

Relazione
Socio Sanitaria
della Regione del
Veneto

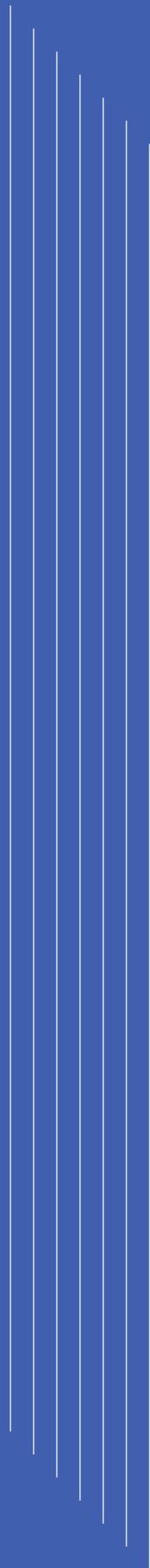


Parte Prima:

Demografia ed
epidemiologia

Anno 2011
(dati 2008-2010)

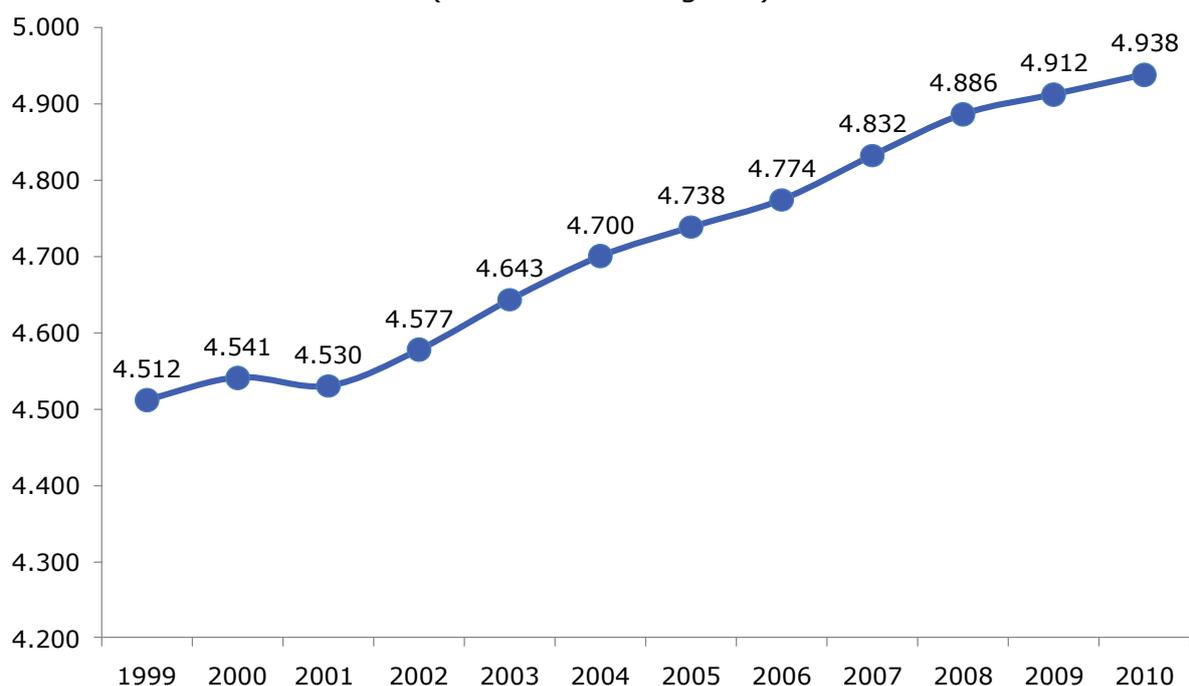
Questa sezione ha lo scopo di descrivere le dinamiche demografiche ed epidemiologiche osservabili nel Veneto



1.1 Dinamiche demografiche

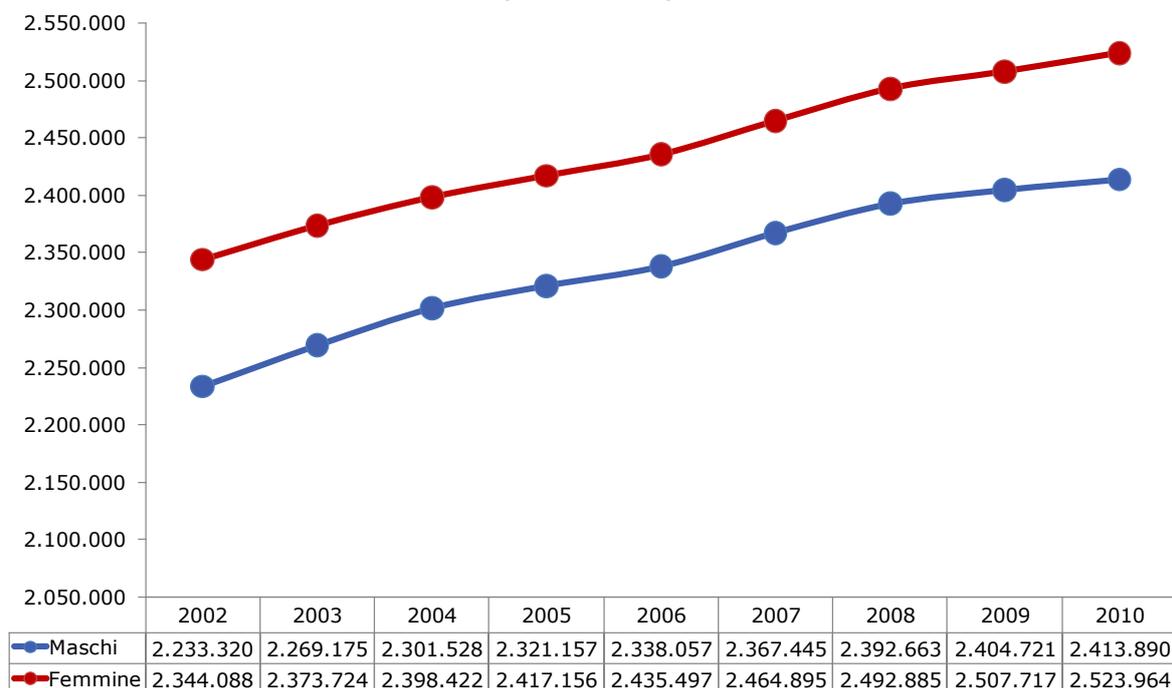
Come abbiamo osservato nella precedente Relazione Socio Sanitaria continua il rapido e progressivo processo di avvicinamento ai 5 milioni di abitanti. Dal 2001 al 2010 assistiamo infatti ad un incremento medio annuo della popolazione di oltre 40.000 unità.

Veneto - Trend della popolazione 1999-2010
(dati ISTAT in migliaia)



Com'è noto la crescita è dovuta in gran parte a persone immigrate. Si tratta di un fenomeno di grande rilevanza per il Sistema Socio Sanitario regionale, che si trova perciò ad affrontare un aumento delle prestazioni erogate a fronte di condizioni di crescente scarsità nelle risorse economiche dedicate. Il trend osservabile assume lo stesso orientamento sia per gli uomini che per le donne, anche se il numero di queste ultime rimane sempre superiore. Lo stesso si può dire generalmente per la speranza di vita, con valori di crescita più elevati per i maschi, se si considera un arco temporale di trent'anni. Inoltre, la speranza di vita alla nascita nella nostra Regione risulta superiore a quella riscontrabile sul territorio nazionale ed alla media calcolabile con riferimento alle sole Regioni del nord Italia. Questi dati, anche se di poco più elevati, sono rappresentativi di una condizione di longevità e di attenzione alla propria salute, tra le migliori riscontrabili nel nostro Paese. Ciò segnala quindi un'evoluzione positiva a cui si accompagna il bisogno del mantenimento di una buona qualità della vita.

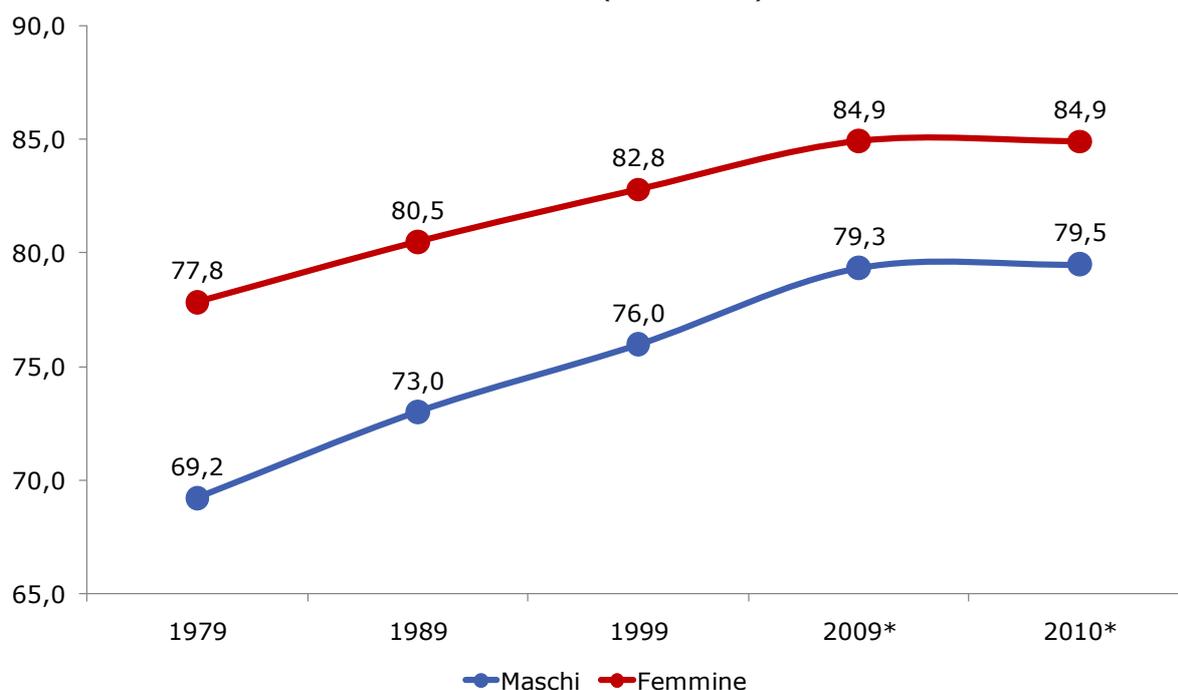
Trend popolazione del Veneto per sesso negli anni 2002-2010
(dati ISTAT)



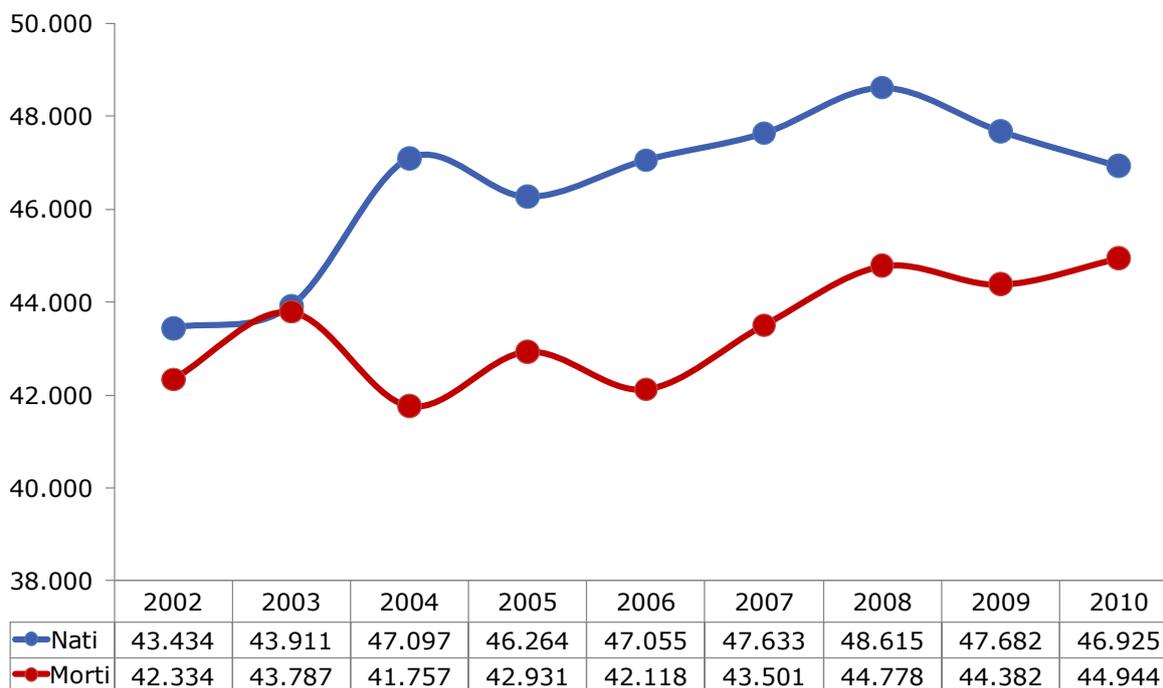
10

Questo obiettivo è costantemente perseguito dalle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali esistenti nella nostra Regione (ad esempio con i servizi destinati alle persone anziane).

Speranza di vita alla nascita nel Veneto - Maschi e Femmine
1979-2010 (dati ISTAT)

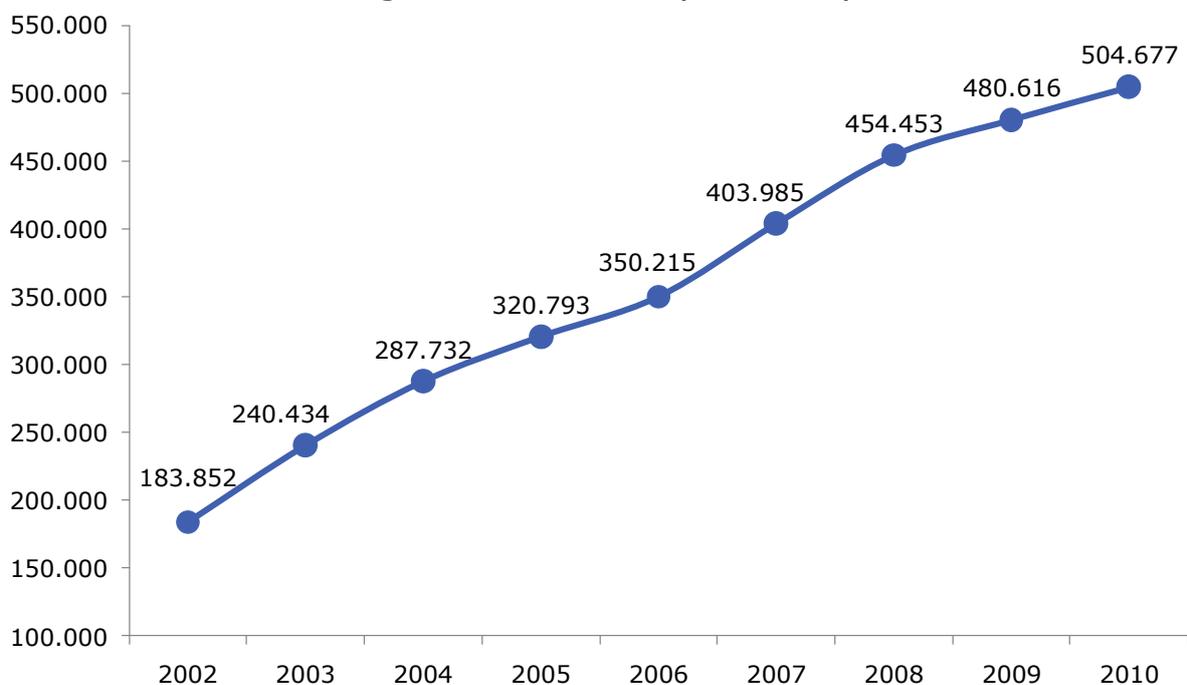


Trend nati-morti negli anni 2002-2010
(Veneto dati ISTAT)

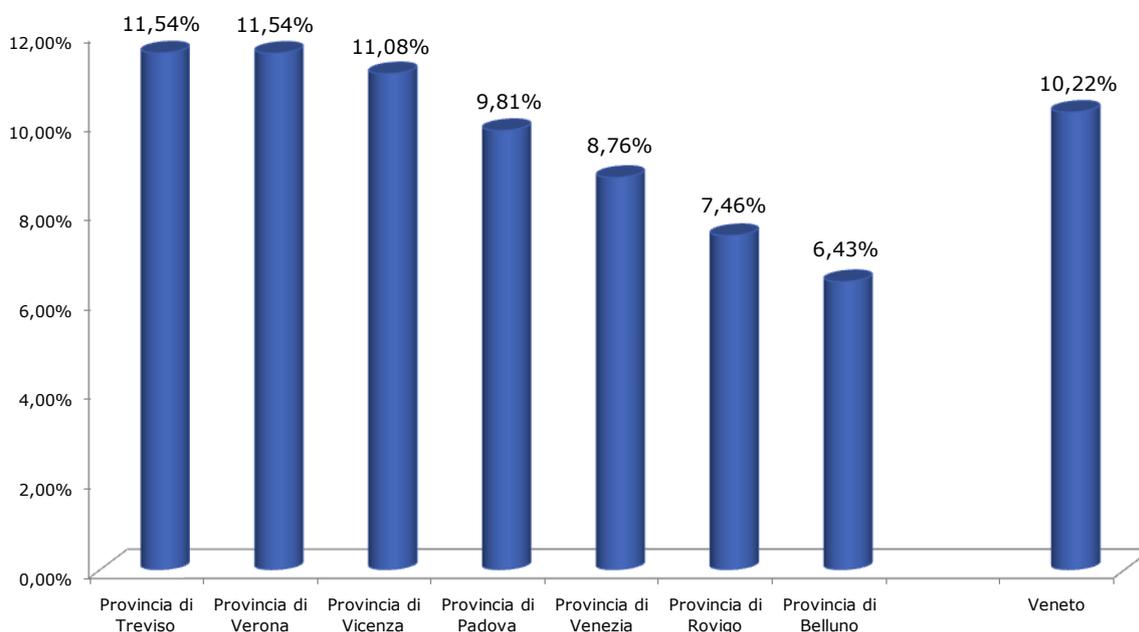


Anche l'osservazione del rapporto tra le nascite e le morti nel Veneto perviene a considerazioni di segno positivo, con un trend fluttuante ma sempre a favore dei nuovi nati rispetto ai decessi.

Veneto - Trend della popolazione immigrata
negli anni 2002-2010 (dati ISTAT)



Percentuale popolazione straniera sul totale
nelle Province del Veneto
(Dati ISTAT - Anno 2010)



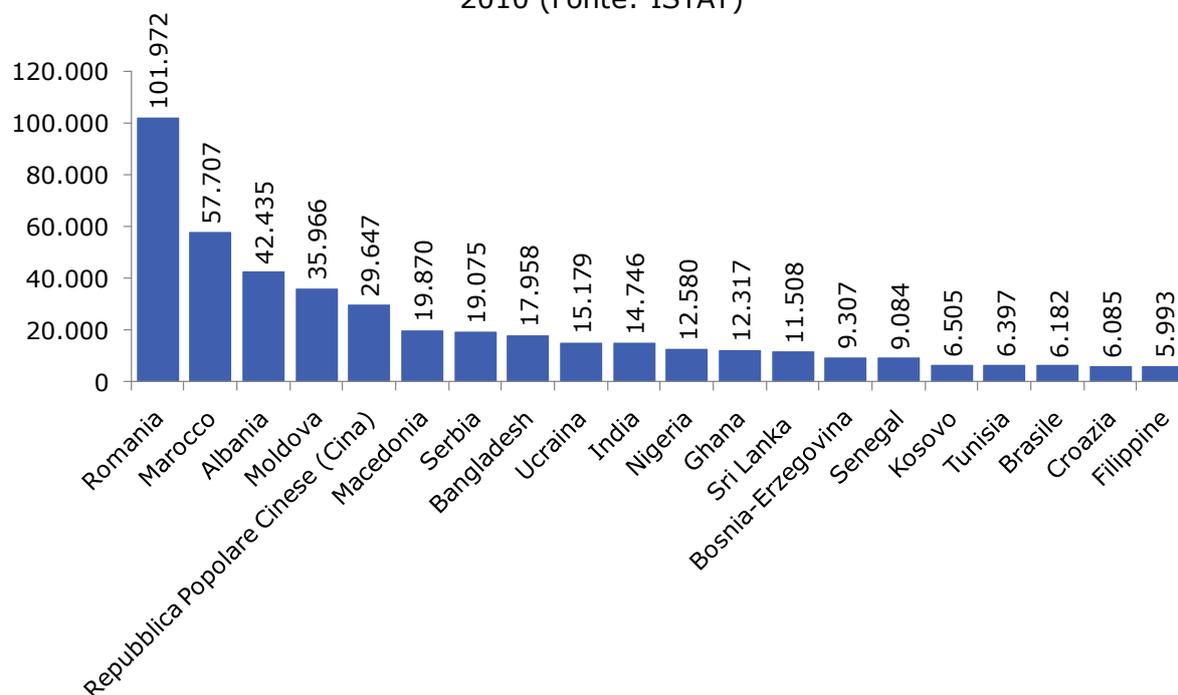
12

Per quanto riguarda la popolazione immigrata nel Veneto può essere utile riprendere parte dell'analisi contenuta nel Rapporto 2010 a cura dell'Osservatorio Regionale sull'Immigrazione. In esso si afferma che, la crescita degli stranieri osservata nel 2008 è attribuibile per un quinto al saldo naturale (differenza tra nati e morti), positivo per quasi 10.000 unità ed in crescita continua rispetto agli anni precedenti. È evidente che, data la bassissima quota di anziani, il tasso di mortalità della popolazione straniera è estremamente ridotto, non confrontabile con quello medio della popolazione residente: ciò fa sì che il numero dei nati stranieri si rifletta ampiamente nelle dimensioni del saldo naturale. La situazione non varia di molto nei due anni successivi. Nel 2010 i nati stranieri sono stimati in circa 10.000. Con tale numero, nel 2010 gli stranieri hanno rappresentato oltre il 21% dei nati in Veneto. Se consideriamo la quota di nati da almeno un genitore straniero (considerando dunque anche i nati con cittadinanza italiana perché figli di un genitore italiano e di un genitore straniero) si sale ad oltre il 25% dei nati. L'apporto degli stranieri spiega pressoché completamente la dinamica di incremento dei nati in Veneto osservata nell'ultimo decennio. Il numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale) è pari in Veneto nel 2010 a 1,29 per le italiane e a 2,22 per le straniere, mentre in Italia rispetto alla nostra Regione i corrispondenti valori sono più alti per le italiane (1,32) e più bassi per le straniere (2,11). Osserviamo, inoltre, che del tutto analoga a quella dei nati è la quota di matrimoni con almeno uno sposo straniero, anche

se i dati disponibili sono riferiti al 2009. Essa è nettamente più elevata in Veneto (21%) che in Italia (circa 14%). Nel 2009 si sono formate in Veneto, per matrimonio, 1.652 nuove coppie con entrambi gli sposi stranieri e 1.936 coppie miste.

| Veneto 2010 - Popolazione straniera | | | | |
|-------------------------------------|--------|---------|----------------|---------------|
| Province | Maschi | Femmine | Totale | % |
| Provincia di Belluno | 6.103 | 7.628 | 13.731 | 6,43% |
| Provincia di Vicenza | 49.366 | 47.112 | 96.478 | 11,08% |
| Provincia di Treviso | 52.346 | 50.195 | 102.541 | 11,54% |
| Provincia di Venezia | 36.164 | 39.453 | 75.617 | 8,76% |
| Provincia di Padova | 44.748 | 46.901 | 91.649 | 9,81% |
| Provincia di Rovigo | 8.713 | 9.781 | 18.494 | 7,46% |
| Provincia di Verona | 53.674 | 52.493 | 106.167 | 11,54% |
| | | | 504.677 | 10,22% |

Primi 20 gruppi più numerosi di cittadini stranieri nel Veneto nel 2010 (Fonte: ISTAT)



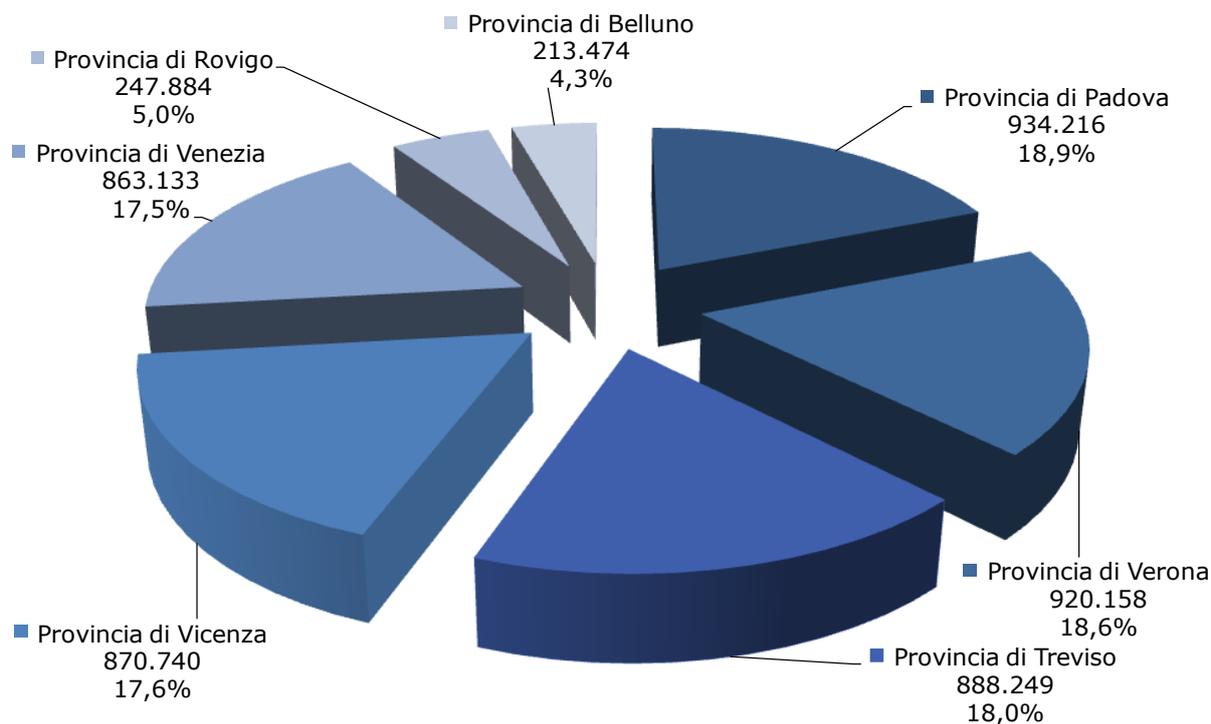
Complessivamente, tra gli stranieri i gruppi in cui si rilevano i numeri più elevati sono i seguenti: romeni, marocchini, albanesi, moldavi, cinesi, macedoni, serbi, bengalesi, ucraini, indiani, nigeriani, ghanesi, cingalesi, bosniaci, senegalesi, kosovari, tunisini, brasiliani, croati, filippini.

| Popolazione straniera residente nel Veneto nel 2010 - Fonte: ISTAT | | | |
|--|---------|---------|---------|
| Popolazione | Maschi | Femmine | Totale |
| Popolazione straniera residente al 1° Gennaio 2010 | 244.031 | 236.585 | 480.616 |
| Iscritti per nascita | 5.088 | 4.796 | 9.884 |
| Iscritti da altri comuni | 14.385 | 15.514 | 29.899 |
| Iscritti dall'estero | 16.409 | 23.286 | 39.695 |
| Altri iscritti | 2.347 | 1.418 | 3.765 |
| Totale iscritti | 38.229 | 45.014 | 83.243 |
| Cancellati per morte | 287 | 195 | 482 |
| Cancellati per altri comuni | 14.842 | 15.669 | 30.511 |
| Cancellati per l'estero | 2.828 | 2.751 | 5.579 |
| Acquisizioni di cittadinanza italiana | 5.150 | 4.591 | 9.741 |
| Altri cancellati | 8.039 | 4.830 | 12.869 |
| Totale cancellati | 31.146 | 28.036 | 59.182 |
| Popolazione straniera residente al 31 Dicembre 2010 | 251.114 | 253.563 | 504.677 |

14

| Popolazione residente nel Veneto nel 2010 - Fonte: ISTAT | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|
| Bilancio demografico | Maschi | Femmine | Totale |
| Popolazione al 1° Gennaio 2010 | 2.404.721 | 2.507.717 | 4.912.438 |
| Nati | 24.170 | 22.755 | 46.925 |
| Morti | 21.588 | 23.356 | 44.944 |
| Saldo Naturale | 2.582 | -601 | 1.981 |
| Iscritti da altri comuni | 61.682 | 64.682 | 126.364 |
| Iscritti dall'estero | 17.718 | 24.333 | 42.051 |
| Altri iscritti | 3.374 | 1.852 | 5.226 |
| Cancellati per altri comuni | 60.843 | 63.681 | 124.524 |
| Cancellati per l'estero | 5.187 | 4.528 | 9.715 |
| Altri cancellati | 10.157 | 5.810 | 15.967 |
| Saldo Migratorio e per altri motivi | 6.587 | 16.848 | 23.435 |
| Popolazione residente in famiglia | 2.402.289 | 2.497.931 | 4.900.220 |
| Popolazione residente in convivenza | 11.601 | 26.033 | 37.634 |
| Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali | 0 | 0 | 0 |
| Popolazione al 31 Dicembre 2010 | 2.413.890 | 2.523.964 | 4.937.854 |
| Numero di Famiglie | 2.029.502 | | |
| Numero di Convivenze | 2.375 | | |
| Numero medio di componenti per famiglia | 2,41 | | |

Popolazione per Provincia del Veneto nel 2010 - Fonte: ISTAT



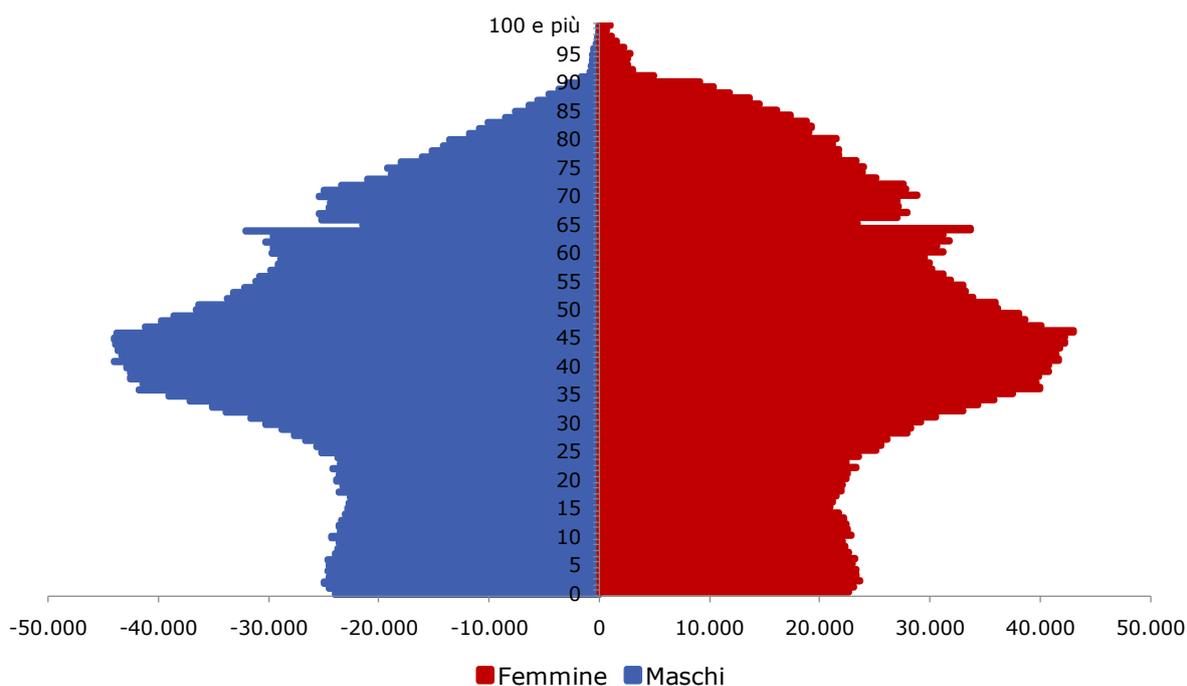
| Residenti nel Veneto per Provincia (2010) - Fonte: ISTAT | | | | |
|--|---------|---------|------------------|----------------|
| Province | Maschi | Femmine | Totale | % |
| Provincia di Belluno | 102.884 | 110.590 | 213.474 | 4,32% |
| Provincia di Vicenza | 429.259 | 441.481 | 870.740 | 17,63% |
| Provincia di Treviso | 436.785 | 451.464 | 888.249 | 17,99% |
| Provincia di Venezia | 418.253 | 444.880 | 863.133 | 17,48% |
| Provincia di Padova | 455.262 | 478.954 | 934.216 | 18,92% |
| Provincia di Rovigo | 120.274 | 127.610 | 247.884 | 5,02% |
| Provincia di Verona | 451.173 | 468.985 | 920.158 | 18,63% |
| | | | 4.937.854 | 100,00% |

| Veneto 2010 - Fonte: ISTAT | | | |
|----------------------------|---------------|---------------|----------------|
| Province | Nati | Morti | Saldo naturale |
| Provincia di Belluno | 1.761 | 2.529 | -768 |
| Provincia di Vicenza | 8.641 | 7.195 | 1.446 |
| Provincia di Treviso | 9.018 | 7.595 | 1.423 |
| Provincia di Venezia | 7.420 | 8.435 | -1.015 |
| Provincia di Padova | 8.841 | 8.157 | 684 |
| Provincia di Rovigo | 2.000 | 2.798 | -798 |
| Provincia di Verona | 9.244 | 8.235 | 1.009 |
| Veneto | 46.925 | 44.944 | 1.981 |

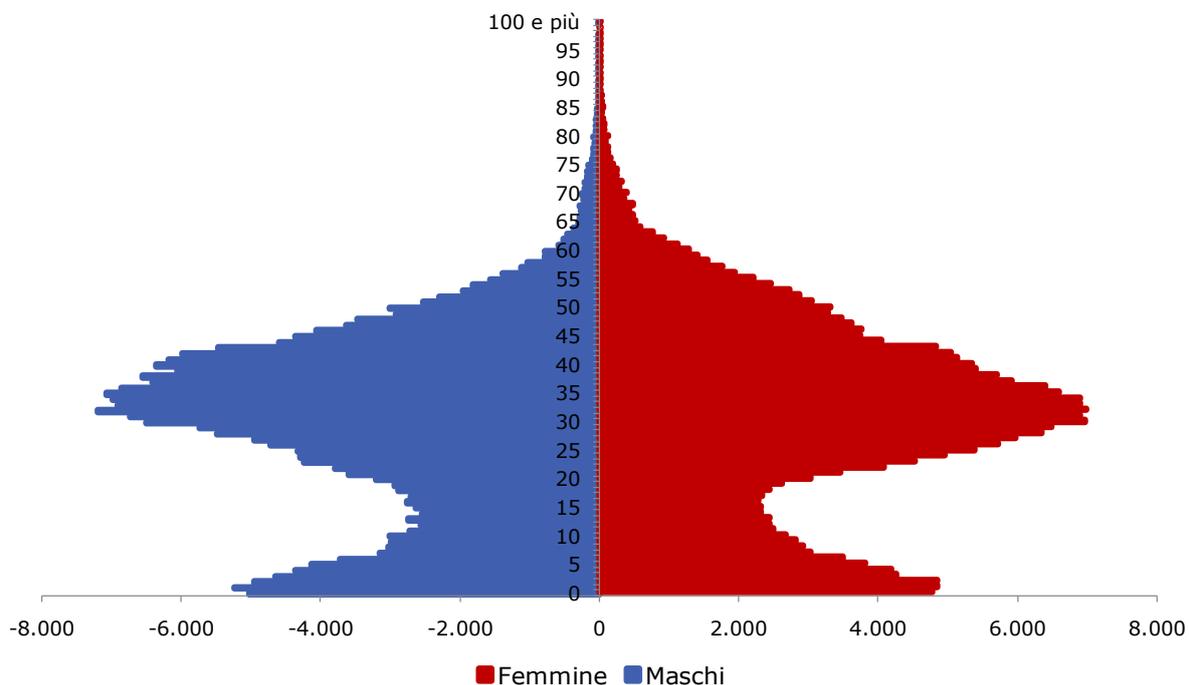
A fine 2010 gli stranieri residenti in Veneto risultavano oltre mezzo milione, esattamente 504.677: se ricordiamo che alla data del censimento 1991 erano circa 25.000, abbiamo un'idea immediata delle ampie dimensioni e della rilevanza assunta dall'immigrazione nella nostra Regione. L'incidenza degli stranieri sulla popolazione regionale superava appena l'1% nel 1994, mentre nel 2010 ha superato il 10%. Dire "immigrati" o dire "extracomunitari" (o "non comunitari") a lungo ha avuto il medesimo significato: in effetti il peso degli extracomunitari sul totale degli stranieri residenti è salito dall'84% del 1991 al 96,4% del 2003. Successivamente, con l'allargamento della UE (tra cui, da questo punto di vista, di grande significato è stata l'inclusione della Romania), la quota di cittadini non UE sul totale degli stranieri è diminuita e attualmente è attorno al 75%. Uno straniero su quattro, dunque, è un cittadino comunitario. A livello nazionale tale quota è ancora maggiore, pari a circa il 30%. Nel 2010 la crescita degli stranieri residenti in Veneto è stata oltremodo significativa nonostante la crisi economica. Dal 2002 si è avuto un incremento medio pari a circa 35.000 unità, esito combinato delle medesime determinanti che abbiamo già ricordato per l'Italia. Nel 2008 vi è stata la crescita più consistente (+ 50.000 unità), di non molto inferiore solo a quella dell'anno della "grande regolarizzazione" (il 2003: allora l'aumento dei residenti era risultato attorno alle 57.000 unità). Nel 2010 rispetto all'anno precedente l'aumento è stato di 24.061 unità.

16

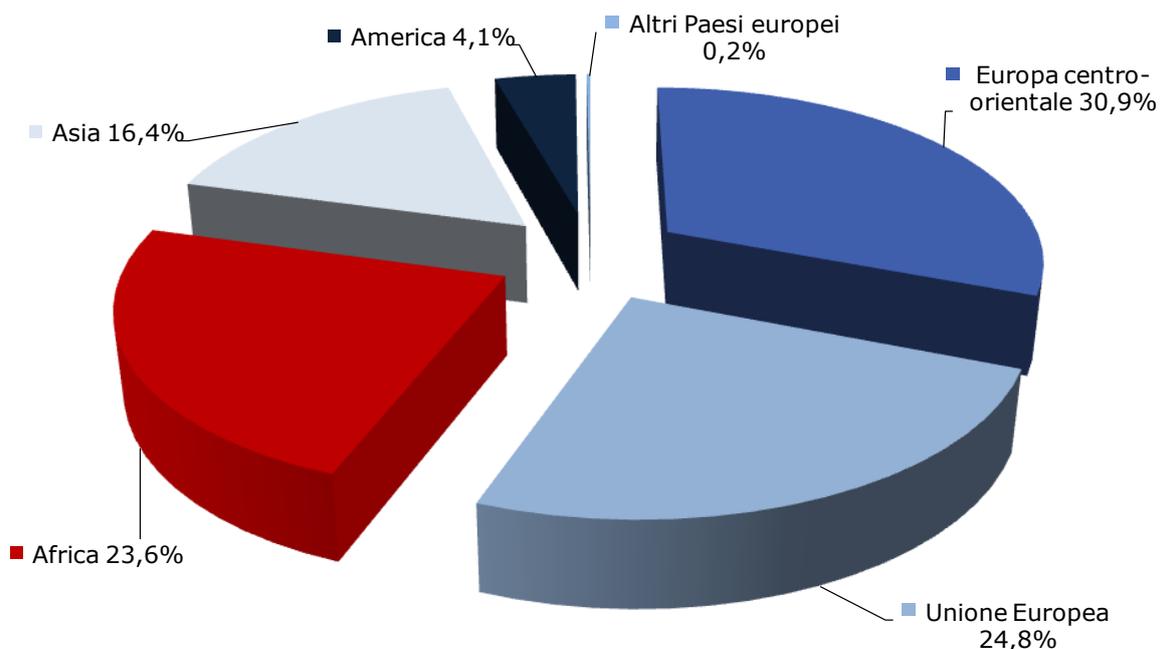
Piramide della popolazione del Veneto al 31 dicembre 2010
(dati ISTAT - l'asse centrale rappresenta le età)



Piramide della popolazione immigrata nel Veneto al 31 dicembre 2010
(dati ISTAT - l'asse centrale rappresenta le età)

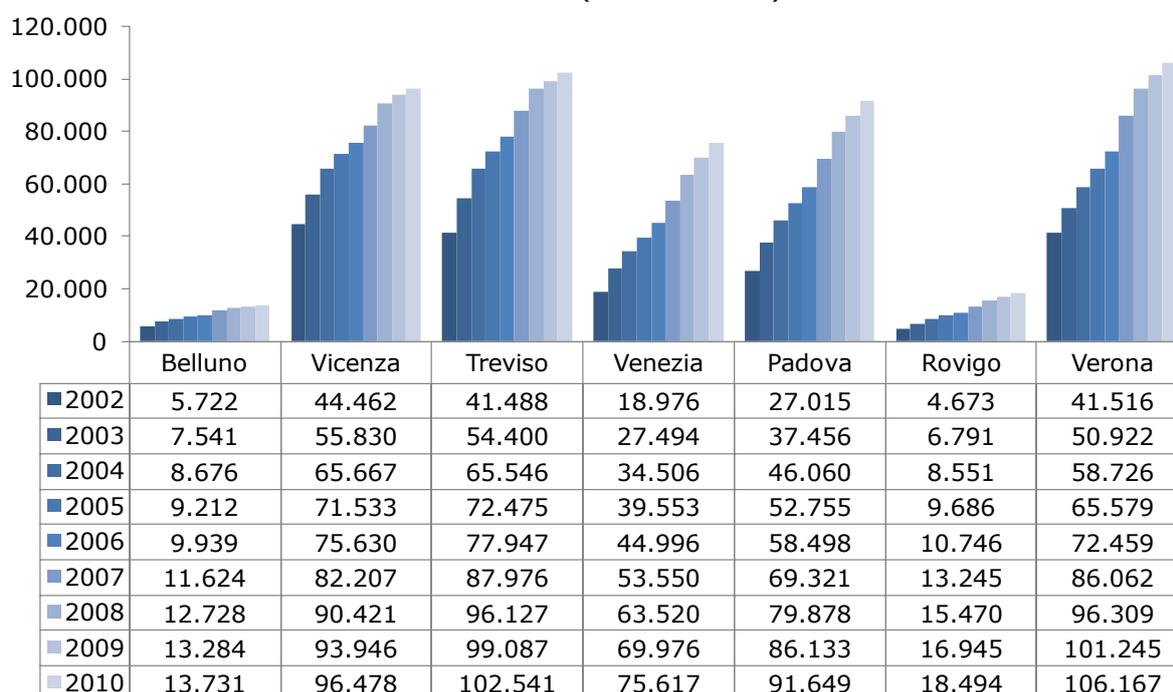


Popolazione straniera residente nel Veneto per area di provenienza
(Fonte: Osservatorio Regionale Immigrazione su dati ISTAT)



In Veneto il numero di quanti acquisiscono la cittadinanza italiana è stato, negli ultimi anni, in crescita evidente: da poco più di 1.000 acquisizioni nel 2002 si è arrivati ad oltre 7.000 nel 2008-2009 (per la maggioranza donne), con un incremento soprattutto delle acquisizioni dovute a prolungata residenza nel Paese. Si può stimare che attualmente siano circa 45.000 i residenti in Veneto con cittadinanza italiana ma originariamente stranieri.

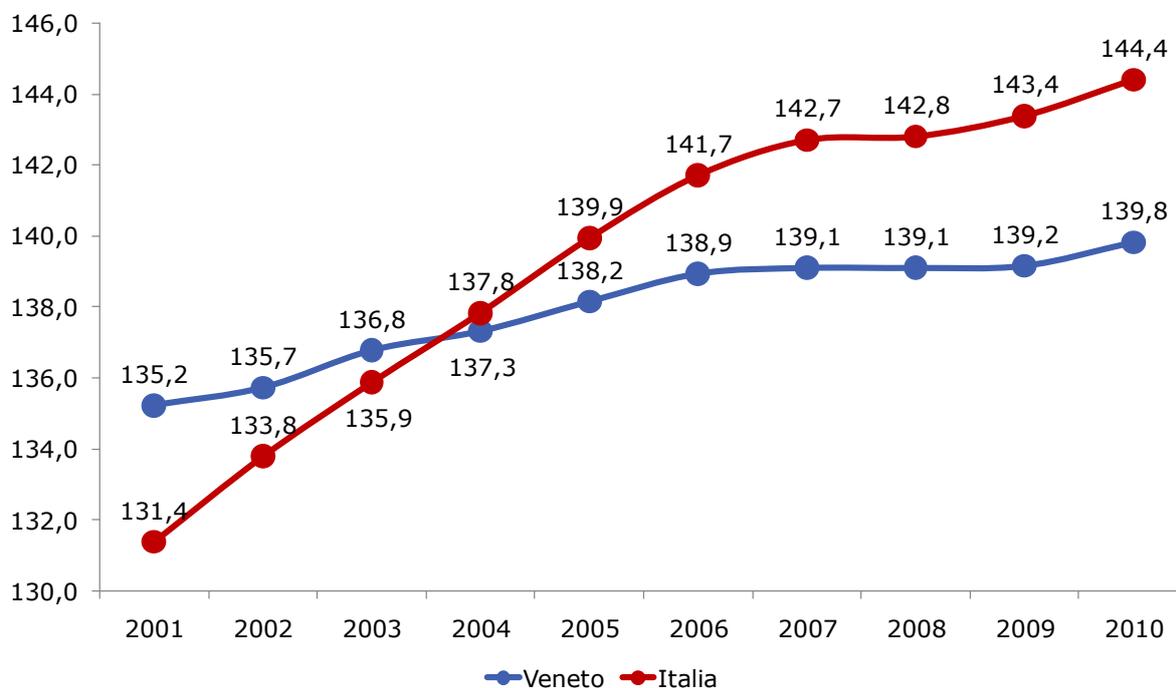
Popolazione straniera residente nelle Province del Veneto negli anni 2002-2010 (Fonte: ISTAT)



Con riguardo alle presenze nella nostra Regione, i gruppi nazionali sono fortemente differenziati quanto alla loro distribuzione per genere: alcuni gruppi sono in sostanziale equilibrio, con analogo presenza di maschi e femmine (rumeni), altri evidenziano una netta caratterizzazione femminile (Ucraina e in minor misura Moldavia) o maschile (Senegal, Tunisia, Bangladesh). Rispetto alla distribuzione sul territorio nazionale, il Veneto concentra quote rilevanti di cittadini provenienti dagli stati dell'ex Jugoslavia: la nostra Regione concentra il 34% dei serbo-montenegrini, il 31% dei bosniaci, il 30% dei croati, il 23% dei macedoni. Elevate concentrazioni in Regione si registrano pure per moldavi (29%), ghanesi (28%), nigeriani e bengalesi (entrambi con il 25%). Tra gli immigrati una fascia di particolare importanza per le sue connotazioni sociali e sanitarie è quella delle cosiddette "badanti". L'assistenza familiare, in Veneto, è diventata infatti nel corso dell'ultimo decennio uno dei segmenti del mercato del lavoro più critici, per effetto

tanto di caratteristiche di ordine quantitativo, quanto di variabili di natura qualitativa. Dal punto di vista quantitativo, i dati a disposizione pongono l'accento sul peso acquisito rispetto l'occupazione totale (e ancora più rispetto a quella straniera), nonché la crescita della domanda di assistenza domiciliare proveniente dalle famiglie. Domanda che, com'è noto, è destinata a crescere per far fronte ai bisogni di una popolazione sempre più anziana. Dal punto di vista qualitativo, incidono variabili strutturali legate, in primis, alla presenza nel settore di una forza lavoro quasi esclusivamente immigrata (tanto da richiedere nel 2009 un decreto flussi specifico per colf e badanti) e femminile che sconta problemi legati alla regolarizzazione. Non va poi dimenticata, sul fronte della domanda, la particolare natura del datore di lavoro, famiglie e anziani, che spesso non hanno gli strumenti per essere autonomi nella gestione del rapporto di lavoro, dal reperimento di un assistente con caratteristiche professionali rispondenti al bisogno di assistenza espresso, alla stipula del contratto. Come abbiamo detto nella precedente Relazione Socio Sanitaria, il processo di invecchiamento della popolazione, seppure più lento rispetto alla situazione complessiva italiana, produce un costante e progressivo sbilanciamento nella composizione della popolazione complessiva.

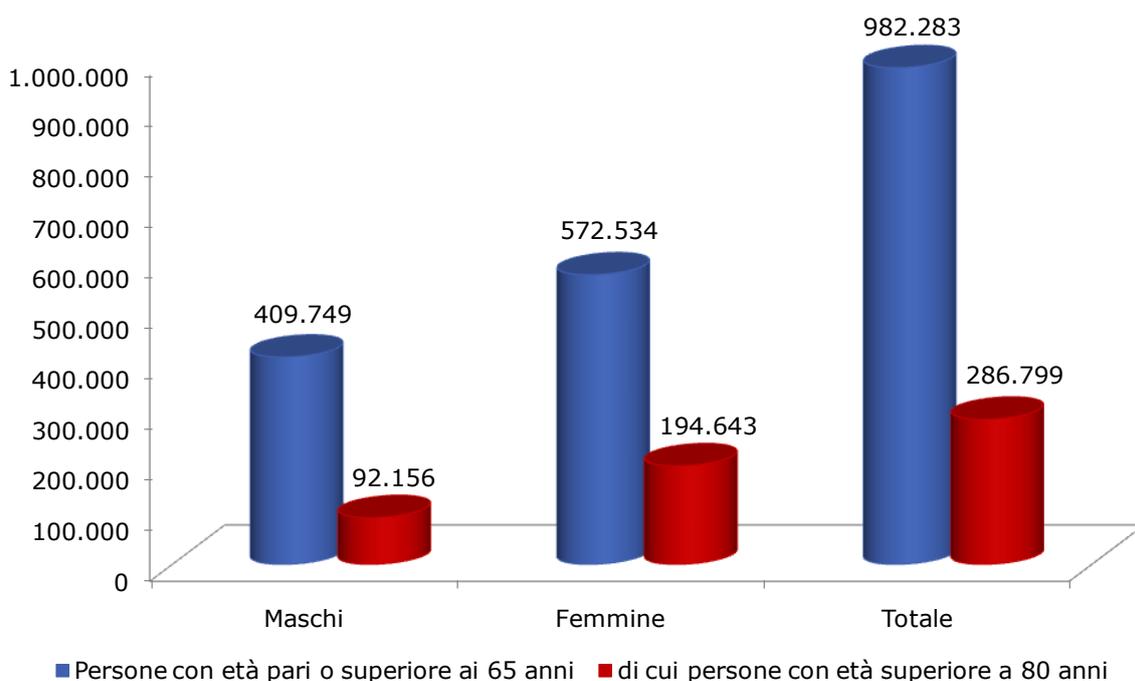
Indice di Vecchiaia in Italia e nel Veneto
negli anni 2001-2010 (dati ISTAT)



Inoltre, sulla condizione degli anziani e sull'invecchiamento possiamo riprendere alcune considerazioni apparse nel numero 10 della pubblicazione *Statistiche Flash* curata dalla Direzione Sistema Statico Regionale della Regione del Veneto. Anche se essere anziano

non significa necessariamente essere malato o disabile, esiste una certa associazione tra vecchiaia e condizione di non autosufficienza. Tra gli anziani che vivono in famiglia, il 17,5% risulta disabile e il fenomeno interessa in prevalenza le donne. Anche la diffusione di patologie cronico degenerative peggiora la qualità della vita in termini di riduzione o perdita di autonomia nelle abituali attività della vita quotidiana: in Veneto quasi la metà degli anziani di 75 anni e oltre (48,5%) ha tre o più malattie croniche. Se è vero che la vita media si allunga, è vero anche che nell'ultima parte della vita l'anziano non sarà autosufficiente, anzi il periodo compreso che parte dall'insorgere della non autosufficienza è destinato nel tempo a dilatarsi. Inevitabilmente l'invecchiamento progressivo della popolazione comporterà quindi un aumento della domanda di assistenza per anziani.

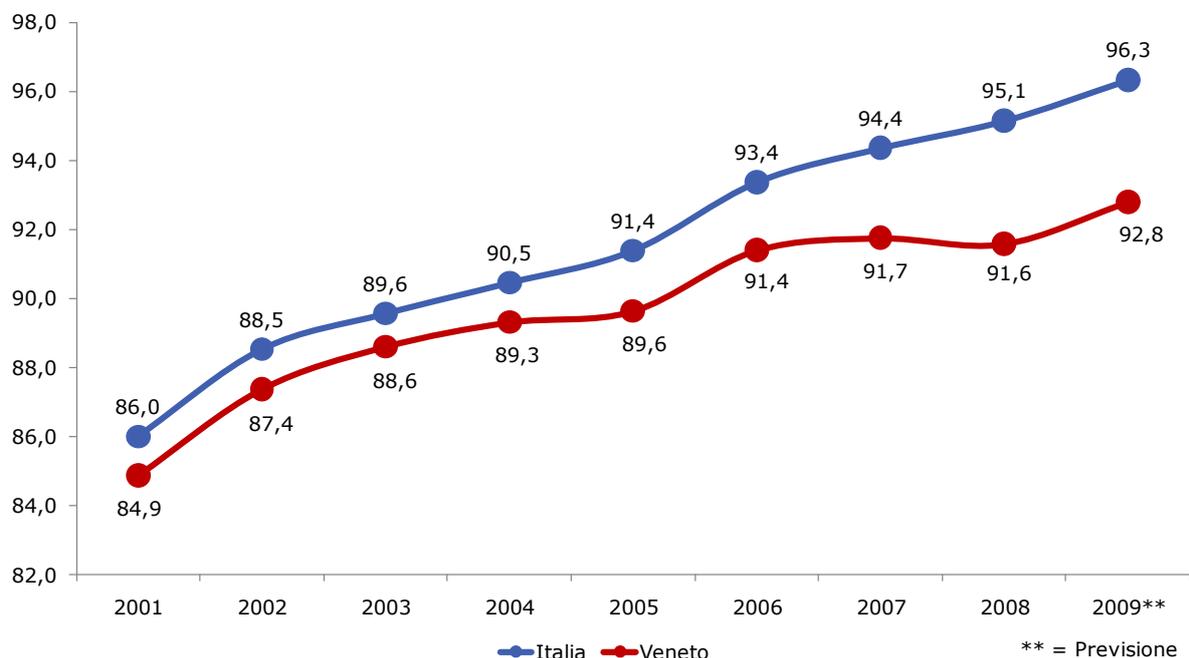
Anziani nel Veneto al 31 dicembre 2010
(dati ISTAT)



Considerando che in una famiglia il carico di cura agli anziani grava soprattutto sulla donna, che sempre più si divide tra gli impegni lavorativi e quelli familiari, si può prevedere per il futuro una situazione di faticosa sostenibilità. Peraltro, bisogna riconoscere che nella nostra Regione esiste un forte impegno sociale da parte dei cittadini, i quali attraverso le numerose associazioni di volontariato rendono effettivo l'esercizio della sussidiarietà orizzontale prevista dalla nostra Costituzione e portano sollievo agli anziani ammalati e alle loro famiglie.

Andamento e previsione del carico di anziani per donna Veneto e Italia - Anni 2001-2009

(Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale su dati Istat)



I fenomeni delle Assistenti Familiari e del carico di cura agli anziani che grava sulle famiglie e sulle donne in particolare, vanno governati. Per questo motivo la Regione del Veneto ha definito nel 2009 il piano di attività dell'*Osservatorio Regionale sulla Condizione della Persona Anziana e Disabile*, secondo le seguenti finalità:

- definizione di un sistema di monitoraggio e di valutazione degli interventi delle azioni assicurate dalla rete dei servizi sociali e socio sanitari;
- definizione di un sistema informativo sociale regionale capace di garantire uno stretto raccordo con il più ampio e articolato Sistema Informativo Regionale sul piano metodologico, della tipologia dei dati e delle informazioni trattate, delle responsabilità e degli strumenti di gestione;
- promozione di indagini empiriche e campagne di rilevazione dati, garantendo continuità nell'osservazione dei fenomeni sociali e la comparabilità delle informazioni. Strumenti di supporto per la definizione di interventi di pianificazione e di programmazione.

Nel 2009 è stato istituito anche il *Registro pubblico regionale degli assistenti familiari*, con cui la Regione del Veneto persegue due obiettivi: da un lato, qualificare e supportare il profilo professionale e formativo dell'assistente familiare, definendo e riconoscendo conoscenze e competenze professionali necessarie per lo svolgimento della professione; dall'altro, favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro nel settore dell'assistenza

familiare attraverso l'evidenziazione di un'offerta territoriale qualificata di lavoratori e lavoratrici. Il Registro pubblico regionale degli assistenti familiari si prefigura, inoltre, come uno strumento per la promozione della regolarità dei rapporti di lavoro favorendo l'emersione del lavoro nero a tutela tanto dei lavoratori, quanto dei datori di lavoro.

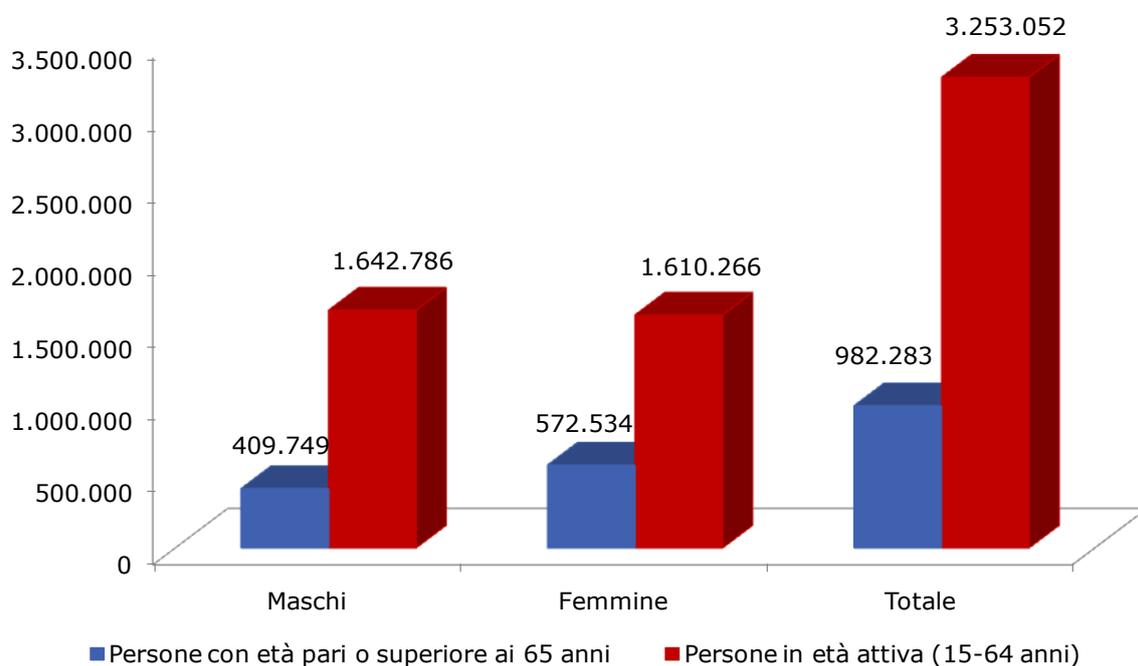
Con riferimento a quest'ultimo fronte è stata costituita la *Rete degli sportelli di assistenza familiare* con le seguenti finalità:

- offrire alle famiglie che necessitano di servizi di assistenza, ai lavoratori e alle lavoratrici disponibili a trovare un impiego come assistenti familiari un sistema qualificato di servizi per l'incontro tra domanda ed offerta di lavoro, in grado di garantire anche un supporto nella gestione dei diversi aspetti inerenti l'attivazione e lo svolgimento di un rapporto di lavoro, con la massima trasparenza circa i contenuti e le condizioni di erogazione dei servizi offerti;
- favorire, tramite l'adozione di standard operativi comuni da parte dei soggetti che operano nella Rete, lo sviluppo di forme contrattuali e condizioni lavorative regolari a tutela delle famiglie e delle lavoratrici e dei lavoratori interessati;
- sviluppare un sistema che promuova la crescita professionale delle (e degli) assistenti familiari attraverso la valorizzazione e il riconoscimento della loro esperienza professionale e delle competenze e conoscenze possedute.

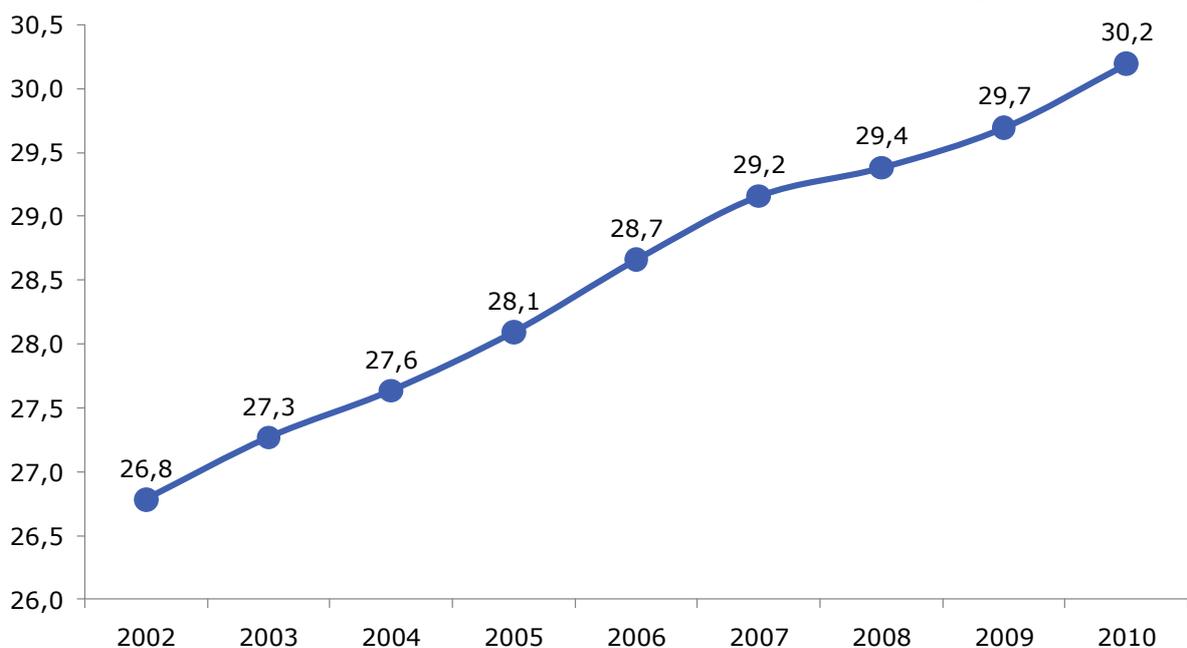
22

La cura degli anziani è spesso affidata alle assistenti familiari per impossibilità oggettive riferite alla necessità per i familiari di svolgere la loro attività lavorativa. Oppure il ricorso alle cosiddette "badanti" può essere dovuto a problemi nella gestione quotidiana dell'assistenza, a partire da attività "banali" come mangiare o vestirsi. Da questo punto di vista il primo problema che le famiglie devono affrontare è la difficoltà per l'anziano o l'anziana di accettare la propria condizione di non autosufficienza. Del resto anche per gli stessi congiunti la situazione viene subita con forte disagio, soprattutto nel caso in cui l'evento che ha condotto la persona alla non autosufficienza sia stato improvviso (l'esempio classico è l'ictus). D'altro canto la non autosufficienza può essere legata a patologie a carattere degenerativo come le demenze o l'Alzheimer. In tali situazioni la progressione su tempi lunghi della malattia ed il mutare continuo delle condizioni e dei bisogni del malato sottopongono i familiari ad uno stress costante. Per tutte queste ragioni a fine 2009 è iniziato un percorso che condurrà alla realizzazione di un DVD con lo scopo di far conoscere ai familiari e far conoscere alla propria assistente familiare gli elementi di base su come effettuare una buona assistenza alla persona anziana non autosufficiente (come fare l'igiene, come alimentare, come mobilitare, come affrontare le situazioni di emergenza) e quali sono i diritti e doveri previsti dal contratto di lavoro. Il DVD sarà realizzato nelle seguenti lingue: italiano, polacco, russo, spagnolo e inglese.

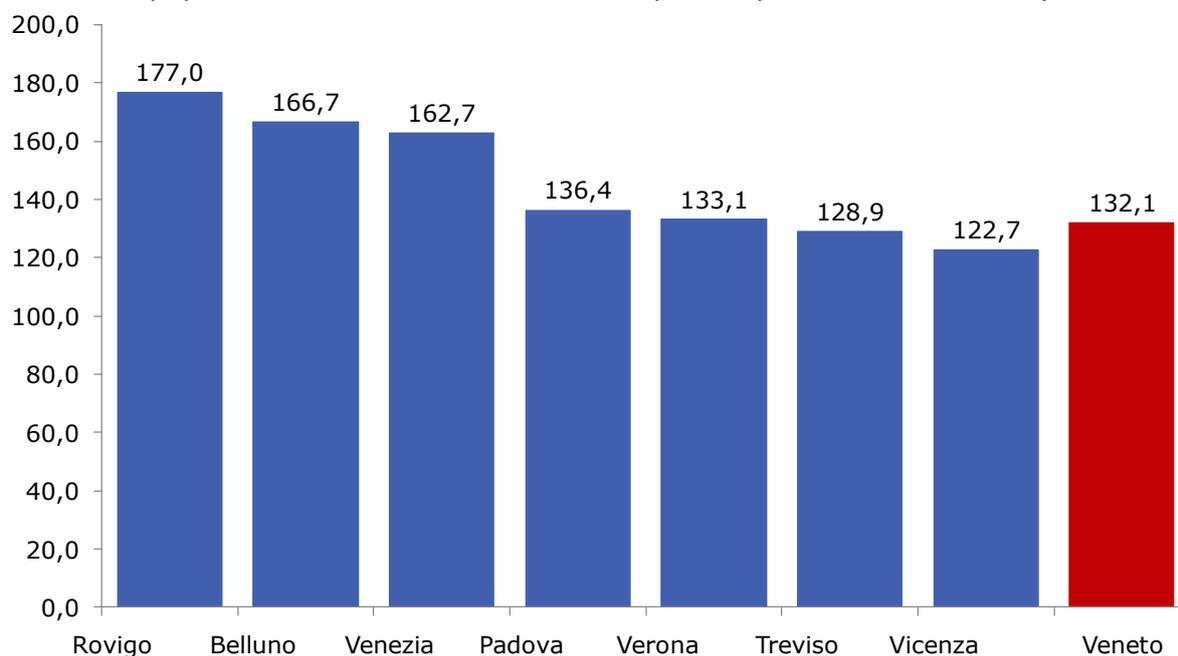
Persone anziane ed in età attiva al 31 dicembre 2010
(dati ISTAT)



Veneto - Indice di dipendenza anziani 2002-2010
(rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva 15-64 anni, moltiplicato per 100 - dati ISTAT)



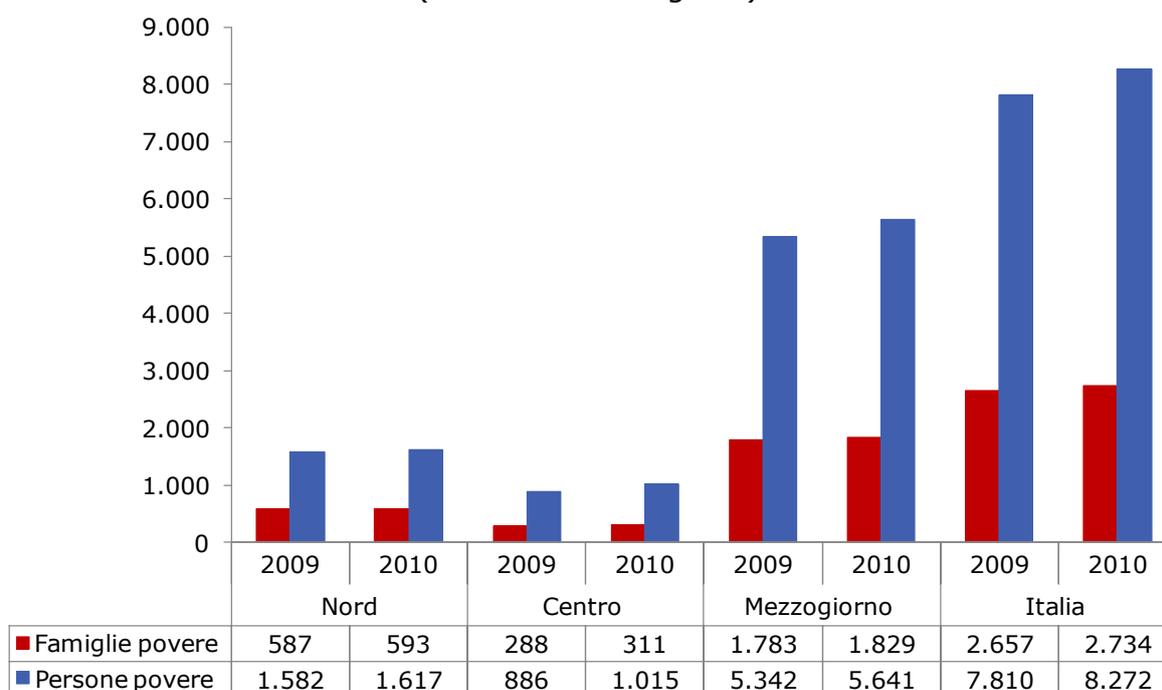
Indice di ricambio della popolazione potenzialmente attiva 2010
(rapporto tra la popolazione residente in età 60-64 anni e la popolazione in età 15-19 anni, moltiplicato per 100 - dati ISTAT)



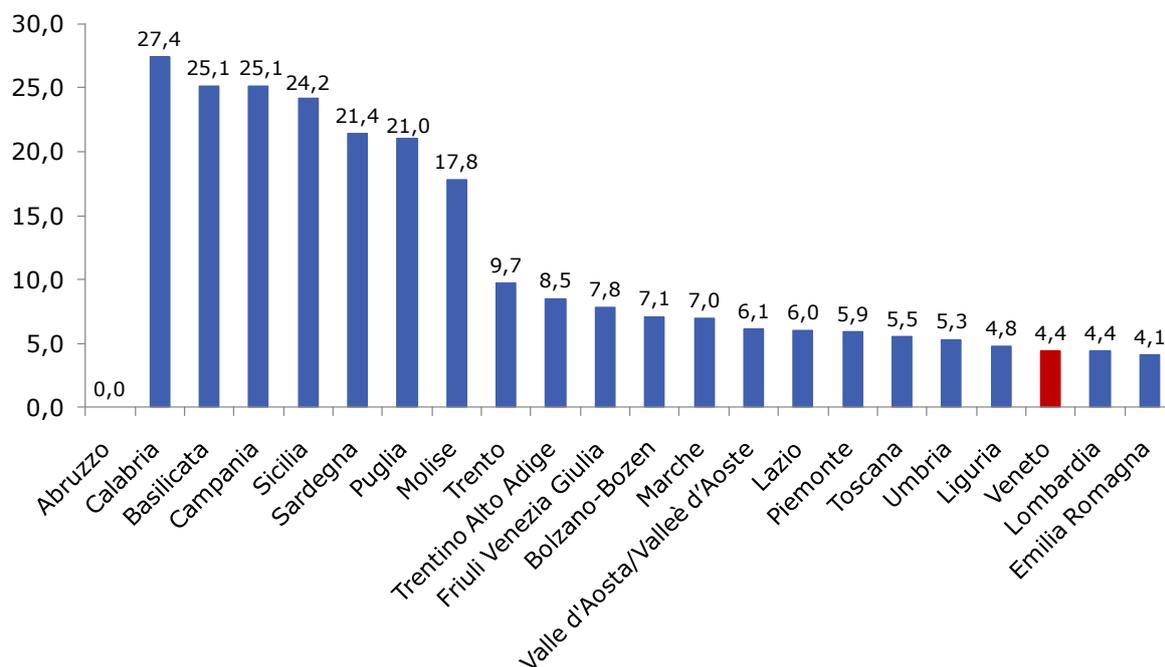
24

Un altro fattore che favorisce stati di salute precari e condizioni di disagio sociale è la povertà. Il Veneto, come abbiamo osservato anche nella precedente Relazione Socio Sanitaria si caratterizza per una bassa incidenza della povertà relativa.

Famiglie e persone povere in Italia - Anni 2009-2010
(dati ISTAT in migliaia)

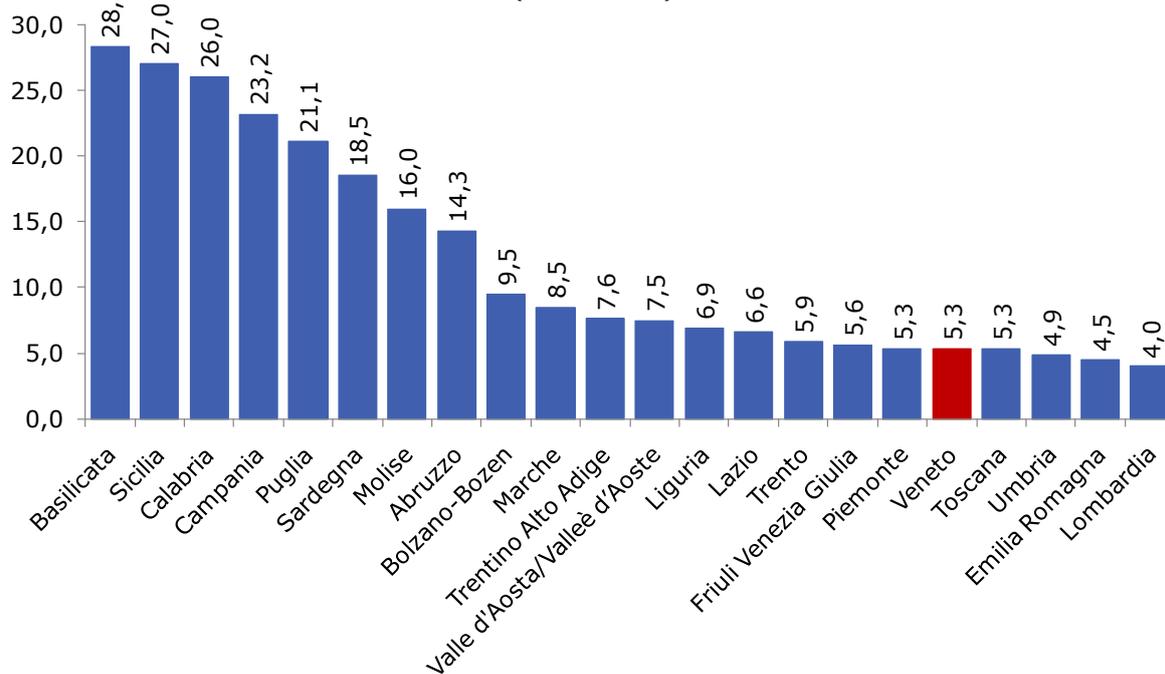


Incidenza di povertà relativa nelle Regioni italiane nel 2009 (dati ISTAT)



Ciò nonostante, rispetto al 2007, anno in cui nel Veneto si rilevava la più bassa percentuale di incidenza della povertà relativa su scala nazionale, la nostra Regione nel 2009 perde due posizioni in favore di Emilia Romagna e Lombardia. Nel 2010 le posizioni perse diventano 4, probabilmente a causa della crisi incombente.

Incidenza di povertà relativa nelle Regioni italiane nel 2010 (dati ISTAT)



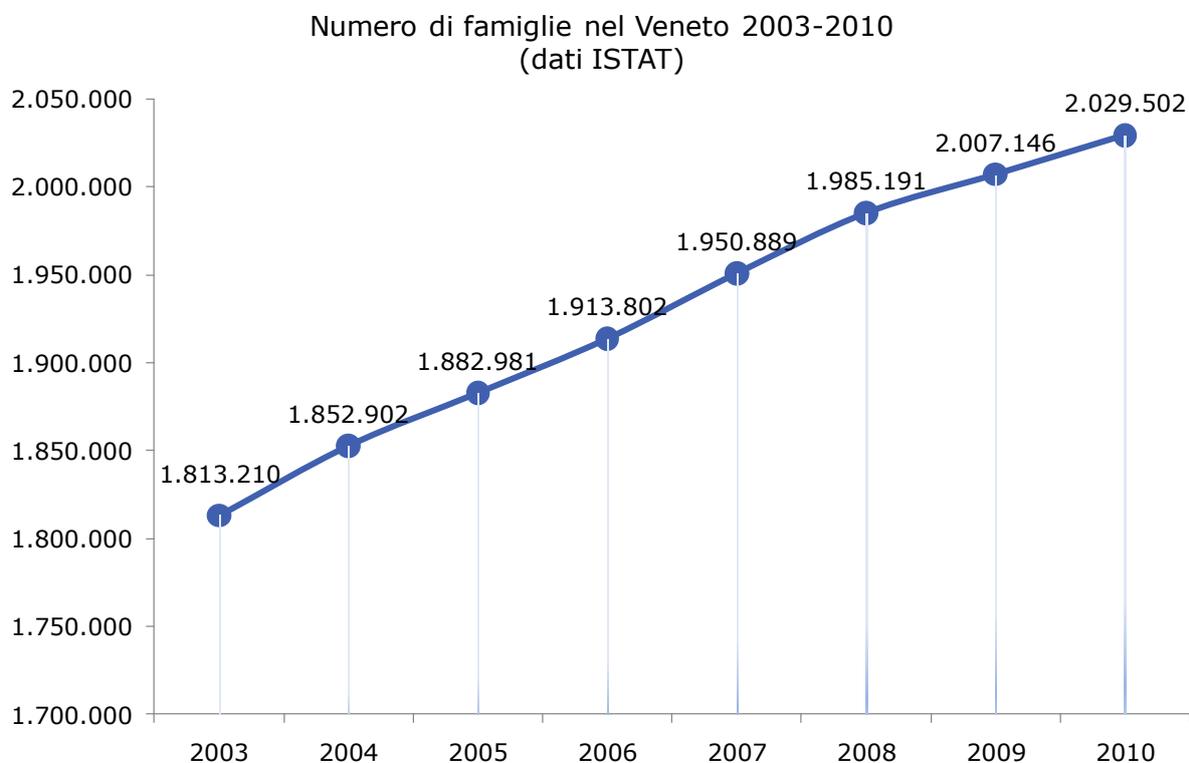
Va detto che, secondo le definizioni espresse dall'ISTAT, la linea di povertà individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi ed è funzione della spesa media mensile per persona. La soglia di povertà relativa per una famiglia di due componenti è pari alla spesa media mensile per persona, che nel 2009 è risultata di 983,01 euro (-1,7% rispetto al valore della soglia nel 2008). Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa mensile pari o inferiore a tale valore vengono classificate come povere.

Pertanto, l'attenzione alle fasce di popolazione in condizioni di vulnerabilità, marginalità ed esclusione sociale costituisce la prospettiva su cui si fonda l'impegno della Regione del Veneto, per promuovere sul piano istituzionale, programmatico e organizzativo, azioni e strategie a favore dell'integrazione sociale. La Regione ha quindi orientato le proprie azioni allo sviluppo del sistema dei servizi, centrandolo sulla storico indirizzo di integrazione socio-sanitaria, volto a promuovere il benessere delle comunità locali e la presenza capillare nel territorio. Nello specifico si cerca di affrontare la multidimensionalità con cui oggi le povertà si esprimono, riferibili, non solo alla carenza di risorse economiche, ma anche alla mancanza di strumenti culturali, alle scarse competenze sociali, alla fragilità delle relazioni affettive e dei legami sociali, alle solitudini individuali. In quest'area si inserisce anche l'attività dell'Osservatorio Regionale per l'Inclusione Sociale, affidato all'Azienda ULSS 16 di Padova. Su un piano di azione più ampio, il Veneto aderisce alla Rete ELISAN (Rete europea per l'inclusione e i servizi sociali territoriali) costituita tre anni fa. La rete raggruppa 1200 città di undici Stati membri dell'Unione Europea (Italia, Francia, Spagna, Germania, Belgio, Bulgaria, Grecia, Irlanda, Polonia, Romania, Svezia). Il suo obiettivo è operare per migliorare gli interventi di inclusione sociale, dell'invecchiamento della popolazione, delle nuove povertà.

Il concetto di inclusione sociale è coerente con il dibattito internazionale su povertà ed esclusione e con gli orientamenti espressi da tempo dall'Unione Europea, che indicano come l'offrire risposte qualificate ed efficaci alle famiglie in situazioni di vulnerabilità, marginalità sociale e povertà, comporti il passaggio da un modello orientato ad interventi settoriali rivolti a specifici target, ad un modello in grado di rispondere, in modo efficace e qualificato, al forte grado di complessità e alle crescenti istanze di tutela, protezione e promozione sociale di persone e famiglie.

L'azione delle istituzioni è fondamentale, ma anche in questo caso non va sottaciuto il ruolo del volontariato sociale e delle famiglie nell'affrontare situazioni di disagio secondo i principi di responsabilità e solidarietà così presenti nelle comunità della nostra Regione. Non a caso, secondo l'ISTAT, il motivo per il quale la povertà non è aumentata in maniera drammatica a causa della crisi economica, va ricercato nel fatto che, nel 2009,

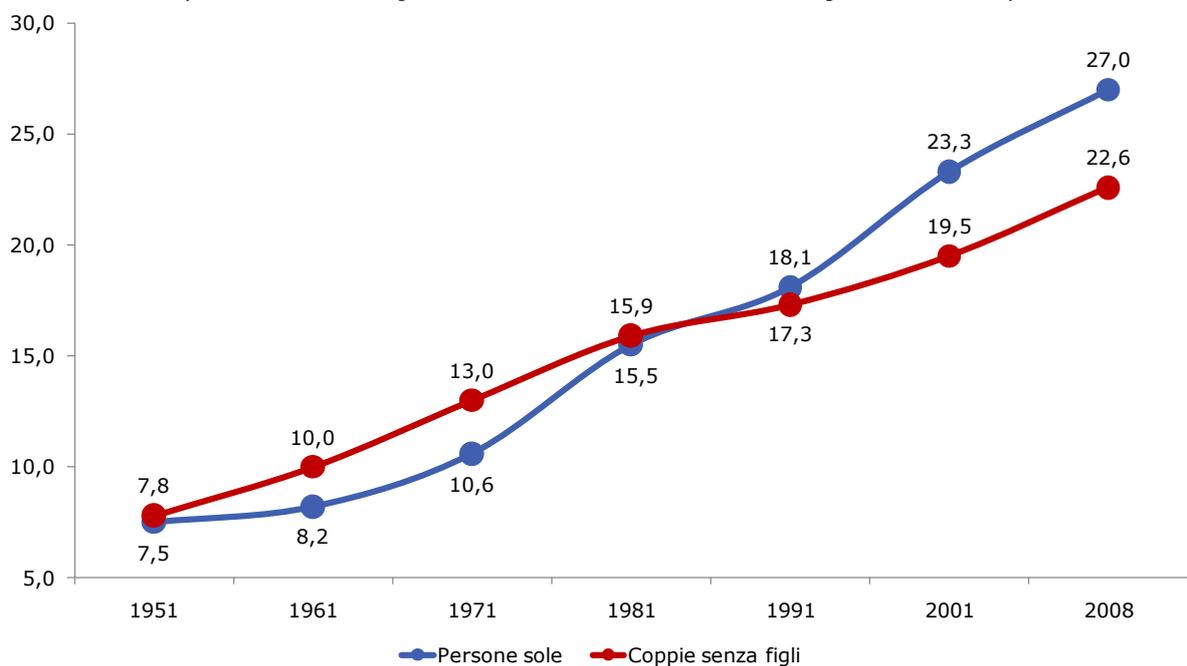
l'80% del calo dell'occupazione ha colpito i giovani, in particolare quelli che vivono nella famiglia di origine. I due fattori che ne hanno mitigato gli effetti sono, secondo quanto affermato nel Rapporto Annuale dell'Istat sul mercato del lavoro e la deprivazione nel 2009, la famiglia, che ha protetto i giovani che avevano perso l'occupazione e la cassa integrazione guadagni, che ha protetto i genitori dalla perdita del lavoro (essendo i genitori maggioritari tra i cassaintegrati). La famiglia ha avuto ed ha quindi un ruolo fondamentale nell'attutire i riflessi sociali di una crisi che in altri Paesi ha avuto esiti di estrema gravità. Tuttavia, vanno considerate le grandi trasformazioni di cui è oggetto anche questo "gruppo primario" e le conseguenti difficoltà.



I processi disgregativi rilevabili nella società colpiscono anche i nuclei familiari, sempre più ridotti nel numero sino al punto di essere costituiti in una buona percentuale da persone sole. Questa dimensione "atomistica" può essere individuata solo parzialmente come il frutto di consapevoli scelte individuali, essendo presumibile (pur non avendo riscontri in materia) che essa sia il risultato di una somma di circostanze che ha condotto alla solitudine. Ancora una volta ciò assume una rilevanza maggiore se consideriamo la condizione degli anziani con età superiore ai 75 anni. Spesso una situazione di vedovanza e di malattia aggravano una situazione di disagio profonda, ma a volte non manifesta.

Percentuale persone sole e coppie senza figli nel Veneto 1951-2008

(Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale su dati Istat)

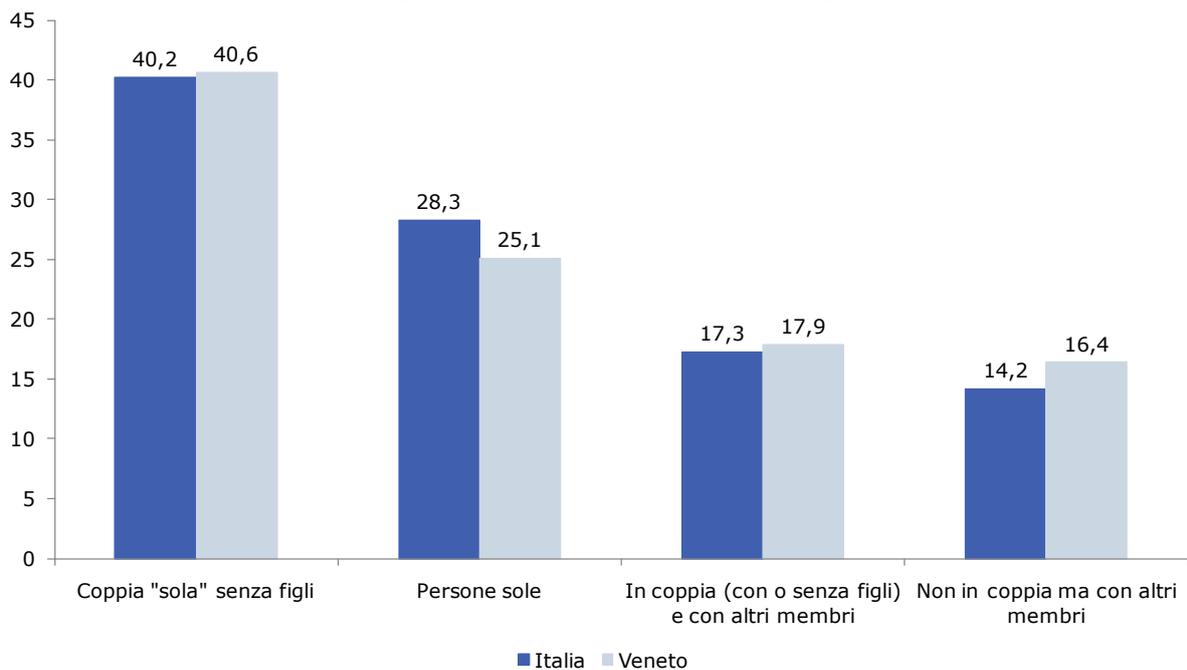


28

Inoltre, se sommiamo le coppie senza figli e le persone sole, nel Veneto raggiungiamo un valore percentuale superiore al 65%.

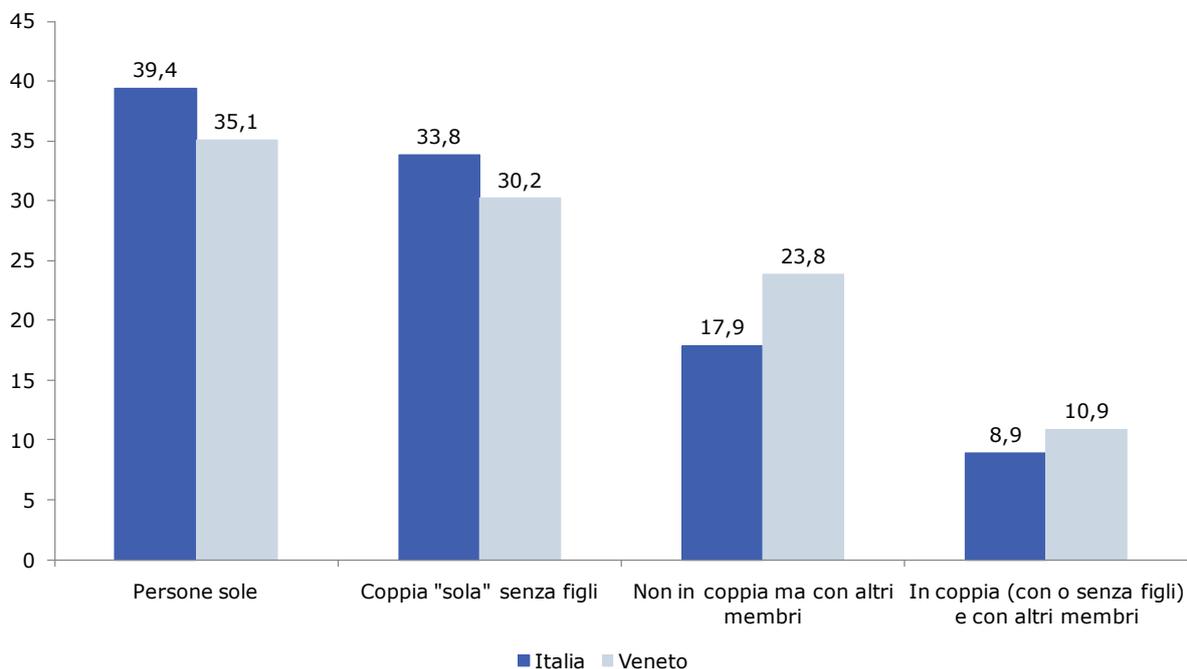
Distribuzione percentuale delle persone anziane di 65 anni e più per condizione familiare. Veneto e Italia - Anno 2008

(Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale su dati Istat)



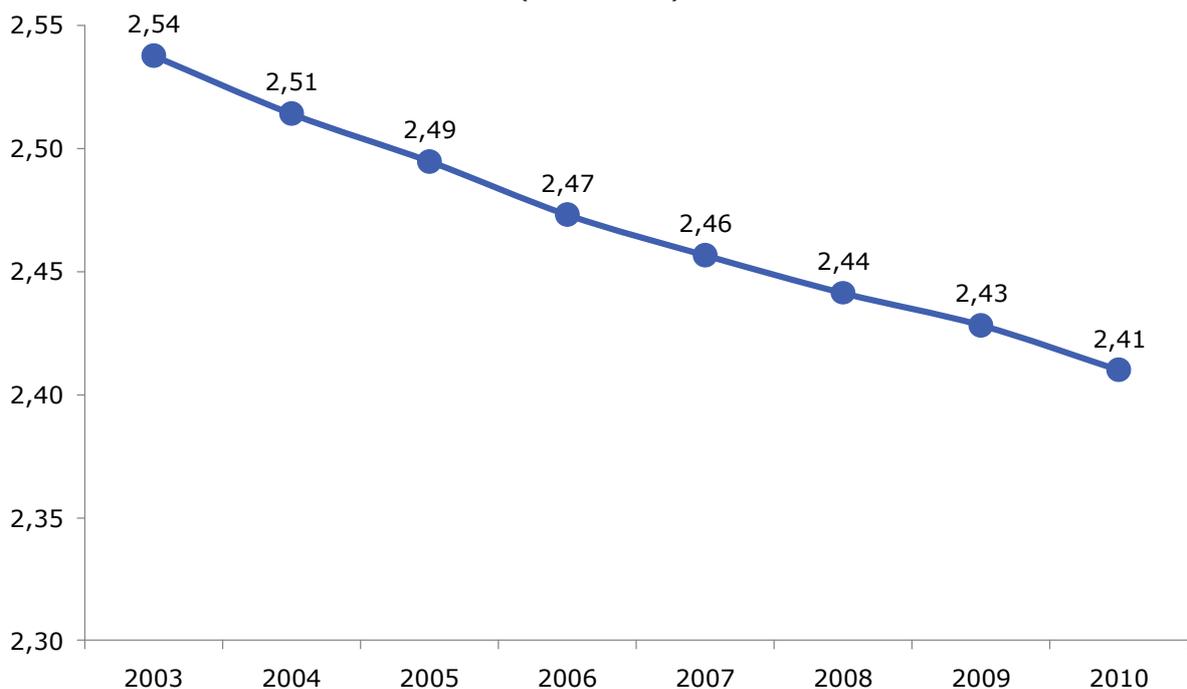
Distribuzione percentuale delle persone anziane di 75 anni e più per condizione familiare. Veneto e Italia - Anno 2008

(Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale su dati Istat)

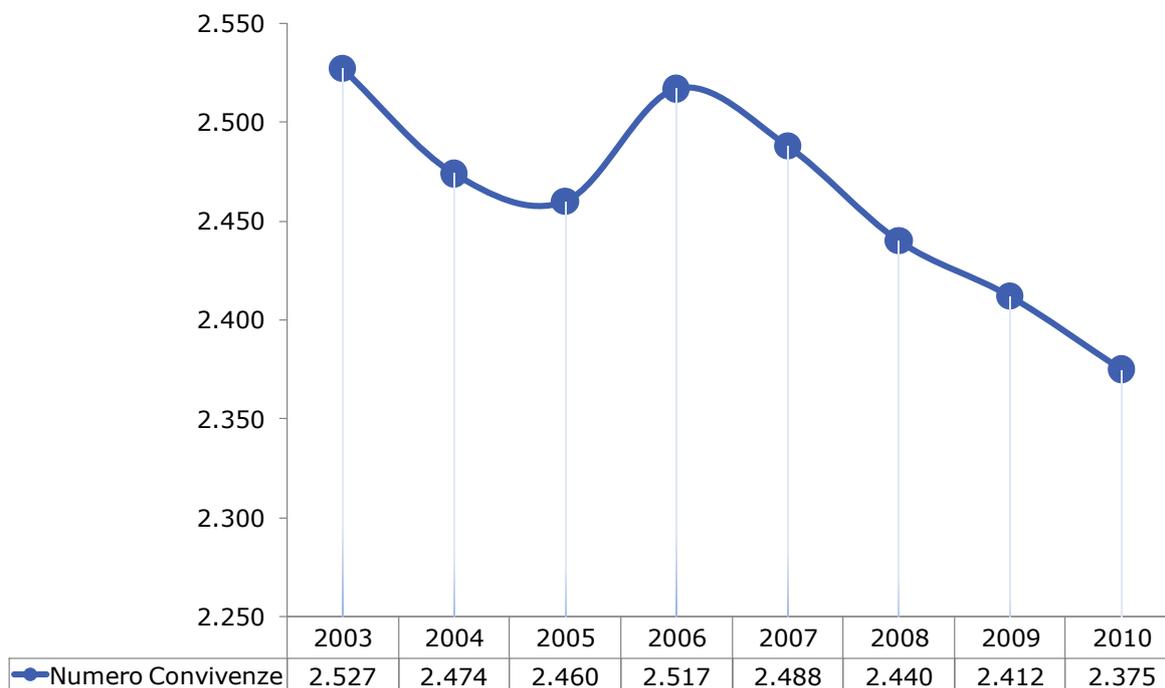


È interessante inoltre osservare come le percentuali relative subiscano una notevole variazione nell'età più avanzata e ad uno sguardo superficiale appaiano quasi ribaltate.

Numero medio componenti per famiglia - Veneto 2003-2010 (dati ISTAT)



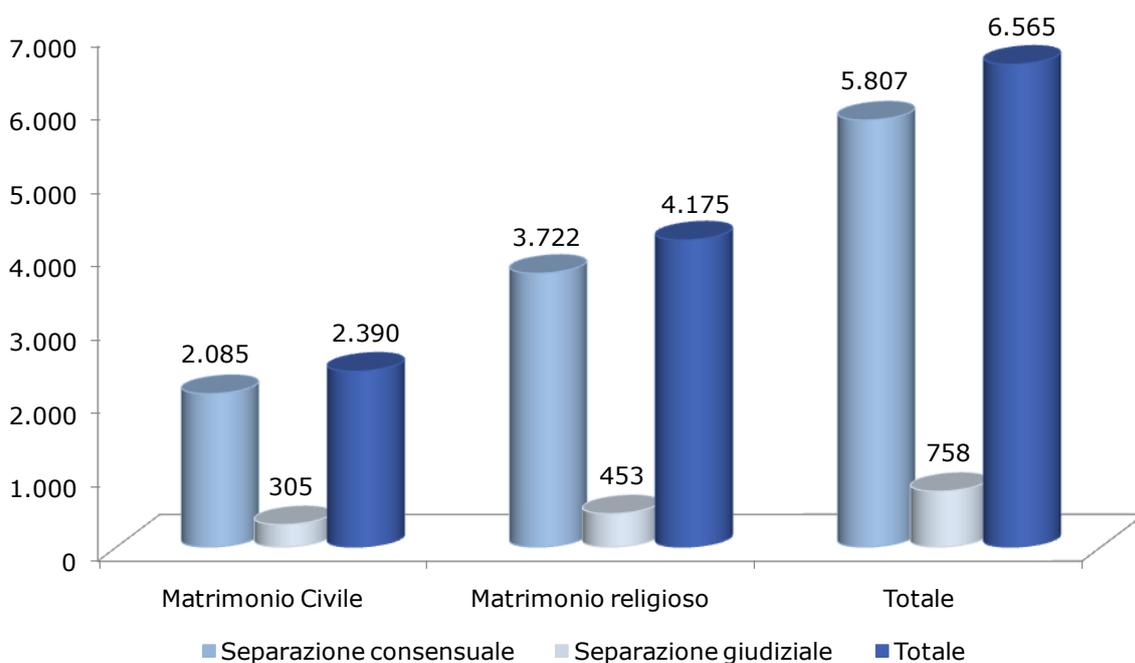
Numero di convivenze nel Veneto 2003-2010
(dati ISTAT)



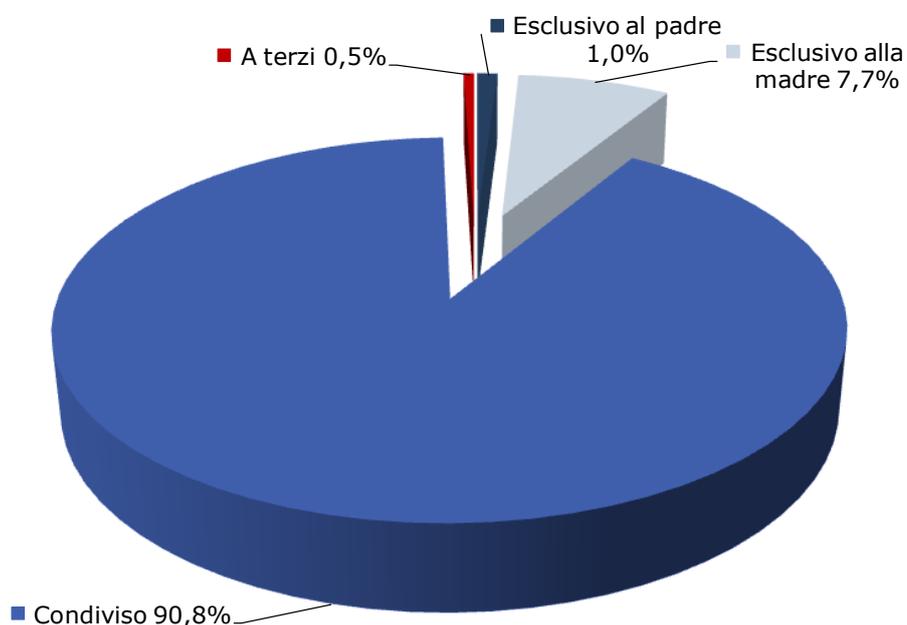
30

Con riguardo ad altri aspetti continua il trend decrescente delle convivenze, anche se con valori assoluti non elevati. Il fenomeno è probabilmente dovuto alle ridotte garanzie giuridiche rispetto a famiglie fondate sul matrimonio.

Separazioni nel Veneto 2009 per tipologia di matrimonio
(dati ISTAT)

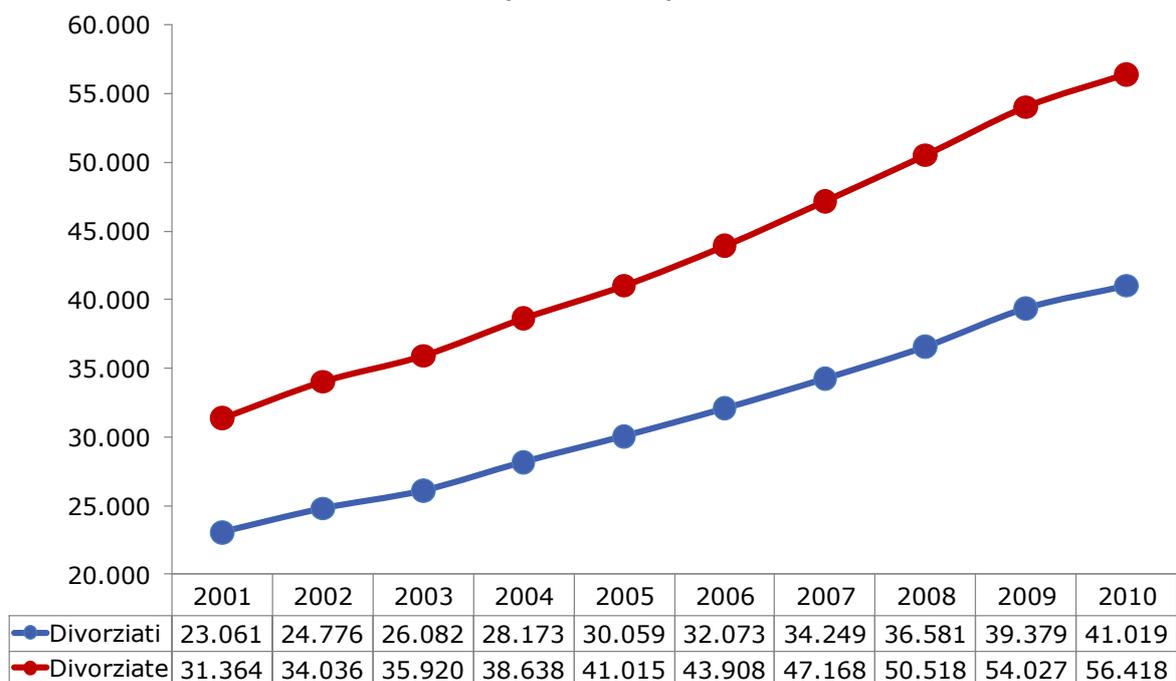


Percentuali figli affidati in separazioni personali per tipo di affidamento nel Veneto - Anno 2009 (dati ISTAT)

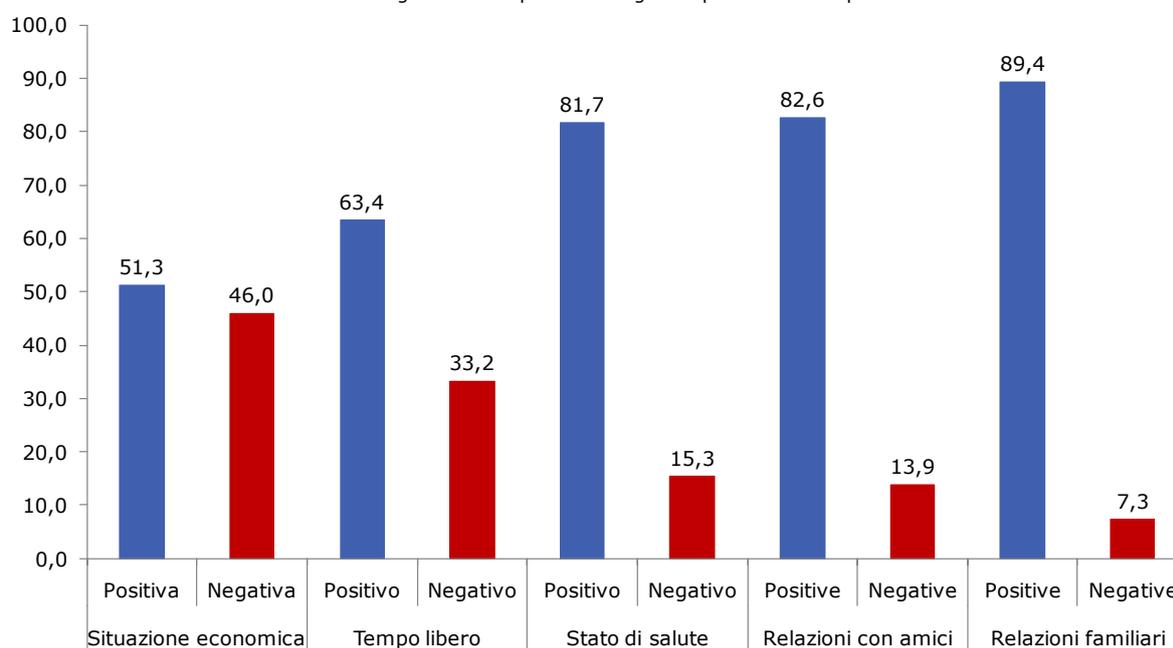


Continua inoltre l'incremento continuo delle separazioni e dei divorzi, con il dato positivo delle percentuali di affidamenti condivisi nelle famiglie che avevano dei figli.

Divorziati e Divorziate nel Veneto 2001-2010 (dati Istat)



Grado di soddisfazione di persone di età uguale o superiore ai 14 anni - Veneto 2009
 (positivo = molto o abbastanza soddisfatte - negativo = poco o per niente soddisfatte)
 Dati ISTAT Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"



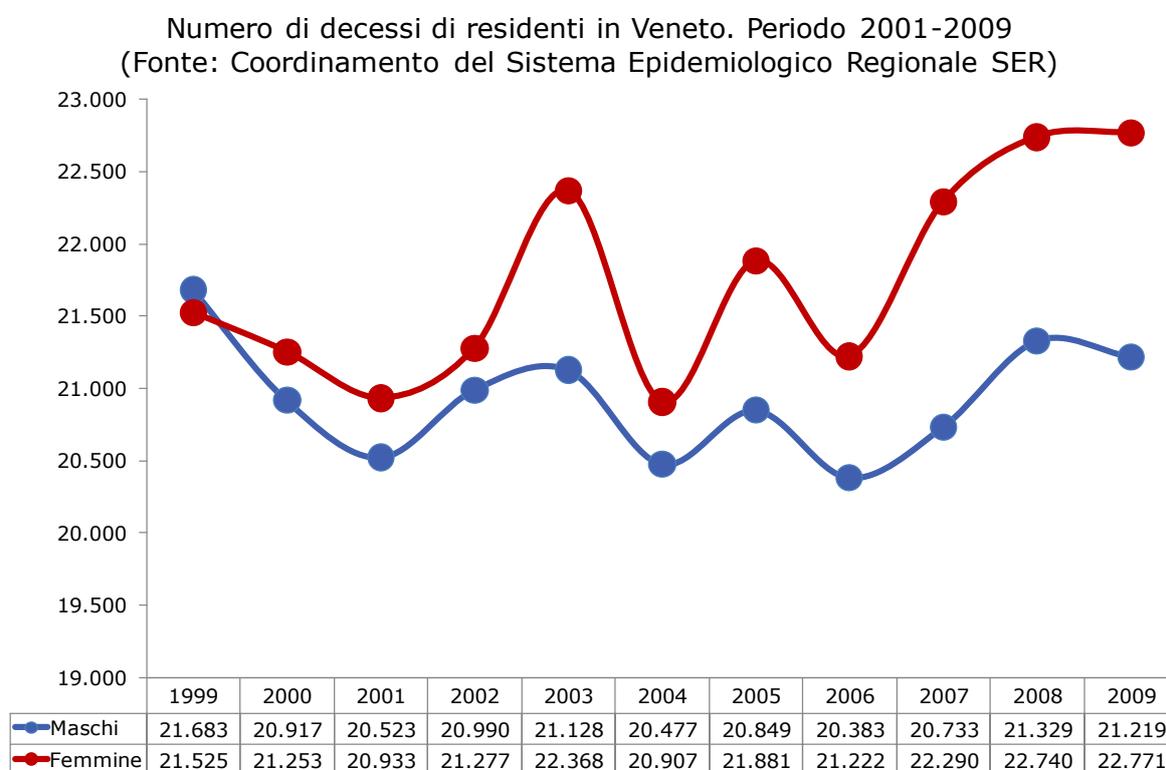
32

In conclusione, per quanto concerne la nostra Regione, l'indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" dell'ISTAT, condotta nel mese di febbraio 2009, attesta un buon grado di soddisfazione generale da parte dei cittadini veneti. In particolare il proprio stato di salute viene giudicato positivamente da una percentuale che arriva quasi all'82%. La soddisfazione per le relazioni familiari e amicali è molto elevata (rispettivamente 89,4% e 82,6%). La situazione economica sconta percentuali molto più basse, presumibilmente a causa della grave crisi. Meno soddisfacente è anche la possibilità di fruire di attività culturali o sportive nel tempo libero.

Vedremo ora, se tale percezione trova riscontro nelle evidenze epidemiologiche.

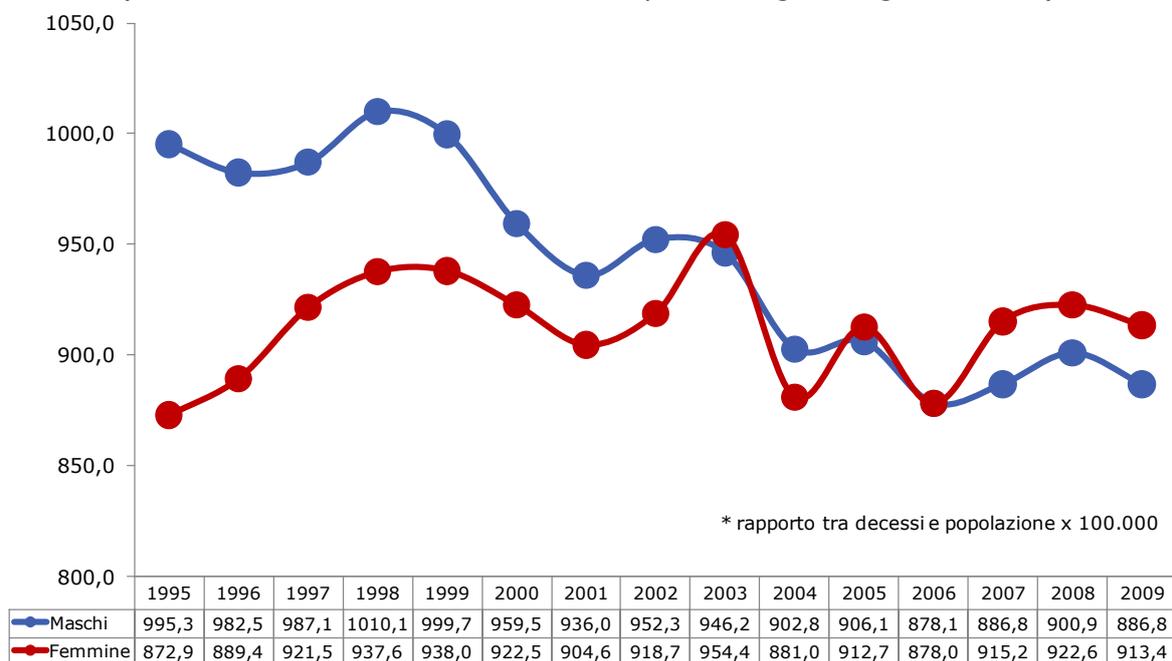
1.2 La mortalità nel Veneto

I dati di mortalità per causa sono una fonte ancora oggi insostituibile per valutare lo stato di salute di una popolazione e monitorarne l'andamento nel tempo, fornendo elementi preziosi per le azioni a tutela e miglioramento della salute. Tra i residenti nella Regione del Veneto nel corso dell'anno 2009 si sono verificati 43.990 decessi, 21.219 nei maschi e 22.771 nelle femmine. Sostanzialmente si è verificato meno di un decesso ogni 100 abitanti: il tasso grezzo di mortalità è infatti pari a 9,1 decessi per 1000 abitanti (9,0 per 1000 nei maschi e 8,8 per 1000 nelle femmine).



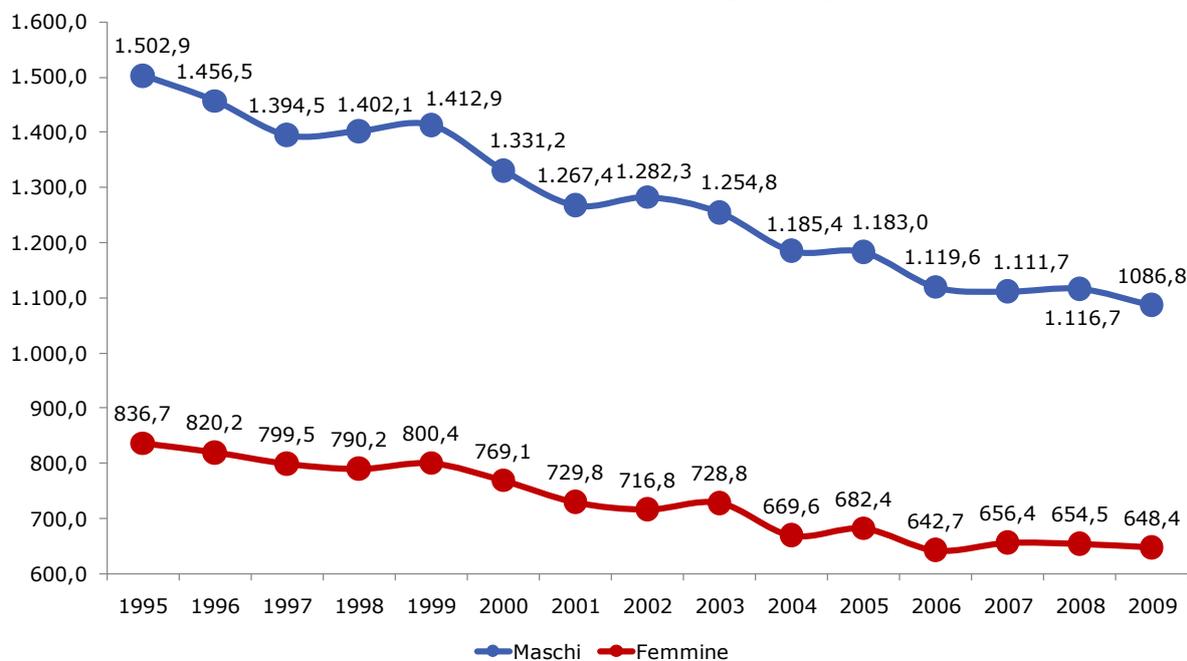
La maggior parte dei decessi riguarda soggetti di età elevata: nella maggior parte dei casi le persone decedute avevano un'età non inferiore a 65 anni e tra questi in molti casi l'età era non inferiore a 75 anni. Si osserva un tasso di mortalità elevato nel primo anno di vita. Nella fascia di età immediatamente successiva si registrano i tassi di mortalità più bassi, con un progressivo incremento all'aumentare dell'età. Per ciascuna fascia di età i tassi di mortalità nelle femmine sono nettamente inferiori rispetto ai corrispondenti tassi nei maschi. Tuttavia, il tasso grezzo di mortalità, calcolato su tutte le età, nelle femmine è leggermente superiore a quello dei maschi per il fatto che la popolazione femminile è nettamente più spostata verso le fasce di età più elevate.

Tasso grezzo di mortalità*, per 100.000 residenti, per sesso.
 Residenti in Veneto 1995-2009
 (Fonte: Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale SER)



34

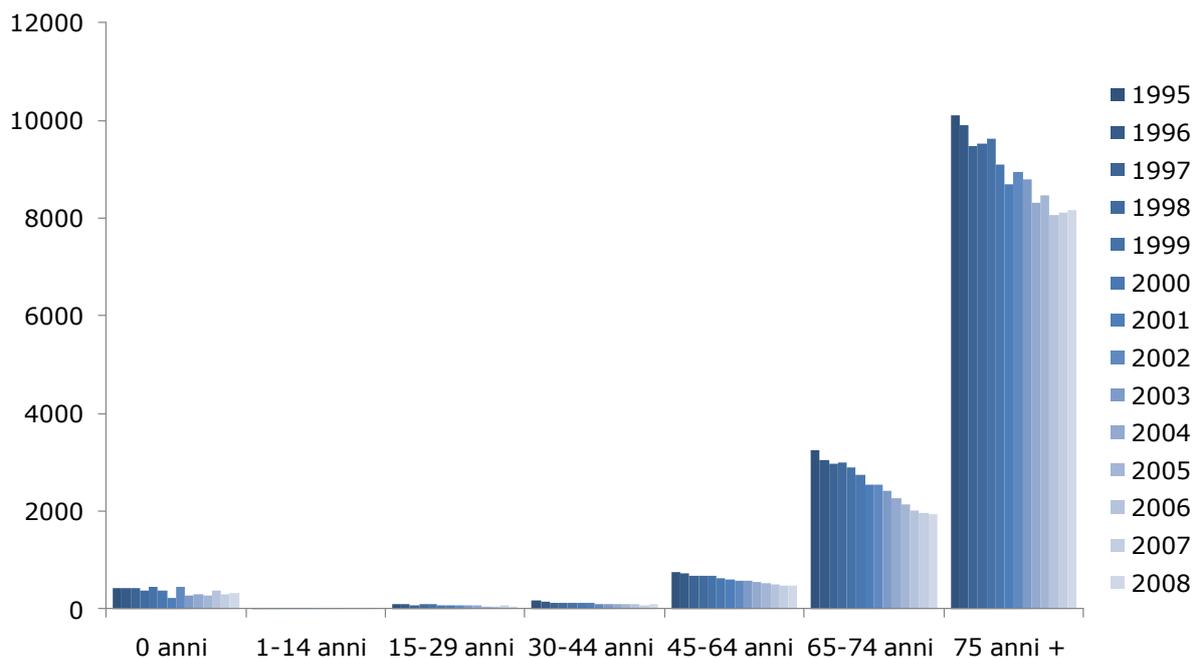
Tasso standardizzato di mortalità diretto (per 100.000 residenti).
 Periodo 1995-2009. Popolazione standard: Veneto 2002 (Fonte:
 Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale SER)



Il tasso di mortalità standardizzato si utilizza per confrontare i livelli di mortalità tra popolazioni diverse, o della stessa popolazione in periodi diversi, eliminando il possibile

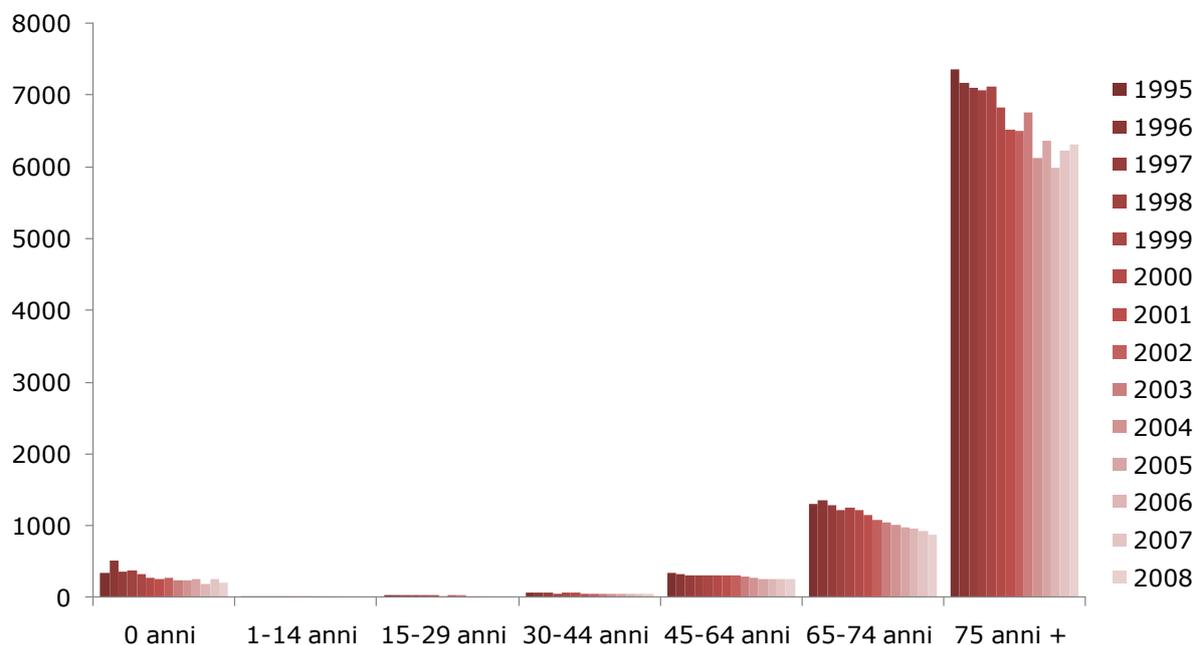
effetto delle diverse strutture per età. I valori sono ottenuti con metodo diretto. Semplificando, si calcolano le medie ponderate dei tassi specifici per età in cui, per ogni età, i coefficienti di ponderazione sono ottenuti da una popolazione tipo scelta come riferimento (nel nostro caso la popolazione del Veneto nell'anno 2002).

Mortalità per tutte le cause. Tassi di mortalità specifici per classi di età.
Residenti in Veneto. Periodo 1995-2008. Tassi per 100.000 residenti.
Sesso maschile (Fonte: SER)



| Mortalità per tutte le cause. Tassi di mortalità specifici per le classi di età. Residenti in Veneto. Periodo 1995-2008. Tassi per 100.000 residenti. Sesso maschile (Fonte SER) | | | | | | | |
|---|--------|-----------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| Anno | 0 anni | 1-14 anni | 15-29 anni | 30-44 anni | 45-64 anni | 65-74 anni | 75 anni + |
| 1995 | 428,2 | 20,5 | 97,2 | 165,8 | 766,6 | 3.247,20 | 10.102,00 |
| 1996 | 438,8 | 27,8 | 93,9 | 150,9 | 730,4 | 3.051,70 | 9.906,20 |
| 1997 | 416,3 | 24,9 | 86,9 | 131,9 | 686,2 | 2.969,70 | 9.462,10 |
| 1998 | 384 | 12,5 | 91,6 | 118,7 | 683,1 | 3.000,50 | 9.528,80 |
| 1999 | 457,4 | 17,8 | 96,3 | 126,3 | 683,6 | 2.888,40 | 9.618,00 |
| 2000 | 375,4 | 13,7 | 85,8 | 116 | 634,6 | 2.742,50 | 9.102,00 |
| 2001 | 226,7 | 11,5 | 86,9 | 125,1 | 616,5 | 2.551,00 | 8.696,10 |
| 2002 | 460,8 | 15 | 74,8 | 108,5 | 588,9 | 2.545,30 | 8.949,70 |
| 2003 | 269,4 | 15,4 | 76,5 | 103,4 | 586,8 | 2.406,30 | 8.801,00 |
| 2004 | 311,9 | 15,1 | 64,7 | 96 | 542,8 | 2.267,80 | 8.327,00 |
| 2005 | 282,6 | 16,2 | 60,1 | 92,2 | 527,9 | 2.139,70 | 8.459,40 |
| 2006 | 370,3 | 12,1 | 58,5 | 91,3 | 502,2 | 2.006,00 | 8.059,60 |
| 2007 | 305,1 | 13,8 | 66,7 | 81,9 | 470,6 | 1.977,50 | 8.119,40 |
| 2008 | 334,6 | 13,2 | 49,1 | 87,9 | 489,5 | 1.933,80 | 8.162,20 |

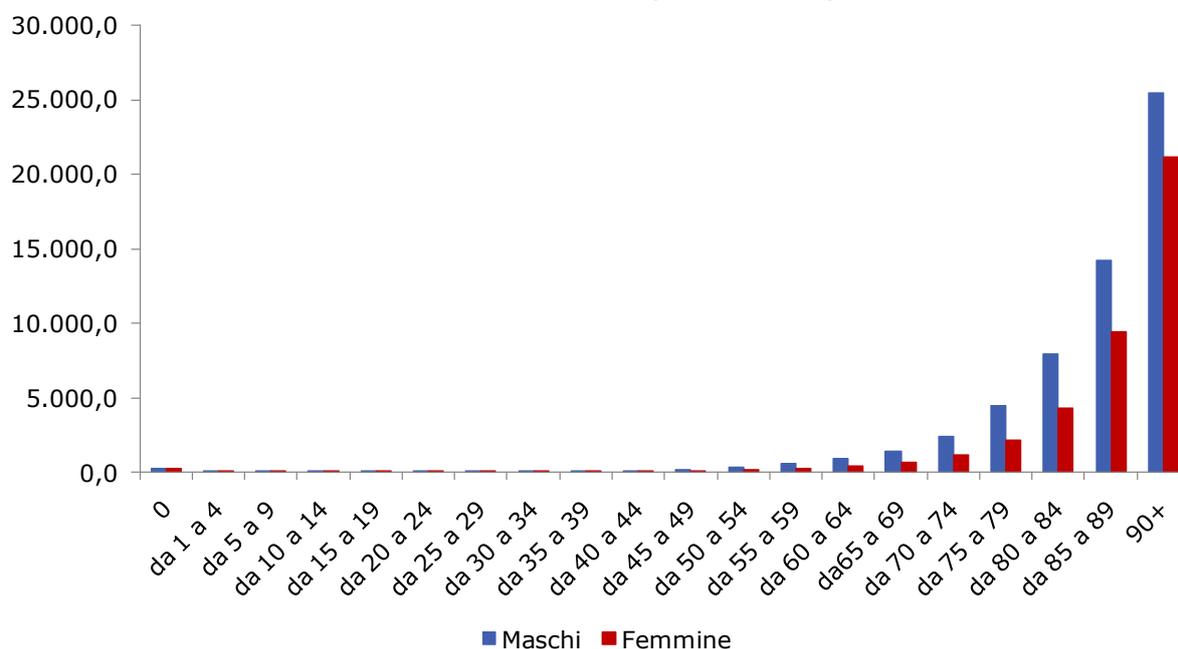
Mortalità per tutte le cause. Tassi di mortalità specifici per classi di età. Residenti in Veneto. Periodo 1995-2008. Tassi per 100.000 residenti. Sesso femminile (Fonte: SER)



| Mortalità per tutte le cause. Tassi di mortalità specifici per le classi di età. Residenti in Veneto. Periodo 1995-2008. Tassi per 100.000 residenti. Sesso femminile (Fonte SER) | | | | | | | |
|---|--------|-----------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| Anno | 0 anni | 1-14 anni | 15-29 anni | 30-44 anni | 45-64 anni | 65-74 anni | 75 anni + |
| 1995 | 339,5 | 19,5 | 31,7 | 73,4 | 337,3 | 1.302,6 | 7.355,1 |
| 1996 | 513,4 | 18,1 | 30,4 | 65,9 | 332,2 | 1.348,4 | 7.174,4 |
| 1997 | 354,8 | 14 | 31,1 | 63 | 313,9 | 1.286,2 | 7.099,5 |
| 1998 | 383,3 | 21,2 | 27,9 | 57,8 | 316 | 1.217,7 | 7.057,2 |
| 1999 | 326,8 | 13,1 | 34,1 | 61,6 | 308 | 1.249,8 | 7.119,1 |
| 2000 | 269 | 10,4 | 28,2 | 60,9 | 304 | 1.215,5 | 6.823,9 |
| 2001 | 257,7 | 13,9 | 24,4 | 59,5 | 301,3 | 1.153,1 | 6.523,9 |
| 2002 | 267,1 | 14,1 | 28,1 | 54,3 | 303,7 | 1.074,3 | 6.507,2 |
| 2003 | 239,1 | 11 | 26,3 | 56,8 | 289,9 | 1.043,7 | 6.752,4 |
| 2004 | 247,5 | 12,2 | 23,9 | 49 | 267 | 1.003,7 | 6.114,5 |
| 2005 | 262,4 | 6,9 | 21 | 48,4 | 264,7 | 973,7 | 6.358,0 |
| 2006 | 194 | 9,1 | 18,5 | 45,2 | 260,6 | 957,3 | 5.988,6 |
| 2007 | 262,8 | 9,6 | 20,2 | 46,7 | 265 | 923,9 | 6.220,4 |
| 2008 | 208,9 | 8,8 | 19 | 45,1 | 254,2 | 879,2 | 6.317,4 |

Nel 2009 il tasso di mortalità standardizzato conferma il trend osservato negli anni precedenti (dal 1995 al 2008). I dati disponibili consentono di rappresentare fasce di età con un maggior dettaglio. Rimane l'assoluta evidenza di tassi di mortalità più elevati nelle età più avanzate.

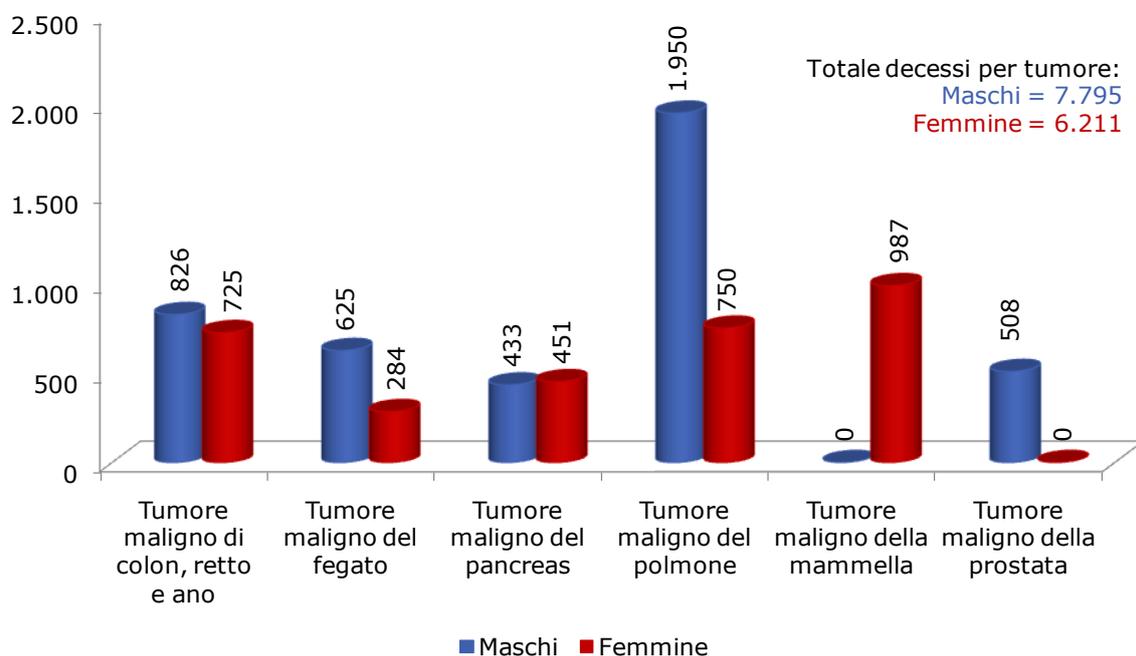
Mortalità per tutte le cause. Tassi di mortalità specifici per classi di età e sesso. Residenti in Veneto 2009. Tassi per 100.000 residenti. (Fonte: SER)



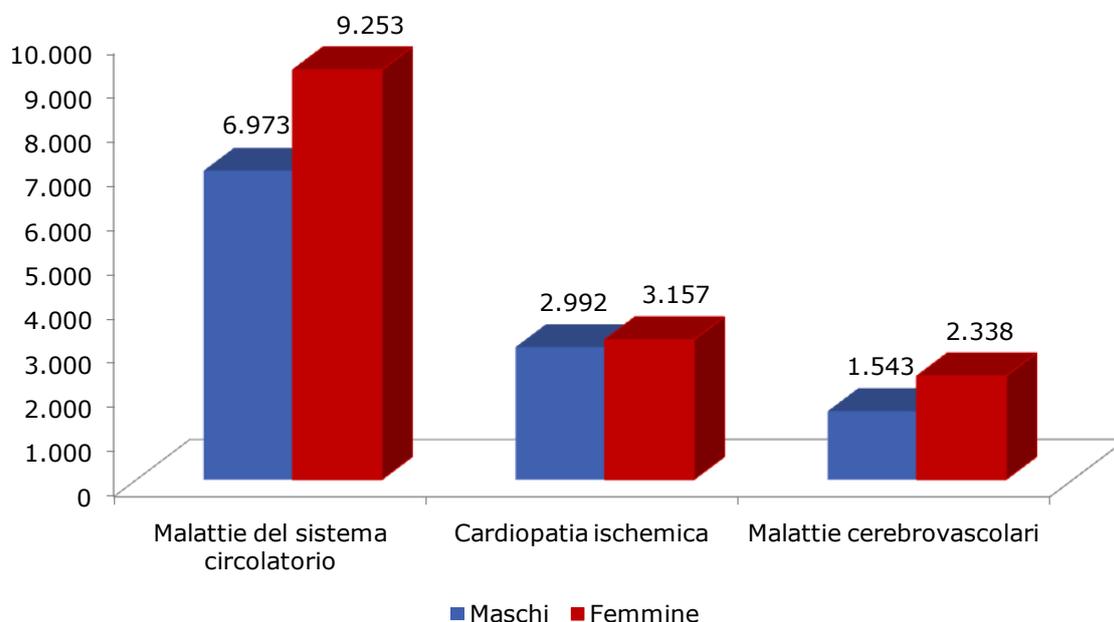
| Mortalità per tutte le cause. Tassi di mortalità specifici per classi di età e sesso. Residenti in Veneto 2009. Tassi per 100.000 residenti. (Fonte: SER) | | | | | | | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Sesso | 0 | da 1 a 4 | da 5 a 9 | da 10 a 14 | da 15 a 19 | da 20 a 24 | da 25 a 29 | da 30 a 34 | da 35 a 39 | da 40 a 44 |
| M | 287,1 | 8,2 | 7,6 | 12,3 | 38,5 | 47,1 | 44,5 | 46,3 | 71,7 | 106,5 |
| F | 264,0 | 13,0 | 3,6 | 8,4 | 16,7 | 21,9 | 22,6 | 15,8 | 36,4 | 68,4 |
| Sesso | da 45 a 49 | da 50 a 54 | da 55 a 59 | da 60 a 64 | da 65 a 69 | da 70 a 74 | da 75 a 79 | da 80 a 84 | da 85 a 89 | 90+ |
| M | 179,7 | 307,3 | 556,1 | 880,2 | 1.393,5 | 2.419,9 | 4.469,0 | 7.963,1 | 14.218,8 | 25.432,3 |
| F | 107,3 | 185,0 | 278,3 | 437,5 | 691,0 | 1.178,2 | 2.152,3 | 4.336,8 | 9.436,3 | 21.146,8 |

Le principali cause di morte sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori che insieme giustificano circa il 70% dei decessi. Nelle femmine sono nettamente prevalenti le malattie del sistema circolatorio, mentre nei maschi ormai da alcuni anni i decessi per tumore hanno superato quelli per malattie circolatorie. I principali tumori causa di morte sono nei maschi i tumori maligni del polmone, del colon del fegato, nelle femmine i tumori maligni della mammella del colon e del polmone.

Mortalità tra i residenti nella Regione del Veneto. Numero di decessi per tumori per sesso. Anno 2009 (Fonte: SER)

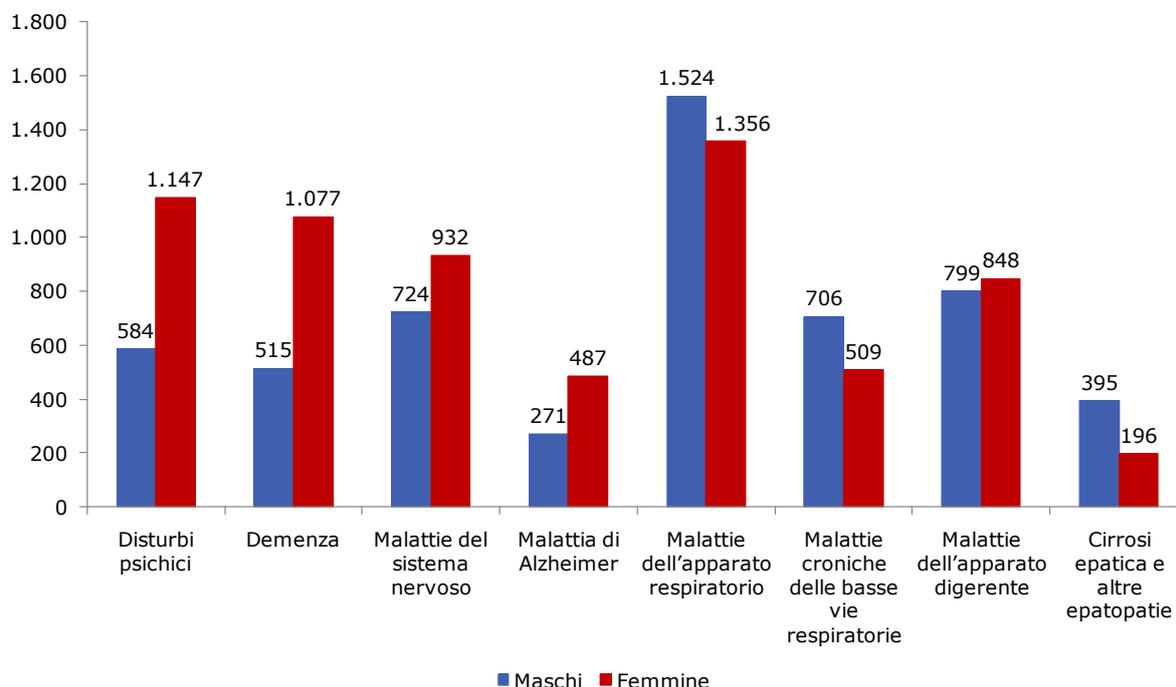


Mortalità tra i residenti nella Regione del Veneto. Numero di decessi per malattie del sistema circolatorio per sesso. Anno 2009 (Fonte: SER)



Tra le malattie del sistema circolatorio si evidenziano principalmente le malattie ischemiche del cuore (14% del totale dei decessi) e le malattie cerebrovascolari (10,3% dei decessi nelle femmine).

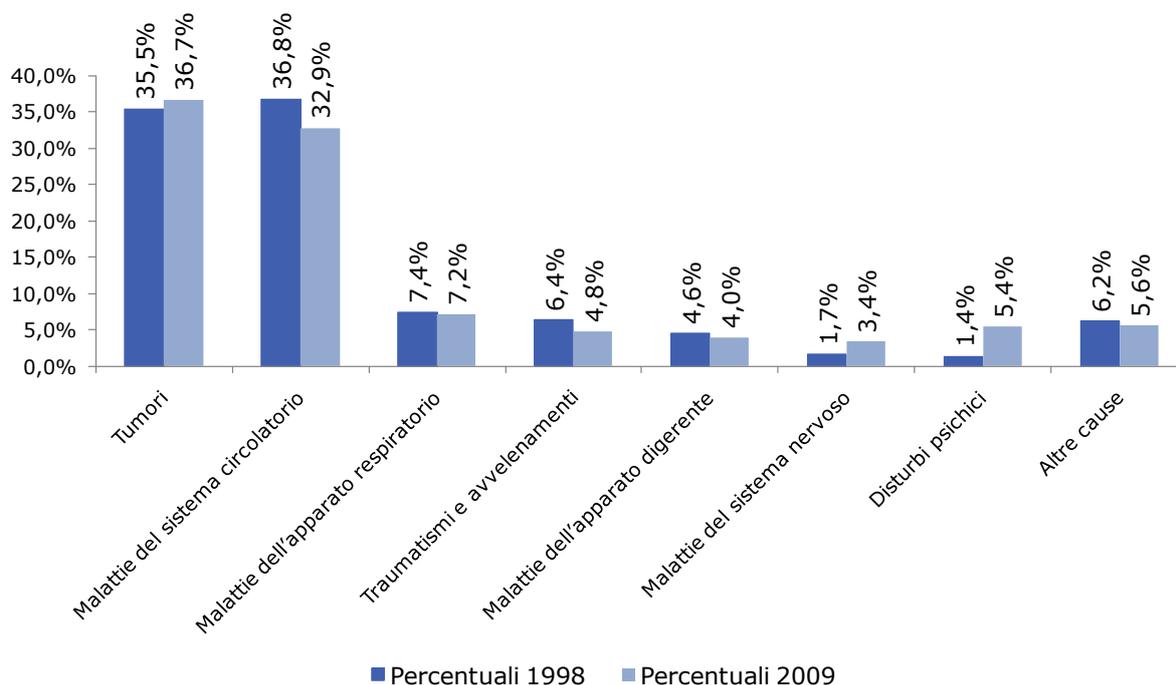
Mortalità tra i residenti nella Regione del Veneto. Numero di decessi per altre malattie per sesso. Anno 2009 (Fonte: SER)



Le malattie dell'apparato respiratorio sono il terzo settore nosologico per numerosità di decessi in entrambi i sessi (6,55% del totale), rappresentate principalmente dalle broncopneumopatie croniche ostruttive. Nei maschi i decessi per traumatismo o avvelenamento sono circa il 5% del totale e, tra questi, una quota rilevante è determinata da incidenti stradali e da suicidi. Nelle femmine invece stanno assumendo un ruolo progressivamente crescente malattie degenerative croniche del sistema nervoso centrale (morbo di Alzheimer) che portano a un decadimento cognitivo.

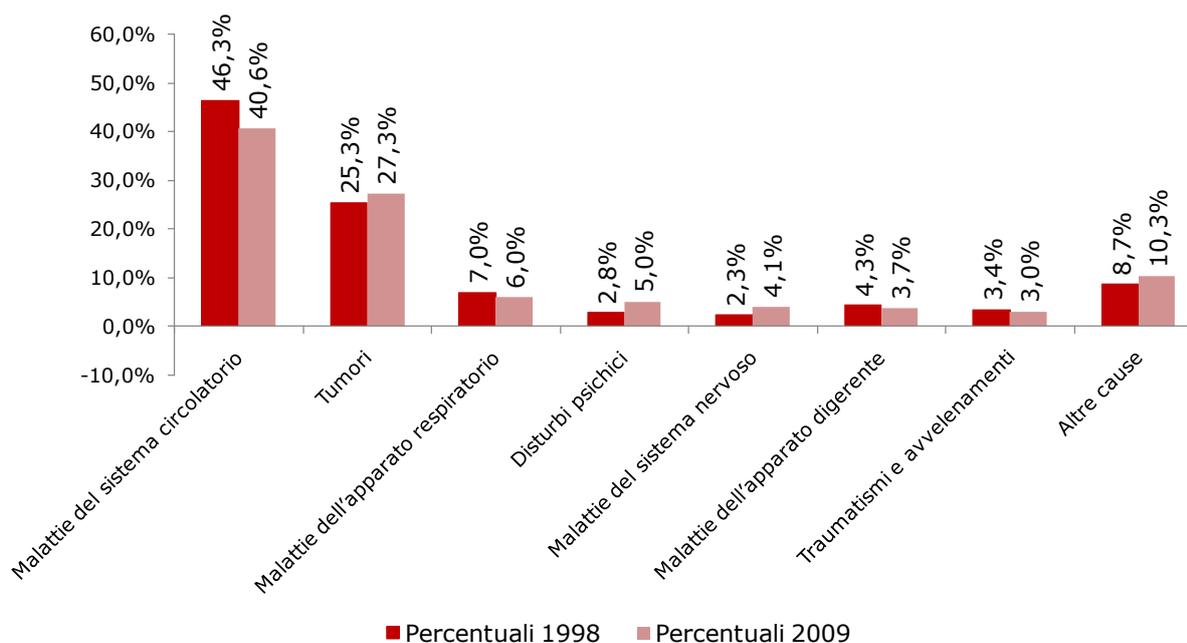
| Mortalità tra i residenti nella Regione del Veneto. Numero di decessi per traumatismi e avvelenamenti per sesso. Anno 2008 (Fonte: SER) | | | |
|---|-------|-----|-------|
| Traumatismi e avvelenamenti | 1.020 | 677 | 1.697 |
| Accidenti da trasporto | 277 | 85 | 362 |
| Suicidi | 248 | 64 | 312 |

Principali cause di morte nel Veneto negli anni 1998 e 2009.
Percentuali relative al sesso maschile (Fonte: SER)



40

Principali cause di morte nel Veneto negli anni 1998 e 2009.
Percentuali relative al sesso femminile (Fonte: SER)



Le cause di morte nelle diverse fasce di età

Mortalità nel primo anno di vita: il tasso di mortalità infantile (dato dal numero di decessi nel primo anno di vita ogni mille nati vivi) è considerato uno degli indicatori più importanti per misurare lo sviluppo sociale, economico e sanitario di una popolazione. Nel Veneto, nel corso del 2009 si sono registrati 133 decessi nel primo anno di vita, con un tasso di mortalità infantile pari a 2,9 per mille nei maschi e 2,6 per mille nelle femmine. Tali valori collocano il Veneto a livelli di assoluta eccellenza su scala mondiale. Le malattie che portano a morte nel primo anno di vita sono peculiari di questo periodo e sono rappresentate principalmente da condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale e da malformazioni congenite: a questi due gruppi di patologie è ascrivibile circa l'80% dei decessi nel primo anno di vita.

| Cause di morte nel primo anno di vita. Residenti in Veneto, anno 2009 | | | | | | |
|---|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| Cause di morte | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | N° decessi | % | N° decessi | % | N° decessi | % |
| Condizioni morbose perinatali | 41 | 57,7% | 37 | 59,7% | 78 | 58,6% |
| Malformazioni congenite, anomalie cromosomiche | 30 | 42,3% | 25 | 40,3% | 55 | 41,4% |
| Tutte le cause | 71 | 100,0% | 62 | 100,0% | 133 | 100,0% |

Mortalità nei soggetti in età pediatrica (1-14 anni): In questa fascia di età la morte è un evento raro. Nel 2009 si sono verificati 56 decessi, 31 in soggetti di sesso maschile e 25 nelle femmine. Il tasso specifico di mortalità per tutte le cause nella fascia di età da 1 a 4 anni è risultato pari a 8,2 su 100.000 residenti per i maschi e 13 su 100.000 residenti per le femmine, nella fascia di età da 5 a 9 anni è risultato pari a 7,6 per i maschi e 3,6 per le femmine, nella fascia di età da 10 a 14 anni è risultato pari a 12,3 per i maschi e 8,4 per le femmine. Le principali cause di morte in entrambi i sessi sono costituite da tumori e traumatismi.

| Cause di morte nei soggetti di età 1-14 anni. Residenti in Veneto, anno 2009 | | | | | | |
|--|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| Cause di morte | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | N° decessi | % | N° decessi | % | N° decessi | % |
| Tumori | 9 | 29,0% | 5 | 20,0% | 14 | 25,0% |
| Traumatismi | 11 | 35,5% | 4 | 16,0% | 15 | 26,8% |
| Tutte le cause | 31 | 100,0% | 25 | 100,0% | 56 | 100,0% |

Mortalità nei soggetti in età giovanile (15-24 anni): a partire dai 15 anni di età si verificano due fenomeni: un progressivo incremento dei tassi di mortalità e un allargamento della differenza fra i due sessi. Tra i soggetti di età 15-24 anni nel 2009 si sono verificati 143 decessi, di cui 100 (circa il 70%) in soggetti di sesso maschile. Il tasso di mortalità nei maschi è oltre il doppio rispetto alle femmine. La principale causa di morte in questa fascia di età è costituita dagli incidenti stradali. Rilevante è anche il numero di decessi per suicidio, in particolare nei maschi.

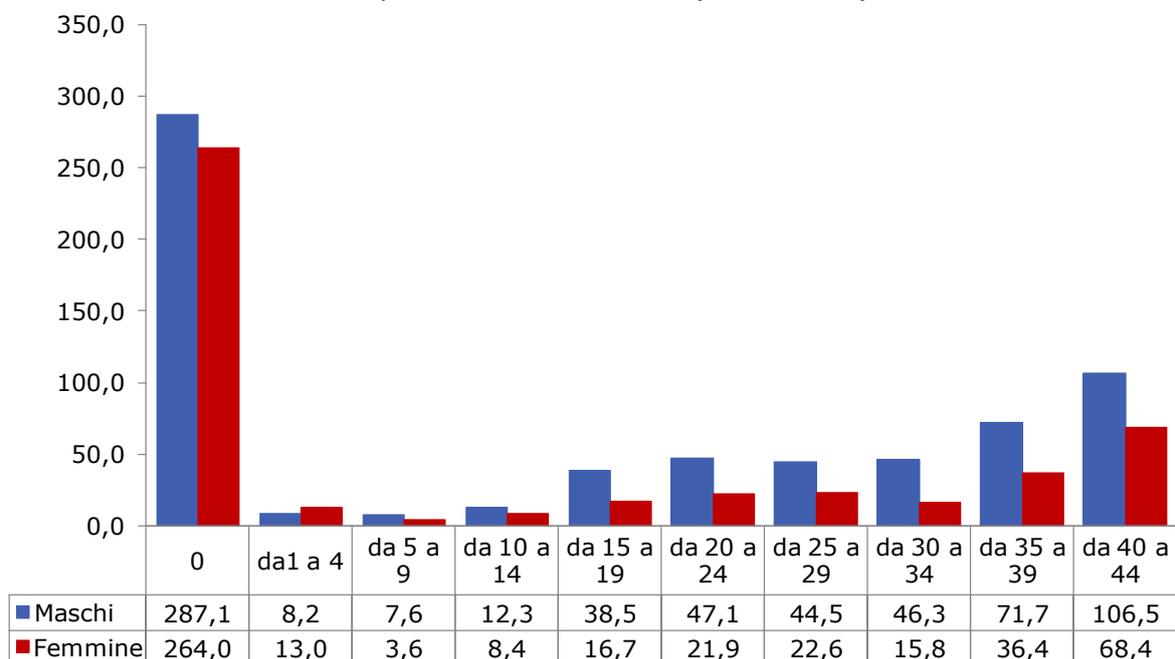
| Cause di morte nei soggetti di età 15-24 anni. Residenti in Veneto, anno 2009 | | | | | | |
|---|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| Cause di morte | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | N° decessi | % | N° decessi | % | N° decessi | % |
| Tumori | 14 | 14,0% | 6 | 14,0% | 20 | 14,0% |
| Traumatismi | 73 | 73,0% | 23 | 53,5% | 96 | 67,1% |
| Accidenti da trasporto | 45 | 45,0% | 16 | 37,2% | 61 | 42,7% |
| Suicidi | 10 | 10,0% | 2 | 4,7% | 12 | 8,4% |
| Tutte le cause | 100 | 100,0% | 43 | 100,0% | 143 | 100,0% |

42

Mortalità nei soggetti nella fascia di età 25-44 anni: in questa fascia di età nel corso del 2009 si sono verificati 811 decessi, di cui 536 (66%) in soggetti di sesso maschile e 275 nelle femmine. Anche in questo caso il tasso di mortalità nei maschi è oltre il doppio rispetto alle femmine. Tra i sessi, inoltre, le principali cause di morte sono differenti: nei maschi il maggior numero di decessi è quello da traumatismi, in particolare da incidenti stradali, mentre nelle femmine sono predominanti i decessi per tumore (in primo luogo per tumore della mammella).

| Cause di morte nei soggetti di età 25-44 anni. Residenti in Veneto, anno 2009 | | | | | | |
|---|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| Cause di morte | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | N° decessi | % | N° decessi | % | N° decessi | % |
| Tumori | 112 | 20,9% | 144 | 52,4% | 256 | 31,6% |
| Tumore maligno del polmone | 15 | 2,8% | 9 | 3,3% | 24 | 3,0% |
| Tumore maligno della mammella | | | 45 | 16,4% | 45 | 5,5% |
| Malattie del sistema circolatorio | 80 | 14,9% | 25 | 9,1% | 105 | 12,9% |
| Traumatismi | 229 | 42,7% | 50 | 18,2% | 279 | 34,4% |
| Accidenti da trasporto | 97 | 18,1% | 13 | 4,7% | 110 | 13,6% |
| Suicidi | 72 | 13,4% | 24 | 8,7% | 96 | 11,8% |
| Tutte le cause | 536 | 100,0% | 275 | 100,0% | 811 | 100,0% |

Mortalità per tutte le cause. Tassi di mortalità specifici per classi di età da 0 a 44 anni, per sesso. Residenti in Veneto 2009.
Tassi per 100.000 residenti (Fonte: SER)



Mortalità nei soggetti nella fascia di età 45-64 anni: nei soggetti di età 45-64 nell'anno 2009 si sono verificati circa 4.488 decessi, di cui circa due terzi in soggetti di sesso maschile. Il tasso di mortalità è risultato nei maschi quasi doppio rispetto alle femmine. In entrambi i sessi il maggior numero di decessi è stato determinato dai tumori, seguiti dalle malattie del sistema circolatorio (nelle donne il secondo posto è comunque relativo al Tumore maligno della mammella).

| Cause di morte nei soggetti di età 45-64 anni. Residenti in Veneto, anno 2009 | | | | | | |
|---|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| Cause di morte | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | N° decessi | % | N° decessi | % | N° decessi | % |
| Tumori | 1.427 | 48,9% | 1.051 | 67,0% | 2.478 | 55,2% |
| Tumore maligno di colon, retto e ano | 160 | 5,5% | 118 | 7,5% | 278 | 6,2% |
| Tumore maligno del polmone | 340 | 11,6% | 167 | 10,6% | 507 | 11,3% |
| Tumore maligno della mammella | | | 238 | 15,2% | 238 | 5,3% |
| Malattie del sistema circolatorio | 665 | 22,8% | 196 | 12,5% | 861 | 19,2% |
| Cardiopatía ischemica | 347 | 11,9% | 62 | 4,0% | 409 | 9,1% |
| Malattie cerebrovascolari | 90 | 3,1% | 53 | 3,4% | 143 | 3,2% |
| Tutte le cause | 2.919 | 100,0% | 1.569 | 100,0% | 4.488 | 100,0% |

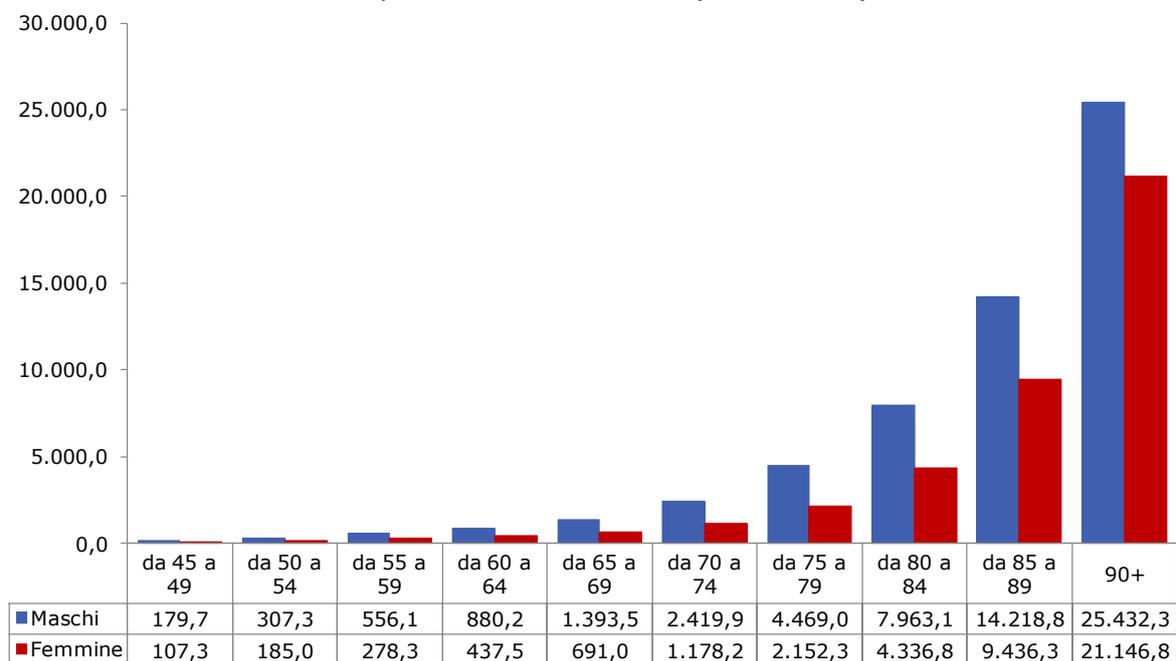
Mortalità nei soggetti nella fascia di età 65-74 anni: nel 2009 i decessi relativi a soggetti di età 65-74 anni sono stati 6.821, anche in questo caso con una netta prevalenza del sesso maschile. Il tasso di mortalità è risultato nei maschi pari a oltre il doppio rispetto alle femmine. Le principali cause di morte presentano una distribuzione percentuale molto simile nei due sessi.

| Cause di morte nei soggetti di età 65-74 anni. Residenti in Veneto, anno 2009 | | | | | | |
|---|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| Cause di morte | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | N° decessi | % | N° decessi | % | N° decessi | % |
| Tumori | 2.197 | 50,5% | 1.373 | 55,6% | 3.570 | 52,3% |
| Tumore maligno di colon, retto e ano | 222 | 5,1% | 138 | 5,6% | 360 | 5,3% |
| Tumore maligno del polmone | 584 | 13,4% | 160 | 6,5% | 744 | 10,9% |
| Tumore maligno della mammella | | | 243 | 9,8% | 243 | 3,6% |
| Malattie del sistema circolatorio | 1.150 | 26,4% | 517 | 20,9% | 1.667 | 24,4% |
| Cardiopatía ischemica | 522 | 12,0% | 166 | 6,7% | 688 | 10,1% |
| Malattie cerebrovascolari | 232 | 5,3% | 137 | 5,6% | 369 | 5,4% |
| Tutte le cause | 4.353 | 100,0% | 2.468 | 100,0% | 6.821 | 100,0% |

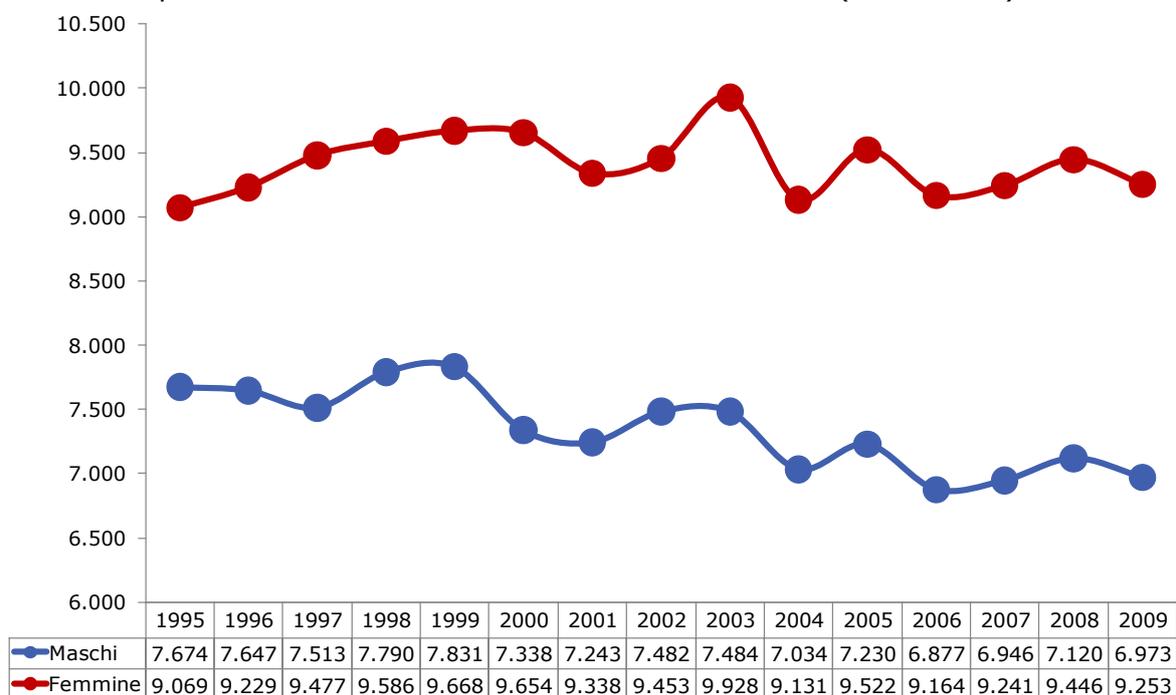
Mortalità nei soggetti con età pari o superiore a 75 anni: nei soggetti con età di almeno 75 anni come si è detto si registrano i tassi di mortalità più elevati. Poiché la popolazione femminile in questa fascia di età è nettamente più numerosa di quella maschile, il numero assoluto di decessi è maggiore nelle femmine. In questa popolazione le principali cause di morte sono costituite in entrambi i sessi dalle malattie del sistema circolatorio, seguite dai tumori. Hanno un ruolo rilevante nei maschi le malattie dell'apparato respiratorio e nelle femmine i disturbi psichici (in particolare la demenza) e le malattie del sistema nervoso.

| Cause di morte nei soggetti di età uguale o superiore a 75 anni. Residenti in Veneto, anno 2009 | | | | | | |
|---|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| Cause di morte | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | N° decessi | % | N° decessi | % | N° decessi | % |
| Tumori | 4.036 | 30,6% | 3.631 | 19,8% | 7.667 | 24,3% |
| Tumore maligno di colon, retto e ano | 432 | 3,3% | 462 | 2,5% | 894 | 2,8% |
| Tumore maligno del polmone | 1.010 | 7,6% | 414 | 2,3% | 1.424 | 4,5% |
| Tumore maligno della mammella | | 0,0% | 461 | 2,5% | 461 | 1,5% |
| Disturbi psichici | 503 | 3,8% | 1.106 | 6,0% | 1.609 | 5,1% |
| Malattie del sistema nervoso | 517 | 3,9% | 766 | 4,2% | 1.283 | 4,1% |
| Malattie del sistema circolatorio | 5.070 | 38,4% | 8.509 | 46,4% | 13.579 | 43,1% |
| Cardiopatía ischemica | 2.098 | 15,9% | 2.924 | 16,0% | 5.022 | 15,9% |
| Malattie cerebrovascolari | 1.203 | 9,1% | 2.139 | 11,7% | 3.342 | 10,6% |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 1.279 | 9,7% | 1.247 | 6,8% | 2.526 | 8,0% |
| Tutte le cause | 13.209 | 100,0% | 18.329 | 100,0% | 31.538 | 100,0% |

Mortalità per tutte le cause. Tassi di mortalità specifici per classi di età da 45 a oltre 90 anni, per sesso. Residenti in Veneto 2009. Tassi per 100.000 residenti (Fonte: SER)



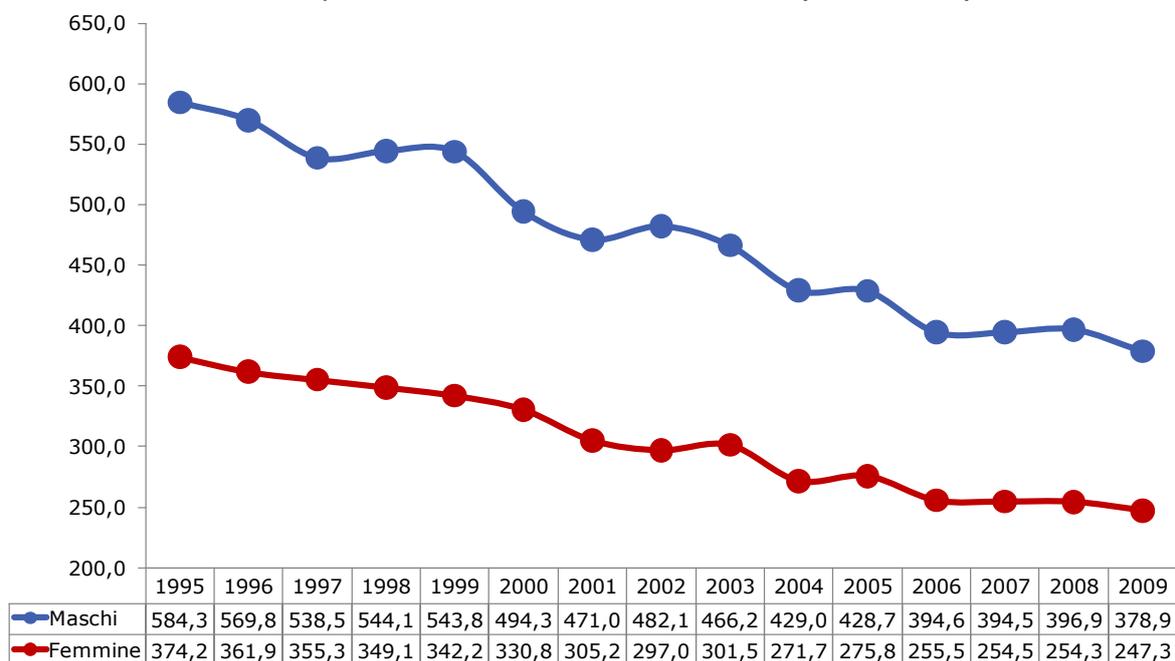
Mortalità per malattie del sistema circolatorio. Numero decessi di persone residenti in Veneto. Periodo 1995-2009 (Fonte: SER)



Principali cause di morte nel Veneto

Malattie del sistema circolatorio: per queste malattie tra i residenti in Veneto nell'anno 2009 si sono verificati 6.973 decessi nei maschi e 9.253 nelle femmine.

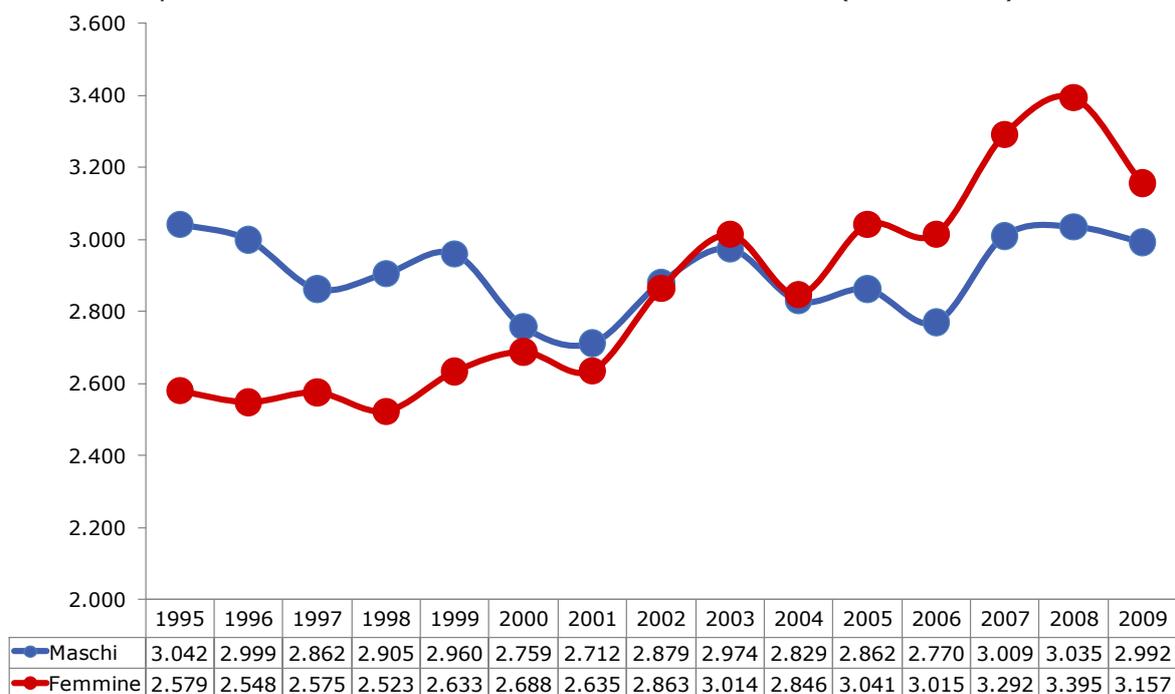
Mortalità per malattie del sistema circolatorio. Tasso standardizzato diretto (per 100.000 residenti). Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009. Popolazione standard: Veneto 2002 (Fonte: SER)



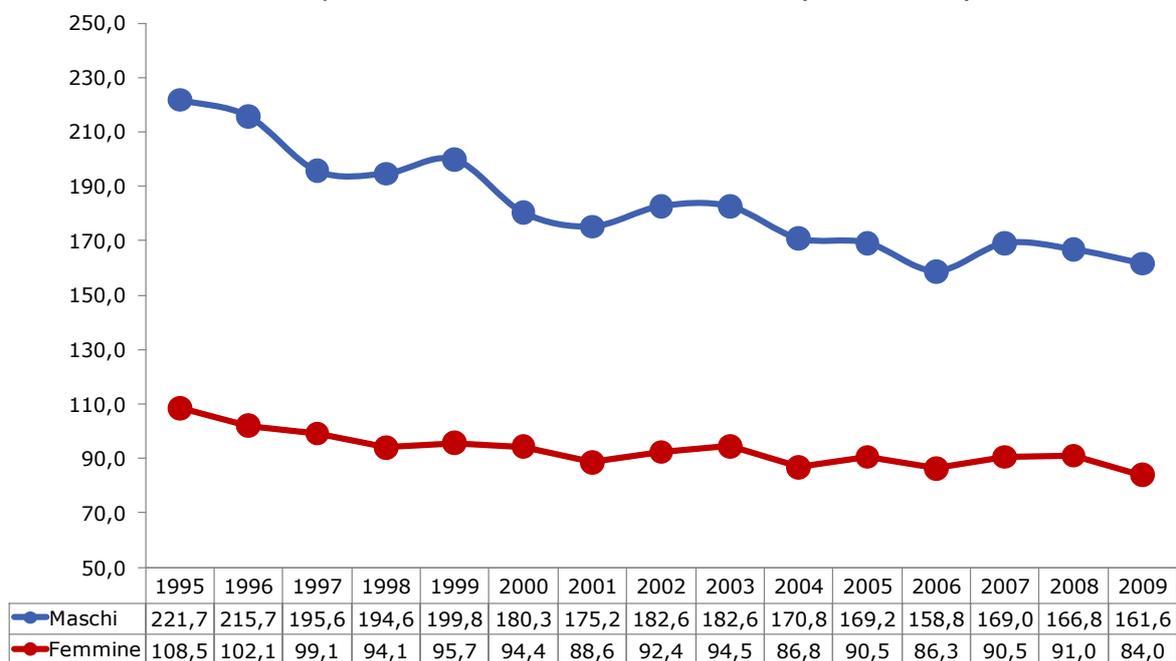
Il tasso standardizzato diretto di mortalità per malattie del sistema circolatorio è in marcato calo negli ultimi anni (dal 1995 al 2009 -35% nei maschi, -34% nelle femmine). Livelli superiori alla media regionale si registrano per i maschi tra i residenti nelle Aziende ULSS 4 Thiene, 14 Chioggia e 18 Rovigo e per le femmine tra le residenti nelle Aziende ULSS 4 Thiene, 12 Veneziana, 17 Este, 18 Rovigo e 19 Adria. Valori inferiori al dato medio regionale sono invece presenti per i maschi nelle Aziende ULSS 16 Padova e 20 Verona e per le femmine nelle Aziende ULSS 5 Arzignano, 9 Treviso, 16 Padova e 20 Verona.

46

Mortalità per malattie ischemiche del cuore. Numero decessi di persone residenti in Veneto. Periodo 1995-2009 (Fonte: SER)



Mortalità per malattie ischemiche del cuore. Tasso standardizzato diretto (per 100.000 residenti). Residenti in Veneto, periodo 1995-2009. Popolazione standard: Veneto 2002 (Fonte: SER)

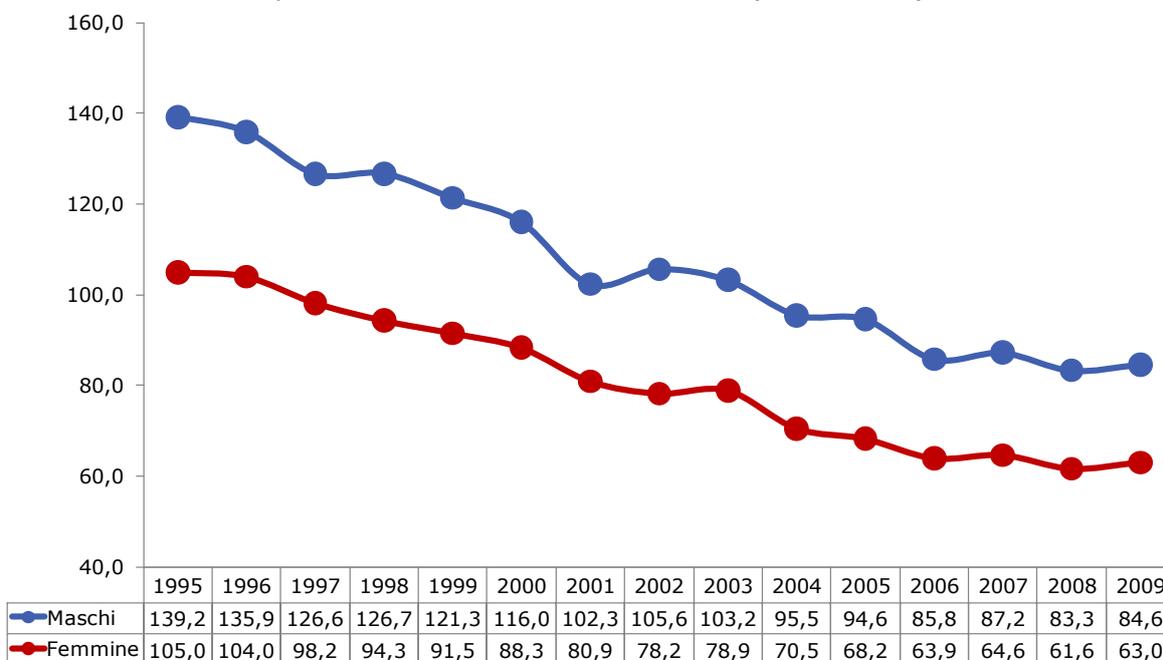


Tra le malattie del sistema circolatorio il maggior numero di decessi è causato dalle malattie ischemiche del cuore. Nel 2009 2.992 nei maschi e 3.157 nelle femmine. La mortalità per cardiopatie ischemiche (tasso standardizzato diretto) è in netto calo: dal 1995 al 2009 -27% nei maschi e -23% nelle femmine. Tra le Aziende ULSS del Veneto valori superiori alla media regionale si verificano per i maschi nelle Aziende ULSS 4 Thiene, 14 Chioggia, 18 Rovigo e 19 Adria e per le femmine nelle Aziende ULSS 12 Veneziana, 17 Este, 18 Rovigo e 19 Adria. Valori inferiori al dato regionale sono invece riscontrati nelle Aziende ULSS 16 Padova e 20 Verona per i maschi e nelle Aziende ULSS 5 Arzignano, 9 Treviso, 10 Veneto Orientale, 15 Cittadella, 16 Padova e 22 Bussolengo per le femmine.

Malattie cerebrovascolari: le malattie cerebrovascolari hanno causato nel 2009 nei residenti in Veneto 1.543 decessi nei maschi e 2.338 decessi nelle femmine. Tra le varie cause di morte, il tasso standardizzato diretto di mortalità per malattie cerebrovascolari ha mostrato uno dei cali più marcati: infatti dal 1995 al 2009 il tasso standardizzato diretto è diminuito in oltre il 40% sia nei maschi che nelle femmine. All'interno della Regione valori più elevati rispetto alla media regionale si riscontrano nelle femmine residenti nelle Aziende ULSS 7 Pieve di Soligo, 12 Veneziana, 18 Rovigo e 19 Adria. Valori inferiori alla media regionale sono invece presenti nei maschi residenti nell'Azienda

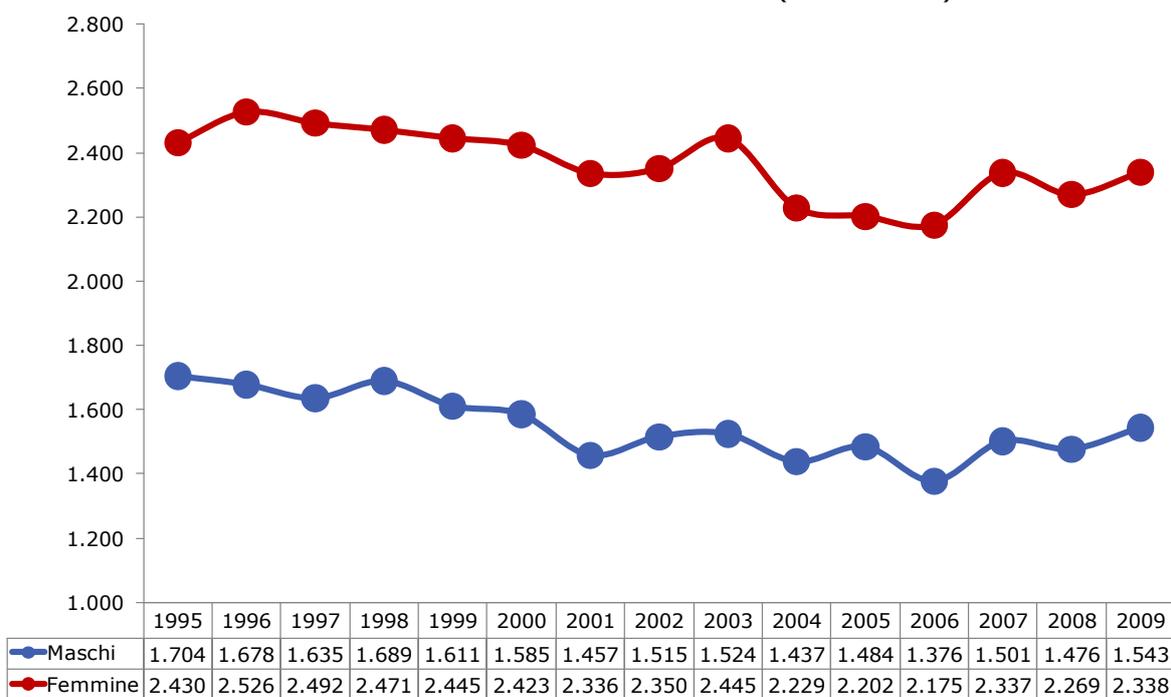
ULSS 20 Verona e nelle femmine residenti nelle Aziende ULSS 1 Belluno, 3 Bassano del Grappa, 5 Arzignano, 8 Asolo e 20 Verona.

Mortalità per malattie cerebrovascolari: Tasso standardizzato diretto (per 100.000 residenti). Residenti in Veneto, periodo 1995-2009. Popolazione standard: Veneto 2002 (Fonte: SER)



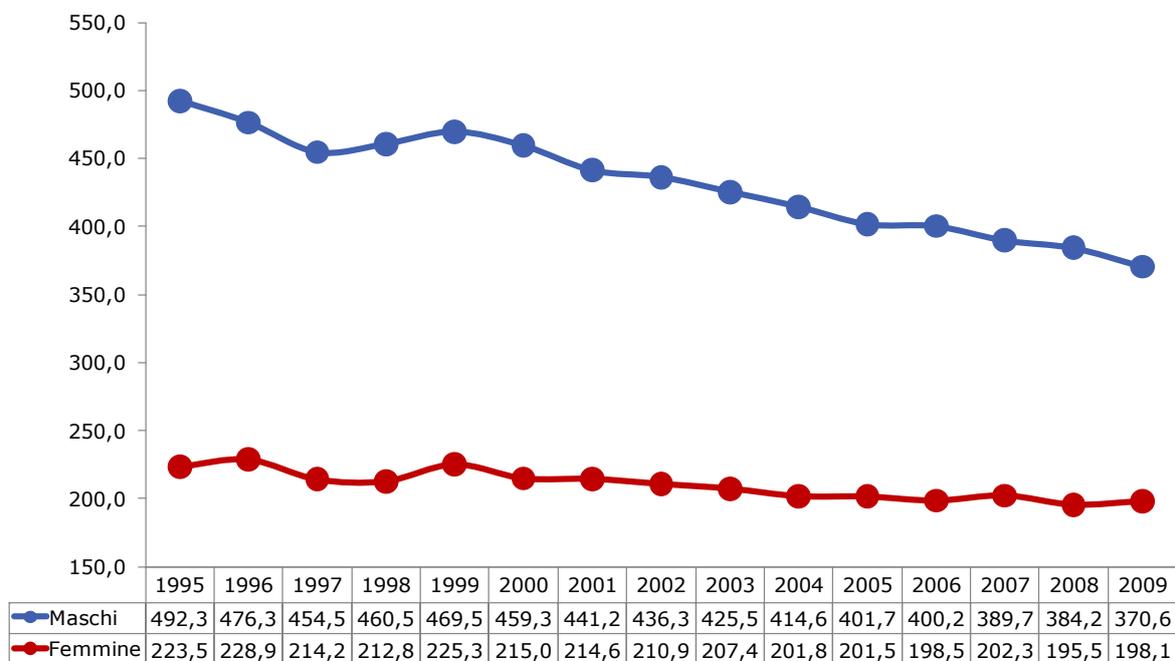
48

Mortalità per malattie cerebrovascolari. Numero decessi di persone residenti in Veneto. Periodo 1995-2009 (Fonte: SER)

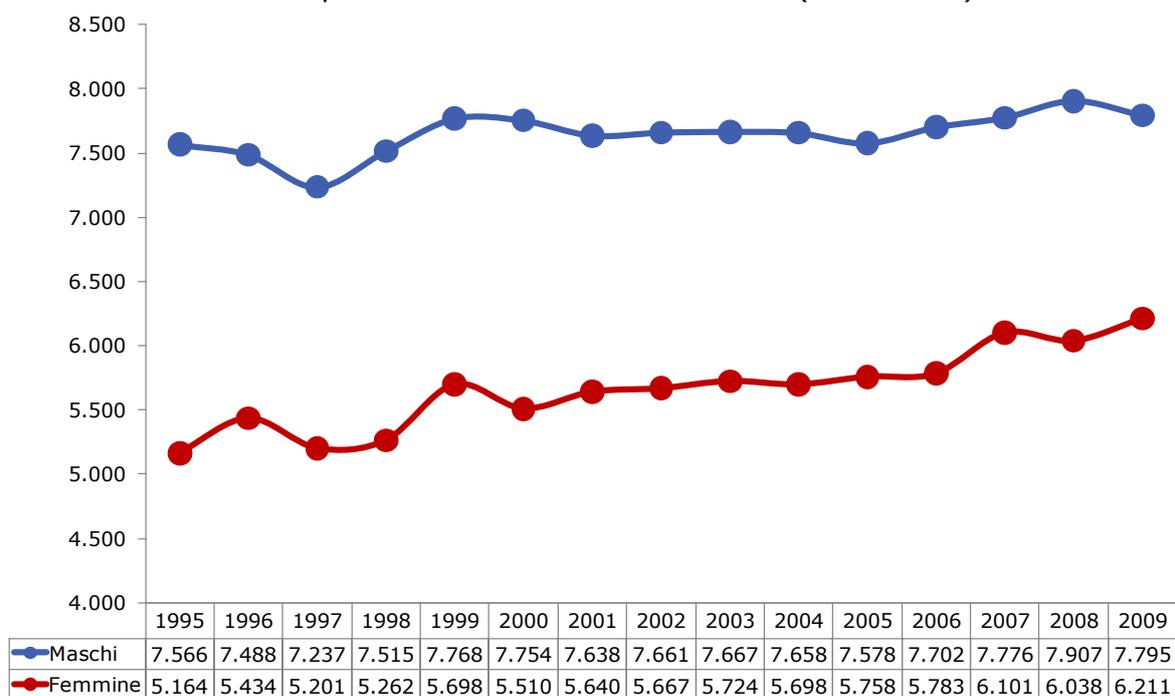


Tumori: nel 2009 nella popolazione del Veneto i tumori sono stati la causa di morte per 7.795 maschi e per 6.211 femmine.

Mortalità per tumori. Tasso standardizzato diretto (per 100.000 residenti). Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009. Popolazione standard: Veneto 2002 (Fonte: SER)



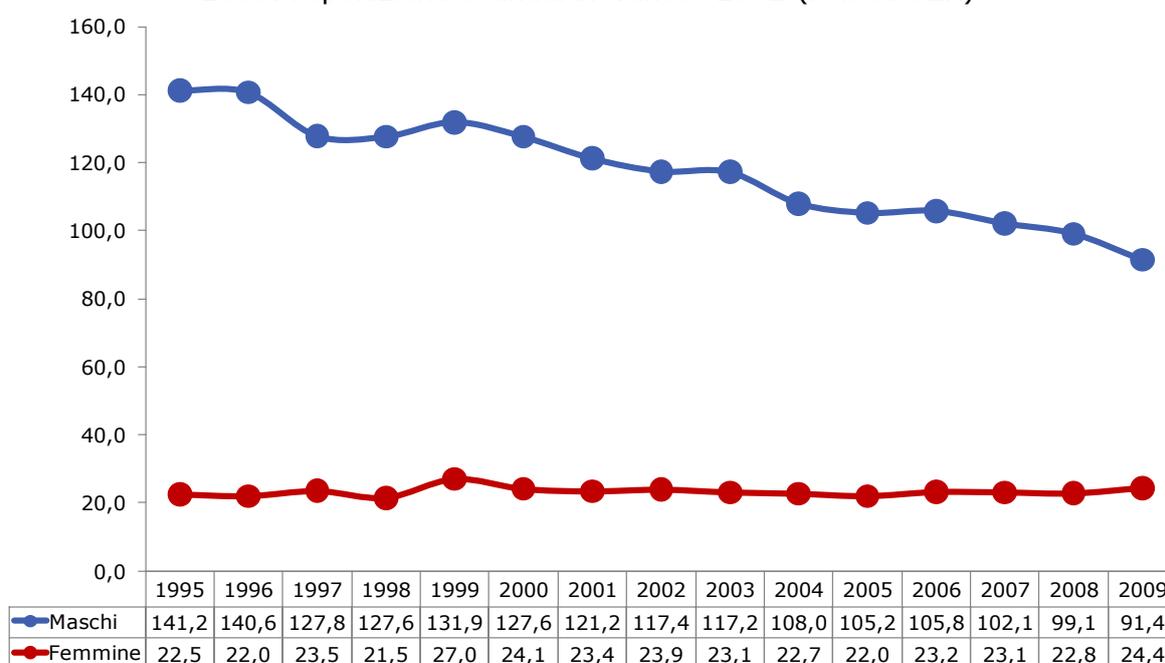
Mortalità per tumori. Decessi di residenti in Veneto. Periodo 1995-2009. Popolazione standard: Veneto 2002 (Fonte: SER)



Il numero di decessi per tumore è in graduale aumento in entrambi i sessi, aumento determinato dall'incremento numerico della popolazione e dal suo graduale invecchiamento. Invece il tasso standardizzato diretto di mortalità per tumori è complessivamente in diminuzione, anche se in misura minore rispetto alle malattie del sistema circolatorio: a causa di questo calo meno rapido il numero di decessi per tumore nei maschi del Veneto ha superato il numero di decessi per malattie circolatorie già da qualche anno. Per quanto riguarda la distribuzione all'interno della Regione della mortalità per tumori, si osservano livelli più elevati rispetto al dato regionale nei maschi delle Aziende ULSS 2 Feltre e 10 Veneto Orientale e nelle femmine delle Aziende ULSS 2 Feltre e 12 Veneziana. Valori inferiori alla media regionale sono invece riscontrati nei maschi delle Aziende ULSS 5 Arzignano e 20 Verona e nelle femmine dell'Azienda ULSS 15 Cittadella.

Tumore del polmone: nel Veneto il tumore maligno del polmone è la prima causa di morte tumorale nei maschi e la terza nelle femmine. Nei maschi, il numero di decessi e il tasso standardizzato diretto di mortalità per tumore maligno del polmone sono in diminuzione. Nelle femmine, il numero di decessi è in progressivo aumento, il tasso standardizzato diretto è sostanzialmente stazionario dal 1995 al 2008, con un leggero incremento nel 2009.

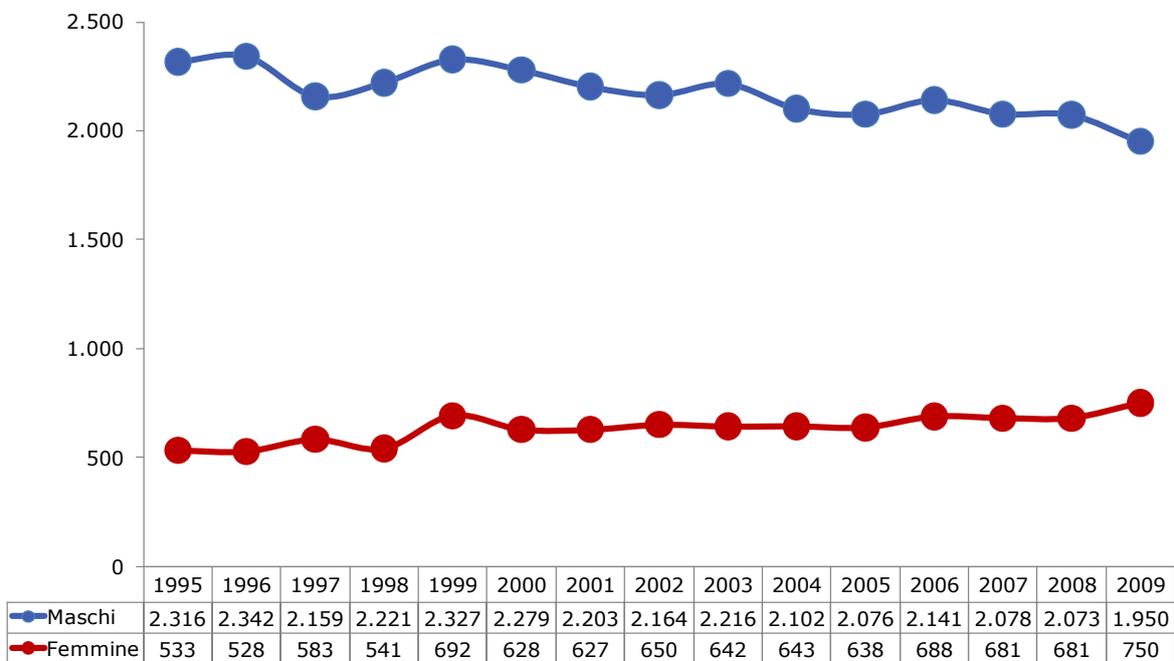
Mortalità per tumori maligni dei polmoni. Tasso standardizzato diretto (per 100.000 residenti). Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009. Popolazione standard: Veneto 2002 (Fonte: SER)



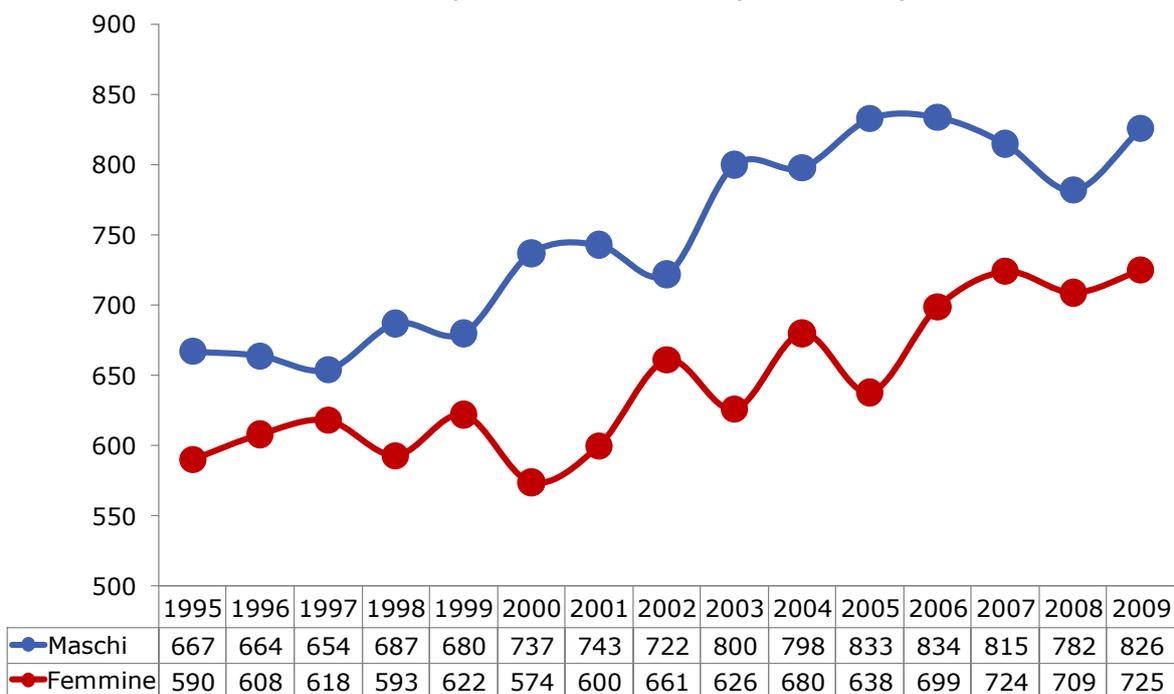
Nella Regione del Veneto, valori più elevati rispetto alla media regionale sono presenti nei maschi residenti nelle Aziende ULSS 13 Mirano-Dolo, 15 Cittadella e 21 Legnago e nelle femmine residenti nelle Aziende ULSS 12 Veneziana e 16 Padova. Valori

inferiori rispetto al dato regionale sono invece presenti nei maschi delle Aziende ULSS 8 Asolo e 20 Verona e nelle femmine dell'Azienda ULSS 22 Bussolengo.

Mortalità per tumori maligni dei polmoni. Numero decessi di residenti in Veneto nel periodo 1995-2009 (Fonte: SER)

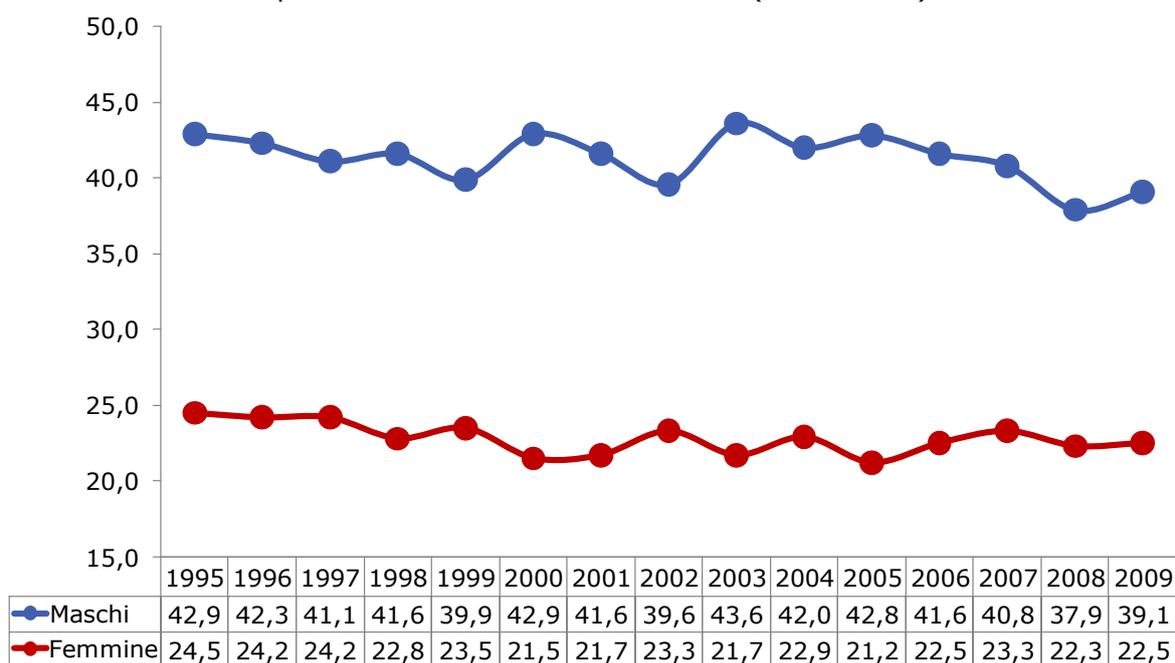


Mortalità per tumori maligni del colon. Numero decessi di residenti in Veneto nel periodo 1995-2009 (Fonte: SER)



Tumore del colon: i tumori maligni di colon, retto e ano sono la seconda causa di morte neoplastica nella popolazione del Veneto in entrambi i sessi. Nel 2009 i decessi per questa causa sono stati 826 nei maschi e 725 nelle femmine. Il numero assoluto di decessi per tumore maligno di colon, retto e ano è in graduale aumento. Invece il tasso standardizzato diretto di mortalità è in tendenziale calo nei maschi e sostanzialmente stazionario nelle femmine.

Mortalità per tumori maligni del colon. Tasso standardizzato diretto (per 100.000 residenti). Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009. Popolazione standard: Veneto 2002 (Fonte: SER)

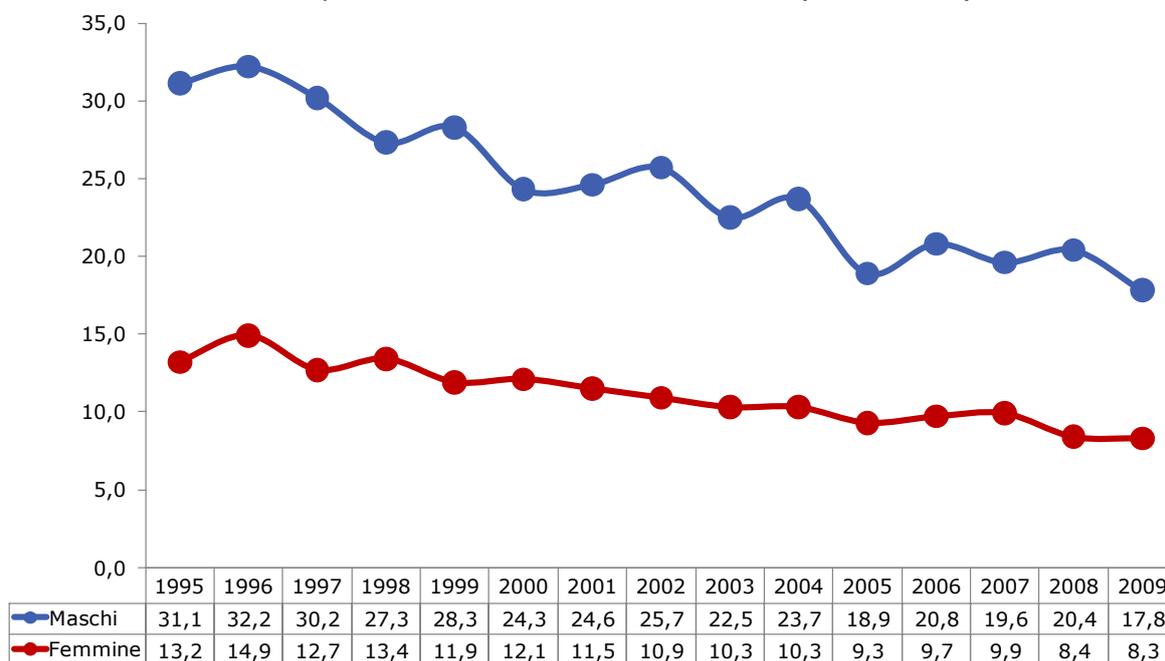


All'interno della Regione, si registrano valori più elevati rispetto alla media regionale nei maschi residenti nell'Azienda Ulss 15 Cittadella, mentre valori più bassi sono presentati dai maschi delle Aziende ULSS 7 Pieve di Soligo e 8 Asolo. Per quanto riguarda le femmine non vi sono grandi variazioni fra Aziende ULSS. Vi è da dire, inoltre, che il tasso di intervento per neoplasie del colon retto è cresciuto nell'ultimo decennio.

Vi è da dire che la frequenza con cui i tumori maligni di colon, retto e ano si manifestano nella popolazione generale così come la possibilità di diagnosticare lesioni maligne in fase precoce o addirittura precursori benigni, hanno portato a definire strategie di diagnosi precoce (screening). La maggior parte di questi tumori si sviluppa infatti a partire da polipi adenomatosi, e il tempo di trasformazione in cancro è stimato nell'ordine di 10-15 anni.

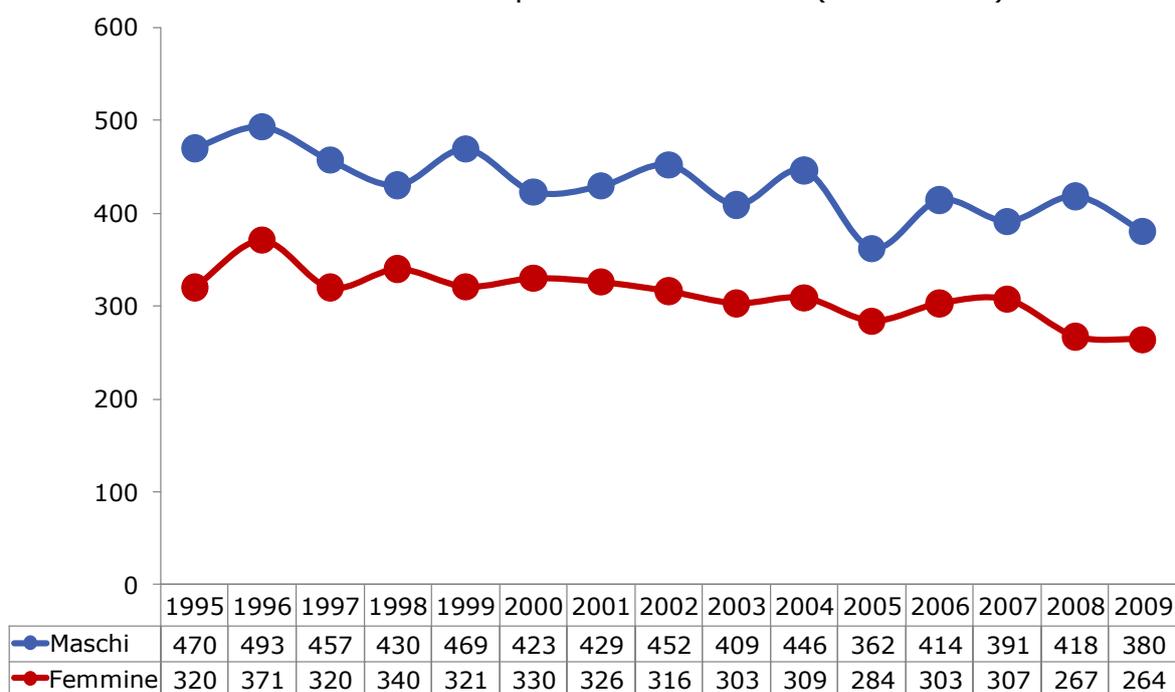
Tumore maligno dello stomaco: la mortalità per tumore maligno dello stomaco mostra una significativa diminuzione nel periodo 1995-2009: il tasso standardizzato diretto di mortalità infatti è in calo del 43% per i maschi e del 37% nelle femmine.

Mortalità per tumori maligni dello stomaco. Tasso standardizzato diretto (per 100.000 residenti). Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009. Popolazione standard: Veneto 2002 (Fonte: SER)



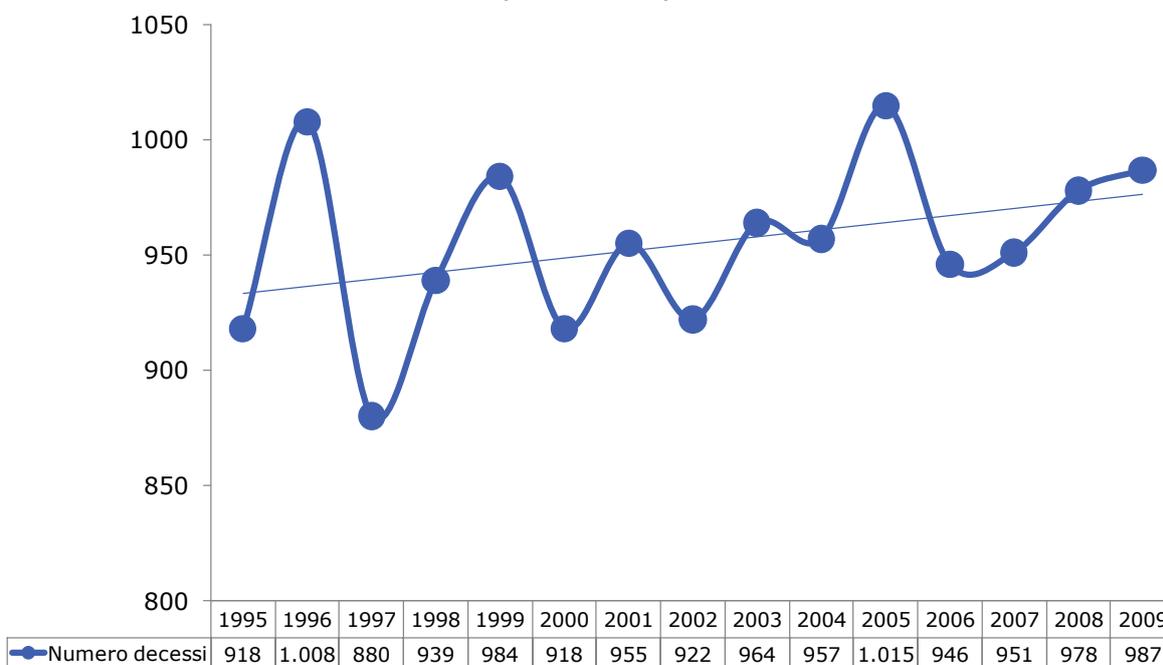
I numeri assoluti dei decessi per tumori allo stomaco sono invece diminuiti, nel 2009 rispetto il 1995, del 19% per gli uomini e del 18% per le donne.

Mortalità per tumori maligni dello stomaco. Numero decessi di residenti in Veneto nel periodo 1995-2009 (Fonte: SER)

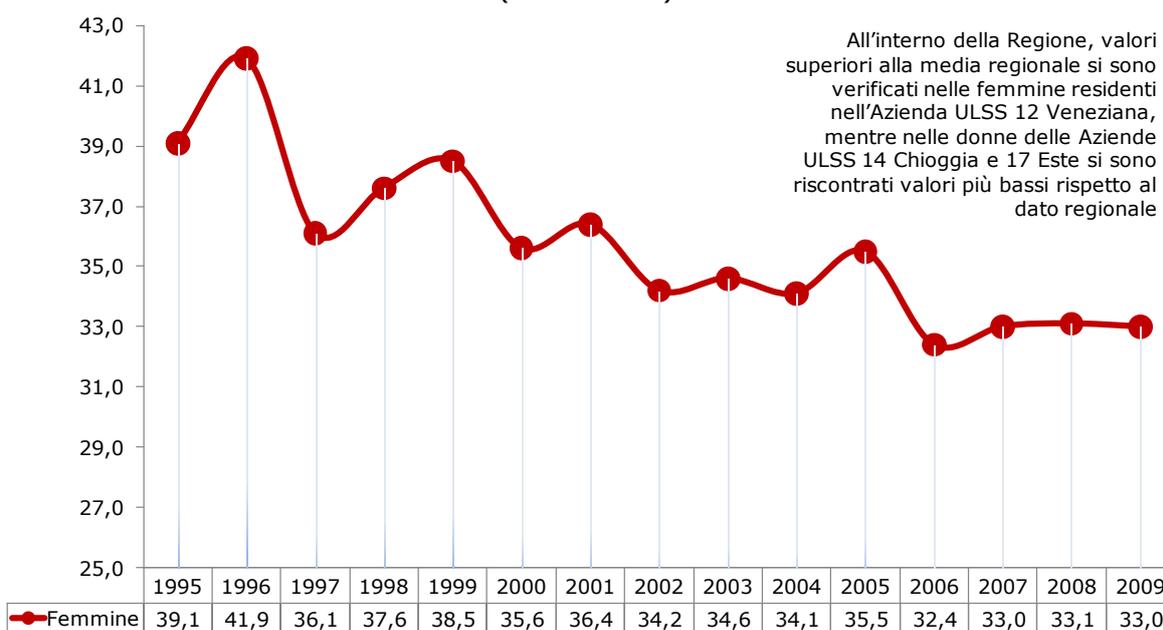


Tumore della mammella: il tumore maligno della mammella è il primo tumore causa di morte nelle donne: nel 2009 tra le residenti nel Veneto si sono verificati 987 decessi. Il numero assoluto di decessi per tumore della mammella femminile oscilla attorno a un valore sostanzialmente stabile negli ultimi anni.

Mortalità per tumori maligni della mammella nella donna. Numero decessi e linea di tendenza. Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009
(Fonte: SER)

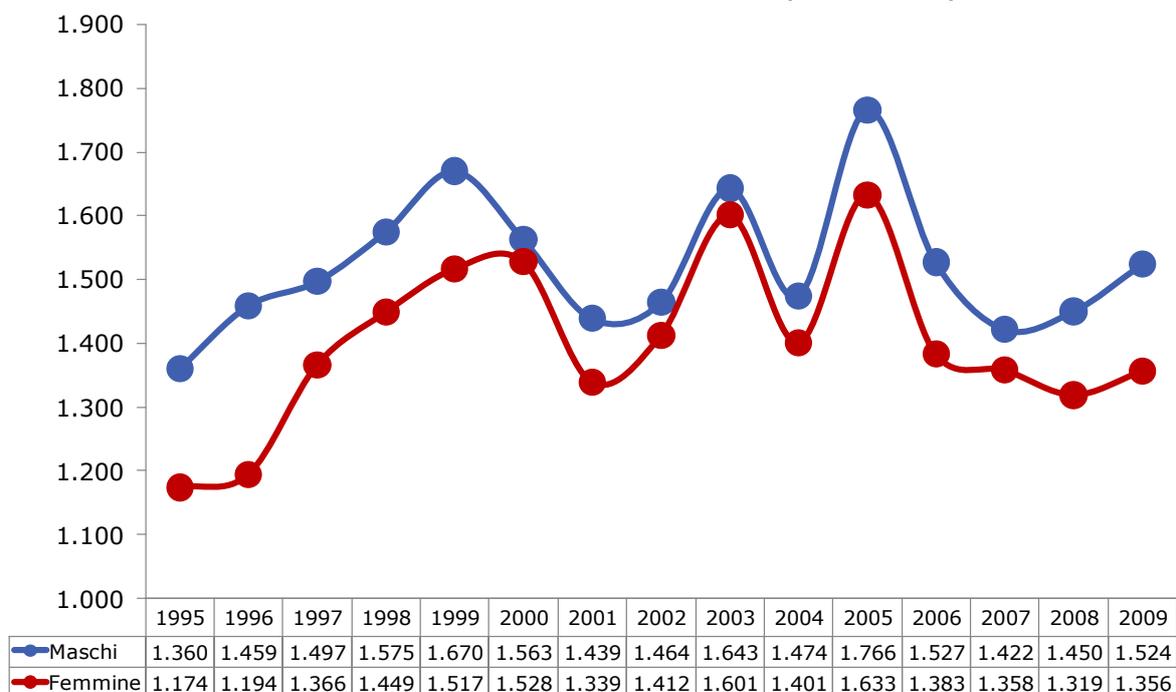


Mortalità per tumori maligni della mammella nella donna. Tasso standardizzato diretto (per 100.000 residenti). Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009. Popolazione standard: Veneto 2002
(Fonte: SER)

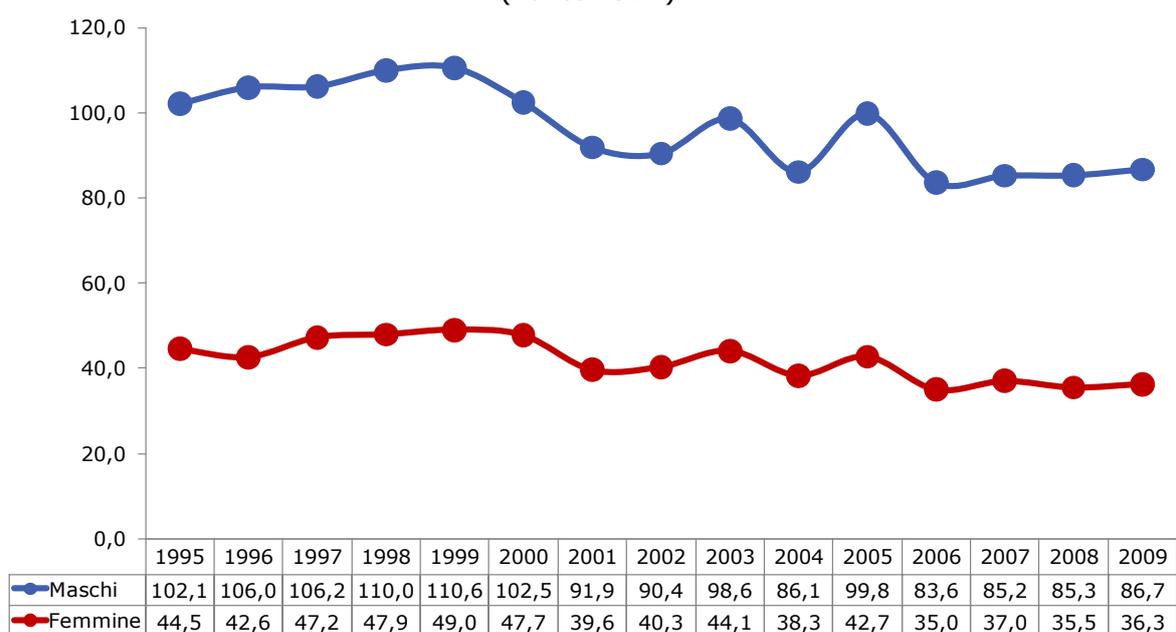


Tra le principali cause di morte, possiamo considerare anche le *malattie dell'apparato respiratorio*. Nella Regione del Veneto, nel 2009 le malattie dell'apparato respiratorio sono state la causa di 1.524 decessi nei maschi e 1.356 decessi nelle femmine.

Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio. Numero decessi. Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009 (Fonte: SER)



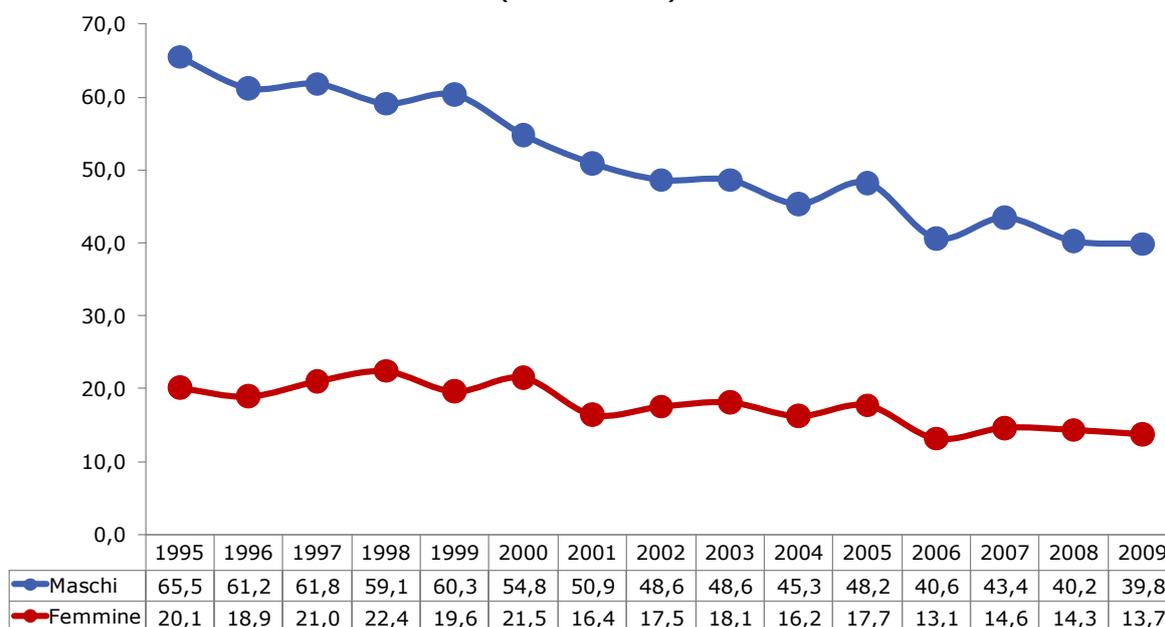
Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio. Tasso standardizzato diretto (per 100.000 residenti). Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009. Popolazione standard: Veneto 2002 (Fonte: SER)



Rispetto alla media regionale, la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio risulta più elevata per i maschi tra i residenti nelle Aziende ULSS 2 Feltre, 5 Arzignano e 15 Cittadella e per le femmine nelle Aziende 1 Belluno, 15 Cittadella e 16 Padova. Valori inferiori alla media regionale risultano invece nei maschi dell'Azienda ULSS 12 Veneziana e nelle femmine delle Aziende ULSS 7 Pieve di Soligo, 9 Treviso, 12 Veneziana, 17 Este, 19 Adria e 20 Verona.

Il tasso standardizzato diretto di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio è in calo in entrambi i sessi in misura analoga (-15% dal 1995 al 2009 per i maschi e -18% per le femmine).

Mortalità per malattie polmonari croniche ostruttive. Tasso standardizzato diretto (per 100.000 residenti). Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009. Popolazione standard: Veneto 2002 (Fonte: SER)

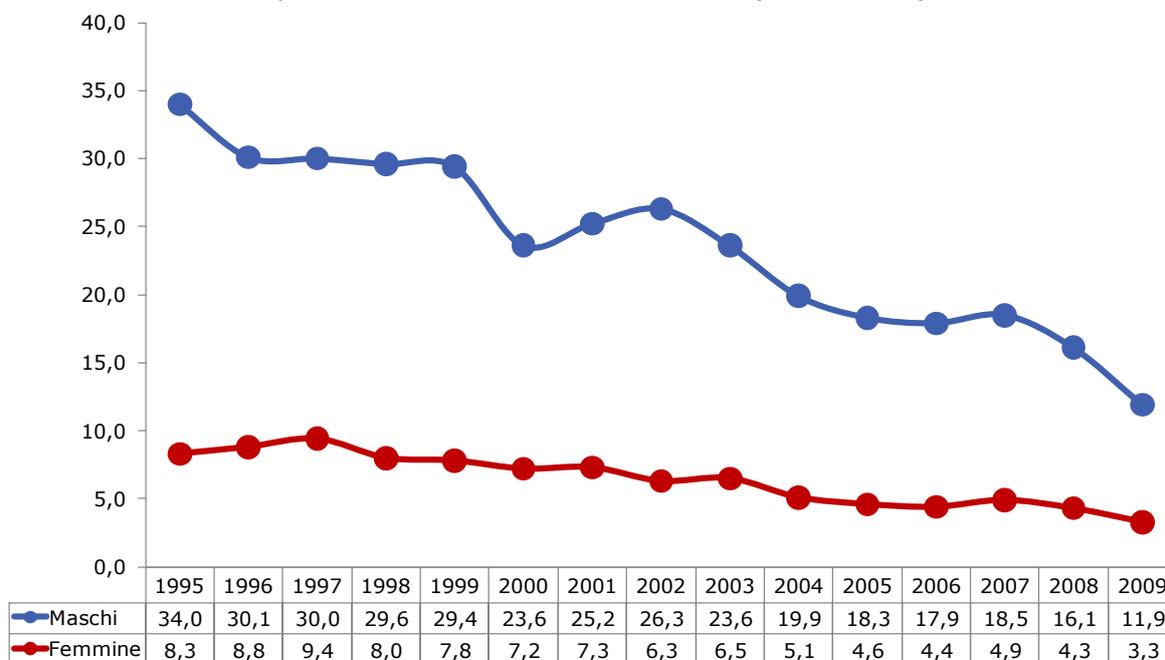


Malattie polmonari croniche ostruttive: la mortalità per malattie polmonari croniche ostruttive è in calo nel periodo considerato: si osserva infatti una diminuzione del tasso standardizzato pari al 39% nei maschi e al 32% nelle femmine.

| Mortalità per malattie polmonari croniche ostruttive. Numero decessi nel Veneto Periodo 1995-2009 (Fonte: SER) | | | | | |
|---|--------|---------|------|--------|---------|
| Anno | Maschi | Femmine | Anno | Maschi | Femmine |
| 1995 | 746 | 450 | 2003 | 689 | 539 |
| 1996 | 732 | 444 | 2004 | 658 | 490 |
| 1997 | 713 | 501 | 2005 | 720 | 557 |
| 1998 | 722 | 555 | 2006 | 630 | 425 |
| 1999 | 782 | 509 | 2007 | 739 | 535 |
| 2000 | 718 | 568 | 2008 | 694 | 524 |
| 2001 | 673 | 455 | 2009 | 706 | 509 |
| 2002 | 674 | 500 | | | |

Incidenti stradali: gli incidenti stradali sono tra le principali cause di morte prematura nella popolazione del Veneto. Nel corso del 2009 gli incidenti stradali hanno causato 277 decessi nei maschi e 85 decessi nelle femmine.

Mortalità per incidenti stradali. Tasso standardizzato diretto (per 100.000 residenti). Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009.
Popolazione standard: Veneto 2002 (Fonte: SER)



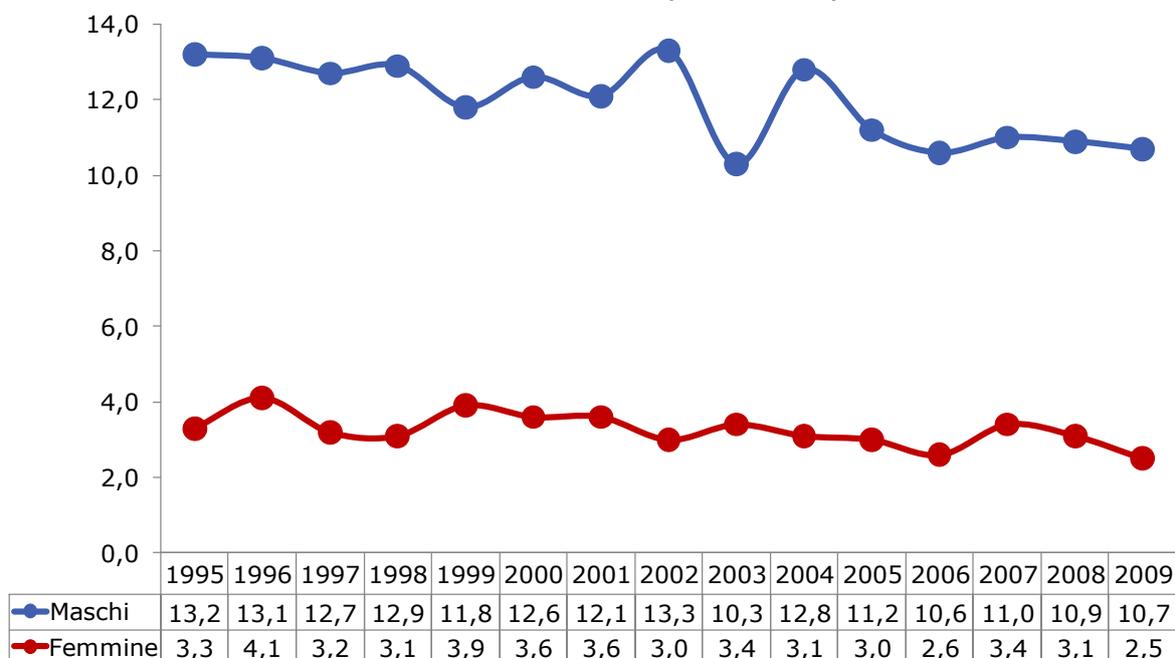
Valori elevati di mortalità per incidenti stradali si registrano principalmente nei maschi delle Aziende ULSS 2 Feltre e 14 Chioggia e nelle femmine delle Aziende ULSS 17 Este e 18 Rovigo, mentre valori bassi in relazione al dato regionale si riscontrano nei maschi delle Aziende ULSS 7 Pieve di Soligo e 20 Verona e nelle femmine delle Aziende ULSS 10 Veneto Orientale e 20 Verona.

| Decessi per incidenti stradali relativi a persone residenti nel Veneto. Periodo 1995-2009 (Fonte: SER) | | | | | |
|---|--------|---------|------|--------|---------|
| Anno | Maschi | Femmine | Anno | Maschi | Femmine |
| 1995 | 683 | 193 | 2003 | 500 | 155 |
| 1996 | 618 | 209 | 2004 | 430 | 125 |
| 1997 | 632 | 219 | 2005 | 400 | 115 |
| 1998 | 626 | 192 | 2006 | 399 | 105 |
| 1999 | 627 | 185 | 2007 | 413 | 123 |
| 2000 | 503 | 172 | 2008 | 370 | 111 |
| 2001 | 541 | 171 | 2009 | 277 | 85 |
| 2002 | 558 | 148 | | | |

Dal 1995 al 2009 il numero di decessi è diminuito del 65% per i maschi e del 60% per le donne, mentre il tasso standardizzato diretto di mortalità per incidenti stradali si è ridotto del 59% per i maschi e del 56% per le femmine.

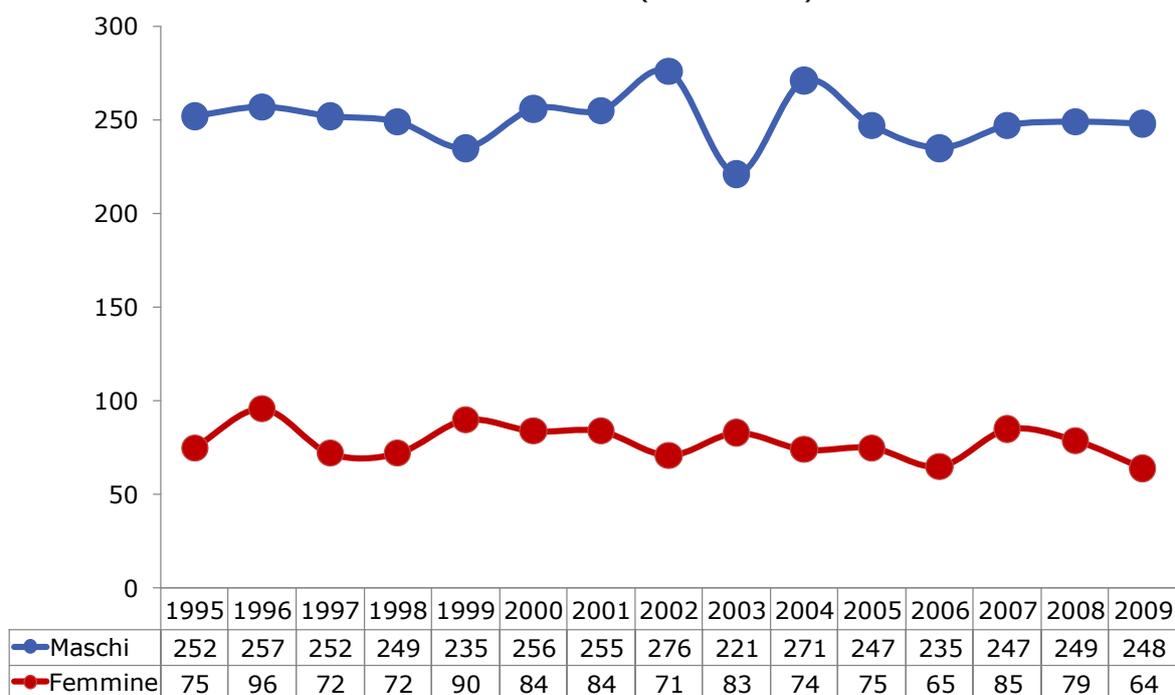
Suicidi: tra i residenti nel Veneto i decessi per suicidio nel 2009 sono stati 248 nei maschi e 64 nelle femmine. Nel tempo, il numero di decessi per suicidio nel Veneto è relativamente stazionario.

Mortalità per suicidi. Tasso standardizzato diretto (per 100.000 residenti). Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009. Popolazione standard: Veneto 2002 (Fonte: SER)



58

Mortalità per suicidi. Numero decessi. Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009 (Fonte: SER)

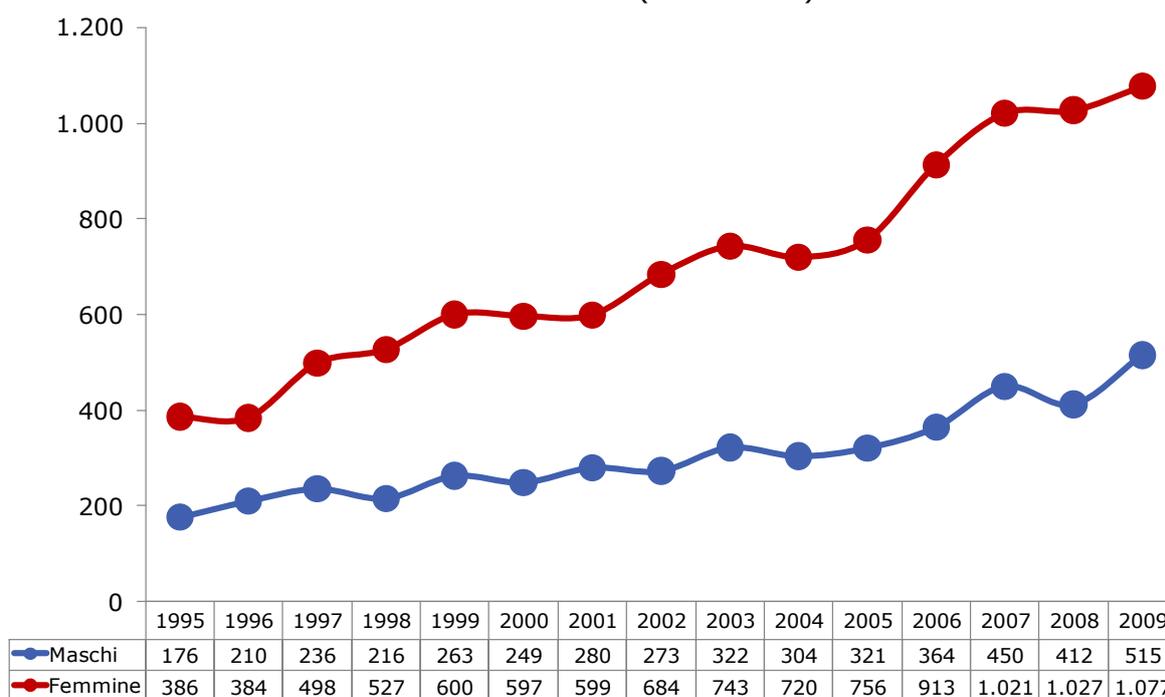


Un'ampia area comprendente quasi tutta la provincia di Belluno (territori delle Aziende ULSS 1 Belluno e 2 Feltre) e la parte settentrionale della provincia di Treviso (territori dell'Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo) presenta valori elevati di mortalità per suicidio in entrambi i sessi. Il tasso grezzo di mortalità per suicidio è particolarmente elevato nei maschi dell'Azienda ULSS 1 Belluno e, in misura minore, delle Aziende ULSS 8 Asolo e 10 Veneto Orientale. Nelle femmine i valori più elevati sono nelle Aziende ULSS 18 Rovigo e 19 Adria. I valori più bassi si registrano nelle Aziende ULSS 13 Mirano-Dolo, 21 Legnago e 22 Bussolengo per i maschi e nelle Aziende 8 Asolo, 10 Veneto Orientale, 15 Cittadella e 21 Legnago per le femmine. Se consideriamo i numeri assoluti le Aziende ULSS in cui si rilevano i valori più alti sono la 20 Verona, 16 Padova, 9 Treviso e 6 Vicenza per i maschi. Per le femmine il numeri più alti si riscontrano nelle stesse Aziende ULSS con il seguente ordine: 16 Padova, 20 Verona, 6 Vicenza e 9 Treviso.

Demenza: le diverse forme di demenza sono patologie caratterizzate da manifestazioni cliniche molto simili fra loro, spesso concomitanti e la distinzione tra le varie forme morbose che portano ad un deterioramento delle funzioni cognitive è difficile e di scarsa utilità ai fini terapeutici e prognostici. Tuttavia, nella Classificazione Internazionale delle Malattie la demenza senile, la demenza non specificata e le demenze di origine vascolare sono classificate tra i Disturbi Psicici, mentre il morbo di Alzheimer è classificato tra le malattie del Sistema Nervoso. Tra i residenti nel Veneto i decessi per demenza nel 2009 sono stati 515 nei maschi e 1.077 nelle femmine. Dal 1995 al 2009 la mortalità per demenze è in aumento in entrambi i sessi. Le demenze costituiscono la principale componente nella classe "Disturbi psichici e comportamentali" (nel 2009: 88% nei maschi e 94% nelle femmine). L'andamento nel tempo evidenzia complessivamente la tendenza ad un aumento dei numeri assoluti consistente nelle femmine, mentre nei maschi si registra un incremento più ridotto.

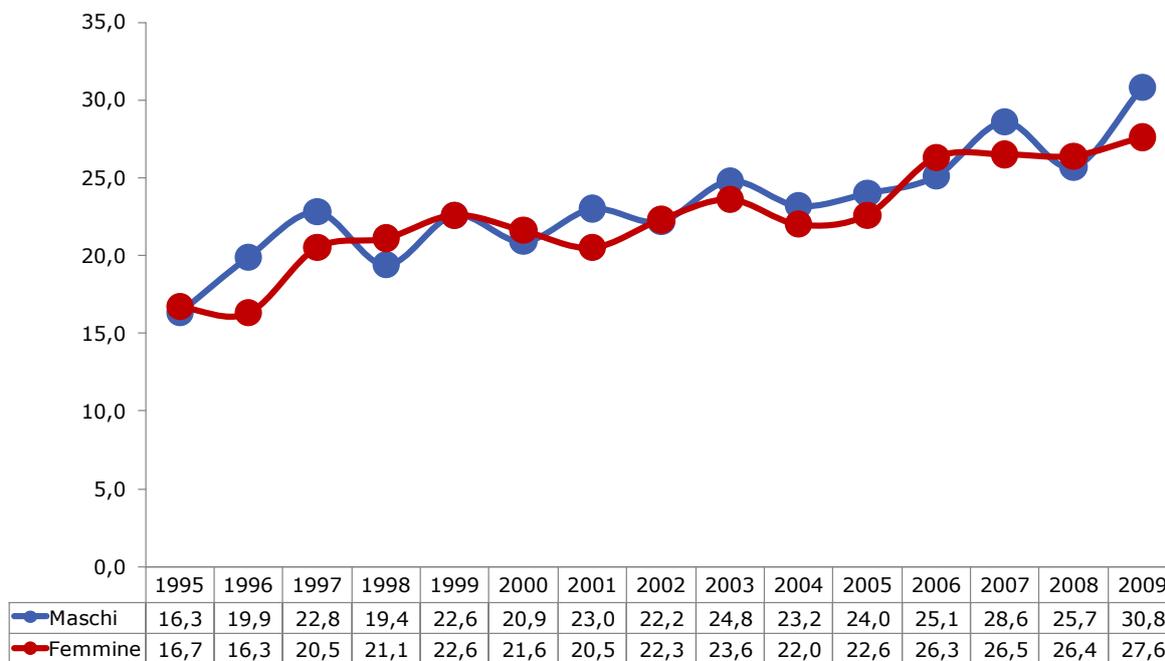
59

Mortalità per demenze. Numero decessi. Residenti in Veneto.
Periodo 1995-2009 (Fonte: SER)



Tuttavia, pur essendo il numero dei decessi molto più elevato nelle femmine (più del doppio rispetto ai maschi) il tasso standardizzato di mortalità risulta più alto nelle persone di sesso maschile, data la minore numerosità della popolazione.

Mortalità per demenze. Tasso standardizzato diretto (per 100.000 residenti). Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009. Popolazione standard: Veneto 2002 (Fonte: SER)

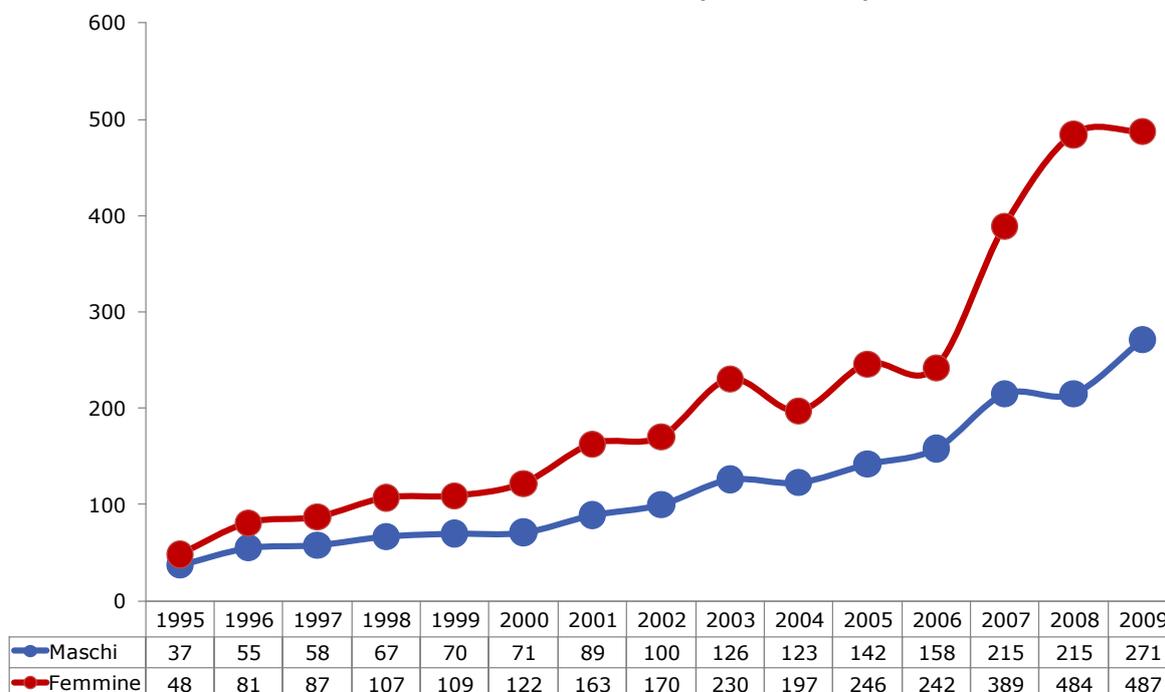


60

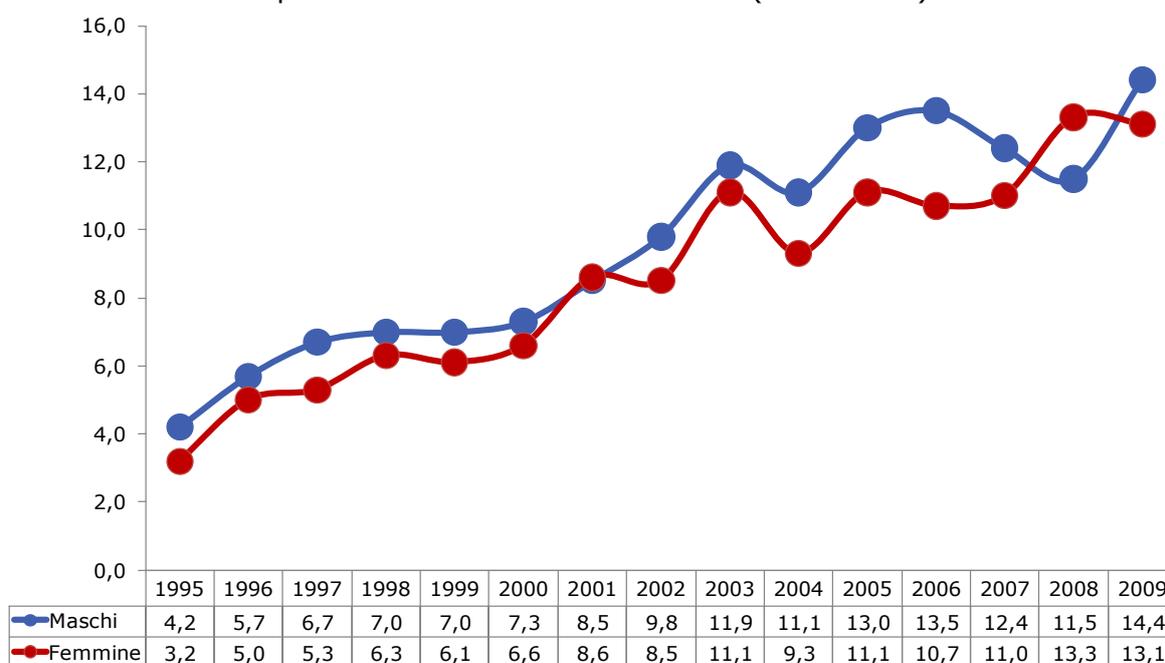
Tali dati sono confermati anche dalle linee tendenziali osservate a livello nazionale. Da questo punto di vista i tecnici del Ministero della Salute affermano: *le demenze costituiscono sempre di più un problema rilevante di Sanità Pubblica, tali patologie rappresentano infatti una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale ed hanno un considerevole impatto socio-sanitario. A testimonianza della consapevolezza della complessità della situazione, accanto all'impegno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che da qualche anno ha inserito i disturbi neurologici tra le priorità della sua agenda globale, anche l'Unione e la Commissione Europea hanno posto il tema specifico delle demenze al centro delle attività di ricerca e di azione congiunta che vengono promosse e sostenute negli Stati Membri. Come è noto il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età. La popolazione anziana è in continua crescita nel mondo ed in Italia, e la speranza di vita aumenta con ritmo costante, sia per gli uomini che per le donne, con uno sbilanciamento a favore delle donne soprattutto nelle classi più vecchie. Il peso di questo invecchiamento contribuisce a confermare le stime di numerosi studi epidemiologici internazionali su una forte espansione di queste patologie.*

Morbo di Alzheimer: il morbo di Alzheimer sta emergendo negli ultimi anni in maniera sempre più drammatica sia per la quantità e qualità dell'assistenza richiesta dai malati e dalle ammalate, sia per la rilevante implicazione di ordine medico, sociale ed economico.

Mortalità per morbo di Alzheimer. Numero decessi. Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009 (Fonte: SER)



Mortalità per morbo di Alzheimer. Tasso standardizzato diretto (per 100.000 residenti). Residenti in Veneto. Periodo 1995-2009. Popolazione standard: Veneto 2002 (Fonte: SER)



Tra i residenti nel Veneto i decessi per morbo di Alzheimer nel 2009 sono stati 271 nei maschi e 487 nelle femmine. Il trend temporale, come per le demenze, evidenzia complessivamente la tendenza ad un aumento dei numeri assoluti consistente nelle femmine, mentre nei maschi si registra un incremento più ridotto. Il tasso standardizzato di mortalità assume valori molto vicini per i due sessi. Le demenze ed il morbo di Alzheimer rappresentano alcuni degli elementi che segnalano i bisogni sempre più articolati e complessi che caratterizzano gli anziani e che saranno trattati, da altri punti di vista, nel prossimo capitolo della Relazione Socio Sanitaria.

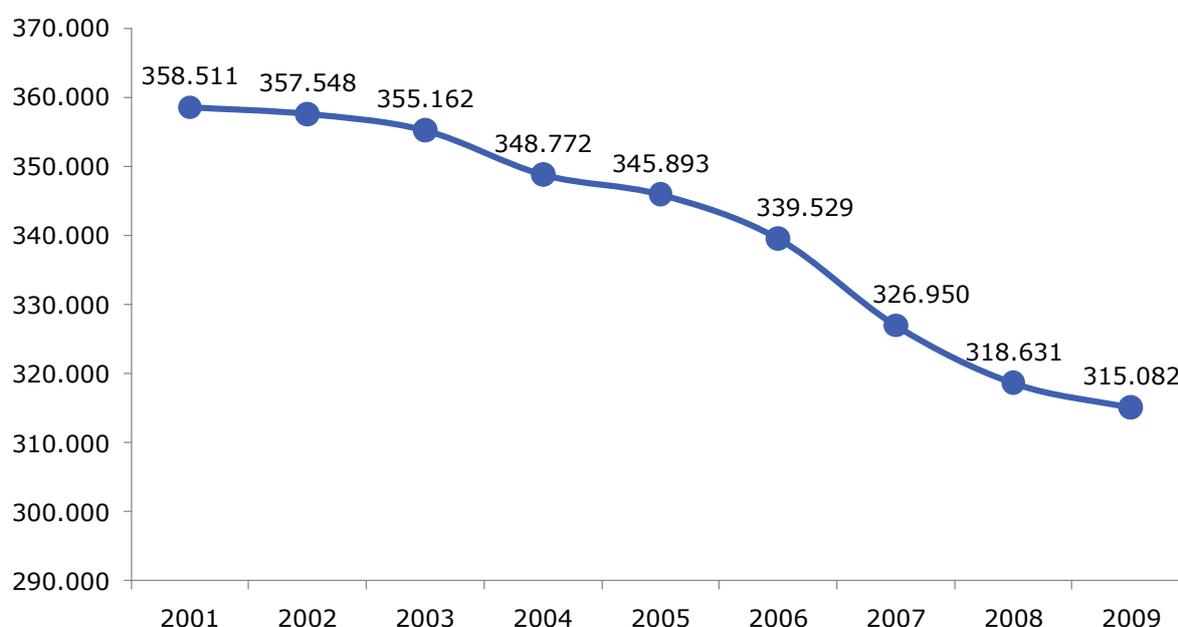
| Numero decessi e tasso Standardizzato Diretto di Mortalità (per 100.000) Regione del Veneto, 2009 | | | | |
|--|-----------------|---------------|---|--------------|
| Classe ICD10 | Numeri assoluti | | Tasso Standardizzato Diretto di Mortalità | |
| | Maschi | Femmine | Maschi | Femmine |
| Tumori | 7.795 | 6.211 | 370,6 | 198,1 |
| Malattie del sistema circolatorio | 6.973 | 9.253 | 378,9 | 247,3 |
| Malattie del sistema respiratorio | 1.524 | 1.356 | 86,7 | 36,3 |
| Cause esterne di morbosità e mortalità | 1.020 | 677 | 47,9 | 20,5 |
| Malattie apparato digerente | 799 | 848 | 39,0 | 23,9 |
| Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche | 726 | 928 | 37,6 | 25,9 |
| Malattie del sistema nervoso | 724 | 932 | 36,7 | 26,3 |
| Disturbi psichici e comportamentali | 584 | 1.147 | 33,9 | 29,6 |
| Alcune malattie infettive e parassitarie | 336 | 375 | 16,1 | 10,8 |
| Malattie apparato genitourinario | 295 | 323 | 16,3 | 8,9 |
| Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici | 213 | 325 | 11,9 | 8,8 |
| Malattie del sangue e organi ematopoietici | 73 | 115 | 4,1 | 3,2 |
| Malformazioni congenite, anomalie cromosomiche | 50 | 49 | 2,0 | 1,8 |
| Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo | 43 | 130 | 2,3 | 3,8 |
| Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale | 42 | 38 | 1,6 | 1,5 |
| Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo | 17 | 59 | 1,0 | 1,6 |
| Totale | 21.219 | 22.771 | 1.086,8 | 648,4 |

Dall'analisi dei dati di mortalità per causa emerge un quadro complessivamente positivo: quasi tutte le principali cause di morte mostrano una mortalità in calo. Nel confronto con altre realtà nazionali gli indicatori calcolati nel Veneto danno indicazioni migliori. Vi sono comunque ambiti di ulteriore miglioramento costituiti principalmente dagli incidenti stradali e dai tumori maligni del polmone.

1.3 Anziani: profili di salute e utilizzo dei servizi sanitari

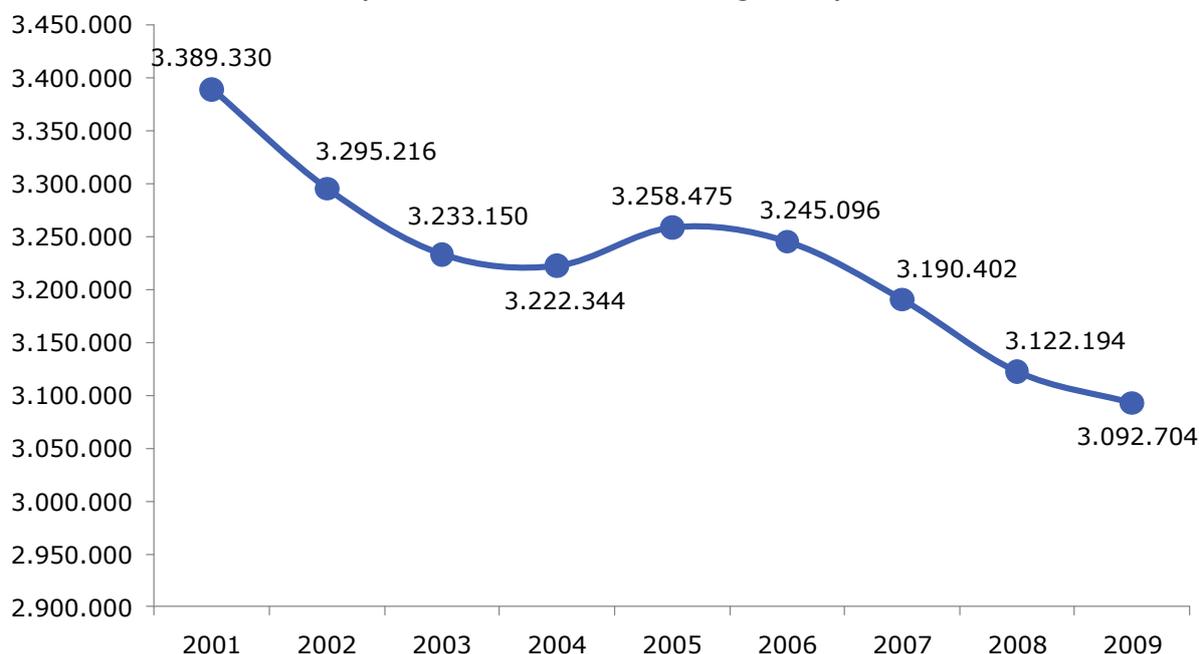
Come si è detto, negli ultimi anni in Veneto si è assistito, come nel resto dell'Italia, ad una forte espansione della componente anziana della popolazione, ovvero degli individui con 65 e più anni, sostenuta da una quota ristretta di adulti in età lavorativa e con pochi giovani a rappresentare il ricambio generazionale. Il progressivo aumento delle persone in età anziana comporta sfide sempre più complesse per il Sistema Socio Sanitario Regionale. Infatti la popolazione anziana è portatrice di patologie croniche che riducono l'autonomia funzionale degli individui affetti e comportano un impegno assistenziale di natura sanitaria e sociale.

Dimissioni di persone con età superiore ai 65 anni, residenti nel Veneto, nelle Aziende ULSS (Fonte: Data Warehouse regionale)



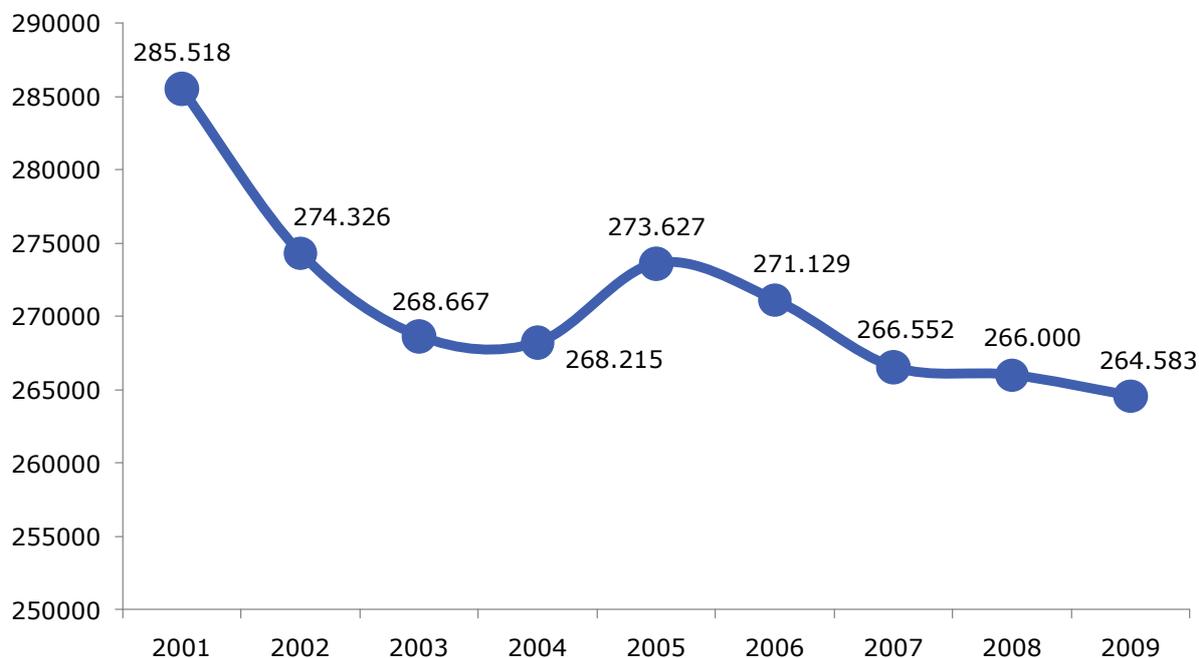
Ogni anno nelle strutture ospedaliere del Veneto si registrano oltre 300 mila dimissioni di pazienti anziani (età superiore ai 65 anni), nell'insieme dei ricoveri ordinari e diurni. Il trend nel corso del periodo 2001-2009 è discendente, con un calo complessivo continuo che può essere osservato anche nelle giornate di degenza. Ciò segnala una maggiore appropriatezza nei ricoveri e quindi un miglioramento nell'efficienza ed efficacia nella gestione delle Unità Operative ospedaliere in cui vengono ricoverati anziani. Dobbiamo tuttavia considerare il fatto che il ricovero è spesso inevitabile.

Giornate di degenza effettuate da persone con età superiore ai 65 anni, residenti nel Veneto, nelle Aziende ULSS
(Fonte: Data Warehouse regionale)



64

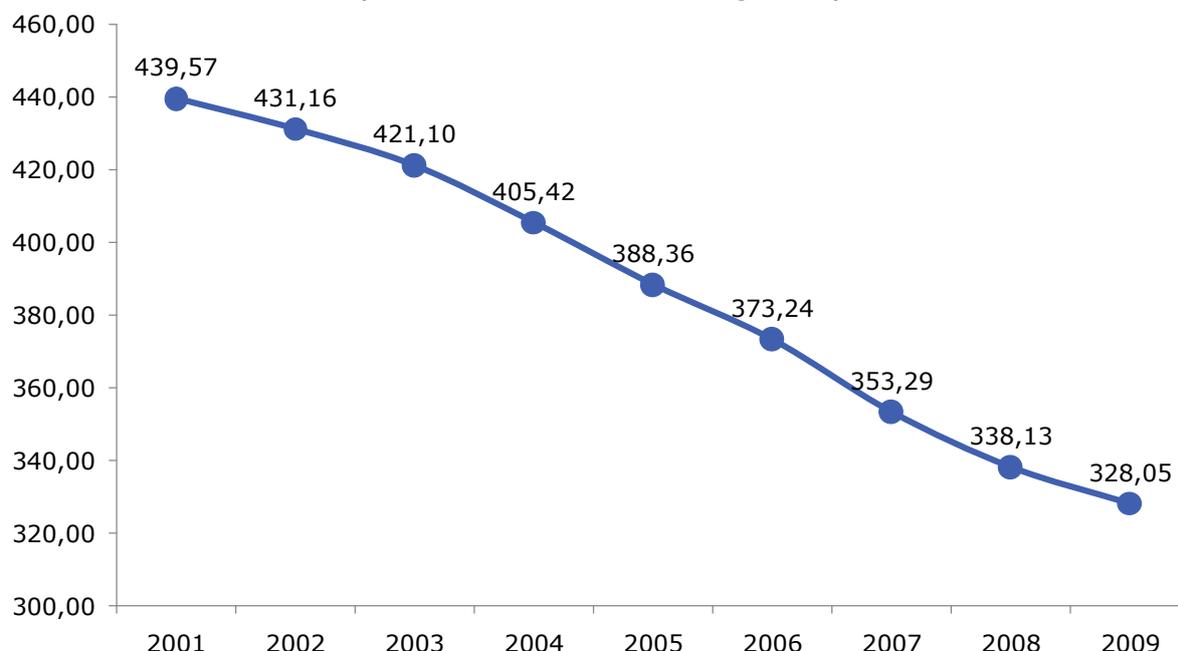
Dimissioni per i soli ricoveri ordinari nelle Aziende ULSS del Veneto di persone con età superiore ai 65 anni di età, residenti nel Veneto
(Fonte: Data Warehouse regionale)



Il trend è attestato anche dal tasso di ospedalizzazione grezzo degli anziani, che scende da 439,57 ricoveri per mille residenti nel 2001 a 328,05 ricoveri nel 2009. I motivi più frequenti di ricovero, individuati in base ai DRG (gruppi omogenei di diagnosi) sono

insufficienza cardiaca e shock, chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta e interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori.

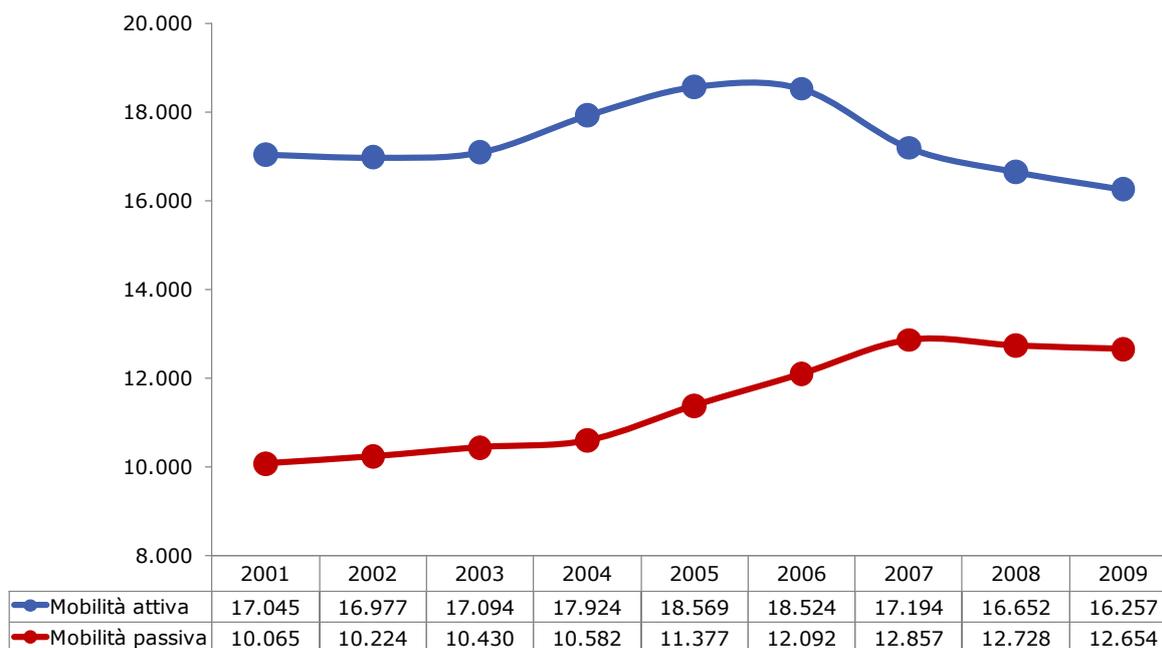
Tasso di ospedalizzazione grezzo degli anziani residenti nel Veneto
Aziende ULSS - Età superiore ai 65 anni - Anni 2001-2009
(Fonte: Data Warehouse regionale)



Nell'intervallo di tempo considerato si osserva un aumento della quota di ricoveri attribuiti a DRG medici indicativi di una maggiore complessità assistenziale e una riduzione di quelli riferibili a quadri clinici gestibili in ambito extra-ospedaliero. Si assiste inoltre alla diminuzione dei DRG chirurgici a seguito dell'erogazione di alcuni interventi chirurgici non più in regime ospedaliero, ma in regime ambulatoriale. Come si è detto, l'andamento osservato nella composizione del case-mix ospedaliero sembra rispondere anche per la popolazione anziana a un progressivo adeguamento delle strutture di ricovero a criteri di appropriatezza organizzativa. Peraltro, la nostra Regione mantiene un rapporto a favore dei ricoveri effettuati nelle nostre Aziende Sanitarie da persone provenienti da altre Regioni e dall'Estero (mobilità attiva) rispetto a quelli effettuati da residenti nel territorio regionale in strutture fuori Veneto (mobilità passiva). In particolare, per quanto riguarda le persone di età superiore ai 65 anni il leggero incremento del ricorso a strutture fuori Regione (mobilità passiva) può essere riferito all'effetto combinato dell'invecchiamento della popolazione (e quindi alle difficoltà negli spostamenti) ed alla maggior vicinanza di strutture poste al confine tra le Regioni. Ciò viene attestato da numeri più elevati riferiti a Regioni confinanti (nello specifico il Friuli

Venezia Giulia e l'Emilia Romagna). Lo stesso si può dire per il lieve decremento osservabile con riguardo alla mobilità attiva. La tendenza rilevabile è quella di un graduale assestamento nella mobilità sanitaria per le persone anziane, dopo gli anni in cui si sono rilevati i picchi più elevati.

Mobilità attiva e passiva: numeri assoluti relativi a persone di età superiore ai 65 anni (Fonte: Data Warehouse regionale)



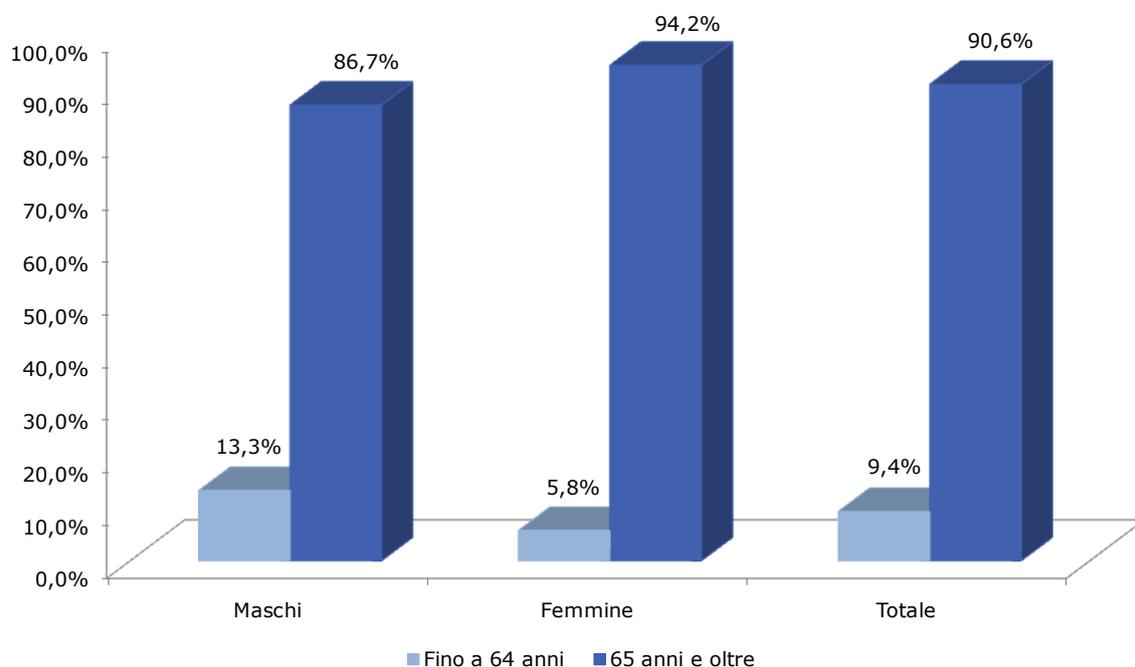
L'analisi per Azienda ULSS erogatrice evidenzia una generale riduzione delle ospedalizzazioni. La maggior parte dei ricoveri si concentra nella Medicina Generale, nella Geriatria, nella Chirurgia Generale, nell'Ortopedia e nella Cardiologia. L'andamento dei ricoveri risulta differente per i vari setting assistenziali. In particolare si assiste a una riduzione dei ricoveri nell'area "generalista" medica o chirurgica, legata prevalentemente al trasferimento di prestazioni dal regime ospedaliero a quello ambulatoriale; in parallelo si osserva invece un generale aumento dei ricoveri nelle discipline specialistiche sia di tipo medico sia di tipo chirurgico con l'eccezione dell'oculistica, per il trasferimento degli interventi sul cristallino al regime ambulatoriale.

L'ospedalizzazione per malattie circolatorie

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano per la popolazione anziana una delle principali cause di ricorso ai servizi sanitari. Tra le patologie cardiocircolatorie, lo scompenso cardiaco, l'infarto acuto del miocardio (IMA) e l'ictus ischemico sono molto

frequenti nell'età anziana, condividono fattori di rischio simili e sono responsabili di esiti invalidanti che riducono l'aspettativa di vita in buona salute. Per quanto concerne lo *scompenso cardiaco*, la distribuzione per fasce di età evidenzia come questo sia una condizione tipica della popolazione anziana: infatti nel 2009 circa tre quarti dei ricoveri per scompenso cardiaco hanno riguardato soggetti di età non inferiore a 75 anni e, nelle femmine quasi metà dei ricoveri si è verificata in donne con età non inferiore a 85 anni. La proporzione di ricoveri per scompenso cardiaco giustificata dalla popolazione molto anziana è in aumento.

Scompenso cardiaco: percentuali di ricoveri con età inferiore e oltre i 65 anni. Maschi e femmine residenti in Veneto. Anno 2009 (Fonte: SER)



| Scompenso cardiaco: numeri assoluti (N) e percentuale (%) di ricoveri per classe di età e sesso. Residenti in Veneto. Anno 2009 (Fonte: SER) | | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Fascia di età | Maschi | % | Femmine | % | Totale | % |
| Fino a 44 anni | 194 | 1,8% | 181 | 1,5% | 375 | 1,6% |
| 45-64 anni | 1.267 | 11,6% | 509 | 4,3% | 1.776 | 7,8% |
| 65-74 anni | 2.563 | 23,4% | 1.448 | 12,1% | 4.011 | 17,5% |
| 75-84 anni | 4.494 | 41,0% | 4.474 | 37,4% | 8.968 | 39,2% |
| 85 anni e oltre | 2.432 | 22,2% | 5.344 | 44,7% | 7.776 | 33,9% |
| Totale | 10.950 | 100,0% | 11.956 | 100,0% | 22.906 | 100,0% |

L'assoluta prevalenza di questa patologia nella popolazione anziana risulta con ancor maggiore evidenza se consideriamo le persone con età superiore ai 65 anni, rispetto a tutte le altre. I soggetti anziani affetti da scompenso cardiaco vengono assistiti prevalentemente nei reparti internistici quali Medicina Generale e Geriatria, mentre le dimissioni da Cardiologia o Unità Coronarica sono numericamente molto più ridotte. Lo scompenso cardiaco, in un contesto epidemiologico caratterizzato da una crescente prevalenza di patologie cronic-degenerative legate all'età, è una patologia di assoluto rilievo, dato che è molto diffusa, con un impatto notevole sulla qualità e sulla durata della vita delle persone affette, e causa di frequente ricorso ai servizi sanitari. Nei prossimi anni il numero di soggetti affetti da scompenso cardiaco è destinato ad aumentare. Questo incremento è atteso in quanto vi è una stretta relazione tra età e scompenso cardiaco. Anche il rapido avanzamento delle conoscenze in campo medico ha ed avrà un effetto sulla numerosità della popolazione affetta da scompenso cardiaco, in quanto i progressi che si sono verificati nella diagnosi e nel trattamento hanno un positivo impatto sulla prognosi, con un incremento della sopravvivenza che comporterà un aumento della prevalenza di questa patologia.

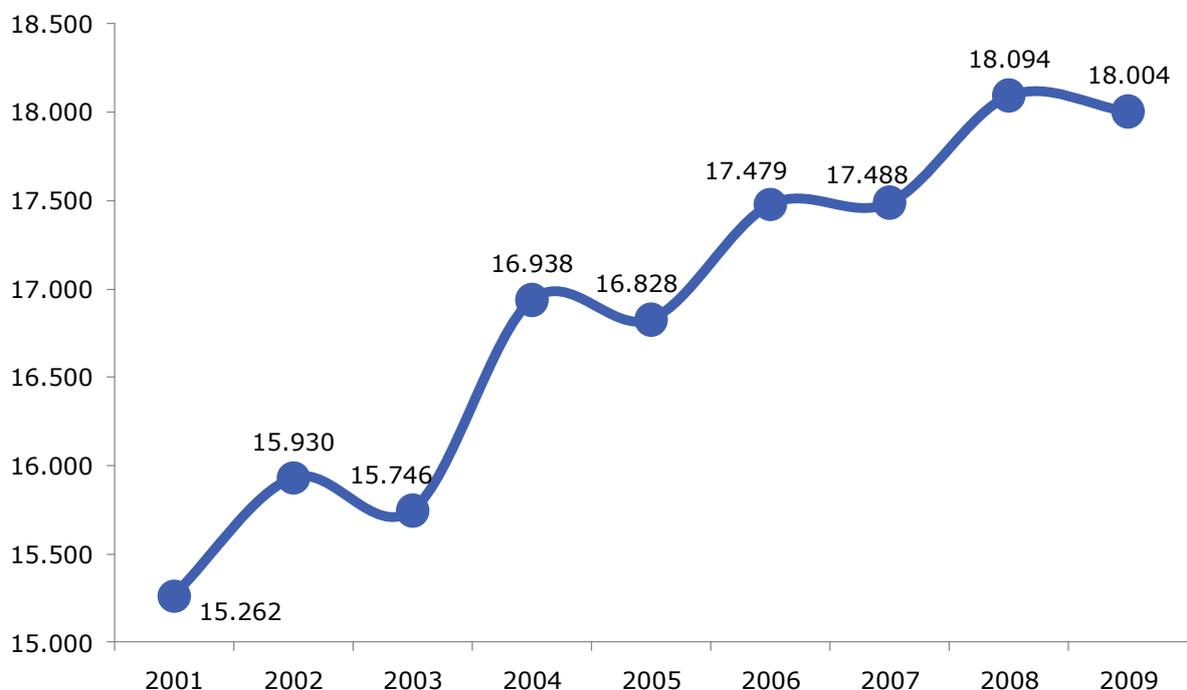
68

| DIMISSIONI DI ANZIANI NELLE AZIENDE SANITARIE DEL VENETO - BIENNIO 2008-2009 | | | | | | |
|--|--------------|--------------|-----------------|--------------|--------------|-----------------|
| Raggruppamento di diagnosi (DRG) principale | 2008 | | | 2009 | | |
| | 65-74 anni | 75-84 anni | 85 anni e oltre | 65-74 anni | 75-84 anni | 85 anni e oltre |
| 410. Infarto miocardico acuto | 1.848 | 2.376 | 1.432 | 1.729 | 2.329 | 1.430 |
| 412. Infarto miocardico pregresso | 90 | 74 | 29 | 88 | 71 | 14 |
| 414. Altre forme di cardiopatia ischemica cronica | 2.380 | 1.714 | 448 | 2.282 | 1.561 | 361 |
| Totale | 4.318 | 4.164 | 1.909 | 4.099 | 3.961 | 1.805 |

Lo scompenso cardiaco viene spesso accostato al DRG 127. Insufficienza cardiaca e shock, nelle analisi svolte attraverso e Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), che sono ampiamente utilizzate per studi di epidemiologia assistenziale. In tal senso, i criteri di selezione applicati per identificare i ricoveri per scompenso cardiaco sono piuttosto vari e generano stime abbastanza differenti per quanto riguarda il carico (burden) della malattia. L'approccio forse più frequente si basa sul DRG 127. Per questo motivo si

segnalano per completezza anche i dati relativi a questo Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi, con l'avvertenza che nel nostro caso viene utilizzato un pattern di codici di malattia (ICD-9-CM).

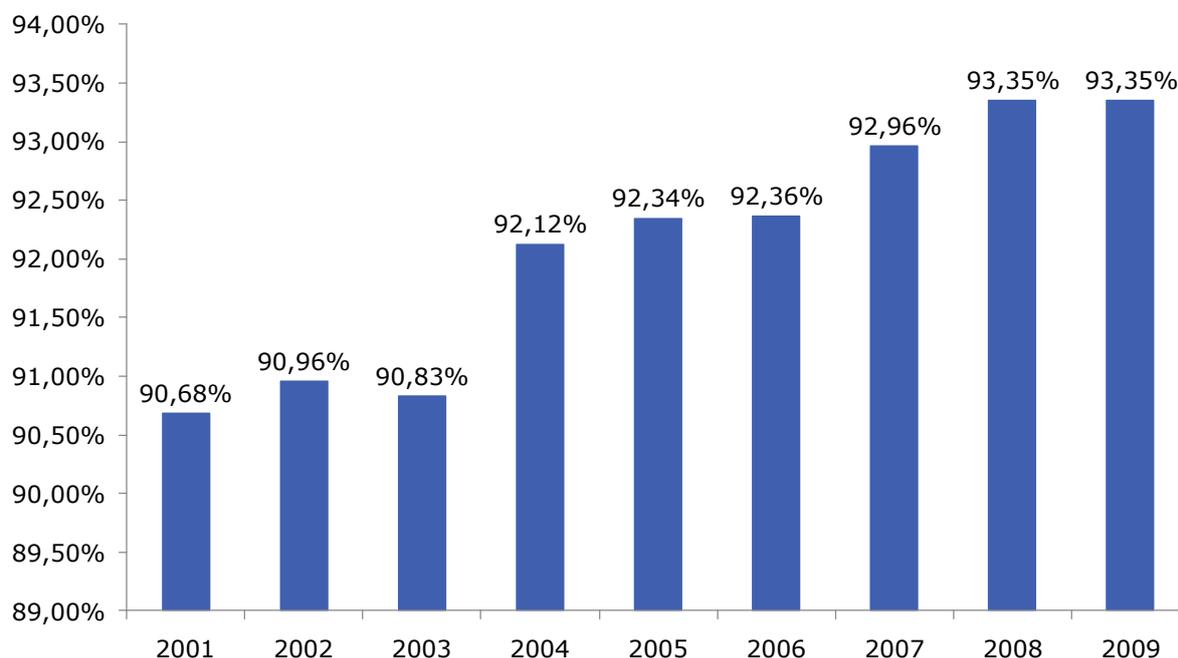
Anziani con età superiore ai 65 anni. Dimissioni per DRG 127. Insufficienza cardiaca e shock (Fonte: Data Warehouse regionale)



| DIMISSIONI | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Dimissioni per DRG 127. Insufficienza cardiaca e shock. +65 | 15.262 | 15.930 | 15.746 | 16.938 | 16.828 | 17.479 | 17.488 | 18.094 | 18.004 |
| Dimissioni per DRG 127. Insufficienza cardiaca e shock. Totali | 16.830 | 17.513 | 17.336 | 18.386 | 18.223 | 18.924 | 18.812 | 19.382 | 19.286 |
| Percentuale relativa a persone con età superiore ai 65 anni | 90,68% | 90,96% | 90,83% | 92,12% | 92,34% | 92,36% | 92,96% | 93,35% | 93,35% |

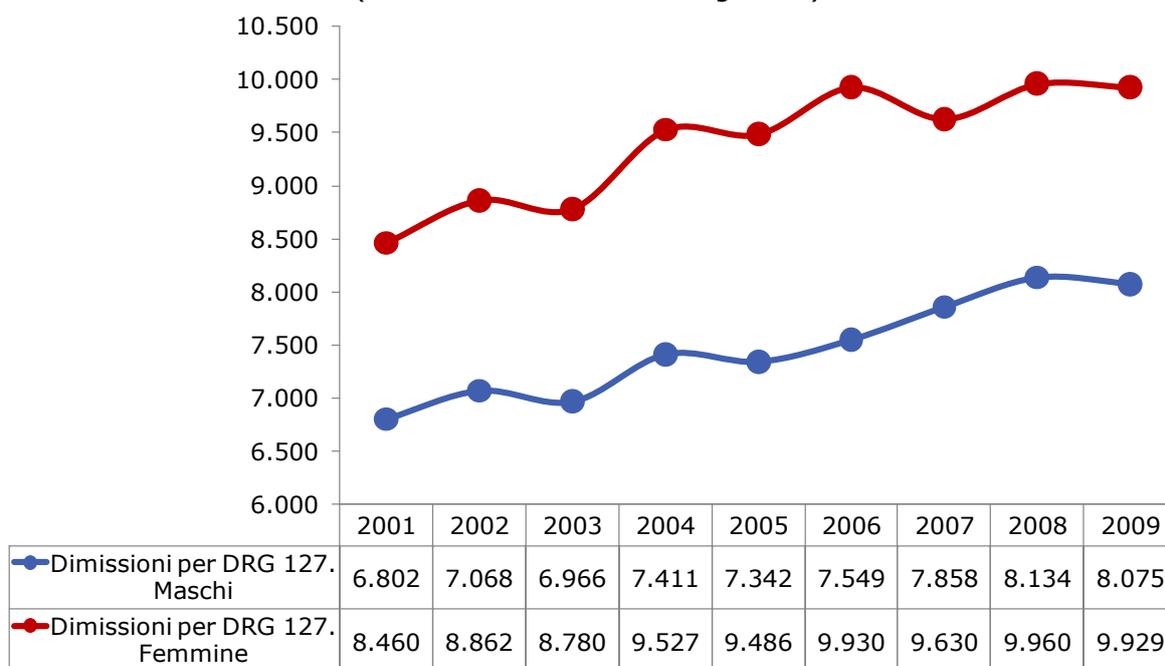
Nel 2009 i ricoveri con diagnosi principale corrispondente al DRG 127. Insufficienza cardiaca e shock nei soggetti anziani sono risultati 18.004 (5,71% del totale delle dimissioni nei soggetti anziani), pari al 93,35% delle dimissioni per questo DRG per tutte le classi di età, con un trend in aumento negli ultimi nove anni.

Anziani con età superiore ai 65 anni. Dimissioni per DRG 127. Insufficienza cardiaca e shock. Percentuali sul totale delle dimissioni con lo stesso DRG di riferimento (Fonte: Data Warehouse regionale)



70

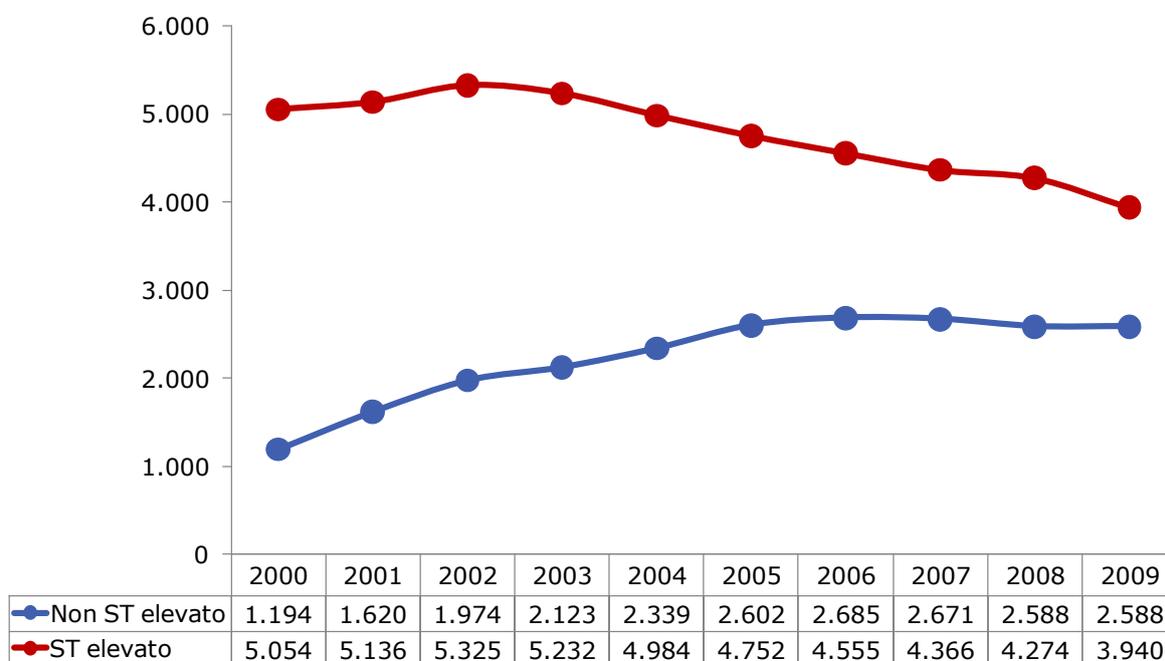
Anziani con età superiore ai 65 anni. Dimissioni per DRG 127. Insufficienza cardiaca e shock. Maschi e Femmine (Fonte: Data Warehouse regionale)



L'infarto acuto del miocardio (IMA)

Tra le patologie cardiocircolatorie che interessano in particolare gli anziani vi è, come si è detto, l'infarto del miocardio. L'infarto acuto del miocardio (IMA) costituisce una delle più frequenti emergenze mediche e richiede un'organizzazione sanitaria efficiente per poter garantire tempestivamente le cure più efficaci. Nel 2009 si sono verificati circa 6500 eventi di infarto acuto del miocardio ospedalizzati nei residenti in Veneto; in circa il 60% dei casi si è trattato di infarto del tipo con sopraslivellamento del tratto ST. Il numero annuo di eventi di infarto acuto con sopraslivellamento del tratto ST è sostanzialmente stazionario fino al 2004, successivamente mostra un andamento in calo anche sensibile.

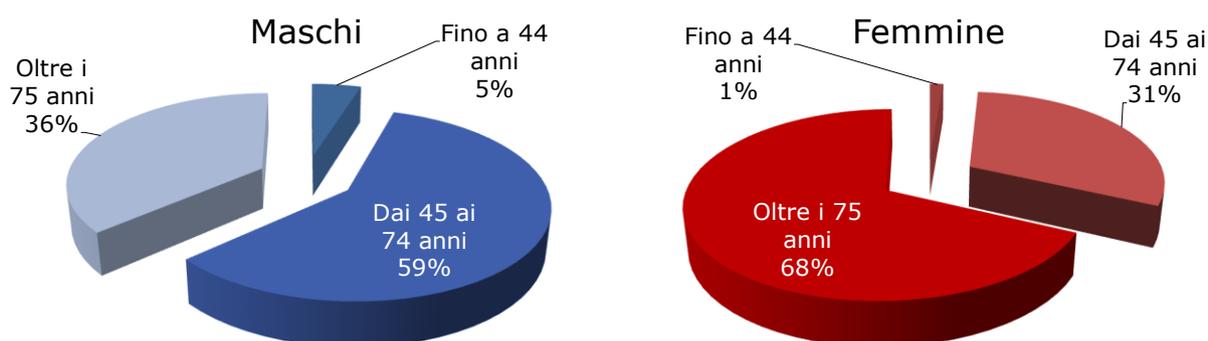
Numero di eventi ospedalizzati di infarto acuto del miocardio per tipo. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009 (Fonte: SER)



| Eventi di IMA ospedalizzati. Distribuzione per sesso e classi di età, residenti in Veneto, anno 2009 | | | | | | |
|--|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| Fascia di età | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | Numeri assoluti | % | Numeri assoluti | % | Numeri assoluti | % |
| Fino a 44 anni | 196 | 4,8% | 32 | 1,3% | 228 | 3,5% |
| 45-64 anni | 1.366 | 33,4% | 328 | 13,5% | 1.694 | 25,9% |
| 65-74 anni | 1.034 | 25,3% | 419 | 17,2% | 1.453 | 22,3% |
| 75-84 anni | 1.086 | 26,5% | 889 | 36,5% | 1.975 | 30,3% |
| 85 anni e oltre | 410 | 10,0% | 765 | 31,4% | 1.175 | 18,0% |
| Totale | 4.094 | 100,0% | 2.434 | 100,0% | 6.528 | 100,0% |

Per quanto riguarda l'infarto senza sopralslivellamento del tratto ST (o infarto subendocardico) l'incremento verificatosi fino agli anni 2005-2006 è imputabile almeno in parte alla progressiva implementazione e diffusione dei criteri diagnostici proposti dalle principali società scientifiche internazionali negli anni 2000 e 2001, criteri diagnostici che pongono una particolare enfasi sul dosaggio della troponina (minimi aumenti nel dosaggio di questa sostanza consentono, in un adeguato contesto clinico, di porre diagnosi di infarto acuto del miocardio). L'infarto acuto del miocardio è raro in età giovanile, mentre risulta frequente nelle età a partire dai 45 anni nei maschi. Nelle femmine invece è una condizione morbosa che colpisce principalmente le età molto elevate (il 68% degli IMA nelle donne avvengono in soggetti di età superiore a 75 anni, mentre nei maschi questa proporzione è pari al 36%).

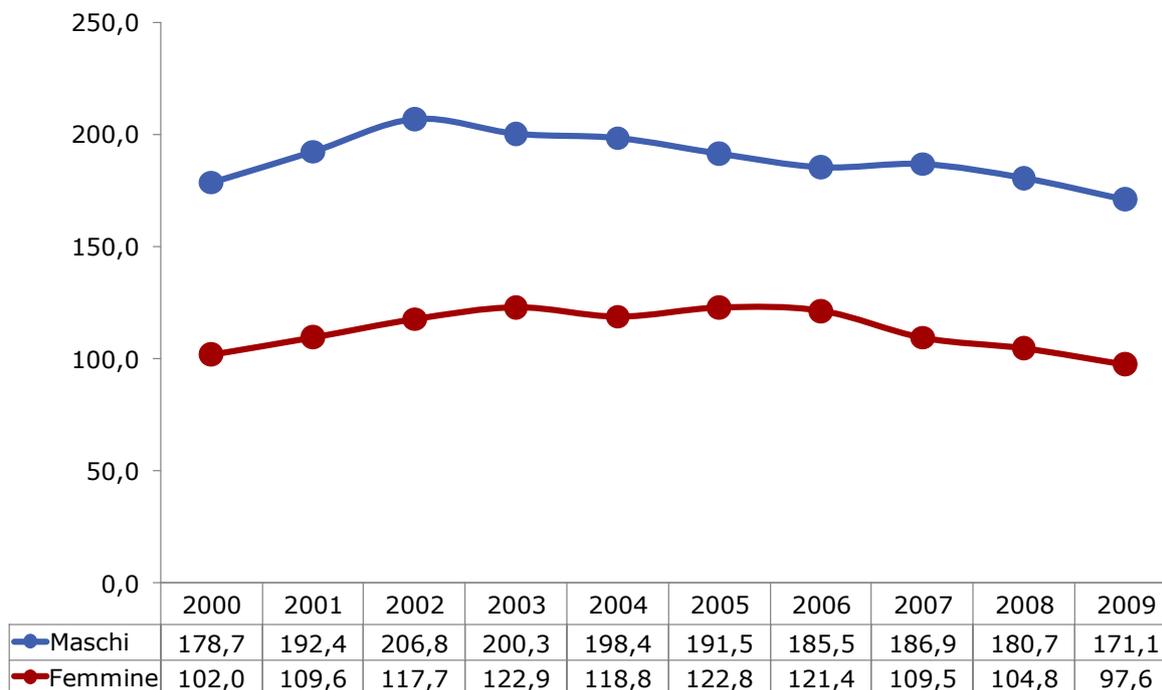
Eventi di IMA ospedalizzati. Percentuali per età inferiore e uguale o superiore ai 65 anni e sesso. Residenti in Veneto, anno 2009 (Fonte: SER)



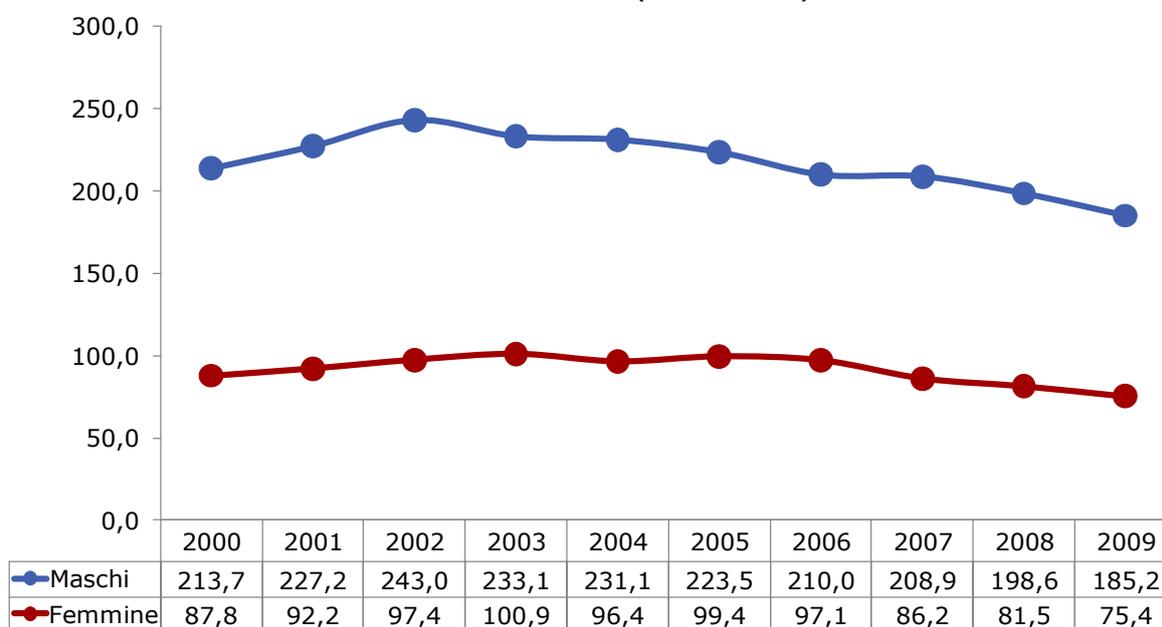
| Eventi di IMA ospedalizzati. Distribuzione in entrambi i sessi nelle età inferiori e superiori ai 65 anni, residenti in Veneto, anno 2009. | | | |
|--|--------|---------|--------|
| Età | Maschi | Femmine | Totale |
| Fino a 64 anni | 1.562 | 360 | 1.922 |
| Oltre i 65 anni | 2.532 | 2.074 | 4.606 |
| Totale | 4.094 | 2.434 | 6.528 |

Il tasso grezzo di ricovero per IMA è superiore nei maschi rispetto alle femmine, il tasso standardizzato accentua le differenze tra i sessi confermando come l'IMA colpisca con frequenza nettamente superiore il sesso maschile. Il tasso standardizzato diretto documenta un calo nel periodo considerato, pur in presenza dell'impatto dei nuovi criteri diagnostici.

Tasso di Ospedalizzazione grezzo per infarto acuto del miocardio.
Residenti in Veneto. Anni 2000-2009 (Fonte: SER)



Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato per infarto acuto del miocardio. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009
Standardizzazione diretta, popolazione standard: popolazione residente nel 2000 (Fonte: SER)



Confrontando i tassi specifici per classe di età e sesso, si evidenzia un notevole gap tra maschi e femmine, che tende a ridursi, almeno in termini relativi, con l'aumentare dell'età. L'andamento negli ultimi anni, esauritosi l'effetto dell'introduzione dei nuovi

criteri diagnostici, mostra un sensibile calo nell'ospedalizzazione per IMA sostanzialmente per entrambi i sessi ed in tutte le classi di età, eccetto quelle <45 e ≥85 anni.

| Numero di eventi e tasso di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio nei soggetti di età inferiore a 44 anni dal 2000 al 2009, residenti in Veneto, tassi per 100.000 residenti (Fonte: SER) | | | | | | |
|--|--------|-------|---------|-------|--------|-------|
| Anno | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | Numero | Tasso | Numero | Tasso | Numero | Tasso |
| 2000 | 160 | 12,3 | 20 | 1,6 | 180 | 7,1 |
| 2001 | 210 | 16,2 | 32 | 2,6 | 242 | 9,5 |
| 2002 | 233 | 17,9 | 40 | 3,2 | 273 | 10,8 |
| 2003 | 214 | 16,4 | 38 | 3,1 | 252 | 9,9 |
| 2004 | 216 | 16,3 | 41 | 3,3 | 257 | 10 |
| 2005 | 208 | 15,5 | 42 | 3,3 | 250 | 9,6 |
| 2006 | 198 | 14,8 | 47 | 3,7 | 245 | 9,4 |
| 2007 | 217 | 16,2 | 36 | 2,8 | 253 | 9,7 |
| 2008 | 192 | 14,3 | 33 | 2,6 | 225 | 8,6 |
| 2009 | 196 | 14,5 | 32 | 2,5 | 228 | 8,7 |

74

| Numero di eventi e tasso di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio nei soggetti di età 45-64 anni dal 2000 al 2009, residenti in Veneto, tassi per 100.000 residenti (Fonte: SER) | | | | | | |
|---|--------|--------|---------|-------|--------|-------|
| Anno | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | Numero | Tasso | Numero | Tasso | Numero | Tasso |
| 2000 | 1.391 | 244,2 | 285 | 49 | 1.676 | 145,6 |
| 2001 | 1.430 | 249,30 | 277 | 47,4 | 1.707 | 147,4 |
| 2002 | 1.537 | 265,20 | 324 | 55 | 1.861 | 159,3 |
| 2003 | 1.511 | 257,10 | 322 | 54,2 | 1.833 | 155,1 |
| 2004 | 1.530 | 256,9 | 284 | 47,3 | 1.814 | 151,6 |
| 2005 | 1.472 | 244,1 | 317 | 52,2 | 1.789 | 147,8 |
| 2006 | 1.472 | 241,4 | 342 | 55,8 | 1.814 | 148,4 |
| 2007 | 1.441 | 232,2 | 333 | 53,5 | 1.774 | 142,8 |
| 2008 | 1.466 | 231,5 | 306 | 48,2 | 1.772 | 139,8 |
| 2009 | 1.366 | 211,3 | 328 | 50,6 | 1.694 | 130,8 |

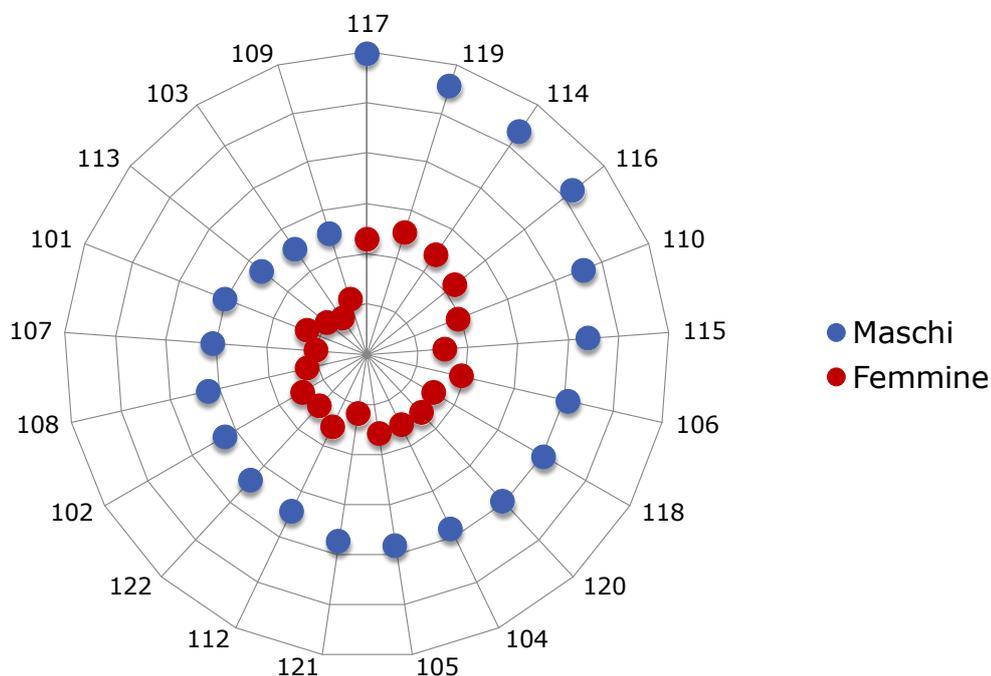
A livello di Azienda ULSS di residenza vi sono differenze notevoli nel tasso di ospedalizzazione per IMA, anche tenendo conto della diversa struttura per età della popolazione. Dal 2000 al 2009 si assiste a un progressivo incremento dei soggetti con IMA sottoposti a intervento di angioplastica coronaria.

| Numero di eventi e tasso di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio nei soggetti di età 65-74 anni dal 2000 al 2009, residenti in Veneto, tassi per 100.000 residenti (Fonte: SER) | | | | | | |
|---|--------|-------|---------|-------|--------|-------|
| Anno | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | Numero | Tasso | Numero | Tasso | Numero | Tasso |
| 2000 | 1.122 | 570,8 | 543 | 217,9 | 1.665 | 373,5 |
| 2001 | 1.214 | 609,0 | 583 | 233,9 | 1.797 | 400,6 |
| 2002 | 1.238 | 616,6 | 530 | 213,0 | 1.768 | 393,3 |
| 2003 | 1.194 | 584,2 | 604 | 242,2 | 1.798 | 396,2 |
| 2004 | 1.191 | 567,1 | 507 | 200,7 | 1.698 | 367,0 |
| 2005 | 1.116 | 516,1 | 522 | 203,4 | 1.638 | 346,4 |
| 2006 | 1.146 | 517,3 | 554 | 213,5 | 1.700 | 353,4 |
| 2007 | 1.111 | 491,9 | 501 | 191,5 | 1.612 | 330,7 |
| 2008 | 1.080 | 469,7 | 473 | 179,3 | 1.553 | 314,5 |
| 2009 | 1.034 | 441,1 | 419 | 156,6 | 1.453 | 289,5 |

| Numero di eventi e tasso di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio nei soggetti di età 75-84 anni dal 2000 al 2009, residenti in Veneto, tassi per 100.000 residenti (Fonte: SER) | | | | | | |
|---|--------|---------|---------|-------|--------|-------|
| Anno | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | Numero | Tasso | Numero | Tasso | Numero | Tasso |
| 2000 | 912 | 985,8 | 884 | 546,2 | 1.796 | 706,1 |
| 2001 | 1011 | 1.045,6 | 936 | 558,6 | 1.947 | 736,8 |
| 2002 | 1.178 | 1.165,0 | 1.077 | 611,6 | 2.255 | 813,4 |
| 2003 | 1.187 | 1.095,7 | 1.148 | 612,9 | 2.335 | 789,8 |
| 2004 | 1.174 | 1.022,9 | 1.222 | 619,1 | 2.396 | 767,5 |
| 2005 | 1.184 | 991,5 | 1.205 | 592,7 | 2.389 | 740,2 |
| 2006 | 1.102 | 901,3 | 1.117 | 544,9 | 2.219 | 678,1 |
| 2007 | 1.162 | 928,8 | 979 | 475,2 | 2.141 | 646,6 |
| 2008 | 1.107 | 868,1 | 962 | 466,0 | 2.069 | 619,6 |
| 2009 | 1.086 | 835,8 | 889 | 431,7 | 1.975 | 588,0 |

| Numero di eventi e tasso di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio nei soggetti di età pari o superiore a 85 anni dal 2000 al 2009, residenti in Veneto, tassi per 100.000 residenti (Fonte: SER) | | | | | | |
|---|--------|---------|---------|---------|--------|---------|
| Anno | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | Numero | Tasso | Numero | Tasso | Numero | Tasso |
| 2000 | 312 | 1.206,0 | 619 | 864,4 | 931 | 955,1 |
| 2001 | 355 | 1.321,1 | 708 | 951,4 | 1.063 | 1.049,5 |
| 2002 | 377 | 1.439,2 | 765 | 1.025,0 | 1.142 | 1.132,6 |
| 2003 | 367 | 1.463,6 | 770 | 1.062,0 | 1.137 | 1.165,2 |
| 2004 | 392 | 1.654,2 | 766 | 1.104,8 | 1.158 | 1.244,8 |
| 2005 | 428 | 1.795,2 | 860 | 1.239,8 | 1.288 | 1.381,8 |
| 2006 | 387 | 1.481,6 | 875 | 1.173,6 | 1.262 | 1.253,5 |
| 2007 | 439 | 1.540,4 | 818 | 1.022,7 | 1.257 | 1.158,7 |
| 2008 | 433 | 1.402,6 | 810 | 955,1 | 1.243 | 1.074,5 |
| 2009 | 410 | 1.240,1 | 765 | 853,0 | 1.175 | 957,3 |

Tasso standardizzato di ospedalizzazione di eventi di IMA per Azienda ULSS di residenza e sesso. Valori per 100.000 abitanti. Standardizzazione diretta, popolazione standard: popolazione residente in Veneto anni 2008 - 2009. Posizionamento Aziende (i valori più bassi sono più vicini al centro)



Dati relativi al grafico con aggiunta degli intervalli di confidenza

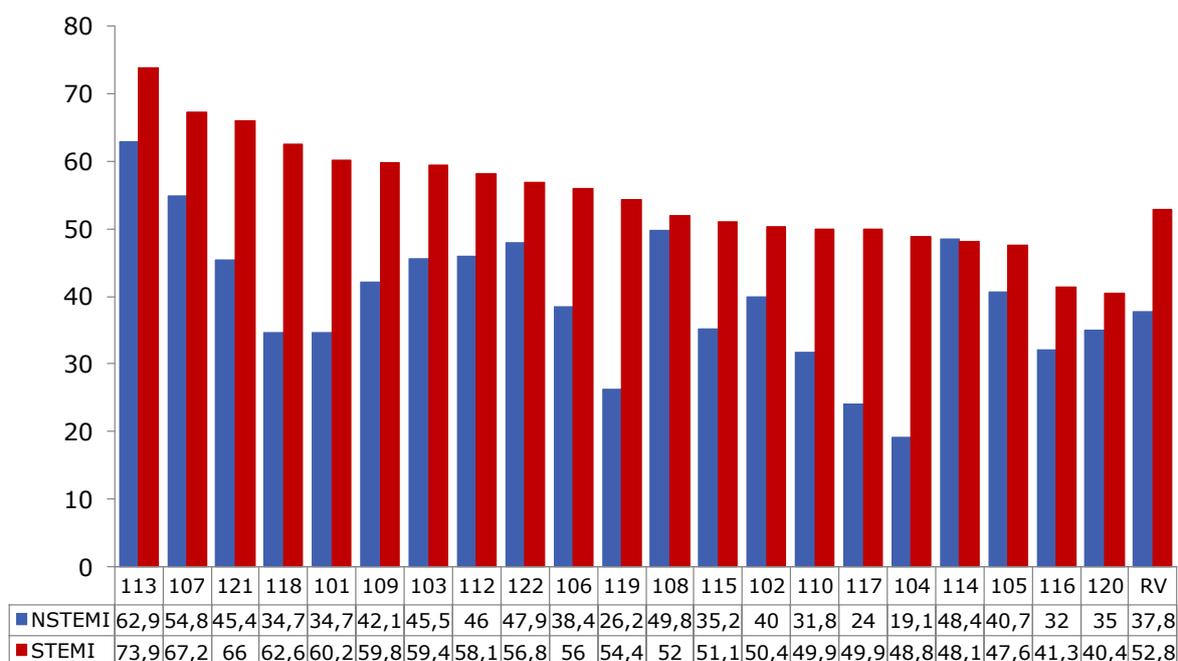
| Azienda ULSS | Tasso Standardizzato | | Intervallo di confidenza | |
|-------------------------|----------------------|---------|--------------------------|---------------|
| | Maschi | Femmine | Maschi | Femmine |
| 101. Belluno | 150,4 | 64 | (129,1-171,7) | (52,6-75,3) |
| 102. Feltre | 162,3 | 74,3 | (134,8-189,9) | (58,9-89,8) |
| 103. Bassano del Grappa | 126,6 | 43,4 | (108,4-144,7) | (34,5-52,3) |
| 104. Thiene | 191 | 76,9 | (168,6-213,4) | (65,5-88,3) |
| 105. Arzignano | 190,4 | 78,9 | (167,6-213,1) | (66,5-91,3) |
| 106. Vicenza | 204,3 | 95,1 | (186,6-222,1) | (85,3-104,8) |
| 107. Pieve di Soligo | 153 | 51,2 | (136,0-170,0) | (43,0-59,4) |
| 108. Asolo | 161 | 61,3 | (142,9-179,2) | (52,1-70,6) |
| 109. Treviso | 126,2 | 57,5 | (114,4-138,0) | (50,8-64,3) |
| 110. S. Donà di Piave | 231 | 96,6 | (208,7-253,4) | (85,0-108,2) |
| 112. Veneziana | 171,3 | 79,8 | (156,9-185,7) | (71,7-87,9) |
| 113. Mirano | 132,9 | 51,4 | (117,9-147,9) | (43,3-59,5) |
| 114. Chioggia | 268,5 | 119,6 | (237,5-299,5) | (102,7-136,6) |
| 115. Cittadella | 219,1 | 76,3 | (197,9-240,4) | (66,0-86,7) |
| 116. Padova | 260,9 | 110,4 | (244,3-277,4) | (101,8-119,0) |
| 117. Este | 298,2 | 113,7 | (271,8-324,5) | (100,4-127,0) |
| 118. Rovigo | 202,1 | 75,7 | (181,1-223,1) | (64,8-86,6) |
| 119. Adria | 279,3 | 126,1 | (241,4-317,1) | (104,7-147,5) |
| 120. Verona | 198,1 | 78,9 | (184,6-211,6) | (72,0-85,8) |
| 121. Legnago | 186,4 | 59,4 | (163,6-209,1) | (48,3-70,5) |
| 122. Bussolengo | 169,2 | 69,6 | (152,2-186,1) | (60,4-78,9) |
| Veneto | 191,8 | 78,4 | (187,6-196,0) | (76,2-80,6) |

Di particolare rilievo è la proporzione di eventi di IMA con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) sottoposti ad angioplastica entro 24 ore (quindi presumibilmente con intento di riabilitazione "primaria" del vaso responsabile dell'IMA), passata dall'8% nel 2000 al 34% del 2009.

| Proporzione (%) di eventi IMA ospedalizzati sottoposti ad angioplastica, complessivamente ed entro 24 ore dall'esordio, per tipo di infarto e anno. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009. | | | | |
|--|--------------|----------|-------|----------|
| Anno | Tipo infarto | | | |
| | NSTEMI | | STEMI | |
| | % | % 24 ore | % | % 24 ore |
| 2000 | 11,1 | 0,8 | 19,4 | 8 |
| 2001 | 17,2 | 1,5 | 23,1 | 9,9 |
| 2002 | 19,6 | 2,9 | 27,2 | 12,5 |
| 2003 | 23,1 | 3 | 33 | 15,9 |
| 2004 | 29 | 4 | 37 | 18,4 |
| 2005 | 34,6 | 5,3 | 42,7 | 22,2 |
| 2006 | 37,7 | 6,6 | 45,2 | 25,2 |
| 2007 | 37,4 | 6,9 | 47,1 | 27,3 |
| 2008 | 37,5 | 6,5 | 50,4 | 30,9 |
| 2009 | 38 | 6 | 55,4 | 34,1 |

77

Proporzione (%) di eventi IMA ospedalizzati sottoposti ad angioplastica, per tipo di infarto e Azienda ULSS di residenza. Residenti in Veneto. Periodo 2008-2009



RV = Regione del Veneto

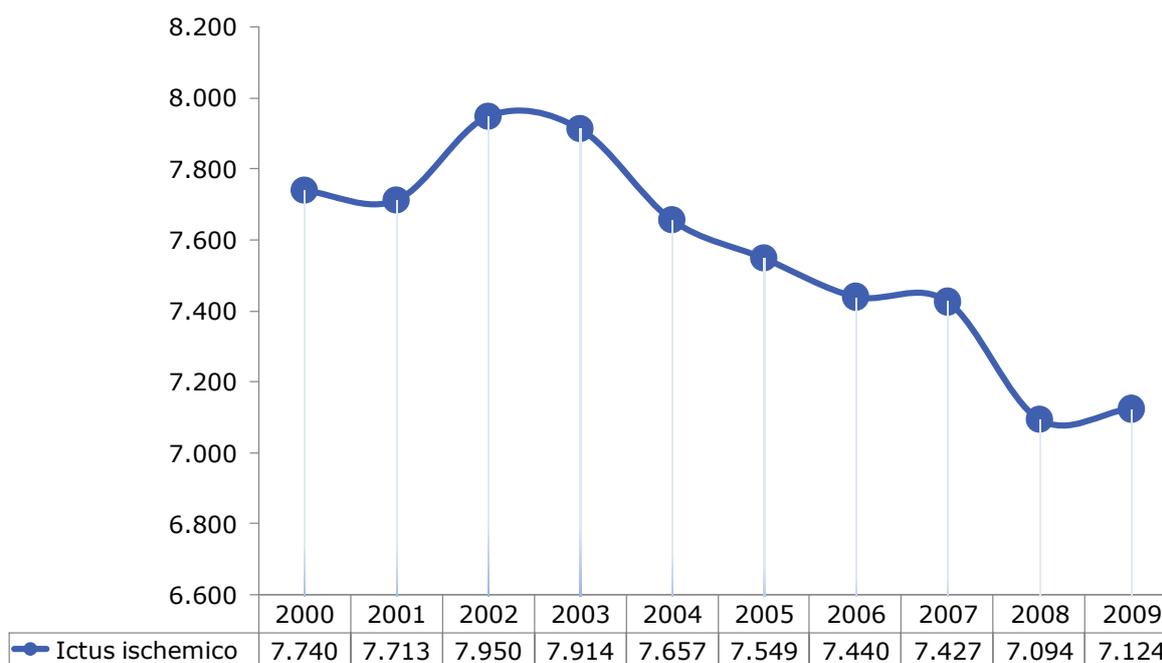
Considerando la proporzione di esecuzione di angioplastica per Azienda ULSS di residenza, si osserva una certa variabilità, più spiccata per gli infarti senza soprasslivellamento del tratto ST (NSTEMI): i valori più elevati si registrano tra i residenti nell'Azienda ULSS 13 per entrambi i tipi di IMA, mentre i valori più bassi sono presenti tra i residenti nelle Aziende ULSS 16 e 20 per gli infarti con soprasslivellamento del tratto ST e tra i residenti nell'Azienda ULSS 4 per gli infarti senza soprasslivellamento del tratto ST. L'infarto acuto del miocardio è ancora oggi una delle principali emergenze sanitarie, anche se il numero assoluto di eventi e il tasso di ricovero sono in calo. Vi è un crescente ricorso a terapie di rivascolarizzazione di tipo invasivo, in linea con le direttive regionali sulla rete assistenziale dell'IMA.

Ictus

Le malattie cerebrovascolari acute costituiscono un ambito estremamente rilevante per la loro diffusione e per le gravi conseguenze sullo stato di salute delle persone colpite. Negli ultimi anni le conoscenze sull'approccio terapeutico per questo tipo di patologie hanno conosciuto un notevole cambiamento, con ripercussioni evidenti in particolare sugli aspetti organizzativi del modello assistenziale. Nel 2009 si sono verificati oltre 9.000 eventi di ictus ospedalizzati nei residenti in Veneto; nel 78% circa dei casi si è trattato di ictus ischemico, nel 17% di emorragia cerebrale e nel 5% di emorragia subaracnoidea.

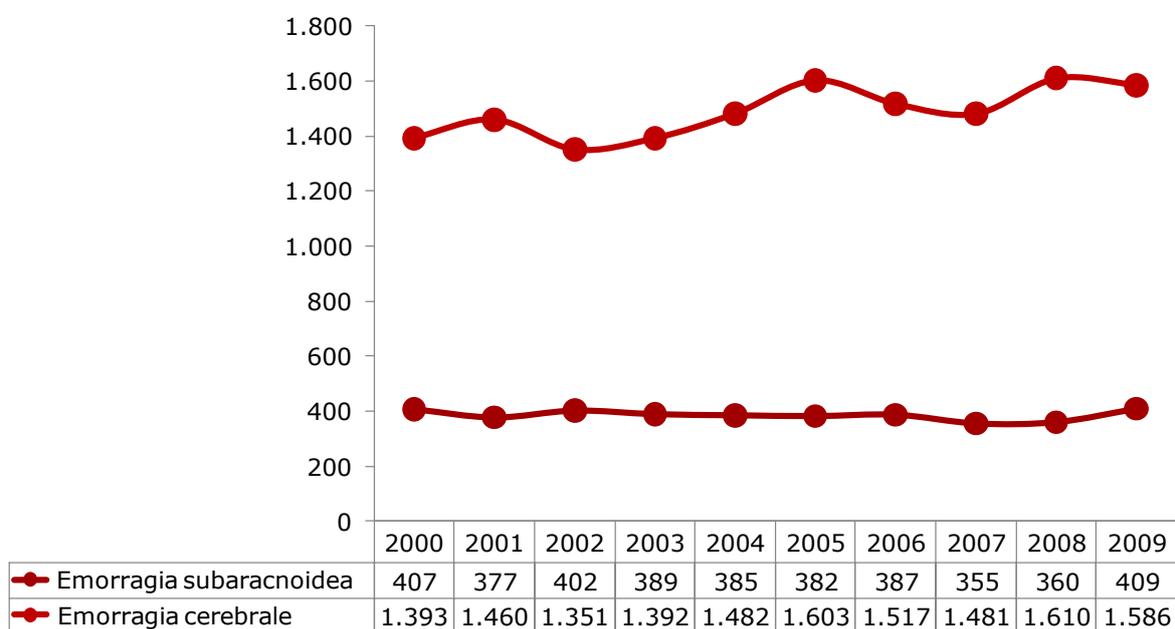
78

Numero di eventi ospedalizzati di ictus ischemico. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009 (Fonte: SER)



L'analisi dell'andamento temporale nel periodo considerato rivela una sensibile riduzione del numero assoluto degli eventi ospedalizzati di ictus, che hanno raggiunto i valori più elevati nel biennio 2002-2003 con una successiva graduale riduzione. Va evidenziata tuttavia una disomogeneità nell'andamento temporale delle ospedalizzazioni nei tre sottotipi, con una tendenza alla riduzione per quanto riguarda l'ictus ischemico mentre c'è un certo aumento per quanto riguarda gli eventi di tipo emorragico.

Numero di eventi ospedalizzati di emorragia subaracnoidea e emorragia cerebrale. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009
(Fonte: SER)

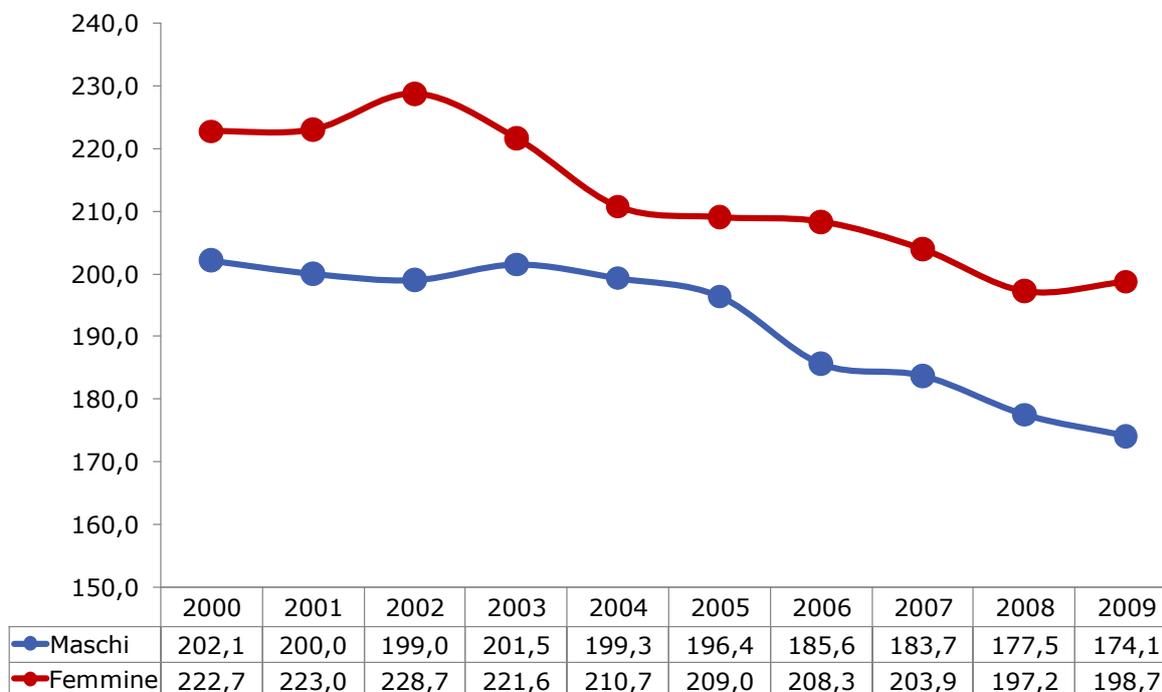


La distribuzione per sesso e classe di età evidenzia come l'ictus sia una patologia frequente principalmente nelle età avanzate: oltre il 60% degli eventi avviene in soggetti di età non inferiore a 75 anni (oltre il 70% nelle femmine).

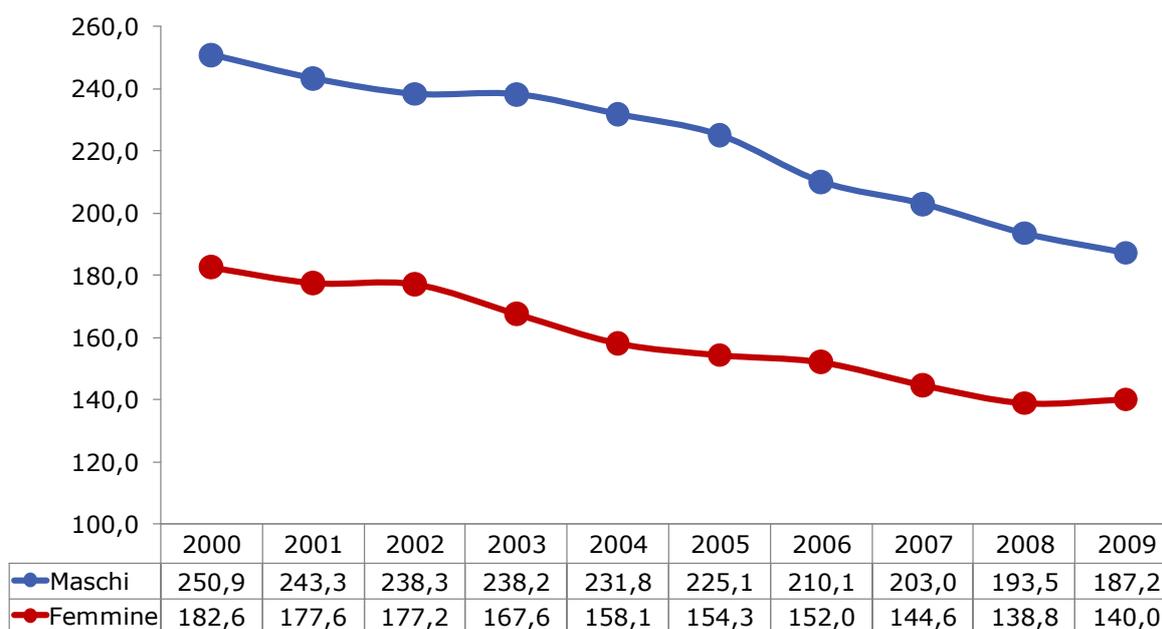
| Eventi di ictus ospedalizzati. Distribuzione per sesso e classi di età, residenti in Veneto, anno 2009 (Fonte: SER) | | | | | | |
|---|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| Classe di età | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | Numero | Percentuale | Numero | Percentuale | Numero | Percentuale |
| Fino a 44 anni | 197 | 4,7 | 149 | 3 | 346 | 3,8 |
| 45-64 anni | 822 | 19,8 | 440 | 8,9 | 1.262 | 13,8 |
| 65-74 anni | 1.120 | 26,9 | 742 | 15 | 1.862 | 20,4 |
| 75-84 anni | 1.370 | 32,9 | 1.850 | 37,4 | 3.220 | 35,3 |
| 85 anni e oltre | 653 | 15,7 | 1.772 | 35,8 | 2.425 | 26,6 |
| Totale | 4.162 | 100 | 4.953 | 100 | 9.115 | 100 |

Il tasso grezzo di ricovero per ictus è lievemente superiore nelle femmine rispetto ai maschi, a causa dell'età più elevata della popolazione femminile, ed è in calo in entrambi i sessi.

Tassi grezzi di Ospedalizzazione per ictus per sesso. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009. (Fonte: SER)



Tassi di Ospedalizzazione standardizzati diretti per ictus per sesso. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009. Standardizzazione diretta. Popolazione standard: popolazione residente nel 2000 (Fonte: SER)



Il tasso standardizzato diretto evidenzia invece valori superiori nei maschi (in quanto, a parità di età, l'ictus si verifica con maggior frequenza nel sesso maschile) e la diminuzione è più marcata di quanto apprezzabile con il tasso grezzo, per il progressivo invecchiamento della popolazione nel periodo considerato. Nella classe di età fino a 44 anni l'ictus è un evento relativamente raro (circa 13 eventi ogni 100.000 residenti all'anno) e si verifica con frequenza non molto differente tra i due sessi.

| Numero di eventi e tasso di ospedalizzazione per ictus nei soggetti di età inferiore a 44 anni dal 2000 al 2009, residenti in Veneto, tassi per 100.000 residenti (fonte: SER) | | | | | | |
|--|--------|-------|---------|-------|--------|-------|
| Anno | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | numero | tasso | numero | tasso | numero | tasso |
| 2000 | 171 | 13,2 | 128 | 10,3 | 299 | 11,8 |
| 2001 | 152 | 11,7 | 139 | 11,2 | 291 | 11,5 |
| 2002 | 153 | 11,8 | 118 | 9,5 | 271 | 10,7 |
| 2003 | 174 | 13,3 | 142 | 11,4 | 316 | 12,4 |
| 2004 | 189 | 14,3 | 154 | 12,3 | 343 | 13,3 |
| 2005 | 166 | 12,4 | 106 | 8,4 | 272 | 10,5 |
| 2006 | 162 | 12,1 | 145 | 11,5 | 307 | 11,8 |
| 2007 | 201 | 15 | 116 | 9,2 | 317 | 12,2 |
| 2008 | 197 | 14,6 | 118 | 9,3 | 315 | 12 |
| 2009 | 197 | 14,6 | 149 | 11,6 | 346 | 13,2 |

| Numero di eventi e tasso di ospedalizzazione per ictus nei soggetti di età 45-64 anni dal 2000 al 2009, residenti in Veneto, tassi per 100.000 residenti (fonte: SER) | | | | | | |
|---|--------|-------|---------|-------|--------|-------|
| Anno | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | numero | tasso | numero | tasso | numero | tasso |
| 2000 | 979 | 171,9 | 470 | 80,8 | 1.449 | 125,9 |
| 2001 | 958 | 167 | 510 | 87,3 | 1.468 | 126,8 |
| 2002 | 925 | 159,6 | 552 | 93,8 | 1.477 | 126,4 |
| 2003 | 938 | 159,6 | 486 | 81,8 | 1.424 | 120,5 |
| 2004 | 908 | 152,5 | 481 | 80 | 1.389 | 116,1 |
| 2005 | 903 | 149,8 | 483 | 79,5 | 1.386 | 114,5 |
| 2006 | 864 | 141,7 | 455 | 74,3 | 1.319 | 107,9 |
| 2007 | 885 | 142,6 | 406 | 65,3 | 1.291 | 103,9 |
| 2008 | 905 | 142,9 | 430 | 67,8 | 1.335 | 105,3 |
| 2009 | 822 | 127,1 | 440 | 67,8 | 1.262 | 97,4 |

Dal 2000 al 2009 il tasso di ricovero per eventi cerebrovascolari acuti è relativamente stazionario.

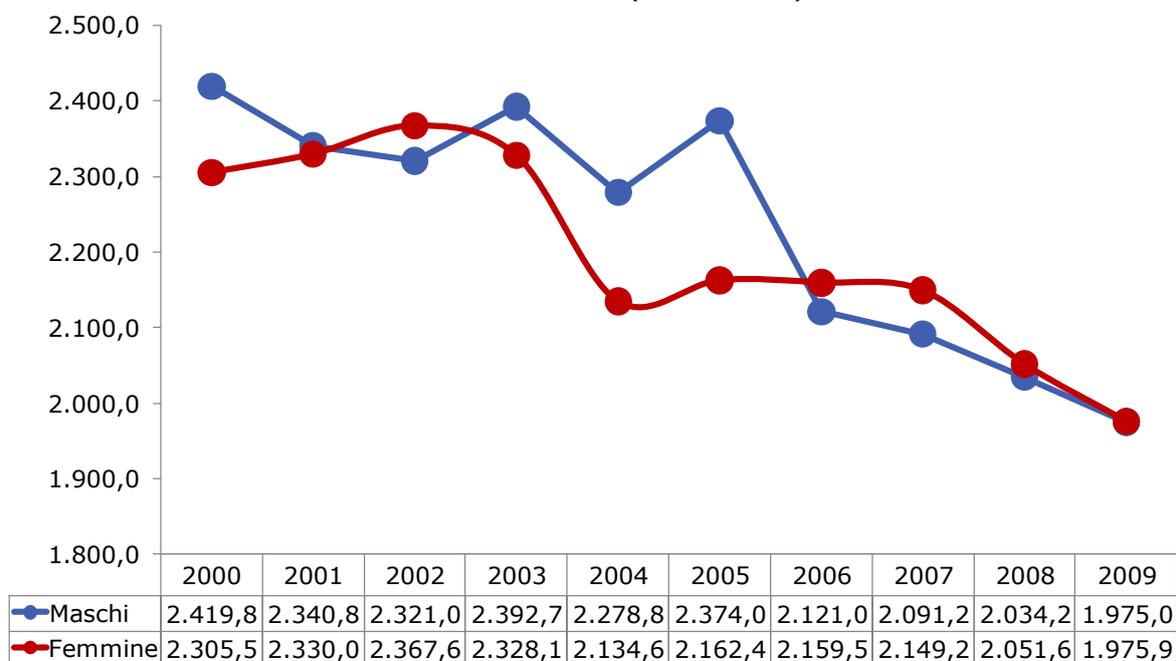
| Numero di eventi e tasso di ospedalizzazione per ictus nei soggetti di età 65-74 anni dal 2000 al 2009, residenti in Veneto, tassi per 100.000 residenti (fonte: SER) | | | | | | |
|---|--------|-------|---------|-------|--------|-------|
| Anno | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | numero | tasso | numero | tasso | numero | tasso |
| 2000 | 1.321 | 672 | 1.045 | 419,4 | 2.366 | 530,8 |
| 2001 | 1.304 | 654,2 | 947 | 380 | 2.251 | 501,8 |
| 2002 | 1.291 | 643 | 926 | 372,2 | 2.217 | 493,1 |
| 2003 | 1.275 | 623,9 | 895 | 358,9 | 2.170 | 478,2 |
| 2004 | 1.278 | 608,5 | 827 | 327,3 | 2.105 | 455 |
| 2005 | 1.245 | 575,7 | 829 | 323 | 2.074 | 438,6 |
| 2006 | 1.176 | 530,9 | 849 | 327,2 | 2.025 | 421 |
| 2007 | 1.124 | 497,7 | 725 | 277,1 | 1.849 | 379,3 |
| 2008 | 1.063 | 462,4 | 743 | 281,6 | 1.806 | 365,7 |
| 2009 | 1.120 | 477,8 | 742 | 277,3 | 1.862 | 370,9 |

| Numero di eventi e tasso di ospedalizzazione per ictus nei soggetti di età 75-84 anni dal 2000 al 2009, residenti in Veneto, tassi per 100.000 residenti (fonte: SER) | | | | | | |
|---|--------|----------|---------|----------|--------|----------|
| Anno | Maschi | | Femmine | | Totale | |
| | numero | tasso | numero | tasso | numero | tasso |
| 2000 | 1.311 | 1.417,10 | 1.838 | 1.135,60 | 3.149 | 1.238,00 |
| 2001 | 1.344 | 1.390,00 | 1.833 | 1.094,00 | 3.177 | 1.202,30 |
| 2002 | 1.412 | 1.396,40 | 1.951 | 1.107,90 | 3.363 | 1.213,10 |
| 2003 | 1.514 | 1.397,60 | 1.983 | 1.058,70 | 3.497 | 1.182,80 |
| 2004 | 1.608 | 1.401,10 | 2.059 | 1.043,10 | 3.667 | 1.174,70 |
| 2005 | 1.641 | 1.374,20 | 2.095 | 1.030,40 | 3.736 | 1.157,60 |
| 2006 | 1.553 | 1.270,20 | 1.976 | 964 | 3.529 | 1.078,40 |
| 2007 | 1.490 | 1.191,00 | 2.001 | 971,3 | 3.491 | 1.054,30 |
| 2008 | 1.410 | 1.105,70 | 1.830 | 886,5 | 3.240 | 970,2 |
| 2009 | 1.370 | 1.054,40 | 1.850 | 898,4 | 3.220 | 958,7 |

Al crescere dell'età aumenta in modo importante il tasso di ricovero per ictus fino a raggiungere valori di circa 2.000 eventi ricoverati per 100.000 residenti nei soggetti di età superiore a 85 anni. Nelle età tra i 45 e gli 84 anni i tassi di ricovero sono decisamente più alti (nelle età più giovani quasi il doppio) nei maschi rispetto alle femmine. Nella fascia di età più anziana i tassi sono simili nei due sessi (anche se va rilevato che in questa età la popolazione femminile presenta un'età media spostata verso valori più elevati rispetto ai maschi). Per ciascuna fascia di età (tranne fino ai 44 anni) e in entrambi i sessi dal 2000 al 2009 si è verificata una diminuzione considerevole del

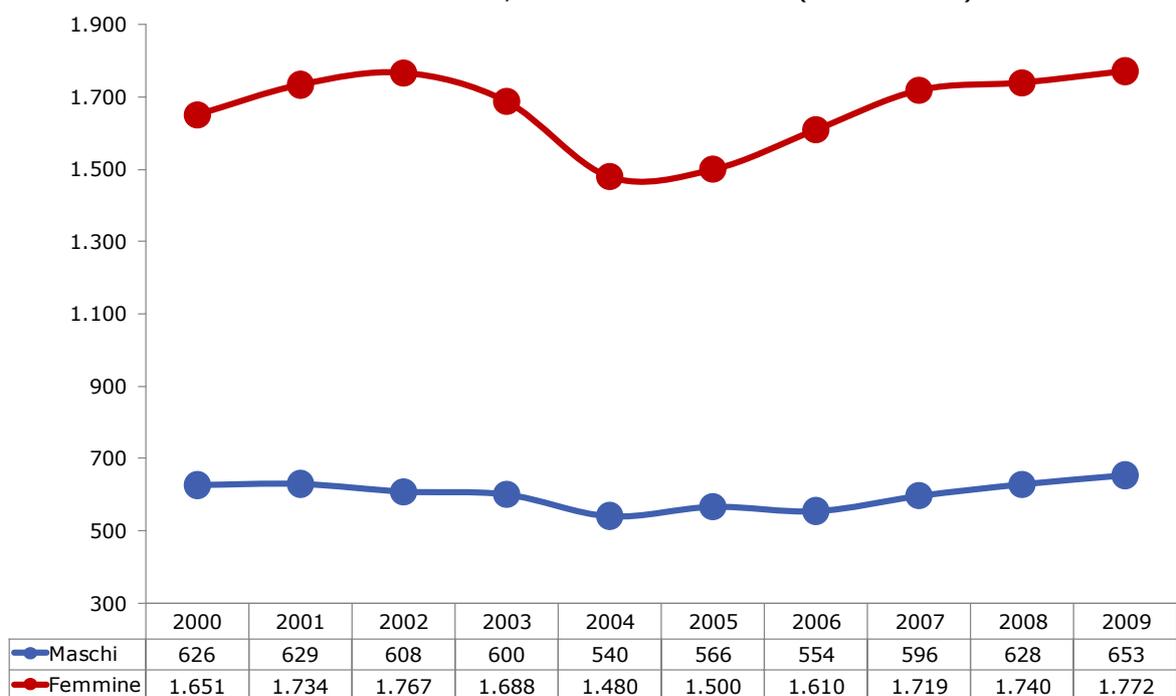
tasso di ospedalizzazione per evento cerebrovascolare acuto, con una differenza del 20% circa tra l'inizio e la fine del periodo considerato.

Tasso di ospedalizzazione per ictus nei soggetti di età pari o superiore a 85 anni dal 2000 al 2009, residenti in Veneto, tassi per 100.000 residenti (Fonte: SER)



83

Numero di eventi per ictus nei soggetti di età pari o superiore a 85 anni dal 2000 al 2009, residenti in Veneto (Fonte: SER)



A livello di Azienda ULSS di residenza è evidente una certa variabilità nel tasso standardizzato di ricovero per evento cerebrovascolare acuto. Valori inferiori al dato medio regionale si registrano tra i residenti nelle Aziende ULSS 1, 3, 14 e 16 nei maschi e tra le residenti nelle Aziende ULSS 1, 12, 16 e 20 nelle femmine; invece valori superiori al riferimento regionale sono presenti nelle Aziende ULSS 4, 5, 8 e 18 per i maschi e nelle Aziende ULSS 4, 5 e 18 per le femmine.

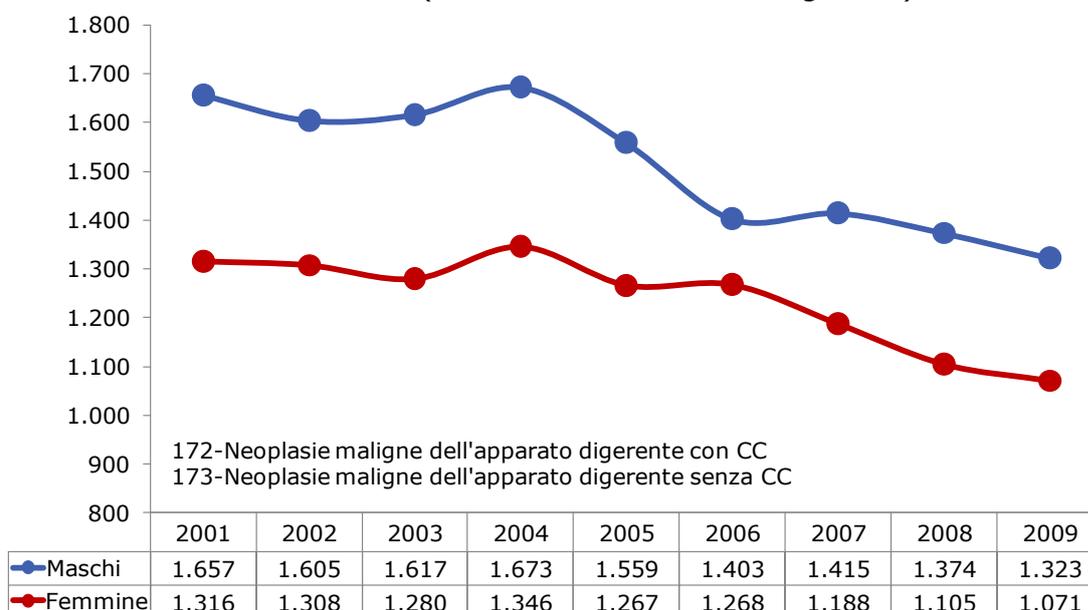
| Tasso standardizzato per ictus per Azienda ULSS di residenza e sesso. Valori per 100.000 abitanti. Standardizzazione diretta, popolazione standard: popolazione residente in Veneto anni 2008-2009 (Fonte: SER) | | | | |
|---|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Azienda ULSS | Maschi | | Femmine | |
| | Tasso standardizzato | Intervallo di confidenza | Tasso standardizzato | Intervallo di confidenza |
| 101. Belluno | 177,5 | (152,8-202,2) | 137,1 | (120,2-153,9) |
| 102. Feltre | 230,1 | (194,7-265,5) | 160 | (137,7-182,3) |
| 103. Bassano del Grappa | 171,7 | (148,8-194,5) | 164,3 | (146,5-182,0) |
| 104. Thiene | 262,7 | (234,3-291,2) | 181,1 | (163,2-199,1) |
| 105. Arzignano | 324,1 | (291,7-356,6) | 251,8 | (229,3-274,3) |
| 106. Vicenza | 203,3 | (184,5-222,1) | 163,2 | (149,9-176,4) |
| 107. Pieve di Soligo | 224,5 | (202,2-246,8) | 168,9 | (153,7-184,1) |
| 108. Asolo | 257,3 | (232,2-282,5) | 173,4 | (157,6-189,2) |
| 109. Treviso | 203,7 | (187,2-220,2) | 155 | (143,8-166,2) |
| 110. S. Donà di Piave | 234,5 | (210,5-258,5) | 178,3 | (162,0-194,5) |
| 112. Veneziana | 209,4 | (192,7-226,1) | 144,1 | (133,0-155,2) |
| 113. Mirano | 198,5 | (177,8-219,3) | 152,9 | (138,4-167,3) |
| 114. Chioggia | 182,9 | (155,2-210,7) | 173,6 | (152,6-194,6) |
| 115. Cittadella | 217,1 | (194,7-239,6) | 166,9 | (151,1-182,8) |
| 116. Padova | 196,5 | (181,3-211,7) | 151,1 | (140,7-161,5) |
| 117. Este | 196,5 | (174,2-218,8) | 171,2 | (154,5-187,9) |
| 118. Rovigo | 259,1 | (233,6-284,6) | 192,1 | (174,7-209,6) |
| 119. Adria | 218,3 | (183,4-253,3) | 151,9 | (127,8-176,0) |
| 120. Verona | 205,9 | (191,2-220,6) | 141,6 | (132,1-151,2) |
| 121. Legnago | 232,7 | (205,7-259,7) | 169,6 | (150,7-188,5) |
| 122. Bussolengo | 196,9 | (177,1-216,6) | 158 | (143,6-172,4) |
| Veneto | 215,5 | (210,8-220,3) | 162,9 | (159,7-166,2) |

In conclusione, l'ictus è una condizione morbosa frequente principalmente nelle età avanzate, la sua frequenza è in calo, anche se permane un carico assistenziale notevole. Vi è inoltre una certa variabilità tra le diverse aree della Regione nell'ospedalizzazione per ictus.

L'ospedalizzazione per neoplasie maligne

Le neoplasie maligne si configurano come una patologia frequente dell'età adulta e avanzata e il fenomeno dell'invecchiamento viene indicato in un recente documento dell'Associazione italiana dei Registri Tumori (AIRTUM) come uno dei fattori che contribuiscono all'aumento osservato nel numero di diagnosi tumorali negli ultimi dieci anni in Italia. I ricoveri per tumori maligni degli anziani del Veneto risultano, in generale, in aumento fino al 2005. In seguito si osserva una riduzione, soprattutto nel passaggio dal 2006 al 2007, probabilmente da attribuire all'attivazione di nuove modalità di gestione della patologia neoplastica, in particolare all'introduzione del day service per la chemioterapia. Un aspetto che emerge dall'analisi complessiva delle ospedalizzazioni per neoplasie nella popolazione anziana nel Veneto, oltre al prevedibile aumento del carico assistenziale legato all'invecchiamento, è rappresentato dal cambiamento dei profili di cura che risultano essere sempre più simili a quelli della popolazione delle classi di età precedenti sia in termini di maggior intento curativo che di maggiore attenzione a ridurre gli esiti invalidanti. Negli uomini le sedi più frequenti di neoplasia (escludendo i tumori cutanei non melanomi) sono: prostata, polmone, colon-retto, vescica, vie aero-digestive superiori, fegato, rene e vie urinarie, stomaco, e linfoma non Hodgkin.

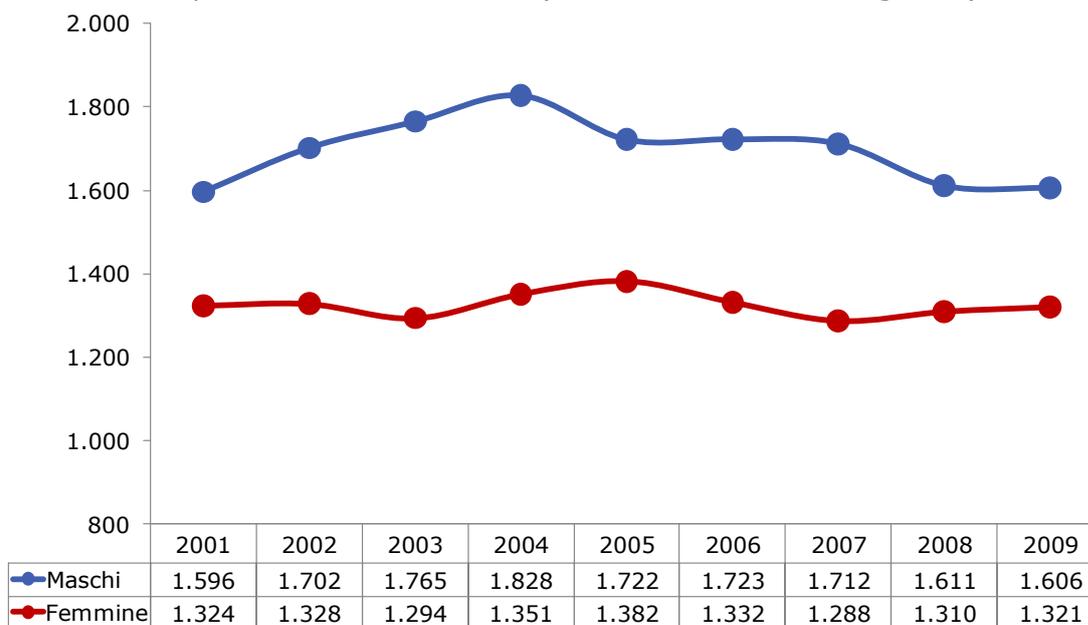
Tumori colon-retto. DRG 172-173. Numero ricoveri ordinari dei residenti nel Veneto di età superiore a 65 anni, per sesso. Anni 2001-2009 (Fonte: Data Warehouse regionale)



Le sedi più frequenti nelle donne sono: mammella, colon-retto, polmone, corpo dell'utero, linfoma non Hodgkin, pancreas, e stomaco. In linea generale, nel corso degli

anni '90 si è registrato un incremento della sopravvivenza a 5 anni, in parte dovuto anche a fenomeni di anticipazione diagnostica e di riscontro di tumori a decorso potenzialmente indolente (ad esempio per i tumori della prostata). L'aumento di incidenza e sopravvivenza comporta una crescita della prevalenza della patologia.

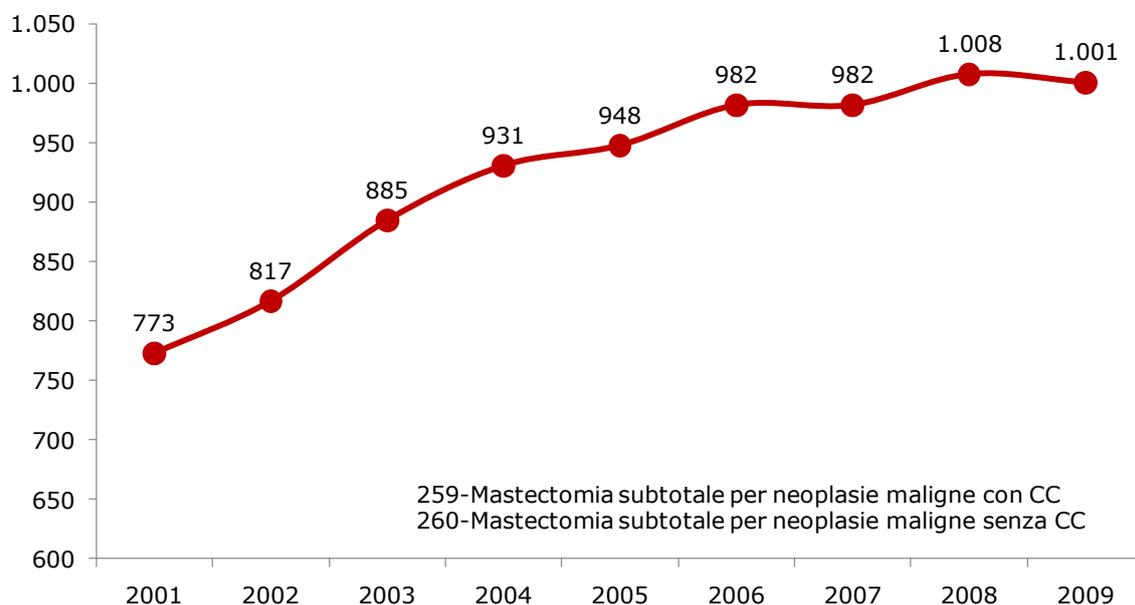
DRG 203 - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas.
 Numero ricoveri ordinari dei residenti nel Veneto di età superiore a 65
 anni, per sesso. Anni 2001-2009 (Fonte: Data Warehouse regionale)



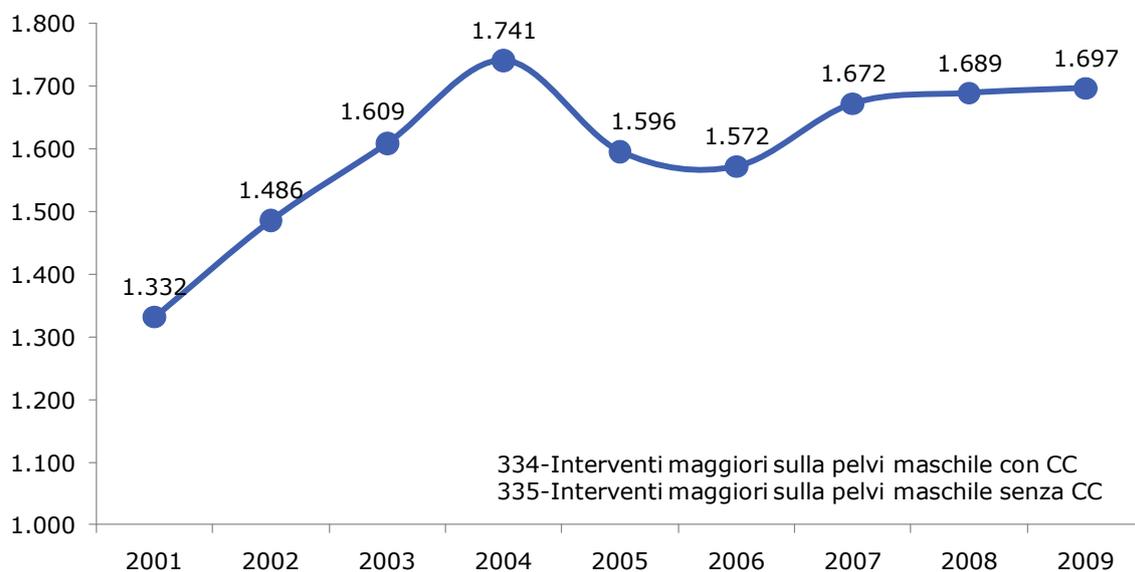
86

Per le persone con età superiore ai 65 anni i ricoveri con raggruppamento di diagnosi (DRG) relativo ad interventi chirurgici del colon-retto sono in graduale, ma costante aumento, riflettendo l'aumento di incidenza delle neoplasie del grosso intestino e l'invecchiamento della popolazione. Le dimissioni per neoplasie maligne dell'apparato digerente risultano invece in calo. La neoplasia maligna della mammella rappresenta la forma tumorale più frequente nella popolazione anziana femminile e l'analisi dei profili di trattamento rivela la diffusione della chirurgia conservativa anche in questa fascia di età con un profilo di cura nel gruppo 65-69 anni molto simile a quello della classe di età inferiore. Questo può essere dovuto alla diagnosi precoce, per un effetto di "trascinamento" delle screening con conseguenti minori dimensioni della neoplasia, ed in parte a un cambiamento delle attitudini delle donne e dei chirurghi. Anche in riferimento alla neoplasia prostatica si assiste ad un aumento del ricorso all'approccio chirurgico con un forte incremento degli interventi di prostatectomia radicale anche nella popolazione anziana e in particolare fino a 75 anni.

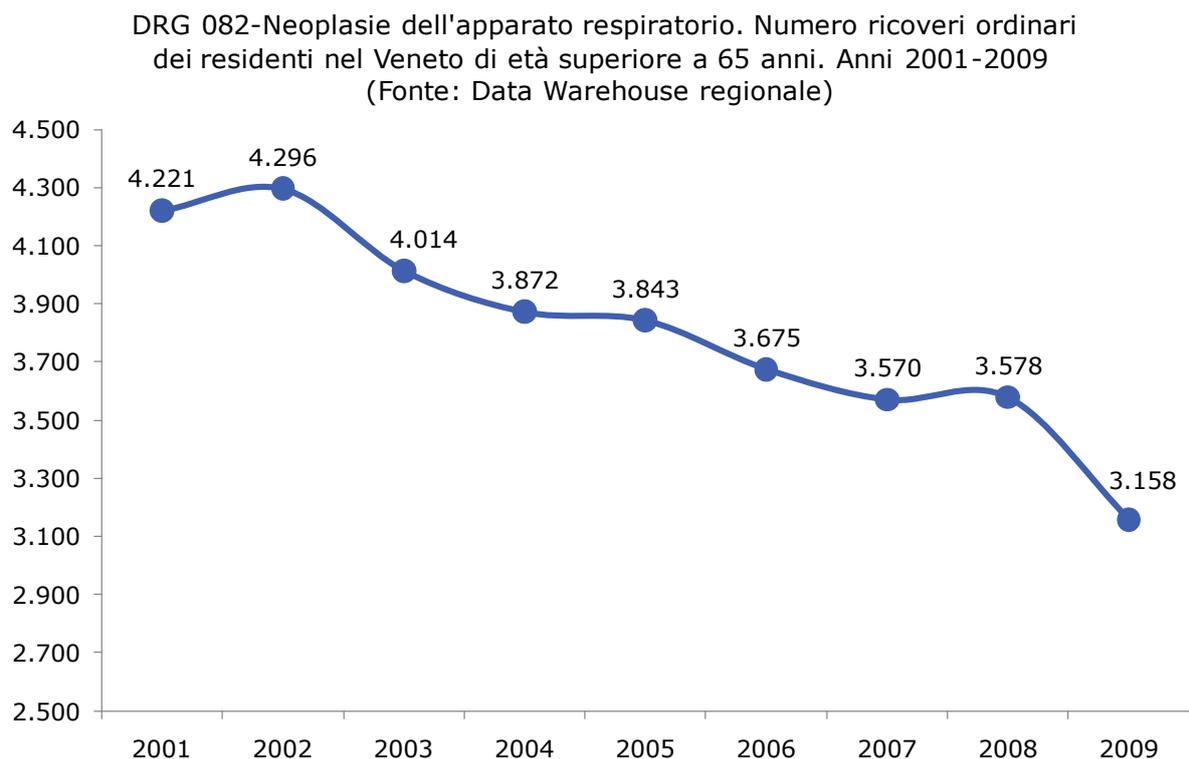
DRG 259-260. Numero ricoveri ordinari delle donne residenti nel Veneto di età superiore a 65 anni. Anni 2001-2009
(Fonte: Data Warehouse regionale)



DRG 334-335. Numero ricoveri ordinari degli uomini residenti nel Veneto di età superiore a 65 anni. Anni 2001-2009
(Fonte: Data Warehouse regionale)



L'incremento è molto rapido fino al 2004 e rallenta nel periodo successivo. Questo probabilmente in rapporto alla maggiore diffusione del dosaggio del PSA che ha anticipato la diagnosi di un certo numero di casi avviandoli al trattamento chirurgico.



88

I ricoveri per tumore del polmone sono in diminuzione e ciò sembra legato alla riduzione dell'incidenza di questa patologia nei maschi.

DRG 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta. Numero ricoveri ordinari dei residenti nel Veneto di età superiore a 65 anni per sesso. Anni 2001-2009
(Fonte: Data Warehouse regionale)

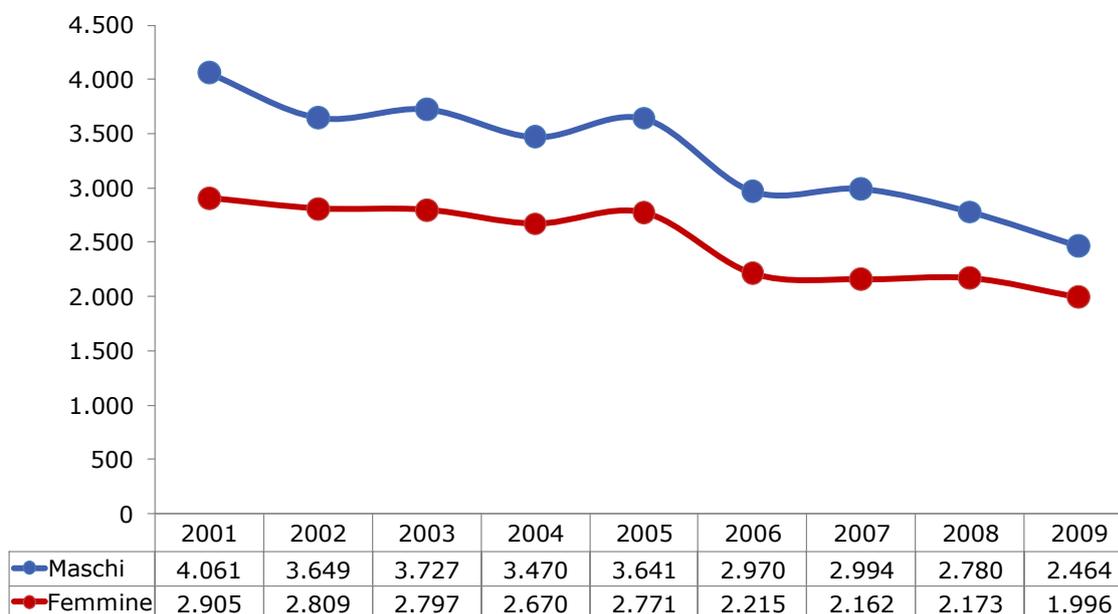
| Sesso | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------|-------|------|------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| Maschi | 1.103 | 975 | 971 | 1.051 | 1.023 | 1.254 | 1.114 | 987 | 860 |
| Femmine | 883 | 766 | 862 | 839 | 769 | 827 | 795 | 785 | 800 |

Un elemento interessante che emerge dall'analisi dei profili di cura è l'estensione di trattamenti con intento curativo, rappresentati dalla chemioterapia e dagli interventi chirurgici, anche nei soggetti anziani almeno fino ai 74 anni.

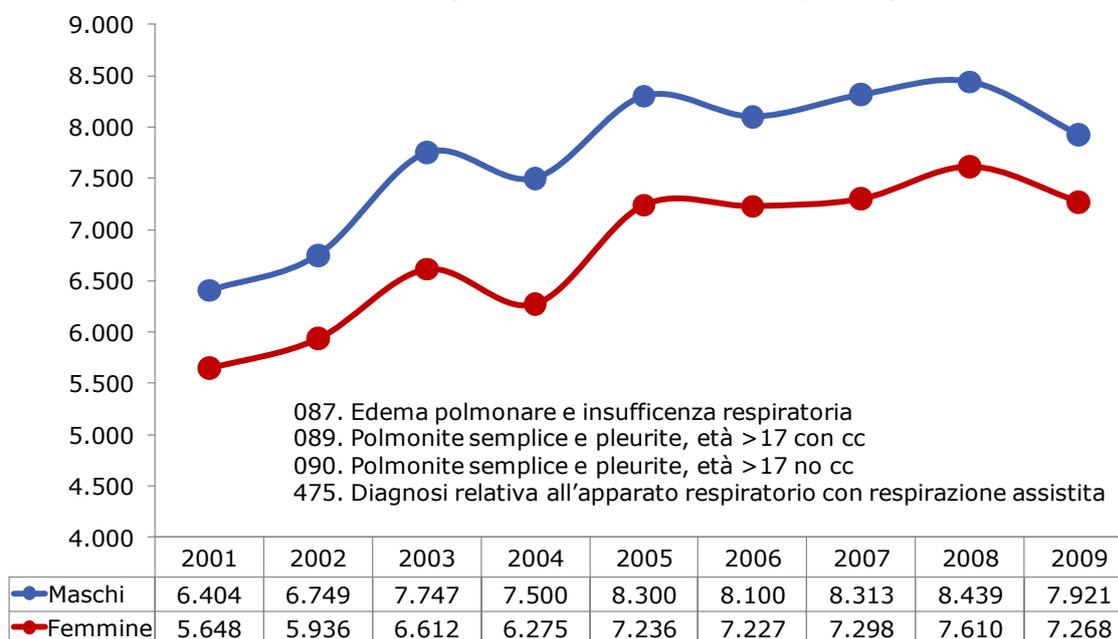
L'ospedalizzazione per patologie respiratorie

Le patologie respiratorie, sia nelle forme acute (polmonite e influenza), sia in quelle croniche rappresentano una classe di patologie importante in termini di carico assistenziale nella popolazione anziana.

DRG 088 Malattia polmonare cronica ostruttiva. Numero ricoveri ordinari dei residenti nel Veneto di età superiore a 65 anni, per sesso.
Anni 2001-2009 (Fonte: Data Warehouse regionale)



DRG 087, 089, 090, 475. Numero ricoveri ordinari dei residenti nel Veneto di età superiore a 65 anni, per sesso.
Anni 2001-2009 (Fonte: Data Warehouse regionale)



Nel corso del tempo si è modificata la composizione della casistica ospedaliera con un aumento dei casi a maggiore complessità assistenziale e una riduzione di quelli relativi a condizioni trattabili anche in ambito extra-ospedaliero come bronchite e asma, con una

maggior aderenza a criteri di appropriatezza organizzativa nella gestione di questi quadri clinici.

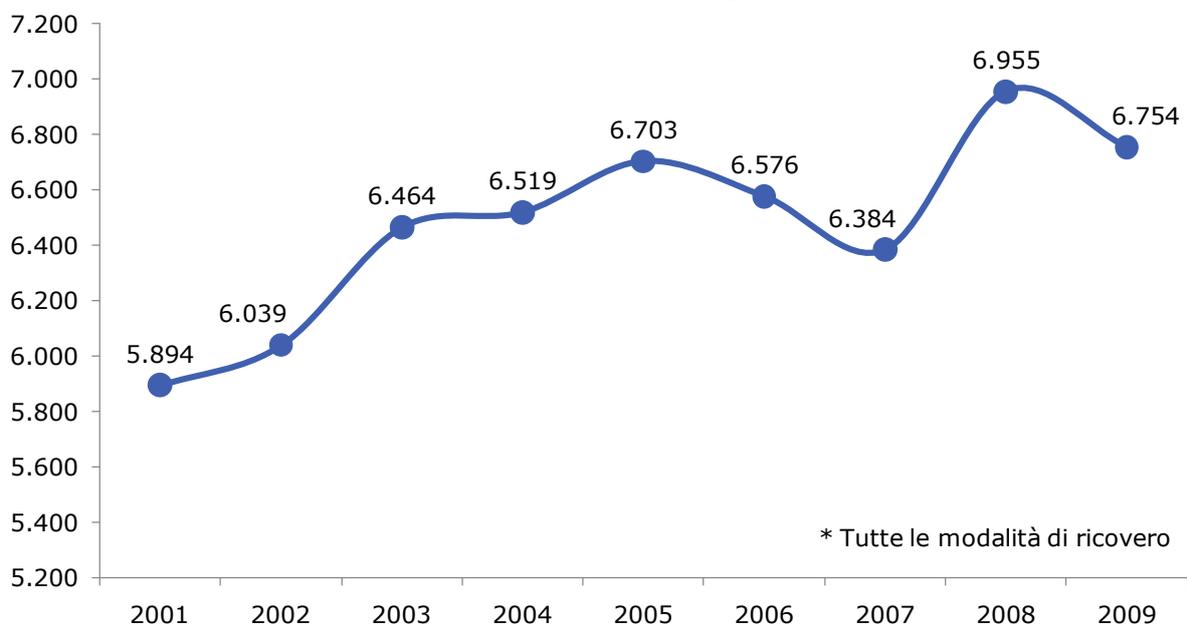
L'epidemia influenzale determina un maggior rischio di ricovero per patologie respiratorie nella popolazione anziana del Veneto. Tuttavia nel tempo si assiste ad un'attenuazione dell'associazione tra picchi di epidemia influenzale e ricoveri per patologie respiratorie. Il fenomeno potrebbe essere messo in relazione alla riduzione delle complicanze respiratorie, dovuto alla diffusione della vaccinazione antinfluenzale in questa classe di età, o al passaggio del loro trattamento da un setting prevalentemente di tipo ospedaliero a uno di tipo territoriale.

L'ospedalizzazione per frattura di femore

Una severa e frequente conseguenza delle cadute nell'anziano è la frattura di femore, di cui è possibile conoscere abbastanza agevolmente l'incidenza, le conseguenze e i costi poiché il suo trattamento necessita dell'ospedalizzazione. La corretta gestione della frattura di femore nell'anziano, che rappresenta un evento molto grave in termini di mortalità, di disabilità e di perdita dell'autonomia, prevede il ricorso all'intervento chirurgico che dovrebbe essere eseguito tempestivamente per ottenere un esito migliore.

90

Ricoveri con diagnosi principale relativa ai codici ICD9CM 820.- Frattura del collo del femore e 821.- Frattura di altre e non specificate parti del femore. Regione del Veneto 2001-2009
(Fonte: Data Warehouse regionale)



In particolare sulla base di numerose linee guida l'intervento dovrebbe essere eseguito entro 24 ore. Nella nostra Regione la quasi totalità delle fratture di femore negli anziani vengono operate (circa il 90%). Gli interventi effettuati nei primi due giorni, nel triennio

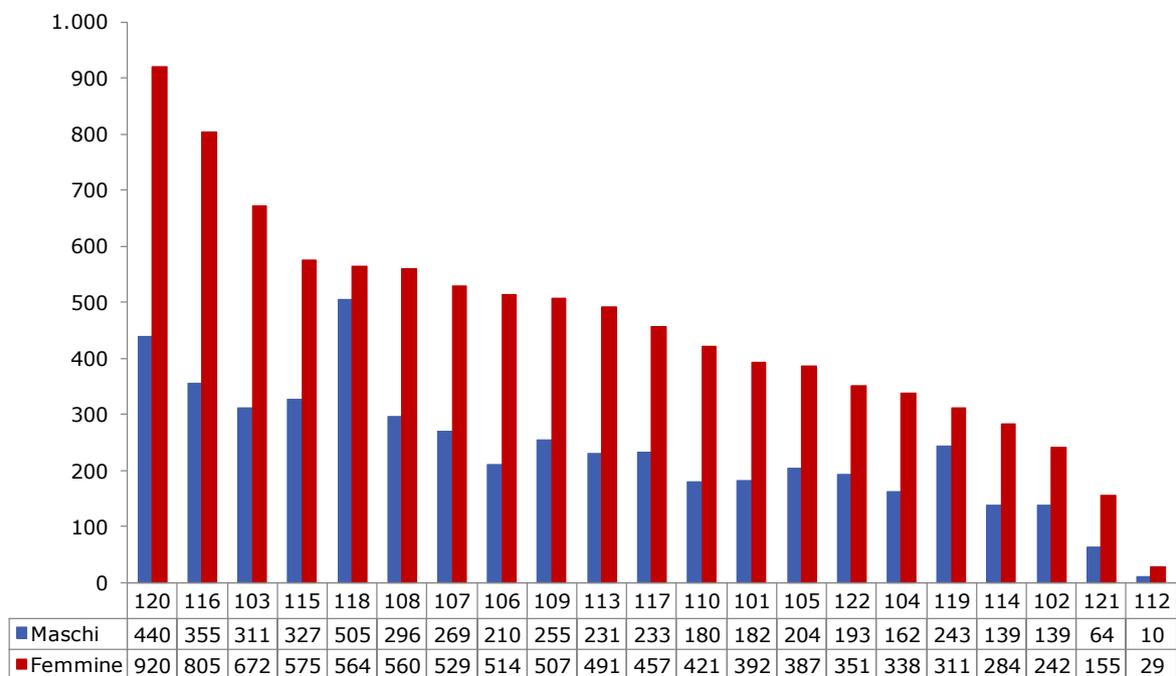
2007-2009 superano il 40%. La frattura di femore presenta numerosi fattori di rischio, alcuni predisponenti alla caduta, come il deterioramento dei sistemi coinvolti nel mantenimento della stabilità posturale, dell'equilibrio, della fluidità del movimento, la presenza di patologie concomitanti e i fattori ambientali (pavimenti scivolosi, presenza di ostacoli ecc.) e uno specifico, cioè l'osteoporosi. L'analisi delle ospedalizzazioni per fratture di femore rivela come il maggior carico assistenziale venga assorbito dalla classe da 75 a 100 dove si concentra l'80% delle ospedalizzazioni per questa patologia. Lo studio dei tassi specifici per età e sesso riflette la distribuzione del principale fattore di rischio rappresentato dall'osteoporosi che si correla all'età anziana e al sesso femminile. La corretta gestione della frattura di femore prevede il ricorso all'intervento chirurgico anche in età avanzata in quanto associato a una maggior probabilità di consolidamento della frattura senza accorciamento dell'arto, a una minore durata della degenza, a migliori effetti della riabilitazione con un minor rischio di istituzionalizzazione. L'esito dell'intervento è legato alla tempestività nella sua esecuzione in quanto il ritardo nell'intervento di riduzione della frattura comporta un aumento della morbosità, della mortalità e una riduzione della possibilità di successo della riabilitazione. Nel Veneto la performance sulla tempestività dell'intervento è suscettibile di miglioramento. Per quanto concerne la mortalità per frattura di femore, il parametro assume valori incrementali con l'età dei soggetti con un picco importante verso gli 85 anni, in cui però la comorbidità gioca sicuramente un ruolo molto importante.

La salute mentale

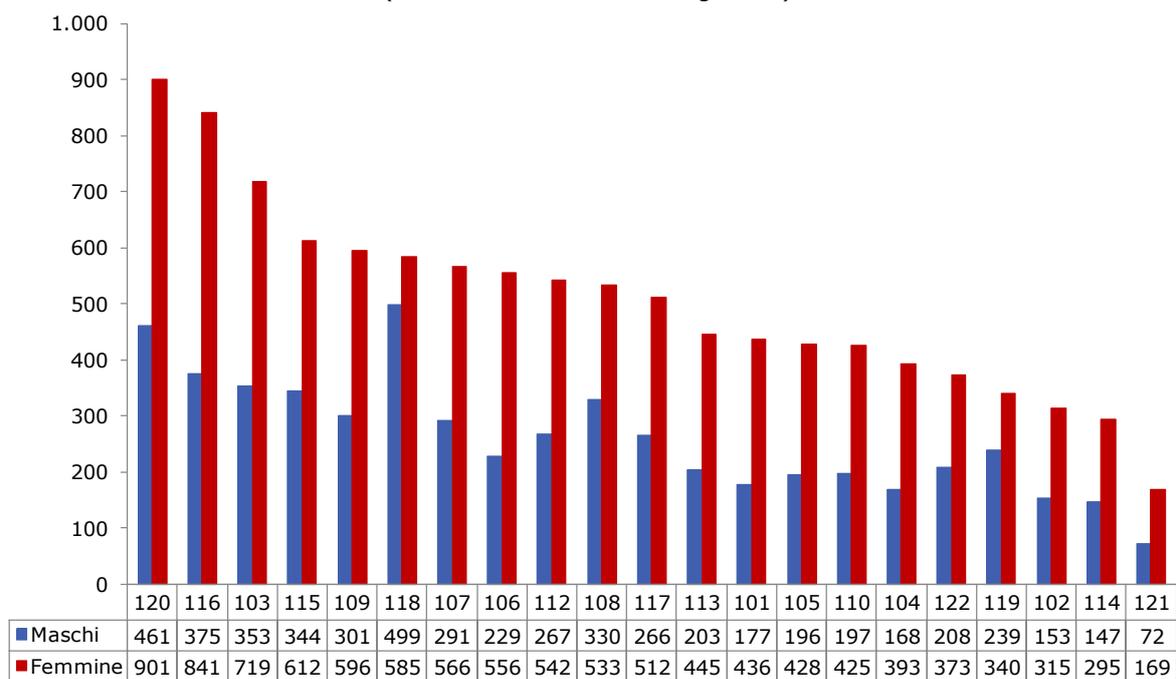
I disturbi mentali rappresentano un importante problema di salute pubblica per la popolazione anziana non ancora adeguatamente studiato. La Regione del Veneto ha istituito, sin dal 1998, un flusso informativo finalizzato a rilevare i dati inerenti l'attività dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende ULSS per documentare con cadenza trimestrale i processi di cura erogati. Da questi emerge che gli utenti psichiatrici anziani sono prevalentemente di sesso femminile. Le diagnosi più frequenti risultano le demenze, seguite dalle forme depressive non psicotiche e dalle psicosi affettive. All'interno di ciascuno dei principali gruppi diagnostici, il rapporto tra gli utenti di sesso femminile e la popolazione anziana dello stesso sesso è superiore a quello osservato nei maschi. Per le demenze tale fenomeno è attribuibile unicamente al variare della composizione per sesso della popolazione con l'avanzare dell'età, piuttosto che a una diversa domanda di assistenza nei due sessi. Le demenze sono anche l'unico gruppo diagnostico per il quale si osserva una crescita del rapporto percentuale tra gli utenti e la popolazione residente di pari età. La differenza tra i due sessi è invece più marcata tra gli utenti con forme depressive non psicotiche. La depressione è fra l'altro il principale fattore di rischio per il

suicidio, evento che presenta un tasso maggiormente elevato negli anziani rispetto alle altre fasce di età.

Numero dei pazienti dei Servizi di Psichiatria
Cittadini di età superiore ai 65 anni, per sesso. Aziende ULSS nell'anno 2008
(Fonte: Data Warehouse regionale)

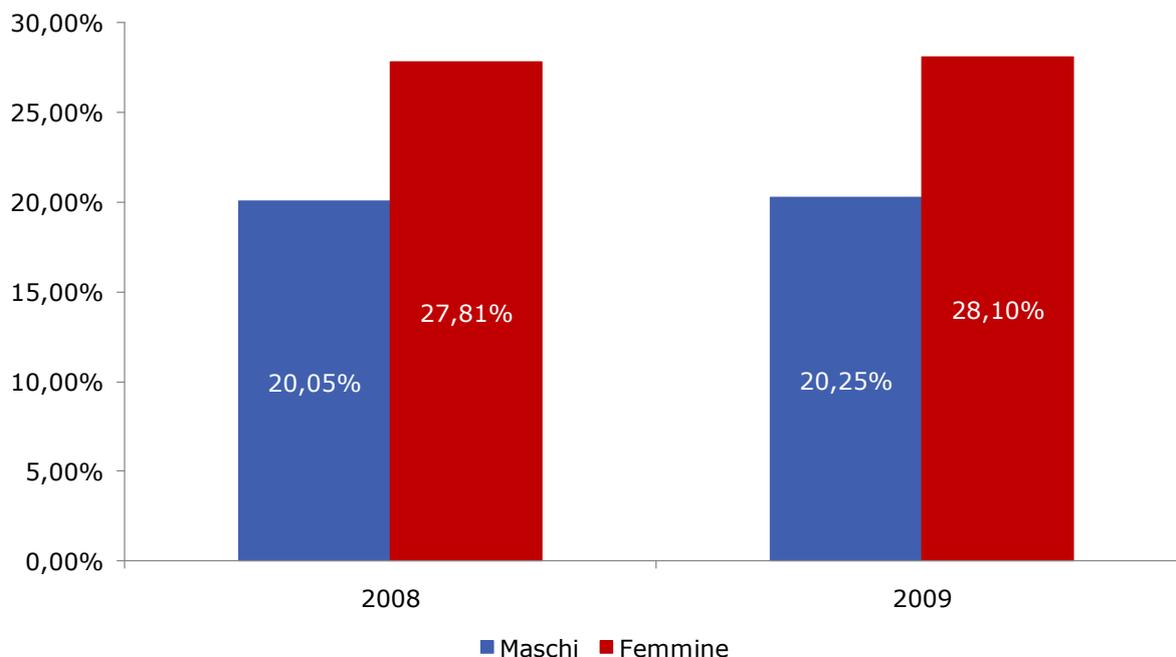


Numero dei pazienti dei Servizi di Psichiatria
Cittadini di età superiore ai 65 anni, per sesso. Aziende ULSS nell'anno 2009
(Fonte: Data Warehouse regionale)

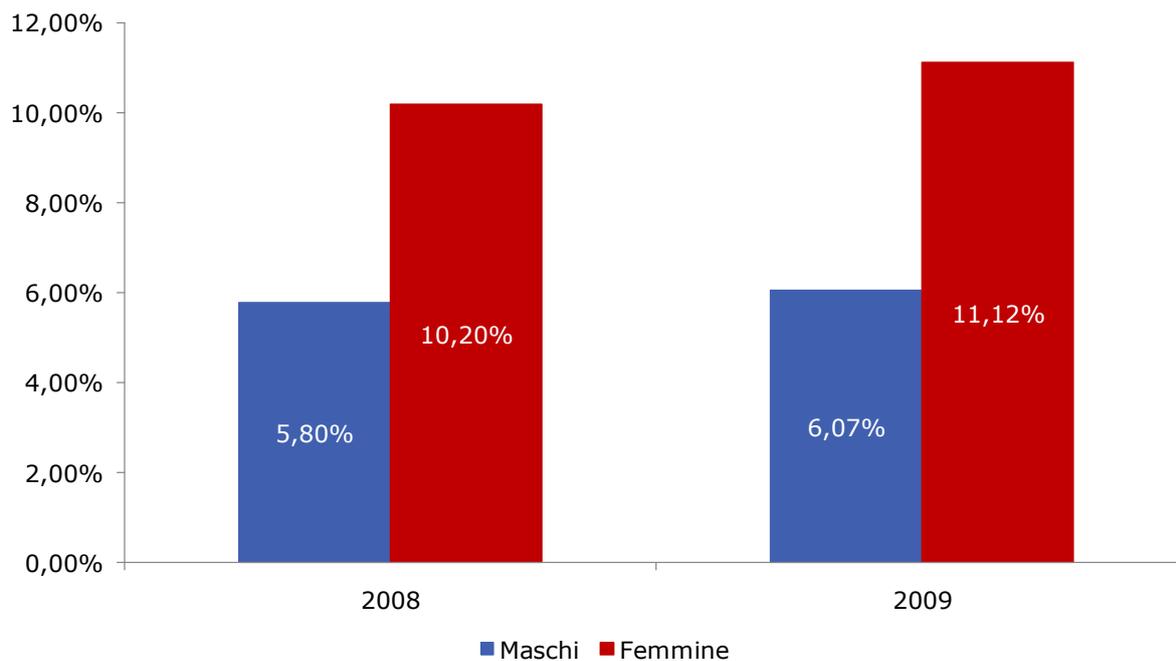


L'analisi del profilo assistenziale ospedaliero evidenzia che in quasi la metà dei casi le dimissioni riguardano reparti specialistici di psichiatria o neurologia.

Psichiatria: percentuale pazienti attivi di età superiore ai 65 anni sul totale dei pazienti attivi. Regione del Veneto 2008-2009
(Fonte: Data Warehouse regionale)



Psichiatria: percentuale prestazioni relative a pazienti di età superiore ai 65 anni sul totale delle prestazioni. Regione del Veneto 2008-2009
(Fonte: Data Warehouse regionale)



In queste situazioni l'area ospedaliera svolge un ruolo meno rilevante di quanto non si riscontri usualmente. Gli utenti psichiatrici dei servizi territoriali rappresentano quattro quinti del totale degli utenti psichiatrici. Un quarto degli utenti trattati in ospedale risulta in contatto con le strutture psichiatriche territoriali nell'anno di dimissione.

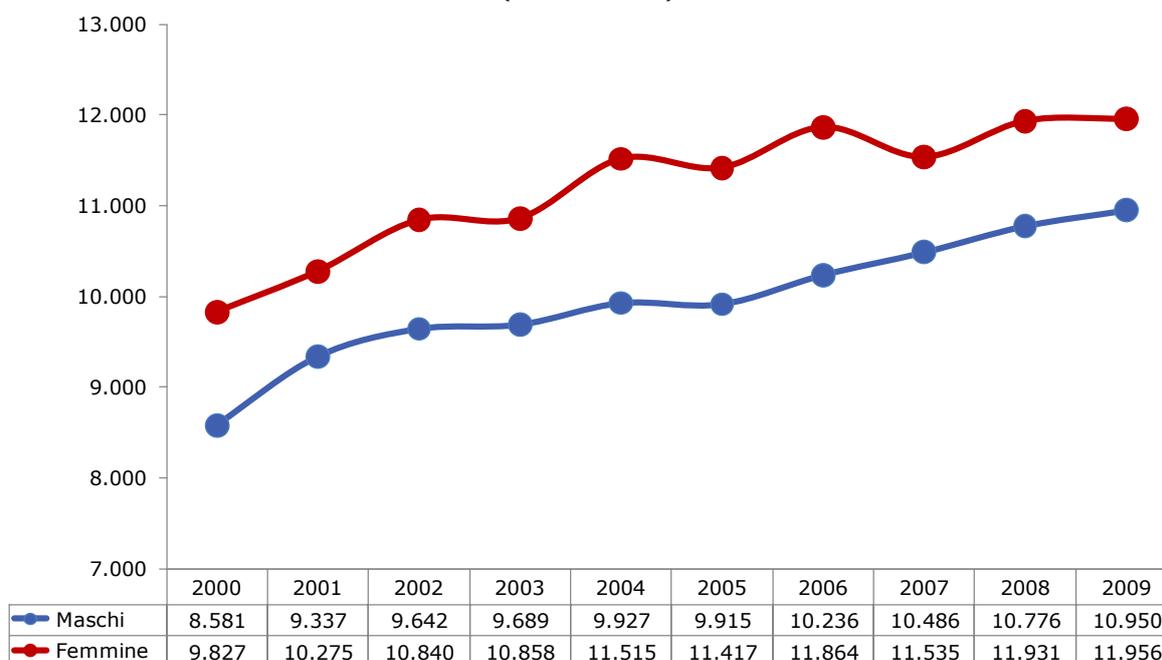
| Numero di prestazioni dei Servizi di Psichiatria. Cittadini di età superiore ai 65 anni, per sesso, Aziende ULSS nell'anno 2009 (Fonte: Data Warehouse regionale) | | |
|---|--------|---------|
| Azienda ULSS | Maschi | Femmine |
| 101. Belluno | 4.834 | 4.355 |
| 102. Feltre | 1.680 | 3.060 |
| 103. Bassano del Grappa | 2.921 | 3.128 |
| 104. Thiene | 1.040 | 4.068 |
| 105. Arzignano | 2.828 | 3.974 |
| 106. Vicenza | 3.070 | 8.245 |
| 107. Pieve di Soligo | 1.200 | 2.735 |
| 108. Asolo | 5.003 | 7.057 |
| 109. Treviso | 4.141 | 6.606 |
| 110. S. Donà di Piave | 2.722 | 5.483 |
| 112. Veneziana | 10.135 | 13.145 |
| 113. Mirano | 2.498 | 4.152 |
| 114. Chioggia | 1.083 | 2.174 |
| 115. Cittadella | 1.724 | 2.982 |
| 116. Padova | 3.803 | 7.459 |
| 117. Este | 2.392 | 5.023 |
| 118. Rovigo | 3.076 | 2.601 |
| 119. Adria | 1.040 | 1.460 |
| 120. Verona | 3.248 | 7.659 |
| 121. Legnago | 426 | 1.445 |
| 122. Bussolengo | 3.948 | 4.707 |
| | 62.812 | 101.518 |

L'analisi sin qui condotta evidenzia un miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana che corrisponde anche al calo costante della mortalità registrato nell'ultimo decennio e attribuibile a fattori di vario tipo, tra cui un miglioramento delle condizioni socio-economiche, una maggiore tutela nei confronti di agenti nocivi di varia natura, una maggiore attenzione allo stile di vita e infine un miglioramento delle cure mediche che ha modificato la prognosi di numerose condizioni morbose. Con riferimento ai bisogni assistenziali si è assistito negli ultimi anni da un lato ad una domanda assistenziale crescente da parte della popolazione anziana della nostra Regione e dall'altro ad una risposta da parte dei servizi sanitari sempre più mirata. Infatti almeno fino ai 75 anni i profili di cura per le principali patologie cronico-degenerative non differiscono da quelli della popolazione adulta.

1.4 Scompenso cardiaco: aspetti epidemiologici

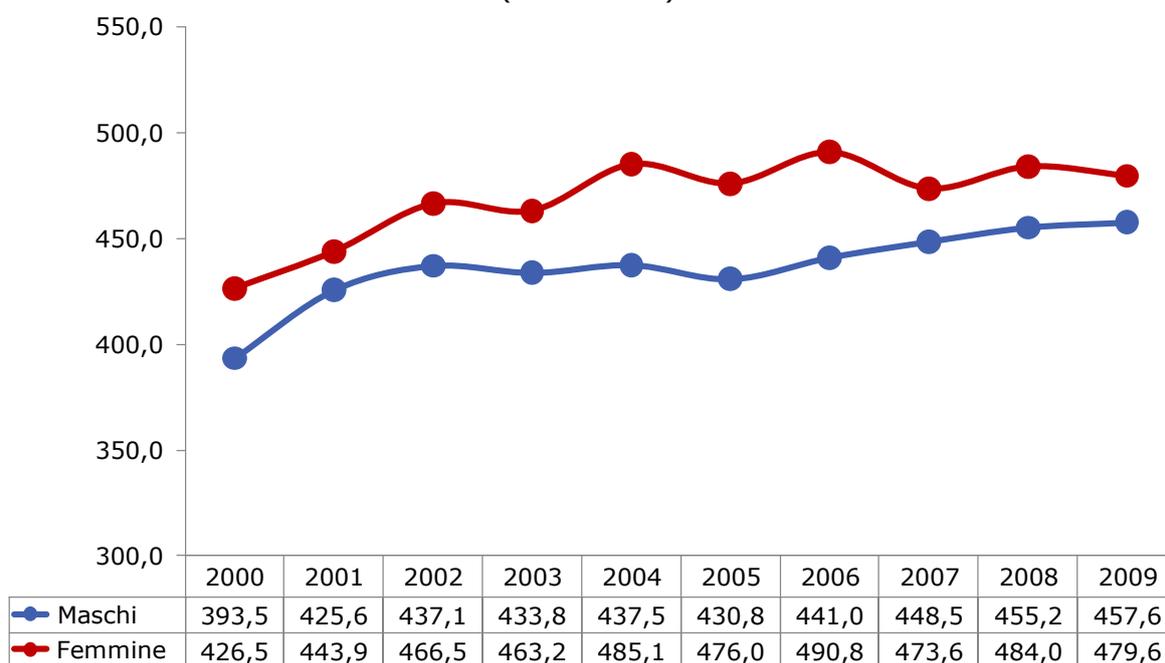
Lo scompenso cardiaco è una condizione morbosa estremamente diffusa nella popolazione del Veneto e costituisce la seconda causa di ricovero ospedaliero, dopo i ricoveri legati al parto. Ha pertanto un notevole impatto sullo stato di salute della popolazione e rappresenta un carico considerevole per il sistema sanitario. Nel corso del 2009 il numero di ricoveri ospedalieri con una diagnosi principale riconducibile allo scompenso cardiaco sono stati 22.906, di cui 10.950 nei maschi e 11.956 nelle femmine (53% dei ricoveri). L'andamento nel tempo mostra la tendenza ad un graduale ma importante aumento nel numero di ricoveri per scompenso cardiaco: nel 2009 si sono registrati circa 4.500 ricoveri in più rispetto al 2000, con una crescita del 24%.

Scompenso cardiaco: numero di ricoveri per sesso.
Residenti in Veneto. Anni 2000-2009
(Fonte: SER)



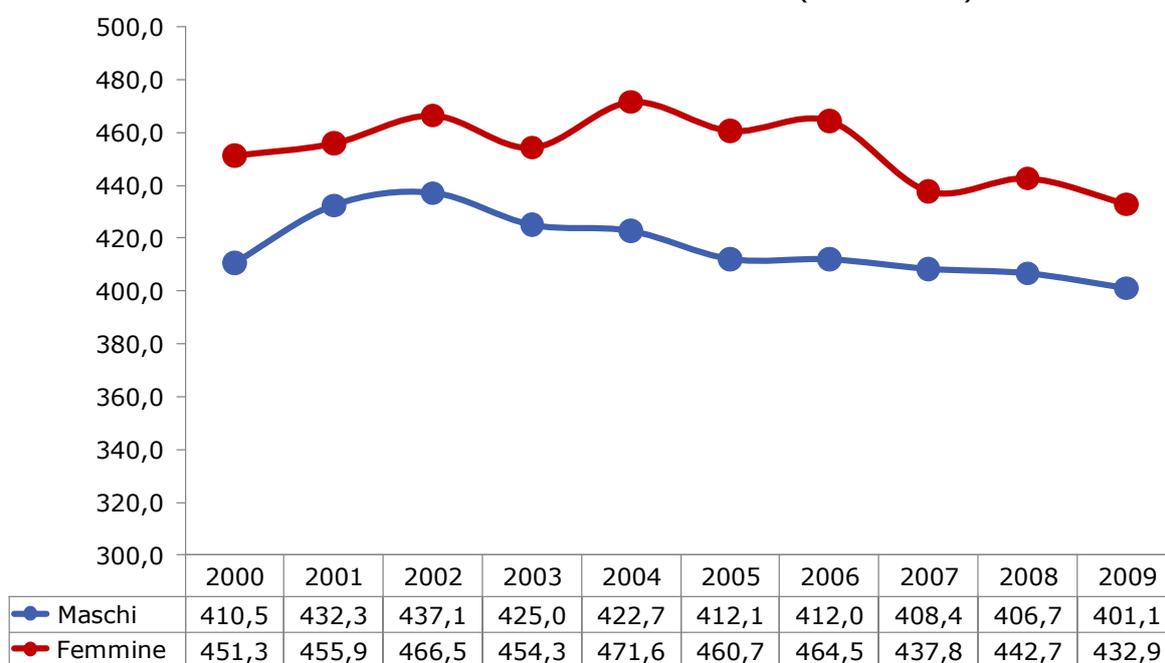
Il tasso grezzo di ospedalizzazione per scompenso cardiaco nel 2009 è stato pari a 4,7 per 1.000 residenti, molto simile nei due sessi (4,6 per 1.000 nei maschi e 4,8 per 1.000 nelle femmine). Dal 2000 al 2009 nei maschi vi è la tendenza ad un aumento graduale del tasso grezzo di ospedalizzazione, mentre nelle femmine il tasso grezzo assume un trend fluttuante. Il tasso standardizzato diretto mostra, nei due generi, una certa stazionarietà dal 2000 al 2009, tranne valori leggermente inferiori negli ultimi anni per quanto riguarda le femmine.

Scompenso cardiaco: tasso grezzo di ospedalizzazione per sesso (per 100.000 residenti). Residenti in Veneto. Anni 2000-2009 (Fonte: SER)



96

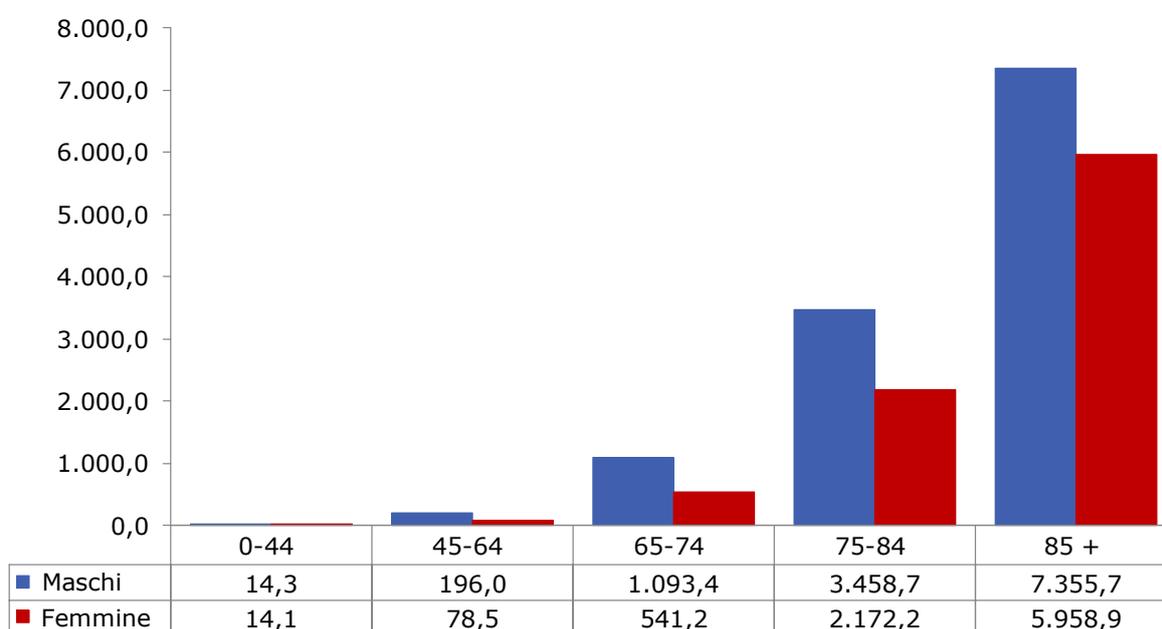
Scompenso cardiaco: tassi standardizzati diretti di ospedalizzazione (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2000-2009. Popolazioni standard: maschi e femmine Veneto 2002 (Fonte: SER)



L'andamento diversificato tra tassi osservati e tassi standardizzati indica come l'aumento del carico legato allo scompenso cardiaco sia un fenomeno principalmente determinato dall'invecchiamento della popolazione.

I tassi di ospedalizzazione per scompenso cardiaco aumentano infatti in modo importante con l'età della popolazione: nel 2009 si va dai 14 ricoveri per 100.000 abitanti nei soggetti fino ai 44 anni ai 6.335 per 100.000 abitanti nei soggetti di età superiore a 85 anni. Per ciascuna fascia di età, i tassi di ospedalizzazione nei maschi sono nettamente superiori rispetto alle femmine. Tra i 45 e i 74 anni nei maschi i tassi di ospedalizzazione sono circa il doppio rispetto alle femmine, nelle età successive le differenze relative si riducono.

Scompenso cardiaco: tassi di ospedalizzazione specifici per sesso e classe di età, tassi per 100.000 abitanti. Residenti in Veneto. Anno 2009 (fonte: SER)



| | Classi di età | | | | |
|--|---------------|-------|-------|---------|---------|
| | 0-44 | 45-64 | 65-74 | 75-84 | 85 + |
| Tassi di ospedalizzazione specifici sul totale popolazione | 14,2 | 137,1 | 799,0 | 2.669,9 | 6.335,1 |

I ricoveri per scompenso cardiaco riguardano quindi soprattutto la popolazione anziana. Nel 2009 infatti nel 73% dei ricoveri per scompenso cardiaco l'età del soggetto era superiore a 75 anni e nel 34% dei casi era superiore a 85 anni. La proporzione di soggetti molto anziani nelle femmine (età maggiore o uguale a 85 anni) si avvicina al 45%. L'età dei soggetti ricoverati per scompenso cardiaco sta progressivamente aumentando sia nei maschi che nelle femmine: dal 2000 al 2009 tra i ricoverati per scompenso cardiaco la

proporzione di soggetti con età superiore a 74 anni è aumentata di quasi 10 punti percentuali. Il ricovero per scompenso cardiaco è dunque un fenomeno che riguarda sempre più soggetti con età molto elevata.

| Scompenso cardiaco: proporzione (%) di soggetti ricoverati con età superiore a 74 e a 84 anni per sesso. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009. | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Sesso | Classe di età | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| Maschi | >74 anni | 51,5 | 54,8 | 56,0 | 56,6 | 58,8 | 60,1 | 61,2 | 62,5 | 63,2 | 63,3 |
| | >84 anni | 16,3 | 18,2 | 17,3 | 16,7 | 16,3 | 17,1 | 18,8 | 19,5 | 21,1 | 22,2 |
| Femmine | >74 anni | 74,8 | 76,8 | 77,8 | 79,4 | 79,9 | 81,0 | 81,6 | 81,5 | 82,7 | 82,1 |
| | >84 anni | 38,3 | 39,3 | 39,1 | 39,0 | 35,7 | 37,7 | 38,6 | 40,9 | 44,1 | 44,7 |
| Totale | >74 anni | 63,9 | 66,3 | 67,5 | 68,6 | 70,1 | 71,3 | 72,2 | 72,5 | 73,5 | 73,1 |
| | >84 anni | 28,1 | 29,3 | 28,8 | 28,0 | 26,7 | 28,1 | 29,4 | 30,7 | 33,2 | 33,9 |

Lo scompenso cardiaco è una condizione morbosa che porta frequentemente a ricoveri ripetuti nello stesso soggetto. La riospedalizzazione per scompenso è in una certa misura un fenomeno inevitabile. Tuttavia da molti si ritiene che questo fenomeno possa essere un indicatore della qualità dell'assistenza sanitaria, sia ospedaliera (dimissioni troppo precoci), sia territoriale (capacità di monitorare i pazienti e di prevenire nuove acutizzazioni che necessitano di ricovero). Possiamo osservare al proposito il rapporto tra il numero di ricoveri per scompenso e il numero di soggetti con almeno un ricovero per scompenso cardiaco, al fine di avere un quadro più preciso sul numero di soggetti affetti da scompenso cardiaco e di fornire informazioni iniziali su potenziali aspetti della cura suscettibili di approfondimento e di azioni di miglioramento. Nel 2009 i residenti in Veneto che hanno avuto almeno un ricovero per scompenso cardiaco sono stati più di 18.600. In media ciascun soggetto ha avuto 1,2 ricoveri nel corso dell'anno. Il numero

medio di ricoveri non mostra particolari differenze legate al sesso o all'età. Dal 2000 al 2009 il numero medio di ricoveri per paziente non si è modificato in modo sostanziale.

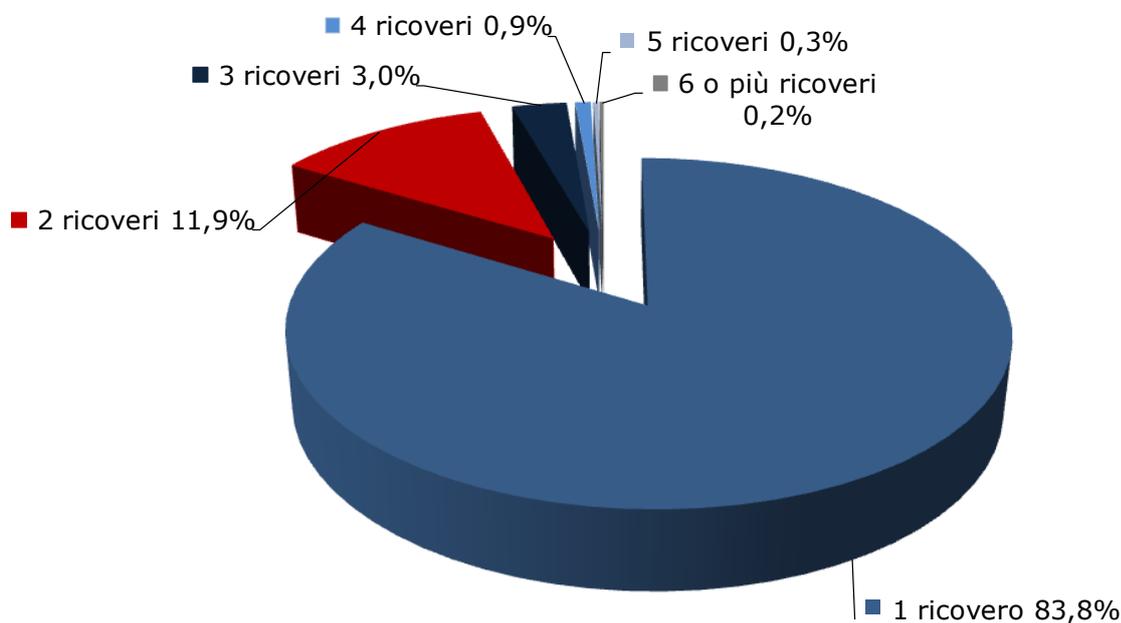
| Scopimento cardiaco: numero di pazienti con almeno un ricovero, numero di ricoveri e numero medio di ricoveri per paziente per sesso e classe di età. Residenti in Veneto. Anno 2009 (Fonte: SER) | | | | | | | | | |
|---|----------|----------|----------------------------|----------|----------|----------------------------|----------|----------|----------------------------|
| Classe di età | Maschi | | | Femmine | | | Totale | | |
| | Pazienti | Ricoveri | Ricoveri medi per paziente | Pazienti | Ricoveri | Ricoveri medi per paziente | Pazienti | Ricoveri | Ricoveri medi per paziente |
| 0-44 | 162 | 193 | 1,19 | 148 | 180 | 1,22 | 310 | 373 | 1,17 |
| 45-64 | 1.004 | 1.267 | 1,26 | 427 | 509 | 1,19 | 1.431 | 1.776 | 1,2 |
| 65-74 | 2.037 | 2.563 | 1,26 | 1.201 | 1.448 | 1,21 | 3.238 | 4.011 | 1,19 |
| 75-84 | 3.572 | 4.494 | 1,26 | 3.702 | 4.473 | 1,21 | 7.274 | 8.967 | 1,2 |
| 85 + | 2.021 | 2.432 | 1,2 | 4.378 | 5.344 | 1,22 | 6.399 | 7.776 | 1,19 |
| Totale | 8.796 | 10.949 | 1,24 | 9.856 | 11.954 | 1,21 | 18.652 | 22.903 | 1,2 |

99

La maggior parte dei soggetti nel corso dell'anno ha un unico ricovero per scopimento cardiaco. I soggetti che presentano un unico ricovero nel corso del 2009 sono circa l'84% del totale dei soggetti ricoverati per scopimento cardiaco. Quasi il 12% ha avuto due ricoveri, meno del 5% tre o più ricoveri. Dal 2000 al 2009 il numero di ricoveri per scopimento cardiaco è aumentato in modo uniforme con il numero di pazienti con almeno un ricovero per scopimento cardiaco.

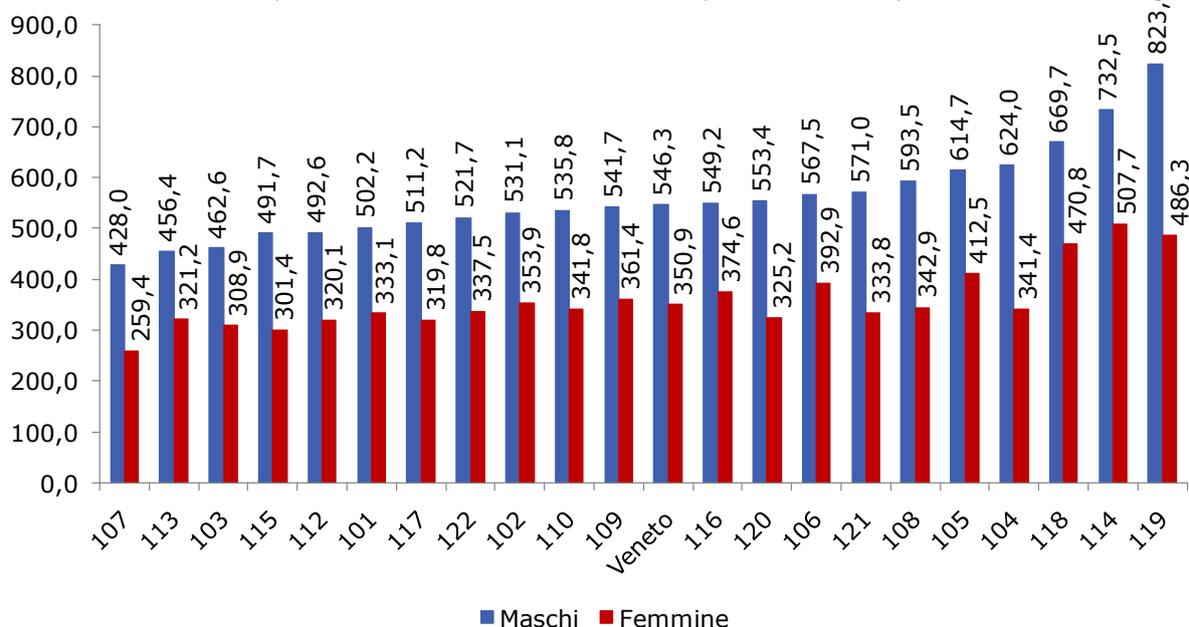
| Ospedalizzazione per scopimento Cardiaco: ricoveri e numero medio di ricoveri per soggetto. Residenti in Veneto. Anni 2000-2008 | | | | | | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Ricoveri e Soggetti | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| Ricoveri | 18.414 | 19.590 | 20.489 | 20.547 | 21.442 | 21.339 | 22.100 | 22.021 | 22.712 | 22.903 |
| Soggetti | 15.145 | 15.992 | 16.806 | 16.895 | 17.444 | 17.491 | 17.946 | 18.005 | 18.698 | 18.652 |
| Ricoveri/Soggetti | 1,22 | 1,22 | 1,22 | 1,22 | 1,23 | 1,22 | 1,23 | 1,22 | 1,21 | 1,20 |

Ospedalizzazione per scompenso cardiaco: percentuale di incidenza del numero dei ricoveri. Regione del Veneto. Anno 2009 (Fonte: SER)



100

Tasso standardizzato diretto di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per Azienda ULSS di residenza e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto. Periodo 2008-2009. Standardizzazione diretta per età. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2002 (Fonte: S



Vi è da dire che da un punto di vista epidemiologico l'osservazione ha avuto inizio diversi anni fa. Infatti, la Regione del Veneto ha avviato sin dal 2004 un progetto di ricerca epidemiologica con l'obiettivo di ottenere informazioni su scala regionale riguardo alla

diffusione della malattia, alle sue principali caratteristiche cliniche, ai profili di cura e agli esiti in salute. Rispetto a queste analisi, l'ospedalizzazione per scompenso cardiaco mostra una variabilità piuttosto spiccata tra le Aziende ULSS della Regione, anche tenendo conto delle diverse caratteristiche demografiche della popolazione. Sia nei maschi che nelle femmine, i valori più bassi si registrano tra i residenti nell'Azienda ULSS 7 mentre i livelli più elevati (circa il doppio di quelli più bassi) si riscontrano tra i residenti dell'Azienda ULSS 19. Valori inferiori rispetto al dato medio regionale sono presenti tra i maschi delle Aziende ULSS 1, 3, 7, 12, 13, 15 e 17 e nelle femmine delle Aziende ULSS 3, 7, 12, 13, 15, 17 e 20. Livelli più elevati rispetto alla media regionale sono invece evidenziati nei maschi delle Aziende ULSS 4, 5, 8, 14, 18 e 19 e nelle femmine delle Aziende ULSS 5, 6, 14, 16, 18 e 19.

Stime di incidenza

Dai dati dei ricoveri per scompenso cardiaco si sono individuati i casi incidenti di scompenso cardiaco, definiti come i soggetti con un ricovero per scompenso cardiaco senza ricoveri per la stessa causa negli anni precedenti. Per un tale approccio è necessario identificare i vari ricoveri dello stesso soggetto negli anni. L'analisi dei nuovi casi è stata limitata al periodo 2007-2009. Nel periodo considerato, i casi incidenti di scompenso cardiaco sono stati quasi 43.000, per un tasso di incidenza pari a circa 3 nuovi casi per 1.000 anni-persona. Il numero assoluto di casi incidenti mostra una tendenza all'aumento.

| Scompenso cardiaco: numero di nuovi casi e tassi di incidenza osservati e standardizzati diretti (per 100.000) per sesso e anno. Residenti in Veneto. Anni 2007-2009. Popolazione standard: popolazione maschile e femminile residente in Veneto nel 2002 (Fonte: SER) | | | | | | | | | |
|--|--------|-----------------|----------------------|---------|-----------------|----------------------|--------|-----------------|----------------------|
| Anno | Maschi | | | Femmine | | | Totale | | |
| | Numero | Tasso osservato | Tasso standardizzato | Numero | Tasso osservato | Tasso standardizzato | Numero | Tasso osservato | Tasso standardizzato |
| 2007 | 6.430 | 275 | 250,9 | 7.395 | 303,6 | 280,3 | 13.825 | 289,6 | 267,5 |
| 2008 | 6.702 | 283,1 | 253,4 | 7.871 | 319,3 | 292,7 | 14.573 | 301,6 | 275,4 |
| 2009 | 6.758 | 282,4 | 248 | 7.717 | 309,6 | 280,4 | 14.475 | 296,3 | 266,6 |

L'aumento del numero di casi incidenti dal 2007 al 2009 (+5%) è legato soprattutto alle modifiche demografiche della popolazione, ovvero al suo aumento in termini numerici e all'incremento della proporzione di popolazione anziana: il tasso osservato di incidenza

infatti aumenta in modo inferiore rispetto al numero di casi (+2%), il tasso standardizzato è sostanzialmente stabile. Considerando le singole classi di età, l'incidenza dei nuovi casi di scompenso nel triennio non presenta variazioni maggiori, ad eccezione di un marcato aumento tra i soggetti più anziani (85 anni ed oltre). Ciò conferma oltremodo quanto detto in precedenza. In conclusione, lo scompenso cardiaco costituisce una importante causa di morbosità tra i residenti nel Veneto e richiede un notevole carico assistenziale. Le principali dinamiche demografiche ed epidemiologiche fanno prevedere un incremento del carico per questa problematica.

Fonti

ISTAT

Istituto Nazionale di Statistica - Ufficio regionale per il Veneto

Corso del Popolo, 23 - 30172 Venezia-Mestre

Telefono: 041 5070811

Fax: 041 5070835

e-mail: urve@istat.it

Sito Internet: <http://demo.istat.it/>

Direzione Sistema Statistico Regionale della Regione del Veneto

affidente alla Segreteria Generale Programmazione

Rio dei Tre Ponti Dorsoduro, 3494 - 30123 Venezia

Telefono: 041 2792109

Fax. 041 2792099

e-mail: statistica@regione.veneto.it

Sito Internet: <http://statistica.regione.veneto.it/>

Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale

(nelle pagine che precedono indicato con l'acronimo SER)

Passaggio Gaudenzio, 1

35131 Padova (PD)

Telefono: 049 8778252

e-mail: ser@ulssasolo.ven.it

Sito Internet: <http://www.ser-veneto.it/>

Veneto Lavoro

Ente strumentale della Regione Veneto per le politiche dell'occupazione

Via Ca' Marcello, 67/b - 30172 Venezia Mestre

Telefono: 041 2919311

Fax: 041 2919312

e-mail: mail.lavoro@venetolavoro.it

Sito Internet: <http://www.venetolavoro.it/>

Veneto Immigrazione

Banca dati promossa dalla Regione del Veneto e realizzata da Italia Lavoro (Unità Territoriale Veneto).

Centro "La Vela" Via Ancona n.22-24 – 30172 Venezia Mestre

Telefono: 041 5455810

Fax: 041 2580128

e-mail: veneto@italialavoro.it

Sito Internet: <http://www.venetoimmigrazione.it/>