

parte prima

IL CONTESTO REGIONALE

Fenomeni di maggior rilevanza / interesse

DINAMICA
DEMOGRAFICA

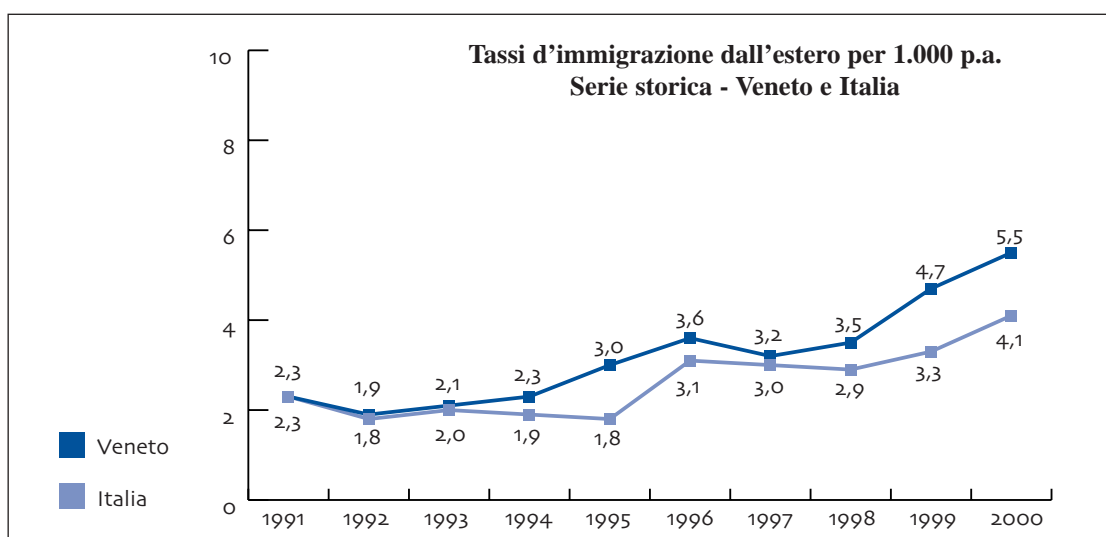
Quadro regionale

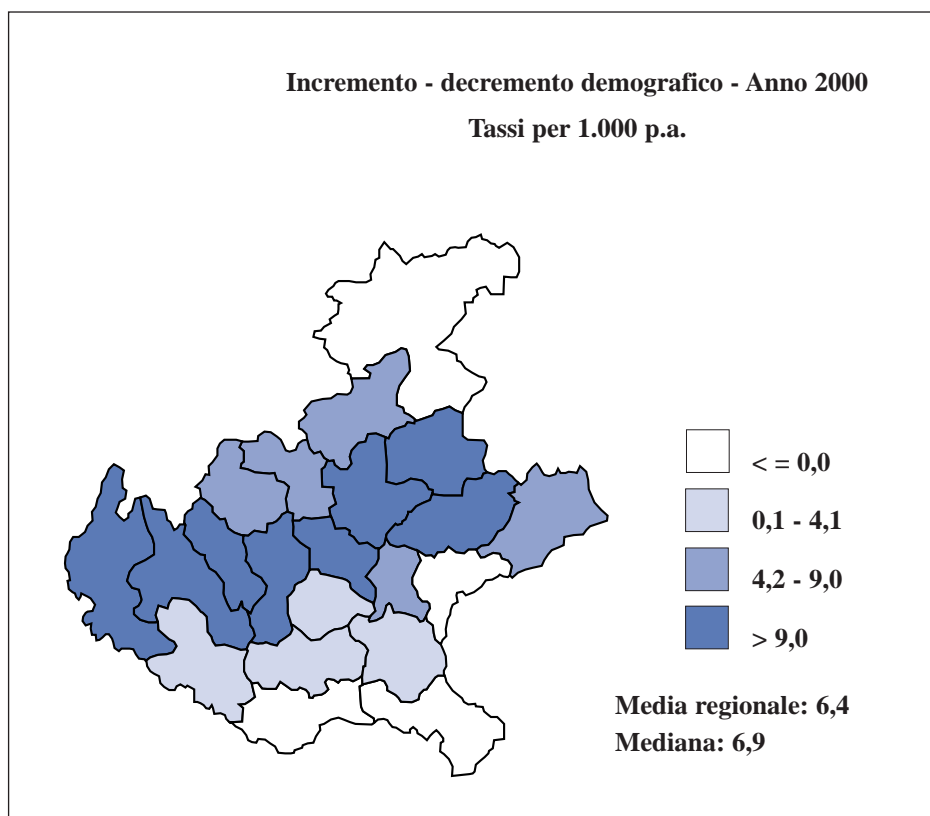
Popolazione residente

ANNI	N. Residenti al 31 - 12	Variazione annua		Movimento demografico - Tassi per 1.000 p.a.					
		V.A.	%	Nati vivi	Morti	Saldo naturale	Immigrati	Emigrati	Saldo sociale
Veneto 1995	4.433.060	10.770	0,2	8,6	9,4	-0,8	24,5	21,3	3,2
1996	4.452.793	19.733	0,4	8,9	9,4	-0,4	25,5	20,6	4,9
1997	4.469.156	16.363	0,4	9,2	9,5	-0,4	25,6	21,6	4,0
1998	4.487.560	18.404	0,4	9,3	9,6	-0,4	27,6	23,1	4,5
1999	4.511.714	24.154	0,5	9,3	9,6	-0,3	30,3	24,7	5,7
2000	4.540.853	29.139	0,6	9,6	9,3	0,3	31,7	25,5	6,2
Italia 2000	57.844.017	164.122	0,3	9,4	9,7	-0,3	27,2	24,1	3,1

La popolazione del Veneto si presenta all'inizio del 2001 con le seguenti principali caratteristiche:

- un continuo e costante aumento della popolazione residente, con un tasso di crescita quasi triplo rispetto a quello medio nazionale;
- un saldo naturale nuovamente positivo;
- un saldo sociale fortemente positivo e ancora in crescita (con valori doppi rispetto a quelli medi nazionali);
- lieve recupero della natalità, collegato alla ripresa di fecondità da parte delle donne che l'avevano posticipata e alla scelta di residenzialità e di integrazione della popolazione immigrata;
- lieve diminuzione della mortalità, in conseguenza della maggior sopravvivenza alle età anziane;
- immigrazione straniera ancora consistente e superiore alla media nazionale (le iscrizioni anagrafiche dall'estero nel 2000, rappresentano il 17,4% delle nuove iscrizioni totali).





La mappa regionale della dinamica demografica evidenzia:

- un aumento della popolazione ormai diffuso su tutto il territorio e derivante da un saldo sociale positivo in tutte le Aziende ULSS ad eccezione dell'Azienda ULSS 12 Veneziana (-2,3 per 1.000 residenti),
- le zone caratterizzate da un persistente calo demografico (saldo naturale negativo non compensato da un saldo sociale positivo), sintomo della presenza di probabili disagi di tipo socio-economico e/o ambientale, rimangono, oltre all'ULSS 12 Veneziana, l'ULSS 1 Belluno e le ULSS della provincia di Rovigo (18 e 19)
- le zone a forte incremento demografico (con un tasso d'incremento superiore al 11 per 1.000 residenti), che potrebbe prefigurare problematiche legate all'integrazione degli immigrati, soprattutto stranieri, ma anche ad uno sviluppo economico "fuori controllo", rimangono quelle della fascia centrale del Veneto (ULSS 8, 9, 15, 22).

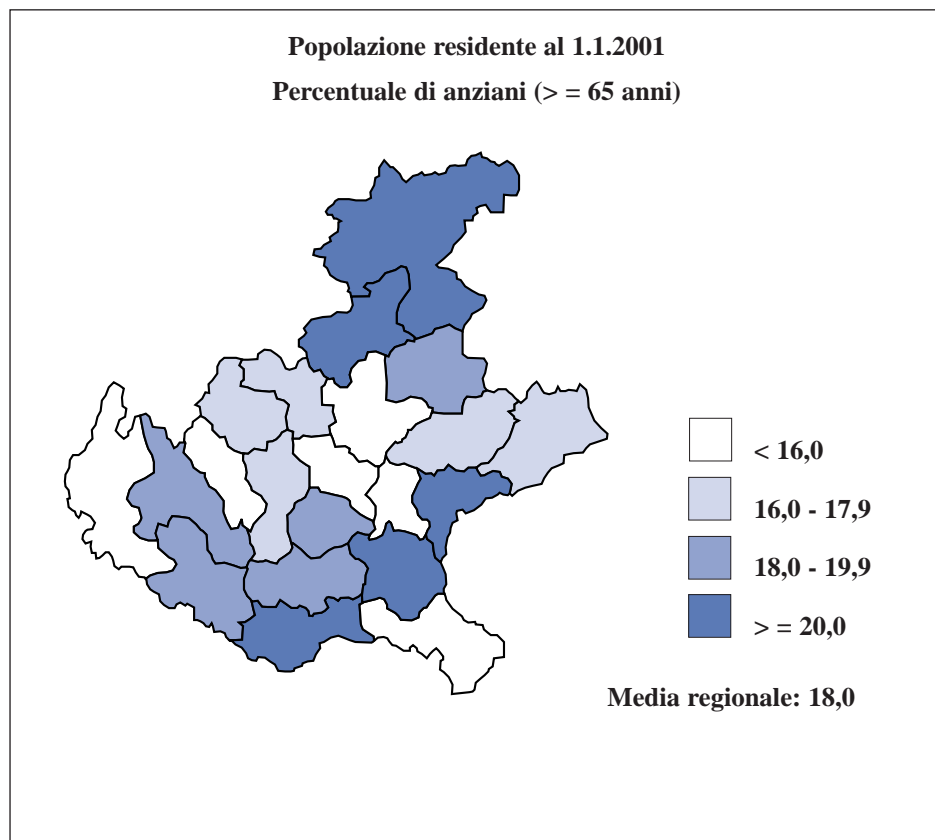
Popolazione residente - Struttura per sesso ed età

	Veneto				Italia	
	Censimento 1991		Al 1.1.2001		Al 1.1.2001	
	%	F/M	%	F/M	%	F/M
Popolazione (M+F) 0-14	14,2	95,4	13,4	94,5	14,4	94,4
Popolazione (M+F) 65 e +	15,3	159,1	18,0	153,0	18,2	144,7
Popolazione (M+F) 75 e +	6,7	197,8	8,1	197,9	8,0	179,8
Indice di femminilità	106,0		105,0		105,9	
Indice di vecchiaia	107,4		134,6		127,0	
Indice di dipendenza	41,8		45,6		48,4	
Ind. dipendenza anziani	21,7		26,2		27,1	

Per quanto riguarda le principali caratteristiche relative al sesso e alla distribuzione per età, si evidenzia:

- la percentuale di popolazione infantile, pur in lievissima ripresa, rimane a livelli inferiori alla media nazionale;
- la popolazione anziana (ultrassantacinquenne e ultrasettantacinquenne) presenta valori percentuali simili all'intera popolazione italiana, tuttavia, in conseguenza del calo della natalità, l'indice di vecchiaia risulta superiore a quello nazionale e, nel decennio 1991-2001, è aumentato del 25,3%;

- l'indice di femminilità, grazie ad una maggior sopravvivenza del sesso maschile, soprattutto nella classe d'età 65 - 75 anni, sta diminuendo;
- l'indice di dipendenza strutturale sia totale che per la sola popolazione anziana, rimane più favorevole in Veneto rispetto ai valori calcolati per l'intero territorio nazionale;

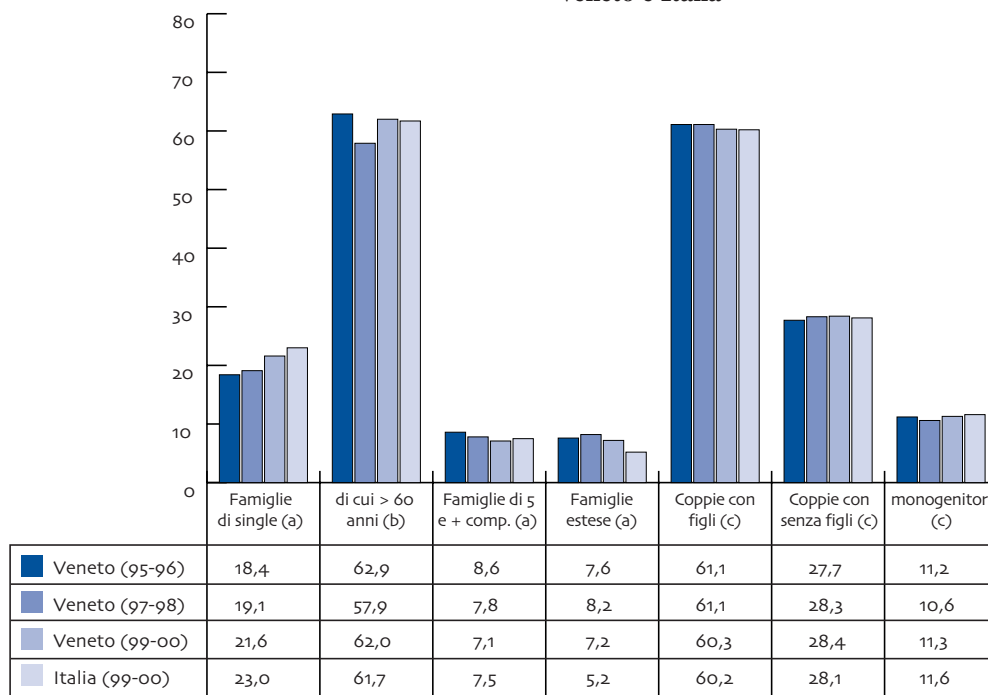


- nelle ULSS 1, 2, 12, 18 e 19 gli anziani rappresentano più di un quinto della popolazione e l'età media della popolazione risulta superiore ai 43 anni;
- le ULSS con popolazione più giovane appartengono alla fascia centrale della regione; in particolare nelle ULSS 5, 8, 15 e 22, il peso degli anziani si attesta attorno al 15% e l'età media risulta inferiore ai 40 anni.

Famiglie residenti

ANNI	Numero	Variazione annua		N. medio componenti
		V.A.	%	
Censimento 1991	1.500.572			2,9
Veneto 1995	1.600.478	19.981	0,3	2,8
1996	1.621.549	21.071	1,3	2,7
1997	1.644.446	22.897	1,4	2,7
1998	1.666.917	22.471	1,4	2,7
1999	1.691.309	24.392	1,5	2,7
2000	1.719.801	28.492	1,7	2,6
Censimento 2001	1.699.235			2,6
Censimento 1991	19.909.000			2,8
Italia 1995	21.294.446	277.089	0,3	2,7
1996	21.450.646	156.200	0,7	2,7
1997	21.642.350	191.704	0,9	2,7
1998	21.814.598	172.248	0,8	2,6
1999	22.004.024	189.426	0,9	2,6
2000	22.226.115	222.091	1,0	2,6
Censimento 2001	21.503.088			2,6

Famiglie: composizione e caratteristiche Veneto e Italia



Note: (a) per 100 famiglie

(b) per 100 single

(c) per 100 nuclei familiari

Per famiglie estese si intendono famiglie composte da due o più nuclei o da un nucleo familiare con altre persone aggregate

Fonte: ISTAT " Famiglie, abitazioni e sicurezza dei cittadini" (Tav. 1.1)

- Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2000

Il dato anagrafico riporta per il Veneto un ammontare complessivo di famiglie ancora in crescita. Informazioni sulla tipologia e sulla composizione delle famiglie si hanno solo in occasione del Censimento generale sulla popolazione o attraverso indagini campionarie. Il dato provvisorio dell'ultimo Censimento, eseguito a fine ottobre 2001, riporta un valore generale inferiore a quello anagrafico, perciò probabilmente ancora parziale o in corso di validazione. Alcuni elementi per valutare la composizione delle famiglie venete e la loro evoluzione si possono trarre dall'Indagine Multiscopo sulle Famiglie sugli "Aspetti di vita quotidiana", effettuata dall'ISTAT ormai con cadenza biennale. Dal confronto con le indagini precedenti si evidenzia, in particolare:

- il numero medio di componenti è ormai assestato su 2,6 persone, in linea con il valore medio nazionale;
- il Veneto si caratterizza ancora, rispetto alla media nazionale, per una percentuale più alta di famiglie estese, cioè composte da due o più nuclei o da un nucleo familiare con altre persone aggregate;
- continuano a diminuire i nuclei familiari (costituiti da coppie con o senza figli e situazioni di monogenitorialità), mentre aumentano le famiglie composte da una sola persona, delle quali oltre il 62% composto da ultrasessantenni.

Distribuzione della popolazione sul territorio - Quadro sintetico al 1.1.2001

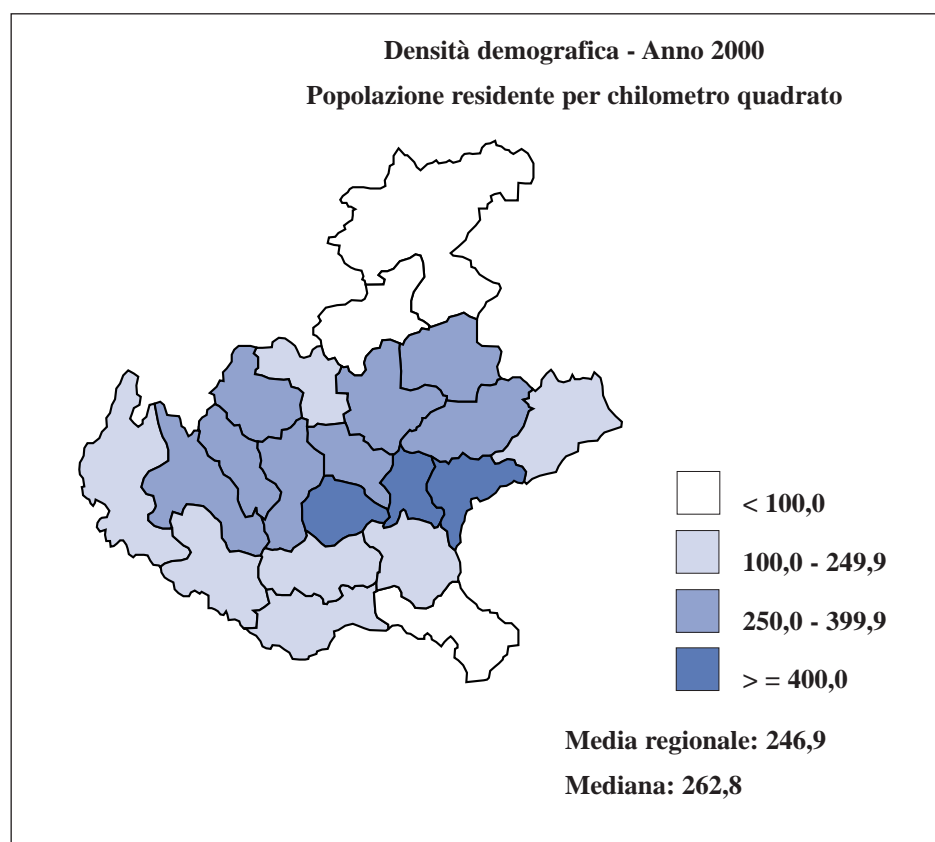
	Veneto		Italia	Differenza %		
	Censimento 1991	al 1.1.2001	al 1.1.2001	Veneto 2001/91	Veneto/Italia	
Superficie territoriale Km ² .	n.	18.364,6	18.390,7	301.333,3	0,14	6,10
Abitanti per Km ² . (densità)	n.	238,6	246,9	192,0	3,50	128,62
Comuni	n.	582	581	8.100	-0,17	7,17
Residenti medi per comune	n.	7.527	7.816	7.141	3,84	-8,63
Residenti in zone di montagna	%		7,6			
Residenti in zone collinari	%		16,3			
Residenti in zone di pianura	%		76,1			

Nel complesso il Veneto si caratterizza per:

- densità demografica medio-alta, superiore del 28% a quella media nazionale;
- oltre il 50% delle Aziende ULSS hanno una popolazione media per comune inferiore agli 8.000 abitanti e distribuita sul territorio perlopiù in Comuni di dimensioni medio-piccole (sotto i 10.000 abitanti) e in zone di pianura.

Da questo profilo medio si discostano in modo significativo solo poche situazioni:

- ULSS 1 e 2 e 19 con densità demografica molto bassa (inferiore a 100 abitanti per Km²) e popolazione prevalentemente sparsa in comuni di dimensioni estremamente ridotte e in zone montuose;
- ULSS 12 e 16 con densità demografica elevata, rispettivamente con valori tripli e quasi sei volte superiori alla media regionale, e popolazione prevalentemente concentrata in comuni di grandi dimensioni;
- ULSS 6, 9, 13, 15 e 20 con alta densità demografica, ma con situazioni miste di popolazione concentrata in grossi centri urbani e distribuita in piccoli comuni limitrofi.



Elementi di riflessione per il governo regionale

L'aumento della popolazione anziana, soprattutto femminile e il continuo aumento di iscrizioni anagrafiche dall'estero, chiedono di monitorare e valutare l'impatto di queste due caratteristiche sia nella salute della popolazione residente nel Veneto sia nella programmazione degli interventi sanitari. Il lieve recupero di natalità chiede, invece, di mantenere gli elevati livelli di qualità dei servizi materno-infantili, in particolare quelli collegati allo screening della gravidanza, alla preparazione al parto e alla prevenzione delle patologie materne e neonatali.

fonti

- ISTAT "Annuario Statistico Italiano - Anno 2001"
- ISTAT "Popolazione e movimento anagrafico dei comuni - Anno 2000"
- ISTAT "Famiglie, abitazioni e sicurezza dei cittadini" - Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana - Anno 2000"
- ISTAT Banca Dati Statistica
- Regione Veneto - Unità di Progetto Statistica

tavole in allegato

- TAVOLA 1.1.1, TAVOLA 1.1.2, TAVOLA 1.1.3, TAVOLA 1.1.4

Fenomeni di maggior rilevanza / interesse

Per l'analisi che segue sono state utilizzate diverse fonti informative:

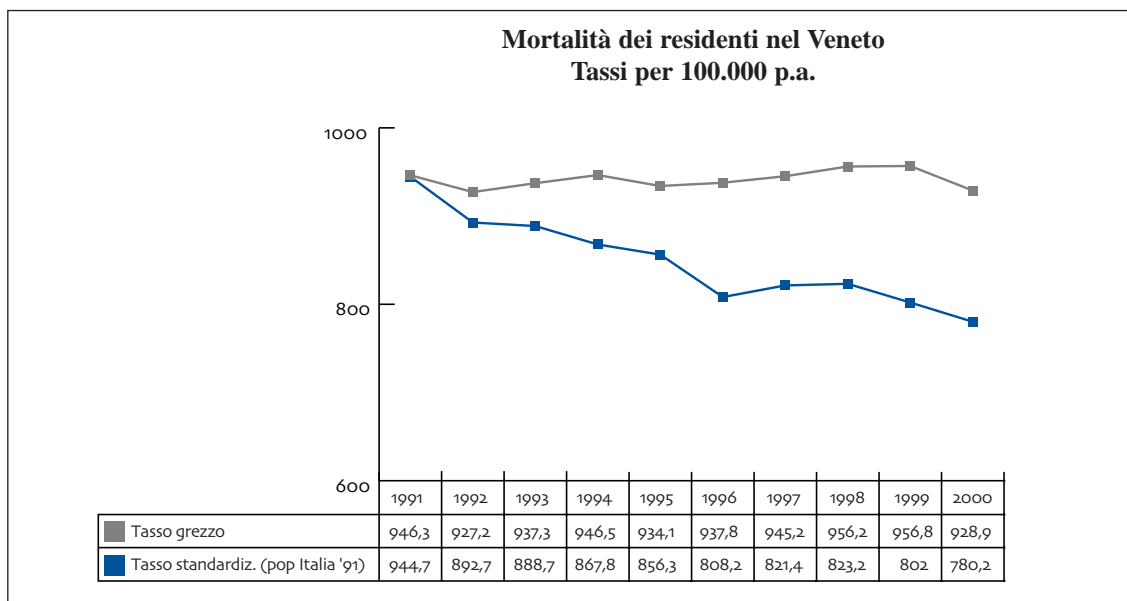
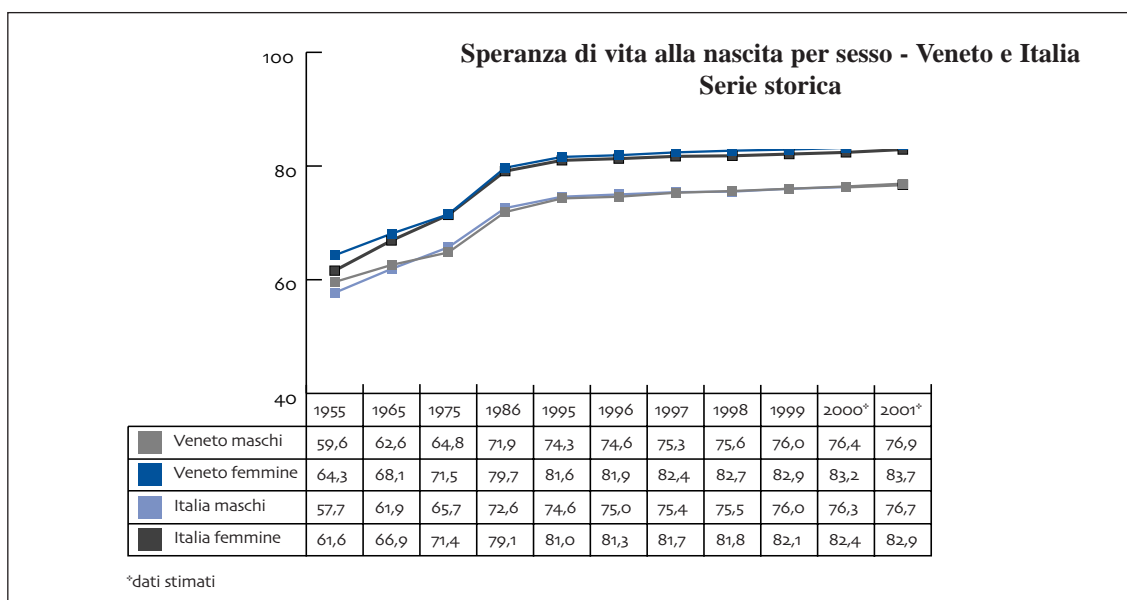
- l'analisi predisposta dal Centro di Riferimento del Sistema Epidemiologico Regionale sulla base di dati di fonte ISTAT e dei registri delle cause di morte delle Aziende ULSS del Veneto, che prende in esame il trend storico della mortalità dal 1955 al 1996 e gli archivi SDO (Schede di dimissioni ospedaliere) dei dimessi dagli ospedali del Veneto dal 1978 al 1998;
- l'analisi predisposta dal Registro Tumori del Veneto sulla base dei dati di incidenza, prevalenza e mortalità che prende in esame gli anni dal 1987 al 1996;
- le analisi predisposte dall'Osservatorio Epidemiologico Occupazionale del Veneto per quanto riguarda i dati relativi agli infortuni sul lavoro e le malattie occupazionali fino al 2001;
- le ultime pubblicazioni ISTAT che hanno consentito l'aggiornamento dei dati di mortalità fino al 1998 per quanto riguarda la popolazione residente e l'aggiornamento del numero dei decessi in Veneto fino al 2000, con stime della distribuzione per età e causa fino al 2001.

Per l'analisi di trend generale e il confronto con i dati italiani si sono utilizzati tassi standardizzati con il metodo diretto considerando come popolazione tipo quella italiana per età, rilevata al Censimento 1991.

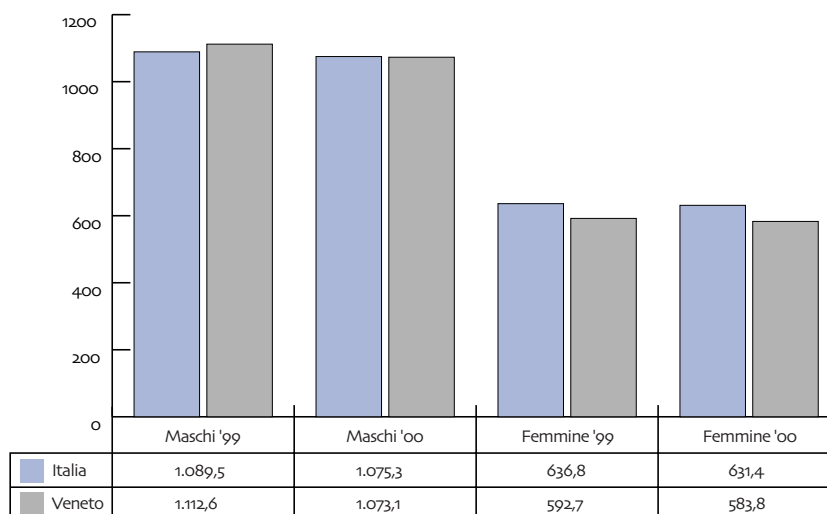
Per i confronti e l'analisi dei trend per patologia e sesso si sono utilizzati i tassi standardizzati con il metodo diretto considerando invece la popolazione standard europea.

PREMESSA
METODOLOGICA

SPERANZA DI VITA
E MORTALITÀ
GENERALE

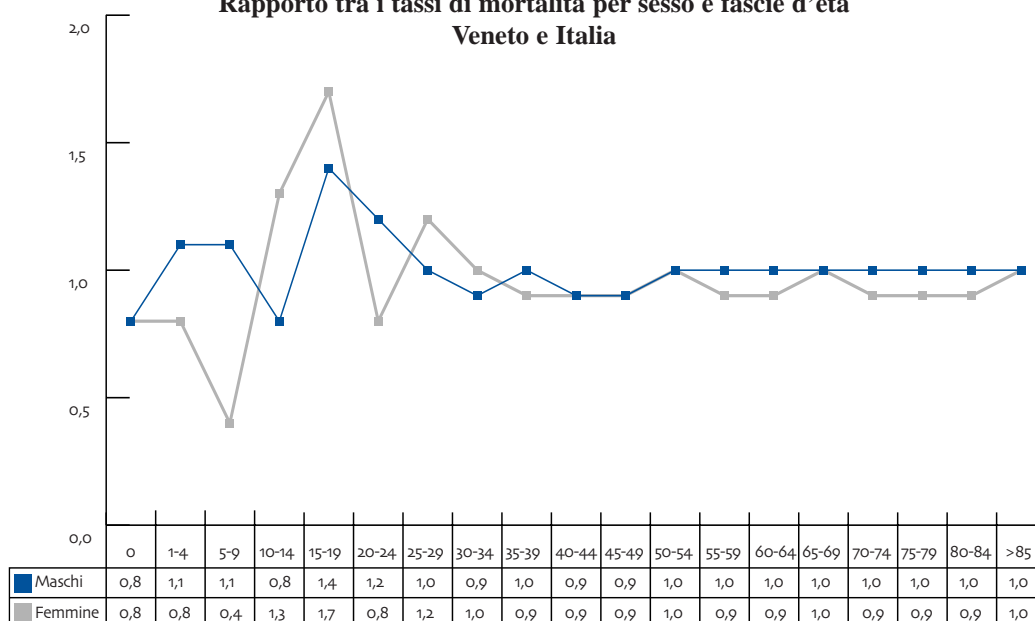


Tassi standardizzati (pop. Italia 1991) di mortalità per 100.000 p.a. (*) Anni 1999 e 2000



(*) Dati stimati

Rapporto tra i tassi di mortalità per sesso e fasce d'età Veneto e Italia

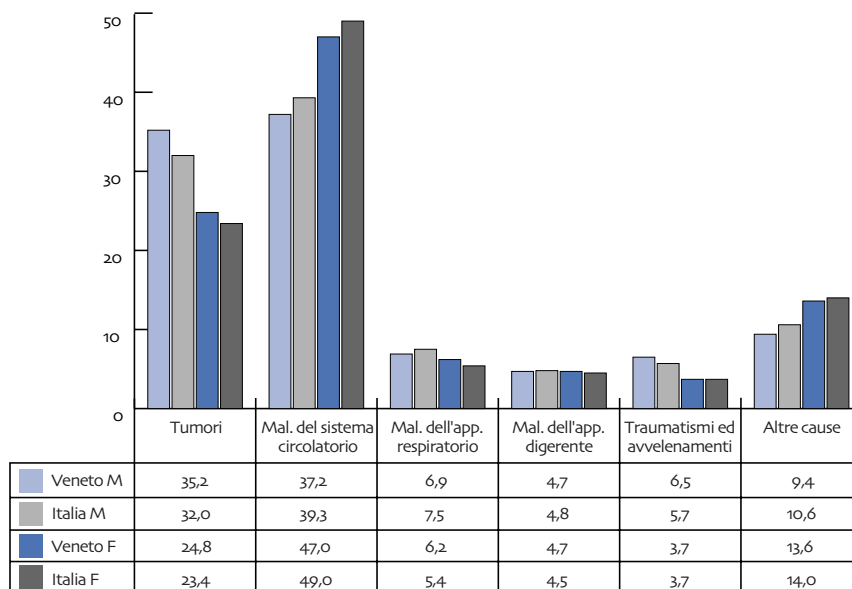


La popolazione del Veneto continua a godere di buone condizioni di salute, migliori che in passato. I progressi sono stati ottenuti in tutte le classi d'età anche se hanno riguardato prevalentemente l'età infantile e le donne in età fertile. Tra il 1955 e il 2000, la speranza di vita alla nascita si è allungata di 17 anni per gli uomini e di 20 anni per le donne: risultando leggermente più alta di quella nazionale.

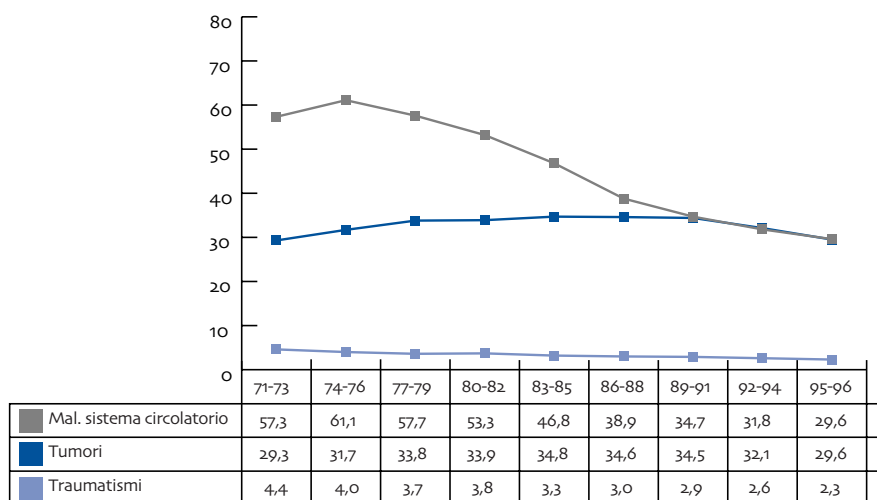
L'aumento della speranza di vita riflette una riduzione della mortalità anche delle età più avanzate: la speranza di vita oltre i sessant'anni solo nell'ultimo decennio è aumentata per ciascuno dei due sessi di oltre due anni.

Ogni anno muoiono in Veneto circa 40.000 residenti, con un tasso di mortalità in continua diminuzione che si attesta sui 930 decessi ogni 10.000 residenti. Il tasso di mortalità generale, standardizzato per età, rivela che la mortalità nel Veneto è diminuita sostanzialmente passando da 141,2 a 107,31 per 10.000 residenti maschi e da 106,5 a 58,4 per le donne. I livelli di mortalità dei maschi risultano ancora molto più elevati di quelli femminili in tutte le classi d'età, ma il Veneto si caratterizza, rispetto alla media nazionale, per una maggior mortalità sia maschile che femminile nelle età dell'adolescenza e giovane.

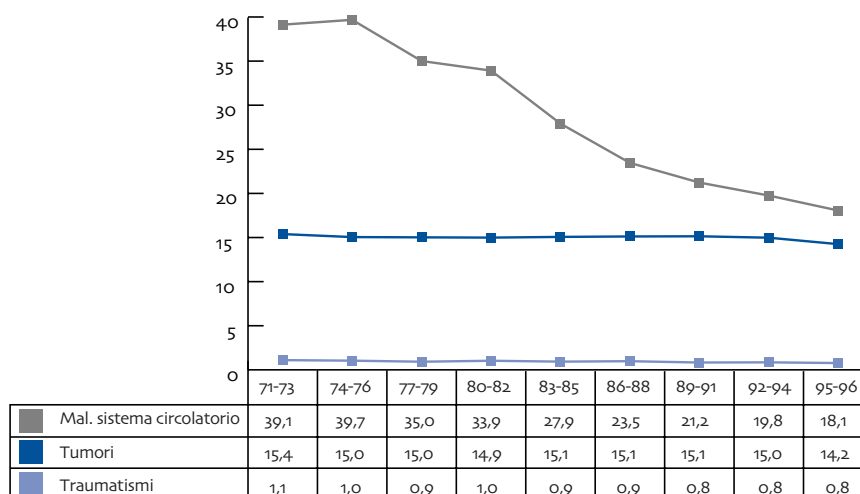
Decessi di residenti per alcuni settori nosologici - Veneto e Italia Distribuzione % Anno 1998



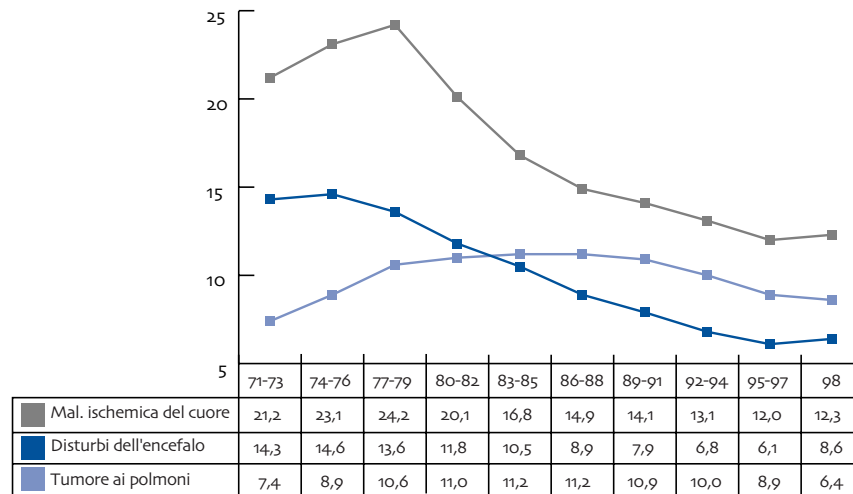
Mortalità per alcuni gruppi nosologici - Veneto - Anni 1971-1996 Tassi standardizzati (pop. St. europea) per 10.000 p.a. - Maschi



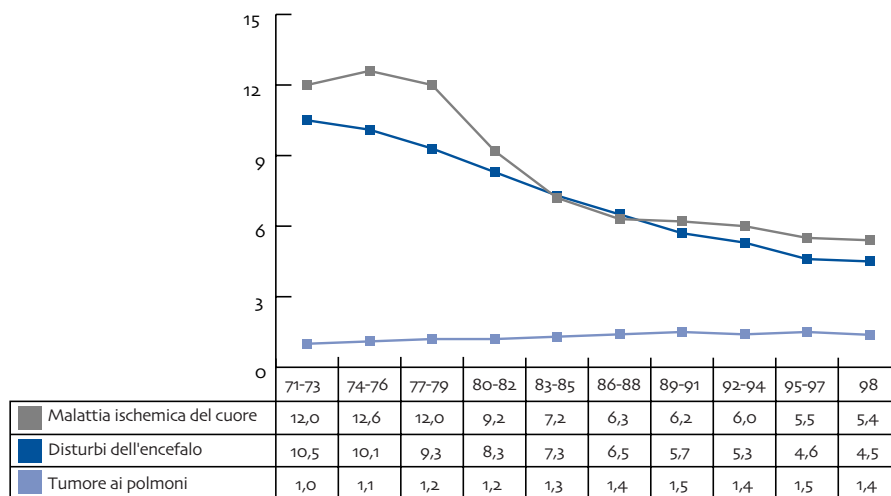
Mortalità per alcuni gruppi nosologici - Veneto - Anni 1971-1996 Tassi standardizzati (pop. St. europea) per 10.000 p.a. - Femmine



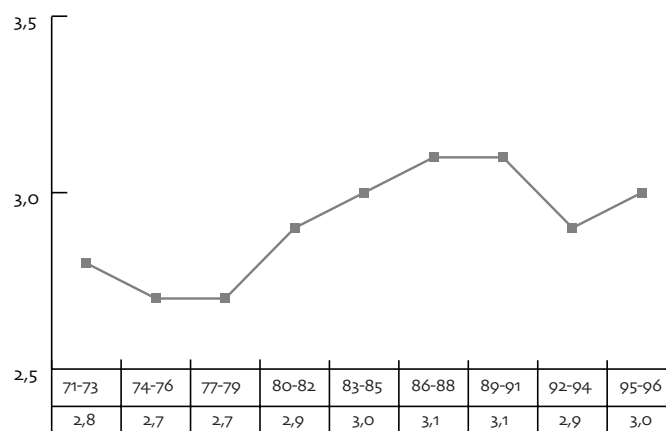
Mortalità per alcune patologie prioritarie - Veneto - Anni 1971-1998
Tassi standardizzati (pop. St. europea) per 10.000 p.a. - Maschi



Mortalità per alcune patologie prioritarie - Veneto - Anni 1971-1998
Tassi standardizzati (pop. St. europea) per 10.000 p.a. - Femmine

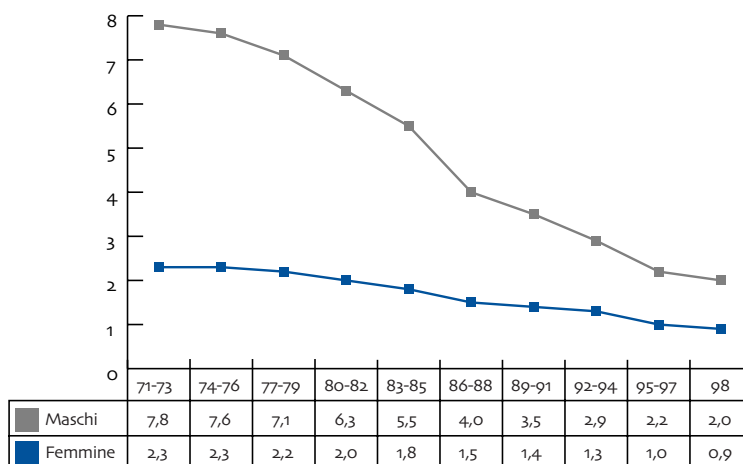


Mortalità per tumore alla mammella della donna - Veneto
Tassi standardizzati (pop. St. europea) per 10.000 p.a. - Anni 1971-1996



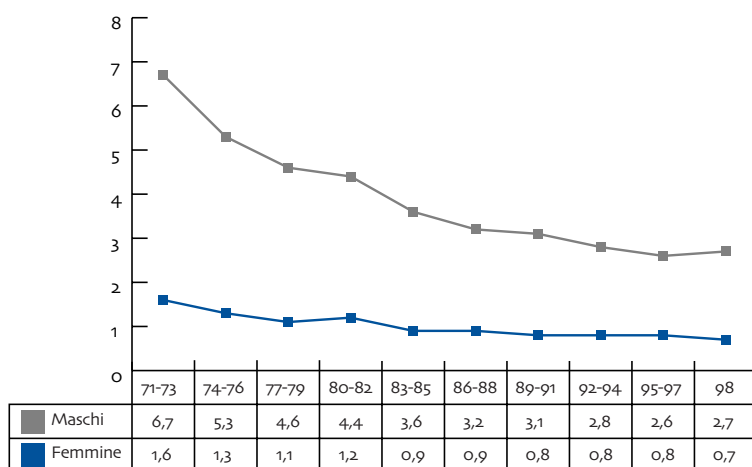
**Mortalità per cirrosi epatica ed altre malattie croniche del fegato
Veneto - Anni 1971-1998**

Tassi standardizzati (pop. St. europea) per 10.000 p.a.



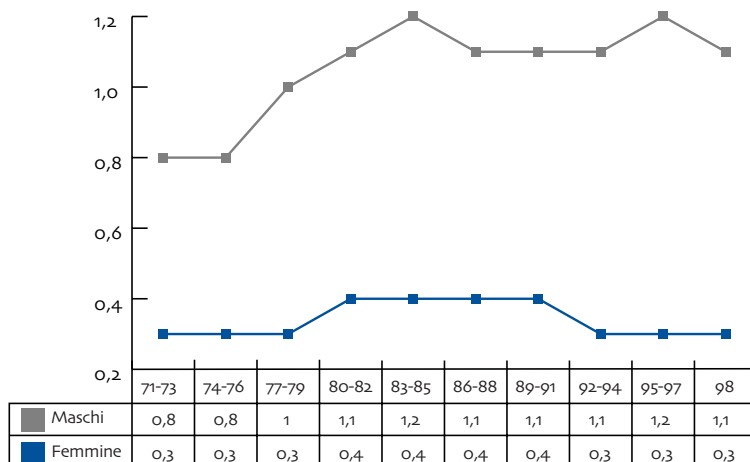
Mortalità per traumi stradali - Veneto - Anni 1971-1998

Tassi standardizzati (pop. St. europea) per 10.000 p.a.

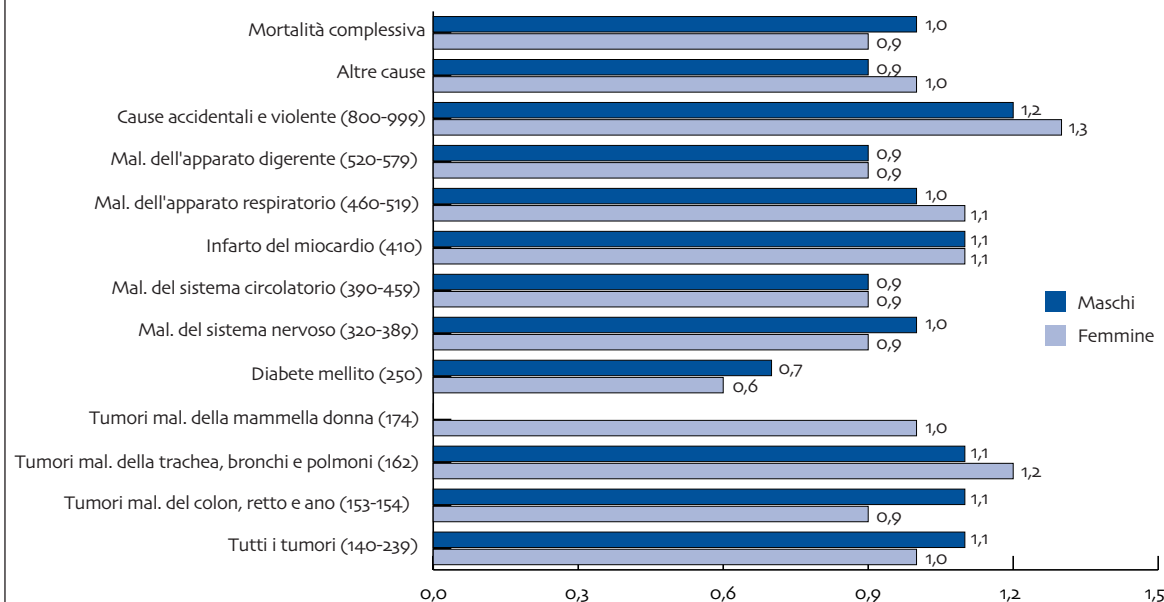


Mortalità per suicidio - Veneto - Anni 1971-1998

Tassi standardizzati (pop. St. europea) per 10.000 p.a.



Decessi per alcuni gruppi nosologici e sesso - Stime di rischio relativo - Anno 2000
Rapporto tra tassi standardizzati (pop. Italia 1991) per 100.000 p.a. Veneto/Italia



L'evoluzione del quadro epidemiologico veneto, durante il XX secolo, ha comportato una drastica riduzione delle malattie infettive e la diffusione delle patologie non-trasmissibili, in particolare delle patologie neoplastiche e cardiovascolari, che da sole coprono oltre il 70% delle cause di morte dei residenti nel Veneto. Nonostante l'epidemia di AIDS iniziata a metà anni '80, i decessi per malattie infettive sono stati ridotti da quasi 12.000 all'inizio degli anni '30 a poco meno di 300 alla fine degli anni '90. La mortalità ed anche la morbosità per malattie infettive immunizzabili dell'infanzia ha raggiunto frequenze molto basse in conseguenza degli elevati tassi di copertura vaccinale degli interventi di profilassi introdotti negli ultimi 50 anni in Italia e nel Veneto. Inoltre, l'epidemia di AIDS è evoluta positivamente negli ultimi 5 anni e ciò è conseguenza dei progressi terapeutici ottenuti con i farmaci anti-retrovirali e della riduzione della trasmissione tra i tossicodipendenti, il gruppo più colpito nella nostra Regione.

Le patologie non-trasmissibili hanno seguito un andamento inverso rispetto alle malattie infettive superandole, in termini di importanza assoluta, nella seconda metà degli anni '30 e raggiungendo il picco all'inizio degli anni '80. Tale aumento e successiva riduzione sono dovuti principalmente a due patologie: la neoplasia polmonare tra i maschi e l'ischemia coronarica in entrambi i sessi.

Dall'inizio degli anni '70, le tendenze dei tassi di mortalità standardizzati delle tre principali cause di decesso nella popolazione maschile del Veneto possono essere riassunte come segue:

- la malattia ischemica del cuore presenta un aumento della mortalità fino al '78 e quindi una marcata diminuzione;
- i disturbi circolatori dell'encefalo mostrano una riduzione della mortalità ancora più marcata;
- le neoplasie aumentano fino al '84 mentre diminuiscono negli anni più recenti raggiungendo livelli inferiori a quelli dell'inizio degli anni '70.

Pur presentando similitudini con quella dei maschi, la variazione percentuale della mortalità standardizzata delle femmine, per periodo e cause analoghi, rivelano al tempo stesso importanti differenze:

- la malattia ischemica del cuore presenta un aumento della mortalità fino al '75 e quindi una marcata diminuzione;
- i disturbi circolatori dell'encefalo mostrano una progressiva riduzione della mortalità altrettanto notevole;
- le neoplasie restano sostanzialmente stabili fino all'inizio degli anni '90 per poi calare di circa il 10%.

La diminuzione della mortalità per neoplasie, essendo più limitata ed iniziata più recentemente rispetto alle malattie cardiovascolari, si traduce in un incremento dell'importanza relativa dei tumori come causa di morte in entrambi i sessi. A ciò contribuisce anche l'invecchiamento della popolazione in quanto l'incidenza e quindi la mortalità per neoplasie aumenta con l'età avanzata.

La neoplasia polmonare ha un'importanza prioritaria non solo per la sua frequenza attuale, che la colloca di gran lunga al primo posto come causa di morte per tumore, ma anche per la sua evoluzione nel tempo in quanto risulta un fenomeno peculiare del ventesimo secolo. Questo tumore è tanto predominante nel quadro epidemiologico delle neoplasie da causare il doppio dei decessi determinati insieme da due tumori importanti come quelli della mammella e della prostata. La mortalità per neoplasia polmonare si è ridotta in modo importante soprattutto tra gli uomini oltre i 40 anni in seguito alla riduzione della popolazione fumatrice.

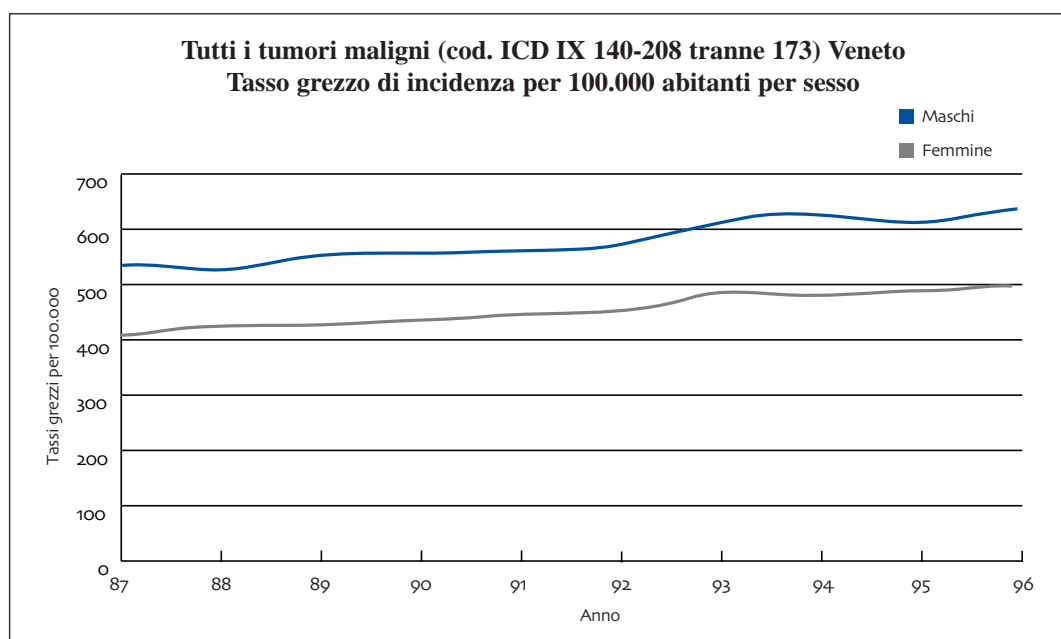
La mortalità per alcune neoplasie è stata ridotta sostanzialmente in seguito ai progressi della medicina clinica. Ad esempio, dall'inizio degli anni '70, la mortalità per linfoma di Hodgkin tra gli uomini sotto i 54 anni è diminuita del 95%. La mortalità per melanoma nel Veneto è invece aumentata rapidamente (+143% nei maschi e +80% per le femmine) più che per qualsiasi altra patologia neoplastica. La letalità, cioè il numero di decessi sul numero di nuovi casi, pur diminuendo dagli anni '70 non ha bilanciato l'aumento ancora più marcato dell'incidenza, cioè dei nuovi casi.

Negli ultimi anni, per la maggiore attenzione rivolta all'esposizione professionale a cancerogeni, si registra un incremento dei casi di neoplasia legati all'esposizione professionale. Sono invece completamente scomparse le polineuropatie da collanti e le intossicazioni da piombo sono limitate ad alcuni casi. Le pneumoconiosi, ancora presenti, sono collegabili ad esposizioni pregresse avvenute nei decenni passati e sempre in questo ambito è collocabile il quadro polimorfo della patologia da amianto, comprese le neoplasie. Analizzando più in dettaglio per fasce d'età le principali malattie causa di morte:

- Nel primo anno di vita, le patologie di origine perinatale e le malformazioni congenite sono rispettivamente la prima e la seconda causa di morte.
- I tumori maligni sono la prima causa di morte nelle età comprese tra 1 e 4 anni, la seconda tra 5 e 14 anni, la prima negli adulti tra 25 e 64 anni. La probabilità di morire per tumore è doppia per i maschi rispetto alle donne.
- Le malattie cardiocircolatorie costituiscono la prima causa di morte negli anziani (>65 anni), la seconda causa di morte tra gli adulti (25-64) dopo le neoplasie con una prevalenza più elevata nel sesso maschile rispetto a quello femminile.
- La cirrosi epatica è la terza causa di morte nei maschi e la quarta nelle donne tra 45 e 65 anni.
- Le malattie respiratorie acute (polmonite e influenza) e croniche (bronchiti croniche, enfisema e asma) assumono rilevanza tra le persone anziane e soprattutto nel sesso maschile.
- Il diabete mellito dell'adulto mostra una tendenza all'incremento come nella maggior parte dei Paesi industrializzati e costituisce una causa importante di morte tra le donne anziane rappresentando un significativo fattore nell'eziologia di malattie vascolari, quali la coronaropatia, l'ictus, la retinopatia e l'insufficienza renale.
- I traumi (incidenti da traffico e altri traumatismi) sono la quarta causa di morte nel gruppo d'età pre-scolare, mentre rappresentano la prima tra 5 e 14 anni. I traumi stradali, in particolare, costituiscono la più importante causa prevenibile di morte pediatrica. Gli incidenti stradali hanno assoluta preminenza rispetto a quelli occupazionali.
- I suicidi sono molto più frequenti nei maschi rispetto alle femmine tra 15 e 64 anni e rappresentano la seconda causa di morte nei giovani maschi (15-24). Al di sotto dei 65 anni i suicidi sono sempre compresi tra le prime sei cause di morte negli adulti di entrambi i sessi.

In generale la Regione del Veneto si caratterizza, rispetto alla media nazionale, per un maggior rischio di mortalità, in entrambi i sessi, per tumore al polmone, cause accidentali e violente e per infarto del miocardio, mentre per il sesso maschile risulta più elevato il rischio di morte per tumore del colon, retto e ano e malattie del sistema nervoso e malattie dell'apparato respiratorio per le donne.

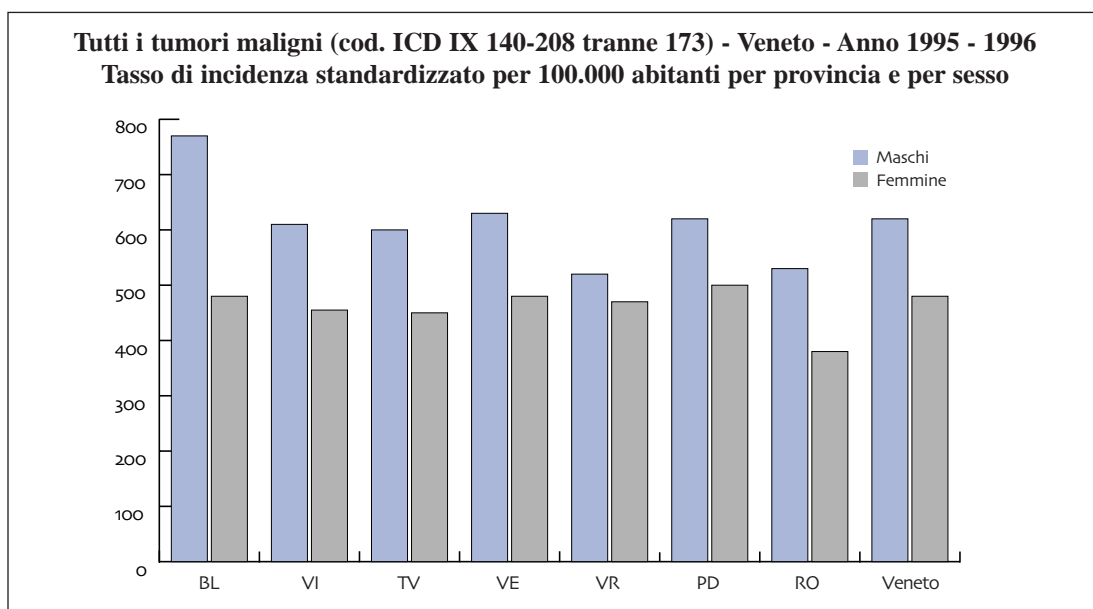
I dati di incidenza più recenti del Registro Tumori del Veneto si riferiscono al periodo 1995-96. Essi sono relativi ad una popolazione media di 2.273.052 residenti, corrispondente al 51.2% della popolazione della Regione.



Dal confronto del Veneto con i dati dei Registri Tumori di altre Regioni si nota come l'incidenza per tutti i tumori è tra le più elevate nella popolazione maschile veneta, mentre si colloca in una posizione intermedia per il sesso femminile sebbene, comunque, al di sopra del valore atteso (rispetto alla media dei registri) di 100. Per entrambi i sessi lo scostamento rispetto alla media calcolata su tutti i Registri è di circa il 20%.

Tutti tumori maligni (ICD IX 140 - 208 eccetto 173) - Veneto Anno 1995 - 1996
Stima dei casi incidenti per provincia e per sesso

	Maschi	Femmine	Totale
Belluno	832	607	1.439
Padova	2.490	2.255	4.745
Rovigo	711	542	1.253
Treviso	2.026	1.684	3.710
Venezia	2.748	2.245	4.993
Verona	2.211	2.014	4.225
Vicenza	2.050	1.692	3.742
Regione	13.068	11.039	24.107



Complessivamente in Veneto ogni anno si verificano circa 24.100 nuovi casi di tumore, dei quali oltre il 54% nei maschi. Rispetto ad una stima riferita al 1989 si riscontra un aumento di circa 3.500 casi di tumore all'anno: dei tumori osservati, il 62% circa si manifesta in soggetti di età superiore ai 65 anni ed il 30% sopra i 75 anni. Con l'invecchiamento crescente della popolazione, si può prevedere che tali frazioni di ammalati siano destinate ad aumentare nel corso del tempo, confermando un trend crescente dell'incidenza di tutti i tumori.

Il range dei valori dei tassi di incidenza per 100.000 abitanti standardizzati per età sulla popolazione italiana (31.12.97) delle singole Province e della Regione varia da 538 a 773 per i maschi e da 389 a 504 per le femmine. L'incidenza di tumori nella popolazione maschile mostra uno scostamento dalla media in eccesso, particolarmente nella provincia di Belluno; il rischio di sviluppare un tumore è più basso in quelle di Verona e Rovigo. Per quanto riguarda le femmine l'incidenza più elevata si riscontra a Padova mentre Rovigo è la provincia ad incidenza più bassa.

Il trend del tasso grezzo di mortalità per tutti i tumori nel periodo 1983 - 1996 nel Veneto è in leggero aumento: nei maschi passa da 320 a 332 decessi per 100.000 persone anno, mentre nella donna da 187 a 225. L'incremento della mortalità che si può osservare nell'ultimo triennio potrebbe essere in parte spiegata dall'introduzione del nuovo sistema di codifica automatizzata delle schede di morte, per cui andrà monitorata nei prossimi anni. Il dato della mortalità va letto parallelamente all'aumento dell'incidenza dei tumori e all'invecchiamento della popolazione. Infatti alla fine degli anni '80, nel Veneto come in Italia, la mortalità per neoplasie ha presentato, per la prima volta dall'inizio del ventesimo secolo, una flessione passando da un tasso standardizzato di 345 per 100.000 a 295 nei maschi e da 150 a 142 nelle femmine. Questo dato non emerge dai tassi grezzi che risentono dell'invecchiamento generale della popolazione. Tale flessione è dovuta anche ad un cambiamento nei fattori di rischio, in particolare il fumo, come verrà spiegato nella parte riguardante i determinanti dei tumori.

Il confronto dei dati regionali con quelli nazionali evidenzia come la mortalità in Veneto sia di molto superiore alla media nazionale nei maschi mentre si pone attorno al livello medio nelle femmine. Nell'ambito della Regione le province a più elevata mortalità sono quelle di Belluno e Venezia nei maschi

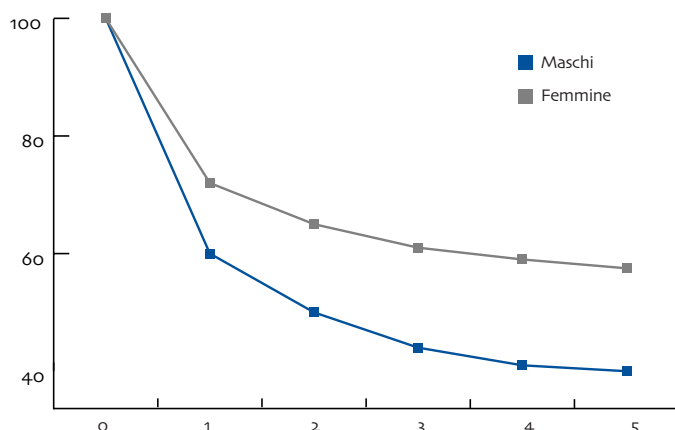
(rispettivamente 418 e 411 decessi per 100.000) ed ancora a Venezia nelle femmine (241); i livelli inferiori di mortalità si riscontrano a Vicenza e Verona nei maschi e a Treviso nelle femmine. Questi dati confermano i tassi grezzi di incidenza.

Si stima che complessivamente in Veneto vi siano circa 125.000 persone che hanno avuto diagnosi di tumore, di cui 59.000 maschi e 66.000 femmine, e che il numero sia in rapido aumento per il concorrere di due fattori: l'aumento dell'incidenza e l'aumento della sopravvivenza.

PREVALENZA

SOPRAVVIVENZA

Tutti i tumori maligni (cod. ICD IX 140-208 tranne 173) - Veneto - Anno 1990 - 1994
Curva di sopravvivenza per sesso - Valori percentuali

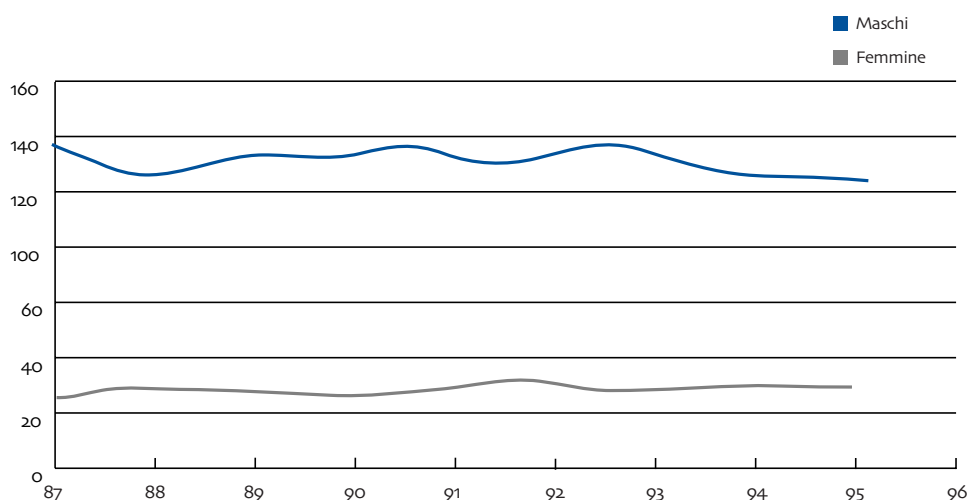


In Veneto, dopo 5 anni dalla diagnosi sono viventi il 39% dei maschi ed il 56% delle femmine affette da neoplasia. Questi valori si collocano ad un buon livello rispetto al dato medio nazionale, in linea con i valori di sopravvivenza delle altre regioni del Nord Italia.

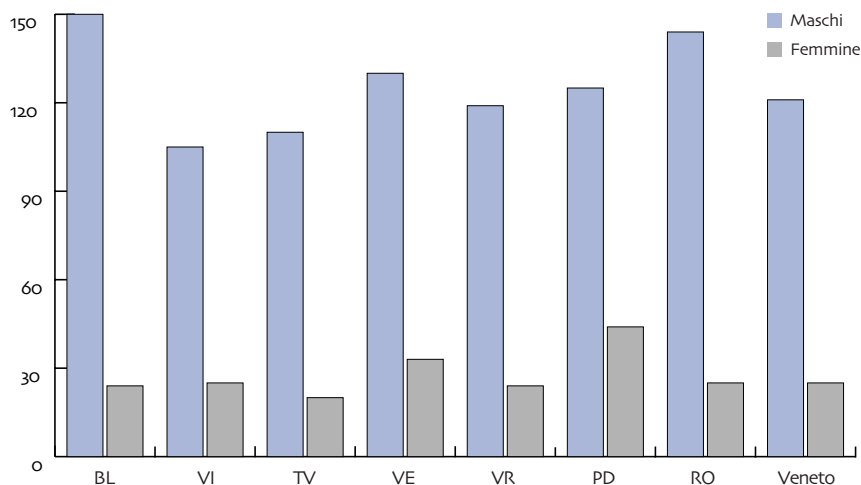
Il tasso grezzo di incidenza per 100.000 abitanti è di 120 nei maschi e 31 nelle femmine. Nel Veneto ci si attende pertanto in un anno l'insorgenza di circa 3.300 nuovi casi di tumore polmonare, di cui 2.600 nei maschi e 700 nelle femmine. Il tumore del polmone si conferma il più frequente nei maschi (20% di tutti i tumori), mentre si pone al 5° posto nelle femmine (6%). L'analisi del trend temporale dell'incidenza di questo tumore mostra come esso sia in leggera diminuzione nella popolazione maschile, mentre si mantenga sostanzialmente invariato nelle femmine.

Tumori del polmone
INCIDENZA

Tumore del polmone (cod. ICD IX 162) - Veneto
Tasso grezzo di incidenza per 100.000 abitanti per sesso



Tumore del polmone (cod. ICD IX 162) - Veneto - Anno 1995 - 1996
Tasso standardizzato (Italia 31.12.97) di incidenza per 100.000 abitanti per provincia e per sesso



Le incidenze più elevate nella popolazione maschile si osservano nelle province di Belluno (tasso standardizzato di incidenza: 151 per 100.000 abitanti) e di Rovigo (146); la provincia con minor rischio è quella di Vicenza con un tasso di 110.

MORTALITÀ

In Veneto i tassi di mortalità per 100.000 abitanti, calcolati nel periodo 1990-94, sono di 117 per i maschi e 21 per le femmine, entrambi più elevati rispetto alla media italiana che è di 93 e 16 rispettivamente. Tra tutti i tumori, quelli del polmone rappresentano pertanto la prima causa di morte nei maschi (32% del totale) e la terza nelle femmine (10%).

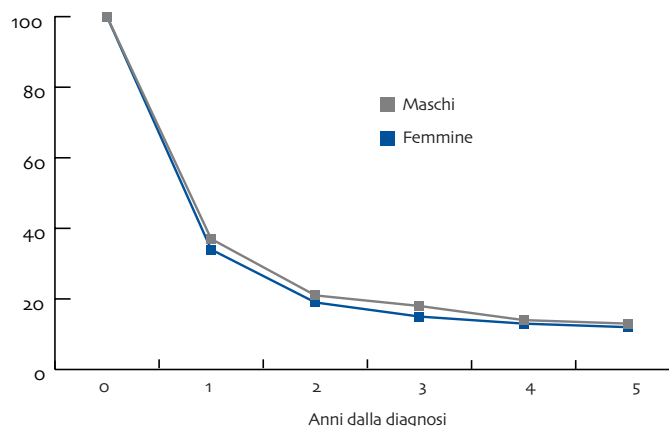
PREVALENZA

Si stima che le persone a cui in Veneto sia stato diagnosticato un tumore del polmone siano circa 4.900.

SOPRAVVIVENZA

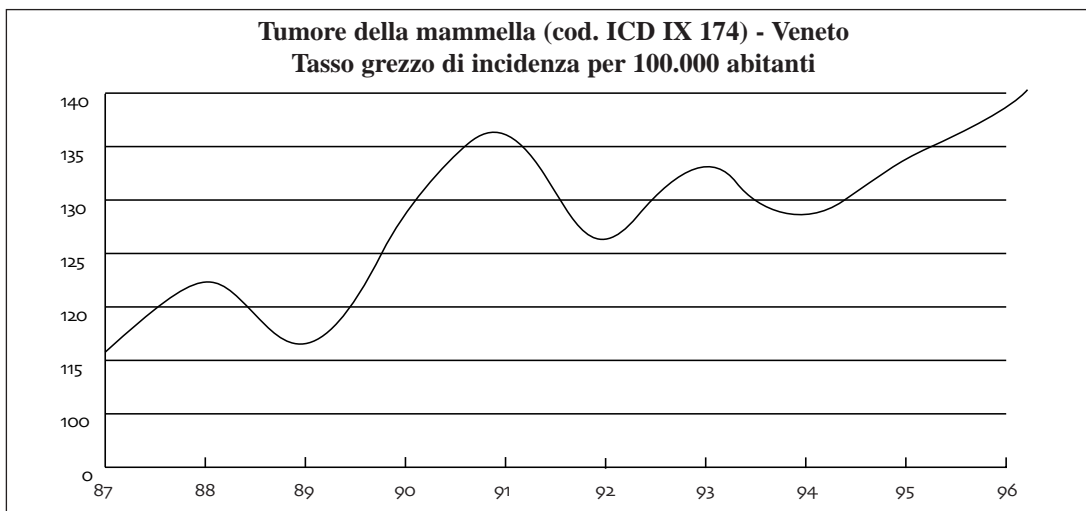
In Veneto, dopo 5 anni dalla diagnosi sono viventi il 12% dei maschi e l'11% delle femmine affetti da questo tipo di neoplasia (coorte di casi 1990-94). Rispetto alla coorte del 1987-89 non si è avuto un miglioramento apprezzabile. Questo dato, assieme alla buona sopravvivenza delle donne affette da neoplasia mammaria, è una delle componenti più importanti della differenza di sopravvivenza tra maschi e femmine per tutti i tumori.

Tumore del polmone (cod. ICD IX 162) - Veneto - Anno 1990-1994
Curva di sopravvivenza per sesso - Valori percentuali

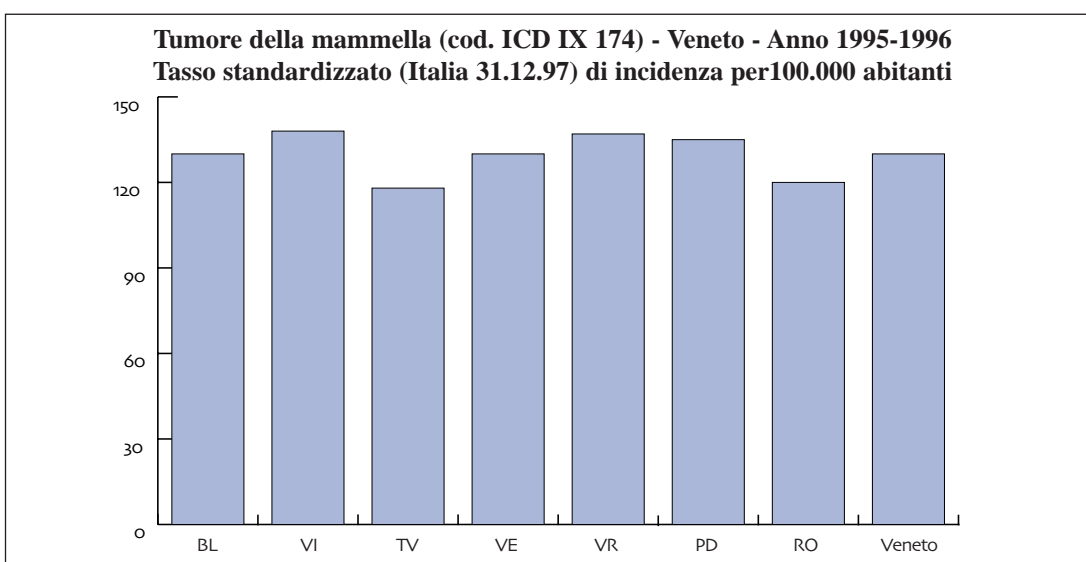


In Veneto il tasso grezzo di incidenza del tumore della mammella nella popolazione femminile è di 135 per 100.00 abitanti. I nuovi casi attesi nel corso di un anno sono circa 3.000, e rappresentano la classe di tumori più frequente nelle donne (28% del totale). Circa il 50% dei casi si manifesta in donne di età superiore ai 65 anni.

I tumori della mammella sono in aumento: i tassi di incidenza calcolati per i periodi 1987-89 (dati di incidenza relativi a 752.240 abitanti - 33% della popolazione femminile residente nella Regione) e 1990-94 (dati di incidenza relativi a 1.021.524 abitanti - 45% delle residenti) sono rispettivamente di 118 e 128 nuovi casi per 100.000 donne residenti.



Confrontando i tassi di incidenza delle province del Veneto emerge una certa disomogeneità di rischio per questa neoplasia: Rovigo e Vicenza presentano tassi di incidenza notevolmente inferiori (rispettivamente 115 e 119 casi per 100.000 residenti).

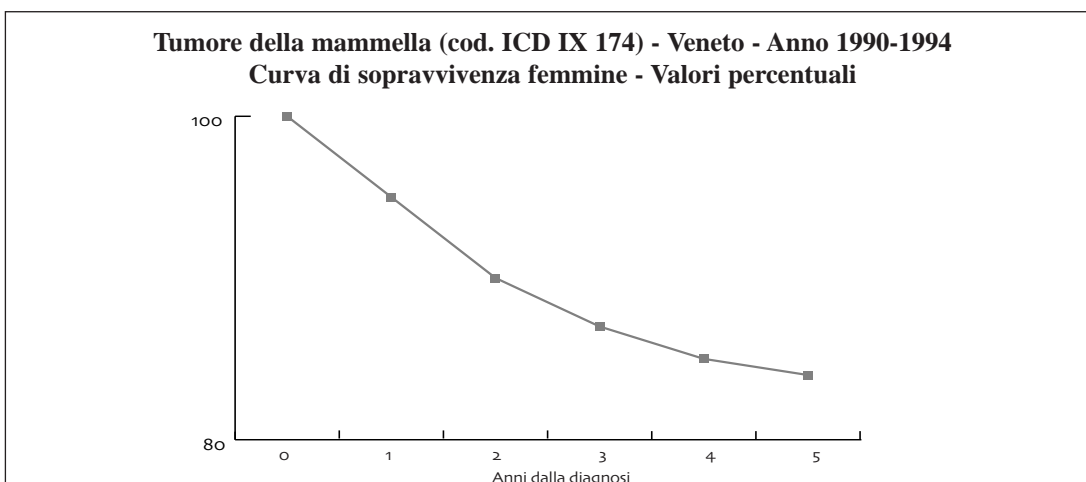


Il tasso grezzo di mortalità del Veneto è di 42 per 100.000 donne (periodo 1995-96) e rappresenta la prima causa di morte per neoplasia (19% del totale). Rispetto alle rilevazioni precedenti la mortalità si conferma in aumento: il tasso grezzo era infatti di 34 per 100.000 nel periodo 1980-86 e di 37 per 100.000 nel 1987-89, mentre il tasso standardizzato è rimasto pressochè stazionario.

All'interno della Regione si riscontra una notevole variabilità, con valori che vanno dai 37 per 100.000 abitanti a Belluno e Treviso ai 46 per 100.000 della provincia di Rovigo.

Si stima che in Veneto le donne affette da questo tipo di neoplasia siano circa 26.500.

A cinque anni dall'insorgenza della malattia, in Veneto sopravvivono l'80% delle donne (coorte di casi 1990-94), migliore di quella riscontrata nella coorte 1987-89 (73%).

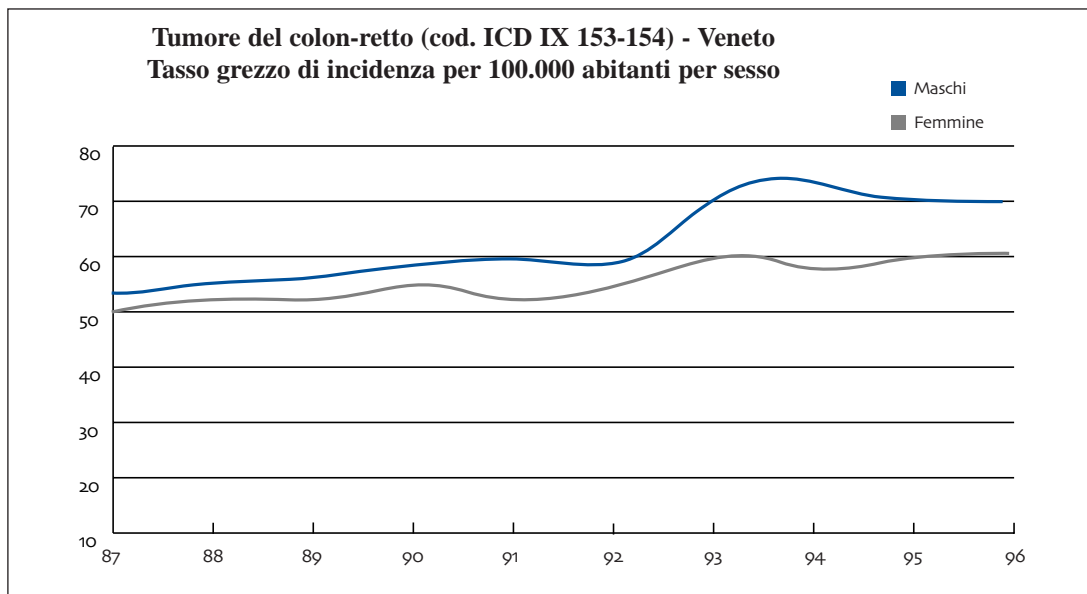


MORTALITÀ

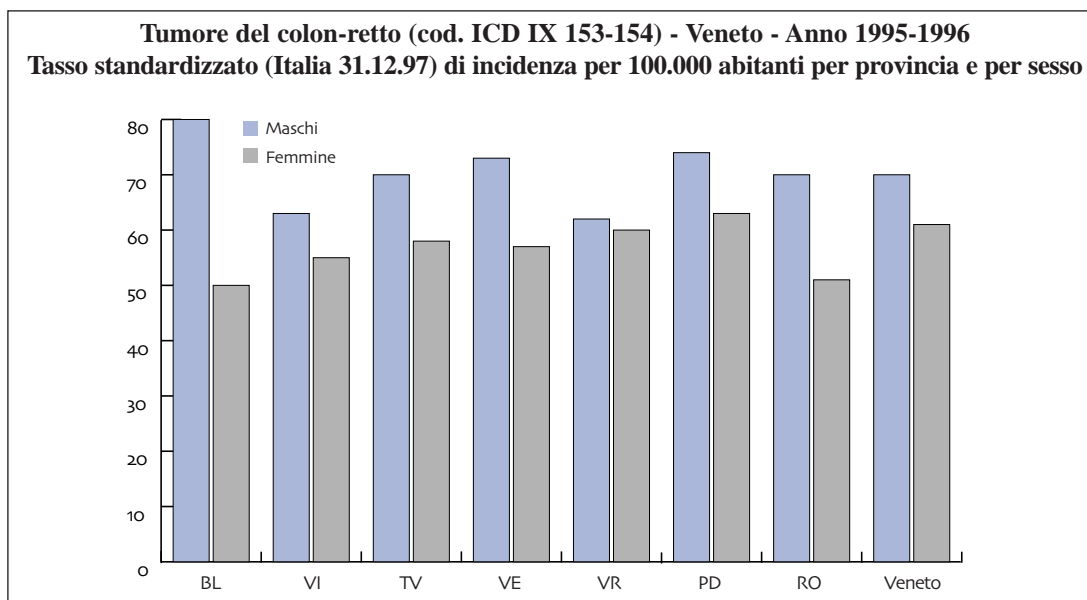
PREVALENZA

SOPRAVVIVENZA

I tassi grezzi di incidenza per 100.000 abitanti dei tumori del colon-retto sono 69 nei maschi e 59 nelle femmine; si stima perciò che in un anno nell'intera Regione si manifestino rispettivamente nei due sessi 1500 nuovi casi e 1400. Questa neoplasia rappresenta la terza classe più frequente nei maschi (11% di tutti i tumori) e la seconda nelle femmine (12%). Per quanto riguarda la distribuzione della malattia per età, è da notare che il 65% dei casi nei maschi e il 63% nelle femmine si manifesta in soggetti con più di 65 anni. Il trend degli ultimi dieci anni è in aumento.



I tassi di incidenza delle province mostrano una maggiore variabilità nella popolazione maschile, con valori oscillanti tra i 57 casi per 100.000 residenti della provincia di Vicenza e gli 86 per 100.000 di Belluno, rispetto a quelli della popolazione femminile (53 a Vicenza vs 66 a Padova).



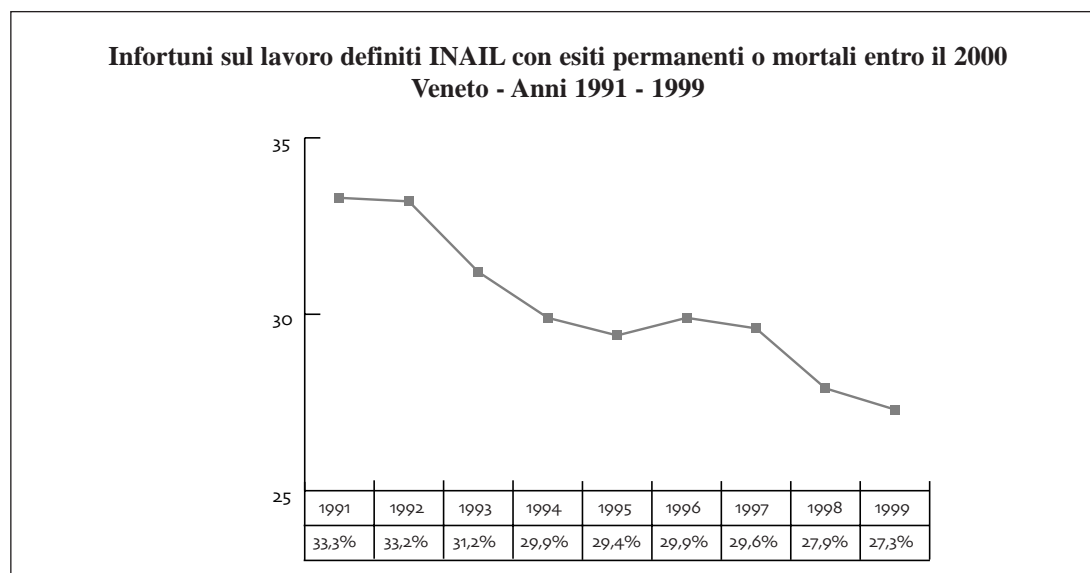
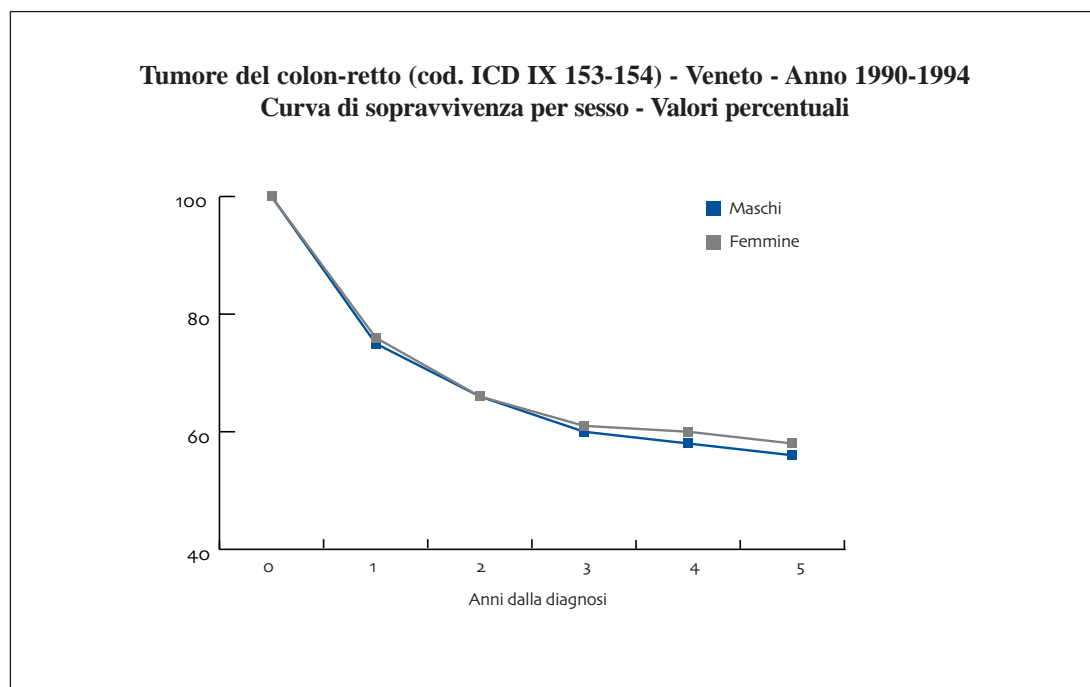
I tassi grezzi di mortalità per i tumori del colon-retto nel Veneto sono, per il periodo 1995-96, di 31 per 100.000 residenti nei maschi e di 26 per 100.000 nelle femmine. Si nota un notevole aumento rispetto ai dati del 1980-86: in quel periodo i tassi grezzi di mortalità erano di 20.5 e 23.5 per 100.000 residenti rispettivamente.

Questa categoria di tumori rappresenta la seconda causa di morte, tra tutti i tumori, sia nei maschi che nelle femmine (9% e 12% rispettivamente sul totale).

La valutazione dei dati provinciali mostrano un forte scostamento dalla media della provincia di Rovigo, i cui tassi di mortalità sono di 46 per 100.000 residenti nei maschi e di 35 per le femmine.

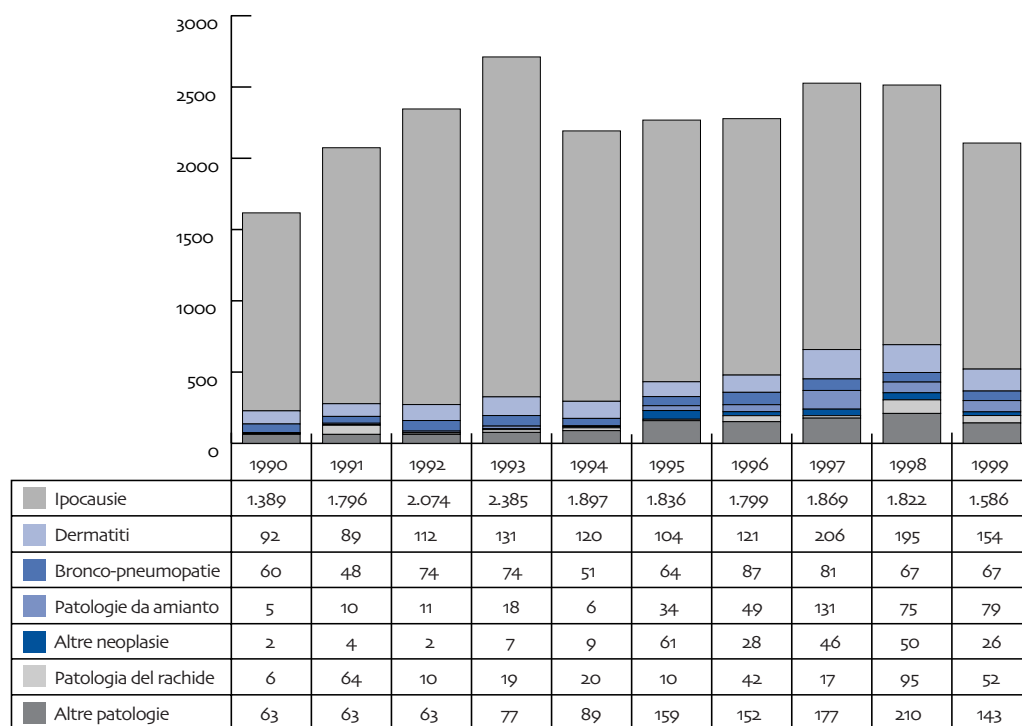
In Veneto il numero di persone con diagnosi di tumore del colon-retto si stima ammonti a circa 13.100 unità.

A cinque anni dalla diagnosi la sopravvivenza dei maschi colpiti da questi tumori è del 53%, mentre quella delle femmine è del 55% (coorte di casi 1990-94), con un buon miglioramento rispetto a quella riscontrata nella coorte 1987-89 (44% per entrambi i sessi).



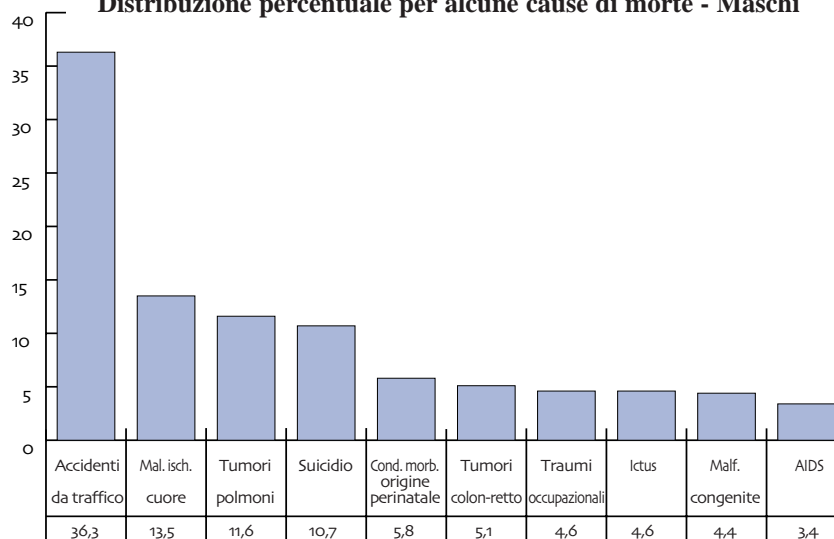
Nel decennio 1987-1999 è avvenuta una diminuzione degli infortuni nell'industria e soprattutto nell'agricoltura (12% e 46% rispettivamente), mentre stiamo assistendo ad un aumento nell'ambito dei servizi. Il Veneto fa parte della regione che l'Inail classifica Nord-Est insieme al Trentino, Friuli ed Emilia Romagna. Nella regione Nord Est l'indice di frequenza degli infortuni ogni mille addetti è il più alto d'Italia: 55 infortuni ogni mille addetti contro il dato italiano di 41 infortuni. La diminuzione degli infortuni occupazionali gravi, cioè con esito permanente e mortale, è stata di lieve entità, anche se in parte sono mutate le cause e le dinamiche. Infatti, alla diminuzione del fenomeno nei comparti che storicamente sono interessati dal problema quali l'edilizia, la metalmeccanica e l'agricoltura si contrappone l'incremento nel comparto dei trasporti ed in generale nelle attività con mobilità di merci e persone. Ogni anno oltre 2.000 infortuni residuano con postumi permanenti superiori all'11% di inabilità lavorativa, di questi circa 1/10 comporta inabilità gravi superiori al 35% e l'1% inabilità assoluta.

Malattie professionali - Veneto - Anni 1990 - 1999
N. casi seguiti dagli operatori SPISAL per patologia

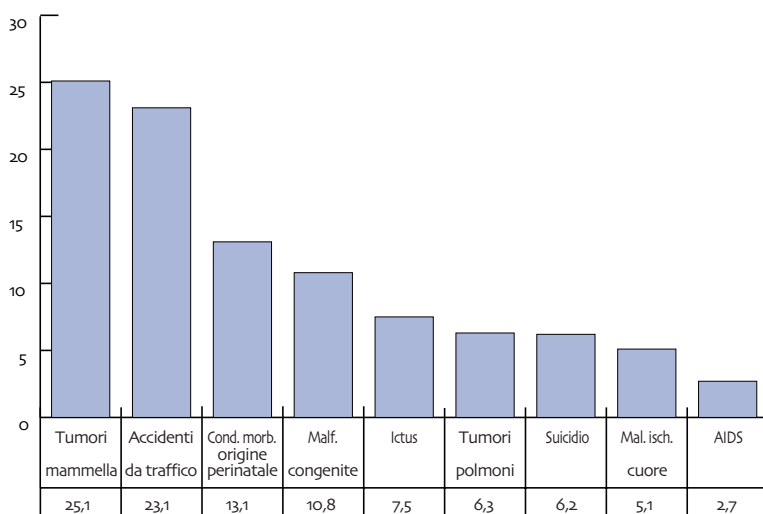


Molto scarse sono le informazioni correnti relative alle malattie professionali. Sebbene, secondo i dati INAIL, l'incidenza sia in calo, si contano ancora circa 2.000 casi di malattie professionali ogni anno dei quali oltre il 10% comporta postumi permanenti e circa l'1% sono mortali. Questi dati appaiono, rispetto ai rilievi delle malattie seguite dagli SPISAL, notevolmente sottostimati, come misura di malattie professionali. Infatti, per fattori determinati dallo scopo prevalentemente assicurativo con cui opera l'Istituto e dalle clausole inerenti i termini assicurativi, escludono patologie non riconosciute dall'istituto assicuratore, quali ad esempio le patologie articolari da traumatismi ripetitivi. Per tale motivo è stata condotta un'indagine retrospettiva riguardante i casi di malattia professionale che gli SPISAL del Veneto hanno seguito nel decennio 1990-1999. Nel periodo considerato sono stati seguiti dagli SPISAL 22.530 casi di malattia professionale, per la maggior parte ipoacusie (81,9%), dermatiti (6,6%), broncopneumopatie (2,9%), patologie da asbesto (1,8%), altre neoplasie (1,3%), patologie da sovraccarico del rachide (1,3%). Secondo i dati degli Spisal, significativo appare l'aumento delle neoplasie, delle patologie dovute a sforzi e movimenti ripetuti dei polsi, e, in misura minore, delle dermatiti da contatto, negli ultimi anni. Tale variazione, tuttavia, non può essere attribuita esclusivamente all'incremento delle patologie citate, quanto, soprattutto, all'emergere di conoscenze scientifiche e di una normativa che, correttamente, le ha inquadrato nell'ambito assicurativo delle patologie da lavoro.

Anni potenziali di vita persi sotto i 65 anni d'età - Veneto - Anno 1998
Distribuzione percentuale per alcune cause di morte - Maschi



Anni potenziali di vita persi sotto i 65 anni d'età - Veneto - Anno 1998
Distribuzione percentuale per alcune cause di morte - Femmine



Per gli uomini la causa più importante di mortalità al di sotto dei 65 anni sono gli incidenti da traffico, seguiti a distanza dalle malattie ischemiche del cuore, dal tumore al polmone e dai suicidi. Tra le donne contribuiscono a ridurre la durata potenziale della vita essenzialmente due patologie: il tumore della mammella e gli incidenti da traffico. Le patologie di origine perinatale e le malformazioni congenite rappresentano la terza e quarta causa di anni di vita perduti il che riflette l'ottimo stato di salute delle donne in età precedenti la vecchiaia. Altra importante causa che concorre a ridurre l'aspettativa di vita per la donna è l'ictus, mentre il tumore ai polmoni e il suicidio rimangono rispettivamente al sesto e settimo posto.

Elementi di riflessione per il governo regionale

La netta flessione della mortalità per malattia coronarica e ictus in Veneto è verosimilmente dovuta al miglioramento delle terapie e dell'assistenza durante tutte le fasi della storia naturale della malattia coronarica, al migliore controllo dell'ipertensione arteriosa e del diabete, alla riduzione di alcuni fattori di rischio, in particolare il consumo di tabacco tra gli uomini e dei grassi saturi, alcol e sale in entrambi i sessi e ad una maggiore diffusione di comportamenti alimentari che agiscono come fattori protettivi, in particolare l'incremento del consumo di verdura, frutta fresca, secca e pesce.

Le tendenze descritte, più favorevoli per le malattie cardiovascolari rispetto a quelle tumorali, sono dovute, in primo luogo ad un minore successo nella prevenzione primaria e secondaria dei tumori rispetto alle malattie cardiovascolari e, secondariamente, ad un progresso meno rapido nello sviluppo di terapie efficaci in oncologia rispetto alla cardiologia, soprattutto per quanto riguarda alcune delle neoplasie più frequenti. I fattori che più hanno contribuito alla recente, anche se più contenuta, riduzione della mortalità generale per neoplasie sono la riduzione di fattori di rischio comportamentali in particolare il fumo, l'alcol, il sale ed i grassi saturi, l'adozione del programma di screening del tumore della cervice uterina, la maggiore consapevolezza dei cittadini riguardo l'importanza di diagnosi precoce delle neoplasie ed il miglioramento di alcune terapie anti-tumorali, soprattutto per alcune tra le più frequenti neoplasie, in particolare quelle della mammella, prostata, colon e ovaie.

Il programma di screening del tumore della mammella è ancora troppo recente per aver già potuto incidere in modo importante nella riduzione della mortalità specifica, ma la potenziale efficacia di questo programma è elevata potendo ridurre la mortalità di un terzo nella fascia di età bersaglio del programma (50-69 anni) e gli effetti si potranno già evidenziare nel prossimo futuro. I progressi nel trattamento di tumori del polmone, fegato e pancreas sono invece stati marginali e poco possono aver influito sulla flessione della mortalità generale e specifica per queste neoplasie. I grandi successi ottenuti nella terapia di alcuni tumori quali la leucemia linfatica acuta infantile ed il linfoma di Hodgkin nei giovani adulti hanno contribuito solo marginalmente a ridurre la mortalità nella popolazione generale a causa della loro limitata frequenza assoluta. L'inversione di tendenza nella mortalità per neoplasie ottenuta nella seconda metà degli anni '80 in entrambi i sessi rappresenta un risultato estremamente importante, in quanto per la prima volta dall'inizio del ventesimo secolo, osserviamo una flessione in questa patologia. Questa tendenza rappresenta il risultato complessivo dell'evoluzione di tutte le neoplasie, ma è ovvio che l'effetto dipende particolarmente dalle variazioni di quelle più frequenti.

Per raggiungere risultati importanti nella riduzione della mortalità a livello di popolazione è indispensabile perciò vincere le neoplasie più comuni come quella polmonare (causa ogni anno la morte di quasi tremila individui) del colon, (millequattrocento decessi), della mammella (quasi mille), dello stomaco (ottocento-

cinquanta), del pancreas (oltre settecento) e del fegato (quasi seicento). Il conseguimento di questo obiettivo rappresenta una sfida ed anche una grande opportunità perché molte neoplasie sono causate da fattori di rischio comportamentali, perlopiù modificabili ed è quindi possibile ridurne sostanzialmente l'incidenza.

La flessione della mortalità per tumore nel Veneto sebbene già iniziata, è di dimensioni ancora limitate rispetto a quella ottenuta per le malattie cardiovascolari; l'inversione di tendenza osservata si spiega con il controllo appunto di alcuni fattori di rischio, in particolare alcol e tabacco negli adulti, ed i progressi, in alcuni casi sostanziali, nella terapia e nella diagnosi precoce di alcune neoplasie più diffuse. La sanità del Veneto offre, anche in campo oncologico, ottimi livelli di assistenza con risultati terapeutici simili a quelli dei servizi sanitari dei Paesi scientificamente e tecnologicamente più avanzati.

Purtroppo la terapia oncologica medica e chirurgica di alcuni tumori che nel Veneto più frequentemente portano a morte, cioè quelli del pancreas, fegato, polmone e stomaco, pur progredendo, non è evoluta a sufficienza da creare nella mortalità generale flessioni nette e simili a quelle ottenute in conseguenza dei progressi terapeutici relativi alle malattie cardiovascolari. Molte tra le più frequenti neoplasie che hanno prognosi infauste sono comunque aggredibili attraverso strategie preventive.

Nel campo della prevenzione delle neoplasie di origine occupazionale con il Piano Regionale Amianto (PRAV) sono stati attivati programmi finalizzati al censimento dei siti inquinati al contenimento dell'esposizione e alla riduzione del rischio. Con il programma sperimentale di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti a cancerogeni (amianto e c.v.m.) sono in corso ricerche finalizzate alla definizione di protocolli più appropriati per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori che nei decenni passati hanno subito importanti esposizioni a cancerogeni occupazionali, soprattutto nell'ambito della petrolchimica e della cantieristica navale e ferroviaria.

I determinanti delle neoplasie per le quali i progressi terapeutici sono stati maggiori (linfomi di Hodgkin e leucemia linfatica acuta infantile, ma anche tumori del testicolo, prostata e mammella) sono conosciuti parzialmente o, seppur chiari, non sono modificabili. Ad esempio, i fattori di rischio conosciuti della neoplasia mammaria (ad esempio, bassa fertilità e primo figlio in età avanzata) spiegano solo un terzo dell'incidenza e sono forse modificabili solo a lungo termine perché riflettono l'evoluzione di norme sociali basilari come la desiderabilità del numero di figli e l'appropriatezza dell'età alla quale avere il primo figlio. La prevenzione primaria gioca perciò un ruolo limitato nel controllo di queste neoplasie. In sintesi, i servizi di diagnosi e cura insieme agli interventi capaci di ridurre i principali fattori di rischio di tumore e di identificare e trattare le neoplasie in fase precoce, rappresentano gli elementi basilari di una strategia di controllo di questa patologia.

Accanto a risultati molto positivi, vi sono ragioni di preoccupazione poiché la popolazione del Veneto soffre ancora di alcuni seri problemi di salute che conducono a morte precocemente soprattutto i maschi. In particolare:

- la mortalità degli uomini adulti è ancora superiore a quella sperimentata nell'Italia in generale e i maschi hanno una speranza di vita alla nascita di 7,3 anni inferiore a quella delle femmine;
- nonostante gli straordinari successi della terapia anti-retrovirale, la trasmissione del virus HIV tra gruppi tradizionalmente non considerati a rischio, particolarmente gli eterosessuali, rappresenta una minaccia che non può essere ignorata e le polmoniti negli anziani come causa di morte sono in aumento e la copertura vaccinale è molto bassa;
- la flessione della mortalità per tumori è stata di lieve entità in entrambi i sessi: la mortalità per le neoplasie più frequenti e prevenibili, quali i tumori del polmone e del colon tra gli uomini, mostrano solo una leggera flessione e ancora oggi sono triple o più che doppie, rispettivamente, a confronto con quelle sperimentate da altre popolazioni di paesi industrializzati; la mortalità per neoplasie delle alte vie respiratorie e digerenti è circa quattro volte superiore a quella del Sud Italia;
- la cirrosi epatica, pur riducendosi come causa di morte, ancora uccide il triplo rispetto a Paesi del nord Europa tra gli uomini e il doppio tra le donne;
- i traumi stradali rappresentano ancora un serio problema che non riguarda esclusivamente i giovani adulti maschi;
- nonostante gli importanti progressi ottenuti tra gli anni '70 e '90 i traumi occupazionali sono diminuiti in modo del tutto insufficiente e collocano il Veneto al di sopra della media nazionale che, a sua volta, rivela uno dei peggiori tassi in ambito internazionale;
- i suicidi costituiscono un grave problema, particolarmente tra i maschi e la mortalità per melanoma è cresciuta molto rapidamente negli ultimi decenni.

Il fenomeno demografico dell'invecchiamento della popolazione ha per conseguenza una crescita della domanda di servizi socio-sanitari. Il gruppo oltre 65 anni comprende il 17,2% della popolazione ma spiega il 39,7% delle ammissioni ospedaliere ed il 51,6% delle giornate di degenza. Gli anziani che hanno superato gli 80 anni, pur rappresentando il 4,1% della popolazione generale, contribuiscono al 12,6% dei ricoveri ed al 17,6% delle giornate di degenza. In termini assoluti la popolazione al di sotto dei 65 anni, pari a 3.700.000 individui, contribuisce al carico di servizi sanitari con 500.000 ricoveri e 3.400.000 giornate di degenza, il gruppo oltre i 65, composto di 770.000 persone, da origine a 326.000 ammissioni ospedaliere e 3.700.000 giornate di ospedalizzazione, mentre i 164.000 ultra-ottantenni determinano 103.000 ricoveri e 1.200.000 giornate.

L'invecchiamento della popolazione per il settore sanitario significa quindi:

- costi sostanzialmente più elevati in quanto la spesa assistenziale aumenta geometricamente nell'età avanzata rispetto alle età precedenti;
- cure e sostegno per patologie croniche, ad esempio insufficienze respiratorie, cardiache e renali, malattie neurologiche in particolare l'Alzheimer, fratture del collo del femore. Alcune di queste patologie provocano gravi e protratte disabilità.

In prospettiva, la prevalenza di disabilità oltre i 65 anni, cioè il numero assoluto di disabili tra gli anziani, aumenterà nei prossimi decenni se le strategie preventive non punteranno a ridurre in modo sostanziale i fattori di rischio più importanti, in particolare fumo e sedentarietà.

fonti

- Regione Veneto
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria - Centro di Riferimento per il Sistema Epidemiologico Regionale c/o Azienda ULSS 8
 - Direzione Prevenzione - Osservatorio Epidemiologico Occupazionale c/o Azienda ULSS 7
 - Registro Tumori del Veneto c/o Azienda Ospedaliera di Padova
 - Unità di Progetto Statistica
- ISTAT - La mortalità per causa nelle regioni italiane – Anni 1997 e 1999 e – Anni 1998 e 2000 – Banca Dati Statistica
- ISTAT - Decessi: caratteristiche demografiche e sociali - Anni 1997 -1998

tavole in allegato

- TAVOLA 2.1.1, TAVOLA 2.1.2, TAVOLA 2.1.3, TAVOLA 2.1.4

FONTI

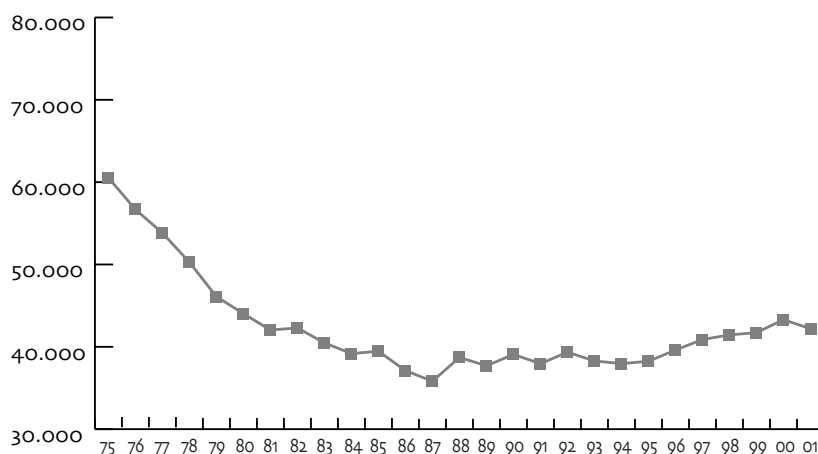
TAVOLE

Fenomeni di maggior rilevanza / interesse

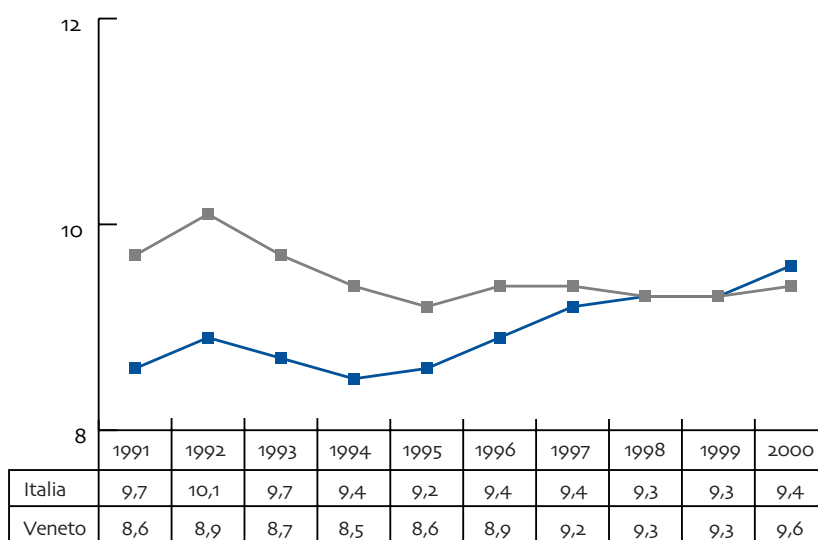
MATERNITÀ,
INFANZIA E
ADOLESCENZA

Fecondità e natalità

Nati vivi nel Veneto - Serie storica 1975 - 2001



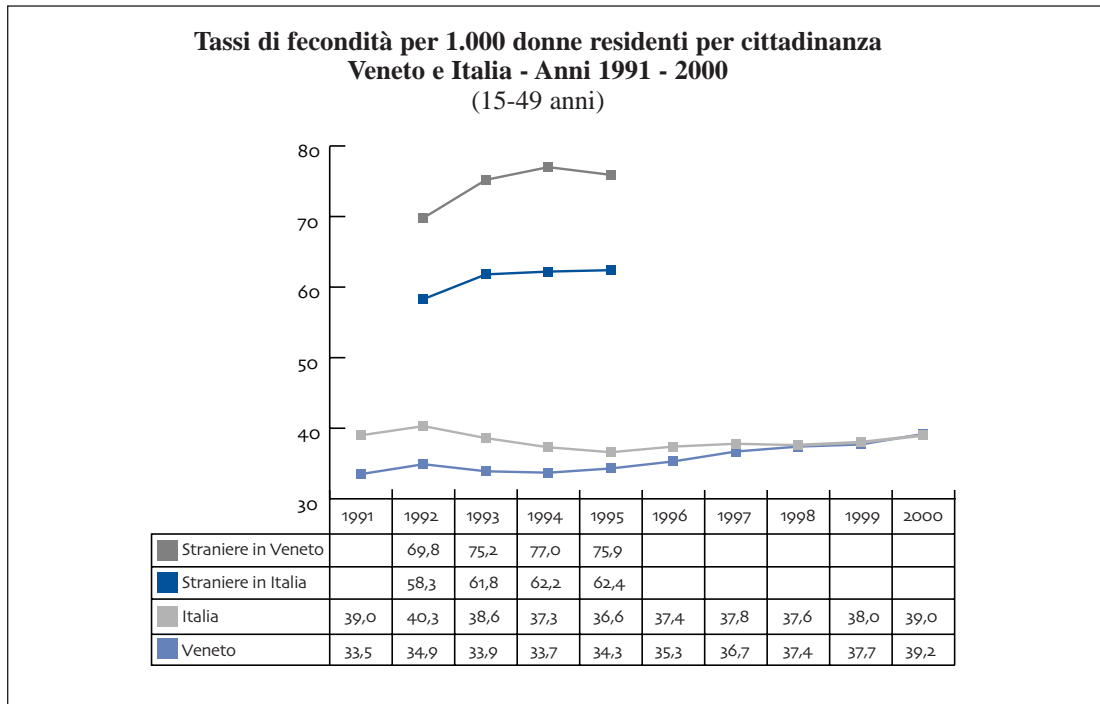
Tassi di natalità per 1.000 residenti



In Veneto si osserva un lento incremento delle nascite da ormai circa un decennio. Questo incremento è avvenuto in seguito ad una drammatica caduta iniziata nel corso degli anni '70, con una contrazione di oltre un terzo dei nati totali tra il 1975 e il 1984 e continuata con qualche flessione fino al 1987. A partire da tale anno si è assistito ad un incremento dapprima con aspetti di plateau fino ai primi anni '90 e in

seguito più deciso: da un minimo storico di 35.581 nati dell'87, si è giunti ai 43.299 del 2000, con un incremento del 22%.

L'aumento del numero assoluto delle nascite è, come già indicato nelle precedenti Relazioni Socio-Sanitarie, tutto da ascrivere all'incremento del tasso di fecondità.



Un fenomeno analogo si è registrato in Italia, anche se in modo meno evidente.

La situazione attuale è il risultato di un andamento dei tassi di fecondità specifici per età molto variabili che nel periodo dal 1975 al 1996 mostrano in Veneto un trend discendente per le classi più giovani (15-19, 20-24) e una tendenza alla crescita per le classi più avanzate (30-34, 35-39). Tale andamento ha portato ad uniformare i tassi di fecondità per le classi 25-29 e 30-34 che determinano il maggior contributo alla fecondità totale. Si sposta, così, nel corso di questi venti anni l'intervallo d'età più fecondo dai 20-30 anni ai 25-35, e contemporaneamente si abbassa il picco del tasso di fecondità passando da un massimo di 135,9 per 1000 donne della classe 25-29 nell'anno 1975, ad un massimo di 82,7 per la classe 30-34 nell'anno 1996.

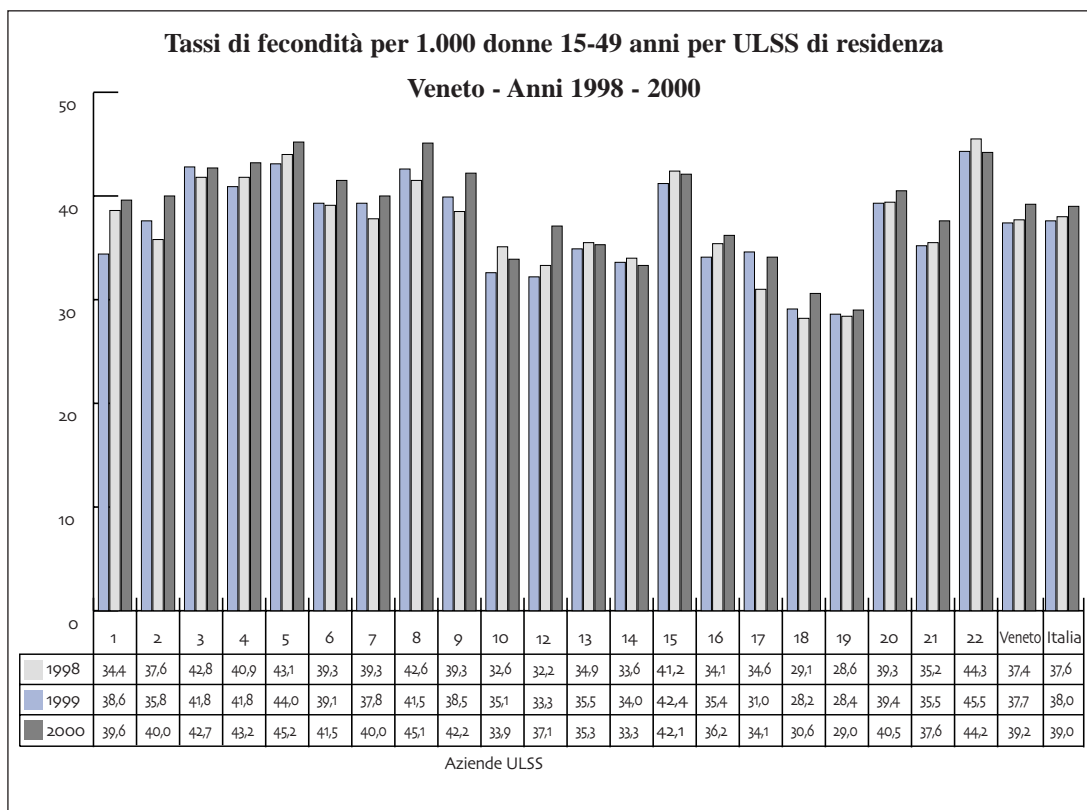
Tali andamenti rispecchiano quelli dell'Italia sebbene sembri che, per alcuni aspetti, il Veneto anticipi le tendenze: il sorpasso della classe 30-34 sulla classe 20-24 si verifica circa tre anni prima e il contributo alla fecondità delle classi più giovani resta più elevato in Italia che in Veneto.

Vista l'attuale distribuzione dei tassi di fecondità per età, si può prevedere che solo all'arrivo in età feconda dell'attuale coorte di ragazze in età compresa tra i 10 e i 14 anni, si avrà ancora in Veneto un progressivo aumento del numero di donne in età fertile, che funziona da moltiplicatore del tasso di fecondità per la natalità.

La dinamica di popolazione indica infatti come tale moltiplicatore sia andato progressivamente assottigliandosi in Veneto e proprio la classe d'età più feconda, quella tra i 30 e i 34 anni, sia ancora quella più numerosa. Essa sarà progressivamente sostituita dalla coorte 25-29 anni, meno numerosa della precedente, e seguita successivamente da quella 20-24, ancora meno numerosa. Questo andamento continuerà per circa 20 anni, durante i quali dovremo aspettarci una progressiva contrazione del numero di donne in età fertile. In una simile situazione è difficile immaginare che l'incremento del numero dei nati possa sostenersi nel tempo, a meno che non si facciano sentire in maniera pesante gli effetti di due fenomeni che si stanno contemporaneamente verificando. Il primo riguarda l'incremento del tasso di fecondità che, supponendo rimanga costante nel tempo è stimato in circa 25% in 10 anni: tale incremento dovrebbe compensare la diminuzione del comparto delle donne fertili che sarà per la classe 30-34 di circa il 29% e per la classe 25-29 di circa il 41%. Come appare chiaro, il solo incremento previsto della fecondità con il ritmo attuale non potrebbe compensare la diminuzione del comparto delle donne fertili. Il secondo fenomeno che va considerato è quello delle nuove immissioni di popolazione giovane dovute all'immigrazione. Questo fenomeno, come si è già indicato nel capitolo precedente sulla struttura di popolazione, è in costante crescita nella Regione del Veneto e ormai molto sensibile specie in alcune provincie. L'effetto di queste nuove immissioni per quanto riguarda la natalità è duplice: da un lato aumenta il moltiplicatore, ovvero le donne in età fertile, dall'altro può sostenere l'aumento della fecondità, al di là del più modesto rialzo legato all'abitudine feconda delle

donne venete.

Nel Veneto il tasso di fecondità delle sole straniere residenti è il doppio di quello relativo a tutta la popolazione femminile in età fertile. Ciò induce a pensare che un comparto sempre crescente di nuovi nati sarà a carico di gruppi immigrati che potranno avere richieste e bisogni di salute diversificati tra loro e rispetto al restante gruppo di popolazione.



A livello intraregionale, la maggior parte delle province venete hanno presentato una caduta nel numero dei nati, con cambio di tendenza intorno al 1986-1987 e trend di incremento nel periodo successivo. Da tale andamento si sono discostate le provincie di Belluno e Rovigo: in queste due provincie non si è, infatti, assistito al recupero descritto in precedenza, che è stato sostituito da un andamento a plateau per Belluno e da un costante, anche se lieve, calo per Rovigo.

La distribuzione per provincia della popolazione femminile in età fertile e del tasso di fecondità per gli anni 1996-99 conferma in generale la tendenza alla riduzione del numero delle donne in età fertile, con le sole eccezioni delle provincie di Vicenza, Verona e Treviso, dove si assiste ad un aumento.

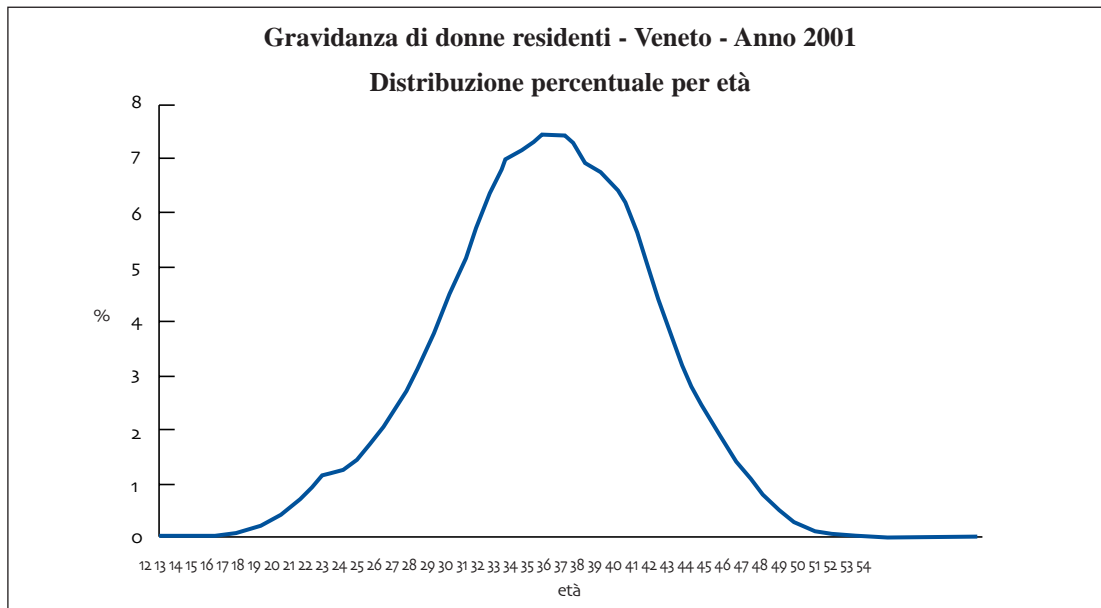
I tassi di fecondità per Azienda ULSS nel 2000, confermano, pertanto, valori più alti per le aziende della provincia di Vicenza e ancora in crescita per Belluno, mentre le aziende ULSS di Rovigo rimangono quelle con i tassi di fecondità più bassi sebbene inizi ad intravedersi una lieve crescita per effetto del secondo fenomeno prima descritto, cioè l'aumento del gruppo di donne immigrate con una fecondità maggiore delle italiane.

Gravidanze effettuate in Veneto per esito, cittadinanza e residenza della donna - Anno 2001

Esito	ITALIANE				STRANIERE				TOTALI				
	n.	%	di cui residenti in Veneto		n.	%	res. Veneto		non residenti		n.	res. Veneto	
			n.	%			n.	%	n.	%		n.	%
Aborto spontaneo	6.667	13,9	6.420	13,8	1.096	13,7	823	12,9	243	16,4	7.763	7.243	13,7
Interruzione volontaria	4.971	10,4	4.669	10,0	1.931	24,2	1.319	20,7	587	39,6	6.902	5.988	11,3
Parto	36.377	75,8	35.499	76,2	4.955	62,1	4.225	66,4	654	44,1	41.332	39.724	75,0
Totale gravidanze	48.015	85,7	46.588	97,0	7.982	14,3	6.367	79,8	1.484	18,6	55.997	52.955	94,6

Al fine di valutare la medicalizzazione della gravidanza in Veneto è stata effettuata un'analisi specifica sui dati di ricovero ospedaliero (archivio regionale SDO) occorsi, per ciascuna donna, nei nove mesi precedenti l'esito della gravidanza. Sono stati pertanto costituiti tre gruppi distinti in relazione all'esito della gravidanza: donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria, donne con esito di aborto spontaneo e donne che sono giunte al termine della gravidanza.

Il totale delle gravidanze di donne venete, seguite in Veneto nel corso del 2001 dai servizi ospedalieri, è pari a 52.955, di cui il 75% si è concluso con parto, il 13,7% con aborto spontaneo e l'11,3% con interruzioni volontarie.



La distribuzione delle gravidanze per fasce d'età delle donne residenti in Veneto indica come nel corso del 2001 si sono verificate 287 gravidanze in ragazze di età inferiore ai 18 anni, pari al 0,5% delle gravidanze come le prime gravidanze si registrano già a partire dai 12 anni. Dalla distribuzione per età si evidenzia chiaramente un picco intorno ai 31 anni.

Analizzando l'evoluzione di tali gravidanze, si evidenzia come le teen-ager, propendano per l'interruzione volontaria nel 55%, contro l'11% della fascia d'età superiore, a scapito di una percentuale di parti che nel primo gruppo è del 37%, mentre nel secondo risulta pari al 75%.

La quota di aborti spontanei, come del resto è da attendersi, appare inferiore nel gruppo delle donne più giovani, risultando pressoché il doppio nel gruppo delle donne maggiori d'età e quindi più esposte alla probabilità di avere aborti spontanei.

All'interno del territorio regionale la percentuale di aborti spontanei non varia in modo significativo in base alla cittadinanza, a differenza delle interruzioni volontarie che risultano sensibilmente più praticate, in termini percentuali, dalle donne straniere.

Le gravidanze di donne straniere non residenti ma temporaneamente presenti in Veneto risultano 1.484, pari al 2,7% del totale; insieme alle straniere residenti, il valore percentuale complessivo di gravidanze di donne straniere supera il 14% del totale delle gravidanze venete. La percentuale di interruzione volontaria sfiora il 40% delle gravidanze tra le non residenti, si dimezza per le straniere residenti (21%) e si dimezza ulteriormente tra le donne italiane (10%), a fronte di una percentuale di abortività spontanea pressoché costante nei tre gruppi osservati.

Anche per le donne che hanno effettuato una IVG sono stati ricercati i ricoveri nei nove mesi antecedenti, poiché talvolta vengono codificati come interruzioni volontarie anche aborti terapeutici che possono essere effettuati ben oltre i 90 giorni dal concepimento e vanno quindi ricercati in un lasso di tempo superiore.

Donne ricoverate in Veneto per tipologia di esito e numero ricoveri - Anno 2001

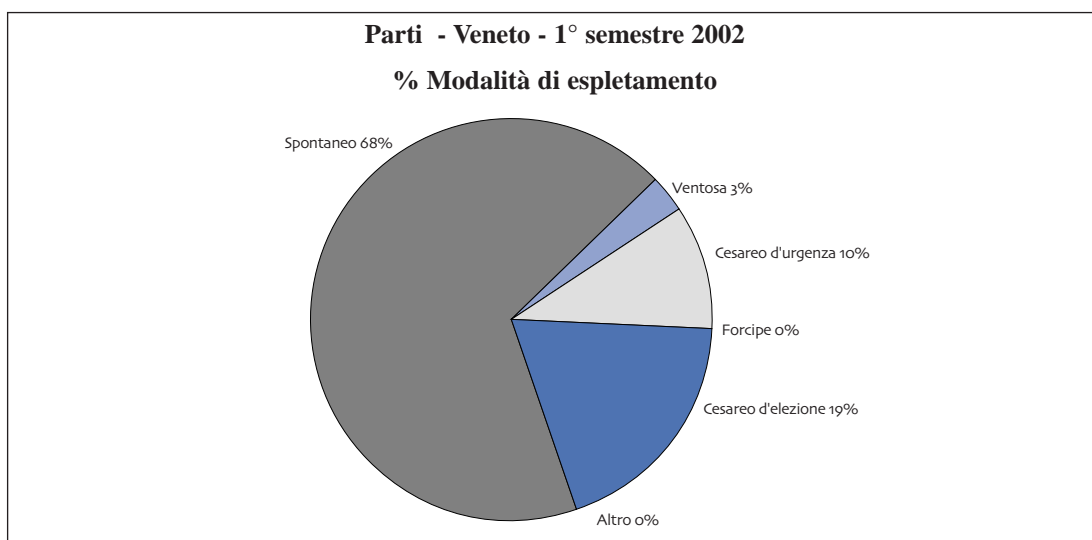
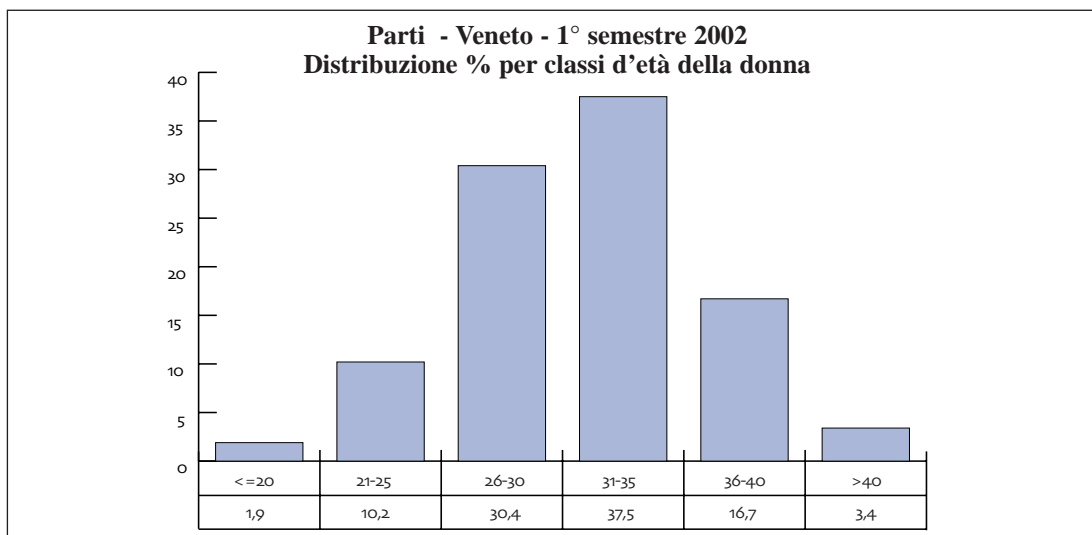
N. ricoveri effettuati	aborto spontaneo		IVG		parto	
	n. donne	%	n. donne	%	n. donne	%
1	6.145	83,4	3.365	95,0	31.701	77,0
2	1.018	13,8	288	4,3	7.258	17,6
3	166	2,3	41	0,6	1.605	3,9
4 e più	39	0,5	9	0,1	613	1,5
Totale	7.368	100,0	6.703	100,0	41.177	100,0

Le donne per cui è stato possibile ricostruire il susseguirsi degli accessi ospedalieri che hanno effettuato una interruzione volontaria sono 6.703: di esse solo il 5% ha avuto più di un ricovero correlato all'IVG. Com'è da attendersi, infatti, la stragrande maggioranza di questo gruppo è scarsamente medicalizzata; da una parte questo trova spiegazione nel fatto che l'intervento a cui sono sottoposte è, da un punto di vista tecnico, assai banale e non necessita mediamente di ricoveri preparatori, dall'altra perché l'interruzione volontaria deve essere effettuata per legge entro il 90° giorno dal concepimento. Anche se un numero considerevole di donne si appresta ad interrompere la gravidanza solo negli ultimi giorni disponibili, la maggior parte effettua l'intervento non appena riconosce di essere gravida, pertanto è difficile si verifichino accessi ai servizi sanitari correlati ad essa.

Tra le donne che hanno effettuato una IVG nel corso del 2001, 229 sono ricorse allo stesso intervento nell'arco dei nove mesi precedenti; la cittadinanza di questo sotto gruppo di donne risulta essere nel 56% dei casi italiana. In generale comunque, fra le donne che ricorrono all'IVG, 4.971 sono italiane, ovvero il 72% del totale delle donne che effettuano l'interruzione volontaria in Veneto. Chiaramente questo dato risente del fatto che le donne italiane sono più delle straniere, ma appare interessante confrontare questa percentuale con la percentuale di donne italiane che effettuano più di una interruzione nell'arco di nove

mesi. Questo confronto mette in luce come le donne straniere non solo tendono ad optare, in stato di gravidanza, per l'interruzione volontaria in misura maggiore rispetto alle italiane, ma abbiano una maggior tendenza a ricorrere a questo intervento in maniera ripetuta.

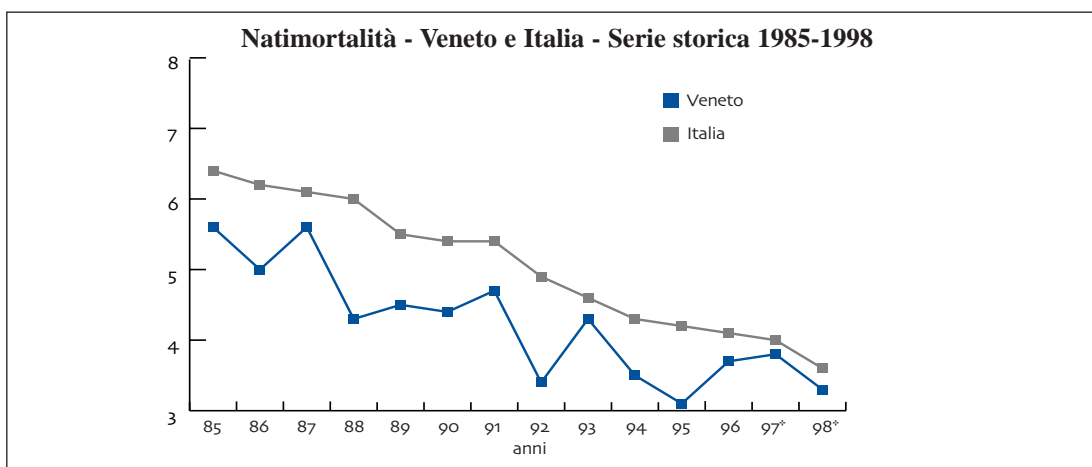
Le donne che hanno avuto un aborto spontaneo e che sono state ricoverate più di una volta sono complessivamente 1.223, ovvero il 17% del totale di questo gruppo.



La distribuzione delle gravide con esito parto per numero di ricoveri mostra come una su quattro riceve, nell'arco dei nove mesi di gestazione, più ricoveri in regime ordinario: si comincia ad assistere al fenomeno della "medicalizzazione della gravidanza" che, chiaramente, risulta più evidente nelle gravidanze che giungono a termine.

La distribuzione delle gravide per età al momento del parto evidenzia come quasi il 40% dei parti avviene da donne di età compresa tra i 31 e i 35 anni.

L'analisi dei dati per modalità di espletamento del parto mostra come il 69% delle gravide partoriscono per via vaginale, il 19% riceve un cesareo d'elezione e solo nel 10% viene effettuato un cesareo d'urgenza. L'uso della ventosa risulta significativo poiché raggiunge una percentuale superiore al 3%.



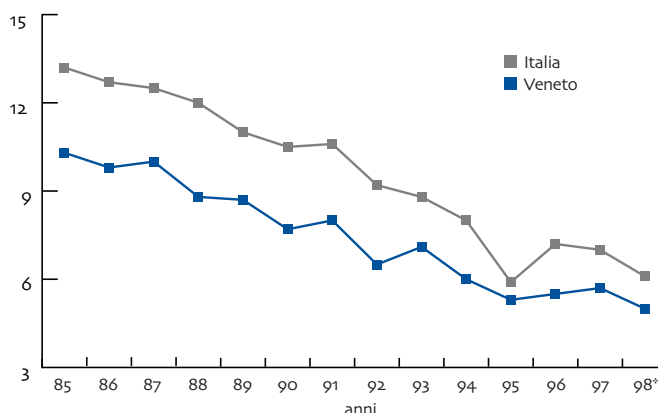
Tutti gli indicatori di mortalità nella fascia d'età 0-18 anni mostrano un calo fin dal 1985 con livelli sempre inferiori ai valori nazionali.

In particolare:

- Nel 1998 la **natimortalità** nel Veneto è stata del 3,3 per 1.000 nati contro il 3,6 italiano. Il calo della natimortalità veneta è stato abbastanza parallelo a quello osservato per l'intera nazione, cosicché la distanza tra il dato veneto e quello italiano è rimasta nel tempo abbastanza stabile.
- La **mortalità perinatale** nel 1998 si attesta al 5,0 per 1.000 nati contro il 6,3 italiano. Attraverso l'utilizzo delle medie mobili, si evidenzia più chiaramente come la tendenza in diminuzione sia negli ultimi anni più rallentata nel Veneto rispetto all'Italia, cosicché la distanza tra i due tassi si è nel tempo progressivamente ridotta. La fluttuazione dei tassi provinciali intorno a quello medio regionale è molto alta, anche se la provincia di Treviso tende a mantenere una posizione costantemente al di sotto della media e quelle di Rovigo e Verona quasi costantemente al di sopra. L'andamento della varianza dei tassi di mortalità perinatale tra le province del Veneto dall'85 al '96 presenta un evidente picco per gli anni 1991 e 1992, composto dalla sommatoria di due picchi, uno più precoce di aumento della variabilità della natimortalità e un secondo, più tardivo, di aumento della variabilità della mortalità neonatale precoce. Nonostante la mortalità perinatale sia correntemente utilizzata come indicatore di cure della gravidanza, parto e periodo neonatale e venga riproposto costantemente tra le statistiche correnti, esso dipende da due frazioni, la natimortalità e la mortalità neonatale precoce, che rispondono frequentemente a determinanti diversi e possono presentare andamenti spazio-temporali non del tutto coerenti fra loro. L'interpretazione del tasso complessivo può essere quindi difficile e a volte fuorviante.

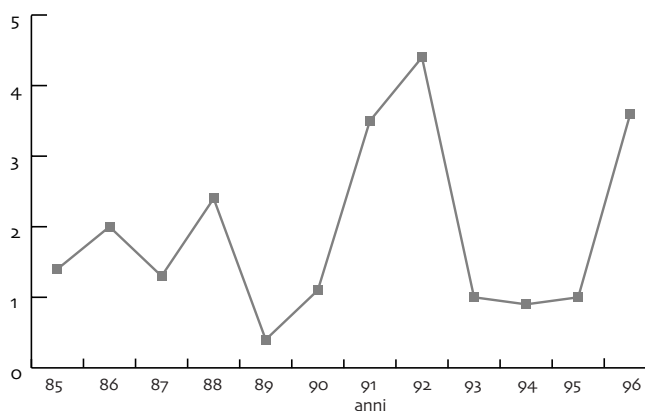
Mortalità perinatale - Veneto e Italia - Serie storica 1985-1998

Tassi per 1.000 nati vivi



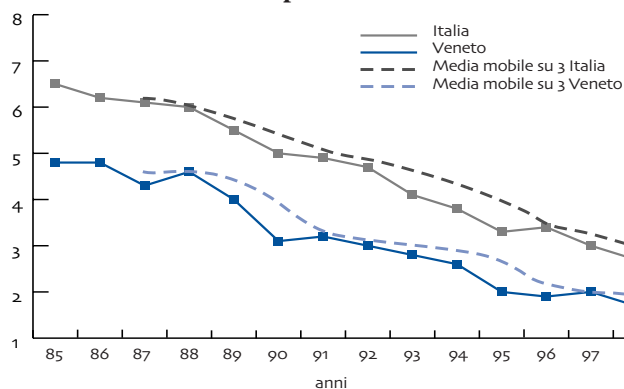
Mortalità perinatale - Veneto - Anni 1985-1996

Andamento della varianza dei tassi specifici per provincia



Mortalità neonatale precoce - Veneto e Italia - Serie storica 1985-1998

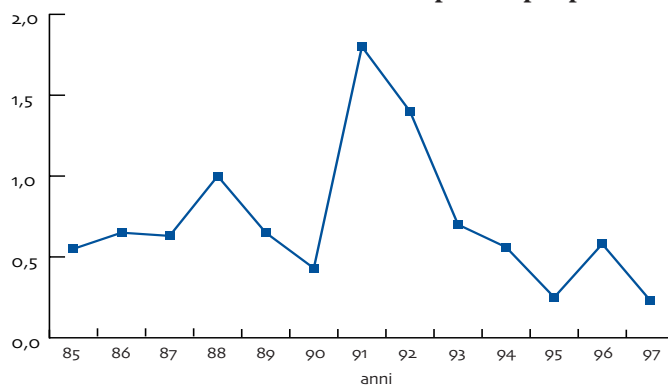
Tassi per 1.000 nati vivi



- L'andamento della **mortalità neonatale** precoce in Veneto e in Italia dal 1985 al 1998 mostra anch'esso una netta diminuzione con un tasso veneto nell'ultimo anno pari a 1,7 per 1.000 nati vivi contro 2,7 nazionale. Questa diminuzione è maggiormente visibile osservando l'andamento delle medie mobili che, diminuendo l'effetto delle fluttuazioni casuali, mette in maggiore evidenza il trend secolare e mostra una lieve tendenza alla riduzione della distanza esistente tra Veneto e media nazionale. La distribuzione del tasso di mortalità neonatale precoce nelle varie province del Veneto per l'anno 1997 fluttua da un minimo di 1,2 a un massimo di 2,6 su 1.000 nati vivi. Gli andamenti dei tassi specifici per provincia nel Veneto dal 1985 al 1997 mostrano come la variabilità intra-regionale ha raggiunto il massimo valore tra il 1991 e il 1992 per poi decrescere fino al 1997.
- Nell'ultimo anno di osservazione la **mortalità infantile** nel Veneto è stata di 3,5 per 1.000 nati vivi, contro i 5,1 per 1.000 dell'Italia. Anche per questa mortalità si è assistito ad un decremento dei valori, sia per il Veneto che per l'Italia, con una caduta per la nostra Regione relativamente meno sensibile e più fluttuante nel tempo. È da sottolineare il plateau con lieve ripresa dei valori che si è avuto negli anni '92-'93. Tale plateau è visibile anche attraverso le medie mobili. Gli scostamenti dei tassi di mortalità infantile delle singole province dal valore complessivo del Veneto descrivono andamenti variabili nel tempo. In questo caso oltre a confermare il picco di massima variabilità intorno al 1992, già osservato per gli altri tassi di mortalità, si registra un ulteriore massimo nel 1995.

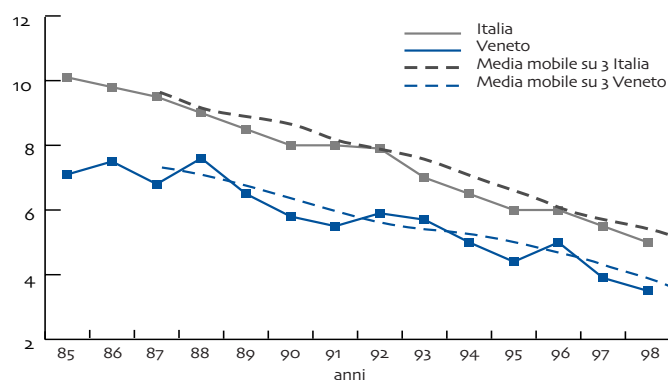
Mortalità neonatale precoce - Veneto - Anni 1985-1997

Andamento della varianza dei tassi specifici per provincia



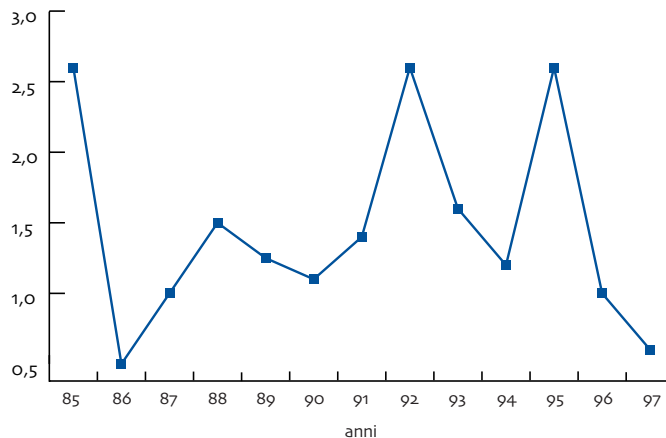
Mortalità infantile - Veneto e Italia - Serie storica 1985-1998

Tassi per 1.000 nati vivi



Mortalità infantile - Veneto - Anni 1985-1997

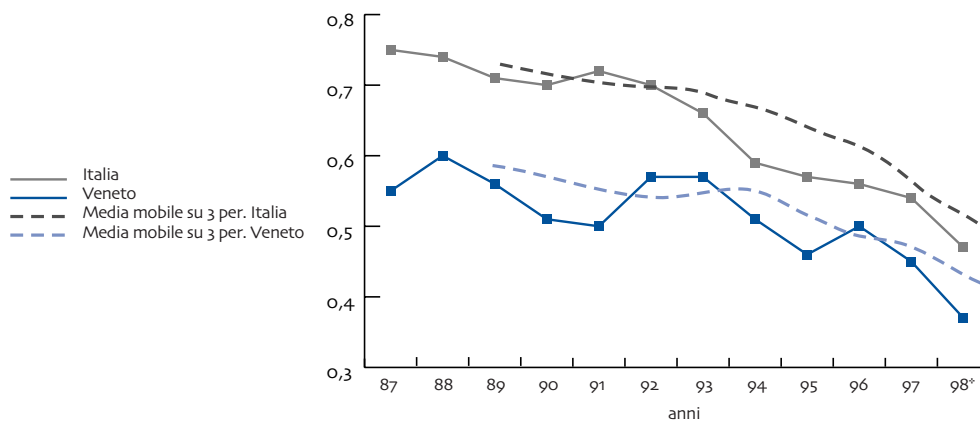
Andamento della varianza dei tassi specifici per provincia



- Il tasso di **mortalità pediatrica** nel Veneto nel 1998 è di 3,7 per 10.000 bambini residenti contro il 4,8 italiano. L'andamento nel tempo è di un calo sufficientemente sensibile per l'Italia e di un trend meno evidente per il Veneto, con una flessione alla fine degli anni '80 e una crescita successiva al '91, anche utilizzando il metodo delle medie mobili si evidenzia tale andamento altalenante. Per tale motivo la distanza tra dato veneto e nazionale si è progressivamente contratta nel tempo. I tassi di mortalità pediatrica nelle provincie del Veneto fluttuano da un 3,5 per 10.000 a un 5,4 per 10.000. Si evidenzia un trend in incremento per la provincia di Vicenza e in contrazione per le restanti. Complessivamente, nel 1998 le cause più rilevanti di mortalità pediatrica sono le affezioni perinatali (33% dell'intera mortalità), le malformazioni congenite (24%), i tumori (11%) e i traumi e incidenti (10%). Nell'età adolescenziale e giovane età adulta assumono peso determinante gli incidenti, che costituiscono la causa di 3 decessi ogni 4 per la fascia di popolazione 15-24 anni. Se consideriamo l'intero arco dell'età più giovane (0-24 anni) il 50% dei decessi è dovuto a cause accidentali, il 13% ad affezioni perinatali, il 10% a malformazioni congenite ed un 8% a tumori.

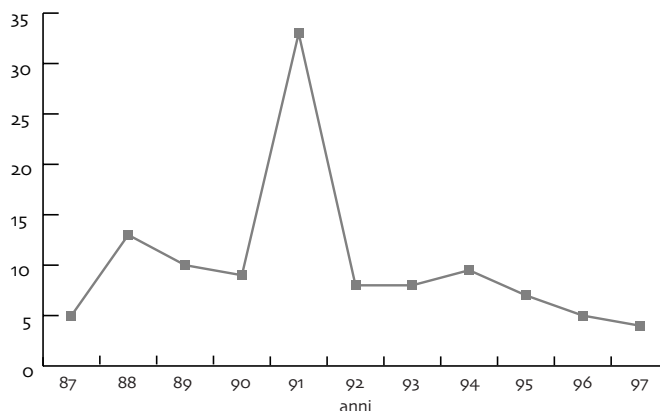
Mortalità in età pediatrica - Veneto e Italia - Serie storica 1985-1998

Tassi per 1.000 residenti in età 0-14 anni



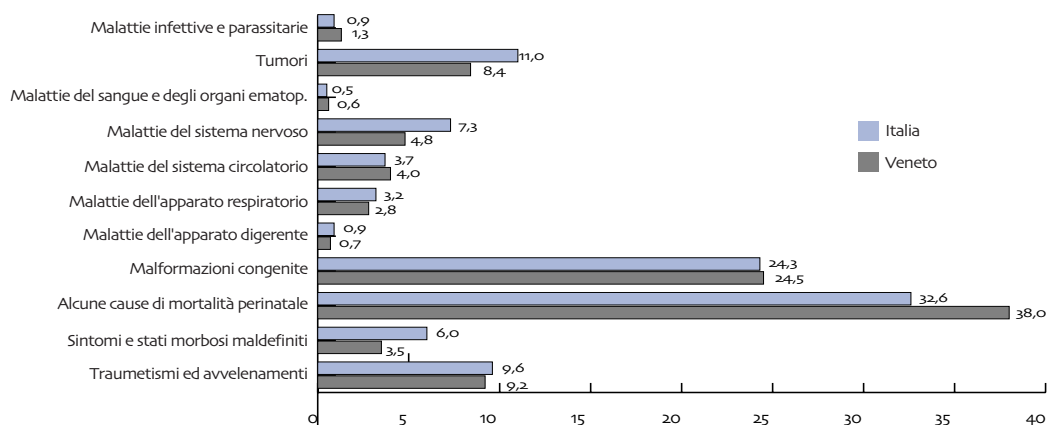
Mortalità in età pediatrica - Veneto - anni 1985-1997

Andamento della varianza dei tassi specifici per provincia



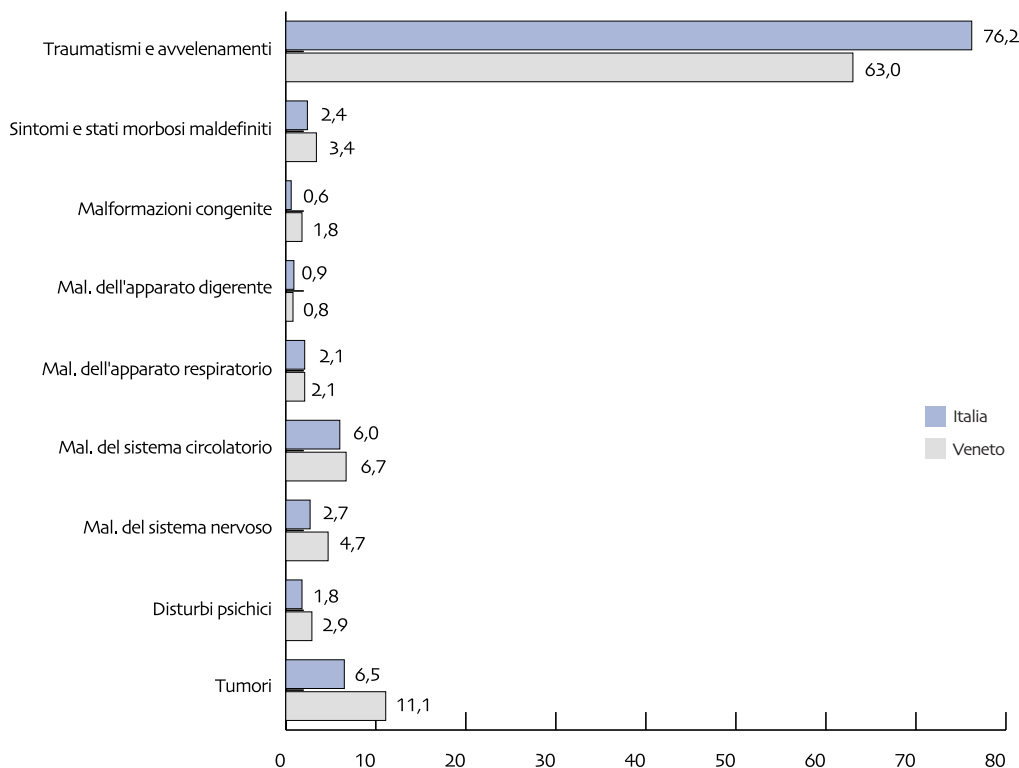
Deceduti residenti per settore nosologico in età 0-14 anni

Veneto e Italia - Anno 1998 - Valori %



Deceduti residenti per settore nosologico in età 15-24

Veneto e Italia - Anno 1998 - Valori %



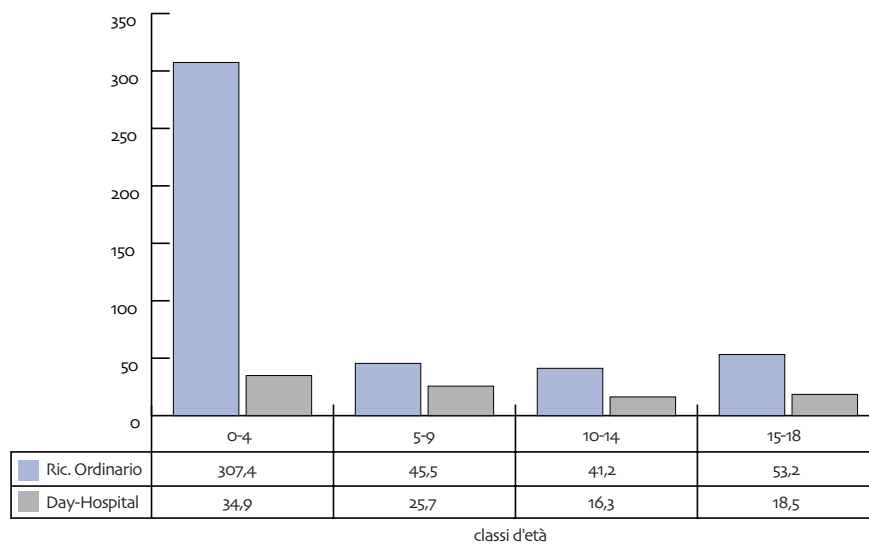
- Il confronto con il dato italiano mostra per la fascia d'età pediatrica (0-14 anni) un peso maggiore delle cause perinatali (38%) e delle malformazioni congenite (24%), mentre tumori ed incidenti assumono un peso relativo più ridotto. Ugualmente, per l'intera fascia 0-24 anni gli incidenti costituiscono la causa del 36% delle morti, contro il 50% del Veneto, mentre affezioni perinatali e malformazioni sommano un altro 33% di decessi contro il 23% del Veneto.

Nonostante i soggetti minori d'età ricorrano meno frequentemente ai servizi ospedalieri rispetto alle età più adulte, i ricoveri complessivi in regime ordinario e di day hospital sono risultati nel corso del 2001 più di 110.000 nel Veneto, rappresentando in termini percentuali, circa l'11% dei ricoveri di tutte le età. La distribuzione dei ricoveri ordinari e degli accessi per day hospital per macrogruppo di diagnosi e per classi d'età nel Veneto fa registrare un maggior ricorso ai servizi sanitari dei soggetti in età 0-4 anni, con il 65% sui ricoveri totali; va tuttavia sottolineato che sono compresi in questo gruppo di ricovero anche i neonati sani.

Il tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti nella fascia 0-18 anni, escludendo i neonati sani, risulta pari a 87,3 per 1.000 residenti nella stessa età.

Ricoveri ospedalieri in età 0-18 - Veneto - Anno 2001

Tassi specifici per classi d'età per 1.000 residenti e regime di ricoveri



Suddividendo il dato complessivo nelle due componenti di ricovero ordinario e di day hospital, si riscontra una netta differenza nelle due tipologie di accesso ai servizi sanitari: per il regime ordinario risulta di 116,9 per 1.000 residenti, mentre il tasso in day hospital è pari a 24,2 per 1.000 residenti.

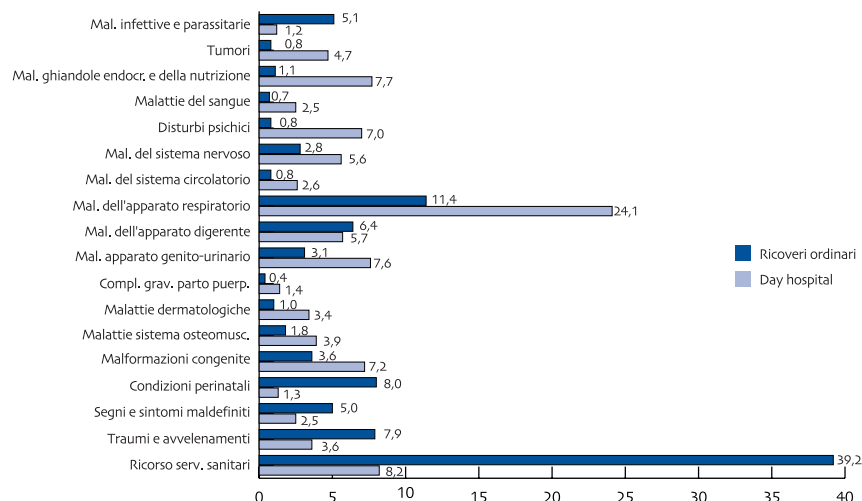
Per quel che riguarda la distribuzione per classi d'età, il tasso in regime di ricovero ordinario presenta notevoli differenze nelle varie fasce d'età, con valori molto elevati nella fascia 0-4 anni, una netta diminuzione nella fascia 5-15 anni per poi risalire nella fascia 15-18. Anche il tasso in day hospital presenta lo stesso andamento, seppure in forma meno marcata.

Il motivo di ricovero ordinario più frequente appare dovuto alle malattie dell'apparato respiratorio e alle malattie dell'apparato digerente, soprattutto per i soggetti di età 0-4 anni; in questa fascia si segnalano inoltre accessi per malformazioni congenite, per traumi e avvelenamenti e per malattie infettive. Gli alti tassi di ospedalizzazione dovuti alle condizioni di origine perinatale e alla categoria "ricorso ai servizi sanitari" sono da attribuire per lo più al ricovero per la nascita. L'ospedalizzazione per traumi e avvelenamenti presenta un andamento caratteristico, poiché risulta elevato nei primi anni di vita, subisce una forte flessione negli anni successivi, per assumere nuovamente valori molto alti intorno alla maggiore età.

L'accesso al regime di day hospital si verifica soprattutto per i disturbi psichici e per malattie dell'apparato respiratorio. Al fine di valutare la numerosità dei pazienti in età pediatrica con ricorso ripetuto ai servizi ospedalieri, assumendo il rientro di un soggetto per la stessa patologia, come indicatore proxy di cronicità, si è proceduto in maniera analoga a quanto visto nella ricostruzione della storia delle gravidanze patologiche, ovvero per ogni ricovero in età pediatrica avvenuto nel 2001 si sono ricercati tutti i ricoveri della stessa persona avvenuti nei 12 mesi precedenti. È stata poi analizzata la distribuzione delle patologie nei casi di ricovero ripetuto, allo scopo di estrapolare le patologie croniche che maggiormente hanno richiesto un ricovero ospedaliero.

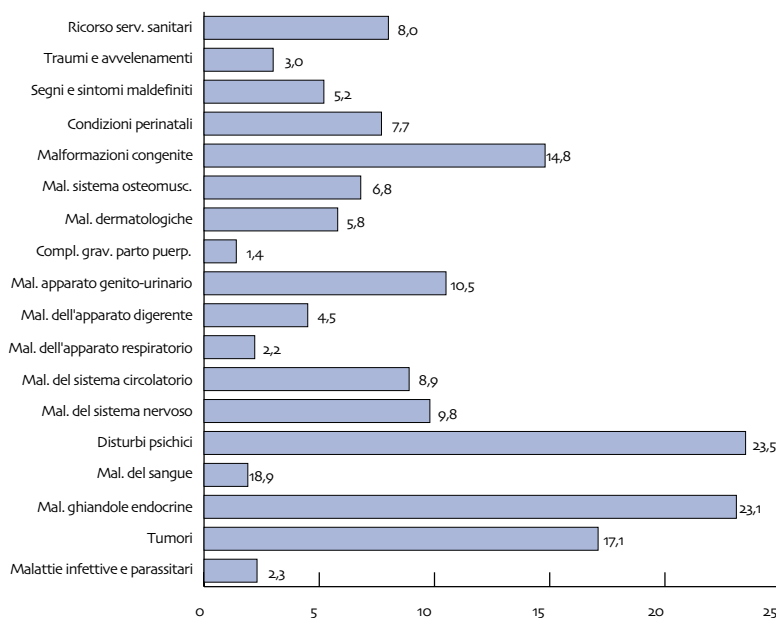
Ricoveri di residenti in età 0-18 anni per gruppi nosologici e regime di ricovero

Veneto - Anno 2001 - Valori %



Ricoveri di residenti in età 0-18 anni per gruppi nosologici - Veneto - Anno 2001

% ricoveri ripetuti per la medesima patologia entro 12 mesi



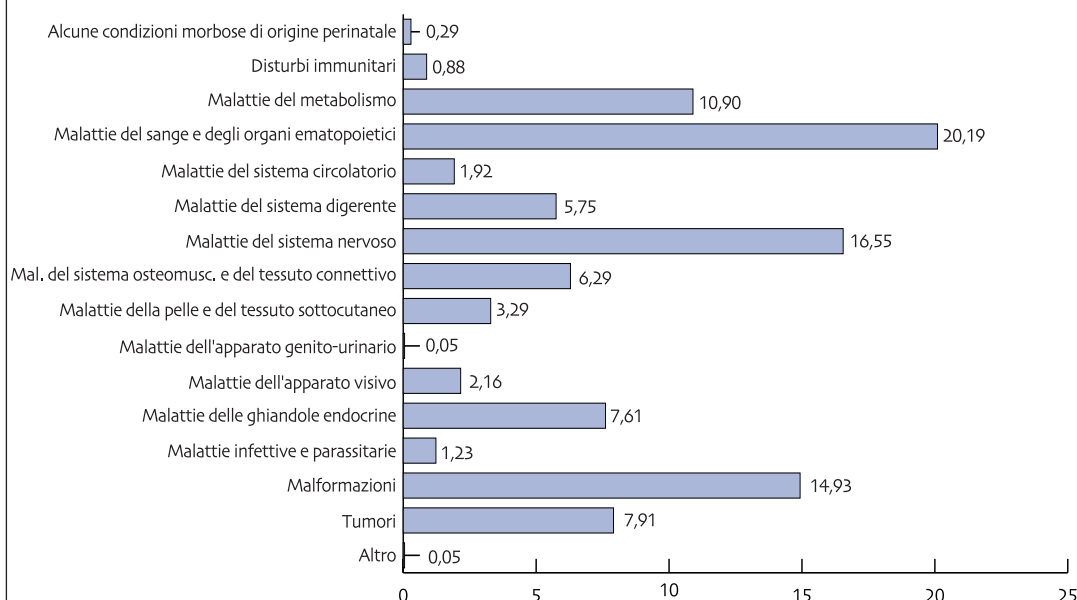
La percentuale di rientri per la stessa patologia con un numero di ricoveri superiore a 2, risulta pari al 7% dei casi in Veneto; le patologie che sembrano portare ad un maggior numero di rientri sono relative soprattutto ai disturbi psichici, alle malformazioni congenite ed a malattie dell'apparato genito-urinario.

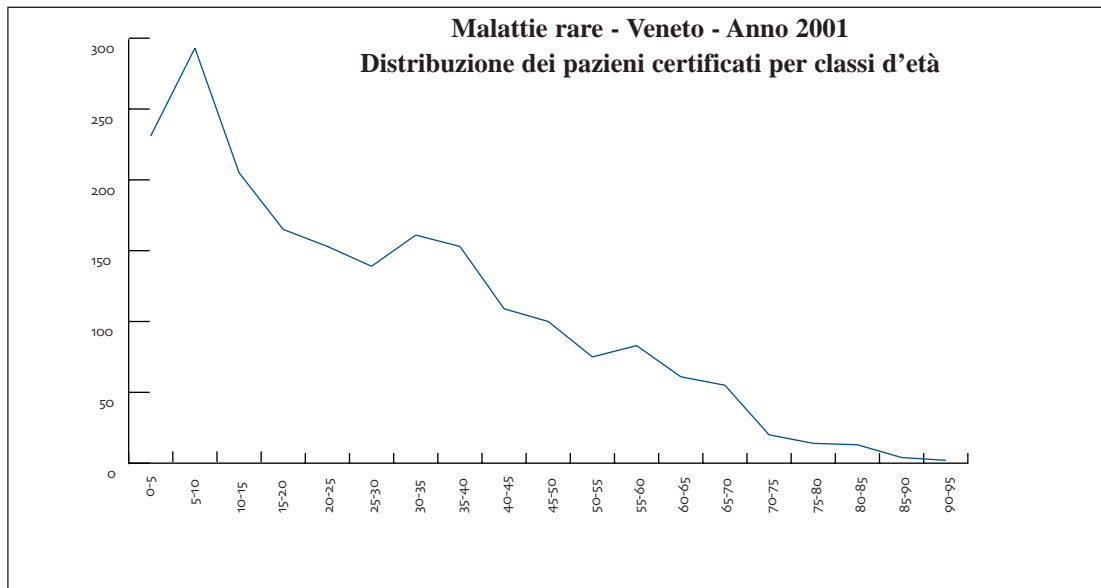
L'interesse intorno alle malattie rare si è progressivamente spostato nel tempo, dall'emanazione di leggi specificamente orientate al supporto ai farmaci cosiddetti "orfani", alla pianificazione di interventi assistenziali specifici, fino all'emanazione di vere e proprie politiche di sanità pubblica a riguardo.

Seguendo queste direttive, il Ministero della Salute ha disposto, tramite il Decreto Ministeriale n. 279/2001, la strutturazione di un complesso sistema di assistenza e monitoraggio nazionale per i malati affetti da malattie rare. Il Decreto contiene precise indicazioni di legge che definiscono obblighi da parte dello Stato e delle Regioni in ambito di programmazione sanitaria e contestualmente individuano particolari benefici per i pazienti affetti da malattie rare.

Malattie rare - Anno 2001

Distribuzione % dei pazienti certificati in Veneto per gruppi di patologia





Nell'ambito della creazione della rete di assistenza per i pazienti affetti da malattie rare, il Decreto Ministeriale n. 279/2001 prevedeva l'obbligo per le Regioni di procedere alle seguenti tre attività: certificazione di malattia (a carico dei centri accreditati nel Sistema Regionale e Nazionale), attestazione di esenzione (a carico dell'ASL di residenza del paziente), registrazione di ciascun paziente (a cura dei Registri sovra-regionali).

La Regione del Veneto attraverso il Registro Regionale delle Malattie Rare, facente parte del Centro di Riferimento Regionale delle Malattie Rare, ha proceduto anzitutto all'identificazione, quanto più precisa possibile, dei soggetti affetti da malattie rare e perciò aventi diritto all'assistenza prevista dal Decreto ministeriale.

Con riferimento alle fonti internazionali più autorevoli ed aggiornate, a testi scientifici, a banche dati on-line e mediante ricerche bibliografiche compiute attraverso i database di Medline e Current Content si è giunti a identificare 2.174 nomi di malattie definibili come rare in quanto comprese o sinonimi delle 546 malattie del Decreto. Tali malattie devono essere trattate dalla rete regionale e determinano il diritto, per gli affetti, ad accedere ai benefici di legge.

Il sistema creato ha congiunto le tre attività di attestazione, certificazione ed esenzione, creando un polo di riferimento regionale al quale afferiscono le informazioni derivanti dalla diagnosi del paziente, che vengono parzialmente utilizzate sia per l'attestazione di esenzione, che per la registrazione del caso. Questo ha comportato:

- la definizione del debito informativo che ciascun Centro accreditato aveva nei confronti dell'ASL di residenza del paziente e nei confronti del Registro Regionale,
- la creazione di un unico database regionale con differenti output da utilizzare per le tre differenti attività,
- la realizzazione di un articolato sistema di collegamento e trasmissione delle informazioni all'interno della Regione con caratteristiche di praticità, agilità e sicurezza.

È stato quindi pianificato e predisposto un programma basato su un sistema web browse accessibile dalla Intranet della Regione Veneto, che gestisce un unico database relazionale permettendo, attraverso differenti livelli di accesso, le funzioni di caricamento, lettura, stampa dei dati. Il sito in oggetto utilizza lo standard di sicurezza Secure Sockets Layer a 128 bit che permette il flusso criptato dei dati. Tale database permette alle strutture preposte di effettuare contemporaneamente la certificazione di malattia, l'attestato di esenzione e la registrazione del soggetto nel Registro Regionale. Questo sistema semplificando il percorso assistenziale del paziente evita l'accesso ripetuto a differenti servizi regionali e a differenti Aziende Sanitarie Locali per ottenere i benefici previsti dalla legge.

Da maggio 2001 a novembre 2002 sono state effettuate 2.036 operazioni che implicano allo stesso tempo certificato di diagnosi, attestazione del diritto all'esenzione e registrazione del caso.

La distribuzione delle certificazioni suddivise per gruppi di patologia, così come definiti dalla classificazione ICD9-CM, evidenzia come la maggior parte delle certificazioni riguardi alcuni gruppi di patologie, non solo le malformazioni congenite (14,9%), ma anche le malattie del sangue e degli organi ematopoietici (20,2%), le malattie del sistema nervoso (16,6%) e le malattie del metabolismo (10,9%).

Osservando la distribuzione per classi di età è possibile notare come la maggior parte dei pazienti certificati appartenga alle classi di età più basse: il 35,8% ha infatti meno di 15 anni.

All'interno della rete sanitaria regionale si sono identificati flussi e concentrazioni naturali di pazienti per attività diagnostiche o assistenziali riferibili alle malattie rare e sono stati individuati i presidi nei quali si realizzava un'aggregazione di competenze specifiche nell'ambito della diagnosi, terapia e presa in carico dei pazienti affetti da tali patologie.

Al fine di individuare i centri da accreditare per l'attività diagnostica e assistenziale sono state strutturate nel corso del 2001 due diverse indagini, utilizzate come fonti di dati indipendenti.

La prima è costituita da un questionario realizzato ad hoc, la seconda basata su flussi di rilevazioni correnti quali le Schede di Dimissione Ospedaliera dei ricoveri ordinari e dei Day Hospital. Il questionario, inviato a ciascuna azienda ULSS e alle due Aziende Ospedaliere del Veneto, ha permesso di ottenere informazioni relative alle caratteristiche dei servizi per i quali era richiesto l'accreditamento: la disponi-

bilità di risorse specifiche per l'assistenza ai pazienti con malattie rare, la pregressa attività clinica per macro-gruppi di patologie, i legami scientifici regionali, nazionali ed internazionali, i collegamenti con associazioni d'utenza. L'identificazione dei Presidi con maggiore esperienza per gruppi specifici di patologia è stata ottenuta confrontando i dati provenienti dal questionario e dalle schede di Dimissione Ospedaliera. La selezione tra i Presidi individuati ha tenuto conto dell'esperienza clinica specifica per le malattie o per i gruppi di malattie rare.

Sono giunte complessivamente 230 richieste di accreditamento da parte di 18 Aziende ULSS e 2 Aziende Ospedaliere. La selezione operata ha portato all'accreditamento di 9 ULSS e 2 Aziende Ospedaliere, demandando ai presidi identificati il compito di coordinare le varie Unità Operative, riconosciute come accreditate, all'interno dell'azienda sanitaria.

Nell'anno 2001 è stata realizzata la pagina web del Registro, <http://malattierare.pediatria.unipd.it>, accessibile dalla rete a partire dal 1 Maggio 2001. Il sito dinamico comprende, sia stime di occorrenza ed utilizzo dei servizi, che informazioni dettagliate sulle singole patologie riconosciute come rare in Italia. Presenta inoltre una overview sulla tematica, sulla legislazione nazionale, sui farmaci orfani, e link con i più rilevanti siti sull'argomento, nazionali ed internazionali. Ogni patologia dispone di una scheda costituita dai seguenti contenuti informativi: nome e sinonimi della malattia, definizione, storia naturale ed epidemiologia, segni e sintomi, eziologia, metodologie diagnostiche e diagnosi prenatale, terapia, codici di classificazione internazionale (ICD-9, ICD-9-CM, ICD-10), bibliografia aggiornata agli ultimi 6 mesi. Gli accessi registrati nel corso del 2001 sono stati più di 7.000. All'indirizzo di posta elettronica dedicato (e-mail: malattierare@pediatria.unipd.it) sono giunte e-mail da pazienti affetti e loro familiari, da professionisti sanitari e da Associazioni d'utenza.

Durante l'anno 2001 si è sviluppato anche il rapporto con le associazioni d'utenza che si occupano di malattie rare. Sono state prese in considerazione le Associazioni a carattere sanitario e socio-assistenziale; tra esse sono state considerate quelle operanti nel territorio della Regione Veneto e quelle che, pur fuori Regione, potevano rivestire un ruolo nell'assistenza dei pazienti affetti da malattie rare. Si è così giunti a disporre di un archivio elettronico multifonte contenente informazioni relative a 1.218 organizzazioni. Di queste, 644 presentano una sede nella Regione Veneto, 89 si occupano specificatamente di malattie rare. È stato realizzato e somministrato alle associazioni d'utenza di interesse per le malattie rare che operano nella Regione Veneto un questionario ad hoc. Sono state così raccolte informazioni riguardanti l'organizzazione di tali associazioni, la loro distribuzione nel territorio regionale, le patologie seguite, il bacino d'utenza, le azioni svolte, i problemi maggiormente avvertiti, le risorse impiegate, i collegamenti con le strutture ed istituzioni socio-sanitarie regionali, nazionali ed internazionali. Sono stati identificati tre tipi di Associazioni: associazioni che si dedicano ad una singola patologia d'interesse, associazioni che si dedicano a due o più patologie o gruppi di patologie, associazioni rivolte all'assistenza e alla riabilitazione di soggetti disabili, portatori di uno o più handicap. Al primo gruppo appartengono 13 Associazioni, pari al 25,5% del totale delle Associazioni alle quali è stato somministrato il questionario. Il gruppo più numeroso è rappresentato dalle associazioni che si occupano di un filone nosologico; esse coprono il 43,1% del totale, il restante 31,4% delle organizzazioni si occupa di assistenza e riabilitazione ad ampio spettro. I tre tipi di Associazioni raccolgono nel complesso 5.804 iscritti.

Come già osservato nelle precedenti Relazioni Socio-Sanitarie e nel capitolo sulla popolazione, uno dei fenomeni che caratterizza il Veneto nell'ultimo decennio è la presenza sempre più massiccia di una popolazione con cittadinanza straniera.

Considerando solo la popolazione immigrata che ha scelto di prendere la residenza nel Veneto, per la quale esiste un flusso informativo ISTAT ormai consolidato, si può osservare come dal 1991 al 2001 tale presenza sia quintuplicata.

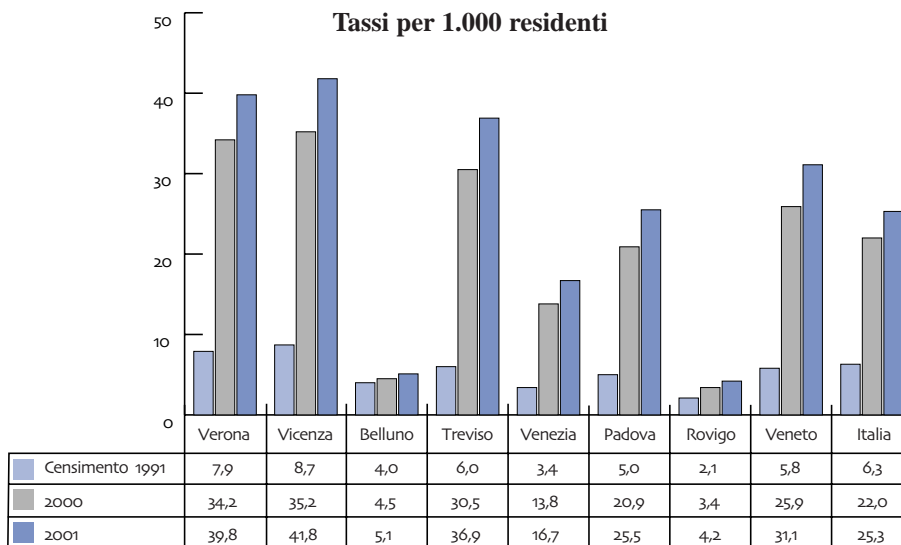
Al 1.1.2001 gli stranieri residenti in Veneto ammontano a 141.160, un decimo circa di tutti i cittadini stranieri residenti in Italia.

Popolazione residente con cittadinanza straniera

ANNI	VENETO al 1.1				ITALIA al 1.1			
	numero	Variazione			numero	Variazione		
		V.A.	%	N.I.		V.A.	%	N.I.
Censim.	25.471			100,0	356.159			
1992	25.471				356.159			
1993	39.388	13,917	54,6	154,6	573.258	217.099	61,0	161,0
1994	44.700	5.312	13,5	175,5	629.165	55.907	9,8	176,7
1995	50.662	5.962	13,3	198,9	685.469	56.304	8,9	192,5
1996	57.575	6.913	13,6	226,0	737.793	52.324	7,6	207,2
1997	71.102	13.527	23,5	279,1	884.555	146.762	19,9	248,4
1998	83.172	12.070	17,0	326,5	991.678	107.123	12,1	278,4
1999	97.218	14.046	16,9	381,7	1.116.392	124.714	12,6	313,5
2000	117.045	19.827	20,4	459,5	1.270.553	154.161	13,8	356,7
2001	141.160	24.115	20,6	554,2	1.464.589	194.036	15,3	411,2

Nota: La popolazione straniera riportata come residente al 31.12.91 è quella rilevata al Censimento (20.10.91)

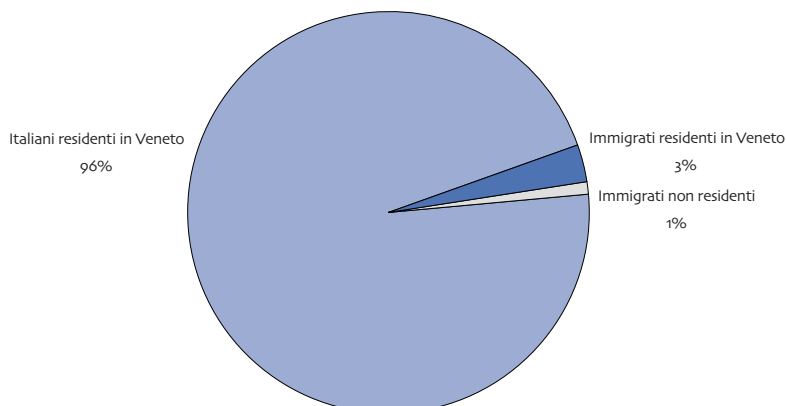
Popolazione straniera residente per provincia - Veneto e Italia



Le provincie con il tasso maggiore di residenti con cittadinanza straniera, risultano Vicenza, Verona e Treviso, ma sono in aumento anche le altre provincie venete.

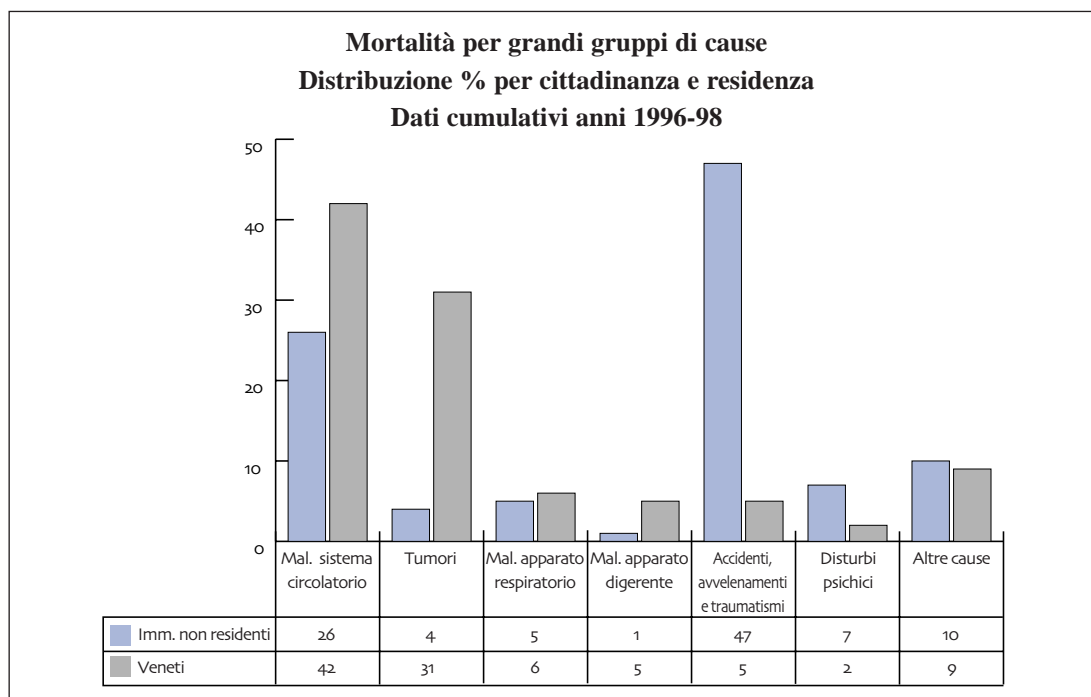
Ricoveri in Veneto - Anno 2000

Distribuzione % di cittadini italiani ed immigrati



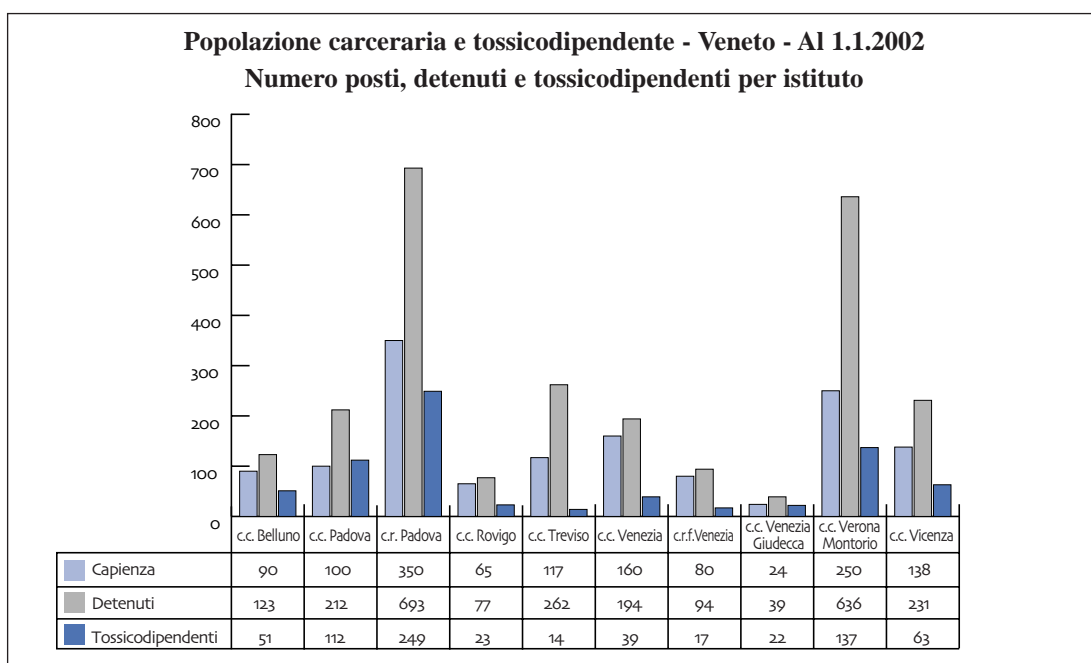
Ricoveri in Veneto per cittadinanza e residenza - % per regime di ricovero - DRG con frequenza > 1 - Anno 2000

CITTADINI IMMIGRATI NON RESIDENTI		CITTADINI RESIDENTI IN VENETO	
DRG	% ricoveri totali	DRG	% ricoveri totali
RICOVERO ORDINARIO		RICOVERO ORDINARIO	
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	8%	Neonato normale	5%
Aborto con D&C, isterosuzione o isterectomia	3%	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	4%
Esofagite, gastroenterite e disturbi digestivi, età >17 senza cc	3%	Insufficienza cardiaca e shock	2%
Minaccia d'aborto	3%	Esofagite, gastroenterite e disturbi digestivi, età >17, senza cc	2%
Neonato normale	3%	RICOVERO DIURNO	
Altre condizioni morbose antepartum con complicanze	2%	Chemioterapia	9%
Taglio cesareo senza cc	2%	Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	9%
RICOVERO DIURNO		D&C, conizzazione escluso tumore maligno	4%
Aborto con D&C, isterosuzione o isterectomia	69%	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17, senza cc	3%
Chemioterapia	2%	Decompressione del tunnel carpale	3%
Infezioni da HIV con o senza altre patologie correlate	2%	Aborto con D&C, isterosuzione o isterectomia	3%
		Legatura e stripping di vene	3%
		Interventi mano o polso escluso interventi maggiori articolazioni, senza cc	2%
		Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <17	2%
		Interventi ginocchio, senza cc	2%
		Altri interventi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella, senza cc	2%



Analizzando i dati dei ricoveri ospedalieri e di mortalità con riferimento alla cittadinanza e alla residenza dei soggetti, oltre a quanto già evidenziato specificatamente per alcune problematiche, in generale emergono le seguenti considerazioni:

- Le cause di ricovero degli immigrati irregolari si differenziano in modo sostanziale da quelle dei residenti in Veneto essendo in gran parte concentrate su problematiche legate alla gravidanza, in particolare per quanto riguarda i ricoveri diurni.
- Fra le cause di morte fra gli immigrati irregolari prevalgono di gran lunga quelle di natura violenta, ma anche i disturbi psichici ricorrono con una frequenza superiore a quella registrata fra la popolazione residente in Veneto.



In vista di dare completa attuazione al DLvo n.230 del 22.6.1999 che prevede il trasferimento alle Regioni delle funzioni di organizzazione, programmazione e controllo e alle aziende sanitarie locali la gestione e il controllo dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e sul funzionamento dei servizi medesimi, di seguito si evidenzia la situazione della popolazione carceraria nel Veneto.

Al 1.1.2002 negli istituti penitenziari del Veneto sono detenute 2.561 persone (0,6 per 1.000 residenti) con un indice di affollamento del 186 per 100, ossia rispetto alla capienza prevista per ogni posto vi sono quasi due detenuti. Si evidenzia, tuttavia, che soltanto il 57% hanno una situazione giudiziaria definitiva, un 25% è ancora in attesa di giudizio, mentre il rimanente 17% è in situazione di appello. Gli istituti penitenziari più affollati sono, nell'ordine, quelli di Verona, di Treviso e di Padova.

Oltre il 93% della popolazione carceraria è di sesso maschile e il 18% al di sotto dei 25 anni.

Per quanto riguarda i problemi di salute, quello certamente più consistente attiene al fenomeno della tos-

sicodipendenza: oltre il 28% dei detenuti risulta infatti dipendente con percentuali superiori al 50% per gli istituti di Venezia e Padova.

Elementi di riflessione per il governo regionale

Le strategie di programmazione attuate dalla Regione Veneto in ottemperanza alla normativa vigente italiana e comunitaria che si intende continuare a promuovere hanno avuto il fine di:

- predisporre una rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie prevalenti nei gruppi di popolazione più vulnerabili (patologia in età pediatrica e anziana e malattie rare);
- implementare sistemi di certificazione di malattia, attestazione di esenzione e monitoraggio dei pazienti cercando gli strumenti che semplifichino il percorso dell'utenza nel soddisfacimento dei diritti previsti dalla legge;
- istituire sistemi di formazione dei professionisti ed informazione degli utenti, ad opera dei Centri regionali specializzati e dei Registri di patologia;
- rafforzare e promuovere il rapporto con le associazioni di utenza che si occupano in particolare delle malattie rare.

In particolare risultano obiettivi strategici per le politiche di prevenzione nel prossimo triennio per l'area pediatrica:

- mantenere l'attuale livello di copertura vaccinale per l'età pediatrica;
- ridurre l'incidenza di traumi stradali tra i bambini;
- diminuire l'esposizione a fumo passivo di nati e bambini in ambito domestico;
- ridurre la prevalenza di obesità e sovrappeso.

Per quanto riguarda la popolazione straniera si rimanda alle indicazioni specifiche riportate nel successivo capitolo 4.12 relativo all'assistenza agli immigrati irregolari; per l'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti si rimanda invece al capitolo 4.9.

FONTI

fonti

- Regione Veneto:
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio per le attività distrettuali - Progetti vari
 - Direzione Risorse Socio-Sanitarie Servizio Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche - Archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
 - Direzione Servizi Sociali – Servizio Prevenzione delle Devianze
 - Centro di Riferimento del Sistema Epidemiologico Regionale c/o Azienda ULSS 8
 - Osservatorio Regionale della patologia in età pediatrica c/o Azienda Ospedaliera di Padova
 - Direzione Immigrazione
- Proweditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria – Padova: Rilevazioni periodiche sulla popolazione carceraria
- ISTAT:
 - Banca dati statistica
 - Annuario Statistico Italiano - Anno 2001
 - Nascite: caratteristiche demografiche e sociali - Anno 1996
 - Decessi: caratteristiche demografiche e sociali - Anno 1998
 - La presenza straniera in Italia: caratteristiche demografiche

TAVOLE

tavole in allegato

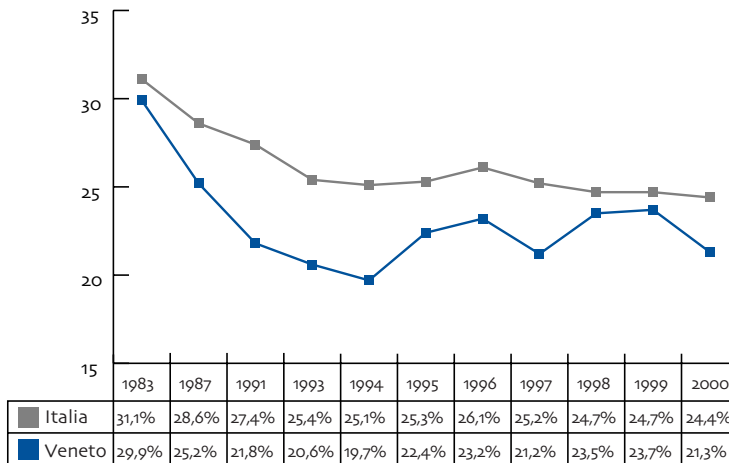
- TAVOLA 2.2.1, TAVOLA 2.2.2, TAVOLA 2.2.3

Fenomeni di maggior rilevanza / interesse

FATTORI DI RISCHIO
COMPORMENTALI

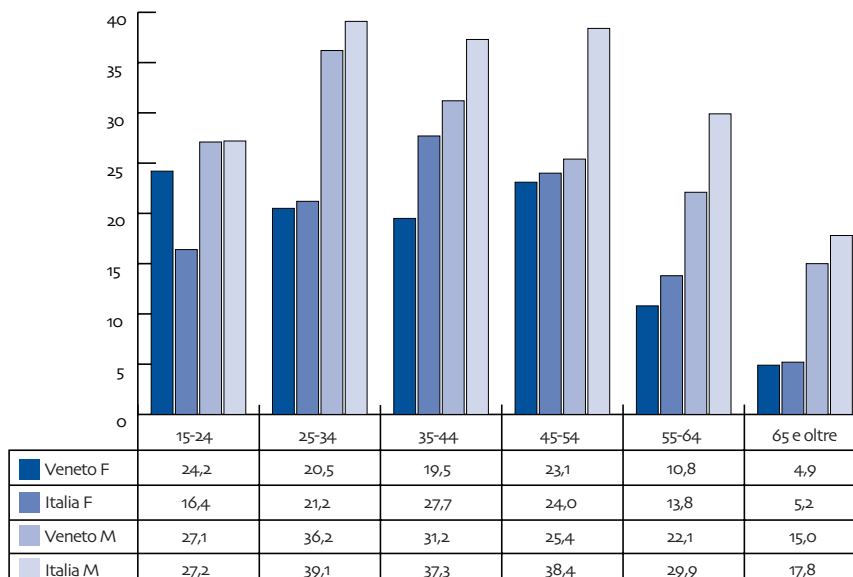
Fumo

Abitudine al fumo di tabacco - Veneto e Italia
% Fumatori di 15 anni e più

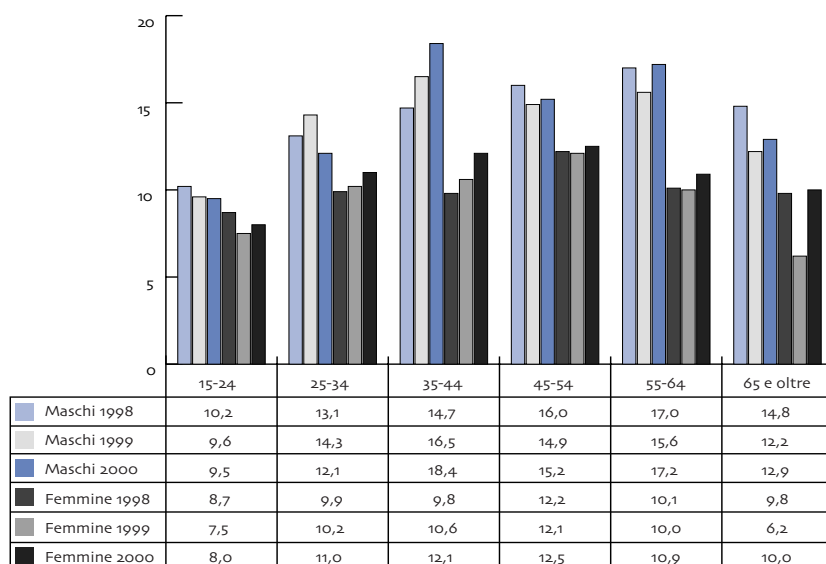


Alcuni dei fattori determinanti nella netta flessione delle principali cause di morte (neoplasie e coronaropatie) dell'ultimo secolo nella nostra regione, sono individuati nella diminuzione di abitudini comportamentali lesive della salute personale. Il consumo di tabacco costituisce di gran lunga il più importante fattore di rischio per la salute, in particolare per le malattie cardio-vascolari, neoplastiche e respiratorie. Il fumo è causa molto rilevante delle maggiori malattie cardiovascolari, cioè coronaropatie e ictus (20-25%), aneurisma dell'aorta (50%), arteriosclerosi dei vasi degli arti inferiori (25%) e cuore polmonare cronico (80-90%). Il consumo di tabacco ha un peso ancora maggiore sull'origine dei tumori causandone circa un terzo, in particolare quelli del polmone (quasi 90%), vescica (28%), pancreas (25%), esofago (66%), rene (25%) e leucemie (19%). Inoltre, il fumo costituisce il principale fattore di rischio per bronchite cronica ed enfisema (80%) e costituisce un'importante causa di polmonite (20%). Il fumo è anche un fattore di rischio per l'osteoporosi e quindi per la frattura del collo del femore.

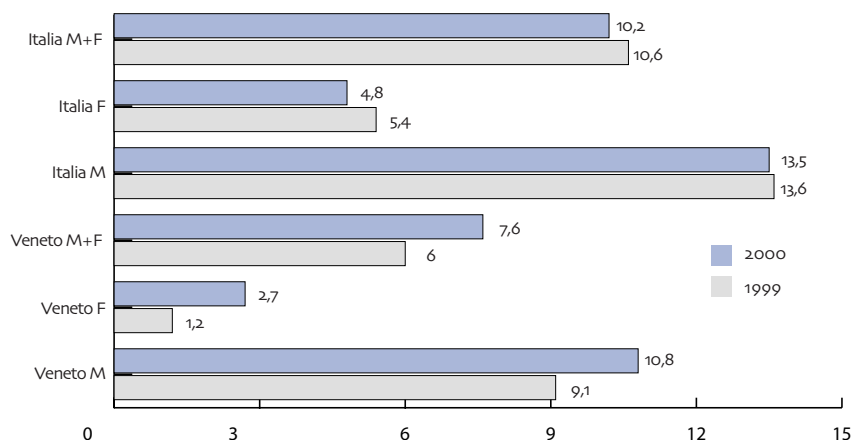
Abitudine al fumo di tabacco per sesso e classi d'età
Veneto e Italia - Anno 2000



**Abitudine al fumo di tabacco per sesso e classi d'età
Veneto - Anni 1998/2000
Consumo medio giornaliero di sigarette**

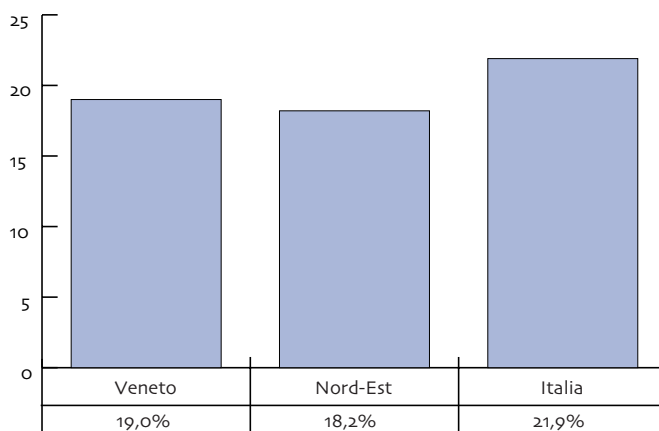


**Abitudine al fumo di tabacco per sesso
Veneto e Italia - Anni 1999 e 2000
% di persone di 15 e più che fumano oltre 20 sigarette al giorno**



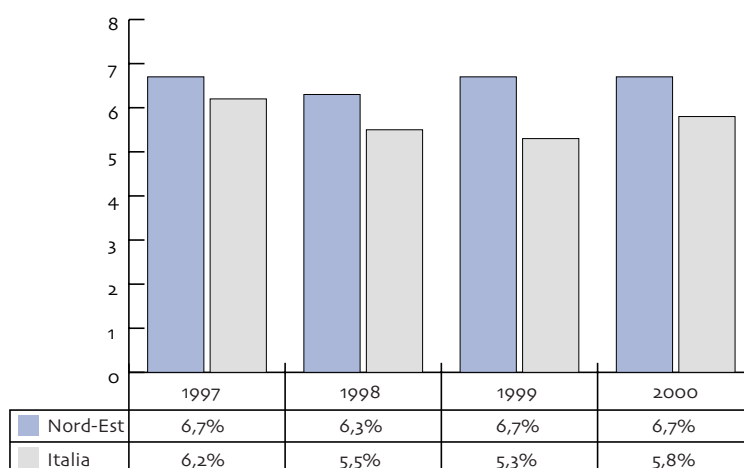
Dagli ultimi dati rilevati dall'ISTAT nell'indagine campionaria sulle famiglie denominata "Multiscopo" sugli aspetti della vita quotidiana e sullo stile di vita, si nota che il consumo di tabacco risulta in lieve diminuzione. La riduzione più forte si è osservata nelle classi d'età più avanzate in conseguenza di un più diffuso fenomeno di cessazione dal fumo, i cui benefici sono sostanziali e compaiono con rapidità: il rischio di infarto acuto del miocardio e di tumore polmonare, ad esempio, si dimezzano, rispettivamente, dopo uno e cinque anni dalla cessazione. Purtroppo l'interruzione tra gli anziani è compensata da un aumento dei cosiddetti "forti fumatori" (con un consumo medio giornaliero di sigarette maggiore e superiore a 20) e da un recente aumento del consumo di tabacco tra i giovani, soprattutto femmine: questo fenomeno costituisce la più forte minaccia ai progressi ottenuti relativamente allo stato di salute della popolazione Veneta. Metà di questi giovani, se non abbandoneranno il fumo, inevitabilmente morirà precocemente per cause legate al consumo di tabacco e uno su sette tra quelli che fumano uno o due pacchetti di sigarette al giorno svilupperà una neoplasia polmonare. Le conseguenze del fumo saranno altrettanto serie sulla prevalenza di disabilità nelle future generazioni di anziani producendo patologie quali insufficienza respiratoria, cardiaca e vascolare agli arti inferiori e sequele di fratture del collo del femore.

Fumatori passivi - Veneto e Italia - Anno 2000
Tassi standardizzati per 100 residenti



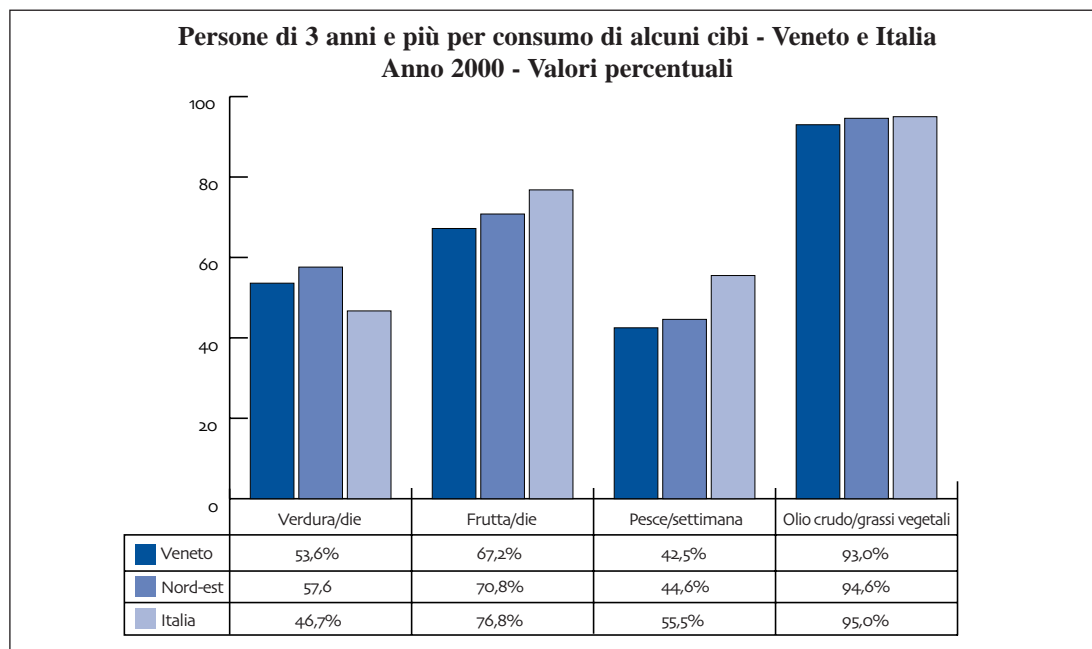
Gli effetti del fumo sono severi anche sugli individui esposti a fumo passivo, in particolare sul feto, essendo tra le più importanti cause di basso peso alla nascita, e sul neonato, potendone indurre la morte improvvisa. Nel fumo passivo sono contenute quattro sostanze certamente carcinogene tra le quali il benzene e altre dieci probabilmente carcinogene. L'esposizione al fumo passivo in ambienti domestici o occupazionali aumenta il rischio di neoplasia polmonare del 30-50% e spiega un quarto dei tumori del polmone tra non fumatori. Il numero di neoplasie polmonari attribuibile al fumo passivo nel Veneto è pari a circa 60 decessi all'anno. Molto più numerosi sono i casi di infarto acuto del miocardio. La popolazione veneta che vive in famiglia con almeno un fumatore risulta inferiore al valore.

Persone di 15 anni e più che consumano oltre 1/2 litro di vino al giorno
Nord-Est Italia - Anni 1997-2000 - Valori percentuali



L'abuso di alcol è correlato a diverse patologie: cirrosi epatica, pancreatite, neoplasie delle alte vie respiratorie e digerenti, ipertensione arteriosa, sindrome di dipendenza dell'alcol e traumatismi involontari, cioè stradali, occupazionali, domestici, e volontari. Nel Veneto, le tendenze di queste patologie sono in netta diminuzione, sia in termini di mortalità che di morbosità, soprattutto tra i maschi e le informazioni disponibili riguardo il consumo di alcol sono coerenti con tale andamento. In definitiva, il consumo di alcol si è ridotto bruscamente e sostanzialmente dagli anni '60 e si è attestato su valori percentuali abbastanza stabili sebbene leggermente superiori alla media nazionale. Il consumo di alcol non rappresenta più una delle cause principali di morte precoce e disabilità anche se possono essere ancora fatti progressi.

Una peculiarità epidemiologica del Veneto è l'elevata mortalità per neoplasie delle alte vie respiratorie e digerenti che è diverse volte superiore a quella del sud Italia. Questo fenomeno deriva dal consumo associato di alcol e tabacco in una percentuale significativa particolarmente di maschi.

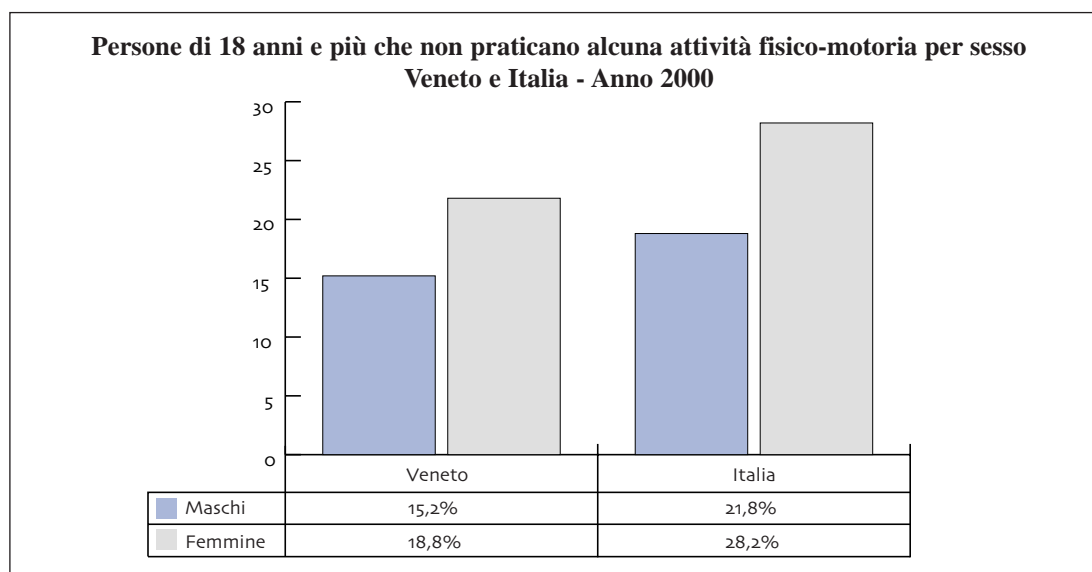


Per i due terzi dei cittadini del Veneto che non fumano e non bevono esageratamente, i determinanti più importanti per patologie croniche sono l'alimentazione inappropriata e la sedentarietà. Negli ultimi decenni la dieta dei Veneti è migliorata in conseguenza ad un maggiore consumo di frutta, verdura, pesce e olio di oliva. Tuttavia il consumo di frutta e verdura è ancora lontano dalla quantità consigliabile.

Persone di 15 anni e più in sovrappeso, per sesso e classi d'età - Anni 1999 - 2000

Classi d'età	Veneto			Italia		
	M	F	Totale	M	F	Totale
15-24	15,7	7,5	11,7	17,8	7,6	12,8
25-44	39,4	15,2	27,6	38,0	16,0	27,1
45-64	49,4	33,2	41,3	50,6	33,7	42,0
65 e oltre	52,0	35,0	41,8	48,6	37,9	42,3
Tot.	42,3	24,6	33,2	41,6	25,8	33,4
Tasso st.	39,5	23,1	31,1	39,2	24,2	31,4

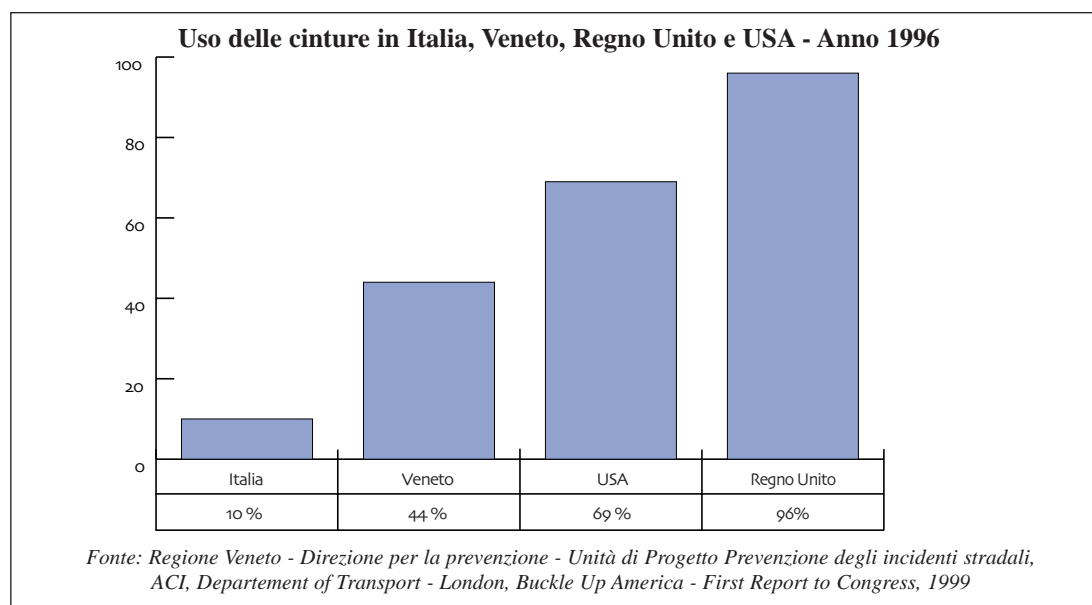
Indipendentemente dall'età, solo il 22% della popolazione pratica regolarmente una qualche forma di attività fisica e sportiva. Una dieta ipercalorica associata a sedentarietà conduce al sovrappeso, la cui prevalenza nei maschi è già molto elevata tra i giovani adulti e raggiunge valori vicini al 50% tra i 45 e i 64 anni per aumentare ancora negli anziani. Tra le femmine la frequenza aumenta progressivamente con l'età ma rimane sempre inferiore a quella degli uomini; nel gruppo d'età compreso tra 25 e 44 anni, tale differenza è pari a quasi due volte e mezza. Una prevalenza elevata di sovrappeso nei giovani adulti riflette anche un problema in età adolescenziale e pre-scolare. Dieta ipercalorica e sedentarietà costituiscono inoltre fattori di rischio cruciali per molte malattie metaboliche, in particolare il diabete, e l'ipertensione. Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare è stato ampiamente dimostrato nei confronti delle patologie cardio e cerebrovascolari, osteoarticolari, in particolare l'osteoporosi, e della neoplasia del colon.



L'attività fisica e sportiva aiutano inoltre ad allontanare i giovani adolescenti dal fumo di tabacco. Un'attività fisica regolare, ad esempio di 30 minuti al giorno, e moderata accresce il benessere psico-fisico e l'autonomia funzionale delle persone anziane e quindi non solo contribuisce ad allungare la durata della vita ma anche la sua qualità. Attività fisiche e sportive di maggiore durata e/o intensità apportano un ulteriore guadagno in salute per chi le pratica.

Fumo, obesità, sedentarietà ed un elevato consumo di sale costituiscono fattori di rischio per l'ipertensione arteriosa. Le conseguenze dell'ipertensione sulla salute sono molto serie, in particolare l'ictus e lo scompenso cardiaco. Studi in Regioni contigue al Veneto, come il Friuli e la Lombardia rivelano che il controllo dell'ipertensione lascia ancora notevoli spazi di miglioramento in quanto solo un paziente iperteso su sette presenta valori pressori accettabili.

Gli effetti degli stili di vita dannosi per la salute si manifestano non solo in età adulta ma anche negli anziani soprattutto in termini di insufficienza respiratoria, cardiaca e renale, coronaropatie e sequele di ictus e fratture del collo del femore.



I fattori di rischio comportamentali dei traumi stradali sono il mancato uso delle cinture di sicurezza, dei seggiolini per bambini e del casco tra i ciclisti, la guida sotto l'effetto di alcol e droghe e il non rispetto del codice della strada. La proporzione di passeggeri e guidatori di autoveicoli che usa cinture di sicurezza e seggiolini per bambini è ancora troppo limitata, decisamente più bassa di quella della grande maggioranza dei Paesi industrializzati, sebbene superiore alla media nazionale. Inoltre, un recente studio, condotto nel Veneto dal Centro di Tossicologia Comportamentale e Forense, stima che il 4-5% dei conducenti di automezzi circolanti durante la notte del fine settimana sia in stato di ebbrezza alcolica e l'1-2% sotto l'influenza di droghe. Una delle conclusioni di questo studio è che il nostro Paese si colloca tra quelli dove il fenomeno della guida sotto l'effetto di alcol e droghe è maggiormente diffuso.

Oltre ai fattori di rischio comportamentali responsabili di una proporzione rilevante dei decessi e delle patologie diffuse nel Veneto, lo stato di salute è influenzato anche da fattori al di fuori del controllo individuale, dei quali lo stato socio-economico è il più importante. L'esistenza di un rapporto diretto fra stato socio-economico e salute è dimostrato sia dalle analisi tra diverse nazioni sia dagli studi che valutano la distribuzione delle principali cause di mortalità fra distinte classi socio-economiche all'interno dei singoli paesi. Infatti, i cittadini dei paesi più ricchi, come l'Italia, vivono più a lungo rispetto a quelli residenti nelle nazioni più povere, come dimostrato dalla relazione diretta fra Prodotto Interno Lordo e aspettativa di vita alla nascita, mentre, all'interno dei singoli paesi, le classi sociali più povere muoiono più precocemente rispetto alle classi sociali più benestanti.

In Veneto, non sono state realizzate analisi sull'eventuale presenza di un gradiente socio-economico di salute, tuttavia, è ragionevole pensare che i risultati emersi dagli studi sulle disuguaglianze di salute raccolti in altre Regioni Italiane e negli altri paesi industrializzati siano validi anche nel contesto regionale. Questi studi affermano che lo stato socioeconomico influenza la salute della popolazione attraverso almeno due modalità. Da una parte popolazioni povere, con un basso livello di istruzione, ed un basso livello di occupazione, hanno maggiori probabilità di vivere in circostanze ambientali e sociali dannose per la salute. Dall'altra, popolazioni di basso livello socioeconomico hanno una maggiore probabilità di adottare comportamenti a rischio come fumare, consumare bevande alcoliche, nutrirsi in modo poco equilibrato e condurre una vita sedentaria.

La globalizzazione dei mercati degli alimenti ad uso zootecnico, degli animali vivi e dei loro prodotti, che si è verificata a seguito dell'Accordo sulle misure sanitarie e fitosanitarie siglato nell'ambito dell'Organizzazione Mondiale del Commercio, ha avuto un evidente impatto sulla salute delle popolazioni animali e sulla sicurezza degli alimenti che richiedono adeguati interventi di sanità pubblica a difesa della salute del consumatore.

L'inquinamento atmosferico, determinato da autoveicoli, industrie e sistemi di riscaldamento domestico, aumentano la mortalità per malattie respiratorie acute e croniche quali asma e bronchite e cardiovascolari, particolarmente tra gli anziani e, più in generale, coloro che soffrono di patologie respiratorie e cardiovascolari. Il rischio è dose-dipendente, cioè a più elevate concentrazioni di inquinanti corrispondono maggiori danni in termini di salute e sembra che non esista una soglia sotto la quale l'effetto non sia rilevabile. Il progresso nel controllo delle emissioni è stato sostanziale negli ultimi decenni e deriva, tra l'altro, dalla netta riduzione del contenuto di zolfo nel gasolio da riscaldamento, dalla sua sostituzione con il gas metano e dall'eliminazione del piombo nella benzina. Contraddicendo una percezione diffusa tra la popolazione, l'inquinamento ambientale è un fattore di rischio di scarsa importanza nell'eziologia delle neoplasie polmonari e l'Environmental Protection Agency degli USA stima che la proporzione di nuovi tumori polmonari nella popolazione, attribuibile all'inquinamento atmosferico, sia pari all'uno per cento.

Il radon, gas radioattivo, rappresenta un rischio reale, scientificamente provato, per la salute costituendo la seconda causa di tumore polmonare. L'Agenzia per la Ricerca sul Cancro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha classificato il radon come "carcinogeno per gli esseri umani" insieme al tabacco, al benzene e all'alcol. Il rischio di sviluppare neoplasia polmonare cresce in modo lineare con l'aumento dell'esposizione, cioè raddoppiando i livelli di esposizione si raddoppia il rischio. I fumatori esposti al radon presentano un rischio circa 15 volte superiore rispetto ai non-fumatori esposti alle stesse concentrazioni di gas. In altre parole la maggior parte dei tumori del polmone in persone esposte al radon non sarebbero comparsi se le stesse persone non avessero fumato. Questo fenomeno è equivalente al rischio di sviluppare neoplasia del polmone in lavoratori esposti all'amianto tra i quali la probabilità è sostanzialmente più elevata nei fumatori.

L'esposizione professionale a sostanze come il benzene e le emissioni da motori diesel aumentano l'occorrenza di alcune neoplasie, mentre l'evidenza scientifica di un aumento del rischio nella popolazione generale in seguito alle basse esposizioni ambientali non è convincente.

L'infrastruttura stradale inadeguata costituisce un determinante di molto peso per i traumi stradali nel Veneto. La maggiore frequenza degli infortuni occupazionali nel Nord-Est è probabilmente legata alle caratteristiche del sistema produttivo caratterizzato da elevata produttività, mobilità e stress, oltre che dalla presenza di piccole realtà produttive poco permeabili alla cultura dell'organizzazione della sicurezza del lavoro. Ciò è documentato anche dal fatto che la mortalità da infortuni mortali accaduti "alla guida di..." rispetto al totale degli infortuni mortali è passata dal 20% del 1987 al 60% del 1998, la quota rimanente degli infortuni mortali occorsi in ambienti confinati si è quindi ridotta sostanzialmente.

Elementi di riflessione per il governo regionale

La sfida che la Regione intende affrontare e vincere riguarda l'adozione di strategie e di programmi di promozione della salute che, in collaborazione con i servizi di diagnosi e terapia, siano in grado di ridurre la diffusione dei fattori di rischio più importanti delle maggiori patologie.

Gli obiettivi strategici che le politiche di prevenzione intendono affrontare nel prossimo triennio sono:

- prevenire le principali patologie causa di mortalità precoce, in particolare traumi stradali e occupazionali, neoplasie del polmone e del colon, malattia coronarica, suicidi e AIDS,
- prevenire le principali patologie causa di disabilità grave, in particolare traumi involontari, stradali e occupazionali, ictus e malattia coronarica,
- prevenire i determinanti di disabilità nell'età adulta attraverso un approccio primario e secondario, focalizzando gli interventi su fumo, sedentarietà, dieta inappropriata, abuso di alcol, mancato uso dei sistemi di sicurezza individuali,
- consolidare i programmi di screening delle neoplasie mammaria e della cervice uterina su tutto il territorio regionale,
- formulare strategie di screening dell'ipertensione arteriosa e della neoplasia del colon,
- potenziare l'offerta vaccinale per l'età adulta con particolare riferimento ai vaccini contro il virus influenzale e il pneumococco.

fonti

- Regione Veneto - Direzione per la Programmazione Socio-Sanitaria - Centro di Riferimento del Sistema Epidemiologico Regionale c/o Azienda ULSS 8
- ISTAT - "Fattori di rischio e tutela della salute" - Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999 - 2000
- ISTAT - "Le condizioni di salute della popolazione" - Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999 - 2000
- ISTAT - "Sistema sanitario e salute della popolazione" - Indicatori regionali Anni 1998 e 1999
- ISTAT - "Stili di vita e condizioni di salute" - Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2000

Fenomeni di maggior rilevanza / interesse

Per una valutazione globale dello stato di salute della popolazione non è sufficiente considerare indicatori oggettivi calcolati sulla base di informazioni riferite all'assenza di malattia o al benessere fisico, bensì diventa non indifferente cogliere anche gli aspetti più soggettivi, collegati alla capacità di percepirsi in una situazione di "benessere fisico, mentale e sociale", secondo la più ampia definizione di salute accolta dall'OMS nella dichiarazione di Alma Ata nel 1978.

La percezione soggettiva di benessere così inteso, deriva perciò non solo dalla capacità di autodefinirsi in buone condizioni di salute fisica, ma anche in equilibrio con sé stessi e con il contesto in cui si vive, cioè dalla capacità di avvertire che l'ambiente circostante è in grado di dare risposte ai bisogni di salute e a quelli, più generali, di qualità di vita e di relazione.

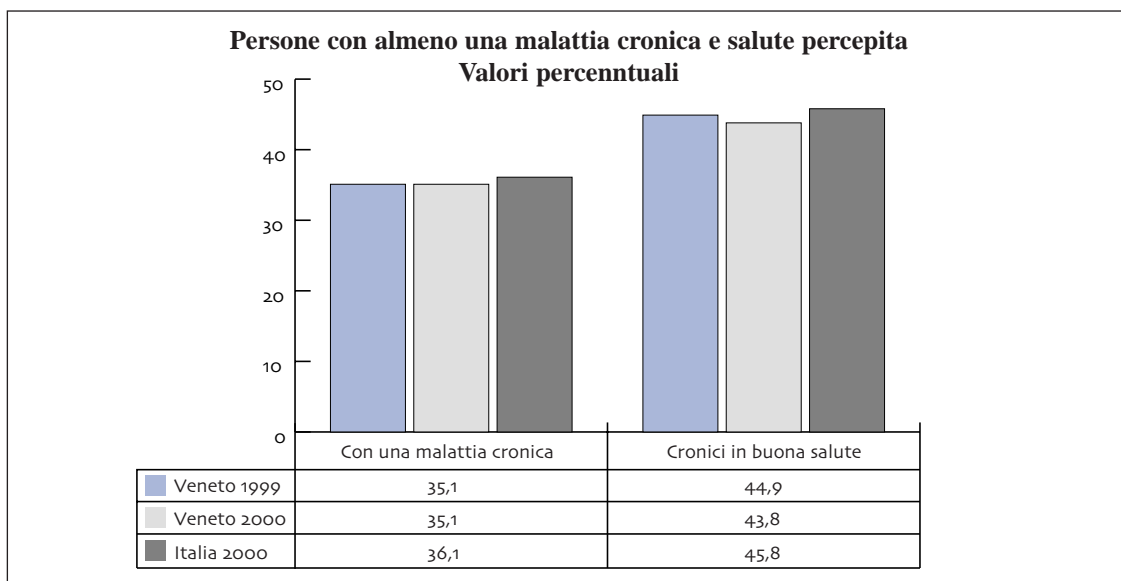
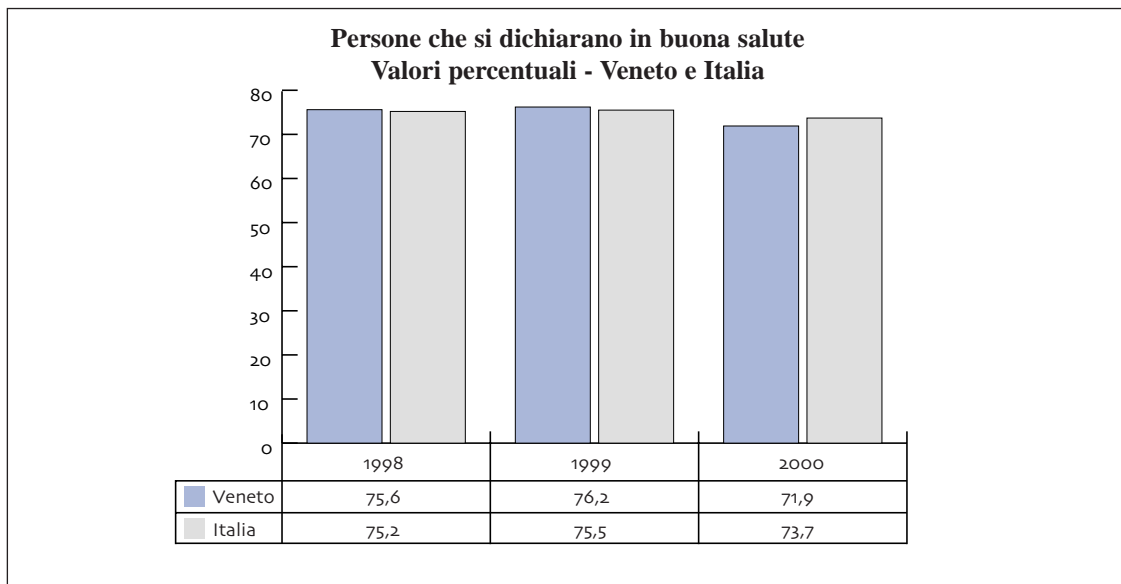
L'ISTAT, ha avviato a partire dal dicembre 1993, una serie di indagini campionarie sulle famiglie, denominate "Indagini Multiscopo" che prevedono accanto ad un'indagine annuale, altre indagini a cadenza quinquennale.

Tali indagini mirano ad approfondire varie tematiche della vita quotidiana della popolazione e a cogliere il grado di soddisfazione dei servizi di pubblica utilità.

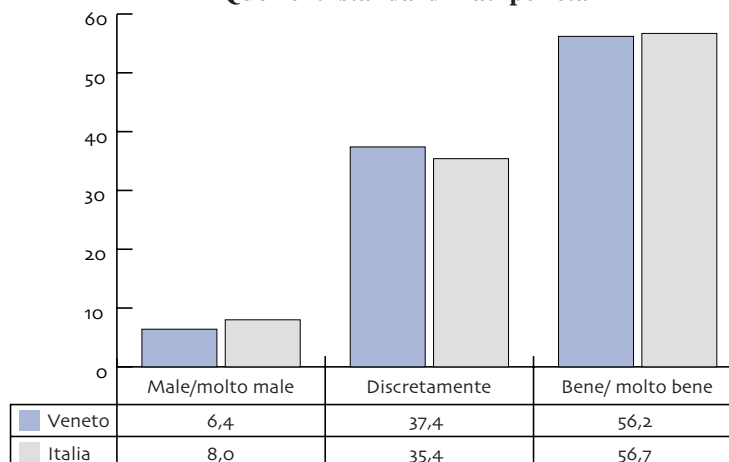
L'indagine annuale sugli "Aspetti della vita quotidiana" prevede quesiti specifici sullo stile di vita e sulle condizioni di salute, nonché in particolare una domanda relativa al giudizio sulla propria salute.

Secondo i dati ISTAT, la percentuale di cittadini del Veneto che considerano il proprio stato di salute buono o ottimo è superiore al 70%. Tale percentuale risulta, però, in lieve flessione nell'ultimo anno e inferiore al valore medio nazionale, anch'esso peraltro in diminuzione.

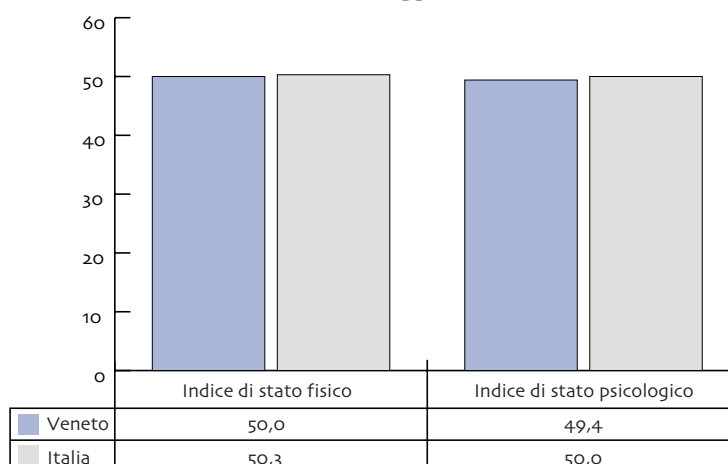
Naturalmente una forte influenza è data dall'evoluzione demografica della popolazione veneta: in generale le donne sono quelle che hanno una percezione peggiore del proprio stato di salute e il divario con gli uomini aumenta all'elevarsi dell'età.



**Persone di 14 anni e oltre per valutazione del proprio stato di salute
Veneto e Italia - Anno 2000
Quozienti standardizzati per età**



**Persone di 14 anni e oltre per valutazione del proprio stato di salute
Veneto e Italia - Anno 2000
Indici sintetici - Punteggi medi standardizzati**



Nella valutazione soggettiva del proprio stato di salute intervengono pertanto oltre a fattori demografici anche altre variabili, come il grado di istruzione e la condizione socio-economica.

Nell'ultima indagine specifica ISTAT sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", svolta nel biennio 1999-2000, oltre al quesito generale è stato inserito uno specifico strumento, denominato questionario SF12, che attraverso 12 domande ha consentito di indagare otto diversi aspetti dello stato di salute e di sintetizzarli in due indici: uno relativo allo stato fisico (Physical Component Summary) e uno psicologico (Mental Component Summary).

I valori degli indici sintetici variano, sul campione osservato a livello nazionale da 10,5 a 69,7 per il PCS e da 7,4 a 72,1 per l'indice MCS: indicando al loro crescere, migliori condizioni di salute psicofisica.

In generale, il Veneto presenta indici in linea con i valori medi nazionali, confermando uno stato di salute medio-buono. Una caratteristica veneta sembra essere una differenza maggiore tra i due indici, dove quello di salute psicologica risulta inferiore a quello di salute fisica.

Elementi di riflessione per il governo regionale

Gli indicatori sulla salute percepita hanno limiti notevoli nel rappresentare lo stato di salute di una popolazione in quanto sono fortemente influenzati dalle aspettative dei cittadini relativamente a questa dimensione della qualità della vita. Tali aspettative dipendono dalla disponibilità di informazioni sulla salute e di servizi sanitari, in una espressione dagli standard di stato di salute accettabile. In generale esiste una relazione inversa tra sviluppo socio-economico e percezione di un buono stato di salute sia all'interno di uno stesso Paese, sia tra nazioni diverse. Migliorando le condizioni di salute ed il grado di educazione dei membri di una società, maggiore diventa la consapevolezza riguardo livelli di salute elevati e più alte le aspettative. Questo fenomeno si manifesta anche in Veneto, per cui occorre valutare con grande prudenza i dati presentati.

fonti

- Regione Veneto - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria - Centro di Riferimento del Sistema Epidemiologico Regionale c/o Azienda ULSS 8
- ISTAT - "Le condizioni di salute della popolazione" – Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999 - 2000
- ISTAT - "Sistema sanitario e salute della popolazione" – Indicatori regionali Anni 1998 e 1999
- ISTAT - "Stili di vita e condizioni di salute" – Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2000

FONTI