

PIANO DI ZONA dei SERVIZI alla PERSONA



2006 - 2008



ALCUNI ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

Così come nella relazione socio-sanitaria regionale del 2004 è stata evidenziata una progressiva crescita della **speranza di vita alla nascita** in Veneto, anche nell'ULSS 3 si assiste a questo fenomeno: per limitarsi all'ultimo quinquennio, mentre nel 1999 la speranza di vita alla nascita era di 75,5 anni per i maschi e di 82,2 anni per le femmine, nel 2004 tale aspettativa è salita rispettivamente a 77,4 anni e 83,5 anni.

Ciò riflette un miglioramento dello stato di salute della popolazione rispetto al recente passato che si estrinseca in una minore mortalità anche nelle età avanzate.

La condizione di salute peraltro dipende da un insieme di fattori, i cosiddetti "determinanti", che interagiscono con vario peso tra di loro: il patrimonio genetico, la disponibilità dei servizi socio-sanitari di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, le condizioni dell'ambiente ed infine le condizioni socio-economiche che a loro volta influenzano comportamenti e stili di vita.

Nel nostro contesto l'aumento dell'aspettativa di vita è stato principalmente conseguenza della drastica riduzione delle malattie infettive immunizzabili dell'infanzia nell'ultimo dopoguerra (dovuta agli interventi di profilassi introdotti negli ultimi 50 anni in Italia e nel Veneto e realizzati con elevato tasso di copertura vaccinale) nonché ai progressi terapeutici e della medicina clinica anche per le patologie dell'età adulta.

L'allungamento della durata della vita per contro, accompagnata a notevoli cambiamenti nell'ambiente sociale ed economico, hanno determinato nella seconda parte del secolo da poco concluso un massiccio aumento del rischio e della prevalenza di malattie cronico degenerative (principalmente malattie cardiovascolari e cancro).

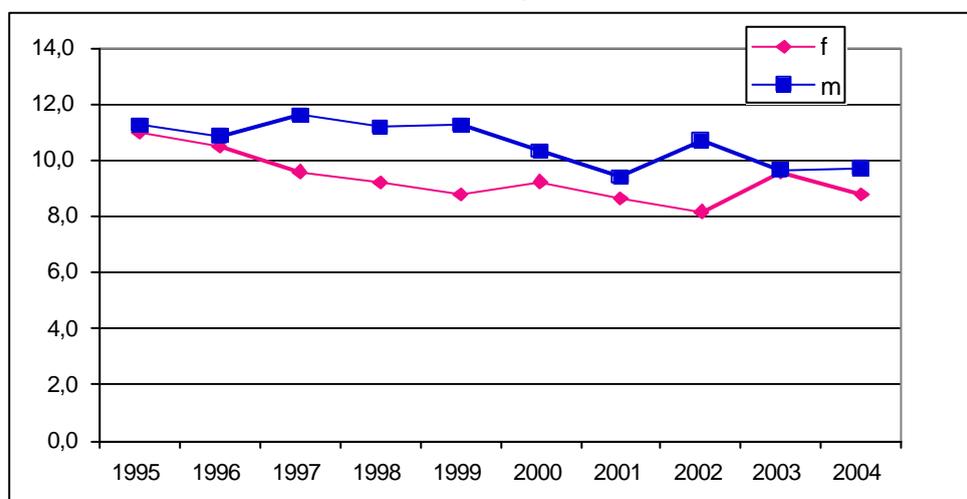
Ad esempio il diffuso benessere ha portato nella comunità da una parte abbondanza di cibo con aumentata introduzione di calorie (specialmente quelle provenienti da fonti animali), dall'altra la diffusione di massa dei trasporti motorizzati nonché la meccanizzazione del lavoro fisico che hanno favorito l'assunzione di uno stile di vita sedentario; la combinazione di tali fattori, per le sue ripercussioni in vari punti del metabolismo, ha contribuito a diffondere obesità, diabete, un elevato livello di rischio cardiovascolare e di cancro del grosso intestino.

Ed ancora, l'aumentato consumo di sigarette, sostenuto da sponsorizzazioni e vari mezzi di pubblicità, in un contesto di accettazione sociale, ha aumentato il rischio e la diffusione di malattie respiratorie, cardiovascolari e neoplastiche.

Gli effetti di quanto accennato sopra possono essere colti da vari punti di osservazione, come ad esempio quello dell'analisi della mortalità, dell'utilizzo della risorsa farmaco o delle esenzioni per patologia.

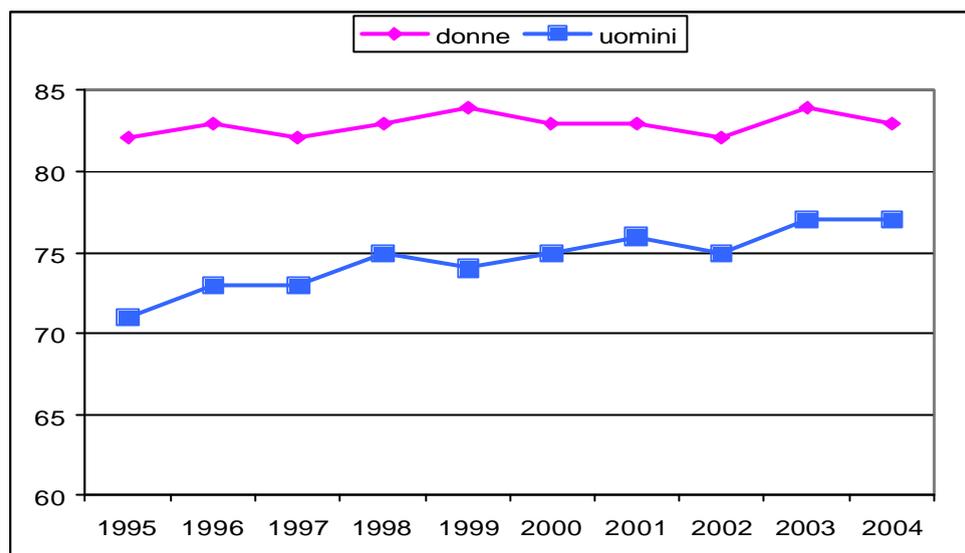
Andando ad analizzare la **mortalità** nell'ULSS 3, si nota un progressivo calo dei tassi di mortalità, sia tra gli uomini che tra le donne (graf.1) ed un aumento, più visibile tra gli uomini, dell'età mediana di morte (graf.2)

graf.1 ULSS 3 1995-2004. Andamento della mortalità per sesso (tassi x1000 standardizzati su ita 2001)



Fonte: registro mortalità ULSS 3
Elaborazioni: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

graf.2 ULSS 3 1995-2004. Età mediana di morte per sesso



Fonte: registro mortalità ULSS 3
Elaborazioni: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Andando ad analizzare le cause di morte nell'ultimo decennio (tab. 1 e 2), si nota che le principali sono le malattie cardiovascolari ed i tumori, che insieme provocano sia tra gli uomini che tra le donne più del 70% dei decessi; comunque, mentre negli uomini questi due gruppi di patologie contribuiscono in modo pressoché uguale alla mortalità, nelle donne molto maggiore risulta l'apporto ai decessi da parte delle malattie cardiovascolari. Da segnalare inoltre che il peso delle morti per causa violenta è quasi il doppio nei maschi.

Tab.1 ULSS 3 1995-2004. Principali cause di morte tra gli **Uomini** (% su totale cause)

Cause di morte	1995-99	2000-04
mal cardiovascolari	37,3%	35,4%
tumori	35,6%	35,3%
mal app. respiratorio	7,4%	8,8%
cause violente	6,7%	6,1%
mal app. digerente	4,2%	3,8%
mal psichiche	1,7%	2,9%
mal metaboliche	1,7%	1,5%
<i>altre cause</i>	5,4%	6,2%

Fonte: registro mortalità ULSS 3
Elaborazioni: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Tab.2 ULSS 3 1995-2004. Principali cause di morte tra le **Donne** (% su totale cause)

Cause di morte	1995-99	2000-04
mal cardiovascolari	47,3%	42,6%
tumori	26,4%	28,0%
mal app. respiratorio	6,9%	7,4%
mal psichiche	1,7%	4,3%
mal app. digerente	4,2%	3,7%
cause violente	3,5%	3,3%
mal metaboliche	2,9%	3,1%
<i>altre cause</i>	7,1%	7,6%

Fonte: registro mortalità ULSS 3
Elaborazioni: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Se questi dati di popolazione si esaminano poi separatamente per i principali raggruppamenti di età si possono ricavare interessanti informazioni.

La **mortalità infantile** (nel primo anno di vita) è analoga a quella dei paesi più sviluppati, con un tasso del 2 x 1.000 nel quinquennio 2000-04 (era del 2,5 x 1.000 nel quinquennio 1995-99)

L'età **preadolescenziiale** (1-15 anni) è quella che sperimenta il più basso tasso di mortalità: 0,1 x 1000 nel quinquennio 2000-04 (era del 0,2 x 1.000 nel quinquennio 1995-99). In questa fascia di età le cause di morte più frequenti sono quelle accidentali ed i tumori.

Nell'**età giovanile** (15-34 anni), contrariamente alle due classi precedenti, è presente un'evidente differenza di mortalità tra uomini e donne, con trend in diminuzione per ambedue i sessi (tab 3)

Tab. 3 ULSS 3 1995-2004. Decessi (e relativi tassi x 10.000) tra i 15 e i 34 anni per sesso e quinquennio

	1995-99	2000-04
uomini	109 (8,6)	88 (7,5)
donne	38 (3,1)	26 (2,3)

Fonte: registro mortalità ULSS 3

Elaborazioni: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Nel quinquennio 2000-04 negli uomini la prima causa di morte sono gli incidenti stradali, la seconda i suicidi (aumentati rispetto al quinquennio precedente), mentre al terzo posto troviamo altri incidenti seguiti dai tumori maligni.

Anche nelle donne gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte, seguita dai tumori maligni e malattie cardiovascolari.

A differenza del quinquennio precedente, nel periodo 2000-04 non si sono registrate morti per AIDS per merito delle terapie antiretrovirali che hanno agito sul controllo della malattia tra i più giovani e non già sul controllo della diffusione dell'infezione da HIV

Anche in **età adulta** (35-64 anni) è osservabile una notevole differenza di mortalità tra uomini e donne, con trend in diminuzione principalmente nel sesso maschile (tab 4)

Tab. 4 ULSS 3 1995-2004. Decessi (e relativi tassi x 10.000) tra i 35 e i 64 anni per sesso e quinquennio

	1995-99	2000-04
uomini	756 (48,5)	669 (38,7)
donne	338 (21,9)	325 (19,4)

Fonte: registro mortalità ULSS 3

Elaborazioni: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Nel quinquennio 2000-04 negli uomini la prima causa di morte è costituita dai tumori (in primis del polmone e del colon-retto) che comunque presentano un trend in diminuzione, seguita dalle cardiopatie ischemiche, dalla cirrosi epatica e dagli incidenti stradali.

Anche tra le donne nel quinquennio 2000-04 il primo grande gruppo di cause è quello dei tumori (in primis di mammella, polmone, colon-retto e pancreas), che a differenza di ciò che si è verificato tra i maschi ha fatto registrare un aumento dei tassi di mortalità, soprattutto per il tumore del polmone ed un po' meno per la mammella.

Anche nella **terza età** (65-74 anni) i tassi di mortalità maschili sono più che doppi rispetto ai femminili, anche se si sono ridotti del 25% rispetto al quinquennio precedente (tab.5)

Tab. 5 ULSS 3 1995-2004. Decessi (e relativi tassi x 10000) tra i 65 e i 74 anni per sesso e quinquennio

	1995-99	2000-04
uomini	973 (315,6)	781 (233,6)
donne	520 (125,5)	478 (115,1)

Fonte: registro mortalità ULSS 3

Elaborazioni: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

I tumori maligni (in primis il tumore del polmone, del colon-retto e del fegato) sono la prima causa di morte (45% dei decessi) tra gli uomini anche in questa classe di età; si assiste però ad un aumento, rispetto alla precedente classe di età, del peso delle malattie cardiovascolari come le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari tra le cause di morte (32% dei decessi)

Da osservare come la forte diminuzione della mortalità, rispetto al quinquennio precedente, tra gli uomini in questa classe di età si verifica per quasi tutte le patologie, ma in particolare per quelle di natura cardiovascolare

Tra i tumori, la più rilevante riduzione del tasso di mortalità si verifica per il tumore al polmone, che però rimane la principale causa di morte.

Anche tra le donne i tumori maligni (in primis di mammella, pancreas, polmone, colon-retto) sono stati la prima causa di morte) nel quinquennio 2000-04 (circa 48% dei decessi), però - a differenza di quanto si verifica tra i maschi - in generale la riduzione dei tassi di mortalità per le neoplasie maligne è scarsa. Anche nel sesso femminile si assiste ad un aumento, rispetto alla precedente classe di età, del peso delle malattie cardiovascolari tra le cause di morte (28% dei decessi).

Si osserva che gran parte della diminuita mortalità che si riscontra in questa classe di età è dovuta al calo dei tassi delle malattie di natura cardiovascolare

Si mantiene anche **al di sopra dei 74 anni di età** il maggior tasso di mortalità nel sesso maschile rispetto a quello femminile (tab.6); il numero assoluto dei decessi superiore nelle donne è dovuto al fatto che le donne sono circa il doppio degli uomini in questa classe di età. La mortalità presenta inoltre una tendenza alla diminuzione in ambedue i sessi, anche se si vede un aumento del numero assoluto dei decessi dovuto all'aumento della popolazione di questa classe di età, che nell'ultimo quinquennio è stato di circa il 20% per entrambi i sessi.

Tab. 6 ULSS 3 1995-2004. Decessi (e relativi tassi x 10.000) oltre i 74 anni per sesso e quinquennio

	1995-99	2000-04
uomini	1632 (937,9)	1889 (890,0)
donne	2563 (719,2)	2772 (646,6)

Fonte: registro mortalità ULSS 3

Elaborazioni: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Negli uomini in questa classe di età, le malattie cardio e cerebrovascolari superano i tumori come causa di morte (45% dei decessi). Tra i tumori il principale rimane sempre quello polmonare, mentre assume un ruolo rilevante come causa di decesso la broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Da osservare come la diminuzione della mortalità, rispetto al quinquennio precedente, tra gli uomini in questa classe di età è dovuta esclusivamente alla riduzione dei tassi per le malattie cardiovascolari.

Anche nelle donne le malattie cardio e cerebrovascolari costituiscono la prima causa di morte in questa fascia di età (circa il 53% dei decessi), ove il permanere di uno stato di salute relativamente meno compromesso rispetto agli uomini permette l'emergere di disturbi psichici tipici dell'invecchiamento (demenza) come causa di decesso.

La riduzione della mortalità dell'ultimo quinquennio rispetto al precedente anche nel sesso femminile è da ricondurre esclusivamente alla diminuzione dei tassi per le malattie cardiovascolari.

Una prospettiva interessante da cui osservare il fenomeno della mortalità, che qui si ritiene utile segnalare per le sue possibili implicazioni nella scelta di priorità d'intervento, è quella della cosiddetta **mortalità evitabile**¹, ossia della mortalità in età "attiva"² che può essere contrastata in maniera efficace con interventi di prevenzione primaria (cioè che agiscono prima del verificarsi della malattia o dell'incidente, quali normative, comportamenti, stili di vita), di diagnosi precoce e relativa terapia (quando la malattia è asintomatica o ai primi sintomi), o di igiene e assistenza sanitaria (prevenzione secondaria, in particolare vaccinazioni e poi assistenza clinica propriamente detta, anche in termini di organizzazione e rapidità di intervento).

Secondo i dati più recenti oggi disponibili a livello italiano³ risulta che la mortalità evitabile (circa 69.000 casi nel 2002 in Italia) si ripartisce in tre grandi gruppi di cause (oltre ad una voce residuale): i tumori (45% del totale delle morti evitabili), le patologie del sistema cardiocircolatorio, in particolare l'infarto del miocardio (30% del totale) ed i traumatismi ed avvelenamenti, soprattutto incidenti sulla strada e sul lavoro ma anche morti per droga e crimine (17% del totale).

Se tali morti vengono osservate dal punto di vista delle politiche pubbliche di intervento atte a contrastarle, emerge un'indicazione molto forte, in quanto si evidenzia che quasi 6 casi di morte evitabile su 10 sono dovuti a cause contrastabili con interventi di prevenzione primaria: si tratta per lo più dei casi più strettamente connessi al fumo (tumori delle vie aeree, polmone, vescica, disturbi circolatori dell'encefalo), all'alcool (cirrosi) e le morti violente (prevalentemente incidenti stradali); 3 casi su 10 sono dovuti a cause contrastabili con politiche igieniche e assistenziali: si tratta principalmente di malattie infettive, ipertensione, patologie ischemiche cardiache, polmoniti ed altre malattie respiratorie acute, ulcera gastrica, appendicite, ernia addominale, mortalità materna; infine poco più di 1 caso su 10 – come ad esempio i tumori femminili (mammella e utero), della cute, del testicolo o la malattia di Hodgkin - sono riconducibili a cause efficacemente aggredibili con interventi di diagnosi e terapia precoci.

Lo studio italiano sopra citato riveste un notevole interesse in quanto ha analizzato il fenomeno della mortalità evitabile oltre che a livello nazionale, anche a livello regionale e di singola azienda sanitaria, fornendo così spunti per opportune riflessioni.

In tale studio si è preso in considerazione il triennio 2000-2002 e dopo opportune procedure di standardizzazione, necessarie per depurare i risultati dagli effetti dovuti alla diversa struttura per età delle popolazioni confrontate, sono stati costruiti degli indicatori per misurare il fenomeno nelle diverse realtà territoriali.

¹ Si preferisce il termine attivamente contrastabile

² nel tempo la soglia convenzionale dell'età considerata attiva è andata crescendo, spostandosi dai 65 ai 70 anni

³ ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata - Mortalità evitabile e contesto demografico - Atlante 2006. Università Tor Vergata, ISTAT, ISS, Nebo Ricerche

Il principale indicatore è il **numero medio, per abitante di età compresa tra 5 e 69 anni, di giorni perduti ogni anno per decessi evitabili**⁴. A livello nazionale questo indicatore - calcolato suddividendo il totale di tutti i giorni persi a causa della mortalità evitabile in parti uguali fra tutti gli abitanti di età compresa fra 5 e 69 anni - ha assunto il valore di 11,1 giorni l'anno.

Di seguito, per rendere immediata la lettura del fenomeno della mortalità evitabile nell'azienda ULSS, si riportano, parzialmente modificati, una tabella (tab. 6) ed una figura (fig. 1) dello studio ERA sopramenzionato.

Dalla tab. 7 si vede come il Veneto si colloca al 12° posto⁵ nella classifica delle 20 regioni con i suoi 11,2 giorni pro-capite perduti per cause evitabili, presentando realtà piuttosto disomogenee tra le sue 21 ULSS: l'ULSS di Padova ad esempio si distingue per un tasso di mortalità maschile per cause evitabili particolarmente inferiore alla media nazionale, mentre S.Donà di Piave, Adria e, soprattutto, Belluno e Feltre presentano una mortalità evitabile maschile (e per le ultime due ULSS anche femminile) significativamente elevata.

Tab. 7: Regione Veneto – giorni perduti per cause evitabili (giorni pro-capite e posizione nella classifica nazionale); tasso di mortalità infantile (0-4 anni); tassi di mortalità standardizzati 5-69 anni per cause evitabili e per tutte le cause escluse le evitabili, per sesso; tassi di mortalità std oltre i 69 anni, per sesso; tassi di mortalità std generali (x 100.000)

	Giorni perduti per cause evitabili pro-cap. classifica		Mort. 0-4 a. m+f	Mortalità per cause evitabili 5-69 anni		Mortalità escluse cause evitabili 5-69 anni		Mortalità per tutte le cause > 69 anni		Mortalità per tutte le cause tutte le età	
				maschi	femm.	maschi	femm.	maschi	femm.	maschi	femm.
Media naz.le	11,1		102,2	147,3	62,7	107,4	59,9	6.686,5	4.338,3	494,5	288,0
Media reg.le	11,2	12	73,0	148,5	61,4	101,1	54,0	6.717,6	3.990,1	488,0	264,2
Belluno	14,2	179 *	81,6	192,0 ^	77,3 ^	112,9	54,0	7.162,3	3.883,6 v	551,4 ^	276,4
Feltre	15,2	186 *	108,0	203,7 ^	80,1 ^	118,3	51,9	7.041,8	3.995,4	565,8 ^	282,8
Bassano del Grappa	10,7	90	26,9	140,1	59,7	101,6	54,8	6.575,9	3.852,2 v	470,6	252,2 v
Thiene	10,4	65	45,4	141,4	61,4	93,1	53,5	7.115,8	4.285,6	488,8	271,6
Arzignano	11,3	119	75,8	154,8	59,4	105,0	58,9	7.211,6	4.091,7	514,5	273,2
Vicenza	10,8	93	66,7	132,7	69,5	104,1	55,4	6.500,0	3.988,9	468,6	270,7
Pieve di Soligo	10,4	71	60,7	138,1	54,1	98,3	54,6	6.153,6	3.687,0 v	454,6	243,3 v
Asolo	12,1	142	58,6	154,5	65,8	93,8	47,7 v	6.929,7	4.072,5	491,7	266,5
Treviso	10,4	70	77,5	141,0	55,6	88,4 v	51,2	6.602,4	3.772,6 v	467,9	248,1 v
San Dona' di Piave	12,8	166	58,4	170,4 ^	62,9	95,1	50,4 v	6.796,2	3.644,0 v	503,3	246,7 v
Veneziana	11,5	123	73,0	149,0	65,3	115,7	57,6	6.563,8	4.122,5	495,2	275,4
Mirano	10,1	44	67,6	133,5	57,9	97,5	52,2	6.478,6	3.780,9 v	461,8	251,3 v
Chioggia	11,8	133	83,7	158,6	63,8	99,6	55,9	6.959,5	4.363,1	507,8	282,5
Cittadella	11,0	103	109,1	153,8	51,6 v	87,4 v	45,8 v	6.542,4	3.491,6 v	478,5	233,2 v
Padova	9,6	21	95,7	123,4 v	58,2	102,5	54,8	6.439,2	3.988,6	458,9	265,9
Este	12,1	146	58,5	166,4	60,8	99,6	60,1	6.666,8	4.216,7	494,9	279,5
Rovigo	11,2	116	94,9	157,2	58,3	106,6	62,3	6.927,0	4.136,4	507,7	280,3
Adria	12,5	157	25,5	179,6 ^	58,1	103,3	56,0	6.736,7	4.243,5	513,1	265,5
Verona	10,7	85	85,4	140,1	59,3	98,7	53,9	6.274,7	3.882,4 v	463,4	258,8 v
Legnago	11,1	109	107,1	142,5	63,4	106,4	51,0	6.989,3	4.150,9	504,8	271,4
Bussolengo	10,0	40	48,3	133,8	53,7	100,4	49,9 v	6.868,9	4.036,1	480,0	251,6 v

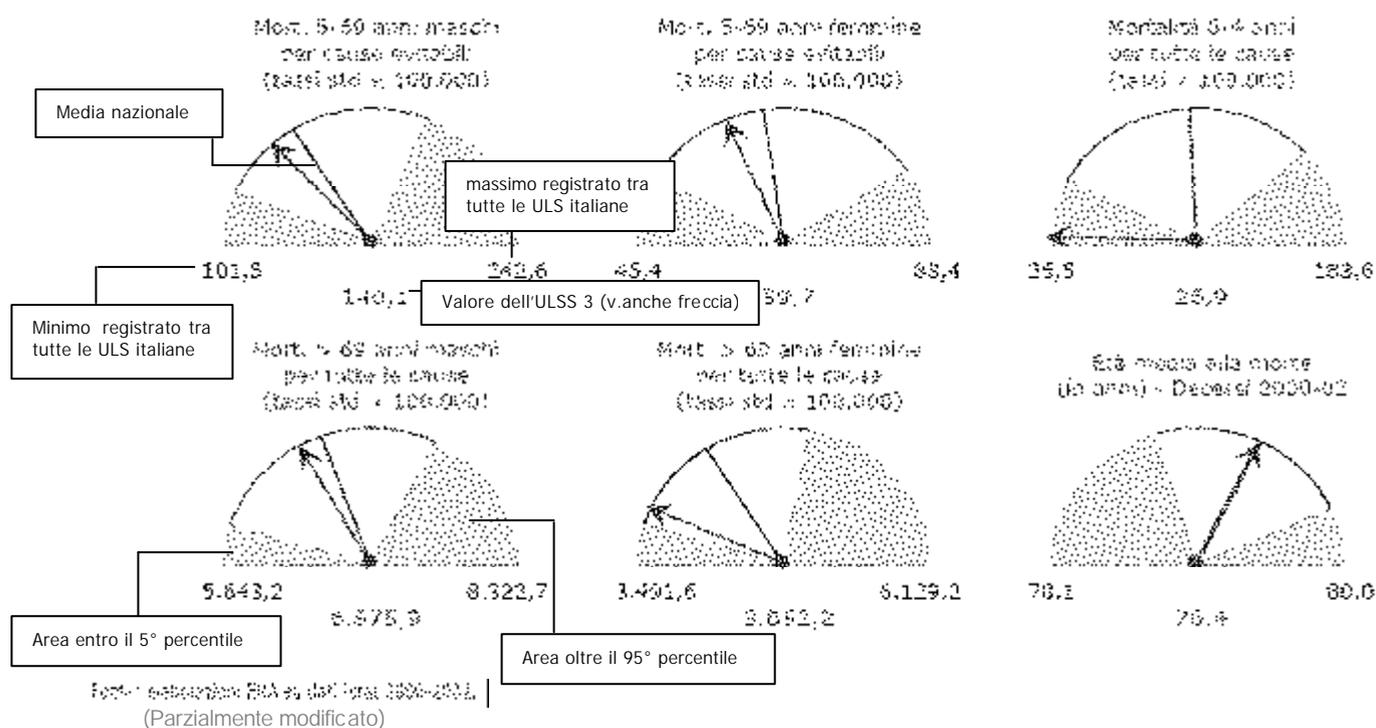
Fonte: elaborazioni (dati da ULSS 2009-2012) |
(Parzialmente modificato)

legenda simboli: ? identifica le ASL che si sono classificate tra le 10 con mortalità evitabile più elevata a livello nazionale
v identifica le ASL che hanno una distanza dei tassi di mortalità dal valore medio nazionale < -15% (in fascia di età 5-69 anni) oppure < -10% (oltre i 69 anni di età o considerando tutte le età)
^ identifica le ASL che hanno una distanza dei tassi di mortalità dal valore medio nazionale > +15% (in fascia di età 5-69 anni) oppure > +10% (oltre i 69 anni di età o considerando tutte le età)

⁴ Il numero di giorni persi è stato calcolato, convenzionalmente, come distanza fra il momento del decesso evitabile e l'età media alla morte generale rilevata nel triennio in esame, pari a 76,5 anni. Questo vuol dire che un decesso evitabile di un bimbo di 6,5 anni, ad esempio, ha comportato nel calcolo una perdita convenzionale di giorni equivalenti a 70 anni (76,5 meno 6,5) mentre un decesso evitabile di un uomo di 60 anni ha comportato la valutazione di una perdita molto inferiore, cioè i giorni che formano 16,5 anni (76,5 meno 60). L'indicatore riflette quindi le diverse età in cui sono deceduti i morti per cause evitabili, dando tanto maggior peso quanto più tali età alla morte sono precoci.

⁵ L'ordine delle classifiche prevede al 1° posto la realtà territoriale con il valore più basso dell'indicatore

fig. 1: ULSS 3 Bassano del Grappa – rappresentazione grafica dei principali dati di mortalità



Dalla medesima tabella si osserva inoltre in generale un'ampia variabilità nella mortalità 0-4 anni ed una bassa mortalità femminile. Infatti 8 ULSS su 21 fanno registrare un tasso almeno il 10% inferiore a quello medio nazionale per la mortalità femminile oltre i 69 anni, ed altrettante per la mortalità femminile generale.

L'ULSS di Bassano del Grappa risulta al 90° posto nella classifica nazionale della mortalità evitabile con 10,7 giorni pro-capite perduti ogni anno per decessi evitabili (5 e 69 anni). Lo studio ha evidenziato che disaggregando i 10,7 giorni per politica di intervento, ben il 70% erano contrastabili con politiche di prevenzione primaria, il 19,6% con interventi di igiene e assistenza sanitaria, ed infine l'11,2% con interventi diagnosi precoce e relativa terapia. Disaggregando invece per i grandi gruppi di cause di morte discussi più sopra, più del 38% dei giorni di vita potenziale sono stati perduti a motivo di traumatismi-avvelenamenti, più del 37% per tumori, più del 18% per malattie del sistema cardio-circolatorio ed un 6,5% per altre cause.

Tali dati forniscono in maniera chiara delle indicazioni per indirizzare le scelte di politica sanitaria, e sono stati rinforzati da un'analisi condotta a livello locale⁶ in cui si sono posti a confronto i dati di mortalità evitabile del quinquennio 1995-99 con quelli del quinquennio 2000-04.

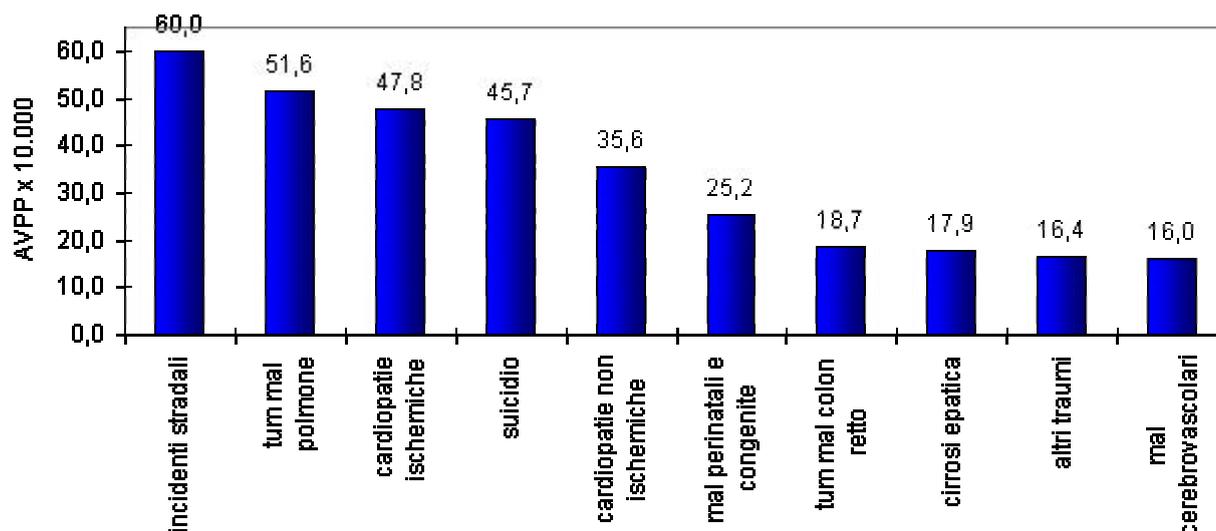
Questa analisi evidenzia una riduzione del 18% degli anni potenziali di vita perduti ogni 10.000 ab per il sesso maschile, con un calo che si rende particolarmente evidente (-30%) con riferimento al tumore del polmone, alle cardiopatie ed alle malattie cerebrovascolari ma che è accompagnato ad un aumento di circa il 30% degli anni potenziali di vita perduti a causa di suicidi.

Nel sesso femminile si assiste ad una diminuzione del 13% degli anni potenziali di vita perduti ogni 10.000 ab passando da un quinquennio all'altro, anche se aumentano quelli relativi al tumore del polmone (+31%), agli incidenti stradali (+2,8%) ed al tumore della mammella (+2,7%) che attualmente sono le tre principali cause di mortalità evitabile nelle donne.

I due grafici seguenti mostrano il tasso annuale di anni potenziali di vita perduti prima dei 75 anni ogni 10.000 abitanti con meno di 75 anni di età, nel quinquennio 2000-04, per le prime 10 cause di mortalità evitabile.

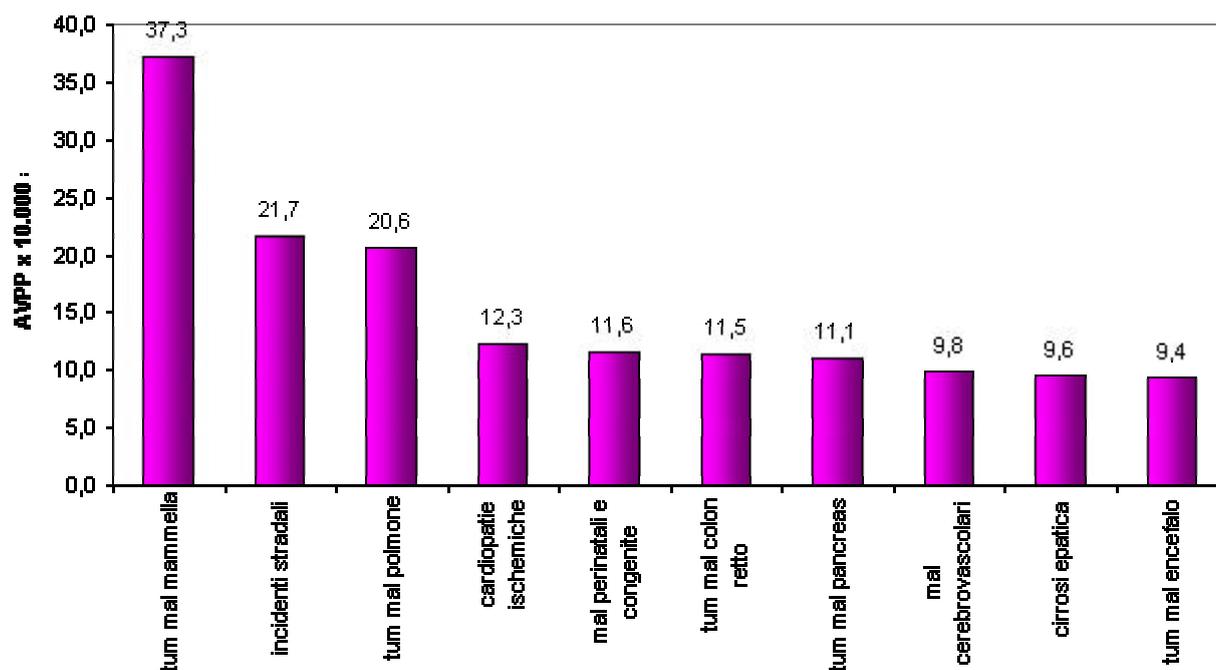
⁶ le elaborazioni sono state effettuate dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica ULSS 3. All'interno di esse la mortalità evitabile è stata calcolata in termini di anni potenziali di vita perduti prima dei 75 anni per 10.000 abitanti con meno di 75 anni di età

Graf.3 ULSS 3 2000-04. Tasso annuale di anni di vita potenziali perduti (AVPP) ogni 10.000 ab con meno di 75 anni di età - MASCHI



Fonte: registro mortalità ULSS 3
Elaborazioni: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

graf.4 ULSS 3 2000-04. Tasso annuale di anni di vita potenziali perduti (AVPP) ogni 10.000 ab con meno di 75 anni di età - FEMMINE



Fonte: registro mortalità ULSS 3
Elaborazioni: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

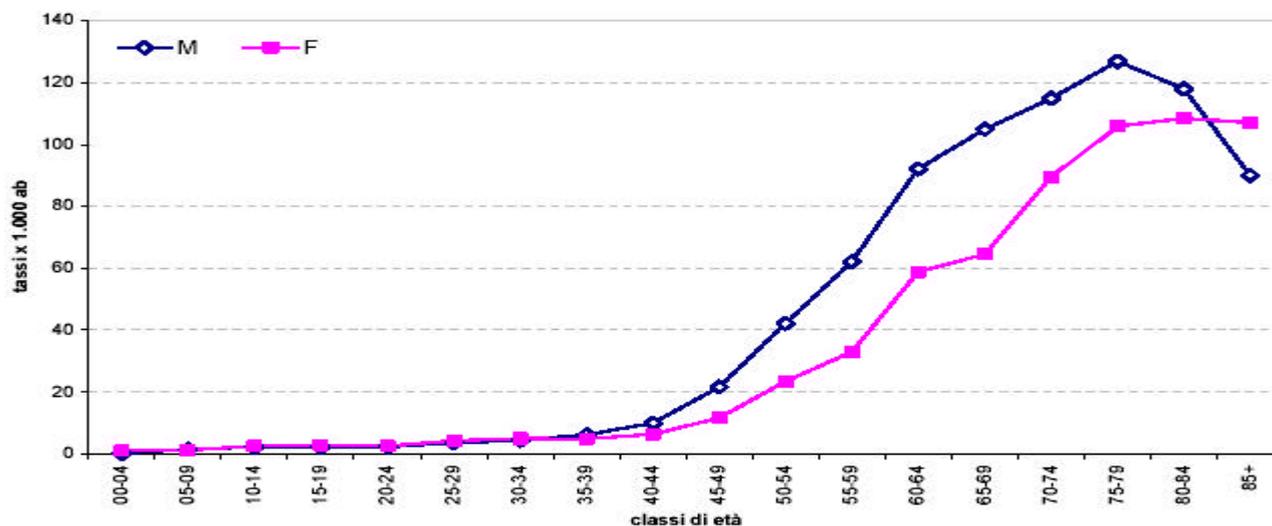
Se nella sezione precedente abbiamo dato uno sguardo alla mortalità ed alle sue modificazioni nel tempo, mettendo in luce gli ambiti in cui essa è attivamente contrastabile, passiamo ora a dare uno sguardo alla popolazione residente nel territorio dell'ULSS n°3, cercando di cogliere quale sia la consistenza e la distribuzione delle **principali patologie** all'interno di essa.

Pur non essendovi, a differenza di quanto succede per la mortalità, dei registri nei quali vengono riportati i dati relativi a tutti i soggetti affetti dalle varie patologie, alcune informazioni su di esse possono comunque esse-

re ricavate di volta in volta da altre fonti, quali ad esempio la banca dati delle prescrizioni farmaceutiche o quella relativa alle esenzioni⁷.

Per esempio dalla banca dati delle prescrizioni farmaceutiche⁸ relative all'anno 2004, si ricava che circa il 3% della popolazione è diabetica in base al fatto che è stata destinataria di prescrizioni di insulina o di antidiabetici orali. La prevalenza⁹ dei **diabetici** così stimata risulta essere significativamente superiore alla media aziendale nel distretto di montagna (anche dopo correzione per sesso ed età) ed in generale nel sesso maschile. Dal grafico 5 si può osservare come la tale prevalenza si distribuisce nella popolazione per sesso ed età.

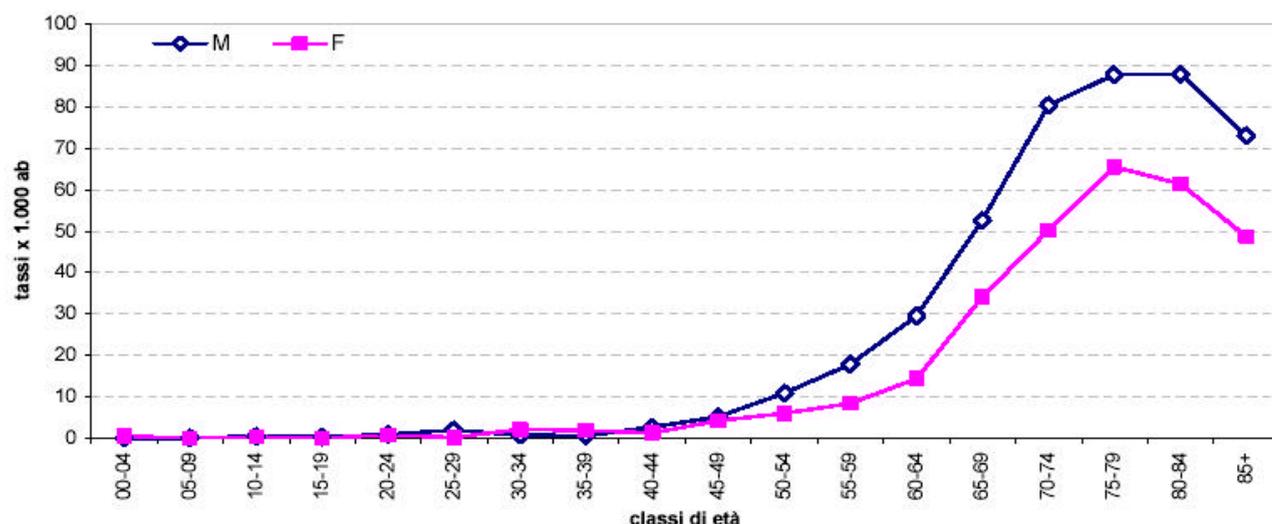
graf.5 ULSS 3 – anno 2004 – tassi dei diabetici per sesso ed età



Fonte: banca dati prescrizioni farmaceutiche ULSS3
Elaborazioni: U.O. Monitoraggio Attività Distrettuali

Sempre analizzando la banca dati delle prescrizioni farmaceutiche 2004, emerge che l'1,4% della popolazione residente soffre di **aritmie** in base al fatto che è stata destinataria di prescrizioni di farmaci antiaritmici. La prevalenza dei portatori di patologia così stimata risulta essere significativamente inferiore alla media aziendale nel distretto di montagna (anche dopo correzione per sesso ed età) e lievemente superiore in quello di pianura; inoltre globalmente risulta maggiore nel sesso maschile. Il grafico 6 illustra come tale prevalenza si distribuisce nella popolazione per sesso ed età.

graf.6 ULSS 3 – anno 2004 – tassi dei soggetti portatori di aritmie per sesso ed età



Fonte: banca dati prescrizioni farmaceutiche ULSS3
Elaborazioni: U.O. Monitoraggio Attività Distrettuali

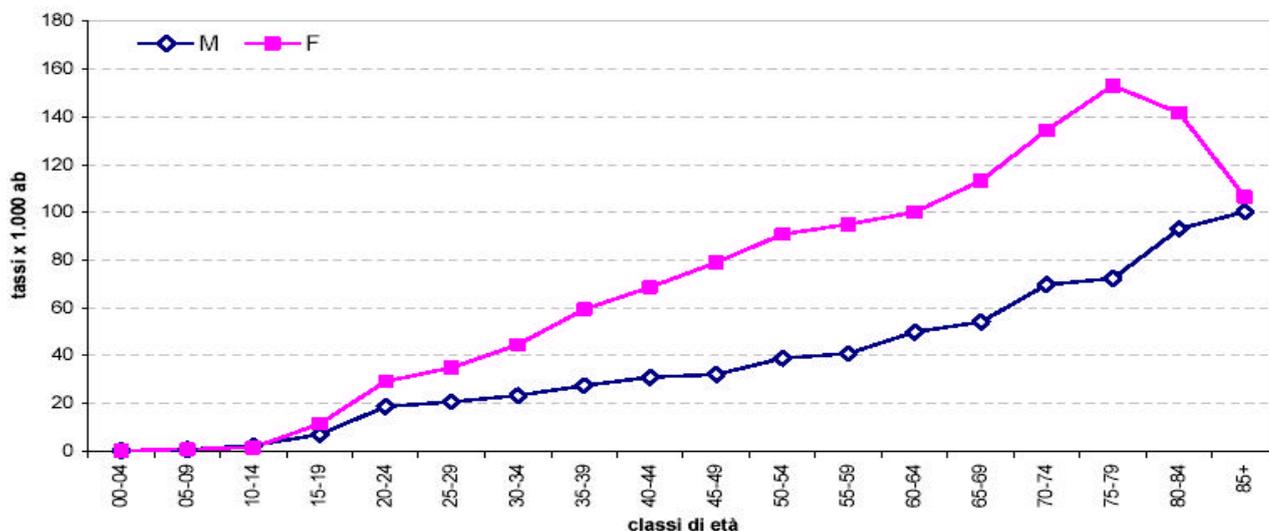
⁷ tali fonti, in generale, non riescono ad identificare la totalità dei soggetti affetti da una certa patologia: ad esempio, se un soggetto pur avendo una patologia che dà diritto ad esenzione, non la richiede perché già titolare di altra più ampia esenzione o perché non interessato, non sarà rilevato dalla banca dati esenzioni per quella specifica patologia. Oppure, se un soggetto pur avendo una patologia che può beneficiare di trattamento farmacologico, non riceve prescrizioni specifiche per la patologia, non sarà rilevato dalla banca dati della farmaceutica per quella specifica patologia.

⁸ Da uno studio epidemiologico effettuato dall'UO Monitoraggio Attività Distrettuali

⁹ Prevalenza = n° casi presenti in un certo momento

Dall'archivio della farmaceutica¹⁰ risulta che circa il 5% della popolazione nel corso del 2004 ha fatto uso di farmaci antidepressivi, ed evidenzia una prevalenza di portatori di **disturbi depressivi** significativamente superiore alla media aziendale nel distretto di montagna (anche dopo correzione per sesso ed età) e globalmente maggiore nel sesso femminile. Nel grafico 7 si può vedere come tale prevalenza si distribuisce nella popolazione per sesso ed età.

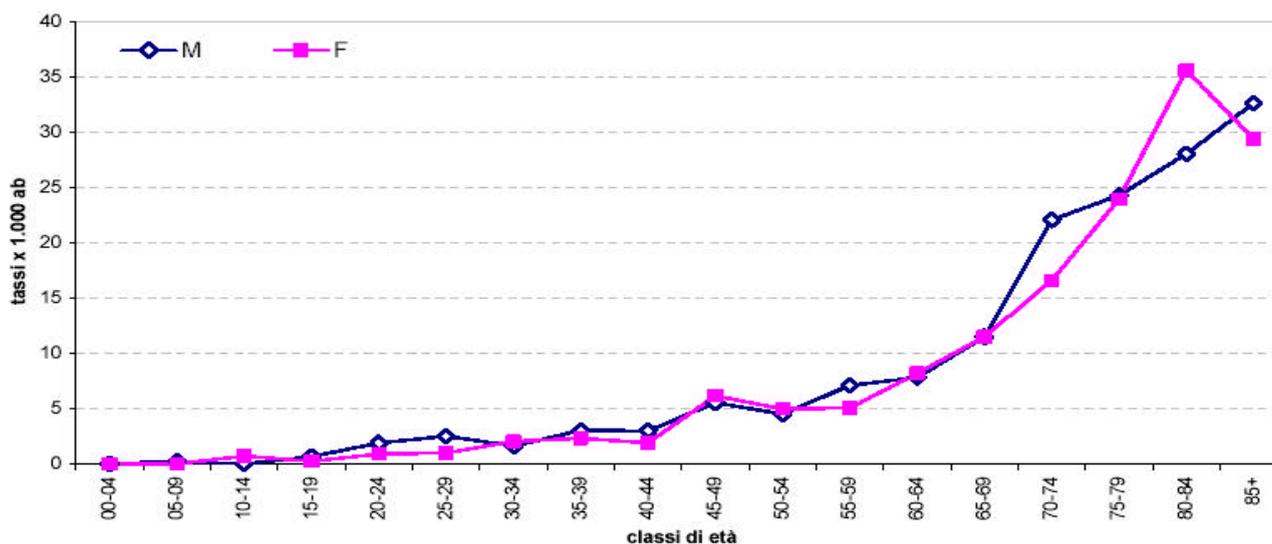
graf.7 ULSS 3 – anno 2004 – tassi dei soggetti portatori di disturbi depressivi per sesso ed età



Fonte: banca dati prescrizioni farmaceutiche ULSS3
Elaborazioni: U.O. Monitoraggio Attività Distrettuali

Nel 2004 risultano poco più di 1.000 i soggetti residenti che hanno fatto uso di farmaci anti-Parkinson, corrispondenti allo 0,6% della popolazione totale. La prevalenza dei portatori di **malattia di Parkinson** così stimata, e che nella sua distribuzione per sesso ed età è illustrata nel grafico 8, risulta significativamente superiore alla media aziendale nel distretto di montagna, anche dopo correzione per sesso ed età.

graf.8 ULSS 3 – anno 2004 – tassi dei soggetti portatori di Parkinson per sesso ed età

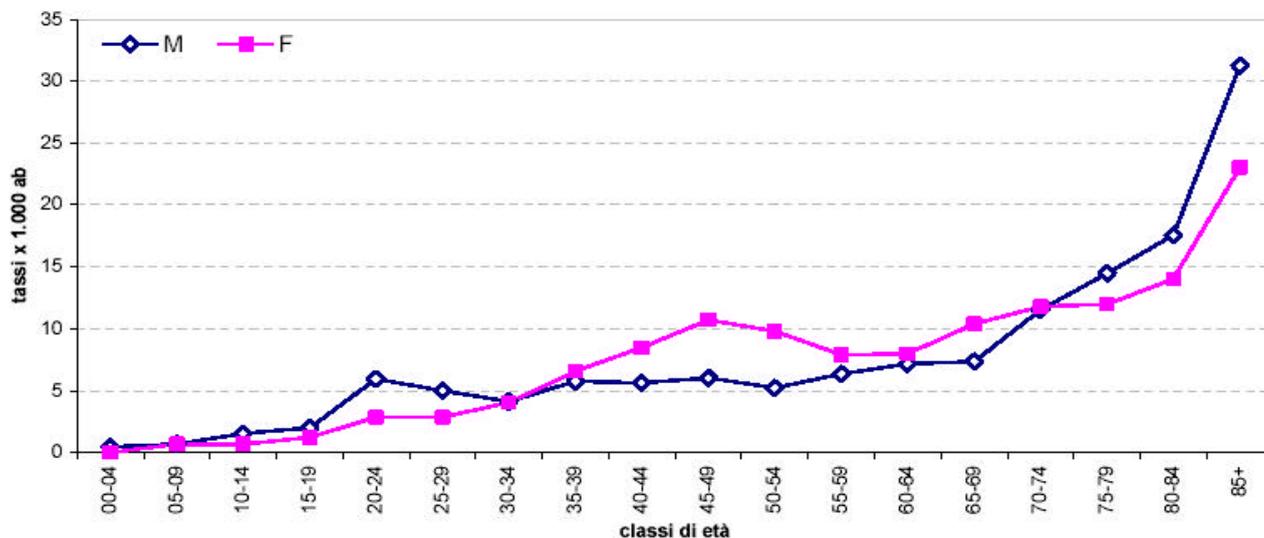


Fonte: banca dati prescrizioni farmaceutiche ULSS3
Elaborazioni: U.O. Monitoraggio Attività Distrettuali

¹⁰ in tale archivio non sono registrate le prescrizioni dei farmaci distribuiti direttamente da parte delle strutture aziendali per questa patologia, per cui i dati da esso forniti tendono a sottostimare la prevalenza della patologia

In base all'archivio della farmaceutica¹¹ risulta dello 0,6% anche la prevalenza dei soggetti che nel 2004 hanno fatto uso di farmaci antipsicotici. La prevalenza così stimata dei portatori di **sindromi psicotiche** risulta significativamente superiore alla media aziendale nel distretto di montagna (anche dopo correzione per sesso ed età), e viene rappresentata nella sua distribuzione per sesso ed età nel grafico 9.

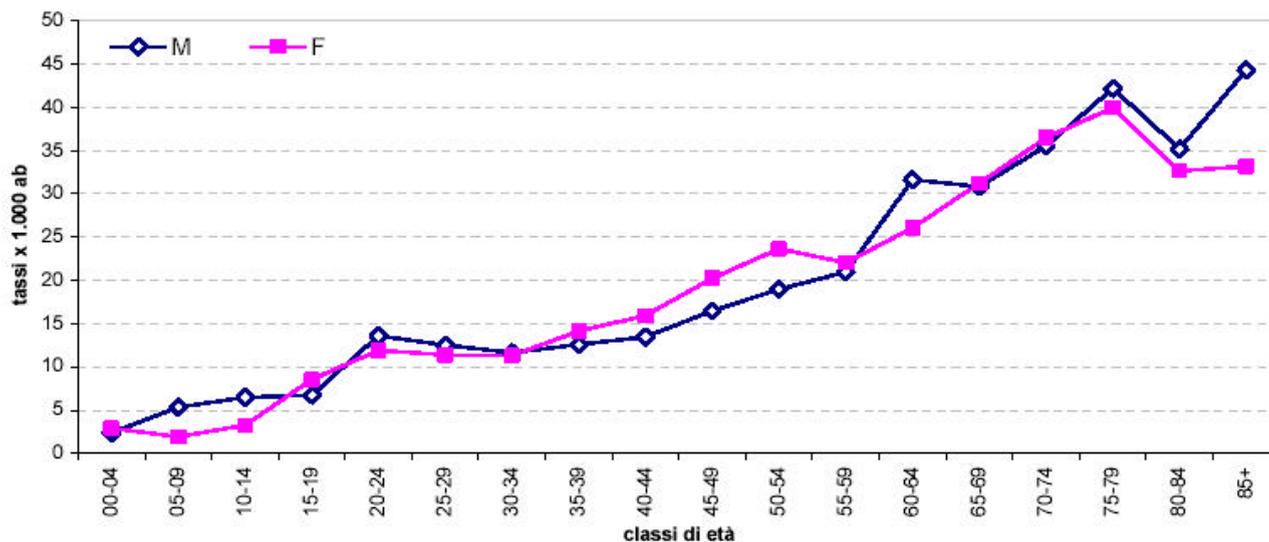
graf.9 ULSS 3 – anno 2004 – tassi dei soggetti portatori di sindromi psicotiche per sesso ed età



Fonte: banca dati prescrizioni farmaceutiche ULSS3
Elaborazioni: U.O. Monitoraggio Attività Distrettuali

Sempre dall'archivio della farmaceutica, sono risultati circa 3.000 i soggetti residenti che nel corso del 2004 hanno fatto uso di farmaci anti-epilettici, corrispondenti all'1,7% della popolazione totale. La prevalenza così stimata dei **disturbi epilettici** risulta significativamente superiore alla media aziendale nel distretto di montagna e viene illustrata nella sua distribuzione per sesso ed età nel grafico 10.

graf.10 ULSS 3 – anno 2004 – tassi dei soggetti portatori di disturbi epilettici per sesso ed età



Fonte: banca dati prescrizioni farmaceutiche ULSS3
Elaborazioni: U.O. Monitoraggio Attività Distrettuali

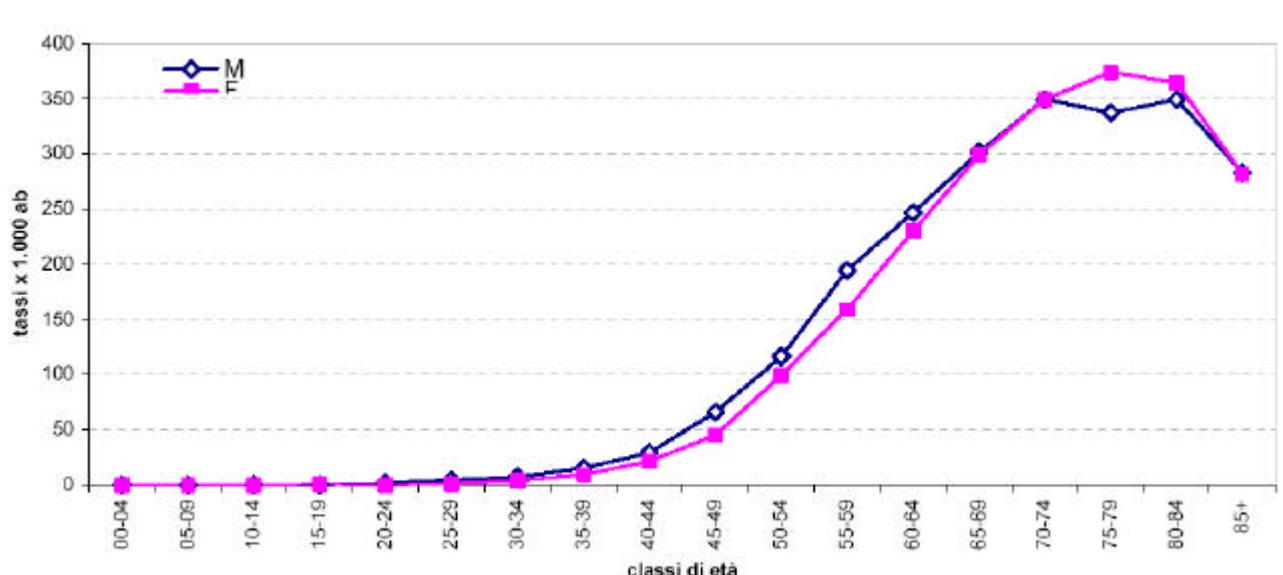
¹¹ in tale archivio non sono registrate le prescrizioni dei farmaci distribuiti direttamente da parte delle strutture aziendali per questa patologia, per cui i dati da esso forniti tendono a sottostimare la prevalenza della patologia

Se si passa poi ad esaminare l'archivio delle esenzioni¹², si possono ottenere altre informazioni interessanti.

Ad esempio¹³ si osserva che più di 16.400 soggetti, pari al 9,5% della popolazione residente, risultano esenti per **ipertensione**, e che il 46% di essi risulta avere l'esenzione per ipertensione con danno d'organo. Si evidenzia inoltre che la prevalenza di ipertesi è analoga nei due sessi e significativamente inferiore alla media aziendale nel distretto di montagna.

Nel grafico 11 si può vedere come tale prevalenza si distribuisce nella popolazione per sesso ed età.

graf.11 ULSS 3 – anno 2004 – tassi dei soggetti portatori di ipertensione per sesso ed età

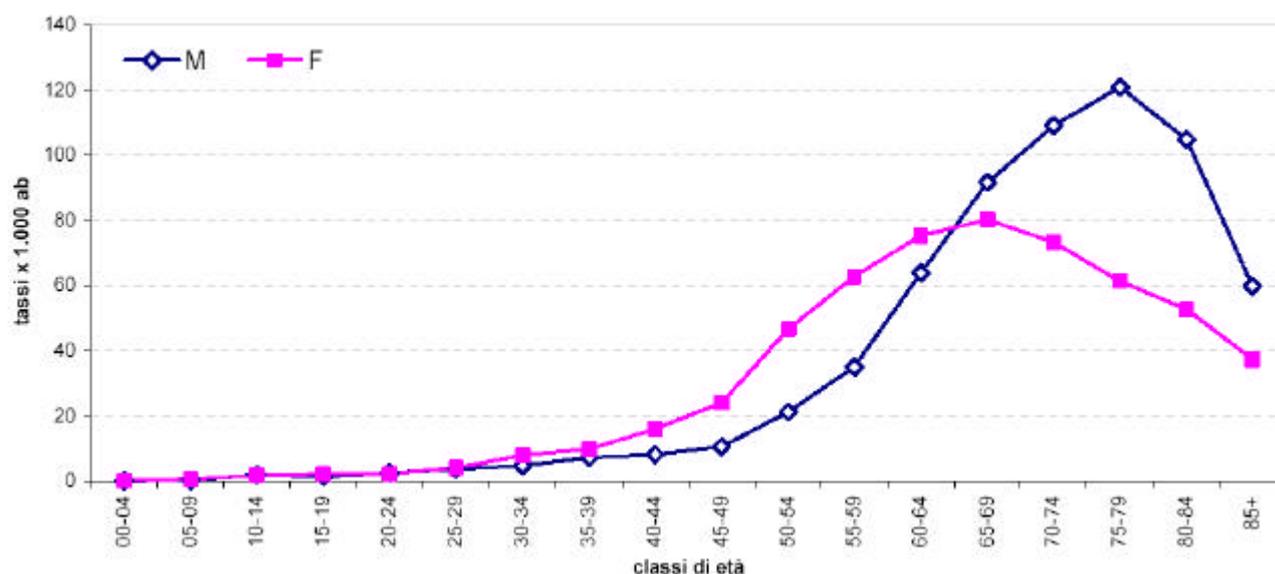


Fonte: banca dati esenzioni

Elaborazioni: U.O. Monitoraggio Attività Distrettuali

Sempre dall'archivio delle esenzioni, sono risultati quasi 4.600 i soggetti residenti esenti nel 2004 per neoplasie maligne, corrispondenti al 2,6% della popolazione totale. La prevalenza così stimata delle **patologie neoplastiche** risulta significativamente inferiore alla media aziendale nel distretto di montagna, maggiore nelle femmine (2,9%) rispetto ai maschi (2,4%) e viene illustrata nella sua distribuzione per sesso ed età nel grafico 12.

graf.12 ULSS 3 – anno 2004 – tassi dei soggetti portatori di neoplasie maligne e tumori dal comportamento incerto per sesso ed età



Fonte: banca dati esenzioni

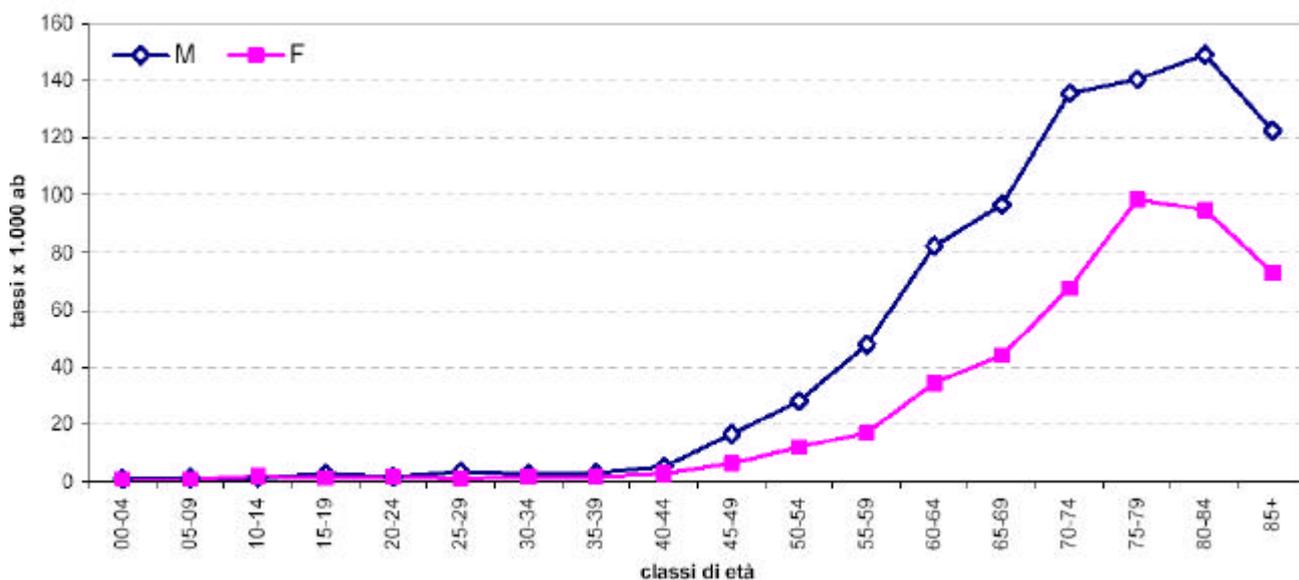
Elaborazioni: U.O. Monitoraggio Attività Distrettuali

¹² come già accennato nella nota 7. si ricorda che non tutti i soggetti affetti da una specifica patologia possiedono di fatto l'esenzione per la stessa, in quanto possono essere esentati dalla partecipazione alla spesa a motivo di altra patologia o situazione. Tale fenomeno fa sì che l'archivio delle esenzioni porti ad una sottostima della prevalenza delle patologie, in particolare nelle classi di età più avanzate a motivo della polipatologia e/o della coesistenza di invalidità.

¹³ Da uno studio epidemiologico effettuato dall'UO Monitoraggio Attività Distrettuali, con riferimento all'anno 2004

Nel 2004 risultano poco più di 4.200 i soggetti residenti con esenzione per **malattie cardiache e del circolo polmonare**, corrispondenti al 2,5% della popolazione totale. La prevalenza dei portatori di patologia così stimata, e che nella sua distribuzione per sesso ed età è illustrata nel grafico 13, risulta significativamente inferiore alla media aziendale nel distretto di montagna (anche dopo correzione per sesso ed età) e superiore nei maschi (3%) rispetto alle femmine (2%).

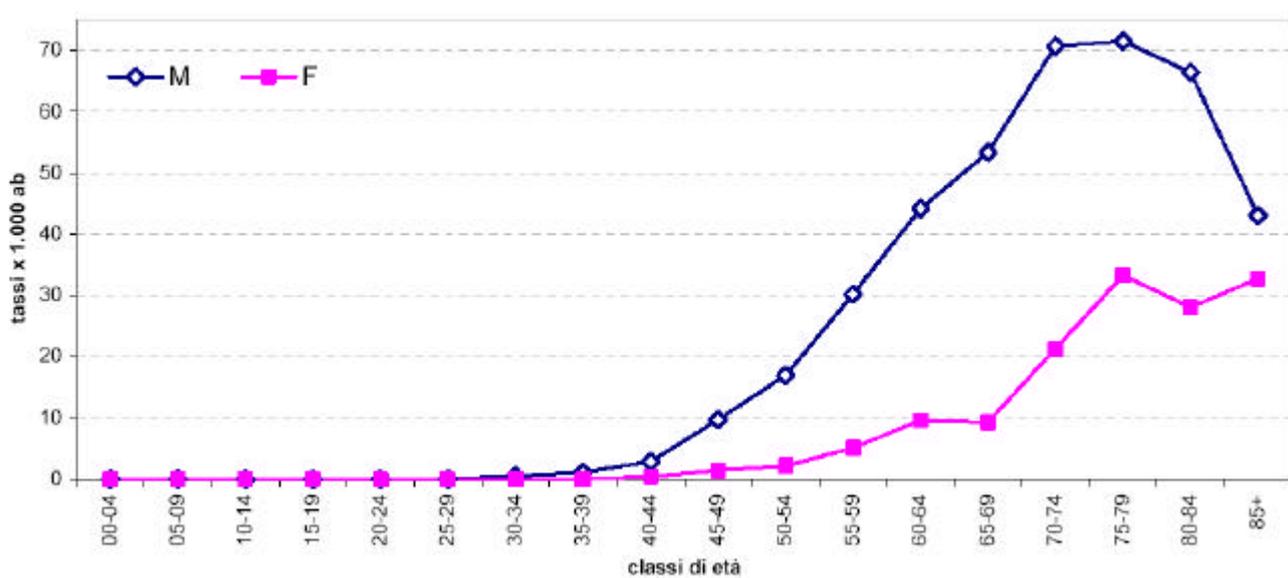
graf.13 ULSS 3 – anno 2004 – tassi dei soggetti portatori di malattie cardiache e del circolo polmonare per sesso ed età



Fonte: banca dati esenzioni
Elaborazioni: U.O. Monitoraggio Attività Distrettuali

Sempre dall'archivio delle esenzioni, si sono rilevati 1.800 soggetti residenti esenti nel 2004 per **cardiopatie ischemiche croniche**, corrispondenti all'1% circa della popolazione totale. Anche dopo correzione per sesso ed età la prevalenza così stimata delle patologie ischemiche croniche risulta significativamente inferiore alla media aziendale nel distretto di montagna, maggiore nei maschi (1,5%) rispetto alle femmine (0,6%) e viene illustrata nella sua distribuzione per sesso ed età nel grafico 14.

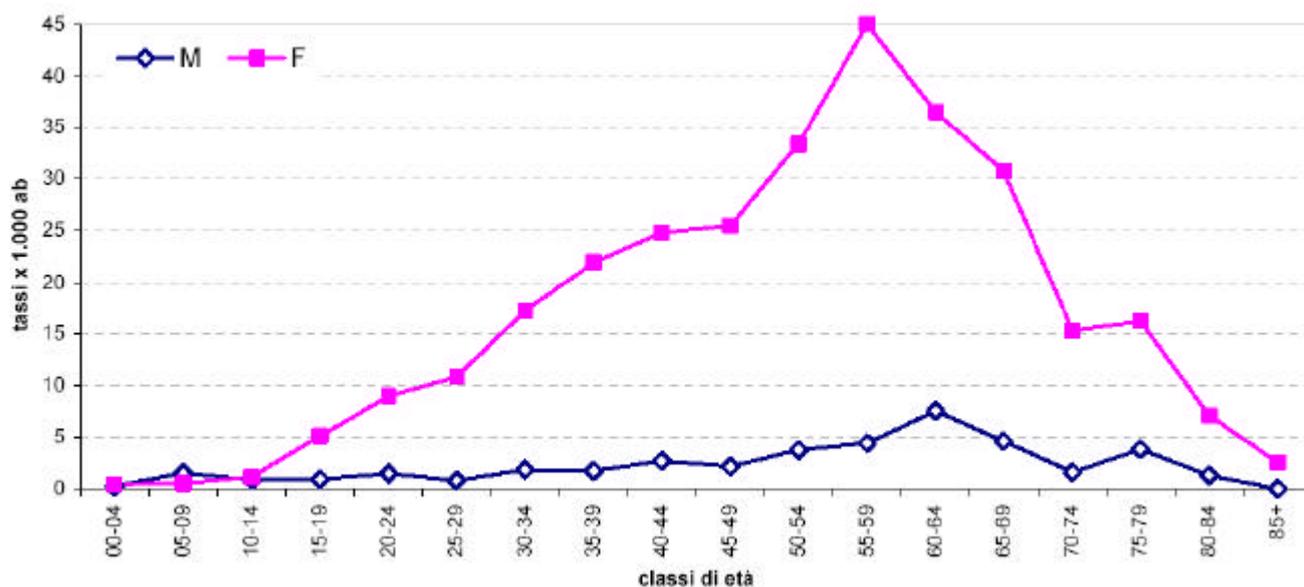
graf.14 ULSS 3 – anno 2004 – tassi dei soggetti portatori di cardiopatie ischemiche croniche per sesso ed età



Fonte: banca dati esenzioni
Elaborazioni: U.O. Monitoraggio Attività Distrettuali

Poco più di 1.800 sono i soggetti residenti che nel corso dell'anno 2004 risultavano esenti per **ipotiroidismo**, corrispondenti all'1% circa della popolazione totale. Anche dopo correzione per sesso ed età la prevalenza così stimata dell'ipotiroidismo appare significativamente inferiore alla media aziendale nel distretto di montagna, superiore nelle femmine (1,8%) rispetto ai maschi (0,2%) e viene illustrata nella sua distribuzione per sesso ed età nel grafico 15.

graf.15 ULSS 3 – anno 2004 – tassi dei soggetti portatori di ipotiroidismo per sesso ed età

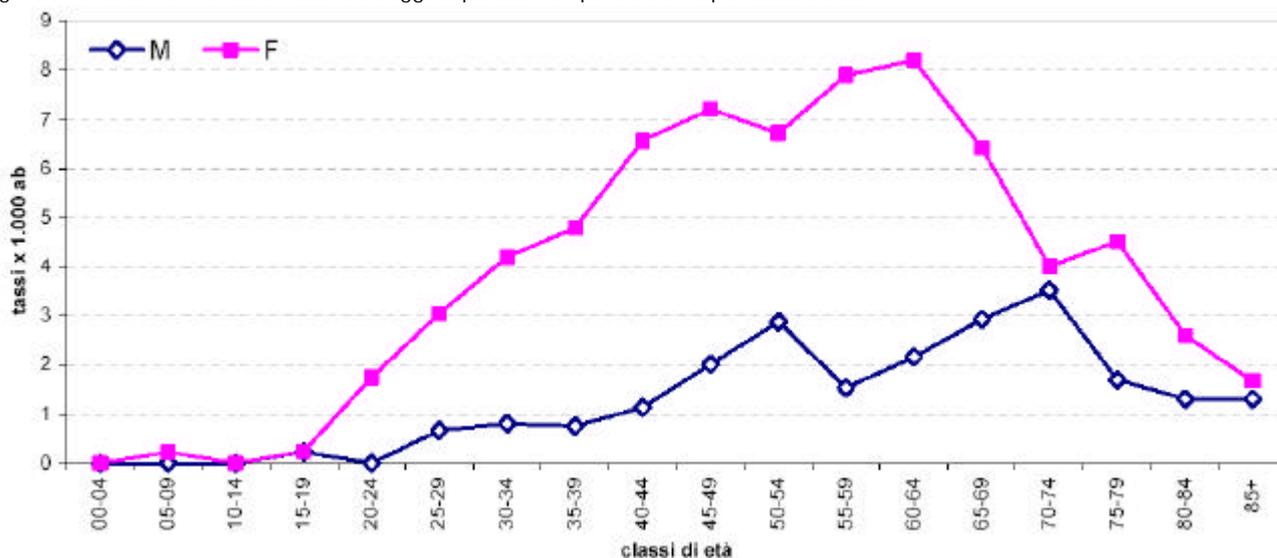


Fonte: banca dati esenzioni

Elaborazioni: U.O. Monitoraggio Attività Distrettuali

Sempre la banca dati delle esenzioni individua 470 soggetti che nel 2004 erano esenti per **ipertiroidismo**, con una prevalenza dello 0,3% circa. Tale prevalenza – che è superiore nelle femmine (0,4%) rispetto ai maschi (0,1%) – non risulta essere significativamente diversa dalla media aziendale né nel distretto di montagna né in quello di pianura, e nel grafico 16 è illustrata nella sua distribuzione per sesso ed età.

graf.16 ULSS 3 – anno 2004 – tassi dei soggetti portatori di ipertiroidismo per sesso ed età

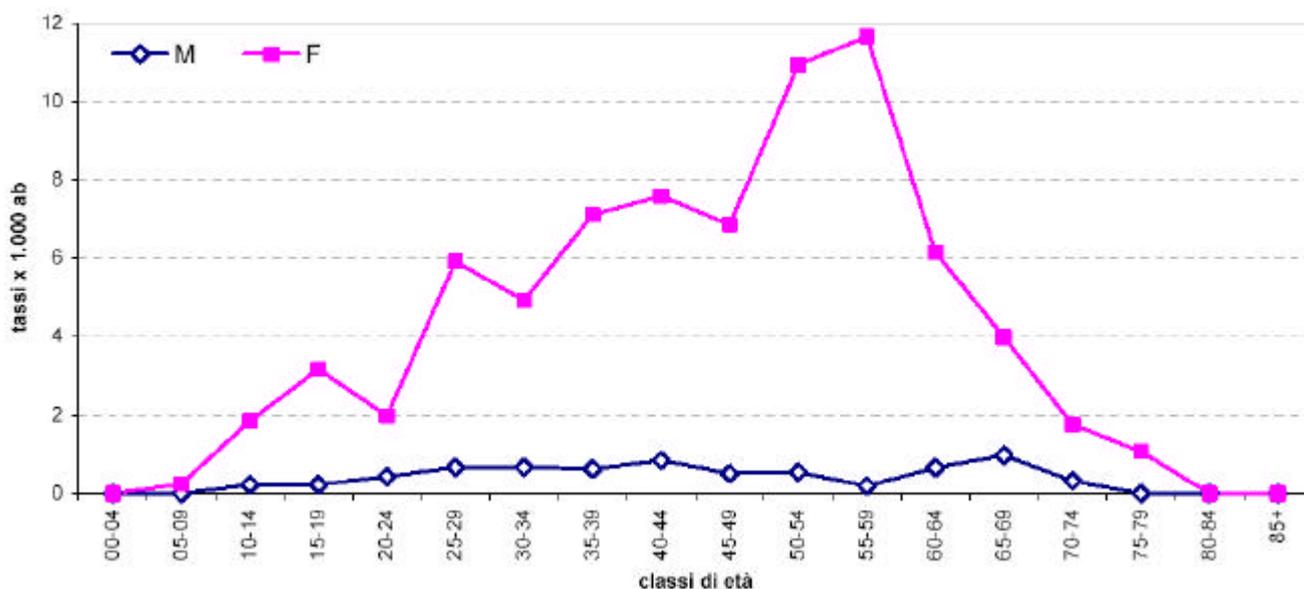


Fonte: banca dati esenzioni

Elaborazioni: U.O. Monitoraggio Attività Distrettuali

Rimanendo nell'ambito delle patologie tiroidee, l'archivio delle esenzioni individua altri 460 soggetti che nel 2004 erano esenti per **tiroidite di Hashimoto**, con una prevalenza nella popolazione generale del 0,3% circa. Anche dopo correzione per sesso ed età la prevalenza così stimata risulta significativamente inferiore alla media aziendale nel distretto di montagna e superiore nelle femmine (0,5%) rispetto ai maschi (0,05%). Essa viene illustrata nella sua distribuzione per sesso ed età nel grafico 17.

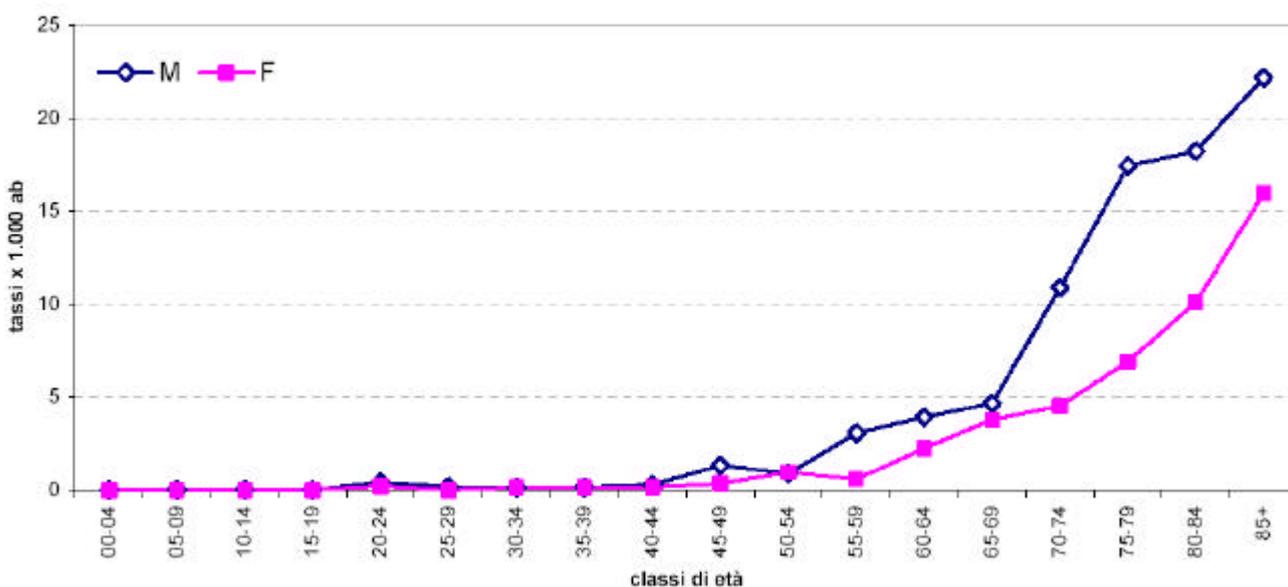
graf.17 ULSS 3 – anno 2004 – tassi dei soggetti portatori di tiroidine di Hashimoto per sesso ed età



Fonte: banca dati esenzioni
Elaborazioni: U.O. Monitoraggio Attività Distrettuali

Sempre dall'archivio delle esenzioni, si sono rilevati circa 350 soggetti residenti esenti nel 2004 per **insufficienza cardiaca**, corrispondenti allo 0,2% circa della popolazione totale. Tale prevalenza risulta essere significativamente inferiore alla media aziendale nel distretto di montagna (anche dopo correzione) e la figura 18 illustra la sua distribuzione per sesso ed età nella popolazione residente.

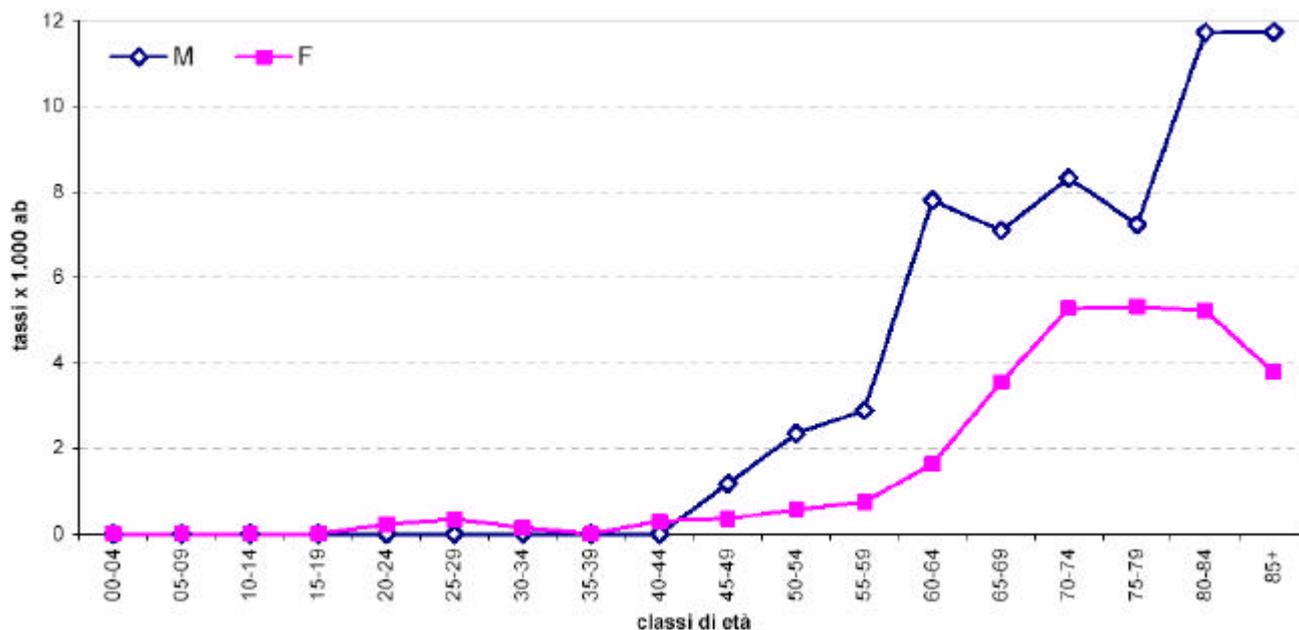
graf.18 ULSS 3 – anno 2004 – tassi dei soggetti portatori di insufficienza cardiaca (NYHA III e IV) per sesso ed età



Fonte: banca dati esenzioni
Elaborazioni: U.O. Monitoraggio Attività Distrettuali

Tra le patologie presenti con una certa numerosità la banca dati delle esenzioni rileva infine le **malattie cerebrovascolari** che nel 2004 avevano 280 esenti, con una prevalenza dello 0,16%. La prevalenza così stimata delle malattie cerebrovascolari non risulta essere significativamente diversa dalla media aziendale né nel distretto di montagna né in quello di pianura, ed è illustrata nella figura 19 nella sua distribuzione per sesso ed età.

graf.19 ULSS 3 – anno 2004 – tassi dei soggetti portatori di malattie cerebrovascolari per sesso ed età



Fonte: banca dati esenzioni
Elaborazioni: U.O. Monitoraggio Attività Distrettuali

Da ultimo si ritiene interessante per il significato che riveste come indicatore di bisogno di assistenza, il dato che si può estrarre dall'archivio delle esenzioni relativo all'invalidità civile. In particolare nel 2004 si contavano più di 2.600 soggetti con **invalidità civile del 100%**, con una prevalenza globale dell'1,5%, la quale nella fascia di età dagli 85 anni in su raggiunge il picco con valori del 18-19%. Tale prevalenza, anche dopo correzione per sesso ed età, risulta essere significativamente superiore alla media aziendale nel distretto di montagna ed inferiore in quello di pianura; risulta inoltre maggiore nelle femmine rispetto ai maschi.

Se poi si esamina la situazione relativa alla **invalidità civile del 100% con assegno di accompagnamento**, la banca dati delle esenzioni rileva circa 2.000 soggetti, con una prevalenza globale dell'1,1%, che nella fascia di età dagli 85 anni in su raggiunge il picco con valori del 18% nei maschi e del 28% nelle femmine, e che dimostra di essere significativamente molto superiore alla media aziendale nel distretto di montagna¹⁴ ed inferiore in quello di pianura anche dopo correzione per sesso ed età.

¹⁴ Il fatto che la prevalenza di esenzioni per invalidità civile al 100% (che è un tipo di esenzione ad ampia copertura) sia superiore alla media aziendale nel distretto di montagna, contribuisce a motivare il fatto che in tale distretto la prevalenza di varie patologie croniche, stimate dall'archivio esenzioni, risulti significativamente inferiore alla media aziendale (v. anche note 7 e 12).

