

Profilo di Salute dell'ULSS di Treviso

Anno 2002

popolazione, stato di salute, bisogni sanitari e loro soddisfazione

Sommario

PROFILO DI SALUTE DELL'ULSS DI TREVISO.....	1
LA MORTALITÀ E LE SUE CAUSE.....	2
LE MALATTIE.....	2
<i>Infanzia (0-14)</i>	2
<i>Giovani adulti (15-44)</i>	2
<i>Adulti (45-64)</i>	3
<i>Anziani (65+)</i>	3
IMMIGRAZIONE.....	3
DISABILITÀ.....	4
INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE.....	6
I RICOVERI OSPEDALIERI.....	7
CURE RESIDENZIALI E DOMICILIARI PER L'ANZIANO.....	8

L'Unità Locale Socio Sanitaria (ULSS) di Treviso è composta di 36 comuni della omonima Provincia e dal capoluogo, una piccola città di 82.450 abitanti. Il territorio dell'ULSS è pianeggiante, appare come una campagna disseminata di piccoli centri urbani, borghi di case e zone industriali. Nella seconda metà del secolo scorso vi è stata una transizione da un'economia agraria latifondista ad una industriale ed artigianale, fondata su medie e, soprattutto, piccole industrie organizzate in rete, a struttura familiare. Questo rapido mutamento economico ha incrementato e ridistribuito il reddito pro capite ma ha determinato una serie di problematiche correlate allo sfruttamento del territorio, alla mutazione del contesto sociale e degli stili di vita. È avvenuta una transizione sociale, economica, demografica ed una epidemiologica. Il numero di componenti medio per nucleo familiare calcolato con il censimento del 2001 in provincia è 2,68 (media nazionale: 2,60). Il 91,2% degli alloggi è occupato da residenti. Le classi d'età nate nel ventennio 1980-2000 hanno una consistenza dimezzata rispetto a quelle nate negli anni '50 e '60. Attualmente vi è una ripresa della natalità, peraltro largamente inadeguata a compensare il crollo della natalità avvenuto negli anni '70. Le condizioni patologiche che caratterizzavano l'estrema povertà della popolazione contadina di queste terre sino alla metà del secolo scorso sono state sostituite da quelle che caratterizzano le società ricche. Ad esempio la pellagra, un tempo molto diffusa (nel 1905 sono stati denunciati 27.781 casi in Veneto, il 60% di tutti i casi denunciati in Italia) è scomparsa. Il tasso d'incidenza regionale delle malattie infettive di classe III (tubercolosi e micobatteriosi, malaria) nel 2001 è di 15,6*100.000, numero neppure confrontabile con i tassi stimati ad inizio '900. Le malattie socialmente più rilevanti erano la tubercolosi, la malaria, le patologie a trasmissione orofecale ed altre patologie infettive e parassitarie, le ipovitaminosi e gli stati iponutrizionali. Oggi sono il diabete, l'aterosclerosi, le neoplasie mammarie, polmonari e del colon, l'ictus, la demenza senile, l'obesità, l'ipertensione, gli esiti d'incidenti stradali. In generale le patologie da scarsa alimentazione, infettive, da cattive condizioni igienico sanitarie, sono state sostituite da quelle correlate all'iperalimentazione, alla sedentarietà, alle abitudini voluttuarie e tossicodipendenze, alla mobilità, alle età avanzate raggiunte dalla maggioranza degli individui.

La popolazione residente dell'ULSS di Treviso all'01/01/01 era costituita da 362.269 persone di cui il 13,6% con età < 15 anni, il 44,1 nella classe 15-44, il 25,5% in quella 45-64 e il 16,9% > 65 anni.

Nel 2000 vi sono stati 3.751 nati e 3.142 morti, con un saldo naturale positivo. Il saldo della città capoluogo è negativo (-225). La positività del saldo naturale è dovuta alla numerosità delle classi d'età nate negli anni '60 che hanno posticipato le scelte riproduttive ed alla scarsa numerosità delle generazioni che hanno vissuto le due guerre mondiali nella prima metà del secolo scorso. Un altro fattore è anche la maggior propensione alla procreazione delle donne immigrate. Il 13% dei ricoveri per parto a carico dell'ULSS nel 2001 sono di donne di nazionalità straniera. Il tasso di fertilità grezzo nel 2000 è di 41,7 * 1.000 donne 15-49 anni. Nel 2001 il numero di figli medio per donna stimato a livello regionale è di 1,18, la speranza di vita alla nascita di 77,1 nei maschi e di 83,7 nelle femmine. Il tasso d'incremento totale (10,7) è correlato soprattutto al fenomeno immigrazione (tasso d'incremento migratorio: 10,2). Attualmente il fenomeno migratorio agisce con maggiore intensità sulle classi d'età già più numerose, che incrementano ulteriormente, aggravando lo squilibrio demografico esistente.

La mortalità e le sue cause

L'ULSS ha una mortalità relativamente bassa: nel periodo 1995-1997 l'SMR (rapporto standardizzato di mortalità) dei maschi è 97,1, per le femmine 89,3. Il tasso d'anni di vita persi prima dei 65 anni per 100.000 è di 4.405,1 nei maschi e di 2.042,5 nelle femmine. Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa d'anni di vita persi nei maschi e la seconda nelle femmine. Nei maschi determinano il 25% degli anni di vita persi, nelle femmine il 15%. La probabilità di morire per incidente stradale è più alta che nel resto della regione (SMR 131,9 nei maschi, 135,6 nelle femmine). I tumori, nel loro insieme, sono la prima causa di perdita d'anni di vita nelle donne e la seconda nei maschi. Nelle prime determinano la perdita del 40% degli anni di vita persi totali. Di questi il 24% è correlato alle neoplasie mammarie. Nei maschi gli anni di vita persi complessivi per neoplasie sono del 33% superiori a quelli delle femmine; tra le varie neoplasie, la più importante è quella delle vie respiratorie (31% degli anni di vita persi per neoplasia). I tumori dell'intestino determinano 57 decessi medi annui sia nei maschi sia nelle femmine e rappresentano il secondo tumore per anni di vita persi. Le malattie del sistema circolatorio causano perdita del 12,3% del totale d'anni di vita persi nei maschi, del 6,8% nelle femmine, con uno SMR inferiore rispetto alla media regionale (90,6 nei maschi, 82,9 nelle femmine). Il rischio di suicidio nelle età 0-74 è piuttosto alto nei maschi (0,8%), mentre è minore nelle femmine (0,2%). Tra le donne la mortalità per complicanze al parto ed al puerperio è nulla nel periodo di riferimento. Raffrontando gli SMR locali con quelli delle altre ULSS del Veneto per le cause di morte con più di 100 decessi annui notiamo l'elevato tasso delle malattie dell'apparato respiratorio sia nei maschi (SMR 126,8) che nelle femmine (SMR 122,4). Tra i maschi, in particolare, assumono molta importanza le BPCO (39% dei decessi per tali malattie). Il rischio di morire prima dei 75 anni è del 38,7% nei maschi e del 18,2% nelle femmine.

Le malattie

Infanzia (0-14)

La prevalenza delle patologie croniche è stata stimata dalle esenzioni ticket all'1/10/2002. Le tre condizioni patologiche più frequenti (n>200) sono la prematurità e l'imaturità, la presenza di gravi deficit alla nascita e l'asma. Di rilievo l'epilessia (n=95) e le neoplasie maligne (n=53).

Le condizioni patologiche perinatali hanno determinato, nel quinquennio 1997-2001, l'assorbimento del 12% delle risorse ospedaliere dedicate a questa classe d'età (il 6% del totale). Le anomalie congenite cardiovascolari il 4%. Le infezioni dell'apparato respiratorio il 12%, le infezioni intestinali il 4%. Le terapie antitumorali il 5%, l'epilessia e le convulsioni il 4%. Nello stesso periodo sono state eseguite 1.802 tonsillectomie (21% del totale delle procedure eseguite per questa classe d'età).

Giovani adulti (15-44)

La stima di prevalenza identifica anche in questa classe d'età tre condizioni patologiche più frequenti (n>1000): le neoplasie maligne, l'asma, l'ipertensione. Seguono il diabete mellito (742),

l'ipotiroidismo (521), l'epilessia (515), l'epatite cronica attiva (439), le psicosi (378), le affezioni del sistema circolatorio (349), l'ipertiroidismo (319), la tossicodipendenza (272), le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (245) ed i deficit fisici dalla nascita (218).

Questa classe d'età assorbe il 21% delle risorse ospedaliere: di questa quota circa un terzo è dedicato ai parti normali. I principali problemi di tipo ortopedico (disturbi articolari, distorsioni da trauma, fratture degli arti inferiori, distorsioni, disturbi del rachide) assorbono il 13% delle risorse. Di rilievo le varici e altre problematiche venose e gli interventi di appendicectomia. L'intervento più frequente è l'episiotomia (10% dei totali).

Adulti (45-64)

La condizione patologica cronica di gran lunga più frequente è l'ipertensione (n=11884). Seguono poi le neoplasie maligne (3968), il diabete mellito (3240), le affezioni del sistema circolatorio (2111) ed il glaucoma (1049). Tra 1000 casi e i 500 vi sono le ipercolesterolemie, i gravi ipotiroidismi e le psicosi. Seguono (n>200) epatite cronica attiva, asma, ipertiroidismo, artrite reumatoide ed epilessia.

In questa classe d'età vi sono molte problematiche che determinano l'offerta di servizi e la generazione di costi assistenziali. La neoplasia polmonare, quella mammaria, la chemioterapia e i tumori benigni determinano il 9% dei costi. I disturbi articolari, i disturbi del rachide e l'osteoartrosi il 7%, le varici agli arti inferiori il 3%, le malattie ischemiche cardiache il 3%, l'ictus il 2%. Le esofagogastroduodenoscopie operative, la diagnostica genitale femminile, lo stripping delle vene degli arti inferiori, gli interventi sul cristallino e la riparazione di ernia inguinale rappresentano le procedure chirurgiche più frequenti (n > 2000). Le prime dieci situazioni patologiche determinano solo ¼ del consumo di risorse.

Anziani (65+)

Le condizioni croniche, in quest'età, sono molto frequenti. 31.034 soggetti hanno almeno una esenzione ticket (47% degli assistiti), 6.774 due esenzioni, 2.263 tre o più. Vi sono cinque condizioni con più di 1000 casi: ipertensione (22234), diabete mellito (5296), neoplasie maligne (5068), patologie cardiovascolari (4292), glaucoma (2292).

I ricoveri degli anziani assorbono il 47% delle risorse complessive. In ordine d'importanza per costo complessivo la prima condizione patologica è lo scompenso cardiaco congestizio. Seguono polmoniti, ictus e TIA, osteoartrosi, neoplasie polmonari, malattie ischemiche cardiache, frattura del collo del femore, cataratta, malattie delle valvole cardiache e neoplasie del colon. Gli interventi sul cristallino rappresentano il 19% dei totali (15.869 in cinque anni), le esofagogastroduodenoscopie operative il 7%.

Immigrazione

Fino agli anni '60 questa provincia era caratterizzata da una forte emigrazione. Attualmente il fenomeno si è invertito ed il saldo sociale¹ provinciale 2000 di 10,51 è il più alto della regione (media: 6,16) e molto più alto della media italiana (3,14).

Ad ottobre 2002 dei 371 mila residenti dell'ULSS 12.792 (3.5%) risultano nati in paesi diversi dall'Italia, 14.710 hanno nazionalità straniera. Tra i residenti d'età inferiore ai 65 anni il 6% dei maschi ed il 4% delle femmine ha nazionalità straniera. Le classi d'età annuali più numerose (n >200) nei maschi sono comprese tra i 25 e i 39 anni, nelle femmine tra i 24 e i 33.

La distribuzione di questa popolazione nei comuni dell'ULSS non è omogenea. In alcuni vi è una maggior presenza degli stessi in rapporto alla popolazione totale: a S. Polo di Piave il 9%, a Zenson di Piave oltre il 7%. A Treviso, Cimadolmo ed Ormelle la proporzione è compresa tra il 6 ed il 7%.

All'1/10/2002 risultano domiciliate nei comuni dell'ULSS 15.180 persone nate all'estero. L'80% ha un medico di medicina generale (MMG) a carico dell'ULSS di Treviso. Il 44,5% proviene dall'Europa Orientale, il 20,5% dal Nord Africa, l'11% dal sud est asiatico, il 10,3% dall'Africa subsahariana. Nel periodo 1995 - 2002 sono venute a contatto con i servizi dell'ULSS e registrate

¹ (iscritti - cancellati) /popolazione residente media * 1.000

31.467 persone nate in 154 diverse nazioni straniere. Questa popolazione può essere distinta in due gruppi: i nati in Europa Occidentale e Nord America (13%) e tutti gli altri (87%). La quota di residenti/domiciliati è rispettivamente del 26% e del 77%. Nel primo gruppo l'età media dei residenti è 44 anni e dei non residenti 36, nel secondo 29 e 32.

Nel periodo 1996 – 1999 vi sono stati 342 decessi di immigrati (2,5% del totale). Tra le femmine la mortalità si concentra prevalentemente nelle classi d'età con più di 65 anni (80%), nei maschi il 28% dei decessi avviene nella classe 14-44 anni ed il 22% in quella 45-64. Per tutti la principale causa di morte è rappresentata dalle malattie ischemiche del cuore. Nei maschi assumono notevole importanza le morti violente. I traumi interni di torace, addome e bacino sono la 2^a causa di morte. Traumi, fratture, ferite ed ustioni rappresentano i 2/3 delle cause di morte tra i maschi giovani adulti.

La percentuale di immigrati residenti con esenzione ticket per patologia cronica è del 3,1%. Tale prevalenza è relativamente bassa, avvalorando anche per la nostra ULSS l'ipotesi che gli immigrati sono una popolazione sana. Le esenzioni più frequenti sono per diabete mellito ed ipertensione. Risulta affetto dalle tre malattie trasmissibili croniche più rappresentate lo 0,7% dei residenti: 52 per tubercolosi, 20 per epatite virale cronica attiva, 17 per HIV.

Dall'analisi dei ricoveri ospedalieri notiamo che le problematiche più rilevanti delle femmine sono correlate al parto ed alla salute riproduttiva. Di rilievo gli 80 ricoveri annui medi per interruzione volontaria della gravidanza. Il rapporto di Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG) stimato dai ricoveri ospedalieri nel 2001 è del 51,7% (17,1% per le nate in Italia). Il tasso di IVG stimato per il 2001 varia in base alla nazione di provenienza (da 0 a 70,8 per 1.000 donne 15-49 anni). Lo stesso avviene per il tasso di fecondità (da 0 a 128,6 per 1.000 donne 15-49 anni). Fecondità ed IVG hanno una modesta correlazione ($r^2=0,24$ $p=0,02$). Tra i maschi significativi i 50 ricoveri annui, in media, per traumi gravi.

Il numero complessivo di ricoveri è passato dai 426 del 1997 ai 2.640 del 2001, con un aumento di 5 volte dell'impegno economico dell'ULSS. Il 96% dei ricoveri per parto ed il 99% per IVG sono stati effettuati dagli ospedali pubblici regionali, l'89% ed il 64% dalle strutture dell'ULSS (periodo 1997-2001).

L'aumento dell'impegno della medicina di base è ben visibile dal numero di farmaci prescritti su ricettario del SSR: siamo passati dalle 23 mila del 1999 a 53 mila confezioni nel 2001.

Il Pronto Soccorso del principale ospedale di Treviso, il Cà Foncello, ha rappresentato una delle principali strutture per la risposta ai problemi degli immigrati. Fino al 1988 la questione era trascurabile, con 296 accessi annui. Negli anni novanta il numero di accessi degli immigrati è aumentato esponenzialmente: 1.425 nel '91, 2.310 nel '95, 5.335 nel '99. Nel 2001 si sono verificati ben 8.472 accessi, che sono, quindi, quintuplicati in dieci anni. In particolare gli accessi per infortunio sul lavoro da meno di 200 nel 1991 sono diventati più di 1.000 nel 2001, quelli per incidente stradale da poco più di 100 del 1996 a quasi 800.

In proporzione al totale degli accessi quelli degli immigrati sono stati il 0,3% nel 1985, l'1,7% nel 1991, il 4,7% nel 1999 ed il 6% nel 2001. Nel 2001 solo 1/3 degli accessi è dovuto a traumi o incidenti, sia per gli immigrati sia per la generalità della popolazione. Sono relativi ad immigrati, nel 2001, il 25% degli accessi per violenza altrui, il 15% degli accessi per infortunio sul lavoro e per intossicazione, il 10% degli accessi per incidente stradale.

La principale criticità assistenziale rilevata è il numero di persone che, dopo aver goduto l'assistenza sanitaria per un certo periodo, perdono per vari motivi il diritto alla stessa. Dai 197 casi del '97 si è passati ai 584 del 2001 e ai 900 del 2002.

Disabilità

Il tasso standardizzato di non autosufficienza al 31/12/2000 è di 9,2‰ nei maschi e di 9,1‰ nelle femmine, con un numero complessivo di 3.368 non autosufficienti. Alla stessa data risultano residenti 90 sordomuti, 102 ciechi con residuo visivo, 104 ciechi assoluti, 14.771 persone con un grado

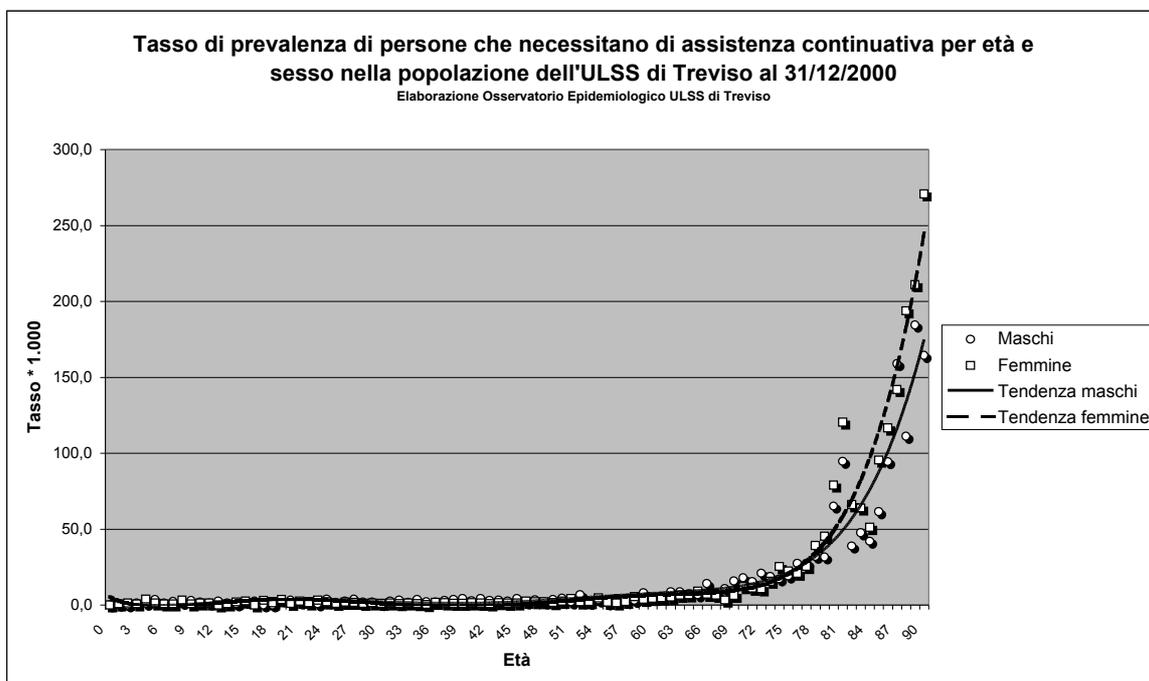
d'invalidità superiore al 33%. Il numero di persone che necessitano di assistenza continuativa aumenta esponenzialmente dopo i 75 anni (vedi grafico 1).

Solo per effetto dell'invecchiamento della popolazione ci si attende un consistente aumento dei non autosufficienti: 3.950 nel 2005, 4.450 nel 2010 e 5.980 nel 2020 (incremento annuo medio del 4%).

La stima del bisogno espresso per disabilità è stata fatta utilizzando come indicatore le domande di invalidità civile dei residenti presso le commissioni d'invalidità locali nel periodo compreso tra il 1996 ed il 2000. Il trend risulta in ascesa e lineare negli ultimi anni ($r^2: 0,9999$) con un incremento medio del 4% annuo. Nelle previsioni corrette per età tra il 2000 ed il 2005 è atteso un aumento delle domande del 43%, con un incremento medio annuo di oltre il 7%. La quasi totalità delle domande sarà effettuata da soggetti anziani.

Il consumo di risorse sanitarie non è proporzionale all'invalidità: gli invalidi al 100% consumano più risorse dei non autosufficienti in quasi tutte le classi d'età. Inoltre, a pari invalidità, i consumi non crescono all'aumentare dell'età: dopo i 70 anni iniziano a diminuire e, nelle età più avanzate, sono inferiori a quelli medi della popolazione di pari età e sesso. Questo fenomeno è dovuto al case-mix delle patologie che determinano l'invalidità: all'avanzare dell'età aumenta la proporzione di patologie, quali la demenza, che determinano alti costi sociali ma, anche per effetto dell'assistenza continuativa, diminuiscono gli scompensi e le cadute, importanti determinanti degli alti costi sanitari ospedalieri dell'anziano.

Grafico 1



Invecchiamento della popolazione

Tra il 2002 ed il 2015 ci si attende un incremento lineare della popolazione ultrasettantacinquenne che aumenterà almeno del 90% rispetto al 1995.

Tabella 1: popolazione anziana dell'ULSS di Treviso e percentuale rispetto alla popolazione totale con stima al 2015 (ipotesi media ISTAT)

Anno	Ultasessanta cinquenni		Ultasettanta cinquenni		Popolazione Totale
	Residenti	%	Residenti	%	Residenti
1995	56.876	16,3%	23.036	6,6%	349.839
2000	62.757	17,1%	28.416	7,7%	367.241
2002	65.551	17,4%	30.596	8,1%	376.237
2005	70.732	18,5%	34.258	9,0%	382.312
2010	77.168	19,9%	38.580	10,0%	386.987
2015	84.462	21,7%	43.563	11,2%	388.909

Finora l'offerta dei servizi sanitari si è riorientata ai bisogni emergenti della popolazione anche se l'offerta di servizi si concentra soprattutto sul momento acuto del processo patologico. L'aumento dei bisogni complessivi correlato all'incremento delle patologie croniche correlate all'età è ben visibile nei costi sostenuti dall'ULSS di Treviso per fornire le prestazioni dei livelli di diagnosi e cura misurabili ed attribuibili analiticamente ai vari assistiti (ospedaliero, farmaceutica territoriale, specialistica).

Nel biennio 1999-2000, i costi pro capite sono stati pari ad Euro 405 nei <65 anni, e 1.681 nei soggetti con età ≥65.

Dopo il primo anno di vita i costi rimangono bassi durante l'infanzia e l'adolescenza. Per i maschi, la spesa rimane relativamente bassa fino a 50 anni d'età, dopo i quali incomincia a crescere rapidamente. Tra i 20 e i 50 anni d'età i costi sono più alti per le donne che per gli uomini, ma dopo i 50 i costi per le donne sono generalmente più bassi rispetto a quelli dei coetanei maschi.

Tabella 2: Costi pro capite per tipo di consumo sanitario e classe di età (ASL Treviso, 1999-2000)

Tipo di costi	Classe d'età							
	0 - 14		15 - 44		45 - 64		65+	
	Euro	%	Euro	%	Euro	%	Euro	%
Ricoveri ordinari	164	64,4	145	47,2	307	47	1.001	59,6
Ricoveri diurni	20	7,9	27	8,8	49	7,5	79	4,7
Specialistica	41	15,9	92	29,9	156	23,9	251	14,9
Farmaceutica	30	11,7	43	14,1	141	21,5	350	20,8

Il costo pro capite della specialistica nei soggetti con più di 65 anni, pur aumentando in valore assoluto rispetto alle classi d'età meno anziane, rappresenta meno del 15% dei costi complessivi, con una riduzione del 9% rispetto alla classe d'età 45 - 64. Questa riduzione relativa della specialistica non residenziale si accompagna ad un aumento del 12,6% dei ricoveri ordinari, il cui costo assoluto diventa più che triplo rispetto alla classe 45 - 64.

I maggiori costi nell'età avanzata, sia per valore assoluto sia per tasso d'incremento, sono imputabili ai ricoveri ordinari. La loro componente percentuale di spesa nell'età adulta è compresa tra il 50% ed il 60%. A 60 anni essa inizia ad aumentare per raggiungere circa l'80% a 95 anni.

L'incremento dei costi associato all'età può essere dovuto all'aumento di frequenza delle patologie o, all'aumento dei costi dei trattamenti per una patologia specifica delle persone più anziane o alla

combinazione di entrambi. Il contributo dei due elementi si presenta variabile per malattia, com'è evidente dai dati su due patologie maggiori, il diabete e le neoplasie.

La tabella 3 riassume per classe d'età i costi pro capite medi e specifici per patologia e la quota parte sul totale dei costi della specifica classe d'età.

Tabella 3: Prevalenza di pazienti diabetici e neoplastici, costi pro capite e incidenza percentuale sulla spesa della ASL di Treviso (1999 – 2000)

Tipo di Costi	Classe d'età											
	0 – 14			15 – 44			45 - 64			65+		
	Prevalenza % malattia	Percentuale sulla spesa	Spesa pro capite (€)	Prevalenza % malattia	Percentuale sulla spesa	Spesa pro capite (€)	Prevalenza % malattia	Percentuale sulla spesa	Spesa pro capite (€)	Prevalenza % malattia	Percentuale sulla spesa	Spesa pro capite (€)
Diabetici	0,1%	0,3%	1.075	0,5%	1,9%	1.208	3,6%	8,5%	1.553	7,1%	12,0%	2.853
Neoplastici	0,1%	5,4%	13.738	0,7%	6,1%	2.620	4,4%	17,8%	2.625	8,7%	15,1%	2.941
Popolazione generale			255			308			654			1.681

I ricoveri ospedalieri

Il tasso di ricovero in strutture ospedaliere, come intuibile, è correlato alla struttura per età. Esso aumenta progressivamente dopo i 50 anni sia tra i maschi sia tra le femmine. I rispettivi tassi per classe d'età e sesso ed andamento temporale sono riportati nella tabella 4. Sono esclusi i ricoveri "fisiologici" (neonati normali e parti fisiologici).

Tabella 4: tasso grezzo di ricovero ospedaliero * 1.000 abitanti per classe d'età ed anno (tutti i ricoveri in strutture per acuti degli assistiti a carico dell'ULSS n°9)

Maschi: tasso di ricovero * 1.000				
Classe età	1998	1999	2000	2001
0-14	121	121	109	119
15-44	89	86	80	81
45-64	197	183	179	172
65+	543	517	499	493
Femmine: tasso di ricovero * 1.000				
Classe età	1998	1999	2000	2001
0-14	97	99	88	90
15-44	120	131	127	127
45-64	181	178	170	173
65+	408	386	374	368

La diminuzione dei tassi non ha comportato una diminuzione dei costi stimati attualizzati, che sono costanti, in quanto sono stati deospedalizzati i casi meno complessi, mentre sono aumentati i casi con maggior complessità.

Il tasso d'intervento al cristallino della popolazione anziana è passato dal 28% del 1998 al 38% del 2001: in questo caso il sistema ha dimostrato la capacità di rispondere ai bisogni emergenti. I ricoveri dei residenti per ipertensione sono passati dai 407 del 1998 ai 226 del 2001, quelli per ulcera peptica da 125 a 63, delle affezioni del dorso da 1063 a 714. I ricoveri per diabete sono costanti (attorno ai 250 annui), nell'84% effettuati presso strutture dell'ULSS.

Il tasso di cesarizzazione stimato dai ricoveri ospedalieri è molto più basso e costante nelle strutture dell'ULSS (19% medio nel periodo 1998-2001) rispetto ai parti effettuati fuori ULSS dalle residenti (32% nel '98, 35% nel '01). I tassi di parto vaginale operativo, non fisiologico, sono però in aumento nelle strutture dell'ULSS (dal 9% al 28% contro il 3% medio di quelli effettuati fuori ULSS). Il numero di ricoveri annuo per nati immaturi e prematuri con affezioni maggiori è costante nel periodo 1997-2001 (media 96), i nati prematuri senza affezioni maggiori sono aumentati da 54 a 138. I

ricoveri per tonsillectomia ed adenoidectomia in età pediatrica (0-14) sono costanti (media annua 341), mentre è in diminuzione l'età media (da 6,2 a 5,4 anni).

Cure residenziali e domiciliari per l'anziano

L'elevata prevalenza di patologie croniche nella popolazione anziana e gli elevati costi dei problemi derivati da una inadeguata gestione delle patologie croniche hanno imposto una revisione dei modelli assistenziali. Sono state previste diverse tipologie di residenze sanitarie non ospedaliere finalizzate al recupero funzionale ed alla gestione di quei casi che, per gravità, complessità, assenza di supporto familiare, non sono gestibili al domicilio dell'assistito. A quest'ultimo livello sono stati previsti percorsi differenziati per problematica e per gravità delle situazioni cliniche, funzionali e sociali. Le attività sono realizzate principalmente dai medici di medicina generale, dagli infermieri dedicati all'assistenza domiciliare e dal personale assistenziale, quest'ultimo in genere gestito dai Servizi Sociali dei Comuni. La gestione integrata di aspetti sanitari e sociali dei singoli casi trova il suo momento d'integrazione nell'Unità Operativa Distrettuale. Essa si costituisce in modo dinamico, riunendo i vari professionisti che hanno in carico il singolo assistito e, in seduta comune, definisce il programma socio assistenziale ottimale per ogni singolo caso. Quando ritenuto utile è integrata da medici specialisti e personale tecnico anche di strutture ospedaliere. Il massimo livello di complessità di tale profilo assistenziale prevede l'ospedalizzazione domiciliare, riservata a casi specifici in quanto gravata da elevati costi e problematiche igieniche, professionali e tecnico-organizzative. Attualmente l'assistenza domiciliare integrata non è facilmente misurabile in quanto gli specifici flussi informativi sono in fase d'avvio.

Nel 2001 la stima dei costi pro capite per i soggetti 65+ per l'assistenza sanitaria residenziale è di 1.414 €, dei quali il 20% per l'assistenza sanitaria in residenze extraospedaliere. Questa quota è destinata ad aumentare notevolmente nei prossimi anni.

La spesa a carico dell'ULSS per i farmaci distribuiti dalle farmacie territoriali per gli anziani è stata di 408 € pro capite (85% del costo lordo). La spesa per questa classe d'età sostenuta dall'ULSS rappresenta il 51% del totale della spesa farmaceutica. La compartecipazione alla spesa ha determinato una spesa media di 23 € per assistito (4,7% del costo). Le prime dieci classi farmacologiche ATC hanno determinato il 54% del fatturato, cinque di queste superano la quota del 5%: ACE inibitori, antiulcera peptica, ipocolesterolemizzanti ed ipotrigliceridemizzanti, calcioantagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare, ACE inibitori in associazione. L'applicazione dei risultati dello studio ALLHAT (JAMA Dec. 18, 2002 – vol 288, n° 23) potrà comportare una significativa ottimizzazione dei costi del profilo di cura dell'ipertensione.

La cautela nell'introduzione di terapie di non comprovata efficacia e sicurezza è una politica aziendale che mira alla tutela della popolazione ed all'ottimizzazione del rapporto costo/benefici delle cure. Nel 2001 solo il 2% delle donne con età ≥ 55 ha ricevuto la terapia ormonale sostitutiva dal proprio medico di medicina generale o da un specialista dell'ULSS. Di queste solo il 31% aveva più di sessant'anni.

Le attività di diagnosi e cura specialistiche ambulatoriali hanno determinato nel 2001 una spesa pro capite a carico dell'ULSS, per gli anziani, di 254 €. Tale spesa, stimata dagli importi tariffari, aumenta progressivamente dai 50 ai 75 anni, successivamente inizia a diminuire. La spesa media pro capite a carico degli assistiti è stata di soli 6 €. Come già visto questa tipologia assistenziale è secondaria per gli anziani: gli importi totali rappresentano il 92% della sola spesa sanitaria per le strutture residenziali non ospedaliere. Nonostante questo il 66% dei costi di specialistica ambulatoriale a carico dell'ULSS sono a favore di questa classe d'età.

*Osservatorio Epidemiologico dell'ULSS n° 9 "Treviso" – Regione del Veneto
Treviso, giovedì 20 marzo 2003*

Per informazioni e comunicazioni: gbattistella@ulss.tv.it