

# I bisogni di salute

*A cura di Nicola Nante*

*Con la collaborazione di Deborah Turacchio, Mario Del Prato,  
Andrea Micheli, Paolo Baili*

L'analisi dei bisogni di salute di una popolazione è competenza specifica dell'epidemiologia. Essa si avvale di indicatori sanitari. Tra gli indicatori utilizzati a questi fini, quelli basati sul rilievo dei decessi sono i più comunemente utilizzati, perché da un lato descrivono l'evento più grave che qualunque sistema sanitario si propone di prevenire (e quindi il prioritario oggetto di attenzione programmatica), dall'altro si basano su dati di comune reperimento. In particolare, la **mortalità per causa** è considerata il miglior *proxy* singolo per l'analisi dei bisogni di salute. Il tasso di mortalità specifico per causa (così come descritta nella Classificazione Internazionale delle malattie, traumatismi e cause di morte ICD-9) è stato standardizzato per età, così da rendere confrontabili le varie realtà regionali; è stato utilizzato il metodo diretto e la popolazione di riferimento è stata quella italiana residente al Censimento 1991. La fonte dei dati è l'ISTAT, l'anno di riferimento è il 2000, tranne per i tumori e le malattie infettive, dove è stato considerato, rispettivamente il 1998 ed il 2001.

Ad arricchire e completare la suddetta analisi sono stati considerati altri aspetti che possono esprimere il bisogno di salute anche in termini di qualità della vita: la presenza nelle varie regioni italiane delle **patologie croniche**, caratterizzate spesso da bassa letalità e quindi meglio descritte in termini di diffusione che di mortalità.

A questo scopo è stata utilizzata come fonte dei dati l'indagine Multiscopo «**Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari**»: si tratta di una indagine campionaria (campione complessivo composto da 52.300 famiglie residenti, per un totale di 140.000 individui, distribuiti in 1.449 comuni). Nella tab.1 è descritta in dettaglio la numerosità dei campioni regionali realizzata mediante somministrazione di questionario ad hoc alla popolazione italiana residente nel periodo Luglio 1999-Giugno 2000. Per contenere l'effetto stagionale dei fenomeni, ogni tre mesi è stato intervistato un quarto del campione complessivo (nei mesi di Marzo, Giugno, Settembre, Dicembre); le stime fornite sono relative alla media dei quattro trimestri. I tassi così ottenuti sono stati poi standardizzati con classi d'età decennali della popolazione standard (popolazione italiana residente al Censimento 1991). Rispetto all'indagine Multiscopo sono stati introdotti i codici ICD-9 accanto alle patologie considerate.

La fonte dei dati è quindi di natura soggettiva: la rilevazione della «salute percepita» permette di cogliere anche aspetti non rilevati dai tradizionali indicatori oggettivi, come la variabilità degli effetti che le diverse malattie producono sulla qualità della vita; il limite principale dell'indagine concerne soprattutto la precisione dell'informazione fornita.

### Tasso standardizzato di mortalità per malattie cardiovascolari

**Significato.** Il termine «malattie cardiovascolari» comprende un elevato numero di patologie (ICD-9 390-459), che rappresentano la prima causa di morte nel complesso della popolazione e negli anziani, e la seconda causa negli adulti. La cardiopatia ischemica e i disturbi circolatori dell'encefalo, in particolare, sono ai primi posti della graduatoria delle cause di morte (31% e 28,5%, rispettivamente, di tutti i decessi), con un tasso di mortalità std. di 51,3 morti ogni 10.000 abitanti per la cardiopatia ischemica e di 39,9 per i disturbi circolatori dell'encefalo. L'etiopatogenesi che sottende quella che è stata definita una malattia «del progresso» fa capo sia a fattori di rischio non modificabili (sesso, età, predisposizione genetica o storia familiare), sia a fattori di rischio modificabili, connessi allo stile di vita (fumo, stress, obesità, sedentarietà etc.) ed oggetto di prevenzione primaria. Lo studio della mortalità permette di individuare le aree che necessitano di maggiori sforzi preventivi.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{N}^\circ \text{ di morti per malattie cardiovascolari}}{\text{Popolazione residente regionale a metà anno}} \times 10.000$$

**Validità e limiti.** Il tasso di mortalità è un descrittore sintetico e fedele del bisogno di salute; il suo limite principale è dato dal fatto che attribuisce lo stesso peso a tutti i decessi, senza specificare la quota di anni persa in relazione alla speranza di vita stimata. Ciò si evidenzia anche nel caso delle malattie cardiovascolari, dove la mortalità è sì elevata, ma comunque spostata verso l'età più anziana.

**Benchmark.** In Italia i valori più bassi si riscontrano nelle Marche per il sesso femminile (24,40) e in Abruzzo per i maschi (37,45) e possono essere presi come valori di riferimento.

#### *Descrizione dei Risultati*

Nell'ultimo decennio la mortalità per malattie cardiovascolari in Italia è diminuita oltre che per le campagne di prevenzione, anche per le migliorate e capillarizzate tecniche assistenziali. In ambito territoriale la geografia della mortalità non subisce grandi variazioni; si conferma lo svantaggio delle donne di tutte le regioni del Sud e Isole, con in testa Campania e Sicilia.

A queste ultime spetta il primato negativo anche per i maschi, che però registrano tassi di mortalità superiori alla media nazionale anche in Valle d'Aosta, Piemonte e nella P.A. di Trento. In condizione favorevole si trova, invece l'Italia centrale. La regione Marche presenta valori di mortalità tra i più bassi d'Italia per entrambi i sessi; all'Abruzzo spetta il primato positivo per i maschi. Si distingue il Lazio, che registra valori di mortalità analoghi alla media nazionale per le donne e superiori per gli uomini. Tra le regioni del Sud, la Puglia si trova in una condizione particolare: presenta infatti tassi di mortalità nettamente elevati per le donne e tra i più bassi per gli uomini.

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT. Anno 2000.

	Maschi	Femmine
Marche	37,61	24,40
Emilia Romagna	39,53	24,65
Veneto	39,65	24,83
Friuli VG	38,58	24,86
Liguria	38,32	25,06
Valle d'Aosta	45,15	25,31
Lombardia	41,00	25,54
Sardegna	39,36	25,93
Trento	44,09	26,04
Trentino-A.A.	43,29	26,84
Toscana	40,81	27,27
Umbria	39,81	27,36
Piemonte	42,56	27,55
Abruzzo	37,45	27,56
Bolzano-Bozen	42,45	27,82
<b>ITALIA</b>	<b>42,45</b>	<b>28,18</b>
Lazio	43,79	28,20
Molise	47,47	28,96
Puglia	39,05	29,58
Basilicata	43,29	30,07
Calabria	44,66	32,90
Sicilia	47,54	34,90
Campania	52,23	37,34

Tasso standardizzato di mortalità cardiovascolare. Maschi



I risultati di Campania e Sicilia, così come quelli delle altre regioni, concordano con le caratteristiche di diffusione dei vari fattori di rischio: abitudine al fumo, ridotta attività fisica, elevati livelli di colesterolemia; in particolare in Campania si riscontra anche una spesa pro-capite relativa a farmaci per malattie cardiovascolari inferiore alla media nazionale che può suggerire fenomeni di misconoscenza della patologia.

#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Mentre è documentato il progresso terapeutico nel settore, che peraltro comporta pesanti oneri finanziari, si ritiene che le attività di prevenzione primaria, con rapporti costo/benefici particolarmente favorevoli, possano avere ampi margini di potenziamento.

### Tasso standardizzato di mortalità per diabete mellito

**Significato.** Il diabete mellito (ICD-9 250), con il quadro di complicanze associate (retinopatia, nefropatia, neuropatia, piede diabetico, rischio cardiovascolare, infezioni ricorrenti ecc.), costituisce un importante problema sanitario nei paesi economicamente sviluppati ed un capitolo di spesa consistente: è stato valutato che il 6,65% della spesa sanitaria nazionale sia attribuibile alla gestione delle complicanze diabetiche. Ne esistono due tipi principali: tipo I (insulino-dipendente) e tipo II (non insulino-dipendente). Il rischio di morte nei pazienti diabetici risulta essere di 2-3 volte superiore rispetto alla popolazione generale, aggirandosi intorno al 2,6 per 10.000 abitanti. Nel periodo 1998-2000 la mortalità per diabete è rimasta sostanzialmente stabile, con un tasso di 2,7 decessi per 10.000 uomini e 2,5 per 10.000 donne; si è però osservato un lieve aumento nelle fasce d'età più avanzate per entrambi i sessi, in particolare tra gli ultraottantenni. La specifica analisi territoriale si rende indispensabile per una corretta allocazione delle risorse e per l'attuazione di interventi di prevenzione primaria (fondamentale per il diabete di tipo II in cui lo stile di vita ha un importante ruolo etiopatogenetico) anche alla luce delle differenze regionali, in alcuni casi notevoli, che ci possono essere nella diffusione della malattia.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{N}^\circ \text{ di morti per diabete mellito}}{\text{Popolazione residente regionale a metà anno}} \times 10.000$$

**Validità e limiti.** Il ruolo del diabete come causa primaria di morte, in base alla qualità della Scheda di morte, può essere sottovalutato, sia per la non sempre chiara identificazione della causa primaria sia per il ruolo di cofattore che il diabete svolge in diverse cause di morte.

**Benchmark.** Il livello più basso di mortalità per diabete mellito si riscontra, per entrambi i sessi, nella Provincia Autonoma di Bolzano con un tasso standardizzato di 0,77 per i maschi e lo 0,82 per le femmine. Esso costituisce quindi un auspicabile valore di riferimento.

#### **Descrizione dei Risultati**

In Italia, il tasso di mortalità per diabete mellito è stato di 2,72 per 10.000 nelle donne e 2,51 per 10.000 nei maschi. Esso segue una distribuzione territoriale sostanzialmente uniforme per i due sessi e presenta i valori più elevati nel Centro-Sud e Isole: la performance negativa spetta ancora a Sicilia e Campania seguite immediatamente dopo da Basilicata, Puglia, Lazio, Abruzzo e Calabria. Eccezione costituisce la regione Marche con valori nettamente inferiori alla media nazionale. Valori simili a quest'ultima si registrano in Toscana, Molise, Sardegna e Umbria. L'Italia Settentrionale, a parte la Liguria, si presenta in condizione favorevole, con il primato positivo che spetta alla Provincia Autonoma di Bolzano.

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT - Anno 2000.

	Maschi	Femmine
Bolzano-Bozen	0,77	0,82
Trentino Alto Adige	1,22	0,96
Trento	1,62	1,06
Marche	1,66	1,41
Friuli Venezia Giulia	1,85	1,23
Piemonte	1,89	1,81
Veneto	1,90	1,58
Emilia Romagna	2,18	1,61
Umbria	2,26	1,92
Lombardia	2,32	1,81
Valle d'Aosta	2,58	1,14
Sardegna	2,63	2,46
Molise	2,68	2,35
Liguria	2,72	2,38
<b>ITALIA</b>	<b>2,72</b>	<b>2,51</b>
Toscana	2,75	2,04
Calabria	2,86	3,45
Lazio	3,06	2,91
Abruzzo	3,14	2,64
Puglia	3,52	3,71
Basilicata	3,76	3,66
Campania	3,77	4,64
Sicilia	4,18	4,55

Tassi di mortalità standardizzata per diabete mellito. Uomini.



La concordanza dei tassi in relazione al sesso e la suddivisione, con qualche eccezione, Nord/Centro-Sud può suggerire l'importanza dei fattori ambientali nel determinismo di questa malattia. Infatti i fattori di rischio coinvolti sono maggiormente diffusi al Centro-Sud, soprattutto per quanto riguarda l'obesità (che ha un ruolo centrale nell'insorgenza del diabete di tipo II), con tassi di prevalenza dell'11% e 12%, rispettivamente per maschi e femmine contro il 7,7% e 7,5% del Nord-Ovest.

#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Ad oggi il sistema di rilevazione epidemiologica per questa malattia può essere migliorato, anche in considerazione dello spostamento sempre più marcato dell'impatto assistenziale dall'ospedale al territorio. La malattia fa parte di un ambito dismetabolico dalla cui prevenzione primaria e secondaria, laddove tecnicamente ed efficacemente perseguita, si possono attendere i più significativi risultati in termini di guadagno di speranza di vita.

### Tasso standardizzato di mortalità per tutti i tumori

**Significato.** La mortalità, che esprime il carico sociale complessivo della malattia, è la misura epidemiologica più facilmente reperibile in campo internazionale. L'incidenza, che fornisce informazioni sui livelli di rischio oncologico, in Europa è invece disponibile a livello nazionale solo nei paesi del Nord. Una tendenza alla riduzione del rischio, i progressi nel trattamento e nella capacità di diagnosi, accompagnati dalla diffusione di programmi organizzati di screening, hanno portato negli ultimi anni ad una diminuzione della mortalità dell'insieme dei tumori (ICD9-CM 140.-239.); in Italia il tasso standardizzato per 100.000 abitanti, che elimina l'effetto dovuto alla diversa distribuzione per età delle popolazioni a confronto, da 149.9 nel 1988 è diventato 131.2 nel 1998.

---

Parametro misurato	Tasso standardizzato di mortalità (standard mondiale) – TSM – per l'insieme dei tumori (ICD9-CM 140.-239.) per 100.000 abitanti – M+F
--------------------	---

---

Formula

$$\frac{\sum_{x=0}^{\omega} \frac{{}^c d_x}{n_x} N_x}{\sum_{x=0}^{\omega} N_x} * 100000$$

$$\left\{ \begin{array}{l} x = \text{età} \\ {}^c d_x = \text{decessi nella popolazione studiata per la causa } C \\ \quad \text{(tutti i tumori) all'età } x \\ n_x = \text{numerosità della popolazione totale studiata all'età } x \\ N_x = \text{numerosità della popolazione standard all'età } x \end{array} \right.$$


---

**Benchmark.** Poiché i valori italiani sono in media migliori di quelli internazionali si può fare riferimento ai migliori valori regionali (130, 90 per i maschi e 72, 80 per le femmine).

#### Descrizione dei Risultati

La tabella riporta i TSM per l'insieme dei tumori (compresi i tumori della pelle) per le regioni italiane nel 1998. Il valore medio italiano separa le regioni del Nord, che mostrano i TSM più alti della media nazionale, dalle regioni del Centro Sud e Isole, che presentano tassi più bassi della media nazionale (le eccezioni sono da un lato la Campania, e dall'altro la Liguria). Il rischio di morte per tumore in Lombardia (la regione a più alta mortalità per cancro in Italia – TSM=151,4) è circa una volta e mezzo quello della Calabria (la regione con il più basso tasso di mortalità – TSM=101,4).

#### Il confronto internazionale

A livello mondiale i TSM più alti si riscontrano nell'Europa continentale e nei territori dell'ex-URSS. I dati EUCAN del 1998, che presentano dati di mortalità per l'insieme dei tumori (esclusi i tumori della pelle; ICD 9: 140.-208. escl. 173.) mostrano come il tasso di mortalità della popolazione italiana sia molto simile a quello medio dell'Unione Europea (121.9 decessi per 100.000 abitanti dell'Italia contro 123.9 della media europea). In Europa, la mortalità per tumore tocca il livello minimo in Finlandia (103.3 per 100.000 abitanti) e quello massimo in Danimarca (147.3).

Fonte dei dati e anni di riferimento: [www.mortalità.iss.it](http://www.mortalità.iss.it) – Tutti i tumori: ICD9-CM 140.-239. Anno 1998.

Regione	MASCHI			FEMMINE		
	Tasso	I.C. 95%		Tasso	I.C. 95%	
Calabria	130,90	125,22	136,58	72,80	68,68	76,92
Abruzzo	140,40	133,54	147,26	77,60	72,50	82,70
Basilicata	144,60	134,02	155,18	74,20	66,56	81,84
Molise	139,40	125,48	153,32	82,00	71,42	92,58
Sicilia	143,00	139,28	146,72	80,80	78,06	83,54
Umbria	157,40	148,58	166,22	84,20	77,93	90,47
Puglia	159,30	154,79	163,81	83,60	80,46	86,74
Marche	155,90	149,24	162,56	88,60	83,50	93,70
Toscana	166,80	162,49	171,11	88,20	85,06	91,34
Sardegna	171,00	163,75	178,25	85,40	80,50	90,30
Lazio	168,00	164,08	171,92	91,20	88,46	93,94
Liguria	170,30	164,03	176,57	91,90	87,59	96,21
<b>ITALIA</b>	<b>171,80</b>	<b>170,62</b>	<b>172,98</b>	<b>90,60</b>	<b>89,82</b>	<b>91,38</b>
Campania	176,40	172,28	180,52	89,40	86,66	92,14
Piemonte	174,40	170,28	178,52	92,60	89,66	95,54
Emilia Romagna	171,20	167,08	175,32	96,50	93,36	99,64
Trentino AA	181,40	171,80	191,00	90,60	84,13	97,07
Veneto	189,10	184,79	193,41	90,30	87,36	93,24
Valle d'Aosta	176,20	151,70	200,70	109,60	89,22	129,98
Friuli VG	196,90	188,67	205,13	101,90	96,41	107,39
Lombardia	202,20	199,06	205,34	100,70	98,54	102,86

#### Raccomandazioni di Osservasalute

L'attuale consumo di sigarette, lo stile di vita (alimentazione ed esercizio fisico), la dispersione di inquinanti cancerogeni nell'ambiente, uniti al continuo incremento della popolazione anziana, fanno stimare un incremento del 100% di nuovi casi di tumore in 20 anni (da 10 milioni nel 2000 a 20 milioni nel 2020). Per ridurre queste tendenze sono necessari interventi politici nazionali e internazionali nell'ambito della prevenzione e dell'educazione sanitaria.

Tasso standardizzato di mortalità per tutti i tumori. Maschi e femmine. Anno 1998



### Tasso standardizzato di mortalità per tumore della mammella

**Significato.** Il tumore della mammella (ICD9-CM 174) è di gran lunga il tumore più frequente tra le donne. Si stima che nel mondo vengano diagnosticati più di un milione di nuovi casi ogni anno. Per quanto riguarda la mortalità, i progressi registrati negli ultimi anni nel campo della diagnosi precoce, grazie alla diffusione degli screening di massa mediante mammografia, e del trattamento (diffusione dell'uso della chemioterapia e del tamoxifen) si stima abbiano favorito una riduzione del 25-30% del rischio di morte per tumore della mammella.

---

Parametro misurato      Tasso standardizzato di mortalità (standard mondiale) – TSM  
– per tumore della mammella (ICD9-CM 174) per 100.000  
donne

---

Formula

$$\frac{\sum_{x=0}^{\omega} \frac{{}^c d_x}{n_x} N_x}{\sum_{x=0}^{\omega} N_x} * 100000$$

$$\left\{ \begin{array}{l} x = \text{età} \\ {}^c d_x = \text{decessi nella popolazione studiata per la causa } C \\ \quad \text{(tumore della mammella) all'età } x \\ n_x = \text{numerosità della popolazione femminile studiata all'età } x \\ N_x = \text{numerosità della popolazione standard all'età } x \end{array} \right.$$


---

**Benchmark.** Il valore regionale più basso di TSM è di 12,95 per 100.000 e può essere considerato un valore di riferimento.

Il valore italiano è di 17,7 per 100.000 e risulta inferiore, dai dati EUCAN del 1998, al valore dell'Unione Europea (19,6 per 100.000).

#### **Descrizione dei Risultati**

Come per l'insieme dei tumori, anche per il tumore della mammella si osserva un forte gradiente geografico che presenta le regioni del Centro-Sud in genere su tassi inferiori a quelli della media nazionale e le regioni del Nord su livelli più alti della media nazionale. In questo caso però si osservano discrepanze a queste tendenze generali che possono essere riferite a specifiche condizioni regionali nel rischio di ammalare e/o alla diversa capacità di diffondere sistematicamente procedure atte a favorire una diagnosi precoce. Da un lato si osserva come la Toscana si situa in questa distribuzione tra le regioni del Sud (quelle a più basso rischio di morte in Italia), e la Liguria tra quelle del Centro, dall'altro il Lazio e soprattutto la Sardegna presentano tassi simili alla regioni del Nord Italia.



**Fonte dei dati e anni di riferimento:** [www.mortalità.iss.it](http://www.mortalità.iss.it) Tumore della mammella nella donna: ICD9-CM 174. Anno 1998.

Regione	Tasso	I.C. 95%	
Calabria	12,95	11,11	14,79
Basilicata	13,69	10,24	17,14
Toscana	14,77	13,44	16,10
Molise	15,04	10,12	19,96
Abruzzo	15,45	12,98	17,92
Sicilia	15,78	14,53	17,03
Puglia	16,25	14,84	17,66
Campania	16,53	15,28	17,78
Liguria	16,73	14,77	18,69
Umbria	17,18	14,12	20,24
Marche	17,29	14,94	19,64
<b>ITALIA</b>	<b>17,76</b>	<b>17,39</b>	<b>18,13</b>
Lazio	18,38	17,13	19,63
Veneto	18,75	17,38	20,12
Emilia R.	18,89	17,46	20,32
Valle d'Aosta	19,33	10,53	28,13
Piemonte	19,54	18,15	20,93
Trentino-A.A.	19,55	16,41	22,69
Lombardia	19,80	18,84	20,76
Sardegna	20,20	17,71	22,69
Friuli -V.G.	20,54	17,87	23,21



### **Il confronto internazionale**

Anche in Europa si osserva un andamento geografico del rischio di morte (1998, dati EUCAN) con in genere tassi di mortalità più alti nel Nord e più bassi nei paesi del Sud. Spagna, Grecia e Portogallo, ma anche due paesi nordici come Svezia e Finlandia, hanno tassi inferiori alla media europea, mentre i paesi dell'area continentale e il Regno Unito hanno tassi superiori. Con un tasso pari a 25,95 per 100.000 donne è la Danimarca a mostrare il tasso più alto tra i paesi dell'Unione Europea.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Il tumore della mammella agli stadi precoci può essere trattato con maggiore probabilità di successo, favorendo una più alta sopravvivenza dalla diagnosi e più alte percentuali di guarigione. La raccomandazione europea è di eseguire esami di screening su base di popolazione, mediante mammografia, a tutte le donne tra 50 e 69 anni con un intervallo di due o tre anni tra un controllo e il successivo.

A livello individuale è consigliabile favorire l'aumento del consumo di frutta e verdura e l'incremento dell'attività fisica. In quanto dieta ed attività fisica assieme ai livelli ormonali, incidono sull'insorgenza del tumore della mammella.

### Tasso standardizzato di mortalità per tumori dell'utero

**Significato.** Il cancro della cervice uterina (utero collo: ICD9 180.) è, dopo il tumore della mammella, il secondo tumore più frequente tra le donne: si stima che nel mondo si verifichino circa 470.000 nuovi casi l'anno. Il tumore dell'endometrio (utero corpo: ICD 9 182.) ha una frequenza più bassa e con 189,000 nuovi casi l'anno è il settimo tra i tumori più frequenti nella donna.

Per l'insieme dei tumori dell'utero (ICD9-CM 180., ICD9-CM 182. e ICD9-CM 179. Tumore all'utero, sede non specificata), per i quali spesso non si dispone di informazioni disaggregate sulla esatta localizzazione, si osserva un andamento simile a quello riscontrato per il tumore della mammella in merito all'efficacia dei programmi di screening. L'avvio di programmi di controllo di massa per il tumore della cervice uterina (il più frequente tra i tumori dell'utero) ha infatti accompagnato la diminuzione della mortalità per tumore dell'utero (in Italia, in vent'anni, dal 1980 al 1998, il rischio di morte si è dimezzato passando da 8 a 4 decessi per 100.000 donne).

---

Parametro misurato	Tasso standardizzato di mortalità (standard mondiale) – TSM – per tumori dell'utero (ICD9-CM 179.-180.; 182.) per 100.000 donne
--------------------	---

---

Formula

$$\frac{\sum_{x=0}^{\omega} \frac{c d_x N_x}{n_x}}{\sum_{x=0}^{\omega} N_x} * 100000$$

$$\left\{ \begin{array}{l} x = \text{età} \\ c d_x = \text{decessi nella popolazione studiata per la causa } C \\ \quad \text{(tumori dell'utero) all'età } x \\ n_x = \text{numerosità della popolazione femminile studiata all'età } x \\ N_x = \text{numerosità della popolazione standard all'età } x \end{array} \right.$$


---

### Descrizione dei Risultati

In Italia, nel 1998 il TSM per tumori dell'utero è stato di 4,10 per 100.000. Differentemente dal tumore della mammella e dall'insieme dei tumori, non si osserva per i tumori dell'utero la relazione tra tassi di mortalità e andamento geografico. Agiscono sui dati di mortalità sia il differenziale di rischio di ammalare nelle diverse regioni, sia l'attivazione di efficaci campagne di screening. Tra le regioni con TSM superiori alla media nazionale si osservano sia regioni del Sud come Campania, Puglia, Sicilia e Molise che regioni del Nord come Piemonte, Liguria, e Trentino Alto Adige.

Fonte dei dati e anni di riferimento: [www.mortalità.iss.it](http://www.mortalità.iss.it) Tumori dell'utero: ICD9-CM 179.-180.;182. Anni 1998.

Regione	Tasso	I.C. 95%	
Abruzzo	2,68	1,78	3,58
Veneto	3,17	2,62	3,72
Basilicata	3,22	1,79	4,65
Marche	3,34	2,38	4,30
Sardegna	3,51	2,53	4,49
Toscana	3,67	3,02	4,32
Lombardia	3,70	3,31	4,09
Lazio	3,71	3,16	4,26
Umbria	3,84	2,51	5,17
Emilia R.	3,87	3,22	4,52
Valle d'Aosta	4,00	0,24	7,76
Calabria	4,05	3,09	5,01
Friuli V.G.	4,07	2,91	5,23
<b>ITALIA</b>	<b>4,10</b>	<b>3,92</b>	<b>4,28</b>
Piemonte	4,50	3,85	5,15
Campania	4,90	4,23	5,57
Liguria	5,05	3,93	6,17
Puglia	5,06	4,28	5,84
Sicilia	5,19	4,52	5,86
Trentino-A.A.	5,37	3,76	6,98
Molise	6,56	3,27	9,85



### **Il confronto internazionale**

Facendo riferimento ai dati EUCAN del 1998, si osserva che il nostro paese presentava un tasso di mortalità per tumore della cervice uterina tra i più bassi dell'Unione Europea (2.06 decessi per 100.000 donne), mentre il più alto era quello della Danimarca (4.15 decessi per 100.000 donne).

Particolarmente alto era in Italia invece il TSM del tumore del collo dell'utero (ICD9 182.) con valori simili a quelli del tumore della cervice uterina (2.09 e 2.06 per 100.000 donne, rispettivamente), mentre negli altri paesi dell'Unione Europea i tassi per i tumori del collo dell'utero si presentavano su livelli più bassi.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

La raccomandazione a livello europeo indica di effettuare screening di popolazione attraverso il pap-test alle donne dai 25 ai 60 anni circa con un intervallo di 3 o 5 anni tra un esame e il successivo.

Per quanto concerne gli interventi di prevenzione si tratta di agire, mediante campagne di educazione sanitaria, contro il rischio di infezione da papilloma virus trasmesso sessualmente.

### Tasso standardizzato di mortalità per tumori del colon-retto

**Significato.** Il tumore del colon-retto (ICD9 153.-154.) è un tumore relativamente poco frequente nei paesi in via di sviluppo, mentre è il secondo più frequente nei paesi sviluppati. Si stima che nel mondo vengano diagnosticati circa 940.000 nuovi casi ogni anno. Negli ultimi anni anche per i tumori del colon-retto (tumore del colon: ICD9-CM 153., tumore del retto ICD9-CM 154 e tumori del tratto gastrointestinale ICD9-CM 159.0) si sono individuati test diagnostici (sigmoidoscopia, colonoscopia e sangue occulto nelle feci) che hanno mostrato di essere efficaci nel favorire la diagnosi precoce della malattia. Ci si attende che la diffusione di campagne di screening di massa con tali test possa portare ad una diminuzione della mortalità nei prossimi 5-10 anni.

---

Parametro misurato                      Tasso standardizzato di mortalità (standard mondiale) – TSM  
– per tumori del colon-retto (ICD9-CM 153.-154.; 159.0) per  
100.000 abitanti

---

Formula

$$\frac{\sum_{x=0}^{\omega} \frac{c d_x}{n_x} N_x}{\sum_{x=0}^{\omega} N_x} * 100000$$

$$\left\{ \begin{array}{l} x = \text{età} \\ c d_x = \text{decessi nella popolazione studiata per la causa } C \\ \quad \text{(tumori del colon-retto) all'età } x \\ n_x = \text{numerosità della popolazione totale studiata all'età } x \\ N_x = \text{numerosità della popolazione standard all'età } x \end{array} \right.$$

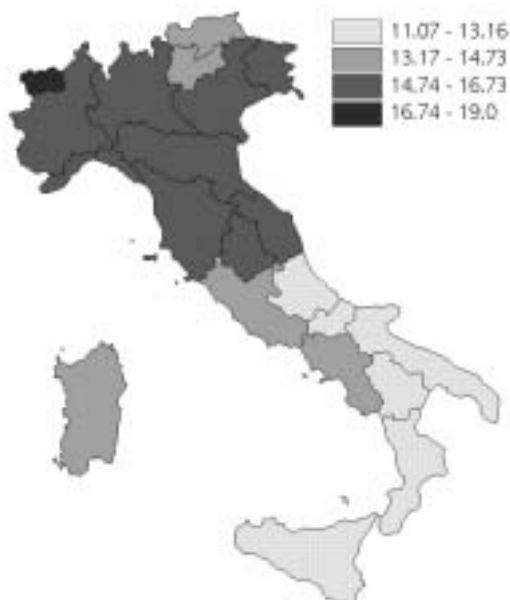

---

**Benchmark.** In Italia i valori più bassi si riscontrano in Trentino-A.A. per il sesso femminile (7,87) e in Calabria per i maschi (13,93) e possono essere presi come valori di riferimento, in quanto i valori europei sono superiori a quelli nazionali.

#### Descrizione dei Risultati

Per i tumori del colon e del retto si osservano relazioni con gli andamenti geografici e la relativa distribuzione della ricchezza già osservata per altri tumori. Le regioni del Nord Italia, ad esclusione del Trentino Alto Adige, e le regioni del centro nord presentano tassi superiori alla media nazionale, al contrario tutte le regioni del Sud Italia mostrano valori più bassi. La Lombardia presenta un rischio circa una volta e mezzo quello della Calabria.

**Tasso standardizzato di mortalità per tumori del colon-retto. Maschi e femmine. Anno 1998**



Fonte dei dati e anni di riferimento: [www.mortalità.iss.it](http://www.mortalità.iss.it) – Tumori del colon-retto: ICD9-CM 153.-154.; 159.0. Anno 1998.

Regione	MASCHI			FEMMINE		
	Tasso	I.C. 95%		Tasso	I.C. 95%	
Calabria	13,93	12,17	15,69	8,20	6,93	9,47
Sicilia	14,20	13,06	15,34	10,47	9,55	11,39
Molise	16,54	11,97	21,11	8,66	5,62	11,70
Puglia	15,01	13,68	16,34	10,55	9,49	11,61
Basilicata	17,37	13,88	20,86	8,47	6,10	10,84
Abruzzo	16,23	13,98	18,48	10,08	8,30	11,86
Campania	17,04	15,77	18,31	11,00	10,06	11,94
Sardegna	17,06	14,83	19,29	11,04	9,37	12,71
Trentino-A.A.	21,12	17,87	24,37	7,87	6,24	9,50
Lazio	18,35	17,12	19,58	11,11	10,25	11,97
<b>ITALIA</b>	<b>18,34</b>	<b>17,97</b>	<b>18,71</b>	<b>11,52</b>	<b>11,25</b>	<b>11,79</b>
Veneto	19,54	18,13	20,95	10,92	9,96	11,88
Toscana	18,75	17,36	20,14	12,09	11,03	13,15
Umbria	19,07	16,15	21,99	12,29	10,09	14,49
Piemonte	19,77	18,44	21,10	11,85	10,91	12,79
Liguria	20,07	17,95	22,19	12,04	10,53	13,55
Emilia Romagna	20,07	18,70	21,44	12,39	11,37	13,41
Friuli V.G.	20,14	17,51	22,77	12,55	10,69	14,41
Marche	19,17	16,92	21,42	14,06	12,16	15,96
Lombardia	20,59	19,59	21,59	12,87	12,16	13,58
Valle d'Aosta	24,15	15,04	33,26	13,84	7,74	19,94

### **Il confronto internazionale**

Il TSM per il nostro paese era 12,49 per 100.000 abitanti (dati EUCAN del 1998 relativi alla mortalità complessiva dei tumori del colon e del retto), un valore in Europa superiore solo a quello della Grecia (7,19 decessi per 100.000 abitanti), della Finlandia (9,25 per 100.000 abitanti) e della Svezia (11,56 per 100.000 abitanti), mentre il valore più elevato in Europa era in Danimarca (18,55 per 100.000 abitanti).

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Il rischio dei tumori del colon-retto è associato a diete ricche di grassi e proteine animali e di carboidrati raffinati, combinati con una scarsa attività fisica. A livello individuale per ridurre il rischio di malattia è consigliabile la riduzione del consumo di carne e l'aumento del consumo di frutta e verdura. Come per i tumori della mammella e della cervice, anche per i tumori del colon-retto vi sono raccomandazioni europee che consigliano di effettuare screening di popolazione. L'indicazione è che venga eseguito l'esame del sangue occulto nelle feci alle persone di età compresa tra 50 ai 74 anni, con un intervallo di 1 o 2 anni tra un esame e il successivo.

### Tasso standardizzato di mortalità per malattie respiratorie

**Significato.** Nelle malattie respiratorie (ICD-9 460-519) sono comprese in particolare le «malattie polmonari croniche ostruttive e condizioni morbose affini» (ICD-9 490-496) e, tra queste, per la diffusione e la possibilità di interventi preventivi attuabili, la bronchite cronica, l'enfisema polmonare e l'asma. Negli ultimi decenni, la mortalità specifica per malattie respiratorie nella popolazione generale ha subito una forte diminuzione; nonostante ciò essa rappresenta tuttora la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori. In particolare, negli ultimi anni (1999 e 2000) si è osservato un lieve incremento della mortalità specifica nelle classi d'età più avanzate e nel sesso maschile.

La «Broncopneumopatia cronica-ostruttiva» (BPCO) è una sindrome clinica che comprende bronchite cronica, enfisema polmonare ed asma bronchiale. Essa ha un grande impatto socio-economico per l'elevata diffusione e per le gravi ripercussioni sia sul singolo (invalidità, perdita di produttività, peggiore qualità della vita) che sulla società (elevato numero dei ricoveri, terapie complesse e costose). Tra i fattori di rischio ambientali accertati spicca il fumo di sigaretta (attivo e passivo), la cui eliminazione costituisce il primo obiettivo della prevenzione. L'Asma bronchiale vede una prevalenza in crescita nella maggior parte dei paesi sviluppati ed è molto diffusa in età pediatrica con possibili conseguenze sulla crescita e sulla qualità della vita del bambino. Nell'azione preventiva fondamentale è l'individuazione dei fattori scatenanti ed una adeguata profilassi ambientale.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{N}^\circ \text{ di morti per malattie respiratorie}}{\text{Popolazione residente regionale a metà anno}} \times 10.000$$

**Validità e limiti.** Sono gli stessi inerenti la validità ed i limiti propri della mortalità (già descritti). Si deve ricordare l'importanza, per il medico compilatore, di segnalare adeguatamente la causa iniziale di morte, fonte principale di eventuali errori.

**Benchmark.** I più bassi valori di TSM sono 2,14 (media nazionale 3,40) per le donne e 7,07 (media nazionale 9,14) per i maschi.

#### **Descrizione dei Risultati**

Gli uomini presentano tassi di mortalità notevolmente più elevati in tutte le regioni italiane con una media nazionale di 9,14 contro il 3,40 delle donne.

Per gli uomini, la mortalità è più elevata in Valle d'Aosta, Campania Piemonte.

Per le donne la mortalità è più elevata in P.A. Bolzano, Piemonte e Puglia.

Non è evidente un chiaro trend geografico.

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT. Anno 2000.

	Maschi	Femmine
Emilia Romagna	7,07	2,98
Molise	7,35	2,66
Lazio	7,48	2,97
Liguria	7,61	2,98
Marche	7,81	2,74
Umbria	8,15	2,14
Toscana	8,55	2,82
Abruzzo	8,55	2,93
Basilicata	8,63	2,59
Friuli Venezia Giulia	8,65	3,55
Calabria	8,84	3,34
Lombardia	9,13	3,30
<b>ITALIA</b>	<b>9,14</b>	<b>3,40</b>
Veneto	9,30	3,77
Sardegna	9,72	3,87
Trento	9,82	3,90
Bolzano-Bozen	9,87	4,47
Trentino Alto Adige	9,91	4,20
Puglia	10,42	3,94
Sicilia	10,45	3,54
Piemonte	10,90	4,24
Campania	10,93	3,74
Valle d'Aosta	12,15	3,77

Tasso standardizzato di mortalità per malattie respiratorie. Maschi



In definitiva sembra manifestarsi una distribuzione analoga a quella dell'abitudine al fumo di tabacco, ma non completamente sovrapponibile. Ciò quindi non spiega totalmente il fenomeno che va collegato anche ad altri fattori coinvolti (inquinamento, concentrazione urbana, caratteristiche socio-economiche, tardivo ricorso ai servizi sanitari).

#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

L'inquinamento atmosferico e, sopra tutto, il fumo di sigaretta rappresentano i principali fattori di rischio su cui dovrebbero essere focalizzate tutte le strategie preventive.

### Tasso standardizzato di mortalità per malattie infettive

**Significato.** Le malattie infettive (ICD-9 001-139) hanno rappresentato la principale causa di morte fino a pochi decenni orsono. Attualmente lo sono ancora in molti paesi in via di sviluppo, mentre in quelli industrializzati, grazie ai miglioramenti delle condizioni igienico-sanitarie e ai progressi terapeutici (vaccini ed antibiotici) hanno diminuito notevolmente la loro rilevanza.

I vaccini si sono dimostrati efficaci soprattutto nei confronti di vaiolo, poliomielite, difterite, tetano, pertosse e, più recentemente, contro l'epatite B tanto che alcune di queste sono state completamente eradiccate (vaiolo) e per altre l'obiettivo di una loro eradicazione sembra raggiungibile nel breve periodo, o quasi.

Gli antibiotici possono essere invece un'arma a doppio taglio, in quanto il loro uso, specie se inappropriato, favorisce la selezione di ceppi batterici resistenti. L'antibiotico-resistenza costituisce attualmente uno dei principali problemi di sanità pubblica a livello mondiale.

Da segnalare il caso della tubercolosi, che sta presentando fenomeni di recrudescenza, con la selezione di ceppi resistenti a tutti i farmaci antitubercolari conosciuti. Di conseguenza, il Ministero della Salute ha recentemente restituito ampio spazio alla vaccinazione anti-tubercolare (obbligatoria solo per alcune categorie).

Altro problema emergente sono le infezioni nosocomiali, soprattutto le legionellosi: nel 2001 ne sono stati notificati 51 casi, con un tasso di letalità del 22,2%, superiore a quello dei casi acquisiti in comunità.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{N}^\circ \text{ di morti per malattie infettive (escluso AIDS)}}{\text{Popolazione residente regionale a metà anno}} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** Nel caso delle malattie infettive il tasso di mortalità nei paesi industrializzati può ricoprire un ruolo determinante segnalando, laddove aumenti, focolai epidemici o carenze igienico-sanitarie od assistenziali in particolari aree o gruppi di persone.

**Benchmark.** Non esiste un vero e proprio livello di riferimento in quanto i valori sono generalmente molto bassi ovunque.


#### **Descrizione dei Risultati**

I tassi di mortalità sono molto bassi e sono maggiori negli uomini. Non esistono sostanziali differenze nella distribuzione regionale a dimostrazione che il rischio di mortalità per malattie infettive in Italia è ovunque ben controllato dalle attività di prevenzione e cura.

Nonostante i successi ottenuti, non bisogna dimenticare che sempre più ceppi microbici resistenti stanno emergendo e che alcune malattie infettive, scarsamente rappresentate in Italia, sono maggiormente diffuse in altri paesi da cui provengono flussi turistici e migratori, fenomeno che può spiegare il lieve trend in aumento degli ultimi anni.



Fonte dei dati e anni di riferimento: Health For All Italia. Anno 2001.

	Maschi	Femmine	Tasso standardizzato di mortalità per malattie infettive. Maschi
Abruzzo	0,1	0	
Basilicata	0,1	0	
Bolzano-Bozen	0,1	0	
Calabria	0,1	0	
Campania	0,1	0	
Emilia Romagna	0,1	0	
Friuli Venezia Giulia	0,1	0	
<b>ITALIA</b>	<b>0,1</b>	<b>0</b>	
Lazio	0,1	0	
Liguria	0,1	0	
Lombardia	0,1	0,1	
Marche	0,1	0	
Molise	0,1	0	
Piemonte	0,1	0	
Puglia	0,1	0	
Sardegna	0,1	0	
Sicilia	0,1	0	
Toscana	0,1	0	
Trentino Alto Adige	0,1	0	
Trento	0,1	0	
Umbria	0,1	0	
Valle d'Aosta	0,1	0	
Veneto	0,1	0	

#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Sicuramente nella strategia preventiva il primo passo è scoraggiare l'uso eccessivo ed inappropriato degli antibiotici, alla base del fenomeno della resistenza batterica.

Bisogna invece incoraggiare le pratiche vaccinali.

Il miglioramento delle condizioni igieniche rappresenta un ulteriore fattore limitante lo sviluppo delle patologie infettive.

### Persone affette da artrosi, artrite, lombosciatalgie

**Significato.** Tra le malattie croniche dichiarate, l'artrosi e l'artrite (ICD-9 710-729) sono le più diffuse nella popolazione italiana in generale (183,9 per 1000) e tra gli anziani (524,8 per 1000). Le donne risultano più colpite rispetto agli uomini. L'artrosi (malattia degenerativa a carico delle cartilagini), l'artrite (complesso gruppo di malattie infiammatorie a diversa patogenesi) e la lombosciatalgia (ICD-9 724.2-724.3) (dolore a partenza lombare con irradiazione lungo il nervo sciatico) comportano a carico dell'individuo dolore ingravescente, progressiva inabilità funzionale, maggiore richiesta di interventi e continuità assistenziale, con pesanti ripercussioni sulla vita quotidiana e lavorativa.

Numeratore  $\frac{\text{N}^\circ \text{ di persone con artrosi, artrite e lombosciatalgia}}{\text{Campione regionale in studio Sett.'99-Luglio'00}} \times 100$   
 Denominatore

**Validità e limiti.** Per patologie croniche e a bassa letalità, ma che incidono significativamente sulla qualità della vita, l'indicatore più appropriato è quello in grado di descriverne la diffusione, anche in considerazione del numero elevato di prestazioni che spesso richiedono. Il tasso di morbosità da noi considerato è di natura autoriferita (con tutti i vantaggi e gli svantaggi in precedenza considerati) ed integra la descrizione del bisogno di salute in termini «qualitativi» oltre che quantitativi («anni persi»).

**Benchmark.** Il miglior risultato, per tutte le patologie considerate, si riscontra nella Provincia Autonoma di Bolzano che quindi può essere considerato il valore di riferimento.

#### Descrizione dei Risultati

L'artrosi e l'artrite sono maggiormente riportate nel Centro-Sud e Isole.

Le donne riportano valori costantemente più alti rispetto agli uomini.

A livello regionale, il valore più elevato si riscontra in Sardegna in entrambi i sessi (25,6% per le donne e 18,3% per gli uomini). Seguono Calabria, Basilicata, Emilia-Romagna e Umbria. La lombosciatalgia è maggiormente riportata in Sardegna e nel Centro-Nord, con l'eccezione della P.A. di Bolzano che ha i valori più bassi (3,8% per le donne e 3,2% negli uomini).

#### Persone affette da artrosi e artrite. Femmine



**Fonte dei dati e anni di riferimento:** ISTAT - Indagine Multiscopo 1999-2000. Anno 2000. Tassi standardizzati x 100.

	Artrosi e artrite		Lombosciatalgia	
	F	M	F	M
P.A. Bolzano-Bozen	11,3	7,7	3,8	3,2
P.A. Trento	18,0	11,6	7,3	7,3
Valle d'Aosta	18,1	13,2	8,5	6,1
Lombardia	18,3	11,0	8,5	6,1
Piemonte	18,4	12,3	8,4	7,7
Veneto	18,5	10,8	8,9	6,5
Friuli-Venezia Giulia	18,7	11,3	9,0	7,0
Liguria	18,9	12,7	7,8	7,8
Sicilia	19,6	12,2	6,9	4,7
Campania	19,7	13,1	6,1	5,5
Lazio	19,9	13,1	8,4	5,9
<b>ITALIA</b>	<b>19,9</b>	<b>13,1</b>	<b>8,0</b>	<b>6,4</b>
Puglia	20,5	14,1	6,8	6,2
Toscana	20,7	14,4	6,5	5,9
Marche	20,7	15,0	6,6	5,8
Abruzzo	21,4	15,8	7,5	6,9
Umbria	22,2	15,6	8,0	6,8
Molise	22,3	17,0	5,7	4,9
Emilia-Romagna	22,5	15,7	10,3	8,0
Basilicata	23,2	15,9	6,3	6,7
Calabria	23,5	16,5	9,5	7,6
Sardegna	25,6	18,3	10,9	9,5

Le patologie osteo-articolari, diffuse prevalentemente nelle fasce d'età più avanzate, sembrano anche correlate alle condizioni socio-economiche oltre che alla struttura demografica. La tipologia di lavoro, le già citate condizioni socio-economiche e culturali svolgono certamente un ruolo importante nel determinismo di tali malattie.

#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Sicuramente bisogna sfatare il concetto di ineluttabilità che circonda le malattie osteo-articolari, intese spesso come «mali di vecchiaia». Si è visto infatti come l'intervento preventivo sui fattori predisponenti, in gran parte di natura comportamentale (posture sbagliate, obesità, scarsa attività fisica, infezioni) limiti o comunque ritardi l'insorgenza di queste patologie, mentre la riabilitazione permette di mantenere l'efficienza fisica e di ridurre il ricorso a farmaci. L'intervento riabilitativo è particolarmente importante in quelle patologie a prevalente patogenesi autoimmunitaria (come ad es. l'artrite reumatoide) che necessitano dell'utilizzo cronico di farmaci con importanti effetti collaterali.

### Persone affette da patologia cardiovascolare

**Significato.** In Italia le patologie cardiovascolari sono la prima causa di morte (44% di tutti i decessi di cui il 30% per infarto del miocardio ed il 31% per ictus), e rappresentano una quota consistente delle patologie croniche. In particolare, le patologie su base aterosclerotica quali l'infarto (ICD-9 410-412), l'angina pectoris (ICD-9 413), i disturbi circolatori dell'encefalo (ICD-9 430-438) e gli «altri disturbi del cuore» (ICD-9 420-429) sono le più rilevanti.

La prevalenza delle malattie cardiovascolari nell'anno 2000 nella fascia d'età 25-74 anni è stata stimata in 220.000 casi per gli uomini e 39.000 casi per le donne.

La prevalenza dell'infarto è maggiore negli uomini (soprattutto nella fascia 65-69 anni), mentre le donne sono più colpite da altre malattie del cuore (soprattutto dopo i 70 anni). Depressione e senso di inutilità sono spesso associati alle patologie cardiovascolari.

L'ictus è la più importante causa di invalidità nei paesi occidentali. Può essere su base emorragica (15%) o su base ischemica (85%) e i suoi postumi si traducono in deficit sensitivi, motori e cognitivi. La riabilitazione, lunga e onerosa, se precoce può ridurre il grado di disabilità.

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{N° di persone con malattie ischem. cardiache e cerebrali}}{\text{Denominatore} \quad \text{Campione regionale in studio Sett.'99-Luglio'00}} \quad \times 100$$

**Validità e limiti.** Il limite principale dell'indicatore concerne soprattutto la precisione dell'informazione fornita, essendo i dati raccolti autoriferiti e dunque di natura soggettiva. Tuttavia nel caso specifico si ritiene il peso di questo limite non particolarmente rilevante.

**Benchmark.** Il valore più basso (4,2% nelle donne e 4,6% negli uomini – Valle d'Aosta) può essere considerato il valore di riferimento.

#### Descrizione dei Risultati

L'infarto miocardico è più frequente negli uomini che nelle donne, ma non presenta rilevanti distinzioni geografiche; negli uomini le regioni che più si discostano dalla media nazionale (1,5%) sono la Basilicata (2,1%), l'Abruzzo (2,0%) ed il Lazio (1,8%). Nelle donne le differenze sono ancora meno marcate. Umbria e Lazio hanno i valori più alti, in genere le regioni del Centro-Sud sono leggermente sopra la media.

L'angina mostra prevalenze identiche per entrambi i sessi con diffusione alquanto uniforme.

In relazione ad altri disturbi del cuore la popolazione femminile presenta valori più alti di quella maschile, concentrati nelle regioni del Centro-Sud con valore massimo in Molise (4,2%).

La diffusione dell'ictus è sostanzialmente uniforme: presentano i valori più alti la P.A. di Bolzano, il Veneto, l'Emilia-Romagna, (per gli uomini), e la Sardegna, l'Emilia-Romagna e la Toscana (per le donne).

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT - Indagine. Multiscopo. Anno 2000.

Numero di persone affette da malattie cardiovascolari. Tassi per 100

	Infarto del miocardio		Angina pectoris		Altri disturbi del cuore		Trombosi Embolia Emorragia cerebrale		TOTALE	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Piemonte	0,3	1,5	0,7	0,7	2,9	2,6	0,7	0,8	4,7	5,6
Valle d'Aosta	0,5	1,1	0,7	0,7	2,2	2,1	0,8	0,6	4,2	4,6
Lombardia	0,5	1,6	0,9	1,1	3,0	2,9	0,7	0,9	5,1	6,5
P.A. Bolzano-Bozen	0,6	1,5	0,9	1,5	3,0	2,5	0,7	1,3	5,3	6,6
P.A. Trento	0,6	1,3	0,7	0,7	2,9	3,0	0,7	0,6	4,9	5,6
Veneto	0,4	1,5	0,5	1,3	3,4	2,9	0,8	1,2	5,1	6,9
Friuli-Venezia Giulia	0,7	1,5	0,9	0,8	2,7	3,1	0,5	0,8	4,8	6,1
Liguria	0,4	1,1	0,8	0,7	2,9	2,1	0,6	0,8	4,6	4,7
Emilia-Romagna	0,7	1,3	0,9	0,8	3,1	2,6	0,9	1,2	5,6	5,9
Toscana	0,7	1,6	0,6	0,6	2,9	2,8	0,9	0,9	5,0	5,9
Umbria	0,9	1,2	0,8	1,1	3,1	3,3	0,6	0,9	5,4	6,5
Marche	0,7	1,6	0,8	0,9	3,2	3,1	0,8	0,8	5,4	6,4
Lazio	0,6	1,8	0,9	0,8	3,4	3,7	0,4	0,6	5,3	6,9
Abruzzo	0,7	2,0	0,7	1,1	3,2	3,0	0,5	0,7	5,1	6,8
Molise	0,8	1,3	1,2	1,2	4,2	3,4	0,5	0,6	6,7	6,4
Campania	0,7	1,2	0,5	0,7	3,8	2,7	0,6	0,7	5,5	5,3
Puglia	0,7	1,6	0,7	0,6	3,4	2,8	0,7	1,0	5,5	5,9
Basilicata	0,5	2,1	0,5	0,6	3,8	2,3	0,8	0,8	5,6	5,8
Calabria	0,8	1,7	0,8	1,2	3,5	2,9	0,6	1,0	5,7	6,7
Sicilia	0,8	1,6	0,6	0,6	3,5	2,4	0,8	1,0	5,7	5,7
Sardegna	0,6	1,3	1,2	1,1	3,3	3,4	1,0	0,9	6,1	6,7
<b>ITALIA</b>	<b>0,6</b>	<b>1,5</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>3,2</b>	<b>2,9</b>	<b>0,7</b>	<b>0,9</b>	<b>5,3</b>	<b>6,1</b>

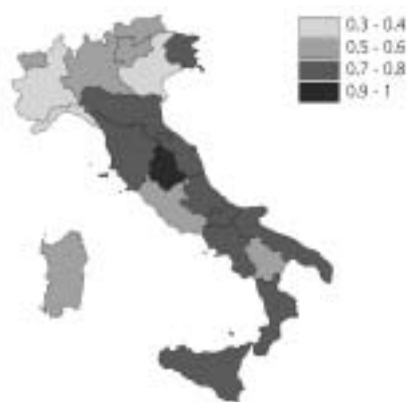
#### Raccomandazioni di Osservasalute

La prevenzione primaria, diretta soprattutto alla riduzione dei fattori di rischio (fumo, ipertensione, diabete ed alcool) è il principale strumento per ottenere una riduzione nel numero di persone affette da patologie cardiovascolari.

L'individuazione dell'iperomocistinemia è di supporto nella prevenzione secondaria dell'aterosclerosi e delle complicanze a carico dei vasi del diabete.

La riabilitazione precoce può ridurre il livello di disabilità, migliorare la qualità di vita e ridurre il carico sociale della malattia.

#### Persone affette da Infarto del miocardio. Femmine.



### Persone affette da ipertrofia della prostata

**Significato.** L'ipertrofia prostatica benigna (ICD-9 600) è un aumento di volume della porzione centrale, periuretrale, dell'organo con conseguente ostruzione uretrale di vario grado e disfunzione minzionale. L'ostruzione che consegue all'ipertrofia prostatica può dar luogo ad infezioni recidivanti, calcolosi e diverticoli vescicali.

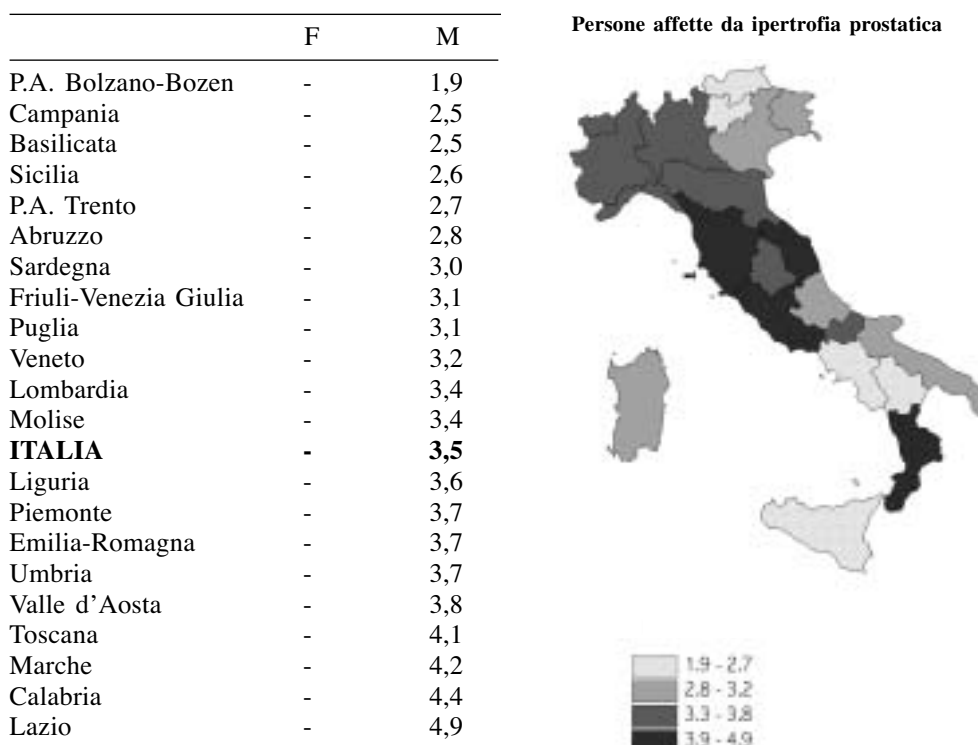
Il suo sviluppo è correlato all'avanzare dell'età (è frequente soprattutto dopo i 50-60 anni) e alle modificazioni ormonali dell'andropausa.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{N° di persone con ipertrofia prostatica}}{\text{Campione regionale in studio Sett.'99-Luglio'00}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Un possibile limite specifico può essere costituito dalla sottostima dovuta a reticenza da parte delle persone intervistate od alla aspecificità dei sintomi, con conseguente mancata diagnosi.

**Benchmark.** Il valore più basso (1,9% - Bolzano), può essere considerato il valore di riferimento.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** ISTAT - Indagine Multiscopo 99-00. Anno 2000.



***Descrizione dei Risultati***

Il valore autoriportato di ipertrofia prostatica nell'anno 2000 in Italia è di 3,5%. Valori più alti si riscontrano soprattutto nel Centro (in particolare in Lazio, Marche e Toscana) e nel Nord (Piemonte e Valle d'Aosta) ad eccezione della P.A. di Bolzano. Nel Sud la situazione è più favorevole, tranne che in Calabria (4,4%). I maggiori fattori di rischio sembrano essere l'elevato tasso di estrogeni che si riscontra nell'età avanzata in relazione all'andropausa ed il numero di recettori per l'estrogeno presenti a livello della prostata, tutti elementi determinati dal profilo genetico e che probabilmente spiegano le diverse distribuzioni geografiche.

***Raccomandazioni di Osservasalute***

In termini di prevenzione l'attenzione primaria va rivolta alla distinzione della natura (benigna o maligna) della massa prostatica.

L'esplorazione rettale, un esame semplice e poco invasivo, è il primo step verso la diagnosi differenziale con il carcinoma, alla cui pratica devono essere sensibilizzati il più possibile medici e pazienti.

### Persone affette da cefalea o emicrania ricorrente

**Significato.** Le principali cefalee sono: muscolo-tensiva (più frequente), a grappolo (ICD-9 346.2), l'emicrania (ICD-9 346). Le ultime due prediligono, rispettivamente, gli uomini e le donne e sono le forme più invalidanti. I costi diretti (esami diagnostici, farmaci) e quelli indiretti (assenze dal lavoro, ridotta produttività) sono ingenti. Sono stati individuati alcuni fattori scatenanti e con ruolo di concausa: contraccettivi orali, alcool e caffeina per l'emicrania; fumo ed alcool per la cefalea a grappolo; cattiva occlusione dentaria e posture scorrette per quella muscolo-tensiva. Lo stress psicofisico è un noto fattore scatenante per tutte le forme di cefalea.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{N}^\circ \text{ di persone con cefalea / emicrania}}{\text{Campione regionale in studio Sett.'99-Luglio'00}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Un ostacolo alla precisione è data dall'ampia gamma di situazioni patologiche che possono ricondurre al «mal di testa».

**Benchmark.** I valori più bassi (6,8% per le donne, in Campania e 3,9% per gli uomini, in Val d'Aosta) possono essere considerati valori di riferimento.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** ISTAT - Indagine Multiscopo 99-00. Anno 2000.

	F	M	Numero di persone affette da cefalea o emicrania ricorrente. Femmine
Valle d'Aosta	10,4	3,9	
Campania	6,8	4,0	
Puglia	9,4	4,5	
Lazio	9,0	4,6	
Friuli-Venezia Giulia	12,1	4,7	
Abruzzo	11,9	4,8	
Sicilia	9,4	5,0	
P.A. Trento	10,8	5,0	
Marche	12,7	5,0	
Umbria	11,1	5,4	
<b>ITALIA</b>	<b>11,3</b>	<b>5,5</b>	
Basilicata	13,0	5,5	
Lombardia	12,1	5,7	
Toscana	12,5	5,7	
Liguria	10,1	5,8	
Veneto	13,4	6,2	
Emilia-Romagna	13,7	6,2	
P.A. Bolzano-Bozen	11,8	6,4	
Piemonte	13,7	7,1	
Sardegna	17,1	7,4	
Molise	13,5	7,5	
Calabria	14,8	8,2	



**Descrizione dei Risultati**

I valori riferiti dalle donne (11,3%) sono doppi rispetto agli uomini (5,5%). Nelle donne i valori più alti sono in Sardegna e Calabria, negli uomini in Calabria e Molise.

Il ruolo etiopatogenetico ormonale (incluse le metodiche contraccettive) può spiegare la maggior prevalenza nelle donne.

Spesso queste patologie sono certificate per giustificare assenze lavorative e ciò può rendere conto di alcune differenze. Eccezioni sono alcune regioni del Sud (Sardegna e Calabria) dove la maggior diffusione, nelle donne, può essere collegata a maggior concentrazione di eventi scatenanti.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

Nella gestione delle cefalee un ruolo molto importante ricopre l'uso controllato di farmaci e, soprattutto, l'adozione di semplici norme comportamentali che mirano a circoscrivere i fattori scatenanti e concausali.

Nel caso dell'emicrania tali norme possono far molto per ridurre soprattutto il numero degli attacchi, aumentando quindi i periodi liberi da malattia.

### **Persone affette da ernia addominale, calcolosi del fegato e delle vie biliari**

**Significato.** La calcolosi biliare (ICD-9 574) colpisce prevalentemente le donne oltre i 40 anni e rappresenta una importante causa di ospedalizzazione. Dieta iperlipidica, obesità, ipercolesterolemie familiari, stasi biliare, familiarità, iperestrogenismo e diabete sono i principali fattori di rischio. La malattia decorre primitivamente asintomatica, può però manifestarsi sotto forma di colica biliare, colecistite acuta oppure colangite.

La più frequente ernia addominale (ICD-9 550-553) è quella inguinale, più comune nell'uomo, mentre nelle donne è più diffusa l'ernia crurale. Si tratta di patologie benigne, ma che possono andare incontro a gravi complicanze (strozzamento, peritonite e occlusione).

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{N}^\circ \text{ di persone con ernia addominale, calcolosi biliare}}{\text{Denominatore} \quad \text{Campione regionale in studio Sett.'99-Luglio'00}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Uno dei limiti può essere costituito dalla quota di soggetti con calcolosi biliare asintomatica, che non vengono rilevati dall'indicatore.

**Benchmark.** Per l'ernia addominale, i valori più bassi (0,6% per le donne, in Campania e 1,8% per gli uomini, in Calabria) possono essere considerati valori di riferimento.

Per la calcolosi biliare, i valori più bassi (1,8% per le donne, in P.A. Bolzano e 0,7% per gli uomini, in Sicilia) possono essere considerati valori di riferimento.

#### **Descrizione dei Risultati**

L'ernia addominale nelle femmine è diffusa soprattutto nel Centro e Isole; negli uomini non c'è un raggruppamento geografico e i valori massimi si hanno in Emilia-Romagna e Lazio. Anche per la calcolosi biliare la distribuzione è varia, con punte massime in Molise (3,4%) per le donne ed in Calabria (1,9%) per gli uomini.

La distribuzione geografica variegata della calcolosi biliare non sembra indicare un particolare addensamento o concentrazione dei fattori di rischio sia genetici che connessi con lo stile di vita.

Per l'ernia addominale è difficile individuare le associazioni tra territori e fattori di rischio riconosciuti.

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT - Indagine Multiscopo. Anno 2000.

	Ernia addominale		Calcolosi del fegato e delle vie biliari	
	F	M	F	M
Piemonte	1,0	2,8	2,7	1,8
Valle d'Aosta	0,7	2,1	3,2	1,4
Lombardia	1,3	2,7	3,0	1,3
P.A. Bolzano-Bozen	1,0	2,6	1,8	1,0
P.A. Trento	0,8	2,1	2,7	1,0
Veneto	1,2	2,9	2,6	1,5
Friuli-V.G.	1,0	2,2	2,3	1,3
Liguria	1,4	2,4	2,9	1,5
Emilia-Romagna	1,3	3,3	3,2	1,4
Toscana	1,4	3,0	2,5	1,1
Umbria	1,2	2,5	3,0	1,5
Marche	1,6	2,9	2,6	1,2
Lazio	1,4	3,2	2,4	1,2
Abruzzo	1,3	2,1	2,9	1,5
Molise	1,1	2,4	3,4	1,6
Campania	0,6	1,9	2,0	0,9
Puglia	1,0	2,6	1,9	1,3
Basilicata	1,2	2,1	3,2	1,7
Calabria	1,4	1,8	2,8	1,9
Sicilia	1,3	2,0	2,0	0,7
Sardegna	1,4	2,9	2,5	1,8
<b>ITALIA</b>	<b>1,2</b>	<b>2,6</b>	<b>2,6</b>	<b>1,3</b>

Persone affette da calcolosi del fegato e delle vie biliari. Femmine.



### Raccomandazioni di Osservasalute

È sicuramente necessario fare maggiori sforzi per individuare i fattori di rischio e patogenetici della calcolosi biliare. Allo stato attuale la strategia di prevenzione primaria deve basarsi sulla sensibilizzazione della popolazione a norme dietetiche e comportamentale quali dieta ipolipidica, aumento dell'attività fisica, pasti leggeri, ma frequenti, mantenimento della colesterolemia entro valori normali. L'ernia addominale, per lo più inguinale o crurale, è legata soprattutto a debolezza di particolari aree anatomiche, geneticamente determinata. È importante nei soggetti a rischio evitare condizioni che favoriscono l'ernia, come sforzi intensi, eccessivo o repentino aumento di peso.

### Persone affette da calcolosi renale

**Significato.** La calcolosi renale (ICD-9 592) predilige gli uomini e la terza decade di vita. I calcoli possono essere costituiti da calcio, acido urico e ossalato di calcio. Familiarità, scarsa assunzione di liquidi, elevata concentrazione di sali nell'urina, innalzamento del pH urinario, e stasi urinaria sono le principali condizioni favorevoli.

La manifestazione clinica tipica è la colica renale, caratterizzata da dolore intermittente violentissimo; altre conseguenze sono date dalla maggior frequenza di infezioni che, se trascurate, possono risalire fino ai reni provocando pielonefriti.

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{N}^\circ \text{ di persone con calcolosi renale}}{\text{Denominatore} \quad \text{Campione regionale in studio Sett.'99-Luglio'00}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Un limite dell'indicatore può essere ricondotto alla quota di soggetti ancora asintomatici che quindi non dichiarano di essere affetti da calcolosi renale.

**Benchmark.** I valori più bassi (0,7% nelle donne e 0,4% negli uomini, entrambi nella P.A. Bolzano) possono essere considerati valori di riferimento.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** ISTAT - Indagine Multiscopo 99-00. Anno 2000.

	F	M	Persone affette da calcolosi renale. Femmine
P.A. Bolzano-Bozen	0,7	0,4	
P.A. Trento	0,7	0,7	
Piemonte	1,0	1,5	
Lombardia	1,1	1,4	
Veneto	1,1	1,7	
Umbria	1,1	1,7	
Campania	1,1	1,4	
Puglia	1,1	1,8	
Liguria	1,2	1,6	
Emilia-Romagna	1,2	1,5	
Toscana	1,2	1,7	
Sicilia	1,2	2,1	
<b>ITALIA</b>	<b>1,2</b>	<b>1,6</b>	
Valle d'Aosta	1,3	1,3	
Lazio	1,3	1,6	
Friuli-Venezia Giulia	1,4	1,1	
Marche	1,5	1,9	
Basilicata	1,5	2,3	
Molise	1,7	2,3	
Abruzzo	1,8	1,8	
Calabria	2,3	2,4	
Sardegna	2,4	2,4	

**Descrizione dei Risultati**

La calcolosi renale è lievemente più frequente negli uomini e appare maggiormente distribuita nel Centro-Sud ed Isole, dove valori elevati si hanno in Sardegna e Calabria.

Riguardo la calcolosi renale alcuni fattori di rischio come obesità, scarsa attività fisica e tipo di dieta sembrano maggiormente correlarsi con la distribuzione geografica. I fattori ereditari sono sicuramente coinvolti.

A tale proposito si segnala una recente scoperta da parte della Sharda Life Science, la quale ha individuato in Sardegna un nuovo gene (che codifica una proteina detta «talantina»), la cui variante risulta essere associata alla nefrolitiasi da acido urico, particolarmente diffusa nel paese di Talana (Nuoro) dove è stata svolta l'indagine.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

Nell'azione preventiva molto importanti sono alcune norme igienico-dietetiche facilmente adottabili dai soggetti con accertata predisposizione alla formazione di calcoli, descritte di seguito a seconda della composizione:

- Calcoli di calcio: dieta carnea, poche verdure, limitazione di latte e prodotti caseari in genere.
- Calcoli di acido urico: riduzione dell'assunzione di carni e frattaglie animali (selvaggina, cervello, fegato etc.).
- Calcoli di ossalato di calcio: evitare verdura, frutta (soprattutto se non matura) e cacao.
- Per tutti i tipi: aumentare la quantità di urina prodotta, bevendo almeno 2 litri di acqua al giorno.

È altrettanto importante individuare e correggere situazioni anatomiche che favoriscono la stasi urinaria e curare tempestivamente le infezioni urinarie.

### Persone affette da bronchite cronica, enfisema polmonare, asma bronchiale

**Significato.** Le malattie respiratorie sono tra le patologie più diffuse nella popolazione italiana. Questo dato trova conferma nel gran numero di ricoveri ospedalieri effettuati per queste patologie (657.421 ricoveri ordinari nel 1999). La bronchite cronica (ICD-9 491) e l'enfisema polmonare (ICD-9 492) (BPCO) sono più diffuse negli uomini, mentre l'asma bronchiale (ICD-9 493) ha una maggiore diffusione nei bambini e adolescenti, in prevalenza maschi. Esse costituiscono una importante causa d'invalidità e riduzione della capacità lavorativa con generale peggioramento della qualità della vita sin dalle fasce d'età più giovani.

$$\text{Indicatore} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore                      N° di persone con malattie respiratorie  
 Denominatore                  Campione regionale in studio Sett.'99-Luglio'00

**Validità e limiti.** Il limite principale dell'indicatore concerne soprattutto la precisione dell'informazione fornita, essendo i dati raccolti autoriferiti e dunque di natura soggettiva.

**Benchmark.** I valori più bassi di Bronchite Cronica ed Enfisema (2,4% per le donne, in Liguria e 3,7% per gli uomini, in Val d'Aosta e P.A. Bolzano) e i valori più bassi di Asma Bronchiale (2,2% per le donne, in Puglia e 2,4% per gli uomini, in Sicilia) possono essere considerati valori di riferimento.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** ISTAT - Anno 2000. (Indagine Multiscopo 99-00).

Persone affette da Bronchite Cronica, Enfisema Polmonare ed Asma

	Bronchite cronica ed Enfisema Polmonare		Asma bronchiale	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Piemonte	2,9	4,0	3,2	2,9
Valle d'Aosta	3,0	3,7	3,1	3,7
Lombardia	3,3	4,4	3,1	2,9
P.A. Bolzano-Bozen	2,9	3,7	2,4	3,3
P.A. Trento	3,0	4,4	3,2	3,9
Veneto	3,0	4,3	2,8	3,1
Friuli-Venezia Giulia	2,8	4,4	2,6	2,9
Liguria	2,4	3,8	2,6	2,7
Emilia-Romagna	3,6	5,3	3,5	3,6
Toscana	3,3	5,1	2,7	4,1
Umbria	4,1	6,8	2,9	3,6
Marche	3,7	5,7	2,5	3,9
Lazio	3,3	4,9	2,9	3,2
Abruzzo	3,9	5,1	2,9	4,1
Molise	4,5	6,3	2,7	3,6
Campania	3,0	5,2	2,5	3,7
Puglia	3,2	4,8	2,2	2,8
Basilicata	4,1	5,7	2,8	3,3
Calabria	4,6	7,3	3,3	4,0
Sicilia	3,7	5,1	3,0	2,4
Sardegna	4,6	5,3	2,9	4,0
<b>ITALIA</b>	<b>3,3</b>	<b>4,9</b>	<b>2,8</b>	<b>3,2</b>

**Bronchite cronica ed enfisema polmonare.  
Maschi.****Bronchite cronica ed enfisema polmonare.  
Femmine.****Descrizione dei Risultati**

I valori autoriferiti di broncopneumopatia ostruttiva sono maggiori nei maschi con maggiore diffusione nel Centro-Sud ed Isole. Valori ben al di sopra della media si riscontrano in Calabria (7,3%) e Umbria (6,8%) per gli uomini, in Sardegna, Calabria (4,6%) e Molise (4,5%) per le donne.

L'asma bronchiale presenta una distribuzione più uniforme lungo la penisola, con i valori più alti in Emilia-Romagna (donne) ed in Abruzzo e Toscana (uomini).

Nei riguardi di enfisema polmonare e bronchite cronica la maggior prevalenza negli uomini e la distribuzione geografica rispecchia il dato sulla diffusione dell'abitudine al fumo (più alta prevalenza dei fumatori maschi al Sud ed Isole). Per l'asma i fattori di rischio sembrano omogeneamente distribuiti nel territorio nazionale.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

Il miglioramento dell'ambiente in cui viviamo e, sopra tutto, la lotta al fumo sono i presidi fondamentali per limitare l'insorgenza delle malattie respiratorie croniche, mentre un maggior sforzo verso l'individuazione dei fattori di rischio (o possibili allergeni coinvolti) deve essere fatta nei confronti dell'asma bronchiale.

## Persone affette da malattie allergiche

**Significato.** Le malattie allergiche colpiscono maggiormente i giovani ed in particolare ne è affetto l'88,1 per mille dei bambini fino a 14 anni e tra gli adulti, nella fascia d'età 25-34 anni, si osserva la quota più elevata di persone affette da tali patologie (124,9 per mille contro il 52,9 per mille tra gli anziani di 80 anni). Esse annoverano un elevato numero di patologie (citate nella Classificazione Internazionale in genere a seconda della sede) che hanno in comune la patogenesi, riconducibile ad una «abnorme reattività immunitaria specifica verso sostanze innocue per i soggetti normali».

Dermatite atopica (eczematosa) (ICD-9 691.8), asma bronchiale (ICD-9 493) e rinite allergica (ICD-9 477) si presentano frequentemente associate nel bambino, costituendo una importante causa di morbosità pediatrica e di costi diretti (esami diagnostici, farmaci) ed indiretti, dovuti al carico assistenziale che grava sui genitori.

Gli allergeni identificati sono di origine soprattutto alimentare (latte e uova) per la dermatite atopica, di origine ambientale (pollini, acari, prodotti di desquamazione di animali) per l'asma e la rinite.

Tra le malattie allergiche sono anche importanti i casi di shock anafilattico (ICD-9 995) dovuti soprattutto a reazione a farmaci.

La sindrome orticaria/angioedema (ICD-9 995.1) colpisce il 15-20% della popolazione, predilige le donne e la fascia d'età 30-40 anni, mentre è rara nell'infanzia.

I fattori scatenanti sono molti (alimenti, additivi alimentari, farmaci, infezioni, attività fisica etc.), nella forma cronica spesso non si riesce ad identificarli.

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{N}^\circ \text{ di persone con malattie allergiche}}{\text{Denominatore} \quad \text{Campione regionale in studio Sett. '99-Luglio'00}} \quad \times 100$$

**Validità e limiti.** Il limite principale dell'indicatore concerne soprattutto la precisione dell'informazione fornita, essendo i dati raccolti autoriferiti e dunque di natura soggettiva.

**Benchmark.** I valori più bassi (6,8% per le donne, in Campania e 6,2% per gli uomini, in Campania e Puglia) possono essere considerati valori di riferimento.

### Descrizione dei Risultati

Le malattie allergiche sembrano maggiormente diffuse al Centro-Nord con i valori più alti in Emilia-Romagna per le donne, Veneto, Umbria e Liguria per entrambi i sessi.

Maggior concentrazione di alcuni tipi di allergeni e industrializzazione, con relativo inquinamento ambientale, sono alcuni dei fattori che concorrono a scatenare crisi allergiche in soggetti atopici, giustificando in parte la distribuzione geografica sopra descritta.



Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT - Indagine Multiscopo 99-00. Anno 2000.

Persone affette da malattie allergiche

	F	M
Campania	6,8	6,2
Puglia	7,7	6,2
Calabria	9,6	9,7
Sicilia	9,7	7,2
Basilicata	10,2	8,8
P.A. Bolzano-Bozen	10,6	9,3
Sardegna	10,7	7,9
<b>ITALIA</b>	<b>10,7</b>	<b>9,2</b>
Marche	10,8	9,0
Molise	11,1	8,2
Toscana	11,3	10,5
Abruzzo	11,3	10,1
Piemonte	11,4	9,2
Friuli-Venezia Giulia	11,4	10,6
Valle d'Aosta	11,5	10,7
P.A. Trento	11,5	9,9
Lombardia	11,7	10,7
Lazio	11,8	10,4
Liguria	12,0	11,2
Umbria	12,2	11,2
Veneto	12,6	11,1
Emilia-Romagna	14,0	10,9

Persone affette da malattie allergiche.  
Femmine



**Raccomandazioni di Osservasalute**

L'individuazione degli allergeni è fondamentale nella gestione della malattia e sicuramente bisogna porre più attenzione a quelli di origine chimica (detergenti, additivi etc.) comunemente presenti in casa. Le terapie desensibilizzanti specifiche («vaccini»), quando possibili, sono un successivo importante passo. Da segnalare il frequente ricorso a terapie alternative (rimedi omeopatici, erboristici) di non accertata efficacia e spesso costose per il cittadino: è evidente che bisogna rafforzare l'informazione e le campagne preventive nei riguardi delle malattie allergiche.

**Tab. 1** - Numerosità campionaria regionale utilizzata nell'indagine Multiscopo relativamente alle patologie croniche

REGIONI	N° FAMIGLIE		Tasso di campionamento
	Universo (a)	Campione	
Piemonte	1.810.738	3.178	1,76
Valle d'Aosta	52.900	1.224	23,14
Lombardia	3.601.678	3.831	1,06
Trentino Alto Adige	351.986	2.367	6,72
Bolzano-Bozen	165.293	1.198	7,25
Trento	186.693	1.169	6,26
Veneto	1.644.446	3.050	1,85
Friuli-Venezia Giulia	492.992	2.728	5,53
Liguria	737.570	2.684	3,64
Emilia-Romagna	1.601.099	2.945	1,84
Toscana	1.377.433	2.615	1,9
Umbria	307.055	1.793	5,84
Marche	527.193	2.022	3,84
Lazio	1.984.028	2.758	1,39
Abruzzo	456.294	2.405	5,27
Molise	121.128	1.756	14,5
Campania	1.879.399	3.256	1,73
Puglia	1.379.213	3.412	2,47
Basilicata	213.158	1.792	8,41
Calabria	713.372	2.427	3,4
Sicilia	1.821.135	2.847	1,56
Sardegna	569.533	3.242	5,69
<b>Italia</b>	<b>21.642.350</b>	<b>52.332</b>	<b>2,42</b>

(a) stima indagine Multiscopo