

# INFORMAZIONE EPIDEMIOLOGIA SALUTE



## Bollettino informativo a cura del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

### IL RAPPORTO ANZIANI DEL SER

*Marco Trabucchi - Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

Sono particolarmente onorato di introdurre questa raccolta di dati sulla condizione dell'anziano in regione Veneto. Il Coordinamento del SER ha infatti prodotto una mole di informazioni di grande importanza per gli studiosi dei fenomeni legati all'invecchiamento, per i programmatori che devono progettare l'organizzazione dei servizi per il domani, per il cittadino informato che vuole compiere scelte motivate. Riguardano quasi un milione di persone, che vivono un'esistenza in profonda evoluzione, spesso per loro stessi incerta. La raccolta dei dati permette, tra le altre cose, la lettura di una condizione che genera difficoltà e talvolta fragilità per il proprio evolvere veloce, che impedisce a livello individuale e collettivo il sedimentarsi di esperienze, di valutazioni, di confronti. I numeri – seppure solo in parte – aiutano a “fermare la giostra” per un breve tempo; così è più facile capire da dove veniamo e dove andiamo; però poi la vita riprende a correre e non siamo certamente noi a volerla fermare!

Premetto alle osservazioni più specifiche indicate nelle prossime righe alcune considerazioni di carattere generale. La prima riguarda la conferma che deriva dalla lettura di questi dati sull'approccio ottimistico al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione. Infatti la plasticità sociale, quella che governa la convivenza ma anche l'organizzazione dei servizi alla persona, è stata in grado di far fronte in questi anni alle difficoltà, sconfiggendo coloro che prevedevano catastrofi irreversibili. Chi ha predicato

### In questo numero:

- 1 • Il rapporto anziani del SER
- 2 • Anziani: profili di salute e di utilizzo dei servizi sanitari. Regione Veneto  
Sintesi del Rapporto SER
- 3 • Nei prossimi numeri

la crisi delle società contemporanee sotto il peso della demografia, con particolare intensità per quanto riguarda la crisi dei sistemi sanitari e assistenziali, trova una risposta precisa leggendo questo Rapporto. Il Veneto ha affrontato con determinazione le difficoltà indotte dall'aumento dei propri vecchi; i risultati sono più che soddisfacenti e premessa per un futuro che sarà sempre difficile, ma certamente non “tragico”.

Una seconda considerazione riguarda il riconoscimento di un criterio di complessità come strutturale alle dinamiche demografiche, epidemiologiche e di organizzazione dei servizi. I dati del Rapporto indicano che spesso l'evoluzione dei fenomeni è imprevedibile, con dinamiche causa-effetto non direttamente individuabili, e l'assommarsi di situazioni che non portano a realtà che sono l'insieme delle determinanti. Si deve quindi accettare che la costruzione del futuro parta da ipotesi compiute nel mondo reale e non nel chiuso dei laboratori e dei pensatoi, dove è esclusa la ricchezza e la variabilità dei comportamenti individuali e collettivi.

Una terza considerazione introduttiva riguarda la grande variabilità intraregionale di alcuni parametri. Il primo fra tutti è la percentuale di ultrasessantacinquenni, dato interessante sia per chi deve programmare i servizi sia per chi studia il rapporto con i fattori sociali ed economici che concorrono a determinare l'invecchiamento. Una questione cruciale è: come fare per conservare le differenze positive e ridurre quelle negative? I dati del Rapporto sono in questo senso utilissimi per elaborare proposte vicine alla realtà dei territori, mitigando così un neocentralismo regionale che tende a omogeneizzare le risposte.

Infine un suggerimento: il Rapporto dovrebbe diventare materia di studio nelle sedi dove si formano gli operatori. Infatti il leggere direttamente la realtà permette di costruire un ponte tra la medicina delle evidenze scientifiche, che deve fare da sfondo all'agire dei tecnici della sanità, e la medicina del mondo reale, quella del lavoro quotidiano, inquinata (o – meglio – resa viva!) dalle differenze interindividuali, dal sovrapporsi di condizioni cliniche diverse nella stessa persona, dall'influenza del soma sulla psiche e viceversa, da fragilità acquisite nel tempo, ecc. Il medico, l'infermiere, lo psicologo, il terapeuta della riabilitazione, l'assistente sociale devono collocarsi all'interno degli scenari riprodotti dal Rapporto e ipotizzare il loro personale ruolo nel dare risposte adeguate. Certo, all'interno di un sistema organizzato, che però tenda a valorizzare l'iniziativa, l'intelligenza, la generosità individuale.

In questa sede, scusandomi con il lettore per l'arbitrarietà di alcune scelte, mi limito ad alcune osservazioni, probabilmente neppure le più importanti, augurandomi che altri provvedano ad una "traduzione" più precisa in termini comprensibili per il pubblico, per i decisori politici nonché per gli operatori.

1. Metà e oltre degli anziani dichiara di avere uno stile di vita attivo. La collettività oggi ha la grave responsabilità di permettere un'espansione di questa quota, già così rilevante, che contraddice ogni valutazione sulla vecchiaia come momento della perdita, della chiusura, dell'irrelevanza. Ma come permettere praticamente che un numero sempre più ampio di anziani possa continuare a lavorare, a svolgere attività di volontariato e di disponibilità civile, ad esercitare nella famiglia funzioni di servizio, compatibili, tra l'altro con una diffusa percezione soggettiva di benessere? Sarebbe importantissimo pensare ad una "terza economia", cioè ad un'area dell'organizzazione sociale dove i vecchi si sentano produttori di ricchezza, attori autonomi di attività fuori della famiglia, consumatori orgogliosi e capaci. Si deve peraltro considerare che il fenomeno tende ad autoriprodursi, per cui un anziano attivo conserva sempre più a lungo la propria autonomia e quindi anche la propria capacità produttiva. Si ottengono così risultati rilevanti sul piano economico; l'anziano attivo è in generale più sano e quindi pesa di meno sui servizi ed i relativi costi. Infine contribuisce al capitale sociale di una comunità, perché è in grado di mantenere rapporti significativi; in questo modo arricchisce il panorama della terza età, nel quale si muovono figure diverse fra loro come capacità individuale, ma tutte in grado di sviluppare relazioni. Si costruisce così una società estremamente variegata, nella quale le differenze di età si stemperano e quindi anche si previene qualsiasi difficoltà nei rapporti tra le generazioni.

2. I dati sulle ospedalizzazioni sono indicativi di un trend verso la modernizzazione del sistema ospedaliero veneto; aumenta l'appropriatezza, indicata dall'aumento della complessità assistenziale e dal trasferimento al di fuori dell'ospedale di una quota importante dei ricoveri. Inoltre è significativo l'aumento dei ricoveri per riabilitazione (indicatore di un intervento specifico e qualificato) e la contemporanea diminuzione del tasso di ricovero in lungodegenza (ambiente aspecifico, la cui utilità è marginale rispetto alla possibilità di recupero dell'autonomia e il ritorno al proprio domicilio). Sull'ospedalizzazione dell'anziano si può aprire un ampio dibattito; infatti, se da un lato è da evitare aumentando i servizi territoriali (ad esempio nelle case di riposo) ed il ruolo del medico di famiglia in senso preventivo e curativo, dall'altro rappresenta spesso un passaggio indispensabile anche in aree assistenziali intensive per la sopravvivenza e talvolta anche per procrastinare o evitare il ricovero in una struttura residenziale. Inoltre, in assenza di servizi territoriali alternativi adeguati dal punto di vista non solo quantitativo ma anche del soddisfacimento reale dei bisogni di salute, l'ospedale rappresenta "il luogo della sicurezza e della protezione" per il cittadino in difficoltà, perché vi trova sempre una risposta ai bisogni clinici, alle paure, alle incertezze. Una programmazione illuministica non deve trascurare questo sentire diffuso.

3. Anche i dati sui ricoveri per scompenso cardiaco sono di grande interesse, perché immagine di come il progresso terapeutico abbia inciso in modo significativo sulla sopravvivenza delle persone affette da

malattie croniche, anche se ciò comporta un aumento progressivo dei ricoveri. È di rilievo notare come i tassi di ospedalizzazione aumentino con l'età, con un rate molto maggiore nella donna rispetto all'uomo (quasi doppio) ed anche come l'aumentare dell'età sembra ridurre le differenze di genere. Si potrebbero aprire su questi temi interessanti ambiti di studio riguardo all'evoluzione tempo-dipendente dei meccanismi patogenetici. Dal punto di vista dell'organizzazione ospedaliera è significativo che la maggior parte dei ricoveri per scompenso avvenga nei reparti di medicina-geriatria, con una quota marginale nelle cardiologie. Senza anticipare analisi frettolose, se questo avviene è necessario porsi il problema dell'adeguatezza della distribuzione dei posti letto e della preparazione dei medici. Infatti, il paziente anziano affetto da scompenso cardiaco ha bisogno sia di un'assistenza tecnologicamente adeguata sia di una valutazione complessiva dello stato di salute, (valutazione multidimensionale), al fine di delineare un'ipotesi prognostica, attorno alla quale costruire un programma di follow up sia a livello del territorio che ambulatoriale.

4. Le ospedalizzazioni per frattura di femore costituiscono un rilevante problema sia per la salute dell'anziano che per l'organizzazione dei servizi. Gli enormi progressi ottenuti in questi anni richiedono che gli interventi rispondano a standards internazionali quali-quantitativi. È interessante notare che il numero di dimissioni per frattura è aumentato dal 2000 al 2005, con una riduzione negli anni più recenti. Se il trend si confermasse, sarebbe utile analizzarne il collegamento o meno con la diffusione delle terapie farmacologiche (e non) per l'osteoporosi. Sulla stessa linea si colloca l'osservazione che le dimissioni si spostano sempre più verso le classi di età avanzate. Un dato che dovrà essere analizzato criticamente è la percentuale di dimissione dopo intervento chirurgico sul totale delle dimissioni per frattura di femore; è infatti difficilmente comprensibile una differenza così rilevante tra le ULSS, che peraltro riflette una media regionale non adeguata. Lo stesso dicasi per i pazienti operati entro le prime 24-48 ore. Anche se il confronto con altre Regioni italiane permette un'interpretazione meno negativa, i dati nel loro complesso indicano l'esigenza di un preciso e rapido intervento da parte delle autorità programmatiche.

Queste, e le molte altre possibili letture del Rapporto, indicano ancora una volta l'importanza di una raccolta intelligente di dati sul funzionamento dei sistemi sanitari. In questo ambito il Veneto ha fatto scuola, anche perché il SER è da anni all'avanguardia. Ci possiamo quindi augurare che – nell'ottica di un federalismo solidale – il know how acquisito in questi anni possa essere messo a disposizione anche di chi è stato meno previdente e si trova oggi ad affrontare problematiche come quelle poste dall'invecchiamento della popolazione senza i necessari strumenti per indirizzare l'opera di governo.

Concludo, come cittadino e come interprete della cultura e della prassi geriatrica, ringraziando ancora una volta chi ha collaborato alla raccolta, all'elaborazione e all'interpretazione di questi dati, di grande significato per la ricerca e di notevole utilità pratica.

# ANZIANI: PROFILI DI SALUTE E DI UTILIZZO DEI SERVIZI SANITARI. REGIONE VENETO

*Sintesi del Rapporto SER*

Negli ultimi anni in Veneto si è assistito, come nel resto dell'Italia, ad una forte espansione della componente anziana della popolazione, ovvero degli individui con 65 e più anni, sostenuta da una quota ristretta di adulti in età lavorativa e con pochi giovani a rappresentare il ricambio generazionale. All'inizio del 2007 gli individui con 65 anni e più sono il 19%, un valore di poco inferiore a quello registrato per l'intera nazione; in particolare, gli anziani di età compresa tra 65 e 74 anni sono il 10%, tra 75 e 84 anni il 7% e oltre 84 anni il 2%.

Secondo le previsioni demografiche dell'ISTAT il processo di invecchiamento è destinato a continuare anche nei prossimi decenni.

Il progressivo aumento delle persone in età anziana comporta sfide sempre più complesse per il Sistema Socio-sanitario Regionale. Infatti la popolazione anziana è portatrice di patologie croniche che riducono l'autonomia funzionale degli individui affetti e comportano un impegno assistenziale di natura sanitaria ma anche sociale.

Il Coordinamento del SER ha pubblicato nel febbraio del 2010 il rapporto "Anziani: profili di salute e di utilizzo dei servizi sanitari. Regione Veneto" ponendosi l'obiettivo di descrivere i bisogni di salute della popolazione anziana del Veneto e le risposte del sistema sanitario in termini di profili di cura. Per tale rapporto sono stati utilizzati i dati del Data Warehouse Sanità della Regione Veneto e quelli delle indagini dell'ISTAT. Nelle pagine seguenti si presentano in sintesi alcuni risultati presentati nel rapporto cui si rimanda per la descrizione della metodologia utilizzata nell'analisi. Il rapporto è disponibile a questo indirizzo: [www.ser-veneto.it](http://www.ser-veneto.it).

## Il contesto sociale, la salute percepita e gli stili di vita

Utilizzando i dati di due indagini condotte dall'ISTAT, l'Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" e l'Indagine sui presidi residenziali e socio-assistenziali, viene descritto il contesto di vita degli anziani veneti, il loro giudizio sul proprio stato di salute e la diffusione di fattori di rischio quali l'obesità, il sovrappeso, il fumo e la sedentarietà.

Sulla base di tali indagini si stima che al 31 dicembre 2005 gli anziani ospitati nei presidi residenziali socio-assistenziali del Veneto sono circa 29.000 (3%).

Il 27% degli anziani non ospitati in strutture socio-assistenziali vive solo; di questi, il 62% ha compiuto i 75 anni e l'80% sono donne. I parenti rimangono il punto di riferimento dell'anziano che vive solo; infatti, il 90% degli intervistati dichiara di poter contare sull'aiuto di un familiare, magari coadiuvato da aiuti esterni, mentre il 4% non può contare su alcun tipo di aiuto. Inoltre il 7% degli anziani soli si è avvalso dell'assistenza domiciliare non sanitaria e il 6% di assistenza a pagamento.

Con riferimento allo stato di salute generale, gli anziani che dichiarano di stare bene o molto bene sono il 28%, il 17% si sente invece in cattivo stato di salute con valori maggiori nei maschi.

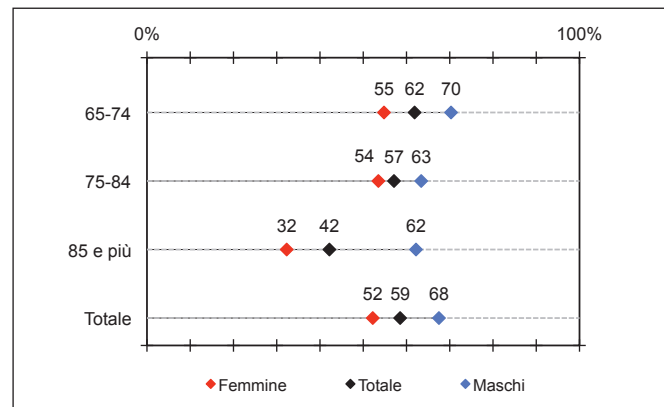
Circa l'80% degli anziani non dichiara alcun tipo di

invalidità, ma tale percentuale si riduce decisamente oltre la classe d'età da 75 a 84 anni, passando da 70% a 40% circa.

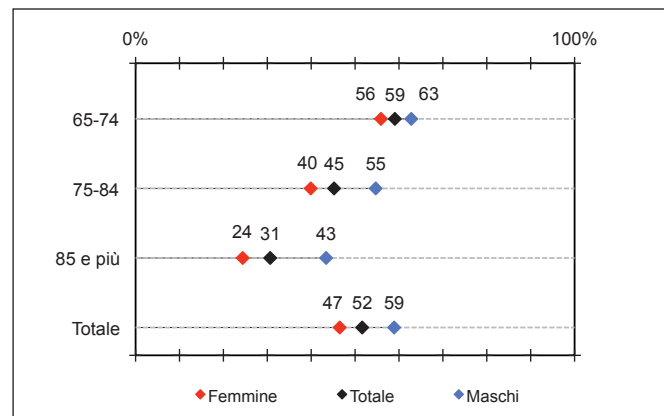
Oltre la metà degli anziani risulta in sovrappeso (44%) o obeso (14%) (Figura 1), con valori superiori rispetto all'insieme della popolazione regionale; il 52% dichiara di avere uno stile di vita attivo, soprattutto gli uomini (59%) (Figura 2).

La quota di fumatori anziani si attesta intorno all'8%, valore inferiore rispetto al dato riferito a tutta la popolazione della regione (19,7%).

**Figura 1** - Anziani obesi o in sovrappeso (%) per classi di età e sesso. Popolazione anziana di 65 anni e oltre residente in Veneto. Periodo 2004-2005.



**Figura 2** - Anziani che praticano attività fisica nel tempo libero o nei lavori domestici (%) per classi di età e sesso. Popolazione anziana di 65 anni e oltre residente in Veneto. Periodo 2004-2005.



## L'ospedalizzazione generale

Ogni anno nelle strutture ospedaliere del Veneto si registrano circa 350.000 dimissioni di pazienti anziani. Tale numero va riducendosi nel periodo 2000-2007, con un calo complessivo maggiore in regime di ricovero ordinario per acuti (-10%) e in lungodegenza (-19%).

Il tasso di ospedalizzazione degli anziani scende da 453 ricoveri per mille residenti nel 2000 a 363 ricoveri nel 2007. I motivi più frequenti di ricovero, individuati in base ai DRG (gruppi omogenei di diagnosi) sono *insufficienza cardiaca e shock, chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta e interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori*.

Nell'intervallo di tempo considerato si osserva un aumento della quota di ricoveri attribuiti a DRG medici indicativi di una maggiore complessità assistenziale e una riduzione di quelli riferibili a quadri clinici gestibili in ambito extra-ospedaliero; si assiste inoltre alla diminuzione dei DRG chirurgici a seguito dell'erogazione di alcuni interventi

chirurgici non più in regime ospedaliero, ma in regime ambulatoriale.

L'andamento osservato nella composizione del case-mix ospedaliero sembra rispondere anche per la popolazione anziana a un progressivo adeguamento delle strutture di ricovero a criteri di appropriatezza organizzativa.

Ogni anno gli ospedali del Veneto erogano circa 21.000 ricoveri a anziani provenienti da altre regioni (mobilità attiva); viceversa sono circa 12.000 i ricoveri di pazienti anziani residenti in Veneto presso gli ospedali di altre regioni (mobilità passiva).

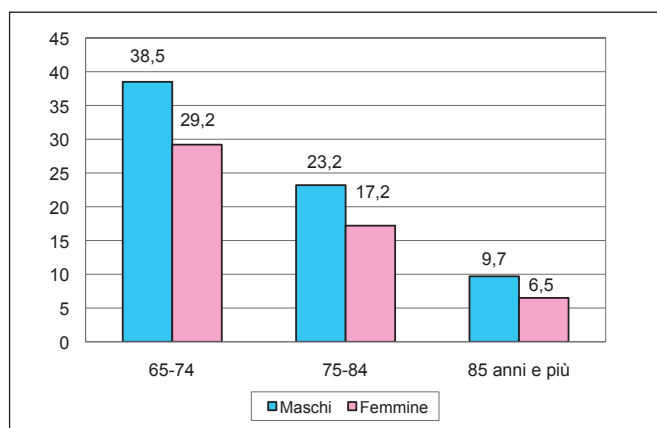
### L'ospedalizzazione per malattie circolatorie

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano per la popolazione anziana una delle principali cause di ricorso ai servizi sanitari. Tra le patologie cardiocircolatorie, lo scompenso cardiaco, l'infarto acuto del miocardio (IMA) e l'ictus ischemico sono molto frequenti nell'età anziana, condividono fattori di rischio simili e sono responsabili di esiti invalidanti che riducono l'aspettativa di vita in buona salute.

Nel 2007 i ricoveri per scompenso cardiaco nei soggetti anziani sono risultati circa 18.000 (5,3% del totale delle dimissioni nei soggetti anziani), pari al 90% delle dimissioni per questa patologia per tutte le classi di età, con un trend in aumento negli ultimi otto anni.

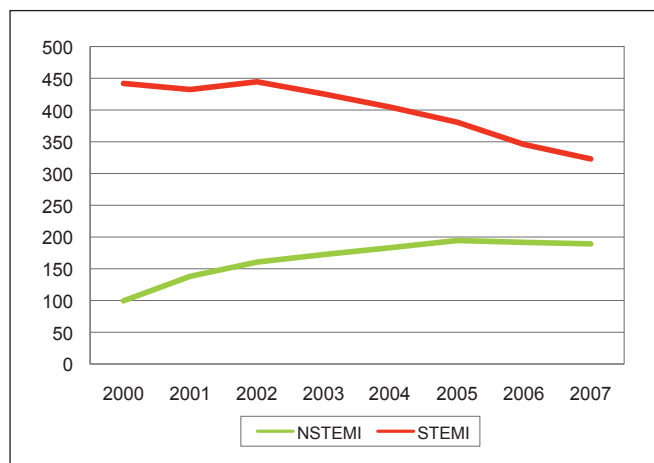
I soggetti anziani affetti da scompenso cardiaco vengono assistiti prevalentemente nei reparti internistici (45% in medicina generale, 27% in geriatria), mentre le dimissioni da cardiologia o unità coronarica sono il 18%. In particolare l'analisi per sesso e classe di età (Figura 3) evidenzia come la proporzione di dimissioni da cardiologia-UTIC sia più bassa nelle fasce di età più elevate e nelle donne rispetto agli uomini.

**Figura 3** - Percentuale di dimissioni per scompenso cardiaco da cardiologia-UTIC sul totale delle dimissioni per scompenso cardiaco, per sesso e classi di età. Popolazione di 65 anni e oltre residente in Veneto. Periodo 2006-2007.



L'ospedalizzazione per eventi di IMA, in particolare per la forma senza elevazione del tratto ST (NSTEMI), è stata fortemente influenzata dall'introduzione nel 2000 di nuovi criteri diagnostici che hanno ratificato l'utilizzo della troponina come indicatore di lesione miocardica. L'andamento effettivo del tasso di ospedalizzazione è pertanto associato al trend osservato per l'infarto con elevazione del tratto ST (STEMI), non influenzato dai nuovi criteri diagnostici; l'analisi di tale trend dal 2000 al 2007 evidenzia una diminuzione dell'occorrenza di IMA in parte legata alla riduzione e al miglior controllo dei fattori di rischio (Figura 4).

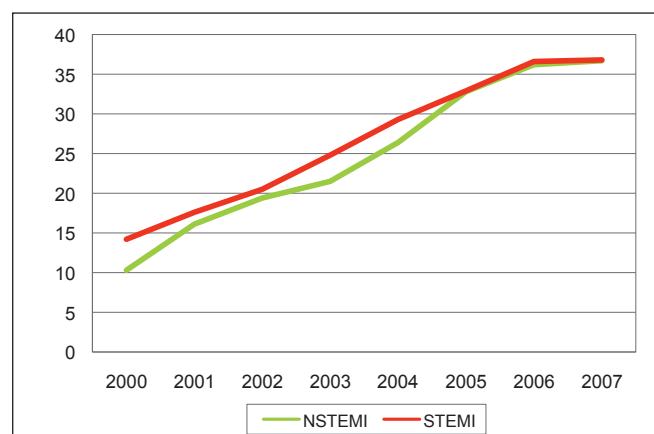
**Figura 4** - Tassi standardizzati di eventi ospedalizzati per tipo di IMA (per 100.000). Popolazione di età 65 anni e oltre residente in Veneto. Anni 2000-2007. (Popolazione standard: Veneto 2003).



Per quanto riguarda nello specifico la gestione della patologia, si può sottolineare un aumento progressivo della percentuale di dimissioni dal reparto di cardiologia-UTIC (70% nel 2007 per la classe da 65 a 84 anni), a riprova di un approccio più mirato nella cura di queste patologie anche nei soggetti anziani. Questa percentuale tende a ridursi nelle età maggiori dove prevalgono i reparti internistici anche a motivo di una maggiore comorbidità più facilmente gestibile da tale tipo di reparti.

Nel periodo 2000-2007, si verifica un aumento delle percentuali di trattamento di rivascolarizzazione (Figura 5). Inoltre nella classe 65-74 anni si osservano valori molto vicini a quelli della classe di età precedente (Tabella 1). Si evidenzia comunque per le donne un minore accesso, fenomeno descritto anche in altri studi.

**Figura 5** - Percentuale di eventi di IMA sottoposti a rivascolarizzazione invasiva sul totale degli eventi di IMA per tipo di infarto. Popolazione di età 65 anni e oltre residente in Veneto. Anni 2000-2007.



**Tabella 1** - Percentuali di eventi sottoposti a rivascolarizzazione invasiva sul totale degli eventi di IMA per tipo di infarto, classi di età e sesso. Residenti in Veneto. Anno 2007.

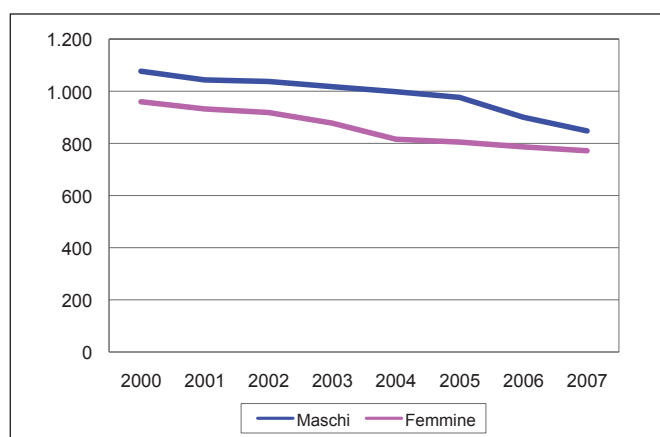
Classe di età	Maschi		Femmine	
	NSTEMI	STEMI	NSTEMI	STEMI
0-44	65,6	83,0	37,5	47,6
45-54	67,1	80,8	39,0	61,4
55-64	62,0	78,4	47,1	57,0
65-74	57,9	66,9	45,3	52,1
75-84	39,9	38,1	27,6	32,0
85-100	14,6	17,4	6,3	7,3

Nel 2007 si sono verificati circa 8.000 eventi di ictus ospedalizzati negli anziani residenti in Veneto, che rappresentano più dell'80% di tutti questi eventi. Il tipo di ictus più frequente nella popolazione anziana è quello ischemico (80%).

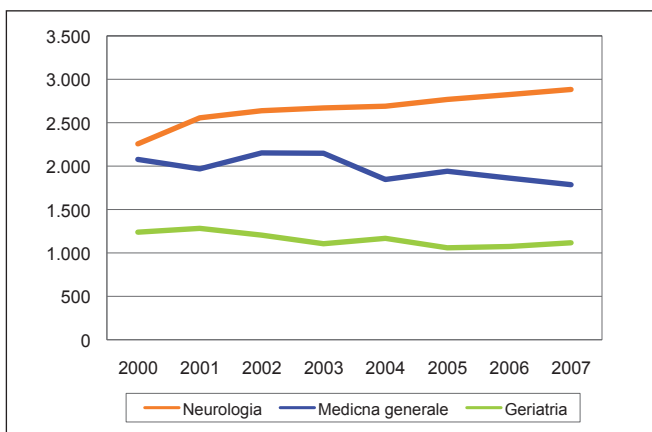
Il tasso osservato di ospedalizzazione per eventi cerebrovascolari e, in misura maggiore, quello standardizzato nel periodo 2000-2007 risultano in diminuzione sia nei maschi che nelle femmine (Figura 6).

È interessante inoltre notare come, nel tempo, aumenti la percentuale di ictus ischemici trattati nei reparti di neurologia; ciò sembra indicare una maggiore appropriatezza organizzativa (Figura 7).

**Figura 6** - Tasso standardizzato di eventi ospedalizzati per ictus (per 100.000). Popolazione di età 65 anni e oltre residente in Veneto. Anni 2000-2007. Popolazione standard: Veneto 2000.



**Figura 7** - Eventi di ictus ischemico per reparto di dimissione. Popolazione di età 65 anni e oltre. Residenti in Veneto. Anni 2000-2007.



### L'ospedalizzazione per neoplasie maligne

Le neoplasie maligne si configurano come una patologia frequente dell'età adulta e avanzata e il fenomeno dell'invecchiamento viene indicato in un recente documento dell'AIRTUM come uno dei fattori che contribuiscono all'aumento osservato nel numero di diagnosi tumorali negli ultimi dieci anni in Italia.

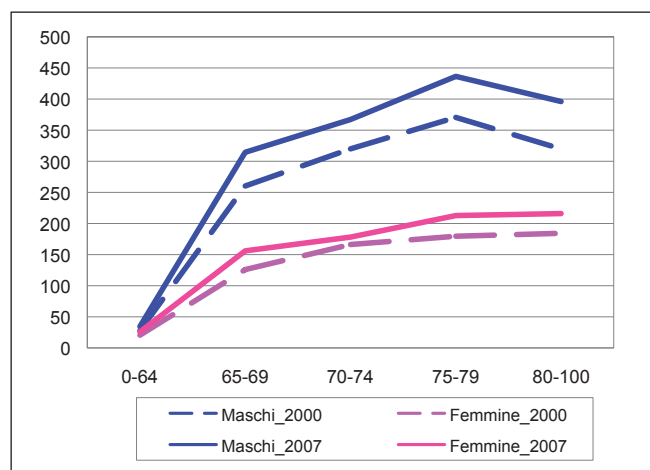
I ricoveri per tumori maligni degli anziani del Veneto risultano in aumento fino al 2005 (+6% rispetto al 2004); in seguito si osserva una riduzione, soprattutto nel passaggio dal 2006 al 2007 (7%), probabilmente da attribuire all'attivazione di nuove modalità di gestione della patologia neoplastica, in particolare all'introduzione del day service per la chemioterapia.

Un aspetto che emerge dall'analisi complessiva delle ospedalizzazioni per neoplasie nella popolazione anziana

nel Veneto, oltre al prevedibile aumento del carico assistenziale legato all'invecchiamento, è rappresentato dal cambiamento dei profili di cura che risultano essere sempre più simili a quelli della popolazione delle classi di età precedenti sia in termini di maggior intento curativo che di maggiore attenzione a ridurre gli esiti invalidanti.

I ricoveri per neoplasie del colon-retto aumentano fino al 2006, riflettendo l'aumento di incidenza delle neoplasie del grosso intestino e l'invecchiamento della popolazione. Analizzando i profili di cura per questa neoplasia si osserva (Figura 8) che il tasso di intervento del colon-retto è maggiore nel sesso maschile in tutte le classi di età ed aumenta fino alla classe 75-79 quando si registra una diminuzione, mentre nelle femmine l'incremento è costante fino alla classe 80-100. Confrontando i valori del parametro negli anni 2000 e 2007 si osserva che nei maschi si è verificato un aumento del tasso di intervento nel periodo considerato in tutte le classi di età ma più pronunciato in quelle maggiori (80-100) mentre nelle femmine l'incremento maggiore si ha nelle fasce 65-69 e 75-79. Complessivamente l'incremento del tasso è maggiore nel sesso maschile.

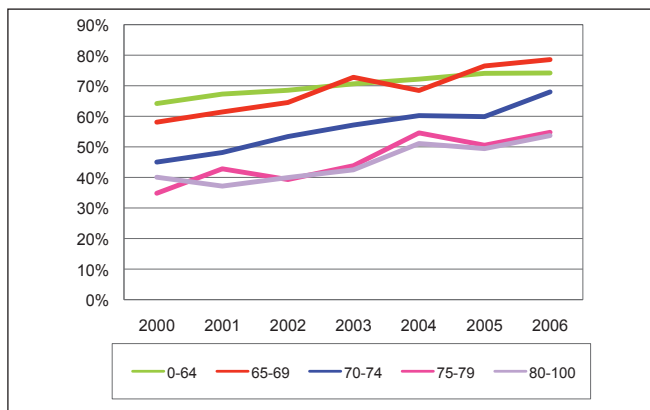
**Figura 8** - Tasso di interventi di resezione colon-rettale per classi di età e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2000 e 2007.



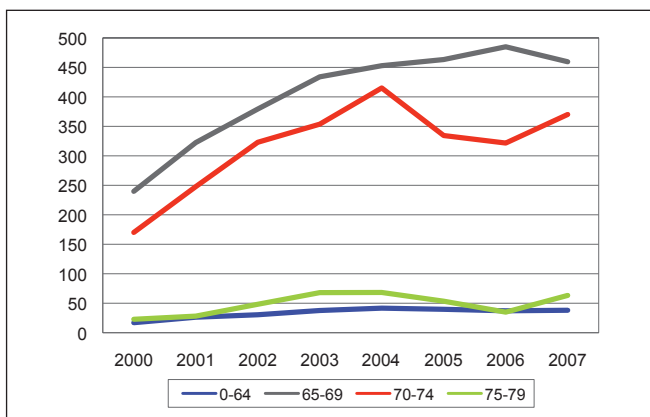
La neoplasia maligna della mammella rappresenta la forma tumorale più frequente nella popolazione anziana femminile e l'analisi dei profili di trattamento rivela la diffusione della chirurgia conservativa anche in questa fascia di età con un profilo di cura nel gruppo 65-69 anni molto simile a quello della classe di età inferiore (Figura 9). Questo può essere dovuto alla diagnosi precoce, per un effetto di "trascinamento" delle screening con conseguenti minori dimensioni della neoplasia, ed in parte a un cambiamento delle attitudini delle donne e dei chirurghi.

Anche in riferimento alla neoplasia prostatica si assiste ad un aumento del ricorso all'approccio chirurgico con un forte incremento degli interventi di prostatectomia radicale anche nella popolazione anziana e in particolare fino a 75 anni (Figura 10). L'incremento è molto rapido fino al 2004 e rallenta nel periodo successivo. Questo probabilmente in rapporto alla maggiore diffusione del dosaggio del PSA che ha anticipato la diagnosi di un certo numero di casi avviandoli al trattamento chirurgico.

**Figura 9** - Percentuale di donne con primo intervento di tipo conservativo per classi di età. Residenti in Veneto. Anni 2000-2006.

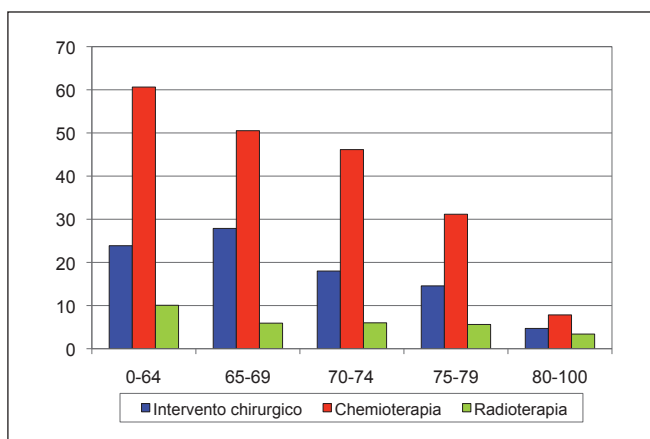


**Figura 10** - Tassi di prostatectomia radicale per classi di età (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2000-2007.



I ricoveri per tumore del polmone sono in diminuzione e ciò sembra legato alla riduzione dell'incidenza di questa patologia nei maschi. Un elemento interessante che emerge dall'analisi dei profili di cura è l'estensione di trattamenti con intento curativo, rappresentati dalla chemioterapia e dagli interventi chirurgici, anche nei soggetti anziani almeno fino ai 74 anni (Figura 11).

**Figura 11** - Profilo assistenziale ospedaliero dei pazienti con primo ricovero per tumore del polmone nel 2005 residenti in Veneto per classi di età. (Valori per 100 casi incidenti). Periodo 2005-2006.



### L'ospedalizzazione per patologie respiratorie

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

Nel corso del tempo si è modificata la composizione della

casistica ospedaliera con un aumento dei casi a maggiore complessità assistenziale e una riduzione di quelli relativi a condizioni trattabili anche in ambito extra-ospedaliero come bronchite e asma, con una maggiore aderenza a criteri di appropriatezza organizzativa nella gestione di questi quadri clinici.

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

### L'ospedalizzazione per frattura di femore

Una severa e frequente conseguenza delle cadute nell'anziano è la frattura di femore, di cui è possibile conoscere abbastanza agevolmente l'incidenza, le conseguenze e i costi poiché il suo trattamento necessita dell'ospedalizzazione.

Nel 2007 si sono verificati circa 6.300 ricoveri per frattura di femore nella fascia di età anziana cui corrisponde un tasso di 680 ricoveri ogni centomila residenti di età superiore a 65 anni. Il tasso standardizzato risulta in crescita fino al 2005 da quando si registra una sua diminuzione.

La corretta gestione della frattura di femore nell'anziano, che rappresenta un evento molto grave in termini sia di mortalità, che di disabilità e di perdita dell'autonomia, prevede il ricorso all'intervento chirurgico che dovrebbe essere eseguito tempestivamente per ottenere un esito migliore. In particolare sulla base di numerose linee guida l'intervento dovrebbe essere eseguito entro 24 ore.

Nella nostra regione il 90% delle fratture di femore negli anziani vengono operate e tale percentuale è andata aumentando nel corso del periodo considerato.

In riferimento alla tempestività dell'intervento nel 2007 il 20% dei soggetti anziani con frattura di femore è stato operato entro 24 ore e quasi il 40% entro 48 ore. Analizzando il parametro per classi di età si osserva una maggiore tempestività nelle classi di età più giovani e nei pazienti molto anziani (Tabella 2).

**Tabella 2** - Percentuale di pazienti operati entro 24 o 48 ore tra gli operati per frattura di femore per classi di età. Residenti in Veneto. Anno 2007.

Classe di età	24 ore %	48 ore %
0-44	33,7	49,1
45-54	27,4	46,4
55-64	27,2	42,2
65-74	18,9	35,7
75-84	19,7	39,1
85-100	22,4	43,1

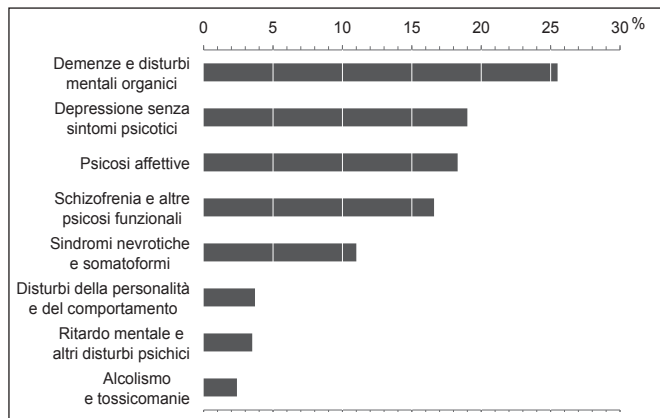
### La salute mentale

Nel 2007 gli utenti psichiatrici anziani trattati nei servizi territoriali e ospedalieri sono risultati circa 16.000 prevalentemente di sesso femminile (67%) e con un rapporto su mille residenti pari a 17,3. Le diagnosi più frequenti risultano le demenze (26%), seguite dalle forme depressive non psicotiche. Sommando a queste ultime le psicosi affettive, i disturbi affettivi arrivano a rappresentare il 37% delle diagnosi (Figura 12).

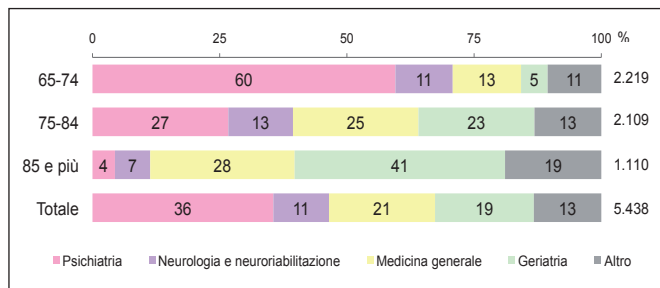
All'interno di ciascuno dei principali gruppi diagnostici, il rapporto tra gli utenti di sesso femminile e la popolazione anziana dello stesso sesso è superiore a quello osservato nei maschi; tale differenza è più marcata tra gli utenti con forme depressive non psicotiche.

L'analisi del profilo assistenziale ospedaliero evidenzia che in quasi la metà dei casi (46%) le dimissioni riguardano reparti specialistici di psichiatria o neurologia. Tale quota si riduce col progredire dell'età passando da 71% nella classe d'età da 65 a 74 anni a 11% oltre gli 84 anni (Figura 13).

**Figura 12** - Utenti psichiatrici per diagnosi (%). Popolazione di 65 anni e oltre residente in Veneto. Anno 2007. Stima su 17 Aziende ULSS.



**Figura 13** - Dimissioni dalle strutture del Veneto in regime ordinario per disturbi psichici o degenerazioni cerebrali per specialità di dimissione e classe di età. Popolazione di 65 anni e oltre. Anno 2007.



La depressione è il principale fattore di rischio per il suicidio, evento che presenta un tasso maggiormente elevato negli anziani rispetto alle altre fasce di età. Nella popolazione anziana del Veneto ogni anno si registrano circa 93 suicidi, pari allo 0,2% dei decessi in questa fascia di età.

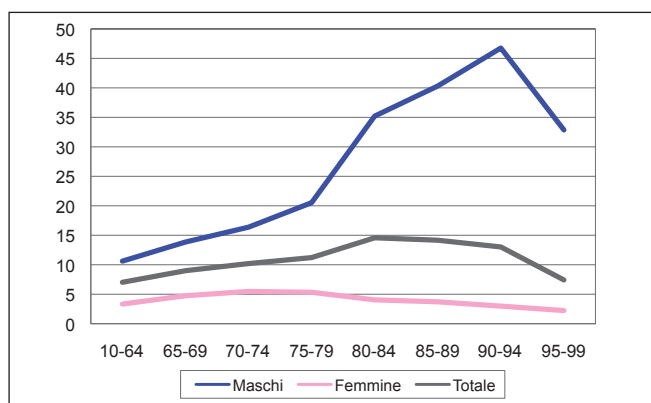
Gli ultimi dati disponibili a livello nazionale sono del 2003 e in tale anno il fenomeno suicidario nel Veneto risulta meno severo rispetto al dato nazionale, riscontrandosi 11,1 suicidi ogni centomila anziani residenti nel Veneto contro 13,3 in Italia.

I suicidi nel Veneto sono cinque volte più frequenti tra i maschi (20 suicidi ogni centomila anziani residenti) che tra le femmine (4,8) e tale differenza si accentua sempre più con l'avanzare dell'età (Figura 14).

### La mortalità

La mortalità nella popolazione anziana del Veneto nell'ultimo decennio (1995-2007), risulta in netto calo in entrambi i sessi, in linea con l'andamento osservato nella popolazione generale; infatti, nei maschi il tasso standardizzato diretto per mille residenti passa da 5,7 nel 1995 a 4,2 nel 2007, mentre nelle femmine da 4,3 a 3,3 (Figura 15).

**Figura 14** - Suicidi per 100.000 abitanti per classi di età e sesso. Residenti in Veneto di età da 10 a 99 anni. Periodo 1999-2007.



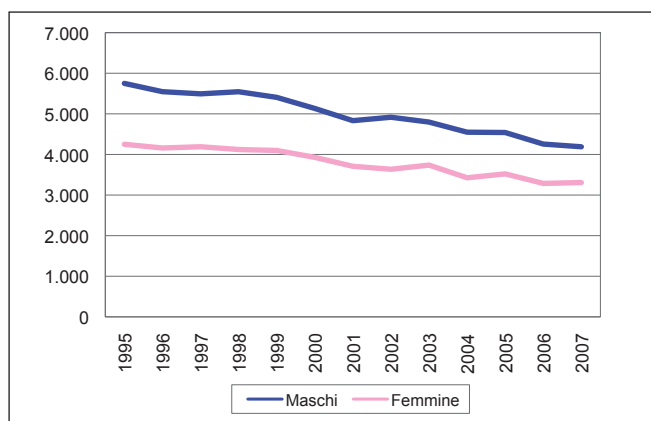
Tali valori sono simili al riferimento nazionale nel sesso maschile e inferiori in quello femminile.

Le malattie dell'apparato circolatorio giustificano il maggior numero di decessi, in particolare nelle classi di età avanzata e nel sesso femminile (nelle femmine il 40% dei decessi nella classe 75-84 anni e il 54% in età più avanzata, nei maschi il 36% dei decessi nella classe 75-84 anni e il 46% in età più avanzata). Al secondo posto si trovano i tumori, nell'ambito dei quali le cinque sedi principali sono, in ordine decrescente: nei maschi polmoni, colon-retto, prostata, fegato e pancreas; nelle femmine colon-retto, mammella, polmoni, pancreas e stomaco.

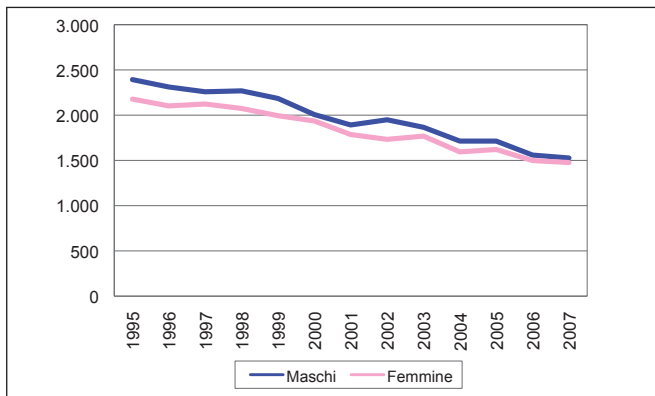
La mortalità per malattie dell'apparato circolatorio risulta in diminuzione in entrambi i sessi (Figura 16) nell'intervallo di tempo considerato e ha riguardato sia le malattie ischemiche del cuore, sia le malattie cerebrovascolari per le quali il calo del tasso di mortalità è ancora più accentuato. Anche la mortalità per tumori maligni risulta in diminuzione nell'intervallo di tempo considerato, (Figura 17), diversamente da quanto osservato per i disturbi psichici e le malattie del sistema nervoso, in particolare l'Alzheimer. Dal confronto tra Veneto e Italia ottenuto utilizzando i dati pubblicati dall'ISTAT e relativi agli anni 1998-2002, in relazione alle patologie dell'apparato circolatorio, si evidenziano dei valori inferiori di mortalità per la nostra regione sia nei maschi che nelle femmine.

I maschi veneti, invece, presentano valori di mortalità per neoplasie superiori rispetto ai coetanei italiani; tuttavia nel corso del tempo questa differenza tende a ridursi. Inoltre nelle femmine si registrano valori maggiori di mortalità per patologie dell'apparato respiratorio e in entrambi i sessi per i disturbi psichici.

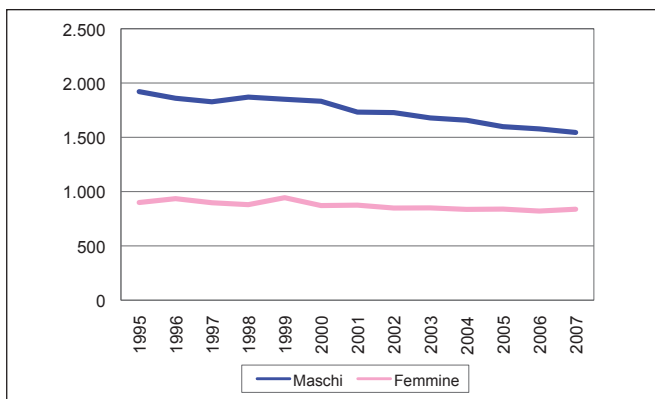
**Figura 15** - Tassi standardizzati diretti di mortalità per sesso (per 100.000). Popolazione di età 65 anni e oltre residente in Veneto. Anni 1995-2007. Popolazione standard: Veneto 2000.



**Figura 16** - Tassi standardizzati diretti di mortalità per patologie del sistema circolatorio per sesso (per 100.000). Popolazione di 65 anni e oltre residente in Veneto. Anni 1995-2007. Popolazione standard: Veneto 2000.



**Figura 17** - Tassi standardizzati diretti di mortalità per neoplasie per sesso (per 100.000). Popolazione di 65 anni e oltre residente in Veneto. Anni 1995-2007. Popolazione standard: Veneto 2000.



## Notiziario trimestrale del Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

**Proprietario ed Editore:** ULSS 8

**Direttore Responsabile:** Mariano Montagnin.

**Direttore Editoriale:** Paolo Spolaore.

**Coordinatori di Redazione:** Stefano Brocco, Ugo Fedeli, Maria Marchesan.

**Coordinatore Comitato Scientifico:** Achille Cesare Pessina.

**Comitato Scientifico:** Francesco Avossa, Vincenzo Baldo, Gianstefano Blengio, Stefano Brocco, Sandro Cinquetti, Gianpiero Dalla Zuanna, Roberto De Marco, Ugo Fedeli, Lorenzo Gubian, Luciano Marchiori, Adriano Marcolongo, Tiziana Menegon, Giampietro Pellizzer, Achille Cesare Pessina, Giovanni Pizzolo, Renato Rubin, Mario Saugo, Paolo Spolaore, Gaetano Thiene.

**Stampa:** L'Artegrafica - Casale sul Sile (TV)

**Sede della Redazione:** Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale - SER - Azienda ULSS 8 c/o Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto - Via dei Carpani 16/Z - 31033 Castelfranco Veneto (TV)

Autorizzazione Tribunale di Treviso n. 39 del 08/08/2006

Iscrizione ROC collegata n. 10626 del 14/02/2002

## Conclusioni

L'analisi condotta sulla popolazione anziana utilizzando i grandi e consolidati database regionali dei ricoveri SDO e delle schede di morte, nonché traendo spunto dai dati disponibili da altre fonti (Registro Tumori del Veneto, indagine Multiscopo dell'ISTAT) ha permesso di tracciare su scala regionale un profilo di salute e di ricorso ai servizi sanitari.

Lo studio evidenzia un miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana che si evince dal calo costante della mortalità registrato nell'ultimo decennio e attribuibile a fattori di vario tipo, tra cui un miglioramento delle condizioni socio-economiche, una maggiore tutela nei confronti di agenti nocivi di varia natura, una maggiore attenzione allo stile di vita e infine un miglioramento delle cure mediche che ha modificato la prognosi quoad vitam e quoad valetudinem di numerose condizioni morbose.

In riferimento ai bisogni assistenziali si è assistito negli ultimi anni da un lato all'elevata domanda assistenziale da parte della popolazione anziana della nostra regione e dall'altro ad una risposta da parte dei servizi sanitari sempre più mirata. Infatti almeno fino ai 75 anni i profili di cura per le principali patologie cronicodegenerative non differiscono da quelli della popolazione adulta. Allo stesso tempo in riferimento ad alcune condizioni cliniche, ad esempio lo scompenso cardiaco, si assiste ad un minor accesso da parte delle donne a setting di tipo specialistico.

Nel rapporto pubblicato, di cui l'articolo rappresenta un quadro di sintesi, si possono trovare ulteriori informazioni in merito a differenze territoriali e andamenti temporali per fasce di età, per patologie e profili assistenziali che costituiscono un contributo per orientare la programmazione sanitaria veneta in ambito geriatrico nei prossimi anni.

Per informazioni: Manola Lisiero  
manola.lisiero@ulssasolo.ven.it

## NEI PROSSIMI NUMERI

Nei prossimi numeri parleremo di:

- Endocarditi;
- AIDS;
- Contributi di altri centri della rete epidemiologica regionale.

Per ulteriori informazioni  
sull'attività del S.E.R.  
**www.ser-veneto.it**  
**ser@ulssasolo.ven.it**