

GLI INDICATORI DI SALUTE

La lettura delle schede relative agli indicatori epidemiologici (A1: mortalità per tutte le cause e A2: mortalità per causa di morte, vedi fine capitolo) ed il loro approfondimento, che questo capitolo cerca di fornire, richiede una considerazione preliminare.

In questo documento infatti vengono commentati solo dati di mortalità, e non di morbosità (=malattia) o di disabilità.

Tradizionalmente l'importanza di diverse patologie è misurata in base al numero di decessi che ognuna di esse causa. *Per molte malattie e traumi, però, le misure di mortalità costituiscono solo la "punta dell'iceberg": fra le conseguenze negative che una malattia comporta, la morte rappresenta la parte più visibile e misurabile, ma questa misura non rende l'idea del "peso", sia in termini individuali che di Sanità Pubblica, della cronicità e soprattutto della disabilità.* I traumi stradali, ad esempio, costituiscono sì la prima causa di morte fra i bambini ed i giovani adulti, ma sono anche causa importante di disabilità, principalmente per paralisi. Come altro esempio si può prendere in considerazione l'ictus, classificato fra le patologie cardiovascolari, che, come vedremo contribuiscono in modo importante alla mortalità. La sua rilevanza deriva in primo luogo dal fatto che rappresenta la più importante causa di disabilità dopo i 45 anni, in quanto due terzi delle persone sopravvivono e molte di queste soffrono di conseguenze gravi (incontinenza urinaria, limitazioni della mobilità e dell'autosufficienza). Vi sono poi altre patologie, come la depressione, che, pur non essendo causa frequente di morte, sono prioritarie per la loro diffusione e per gli effetti sulla qualità della vita.

Le misure di mortalità che consideriamo, quindi, servono come "bussola" per orientarsi nella definizione delle priorità fra i problemi di salute della popolazione di Mareno di Piave. Misure via via più fini dovranno in futuro tener presenti anche le patologie che determinano una riduzione della qualità della vita piuttosto che della sua durata.

Un'ulteriore misura, necessaria soprattutto per la definizione delle strategie di promozione della salute e di prevenzione, riguarda *la distribuzione delle patologie causa di mortalità e disabilità all'interno della popolazione (per fasce di età, sesso, nazionalità, reddito e stato sociale).*

Auspichiamo che il cammino intrapreso permetta, attraverso il lavoro interdisciplinare e con la comunità, di giungere alle "migliori misure possibili" allo scopo di venire sempre meglio incontro al bisogno di salute espresso dai cittadini di Mareno di Piave.

EVOLUZIONE DELLA MORTALITÀ GENERALE

Lo studio della mortalità in Veneto, pubblicato dall'Assessorato alle Politiche Sanitarie nel Bollettino Epidemiologico Regionale n°0, supportato dalle numerose statistiche pubblicate periodicamente dall'ISTAT, permette di concludere che "la popolazione residente in Veneto non ha mai goduto di condizioni di salute migliori di quelle attuali". L'evoluzione durante il 1900 di indicatori come la speranza di vita alla nascita, il **tasso di mortalità generale** (cioè il numero di morti in una popolazione in un determinato periodo di tempo), corretto per l'età della popolazione, i tassi di mortalità per fascia di età e sesso, è stata favorevole, soprattutto dagli anni '50 in poi.

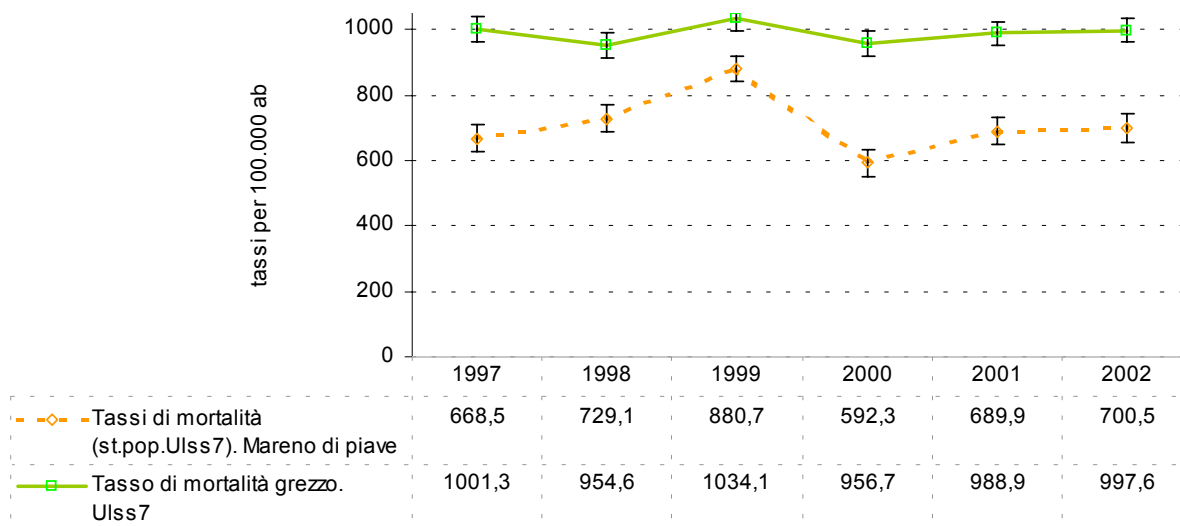
Anche la popolazione di Mareno di Piave partecipa di questo trend positivo.

Se si considera il tasso di mortalità generale (Figura 1), rapportato a quello dell'intera popolazione dell'ULSS 7, esso appare stabile su valori molto bassi e *significativamente inferiori a quelli dell'ULSS*.

La mortalità a Mareno di Piave è bassa rispetto a quella totale dell'ULSS 7.

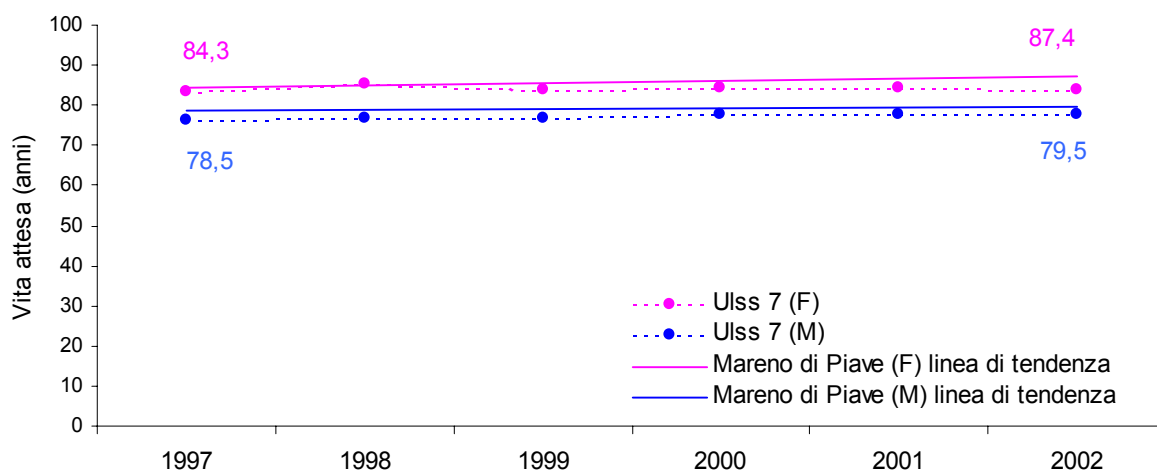


Figura 1 - Tasso di mortalità standardizzato (pop. standard Ulss7), maschi e femmine. Mareno di Piave, 1997-2002

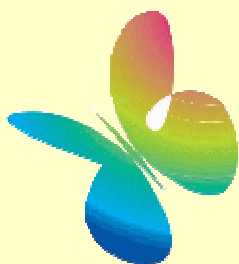


Anche l'**indicatore della speranza di vita** alla nascita che riflette l'andamento della vita media dei cittadini, delinea un profilo positivo. Nel grafico che segue (Figura 2) abbiamo riportato la speranza di vita alla nascita nei residenti distinti per sesso e anno di morte, a partire dal 1997.

Figura 2 – Speranza di vita alla nascita nei residenti, maschi e femmine.



La popolazione di Mareno di Piave si dimostra più longeva rispetto alla popolazione complessiva della ULSS.



La speranza di vita per i bambini che oggi nascono a Mareno supera gli 85 anni per le femmine ed è prossima agli 80 per i maschi. Questo indicatore riflette, come abbiamo detto, la durata della vita media della popolazione; in altre parole si potrebbe dire che nel periodo considerato la popolazione di Mareno è risultata mediamente più longeva rispetto alla popolazione complessiva dell'ULSS 7. Dal 1997 al 2002 si può stimare infatti un guadagno medio di tre anni di vita per le femmine e più di un per i maschi. La differenza di circa 8 anni che separa i due sessi è spiegata solo in parte dallo svantaggio biologico dei maschi, che è comune

a quasi tutte le specie esistenti in natura: trova ulteriore motivazione nella maggiore mortalità degli uomini in età relativamente precoce, a causa di malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari, traumi stradali e neoplasie polmonari. Questo perché fra gli uomini sono maggiormente diffusi comportamenti a rischio quali consumo di alcol, tabacco, guida pericolosa e senza cinture di sicurezza.

L'aumento della vita media, in qualche modo misurato dalla linea di tendenza delle curve rappresentate nel grafico precedente, è il risultato di un insieme di fattori tra cui le migliorate condizioni socio – economiche della popolazione generale ed il progresso in campo medico (in termini di possibilità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione).

Questo comporta d'altro canto più di una *riflessione sulla qualità della vita, soprattutto in età avanzata*. Come recita uno slogan ormai noto, la vera sfida in termini di promozione della salute consiste nel

“dare sì anni alla vita, ma soprattutto vita agli anni”.

PRINCIPALI CAUSE DI MORTE NELLA POPOLAZIONE DI MARENO DI PIAVE

Gli indicatori che l'O.M.S. propone per studiare la mortalità di una popolazione sono di difficile interpretazione nel contesto di una cittadina delle dimensioni di Mareno di Piave: vista l'esiguità dei decessi, soprattutto per alcune fasce di età, la variazione di una singola unità da un anno all'altro può far assumere all'indicatore valori molto diversi. Similmente è rischioso, dal punto di vista statistico, ricavare curve riguardanti gli andamenti delle singole patologie nella popolazione perché, per i motivi esposti, potrebbero essere approssimative.

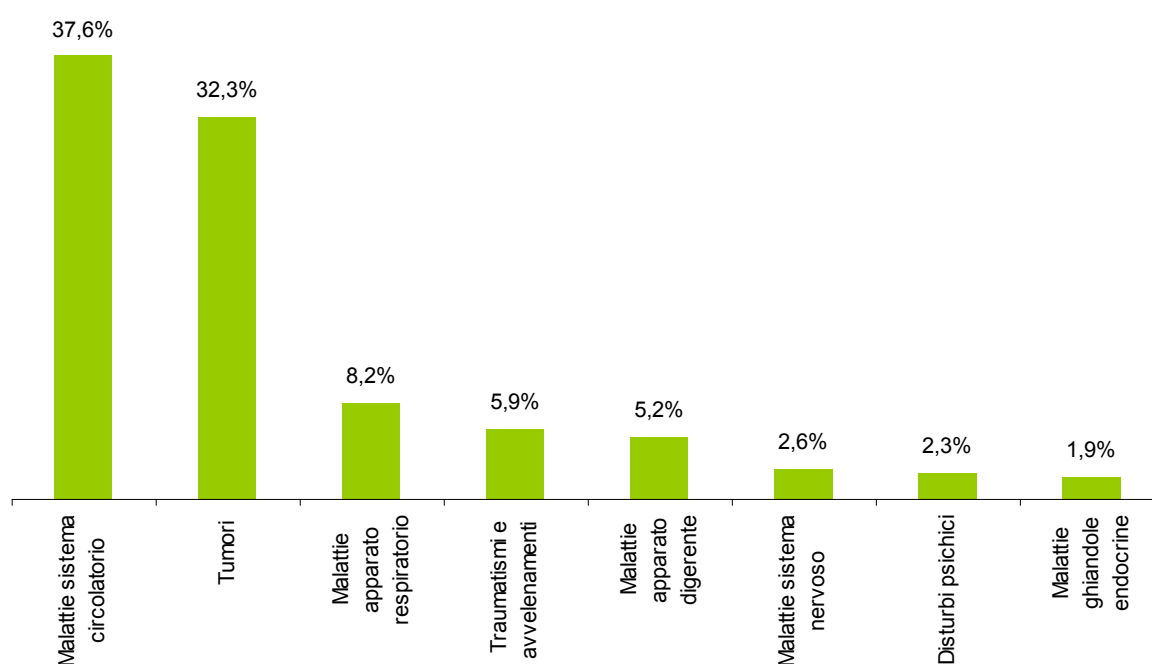
I dati finora raccolti permettono comunque alcune sottolineature, soprattutto considerando i dati aggregati dal 1990 al 2002;

- **DISTRIBUZIONE DELLE CAUSE DI MORTE NELLA POPOLAZIONE GENERALE**

Tale distribuzione indica quanto, in termini percentuali, ogni patologia contribuisce alla mortalità dei cittadini di Mareno di Piave: considerando il numero totale dei decessi dal 1990 al 2002, osserviamo in figura 3 l'andamento percentuale delle cause di morte, raggruppate in grandi categorie.

Come possiamo osservare le più importanti *cause sono legate alle malattie del sistema cardiocircolatorio e alle neoplasie maligne*, che insieme *sono responsabili di 7 decessi su 10*. Seguono le malattie dell'apparato respiratorio e i traumatismi ed avvelenamenti (fra i quali sono classificati i decessi per causa violenta, come gli incidenti stradali, gli incidenti sul lavoro ed i suicidi).

Figura 3 – Principali cause di morte nei residenti, maschi e femmine.
Mareno di Piave, 1990-2002.
(% sul totale delle cause di morte)



- **DISTRIBUZIONE DELLE CAUSE DI MORTE FRA MASCHI E FEMMINE**

L'osservazione di come si distribuiscono le cause di morte nei due sessi, fa emergere delle differenze: variano infatti gli ordini di importanza, anche se non intaccano il primato delle due cause più importanti.

Nei grafici che seguono (Figure 4, 5, 6 e 7) sono riportati i tassi di mortalità specifici per malattie cardiovascolari e tumori nelle femmine e nei maschi, confrontati con i rispettivi tassi di mortalità registrati nell'intera popolazione dell'ULSS 7. Come già anticipato, il limite del confronto è rappresentato dall'instabilità dei tassi che risentono della bassa numerosità degli eventi; tuttavia si può affermare che tra i residenti di Mareno la mortalità per queste cause non è superiore a quella della popolazione generale e in alcuni anni risulta anzi inferiore.

Tasso di mortalità standardizzato:
 è il tasso di mortalità che una popolazione avrebbe se la sua struttura per età fosse uguale a quella di una certa popolazione standard (nel nostro caso la popolazione dell'ULSS). Serve per correggere il possibile effetto confondente dell'età e permettere il confronto tra tassi di popolazioni diverse.

Figura 4 - Tassi di mortalità standardizzato (pop. standard Ulss7). Malattie sistema circolatorio. Femmine. Mareno di Piave, 1997-2002.

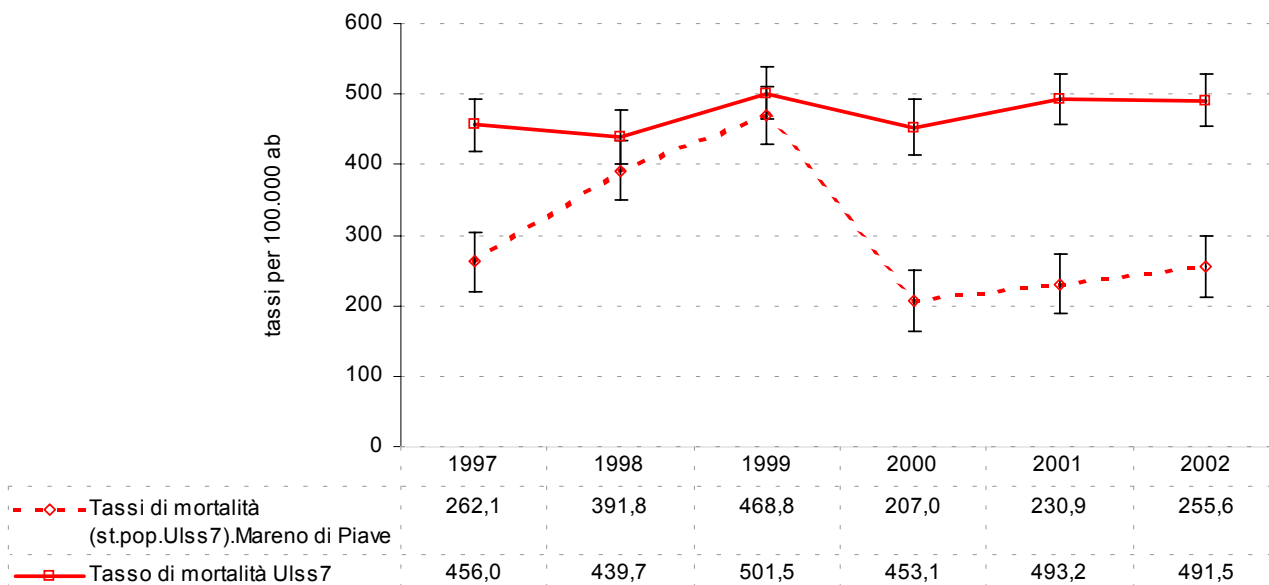
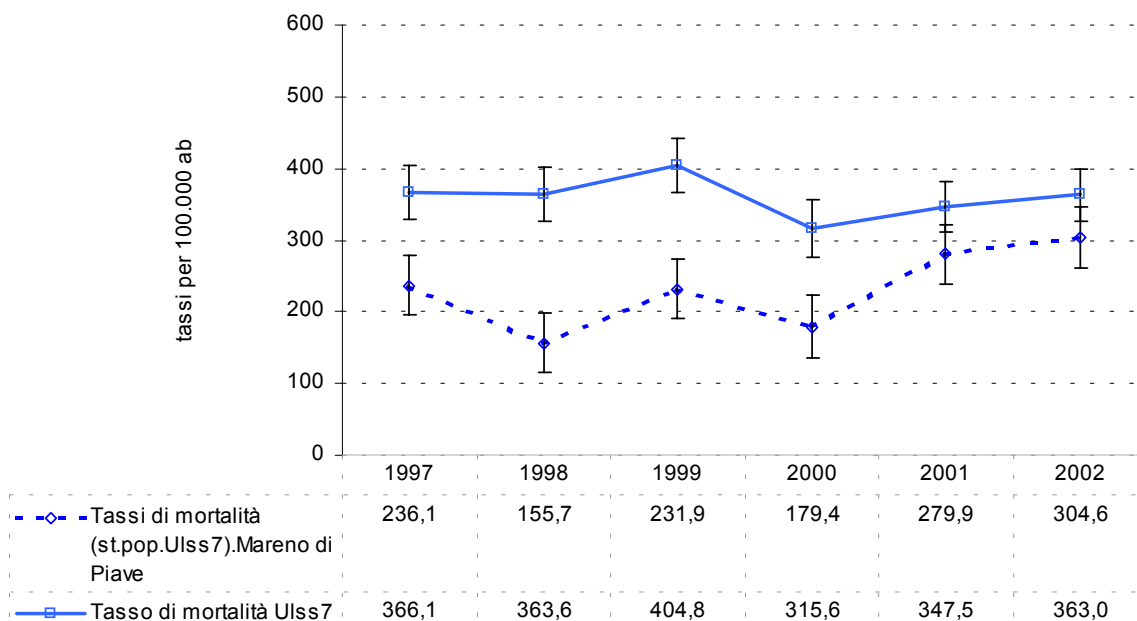


Figura 5 - Tassi di mortalità standardizzato (pop. standard Ulss7). Malattie sistema circolatorio. Maschi. Mareno di Piave, 1997-2002.



Fra le donne le cause cardiocircolatorie sono responsabili complessivamente di quasi un decesso su due; tra queste si distinguono per ordine di frequenza i disturbi circolatori dell'encefalo (ictus e emorragia cerebrale) e l'infarto ed altre forme ischemiche del cuore. Le neoplasie sono causa di morte di una donna su quattro; al primo posto il tumore del polmone (14 morti dal 1990 al 2002) seguito in ordine di frequenza da quello della mammella (11 morti dal 1990 al 2002) (confronta anche in figura 8).

Figura 6 - Tassi di mortalità standardizzato (pop. standard Ulss7). Tumori. Femmine. Mareno di Piave, 1997-2002.

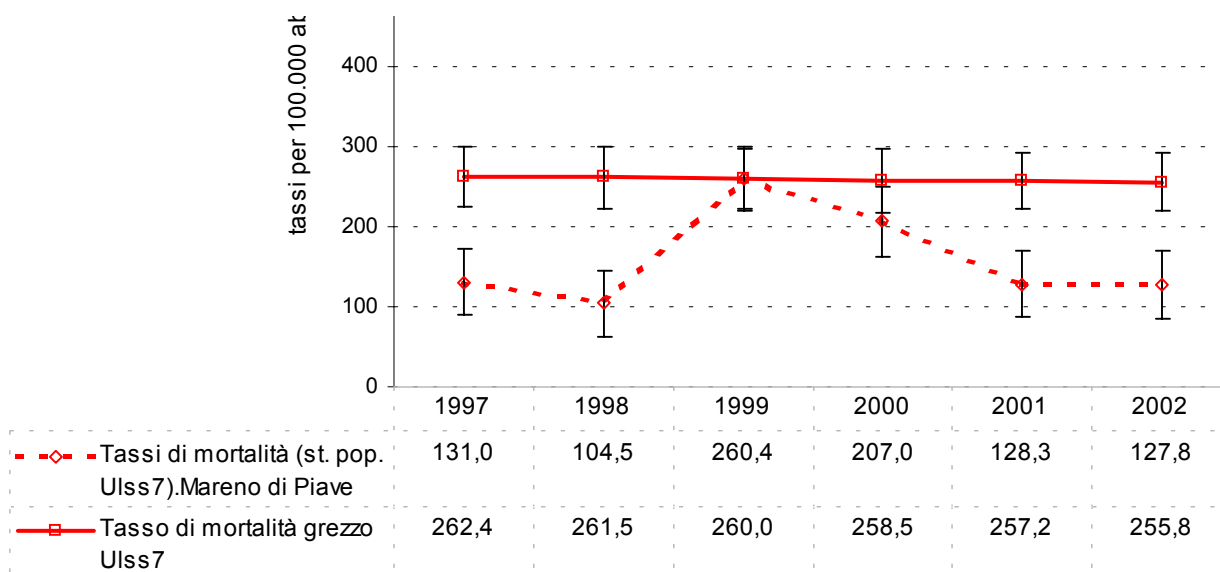
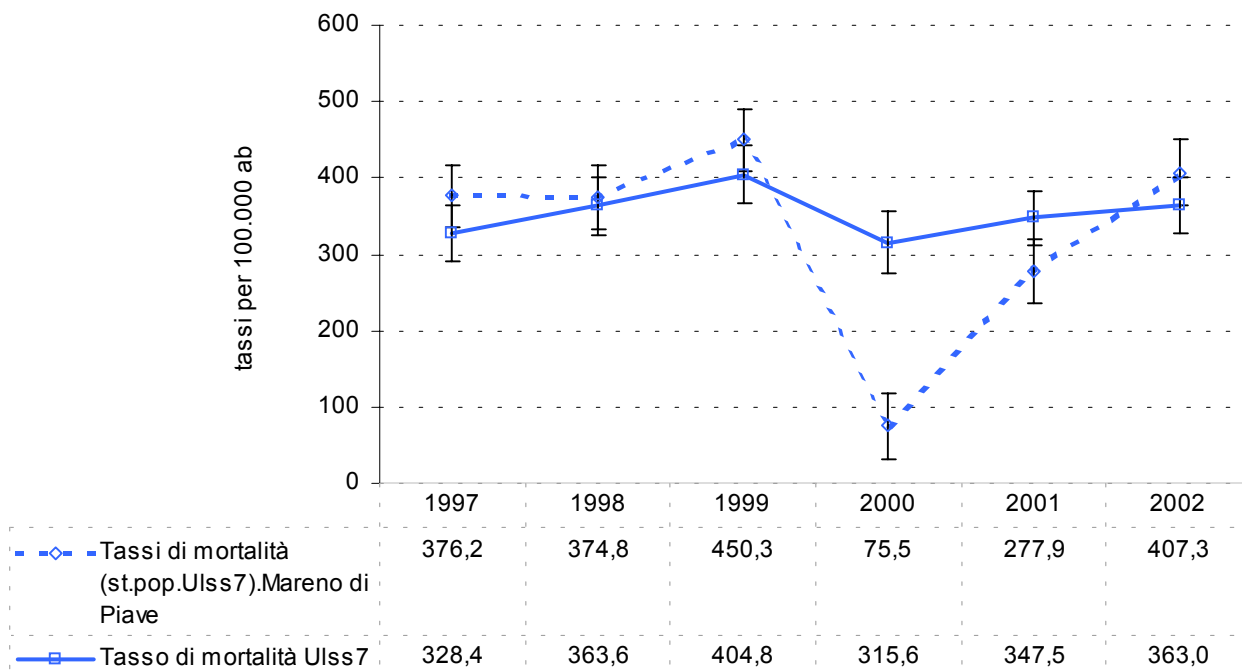


Figura 7 - Tassi di mortalità standardizzato (pop. standard Ulss7). Tumori. Maschi. Mareno di Piave, 1997-2002.



Fra la popolazione maschile, invece, le cause cardiocircolatorie risultano complessivamente responsabili di un decesso su quattro; il primato va all'infarto e alle altre forme ischemiche del cuore. Ma globalmente considerate le neoplasie sembrano pesare proporzionalmente di più sul numero di decessi, interessando quasi quattro su dieci soggetti.

Figura 8 – Principali cause di morte, femmine. Mareno di Piave, 1990-2002. (% sul totale delle cause di morte)

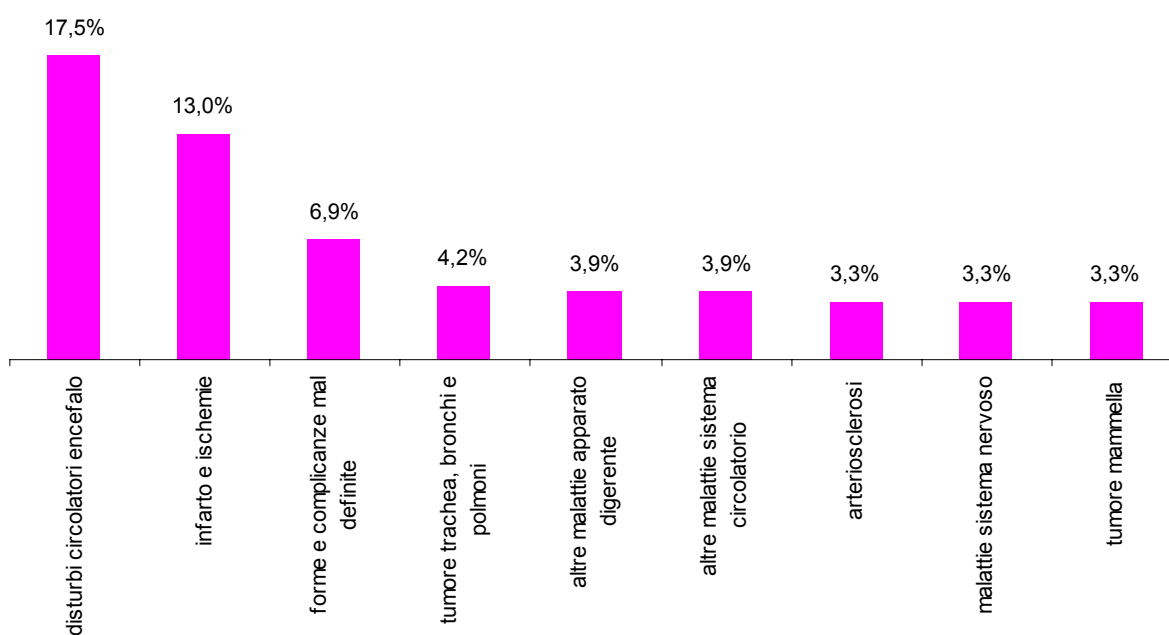
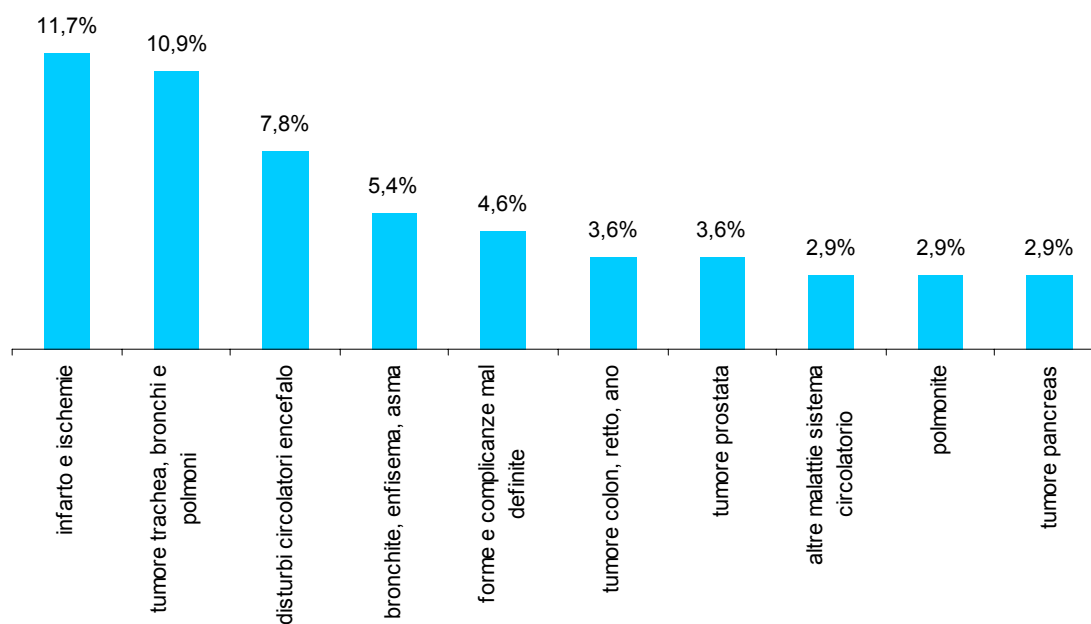
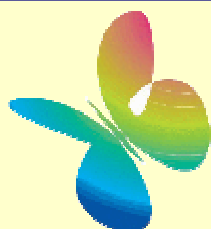


Figura 9 – Principali cause di morte. maschi. Mareno di Piave. 1990-2002.



Nelle figure 10 e 11 è riportata la mortalità proporzionale per le principali cause neoplastiche fra i due sessi. Le prime sei neoplasie causa di morte sia nei maschi che nelle femmine "spiegano" sei/sette decessi su dieci per tumore. Fra le donne sorprende *il primo posto del tumore al polmone che risulta la causa neoplastica di morte più frequente, precedendo il tumore alla mammella*. Questo quadro delinea una situazione diversa rispetto al resto dell'ULSS 7, nella quale il tasso di mortalità per tumore al polmone nelle donne è mediamente la metà di quello per tumore alla mammella. Dal confronto diretto dei tassi standardizzati emerge che non c'è differenza di mortalità per tumore alla mammella, mentre il tasso di mortalità per tumore al polmone risulta significativamente maggiore nella popolazione di Mareno rispetto al resto dell'ULSS. Fra gli uomini il solo tumore della trachea, bronchi e polmoni è causa di un decesso su dieci, risultando di gran lunga la neoplasia più frequentemente causa di morte, seguita dal tumore del colonretto e dal tumore della prostata.



Nella donna il tasso di mortalità per tumore del polmone risulta maggiore a Mareno di Piave rispetto al resto dell'ULSS.

Figura 10 – Mortalità proporzionale per tumori maligni. Femmine.
Mareno di Piave, 1990-2002.
(% sul totale delle morti femminili per neoplasia)

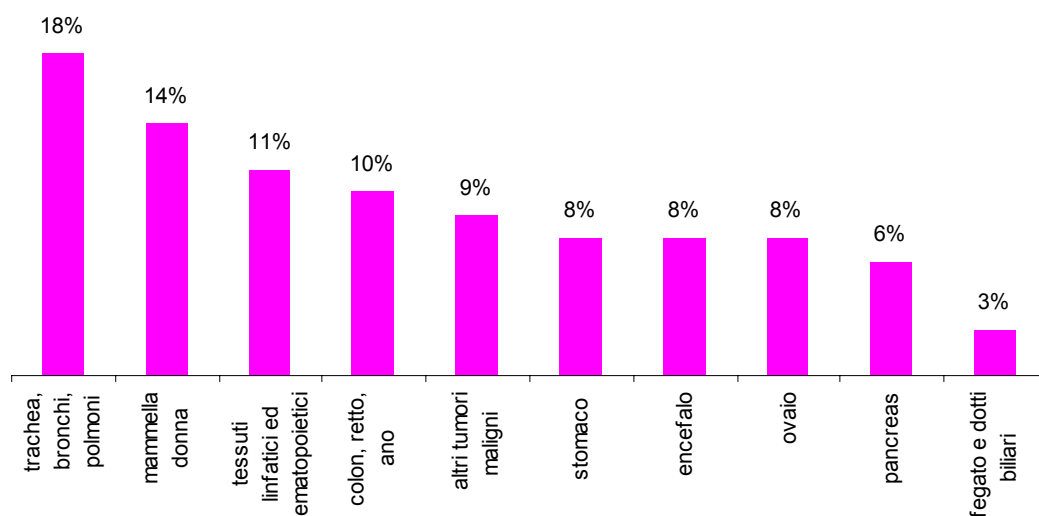
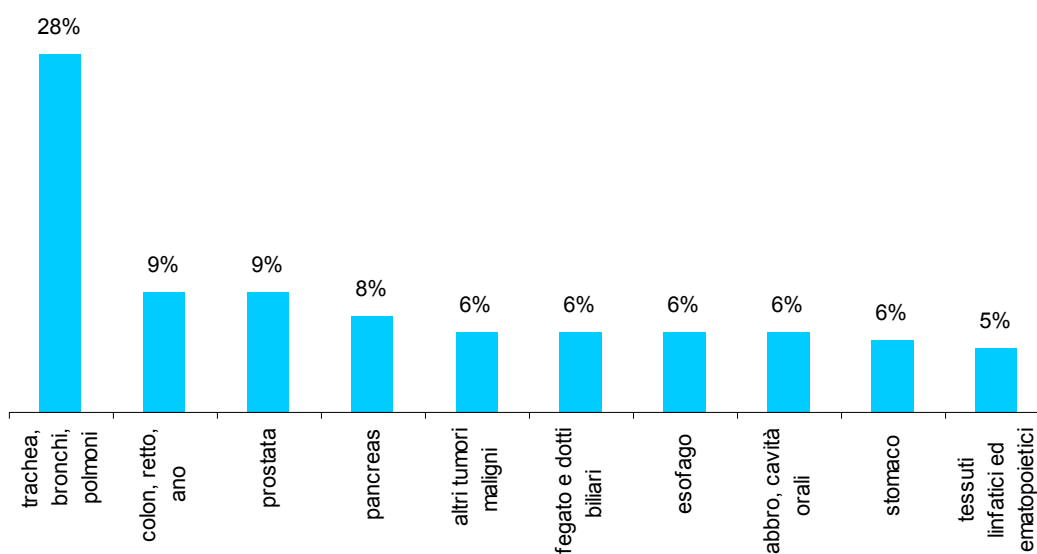


Figura 11 - Mortalità proporzionale per tumori maligni. Maschi.
Mareno di Piave, 1990-2002.
(% sul totale delle morti maschili per neoplasia)



- **DISTRIBUZIONE DELLA MORTALITÀ PER FASCIA DI ETÀ**

In tutte le popolazioni, la maggior parte delle morti si manifestano nelle persone anziane, perciò, se si considerano solamente le cause di decesso nella popolazione generale, le problematiche tipiche degli anziani impediscono di evidenziare le patologie che causano la morte nelle altre classi di età.

Nella piccola comunità di Mareno di Piave la mortalità nelle fasce di età più giovani interessa annualmente poche unità; anche analizzando i dati aggregati per grandi fasce di età è possibile trarre solo alcune considerazioni grossolane che fondamentalmente suggeriscono un profilo non difforme da quello delle popolazioni territorialmente limitrofe.

L'analisi permette di concludere che a Mareno di Piave:

- 1. le malattie cardiocircolatorie costituiscono la prima causa di morte negli anziani e la seconda tra gli adulti;*
- 2. i tumori maligni sono la prima causa di morte fra i giovani – adulti e la seconda causa di decesso per le persone di più di 65 anni;*
- 3. si verificano morti evitabili per traumatismi e altre cause violente.*

CAUSE DI MORTE CHE CONTRIBUISCONO MAGGIORMENTE AD ACCORCIARE LA VITA A MARENO DI PIAVE, RISPETTO ALL'ETÀ MEDIA AL DECESSO

Le informazioni finora presentate evidenziano le malattie e i traumi che più frequentemente causano morte nella popolazione. Rendono possibile stabilire l'ordine di importanza tra varie cause di decesso nell'ambito di ogni gruppo considerato, ma non permettono di stabilire priorità complessive di salute pubblica. Ad esempio usando solo queste informazioni può risultare problematico stabilire se, in termini di mortalità, risultino più importanti i traumatismi o le neoplasie.

Tra gli obiettivi che la sanità deve porsi vi è il prolungamento della vita media fino a limiti biologicamente e socialmente accettabili, ed il miglioramento della sua qualità, non l'annullamento della morte. Da questa considerazione deriva il concetto di "mortalità prematura", riferendosi alle morti in età giovane come aventi maggior peso rispetto a quelle in età avanzata.

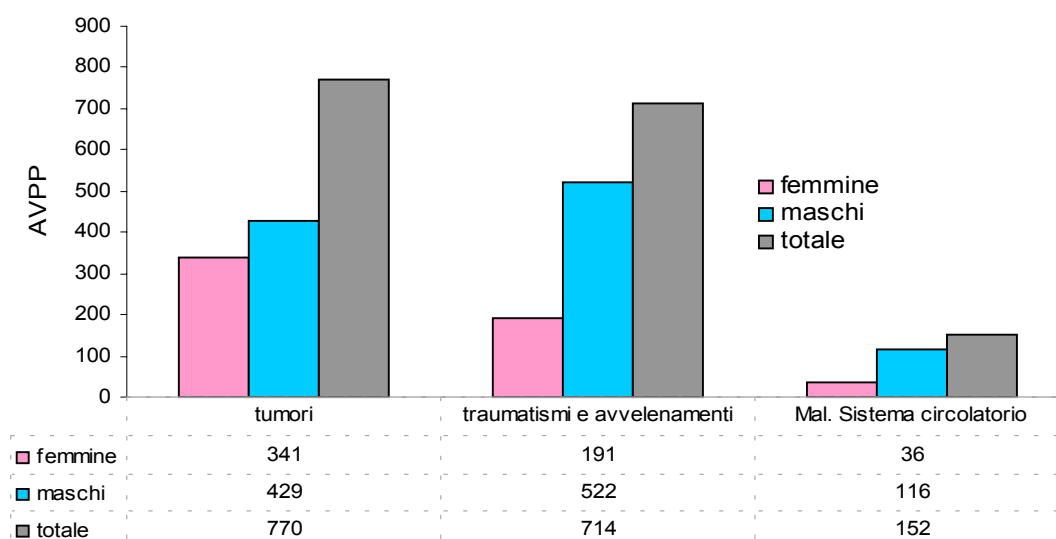
L'indicatore "anni potenziali di vita perduta rispetto a 65 anni", cioè gli anni potenziali di vita perduti rispetto ad un'età di sopravvivenza prestabilita considerata accettabile, permette di comparare tra loro varie patologie, ordinandole secondo l'effetto di ognuna sulla riduzione complessiva della durata della vita all'interno della popolazione.

Nel periodo 1990-2002 il totale degli anni di vita persi nella fascia di età 5-64 anni (causati cioè da decessi avvenuti prima che l'individuo, superati i 5 anni di età, raggiungesse i 65 anni), sono stati in totale 2095 per l'intera popolazione, 709 per le donne e 1386 per gli uomini.

Una prima lettura delle cause di morte che hanno maggiore influenza nel fare perdere anni di vita, ci presenta al primo posto le cause neoplastiche che sono responsabili del 37% della perdita, seguite dalle cause traumatiche (34%) e quindi dalle cause cardiocircolatorie (7%).

Se distinguiamo gli uomini dalle donne, anche in questo caso osserviamo delle differenze: *per gli uomini infatti le cause traumatiche costituiscono il primo motivo di morte precoce* (522 anni di vita potenziali perduti in 13 anni), seguite dalle cause tumorali che invece sono responsabili nelle donne della metà degli anni potenziali di vita perduti (341 anni di vita potenziali perduti in 13 anni).

Figura 12 – Principali cause di anni di vita potenziali perduti tra i 5 e i 65 anni, maschi e femmine. Mareno di Piave, 1990-2002.



E' importante riconoscere i veri "killers" sui quali focalizzare gli interventi di prevenzione e diagnosi precoce.



Un'analisi delle cause di morte che vada più nello specifico del tipo di patologia ci può aiutare nel capire quali siano, all'interno delle grossi gruppi di causa di morte, i veri "killers", sui quali focalizzare gli interventi di promozione della salute, di prevenzione e diagnosi precoce. Alla luce dell'analisi più ampia della popolazione dell'intera ULSS 7, questa classifica nella popolazione generale presenta il seguente ordine: infarto e ischemie cardiache, incidenti stradali, tumore alla trachea, bronchi e polmoni, tumore maligno alla mammella.

Fra gli uomini la principale è la causa traumatica, seguita dall'ischemia cardiaca, dal tumore a trachea, bronchi e polmoni e dalla cirrosi epatica.

Fra le donne il primo posto va al tumore alla mammella, cui seguono disturbi circolatori dell'encefalo, malattie del sistema circolatorio non specificate, tumori maligni non specificati e tumore della trachea, bronchi polmoni.

Già questo costituisce un elenco di priorità e ci permette di sottolineare come la lotta per eliminare o ridurre alcuni fattori di rischio quali abitudine al fumo, all'alcol, guida pericolosa, scorretta alimentazione e vita sedentaria, scarso accesso ai controlli preventivi (es. screening per il tumore alla mammella) vale la pena di essere combattuta per guadagnare anni di vita preziosi, per il singolo e la comunità.

L'indicatore "anni di vita persi" non sovverte le priorità, ma aiuta a focalizzare quanta vita si risparmierebbe riducendo le principali cause di morte, con azioni mirate anche a seconda della popolazione target che si vuole raggiungere. Con le donne adulte, ad esempio, si darà priorità ai tumori, con i maschi giovani, alle cause traumatiche.

PIÙ IMPORTANTI FATTORI DI RISCHIO RELATIVI ALLE PRINCIPALI CAUSE DI MORTE

Una definizione del termine "fattore di rischio" potrebbe essere: attributo o esposizione che aumenta la possibilità di insorgenza di malattie e traumi (Last, 1983).

Fattori di rischio e di protezione sono stati individuati attraverso studi epidemiologici e si possono dividere in quattro tipi:

- ambientali (riguardano l'ambiente fisico, ma anche culturale, economico e politico in senso lato), ne sono un esempio la percentuale di inquinanti atmosferici, l'infrastruttura stradale, la tassazione sul tabacco...
- genetici (riguardano la predisposizione, negli individui e nelle popolazioni, a sviluppare specifiche malattie)
- comportamentali (riguardano gli stili di vita degli individui, che trovano radici anche nella società, nei suoi valori prevalenti, nelle pressioni sociali di determinati gruppi di appartenenza, nei processi organizzativi e di lavoro)
- legati ai servizi sanitari (riguardano l'accessibilità e la fruibilità di servizi di prevenzione primaria, diagnosi e terapia).

Riassumiamo con questa tabella i fattori di rischio che gli studi hanno dimostrato essere alla base delle patologie che abbiamo visto causa di morte dei cittadini di Mareno di Piave.

Cause di morte	Fattori di rischio
Malattie cardiovascolari	fumo ipertensione dieta diabete obesità sedentarietà
Tumori	fumo alcol dieta radiazioni solari rischi occupazionali non utilizzo degli screening
Traumi stradali	non uso cinture sicurezza – seggiolini per bimbi – casco velocità eccessiva alcol infrastrutture
Cirrosi epatica	alcol droghe iniettabili comportamenti sessuali a rischio

Modificata da Bollettino Epidemiologico Regionale, n° 0 – 2000 "La Mortalità e le sue cause nel Veneto"

- **ALCUNE CONSIDERAZIONI FINALI RIGUARDO AI FATTORI DI RISCHIO:**
 1. *le più importanti patologie causa di morte trovano la propria origine in stili di vita modificabili*
 2. *alcuni fattori di rischio sono comuni a più patologie e quindi il controllo di un solo fattore porta benefici che non si limitano alla singola malattia*
 3. *nella nostra realtà i fattori di rischio più importanti si possono riassumere sotto i grossi capitoli del fumo e della dieta (incluso l'abuso alcolico).*

I SERVIZI SANITARI COME DETERMINANTI DI SALUTE

Come abbiamo evidenziato nei paragrafi precedenti, i servizi sanitari non sono l'unica "determinante" nella salute di una popolazione, ma agiscono all'interno di un sistema più complesso. Per questo motivo gli indicatori proposti dall'O.M.S. per misurare la salute di una città sono così variegati. È essenziale però sottolineare come anche i servizi sanitari abbiano un ruolo e possano a giusto titolo occuparsi della salute di una comunità, e non solo della cura

delle malattie, nel momento in cui si mettono in rete con gli altri attori della salute della comunità stessa e con essi condividano le proprie competenze, che sono:

I servizi sanitari posti in rete nel sistema territoriale possono occuparsi della salute della comunità e non solo delle malattie.



- assumere l'iniziativa e un ruolo guida nel *promuovere un approccio più globale e strategico nel campo delle politiche pubbliche in genere*;
- contribuire attraverso l'analisi epidemiologica all'*individuazione delle aree di interesse e degli obiettivi comuni di salute*;
- appoggiare i singoli ed i gruppi nell'*espressione dei loro bisogni sanitari e nell'adozione di stili di vita sani*;
- rispondere in modo appropriato ai bisogni sanitari dei differenti gruppi sociali, facilitando, ad esempio, *l'accesso e l'uso efficace dei servizi sanitari*.

Di seguito daremo breve risalto ad alcune esperienze di servizi sanitari in rete nella città di Marenco di Piave e nell'ULSS 7.

Il servizio vaccinale e l'adesione ai programmi di screening oncologico: esempi di un'offerta attiva per la prevenzione

Caratteristica fondamentale che i servizi stanno sviluppando per incontrare i bisogni di salute del cittadino è "l'offerta attiva" nell'ambito della prevenzione. Questo significa che è il servizio stesso a proporre attivamente quelle prestazioni che sono riconosciute dall'evidenza scientifica come protettive per la salute dell'individuo e della comunità.

Un esempio di questo tipo di offerta sono le *vaccinazioni*. L'introduzione della pratica vaccinale è di gran lunga uno dei più importanti ed efficaci strumenti che la scienza medica ha individuato per combattere malattie, disabilità e morte.

La vaccinazione costituisce una protezione per l'individuo e, nel caso di malattie che si trasmettono da persona a persona, per la comunità. La presenza all'interno di quest'ultima di una determinata percentuale di persone immuni da una malattia impedisce la circolazione della stessa e quindi protegge anche le persone non immuni. Uno dei più brillanti risultati ottenuti dal settore sanitario nell'ultimo mezzo secolo è stata l'eradicazione della poliomielite attraverso il programma vaccinale.

In Veneto la percentuale di bambini che sono vaccinati, rispetto a quelli che dovrebbero esserlo, detta "copertura", è molto elevata per la maggior parte della malattie. La collaborazione tra il servizio vaccinale del Dipartimento di Prevenzione ed i pediatri di famiglia ed ospedalieri ha portato a buoni livelli di copertura anche per le vaccinazioni non obbligatorie per legge, ma raccomandate (vedi indicatore B2a a fine capitolo).

Restano da fare tutti gli sforzi possibili (in termini di educazione, offerta attiva e precoce identificazione dei casi) nei confronti del morbillo, patologia che può avere sequele molto gravi. Pur essendo la copertura nella nostra regione una fra le migliori d'Italia (nel 1998 era l'81%, inferiore solo all'88% dell'Emilia Romagna, e molto più elevata della media italiana, 56%) questo non è ancora sufficiente a sconfiggere il rischio di epidemia. Per questo nel prossimo triennio anche nella nostra ULSS verrà realizzata un'importante campagna di vaccinazione per il morbillo associato alla rosolia, in adesione al Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.

Pur non rappresentando strumenti che, da soli, possano combattere l'importante mortalità per tumore che colpisce i cittadini di Mareno di Piave, gli *screening per le malattie neoplastiche* sono di grande importanza per il precoce riconoscimento delle malattie stesse e rendono possibile una cura più radicale.

Gli screening attualmente offerti alla popolazione della nostra ULSS sono quello citologico per la prevenzione del tumore al collo dell'utero (PAP TEST), quello mammografico per il tumore al seno e la ricerca del sangue occulto nelle feci per il tumore al colon retto, recentemente attivata.

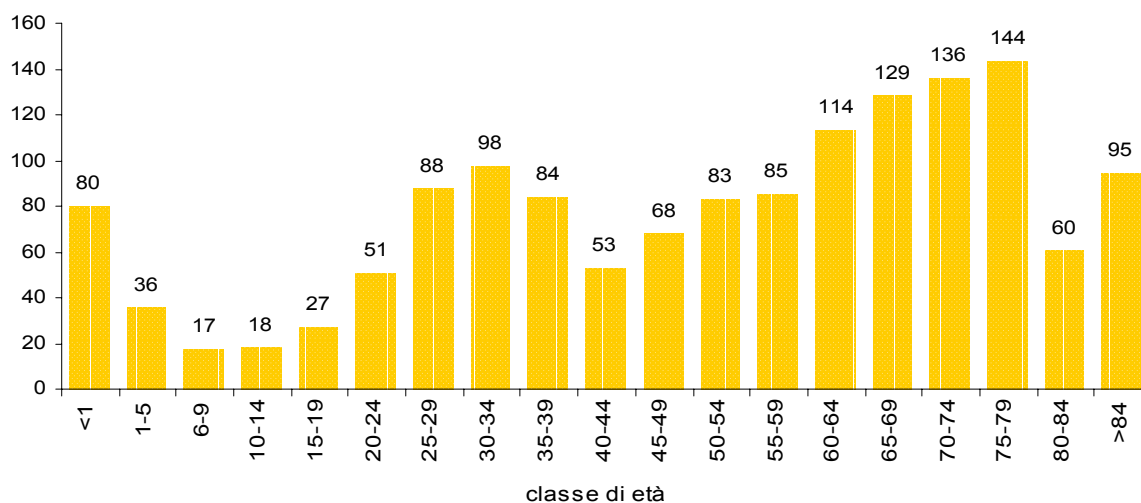
Gli ottimi risultati ottenuti nel nostro territorio sono dovuti alla sinergia di più attori di salute. Oltre al Dipartimento di Prevenzione e ai servizi ospedalieri coinvolti, determinante è la collaborazione della Lega per la Lotta contro i Tumori. I tassi di adesione e copertura per gli screening sono riportati negli indicatori B8a e B8b a fine capitolo.

Analisi delle prime cause di ricovero ospedaliero in regime ordinario e day hospital

L'utilizzo della risorsa ospedaliera per la diagnosi e la cura delle malattie è influenzato da molteplici fattori, che non riflettono solamente lo stato di salute della popolazione, ma comprendono anche variabili organizzative e di politica sanitaria. Proprio per questo l'analisi delle principali cause di ricovero (sia in regime di ricovero ordinario che day hospital) del biennio 2001-2002 non ha la pretesa di rivelare "di cosa soffrano" i cittadini di Mareno di Piave. I dati messi a disposizione dall'Unità Controllo di Gestione, Ufficio Statistica dell'ULSS 7, rendono comunque possibili *alcune riflessioni sulla tipologia di persone che più ricorrono al ricovero ospedaliero e su qualche tendenza che si coglie da una prima e sommaria elaborazione.*

Il numero medio dei ricoveri per fascia di età è rappresentato nella figura 13. Se si esclude la fascia di età neonatale e quella adulta femminile in età riproduttiva, la maggior parte dei ricoveri riguarda com'è intuibile la fascia di età anziana.

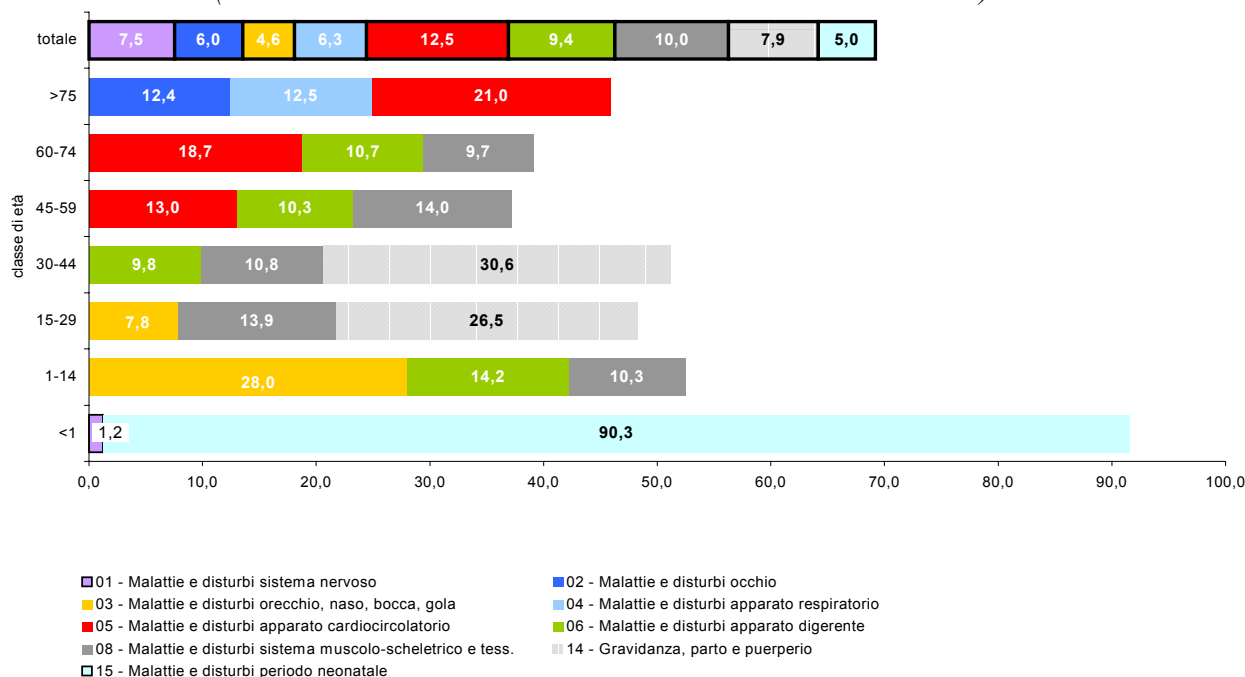
Figura 13 - Numero medio dei ricoveri nella popolazione residente per fascia di età.
Mareno di Piave, 2000-2003.



Nella figura 14 abbiamo cercato di evidenziare, in varie fasce di età, i primi tre gruppi di malattie che hanno costituito la principale causa di ricovero ospedaliero negli ultimi 4 anni.

Nelle fasce di età più giovani, se si eccettuato gli eventi fisiologici della nascita e i ricoveri che riguardano gravidanza e puerperio, troviamo principalmente le patologie di interesse otorino-laringoiatrico ed ortopedico. A partire dall'età medioadulta (fascia 45-59 anni) fino a crescere progressivamente nelle età più anziane, si contano più numerosi i ricoveri per malattie cardiovascolari, del sistema digerente, nonché sempre presenti quelle sostenute principalmente dalla traumatologia dell'apparato muscolo-scheletrico. Nell'età più anziana assumono maggior rilievo anche i ricoveri per malattie respiratorie e per patologie di interesse oculistico.

Figura 14 – Distribuzione delle principali cause di ricovero per classe di età.
Mareno di Piave, 2000-2003
(% calcolate sul totale dei ricoveri di ciascuna classe di età)



L'analisi dei *ricoveri per "parto"* delle abitanti di Mareno di Piave evidenzia una tendenza, confermata anche dallo studio demografico, *ad un'età materna al parto mediamente più avanzata per le donne italiane rispetto alle immigrate* (rispettivamente 31 e 28 anni) (confronta figura 15).

L'analisi dei *ricoveri per aborto* (senza distinzione fra l'interruzione volontaria di gravidanza e gli altri tipi di aborto) ha rilevato nel periodo 2000-2002 un totale di 48 aborti (34 in donne italiane e 14 tra le immigrate), per un rapporto rispetto al numero di parti di 1:6 per le italiane e di 1:2 per le straniere.

La distribuzione per età è rappresentata nella figura 16.

Figura 15 – Distribuzione percentuale dei parti per classe di età della madre.
Mareno di Piave, 2000-2002

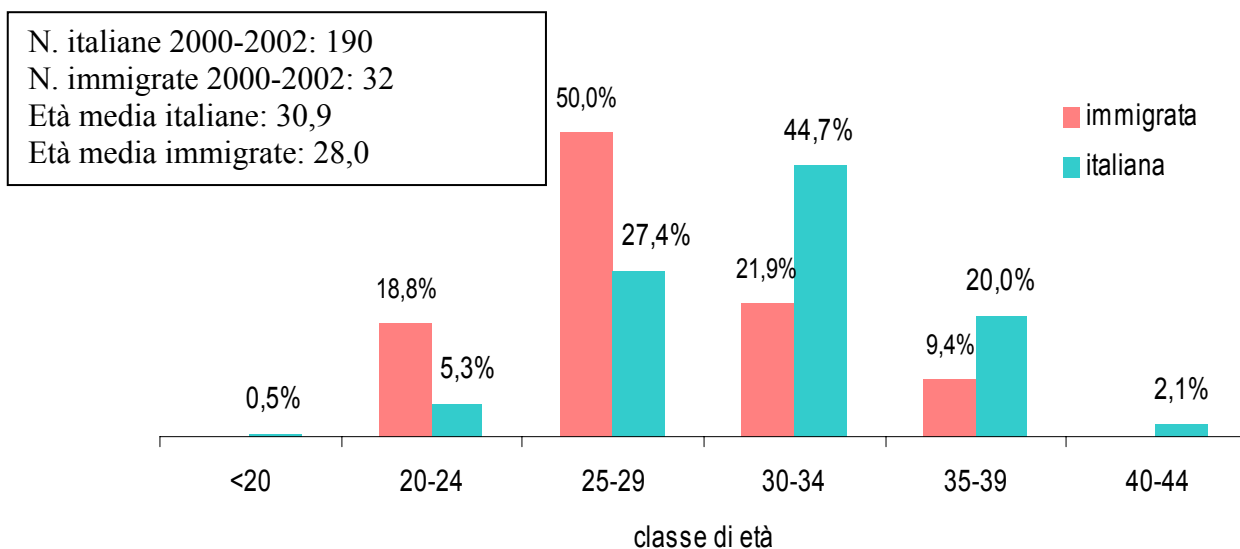


Figura 16 – Distribuzione percentuale degli aborti spontanei e indotti per classe di età.
Mareno di Piave, 2000-2002

