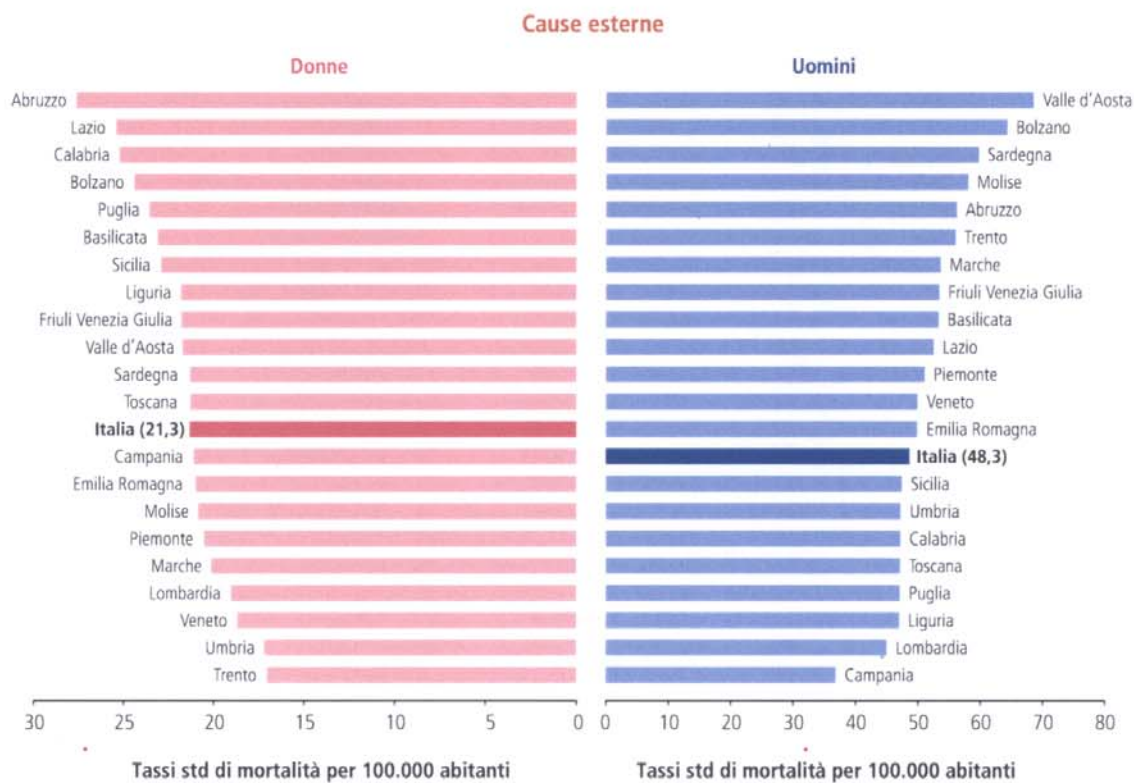
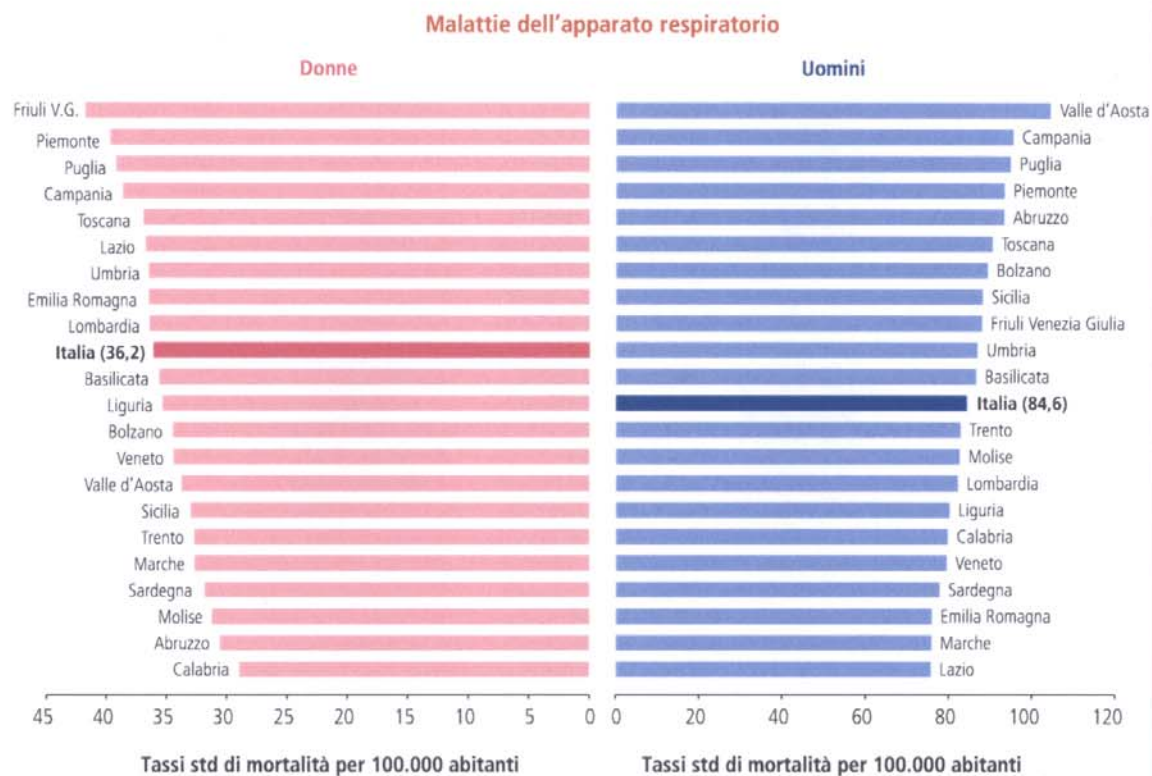


(std) per 100.000: donne e uomini (Anno 2011).



Bibliografia essenziale

Frova L, Marchetti S, Pace M. La codifica automatica delle cause di morte in Italia: aspetti metodologici e implementazione della ICD 10. Istituto Nazionale di Statistica
Marchetti S, Cinque S. L'indagine sulle cause di morte:

nuovo piano di controllo e correzione dei dati di mortalità per causa e fasi procedurali. Istituto Nazionale di Statistica, 2013

Vichi M, Minelli G, D'Ottavi SM, et al. La mortalità in Italia nell'anno 2010. Roma: Istituto superiore di sanità, 2013 (Rapporti ISTISAN 13/10)

1.6. Impatto delle malattie

1.6.1. Quadro programmatico

La valutazione dell'impatto (*burden*) delle malattie viene effettuata anche a livello internazionale e i risultati dei confronti tra Paesi con contesti demografici ed economici simili permette di evidenziare “progressi” e “fallimenti” relativi in termini di salute, in gran parte attribuibili ai rischi di malattia e ai sistemi sanitari vigenti che li devono contrastare. L'ultima valutazione su scala mondiale è stata pubblicata alla fine del 2012 e riporta i risultati relativi a un periodo di venti anni (1990-2010).

Il profilo per l'Italia (<http://www.healthdata.org>) è positivo, dal momento che essa si colloca come il secondo Paese al mondo (dopo il Giappone) per lunghezza di attesa di vita, avendo guadagnato posizioni nella graduatoria anche rispetto ad altri Paesi dell'UE; un vantaggio di salute da coltivare e mantenere, pur nelle condizioni di crisi e di tagli agli investimenti per la salute.

Per monitorare l'impatto delle malattie sulla popolazione, occorre poter disporre di dati affidabili ed esaustivi che consentano la costruzione di indicatori per il confronto tra le diverse Regioni e Province Autonome. I dati Istat di mortalità e quelli del Ministero della salute sui ricoveri ospedalieri (Schede di Dimissione Ospedaliera, SDO) rispondono a questi requisiti e rappresentano due fonti fondamentali per il monitoraggio dello stato di salute e dei bisogni di salute della popolazione italiana.

Prendendo in primo luogo in esame la mortalità, riveste particolare interesse, quale fonte di indicazioni nell'area degli interventi di prevenzione, la cosiddetta “mortalità evitabile”. Una causa di morte viene detta “evitabile” quando si conoscono interventi capaci di

ridurre il numero di decessi a essa attribuibili, considerando la classe di età 0-74 anni. La mortalità evitabile si distingue in tre categorie, che si differenziano a seconda del tipo di intervento in grado di contrastare le varie cause: prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia e interventi di igiene e assistenza sanitaria. Appartengono alla categoria “prevenzione primaria” quelle cause che potrebbero essere efficacemente evitate o contrastate agendo sugli stili di vita, quali l'alimentazione, il fumo di sigaretta e l'abuso di alcol, nonché incentivando l'utilizzo delle misure di sicurezza alla guida e mettendo in atto campagne di prevenzione efficace per la prevenzione delle morti violente (non ultimi i suicidi e gli incidenti sul lavoro).

Questo primo gruppo (prevenzione primaria), in particolare, riveste un grande interesse, poiché rappresenta la maggior parte del complesso della mortalità cosiddetta evitabile (i due terzi del totale per gli uomini e più di un terzo per le donne).

Il concetto di causa “evitabile”/“contrastabile” con interventi di prevenzione primaria messo a punto per la mortalità può, con qualche cautela, essere traslato alla morbosità e, nello specifico di questo contributo, alle ospedalizzazioni.

1.6.2. Rappresentazione e valutazione dei dati

I dati si riferiscono alla popolazione residente in Italia di età inferiore a 75 anni, articolata nelle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano. I tassi standardizzati, relativi a 10.000 soggetti (riferimento, popolazione al Censimento 2001) per l'anno 2011 – anno più

recente reso disponibile dall'Istat – sono stati elaborati dall'Ufficio di Statistica dell'Istituto superiore di sanità (ISS) avvalendosi di due basi dati: la Base di Dati della Mortalità in Italia (costruita a partire dai dati ufficiali dell'Istat) e la Base Dati dei Ricoveri Ospedalieri (costruita a partire dai dati ufficiali SDO del Ministero della salute). Per la costruzione dei tassi sono state utilizzate le popolazioni residenti in Italia di fonte Istat.

Per ciò che concerne le ospedalizzazioni, i dati sono riferiti alle dimissioni avvenute nel corso del 2011, in regime sia di ricovero ordinario sia in day-hospital. Sono stati considerati esclusivamente la causa riportata come diagnosi principale alla dimissione e i soli ricoveri per acuti (cioè sono stati esclusi i ricoveri in strutture di lungodegenza o riabilitazione).

Decessi e ricoveri sono codificati secondo le classificazioni adottate attualmente nel nostro Paese: rispettivamente ICD-10 (*International Classification of Diseases – 10th Revision*) e ICD-9-CM (*International Classification of Diseases – 9th Revision – Clinical Modification*). Sono state considerate le cause “prevenibili” con il maggiore impatto in termini sia di numero di decessi sia di ospedalizzazioni: alcuni tumori (labbra, cavità orale, faringe, esofago, trachea, bronchi, polmone, vescica), alcune malattie dell'apparato circolatorio (malattie ischemiche del cuore) e tutti i traumatismi e avvelenamenti (cause violente).

1.6.3. La mortalità evitabile con interventi di prevenzione primaria

Complessivamente, nel 2011 i decessi attribuibili al gruppo di cause considerate prevenibili con interventi di prevenzione primaria ammontano a poco meno di 47.000 e rappresentano circa un terzo di tutti i decessi sotto i 75 anni di età: il 35,2% per gli uomini e il 18,5% per le donne. Nell'ultimo quinquennio il contributo di questo gruppo di cause alla mortalità complessiva nella classe di età 0-74 anni non ha subito variazioni di rilievo.

Nella *Tabella 1.12* sono riportati i tassi grezzi di mortalità per le singole cause selezionate. I tumori rappresentano la componente maggiore del complesso delle cause evitabili (46,7%) e in particolare il tumore del polmone (37,3%); seguono le malattie ischemiche del cuore (31,7%) e le cause violente (21,6%). Non si evidenziano sostanziali differenze tra uomini e donne nella composizione percentuale della mortalità evitabile.

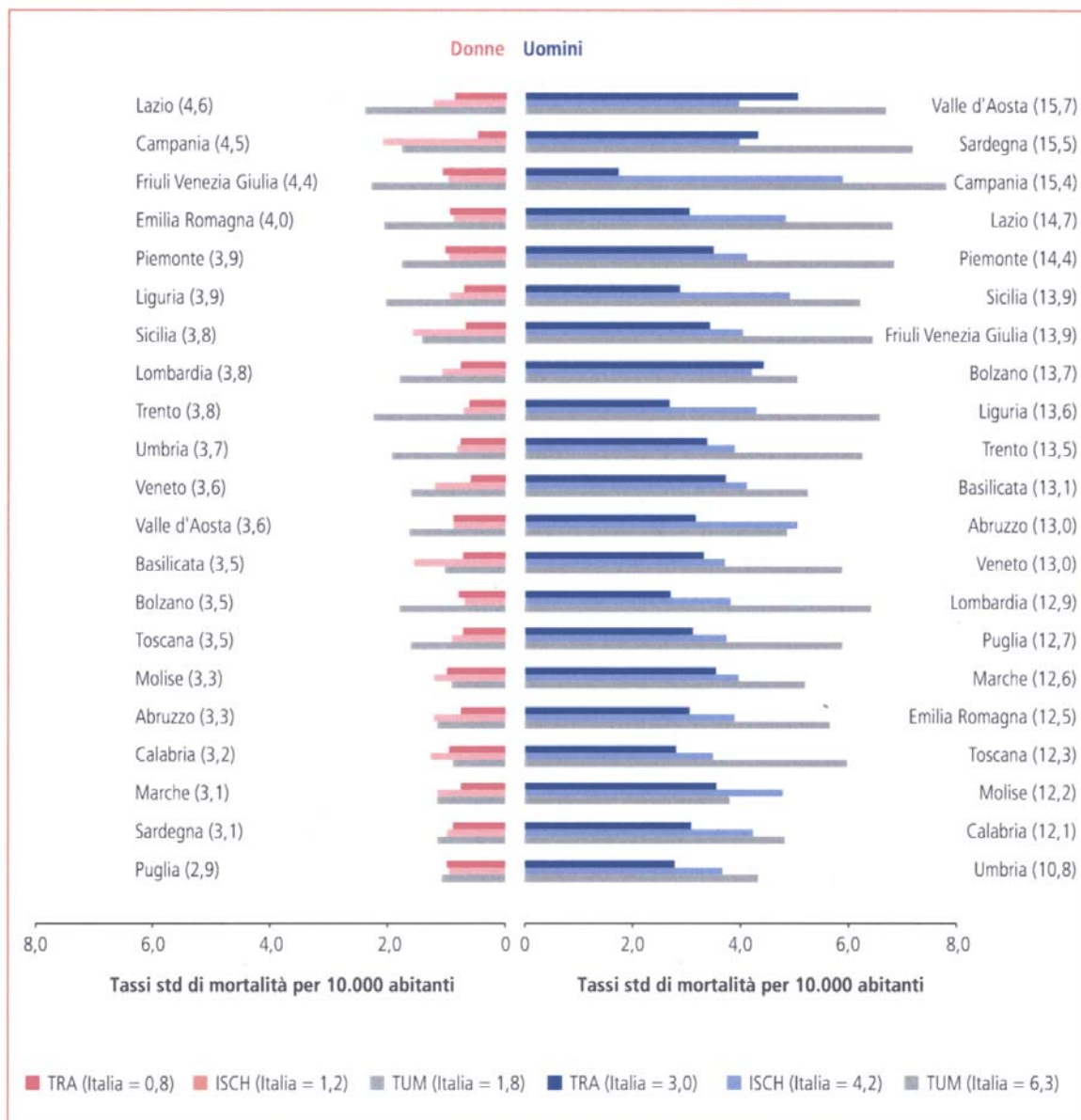
Il tasso grezzo è di 8,7 decessi ogni 10.000 abitanti: 13,4 per gli uomini e 4,1 per le donne.

La *Figura 1.8* mostra i tassi standardizzati di mortalità evitabile mediante interventi di prevenzione primaria per i tre grandi sottogruppi di cause (tumori, malattie ischemiche del cuore e traumatismi/cause violente) per gene-

Tabella 1.12. Alcune cause di mortalità evitabile mediante prevenzione primaria. Numero assoluto di dimissioni, composizione percentuale e tassi grezzi per 10.000 abitanti. Uomini e donne di 0-74 anni di età – Italia (Anno 2011)

			Uomini			Donne			Totale		
			Dimissioni	%	Tasso	Dimissioni	%	Tasso	Dimissioni	%	Tasso
Alcuni tumori	TUM	140-150; 162;188	16.688	46,6	6,2	5.265	47,3	1,9	21.953	46,7	4,1
Labbra, cavità orale, faringe, esofago		140-150	2.122	5,9	0,8	584	5,2	0,2	2.706	5,8	0,5
Trachea, bronchi, polmone		162	13.119	36,6	4,9	4.376	39,3	1,6	17.495	37,3	3,2
Vescica		188	1.447	4,0	0,5	305	2,7	0,1	1.752	3,7	0,3
Malattie ischemiche del cuore	ISCH	410-414	11.297	31,5	4,2	3.577	32,1	1,3	14.874	31,7	2,8
Traumatismi e avvelenamenti	TRA	800-999	7.845	21,9	2,9	2.290	20,6	0,8	10.135	21,6	1,9
Totale			35.830	100,0	13,4	11.132	100,0	4,1	46.962	100,0	8,7

Figura 1.8. Mortalità evitabile mediante prevenzione primaria per Regione di residenza e genere [tassi standardizzati (std) per 10.000] (tra parentesi i valori del tasso totale per 10.000) – Italia (Anno 2011).



Fonte: Elaborazione Istituto superiore di sanità su dati Istat.

re e Regione di residenza; le Regioni sono in ordine decrescente secondo il valore del tasso per il complesso delle cause selezionate.

1.6.4. L'ospedalizzazione potenzialmente prevenibile con interventi di prevenzione primaria

Nel 2011 sono state registrate poco meno di 10 milioni di dimissioni ospedaliere in regime per

acuti; di queste circa 7 milioni e 600.000 hanno riguardato la fascia di età 0-74 anni e in circa il 10% dei casi sono state quelle che riportavano come diagnosi principale alla dimissione una delle patologie del gruppo di cause prevenibili con interventi di prevenzione primaria.

Anche per le ospedalizzazioni, come per la mortalità, si evidenziano importanti differenze di genere. L'ospedalizzazione "potenzialmente prevenibile" rappresenta per gli uomini il 14,5% del complesso delle ospedalizzazioni

Tabella 1.13. Alcune cause di ospedalizzazione evitabile mediante prevenzione primaria. Numero assoluto di dimissioni, composizione percentuale e tassi grezzi per 10.000 abitanti. Uomini e donne di 0-74 anni di età – Italia (Anno 2011)

			Uomini			Donne			Totale		
			Dimissioni	%	Tasso	Dimissioni	%	Tasso	Dimissioni	%	Tasso
Alcuni tumori	TUM	140-150; 162;188	67.821	13,3	25,4	19.699	8,0	7,3	87.520	11,5	16,3
Labbra, cavità orale, faringe, esofago		140-150	8.711	1,7	3,3	3.244	1,3	1,2	11.955	1,6	2,2
Trachea, bronchi, polmone		162	25.081	4,9	9,4	9.465	3,8	3,5	34.546	4,6	6,4
Vescica		188	34.029	6,7	12,7	6.990	2,8	2,6	41.019	5,4	7,6
Malattie ischemiche del cuore	ISCH	410-414	147.482	28,8	55,2	44.282	17,9	16,3	191.764	25,3	35,6
Traumatismi e avvelenamenti	TRA	800-999	296.282	57,9	110,8	183.670	74,2	67,7	479.952	63,2	89,1
Totale			511.585	100,0	191,4	247.651	100,0	91,3	759.236	100,0	141,0

Sono stati considerati solo i ricoveri per acuti.

della popolazione di 0-74 anni e il 6,1% per le donne.

La componente maggiore del gruppo di cause di ospedalizzazione che potrebbero essere contrastate mediante interventi di prevenzione primaria è costituita dal gruppo degli avvelenamenti e traumatismi, che rappresentano complessivamente il 63,2% del gruppo di cause considerato, ma arrivano a rappresentare ben il 74,2% tra le donne (contro il 57,9% tra gli uomini); al secondo posto, in termini percentuali, vi sono le malattie ischemiche del cuore (che rappresentano il 28,8% del totale tra gli uomini e il 17,9% tra le donne); infine vi è il gruppo dei tumori (13,3% tra gli uomini e 8,0% tra le donne).

Il tasso grezzo di ospedalizzazione per le cause considerate è pari, complessivamente, a circa 141 dimissioni ogni 10.000 abitanti, ma arriva a 191,4 per gli uomini, contro 91,3 per le donne, con un rapporto uomini/donne pari a 2,1. Il rapporto di genere è più elevato per i tumori (3,5) e le malattie ischemiche (3,4) rispetto agli avvelenamenti e ai traumatismi (1,6) [Tabella 1.13].

La Figura 1.9 mostra i tassi standardizzati di ospedalizzazione regionali per i diversi gruppi di cause selezionate, distintamente per uomini e donne; anche in questo caso le Regioni sono ordinate in ordine decrescente secondo il valore complessivo del tasso.

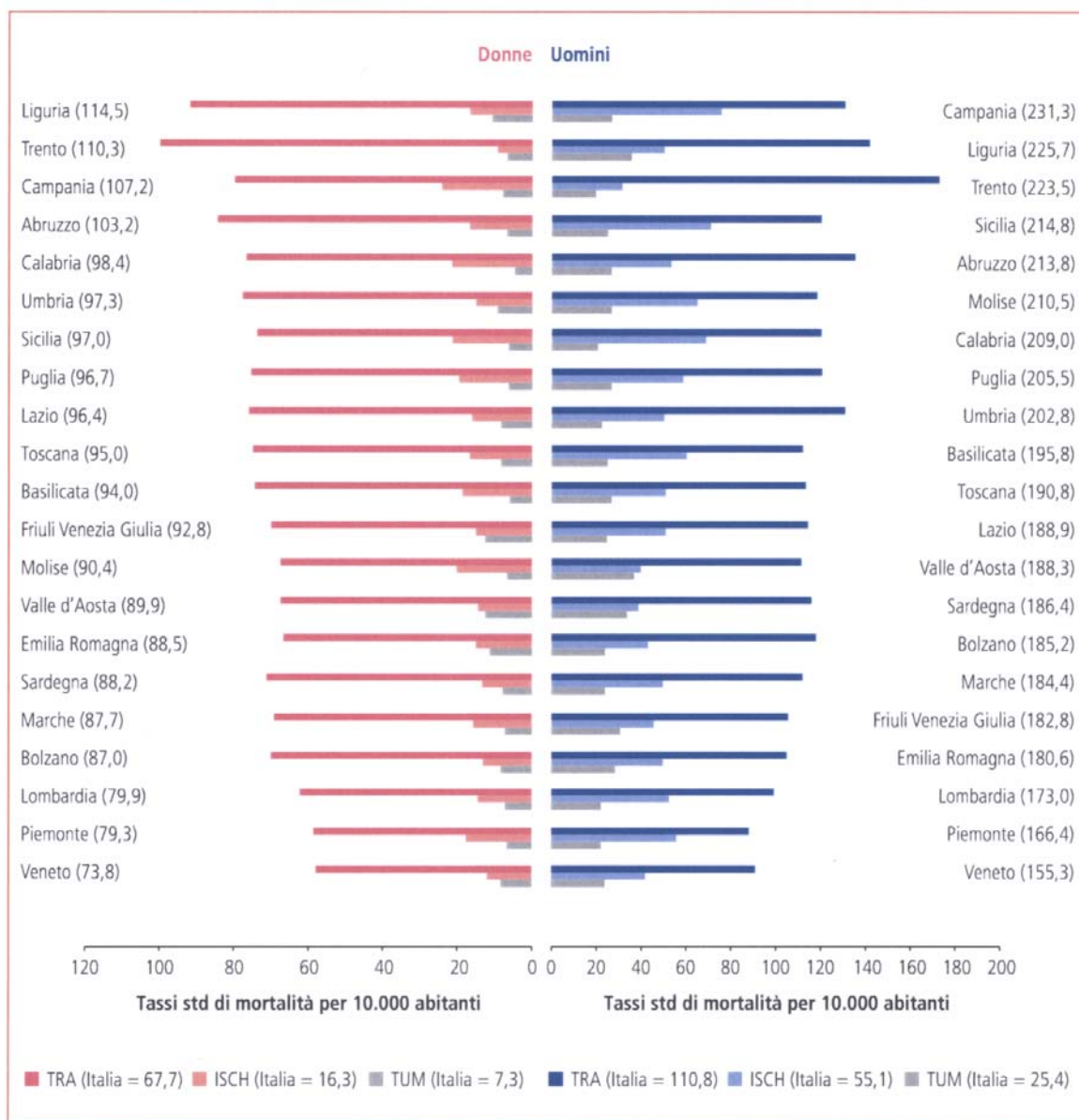
È opportuno sottolineare che un confronto diretto tra l'ospedalizzazione per cause potenzialmente prevenibili e la mortalità esaminata nel paragrafo precedente non è possibile, a causa delle molteplici componenti che in misura diversa contribuiscono ai due fenomeni. Le differenze che emergono quando si considerano le cause prevenibili in termini di ospedalizzazione piuttosto che di mortalità sono, almeno in parte, spiegabili con la diversa letalità delle cause che vanno a comporre il gruppo delle cause prevenibili, nonché con il diverso peso di ciascuna componente (tumori, malattie ischemiche del cuore e cause violente) nelle diverse Regioni. Nondimeno, anche le diverse strategie di gestione dei bisogni di salute da parte dei sistemi sanitari regionali possono contribuire a generare le differenze osservate.

1.6.5. Indicazioni per la programmazione

Gli archivi sanitari da flussi informativi correnti, quali le SDO e le Schede di Morte, costituiscono un'importante fonte di dati esaustiva e a basso costo per il monitoraggio dell'impatto delle malattie a fini di sanità pubblica e di programmazione sanitaria.

Gli indicatori presentati in questo Capitolo derivano per l'appunto dalle fonti di dati

Figura 1.9. Ospedalizzazione potenzialmente prevenibile mediante prevenzione primaria per Regione di residenza e genere (tassi standardizzati per 10.000) [tra parentesi i valori del tasso totale per 10.000 (Italia – Anno 2011)].



Fonte: Elaborazione Istituto superiore di sanità su dati Istat.

correnti suddette, opportunamente elaborate. Nello specifico, occorre sottolineare che la mortalità e la morbosità “prevenibili” rappresentano un fenomeno molto complesso, che sarebbe semplicistico attribuire direttamente a meriti o carenze specifiche e immediatamente individuabili delle politiche sanitarie e dei comportamenti individuali. Tuttavia, pur con le dovute cautele, occorre tenere conto che, nonostante sia riportato nella letteratura

scientifica un trend in diminuzione, ancora nel 2011 le morti attribuibili a cause cosiddette “evitabili” mediante interventi di prevenzione primaria ammontano a poco meno di 50.000 e più di 750.000 sono state le ospedalizzazioni per lo stesso gruppo di cause nel corso del medesimo anno. Questi numeri sono probabilmente solo la punta dell’iceberg e le cause “indice” considerate non sono certo esaustive di tutte le patologie prevenibili, in tutto o in

parte, con efficaci interventi di prevenzione primaria. Da questo contributo emergono comunque alcune indicazioni, utili a orientare la programmazione di interventi di prevenzione atti a diminuire i costi in termini di salute delle persone e di risorse da impiegare.

Bibliografia essenziale

Arniani S, Barchielli, A, Bartolucci S, et al. Mortalità evitabile nelle città capoluogo di provincia. Associazione Italiana Medici per l'Ambiente - ISDE Italia, 1999

Bartolucci S, Buiatti E, Conti S, et al. Mortalità evitabile nelle città capoluogo di provincia. *European Journal of Aerobiology and Environmental Medicine* 2005; Suppl. 1

Buzzi N, Cananzi G, Conti S, et al. ERA, Atlante 2006. Mortalità evitabile e contesto demografico per USL, 2006

Buzzi N, Cananzi G, Conti S, et al. ERA, Atlante 2007. Mortalità evitabile per Genere ed USL, 2007

Buzzi N, Cananzi G, Conti S, et al. ERA, Atlante 2009. Ospedalizzazione evitabile per genere e unità sanitaria territoriale, 2010

2

Malattie

2.1. Malattie cardio-cerebrovascolari

2.1.1. Quadro programmatico

Le malattie cardio-cerebrovascolari sono ancora oggi tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità; rientrano in questo gruppo le più frequenti patologie di origine arteriosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore (infarto acuto del miocardio e angina pectoris), le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico ed emorragico) e le arteriopatie periferiche. Sono di origine multifattoriale e prevenibili, poiché dovute alla combinazione di più fattori di rischio modificabili (pressione arteriosa, colesterolemia totale e HDL, glicemia, abitudine al fumo, obesità e diabete); chi sopravvive a un evento acuto diventa un malato cronico con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali; inoltre, le malattie cardio-cerebrovascolari sono fra i determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, producendo disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva.

Il *Global Action Plan* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) 2013-2020 inserisce le malattie cardio-cerebrovascolari fra quelle da sorvegliare e da includere nelle azioni di prevenzione, in quanto ampiamente prevenibili attraverso l'adozione di stili di vita corretti (sana alimentazione, attività fisica regolare e abolizione del fumo di sigaretta).

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) già nel 2005 ha incluso tra le aree prioritarie di intervento le malattie cardio-cerebrovascolari, inserendo fra le azioni di prevenzione la valutazione del rischio cardiovascolare nella popolazione generale adulta attraverso l'applicazione della carta del rischio dell'Istituto superiore di sanità (ISS) e costituendo l'Osser-

vatorio del Rischio Cardiovascolare. Anche il PNP 2010-2012, prorogato al 31 dicembre 2013, e il nuovo PNP 2014-2018 in fase di predisposizione confermano tra le linee di intervento la prevenzione delle malattie cardio-cerebrovascolari. La strategia complessiva di prevenzione comprende la promozione della salute e dei corretti stili di vita della popolazione e l'identificazione precoce dei soggetti in condizione di rischio.

2.1.2. Esposizione e valutazione critica dei fenomeni rappresentati dai dati

Un dato rilevante per la salute degli italiani riguarda la mortalità totale, che negli ultimi 30 anni si è più che dimezzata (la mortalità totale si è ridotta del 53% tra il 1980 e il 2010) e il contributo delle malattie cardiovascolari è quello che più ha influito sul trend in discesa (nello stesso periodo la mortalità per malattie ischemiche del cuore si è ridotta del 63% e quella delle malattie cerebrovascolari del 69%).

Nel 2010 (ultimo dato di mortalità disponibile) si sono verificati, complessivamente, 220.539 decessi per malattie del sistema circolatorio (95.952 negli uomini e 124.587 nelle donne); di questi, 72.023 decessi sono stati attribuiti a malattie ischemiche del cuore (36.742 negli uomini e 35.281 nelle donne) e 60.586 a malattie cerebrovascolari (23.991 negli uomini e 36.595 nelle donne). La *Tabella 2.1* riporta i tassi di mortalità standardizzati per uomini e donne per l'anno 2010, suddivisi per le singole Regioni per malattie del sistema circolatorio, malattie ischemiche del cuore e accidenti cerebrovascolari. Negli uo-

Tabella 2.1. Tasso standardizzato (popolazione mondiale) di mortalità per 100.000 delle malattie cardiovascolari (Anno 2010)

Regione	Malattie ischemiche del cuore (I20-I25)		Malattie cerebrovascolari (I60-I69)		Malattie del sistema circolatorio (I00-I99)	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Piemonte	41,4	16,5	29,3	23,9	112,1	70,8
Valle d'Aosta	42,4	16,2	28,1	19,5	106,9	63,2
Lombardia	43,5	19,1	23,9	18,9	102,8	63,4
Trentino Alto Adige	47,4	21,6	19,2	13,6	104,7	61,3
Veneto	45,1	19,2	21,1	16,1	107,4	62,5
Friuli Venezia Giulia	44,1	21,6	22,7	18,8	104,2	66,5
Liguria	41,3	17,6	24,4	21,0	105,9	68,3
Emilia Romagna	42,2	19,6	21,2	16,6	100,6	63,3
Toscana	39,4	16,9	27,8	22,2	104,3	65,4
Umbria	51,2	24,4	26,1	19,4	113,5	67,6
Marche	44,5	20,1	25,1	17,2	103,8	64,8
Lazio	50,6	23,8	24,2	18,4	118,9	72,2
Abruzzi	47,8	22,5	28,9	19,4	122,2	72,7
Molise	49,4	23,6	27,0	21,8	118,6	78,9
Campania	57,6	29,5	35,6	28,7	141,7	97,0
Puglia	37,9	19,3	21,5	17,6	104,0	72,4
Basilicata	49,5	18,8	23,7	18,9	120,0	76,7
Calabria	41,4	19,3	29,8	24,5	126,6	82,1
Sicilia	46,7	21,1	36,0	29,3	128,7	86,8
Sardegna	41,0	15,3	24,8	17,2	103,7	61,4
Italia	44,9	20,4	26,3	20,6	112,5	71,1

Fonte: <http://www.iss.it/site/mortalita/Scripts/SelCause.asp>.

mini la mortalità per malattie ischemiche del cuore è trascurabile fino a 40 anni, emerge fra 40 e 50 anni e poi cresce in maniera esponenziale con l'avanzare dell'età; nelle donne si manifesta circa 10 anni dopo, a partire dai 60 anni, e cresce rapidamente dopo i 70 anni. I tassi di ospedalizzazione (numero di dimissioni ospedaliere per diagnosi principale su popolazione residente per 100.000) in regime di Ricovero Ordinario, osservati nel 2012 nella popolazione di età uguale o superiore ai 25 anni, per malattie ischemiche del cuore e malattie cerebrovascolari sono riportati nella *Tabella 2.2*. Il peso delle malattie cardiovascolari sui ricoveri ospedalieri è in aumento; i dati di dimissione indicano che più della metà dei ricoveri per queste malattie è dovuto a evoluzione cronica e complicazioni di eventi acuti, nonché a complicità dell'i-

pertensione, del diabete, della malattia renale cronica. È difficile spiegare le differenze geografiche riscontrate, poiché molteplici sono gli aspetti che incidono sull'occorrenza della malattia e sulla conseguente mortalità e ospedalizzazione. Oltre agli aspetti strettamente legati ai principali fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione su cui agiscono stili di vita e trattamenti specifici, bisogna tenere conto delle differenti condizioni economiche, infrastrutturali, sociali e culturali delle specifiche realtà. Tutti i dati disponibili confermano che ospedalizzazioni, invalidità e disabilità aumentano con l'avanzare dell'età e che il mantenimento in buona o accettabile salute comporta più frequenti ed estesi interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Le condizioni a rischio più frequenti sono l'ipertensione arteriosa (pressione arteriosa

Tabella 2.2. Tassi standardizzati (popolazione italiana al censimento 2011) di dimissione ospedaliera (per 100.000 abitanti) da istituti pubblici e privati accreditati per codici di diagnosi principale di malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari in regime di Ricovero Ordinario (esclusi i day-hospital) [Anno 2012]

Regione	Malattie ischemiche del cuore (I20-I25)		Malattie cerebrovascolari (I60-I69)	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Piemonte	961,3	326,6	651,9	448,7
Valle d'Aosta	810,8	312,0	708,3	525,2
Lombardia	1.023,3	341,3	665,4	466,7
PA di Bolzano	718,4	263,5	934,4	727,8
PA di Trento	1.041,4	411,1	684,5	516,7
Veneto	744,0	255,6	653,4	467,2
Friuli Venezia Giulia	804,9	318,7	520,5	408,8
Liguria	734,1	271,9	674,2	538,3
Emilia Romagna	897,2	330,3	659,0	507,8
Toscana	903,2	335,1	708,6	537,8
Umbria	872,9	307,7	794,8	558,6
Marche	902,3	353,6	746,5	537,1
Lazio	995,8	335,3	763,3	569,5
Abruzzo	907,9	294,1	846,8	632,5
Molise	1.083,8	350,1	745,5	535,8
Campania	1.303,7	458,3	851,9	648,0
Puglia	1.086,9	383,1	626,8	483,8
Basilicata	918,0	415,7	606,7	599,2
Calabria	1.109,2	368,8	700,5	523,7
Sicilia	1.120,2	385,1	847,9	662,1
Sardegna	677,4	270,1	621,4	484,0
Italia	978,2	343,4	709,4	527,7

Fonte: Ministero della salute. SDO – Istat. Demografia in cifre per la popolazione – Anno 2013.

≥ 140/90 mmHg o in trattamento specifico) e l'ipercolesterolemia (colesterolemia ≥ 240 mg/dl o in trattamento specifico), altamente diffuse fin dall'età più giovane. Grazie all'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/*Health Examination Survey* (OEC/HES), indagine condotta tra il 2008 e il 2012 dall'ISS in collaborazione con l'Associazione Italiana Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), è stato possibile stimare nelle 20 Regioni, attraverso misure dirette effettuate su campioni rappresentativi della popolazione adulta, la prevalenza standardizzata (popolazione italiana del 2010) di queste condizioni: in età adulta (35-79 anni) sono ipertesi il 52% degli uomini (di cui il 37% non è consapevole di esserlo) e il 40% delle donne (di cui il 32% non consapevole di esserlo); l'ipercolesterole-

mia è presente nel 39% degli uomini (di cui il 34% non ne è consapevole) e nel 42% delle donne (di cui il 37% non ne è consapevole). Il confronto dei dati misurati dell'OEC/HES con quelli di diagnosi riferita raccolti dalla sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) che, attraverso indagini campionarie, ricava informazioni dalla popolazione italiana sugli stili di vita e fattori di rischio, nella fascia di età comune (35-69 anni), mostra che i dati riferiti sotto-stimano la prevalenza di ipertensione arteriosa e di ipercolesterolemia. Per le altre condizioni a rischio, quali abitudine al fumo e diabete, si rimanda ai rispettivi Capitoli. Esistono alcune malattie cardio-cerebrovascolari che non richiedono necessariamente rico-

Tabella 2.3. Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/*Health Examination Survey 2008-2012* – Prevalenza (%) di malattie cardiovascolari e di condizioni a rischio nella popolazione di età 65-79 anni

	Uomini	Donne
Malattie cardiovascolari		
Angina pectoris	5,1	6,3
Ipertrofia ventricolare sinistra	3,2	2,7
Fibrillazione atriale	1,9	1,5
Attacco ischemico transitorio	2,8	2,2
Claudicatio intermittens	4,4	4,3
Condizioni a rischio		
Iperensione arteriosa	76,9	74,9
di cui in trattamento	72,1	76,5
di cui non consapevoli di esserlo	22,8	18,2
Ipercolesterolemia	41,0	56,0
di cui in trattamento	58,0	51,4
di cui non consapevoli di esserlo	24,5	21,6

Fonte: www.cuore.iss.it

vero ospedaliero e che si riscontrano con maggiore frequenza in età avanzata: fibrillazione atriale, ipertrofia ventricolare sinistra, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, claudicatio intermittens. Nell'OEC/HES, queste malattie sono state indagate attraverso la storia clinica e l'ECG; la prevalenza è riportata nella *Tabella 2.3* insieme a quelle di ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia per la fascia di età più avanzata (65-79 anni): la prevalenza degli ipertesi raggiunge il 75% degli anziani e quella dei dislipidemici il 50%; circa un quarto degli ipertesi non segue una terapia specifica.

Il progredire delle conoscenze sull'arteriosclerosi, sulle sue manifestazioni cliniche, sui fattori di rischio e sui trattamenti farmacologici ha permesso di mettere a punto strumenti di facile applicazione in salute pubblica per la valutazione del rischio cardiovascolare globale e di raccogliere questo indicatore sulla popolazione generale adulta (35-69 anni). La *Tabella 2.4* riporta il rischio medio misurato su circa 221.000 soggetti da parte dei medici di medicina generale che hanno aderito al piano nazionale di formazione sull'utilizzo e applicazione della carta del rischio lanciato dal PNP 2005-2008.

La numerosità degli assistiti esaminati fino a oggi è stata proporzionale all'adesione delle Regioni e all'implementazione dei corsi di

formazione; il rischio medio è del 9% negli uomini e del 3% nelle donne, sostanzialmente coerente con quello stimato attraverso l'indagine dell'OEC/HES, che ha misurato, rispettivamente, un valore del 7% negli uomini e del 2% nelle donne. Per coloro che sono a rischio elevato il piano prevede il *counseling* sugli stili di vita, l'eventuale trattamento farmacologico e un riesame a 6 mesi/1 anno di distanza. In coloro che sono stati riesaminati, il livello di rischio, nonostante l'incremento dell'età, è rimasto stabile o è addirittura migliorato.

Questo risultato conferma che la conoscenza e il supporto da parte del personale sanitario, accompagnati da azioni di prevenzione comunitaria, possono essere di grande giovamento per la riduzione e il mantenimento di un profilo di rischio favorevole nella popolazione. Purtroppo, nonostante il livello delle conoscenze sui fattori di rischio e il beneficio dimostrato nel mantenere il profilo di basso rischio fin dall'età più giovane (pressione arteriosa < 120/80 mmHg, colesterolemia totale < 200 mg/dl, indice di massa corporea < 25 kg/m², senza abitudine al fumo, senza diabete e senza trattamenti farmacologici specifici per i fattori di rischio), la prevalenza dei soggetti con profilo di rischio favorevole nella popolazione generale è ancora molto bassa (2,3% degli uomini e 7,1% delle donne

Tabella 2.4. Osservatorio del Rischio Cardiovascolare (ORC) – Gennaio 2014 – Livello medio del rischio cardiovascolare per Regione e sesso (n. medio di eventi attesi in 10 anni su 100 persone)

Regione	N. assistiti	Donne	Uomini	Totale
Abruzzo	76.155	3,2	9,1	6,0
Basilicata	22.531	2,8	8,0	5,2
Calabria	77	–	–	–
Campania	4.091	3,4	9,2	6,3
Emilia Romagna	5.659	3,2	9,0	6,0
Friuli Venezia Giulia	763	3,9	11,5	8,2
Lazio	1.946	4,5	5,8	5,5
Liguria	486	4,5	12,0	7,9
Lombardia	20.174	3,0	8,3	6,0
Marche	724	5,0	12,2	8,3
Molise	6.501	3,7	9,8	6,6
Piemonte	928	4,5	11,4	8,0
Puglia	6.959	3,2	9,5	5,8
Sardegna	1.117	2,9	9,1	5,6
Sicilia	66.778	2,8	8,0	5,1
Toscana	72	–	–	–
Trentino Alto Adige	4.368	3,3	9,7	6,5
Umbria	155	3,6	11,2	7,5
Valle d'Aosta	246	3,1	6,9	5,0
Veneto	873	3,7	9,4	6,5
Italia	220.603	3,0	8,6	5,6

Nelle Regioni in cui il numero di assistiti sui quali è stato effettuato il calcolo è inferiore a 100 il valore non è stato ritenuto sufficientemente attendibile per essere riportato.

Fonte: <http://www.cuore.iss.it/Osservatorio/DistribuzioneRegionale.aspx>.

di età 35-79 anni, OEC/HES). La sfida strategica, nonché l'opportunità, della prevenzione è il progressivo incremento della proporzione di popolazione a basso rischio, condizione essenziale per sconfiggere l'epidemia delle malattie cardio-cerebrovascolari.

Bibliografia essenziale

Istat. Health For All-Italia. Anno 2013

Ministero della salute. SDO – Istat. Demografia in cifre

per la popolazione. Anno 2013

Osservatorio del Rischio Cardiovascolare. <http://www.cuore.iss.it/Osservatorio/DistribuzioneRegionale.aspx>. Ultima consultazione: agosto 2014

Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey. <http://www.cuore.iss.it/fattori/distribuzione.asp>. Ultima consultazione: agosto 2014

Sistema di sorveglianza PASSI. <http://www.epicentro.iss.it/passi/>. Ultima consultazione: agosto 2014

2.2. Tumori

2.2.1. Quadro programmatico

La sorveglianza delle patologie tumorali è un obiettivo essenziale dell'Unione Europea (UE)

e del nostro Paese; conoscere la distribuzione territoriale e le tendenze attuali di incidenza (nuovi casi che si verificano ogni anno), prevalenza (numero complessivo di persone ma-

late), mortalità e sopravvivenza dei pazienti oncologici, è la necessaria premessa per impostare una programmazione sanitaria mirata a migliorare il controllo del cancro.

Le informazioni sulla mortalità sono disponibili dalle statistiche ufficiali Istat. Dati su incidenza, sopravvivenza e prevalenza sono forniti dai registri tumori (Associazione Italiana Registri Tumori, AIRTUM), che registrano i dati di tutti i pazienti oncologici residenti in un determinato territorio a partire da fonti informative sanitarie o amministrative. La banca dati AIRTUM costituisce pertanto una preziosa e insostituibile fonte informativa. Attualmente i registri coprono il 47% della popolazione italiana, sono in progressiva espansione con una copertura maggiore al Nord e minore al Sud. Alla banca dati AIRTUM attinge l'ISS che, in collaborazione con altri centri di ricerca, fornisce stime a livello regionale di incidenza, mortalità e prevalenza per i tumori di maggiore impatto nella popolazione. Tali stime estendono la copertura territoriale dei dati di registro e includono proiezioni al futuro dei profili epidemiologici regionali.

Il Ministero della salute e le Regioni attingono le evidenze disponibili per orientare i documenti di programma (Piano Oncologico Nazionale) e per organizzare il sistema di offerta (screening, piuttosto che servizi di diagnosi e cura) con l'obiettivo di ridurre il rischio di tumore, rendere sempre più efficace la presa in carico della patologia, dalla fase diagnostica al follow-up, ridurre le disuguaglianze geografiche. La pianificazione della prevenzione ha integrato gli interventi di prevenzione secondaria e primaria; in questo quadro un pilastro fondamentale sono i programmi di screening oncologico. In Italia dal 2001 rientrano tra i Livelli essenziali di assistenza (LEA) e sono attivi gli screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto.

2.2.2. Rappresentazione dei dati

Incidenza. Secondo le stime CNESPS/ISS, nel 2013 il tumore più frequente per l'intera popolazione italiana è il cancro colorettale,

per il quale si stimano più di 58.700 nuove diagnosi: 33.680 negli uomini e 25.050 nelle donne. Il tumore più diffuso tra gli uomini è il tumore della prostata, con oltre 43.000 nuovi casi, mentre tra le donne è il tumore della mammella con oltre 54.000 nuove diagnosi (*Tabella 2.5*). Le tendenze attuali indicano: forte riduzione per il tumore dello stomaco, del polmone negli uomini e della cervice uterina nelle donne; costante aumento dei tumori colorettali negli uomini e della mammella nelle donne; stabilizzazione dell'incidenza del tumore prostatico, dopo una rapida crescita negli anni Novanta, e del cancro colorettale nelle donne. Patologie emergenti sono il melanoma della pelle e il tumore del polmone nelle donne. L'incidenza è in genere maggiore al Centro-Nord, tuttavia il divario con il Sud tende a ridursi e in alcuni casi a ribaltarsi (es. per i tumori del polmone negli uomini e della mammella nelle donne).

Mortalità. Secondo i dati Istat, nel 2011 in Italia si sono registrati nella popolazione residente più di 175.000 decessi per cancro (98.700 maschili e 76.663 femminili), pari al 30% di tutti i decessi (*Tabella 2.6*). I tumori rappresentano la seconda causa di morte nel nostro Paese, la prima fra gli uomini e la seconda fra le donne. La mortalità si riduce per tutti i tumori più frequenti, tranne per il tumore del polmone femminile. Il Sud, pur avendo una mortalità più bassa, presenta una riduzione più lenta e ritardata rispetto al resto del Paese. Quindi negli anni recenti i tassi di mortalità del Sud raggiungono (colon-retto) e, in alcuni casi superano (mammella, polmone uomini), quelli delle altre aree italiane.

Sopravvivenza. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per l'insieme di tutti i tumori (esclusi quelli della cute non melanomi) è pari al 60% nelle donne e al 52% negli uomini. Tra le sedi tumorali più frequenti, quelle a migliore prognosi sono prostata (88%), mammella (85%) e colon-retto (59%), mentre quella a prognosi peggiore è il polmone (14%). La sopravvivenza è aumentata in tutte le Regioni europee. L'Italia presenta generalmente valori superiori alla media europea, tuttavia permangono differenze geografiche

Tabella 2.5. Incidenza stimata per sede tumorale. Analisi per sesso e area geografica. Numero di casi, tassi grezzi e standardizzati (std) per età (popolazione europea), per 100.000 anni-persona (Anno 2013)

Regione	Uomini						Donne					
	Prostata			Colon-retto			Mammella			Colon-retto		
	N. casi	Tasso grezzo	Tasso std	N. casi	Tasso grezzo	Tasso std	N. casi	Tasso grezzo	Tasso std	N. casi	Tasso grezzo	Tasso std
<i>Nord</i>	23.486	171,1	102,7	16.614	121,1	73,1	24.787	171,6	109,5	12.605	87,2	40,5
Piemonte	4.840	222,5	121,3	2.795	128,5	72,0	3.344	144,4	91,0	2.143	92,6	41,3
Valle d'Aosta	129	204,0	121,3	75	118,0	71,9	92	139,0	91,0	58	87,5	41,3
Lombardia	7.362	149,2	95,5	5.066	102,7	65,8	9.788	189,8	122,8	4.060	78,7	38,0
Trentino Alto Adige	1.065	204,7	141,8	547	105,1	74,0	944	175,6	120,5	418	77,8	39,5
Veneto	3.878	157,8	103,4	2.819	114,7	74,2	3.953	154,2	102,2	2.220	86,6	43,6
Friuli Venezia Giulia	1.093	180,9	100,7	873	144,6	84,0	1.333	208,0	128,7	615	96,0	41,2
Liguria	1.378	179,4	83,0	1.214	158,1	77,6	1.590	187,9	105,4	884	104,5	39,3
Emilia Romagna	3.741	170,0	96,2	3.225	146,6	83,2	3.743	160,8	102,0	2.207	94,8	42,3
<i>Centro</i>	9.888	169,2	100,4	7.350	125,7	74,3	11.650	185,1	123,4	5.764	91,7	42,0
Toscana	3.163	172,9	100,0	2.475	135,3	72,8	3.347	170,0	107,6	2.009	102,1	42,4
Umbria	609	137,5	71,7	611	138,0	78,3	810	169,4	109,9	449	93,8	40,9
Marche	1.198	155,3	88,2	897	116,3	65,9	1.293	158,1	103,1	739	90,4	40,6
Lazio	4.918	175,7	110,1	3.367	120,3	77,2	6.200	205,1	141,6	2.567	84,9	42,3
<i>Sud</i>	10.013	99,0	62,6	9.717	95,9	62,7	17.799	165,7	119,8	6.685	62,3	32,3
Abruzzo	554	84,2	45,0	750	114,0	69,6	1.208	173,6	117,5	467	67,1	32,0
Molise	136	87,8	45,0	183	118,2	69,6	289	177,2	117,5	115	70,6	32,0
Campania	2.832	100,5	72,9	2.481	88,0	65,1	3.908	130,4	99,1	1.801	60,1	35,0
Puglia	1.485	75,1	45,6	1.747	88,3	55,5	4.087	194,4	137,2	1.370	65,2	31,9
Basilicata	343	120,8	68,2	308	108,4	62,0	533	179,4	127,6	228	76,8	34,7
Calabria	1.099	112,9	68,2	981	100,8	62,0	1.765	171,7	127,6	727	70,8	34,7
Sicilia	2.899	119,1	75,0	2.329	95,6	61,8	4.373	167,9	122,1	1.447	55,6	29,8
Sardegna	665	81,0	47,4	938	114,1	70,8	1.636	191,2	129,9	530	61,9	29,5
Italia	43.387	146,1	89,3	33.681	113,3	70,0	54.236	172,5	116,1	25.054	79,5	38,1

Fonte: Istituto superiore di sanità/CNESPS. <http://www.tumori.net> – Anno 2013.

con sopravvivenze più elevate nel Centro-Nord (Tabella 2.7).

Prevalenza. In Italia nel 2013 si stima che più di 660.000 donne abbiano avuto nel corso della propria vita una diagnosi di tumore al seno, circa 340.000 uomini una diagnosi di cancro prostatico e più di 390.000 persone un tumore coloretale (Tabella 2.8). La prevalenza è stimata in rapido aumento per la maggior parte delle sedi tumorali e i valori più elevati si stimano per il Centro-Nord.

Screening. Gli ultimi dati disponibili indicano un generale aumento della partecipa-

zione/adesione a tutti i tre programmi di screening. Nel 2012, complessivamente più di 10 milioni di persone sono state invitate a sottoporsi a uno dei tre screening raccomandati e sono stati effettuati più di 5 milioni di esami. Complessivamente la diffusione dei programmi regionali aumenta, in particolare nelle aree del Centro-Nord e in particolare per lo screening coloretale, che raggiunge il 57% di copertura (+9% rispetto al 2011). Il Sud e le Isole risultano ancora in ritardo soprattutto per lo screening mammografico (riduzione degli inviti del 15,8% tra il 2011 e il 2012) e coloretale (copertura sotto il 20%), mentre per quello cervicale i livelli

Tabella 2.6. Mortalità per causa (principali patologie) e sesso. Numero di decessi, tassi grezzi e standardizzati per 10.000 abitanti (Anno 2011)

Cause di morte	Decessi			Tassi grezzi			Tassi standardizzati		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Malattie del sistema circolatorio	96.366	125.523	221.889	33,55	40,94	37,37	36,73	25,72	30,30
Tumori	98.700	76.663	175.363	34,37	25,01	29,53	35,11	19,31	25,76
Tumori maligni	94.367	72.936	167.303	32,86	23,79	28,18	33,52	18,45	24,63
Tumori maligni dello stomaco	5.753	4.204	9.957	2,00	1,37	1,68	2,04	1,03	1,45
Tumori maligni del colon, retto e ano	10.248	8.829	19.077	3,57	2,88	3,21	3,65	2,14	2,77
Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni	25.153	8.553	33.706	8,76	2,79	5,68	8,83	2,26	5,06
Tumori maligni della mammella	117	11.959	12.076	0,04	3,90	2,03	0,04	3,12	1,78
Diabete mellito	9.006	12.066	21.072	3,14	3,94	3,55	3,30	2,62	2,93
Malattie del sistema nervoso	9.689	13.495	23.184	3,37	4,40	3,90	3,55	2,94	3,21
Malattie del sistema respiratorio	22.371	18.017	40.388	7,79	5,88	6,80	8,62	3,76	5,51
Malattie dell'apparato digerente	11.197	11.563	22.760	3,90	3,77	3,83	4,06	2,59	3,23
Malattie infettive e parassitarie	5.282	5.694	10.976	1,84	1,86	1,85	1,89	1,31	1,56
Cause esterne	13.366	9.607	22.973	4,65	3,13	3,87	4,90	2,18	3,42
Tutte le cause	286.114	304.500	590.614	99,62	99,32	99,46	105,97	67,15	83,12

Fonte: Istat. Datawarehouse delle statistiche prodotte dall'Istat. <http://dati.istat.it/> – Anno 2011.

Tabella 2.7. Sopravvivenza relativa (% e IC 95%) standardizzata per età a 5 anni dalla diagnosi per sede tumorale e area geografica. Periodo di diagnosi 2000-2004 (AIRTUM), 2000-2007 (Europa)

Sede tumorale	Media europea	Pool AIRTUM	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud
Stomaco	25,1 (24,8-25,4)	32 (32-33)	33 (31-34)	33 (32-34)	33 (31-34)	29 (27-29)
Colon	57,0 (56,8-57,3)	60 (59-60)	59 (58-60)	61 (60-61)	61 (59-62)	57 (55-58)
Retto	55,8 (55,5-56,1)	57 (57-58)	57 (55-58)	59 (57-60)	58 (56-59)	54 (52-56)
Polmone	13,0 (12,9-13,1)	14 (14-14)	14 (13-15)	15 (14-15)	15 (14-16)	12 (11-13)
Melanoma cutaneo	83,2 (82,9-83,6)	85 (84-86)	87 (85-88)	86 (84-87)	85 (83-86)	77 (74-80)
Mammella	81,8 (81,6-82,0)	85 (85-85)	87 (86-87)	85 (85-86)	86 (85-87)	81 (80-83)
Ovaio	37,6 (37,1-38,0)	38 (37-39)	38 (36-40)	37 (36-39)	41 (38-44)	35 (32-38)
Prostata	83,4 (83,1-83,6)	88 (88-89)	91 (90-91)	89 (88-89)	85 (84-87)	78 (76-80)
Rene	60,6 (60,2-61,0)	68 (67-68)	66 (65-68)	69 (68-71)	69 (67-71)	61 (58-64)
Linfoma non-Hodgkin	59,4 (59,0-59,7)	60 (59-60)	59 (58-61)	62 (61-63)	58 (56-60)	53 (51-55)

Fonte: AIRTUM. I tumori in Italia, Rapporto 2011.

di adesione hanno raggiunto quelli del resto del Paese. Secondo le evidenze scientifiche e le indicazioni di pianificazione, lo screening

di primo livello basato sul pap test si avvia a scomparire e a essere sostituito dal test sulla presenza di DNA del papilloma virus

Tabella 2.8. Prevalenza stimata per sede tumorale. Analisi per sesso e area geografica. Numero di casi, proporzioni grezze e standardizzate (std) per età (popolazione europea), per 100.000 persone (Anno 2013)

Regione	Uomini						Donne					
	Prostata			Colon-retto			Mammella			Colon-retto		
	N. casi	Proporzione grezza	Proporzione std	N. casi	Proporzione grezza	Proporzione std	N. casi	Proporzione grezza	Proporzione std	N. casi	Proporzione grezza	Proporzione std
<i>Nord</i>	194.372	1.416,2	785,2	111.815	814,8	483,3	342.906	2.372,5	1.393,3	95.496	660,5	304,5
Piemonte	39.921	1.835,0	923,6	18.446	847,9	464,0	52.862	2.283,1	1.286,3	15.701	678,1	295,9
Valle d'Aosta	1.048	1.652,6	923,7	491	775,2	463,9	1.436	2.171,0	1.286,3	422	638,7	296,1
Lombardia	62.169	1.260,2	754,2	34.785	705,1	445,0	125.959	2.441,8	1.471,7	31.217	605,2	292,4
Trentino Alto Adige	8.727	1.677,5	1.083,1	3.840	738,2	508,2	11.792	2.192,7	1.417,2	3.143	584,4	294,0
Veneto	30.038	1.222,6	740,0	19.099	777,4	495,2	56.016	2.185,4	1.343,1	16.284	635,3	318,2
Friuli Venezia Giulia	9.505	1.573,9	813,9	6.007	994,7	558,5	17.726	2.766,1	1.540,4	4.551	710,3	298,6
Liguria	12.340	1.607,0	681,0	8.085	1.052,9	501,4	22.663	2.677,8	1.346,4	6.761	798,8	294,7
Emilia Romagna	30.624	1.391,7	717,6	21.062	957,2	536,9	54.452	2.338,9	1.366,4	17.417	748,1	334,0
<i>Centro</i>	76.809	1.314,2	711,6	50.112	857,4	495,7	153.099	2.433,2	1.486,6	43.873	698,0	318,3
Toscana	25.452	1.391,4	715,0	17.100	934,8	493,5	46.726	2.374,1	1.367,1	15.088	766,6	320,5
Umbria	5.511	1.244,4	592,4	4.148	936,5	513,6	10.640	2.225,5	1.316,4	3.453	722,3	307,8
Marche	9.608	1.244,9	635,6	6.658	862,7	480,0	18.426	2.253,5	1.340,6	5.965	729,5	323,9
Lazio	36.238	1.294,6	757,3	22.206	793,3	498,6	77.307	2.557,9	1.636,7	19.367	640,8	316,9
<i>Sud</i>	68.824	679,9	408,4	50.310	496,4	324,2	168.396	1.567,1	1.082,7	42.562	396,1	208,2
Abruzzo	4.239	644,3	326,4	4.211	640,0	382,9	11.183	1.607,4	1.027,7	3.113	447,4	213,6
Molise	1.047	675,1	326,4	1.030	663,9	383,0	2.693	1.648,9	1.027,7	768	470,4	213,6
Campania	18.675	662,6	461,5	12.867	456,5	336,9	36.805	1.227,8	899,4	11.236	374,8	220,3
Puglia	11.694	591,2	343,0	8.988	454,4	286,9	37.415	1.780,2	1.215,0	8.417	400,5	202,0
Basilicata	2.271	799,0	419,1	1.567	551,5	314,5	4.787	1.611,0	1.081,9	1.299	437,1	202,8
Calabria	7.168	736,2	418,9	4.989	512,5	314,6	15.711	1.528,5	1.081,9	4.145	403,2	203,0
Sicilia	18.704	768,0	457,2	11.907	488,9	315,4	42.997	1.650,7	1.137,2	10.057	386,1	204,5
Sardegna	5.026	612,0	344,4	4.751	578,5	358,6	16.805	1.964,2	1.257,9	3.527	412,2	200,7
Italia	340.005	1.144,4	649,9	212.237	713,8	434,5	664.401	2.108,2	1.312,3	181.931	577,2	276,3

Fonte: Istituto superiore di sanità/CNESPS. <http://www.tumori.net> – Anno 2013.

(HPV-DNA test). Nel corso del 2012 più di 300.000 donne (l'8% della popolazione target) sono state invitate a test mediante HPV e il 42% ha accettato l'invito.

2.2.3. Esposizione e valutazione critica dei dati

L'incidenza dei tumori presenta, in entrambi i sessi, un gradiente geografico decrescente da Nord a Sud, tuttavia lo storico vantaggio del Meridione, come area a minore rischio, si va

riducendo, per effetto di una generale modificazione nel tempo della distribuzione dei fattori di rischio sul territorio italiano.

La sopravvivenza, seppure in generale miglioramento, è leggermente inferiore al Sud rispetto al resto del Paese, prevalentemente per i tumori la cui sopravvivenza è fortemente modificabile da diagnosi precoce, attivazione e corretta pratica degli screening, oltre che dalla qualità complessiva dei percorsi diagnostico-terapeutici.

La mortalità per tumore è in generale diminuzione e la riduzione è più accentuata nel-