

## Mortalità per malattie ischemiche del cuore

**Significato.** Rappresenta il numero di decessi che si osserva in un certo periodo di tempo (in questo caso l'anno 2009) per il gruppo di cause che rappresentano le malattie ischemiche del cuore, in una popolazione media di 10.000 persone relativa allo stesso periodo. Questo indicatore è di fondamentale importanza poiché, in Italia, la mortalità per malattie ischemiche del cuore rappresenta ancora la maggiore causa di morte (circa il 13% della mortalità generale e circa il 33%

del complesso delle malattie del sistema circolatorio), così come rappresenta una delle maggiori cause di morte in quasi tutti i Paesi industrializzati. La nota preoccupante è che, anche nei Paesi in via di sviluppo, in cui le malattie infettive rappresentano le patologie con maggiore mortalità, le malattie ischemiche del cuore, insieme a quelle cerebrovascolari e ad altre malattie cronico-degenerative, sono sempre più presenti (1).

### Tasso di mortalità per malattie ischemiche del cuore\*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Morti per malattie ischemiche del cuore}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** Il tasso standardizzato di mortalità permette di eliminare l'effetto della dinamica dell'invecchiamento demografico e della diversa struttura per età delle popolazioni regionali, consentendo il confronto nel tempo (tra indicatori simili costruiti in anni diversi) e nello spazio (tra indicatori simili costruiti in aree diverse dello stesso Paese o in Paesi diversi). La procedura di standardizzazione comporta, sostanzialmente, gli stessi vantaggi e limiti descritti nella sezione precedente relativa ai tassi di ospedalizzazione. I tassi di mortalità per causa relativi all'anno 2009, probabilmente, risentono ancora dell'effetto dovuto al passaggio dalla nona alla decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie. La nuova revisione, infatti, essendo notevolmente più complessa della precedente, ha richiesto delle fasi di lavorazione più lunghe che hanno rallentato il processo di produzione del dato.

### Descrizione dei risultati

Nel nostro Paese, la mortalità per le malattie ischemiche del cuore continua a colpire quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne; in particolare, nel 2009, si sono registrati 14,07 decessi (per 10.000) fra gli uomini e 7,79 decessi (per 10.000) fra le donne ed è da sottolineare che entrambi i tassi di mortalità sono in diminuzione rispetto al 2008. A livello regionale, il primato negativo spetta alla Campania sia per gli uomini (17,13 per 10.000) che per le donne (10,43 per 10.000) (Tabelle 1 e 2). Da evidenziare, inoltre, che

Trentino-Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Umbria ed Abruzzo presentano, per gli uomini, tassi di mortalità per malattie ischemiche del cuore superiori a 15 (per 10.000), mentre, per le donne, Umbria e Lazio presentano livelli di mortalità superiori a 9 decessi (per 10.000). La Sardegna per gli uomini e la Valle d'Aosta per le donne sono le regioni più virtuose con tassi di mortalità, rispettivamente, di 11,81 decessi e 5,34 decessi (per 10.000).

È evidente come il trend dei tassi di mortalità per classe di età in entrambi i generi sia in aumento: complessivamente, negli uomini il tasso di mortalità passa da 3,09 decessi (per 10.000) nella classe di età 45-54 a 114,53 decessi (per 10.000) negli ultra 75enni, mentre nelle donne il tasso cresce da 0,55 decessi (per 10.000) nelle classi di età 45-54 anni a 87,52 decessi (per 10.000) nelle ultra 75enni. Ciò conferma come, nelle donne, l'effetto dell'età sia più importante che negli uomini. Per quanto riguarda il rapporto tra mortalità nelle classi di età più anziane rispetto alle più giovani, il primato negativo spetta, per entrambi i generi, al Friuli Venezia Giulia (circa 59 volte il tasso di mortalità negli ultra 75enni rispetto agli uomini di età 45-54 anni e circa 338 volte il tasso di mortalità nelle ultra 75enni rispetto alle donne di età 45-54 anni).

Il dato certo e confortante, per ciò che riguarda la mortalità per malattie ischemiche del cuore, è il trend in discesa che continua dal 2003 in entrambi i generi, in tutte le classi di età ed in tutte le regioni.

**Tabella 1** - Tasso (specifico per alcune classi di età e standardizzato per 10.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore e regione. Maschi - Anno 2009

Regioni	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	3,22	9,08	22,02	96,59	12,54
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,09	7,41	29,15	97,04	12,90
Lombardia	2,78	8,78	23,01	109,24	13,99
Trentino-Alto Adige*	2,67	9,91	21,86	130,90	15,54
Veneto	2,59	8,63	21,85	121,07	14,51
Friuli Venezia Giulia	2,33	7,76	22,44	137,72	15,46
Liguria	3,18	8,27	18,61	109,54	12,99
Emilia-Romagna	2,40	7,83	21,34	124,77	14,20
Toscana	2,75	7,38	19,56	111,66	12,83
Umbria	3,56	7,58	23,14	134,11	15,13
Marche	2,89	8,07	20,40	124,81	14,11
Lazio	3,34	10,40	23,12	121,71	14,96
Abruzzo	3,53	9,96	26,55	123,26	15,02
Molise	2,20	6,67	23,19	103,45	12,44
Campania	4,00	11,38	28,66	134,73	17,13
Puglia	2,44	8,43	20,92	100,09	12,44
Basilicata	3,11	10,32	21,47	97,72	12,35
Calabria	3,49	9,17	21,42	102,69	13,03
Sicilia	4,26	10,67	27,81	110,20	14,40
Sardegna	3,20	8,78	21,48	91,87	11,81
<b>Italia</b>	<b>3,09</b>	<b>9,12</b>	<b>22,89</b>	<b>114,53</b>	<b>14,07</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Istat. Health For All-Italia. Anno 2012.

**Tabella 2** - Tasso (specifico per alcune classi di età e standardizzato per 10.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore e regione. Femmine - Anno 2009

Regioni	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,47	1,53	7,33	66,61	6,09
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	2,51	9,71	52,92	5,34
Lombardia	0,73	2,07	7,09	86,90	7,68
Trentino-Alto Adige*	0,14	2,22	6,35	97,63	7,87
Veneto	0,31	1,53	6,19	89,05	7,35
Friuli Venezia Giulia	0,34	1,54	7,00	114,96	8,71
Liguria	0,25	1,34	6,45	78,80	6,55
Emilia-Romagna	0,54	1,96	6,91	94,65	7,72
Toscana	0,44	2,05	6,32	81,13	6,78
Umbria	0,47	2,43	8,29	113,94	9,39
Marche	0,36	2,15	5,95	98,24	8,06
Lazio	0,66	2,56	9,65	100,12	9,08
Abruzzo	0,73	2,65	8,61	96,25	8,45
Molise	1,74	2,02	13,22	88,85	8,38
Campania	0,98	3,25	14,58	103,66	10,43
Puglia	0,28	2,05	7,08	84,42	7,70
Basilicata	0,23	2,85	8,16	66,55	6,56
Calabria	0,42	2,02	10,22	74,84	7,24
Sicilia	0,45	2,49	10,99	77,32	7,64
Sardegna	0,78	1,47	8,08	62,23	5,99
<b>Italia</b>	<b>0,55</b>	<b>2,14</b>	<b>8,25</b>	<b>87,52</b>	<b>7,79</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Istat. Health For All-Italia. Anno 2012.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Si ribadisce l'utilità assoluta di considerare questi indicatori, che fanno parte degli indicatori di base per descrivere lo stato sanitario di un Paese, in riferimento alla struttura della popolazione che insiste sui servizi socio-sanitari regionali e delle singole Aziende Sanitarie Locali. Se da una parte i tassi di mortalità totali, essendo standardizzati, sono utili e necessari per un confronto geografico e storico del fenomeno complessivo, dall'altra i tassi specifici per genere e classi di età, qui riportati, sono fondamentali per la pianificazione dei servizi sanitari regionali.

Dimensione e tipologia di questi indicatori dipendono, in modo significativo, dalla composizione per genere ed età della popolazione, dalla morbosità ed anche dalla mortalità per causa. Le stesse valutazioni, a posteriori, dell'entità e della ripartizione della spesa socio-sanitaria corrente, andrebbero fatte alla luce dei differenziali di mortalità, che rappresentano l'indicatore di base per dare dimensione alla malattia ed alla capacità d'intervento del sistema sanitario, sia in termini di prevenzione che di cura. Tutti i dati statistici confermano che la mortalità, ma, soprattutto, le disabilità e le malattie croniche, aumentano con l'età e che lo stesso mantenimento in buona o accettabile

salute comporta più frequenti ed estesi interventi di prevenzione, assistenza e trattamento. Per quanto riguarda le differenze regionali dei tassi di mortalità, non è evidente, come per i tassi di ospedalizzazione, un marcato gradiente Nord-Sud. Per interpretare la variabilità regionale in termini di mortalità cardiovascolare, vanno presi in considerazione diversi aspetti non solo legati all'efficienza del sistema sanitario nel suo complesso (si pensi alla tempestività di trasporto e/o di primo trattamento o alla messa in atto di adeguate azioni di prevenzione) e delle strutture ospedaliere in particolare, ma anche aspetti economici, sociali, culturali e di stile di vita individuale. La raccomandazione è, però, soprattutto in prospettiva. La struttura di una popolazione varia lentamente e, per molti aspetti, inesorabilmente, mentre è possibile incidere sulla mortalità e sulla morbosità attraverso un'adeguata programmazione delle spese e degli investimenti anche se con diverse priorità a livello regionale.

### **Riferimenti bibliografici**

(1) World Health Organization (WHO). 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2008.