

## 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 2012) per il gruppo di cause rappresentato dalle malattie ischemiche del cuore, in una popolazione media di 10.000 persone di età  $\geq 45$  anni, relativa allo stesso periodo. Questo indicatore è di fondamentale importanza poiché, in Italia, la mortalità per malattie ischemiche del cuore (ICD-9 410-414) rappresenta ancora la maggiore causa di morte (circa il 13% della

mortalità generale e poco meno del 33% del complesso delle malattie del sistema circolatorio), così come rappresenta una delle maggiori cause di morte in quasi tutti i Paesi industrializzati. 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 descritti relativamente ai tassi di ospedalizzazione.

I tassi di mortalità per causa relativi all'anno 2012, probabilmente, risentono ancora dell'effetto dovuto al passaggio dalla 9<sup>o</sup> alla 10<sup>o</sup> revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie. La nuova revisione, infatti, essendo notevolmente più complessa della precedente, ha richiesto un periodo di adattamento più lungo che ha costretto l'Istituto Nazionale di Statistica a lasciare, per ora, scoperti gli anni 2004 e 2005.

### 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 2012, si sono registrati 13,32 decessi (per 10.000) fra gli uomini e 7,33 decessi (per 10.000) fra le donne. Da sottolineare, per entrambi i tassi di mortalità, il trend in diminuzione iniziato dal 2009. A livello regionale, il primato negativo spetta alla Campania sia per gli uomini (16,82 per 10.000) che per le donne (10,06 per 10.000) (Tabella 1 e 2). Per gli uomini, inoltre, si regi-

strano in tutte le regioni tassi di mortalità per malattie ischemiche del cuore  $>10$  (per 10.000) e addirittura  $\geq 15$  (per 10.000) in Umbria e Abruzzo. Per le donne, invece, si registrano in tutte le regioni tassi di mortalità  $>5$  (per 10.000) e addirittura  $>8$  (per 10.000) in Abruzzo, Umbria, Lazio e Molise. In conclusione, quindi, escluso il primato della Campania, sia negli uomini che nelle donne le regioni dell'Italia centrale sembrano registrare i tassi di mortalità per malattie ischemiche più elevati. La Valle d'Aosta per gli uomini e la Sardegna per le donne sono le regioni più virtuose, con tassi di mortalità di 10,12 (per 10.000) e 5,52 (per 10.000) decessi, rispettivamente.

Dai dati è evidente il trend in aumento dei tassi di mortalità per classe di età in entrambi i generi: complessivamente negli uomini il tasso di mortalità passa da 2,69 (per 10.000) nella classe di età 45-54 anni a 11,94 (per 10.000) negli ultra 75enni, aumentando di oltre 40 volte; nelle donne, invece, il tasso di mortalità cresce da 0,50 (per 10.000) nelle classi di età 45-54 anni a 87,02 (per 10.000) nelle ultra 75enni, aumentando di ben 174 volte. Ciò conferma come, nelle donne, l'effetto dell'età sia più importante che negli uomini. Tale trend si riflette, anche se con accelerazioni diverse, nelle singole regioni.

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 (Rapporto Osservasalute Edizioni precedenti).

**Tabella 1** - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore per regione. Maschi - Anno 2012

Regioni	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	3,28	9,11	19,06	95,09	11,88
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	6,93	4,88	20,97	74,19	10,12
Lombardia	2,67	7,40	19,36	102,80	12,57
Bolzano-Bozen	3,26	11,90	18,19	107,72	13,22
Trento	1,96	7,66	18,81	128,32	14,14
Veneto	2,00	7,89	17,84	113,99	13,04
Friuli Venezia Giulia	2,23	5,16	20,17	124,40	13,67
Liguria	1,76	8,73	20,55	111,03	12,76
Emilia-Romagna	2,14	8,40	21,17	116,75	13,25
Toscana	2,22	6,52	19,03	106,22	12,00
Umbria	2,84	7,19	20,89	140,45	15,00
Marche	1,85	7,95	17,48	125,89	13,37
Lazio	3,24	10,36	24,21	119,32	14,54
Abruzzo	3,44	9,23	25,06	129,43	15,14
Molise	3,47	6,37	21,45	134,35	14,56
Campania	3,57	11,69	30,71	132,62	16,82
Puglia	1,96	6,66	20,32	105,05	12,28
Basilicata	3,52	9,97	25,52	106,72	13,58
Calabria	2,53	8,17	24,22	101,51	12,59
Sicilia	3,06	9,76	25,58	112,09	13,82
Sardegna	2,59	6,82	18,54	93,13	11,11
<b>Italia</b>	<b>2,69</b>	<b>8,49</b>	<b>21,55</b>	<b>111,94</b>	<b>13,32</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

**Fonte dei dati:** Istat. Health For All-Italia. Anno 2015.

**Tabella 2** - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore per regione. Femmine - Anno 2012

Regioni	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,45	2,23	6,24	65,76	5,74
Valle d' Aosta	1,00	2,42	11,14	73,00	6,62
Lombardia	0,33	2,12	6,05	80,98	6,82
Bolzano-Bozen	0,26	2,85	8,86	83,65	7,16
Trento	0,49	1,53	4,68	102,96	7,59
Veneto	0,52	1,11	5,90	90,65	7,08
Friuli Venezia Giulia	0,32	1,94	5,15	103,59	7,61
Liguria	0,56	1,93	5,50	89,66	7,12
Emilia-Romagna	0,48	1,88	6,13	86,46	6,81
Toscana	0,18	1,79	5,51	76,34	6,01
Umbria	0,45	2,91	7,81	107,87	8,54
Marche	0,17	1,61	5,68	97,43	7,40
Lazio	0,74	2,35	8,21	99,61	8,53
Abruzzo	0,80	1,97	8,93	105,32	8,68
Molise	0,42	3,38	6,71	104,83	8,52
Campania	0,69	2,95	11,93	108,92	10,06
Puglia	0,49	1,65	7,34	86,70	7,55
Basilicata	0,23	1,60	6,23	90,37	7,74
Calabria	0,89	1,77	9,12	83,46	7,50
Sicilia	0,62	2,98	9,48	80,40	7,57
Sardegna	0,38	1,32	6,86	60,95	5,52
<b>Italia</b>	<b>0,50</b>	<b>2,10</b>	<b>7,22</b>	<b>87,02</b>	<b>7,33</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

**Fonte dei dati:** Istat. Health For All-Italia. Anno 2015.

### **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 usufruisce dei 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, 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 e 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 di 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 ed Isole. 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, di stile e di qualità di vita soprattutto nelle età più anziane. 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.