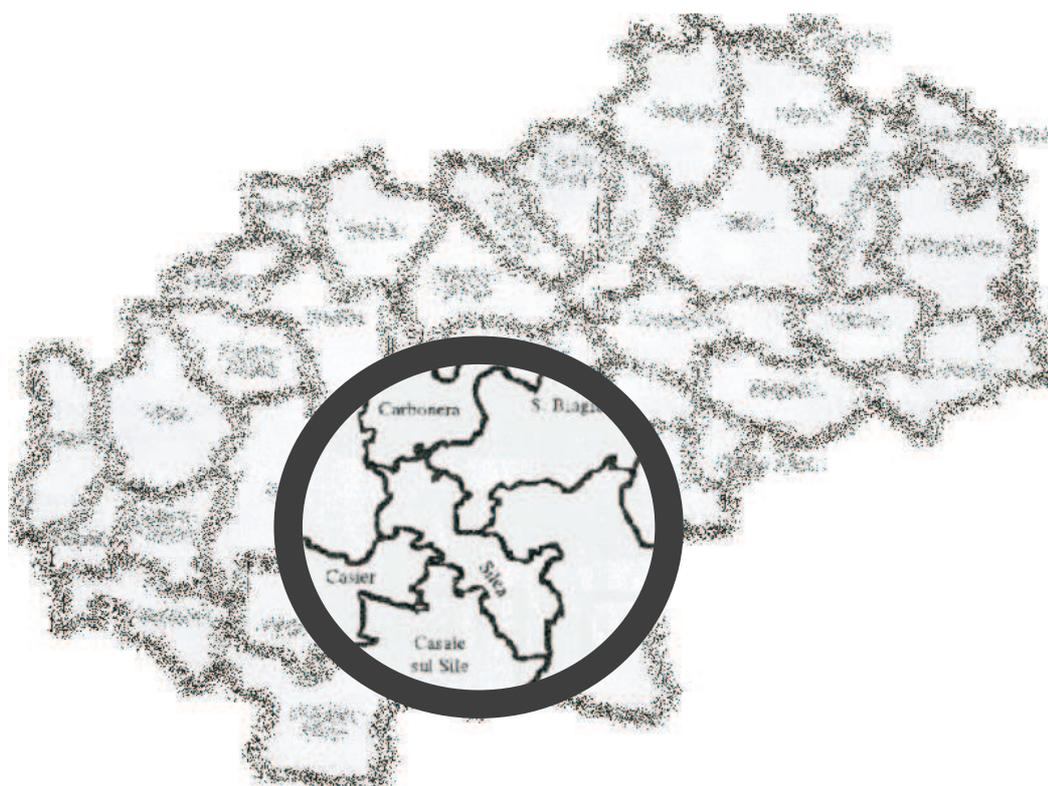


# Bilancio di salute

dell'Azienda ULSS n° 9 "Treviso"



Anno 2006

# Indice

<b>COS'È UN BILANCIO DI SALUTE .....</b>	<b>3</b>
<b>LA POPOLAZIONE ASSISTITA DALL'AZIENDA ULSS DI TREVISO .....</b>	<b>5</b>
INVECCHIAMENTO ED IMMIGRAZIONE .....	5
LE FAMIGLIE .....	7
<b>UNA POPOLAZIONE CHE MUORE: LE PRINCIPALI CAUSE DI MORTE .....</b>	<b>8</b>
<b>UNA POPOLAZIONE CHE NASCE .....</b>	<b>9</b>
LA NASCITA .....	9
<b>LA SALUTE RIPRODUTTIVA NELLE DONNE .....</b>	<b>10</b>
<b>LA SALUTE DEI BAMBINI.....</b>	<b>11</b>
<b>LA SALUTE DEGLI ADOLESCENTI.....</b>	<b>12</b>
<b>GLI STILI DI VITA .....</b>	<b>13</b>
PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO.....	13
UTILIZZO DEI SERVIZI SANITARI PUBBLICI .....	14
<b>GLI INFORTUNI.....</b>	<b>15</b>
GLI INCIDENTI STRADALI.....	15
GLI INCIDENTI DOMESTICI.....	16
GLI INCIDENTI SUL LAVORO .....	16
<b>MALATTIE CRONICHE E LORO COMPLICANZE .....</b>	<b>17</b>
LE MALATTIE DELLE VARIE ETÀ .....	17
<b>MALATTIE CRONICHE: DIABETE, CARDIOPATIA ISCHEMICA, INFARTO CARDIACO, BRONCHITI CRONICHE .....</b>	<b>18</b>
IL DIABETE MELLITO .....	18
LE CARDIOPATIE ISCHEMICHE CRONICHE .....	21
L'INFARTO MIOCARDIO ACUTO.....	22
LE BRONCOPENUMOPATIE CRONICO-OSTRUTTIVE (BPCO).....	23
<b>I TUMORI: MAMMELLA E COLON .....</b>	<b>25</b>
IL TUMORE DELLA MAMMELLA .....	25
IL TUMORE DEL COLON .....	25
<b>L'EVOLUZIONE DELLE RISPOSTE AI BISOGNI: RICOVERI OSPEDALIERI, ESAMI E VISITE SPECIALISTICHE, FARMACI .....</b>	<b>27</b>
<b>I RISULTATI DEGLI INVESTIMENTI IN SALUTE: LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ.....</b>	<b>29</b>
GLI ANNI DI VITA PERSI.....	29
ANNI DI VITA PERSI IN ETÀ LAVORATIVA .....	30
ANNI DI VITA PERSI IN ETÀ NON LAVORATIVA .....	30
<b>L'AUMENTO DELLA DISABILITÀ .....</b>	<b>31</b>

Il Bilancio di salute 2006 dell'ULSS di Treviso è il risultato di un percorso finalizzato alla Programmazione Aziendale basata su obiettivi di salute.  
La realizzazione è stata commissionata dal Direttore Generale, dott. Claudio Dario.  
L'U.O.C. "Controllo di Gestione" ha coordinato il progetto.  
Il Servizio di Statistica ed Epidemiologia ha realizzato gli studi e le analisi necessarie alla realizzazione del documento e ne ha curato la stesura.  
Si ringraziano tutti i numerosi soggetti aziendali che hanno collaborato allo sviluppo delle tematiche e ad ideare e sviluppare il Bilancio di salute aziendale.

Hanno collaborato direttamente alla stesura del "Bilancio di Salute 2006":

Dott Giuseppe Battistella - [gbattistella@ulss.tv.it](mailto:gbattistella@ulss.tv.it) (Referente tecnico)

Dott. Antonio Carlini – [acarlini@ulss.tv.it](mailto:acarlini@ulss.tv.it)

Dott.ssa Daniela Lotto – [dlotto@ulss.tv.it](mailto:dlotto@ulss.tv.it)

Dott. Gianluigi Scannapieco – [gscannapieco@ulss.tv.it](mailto:gscannapieco@ulss.tv.it) (Responsabile di progetto)

Dott.ssa Maila Taverna – [taverna@ulss.tv.it](mailto:taverna@ulss.tv.it)

Treviso, dicembre 2006

## Cos'è un bilancio di salute

La principale finalità dell'Azienda ULSS è di far star bene i propri assistiti. Per ottenere questo risultato nel 2005 l'ULSS aveva 4.296 dipendenti, di cui 1.860 infermieri e 544 medici. Vi erano, inoltre, 485 medici convenzionati e 111 a rapporto libero professionale. Nel 2005 erano attivi nell'ULSS 1.402 posti letto per acuti nelle strutture ospedaliere dell'ULSS (-8% rispetto al 2002), 921 (66%) nell'Ospedale Regionale Cà Foncello di Treviso, 155 (11%) nell'Ospedale di Oderzo e 326 (23%) negli Ospedale convenzionati (Ospedale San Camillo, Casa di Cura Giovanni XXIII e Villa Napoleon) e nell'Ospedale Riabilitativo ad Alta Specializzazione di Motta di Livenza. Per l'erogazione dei servizi l'Azienda ULSS nel 2005 ha utilizzato oltre 641 milioni di Euro. La principale voce in entrata è rappresentata dai 522 milioni di euro in conto esercizio ricevuti dalla Regione Veneto.

L'Azienda ULSS presenta il Bilancio Economico - Patrimoniale. Con questo rende conto alla Regione, alla Conferenza dei Sindaci ed alla collettività di come utilizza le risorse che le sono assegnate. L'Azienda ULSS però non è semplicemente un'azienda pubblica che produce servizi. È il principale strumento tecnico – organizzativo tramite cui la Regione persegue un diritto istituzionale dei cittadini: la salute.

Il bilancio economico ci dice come sono impiegate le risorse assegnate e misurano l'efficienza dell'Azienda. Il bilancio di salute ne valuta l'efficacia, in altre parole la capacità di migliorare la salute tramite l'erogazione dei servizi. Il vero valore prodotto dall'ULSS, infatti, non si misura in Euro, ma in **anni di vita in buona salute guadagnati dalle persone che assiste.**

Il valore aggiunto prodotto più importante non è finanziario, è un valore sociale e macro economico. Esso si misura sulla capacità di rispondere ai problemi di salute della gente e di farla vivere di più e meglio.

I determinanti di salute non sono solo sanitari ma coinvolgono tutti i settori della società e gli ambiti di vita. Alla Regione ed all'ULSS spetta verificare come vanno le cose ed informare gli altri soggetti. Gli obiettivi di salute sono realizzati come i goal di una partita di calcio, con un gioco di squadra, ove ogni giocatore deve fare la propria parte seguendo le politiche dell'allenatore. Se ognuno disputa una propria partita sarà ben difficile che la squadra faccia goal pur con un dispendio enorme d'energia e risorse.

Il bilancio di salute non è una relazione sanitaria fatta per specialisti ma un documento preparato per tutti coloro che s'interessano localmente di problematiche sanitarie. Nell'esposizione sono privilegiate la semplicità alla precisione, la chiarezza al tecnicismo, la sintesi alla completezza. Il bilancio, infatti, deve essere chiaro ai nostri principali azionisti, i 396 mila residenti nei 37 Comuni dell'Azienda ULSS.



## La popolazione assistita dall'Azienda ULSS di Treviso

Nei 37 Comuni dell'Azienda ULSS 9 al 31/12/2005 risiedevano 396 mila abitanti. A fine 1995 c'erano 350 mila residenti; a fine 2007 se ne stimano 409 mila (+16%). L'incremento non è, però, omogeneo nel territorio e nelle varie classi d'età. Nella tabella che segue sono rappresentate le variazioni tra il 1995 ed il 2005 delle principali classi d'età rilevanti ai fini socio – assistenziali.

### Totale residenti ULSS 9 "Treviso": dati anagrafi comunali.

Classe d'età	Anni	31/12/1995	31/12/2005	Variazione %
Età prescolare	0-5	18.807	24.525	30%
Età della scuola dell'obbligo	6-14	28.068	32.804	17%
Età della scolarità superiore	15-19	19.611	17.241	-12%
Giovani adulti	20-44	138.896	150.388	8%
Adulti	45-64	88.125	100.526	14%
Terza età	65-79	42.409	52.110	23%
Quarta età	80+	14.565	18.968	30%

Le rilevanti variazioni presenti soprattutto alle età estreme sono il risultato combinato delle variazioni della natalità nei vari periodi del secolo scorso, della progressiva riduzione della mortalità, della mobilità della popolazione. Nei vari Comuni le variazioni percentuali delle varie classi d'età sono assai variabili.

### Invecchiamento ed immigrazione

Al 31/12/2005 l'8,4% della popolazione dell'ULSS aveva più di 75 anni (nel 2001 in Provincia di Treviso l'8,1%, in Regione Veneto l'8,3%<sup>1</sup>).

Gli over 65 erano 71 mila con un incremento del 13% rispetto al 31/12/2000. Gli ultraottantenni erano 19 mila, quasi 1/3 in più di 5 anni prima (+30%).

**Note statistiche: indice di vecchiaia ed indice di dipendenza.** La media intercomunale dell'indice di vecchiaia, in altre parole il numero d'anziani (>64 anni) diviso il numero dei bambini (0-14 anni), al 31/12/2005 è 1,24.

La variabilità è piuttosto ampia e si segnalano quattro comuni particolarmente "vecchi": Treviso (1,95 - per ogni bambino vi sono quasi due anziani), Mogliano Veneto (1,56), Oderzo (1,43) e Monastier (1,36). Prevalgono in modo rilevante i bambini sugli anziani ad Istrana (0,73), Ponzano (0,76), Paese (0,81), Casale sul Sile (0,81), Casier (0,89), Zero Branco (0,86).

La media intercomunale della proporzione d'anziani (con più di 64 anni) rispetto alla popolazione tra i 15 e i 64 anni (indice dipendenza anziani) è di 0,27. Ciò significa che vi sono mediamente quasi 4 persone attive per ciascun anziano. Anche qui però vi è un'elevata variabilità. In particolare a Treviso l'indice è 0,37 (vi sono meno di 3 persone attive ogni anziano). A Treviso seguono Cesalto, Meduna di Livenza, Oderzo (0,29) e Cimadolmo (0,28).

I comuni con un basso indice di vecchiaia hanno pure un basso indice di dipendenza anziani (<0,2: meno di un anziano ogni 5 persone attive).

Il sistema pensionistico pubblico è una garanzia per la vecchiaia debole. Buona parte delle risorse finisce nelle tasche di chi anziano non è. In Provincia di Treviso più di un pensionato su 3 ha meno di 65 anni<sup>2</sup> (48.719 persone di cui oltre 2 mila con meno di 50 anni).

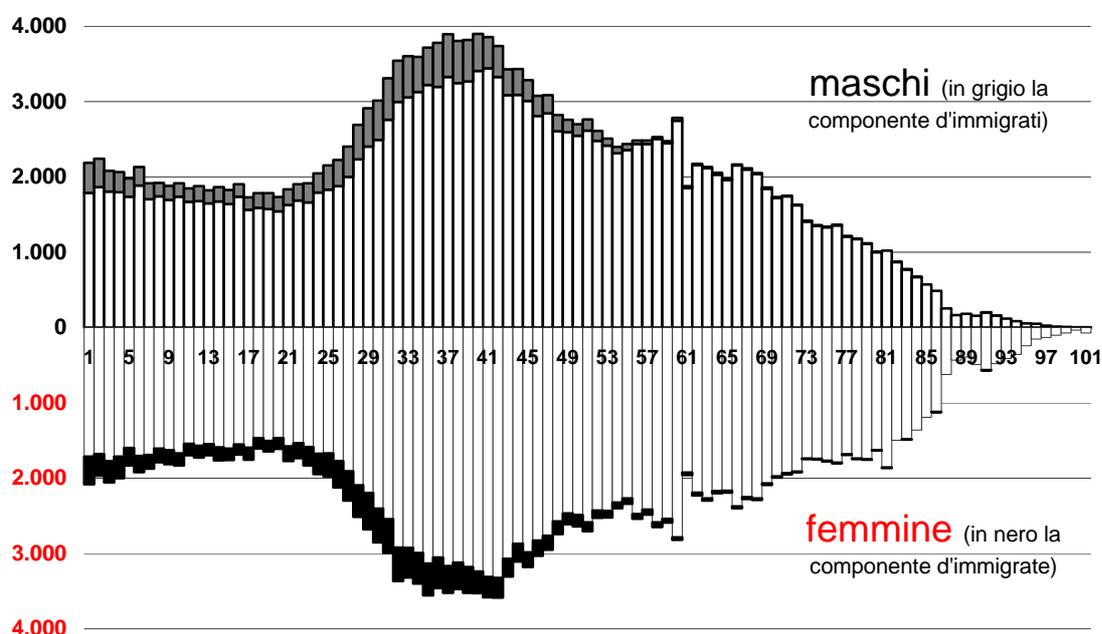
<sup>1</sup> ISTAT – Censimento 2001

<sup>2</sup> ISTAT – Censimento 2001

La struttura della popolazione è stata di recente modificata dall'immigrazione. Essa è rapidamente aumentata negli ultimi anni. A fine 2005 il 7,9% dei residenti era immigrato (31.306 su 396.562). In Veneto nel 2001 il valore era del 3,4%, in Provincia di Treviso il 4,4%, nella vicina Provincia di Venezia il 1,9%<sup>3</sup>.

L'attuale struttura della popolazione per età, sesso, distinta per quota d'immigrazione è rappresentata nel grafico che segue. Notiamo che l'immigrazione non ha compensato gli squilibri generazionali.

### Popolazione residente nei comuni dell'ULSS di Treviso per età, distinta tra nativi ed immigrati anno 2005



**Note statistiche: l'equilibrio tra generazioni.** Un importante fattore di criticità per il sistema socio – sanitario è la rapida variazione nel tempo del “peso” reciproco delle varie classi d'età. Essa può essere misurata tramite un indicatore, uguale a zero quando le varie classi d'età aumentano o diminuiscono in modo omogeneo o non variano per niente, ed aumenta a mano a mano che queste variazioni sono differenziate. I comuni ove questo squilibrio è più accentuato sono Casale sul Sile e Portobuffolé (0,41), Meduna (0,32), Mansuè (0,31), Povegliano ed Arcade (0,29). L'indice di disequilibrio utilizzato è stato pensato per la sorveglianza socio-sanitaria nell'ULSS di Treviso, caratterizzata da disomogeneità dimensionale dei comuni. Esso è la deviazione standard delle variazioni di numerosità delle classi d'età in un certo tempo. L'indicatore è calcolato per ogni comune. Quindi si calcolano media e deviazione standard degli indici comunali. Sono considerati “con squilibrio accentuato” quei comuni che hanno un indice superiore alla media intercomunale di una deviazione standard. Questi squilibri si caratterizzano in modo diverso nei vari Comuni.

Il consistente aumento dei bambini in età prescolare non deve far credere ci sia un aumento del numero di figli medio per donna in età fertile. Esso rimane inferiore a quello medio regionale (1,27 contro 1,28 – ISTAT).

L'invecchiamento della popolazione non è omogeneo nel territorio. Molto accentuato e rapido in alcuni comuni, in altri deve ancora manifestarsi. Per capire quanto la popolazione sia invecchiata basti pensare che ci sono quasi tre anziani ogni bambino piccolo (i bambini con meno di 6 anni so-

<sup>3</sup> ISTAT – Censimento 2001

no il 6% della popolazione, gli anziani con più di 65 il 17,4%). Chi vuole approfondire il problema trova nella Tabella 1, per ogni comune, la crescita o la diminuzione percentuale della numerosità delle singole classi d'età avvenute tra il 1995 ed il 2005. Su sfondo grigio i valori che eccedono in modo importante la media intercomunale (oltre una deviazione standard), in grassetto gli scostamenti rilevanti in difetto. Le variazioni rilevanti, soprattutto nelle età estreme, determinano rapidi mutamenti dei bisogni di salute e del "carico di patologia" solo per un effetto demografico.

La densità abitativa è maggiore in Provincia di Treviso rispetto al resto del Veneto (321 abitanti/Km<sup>2</sup> contro 246 – ISTAT; censimento 2001). Ciò s'accompagna ad un'elevata proporzione, 22,9%, che vive in nuclei o case sparse (18,1% la media del Veneto, 9,4% quella italiana – Dati Censimento 1991). Questa situazione urbanistica, talvolta definita "città diffusa", rappresenta una criticità per l'assistenza sanitaria in quanto rende difficile creare centri d'erogazione di servizi equamente vicini ai cittadini.

### Le famiglie<sup>4</sup>

Vi sono 2,68 componenti in media per famiglia. Oltre una famiglia su cinque è formata da un solo membro. La famiglia "ideale" come salvagente sociale, con cinque e più componenti, rappresenta solo il 7,9% delle totali. Le coppie con figli sono meno del 60%. Nel 78% dei casi il capo famiglia è regolarmente sposato. Il capo famiglia dei nuclei familiari di 32 mila persone è separato o divorziato.

Oltre 60.000 persone hanno più di 75 anni (8% della popolazione totale). Di questi circa 1/3 vive da solo, 1/3 in coppia senza figli. Solo il 15% vive con i figli, una quota pari a quella che coabita con persone diverse dai figli. In ospizi ed assimilati vivono meno di 4.500 persone.

Dai dati compare una criticità nel nuovo assetto delle famiglie: i bambini coabitano di rado con i nonni, i nonni raramente con i propri figli. Per i nonni è un problema badare ai nipotini, per i figli adulti un problema badare ai genitori, cui si aggiungono non di rado i longevi nonni. A ciò si aggiunge un problema ulteriore: le donne posticipano sempre più la gravidanza. Nel 1995 l'età media al parto nei nostri punti nascita era di 30,6 anni, nel 2005 di 32,2. L'età media al primo parto nel 1996 era di 29,3 rispetto ai 28,2 della media italiana<sup>5</sup>. Nel 2005 solo il 25% delle donne ha partorito a meno di 29 anni. Il 25% ha partorito dopo i 35. Di queste più della metà (593) avevano almeno 38 anni. Un parto su cinque è stato fatto da donne con almeno 37 anni compiuti. Ciò crea una cascata di problemi. Aumentano le gravidanze problematiche e si esaspera il bisogno che queste vadano a buon termine, accentuandone la medicalizzazione. L'aumento della probabilità che i nascituri abbiano delle mutazioni genetiche può innescare una vera e propria selezione, condotta tramite screening genetici, contribuendo ad aumentare gli aborti terapeutici<sup>6</sup> e creando situazioni drammatiche nei casi dubbi.

<sup>4</sup> I dati che seguono sono tratti dal Censimento 2001 e sono accessibili nel sito Internet ufficiale dell'ISTAT; essi si riferiscono a tutta la Provincia di Treviso, non solo ai Comuni che compongono l'ULSS n°9 "Trev iso"

<sup>5</sup> Dato ISTAT riferito all'Provincia di Treviso

<sup>6</sup> Vedi Relazione Socio-Sanitaria della Regione Veneto – anno 2002

## Una popolazione che muore: le principali cause di morte

Le persone muoiono per due principali categorie di cause: malattie ed incidenti. Nel periodo 2001-2005 il 14% dei deceduti con meno di 65 anni è morto per trauma. Dopo i 65 anni il 3%. Le proporzioni sono stabili nel tempo.

Usare i decessi per misurare le priorità di salute non è facile. Per questa finalità i decessi rilevanti sono quelli "evitabili", poiché prima o poi tutti muoiono.

Nella tabella che segue sono elencate le malattie che hanno determinato la mortalità nell'ULSS di Treviso in ordine d'importanza per numero di decessi avvenuti prima degli 80 anni<sup>7</sup>. I raggruppamenti di malattie qui presentate non sono quelle tradizionali, per organo ed apparato. Il Servizio di Statistica ed Epidemiologia di Treviso ha riclassificato le oltre 7 mila cause di morte in modo da renderle utili a descrivere la situazione locale ai fini della programmazione in una logica preventiva e d'integrazione sociosanitaria.

**Principali malattie che determinano i decessi prima degli 80 anni (ad esclusione dei traumatismi – Cod. ICD9 800-999): numero di decessi medio annuo. Media biennio 2003-04; ULSS "Treviso". Malattie che hanno determinato più di 30 decessi medi annui.**

*Esclusi decessi di bambini che non hanno compiuto l'anno.*

Malattie	Decessi	%
Tumori prevalentemente da tabacco	174	13
Malattie ischemiche cardiache	138	11
Tumori colon-retto-ano	77	6
Tumori fegato - vie biliari	56	4
Malattie epatiche (cirrosi ...)	54	4
Tumori linfoproliferativi e leucemie	53	4
Altre malattie cerebrovascolari	44	3
Tumore alla mammella	44	3
Tumore al pancreas	43	3
Altri tumori all'apparato urinario	35	3
Iperensione essenziale	34	3
Tumori dello stomaco	34	3
Diabete mellito	33	3
<b>Totale</b>	<b>1.380</b>	

Notiamo che al primo posto ci sono i tumori che per tipo e sede sono dovuti, nella nostra realtà, almeno nel 70% dei casi, al **fumo di tabacco** (primo fra tutti il tumore del polmone). Seguono le malattie ischemiche del cuore, la principale delle quali è l'infarto. Quest'ultime sono dovute pure prevalentemente a **stili di vita modificabili** (sedentarietà, alimentazione, fumo di tabacco ...). Seguono i tumori del colon la cui incidenza è in aumento. Questi decessi e quelli per tumore alla mammella sono difficilmente prevenibili se non facendo diagnosi precoce o migliorando le terapie. Per questo motivo l'azienda sanitaria ha avviato gli **screening** gratuiti ed investito nei servizi di diagnosi e cura dedicati. Tumori al fegato e cirrosi sono prevalentemente correlabili alle epatiti virali ed all'etilismo.

<sup>7</sup> In Italia è questa l'età considerata mediamente normale per la conclusione del ciclo vitale degli individui. Tale età viene stimata dalla moda del diagramma di frequenza per classe d'età annuale dei decessi (Diagramma lineare di Lexis). Nell'ULSS di Treviso la moda principale della curva di Lexis si pone oltre gli ottant'anni, con incrementi pur minimi negli anni.

Essi sono in diminuzione grazie alla prevenzione (utilizzo di siringhe usa-e-getta, igiene dei servizi sanitari, programmi per la sicurezza del sangue e degli emoderivati, vaccinazioni, prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse ...). Assieme determinano in ogni modo 110 decessi. Leucemie e linfomi determinano più di 50 morti l'anno. La prevenzione primaria per queste malattie richiede politiche di sanità pubblica articolate e complesse. L'Azienda ULSS di Treviso negli ultimi anni ha investito molto per la cura delle malattie linfoproliferative ed ha istituito l'Unità Operativa Complessa di Ematologia.

Tra chi ha compiuto 80 anni si verificano il 55% dei decessi totali. Qui le malattie che determinano la morte sono molteplici. La definizione della "causa di morte" a quest'età però è spesso problematica: usualmente le persone muoiono con più malattie. Talvolta tali malattie semplicemente le accompagnano a miglior vita. La maggioranza dei decessi avviene in seguito all'evoluzione di condizioni croniche che rendono l'anziano "fragile".

Nei dati precedenti mancano le "morti violente". Considerando i decessi di persone con meno di 80 anni nel 2003-2004 mediamente ci sono state 85 morti violente l'anno. Di queste il 54% è dovuto agli incidenti stradali, il 19% a suicidio, il 10% a complicanze di cure mediche e l'8% ad incidenti in ambienti di vita e lavoro. Negli ultraottentenni vi sono stati 19 decessi violenti, per il 35% si è trattato d'incidenti in ambiente di vita e lavoro e per il 27% si è trattato d'incidente stradale.

## Una popolazione che nasce

### La nascita

Nel 2005 vi sono state 3.551 dimissioni per parto nei due punti nascita dell'ULSS, il Ca' Foncello (72%) ed Oderzo-Motta (28%). Attualmente in alcune aree d'Italia vi è una vera e propria "epidemia" di parti cesarei. In Campania oltre il 60% dei parti è avvenuto in questo modo nel 2003<sup>8</sup>. In Veneto la percentuale dei parti cesarei nel 2003 era del 29%<sup>9</sup>. Al Ca' Foncello mediamente nel 2005 il 24,1% ha partorito in questo modo, ad Oderzo il 17,2%. La proporzione di parti strumentali (con l'utilizzo di forcipe e/o ventosa) è del 5,2% al Ca' Fondello e 9,3% ad Oderzo (2,9% in Regione Veneto). Al Ca' Foncello i parti indotti sono il 16,6%, ad Oderzo il 3,2%, i parti naturali a Treviso il 54,8%, ad Oderzo il 70,2%.

I neonati<sup>10</sup> dimessi in media ogni anno dagli ospedali di tutta l'Italia nel periodo 2003-2005, con la madre residente nell'ULSS di Treviso, sono 4.062. Su 12.185 neonati di 10.741 conosciamo il peso alla nascita (97%); la media è 3 chili e 315 grammi. Tra questi 41 avevano un peso inferiore ad un chilo (0,4%), 95 inferiore il chilo e mezzo (0,9%), 688 meno di 2,5 chilogrammi (6,4%). Non vi sono differenze statisticamente significative tra diversi distretti di residenza. In Regione Veneto nel 2003 le percentuali erano 0,3%, 0,9% e 6,1%<sup>11</sup>.

Le nascite avvengono nella quasi totalità nei punti nascita delle strutture ospedaliere: nel 1996 solo il 0,23% dei parti è avvenuto in abitazione (0,41% in tutto il Veneto)<sup>12</sup>.

Nel 1998 in Provincia vi sono stati 2,98 nati morti ogni mille nati (in Veneto 3,29 ed in Italia 3,61 – ISTAT).

I figli naturali nati in Provincia nel 1996 erano il 6,37% del totale (7,32% in Veneto – ISTAT)

<sup>8</sup> Arsieri R e altri "Rapporto sulla natalità in Campania 2003"; Napoli, Febbraio 2005

<sup>9</sup> Salmaso L e altri "Può l'informazione corrente orientare la programmazione per l'area materno infantile? Fonti e metodi a confronto" E&P anno 30 (3) maggio-giugno 2006 178-190

<sup>10</sup> I neonati sono definiti come tutti gli assistiti, identificati dal Codice Fiscale, con almeno una Scheda di Dimissione Ospedaliera con età al ricovero inferiore ai 7 giorni nel periodo di riferimento.

<sup>11</sup> Fonte: CEDAP – Elaborazione Osservatorio della patologia in età pediatrica, Regione del Veneto

<sup>12</sup> Dato ISTAT riferito alla Provincia di Treviso

## La salute riproduttiva nelle donne

Sono stati studiati gli aborti in ogni distretto e Comune nel periodo 2002-2005.

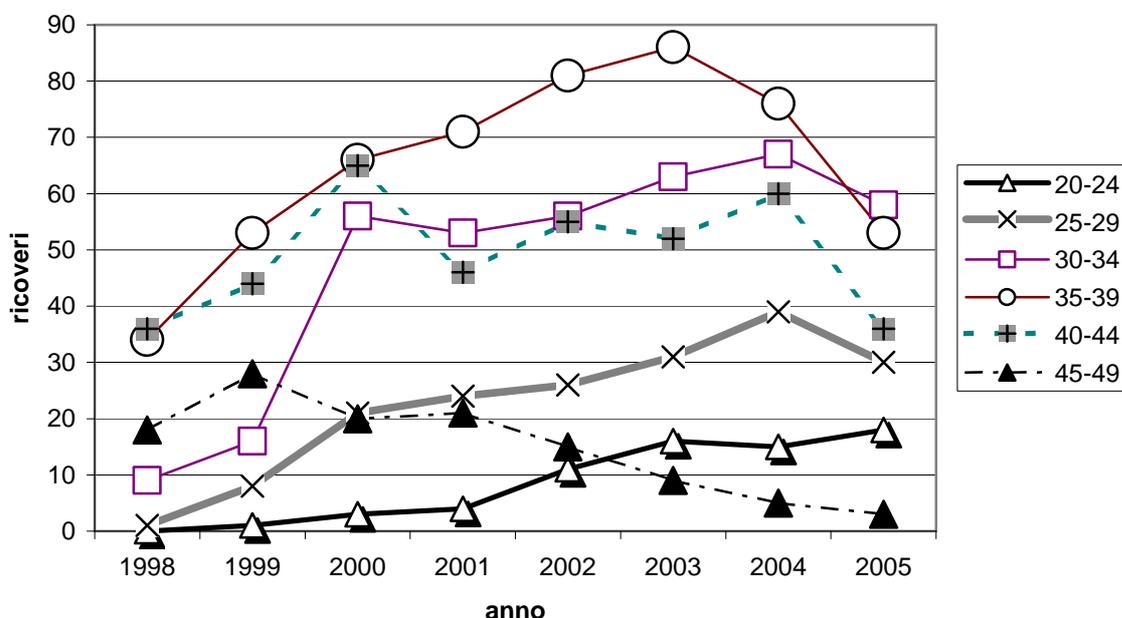
Gli aborti possono essere di varie tipologie: quelli legati a problematiche specifiche, quelli spontanei, quelli volontari provocati legalmente (Interruzioni Volontarie della Gravidanza o IVG) o illegalmente (quest'ultimi non sono noti all'ULSS).

Nella tabella che segue troviamo i ricoveri per aborto di donne residenti con cittadinanza italiana avvenuti in qualsiasi ospedale pubblico o convenzionato tra il 2002 e il 2005 suddivisi per tipologia.

Tipologia di aborto	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005
Aborto ritenuto	365	326	344	380
Gravidanza ectopica	47	41	53	47
Aborto spontaneo	202	197	204	147
IVG	466	428	437	424

Per le italiane le varie tipologie d'aborto sono piuttosto stabili, con unica eccezione la riduzione dei casi d'aborto spontaneo dal 2004 al 2005. Tale variazione è dovuta alla sommatoria d'andamenti diversi nelle varie classi d'età, com'evidenziato nel grafico che segue.

**Andamento temporale dei ricoveri per aborto spontaneo delle residenti nell'ULSS di Treviso**



Tra le straniere vi sono variazioni nel tempo per tutte le tipologie d'aborto: gli aborti ritenuti passano da 32 ad 80, gli aborti spontanei da 50 a 61, le IVG da 145 a 219 nel 2004, per poi diminuire nel 2005 (190).

Le Interruzioni Volontarie della Gravidanza tra le italiane, sono stabili anche a livello di Distretto, com'evidenziato nella tabella che segue:

Distretto	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005
Treviso	148	132	126	106
Paese – Villorba	117	123	127	120
Mogliano	107	88	90	99
Oderzo	94	79	94	99
<b>Totale ULSS</b>	<b>466</b>	<b>422</b>	<b>437</b>	<b>424</b>

Il tasso d'IVG<sup>13</sup>, in rapporto a tutta la popolazione dell'ULSS, stimato dalle Schede di dimissione ospedaliera del biennio 2004-2005 è del 6,1‰, inferiore al 6,9 ‰ del biennio 2002-2003. Tra le italiane il tasso di IVG nel 2004-2005 è del 4,1‰ (5‰ nel 2002-2003). Le IVG delle straniere sono il 29% delle totali nel biennio 2002-2003, il 32% nel biennio 2004-2005.

Nei distretti di Paese-Villorba e Mogliano il tasso di IVG nelle italiane 2004-2005 è del 3,9‰, in quelli di Oderzo e Treviso del 4,4‰. Rispetto al biennio 2002-2003 la riduzione del tasso di IVG è stata, mediamente, del -17%, con un massimo del -30% nel distretto di Treviso ed un minimo del -5% in quello d'Oderzo.

I Comuni in cui il tasso d'IVG 2004-2005 tra le italiane è più alto sono: Zenson di Piave (10,5‰), Meduna di Livenza (8,9‰), Salgareda (7‰), Cessalto (6,6), Gorgo al Monticano (6,5), Povegliano (6,4).

Il rapporto d'IVG<sup>14</sup> è del 20% (19% per la nazionalità italiana, 23% straniera). Il Distretto con il rapporto più alto è quello di Treviso (24% in totale, 21% per la sola nazionalità italiana, 32% per quella straniera), segue quello di Mogliano (21% totale, 19% nazionalità italiana, 34% straniera), Paese – Villorba (18% totale, 16% nazionalità italiana, 21% straniere) e Oderzo (17% totale, 19% nazionalità italiana, 13% straniera).

## La salute dei bambini

Il tasso di **mortalità** in età di scuola dell'obbligo (5-14 anni) è **molto basso**: tra il 1996 ed il 2005, vi sono stati 45 decessi. Negli ultimi 5 anni vi sono stati mediamente tre decessi l'anno. Di questi 1/3 avviene per morte violenta (3 decessi per incidente stradale, 1 per omicidio, 1 per annegamento). 4 casi sono avvenuti per neoplasie del sistema nervoso centrale o malattie linfoproliferative.

Una delle maggiori preoccupazioni oggi è la **salute psichica** dei bambini. Studiando i principali farmaci utilizzati nelle malattie mentali<sup>15</sup> vediamo che ai residenti di 0-14 anni nel 2003 sono state prescritte 250 confezioni, 7,3 confezioni ogni 1.000 bambini. Nel 2005 le confezioni sono diminuite a 3 ogni 1.000 (-58%).

La spesa ULSS per gli **antibiotici** prescritti ai bambini di 3-6 anni è cresciuta dai 359 mila Euro del 1999 ai 431 mila del 2003 (+22%). Le confezioni da 29.752 a 36.313 (+20%). Nel 2005 il costo è diminuito del 43% rispetto al 2003, le confezioni del 29%. Il numero di confezioni totale è inferiore anche rispetto a quello del 1999 (-5%) e pure il costo lordo non rivalutato (-16%). Il numero di confezioni pro-capite prescritte nel 2003 era 2,62, nel 2005 è sceso a 1,86 (-29%). L'inversione di tendenza è iniziata nel 2004 (2,05 confezioni pro-capite, -22% rispetto l'anno precedente).

<sup>13</sup> numero di IVG/donne 15-49 anni

<sup>14</sup> numero di IVG/numero di parti

<sup>15</sup> Psicolettici e psicoanalettici.

Uno dei maggiori problemi di salute per i nostri preadolescenti è l'**acquisizione delle abitudini al fumo di tabacco**. Se fumare diventa l' "atteggiamento sociale vincente" già a quest'età ci si devono attendere gravi esiti di salute in queste generazioni. La dipendenza da fumo di tabacco è molto forte ed è molto difficile smettere in modo definitivo. Il Servizio d'Educazione alla Salute dell'ULSS ha condotto nel 2002 un'indagine in alcune scuole medie (7.457 questionari)<sup>16</sup>. L'11,4% dei maschi ed il 6,4% delle femmine è fumatore. In prima classe solo il 3,3% dei maschi fuma, ma tale percentuale aumenta progressivamente ed in terza ben il 16,8% fuma (per le femmine le percentuali sono 1,7% e 12,4%). Il 22,7% di chi non fumava al momento dell'intervista aveva provato a fumare.

**Gli "iniziati al fumo" sono quasi uno su tre (31,9%).**

Uno studente su due ha almeno un fumatore in famiglia. Il 39,1% ha tra i propri cinque migliori amici almeno un fumatore.

Per il 44,1% dei non fumatori chi fuma lo fa per "farsi notare dagli amici", mentre la motivazione prevalente per i fumatori è quella "di scaricare le tensioni". Nella scuola la "tolleranza" per chi fuma è considerata positivamente dalla maggioranza dei fumatori (67,2%) e dal 40,2% di chi ci ha provato ma dal 14,9% dei non fumatori. Che i fumatori non percepiscono che fumando facciano una violenza nei confronti degli altri è confermato dal fatto che solo il 10,8% ne ha consapevolezza. Solo il 49,9% dei non fumatori è convinto di ciò. Da questo si può dedurre che il "modello fumo" è dominante, anche se l'abitudine coinvolge solo una minoranza. I dati confermano che consapevolezza della pericolosità per la salute influisce poco su quella che si crede la "scelta di fumare": lo segnala il 56,9% dei fumatori ed il 46,1% dei non.

**Quasi il 90% di chi non fuma segnala che gli insegnanti non dovrebbero fumare a scuola (il 72,2% dei fumatori).**

**L'aver amici che fumano è uno dei maggiori fattori di rischio**, indipendentemente dall'età e dal sesso. Solo l'1,3% di chi fuma non ha alcun amico fumatore. Il 35,7% ha tre o più amici fumatori. La famiglia ha un peso inferiore. Un'alta percentuale rifiuta una sigaretta sia se ha dei fumatori tra i familiari (72,7%) sia se non li ha (79,1%). Chi non ha amici fumatori rifiuterà nell'87,7% dei casi contro il solo 42,4% di chi ha di più di tre.

## La salute degli adolescenti

Per indagare questa difficile età sono stati utilizzati quattro indicatori: mortalità<sup>17</sup>, utilizzo di psicofarmaci<sup>18</sup>, parti ed interruzioni volontarie di gravidanza<sup>19</sup>, fumo di tabacco<sup>20</sup>.

**La mortalità** nella classe d'età 15-19 è bassa. Nel periodo 2001-2005 vi sono stati 25 decessi d'adolescenti, 21 maschi e 4 femmine. La causa principale sono gli incidenti stradali (13 maschi e 2 femmine). Seguono malattie (2 casi), tumori (2) incidenti non stradali (2), annegamenti (1). In 5 anni ci sono stati 3 suicidi.

I morti per incidente stradale sono in diminuzione: 22 nel periodo 1996-1999, 12 nel 2002-2005.

Nel 2005 sono state prescritte 33 confezioni di **psicofarmaci** per malattie mentali gravi<sup>21</sup> ogni mille adolescenti. Tra il 1999 ed il 2003 complessivamente sono stati prescritte ogni anno circa 300 confezioni di farmaci prevalentemente utilizzati nella schizofrenia, nel

<sup>16</sup> Non si tratta di un campione rappresentativo ma delle scuole che avevano dato la propria disponibilità ed erano raggiungibili dagli operatori: i numeri riportati non sono stime campionarie ma misurazioni su un numero d'individui pari a circa il 75% della popolazione obiettivo.

<sup>17</sup> Fonte: Registro Mortalità Aziendale

<sup>18</sup> Fonte: flusso Farmaceutica territoriale.

<sup>19</sup> Fonte: Schede di Dimissione Ospedaliera, Mobilità regionale ed extraregionale.

<sup>20</sup> Fonte: indagine sul fumo condotta dal Servizio per l'educazione alla salute nell'anno 2000 in 9 istituti di scuola superiore del territorio dell'ULSS (2.791 questionari).

<sup>21</sup> Psicolettici e psicoanalitici.

2004-2003 il numero di confezioni prescritte si è dimezzato. Gli antidepressivi maggiori hanno avuto un progressivo aumento tra il 1999 ed il 2003, dalle 150 confezioni del 1999 alle 818 del 2003. Le confezioni prescritte sono in seguito diminuite: 589 nel 2004, 414 nel 2005 (-49% rispetto al 2003). Nel 2003 sono state prescritte 216 confezioni di paroxetina, nel 2005 58 (-73%), nel 2003 207 confezioni di sertralina nel 2005 42 (-80%).

Le **interruzioni volontarie della gravidanza** (IVG) delle adolescenti dal 1999-2000 al 2004-05 sono quasi raddoppiate (da 47 ad 86). Tale incremento è dovuto soprattutto all'apporto delle ragazze di nazionalità straniera (da 2 a 22). Per le sole adolescenti di nazionalità italiana il tasso di IVG<sup>22</sup> annuale medio di ULSS del biennio 2004-2005 è del 3,8‰. Non vi sono rilevanti differenze a livello di Distretto per le sole italiane (il tasso varia dal minimo di 2,2‰ del Distretto di Mogliano al 4,9‰ di quello di Treviso). Considerando anche le straniere il tasso di IVG di ULSS è del 5,1‰, quindi basso (il tasso in Veneto nel 2004 è 5,6‰, Italia settentrionale 9,1‰, nel 2002 in Francia è 14,3‰, in Inghilterra 22,2‰, in USA 30,3‰<sup>23</sup>). Mentre il Distretto di Treviso ha un tasso del 7,2‰ gli altri Distretti hanno un tasso compreso tra il 4,2‰ ed il 4,7‰. La bassa numerosità rende scarsamente significative le variazioni a livello comunale.

Tra le minori (età 15-17) vi sono state nel 2004-2005 22 IVG (2 di straniere) con un tasso del 2,2‰ (nel 2004 in Veneto era del 3,4‰, in Italia settentrionale del 5,8‰). Analizzando le IVG delle minori del periodo 2001-2005 non si evidenziano Comuni con numerosità inaspettatamente elevate.

I parti tra le adolescenti italiane sono diminuiti progressivamente da una media annua di 17,7 del triennio 1998-2000 a 11,3 nel 2003-2005 (solo 7 nel 2005). Per le straniere sono aumentati da 6,3 a 16,7: dal 2001 sono stabili attorno ai 15 (con l'eccezione dei 21 nel 2003). Considerando le sole minori (15-17 anni) i parti sono un evento raro sia tra le italiane (5 casi nel 2001-2005) sia tra le straniere (3 casi).

**L'epidemia da fumo di tabacco.** Continua il trend in aumento iniziato già in prima media. Qui si era passati dal 3,3% della prima al 16,8% della terza. Nella prima classe delle scuole superiori, nella popolazione intervistata, fuma il 23%, nella seconda il 38% sino ad arrivare al 51% in quinta. Più di uno su due, un valore doppio rispetto a quello dei maggiorenni. Per i maschi si passa dal 32% al 59%, per le femmine dal 24% al 44%.

## Gli stili di vita

Nel 2002 l'ULSS di Treviso ha condotto "Un'indagine su alimentazione, comportamenti e fattori di rischio" su un campione rappresentativo dei propri residenti con più di 20 anni<sup>24</sup>. Sono state intervistati 351 maschi e 361 femmine. Il campione rispecchiava la struttura della popolazione generale per età, sesso e tipo di residenza (urbana 40,7%, semi-urbana 37,1% ed altro 22,2%).

### Principali fattori di rischio

**Obesità e sovrappeso.** Dalle interviste emerge che oltre la metà della popolazione ha un peso normale (54,3%) ed il 39,4% ha un Indice di Massa Corporea (IMC) che la pone in una fascia di rischio. Il 9,7% dei maschi e l'8% delle femmine è obeso (9,1% il dato nazionale<sup>25</sup>). Il 41,3% dei maschi ed il 20,3% delle femmine è in sovrappeso (41,8% e 25,7% il

<sup>22</sup> Numero di interruzioni volontarie di gravidanza effettuate in qualsiasi struttura italiana a totale o parziale carico del SSN dalle nostre assistite residenti di 15-19 anni ogni mille ragazze di pari età residenti.

<sup>23</sup> Dati tratti dalla "Relazione del Ministero della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza", Roma 21 settembre 2006

<sup>24</sup> Lo studio è stato diretto dalla prof. J. Mamon Alexandre della Hopkins University, Baltimore, USA

<sup>25</sup> Il dato nazionale è stato estrapolato dalle Indagini multiscopo ISTAT dall'autrice della ricerca.

dato nazionale). Solo il 2,2% del campione non ha risposto. I maschi hanno un profilo di rischio, quindi, leggermente peggiore di quello nazionale mentre le femmine migliore.

**Il fumo.** Fuma un adulto su quattro (24,3%), senza differenze rilevanti fra i due sessi. Il 42,7% dei maschi ed il 58,2% delle femmine non ha mai fumato.

**Attività fisica.** Solo il 13,2% della popolazione adulta fa attività fisica sufficiente a ricavarne un beneficio di salute (quattro o più volte la settimana). Il 38% riferisce di non praticare mai attività fisica, il 35% di farla una sola volta la settimana. Il 13,5% la fa due o tre volte la settimana. Quasi tre quarti della popolazione è sedentaria. Il 27% riferisce di non averne voglia o di ritenerla inutile, il 21% la reputa troppo faticosa. Il 53% ha difficoltà di trovare tempo, il 37% è troppo stanco, il 34% ha un orario di lavoro irregolare. Non è un problema d'informazione sui benefici dell'attività fisica: 85,5% del campione sa che l'attività fisica è influente sul peso.

**Consumo di frutta e verdura.** Il 49% ne consuma almeno la quantità usualmente consigliata, un altro 46% ne consuma abbastanza, anche se sotto il livello consigliato.

**Latte e formaggi.** Questi alimenti garantiscono un fondamentale apporto di calcio, essenziale per prevenire l'osteoporosi. Il 62% consuma due o più porzioni di latte o formaggi il giorno ed il 27% ne assume una. Solo l'11% non ne consuma. Due terzi sono convinti che basti consumare latte o formaggi una sola volta il giorno mentre la frequenza generalmente raccomandata è superiore.

**Gli stili di vita delle famiglie.** Nel 35% delle famiglie c'è almeno un componente in sovrappeso, nel 29,5% almeno uno con elevati livelli di colesterolo, nel 19% qualcuno con problemi cardiovascolari e/o di diabete. Nel 34% almeno uno è fumatore. Più del 70% delle famiglie usa il sale con moderazione, sceglie cibi con pochi grassi e tende ad assumere molta verdura. Il 69% presta attenzione al colesterolo ed il 62% a che il cibo non abbia additivi chimici. Quasi tutte le famiglie sono convinte di mangiare sano e quasi il 90% ritiene di essere informato su come mangiare sano. Vi è un notevole interesse sulle informazioni riportate sulle etichette degli alimenti e l'80% ritiene che le informazioni qui contenute siano poco chiare ed incomplete. Per le informazioni dietetiche le fonti che riscontrano maggior fiducia sono il medico di base (80%) ed i professionisti dell'ULSS (73%). L'eccesso d'informazioni attuale disorienta l'80% del campione, ma la maggioranza ha capacità critiche nel discriminare la qualità dei cibi. Solo il 19% ritiene che i cibi che costano di più siano più sani. La freschezza e la qualità dei cibi sono fattori ritenuti molto importanti dal 90% ed abbastanza dal 9%. La marca dal 17% e dal 35%. Gli ostacoli percepiti ad una dieta equilibrata sono lo stile di vita indaffarato (47%), l'orario di lavoro irregolare (40%), dover mangiare fuori casa (36%).

I problemi di sovrappeso, probabilmente, sono da attribuire non tanto alla qualità dei cibi ma alla sproporzione tra le quantità introdotte ed il generale stile di vita sedentario (solo nel 7,8% delle famiglie composte di soli adulti c'è qualcuno che fa attività fisica).

### Utilizzo dei servizi sanitari pubblici

Il 77,2% degli intervistati si è rivolto al proprio medico di base negli ultimi 12 mesi, il 46,6% ai servizi distrettuali, il 46,4% ad un medico specialista. Il 19,6% è stato ospedalizzato per almeno una notte. I servizi sanitari pubblici raggiungono capillarmente la popolazione e, visto l'elevato grado di fiducia, rappresentano una risorsa veramente rilevante per la salute della popolazione.

## Gli infortuni

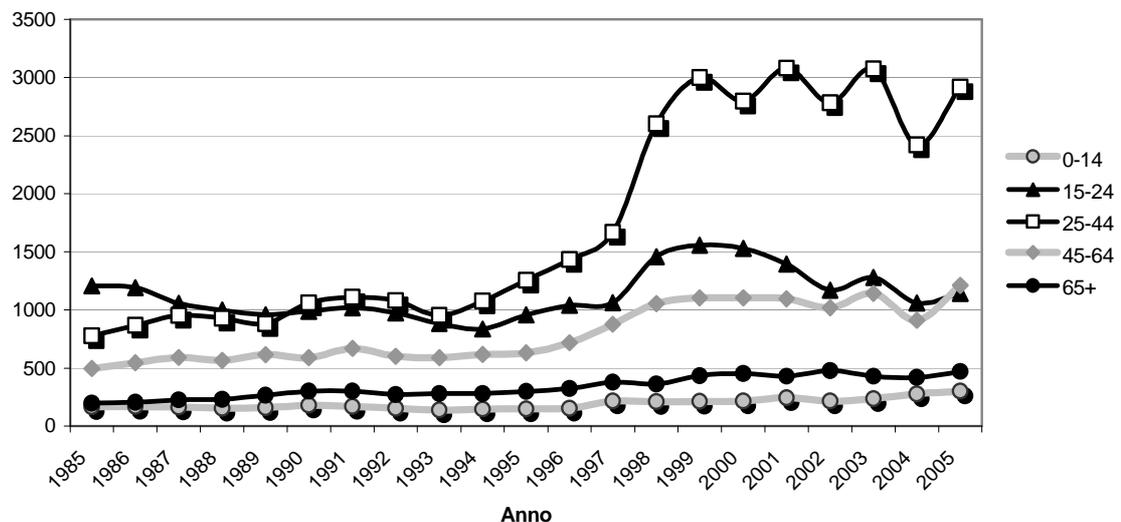
### Gli incidenti stradali

Gli infortuni derivati da incidenti stradali sono stati stimati dagli accessi al pronto soccorso del Presidio ospedaliero dell'ULSS. Al Ca' Foncello gli accessi al Pronto Soccorso per incidente stradale non gravi (cui non è seguito un ricovero) sono stati circa 3 mila l'anno sino al 1995. In seguito sono aumentati rapidamente superando i 6 mila nel 1999, mantenendosi poi stabili. Nel grafico che segue questi accessi sono distinti per classe d'età. Notiamo che i 25-40enni, tra il 1995 ed il 1999, sono quelli i cui accessi sono aumentati in modo più accentuato: da 1.250 ad oltre 3 mila.

Gli accessi al Pronto soccorso sono per lo più dovuti a problematiche minori e, non dirado, probabilmente motivati da esigenze di documentazione del danno ai fini assicurativi. Sui 7.877 accessi del 2005 per incidente stradale negli Ospedali di Treviso ed Oderzo il 72% (5.663) richiedeva interventi medici per problematiche non urgenti ("codice bianco"). Solo nel 2,4% (189) i casi erano "codici gialli", urgenti e gravi. Le emergenze, i "codici rossi", sono state l'1,3% (105).

### Accessi al pronto soccorso dell'Ospedale Cà Foncello per incidenti stradali non gravi (che non hanno richiesto il ricovero)

Elaborazione Osservatorio Epidemiologico dell'ULSS di Treviso



Se gli infortuni non gravi sono complessivamente in aumento quelli gravi, stimati dagli accessi al pronto soccorso cui è seguito un ricovero, sono in diminuzione. Nel triennio 1995-97 la media annua era 960, nel 2001-03 560. Nella classe d'età 15-24 siamo passati progressivamente dai 360 casi del 1986 nel solo Ospedale di Treviso ai 136 del 2005 d'entrambi gli ospedali di Treviso ed Oderzo. Nella classe 0-14 da 94 a 54, nella 45-64 da 204 a 131. Nella classe 25-44 e negli anziani (>64) non vi sono state rilevanti variazioni nel lungo periodo (mediamente 200 nei primi e 130 nei secondi con tendenza alla diminuzione).

È noto che l'utilizzo delle cinture di sicurezza riduce la mortalità e la gravità degli infortuni negli incidenti stradali. In Veneto nel 2003 è stata condotta un'indagine campionaria sull'utilizzo dei sistemi di ritenzione (cinture di sicurezza negli adulti, seggiolini ed altro nei bambini). Tra gli adulti il 54,5% dei conducenti indossava le cinture (49,8% maschi, 63,7% femmine), il 53,3% dei passeggeri anteriori (42,6% e 60,5%) e l'11,2% dei passeggeri po-

steriori (10,6% e 11,7%). I bambini erano dotati di un mezzo di contenimento nel 32,7% nei posti anteriori, nel 26,6% nei posteriori.

### Gli incidenti domestici

Nel 2005 vi sono stati 8.462 accessi per incidente domestico di residenti dell'U.L.S.S. n. 9 al Pronto soccorso dell'Ospedale d'Oderzo e del Ca' Foncello di Treviso. Questi incidenti non sono solo quelli che avvengono fra le mura domestiche, ma anche quelli che accadono genericamente negli ambienti di vita, in altre parole che non avvengono sul lavoro o sulle strade. Non tutti gli incidenti domestici determinano un accesso ad un pronto soccorso, è ragionevole in ogni modo supporre che questo accada per quelli più gravi. La proporzione di persone che è andata al pronto soccorso nel 2005 per un infortunio a domicilio è rappresentata nella tabella seguente, distinta per sesso e classe d'età.

Età	0-14	15-64	65+
Maschi	3,09%	1,88%	2,62%
Femmine	2,36%	1,61%	3,61%

### Gli incidenti sul lavoro<sup>26</sup>

Nel 2001 gli addetti stimati su base salariale in ULSS erano oltre 131 mila. In quest'anno, rispetto al 2000, vi è stata una riduzione del 45,7%<sup>27</sup> del rischio di avere un incidente stradale<sup>28</sup>. Il rischio d'infortuni sul lavoro non stradali non è, invece, variato significativamente<sup>29</sup>. Gli infortuni sul lavoro totali sono passati da 36,4 a 33,8 ogni mille addetti. Sia nel 2000 sia nel 2001 vi sono stati 12 morti per infortunio sul lavoro. Uguale anche la durata media degli infortuni, poco più di 28 giorni. Le giornate lavorative perse sono passate da 179 mila a 180 mila. Gli indici di gravità totale e per i non stradali sono diminuiti<sup>30</sup> (il primo da 3,45 a 2,48, il secondo da 2,81 a 2,19). L'indice di gravità totale più alto nel 2001 riguarda il settore dell'Agricoltura<sup>31</sup> e pesca (11,59; 385 addetti), secondo quello dell'Industria dei metalli (9,8; 348 addetti). Tale indice nei tre comparti con più di 10 mila addetti è diminuito: da 0,88 a 0,84 nei Servizi (50.874 addetti nel 2001), da 6,22 a 6,07 nelle Costruzioni (11.710 addetti) e da 7,23 a 4,51 nella Metalmeccanica (11.707 addetti). Nei settori con un numero d'addetti tra i 5 e i 10 mila sono pure diminuiti: da 2,03 a 1,79 nel Tessile, da 8,82 a 5,44 nel Legno, da 1,3 a 0,91 nel Commercio, da 1,72 a 1,52 nella Sanità. Il solo comparto con più di mille addetti in cui l'indice è aumentato, anche se di poco, è quello della Carta (da 4,12 a 4,32; 2.573 addetti).

<sup>26</sup> Infortuni riconosciuti dall'INAIL nell'anno. Esclusi COLF, sportivi professionisti, studenti ed incidenti "in itinere". I dati sono stati elaborati e gentilmente forniti dal dott. Roberto Agnesi dell'ULSS n° 13 "Do lo - Mirano".

<sup>27</sup> IC95 38,1-52,3

<sup>28</sup> Tale diminuzione potrebbe essere sovrastimata a causa del passaggio nel 2001 alla codifica ESAW. Gli indicatori sono calcolati soltanto sugli infortuni di addetti delle aziende ULSS avvenuti nel territorio ULSS per cui potrebbero essere sottostimati (gli addetti si spostano anche al di fuori del territorio). Un altro fattore di sottostima è l'accentramento contributivo (tutti gli addetti di un'azienda sono concentrati amministrativamente in un'unica sede mentre potrebbero lavorare concretamente altrove).

<sup>29</sup> Ratio: 0,971; IC95: 0,94-1,01

<sup>30</sup> La stima degli andamenti basata su soli due anni ha una bassa affidabilità, per cui queste informazioni hanno un valore solo descrittivo. Purtroppo i dati INAIL relativi al biennio 2001-02 sono gli unici ad oggi disponibili ed elaborati a livello di ULSS. La diminuzione o l'aumento potrebbero anche essere attribuibili, magari in parte, ad una variazione delle ore lavorate.

<sup>31</sup> I comparti sono stati ricavati dalla posizione assicurativa INAIL e quindi si riferiscono al rischio lavorativo vero e proprio e non alla classificazione merceologica dell'attività aziendale

## Malattie croniche e loro complicanze

Le malattie che possono essere curate ma non guarite del tutto rappresentano il principale carico di patologia nella nostra ULSS.

Il Ministero della Salute ha definito alcune malattie particolarmente rilevanti ai fini sociali e d'impatto sull'individuo e sulla collettività. Per queste è stata prevista l'esenzione del pagamento del "ticket" per le prestazioni diagnostiche, le terapie ed i farmaci necessari alla cura.

### Le malattie delle varie età

Le esenzioni ticket per forma morbosa totali a gennaio 2006 erano oltre 127 mila. Di queste l'1,2% era di bambini tra i 0 ed i 14 anni, il 9,8% di giovani adulti (15-44 anni), il 30,5% d'adulti (45-64), il 40,1% d'anziani (65-79) ed il 18,4% d'ultraottantenni.

Nei **bambini** (età 0 – 14) spicca l'**asma** (30% delle esenzioni, prevalenza<sup>32</sup> 8‰). Seguono problemi di salute per lo più legati allo sviluppo fetale e alla gravidanza (5‰) ed i deficit fisici congeniti (4‰).

Tra i **giovani – adulti** (15 – 44) l'**asma** è pure l'esenzione più diffusa (15,8% del totale, prevalenza 12‰). Seguono i **tumori** (10,8% del totale, prevalenza 8‰) per i quali, all'aumentare dell'età, diventano sempre più rilevanti i fattori legati agli stili di vita ed all'esposizione ad agenti fisici e tossici. Compaiono a quest'età due malattie "del secolo": l'**ipertensione** (6‰) ed il **diabete mellito** (4‰). Il rischio di soffrire di tali malattie aumenta con l'età. Le **malattie da cattivo funzionamento della tiroide** (ipotiroidismo 5‰, tiroidite di Hashimoto 2‰) colpiscono prevalentemente le femmine. La terapia dell'ipotiroidismo consente una vita normale, ma va protratta per tutta la vita. L'**epilessia** (4‰) aumenta di poco con l'età: le terapie esistenti sono generalmente efficaci e permettono a queste persone una vita normale. Vi sono 581 casi d'esenti per psicosi, con una prevalenza del 3‰, in linea con il valore atteso dai dati di letteratura. Vi sono 550 casi d'epatite cronica attiva.

### Dopo i 45 anni inizia progressivamente ad aumentare la diffusione delle malattie associate all'invecchiamento.

L'**ipertensione** diventa talmente diffusa da essere una condizione "normale". Negli adulti (45-64 anni) il 12,2% ha l'esenzione per ipertensione complicata, negli anziani (65-79 anni) il 37,3%. Un ultraottantenne su due ha la malattia ipertensiva, in altre parole la pressione arteriosa troppo alta gli ha danneggiato nel tempo il cuore, l'apparato circolatorio, i reni, la retina.

Anche le **neoplasie maligne** interessano quote di popolazione crescenti all'aumentare dell'età. Nei giovani adulti (15-44 anni) la prevalenza è del 0,8%, negli adulti (45-64) sale al 4,9%, negli anziani (65-79) all'11,4%, percentuale che rimane stabile negli ultraottantenni. Dopo i 65 anni più di una persona ogni dieci convive con un tumore maligno.

Le esenzioni per **diabete mellito** incrementano all'aumentare dell'età in modo particolarmente rapido tra i 45 e gli 80 anni: la prevalenza è del 0,4% nella classe 15-44, 4% nella 45-64, 10,5% nella 65-79 ed 11,1% negli ultraottantenni.

Hanno l'esenzione per **ipercolesterolemia familiare** il 2,4% dei 45-64 ed il 4,3% dei 65-79. La prevalenza negli over 80 diminuisce (2,2%) probabilmente per due fenomeni che si sommano: la minor sopravvivenza degli ipercolesterolemici e la frequenza di comorbidità<sup>33</sup> e disabilità che rendono superflua l'esenzione ai fini dei benefici economici.

La prevalenza di **malattie cardiache e del circolo polmonare** è molto associata all'età: 0,3% a 15-44 anni, 2,4% a 45-64, 9,7% a 65-79, 17,3% negli over 80, tra i quali è la seconda malattia per frequenza d'esenzione ticket.

<sup>32</sup> La prevalenza è la percentuale di soggetti con una certa condizione/malattia sul totale ad un tempo definito.

<sup>33</sup> La comorbidità è la compresenza di più malattie nella stessa persona.

Il **glaucoma** ha un andamento epidemiologico simile: 1,2% a 45-64, 4,1% a 65-79, 5,8% negli over 80 (quarta patologia per frequenza a quest'età).

Le **psicosi** mantengono una frequenza importante nell'adulto (0,8% nei 45-64). Nelle età più avanzate passano in secondo piano per frequenza di fronte alle patologie organiche: le **malattie cerebrovascolari** colpiscono l'1,9% dei 65-79, il 4,5% degli over 80. Le demenze non emergono tra le esenzioni ticket probabilmente perché gli interessati ottengono i benefici economici tramite vie diverse.

Le **malattie dei vasi** interessano soprattutto gli anziani (2,1% nei 65-79 e 3,4% negli over 80). L'**insufficienza cardiaca** diventa una causa frequente d'esenzione negli over 80 (4,1%).

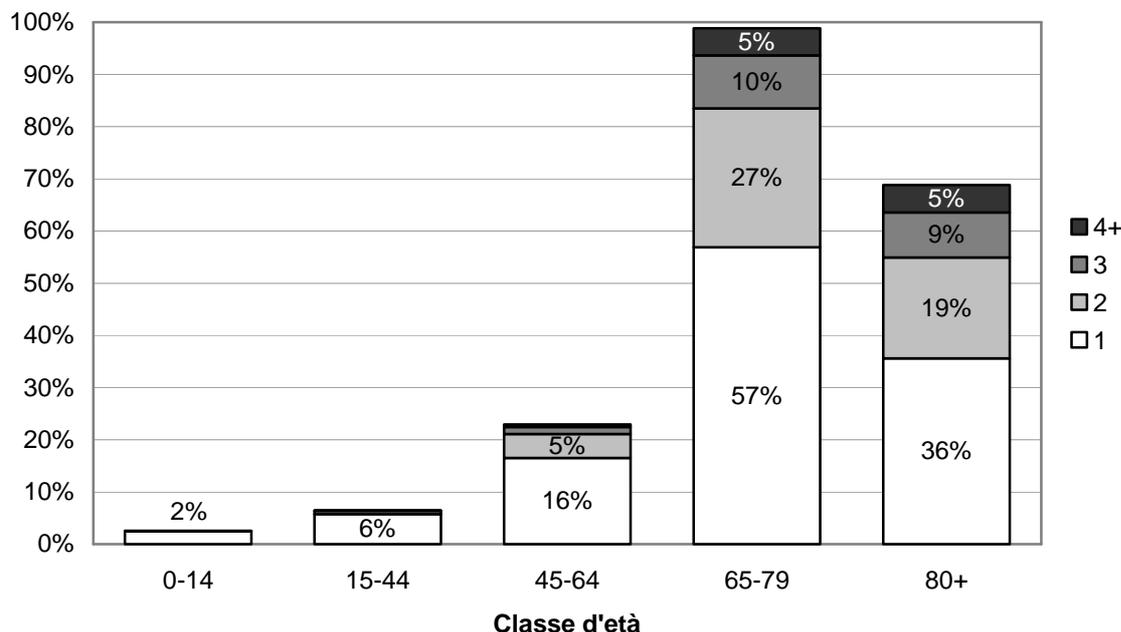
Nella Tabella n°2 sono presentate frequenza, proporzione sul totale e prevalenza specifiche per classe d'età delle esenzioni più frequenti.

Le esenzioni ticket permettono di descrivere la comorbidità, vale a dire la presenza di più malattie nella stessa persona. La comorbidità ha implicazioni importanti sia sul carico assistenziale sia sui costi sanitari. Assieme all'età ed al sesso è, ad esempio, la variabile associata alla spesa farmaceutica territoriale. Il grafico che segue sintetizza il suo "peso" nelle principali classi d'età. I dati sono riportati nella Tabella n°3.

### Prevalenza degli esenti ticket per numero di esenzioni

Az.ULSS di Treviso - gennaio 2006

elaborazione Serv. Statistica ed Epidemiologia ULSS di Treviso



## Malattie croniche: diabete, cardiopatia ischemica, infarto cardiaco, bronchiti croniche

### Il diabete mellito

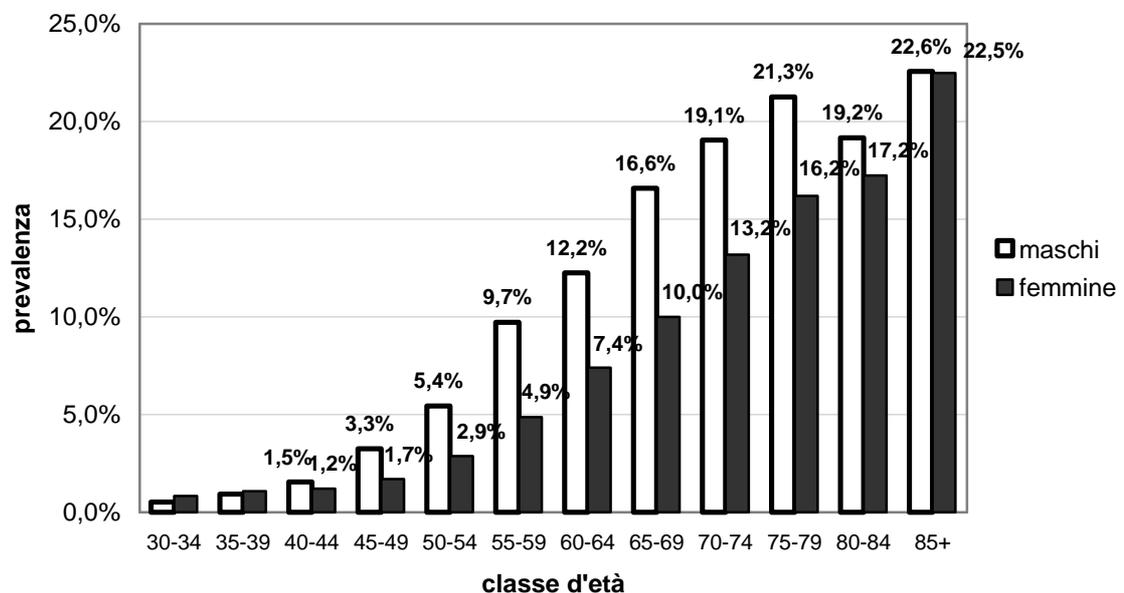
In questo periodo nei paesi sviluppati vi è una vera e propria epidemia di diabete. Il diabete è distinto in varie tipologie. Le due più diffuse sono il Tipo 1° ed il 2°. Il primo è tipicamente giovanile ed è prevalentemente dovuto alla morte delle cellule che producono l'insulina. Vi sono varie ipotesi causali, ma, al momento non si sa come prevenirlo. Il numero di nuovi casi l'anno è stabile. Esso è relativamente poco diffuso.

Il secondo tipo è molto più diffuso. La quasi totalità dei casi tra gli adulti e gli anziani dei nostri Comuni appartengono a questa forma. Gli individui predisposti tendono ad ammalarsi già attorno ai 40 anni soprattutto se conducono una vita caratterizzata da scarsa attività fisica ed alimentazione eccessiva. C'è addirittura chi dice non sia una vera e propria malattia ma la "punta dell'iceberg" del "dismetabolismo glucidico". All'inizio il diabete di tipo secondo spesso è privo di sintomi. È quindi una malattia subdola, che tende a manifestarsi con le sue complicanze. Oltre agli stili di vita ed alimentari vi sono altri fattori di rischio. La predisposizione familiare, genetica, è uno dei più importanti.

La prevalenza<sup>34</sup> di questa malattia è fortemente associata all'età ed al sesso, com'è evidenziato nel grafico che segue.

### Prevalenza del diabete mellito nell'AULSS di Treviso per classe d'età e sesso al 31/12/2005

elab. Servizio di Statistica ed Epidemiologia ULSS



Nell'ULSS di Treviso dopo i 35 anni aumenta circa del 10% per ogni anno d'età sino ai 60 anni passando dallo 0,8% nei maschi e 0,5% nelle femmine della classe d'età 30-34 al 9,7% e 4,9% in quella 55-59. Poi la proporzione dei diabetici aumenta ancora superando il 10% nella classe 60-64 nei maschi e 65-69 nelle femmine. Dagli 85 anni in su la prevalenza è del 22,5% in entrambi i sessi.

Si stima che una persona ogni 20 abbia il diabete (prevalenza grezza del 4,7%<sup>35</sup>). Complessivamente vi sono 18.519 casi.

<sup>34</sup> La prevalenza è stata stimata dai ricoveri ospedalieri effettuati in qualunque ospedale pubblico o convenzionato italiano dai residenti nell'ULSS al 31/12/2005 negli anni 1998-2005, dalle prescrizioni farmaceutiche degli anni 2001-2005, dalle esenzioni ticket e dalle schede ISTAT di mortalità. Il metodo di stima è molto probabile sovrastimi il numero di casi. L'algoritmo è stato messo a punto da un gruppo di lavoro nazionale AIE-SISMEC (le due società scientifiche di riferimento per l'epidemiologia in Italia) ed è in corso di validazione.

<sup>35</sup> È difficile dire se questo valore sia "alto" o "basso" in quanto i dati pubblicati in letteratura usano tecniche di stima diverse da quella qui utilizzata. Due anni fa è stata fatta in questa ULSS una stima simile con l'algoritmo messo a punto dal Servizio Epidemiologico Regionale, utilizzando ricoveri e prescrizioni farmaceutiche di un solo anno e le esenzioni ticket: la prevalenza grezza ottenuta con questo metodo era del 3,6%, simile a quella regionale del 3,7%. Per questo studio è stato scelto un metodo più sensibile, con una maggior probabilità d'intercettare tutti i casi, ma anche meno specifico, con una maggior probabilità di includere soggetti che non hanno il diabete. Con il primo metodo sono venivano identificati 13.839 casi, con il secondo ne sono stati identificati 18.519 (+34%). Dobbiamo, inoltre, tener presente che i parametri diagnostici del diabete sono variati nel tempo.

Se la composizione per età dell'AULSS fosse uguale a quella italiana del censimento 2001 la prevalenza sarebbe del 4,9%<sup>36</sup>.

La diffusione del diabete varia nel territorio. Vi sono rilevanti differenze nei vari Distretti, in parte dovute alle diverse proporzioni delle classi più anziane, in parte ad altri fattori. Vi è una variabilità diversa nei due sessi. Le differenze tra i due sessi sono pure variabili.

Nei confronti tra Distretti e Comuni per eliminare la variabilità territoriale dovuta al diverso peso delle classi d'età più anziane abbiamo utilizzato una particolare tecnica statistica, la standardizzazione diretta per età stratificata per sesso<sup>37</sup>. Le differenze riportate sono, quindi, indipendenti dal "peso" relativo delle varie classi d'età.

Nella tabella che segue è rappresentata la prevalenza standardizzata per età distinta per sesso e distretto.

Sesso	ULSS	Distretto			
		Treviso	Paese-Villorba	Mogliano Veneto	Oderzo
Maschi	5,2%	5,5%	4,8%	5,0%	5,2%
Femmine	4,5%	4,2%	4,6%	4,5%	4,6%
Totale	4,9%	4,8%	4,7%	4,8%	4,9%

Tra i maschi del Distretto di Treviso vi è la prevalenza più alta dell'ULSS (5,5%). Nello stesso distretto tra le femmine vi è quella più bassa (4,2%). Tra i maschi vi è quindi, in questo distretto, quasi un caso ogni quattro in più (+24%) rispetto a quanti ce ne sarebbero se la malattia avesse la diffusione che ha nelle femmine. L'eccesso di casi nei maschi c'è in tutti i distretti: 12% ad Oderzo, 10% a Mogliano Veneto, 4% a Paese.

I comuni in cui la prevalenza standardizzata è significativamente<sup>38</sup> più alta rispetto alla media intercomunale sono:

- Tra i maschi: San Biagio di Callalta (prevalenza al 6%), Silea e Casier (5,6%), Motta di Livenza (5,5%).
- Tra le femmine: Povegliano (5,7%), Spresiano, Salgareda e Zero Branco (5,2%).

La differenza della prevalenza tra maschi e femmine nell'ULSS è quasi di un punto (0,7). L'eccesso di casi nei maschi è significativamente più alto in alcuni Comuni rispetto agli altri: San Biagio di Callalta (+115% rispetto alla media della differenza tra sessi dei Comuni), Treviso (+91%), Silea (+89%), Mansué (+80%), Morgano (+78%).

In alcuni Comuni la prevalenza nei maschi è più bassa che nelle femmine. A Povegliano la prevalenza nei maschi è inferiore a quella nelle femmine di quasi 2 punti percentuali: nelle femmine è la più alta dell'ULSS (5,7%), nei maschi la più bassa (3,8%). A Salgareda questa differenza è di un punto percentuale. In altri Comuni vi è pure una minor prevalenza nei maschi, ma questa differenza è più sfumata. A Casale sul Sile e Zero Branco la differenza è di 0,2 punti, a Breda di Piave e Chiarano 0,1.

La variabilità potrebbe essere dovuta a vari fattori, tra cui diversi stili di vita, specifiche abitudini alimentari, diversa numerosità nei vari comuni d'individui predisposti, esposizione localizzata a specifici rischi, presenza d'alcuni medici con criteri diagnostici particolari, diverso peso dato alle malattie dalla gente, diversa probabilità di avere la diagnosi a pari stadio della condizione morbosa, disallineamento tra alcune anagrafi comunali e quella dell'AULSS.

<sup>36</sup> Prevalenza standardizzata sulla popolazione italiana al censimento 2001 – ISTAT

<sup>37</sup> Abbiamo utilizzato la popolazione italiana al censimento 2001.

<sup>38</sup> Sono state considerati aver uno scostamento significativo i valori superiori ad una deviazione standard alla media dei valori dei vari comuni.

### Le cardiopatie ischemiche croniche

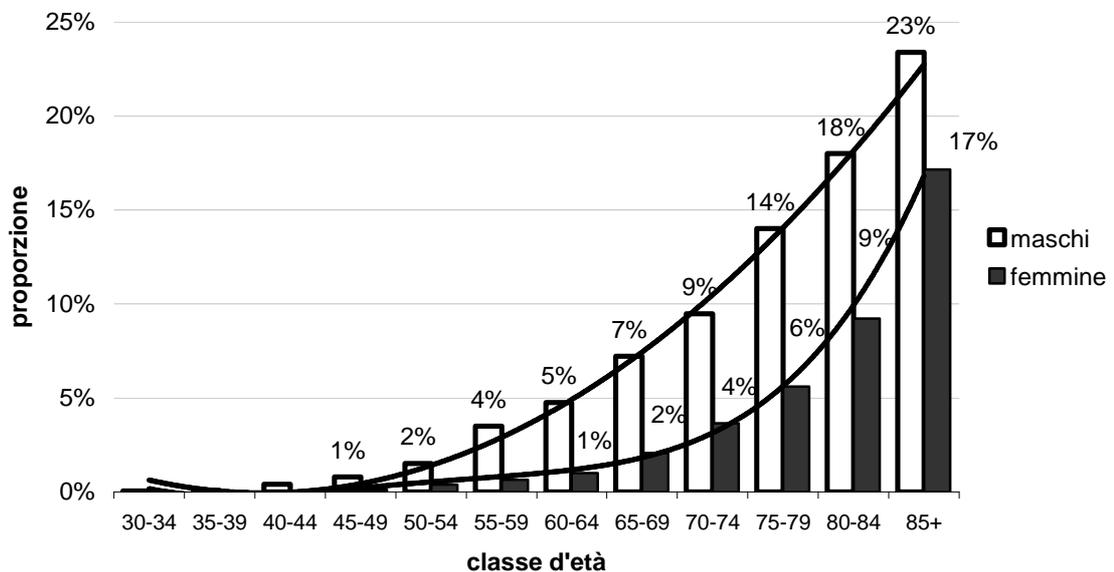
Le malattie ischemiche cardiache determinano nell'ULSS, nel periodo 2001-2005, il 12% dei decessi nei maschi ed il 10% nelle femmine<sup>39</sup>. Nel 2005 vi è stato più di un morto il giorno (385 decessi). Il tasso standardizzato<sup>40</sup> di mortalità è 0,94‰.

La prevalenza intervallare annua<sup>41</sup> 2005 di cardiopatia ischemica è 1,9%, quella standardizzata<sup>42</sup> 2%, relativamente bassa rispetto ai dati di letteratura ed ai valori ottenuti in altre realtà. Complessivamente sono stati identificati 7.531 casi.

La proporzione d'ammalati è molto correlata<sup>43</sup> all'età in ambedue i sessi. Nei maschi è nettamente più alta in tutte le classi d'età (vedi il grafico seguente).

### Prevalenza di cardiopatie ischemiche nell'ULSS di Treviso per sesso ed età

elab. Servizio di Statistica ed Epidemiologia ULSS9



Le prevalenze standardizzate dei distretti sono riportate nella tabella che segue:

Sesso	ULSS	Distretto			
		Treviso	Paese-Villorba	Mogliano Veneto	Oderzo
Maschi	2,55%	2,91%	2,26%	2,48%	2,45%
Femmine	1,46%	1,58%	1,36%	1,43%	1,42%
Totale	1,99%	2,23%	1,80%	1,94%	1,92%

<sup>39</sup> I dati di mortalità sono ottenuti dal Registro Aziendale Nominativo delle Cause di Morte.

<sup>40</sup> Standardizzazione diretta su popolazione italiana del Censimento 2001 delle frequenze relative al periodo 2001-2005.

<sup>41</sup> Proporzione di soggetti che nell'anno 2005 hanno avuto un ricovero con diagnosi di cardiopatia ischemica cronica, e/o hanno avuto almeno tre prescrizioni di farmaci ATC C01DA, e/o l'esenzione ticket per patologia 002.414, e/o sono morti nell'anno con causa principale cod. ICD 410-414 rispetto alla popolazione media dei residenti del periodo. Lo stato di residente è stato definito tramite record linkage con l'anagrafe assistibili. L'algoritmo è stato sviluppato dal Gruppo nazionale AIE-SISMEC.

<sup>42</sup> Standardizzazione diretta su popolazione italiana - Censimento 2001

<sup>43</sup> Per i maschi la funzione polinomiale  $y = 0,0026x^2 - 0,0136x + 0,0173$  ha  $R^2 = 0,9962$ , per le femmine la funzione  $y = 6E-05x^4 - 0,0011x^3 + 0,0077x^2 - 0,02x + 0,0151$  ha  $R^2 = 0,9963$ .

Il tasso standardizzato è più alto nel Distretto di Treviso in ambedue i sessi. Nei maschi lo scostamento è maggiore. Da alcune analisi fatte<sup>44</sup> sembrerebbe verosimile che la stima di prevalenza più vicina al vero per tutta l'ULSS sia quella del distretto di Treviso, anche se, probabilmente, si sottostima ugualmente il valore nelle femmine del Distretto d'Oderzo.

La prevalenza totale estrapolata dal Distretto di Treviso è superiore del 12% a quella stimata dai dati. Se l'ipotesi di costanza degli andamenti degli scostamenti per età fosse vera potrebbero esserci un migliaio di casi esistenti ma non trattati (19% di questi nel Distretto di Paese – Villorba, 36% in quello di Mogliano, 46% in quello d'Oderzo). Le differenze potrebbero essere attribuibili almeno in parte a diversi stili di vita e alla variabilità genetica.

Nei maschi la media delle prevalenze standardizzate dei singoli Comuni è 2,4% (il 16% in meno rispetto alla prevalenza del Distretto di Treviso). Le prevalenze comunali significativamente<sup>45</sup> più alte appartengono al Comune di Salgareda (prevalenza del 3,3%), Zenson di Piave (3,1%), Treviso (3,0%), S. Biagio di Callalta e Casier (2,9%), Mogliano Veneto e Cimadolmo (2,8%). A Zero Branco ed a Monastier la prevalenza standardizzata nei maschi è di 1,5, la metà di quella di Treviso. La bassa numerosità dei casi rende interpretabili questi dati con difficoltà<sup>46</sup>.

### L'infarto miocardio acuto

Nel periodo 2001-2005 ci sono stati 2.147 residenti ricoverati per infarto acuto del miocardio (IMA). Nel 2005 ci sono stati 540 residenti ricoverati almeno una volta o deceduti per IMA. Il 70% è stato ricoverato ma non è morto, il 13% è stato ricoverato ed è morto (durante o successivamente il ricovero), il 17% (90 casi) sono deceduti ma non sono stati ricoverati nell'anno 2005. Di quest'ultimi l'85% (77) non aveva avuto un ricovero per infarto del miocardio anche nei quattro anni precedenti.

I "nuovi casi", che non avevano avuto un ricovero nei 60 mesi precedenti per infarto, sono 430 (67% solo ricoverati, 13% ricoverati e deceduti, 21% solo deceduti).

Il tasso d'incidenza di IMA è 1,09‰, il tasso standardizzato 1,13‰<sup>47</sup>. Rispetto ai dati riportati in altre realtà si tratta di un tasso basso, anche se si deve tener conto che i casi d'infarto sono quasi certamente sottostimati, in particolare tra chi non muore in ospedale.

L'andamento per età e sesso, evidenziato da grafico che segue, è consimile a quello delle cardiopatie ischemiche nei maschi<sup>48</sup>, anche se l'associazione è meno forte. Lo sarebbe anche nelle femmine se nella classe over 85 non avessimo un valore particolarmente alto. La classe d'età degli over 85 è molto "larga" e le donne trevigiane sono particolarmente longeve, con numerosità delle classi d'età più avanzate consistenti. Questi due elementi possono falsare il dato.

<sup>44</sup> Ci si è basati su un'ipotesi di costanza degli andamenti degli scostamenti delle varie classi d'età e sesso.

<sup>45</sup> Sono state considerate significative le prevalenze che eccedono di una deviazione standard la media dei Comuni.

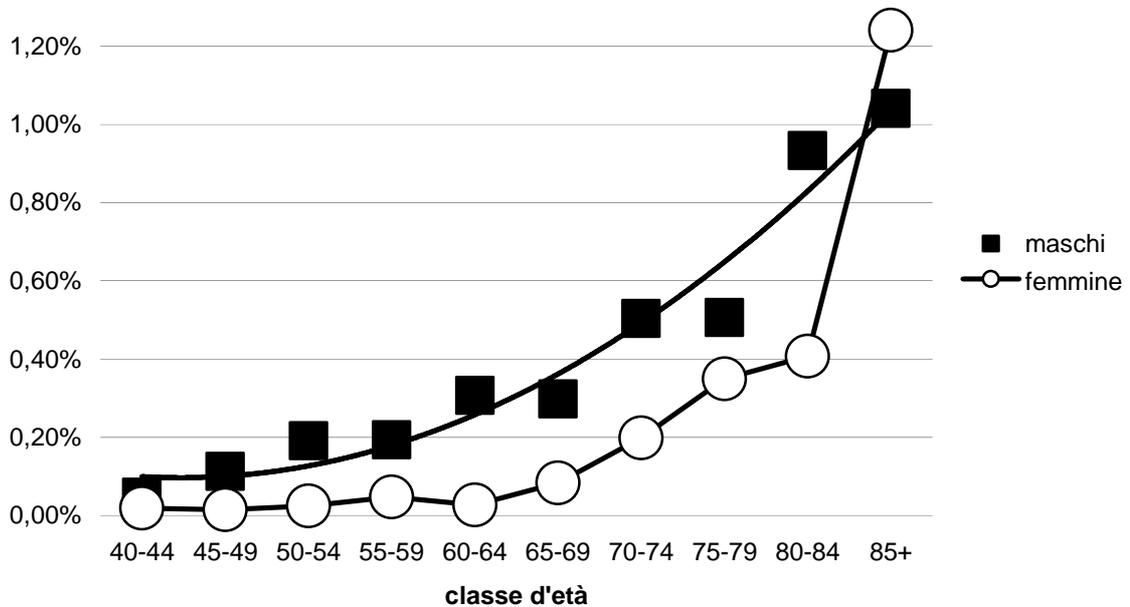
<sup>46</sup> Serve uno studio geografico che utilizzi modelli bayesiani ed una ricerca di cluster per poter superare il problema.

<sup>47</sup> Standardizzazione diretta per età e sesso con popolazione italiana – Censimento 2001

<sup>48</sup>  $y = 0,0001x^2 - 0,0004x + 0,0012$   $R^2 = 0,9564$

### Tassi d'incidenza di IMA specifici per età e sesso - Residenti AULSS di Treviso - Anno 2005

Elab. Servizio di statistica ed epidemiologia



Nella tabella che segue troviamo le incidenze percentuali standardizzate. Nel distretto di Treviso l'incidenza nei maschi è doppia rispetto alle femmine, oltre ad essere la più alta in assoluto in ULSS. Ad Oderzo l'incidenza tra le femmine è la più alta ed il vantaggio rispetto ai maschi è il più ridotto. Il tasso standardizzato del Distretto di Mogliano Veneto è il più basso, indipendentemente dal sesso.

Sesso	ULSS	Distretto			
		Treviso	Paese-Villorba	Mogliano Veneto	Oderzo
Maschi	0,137%	0,163%	0,138%	0,106%	0,134%
Femmine	0,085%	0,082%	0,090%	0,071%	0,100%
Totale	0,110%	0,122%	0,113%	0,088%	0,116%

#### Le broncopneumopatie cronico-ostruttive (BPCO)

Nel 2005 vi sono stati 99 decessi per BPCO. Tra il 1998 ed il 2005 sono stati ricoverate 8.439 persone con BPCO. Di queste all'1/1/2005 erano residenti e viventi in ULSS 5.124 soggetti. Aggiungendo a questi i deceduti o gli esenti ticket per BPCO che non sono stati ricoverati in quel periodo otteniamo 5.406 casi di BPCO prevalenti nel 2005. Di questi 3.132 sono maschi (58%).

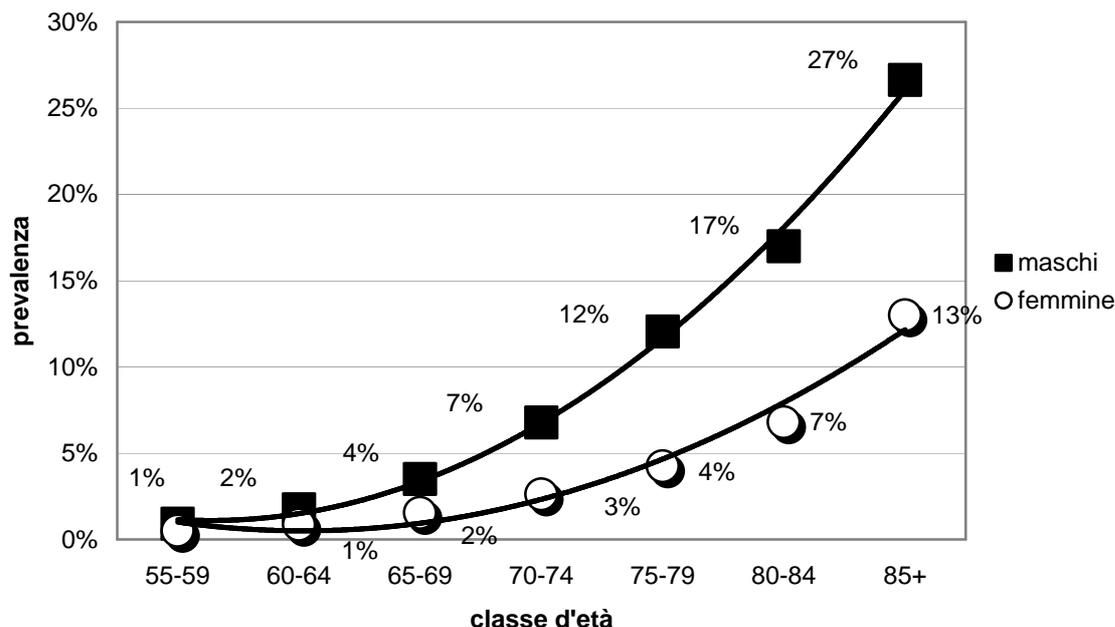
La prevalenza stimata di BPCO nell'anno 2005 è 1,37%. La prevalenza standardizzata<sup>49</sup> per età e sesso è 1,45%.

<sup>49</sup> Standardizzazione diretta per età e sesso con popolazione italiana – Censimento 2001

La BPCO è strettamente correlata all'età ed al sesso. La prevalenza diventa rilevante dopo i 50 anni e l'incremento, più rapido nel sesso maschile, avviene secondo una funzione binomiale<sup>50</sup> in ambedue i sessi, come si può vedere nel grafico che segue.

### Prevalenza stimata delle BPCO per classe d'età e sesso nell'ULSS di Treviso - anno 2005

Elab. Servizio di Statistica ed Epidemiologia ULSS9



Nel futuro ci si attende che la "pendenza" della curva delle femmine si avvicini a quella dei maschi, visto che il consumo di tabacco nelle coorti di donne che progressivamente si approssimano alla vecchiaia è aumentato negli anni.

Attualmente il 55% dei casi nei maschi (1.724 ammalati) è in eccesso rispetto all'atteso se questi avessero la stessa prevalenza delle femmine. Attribuendo all'esposizione lavorativa specifica per sesso il 10% dei casi possiamo stimare che, nei maschi, circa un caso di BPCO su due possa essere attribuito al fumo di tabacco.

A livello di Distretto nel sesso femminile non si evidenziano differenze di rilievo. Nel sesso maschile notiamo ad Oderzo un eccesso del 15% rispetto alla media ULSS. I dati sono presentati nella tabella che segue.

Sesso	ULSS	Distretto			
		Treviso	Paese-Villorba	Mogliano Veneto	Oderzo
Maschi	1,76%	1,57%	1,84%	1,74%	2,03%
Femmine	1,15%	1,09%	1,14%	1,22%	1,20%
Totale	1,45%	1,33%	1,48%	1,47%	1,60%

<sup>50</sup> Nei maschi  $y = 0,0076x^2 - 0,0194x + 0,0233$   $R^2 = 0,9965$ ; nelle femmine:  $y = 0,0047x^2 - 0,0192x + 0,0245$   $R^2 = 0,9746$ .

Analizzando il dato a livello di comune notiamo che c'è una correlazione modesta e non significativa tra i tassi nei due sessi ( $\rho = 0,219$   $p = 0,192$ ).

## I tumori: mammella e colon

### Il tumore della mammella

Negli ultimi anni l'AULSS di Treviso ha condotto uno screening mammografico, come raccomandato dalle Linee Guida Internazionali, dal Ministero della Salute e dall'Assessorato alla Sanità della Regione Veneto. I Distretti sono stati coinvolti in modo sequenziale. L'avvio dello screening rende ardua la stima dell'incidenza "naturale" della malattia utilizzando gli archivi informatizzati correnti. Da questi si può stimare la prevalenza<sup>51</sup>. Questa misura epidemiologica è importante per valutare, ad esempio, l'equità territoriale a livello di distretto. Se l'efficacia dello screening e la qualità delle cure sono omogenee nel territorio ci aspettiamo una prevalenza standardizzata per età simile nei vari Distretti e Comuni. Per l'identificazione dei casi sono stati utilizzati i ricoveri ospedalieri del periodo 1998-2005, i referti istologici del Servizio d'Anatomia Patologica (2003-2005) ed il Registro Nominativi Aziendale delle Cause di Morte (2005).

La prevalenza annuale della malattia nel sesso femminile nel 2005 è 1,33% (1,34 la prevalenza standardizzata<sup>52</sup>). La prevalenza standardizzata nei Distretti di Paese-Villorba, Mogliano V. ed Oderzo è molto simile (rispettivamente 1,26%, 1,38% ed 1,24%). Nel Distretto di Treviso troviamo, invece, una prevalenza significativamente più alta (1,44%)

A livello Comunale la prevalenza standardizzata ha un "range" piuttosto ampio: da 0,86% a 2,37%. Ciò potrebbe essere attribuibile al fatto che lo screening è in fasi diverse nei Distretti e dalla diversa proporzione di donne che fanno lo screening da sé, indipendentemente da quello organizzato dall'AULSS, rivolgendosi a centri che utilizzano criteri e metodi non uniformi.

I Comuni in cui la prevalenza standardizzata è significativamente<sup>53</sup> più alta sono Arcade (2,37%), Mogliano Veneto (1,72%), Silea (1,70%) e San Biagio di Callalta (1,59%). I comuni in cui è più bassa sono Zero Branco (0,86%), Povegliano (0,89%), Cimadolmo e Mansuè (0,94).

La prevalenza della malattia è prossima allo zero sino a 40 anni, quindi aumenta rapidamente sino a raggiungere il 3% nella classe d'età 55-59. In seguito rimane stabile attorno al 3%.

Il tasso d'incidenza standardizzato sulla popolazione europea<sup>54</sup>, riferito al 1997-1999, nell'ULSS di Treviso (escluso il distretto d'Oderzo) è  $12,03 \cdot 10.000$ . Il tasso standardizzato regionale 1998-2001 è  $12,43 \cdot 10.000$ . Il tasso d'incidenza della nostra ULSS è nella media regionale.

### Il tumore del colon

Con i dati del Servizio d'Anatomia Patologica ed i ricoveri ospedalieri è stato possibile stimare i nuovi casi del 2005<sup>55</sup>.

Sono stati trovati 195 casi, di cui il 95% identificati solo con i referti istologici dell'Anatomia Patologica.

Il tasso d'incidenza grezzo stimato è  $3,8 \cdot 10.000$ , identico allo standardizzato. Vi è una rilevante differenza nei due sessi:  $4,18 \cdot 10.000$  nei maschi e  $3,41 \cdot 10.000$  nelle femmine. I tassi sono sottostimati rispetto a quelli del Registro Regionale dei Tumori (che però esclu-

<sup>51</sup> La proporzione di donne che hanno il tumore e sono viventi

<sup>52</sup> Standardizzazione diretta per età su popolazione italiana – Censimento 2001

<sup>53</sup> Sono state considerate significative le prevalenze che eccedono di una deviazione standard la media dei Comuni.

<sup>54</sup> Dati Registro Tumori del Veneto

<sup>55</sup> È stato utilizzato l'algoritmo del Gruppo di Lavoro AIE-SISMEC

de l'Opitergino-Mottense): secondo questo il tasso annuale medio 1997-1999 era 4,97 nei maschi, 4,20 nelle femmine

L'incidenza aumenta linearmente per i maschi da un valore di  $4 \cdot 10.000$  nella classe 55-59 al  $37 \cdot 10.000$  nella 80-84, per le femmine da 1,8 nella classe 60-64 a 26,7 nella 80-84. Nella classe degli over 85 l'incidenza è uguale nei due sessi e pari a  $11 \cdot 10.000$ .

Osservando i tassi d'incidenza grezzi possiamo notare che la sottostima dei tassi d'incidenza è relativa in primo luogo al Distretto d'Oderzo, in secondo a quello di Mogliano. È probabile che per questi due Distretti il sistema di rilevazione non riesca ad intercettare i casi. Le persone potrebbero rivolgersi frequentemente a Servizi d'Anatomia Patologica d'altre Strutture, territorialmente vicine.

Sesso	ULSS	Distretto			
		Treviso	Paese-Villorba	Mogliano Veneto	Oderzo
Maschi	4,18	6,22	4,67	2,38	2,99
Femmine	3,41	5,34	3,61	3,00	1,00
Totale	3,79	5,76	4,13	2,70	2,00

I tassi standardizzati sulla popolazione europea<sup>56</sup> 1997-1999 dell'ULSS di Treviso (escluso il distretto d'Oderzo) sono  $4,21 \cdot 10.000$  per il colon e 2,18 per il retto nei maschi, 2,63 e 1,01 per le femmine. I tassi d'incidenza standardizzati della Regione Veneto 1998-2001 sono  $4,50$  per il colon e  $2,07$  per il retto nei maschi, 2,87 e 0,96 nelle femmine.

Da questi dati emerge che l'incidenza di questi tumori nella nostra popolazione è nella media regionale.

<sup>56</sup> Dati Registro Tumori del Veneto

## L'evoluzione delle risposte ai bisogni: ricoveri ospedalieri, esami e visite specialistiche, farmaci

L'impiego di risorse<sup>57</sup> per assistito è stato stimato dagli importi tariffari di ricoveri, prestazioni specialistiche e farmaci distribuiti dalle farmacie territoriali, attribuibili ai nostri residenti e totalmente o parzialmente a carico dell'ULSS. L'anno 2005 è stato confrontato con il 2001. Gli importi del 2001 sono stati convertiti in Euro ed attualizzati, in modo di poter fare dei confronti in termini economici. Per poter confrontare l'impiego delle risorse indipendente dalla trasformazione demografica della popolazione assistita si è utilizzato il metodo della standardizzazione diretta<sup>58</sup>.

Dal 2001 al 2005 c'è stata una diminuzione degli importi pro-capite, attualizzati e standardizzati per età, del 19% (da 1.458 a 1.187 Euro). Per i ricoveri ordinari c'è stata una variazione del -7% (da 401 a 374 Euro), per i ricoveri diurni di +10% (da 76 ad 83 Euro), per la farmaceutica territoriale di -12% (da 185 a 164 Euro), per la specialistica territoriale di -29% (da 795 a 566 Euro).

Il numero di **ricoveri ordinari** effettuati dai residenti è diminuito del 6% (da 51.988 a 49.107) con un pari incremento in valore unitario medio (da 2.727 a 2.895 Euro attualizzati). Le risorse totali dedicate a questo capitolo sono, quindi, rimaste sostanzialmente invariate. I **ricoveri diurni** sono invece aumentati del 24% con solo una lieve flessione dell'importo unitario medio (-3%). Il volume totale delle prestazioni di **specialistica** territoriale è aumentato di numero del 19% e d'importo unitario medio attualizzato del 33%. Le confezioni di **farmaci** sono diminuite del 2% in numero ed il costo lordo attualizzato medio è diminuito del 6%.

Vi è stata una diminuzione dei ricoveri ordinari totali cui è corrisposto un aumento consistente dei ricoveri diurni che sono aumentati di complessità. Le prestazioni di specialistica territoriale fornite alla popolazione sono aumentate molto sia di numero sia di complessità. Da ciò si può intuire che è stato realizzato il trasferimento d'alcune attività assistenziali dal regime di ricovero ordinario a quello diurno ed all'assistenza territoriale. Questo era un obiettivo indicato dalla Regione.

Le confezioni farmaceutiche fatturate dalle farmacie territoriali all'AULSS per i propri residenti sono diminuite sia di numero (-2%) sia d'importo medio (-6%). Le strategie di contenimento dei costi di lungo termine sono state efficaci. A questo non è corrisposta una diminuzione dei costi totali ma ciò potrebbe essere attribuito alle intercorse variazioni demografiche e dei bisogni sanitari (es. invecchiamento della popolazione).

Nella tabella che segue sono indicate le variazioni degli importi pro capite lordi, attualizzati al 2005, stimati per tipologia assistenziale e classe d'età.

<sup>57</sup> La stima ottenuta utilizzando gli importi tariffari/prezzi annui lordi totali per gli assistiti dell'ULSS di Treviso, riferiti ai valori tariffari vigenti attualizzati al 2005 (per il 2001 il coefficiente di attualizzazione al 2005 ISTAT è 1,0886). Sono comprese le prestazioni fornite sia direttamente dall'ULSS sia da altre strutture del Sistema sanitario nazionale o con esso convenzionate (ad esclusione della farmaceutica territoriale, in cui manca la mobilità). Le tariffe sono calcolate al momento della dimissione/fornitura del prodotto o servizio. Sono presentati solo i capitoli di spesa per i quali esista un flusso informativo consolidato collegabile a tutti gli assistiti dell'ULSS. Non sono comprese voci rilevanti, quale la spesa per i 360 medici di base e di 40 pediatri di libera scelta, in quanto non ripartibili per le singole prestazioni fornite agli assistibili. I denominatori per il calcolo dei tassi è rappresentato dalla popolazione residente ad inizio periodo. La standardizzazione dei tassi è stata fatta per età con il metodo diretto utilizzando la popolazione italiana ISTAT - censimento 2001.

<sup>58</sup> Popolazione italiana ISTAT - Censimento 2001; è stata fatta la standardizzazione per classi d'età quinquennali.

**Importi pro capite su base tariffaria per classe d'età e tipologia assistenziale per prestazioni fornite ai residenti dell'ULSS di Treviso totalmente o parzialmente a carico del Sistema Sanitario Nazionale**

Importi tariffari annui lordi totali pro capite: valori tariffari attualizzati al 2005 (coeff. ISTAT 2001= 1,0886).

Tariffe calcolate al momento della dimissione/effettuazione della prestazione.

Tipologia d'assistenza	Classe d'età									
	0-14		15-44		45-64		65-79		80+	
	2001	2005	2001	2005	2001	2005	2001	2005	2001	2005
Ricoveri Ordinari	153	164	160	152	314	325	896	955	2.455	1.579
Ricoveri diurni	31	30	38	55	84	112	155	166	266	105
Specialistica	80	90	339	257	938	697	2.294	1.508	1.656	1.307
Farmaceutica	40	25	62	46	215	182	509	484	600	596
<b>Totale</b>	<b>304</b>	<b>308</b>	<b>599</b>	<b>510</b>	<b>1.551</b>	<b>1.316</b>	<b>3.852</b>	<b>3.113</b>	<b>4.978</b>	<b>3.588</b>

Nei bambini vi sono stati consistenti diminuzioni di spesa di specialistica territoriale e farmaceutica ed una maggior spesa per ricoveri ordinari. Le risorse complessive per questa classe d'età sono rimaste invariate. Nei giovani adulti vi è stata una lieve flessione dei ricoveri ordinari (-5%) cui è corrisposto un consistente incremento dei diurni (+46%). Per questa classe d'età vi è stata una diminuzione complessiva del 15% da attribuirsi prevalentemente a farmaceutica e specialistica che hanno avuto una diminuzione di ¼. Negli adulti sono aumentati sia l'importo per ricoveri ordinari (+3%) sia quello per i diurni (+32%). Nel complesso vi è stata una diminuzione del 15% da attribuire a specialistica (-26%) e farmaceutica (-15%). Negli anziani (classe d'età 65-79) è aumentato l'importo pro capite per ricoveri ordinari e diurni del 7% ma il totale è diminuito del 19% grazie al contenimento degli importi di specialistica (-34%) e farmaceutica (-5%). Negli over 80 c'è stata un'importante riduzione degli importi per ricovero ospedaliero, una riduzione del 21% per la specialistica e stabilità degli importi per la farmaceutica territoriale.

In linea con le indicazioni nazionali e regionali il numero di ricoveri totali ogni mille abitanti<sup>59</sup> è diminuito da 184 nel 2000 a 168 nel 2005.

<sup>59</sup> Tasso grezzo d'ospedalizzazione

## I risultati degli investimenti in salute: la riduzione della mortalità

Nell'ULSS di Treviso nel 2005 vi sono stati 3.234 decessi<sup>60</sup>. Di questi oltre il 50% è morto dopo aver compiuto 80 anni, il 34% tra i 65 e i 79, il 16% prima di compiere i 65.

L'età media alla morte è passata progressivamente dai 74,9 anni del 1996 ai 78,5 anni del 2005, aumentando di quasi 4 anni. Questo incremento è attribuibile ai maschi. L'età media alla morte nelle femmine nel periodo 2001-2005 è stabile attorno agli 82 anni, nei maschi passa da 73 a 75 anni.

Nel 2001 il 17% dei deceduti aveva meno di 65 anni, nel 2005 il 15,6%. Nei maschi si è passati dal 23% al 21%, nelle femmine la percentuale rimane attorno all'11% in tutto il periodo.

La proporzione di deceduti che non avevano ancora compiuto gli 80 anni al momento del decesso è diminuita di più di un punto percentuale l'anno, da 50% nel 2001 a 44% nel 2005 (nei maschi da 62% a 57%, nelle femmine da 38% a 32%).

Dal 2001 al 2005 tasso di mortalità standardizzato<sup>61</sup> totale dell'ULSS è diminuito di poco, passando dal 9,44‰ al 9,15‰. **Nei maschi la mortalità è diminuita di quasi un punto percentuale, passando da 10,30‰ a 9,44‰**. Ci si attende in futuro un'ulteriore diminuzione del tasso di mortalità tra i maschi mentre, tra le femmine, esso potrebbe aumentare, in quanto stanno arrivando nelle classi d'età a rischio di morte le generazioni di donne che con l'emancipazione hanno acquisito in parte gli stili di vita che determinano buona parte dell'eccesso di mortalità nei maschi (es. fumo di tabacco, alimentazione ...).

La mortalità infantile è molto bassa, tanto da essere difficilmente misurabile in modo significativo a livello locale. In provincia di Treviso muoiono prima dei sei anni 3,15 bimbi ogni mille nati (in Veneto 3,84, in Italia 4,89 – dati ISTAT riferiti al 1999). Tale valore di mortalità infantile è tra i più bassi del mondo, simile a quelli di Finlandia, Svezia e Giappone.

Il tasso di mortalità standardizzato sulla popolazione europea è diminuito del 7,6% nel 2001-2002 rispetto al 1996-1997, passando da 6,07 a 5,6 decessi ogni 1.000 residenti (ciò escludendo la mortalità infantile)<sup>62</sup>.

Il tasso di mortalità standardizzato (SMR) della Provincia di Treviso è di 6,25‰, leggermente inferiore a quello veneto ed italiano (rispettivamente 6,29‰ e 6,48‰ – dati ISTAT 1999 – standardizzazione sulla popolazione del Censimento 1991). Nella Provincia l'SMR dei maschi è sceso dal 20,08‰ del 1992 all'8,8‰ del 1999, per le femmine dal 5,02‰ al 4,53‰.

### Gli anni di vita persi

Lo studio sulla frequenza dei decessi ci dice solo in parte quanto "pesa" una malattia dal punto di vista della salute d'una popolazione. È ben diverso, infatti, morire a 15 anni o a 65. Nel primo caso si è vissuta solo l'alba della propria esistenza ed è negata la quasi totalità della vita.

Vi sono alcune malattie o cause violente che causano più decessi ad età più giovani. Come fare per pesarle in modo corretto? Gli epidemiologi hanno trovato un indicatore che permette di misurare quanta "vita potenziale" una malattia fa perdere ad una popolazione. Sono gli anni di vita persi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità utilizza gli anni di vita persi prima dei sessantacinque anni. Il suo calcolo è semplice e ci permette di capire facilmente di cosa si tratta. Si prendono tutti quelli che sono morti nell'anno prima dei 65 anni. Si calcola per ognuno di loro quanti anni avrebbero vissuti se, sopravvivendo, aves-

<sup>60</sup> Fonte: Registro Nominativo delle Cause di Morte Aziendale

<sup>61</sup> Standardizzazione diretta su popolazione ISTAT – Censimento 2001 per età e sesso; fonte: Registro Nominativo delle Cause di Morte Aziendale

<sup>62</sup> Fonte: Registro Nominativo delle Cause di Morte Aziendale

sero vissuto fino a compiere 65 anni. Si sommano tutti questi anni e si ottengono gli anni di vita persa prima dei 65 anni dalla popolazione (AVP65), o anni di vita persa in età lavorativa. Questa misura di mortalità è utilizzata anche per confrontare nazioni diverse. A livello locale, però, deve essere integrata da un'aggiuntiva, gli anni di vita persi fra i 65 e gli 80, considerando gli 80 quale limite indicativo delle potenzialità di sopravvivenza medie. In questo modo troviamo gli anni di vita persa in età non lavorativa (AVP6580). Con questi indicatori riusciamo anche a stimare gli "anni di vita guadagnati" grazie alle terapie mediche o alle politiche che influiscono sulla sopravvivenza delle persone.

### Anni di vita persi in età lavorativa

Nella tabella 4 troviamo gli anni di vita persi prima dei 65 anni nella nostra ULSS. Le cause di morte sono state distinte in malattie e traumatismi. Le dinamiche violente di morte sono state considerate a parte. È stata calcolata la media annua degli AVP65 nei bienni 1996-97 e 2003-04 e quindi la variazione percentuale tra i due periodi. Questo ci permette di dire come stanno andando le cose nella nostra ULSS.

Tra il 1996-97 ed il 2003-04 la mortalità precoce si è dimezzata. C'è stato un **"guadagno" per la collettività di oltre 12 mila anni di vita in età lavorativa.** 1.500 l'anno, più di 4 il giorno.

La mortalità precoce da malattie del cuore si è ridotta di 3/4. In questo caso le terapie e l'organizzazione dei servizi hanno avuto degli ottimi risultati. La mortalità precoce per insufficienza cardiaca si è quasi azzerata. Le malattie cerebrovascolari hanno avuto una riduzione dell'83%.

I tumori maligni, sono quelli che, nel complesso, hanno avuto la minor diminuzione della mortalità (-18%). Netti miglioramenti ci sono solo per i tumori linfoproliferativi, leucemie e linfomi (-40%). La mortalità da tumori del tessuto connettivo e delle ossa sembrano aver causato un netto aumento della mortalità precoce: bisogna tener conto che tra questi ci possono essere le metastasi, che possono falsare il dato.

La mortalità precoce per "causa violenta" è diminuita del 38%. La mortalità per incidente stradale è diminuita del 39%. Acquisiscono importanza gli AVP65 causati dalle complicanze di cure mediche

### Anni di vita persi in età non lavorativa

Nella tabella 5 sono presentati gli andamenti delle principali cause di mortalità precoce in età non lavorativa (tra i 65 e gli 80 anni).

Tra il 1996-97 ed il 2003-04 gli anni di vita persi in età non lavorativa sono diminuiti di oltre 1/3. C'è stato un **"guadagno" per la collettività di oltre 6 mila anni di vita,** oltre 800 l'anno.

Gli anni di vita persi per malattie cardiache sono diminuiti quasi di 1/3, la cirrosi epatica del 60%, le malattie dei polmoni del 37%. Per i tumori i risultati sono contrastanti a seconda delle tipologie ma, nel complesso, c'è stata una diminuzione del 19%.

Gli anni di vita persi per causa violenta sono in netta diminuzione (-44%). Dimezzati quelli per incidente stradale.

## L'aumento della disabilità

L'invalidità civile rappresenta la perdita di capacità lavorativa "generica" nell'età compresa tra i 18 e i 64 anni, mentre in età non lavorativa esprime una perdita rilevante delle comuni funzioni della vita. Essa è espressa in percentuale: più questa è alta maggiore è l'invalidità. Una tipologia particolare tra gli invalidi sono i non autosufficienti, quelli che hanno diritto all'indennità d'accompagnamento o "accompagnatoria". Il riconoscimento ad avere questo beneficio economico è dato alle persone che non possono camminare o che debbono essere costantemente assistite. Questa è quindi la forma d'invalidità più grave e con maggior impatto sociale, in quanto la persona diventa dipendente dagli altri anche per le funzioni più elementari, quali bere e mangiare.

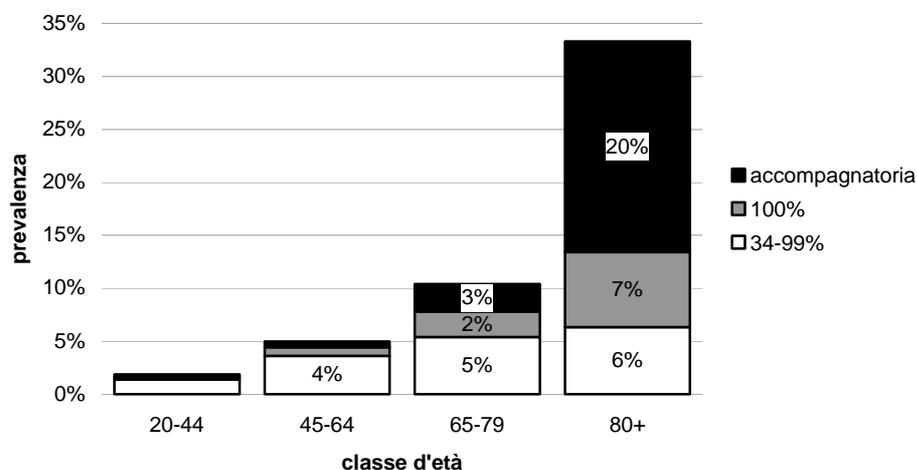
**Complessivamente nell'ULSS di Treviso sono stati erogati nel 2005 circa 40 milioni d'Euro in benefici economici.** Dividendo questa cifra per tutti i residenti otteniamo 133 Euro. Le principali voci sono riassunte nella tabella che segue<sup>63</sup>.

	Numero	Importo annuale 2005 stimato	
		Euro totali	Euro per residente
Assegni e pensioni erogate ad invalidi al 74% - 100% d'età compresa tra i 18 e i 64 anni.	1.708	5.192.849	21,12
Indennità d'accompagnamento	5.426	28.898.659	92,28
Ciechi	531	n.s.	n.s.
Sordomuti	201	n.s.	n.s.
<b>Totale benefici erogati (esclusi minori)</b>	<b>7.866</b>	<b>34.091.508</b>	<b>113,40</b>

**La non autosufficienza è oggi principalmente un problema della terza e, soprattutto, della quarta età,** com'è chiaro dal grafico che segue, ove è rappresentata la proporzione degli invalidi, distinta per gravità, rispetto al totale della popolazione di pari età<sup>64</sup>.

**Prevalenza invalidi civili per classe d'invalidità nella popolazione dell'ULSS di Treviso al 20/09/2006**

fonte: Registro informatizzato Visite Invalidità civile ULSS



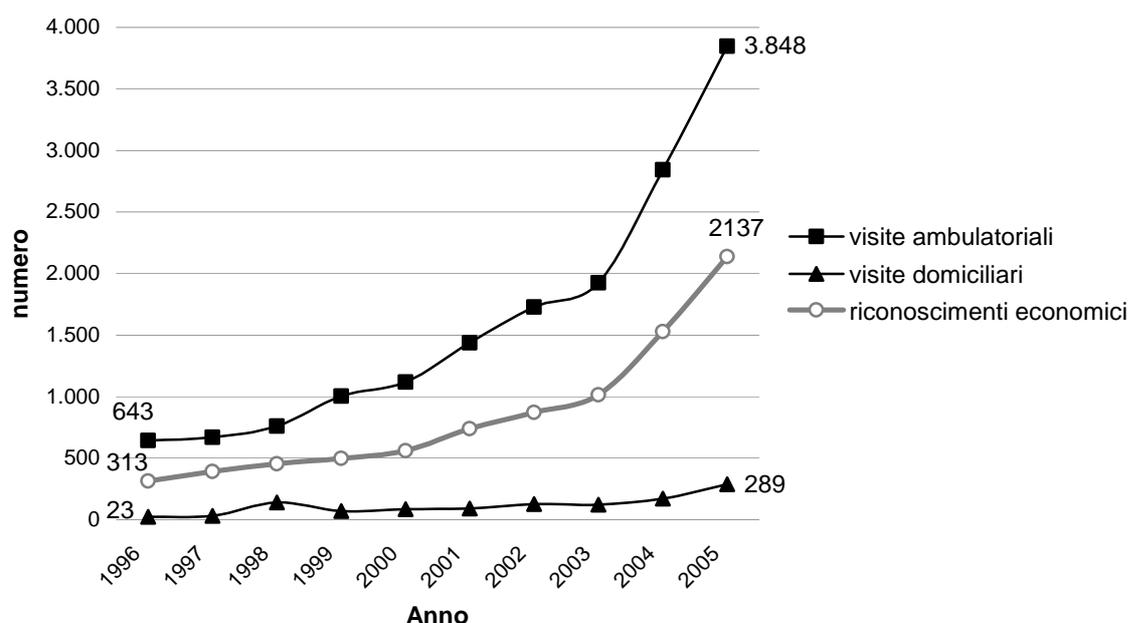
<sup>63</sup> Fonte dei casi: INPS; stima degli importi: UOIC di Treviso ed Osservatorio Epidemiologico.

<sup>64</sup> Fonte: Archivio visite d'invalidità civile ULSS.

Oltre 1/3 degli ultraottantenni ha problemi di disabilità tali da dover chiedere un aiuto alla collettività, uno su cinque deve essere assistito in modo continuativo, non essendo in grado di camminare o di fare le comuni attività necessarie alla sopravvivenza. Solo una quota ridotta degli ultraottantenni chiede il supporto alla collettività per problemi di disabilità non gravi. Tenuto conto che 1/3 degli ultrasessantacinquenni vive da solo e 1/3 solo con il coniuge, i problemi assistenziali che derivano sono rilevanti. Tali problemi sono in rapido aumento.

Tra il 1996 ed il 2005 il numero di pratiche sanitarie d'invalidità civile è aumentato di 5 volte. I riconoscimenti economici di quasi 6 volte. La richiesta di visite domiciliari è decuplicata. Gli andamenti sono evidenziati nel grafico che segue.

**Numero di pratiche d'invalidità civile istruito dall'Ufficio Invalidi dell'AULSS di Treviso distinte per modalità della visita e numero di visite che hanno comportato un diritto a percepire un beneficio economico**



L'Unità Operativa Invalidi civili della Provincia di Treviso ha espletato nel 2004 8.470 pratiche di benefici economici, contro le 4.726 di Venezia, le 6.490 di Padova, le 2.148 di Belluno.

**Tabella 1**

**Variazioni percentuali al 31/12/2005 rispetto il 31/12/1995 dei residenti nei Comuni dell'ULSS di Treviso totali e distinti per classe d'età:**

**valori comunali in ordine decrescente dell'indice di disequilibrio demografico.**

L'indice di disequilibrio è la deviazione standard delle variazioni delle classi d'età.

Fonte: anagrafi comunali Elaborazione: Servizio di Statistica ed Epidemiologia.

*Sfondo grigio: incremento superiore ad una deviazione standard rispetto alla media.*

*Grassetto: diminuzione superiore ad una deviazione standard rispetto alla media.*

Comune	0-5	6-14	15-19	20-44	45-64	65-79	80+	Indice
Casale sul Sile	121%	35%	-17%	58%	35%	51%	36%	0,41
Portobuffolè	104%	-14%	46%	17%	25%	-9%	56%	0,41
Meduna di L.	65%	45%	-36%	14%	4%	20%	32%	0,32
Mansuè	34%	0%	-21%	13%	9%	17%	78%	0,31
Povegliano	57%	12%	-7%	23%	39%	6%	75%	0,29
Arcade	71%	-6%	-16%	19%	33%	36%	18%	0,29
Maserada sul Piave	81%	40%	-5%	40%	17%	38%	39%	0,26
Ponzano V.	78%	36%	-7%	32%	37%	41%	31%	0,25
Zenson di P.	14%	10%	-16%	2%	30%	11%	62%	0,24
Casier	77%	46%	3%	42%	29%	67%	49%	0,24
Spresiano	59%	29%	-18%	19%	10%	32%	25%	0,23
Silea	19%	15%	-23%	3%	14%	34%	50%	0,23
Zero Branco	56%	6%	-19%	23%	29%	17%	12%	0,23
Morgano	24%	7%	-30%	13%	30%	7%	31%	0,21
Quinto di T.	3%	3%	-24%	-6%	11%	40%	26%	0,21
Villorba	20%	24%	-14%	0%	8%	40%	40%	0,20
Mogliano V.	13%	14%	-15%	-7%	9%	39%	35%	0,20
Salgareda	45%	35%	-8%	26%	27%	17%	52%	0,20
Cessalto	31%	15%	-12%	8%	8%	37%	-13%	0,19
Monastier	27%	-8%	-21%	7%	24%	11%	29%	0,19
Istrana	23%	21%	-21%	12%	35%	30%	25%	0,19
Paese	42%	17%	-10%	18%	30%	37%	36%	0,18
Carbonera	42%	6%	-5%	14%	20%	32%	30%	0,16
Oderzo	35%	16%	-13%	15%	7%	32%	21%	0,16
Breda di Piave	44%	38%	-7%	24%	25%	21%	19%	0,16
Preganziol	31%	20%	-8%	7%	22%	33%	37%	0,16
Gorgo al Monticano	5%	-18%	-7%	6%	22%	1%	29%	0,16
S Biagio di C.	21%	13%	-20%	5%	12%	20%	24%	0,15
Roncade	29%	6%	-11%	4%	15%	32%	20%	0,15
Fontanelle	6%	11%	-13%	2%	21%	24%	30%	0,15
Treviso	8%	17%	-10%	-8%	0%	7%	31%	0,14
Ponte di Piave	42%	17%	-3%	18%	24%	21%	8%	0,14
Chiarano	18%	7%	-18%	21%	16%	17%	5%	0,13
Motta di L.	16%	25%	-9%	14%	22%	16%	30%	0,13
Cimadolmo	13%	4%	-10%	5%	17%	4%	20%	0,10
S. Polo	26%	9%	14%	11%	21%	23%	36%	0,10
Ormelle	16%	14%	15%	5%	18%	19%	30%	0,07

**Tabella 2**
**Esenzioni ticket per forma morbosa a gennaio 2006. Residenti nei comuni dell'ULSS 9.**

Età	Esenzione	Casi	Prop.	Preval.
0-14	007-ASMA	465	29,7%	0,8%
	040-NEONATI PREMATURI, A TERMINE CON RICOVERO	285	18,2%	0,5%
	051-SOGG. NATI CON GRAVI DEFICIT FISICI	214	13,7%	0,4%
	017-EPILESSIA	137	8,7%	0,2%
	A02-MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	133	8,5%	0,2%
	048-PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI	72	4,6%	0,1%
	013-DIABETE MELLITO	33	2,1%	0,1%
	C02-MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, VASI LINF.	30	1,9%	0,1%
	027-IPOTIROIDISMO CONGENITO ED ACQUISITO	27	1,7%	0,0%
	<b>Subtotale</b>		<b>1.567</b>	<b>1,2%</b>
15-44	007-ASMA	1.967	15,8%	1,2%
	048-PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI	1.347	10,8%	0,8%
	031-IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	1.050	8,4%	0,6%
	027-IPOTIROIDISMO CONGENITO ED ACQUISITO	812	6,5%	0,5%
	013-DIABETE MELLITO	739	5,9%	0,4%
	017-EPILESSIA	643	5,2%	0,4%
	044-PSICOSI	581	4,7%	0,3%
	016-EPATITE CRONICA (ATTIVA)	550	4,4%	0,3%
	A02-MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	471	3,8%	0,3%
<b>Subtotale</b>		<b>12.450</b>	<b>9,8%</b>	
45-64	031-IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	12.227	31,6%	12,2%
	048-PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI	4.912	12,7%	4,9%
	013-DIABETE MELLITO	4.010	10,4%	4,0%
	025-IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE-PRIMITIVA	2.457	6,3%	2,4%
	A02-MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	2.422	6,3%	2,4%
	A31-IPERTENSIONE ARTERIOSA SENZA DANNO D'ORGANO	1.940	5,0%	1,9%
	027-IPOTIROIDISMO CONGENITO ED ACQUISITO	1.386	3,6%	1,4%
	019-GLAUCOMA	1.178	3,0%	1,2%
	007-ASMA	922	2,4%	0,9%
<b>Subtotale</b>		<b>38.694</b>	<b>30,5%</b>	
65-79	031-IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	19.452	38,2%	37,3%
	048-PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI	5.963	11,7%	11,4%
	013-DIABETE MELLITO	5.457	10,7%	10,5%
	A02-MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	5.071	10,0%	9,7%
	025-IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE-PRIMITIVA	2.247	4,4%	4,3%
	019-GLAUCOMA	2.121	4,2%	4,1%
	A31-IPERTENSIONE ARTERIOSA SENZA DANNO D'ORGANO	1.383	2,7%	2,7%
	002-AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	1.234	2,4%	2,4%
	C02-MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, VASI LINF.	1.120	2,2%	2,1%
<b>Subtotale</b>		<b>50.952</b>	<b>40,1%</b>	
80+	031-IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	9.279	39,6%	49,0%
	A02-MALATTIE CARDIACHE E DEL CIRCOLO POLMONARE	3.287	14,0%	17,3%
	048-PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI	2.136	9,1%	11,3%
	013-DIABETE MELLITO	2.099	9,0%	11,1%
	019-GLAUCOMA	1.090	4,7%	5,8%
	B02-MALATTIE CEREBROVASCOLARI	855	3,7%	4,5%
	021-INSUFFICIENZA CARDIACA	769	3,3%	4,1%
	C02-MALATTIE DELLE ARTERIE, ARTERIOLE, VASI LINF.	638	2,7%	3,4%
	002-AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	601	2,6%	3,2%
<b>Subtotale</b>		<b>23.408</b>	<b>18,4%</b>	
<b>TOTALE</b>		<b>127.071</b>		

**Tabella 3**

**Esenzioni ticket per forma morbosa a gennaio 2006. Residenti nei comuni dell'ULSS 9.**  
Numero di casi e prevalenza per comorbidità, sesso ed età

Età	n°esenzioni	Casi		Prevalenza %		
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Tot
0-14	1	788	605	2,7%	2,2%	2,4%
	2	42	32	0,1%	0,1%	0,1%
	3	1	6	0,0%	0,0%	0,0%
	4+	0	1	0,0%	0,0%	0,0%
	<b>Subtot.</b>	<b>831</b>	<b>644</b>	<b>2,8%</b>	<b>2,3%</b>	<b>2,6%</b>
15-44	1	4.615	4.982	5,3%	6,2%	5,7%
	2	539	537	0,6%	0,7%	0,6%
	3	101	71	0,1%	0,1%	0,1%
	4+	27	16	0,0%	0,0%	0,0%
	<b>Subtot.</b>	<b>5.282</b>	<b>5.606</b>	<b>6,1%</b>	<b>6,9%</b>	<b>6,5%</b>
45-64	1	9.609	10.428	16,0%	17,0%	16,5%
	2	2.868	2.699	4,8%	4,4%	4,6%
	3	932	711	1,6%	1,2%	1,4%
	4+	378	216	0,6%	0,4%	0,5%
	<b>Subtot.</b>	<b>13.787</b>	<b>14.054</b>	<b>23,0%</b>	<b>22,9%</b>	<b>22,9%</b>
65-79	1	7.575	10.152	56,6%	57,1%	56,9%
	2	3.987	4.289	29,8%	24,1%	26,6%
	3	1.732	1.429	12,9%	8,0%	10,1%
	4+	971	660	7,3%	3,7%	5,2%
	<b>Subtot.</b>	<b>14.265</b>	<b>16.530</b>	<b>100,0%</b>	<b>93,0%</b>	<b>98,9%</b>
80+	1	1.981	4.764	33,6%	36,5%	35,6%
	2	1.304	2.361	22,1%	18,1%	19,3%
	3	610	1.023	10,3%	7,8%	8,6%
	4+	400	599	6,8%	4,6%	5,3%
	<b>Subtot.</b>	<b>4.295</b>	<b>8.747</b>	<b>72,9%</b>	<b>67,0%</b>	<b>68,8%</b>
<b>TOTALE</b>		<b>38.460</b>	<b>45.581</b>	<b>19,7%</b>	<b>22,7%</b>	<b>21,2%</b>

Tabella 4

**Andamenti delle principali cause di morte in età lavorativa**

Misura mortalità: anni di vita medi persi prima dei 65 anni

Criterio: n&gt;100 in almeno uno dei due bienni

	1996-97	2003-04	Variazione %
<b>Malattie</b>			
Neoplasie	5.790	4.728	-18%
<i>K prev. da tabacco</i>	940	1004	7%
<i>K linfoproliferativi e leucemie</i>	951	571	-40%
<i>K mammella</i>	503	490	-3%
<i>K colon-retto-ano</i>	355	378	6%
<i>K SNC</i>	406	312	-23%
<i>K pancreas</i>	219	252	15%
<i>K altri app. urinario</i>	394	241	-39%
<i>K ossa e tess. connettivo</i>	64	217	239%
<i>K fegato-vie. biliari</i>	278	201	-28%
<i>Melanomi</i>	165	149	-10%
<i>K Stomaco</i>	195	125	-36%
<i>K secondari</i>	155	115	-26%
Malattie del cuore	4.497	1.039	-77%
<i>Malattie ischemiche cardiache</i>	2.205	665	-70%
<i>Insufficienza cardiaca</i>	592	2	-100%
<i>Disturbi della conduzione e del ritmo</i>	325	81	-75%
<i>Malattie miocardio</i>	164	152	-7%
Malattie epatiche	573	496	-13%
Tossicodipendenze	536	204	-62%
Malattie infettive e parassitarie	65	169	160%
Malattie cerebrovascolari	930	157	-83%
<i>Emorragie cerebrali</i>	237	106	-55%
Malformazioni congenite	946	216	-77%
Prematurità ed immaturità	195	195	0%
Diabete mellito	76	142	87%
Deficit immunitari	388	137	-65%
Malattie degenerative del SN	245	63	-74%
Psicosi organica	141	0	-100%
<b>Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)</b>	<b>5.595</b>	<b>2.927</b>	<b>-48%</b>
<i>Traumi veri e propri</i>	4.399	2.819	-36%
<i>Asfissia</i>	280	315	13%
<i>Annegamento</i>	239	195	-18%
<i>Tossicità acuta da agenti tossici</i>	275	40	-85%
<b>Totale</b>	<b>24.432</b>	<b>12.171</b>	<b>-50%</b>
<b>Cause violente</b>	<b>5.612</b>	<b>3.470</b>	<b>-38%</b>
<i>Incidente stradale</i>	3.892	2.355	-39%
<i>Suicidio</i>	606	486	-20%
<i>Incidenti in ambienti di vita e lavoro</i>	567	258	-54%
<i>Tossicità acuta</i>	110	0	-100%
<i>Soffocamento</i>	190	0	-100%
<i>Annegamento</i>	147	164	12%
<i>Omicidio</i>	83	52	-37%
<i>Complicanze cure mediche</i>	17	134	688%

Tabella 5

**Andamenti delle principali cause di morte in età non lavorativa**

Misura mortalità: anni di vita medi persi tra i 65 e gli 80 anni

Criterio n&gt;100 in almeno un biennio

Malattie	1996-97	2003-04	Variazione %
<b>Neoplasie</b>	<b>8.175</b>	<b>6.640</b>	<b>-19%</b>
<i>K prev. da tabacco</i>	1.770	1685	-5%
<i>K colon-retto-ano</i>	660	790	20%
<i>K fegato-vie. biliari</i>	615	605	-2%
<i>K pancreas</i>	435	479	10%
<i>K linfoproliferativi e leucemie</i>	930	458	-51%
<i>K mammella</i>	630	403	-36%
<i>K altri app. urinario</i>	465	360	-23%
<i>K Stomaco</i>	390	351	-10%
<i>K prostata</i>	284	320	13%
<i>K SNC</i>	285	251	-12%
<i>K secondari</i>	196	183	-7%
<i>K esofago</i>	165	154	-7%
<i>K ovaio</i>	165	136	-18%
<i>K utero</i>	96	52	-46%
<i>Melanomi</i>	195	82	-58%
<b>Malattie del cuore</b>	<b>2.970</b>	<b>2.051</b>	<b>-31%</b>
<i>Malattie ischemiche cardiache</i>	1.935	1.379	-29%
<i>Disturbi della conduzione e del ritmo</i>	150	116	-23%
<i>Malattie miocardio</i>	255	190	-25%
<i>Insufficienza cardiaca</i>	165	50	-70%
<i>Malattie valvolari</i>	130	116	-11%
<b>Malattie cerebrovascolari</b>	<b>690</b>	<b>779</b>	<b>13%</b>
<i>Emorragie cerebrali</i>	405	301	-26%
<i>Malattie ischemiche cerebrali</i>	118	114	-3%
<b>Cirrosi epatica</b>	<b>825</b>	<b>326</b>	<b>-60%</b>
<b>Malattie apparato respiratorio</b>	<b>825</b>	<b>518</b>	<b>-37%</b>
<i>Polmoniti</i>	480	216	-55%
<i>Malattie albero bronchiale</i>	324	177	-45%
Malattie degenerative del SN	240	242	1%
Ipertensione	180	236	31%
Altre malattie vascolari	285	229	-20%
<i>Aneurismi</i>	135	94	-30%
Tossicodipendenze	225	0	-100%
Diabete mellito	210	259	23%
Malattie infettive e parassitarie	112	104	-7%
Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)	719	400	-44%
<i>Traumi veri e propri</i>	529	119	-78%
<b>Totale</b>	<b>19.290</b>	<b>12.656</b>	<b>-34%</b>
<b>Cause violente</b>	<b>711</b>	<b>400</b>	<b>-44%</b>
<i>Incidente stradale</i>	273	133	-51%
<i>Suicidio</i>	88	84	-5%
<i>Complicanze cure mediche</i>	54	79	46%
<i>Incidenti in ambienti di vita e lavoro</i>	197	62	-69%