

2.3. MORBOSITA'

2.3.1. Patologie infettive

L'analisi della diffusione della patologia infettiva è stata condotta, come di consueto, sulla base delle informazioni contenute nei moduli di "notifica di malattia infettiva". Da giugno 2001 è stato adottato un nuovo metodo di rilevazione che distingue le malattie infettive, classificate secondo l'ICD-9-CM, in tre classi: classe A (segnalazione immediata per vie brevi), classe B (notifica per via ordinaria entro 2 giorni alla Direzione di Medicina di base), classe C (quando si verificano due o più casi della stessa malattia in un gruppo di persone appartenenti ad una stessa comunità).

Pur rappresentando una importante fonte di informazioni, il sistema risente degli effetti di sottotifica dovuti sia alla sua stessa natura di sorveglianza passiva, e quindi ineliminabili, sia alla non corretta percezione dell'utilità e delle finalità della rilevazione epidemiologica. In particolare per le malattie ad elevata diffusione come influenza, malattie infettive e parassitarie della prima infanzia oppure infezioni ospedaliere, patologia infettiva dell'anziano, malattie che coinvolgono i comportamenti sessuali degli individui, la notifica dei medici è parziale e pertanto scarsamente indicativa del numero di casi insorti nel territorio. I dati appaiono inoltre in evidente contrasto con l'elevato utilizzo di farmaci antibiotici notoriamente finalizzati a terapie antinfettive. Di conseguenza il commento si riferisce unicamente ai casi segnalati.

Nel corso degli anni, gli effetti negativi sulla salute di molte malattie infettive sono stati ridotti grazie all'esistenza di trattamenti farmacologici efficaci e al miglioramento delle condizioni igienico-ambientali. Tuttavia, a fronte di questi successi, è necessario ricordare che nuove abitudini di vita (alimentari, sessuali, sanitarie, turistiche, etc.), l'aumento numerico di soggetti anziani o immunodepressi e le modifiche ambientali hanno creato le condizioni per una sempre maggiore diffusione di infezioni batteriche, virali e parassitarie che non sempre hanno riscontro in quadri clinici caratteristici e riconosciuti.

La Tab. 2.3.1, che riporta gli eventi morbosi denunciati nel 2002 distinguendoli per grandi fasce d'età, mostra una maggiore concentrazione nella classe d'età 0-14 anni con il 58% dei casi. Ciò è giustificato da un'alta incidenza di malattie esantematiche.

Nel corso degli ultimi cinque anni il numero delle notifiche è sceso da 211 a 125 casi con un massimo nel 2000 con 310 casi (Tab. 2.3.2). Risulta evidente un andamento oscillante in cui risalta la scomparsa, quantomeno ufficiale, del morbillo (un solo caso negli ultimi cinque anni) e una recrudescenza di alcune malattie epidemiche tipiche dell'infanzia, come varicella e scarlattina.

TAB. 2.3.1 **MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE NOTIFICATE DURANTE IL 2002**

MALATTIA	CLASSI D'ETA'			
	0-14	15-64	>=65	TOT.
CLASSE B				
ALTRE INFEZIONI DA SALMONELLE	6	3	1	10
ALTRE INFEZIONI INTESTINALI	-	6	-	6
BLASTOMICOSI	-	1	-	1
EPATITE VIRALE	-	1	2	3
GIARDIASI	-	1	-	1
MONONUCLEOSI INFETTIVA	-	6	-	6
PAROTITE EPIDEMICA	-	1	-	1
ROSOLIA	9	6	-	15
RABBIA	4	12	-	16
SCARLATTINA	23	1	-	24
SIFILIDE GENITALE	-	1	-	1
TUBERCOLOSI OSSA ARTICOLAZIONI	-	1	-	1
VARICELLA	28	5	-	33
NON SPECIFICATO	-	1	-	1
CLASSE C				
DERMATOFITOSI (TIGNA)	-	1	-	1
PEDICULOSI NELLE COLLETTIVITA'	3	2	-	5
TOTALE	73	49	3	125
HIV+	-	1	-	1
AIDS	-	1	-	1

Prendendo in considerazione alcune malattie trasmissibili, oggetto di programmi di vaccinazione, si evidenzia che non sono stati registrati casi di poliomelite e tetano dal 1969, difterite dal 1972. Le malattie che prevedono vaccinazioni facoltative sono ancora presenti nella popolazione infantile con cicliche fasi epidemiche.

Riguardo alla "sindrome da immunodeficienza acquisita", che è oggetto di specifica rilevazione, nel corso del 2002 è stato segnalato un nuovo caso di AIDS e un nuovo caso di sieropositività per HIV. I casi cumulativi registrati dal 1985 al 31/12/2002, riguardanti cittadini sammarinesi residenti, sono 17 per AIDS e 22 per HIV+. La distinzione per sesso evidenzia un maggior rischio per i maschi; in totale sono sette i decessi imputabili all'Aids.

Si conferma, quanto già ribadito nelle relazioni precedenti, riguardo all'occasionalità di tali informazioni dal momento che si tratta di situazioni che fanno normalmente riferimento a strutture esterne e per le quali, al di là del riscontro episodico, non sono generalmente disponibili ulteriori dati.

TAB. 2.3.2 MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE NOTIFICATE. ANNI 1998/2002

MALATTIA	1998	1999	2000	2001	2002
CLASSE B					
ALTRE INFEZIONI DA SALMONELLE	17	126	38	23	10
ALTRE TOSSINFEZIONI ALIMENTARI	-	3	-	-	-
ALTRE INFEZIONI INTESTINALI	-	-	-	3	6
BLASTOMICOSI	-	-	-	-	1
CRIPTOCOCCOSI	-	-	1	-	-
BRUCELLOSI	-	1	-	-	-
EPATITE VIRALE	6	2	-	3	3
ERITEMA INFETTIVO	-	-	-	1	-
ESCHERICHIA COLI	-	-	-	2	-
FEBBRE TIFOIDE	-	1	1	-	-
GIARDIASI	-	-	-	-	1
IMPETIGINE	-	-	-	1	-
MALARIA	-	1	-	1	-
MENINGITE DA HAEMOPHILOS	-	-	1	-	-
MONONUCLEOSI INFETTIVA	8	4	5	4	6
MORBILLO	-	-	1	-	-
PAROTITE EPIDEMICA	1	107	11	1	1
RABBIA	-	-	-	-	16
ROSOLIA	-	-	10	9	15
SCARLATTINA	12	16	24	16	24
SIFILIDE	-	-	1	1	1
TENIASI	1	1	-	-	-
TUBERCOLOSI OSSA ARTICOLAZIONI	-	-	-	-	1
TUBERCOLOSI	-	-	-	1	-
VARICELLA	158	29	205	176	33
ALTRO	-	-	5	-	1
CLASSE C					
DERMATOFITOSI (TIGNA)	-	2	-	-	1
PEDICULOSI NELLE COLLETTIVITA'	-	2	-	-	5
SCABBIA	8	7	7	2	-
TOTALE	211	302	310	244	125
HIV+	1	3	1	1	1
AIDS	-	-	-	1	1

2.3.2. Patologie neoplastiche

Di fronte ai problemi posti dai pazienti neoplastici il medico sente sempre più il bisogno di un adeguato aggiornamento sui risultati della ricerca oncologica. Questi a loro volta necessitano, per essere compresi, di strumenti conoscitivi sempre più complessi e multidisciplinari. Infatti si può ben dire che la conoscenza dei tumori è notevolmente progredita negli ultimi decenni. Tuttavia ciò non è accaduto, come in passato si tendeva a sperare, attraverso la identificazione di una unica, semplice soluzione del "problema cancro". Al contrario, nel raggiungimento seppure problematico, di nuovi risultati conoscitivi ed operativi, la visione della malattia neoplastica, così come viene presentata dalla ricerca di base, epidemiologica e clinica si è andata articolando e complicando, invece che semplificarsi verso un'unica, miracolistica interpretazione.

In campo eziologico, per esempio, fino ad alcuni anni fa si contrapponevano i sostenitori delle cause ereditarie rispetto a coloro che reputavano irrilevante il genoma rispetto ai determinanti ambientali. Oggi esistono prove convincenti di come la interazione del profilo genetico, con la esposizione a fattori ambientali, stia alla base della maggior parte dei fenomeni neoplastici. Dal punto di vista epidemiologico, non solo è stata ripetutamente confermata la natura multicausale dei tumori, ma è stato anche indicato che le diverse cause variano a seconda della neoplasia e, a parità di neoplasia, possono avere diversa rilevanza nelle popolazioni. Questi aspetti, che sembrano dare un valore "relativo" e quindi meno convincente ai risultati della ricerca sul cancro, rappresentano, invece, passi fondamentali verso la comprensione di una complessità biologica, che non deve portare all'immobilismo, ma al contrario è essenziale per sviluppare strategie utili per contrastare la malattia, intervenendo in primo luogo sull'abbattimento dei rischi (prevenzione primaria). In questo senso va interpretato quell'enorme "intervento involontario" di portata mondiale che è rappresentato dall'abbattimento dell'incidenza dei tumori gastrici, legato soprattutto alla maggiore disponibilità alimentare e alla introduzione della catena del freddo. Analogamente, nei Paesi sviluppati e nel genere maschile stiamo assistendo ad una flessione dei tumori del polmone, per la prima volta rispetto all'incremento epidemico di questa malattia a partire dai primi decenni del secolo scorso. Tale flessione è per la maggior parte attribuibile alla riduzione all'abitudine al fumo che sta interessando i maschi occidentali: purtroppo un'analoga riduzione non si sta verificando nelle popolazioni dell'est-europeo, dell'Asia, dell'Africa, e neanche, sistematicamente, nelle popolazioni femminili dell'occidente.

Anche in ambito diagnostico e terapeutico l'oncologia ha seguito la direzione di una sempre maggiore articolazione e differenziazione dell'intervento. E' noto, ormai, che molte neoplasie individuate in fase precoce guariscono nella maggioranza dei casi. Non solo, un aumento della sopravvivenza, ma un maggior numero di guarigioni si riscontrano quando i tumori della mammella, i melanomi oppure i tumori della laringe sono identificati in fase pre-sintomatica, o quando si trattano le lesioni precancerose dei tumori del collo dell'utero e del colon retto.

Per quanto riguarda i tumori della mammella, laddove, come a San Marino, sono attivi adeguati programmi di screening, si assiste ad una divaricazione fra mortalità ed incidenza, in quanto la maggior parte delle pazienti affette dalla malattia non muoiono a causa della stessa. Tuttavia anche di fronte a questi successi occorrono gli strumenti per capire, distinguere e scegliere. Non per tutti i tipi di tumore vi è la possibilità di una diagnosi abbastanza precoce da permettere l'applicazione di una terapia efficace, e non tutte le attività di screening hanno una

efficacia dimostrata. Allo stesso modo, sebbene la terapia medica abbia al suo attivo importanti successi su specifiche forme neoplastiche, il suo uso deve essere calibrato con la massima competenza e buon senso, per non cadere nell'inganno dell'accanimento terapeutico e delle inutili sofferenze che ne conseguono. Alcune di queste problematiche, apparentemente, riguardano più il programmatore della sanità che non il medico. In realtà, invece, è a livello del rapporto medico-paziente che si svolge l'essenziale della vicenda oncologica per l'individuo, e vengono assunte le scelte più rilevanti, da quelle preventive a quelle diagnostiche e terapeutiche. È noto, infatti, che il medico rappresenta il più efficace informatore e formatore per la prevenzione primaria e secondaria dei tumori. Ma soprattutto il medico di medicina generale, più dello specialista deve essere in grado di guidare il paziente nel percorso della diagnosi tempestiva e della terapia appropriata, percorso che si fa sempre più difficile ed incerto con l'aumentare della complessità delle opzioni. Infine il medico deve essere preparato, in caso di fallimento terapeutico, ad accompagnare ancora il malato di tumore nella fase terminale della vita. Questo passaggio, più degli altri, richiede non solo maturità emotiva, ma anche aggiornata competenza. Grande importanza quindi riveste l'aggiornamento e, nell'ambito di questo, la disponibilità oltreché di informazioni adeguate, di formazione metodologica.

La disponibilità di dati sull'andamento dei tumori relativi ad un adeguato periodo di tempo, la quantificazione del fenomeno e la sua sorveglianza ad opera di un Registro Tumori, rappresentano uno strumento fondamentale per tutti coloro che hanno la responsabilità (politici, amministrativi, sanitari ecc.) di approntare strategie per combattere il fenomeno neoplastico. I dati prodotti consentono una quantificazione sia della patologia neoplastica nella popolazione in esame, sia dell'impegno che tale patologia comporta per i servizi e strutture sanitarie per gli aspetti di prevenzione, cura e riabilitazione. Oltre a finalità di epidemiologia descrittiva e di supporto alla programmazione e gestione, i Registri consentono di realizzare ricerche eziologiche, di valutare gli interventi di prevenzione e di effettuare ricerche cliniche oncologiche.

Il Registro Tumori di San Marino istituito nel 1996, raccoglie dati di incidenza, mortalità e sopravvivenza a partire dal 1989. Nelle tabelle allegate sono rappresentati a confronto i dati di incidenza e mortalità degli ultimi dieci anni, suddivisi per quinquenni.

Dall'analisi dei dati relativi all'ultimo periodo (1998/2002) si rileva che, escludendo i carcinomi della cute, nella Repubblica di San Marino sono stati diagnosticati 327 nuovi casi di tumore nella popolazione femminile, pari ad un tasso grezzo di incidenza di $468^{\circ}/0000$, contro i 265 casi del quinquennio precedente ($412,2^{\circ}/0000$) mentre risultano 403 i nuovi casi registrati nella popolazione maschile negli anni 1998/2002, con un tasso grezzo di $602,9^{\circ}/0000$, contro i 388 ($633,4^{\circ}/0000$) del periodo 1993/1997.

Considerando i dati per ordine di frequenza, negli anni 1998/2002 la neoplasia che risulta al primo posto nella popolazione maschile è quella della prostata (76 casi) seguita da polmone (52 casi) e colon (49 casi). Fra le donne le neoplasie con più alta incidenza sono, nell'ordine, il tumore della mammella (88 casi), colon (31 casi) e stomaco (25 casi). Le Tab. 2.3.3. e 2.3.4 riportano, distinti per sesso, i dati di incidenza relativi al periodo 1993/2002 con tassi grezzi per quinquennio (1993/1997 e 1998/2002). Si evidenzia pertanto un trend di incidenza in continuo aumento per tumore della prostata nel sesso maschile e della mammella nel sesso femminile.

Per quanto riguarda la mortalità, nel periodo 1998/2002 il tasso grezzo per malattia neoplastica è stato di 178,9^o/0000 nelle donne e 317,2^o/0000 negli uomini. Nel confronto fra i due quinquenni, la neoplasia del polmone rimane la prima causa di morte per malattia neoplastica nel sesso maschile (79,3^o/0000) mentre nel sesso femminile la mortalità per neoplasia della mammella (31,5^o/0000) ha superato quella per neoplasia dello stomaco (20,0^o/0000) al primo posto nel quinquennio precedente.

I grafici 2.3.6 e 2.3.7 illustrano rispettivamente per i maschi e per le femmine i tassi di incidenza e mortalità delle neoplasie più frequenti registrate nella popolazione di San Marino negli anni 1993/2002. Dai dati emerge come, a fronte di un'alta incidenza, alcune neoplasie risultino a bassa mortalità: prostata, melanomi e tiroide nella popolazione maschile, mammella, melanomi e tiroide in quella femminile.

TAB. 2.3.3 **INCIDENZA DELLE NEOPLASIE A SAN MARINO. ANNI 1993-2002.**
MASCHI (tassi per 100.000)

SEDE	N° CASI 1993-1997	TASSI GREZZI 1993-1997	N° CASI 1998-2002	TASSI GREZZI 1998-2002
LABBRO	6	9,8	2	3,0
LINGUA	2	3,3	1	1,5
CAVITÀ ORALE	3	4,9	2	3,0
GHIANDOLE SALIVARI	0	0,0	0	0,0
FARINGE/TONSILLE	3	4,9	3	4,5
ESOFAGO	2	3,3	3	4,5
STOMACO	43	70,2	44	65,8
COLON	31	50,6	49	73,3
INTESTINO TENUE	1	1,6	0	0,0
RETTO, ANO	10	16,3	9	13,5
FEGATO	6	9,8	6	9,0
VIE BILIARI	6	9,8	3	4,5
PANCREAS	11	18,0	9	13,5
CAV. NASALI E PARANAS.	0	0,0	1	1,5
LARINGE	11	18,0	5	7,5
POLMONE	44	71,8	52	77,8
TIMO, CUORE, MEDIAST.,PLEURA	1	1,6	0	0,0
OSSO	9	14,7	1	1,5
MIELOMA	10	16,3	6	9,0
LEUCEMIE	15	24,5	15	22,4
PELLE (MELANOMI)	13	21,2	12	18,0
PARTI MOLLI	3	4,9	5	7,5
PROSTATA	75	122,4	76	113,7
TESTICOLO	4	6,5	6	9,0
GENITALI MASCHILI	1	1,6	0	0,0
RENE-URETERE-URETRA	8	13,1	19	28,4
VESCICA	26	42,4	44	65,8
OCCHIO	1	1,6	0	0,0
ENCEFALO, SISTEMA NERVOSO	13	21,2	12	18,0
TIROIDE	9	14,7	4	6,0
GHIANDOLE ENDOCRINE	0	0,0	0	0,0
LINFOMI NON HODGKIN	12	19,6	10	15,0
MALATTIA DI HODGKIN	3	4,9	1	1,5
SEDE NON NOTA	6	9,8	3	4,5

TAB. 2.3.4 **INCIDENZA DELLE NEOPLASIE A SAN MARINO. ANNI 1993-2002.**
FEMMINE (tassi per 100.000)

SEDE	N° CASI 1993-1997	TASSI GREZZI 1993-1997	N° CASI 1998-2002	TASSI GREZZI 1998-2002
LABBRO	0	0,0	2	2,9
LINGUA	1	1,6	0	0,0
CAVITÀ ORALE	1	1,6	0	0,0
GH. SALIVARI	1	1,6	1	1,4
FARINGE/TONSILLE	0	0,0	3	4,3
ESOFAGO	1	1,6	1	1,4
STOMACO	29	45,1	25	35,8
INTESTINO TENUE	0	0,0	2	2,9
COLON	24	37,3	31	44,4
RETTO, ANO	4	6,2	6	8,6
FEGATO	2	3,1	2	2,9
VIE BILIARI	6	9,3	4	5,7
PANCREAS	6	9,3	11	15,7
LARINGE	2	3,1	1	1,4
POLMONE	8	12,4	20	28,6
TIMO, CUORE, MEDIAST.,PLEURA	1	1,6	1	1,4
OSSO	0	0,0	1	1,4
MIELOMA	6	9,3	4	5,7
LEUCEMIE	8	12,4	9	12,9
PELLE (MELANOMI)	16	24,9	14	20,0
PERITONEO/RETROPERITONEO	1	1,6	0	0,0
PARTI MOLLI	3	4,7	3	4,3
MAMMELLA	68	105,8	88	125,9
GENITALI FEMMINILI	1	1,6	6	8,6
UTERO (COLLO)	10	15,6	2	2,9
UTERO (CORPO)	7	10,9	10	14,3
UTERO N.S.	0	0,0	1	1,4
OVAIO	8	12,4	13	18,6
RENE-URETERE-URETRA	7	10,9	6	8,6
VESCICA	13	20,2	10	14,3
OCCHIO	2	3,1	0	0,0
ENCEFALO, SISTEMA NERVOSO	6	9,3	14	20,0
TIROIDE	8	12,4	12	17,2
LINFOMI NON HODGKIN	10	15,6	14	20,0
MALATTIA DI HODGKIN	1	1,6	0	0,0
SEDE NON NOTA	4	6,2	10	14,3

**TAB. 2.3.5 MORTALITA' PER NEOPLASIA A SAN MARINO PER SESSO E SEDE
ANNI 1993-2002 (tassi per 100.000)**

SEDE	MASCHI			FEMMINE		
	TOTALE N° CASI	TASSO 1993- 97	TASSO 1998- 02	TOTALE N° CASI	TASSO 1993- 97	TASSO 1998- 02
LINGUA	3	3,3	1,5	1	0,0	1,4
CAVITÀ ORALE	0	0,0	0,0	1	1,6	0,0
GHIANDOLE SALIVARI	1	1,6	0,0	0	0,0	0,0
FARINGE/TONSILLE	2	0,0	3,0	1	0,0	1,4
ESOFAGO	3	3,3	1,5	1	1,6	0,0
STOMACO	49	35,9	40,4	29	23,3	20,0
INTESTINO TENUE	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
COLON	29	21,2	23,9	24	20,2	15,7
RETTO, ANO	11	13,1	4,5	6	6,2	2,9
FEGATO	12	6,5	12,0	3	1,6	2,9
VIE BILIARI	10	8,2	7,5	6	6,2	2,9
PANCREAS	18	18,0	10,5	18	12,4	14,3
APP. DIGEST. N.S.	0	0,0	0,0	1	1,6	0,0
LARINGE	8	8,2	4,5	0	0,0	0,0
POLMONE	92	63,7	79,3	23	15,6	18,6
TIMO, CUORE, MEDIAST.,PLEURA	1	0,0	1,5	2	3,1	0,0
OSSO	1	0,0	1,5	1	0,0	1,4
MIELOMA	6	1,6	7,5	6	4,7	4,3
LEUCEMIE	18	4,9	22,4	7	7,8	2,9
PELLE (MELANOMI)	5	4,9	3,0	3	3,1	1,4
PARTI MOLLI	1	1,6	0,0	0	0,0	0,0
PROSTATA	40	32,7	29,9	0	0,0	0,0
GENITALI MASCHILI	2	1,6	1,5	0	0,0	0,0
MAMMELLA	0	0,0	0,0	34	18,7	31,5
GENITALI FEMMINILI	0	0,0	0,0	5	4,7	2,9
UTERO (COLLO)	0	0,0	0,0	1	0,0	1,4
UTERO (CORPO)	0	0,0	0,0	1	1,6	0,0
UTERO N.S.	0	0,0	0,0	1	1,6	0,0
OVAIO	0	0,0	0,0	5	1,6	5,7
RENE-URETERE-URETRA	11	8,2	9,0	3	3,1	1,4
VESCICA	24	19,6	18,0	6	4,7	4,3
ENCEFALO, SISTEMA NERVOSO	23	19,6	16,5	11	4,7	11,4
TIROIDE	0	0,0	0,0	1	1,6	0,0
LINFOMI NON HODGKIN	20	21,2	10,5	19	14,0	14,3
MALATTIA DI HODGKIN	1	1,6	0,0	0	0,0	0,0
SEDE NON NOTA	14	14,7	7,5	15	6,2	15,7

FIG. 2.3.6 INCIDENZA E MORTALITA' PER LE PRINCIPALI NEOPLASIE ANNI 1993/2002. TASSI GREZZI PER 100.000 – MASCHI -

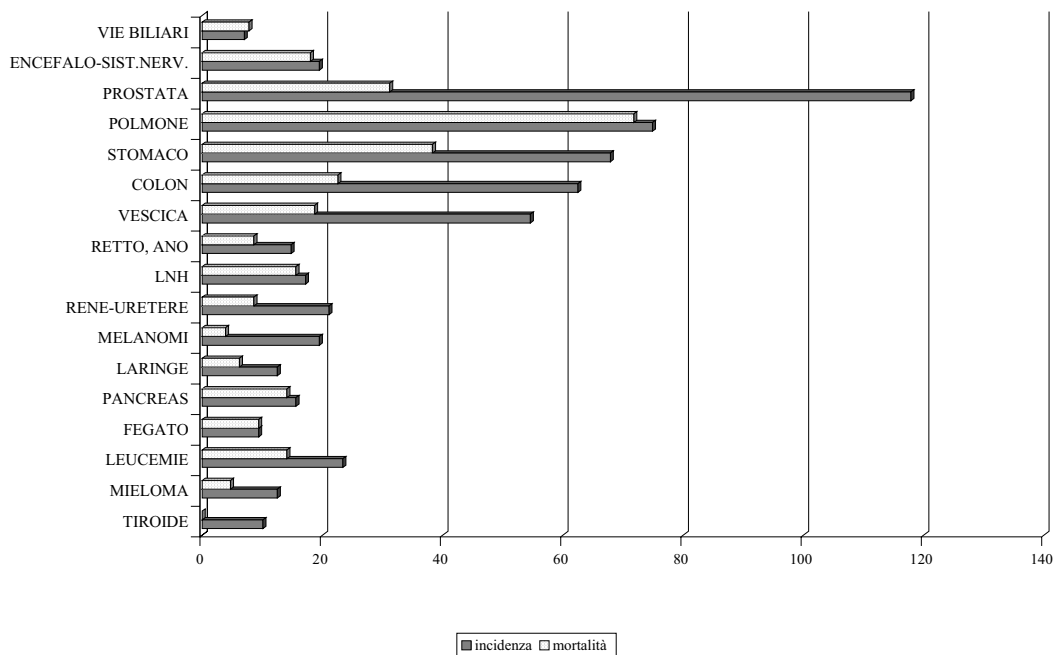


FIG. 2.3.7 INCIDENZA E MORTALITA' PER LE PRINCIPALI NEOPLASIE ANNI 1993/2002. TASSI GREZZI PER 100.000 – FEMMINE -

