoma sono aumentati nel corso degli ultimi decenni. La mortalità si è quasi triplicata

nel periodo 1970-'90 ed è poi rimasta sostanzialmente stabile durante gli anni 90. Si stimano circa 50.000 casi prevalenti nel 1992. La frequenza di questa neoplasia è inferiore al Sud. La sopravvivenza a 5 anni è migliorata. Infatti, si è passati dal 53% nei pazienti con melanoma diagnosticato tra il 1978 e il 1981 al 78% per quelli con diagnosi tra il 1990 e il 1994. Nonostante questo, la sopravvivenza in Italia è inferiore alla media degli altri paesi europei, particolarmente negli uomini.

Mammella. L'incidenza e la prevalenza del tumore della mammella sono in aumento, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento della sopravvivenza. Vi sono notevoli differenze territoriali, con valori di incidenza doppi nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Centro-Sud. La prevalenza di casi che hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella in Italia era di 310.000 nel 1992, pari ad una proporzione di 1.070 su 100.000 donne. Complessivamente la sopravvivenza a 5 anni è aumentata da 65% all'inizio degli anni 80 a 81% nel 1990-1994. La mortalità non ha seguito pertanto l'andamento crescente dell'incidenza. Dall'inizio degli anni 90 essa si sta riducendo di circa il 2% all'anno. Persistono però importanti differenze di sopravvivenza fra diverse aree italiane, a svantaggio delle regioni del Sud. Gli studi di sopravvivenza mostrano che tale divario è dovuto in parte ad una diagnosi più tardiva, in parte ad un minore accesso al trattamento ottimale. È nota la maggiore difficoltà delle pazienti meridionali ad accedere alla radioterapia.

Prostata. L'incidenza dei tumori della prostata è in marcato aumento. Il numero stimato di nuovi casi è di 17.000 nel 1995, a seguito di un aumento di circa il 42% nel decennio 1990-2000. I casi prevalenti, stimati nel 1992, erano circa 58.000. L'aumento di incidenza si evidenzia dalla fine degli anni ottanta, dopo la diffusione del test PSA (Prostate Specific Antigen), dell'agobiopsia prostatica e degli interventi chirurgici per adenoma prostatico (diagnosi incidentale di lesioni maligne).

La sopravvivenza a 5 anni in Italia è aumenta-

ta dal 38% (casi diagnosticati nel 1978-'81) al 65% (1990-'94), ma è comunque inferiore alla media europea. I tassi di mortalità si sono mantenuti costanti. L'aumento della sopravvivenza e l'aumento dei tassi di incidenza potrebbero essere attribuiti ad una maggiore attenzione ai sintomi e/o ad una anticipazione diagnostica, non essendosi evidenziati negli ultimi due decenni importanti innovazioni terapeutiche.

Riferimenti bibliografici

A. Verdecchia, A. Mariotto, R. Capocaccia, G. Gatta, A. Micheli, M. Sant, F. Berrino. Incidence and prevalence of all cancerous diseases in Italy: trends and implications. *European Journal of Cancer* 37, 2001.

A.V. Verdecchia, A. Micheli, G. Gatta. Survival of cancer patients in Italy: the Itacare Study. *Tumori* 83, 1997.

S. Rosso, C. Casella, E. Crocetti, S. Ferretti, S. Guzzinati. Sopravvivenza dei casi di tumore in Italia negli anni novanta: i dati dei Registri Tumori. *Epidemiologia & Prevenzione*, Supplemento 2001.

J. Estive, A. Verdecchia, G. De Angelis. Trends in cancer survival probability over the period 1978-89. In F. Berrino, M. Sant, A. Verdecchia, R. Capocaccia, T. Hakulinen, J. Esteve. *Survival of cancer patients in Europe, 1985-1989: the Eurocare study*. IARC Scient., Publ. n.151, 1999.

A. Micheli. Cancer prevalence in Italy: the Itacare Study. *Tumori* 85, 5, 1999.

2.2.3. Diabete

Nel nostro Paese il diabete rappresenta uno dei maggiori problemi sanitari poiché colpisce circa 2.000.000 di soggetti. Il diabete mellito si può manifestare sotto varie forme cliniche.

Tra queste, quelle che hanno una sicura rilevanza sociale sono:

- il diabete di tipo II non-insulino-dipendente, caratteristico dell'età adulta e senile, frequen-

temente associato a sovrappeso, ad ampia diffusione nella popolazione;

- il diabete di tipo I insulino-dipendente, prevalentemente (ma non esclusivamente) infanto-giovanile, a genesi autoimmune con prognosi severa. Il diabete insulino-dipendente rappresenta una piccola frazione (5%) del diabete nel suo complesso.

Il diabete è una patologia cronico degenerativa ingravescente che, se non ben controllata, può portare a danni gravi come cecità, insufficienza renale, insufficienza cardio-respiratoria, lesioni neuropatiche e vascolari delle estremità inferiori. La gestione di queste complicanze, che necessitano spesso di ricovero ospedaliero, incide pesantemente sulla spesa sanitaria, con una quota che in Italia è valutata nel 6,65% della spesa sanitaria nazionale.

La diagnosi dello stato preclinico rappresenta il cardine della gestione della patologia. Infatti, alcuni studi hanno messo in evidenza come, in assenza di sintomi di iperglicemia, l'individuo in fase preclinica abbia rischio doppio di sviluppare malattie cardiovascolari e nel 10%-12% dei casi presenti complicanze microvascolari al momento della diagnosi.

Per quanto riguarda la prevalenza, nel già citato lavoro dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare sono risultati diabetici l'8% degli uomini e il 6% delle donne. Negli uomini la prevalenza del diabete era del 7% al Nord e del 10% al Centro e al Sud; nelle donne era del 4% al Nord, del 7% al Centro e dell'8% al Sud.

Riferimenti bibliografici

The decode study group on behalf of the European Diabetes Epidemiology Group. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetic Association diagnostic criteria. *Lancet* 354, 1999. Ref Type: Abstract.

M.M. Engelgau, R.E. Aubert, T.J. Thompson, W.H. Herman. Screening for NIDDM in nonpregnant adults: a review of principles, screening tests, and recommendations. *Diabetes Care*, 1995.