

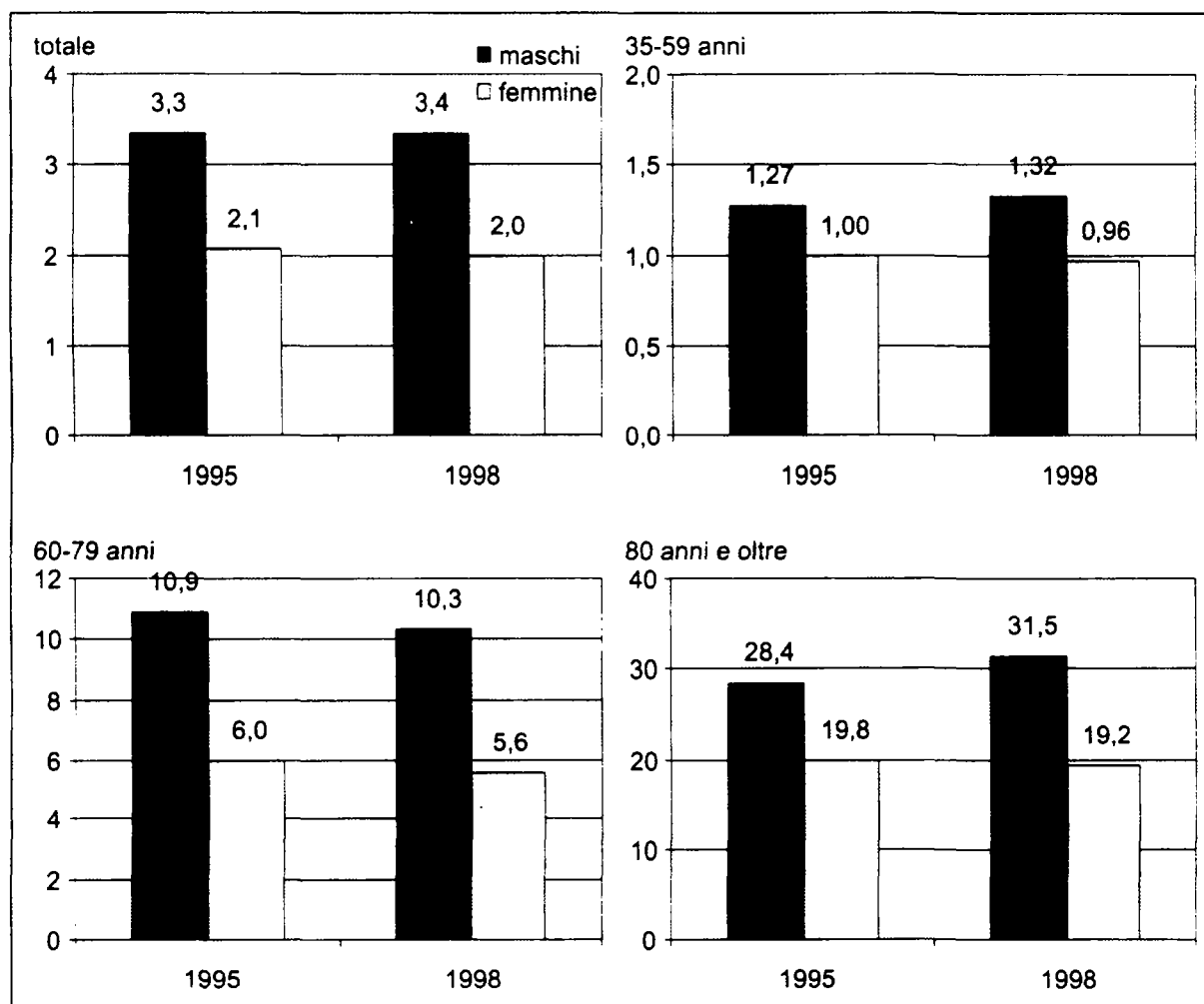


Figura 19. Tassi di mortalità standardizzati per tumori del colon, del retto e dell'ano (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

za per questo tipo di tumore sono legati al miglioramento dell'efficacia dei trattamenti medici (che interessano comunque le donne a tutte le età), ma anche alla precocità della diagnosi, che può dipendere dal ricorso alla prevenzione (controlli mammografici e ginecologici), comportamento maggiormente diffuso nelle generazioni più recenti e tra le donne più istruite.

La seconda causa di morte più frequente per neoplasia è quella dovuta ai tumori di colon retto ano che, dopo un periodo di costante aumento in tutte le classi di età, ha mostrato negli anni 1995-1998 una sostanziale stabilità negli uomini e una lieve riduzione nelle donne (figura 19). La mortalità legata a questo tipo di tumore è influenzata da fattori di rischio consistenti in una alimentazione povera in fibre e ricca in grassi e stili di vita sedentari; ma anche dalla disponibilità di diagnosi e cure tempestive e appropriate.

Il tasso di mortalità standardizzato nel 1998 si è assestato a 3,4 decessi per diecimila uomini e 2 decessi per diecimila donne. La mortalità per tumori dello stomaco è correlata alla povertà e all'alimentazione (figura 20). Nella seconda metà del Novecento la mortalità legata a queste patologie è andata riducendosi drasticamente e anche nel triennio 1995-98 ha fatto registrare, in entrambi i sessi, le diminuzioni più forti. Tuttavia il tumore dello stomaco

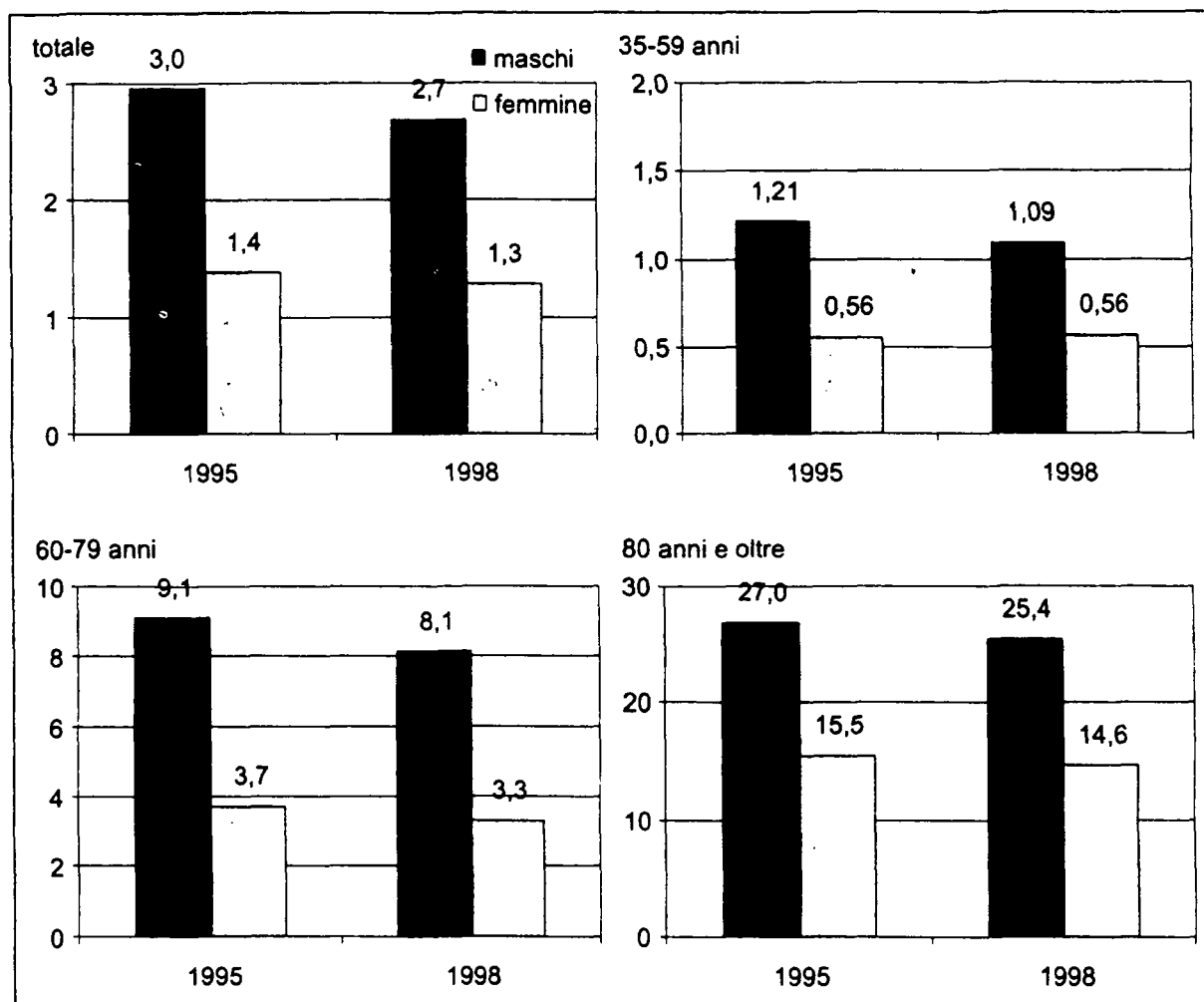


Figura 20. Tassi di mortalità standardizzati per tumori dello stomaco (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

interessa ancora una quota significativa di decessi, con tassi di mortalità pari a 2,7 per diecimila uomini e 1,3 per diecimila donne. Tali valori crescono inoltre sensibilmente nelle generazioni più anziane, che hanno condiviso le situazioni di maggior rischio legate alla povertà materiale e a condizioni inadeguate di preparazione e conservazione degli alimenti. Nell'ambito delle altre cause di morte, quelle derivanti dalle malattie dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente hanno contribuito in maniera consistente all'aumento della sopravvivenza.

Le malattie dell'apparato respiratorio, nonostante la forte diminuzione di mortalità osservata negli ultimi decenni, sono ancora oggi la terza causa di morte dopo i tumori e le malattie cardiovascolari (figura 21). Tra il 1995 e il 1998 i tassi di mortalità standardizzati si sono ridotti negli uomini passando da 9,1 a 8,5 decessi per diecimila residenti, mentre sono rimasti stabili a 3,3 nelle donne.

Fattori che hanno favorito l'evoluzione positiva di queste patologie sono quelli comuni anche alle malattie cardiovascolari: maggiore efficacia dei trattamenti terapeutici, miglioramento della qualità della vita e riduzione dell'abitudine al fumo. Quest'ultima, insieme con l'inquinamento ambientale, le epidemie influenzali, l'esposizione professionale e anche le

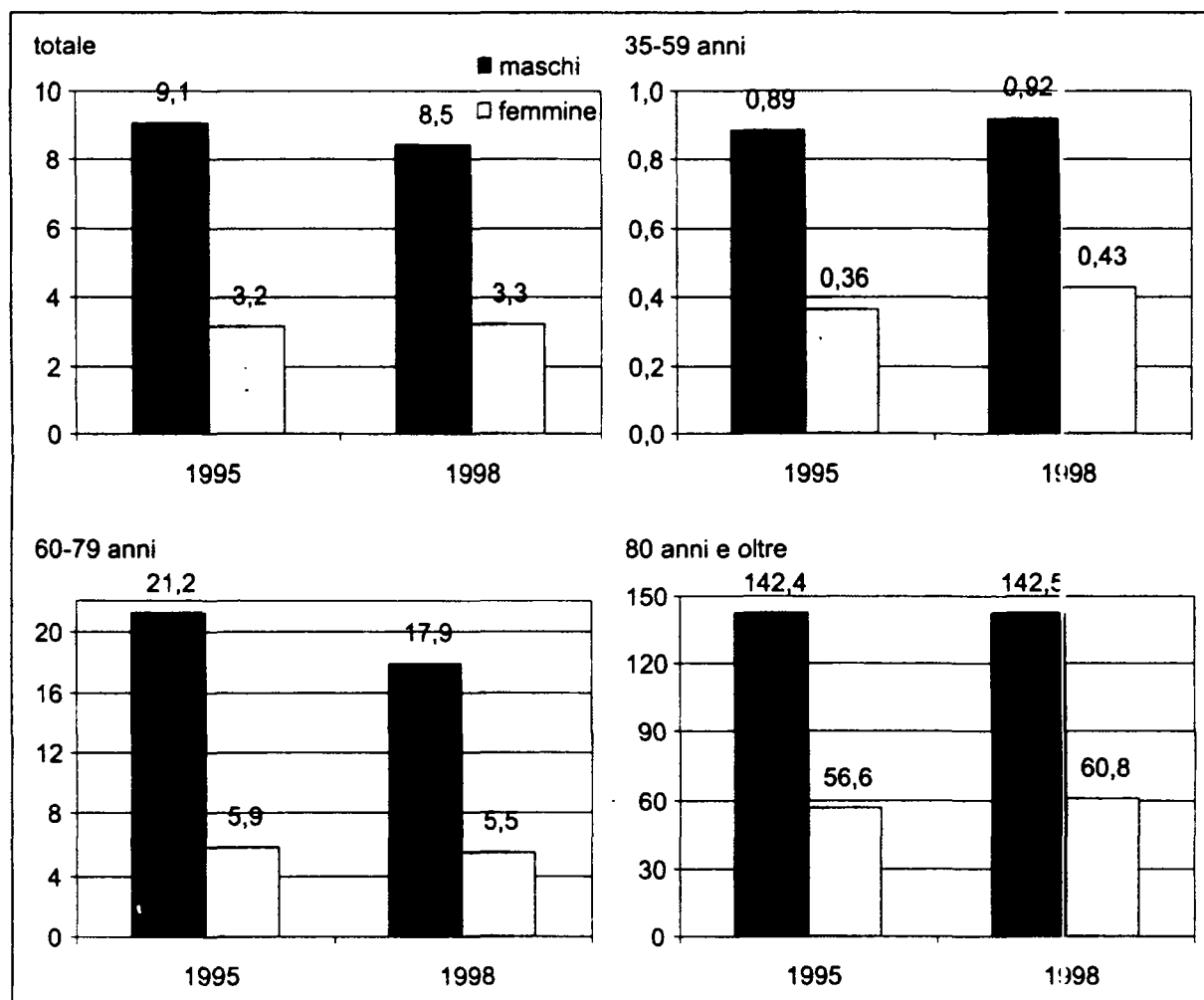


Figura 21. Tassi di mortalità standardizzati per malattie dell'apparato respiratorio (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

caratteristiche genetiche degli individui, è tra i principali elementi che possono influenzare l'insorgere delle malattie dell'apparato respiratorio.

Anche nel caso delle malattie dell'apparato digerente continua il recupero di sopravvivenza. Il rapporto tra i sessi è a svantaggio degli uomini, che presentano tassi di mortalità 1,7 volte più elevati rispetto alle donne, ma la diminuzione di mortalità risulta più evidente tra i primi: i tassi standardizzati maschili si sono ridotti del 10 per cento, assestandosi nel 1998 a 5,3 decessi per diecimila abitanti, mentre quelli femminili hanno subito una diminuzione del 4 per cento, corrispondente a un valore del tasso pari a 3,2.

Le cause accidentali e violente rappresentano la prima causa di morte tra i giovani (figura 22). L'andamento della mortalità legata a queste cause per il complesso delle età è sostanzialmente decrescente, essendo passato nel periodo 1995-1998 da 6,6 a 6,2 decessi per diecimila negli uomini e da 2,9 a 2,6 nelle donne.

Tuttavia, differenze consistenti si osservano sia nella composizione dei decessi per classi di età sia nella composizione per genere all'interno di queste. La mortalità dei giovani di sesso maschile di età compresa tra 15 e 34 anni è quella che frena in misura maggiore la riduzione di mortalità a tutte le età, essendo diminuita solo del 2,8 per cento. Ciò trova

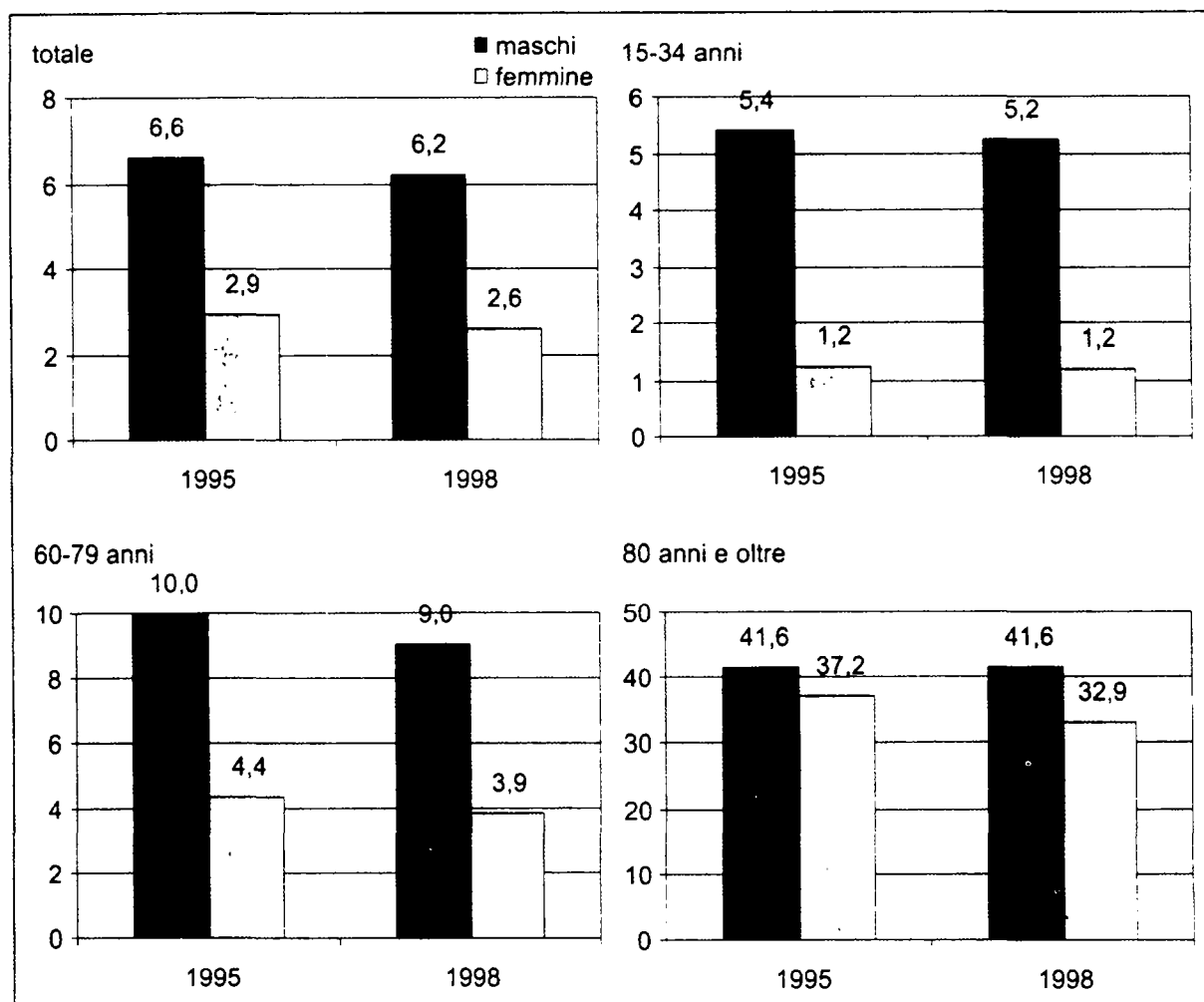


Figura 22. Tassi di mortalità standardizzati per cause accidentali e violente (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

spiegazione principalmente nei decessi per incidenti stradali da veicoli a motore, che rappresentano circa un terzo della mortalità giovanile per cause violente e i cui tassi hanno fatto registrare solo una lieve riduzione negli anni più recenti. Nelle donne le cause accidentali e violente sono fortemente concentrate in corrispondenza delle età anziane: nel 1998 i decessi di questa natura, dopo i 60 anni, rappresentavano il 92 per cento del totale. Questi differenziali per età fanno sì che il rapporto tra i sessi sia molto sfavorevole per gli uomini nella classe di età tra 15 e 34 anni (4,4) e mettono in luce il problema, rilevante in Italia, di un'elevata mortalità per incidenti stradali tra i giovani.

Il diabete risulta fortemente correlato all'obesità, che, a sua volta, può derivare da cattive abitudini alimentari, vita sedentaria, disturbi gastrointestinali, ma anche da predisposizioni genetiche. La mortalità per questa causa è più diffusa al Sud, dove è più elevata la percentuale di popolazione obesa e dove la qualità dell'assistenza al malato diabetico potrebbe essere più sfavorevole. Questa causa di morte rappresenta una delle poche eccezioni in cui i tassi femminili sono sostanzialmente uguali a quelli maschili (figura 23).

Il rapporto diviene inoltre sfavorevole per le donne nelle classi di età molto anziane: nel 1998 si sono rilevati 35,7 decessi femminili ogni diecimila donne ultraottantenni rispet-

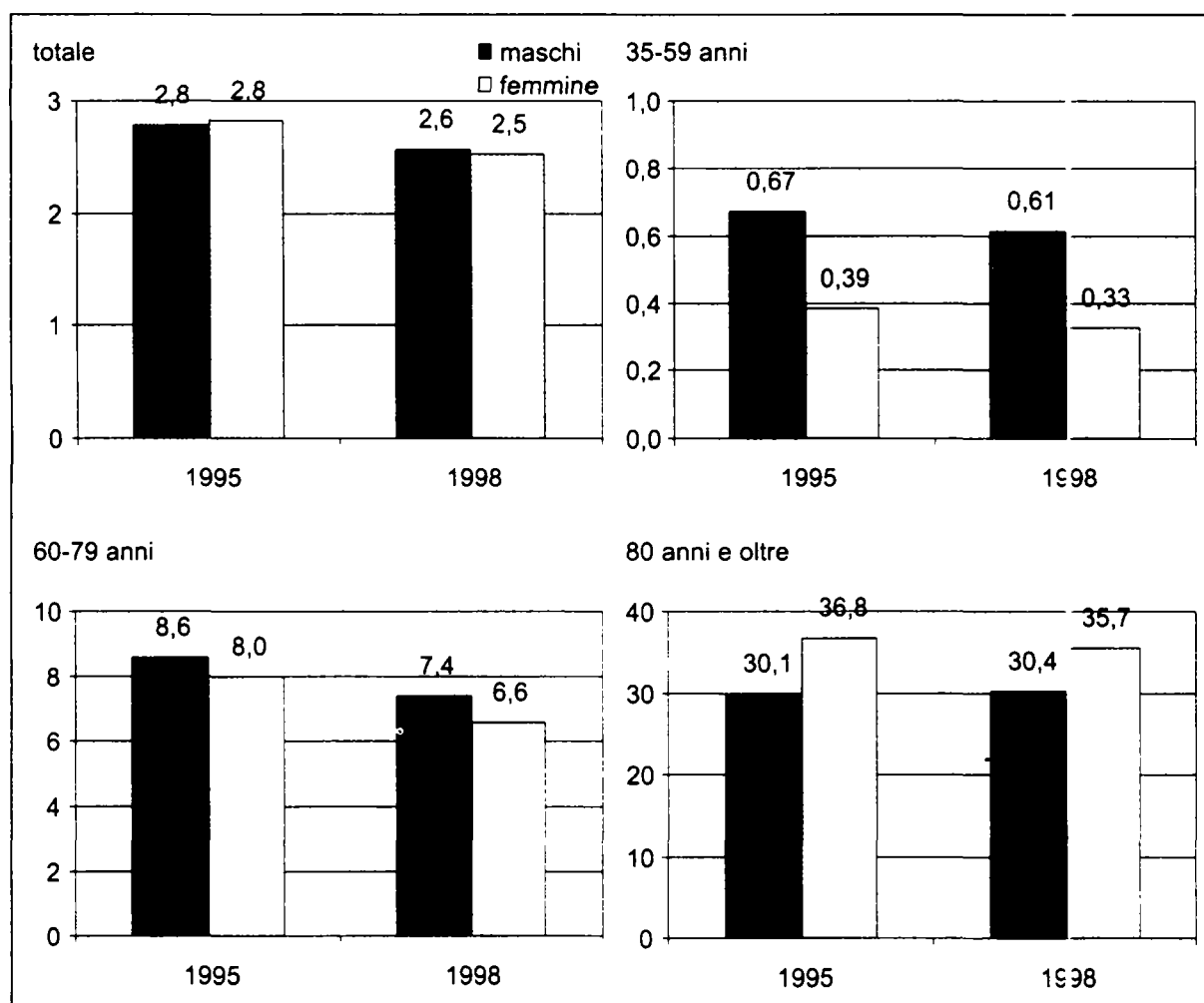


Figura 23 Tassi di mortalità standardizzati per diabete (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

to a 30,4 decessi negli uomini della stessa età. Le malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi sono un gruppo di cause di morte estremamente eterogeneo, comprendente patologie altamente letali come la malattia del motoneurone, le demenze e il morbo di Parkinson, la cui mortalità è mediata da altri processi morbosi, e altre malattie molto diffuse tra la popolazione (per esempio, l'emicrania) ma con mortalità scarsa o pressoché nulla (1).

I tassi standardizzati per queste cause ammontavano nel 1998 a 2,1 decessi per diecimila uomini e 1,6 per diecimila donne, con una diminuzione rispetto al 1995 del 3,5 per cento tra i primi e dell'1,9 per cento tra le seconde (figura 24).

La mortalità risulta fortemente concentrata dopo i 60 anni, cioè in quelle età in cui sono più frequenti malattie neurologiche come il morbo di Parkinson, la demenza senile di Alzheimer e la demenza multifattoriale. La maggiore diffusione di queste patologie tra gli anziani trova spiegazione anche nella diminuzione della mortalità per altre cause, prime fra tutte quelle cardiovascolari. Infine, l'incidenza delle malattie infettive e parassitarie, particolarmente elevata agli inizi del Novecento, è andata progressivamente riducendosi nel tempo, grazie al miglioramento delle condizioni igieniche e, recentemente, a una mag-

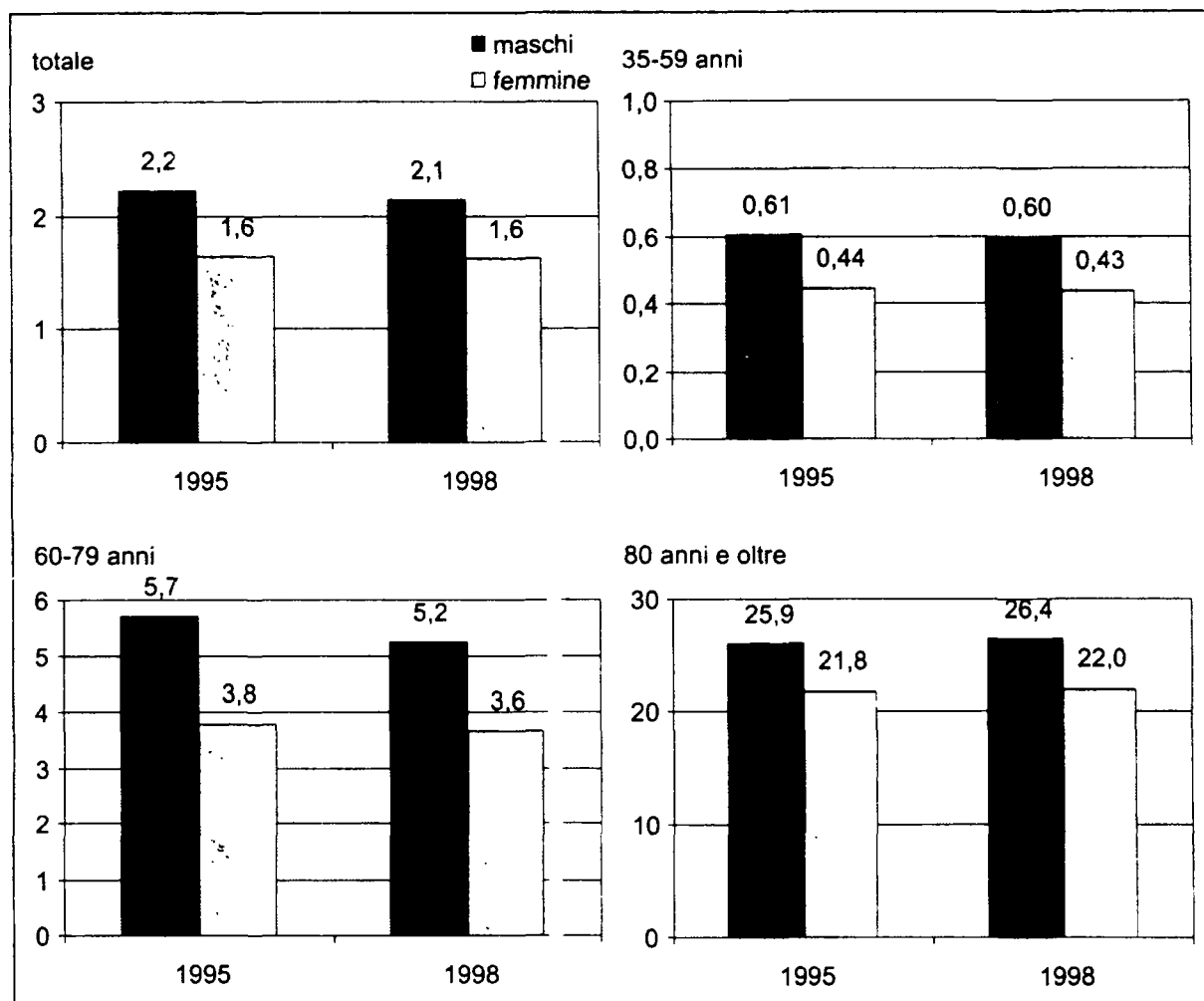


Figura 25 Tassi di mortalità standardizzati per malattie del sistema nervoso e organi di senso (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

giore diffusione delle vaccinazioni (figura 26). Contemporaneamente, l'utilizzo di farmaci sempre più efficaci ne ha anche diminuito la letalità, per cui nel 1998, non considerando la mortalità per AIDS, si sono registrati solo 0,6 decessi ogni centomila uomini e 0,5 decessi ogni centomila donne.

L'interesse per la mortalità legata alle malattie infettive e parassitarie oggi è quindi limitata ad alcuni fenomeni emergenti, quali l'insorgenza dell'AIDS e la recrudescenza della tubercolosi, determinata dalla resistenza di alcuni ceppi ai farmaci tradizionali. A parte la mortalità per AIDS, che si concentra nelle classi di età giovanili, quella per le altre malattie infettive interessa maggiormente le età anziane: il peso dei decessi di ultrasessantenni sul totale è andato aumentando nel tempo, fino a raggiungere nel 1998 il 76 per cento nei maschi e l'87 per cento nelle femmine.

BIBLIOGRAFIA

1) ISTAT - Istituto superiore di sanità. La mortalità in Italia nel periodo 1970-1992: evoluzione e geografia. Roma, 1999.

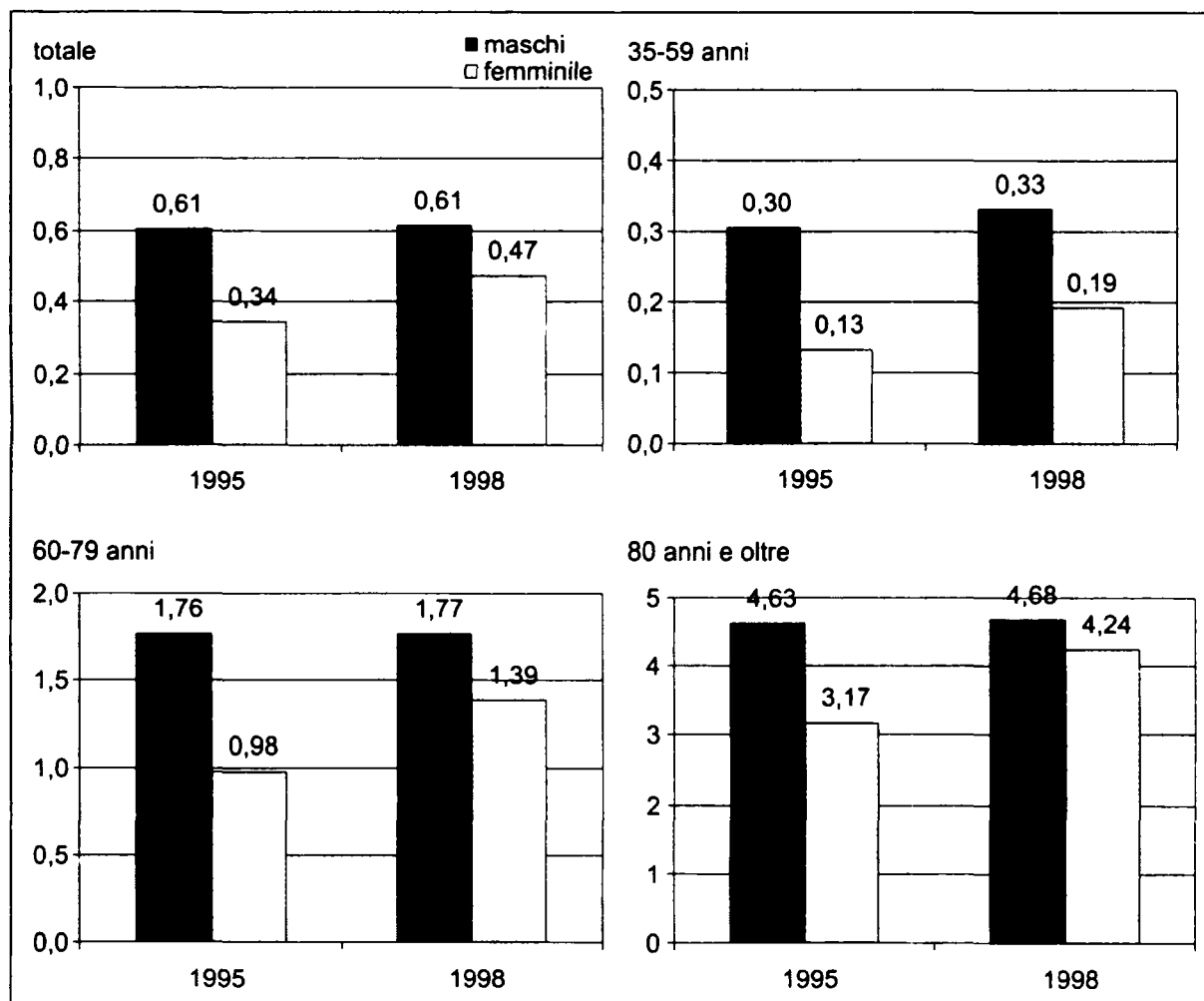


Figura 26. Tassi di mortalità standardizzati per malattie infettive e parassitarie escluso AIDS (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

ALTRE FONTI

Capocaccia R. Relationships between incidence and mortality in non-reversible diseases. *Statistics in Medicine* 1993; 12: 2395-2415.

Caselli G et al. Le differenze territoriali di mortalità in Italia: tavole di mortalità provinciali (1971-72). Facoltà di Scienze Statistiche Demografiche ed Attuariali - Università degli studi di Roma "La Sapienza", Istituto di Demografia, Roma, 1980.

Egidi V et al. Cancer morbidity and mortality: current trends and influence on health care and the economy. Università degli studi di Roma "La Sapienza" - Dipartimento di Scienze Demografiche. Materiali di studi e di ricerche n. 14 - maggio 1988, Roma, 1988.

EUROSTAT. Key data on health 2000-1999. Lussemburgo: Edition 2000

ISTAT. Cause di morte: anno 1997. Annuari n. 13. Roma, 2001.

ISTAT. Decessi: caratteristiche demografiche e sociali anno 1997. Annuari n. 6, Roma, 2001.

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

Micheli A et al. General mortality and its effect on survival estimates. In: *Survival of cancer patients in Europe the EUROCARE Study*. IARC Scientific Publications 1995; 132: 38-47

WHO. World health statistics quarterly. Ginevra, 2000

QUALITÀ DELLA SOPRAVVIVENZA

Le prospettive di sopravvivenza della popolazione italiana non sono mai state così favorevoli come negli anni recenti, in virtù della sensibile riduzione della mortalità nelle età adulte e anziane. Ciò tuttavia non implica una visione altrettanto positiva riguardo allo stato di salute della popolazione. In questo senso è quanto meno opportuno riflettere sulla necessità di disporre di misure di salute più accurate di quanto non siano attualmente i classici indici di mortalità.

L'invecchiamento e il progressivo affermarsi di malattie croniche e degenerative rendono sempre più attuale una valutazione anche qualitativa della sopravvivenza. È infatti importante comprendere se una vita più lunga significhi anche una vita migliore ovvero se un incremento così consistente della speranza di vita si realizzi in condizioni di cattiva salute. Il concetto di indicatore di salute in grado di riflettere in misura sintetica l'esperienza di morbosità e di mortalità di una popolazione non è nuovo nell'ambito del dibattito scientifico in tema di salute. L'indicatore di Sullivan (1), basato sulla determinazione della speranza di vita secondo diverse condizioni (in buona salute, libera da disabilità eccetera) sembra rispondere a tale requisito.

Consente infatti una valutazione globale dello stato di salute, non influenzata dalla struttura per età della popolazione. Tale caratteristica, che lo rende particolarmente utile a scopi comparativi, la relativa facilità di calcolo, nonché la possibilità di interpretarlo in modo semplice e immediato come una stima del tempo che un individuo può trascorrere nelle differenti condizioni di salute, ne hanno determinato la favorevole accoglienza e la progressiva diffusione negli anni recenti.

La specificazione delle differenti condizioni di salute dipende necessariamente dalle misure di morbosità e disabilità adottate. Le indagini campionarie sulle condizioni di salute condotte dall'ISTAT rappresentano una fonte informativa molto utile a questo scopo.

Speranza di vita in buona salute

In base all'indicatore di autopercezione di salute è possibile specificare il numero di anni trascorsi in buona salute. Sono considerati in una condizione di buona salute gli individui che dichiarano di sentirsi bene o molto bene rispetto a cinque modalità di risposta ordinate su una scala verbale.

Con riferimento ai dati raccolti nei primi due trimestri di rilevazione (settembre/dicembre 1999) dell'indagine ISTAT sulle condizioni di salute, si può stimare che circa il 60 per cento della popolazione si considera in buona salute. Infatti due terzi della popolazione adulta dichiarano di sentirsi bene, mentre solo l'1 per cento dà una valutazione completamente negativa delle proprie condizioni.

L'autopercezione di salute comincia a deteriorarsi significativamente dopo i 45 anni di età, quando diventa progressivamente più frequente tutta una serie di disturbi e di patologie non letali a lento decorso.

Uomini e donne presentano una percezione diversa delle proprie condizioni; in generale la proporzione di donne che dichiara di star male è più alta di quella degli uomini; il divario si configura con chiarezza a partire dai 35 anni e si accentua nelle fasce di età centrali.

Il titolo di studio svolge un ruolo attivo nel differenziare l'autopercezione di salute: vi è infat-

Tabella 31. Speranze di vita complessiva e in buona salute a differenti età nei due sessi (anno 1999)

	maschi	femmine	differenza
speranza di vita complessiva (in varie età)	(1)	(2)	(2-1)
alla nascita	75,8	82,0	6,2
15 anni	61,5	67,7	6,2
25 anni	52,0	57,8	5,8
45 anni	33,2	38,4	5,2
65 anni	16,3	20,3	4,0
75 anni	9,9	12,4	2,5
speranza di vita in buona salute (in varie età)			
alla nascita	49,2	51,3	2,1
15 anni	36,0	37,6	1,6
25 anni	27,4	28,8	1,4
45 anni	12,6	13,7	1,1
65 anni	3,5	4,2	0,7
75 anni	1,6	2,0	0,4

ti una frequenza sensibilmente maggiore di persone che si riconoscono in cattiva salute tra quanti hanno completato solo la scuola elementare.

L'impatto che questo quadro generale ha sulla sopravvivenza è sintetizzato nella tabella 31, in cui emerge chiaramente come le speranze di vita in buona salute prospettino uno scenario diverso rispetto a quello delineato in base ai soli rischi di mortalità, soprattutto in relazione alle differenze di genere.

In base alle stime relative al 1999, degli 82 anni mediamente vissuti da una donna, solo poco più di 51 sono vissuti in buona salute; un uomo può invece contare, alla nascita, su 49 anni di piena efficienza rispetto ai quasi 76 anni di sopravvivenza complessiva.

A 65 anni un individuo può attendersi ancora 3 anni e mezzo di vita in buona salute se maschio e poco più di 4 anni se femmina.

In termini qualitativi, dunque, le differenze di sopravvivenza tra i sessi vengono drasticamente ridimensionate: il vantaggio delle donne si riduce a soli 2 anni alla nascita e diminuisce ulteriormente con il crescere dell'età, tanto che a 75 anni può essere quantificato in meno di 5 mesi.

Occorre inoltre sottolineare che questi anni incidono in modo diverso tra i due sessi rispetto alla sopravvivenza complessiva: la proporzione di anni in buona salute ammonta infatti al 62 per cento nelle donne contro il 65 per cento degli uomini.

La maggiore longevità delle donne non si traduce quindi in una migliore qualità della sopravvivenza. Questo apparente paradosso può essere spiegato in parte dalla diversa tipologia di malattie che si sviluppano nei due sessi. Sembrerebbe infatti che proprio la presenza di patologie croniche e degenerative influenzi pesantemente in senso negativo la percezione del proprio stato di salute.

Le donne sono afflitte, più frequentemente e più precocemente rispetto agli uomini, da malattie meno letali, ma con un decorso che nel lungo periodo degenera in situazioni inva-

Tabella 32. Speranza di vita libera da disabilità a 65 e 75 anni nei due sessi (anni 1990 e 1999)

	maschi		femmine	
	1990	1999	1990	1999
speranza di vita a 65 anni				
totale	14,9	16,3	18,8	20,3
libera da disabilità	12,0	13,8	14,1	15,1
libera da confinamento	13,9	15,1	16,6	17,9
libera da difficoltà nelle attività della vita quotidiana	13,1	14,7	16,0	16,9
libera da difficoltà nella locomozione	13,6	15,0	16,3	17,5
speranza di vita a 75 anni				
totale	8,8	9,9	11,1	12,4
libera da disabilità	6,2	7,4	7,0	7,7
libera da confinamento	7,8	8,7	9,1	10,1
libera da difficoltà nelle attività della vita quotidiana	6,9	8,2	8,4	9,1
libera da difficoltà nella locomozione	7,6	8,8	8,9	9,9

lidanti, quali l'artrite, l'artrosi, l'osteoporosi, l'ipertensione arteriosa e il diabete; gli uomini, al contrario, sviluppano con maggiore probabilità patologie croniche letali, come i tumori maligni e le malattie legate al sistema cardiocircolatorio.

Con l'aumentare dell'età assume inoltre un rilievo sempre maggiore il fenomeno della comorbidità, vale a dire il cumularsi nello stesso individuo di processi ed eventi morbosi di natura diversa. Questo aspetto ha un impatto ancora più rilevante sull'autopercezione di salute: un malato multicronico su tre riferisce infatti di star male o molto male. Anche in questo caso appare netta la prevalenza delle donne.

Tra gli anziani con disturbi multicronici il 70,3 per cento è rappresentato da donne, contro il 62 per cento degli uomini.

Speranza di vita libera da disabilità

Lo stato di salute di una popolazione si misura non solo attraverso la prevalenza di problemi di salute, ma anche riguardo alla capacità degli individui di esercitare pienamente ed autonomamente il proprio ruolo sociale e le attività della vita quotidiana. Questa dimensione del concetto di salute sta acquisendo un'importanza crescente in relazione al progressivo aumento del numero di anziani nella popolazione. L'autonomia infatti può essere ridotta a causa di processi patologici, di traumatismi o più semplicemente come conseguenza del declino psico-fisico legato al processo di invecchiamento individuale.

Nel caso degli anziani, in particolare, la qualità degli anni vissuti deve tenere conto della capacità del soggetto di adattarsi all'ambiente in cui vive conservando la sua autonomia nelle attività quotidiane, anche in assenza di un processo morboso ben definito. La speranza di vita libera da disabilità può essere considerata quindi un indicatore più pertinente per valutare lo stato di salute della popolazione anziana.

Facendo riferimento alla condizione di disabilità rilevata nello studio citato, lo scenario che

si configura in termini di aspettative di vita consente un cauto ottimismo: a 65 anni una donna può aspettarsi di vivere mediamente ancora 20 anni e di questi ben 15 in piena autosufficienza; un uomo invece, rispetto ai 16 anni di vita attesi, ha davanti a sé ancora 14 anni liberi da disabilità. Complessivamente le donne possono contare a ogni età su una più elevata speranza di vita libera da disabilità, ma anche in questo caso il vantaggio va riducendosi con il crescere dell'età, scendendo a circa 16 mesi a 65 anni, rispetto ai 4 anni complessivi, e a meno di 4 mesi all'età di 75 anni.

L'analisi della reciproca influenza tra sopravvivenza e disabilità è stata approfondita isolando le singole componenti della disabilità: confinamento, difficoltà nell'esecuzione delle attività quotidiane e difficoltà di movimento; nel riproporzionamento degli anni vissuti sono state quindi utilizzate le rispettive prevalenze stimate nella popolazione in base ai primi due trimestri di rilevazione.

I risultati, riportati nella tabella 32, riflettono nella sostanza quanto già emerso, sulla base del più generale indicatore di disabilità, in relazione al vantaggio femminile. È altresì evidente una considerazione di carattere generale, ovvero che il numero di anni libero da disabilità è più elevato se dalla speranza di vita vengono sottratti solo gli anni vissuti in condizioni di disabilità molto serie (per esempio, il confinamento) e considerevolmente inferiore quando si tiene conto di disabilità meno gravi.

I dati a disposizione consentono inoltre di tracciare un primo quadro evolutivo della speranza di vita libera da disabilità.

A livello complessivo si può osservare che la proporzione di soggetti che presentano una perdita o una riduzione di autonomia di carattere permanente è diminuita dopo il 1990, in misura maggiore per gli uomini rispetto alle donne. I quozienti di disabilità sono infatti passati dal 5,3 per cento del 1990 al 3,5 per cento del 1999 per gli uomini e dal 7 per cento al 6,3 per cento per le donne, sempre negli stessi anni.

Di conseguenza i guadagni che attengono alla speranza di vita complessiva e a quella libera da disabilità sono di considerevole entità.

In generale gli uomini hanno fatto registrare in questi anni guadagni di vita liberi da disabilità più rilevanti di quelli delle donne, in particolare per quanto riguarda le condizioni meno gravi di disabilità.

Se i guadagni attinenti alla speranza di vita in buona salute indicano un generale miglioramento dello stato generale, le ripercussioni sui servizi sanitari risultano invece piuttosto ambigue.

L'aumento della speranza di vita implica comunque un sempre più consistente numero di persone in età avanzata più facilmente esposte a condizioni di disabilità. Ciò lascia prevedere un maggior bisogno di aiuto personale, sia di tipo familiare sia in termini di assistenza domiciliare e di servizi sanitari.

Al fine di pianificare le strategie volte a ridurre le conseguenze negative dei problemi di salute occorrerà puntare l'attenzione in diverse direzioni, intervenendo da un lato al fine di prevenire le malattie e i traumatismi all'origine delle disabilità e operando dall'altro verso una riduzione delle conseguenze che da essi ne derivano.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Rep. 1977; 347-354.

LE PRINCIPALI PATOLOGIE IN ITALIA

Malattie cardio e cerebrovascolari

In Italia nel corso degli ultimi decenni la mortalità per le malattie cardiovascolari è notevolmente diminuita, tuttavia rimane la causa principale di morte (43 per cento della mortalità totale nel 1997).

Le malattie cardiovascolari di origine arteriosclerotica, e fra queste in particolare le malattie ischemiche del cuore e gli accidenti cerebrovascolari, sono fra le patologie cronicamente degenerative a più alta morbosità e sono fra le principali cause di disabilità.

Nel 1997 le malattie cardiovascolari hanno provocato 242.473 decessi, di cui 178.019 nell'età più avanzata (75 anni e oltre); le malattie ischemiche del cuore hanno prodotto 75.445 decessi, di cui 40.501 negli uomini e 34.044 nelle donne; gli accidenti cerebrovascolari 68.930 decessi, di cui 28.303 negli uomini e 40.627 nelle donne. L'andamento dei tassi di mortalità per le malattie ischemiche del cuore e per gli accidenti cerebrovascolari per gli uomini e le donne di età 65-99 anni suddiviso per grandi aree geografiche (Nordest,

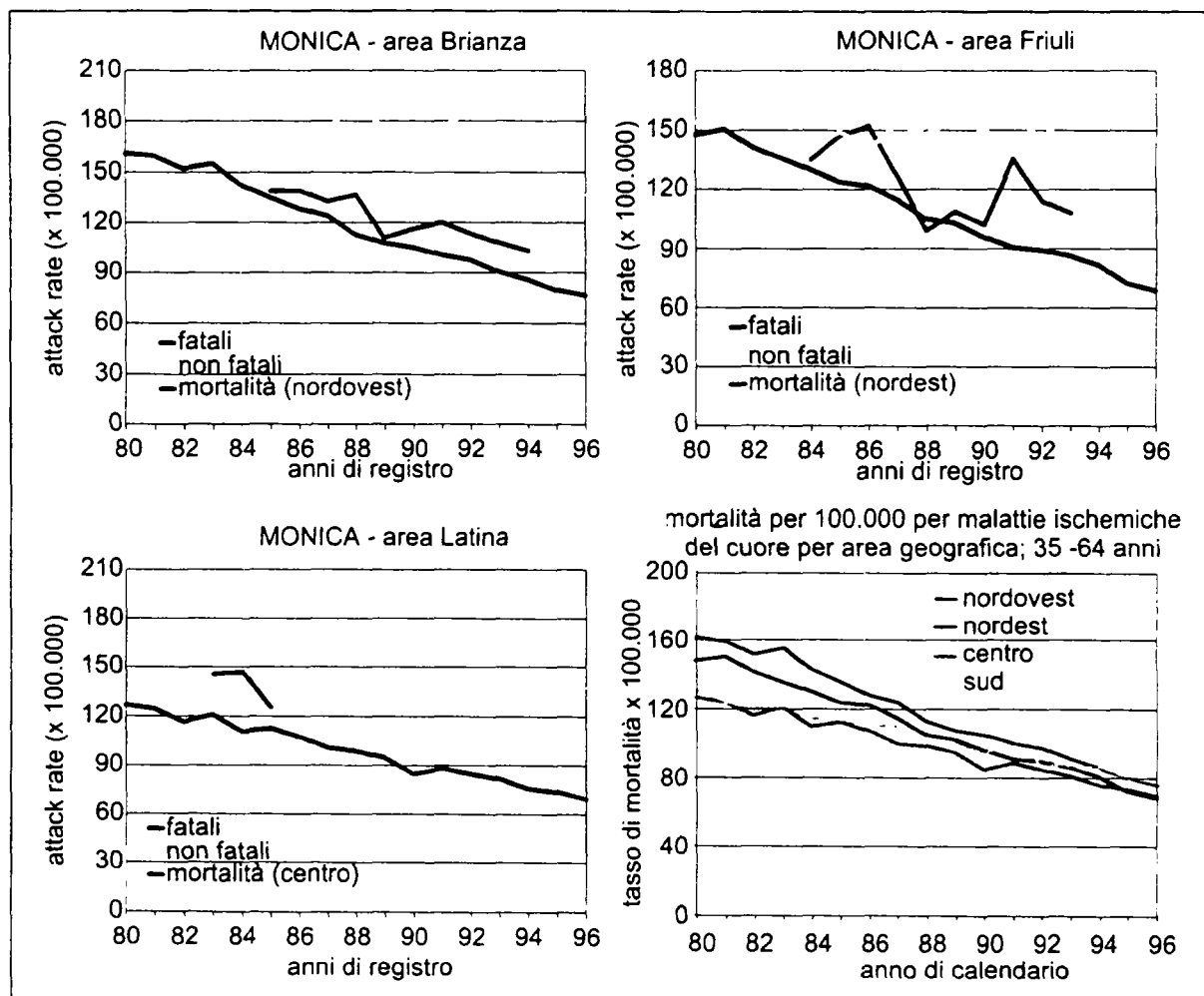


Figura 27. Andamenti dei tassi di attacco coronarico per gli uomini di 35-64 anni e per gli eventi fatali e non fatali per gli anni di funzionamento del registro MONICA

Nordovest, Centro e Sud) mostra chiaramente un andamento in discesa, ma sono evidenti anche le differenze fra Nord e Sud: negli uomini la mortalità per malattie ischemiche del cuore è più elevata a Nord rispetto al Sud, mentre quella per gli accidenti cerebrovascolari è più elevata al Sud; nelle donne la mortalità per gli accidenti cerebrovascolari è più frequente al Sud, mentre quella per malattie ischemiche del cuore non mostra differenze fra aree geografiche. Le differenze fra aree geografiche non sono evidenti nella mortalità riferita alle età più giovani. Recentemente sono stati pubblicati i risultati del Progetto MONICA (MONItoring Cardiovascular diseases) raccolti nelle tre aree italiane che hanno partecipato al progetto (l'Area Friuli e l'Area Brianza che hanno concluso lo studio, l'Area Latina che ha partecipato solo per i primi tre anni di funzionamento del registro) e i tassi di occorrenza per gli eventi coronarici maggiori raccolti negli anni di sorveglianza; gli andamenti dei tassi di attacco per gli uomini e le donne di 35-64 anni e per gli eventi fatali e non fatali per gli anni di funzionamento del registro sono riportati nelle figure 27 e 28; nelle figure è stata inserita anche la mortalità specifica di quell'area per evidenziare l'andamento fra i casi fatali e non fatali e per mostrare le differenze riscontrate fra la mortalità ufficiale (codici CIM IX revisione 410-414) e la mortalità validata attraverso i criteri diagnostici del Progetto MONI-

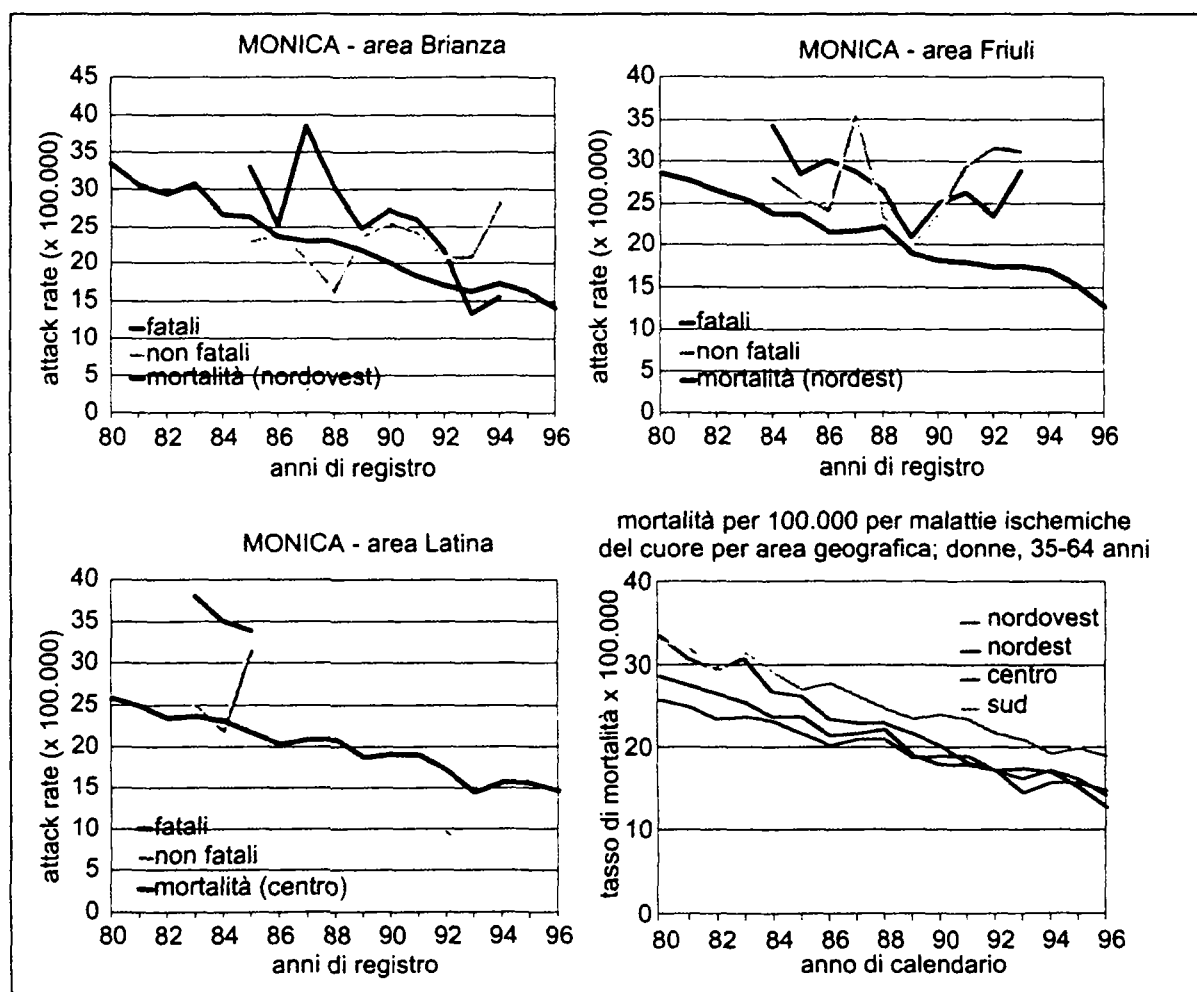


Figura 28. Andamenti dei tassi di attacco coronarico per le donne di 35-64 anni e per gli eventi fatali non fatali per gli anni di funzionamento del registro MONICA

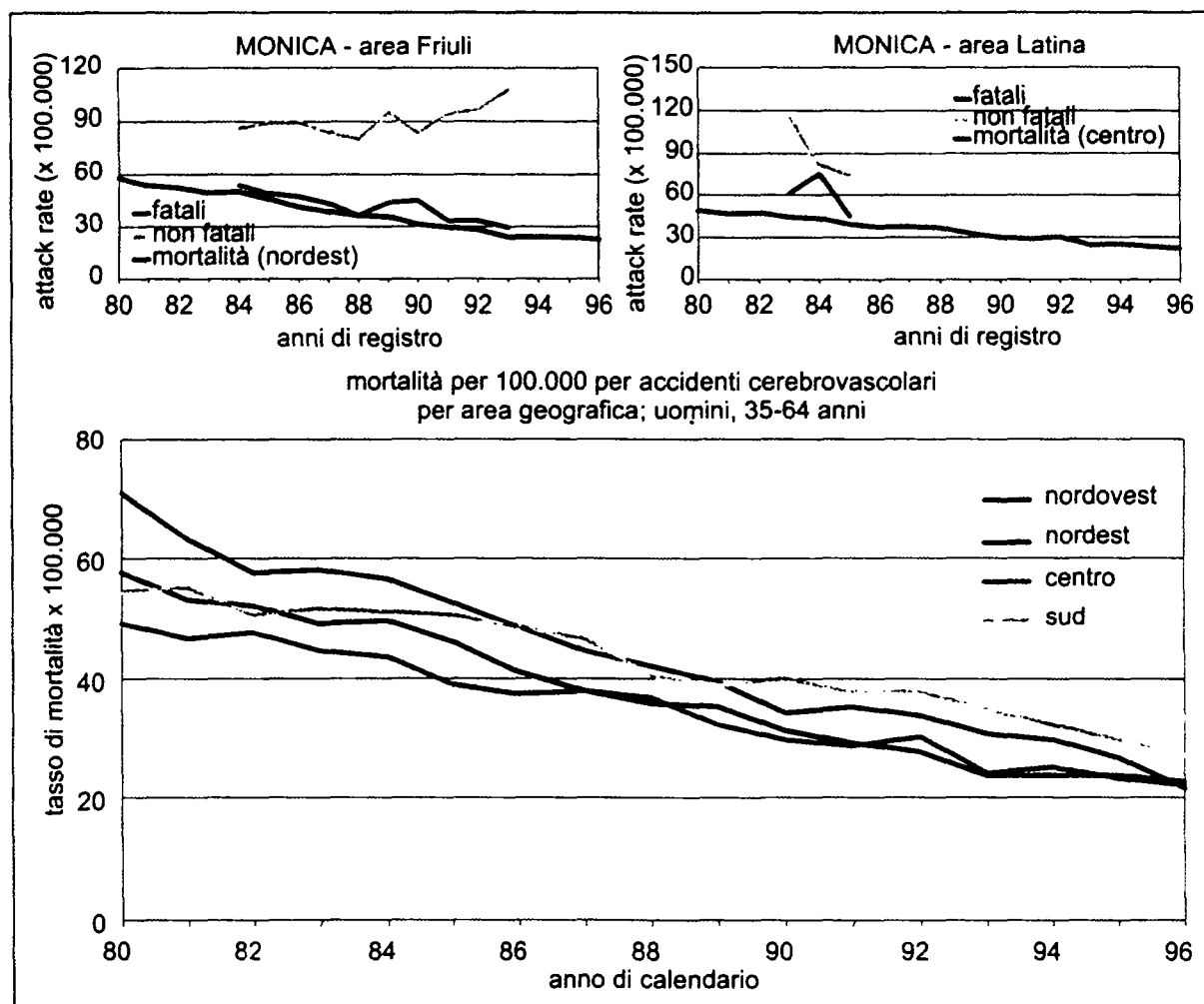


Figura 29. Andamenti dei tassi di attacco per gli accidenti cerebrovascolari negli uomini

CA. Negli uomini è evidente l'andamento in discesa degli eventi fatali, mentre quelli non fatali non sembrano in diminuzione. I tassi riportati per le donne mostrano un andamento non chiaro, dovuto alla scarsa numerosità degli eventi coronarici sia fatali sia non in questa fascia di età. Interessante anche notare la letalità a varie scadenze suddivisa in intraospedaliera ed extraospedaliera: entro la prima ora il 20 per cento degli uomini e il 15 per cento delle donne colpiti da un evento coronarico muore, entro un giorno il 32 per cento degli uomini e il 36 per cento delle donne; entro 28 giorni il 40 per cento degli uomini e il 45 per cento delle donne. Nella indagine multiscopo sulle famiglie condotta dall'ISTAT basata su interviste, il 6 per cento degli uomini e il 3 per cento delle donne di età uguale o superiore a 65 anni dichiara di aver avuto l'infarto del miocardio.

Le figure 29 e 30 riportano gli andamenti dei tassi di attacco per gli accidenti cerebrovascolari: anche in questo caso sembrano diminuire gli eventi fatali, mentre quelli non fatali rimangono alti.

Numerosi studi epidemiologici indicano che il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare è efficace nel ridurre l'incidenza della cardiopatia ischemica e degli accidenti cerebrovascolari; pertanto, nel descrivere lo stato di salute cardiovascolare della popolazione italia-

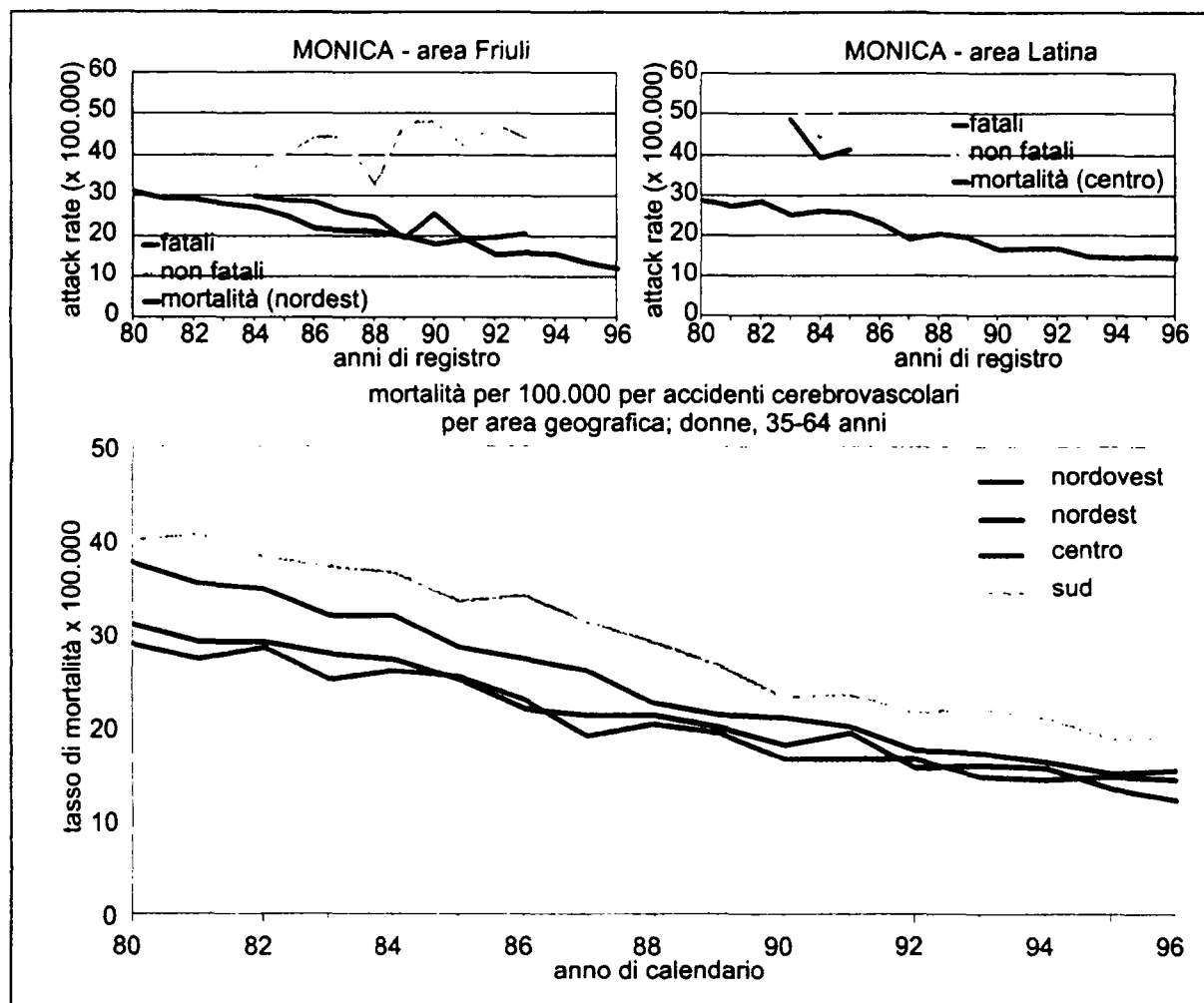


Figura 30. Andamenti dei tassi di attacco per gli accidenti cerebrovascolari nelle donne

na, è opportuno dare alcune informazioni sulla distribuzione dei fattori di rischio. Nel 1998 è stata condotta una indagine trasversale su alcuni campioni di popolazione di età 35-74 anni, scelti in modo casuale, diffusi omogeneamente sul territorio nazionale, nell'ambito dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare, studio collaborativo fra Istituto superiore di sanità e Associazione medici cardiologi ospedalieri. I dati sono stati raccolti con metodologie standardizzate da operatori sanitari opportunamente addestrati e durante le operazioni di screening sottoposti al controllo di qualità per la rilevazione delle misurazioni. Sono stati studiati anche la mediana e il valore al venticinquesimo e al settantacinquesimo percentile di alcuni fattori di rischio quali la pressione arteriosa (riportata in figura 31), la colesterolemia (figura 32), l'abitudine al fumo di sigaretta, l'indice di massa corporea, l'inattività fisica, la glicemia, nonché la prevalenza di alcune condizioni a rischio come l'ipertensione arteriosa (pressione arteriosa uguale o maggiore di 160 o 95 mmHg o trattamento farmacologico specifico; per i borderline pressione arteriosa compresa fra 140 e 160 o 90 e 95 mmHg), la ipercolesterolemia (colesterolemia uguale o superiore a 240 mg/dl; per i borderline con colesterolemia compresa fra 200 e 240 mg/dl), l'obesità (indice di massa corporea uguale o superiore a 30 kg/m²), e il diabete (anamnesi positiva). I dati delle figure 31

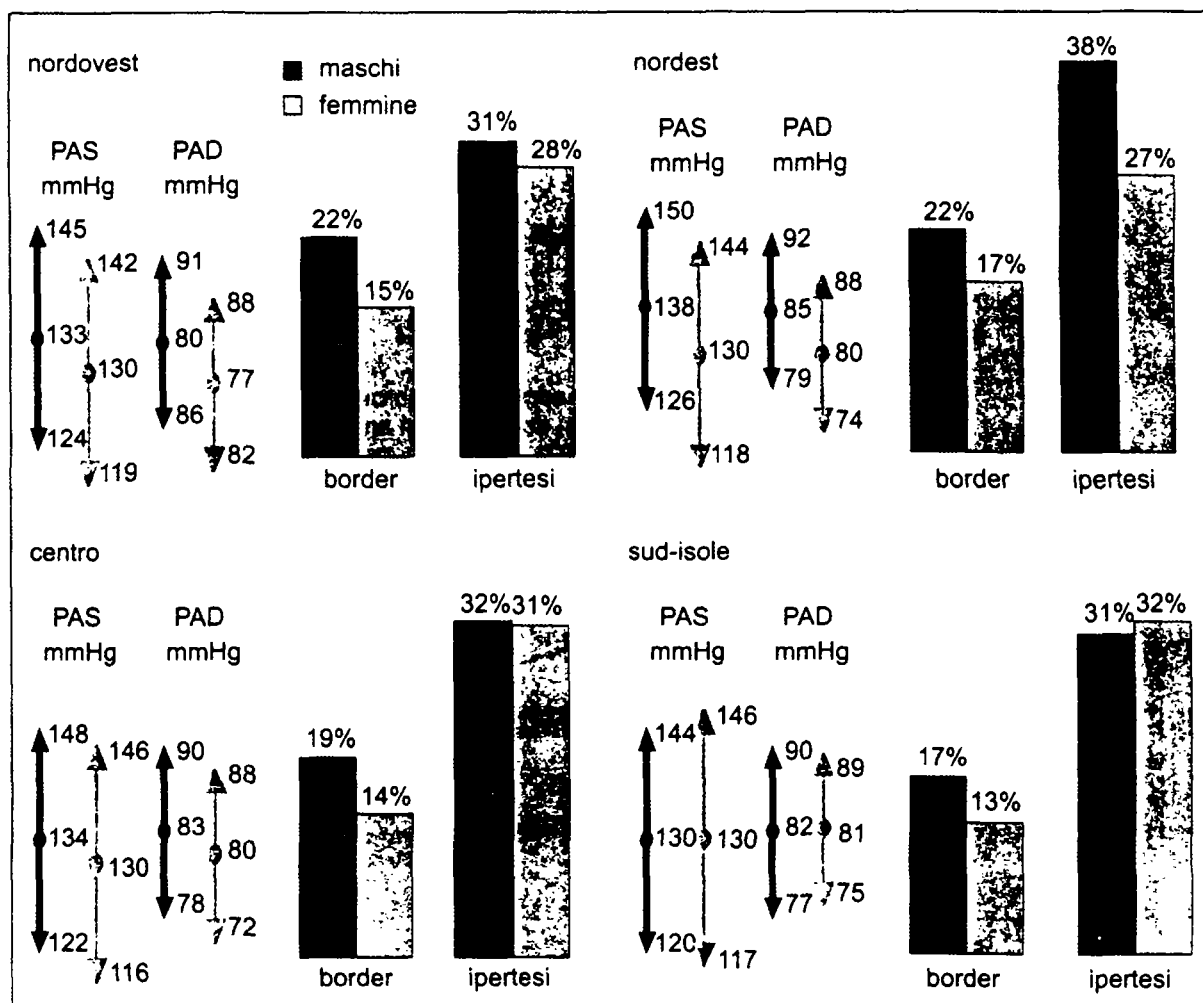


Figura 31. Mediana e valore al venticinquesimo e al settantacinquesimo percentile della pressione arteriosa

e 32 sono inoltre presentati per grandi aree geografiche. Nella indagine multiscopo sulle famiglie condotta dall'ISTAT il 10 per cento degli uomini e il 13 per cento delle donne dichiara di essere iperteso; nella fascia di età uguale o superiore a 65 anni il 31 per cento degli uomini e il 39 per cento delle donne. Questi dati raccolti tramite intervista forniscono una prevalenza di ipertensione arteriosa più bassa rispetto a quella raccolta tramite misurazione diretta nell'ambito dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare.

Dai dati presentati risulta chiaro che la patologia cardiovascolare, nonostante l'andamento in discesa della mortalità, è tuttora un rilevante problema sanitario; nonostante la riduzione della letalità, il numero degli eventi coronarici e cerebrovascolari non fatali che si verificano è a tutt'oggi elevato, gravando sia in termini di spesa sanitaria per le terapie di mantenimento dopo la fase acuta sia in termini di disabilità. Non va dimenticato infatti che le malattie cardiovascolari costituiscono uno dei fattori di rischio principali nello sviluppo di patologie legate all'anziano quali il danno cognitivo, la demenza e la non autosufficienza. Molto può essere fatto ancora per ridurre i fattori di rischio modificabili nella popolazione generale, come l'abitudine al fumo di sigarette, l'obesità, l'inattività fisica, nonché il controllo adeguato dell'ipertensione arteriosa e della colesterolemia; è presumibile che il riconoscimento