

INDICAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE NELL'ASL 8 BASATI SU DATI DI MORTALITÀ

1 Premessa

Questa nota ha l'obiettivo di rendere disponibili agli Amministratori locali alcune prime informazioni e analisi sullo stato di salute della popolazione.

La conoscenza epidemiologica dello stato di salute della comunità locale è infatti un primo passo per la programmazione sanitaria del territorio e una riorganizzazione locale, anche alla luce degli indirizzi sanitari e gestionali contenuti nelle proposte del nuovo PSSR 2007 - 10.

Essa rappresenta uno strumento utile per sollecitare un'analisi dello scenario e dunque per giungere alla definizione di priorità di intervento, per diffondere conoscenze a supporto del fabbisogno informativo presente ai livelli diversi che governano una comunità.

Per valutare lo stato di salute generale della popolazione dell'ASL 8 e per mettere a disposizione informazioni per gli Amministratori Locali sono stati presi in considerazione alcuni indicatori convenzionali basati sulla mortalità osservata nell'ASL 8. Gli indicatori di mortalità rappresentano sicuramente un punto di vista parziale e "in negativo" della salute, ma hanno il pregio di essere basati su dati oggettivi e monitorabili nel tempo.

Tale relazione scaturisce dall'estrapolazione ed elaborazione dei dati emersi in uno studio sulla mortalità in Piemonte negli anni 1998-2000.⁽¹⁾

2 La Popolazione

Tab. 1								
Anno	Nati	Morti	(Nati - Morti)	Iscritti	Cancellati	Popolazione	di cui maschi	di cui femmine
1995	2.346	2.305	41	10.509	9.382	282.645	139.280	143.365
1996	2.476	2.276	200	10.418	9.253	284.010	139.854	144.156
1997	2.617	2.483	134	9.788	9.270	284.662	140.206	144.456
1998	2.571	2.504	67	10.243	9.571	285.401	140.415	144.986
1999	2.592	2.608	-16	10.965	9.656	286.694	140.988	145.706
2000	2.757	2.487	270	11.212	10.533	287.643	141.540	146.103
2001	2.639	2.341	298	9.018	8.218	284.585	139.489	145.096
2002	2.692	2.462	230	10.852	8.788	286.879	140.738	146.141
2003	2.648	2.592	56	12.943	9.358	290.520	142.631	147.889
2004	2.898	2.479	419	12.302	9.933	293.308	144.001	149.307
Media	2.624	2.454	170	10.825	9.396	286.635	140.914	145.721

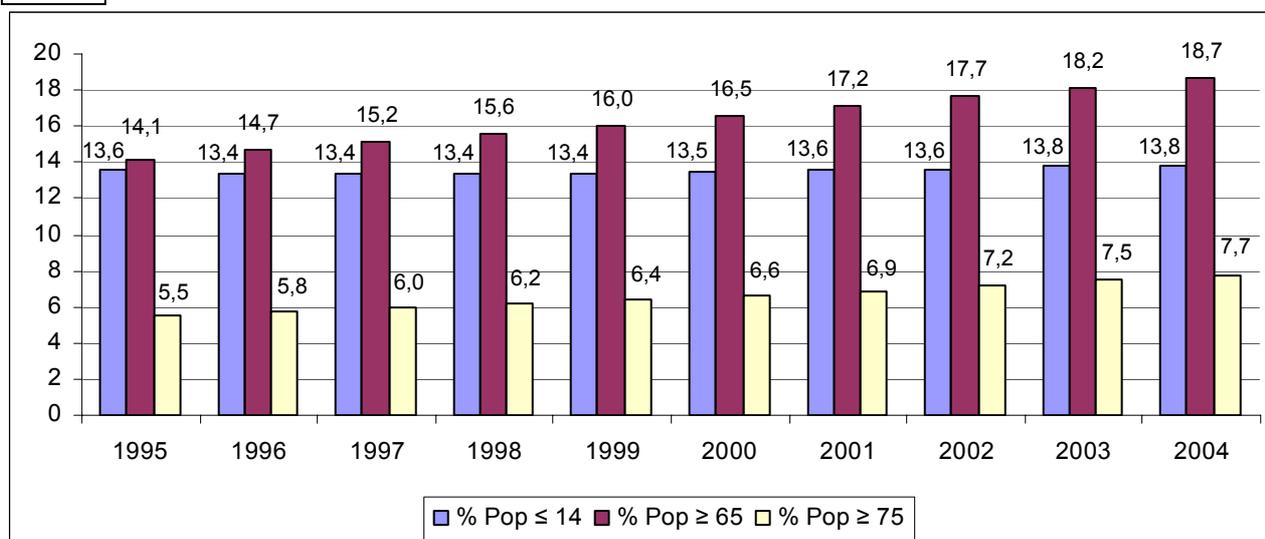
Tab. 2

Popolazione residente al 31.12.2004 - Azienda Sanitaria Locale n. 8						
	Maschi	Femmine	Totale	% 2004	% 2000	% 1995
Totale	144.001 (49,1)	149.307 (50,9)	293.308 (100)			
≥ 65 anni	23.980 (43,8)	30.786 (56,2)	54.766 (100)	18,7	16,5	14,1
≥ 75 anni	8.442 (37,4)	14.125 (62,6)	22.567 (100)	7,7	6,6	5,5
≥ 85 anni	1.349 (27,9)	3.490 (72,1)	4.839 (100)	1,6	1,8	1,4

L'andamento della struttura della popolazione dell'ASL 8 è caratterizzato da questi elementi:

1. il totale generale è costantemente aumentato dal 1995 al 2000, anno in cui raggiunge le 287.643 unità, per ridursi bruscamente nel 2001 di ben 3.058 unità (284.585) e riprendere a crescere in maniera sostenuta già dal 2002 fino ai valori toccati nel 2004 pari a 293.308 unità;
2. il numero dei nati ha avuto un andamento altalenante; aumentato dal 1995 al 1997 fino a raggiungere le 2.617 unità, ha subito una lieve flessione nel 1998 per poi risalire fino alle 2.757 unità del 2000 e alternare riduzioni ed aumenti raggiungendo quota 2.898 unità nel 2004;
3. il numero dei morti, anch'esso caratterizzato da oscillazioni nel periodo di tempo preso in esame (1995-2004), ha raggiunto un massimo nel 1999 con un valore di 2.608 unità per portarsi, infine, sulle 2.479 unità del 2004, valore molto prossimo a quello medio del periodo pari a 2454 unità;
4. l'incidenza delle nascite, salvo l'anno 1999, è superiore a quella delle morti e quindi il saldo presenta valori positivi, passando da un differenziale minimo di + 41 unità nel 1995 ad uno di + 419 nel 2004;
5. la struttura per età della popolazione presenta la seguente situazione (Grafico 1):

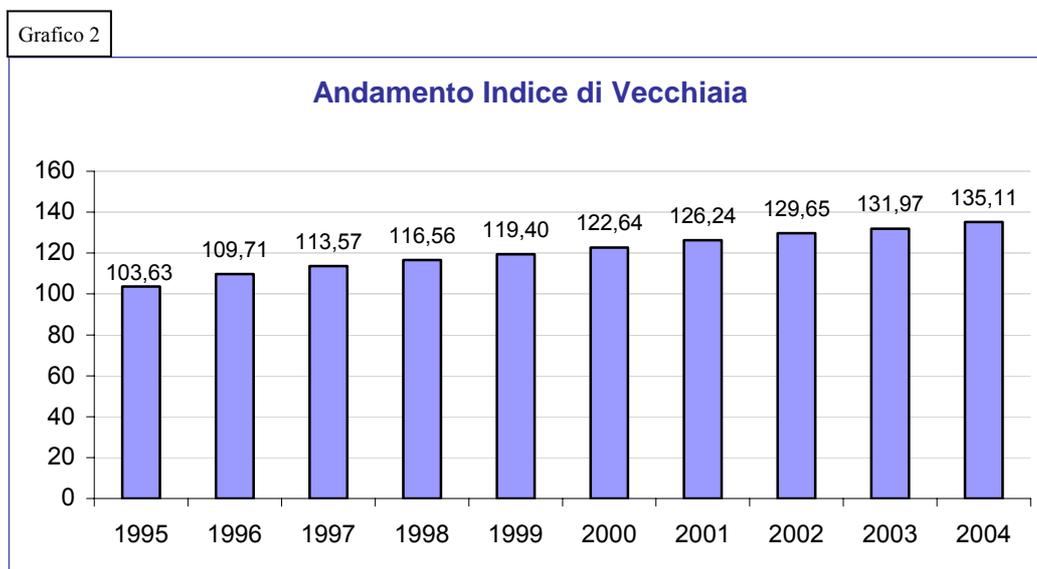
Grafico 1



- a) un valore percentuale pressoché costante della popolazione al di sotto dei 14 anni, che nel 2003-04 si è attestato su valori pari al 13,8%;

- b) un costante e progressivo aumento della popolazione anziana ultrasessantacinquenne, che nel 2004 è pari al 18,7% del totale, ed un'incidenza dei cosiddetti "grandi anziani" (gli ultra75enni) sulla popolazione ancor più rimarchevole, con una crescita dal 5,5% del 1995 al 7,7% del 2004.

Tutto ciò si riflette sull'indice di vecchiaia che è passato dal 103,63 del 1995 al 135,11 del 2004, cioè 135 ultra65enni ogni 100 ragazzi e bambini inferiore a 14 anni (Graf. 2).



La popolazione immigrata residente è significativamente aumentata negli ultimi 10 anni contribuendo a sostenere ed accrescere la popolazione dell'ASL 8. L'analisi della quota percentuale mostra nel tempo tassi di crescita più che doppi ogni quinquennio. Dopo un rapporto tra generi sostanzialmente uguale e costante, nel 2004 si registra una lieve prevalenza femminile, dato però non significativo anche alla luce delle dinamiche di concessione dei permessi di soggiorno e dei ricongiungimenti familiari e della periodicità con cui avvengono le regolarizzazioni (tab. 3).

Tab. 3

Immigrati residenti nei Comuni dell'ASL 8 negli anni 1995-2000-2004					
	Popolazione	Popolazione immigrata			
	<i>Totale</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totale</i>	<i>% imm/tot</i>
1995	282.645	1.099	1.069	2.168	0,8
2000	287.643	2.286	2.288	4.574	1,6
2004	293.308	5.096	5.340	10.436	3,6

La struttura della popolazione così come si va a definire pone e porrà ancor più in tempi ravvicinati una serie di problematiche in prevalenza legate a:

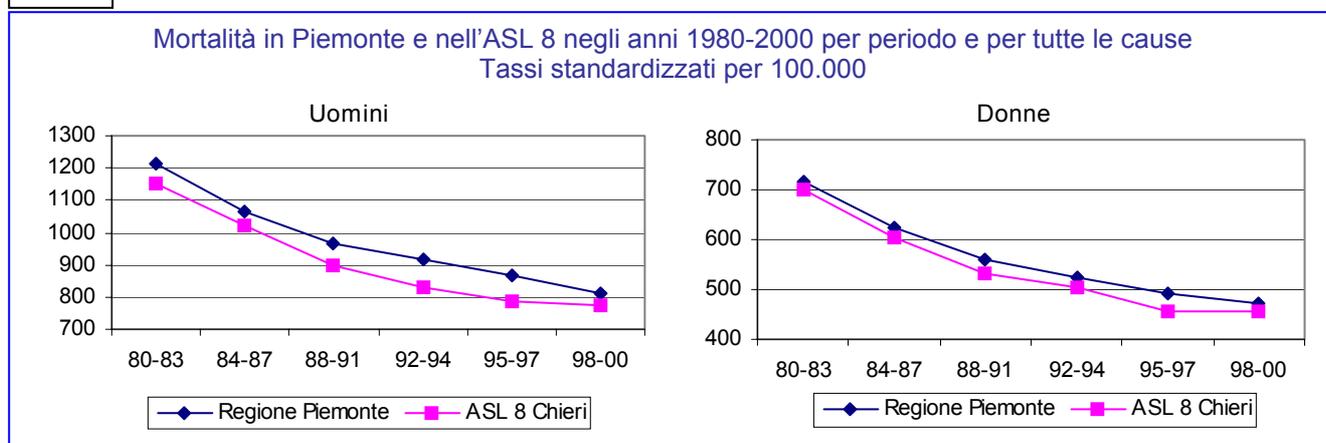
- programmazione e sviluppo di tipologie assistenziali e di forme di protezione dell'anziano e della sua salute, in particolare per la fascia dei "grandi anziani" (ultra75enni), con una necessaria forte integrazione tra la sanità e il socio-assistenziale e tra risorse ospedaliere e territoriali.

- accesso e utilizzo dei servizi sanitari da parte degli immigrati condizionati, oltre che dalla diversità della lingua e cultura di origine, anche dalla scarsa conoscenza e difficoltà a seguire adeguati percorsi diagnostico-terapeutici, con un possibile condizionamento negativo del livello di salute della popolazione immigrata, in particolare dei minori e delle donne, ritenuti una fascia di popolazione più fragile all'interno di un contesto già delicato quale quello dell'immigrazione

3 La mortalità generale nell'ASL 8

La mortalità generale nell'ultimo ventennio si è costantemente ridotta sia in Piemonte che nell'ASL 8. Gli indicatori di mortalità registrati nell'ASL 8 sono stati sempre inferiori a quelli regionali per entrambi i sessi. I tassi standardizzati di mortalità si sono ridotti del 5,4% negli uomini e rimasti pressoché immutati nelle donne rispetto al triennio 1995-1997 (Grafico 3).

Grafico 3



Tab. 4

Classifica delle prime cause di morte (media anni 1998-2000) per Distretto e per genere										
Causa	Distretto								ASL 8	
	Chieri		Moncalieri		Nichelino		Carmagnola		M	F
	M	F	M	F	M	F	M	F		
Tutte	452	448	325	304	261	217	233	246	1.272	1.215
Malattie apparato circolatorio	176	199	126	132	92	90	94	116	488	537
Tumori maligni	142	100	107	77	93	63	64	51	405	291
Malattie apparato respiratori	42	31	27	24	21	13	21	16	111	84
Cause accidentali	23	23	15	11	17	11	14	10	70	55
Malattie apparato digerente	19	21	13	14	15	8	12	11	59	54

Dall'analisi dell'andamento del numero di decessi medio annuale scaturiscono alcune considerazioni di carattere generale:

1. gli uomini presentano una mortalità generale superiore a quella delle donne, fatto salvo per la cause malattie dell'apparato circolatorio; che presentano inoltre un'aspettativa di vita alla nascita nettamente superiore: 82,5 anni per le donne rispetto ai 77 anni degli uomini; dal 1980 al 2000 l'aspettativa di vita alla nascita è aumentata di 4,5 anni per le donne e poco più di 5 per gli uomini;
2. le malattie dell'apparato circolatorio occupano la prima posizione tra le cause di morte, rappresentando il 38,4% delle cause di morte tra gli uomini ed il 44,2% tra le donne;
3. i tumori maligni hanno un'incidenza maggiore nei maschi rispetto alle femmine; la stessa osservazione vale per le Malattie dell'apparato respiratorio, per le Cause accidentali e le Malattie dell'apparato digerente (tabb. 4 e 5).

Tab. 5

Speranza di vita a 0 anni nell'ASL 8 negli anni 1980-2000 per distretto di residenza										
Periodo	Distretto								ASL 8	
	Chieri		Moncalieri		Nichelino		Carmagnola		M	F
	M	F	M	F	M	F	M	F		
80-83	72,4	78,1	71,6	77,7	71,6	77,7	70,5	77,9	71,7	77,9
84-87	73,2	79,3	73,5	80,0	73,8	79,5	72,8	79,5	73,3	79,5
88-91	74,7	81,3	74,8	81,0	75,3	80,6	73,6	80,5	74,7	80,9
92-94	75,8	81,7	76,6	82,4	75,7	80,9	74,4	80,5	75,7	81,5
95-97	76,0	81,9	77,1	83,0	77,2	82,2	74,7	82,4	76,3	82,4
98-00	77,1	82,8	77,2	82,4	77,0	82,6	76,3	82,0	77,0	82,5

4 La mortalità per genere nell'ASL 8

L'analisi dei dati sulla mortalità nel periodo preso in esame (1998-2000) ha evidenziato le cause di morte osservate nella popolazione dell'ASL 8 che in modo "statisticamente significativo" determinano un eccesso di mortalità rispetto ai valori ottenuti a livello regionale.

Queste cause saranno rappresentate nelle prossime tabelle in quanto ci permettono di cogliere e di riflettere sui determinanti che provocano una maggiore mortalità nei confronti della Regione.

Tab. 6

Cause di morte (1998-2000) nei maschi con differenziale regionale significativo ⁽²⁾		
Causa	Numero	Differenziale
Bronchite, Enfisema, Asma	201	+ 13,4%
Cause di morte (1998-2000) nelle femmine con differenziale regionale significativo		
Causa	Numero	Differenziale
Diabete Mellito	126	+ 16,8%
Disturbi psichici	105	+ 29,7%

Come si evince dal confronto tra le tabelle non vi sono cause di morte in comune tra i due generi.

Nei maschi si riscontra una sola causa di morte, legata unicamente a problemi e patologie delle vie respiratorie.

Nelle femmine le morti per Disturbi psichici (all'interno delle quali sono considerate le morti anche per overdose da stupefacenti) rappresentano il maggior differenziale rispetto alla Regione ed è un problema che investe maggiormente le fasce di età giovani.

Il diabete appare nelle femmine tra le cause significative di decesso evidenziando la necessità di maggiori interventi di tutela in questa fetta di popolazione (tab. 6).

5 La mortalità per Distretto per genere

Vengono riportati alcuni dati disaggregati che si riferiscono ai quattro Distretti in cui è suddivisa l'ASL 8, per verificare se a tale livello si riscontrino particolari condizioni riferibili alla specificità del territorio e/o della popolazione di riferimento.

Cause di morte (1998-2000) con differenziale regionale significativo		
Distretto di Chieri (Femmine)		
Causa	Numero	Differenziale
Tumori maligni sistema nervoso	19	+ 68,0%
Disturbi psichici	55	+ 74,5%

Nel Distretto di Chieri le condizioni di maggior criticità rispetto al dato regionale si registrano nelle femmine dove le cause di morte determinate dai tumori del sistema nervoso e dai disturbi psichici presentano valori assoluti di una modesta consistenza ma con un differenziale significativo rispetto alla Regione.

La mortalità per disturbi psichici necessita di approfondimento tenuto conto che sono compresi in questa voce anche le morti per overdose.

Cause di morte (1998-2000) con differenziale regionale significativo		
Distretto di Moncalieri (Maschi)		
Causa	Numero	Differenziale
Tumori maligni vescica	24	+ 60,9%

Per quanto riguarda il Distretto di Moncalieri un differenziale positivo è rilevabile solo tra i maschi ed è determinato dai tumori maligni della vescica, anche se la limitata rilevanza numerica non consente di fare particolari considerazioni ma si rimanda ad ulteriori approfondimenti dell'analisi.

Cause di morte (1998-2000) con differenziale regionale significativo		
Distretto di Nichelino (Femmine)		
Causa	Numero	Differenziale
Tumori maligni esofago	5	+ 245,7%
Insufficienza renale cronica	10	+ 156,9%

Nel Distretto di Nichelino a dispetto di una bassa consistenza numerica che potrebbe, in parte, ridurre la significatività del dato, le due cause, evidenziate nella popolazione femminile, generano una mortalità assai superiore a quella della Regione. Tale quadro nosologico presuppone interventi volti a individuare e contrastare le cause che determinano queste specifiche condizioni.

Tab. 10		
Cause di morte (1998-2000) con differenziale regionale significativo		
Distretto di Carmagnola (Femmine)		
Causa	Numero	Differenziale
Diabete mellito	34	+ 71,6%

La mortalità per Diabete mellito rappresentano l'unica causa individuata nella popolazione femminile del Distretto di Carmagnola che si discosta dai valori regionali, anche in questo caso la limitata consistenza numerica di decessi osservati presuppone la necessità di interventi generali sulla popolazione di maggiore tutela.

Tab. 11																
Confronto tra distretti per Cause di morte (1998-2000) con differenziale regionale significativo ⁽³⁾																
Causa	Distretto															
	Chieri				Moncalieri				Nichelino				Carmagnola			
	M		F		M		F		M		F		M		F	
	N°	Δ	N°	Δ	N°	Δ	N°	Δ	N°	Δ	N°	Δ	N°	Δ	N°	Δ
Tumori maligni esofago	13	+35,3	3	+15,7	3	-58,8	1	-47,5	6	-6,3	5	+245,7	4	-15,9	3	+134,5
Tumori maligni vescica	21	-1,1	3	-46,7	24	+60,9	2	-49,3	12	-1,7	4	+42,3	11	+6,0	5	+81,8
Tumori maligni sistema nervoso	9	-29	19	+68	5	-48,2	7	-18,8	9	-20,9	8	+10,5	6	-4,2	6	+6,7
Diabete mellito	22	-22,3	37	-9,3	15	-25,3	22	+32,4	16	-4,3	18	-6,9	15	+8,4	34	+71,6
Disturbi psichici	23	+5,7	55	+74,5	13	-13,9	18	-12,7	7	-46,9	15	+9,5	14	+31,9	17	+12,4
Insufficienza renale cronica	2	-77,6	4	-52,2	4	-33,7	2	-64,7	3	-38,4	10	+156,9	4	-7,6	0	---

Nella tab. n. 11 sono confrontate le criticità (in neretto) rilevate per distretto. Alcuni valori (vedi il Distretto di Nichelino) vanno assunti con estrema cautela in considerazione del valore assoluto estremamente ridotto.

6 Conclusioni

Delle tre cause che determinano una maggiore mortalità rispetto alla Regione, individuate a livello di Azienda, solo due sono presenti nel sottolivello distretto:

- il **Diabete mellito** rappresenta una criticità per il distretto di Carmagnola
- i **Disturbi psichici** sono una causa di decesso critica del territorio del Distretto di Chieri.

Dal confronto tra i risultati scaturiti a livello distrettuale emerge l'assenza di sovrapposizioni nelle cause di decesso critiche tra i Distretti e i generi.

Dunque le altre cause di morte pur determinando dei condizioni di criticità rispetto ai dati regionali, hanno una connotazione specifica del territorio di un distretto e per solo un genere.

L'individuazione delle malattie mortali che determinano le maggiori criticità pone il problema di scegliere le eventuali priorità di intervento per causa, per distretto e per genere e conseguentemente produrre un piano di intervento che preveda il coinvolgimento e la partecipazione di livelli istituzionali e anche sociali che affronti i molteplici fattori causali che incidono nel determinare tali criticità al fine di modificare le attuali evidenze.

Chieri, 21 giugno 2006

Note:

- (1) "La mortalità in Piemonte negli anni 1998-2000"
Regione Piemonte / Direzione Sanità Pubblica - Osservatorio Epidemiologico Regionale
- (2) *SMR* (Rapporto Standardizzato di Mortalità) esprime, in percentuale, l'eccesso o il difetto di mortalità, esistente tra l'ASL/distretto in oggetto e la Regione al netto delle influenze esercitate dalla diversa composizione per età delle due popolazioni. Il valore 100 rappresenta il valore regionale, mentre valori superiori o inferiori indicano una maggiore o minore mortalità rispetto alla Regione.
- (3) *SMR e intervalli di confidenza al 95%*: L'intervallo di confidenza al 95% esprime l'ambito di valori entro cui si colloca, con una probabilità del 95%, il vero valore dell'*SMR*. Ai fini della comprensione della tabella, occorre ricordare che, qualora l'ambito dell'intervallo di confidenza includa il valore 100, il corrispondente valore dell'*SMR* viene convenzionalmente considerato come "statisticamente non significativo": non è cioè possibile affermare, con sufficiente sicurezza, che i due valori, quello regionale e quello dell'ASL/Distretto, siano realmente diversi; l'eccesso o il difetto di mortalità osservati potrebbero essere solo un effetto del caso (con una probabilità superiore al 5%).