co è di fondamentale importanza per la programmazione delle cure e dei servizi.

Labiopalatoschisi

I dati regionali del totale dei difetti del palato e/o del labbro oscillano poco attorno a 11,1/10.000 (6,9 palatoschisi 4,2 labio+/-palatoschisi). Nel biennio 2001-2002 è stato registrato un leggero decremento.

Queste malformazioni, oggetto di ricerca eziologica sulle complesse interazioni tra geni e ambiente, sono importanti perché sono abbastanza frequenti, il loro trattamento chirurgico e medico comporta sofferenze per i pazienti e notevole impegno per il servizio sanitario,.

Apparato urogenitale

Si tratta di un gruppo di anomalie rilevate e registrate in modo molto eterogeneo tra i Registri: 30/10.000 in Emilia Romagna, 5,6/10.000 nel Nord-Est. La componente diagnosticata nel periodo prenatale è in sensibile aumento e le IVG ammontano complessivamente a quasi il 20% dei casi totali registrati. I tassi più elevati sono simili al tasso medio europeo (28,6/10.000).

Genitali esterni

I dati sono eterogenei per effetto della difficile standardizzazione della rilevazione delle ipospadie di lieve entità. Il tasso può variare da 8/10.000, se si escludono le forme minori, a 20/10.000 quando si considerano anche queste forme.

Le ipospadie, potenzialmente associate a esposizioni a sostanze che agiscono sul sistema endocrino, sono frequenti e rilevanti per la necessaria correzione chirurgica delle forme più serie.

Arti

È un gruppo che include difetti molto diversi da un punto di vista eziopatogenetico, complessivamente molto frequenti e alcuni molto gravi e invalidanti. Il dato medio dei registri è 26,7/10.000 (da 34,5 in Toscana a 20,7 in Sicilia), inferiore a quello medio europeo (37,7/10.000). I tassi regionali risentono della inclusione o esclusione di forme minori.

Apparato muscolo-scheletrico

Il tasso medio dei registri italiani è di 12,9/10.000 (9,9 nel Nord-Est, 16,9 in Emilia Romagna), nettamente inferiore al dato medio europeo (22,6/10.000). Le IVG rappresentano circa il 25% dei casi nel dato italiano, simile al 23% europeo. Il dato dell'ultimo biennio è poco inferiore alla linea di base 1992-2001.

Cromosomi

Il tasso di anomalie cromosomiche è 25,7/10.000 sul totale dei registri italiani, con un range compreso tra 27,1 in Toscana e 20,2 in Campania. Il dato dell'ultimo biennio è leggermente superiore (28,4/10.000). Il dato medio italiano è inferiore a quello medio europeo (31,8/10.000). Il peso delle IVG è del 50% sia nel dato medio italiano che in quello europeo, per effetto di una copertura ampia dello screening prenatale, specie sulle fasce d'età materna oltre i 35-38 anni. L'innalzamento ancora in corso dell'età delle donne che decidono di avere il primo e successivi figli ha comportato un aumento della prevalenza di feti con anomalie cromosomiche, in particolare nelle aree con popolazione più anziana.

Sindrome di Down

Il tasso medio dei registri è pari al 15/10.000, più elevato nel Nord-Est (16,6/10.000) e più basso in Campania (13,5/10.000). Nel biennio 2001-2002 è stato più elevato (17,8/10.000), assumendo un valore simile a quello medio europeo (18,4/10.000). La componente delle IVG è del 41% nel complesso dei registri Italiani, simile al 43% in Europa, ma con variazioni di rilievo tra Regioni (51% in Toscana, 43% in Campania).

La **Tabella 2** riporta una sintesi delle malformazioni che hanno prevalenze alla nascita e/o totali (considerando cioè anche le IVG) omogenee tra i diversi registri italiani e che quindi possono essere considerate come stime a livello nazionale.

3.3.4 Valutazione critica

Le anomalie congenite rappresentano un importante problema di sanità pubblica, in quanto:

- comportano difetti strutturali (malformazioni congenite, deformazioni, disordini e displasie), anomalie cromosomiche, difetti congeniti del metabolismo, malattie ereditarie;
- rappresentano una delle cause principali di mortalità nel primo anno di vita, morbosità infantile, disabilità a lungo termine, morte embrionale e fetale;
- sono incluse tra le cause maggiori di anni di vita potenzialmente persi;
- implicano un onere pesante sui soggetti che ne sono colpiti, sulle loro famiglie e sulla comunità in termini di qualità della vita, partecipazione sociale e domanda di assistenza.

La disponibilità di dati è il presupposto irrinunciabile per programmare interventi di prevenzio-

Tabella 2 Malformazioni con prevalenze alla nascita e/o totali omogenee tra i Registri - Periodo 1992-1999

Omogeneità alla nascita		Omogeneità nei nati + IVG		MCR omogenee sia nei nati che sul totale dei casi (nati+IVG)
MCR	Proporzione	MCR	Proporzione	
Anotia/ Microtia	1:8621	Spina bifida	1:3022	Epispadia
Atresia ano-rettale	1:4017	Encefalocele	1:11628	Sesso indeterminato
Epispadia	1:50000	Arinencefalia	1:10990	Dif. trasversali arti
Sesso indeterminato	1:19231	Trasp. Grossi Vasi	1:6452	Acondroplasia
Estrofia vescica	1:45455	Can. atrio-ventricolare	1:4717	Sequenza Prune Belly
Dif. intercalari arti	1:28572	Atresia esofagea	1:4311	S. di Poland
Dif. trasversali arti	1:4505	Epispadia	1:40000	S. Cornelia de Lange
Osteocondrodisplasia	1:28572	Sesso indeterminato	1:15385	
Acondroplasia	1:27028	Agenesia renale	3:9875	
Sequenza Prune Belly	1:125000	Difetti longitudinali arti	1:10527	
S. di Poland	1:66667	Difetti trasversali arti	2:53125	
Sindrome Down	1:1085	Artrogriposi	1:18868	
Trisomia 13	1:32259	S. Goldenhar	1:50000	
Trisomia 18	1:16130	Acondroplasia	1:27778	
S. Cornelia de Lange	1:90910	Onfalocele	1:5495	
		Gastroschisi	1:16950	
		Sequenza Prune Belly	1:38462	
		S. di Poland	1:76924	
		S. Cornelia de Lange	1:142858	
		S. Beckwith-Wiedemann	1:111112	

Fonte: Registri Italiani dei difetti congeniti

ne e di cura; i registri dei difetti congeniti svolgono a tal proposito un ruolo fondamentale, specie quando sono organizzati in una rete, come nel caso del sistema EUROCAT che è finalizzato a:

- fornire un set "essenziale" di informazioni epidemiologiche riguardo alle anomalie congenite e alla realtà europea;
- facilitare il riconoscimento e l'allarme tempestivo su nuove esposizioni teratogeniche;
- valutare l'efficacia delle azioni di prevenzione primaria;
- valutare l'impatto degli sviluppi negli screening prenatali;
- agire come centro di informazione e di risorse che produce informazione e attiva interventi in tema di esposizioni e fattori di rischio e al quale possono fare riferimento gli operatori sanitari, i cittadini, i manager;
- costruire una rete di collaborazioni ed una infrastruttura per le attività di ricerca su tematiche inerenti le cause e la prevenzione delle anomalie congenite, il trattamento e la cura dei pazienti affetti;
- agire da catalizzatore per l'implementazione di registri nei Paesi europei e per la raccolta di dati standardizzati e comparabili.

In Italia, le fonti informative principali sulle malformazioni congenite sono rappresentate:

- dal nuovo certificato di assistenza al parto (CeDAP, DM 349/2001), le cui due ultime sezioni sono dedicate, rispettivamente, alla natimortalità (Informazioni sulle cause di natimortalità) e alle malformazioni (Informazioni sulla presenza di malformazioni);
- dalla rete nazionale dei registri dei difetti congeniti, la quale partecipa al sistema di sorveglianza EUROCAT.

Esiste inoltre la fonte rappresentata dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) che rilevano i nati affetti da patologie e/o malformazioni mediante la distinzione, attraverso le diagnosi secondarie, tra neonato sano, neonato con patologie e neonato deceduto.

Le suddette rilevazioni presentano problemi di copertura e affidabilità dei dati; infatti:

- il sistema delle SDO è costruito in modo che la scheda relativa alla madre e al parto e quella relativa al nato non sono collegabili, ovvero non è possibile risalire al figlio sulla base della SDO della madre e viceversa, e quindi mettere in relazione le diverse informazioni. Inoltre, dai dati della SDO non è possibile rilevare i casi di malformazioni legati alle IVG e agli aborti spontanei;
- la rilevazione CeDAP del 2002 copre il 64% circa dei punti nascita esistenti sul territorio nazionale. Inoltre, riguardo alla natimortalità, solo nel 23% dei casi di natimortalità è stata indicata nel modello la causa che ha determinato il decesso, nel 65% il motivo è omesso e nel 12%

viene segnalata una causa errata o incompatibile per sesso ed età; riguardo alle malformazioni, nel 42% dei casi è stato indicato il tipo di malformazione (e si tratta comunque di malformazioni presenti al momento della nascita o riscontrabili entro il 10° giorno di vita). Infine il modello CeDAP non rileva le IVG;

• sia le SDO sia il CeDAP, non essendo nati con l'obiettivo specifico della rilevazione delle malformazioni e rappresentando invece sistemi di sorveglianza "esaustivi" sull'evento ricovero e sull'evento nascita, possono fornire un dato di confronto ma non sostituirsi ad un sistema di rilevazione dedicato;

• i registri dei difetti congeniti sono 6 e sono eterogenei per estensione della copertura e spesso per criteri metodologici (ad esempio definizione e inclusione di casi). Tuttavia i registri rappresentano indubbiamente uno strumento di elezione in quanto:

– sono sistemi di raccolta e di registrazione sistematica dei casi osservati nei nati vivi, nei nati morti e negli aborti volontari utilizzando specifici protocolli, in tutto il territorio di riferimento;

– utilizzano più fonti: centri nascita, unità pediatriche o di altri reparti di cura degli ospedali partecipanti ai registri, certificati di nascita, documentazioni dei laboratori di analisi;

– effettuano una rilevazione continua nel tempo allo scopo di fornire una stima della rilevanza del fenomeno e di cogliere e valutare le fluttuazioni di prevalenza nel tempo e a livello territoriale;

– le malformazioni rilevate sono tutte quelle possibili e riscontrabili;

– la popolazione bersaglio principale è quella neonatale, ma viene svolto anche il rilevamento di dati prenatali e di segnalazioni di malformazioni dopo la nascita;

– oltre al tipo di malformazione vengono rilevate variabili socio-demografiche (sesso, settimane di gestazione, residenza, età materna e paterna) e fattori rischio (uso di farmaci in gravidanza, occupazione dei genitori, livello socioeconomico, uso di contraccezione orale, salute e malattie croniche dei genitori e altri tipi di esposizioni ambientali).

È dunque importante continuare a investire nel miglioramento dei flussi informativi correnti, affinando le tecniche di rilevazione e le metodologie di analisi dei dati e di costruzione di indicatori, definendo standard (per l'accertamento e la codifica dei casi, per l'utilizzo di fonti multiple, per l'aggregazione di cause ecc.). Un punto cruciale è ad esempio rappresentato dalla corretta definizione di numeratore e denominatore del tasso di prevalenza: dai dati dei registri è infatti emerso che il livello di eterogeneità tra registri varia anche in funzione dei criteri di inclusione (solo nati, nati e IVG), oltre che dei criteri di classificazione e codifica delle tipologie di anomalia.

I Registri italiani, anche se non del tutto sovrapponibili, permettono comunque una copertura di buona parte del territorio, consentendo la stima della prevalenza delle malformazioni e l'analisi del relativo andamento spazio-temporale. Gli ultimi dati disponibili mostrano un tendenziale decremento, nell'ultimo biennio (2001-2002), delle prevalenze a livello nazionale, con differenze marcate tra Regioni, e un sostanziale allineamento del dato nazionale a quello medio europeo (che spesso presenta valori superiori al tasso relativo all'Italia).

Bibliografia essenziale

1. Mastroiacovo P, et al. *Difetti congeniti e sindromi malformative*. Milano: McGraw-Hill; 1990.
2. Flynt JW, Hay S. International Clearinghouse for Birth Defect Monitoring System. *Contributions to epidemiology and biostatistics* 1979;1:44-52.
3. International Clearinghouse for Birth Defect Monitoring System. *Annual report 2000 with data 1998*. Roma: International Centre of Birth Defect; 2000.
4. Weatherall JAC. *EUROCAT Report 1: Registration of congenital abnormalities and multiple births*. Brussels: Catholic University of Louvain, Department of Epidemiology; 1981.
5. Weatherall JAC. *The beginning of EUROCAT*. Brussels: Catholic University of Louvain, Department of Epidemiology; 1985.
6. A EUROCAT Working Group. *Eurocat report 8: Surveillance of congenital anomalies in Europe 1980-1999*. University of Ulster, 2002. (www.eurocat.ulster.ac.uk).
7. Istituto Superiore di Sanità, Rapporto Istisan 02/36.
8. Pierannunzio D. La demografia della Sindrome Down: tendenze evolutive della prevalenza neonatale e della sopravvivenza attraverso i dati dei registri internazionali delle Malformazioni Congenite. Tesi di dottorato in Demografia, anno 2004.
9. http://www.epicentro.iss.it/archivio/2003/3-7-2003/Report2002.pdf.

3.4 Anziani

3.4.1 Introduzione

Secondo i dati del Censimento 2001, gli ultrasessantacinquenni residenti in Italia sono 10.645.874 (19% circa della popolazione totale) di cui 4.762.414 (45%) hanno oltre 74 anni. L'indice di vecchiaia è pari a 131,38 cioè ci sono circa 132 ultrasessantacinquenni ogni 100 persone di età 0-14 anni.
L'indice di dipendenza degli anziani (ossia la proporzione di ultrasessantacinquenni sulla popolazione 15-64 anni) è pari al 27,5% e si contano 3,39 anziani (over 65) per ogni bambino (< 6 anni). Nel 2001, il 13,5% delle famiglie italiane è costituito da nuclei "monocomponente anziano" (una sola persona di età maggiore o uguale a 60 anni).
L'ISTAT prevede che, nel periodo 2000-2050, a fronte di una evoluzione numericamente poco rilevante della popolazione totale, la struttura demografica si modificherà sostanzialmente proprio attraverso un sensibile aumento dell'indice di vecchiaia (che raggiungerebbe un valore pari a 146 nel 2010). Tale incremento è dovuto alla minore numerosità delle generazioni più giovani – per i bassi livelli di fecondità – ma ancor più al rilevante aumento degli ultrasessantacinquenni (e in particolare delle età superiori a 75 anni) legato ai miglioramenti della sopravvivenza nelle età anziane. La speranza di vita alla nascita stimata per il 2003 è pari a 77 anni per gli uomini e 83,2 anni per le donne (nel 2000 76,5 e 82,5 rispettivamente).
Il bisogno di salute degli anziani è dunque un tema chiave in un Paese che, come il nostro, invecchia sempre più e destina metà delle sue risorse alla salute di questa parte della popolazione.

3.4.2 Presentazione dei dati

Esiste un'ampia letteratura sul tema della salute e dell'assistenza relative agli anziani. Nella presente relazione si prendono in esame le seguenti fonti:
• lo studio Argento condotto dall'ISS, nell'ambito del programma PROFEA, su 12 Regioni italiane: si tratta di una indagine che ha coinvolto un campione di ultrasessantacinquenni non istituzionalizzati con l'obiettivo primario di misurare lo stato di salute, la qualità della vita e i bisogni assistenziali degli anziani al fine di facilitare la pianificazione a livello regionale e di migliorare la capacità di prendere decisioni basate sull'evidenza;
• lo studio longitudinale ILSA del CNR-ISS che da oltre 10 anni segue una coorte di popolazione anziana; l'ILSA è il primo studio epidemiologico italiano, condotto su un campione randomizzato della popolazione anziana, che accerta la presenza delle maggiori patologie croniche invalidanti attraverso una valutazione clinica specialistica;
• gli ultimi dati forniti dal Ministero della Salute (SIS-Sistema Informativo Sanitario) e dall'ISTAT sull'ospedalizzazione, sull'assistenza domiciliare integrata e sull'assistenza residenziale.
Occorre premettere alcune osservazioni metodologiche.
– Riguardo all'ospedalizzazione, nei dati di fonte SDO, vengono conteggiati tra i dimessi anche i ricoveri ripetuti dallo stesso individuo che, nel caso degli anziani, rappresentano, in relazione ad alcune patologie, un fenomeno frequente.
– Dai dati sui ricoveri è possibile ricavare alcuni indicatori di appropriatezza quali: il tasso di ospedalizzazione per particolari procedure chirurgiche (cataratta, bypass coronario, sostituzione dell'anca, angioplastica), che è dato dal rapporto tra il numero di dimissioni degli anziani per la procedura considerata e la popolazione anziana residente; il peso medio dei ricoveri per anziani, che si ottiene rapportando al totale dei ricoveri la somma dei pesi DRG dei ricoveri che interessano la popolazione anziana. Entrambi gli indicatori sono calcolati al lordo della mobilità ospedaliera, pertanto la loro interpretazione è condizionata dalla distribuzione sul territorio delle strutture e dalla relativa capacità di attrazione.
– I dati di fonte SIS sull'assistenza residenziale si riferiscono a strutture di tipo sociosanitario dove è però predominante la componente sanitaria, seppure con diversi livelli di intensità; rientrano in questa categoria le residenze sanitarie assistenziali per anziani (RSA) le quali sono destinate ad anziani non autosufficienti che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative.
– A partire dal 1999, anche l'ISTAT effettua annualmente un'indagine sui presidi sanitari socioassistenziali che include, tra le altre, le seguenti strutture: residenze assistenziali per anziani autosufficienti, residenze sociosanitarie per anziani non autosufficienti e RSA. L'universo di osser-

vazione dell'ISTAT è dunque più ampio di quello esplorato dal SIS (che considera solo le RSA). Gli ultimi dati disponibili fotografano la situazione dell'assistenza residenziale al 31/12/2001.

3.4.3 Analisi quantitativa

Stato di salute e fattori di rischio

I risultati degli sudi Argento e ILSA sono stati presentati nel 2003 all'ISS nel corso del convegno "Bisogni sociosanitari degli anziani". Tra le evidenze emerse si riportano le seguenti.

- Il 3% delle donne ed il 2% degli uomini di età compresa tra 65 e 69 anni hanno bisogno di assistenza quotidiana: queste percentuali salgono al 25% nelle donne sopra gli 80 anni ed al 18% negli uomini. A 65 anni una donna ha un'attesa di vita di 20 anni, metà dei quali li passerà in buona salute: simile il dato per gli uomini (Studio ILSA).
- La percezione della qualità di vita, che è dimostrato essere un forte predittore di morbosità e mortalità oltre che un indicatore di bisogno assistenziale significativamente correlato al ricorso ai servizi, è estremamente eterogenea nel Paese per gli ultrasessantacinquenni: gli indici di salute psicofisica mostrano infatti una situazione nettamente più favorevole al Nord rispetto a Sud e isole (Studio Argento ISS).
- Analoghe differenze si riscontano per disabilità, malattie croniche e deficit cognitivo (quest'ultimo in particolare rappresenta un problema molto rilevante per gli anziani) per i quali si osserva un gradiente Sud-Nord, ossia prevalenze maggiori nelle regioni meridionali (Studio Argento ISS).
- La prevalenza di patologie croniche nell'anziano aumenta nel tempo di circa il 50% negli ultimi 10 anni (Studio ILSA Firenze). L'ipertensione e l'osteoartrosi sono le patologie maggiormente rappresentate (secondo lo studio ILSA ne soffre circa il 60% degli anziani), ma frequenze rilevanti sono anche associate a infarto del miocardio, cardiopatia ischemica, ictus, diabete, demenza e neuropatie degli arti inferiori; queste ultime rappresentano una delle principali cause di cadute e di disabilità nell'anziano.
- L'isolamento o la scarsa integrazione sociale caratterizzano fortemente la condizione dell'anziano, impattando negativamente sulla qualità della vita e sulla domanda assistenziale (Studio Argento ISS).
- Il costo dell'assistenza agli anziani cresce nel tempo e in funzione dell'età: aumenta il numero di anziani "utenti" e aumenta il costo sanitario dell'utente (Studio ILSA Firenze).
- Nonostante l'offerta gratuita di vaccino antinfluenzale solo il 50% degli anziani si vaccina, in gran parte presso il medico di medicina generale; scarsamente praticata è la vaccinazione contro il pneumococco (Studio Argento ISS).
- Gli anziani sono grandi consumatori di farmaci (circa il 40% della spesa farmaceutica è a carico degli ultrasessantaquattrenni), e anche in questo caso si registra una notevole variabilità geografica (Studio Argento ISS).
- Dai dati dello studio ILSA emerge infine un quadro non troppo rassicurante riguardo alla diffusione tra gli anziani di fattori di rischio per la salute, non solo sanitari (fumo, alcol, sovrappeso e obesità, scarso consumo di frutta e verdura) ma anche socioeconomici (ad esempio bassi livelli di istruzione e reddito), entrambi associati a tassi più elevati di patologie croniche invalidanti, di disabilità e di mortalità generale.

Ospedalizzazione

Nel 2002 (**Tabella 1**) si sono registrati complessivamente circa 3 milioni 700 mila ricoveri ordinari per anziani (pari al 38,7% del totale dei ricoveri), in lieve crescita rispetto al 2000 (aumenta, nel biennio, il numero di ricoveri per gli ultrasettantaquattrenni mentre si riduce quello relativo alla classe 65-74). La degenza media è pari a 9,10 e 10,54 giornate rispettivamente per le due classi 65-74 e 75+, nettamente superiore quindi al valore nazionale (7,36 per il totale dei ricoveri).

Tra le diagnosi di dimissione più frequenti (classificate secondo il criterio degli Aggregati Clinici di Diagnosi) assume netta evidenza il peso delle malattie cardiovascolari (ai primi posti nella graduatoria degli ACC dopo la cataratta).

Nel 2003, il tasso di ospedalizzazione per acuti nelle due classi di età considerate (65-74 e ≥75 anni) è pari, rispettivamente, a 270 e 415 ricoveri ogni 1.000 abitanti mentre nella popolazione generale si registrano circa 156 ricoveri per acuti ogni 1.000 residenti. Analogamente, per l'attività di riabilitazione si osservano 13 e 20 ricoveri per le due fasce anziane vs un valore nazionale pari a 4,4.

In generale, i ricoveri brevissimi (0-1 giorno) sono meno frequenti negli anziani rispetto alla popolazione generale; più limitato è anche il ricorso al day hospital il quale tuttavia si caratterizza per una forte prevalenza di interventi chirurgici (la cosiddetta day surgery) che sono percentualmente pari a quanto registrato nel complesso dei ricoveri.

Tabella 1 **Dimessi in regime ordinario con età maggiore di 64 anni - Anni 2000 e 2002**

Regione	65-74 anni			75 anni e più		
	2000	2002	var % 98-00	2000	2002	var % 98-00
Piemonte	116.637	103.063	-11,64	139.253	129.263	-7,17
Valle d'Aosta	3.056	2.623	-14,17	3.597	3.380	-6,03
Lombardia	297.846	287.746	-3,39	316.194	315.858	-0,11
Prov. Bolzano	15.293	13.928	-8,93	20.122	20.917	3,95
Prov. Trento	14.935	12.983	-13,07	20.630	19.398	-5,97
Veneto	130.591	117.719	-9,86	172.325	169.407	-1,69
Friuli-Venezia Giulia	33.449	30.057	-10,14	52.833	49.892	-5,57
Liguria	53.697	47.714	-11,14	72.774	70.975	-2,47
Emilia Romagna	123.934	114.400	-7,69	184.445	182.961	-0,80
Toscana	101.427	93.841	-7,48	149.305	147.681	-1,09
Umbria	27.718	24.060	-13,20	33.959	32.473	-4,38
Marche	46.820	42.006	-10,28	64.660	62.985	-2,59
Lazio	158.363	155.574	-1,76	177.046	188.717	6,59
Abruzzo	53.082	54.255	2,21	60.938	66.801	9,62
Molise	12.842	12.560	-2,20	14.306	15.525	8,52
Campania	153.157	146.790	-4,16	128.060	136.589	6,66
Puglia	138.211	126.798	-8,26	134.575	135.954	1,02
Basilicata	18.174	16.917	-6,92	17.812	18.557	4,18
Calabria	60.649	61.424	1,28	62.567	67.795	8,36
Sicilia	117.370	152.727	30,12	111.936	155.588	39,00
Sardegna	44.697	46.549	4,14	49.266	55.144	11,93
ITALIA	**1.721.948**	**1.663.734**	**-3,38**	**1.986.603**	**2.045.860**	**2,98**

Fonte: Ministero della Salute

Il peso medio dei ricoveri esprime la complessità della casistica anziana trattata in ambito ospedaliero ossia misura se i ricoveri di questo sottogruppo si caratterizzano per un maggiore assorbimento di risorse rispetto alla media della popolazione. Nel 2001 (**Tabella 2**) tale indicatore è pari a 1,36 (con una netta distinzione tra le regioni centrosettentrionali, che presentano valori maggiori del dato nazionale, e quelle meridionali dove il valore non supera 1,25) vs un dato pari a 1,14 nella popolazione generale.

La **Tabella 2** riporta i tassi di ospedalizzazione relativi ad alcune tipologie di intervento praticate per le condizioni cliniche che più frequentemente causano il ricovero negli anziani. Nel biennio 2000-2002, i livelli di ospedalizzazione per tali interventi sono aumentati, in modo più significativo per la cataratta (3.713 ricoveri per 100 mila anziani vs 3.096 nel 2000). Esiste tuttavia una rilevante variabilità a livello regionale; ad esempio, per l'intervento alla cataratta, si registrano valori tendenzialmente più alti nelle regioni del Centro-Sud (ad esempio Marche, Sardegna), al contrario nell'Italia settentrionale risultano più frequenti gli interventi per sostituzione dell'anca, angioplastica e by-pass coronario. Gli interventi per by-pass coronario e so-

Tabella 2 **Tassi di ospedalizzazione nella popolazione**

Regione	Interventi per cataratta regime ordinario e DH	
	2000	2002
Piemonte	2.605,62	3.656,82
Valle d'Aosta	1.407,07	3.553,61
Lombardia	3.849,24	4.081,38
Prov. Bolzano	3.599,80	3.582,83
Prov. Trento	3.112,16	3.338,53
Veneto	3.222,54	3.548,16
Friuli-Venezia Giulia	2.981,56	3.077,84
Liguria	2.351,04	3.106,81
Emilia-Romagna	3.861,92	3.674,89
Toscana	3.217,00	3.600,18
Umbria	3.371,38	3.958,18
Marche	4.019,27	4.454,23
Lazio	3.048,12	4.070,33
Abruzzo	3.021,96	3.937,96
Molise	3.698,86	3.276,50
Campania	2.266,23	2.906,30
Puglia	3.237,00	3.992,19
Basilicata	1.381,98	3.151,06
Calabria	2.878,54	3.354,35
Sicilia	1.817,33	3.650,40
Sardegna	4.093,13	4.614,82
ITALIA	**3.096,01**	**3.712,97**

Fonte: Ministero della Salute

Totale ≥65			Totale ricoveri (tutte le età)			Ricoveri ≥65 anni per 100 ricoveri totali		
2000	2002	var % 98-00	2000	2002	var % 98-00	2000	2002	var % 98-00
255.890	232.326	-9,21	632.914	556.112	-12,13	40,4	41,8	3,33
6.653	6.003	-9,77	17.113	15.294	-10,63	38,9	39,3	0,96
614.040	603.604	-1,70	1.645.040	1.589.970	-3,35	37,3	38,0	1,71
35.415	34.845	-1,61	97.269	90.009	-7,46	36,4	38,7	6,33
35.565	32.381	-8,95	85.178	74.852	-12,12	41,8	43,3	3,61
302.916	287.126	-5,21	739.851	692.887	-6,35	40,9	41,4	1,21
86.282	79.949	-7,34	187.669	172.945	-7,85	46,0	46,2	0,55
126.471	118.689	-6,15	292.648	265.226	-9,37	43,2	44,8	3,55
308.379	297.361	-3,57	701.457	666.293	-5,01	44,0	44,6	1,52
250.732	241.522	-3,67	566.064	538.877	-4,80	44,3	44,8	1,19
61.677	56.533	-8,34	144.571	131.497	-9,04	42,7	43,0	0,77
111.480	104.991	-5,82	256.222	236.292	-7,78	43,5	44,4	2,12
335.409	344.291	2,65	936.502	916.065	-2,18	35,8	37,6	4,94
114.020	121.056	6,17	277.572	283.578	2,16	41,1	42,7	3,92
27.148	28.085	3,45	65.887	66.135	0,38	41,2	42,5	3,06
281.217	283.379	0,77	974.134	929.555	-4,58	28,9	30,5	5,60
272.786	262.752	-3,68	836.366	764.250	-8,62	32,6	34,4	5,41
35.986	35.474	-1,42	93.235	85.831	-7,94	38,6	41,3	7,08
123.216	129.219	4,87	343.188	340.382	-0,82	35,9	38,0	5,74
229.306	308.315	34,46	720.066	890.029	23,60	31,8	34,6	8,78
93.963	101.693	8,23	262.161	268.612	2,46	35,8	37,9	5,63
3.708.551	**3.709.594**	**0,03**	**9.875.107**	**9.574.691**	**-3,04**	**37,6**	**38,7**	**3,17**

anziana per particolari interventi/procedure per 100.000 residenti anziani e peso medio dei ricoveri per anziani - Anni 2000, 2002; 1999, 2001

Interventi per stituzione dell'anca		Interventi per bypass coronarico		Angioplastica coronarica regime ordinario e DH		Peso medio del ricovero degli anziani in regime ordinario (*)		Peso medio del ricovero degli anziani in DH (**)	
2000	2002	2000	2002	2000	2002	1999	2001	1999	2001
554,30	600,00	141,17	175,76	286,47	294,85	1,39	1,45	0,91	0,90
445,28	697,48	–	163,33	–	242,79	1,34	1,40	1,07	1,07
664,81	690,81	288,84	252,37	382,93	333,60	1,41	1,46	0,89	0,88
1.003,48	974,46	–	82,61	445,20	509,63	1,27	1,26	0,94	0,92
554,61	681,90	171,92	151,28	182,51	198,99	1,32	1,33	0,96	0,88
710,37	711,97	129,52	131,65	248,68	264,17	1,39	1,42	0,86	0,85
760,48	838,61	116,35	113,99	189,12	77,72	1,44	1,46	0,94	0,91
473,15	603,94	104,34	143,15	131,24	111,82	1,34	1,39	0,95	0,96
523,61	462,11	190,71	144,43	250,75	283,42	1,44	1,48	0,90	0,90
570,12	616,11	155,29	139,89	305,28	266,69	1,41	1,46	0,91	0,89
522,20	548,45	80,30	183,36	122,87	157,94	1,32	1,41	0,88	0,85
470,95	527,55	146,71	207,60	89,89	165,83	1,35	1,38	0,86	0,86
464,78	530,99	128,72	157,77	158,16	252,34	1,30	1,33	0,93	0,91
509,79	507,77	221,65	142,76	144,47	203,26	1,22	1,24	0,91	0,90
411,31	404,88	–	119,96	–	148,45	1,21	1,20	0,95	0,90
322,58	407,13	114,36	157,80	188,99	144,80	1,22	1,24	0,91	0,90
372,29	451,19	130,48	126,91	175,92	178,19	1,22	1,25	0,84	0,85
260,80	368,98	134,58	129,14	158,71	222,31	1,19	1,23	0,89	0,90
247,03	340,95	49,05	134,11	21,83	185,97	1,15	1,16	0,91	0,93
289,72	407,99	133,22	121,47	178,44	155,26	1,22	1,24	0,88	0,89
260,55	321,79	66,92	114,87	138,99	102,28	1,14	1,17	0,78	0,72
504,24	**552,87**	**155,91**	**161,74**	**226,71**	**232,30**	**1,33**	**1,36**	**0,89**	**0,89**

(*) discipline per acuti, riabilitazione e lungodegenza (**) discipline per acuti e riabilitazione

stituzione dell'anca hanno una maggiore complessità di esecuzione rispetto a quello di cataratta, che è ormai diffusamente eseguito in day hospital e in regime ambulatoriale; pertanto per un corretto confronto territoriale occorrerebbe disporre anche dei dati relativi agli interventi eseguiti in ambito extraospedaliero.

I differenziali geografici osservati possono riflettere non tanto e non solo una diversità di bisogni tra Regioni quanto piuttosto una maggiore capacità attrattiva, nelle realtà caratterizzate da valori più elevati dell'indicatore, presumibilmente da attribuire ad una offerta assistenziale migliore e quindi ad un fenomeno di mobilità e di conseguente disagio per la popolazione residente nelle Regioni che hanno maggiore difficoltà a soddisfare la domanda. Inoltre valori alti degli indicatori inducono l'ipotesi di un utilizzo improprio delle risorse ospedaliere e quindi andrebbero integrati con una analisi delle prestazioni eseguite in ambito extraospedaliero oltre che con una valutazione degli esiti delle procedure.

Assistenza domiciliare integrata

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) rappresenta un "nodo" significativo della rete sociosanitaria territoriale; generalmente essa si esplica quando, per motivi di organizzazione sanitaria o per ragioni sociali, si ritenga necessaria un'assistenza alternativa al ricovero. La percentuale di anziani trattati in ADI è dunque un indicatore rilevante ai fini della valutazione del funzionamento di un modello assistenziale basato sull'integrazione dei servizi e sulla presa in carico del paziente al fine di evitarne o ritardarne il ricovero. Secondo i dati del SIS, nel 2003 (**Tabella 3**) gli anziani in ADI sono complessivamente 260.595, pari a 25 trattati ogni 1.000 anziani, in aumento rispetto al dato riferito al 2000 (191.489 pari circa al 18 per mille) e al 2001 (204.697, pari circa al 19 per mille), Lo scarto tra regioni è molto evidente, da valori minimi di Bolzano e Trento, Valle d'Aosta e Isole, a valori massimi in Friuli Venezia Giulia e in Molise.

Assistenza residenziale

Per il 2003 (**Tabella 3**) sono stati rilevati 133.035 posti nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani (127.001 residenziali e 6.034 semiresidenziali) dei quali hanno usufruito 177.922 e 8.625 utenti rispettivamente, pari al 17,11 e allo 0,83 per 1.000 residenti della stessa età. Rispetto agli anni precedenti si osserva un aumento (172.647 e 7.902 nel 2002, 150.439 e 5.221 nel 2001) e si conferma la forte variabilità regionale che probabilmente riflette la disomogenea distribuzione sul territorio di questa tipologia di strutture.

Tabella 3 **Assistenza domiciliare, residenziale e**

Regione	% anziani tratttati in ADI	
	2001	2003
Piemonte	1,4	1,8
Valle d'Aosta	3,5	0,3
Lombardia	2,4	2,8
Prov. Bolzano	0,1	0,2
Prov. Trento	0,3	0,0
Veneto	3,0	3,9
Friuli-Venezia Giulia	7,6	8,1
Liguria	3,5	2,0
Emilia Romagna	1,9	4,8
Toscana	1,9	3,2
Umbria	1,5	2,6
Marche	4,1	2,9
Lazio	1,7	2,0
Abruzzo	0,9	1,9
Molise	5,7	9,2
Campania	0,8	1,0
Puglia	1,1	1,3
Basilicata	2,6	4,4
Calabria	0,6	0,6
Sicilia	0,6	0,7
Sardegna	0,5	0,6
ITALIA	1,9	2,5

Fonte: Ministero della Salute

In generale, nelle Regioni meridionali il carico assistenziale sembra minore rispetto alla media nazionale, sia in termini di casi trattati in ADI sia relativamente all'utenza delle residenze. In entrambi i casi, le differenze riscontrabili tra Regioni sono comunque attribuibili anche alla diversità dei modelli organizzativi che regolano l'assistenza a pazienti anziani in ambito extraospedaliero e, in parte, alla scarsa qualità dei dati, specie per quanto riguarda l'ADI.

I dati dall'indagine condotta dall'ISTAT sui presidi residenziali socioassistenziali contribuiscono a completare il quadro attuale sul fenomeno dell'istituzionalizzazione degli anziani, evidenziando che:

- alla fine del 2001, per gli anziani non autosufficienti sono disponibili circa 1.200 residenze sociosanitarie e 930 RSA per un totale di circa 150.000 posti letto. Per gli anziani autosufficienti, le residenze assistenziali censite sono circa 2.000 per un totale di oltre 95.000 posti letto. Nonostante la crescente disponibilità, l'offerta in queste strutture risulta spesso insufficiente soprattutto nei presidi per non autosufficien-