REGIONE DEL VENETO

L'ospedalizzazione nel Veneto dal 2000 al 2009

A cura del SER | Luglio 2011

A cura di:

Natalia Alba, Francesco Avossa, Mara Bassani, Stefano Brocco, Ugo Fedeli, Manola Lisiero, Maria Marchesan, Giovanni Milan, Elena Schievano, Cristiana Visentin, Paolo Spolaore.

Si ringraziano per la cortese collaborazione:

Segreteria Regionale Sanità e Sociale - Regione del Veneto

Direzione Controlli e Governo SSR – Regione del Veneto

Copia del presente volume può essere richiesta a:

Sistema Epidemiologico Regionale - Regione del Veneto

Via dei Carpani, 16/Z - 31033 Castelfranco Veneto

Telefono: 0423 732790 - Fax: 0423 732791 - e-mail: ser@ulssasolo.ven.it

Il volume è pubblicato anche sul sito internet: www.ser-veneto.it

Si autorizza l'utilizzo e la duplicazione dei contenuti della presente pubblicazione per fini informativi, didattici o di studio purché sia citata la fonte.

Sommario

Introduzione 1

1. Il contesto demografico 3
   - 1.1 Introduzione 3
   - 1.2 La popolazione residente 3
   - 1.3 La composizione per età della popolazione 6
   - 1.4 La natalità e la mortalità 9
   - 1.5 Gli anziani 10
   - 1.6 Gli stranieri 11
   - 1.7 La famiglia 14
2. La qualità e la completezza dei dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera 17
   - 2.1 L'archivio SDO 17
   - 2.2 Le diagnosi e gli interventi 18
   - 2.3 I ricoveri urgenti e programmati 21
   - 2.4 Il grado di dipendenza assistenziale 23
   - 2.5 La classe di priorità 25
   - 2.6 La classe ASA 27
3. L'ospedalizzazione generale 29
   - 3.1 Le dimissioni dagli ospedali del Veneto 29
   - 3.2 I ricoveri dei residenti e i tassi di ospedalizzazione 37
   - 3.3 La mobilità 40
4. Le malattie circolatorie 47
   - 4.1 Infarto acuto del miocardio 47
   - 4.2 Scompenso cardiaco 56
   - 4.3 Ictus 63
5. I tumori maligni 71
   - 5.1 Metodi di analisi e dati complessivi sui ricoveri oncologici 71
   - 5.2 Neoplasie del polmone 75
   - 5.3 Neoplasie del colon-retto 78
   - 5.4 Neoplasie della mammella 80
   - 5.5 Neoplasie della prostata 82
   - 5.6 Neoplasie della vescica 85
   - 5.7 Neoplasie del rene 87
6. Le patologie dell'apparato respiratorio 91

7. Le patologie dell’apparato digerente 97
7.1 Metodi di analisi e dati complessivi sui ricoveri per patologie gastroenterologiche 97
7.2 La calcolosi della colecisti 104
8. I ricoveri ostetrici nel Veneto 111
9. I ricoveri in età pediatrica (1-14 anni) 121
10. Traumatismi e avvelenamenti 127
10.1 Ospedalizzazione generale e per diagnosi 127
10.2 La frattura del femore 136
11. I disturbi psichici 143
11.1 L'attività ospedaliera 143
11.2 I pazienti ospedalieri 150
11.3 I disturbi del comportamento alimentare 154
Note metodologiche 157

Introduzione

A tre anni di distanza dal primo rapporto sull'ospedalizzazione nel Veneto relativo al periodo 2000-2006 curato dal Sistema Epidemiologico Regionale (SER), il presente documento si pone l'obiettivo di approfondire l'analisi del profilo e delle dimensioni del ricorso all'ospedale nel Veneto, di monitorare in modo sistematico e continuativo l'utilizzo dell'assistenza ospedaliera, nonché di valutare l'impatto dei nuovi indirizzi regionali e locali sull'assistenza sanitaria erogata, al fine di fornire ai decisori ai vari livelli strumenti sempre più adeguati ad un appropriato governo del sistema, in un periodo particolare di mutamenti organizzativi, tecnologici e di disponibilità di risorse.

Il rapporto non è un semplice aggiornamento del precedente, con dati di ospedalizzazione che coprono l'intero passato decennio, ma affronta nuovi ambiti quali i ricoveri per le patologie gastrointestinali e respiratorie, per i traumi, e per l'area ostetrica e pediatrica.

Va sottolineato che tale rapporto si inserisce in un più ampio processo di produzione di conoscenze e di aggiornamento delle stesse da parte del SER, orientato a valutare oltre che il sistema dell'offerta nei diversi setting assistenziali, tra cui ovviamente l'ospedale, anche lo stato di salute e la struttura demografica della popolazione di riferimento che tale sistema utilizza.

La diffusione di informazioni, sia sui profili di salute che sui profili di utilizzo del sistema sanitario nel suo complesso, tiene conto dei nuovi obiettivi strategici regionali che prevedono modelli di organizzazione dell'assistenza basati su "reti" integrate di servizi, delle quali l'ospedale costituisce un nodo fondamentale.

In tale contesto la conoscenza delle dimensioni e del profilo dell'utilizzo dell'ospedale su scala regionale ottenibile a partire dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera rappresenta, al netto dei limiti di accuratezza e di completezza dello strumento e delle differenze nei profili di data management delle diverse realtà locali, uno strumento strategico insostituibile a supporto della programmazione regionale e aziendale.

È evidente che la valutazione a livello di singolo ospedale, di singola azienda o di aree locali, non può prescindere da un'analisi di sistema, cioè dalla produzione di conoscenze quantitative e qualitative sull'utilizzo dell'intera rete ospedaliera regionale nella quale è inserito il singolo ospedale o la singola azienda.

Il razionale di questo nuovo rapporto del SER segue quindi non la logica di realizzare un atlante esaustivo dei ricoveri nel Veneto ma quella di una lettura ragionata dei dati di ospedalizzazione a supporto di un processo di pianificazione in rapida evoluzione, con riferimento particolare all'esigenza di:

- descrivere i principali aspetti quantitativi e qualitativi del ricorso alla degenza ospedaliera in generale e per alcuni gruppi di malattie selezionate per il loro elevato carico sociale, tipiche di popolazioni con elevati indici di invecchiamento;
- leggere e interpretare le differenze osservate nello spazio e nel tempo alla luce del diverso impatto dei determinanti epidemiologici e demografici o dei diversi profili di cura e di organizzazione dell'assistenza.

L'adeguatezza del documento rispetto alle finalità per cui è stato elaborato dipenderà certamente, oltre che dal grado di validità delle informazioni prodotte e dalla qualità tecnica dell'elaborazione, anche ed in misura forse maggiore, dalla possibilità di una lettura dei risultati condivisa tra medici e sanitari in genere e management del sistema ai vari livelli che tenga conto che il ricorso ai servizi ospedalieri è associato a tre determinanti principali: i bisogni reali (la domanda espressa di salute), a loro volta condizionati dai profili epidemiologici di malattia della

popolazione e da condizioni socio-ambientali e demografiche, il sistema dell'offerta sanitaria ospedaliera previsto dalla programmazione ospedaliera aziendale e regionale inteso nella accezione più larga e, infine, il profilo clinico-tecnico delle cure erogate.

Capitolo 1
Il contesto demografico

1.1 Introduzione

In questo capitolo si descrivono le dinamiche demografiche che hanno interessato la Regione Veneto dal 2000 al 2009, utilizzando i dati forniti dall'ISTAT nel sito http://demo.istat.it.

Nella lettura dei dati vanno considerati tre importanti aspetti.

- Il primo riguarda le modalità di calcolo della consistenza della popolazione al primo gennaio di ogni anno. In generale i dati che l'ISTAT mette a disposizione sono quelli forniti dagli uffici anagrafici comunali. Successivamente, ad ogni censimento, l'Istituto provvede ad allineare la popolazione nel periodo intercensuario alle risultanze dei due ultimi censimenti correggendo le differenze riscontrate tra popolazione anagrafica e popolazione censita; sono discrepanze dovute soprattutto a errori di copertura censuaria e ad errori accumulati negli schedari anagrafici nel corso del decennio intercensuario. Per l'Italia, ad esempio, alla data dell'ultimo censimento (21 ottobre 2001) è stata registrata una differenza tra popolazione anagrafica e popolazione censita di poco inferiore al milione d'unità (963 mila), pertanto i dati antecedenti al 2002 sono stati corretti in base ai censimenti del 1991 e del 2001.
- Il secondo aspetto riguarda l'analisi della presenza degli stranieri in Veneto. Coerentemente con i dati nazionali, nel Veneto è stato registrato un significativo incremento della popolazione straniera nel 2003-2004 e nel 2007. L'incremento 2003-2004 è stato determinato dall'effetto combinato del consistente flusso migratorio e del provvedimento legato alla legge Bossi-Fini. L'aumento dei cittadini comunitari residenti nel 2007 è invece attribuibile all'ingresso nell'Unione Europea della Romania e della Bulgaria.
- I dati presentati si riferiscono alla composizione delle Aziende ULSS al 2009. In questo periodo l'Azienda ULSS 14 di Chioggia comprendeva ancora 12 Comuni. Solo successivamente, dal primo gennaio 2010, con la L.R. 22/2008, i Comuni serviti da questa Azienda sono stati ridotti a tre (Cavarzere, Chioggia e Cona) e i restanti sono stati assegnati all'Azienda ULSS 16 di Padova.

1.2 La popolazione residente

Nel corso degli ultimi dieci anni la popolazione residente nel Veneto è aumentata di 400 mila persone arrivando il primo gennaio 2009 a 4 milioni e 885 mila residenti. L'incremento medio annuo è stato di 9,5 residenti per mille abitanti.

La popolazione si concentra soprattutto nelle province di Padova, Treviso, Venezia, Verona e Vicenza, ciascuna con 800-900 mila abitanti, mentre le province di Belluno e di Rovigo accolgono una popolazione attorno alle 200 mila unità. Emerge dunque che, mentre la fascia centrale della regione risulta significativamente più popolata, le zone più periferiche a sud e a nord di competenza delle Azienda ULSS di Adria, Chioggia, Rovigo, Legnago, Feltre e Belluno accolgono una popolazione che non supera i 180 mila abitanti (vedi Tabella 1.1 e Figura 1.1). Anche la distribuzione della popolazione per Comune è molto eterogenea e fortemente asimmetrica; più della metà dei comuni si colloca al di sotto dei 5 mila abitanti, mentre un quinto ne contiene oltre 10 mila (Figura 1.2). La densità demografica veneta supera quella media

nazionale (288 rispetto ai circa 200 abitanti per km^2), ed è particolarmente elevata nei capoluoghi di provincia di Padova, Treviso, Vicenza e Verona ed in alcuni Comuni vicini. Infatti tra i primi dieci comuni più densamente popolati del Veneto, oltre a Padova, Treviso, Vicenza e Verona, vi sono anche il Comune di Spinea con oltre 1.700 abitanti per km^2, Noventa Padovana con 1.470 abitanti per km^2 e infine San Giovanni Lupatoto, Cadoneghe, Castel d'Azzano e Thiene con circa 1.200 abitanti per km^2 (Figura 1.3).

Figura 1.1. *Popolazione residente per Azienda ULSS. Veneto, 1° gennaio 2009.*

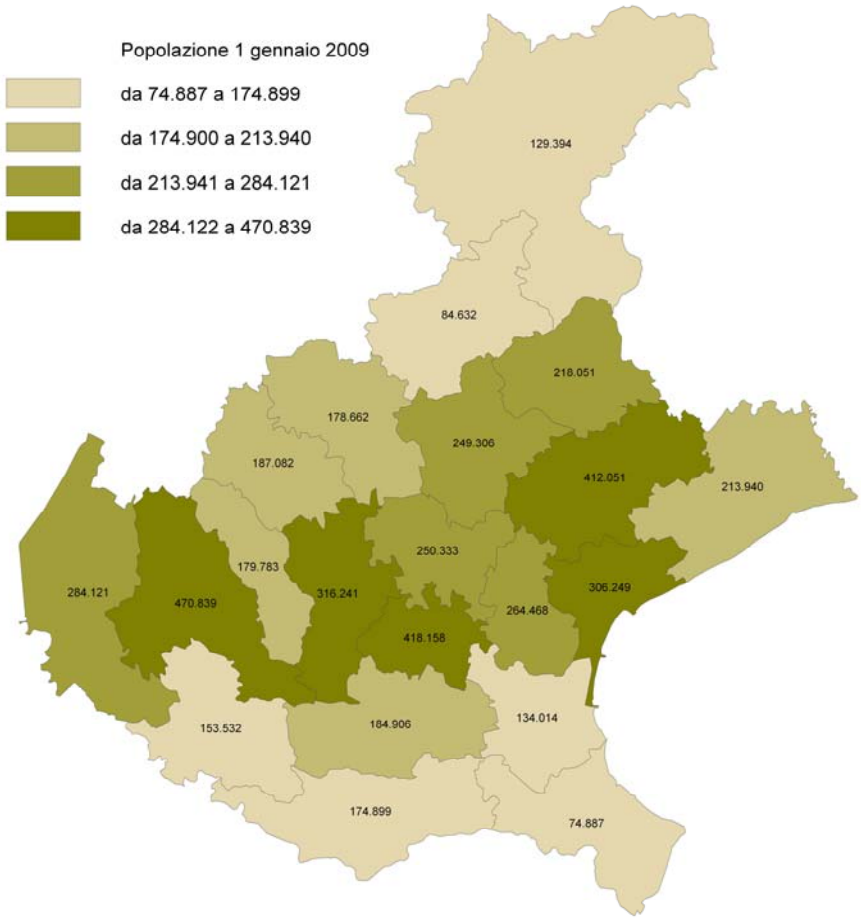


Tabella 1.1. *Popolazione residente per Provincia e sesso. Veneto, 1° gennaio 2009.*

	Maschi	*Femmine*	*Totale*
Belluno	103.066	110.960	214.026
Padova	449.702	471.201	920.903
Rovigo	119.979	127.185	247.164
Treviso	433.536	445.872	879.408
Venezia	414.600	439.187	853.787
Vicenza	425.702	436.066	861.768
Verona	446.078	462.414	908.492
Totale	2.392.663	2.492.885	4.885.548

Figura 1.2. *Distribuzione percentuale dei Comuni per numero di residenti. Veneto, 1°gennaio 2009.*

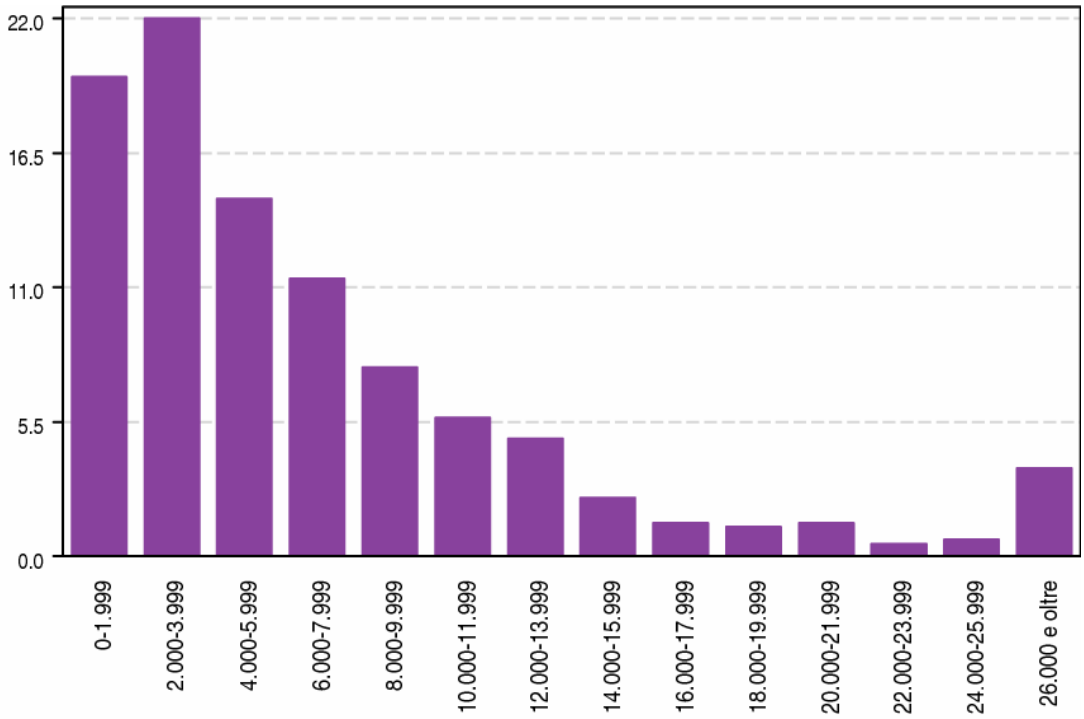
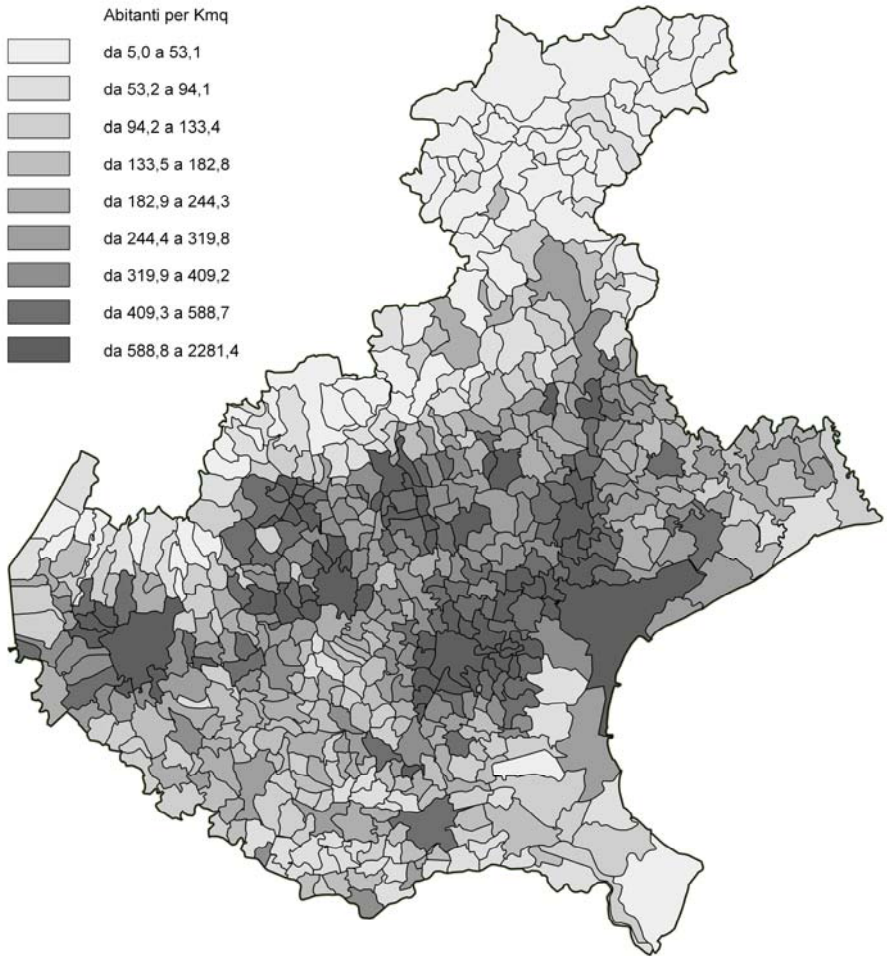


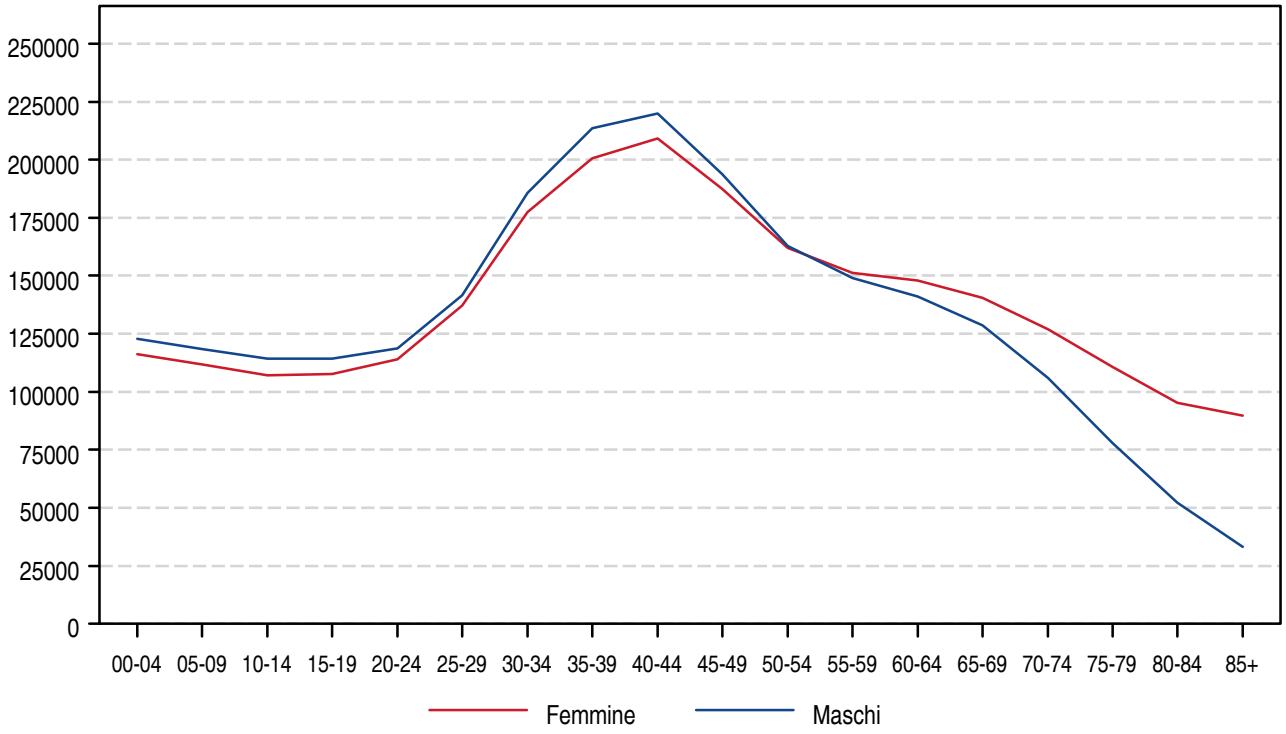
Figura 1.3. *Densità della popolazione residente per Comune: abitanti per chilometro quadrato. Veneto, 1° gennaio 2009.*



1.3 La composizione per età della popolazione

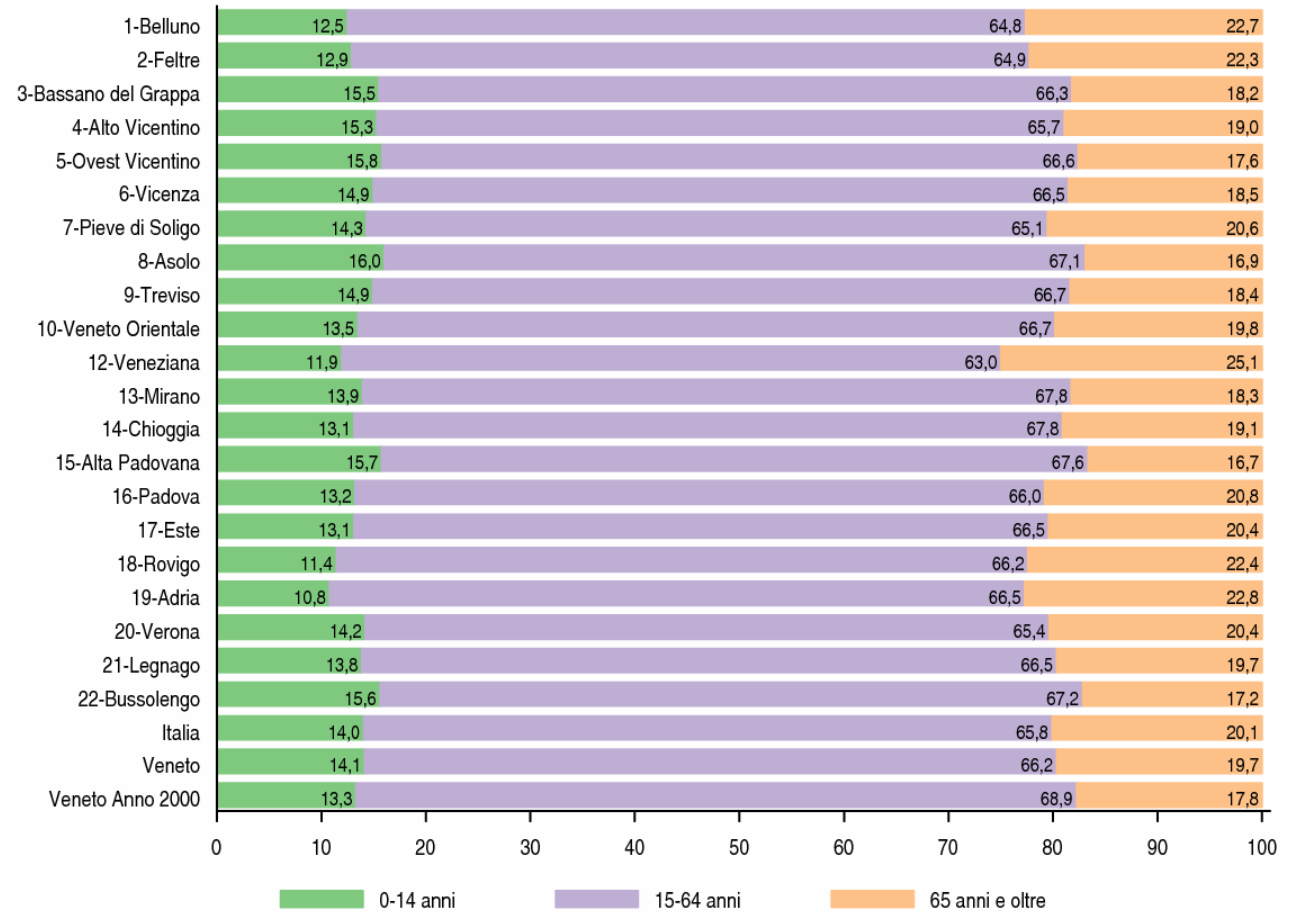
L'aumento della popolazione negli ultimi 10 anni ha coinvolto diversamente le varie classi di età. La fascia oltre i 64 anni ha avuto un incremento complessivo del 20% ed è quella che maggiormente contribuisce alla crescita demografica dell'intera popolazione (41% della variazione positiva totale). I soggetti in età lavorativa, ovvero dai 15 ai 64 anni, grazie ai flussi migratori dall'estero, aumentano del 5% e sono responsabili del 36% della crescita complessiva. Le nascite da genitori stranieri e i ricongiungimenti familiari hanno poi contribuito all'incremento del 16% della popolazione tra i giovani fino ai 14 anni, ovvero pari al 23% della crescita totale della popolazione nell'ultimo decennio. La Figura 1.4 descrive la popolazione al 1° gennaio 2009 per classi quinquennali di età e sesso.

Figura 1.4. *Popolazione residente per classe di età e sesso. Veneto, 1° gennaio 2009.*



La Figura 1.5 e la Tabella 1.2 indicano una struttura demografica che si caratterizza per una forte componente di anziani, sostenuta da una quota ristretta di adulti in età lavorativa e con pochi giovani a rappresentare il ricambio generazionale. Secondo i dati ISTAT del 2009, nel Veneto i soggetti con età uguale o superiore ai 65 anni sono 960.577, pari al 20% dell'intera popolazione regionale, un valore di poco inferiore a quello registrato per l'intera nazione. I giovani con meno di 15 anni rappresentano il 14% e l'indice di vecchiaia è pari a 139 anziani per cento giovani. Gli adulti di età compresa tra 15 e 64 anni (età attiva) rappresentano il 66% della popolazione. L'indice di dipendenza strutturale per il Veneto indica che ogni 51 individui in età non attiva ci sono cento individui che si fanno carico di sostenerli economicamente. L'indice di dipendenza negli anziani, che misura il carico di persone anziane ogni cento individui in età lavorativa, ossia il carico relativo di anziani sulla collettività presunta attiva, nella nostra regione ha un valore pari a 30.

Figura 1.5. *Popolazione residente: percentuali per grandi classe di età. Aziende ULSS, Veneto e Italia al 1° gennaio 2009. Confronto con il Veneto al 1° gennaio 2000.*



Nelle Aziende ULSS 1, 2, 12, 18 e 19 la quota di anziani risulta piuttosto elevata (22-25%); in generale, le Aziende ULSS con popolazione più anziana sono quelle in cui negli anni il numero dei residenti è diminuito. Nelle Aziende ULSS 13, 14 e 15 la quota di anziani è inferiore alla media del Veneto, mentre la quota di popolazione in età lavorativa qui raggiunge valori più elevati. Infine le Aziende 15, 8, 22 e 5 presentano una struttura demografica più "sostenibile" perché due terzi della popolazione risulta in età attiva e la quota di anziani è solo di poco superiore a quella dei giovani.

Tabella 1.2. *Indicatori strutturali della popolazione residente. Aziende ULSS, Veneto e Italia al 1° gennaio 2009.*

	Indice di dipendenza strutturale (per 100)	*Indice di dipendenza anziani (per 100)*	*Indice di vecchiaia (per 100)*	*Età media*
1-Belluno	54,2	35,0	181,6	44,9
2-Feltre	54,2	34,4	173,2	44,5
3-Bassano del Grappa	50,8	27,5	117,6	41,3
4-Alto Vicentino	52,1	28,9	124,3	41,8
5-Ovest Vicentino	50,1	26,4	111,7	40,8
6-Vicenza	50,3	27,8	124,0	41,7
7-Pieve di Soligo	53,6	31,6	143,9	43,0
8-Asolo	49,1	25,3	106,0	40,5
9-Treviso	49,9	27,6	123,4	41,8
10-Veneto Orientale	50,0	29,7	147,1	43,0
12-Veneziana	58,7	39,8	210,1	46,1
13-Mirano	47,4	26,9	131,3	42,3
14-Chioggia	47,5	28,2	146,0	42,8
15-Alta Padovana	48,0	24,7	106,1	40,4
16-Padova	51,5	31,5	157,7	43,6
17-Este	50,5	30,8	156,0	43,4
18-Rovigo	51,1	33,9	196,7	45,1
19-Adria	50,4	34,2	211,5	45,3
20-Verona	52,9	31,2	144,0	42,7
21-Legnago	50,4	29,6	142,1	42,5
22-Bussolengo	48,8	25,6	110,3	40,9
Italia	51,9	30,6	143,4	42,6
Veneto	51,0	29,7	139,2	42,6

Indice di dipendenza strutturale*: rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni).*

Indice di dipendenza degli anziani*: rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni).*

Indice di vecchiaia*: rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni.*

1.4 La natalità e la mortalità

Il saldo naturale nella nostra Regione risulta positivo grazie al saldo naturale dei cittadini stranieri residenti che compensa quello negativo della popolazione di cittadinanza italiana (Tabella 1.3). Nel 2009 si sono osservati 44.382 morti con un tasso di mortalità pari al 9,1 per mille, valore che si è mantenuto stabile negli ultimi anni. Il valore basso del tasso di mortalità assieme al valore basso del tasso di natalità indica che la popolazione del Veneto è una popolazione anziana.

Tabella 1.3. *Movimento demografico. Veneto, anni 2002-2009.*

	Popolazione al 1° gennaio	*Nati*	*%Nati stranieri*	*Quoziente di natalità per 1000*	*Morti*	*Quoziente di mortalità per 1000*	*Saldo naturale italiani*	*Saldo naturale stranieri*	*Saldo naturale totale*	*Saldo migratorio*	*Popolazione al 31 dicembre*
2002	4.529.823	43.434	10,4	9,5	42.334	9,3	-3.230	4.330	1.100	46.485	4.577.408
2003	4.577.408	43.911	10,3	9,5	43.787	9,5	-4.151	4.275	124	65.367	4.642.899
2004	4.642.899	47.097	15,2	10,1	41.757	8,9	-1.476	6.816	5.340	51.711	4.699.950
2005	4.699.950	46.264	16,0	9,8	42.931	9,1	-3.720	7.053	3.333	35.030	4.738.313
2006	4.738.313	47.055	17,3	9,9	42.118	8,9	-2.847	7.784	4.937	30.304	4.773.554
2007	4.773.554	47.633	18,4	9,9	43.501	9,1	-4.271	8.403	4.132	54.654	4.832.340
2008	4.832.340	48.615	20,7	10,0	44.778	9,2	-5.777	9.614	3.837	49.371	4.885.548
2009	4.885.548	47.682	21,6	9,7	44.382	9,1	-6.558	9.858	3.300	23.590	4.912.438

Il progressivo invecchiamento della popolazione è dovuto anche al miglioramento delle condizioni di sopravvivenza. Infatti la speranza di vita alla nascita dei maschi nel 2009 è di 79,3 anni, per le femmine è di 84,9 anni, mentre nel 2000 lo stesso indicatore misurava rispettivamente 76,7 e 83,2 anni. In questi dieci anni si osserva una variazione maggiore della speranza di vita alla nascita per gli uomini rispetto alle donne. In particolare si registra un aumento di 2,6 anni, ovvero di un anno superiore rispetto alle donne, che comunque mantengono ancora una speranza di vita alla nascita di cinque anni e mezzo superiore a quella dei maschi.

Nel Veneto nel 2009 si registrano 10 nascite ogni mille abitanti, un quinto delle quali è di cittadinanza straniera (Tabella 1.4). La quota più bassa di nascite si osserva nelle Aziende ULSS 19 e 1 con 7 nascite ogni mille abitanti e dove i nati stranieri non raggiungono l'8%. Nelle Aziende ULSS 7, 8, 20 e 21 circa un quarto dei nati ha cittadinanza straniera, nell'Azienda ULSS 5 tale valore sale ad un nato su tre. La fecondità di una popolazione viene misurata attraverso il tasso di fecondità totale (TFT o numero medio di figli per donna) che deriva dalla somma dei quozienti di fecondità specifici per età calcolati rapportando, per ogni età feconda (14-50 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile. I valori del tasso sono in crescita sempre grazie alla presenza degli stranieri: infatti nel 2009 le donne italiane hanno procreato 1,27 figli ciascuna, contro i 2,28 figli per donna delle cittadine straniere. Complessivamente il TFT è di 1,46 (nel 2000 era di 1,21) indice di una popolazione in invecchiamento e in calo. Tale indice dovrebbe essere di 2,1 per raggiungere il livello di sostituzione delle generazioni, ovvero quello di una popolazione a bassa mortalità con una struttura demografica constante negli anni.

Tabella 1.4. *Nati per 1.000 residenti e percentuale di nati stranieri per Azienda ULSS di residenza. Anno 2009.*

	Nati su 1000 residenti	*% Nati stranieri*
1-Belluno	7,73	7,9
2-Feltre	8,66	18,0
3-Bassano del Grappa	9,88	18,7
4-Alto Vicentino	10,27	19,8
5-Ovest Vicentino	10,82	33,2
6-Vicenza	10,00	22,8
7-Pieve di Soligo	9,41	26,7
8-Asolo	11,18	24,0
9-Treviso	10,25	21,5
10-Veneto Orientale	9,22	19,7
12-Veneziana	8,13	21,4
13-Mirano	9,48	16,2
14-Chioggia	12,27	15,5
15-Alta Padovana	11,15	22,5
16-Padova	8,80	22,4
17-Este	8,63	16,5
18-Rovigo	8,50	23,7
19-Adria	7,35	7,6
20-Verona	10,05	26,3
21-Legnago	10,45	25,4
22-Bussolengo	10,64	16,8
Veneto	9,73	21,6

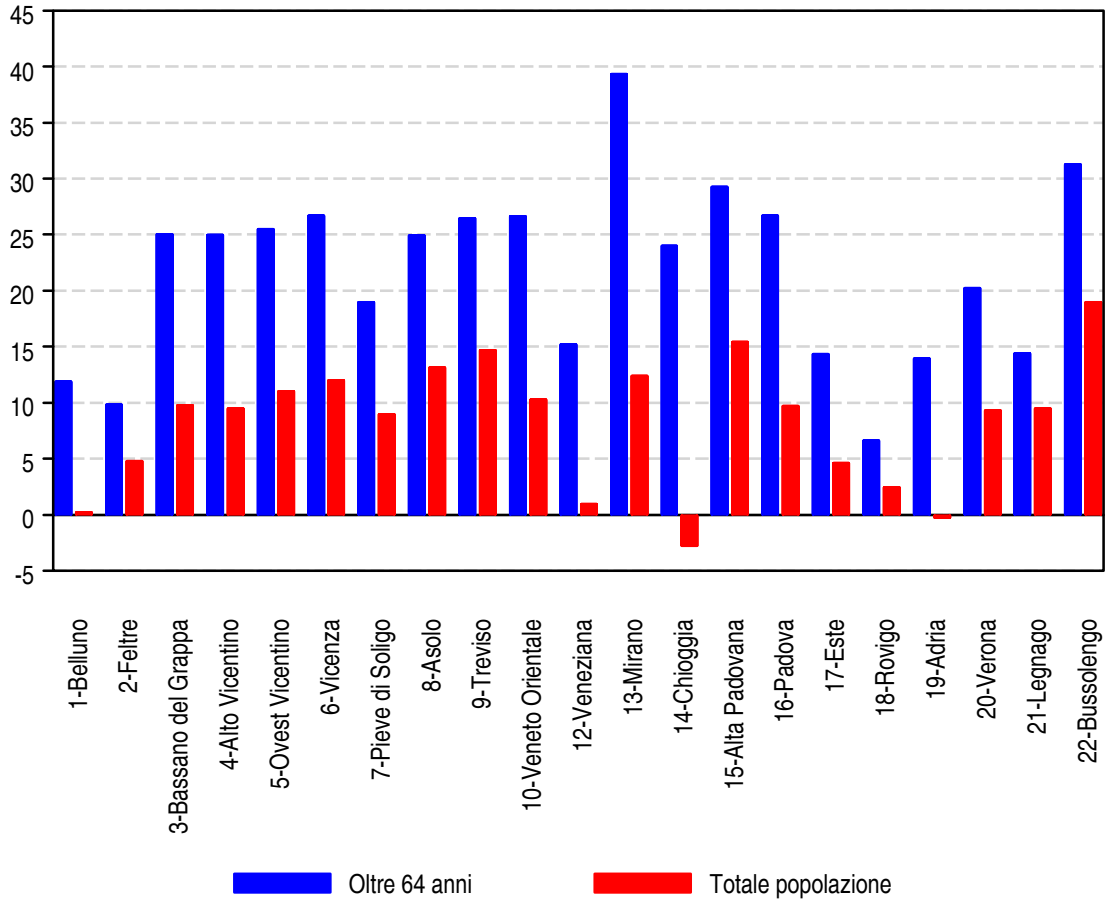
1.5 Gli anziani

Il processo di invecchiamento si apprezza analizzando l'andamento della numerosità della popolazione anziana del Veneto negli anni 2000-2009 per fasce di età. Come si vede nella Tabella 1.5, la popolazione anziana è andata gradualmente aumentando negli ultimi anni in tutte le fasce di età e l'aumento più consistente ha riguardato la classe di età 85 anni e oltre. Il tasso medio di incremento annuale della popolazione anziana (23 per 1.000) nel Veneto risulta più del doppio rispetto a quello della popolazione generale (9 per 1.000). Inoltre in tutte le Aziende ULSS il tasso di incremento relativo alla popolazione anziana assume valori positivi, mentre per quanto riguarda la popolazione totale vi sono Aziende ULSS in cui la numerosità nel periodo considerato è stata stazionaria (Aziende ULSS 1 e 12) o addirittura si è ridotta (Aziende ULSS 14 e 19) (Figura 1.6).

Tabella 1.5. *Anziani per cento residenti per fasce di età. Veneto, anni 2000-2009.*

	65 anni e oltre	*75 anni e oltre*	*85 anni e oltre*
2000	17,8	7,8	2,2
2001	18,1	8,1	2,2
2002	18,3	8,3	2,2
2003	18,5	8,6	2,1
2004	18,7	8,7	2,0
2005	18,9	8,8	2,0
2006	19,2	9,0	2,1
2007	19,4	9,2	2,3
2008	19,5	9,3	2,4
2009	19,7	9,4	2,5

Figura 1.6. *Tasso medio annuo di incremento aritmetico della popolazione anziana e della popolazione generale (per mille) per Azienda ULSS di residenza. Veneto, periodo 2000-2009.*



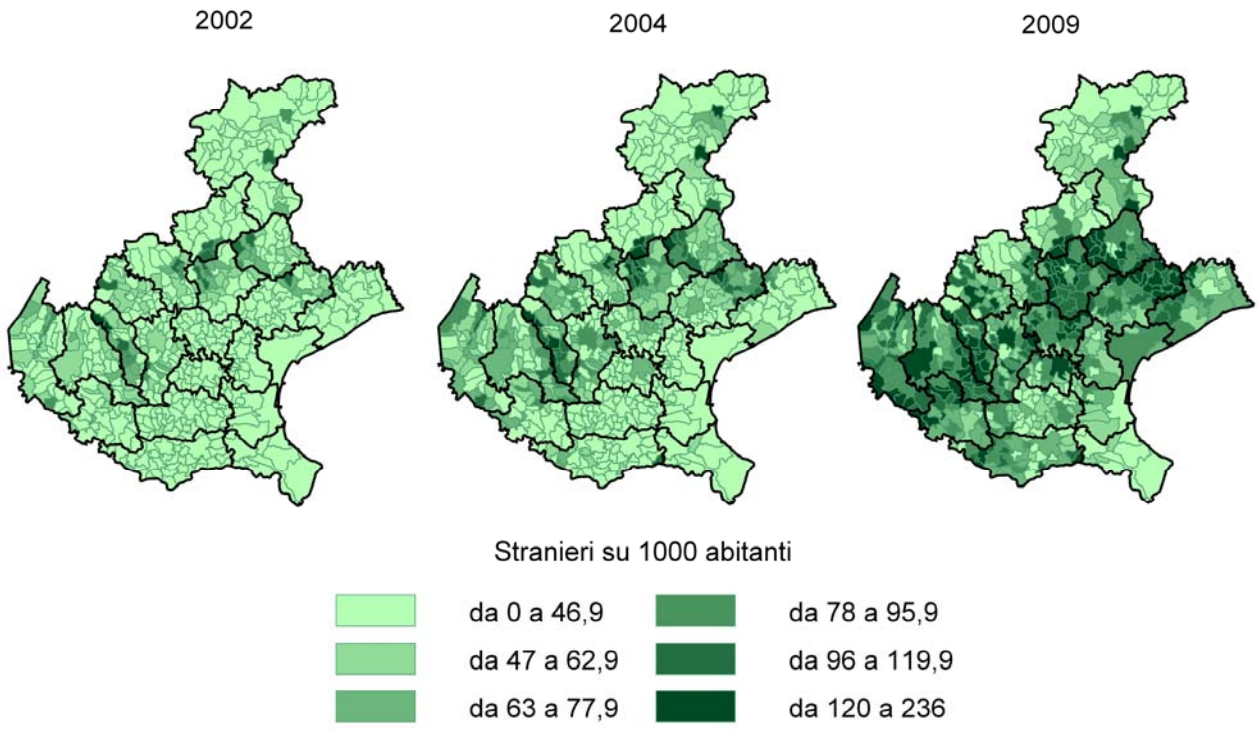
1.6 Gli stranieri

Nel 2002 gli stranieri residenti in Veneto sono il 3,5% della popolazione mentre nel 2009 aumentano a 9,3%, ovvero circa 454 mila. Si deve tenere presente che in questo arco temporale sono stati emanati diversi provvedimenti che hanno disciplinato gli ingressi degli stranieri e le procedure di regolarizzazione dei permessi di soggiorno, prerequisito imprescindibile alla

richiesta di residenza. Nel 2002 la legge Bossi-Fini ha consentito la regolarizzazione di molti stranieri già da tempo presenti in Veneto. Successivamente, con cadenza annuale, in base al documento programmatico triennale sulla politica dell'immigrazione emanato dal Governo, sono stati varati i decreti che prevedevano tetti massimi per nuovi ingressi di lavoratori extracomunitari, subordinati, autonomi o stagionali ("decreti flusso" in base alla legge n°40/1998 Turco-Napolitano). Infine nel 2009 vi è stata la procedura di emersione del lavoro irregolare di colf e badanti extracomunitari (legge n°102/2009). Attraverso queste normative gli stranieri privi di permesso di soggiorno, ma con determinati requisiti, hanno avuto l'opportunità di stabilirsi regolarmente in Veneto e sono stati consentiti i ricongiungimenti di coniuge e figli inizialmente lasciati nel paese d'origine. Un altro evento importante che occorre ricordare è l'allargamento dell'Unione Europea ai paesi dell'est, avvenuto il 1° gennaio 2007, che ha incoraggiato cittadini romeni e bulgari ad entrare in Italia per cercare lavoro.

Il collettivo degli stranieri residenti non coincide con quello dei regolarmente presenti. Gli stranieri appartenenti all'Unione Europea beneficiano della libertà di movimento assicurata sul territorio europeo a cittadini comunitari, senza permesso di soggiorno. Invece i cittadini non comunitari per soggiornare regolarmente devono essere in possesso di un permesso di soggiorno. Non devono necessariamente iscriversi in anagrafe ma, se lo desiderano, lo possono fare.

Figura 1.7. *Stranieri residenti su mille residenti, per Comune e Azienda ULSS. Veneto, anni 2002, 2004 e 2009.*



La presenza degli stranieri ha assunto nel tempo caratteristiche diverse (Figura 1.7 e Tabella 1.6). Mentre nel 2002 e 2004 la popolazione immigrata si concentrava in prevalenza nelle aree in grado di offrire maggiori opportunità occupazionali, nel corso del tempo si è diffusa anche nelle zone limitrofe. Nel 2004 Aziende ULSS come la 5, la 7 e la 8 contavano oltre 7 stranieri per cento abitanti, valore raggiunto nel 2009 da molte ULSS ad eccezione della 1, 2, 13, 14, 17, 19. La distribuzione nel territorio varia anche in base alla cittadinanza. Gran parte degli

stranieri sono rumeni (19%), marocchini (11%) ed albanesi (8%) e scelgono aree di insediamento diverse. I cittadini rumeni si concentrano in prevalenza nei capoluoghi, soprattutto a Verona, Padova e Venezia, mentre albanesi e marocchini sono distribuiti nel territorio in maniera più omogenea, risiedendo nelle province centrali di Verona, Vicenza, Treviso, Padova e Venezia (per maggiori approfondimenti si veda "Rapporto Statistico Regione Veneto- ed. 2009").

Tabella 1.6. *Stranieri residenti per cento abitanti, per anno e Azienda ULSS di residenza.*

	2002	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
1-Belluno	2,3	2,6	3,4	3,9	4,1	4,4	5,0	5,4
2-Feltre	2,5	2,9	3,8	4,4	4,7	5,2	6,1	6,7
3-Bassano del Grappa	3,8	4,1	5,1	6,1	6,5	6,8	7,4	8,1
4-Alto Vicentino	4,4	5,0	6,2	7,0	7,5	7,8	8,5	9,3
5-Ovest Vicentino	6,6	7,8	9,5	10,9	11,9	12,4	13,2	14,1
6-Vicenza	4,5	5,3	6,6	7,7	8,4	8,9	9,6	10,5
7-Pieve di Soligo	5,0	5,8	7,2	8,5	9,1	9,6	10,6	11,4
8-Asolo	5,0	5,6	7,2	8,3	9,1	9,7	10,9	11,7
9-Treviso	3,8	4,5	5,9	7,1	7,9	8,4	9,4	10,2
10-Veneto Orientale	2,4	3,0	4,1	5,0	5,7	6,3	7,3	8,4
12-Veneziana	2,2	2,5	3,7	4,7	5,3	6,1	7,2	8,6
13-Mirano	1,6	1,9	2,8	3,5	4,0	4,5	5,5	6,4
14-Chioggia	1,3	1,6	2,3	2,8	3,3	3,7	4,4	5,1
15-Alta Padovana	3,0	3,5	4,7	5,7	6,5	7,1	8,6	9,6
16-Padova	3,0	3,6	4,9	5,9	6,7	7,3	8,5	9,7
17-Este	1,8	2,1	2,9	3,5	3,9	4,4	5,0	5,8
18-Rovigo	1,9	2,3	3,3	4,1	4,6	5,2	6,3	7,4
19-Adria	1,0	1,1	1,6	2,1	2,4	2,6	3,1	3,6
20-Verona	5,0	5,6	6,8	7,7	8,4	9,2	10,8	11,9
21-Legnago	3,0	3,5	4,4	5,1	5,9	6,6	8,1	9,1
22-Bussolengo	4,2	4,7	5,6	6,3	6,9	7,4	8,5	9,3
Veneto	3,5	4,0	5,2	6,1	6,8	7,3	8,4	9,3

Il fenomeno migratorio vede una consistente componente femminile in crescita negli anni (Statistiche Flash –Regione Veneto Marzo 2009): nel 2009 costituiscono il 49% degli stranieri e sono prevalentemente rumene, marocchine e albanesi. Tra le nazionalità con maggiore componente femminile vi sono molti paesi dell'Est europeo e dell'America Latina, primo fra tutti l'Ucraina con l'82% di donne.

L'immigrazione dall'estero ha contribuito negli ultimi anni a modificare sempre più le caratteristiche demografiche della popolazione. Per prima cosa, trattandosi di uomini e donne in età lavorativa, il fenomeno immigratorio ha determinato un calo nell'età media della popolazione (per gli stranieri è di soli 29,3 anni). Per effetto dell'esercizio del diritto al ricongiungimento familiare, la presenza di giovani immigrati ha contribuito in modo decisivo alla crescita del tasso di natalità e poiché la legislazione richiede allo straniero extra-comunitario immigrato dieci anni di residenza prima di poter fare domanda di naturalizzazione, è rilevante il fenomeno dei nati in

Italia da genitori stranieri residenti, i quali pur non essendo immigrati sono di cittadinanza straniera.

La struttura per età degli stranieri è nettamente più giovane di quella dei residenti di cittadinanza italiana: tra gli stranieri uno su cinque ha meno di 15 anni (contro il 13% degli italiani). Nel 2009 gli stranieri sono il 9,3% dei residenti di tutte le età e il 13,4% tra i minori a conferma di una tipologia di immigrazione particolarmente stabile e presumibilmente ben radicata nel territorio (Tabella 1.7). A livello aziendale l'ULSS 5 si distingue perché in questa fascia di età la percentuale degli stranieri sale a un quinto. Nella fascia di età tra i 18 e 39 anni il 16% della popolazione è straniera, con una presenza più consistente oltre che nell'ULSS 5 anche nelle ULSS 7, 8 e 20.

Tabella 1.7. *Proporzione degli stranieri sulla popolazione totale per classe di età e Azienda ULSS. Anno 2009.*

	0-17	*18-39*	*40-64*	*65+*
1-Belluno	7,1	9,8	4,7	0,6
2-Feltre	10,7	11,7	5,1	0,7
3-Bassano del Grappa	11,5	13,1	5,9	0,8
4-Alto Vicentino	13,5	15,7	6,5	0,6
5-Ovest Vicentino	20,7	23,3	9,4	0,7
6-Vicenza	14,7	17,5	7,9	0,7
7-Pieve di Soligo	17,8	19,6	8,2	0,7
8-Asolo	17,1	19,0	7,7	0,8
9-Treviso	14,8	17,2	7,1	0,7
10-Veneto Orientale	11,7	15,1	5,9	1,0
12-Veneziana	11,6	17,4	7,0	0,5
13-Mirano	9,3	11,5	4,1	0,5
14-Chioggia	8,0	9,1	3,2	0,3
15-Alta Padovana	13,1	16,4	6,0	0,6
16-Padova	12,7	18,1	7,3	0,7
17-Este	9,6	10,2	3,9	0,4
18-Rovigo	13,9	13,4	4,7	0,6
19-Adria	5,8	6,9	2,4	0,2
20-Verona	15,9	21,4	8,5	0,8
21-Legnago	14,9	15,5	5,6	0,6
22-Bussolengo	11,7	15,4	6,9	1,2
Veneto	13,4	16,3	6,6	0,7

1.7 La famiglia

Le Indagini Multiscopo del 2009 sottolineano che l'invecchiamento della popolazione, la bassa fecondità, la propensione dei giovani a rimandare la separazione dalla famiglia d'origine e l'instabilità coniugale hanno portato ad un aumento delle persone sole e delle coppie senza figli. Nel 2008 in Veneto il numero medio di componenti per famiglia è di 2,5 (valore simile a quello italiano), mentre trent'anni prima era pari a 3,3. Nel 2008 oltre una famiglia su quattro è costituita da un solo componente e il 45,5% di queste ha oltre 64 anni. Tra i nuclei familiari

(dove per nucleo familiare si intende l'insieme delle persone che formano una coppia con figli celibi o nubili, una coppia senza figli, un genitore solo con figli celibi o nubili), la quota più rilevante è costituita da coppie con almeno un figlio (55,9%), mentre quelle senza figli sono il 33,0%. Le famiglie allargate, composte da più nuclei familiari o con altre persone aggregate, nel 2008 sono solo il 5,5% mentre un tempo erano piuttosto diffuse in Veneto.

I giovani permangono a lungo nella famiglia di origine: il 59% dei maschi e il 43% delle femmine di età tra i 20 e 34 anni vive ancora in famiglia. Questi valori sono inferiori a quelli osservati in Italia, ma di molto superiori rispetto alla media europea. I giovani rimangono più a lungo in famiglia per un maggiore investimento formativo rispetto al passato (24%), per problemi economici (precarietà, costo delle abitazioni e altro) (49%), e perché possono comunque mantenere la loro autonomia pur vivendo in casa (29%).

L'indagine campionaria annuale "Reddito e condizioni di vita" ha lo scopo di produrre statistiche sulle condizioni economiche e la qualità della vita. La stima delle famiglie povere viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale (linea di povertà) che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera. Nel Veneto nel 2009 sono circa 89 mila le famiglie che risultano al di sotto di tale soglia, pari al 4,4%, valore stabile rispetto al 2003 e di molto inferiore rispetto alla media nazionale (10%). Tuttavia l'11,1% delle famiglie dichiara di arrivare a fine mese con grande difficoltà e il 7,4 di non riuscire a riscaldare la casa in modo adeguato. Per confrontare il grado di disuguaglianza del reddito l'ISTAT, propone il calcolo dell'indice di concentrazione di Gini. L'indice di Gini è pari a zero nel caso di una perfetta equità della distribuzione dei redditi, quando tutte le famiglie ricevono lo stesso reddito; è invece pari a uno nel caso di totale diseguaglianza, quando il reddito totale è percepito da una sola famiglia. Nel Veneto il valore è di 0,23, che rappresenta una equa distribuzione dei redditi; la media nazionale risulta invece pari a 0,28.

Capitolo 2
La qualità e la completezza dei dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera

Il livello di qualità dei dati rilevati attraverso la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) ha subito nel corso degli ultimi anni un progressivo miglioramento. Le ragioni del buon funzionamento di tale flusso informativo sono molteplici e risiedono principalmente nel fatto che tali dati vengono ampiamente utilizzati, e quindi controllati, per le attività di controllo di gestione, di finanziamento delle Aziende e di rimborso della mobilità sanitaria. Inoltre, un notevole impulso al miglioramento della qualità dei dati SDO è stato dato dall'adozione di procedure informatizzate di controllo che sono state sviluppate a livello di singola Azienda, della Regione e del Ministero della Salute.

In particolare, a partire dal 2004 la Regione del Veneto ha attivato e diffuso alle Aziende ULSS un sistema di controlli di routine sui dati SDO finalizzato a garantire la coerenza formale dell'archivio e la corrispondenza con i dati di struttura rilevati tramite i flussi informativi del Ministero della Salute (modelli HSP). Tale sistema di controlli ha consentito di raggiungere un ottimo livello di qualità dei dati in relazione soprattutto alle variabili anagrafiche e a quelle necessarie per la classificazione dei pazienti per DRG.

In questo capitolo vengono presentati alcuni indicatori sulla qualità dei dati dell'archivio regionale delle SDO in relazione soprattutto all'utilizzo di tali dati a fini epidemiologici e di valutazione dell'attività erogata. Gli ambiti dell'indagine riguardano, nello specifico, l'analisi della completezza della compilazione delle diagnosi e degli interventi, le potenzialità della variabile "tipo di ricovero" per l'individuazione dei casi urgenti e quindi tendenzialmente più gravi, l'analisi delle variabili "classe di priorità", "classe ASA" e lo stato funzionale dei pazienti ospedalizzati.

2.1 L'archivio SDO

L'archivio delle SDO della Regione Veneto riferito al periodo 2000-2009 è costituito complessivamente da 9.141.165 schede relative a pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere regionali e da 455.450 schede relative a cittadini residenti in Veneto che sono stati ricoverati in strutture ospedaliere di altre Regioni (Tabella 2.1). Negli anni considerati si riscontra una diminuzione dei ricoveri effettuati nelle strutture regionali ed un contestuale aumento dei ricoveri di cittadini del Veneto effettuati nelle strutture extra-regionali.

Tabella 2.1. *Numero di SDO nell'archivio regionale del Veneto. Anni 2000-2009.*

Anno	*SDO Ospedali Regione Veneto*	*SDO Ospedali altre Regioni*
2000	972.313	40.210
2001	981.499	41.226
2002	965.986	41.661
2003	949.716	42.648
2004	935.161	44.593
2005	918.501	46.209
2006	902.041	48.871
2007	863.943	50.305
2008	836.015	50.030
2009	815.990	49.697

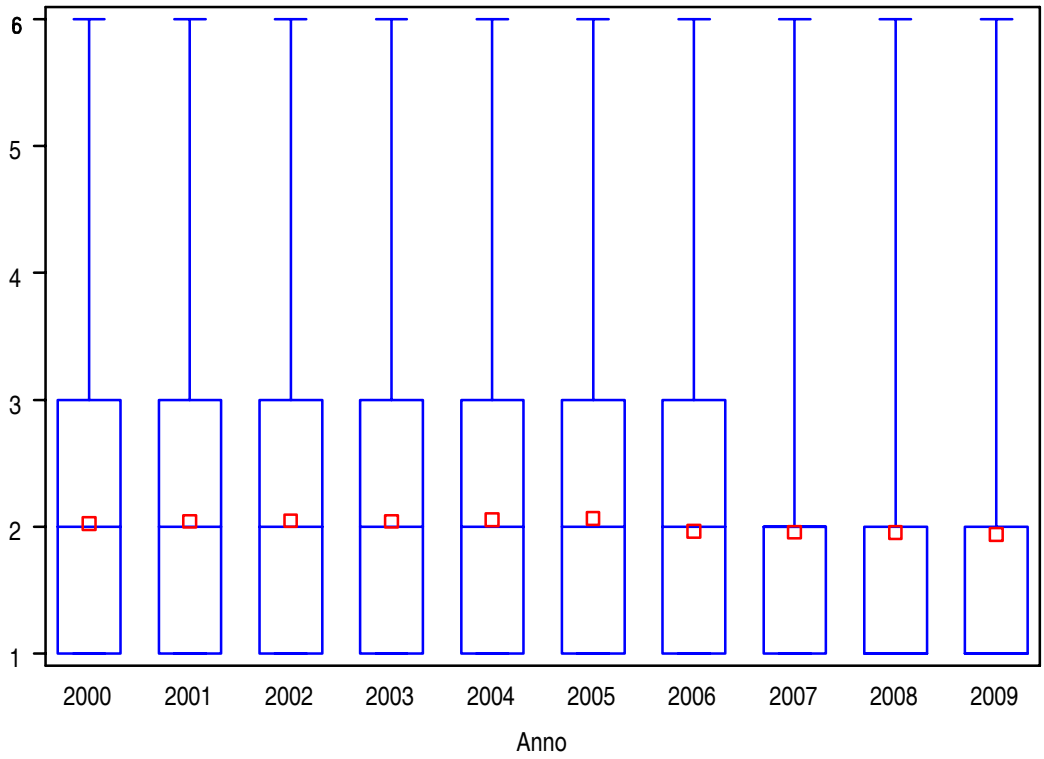
2.2 Le diagnosi e gli interventi

La completezza della codifica delle diagnosi e degli interventi costituisce uno dei presupposti fondamentali per l'utilizzo delle SDO nell'analisi dei fenomeni epidemiologici caratterizzati da un'elevata ospedalizzazione. Infatti, per l'individuazione di coorti di pazienti ospedalizzati affette da una determinata patologia è spesso necessario considerare non solo la diagnosi principale, ma anche le diagnosi secondarie; inoltre il grado di completezza delle diagnosi condiziona in modo determinante le potenzialità di utilizzo dei sistemi automatici di classificazione dei pazienti in base alla severità.

Considerazioni analoghe possono essere fatte anche per la codifica degli interventi: ad esempio nello studio di pattern assistenziali legati a determinati interventi chirurgici, è necessario poter disporre con buona analiticità dei dati sugli interventi effettuati durante l'episodio di ricovero.

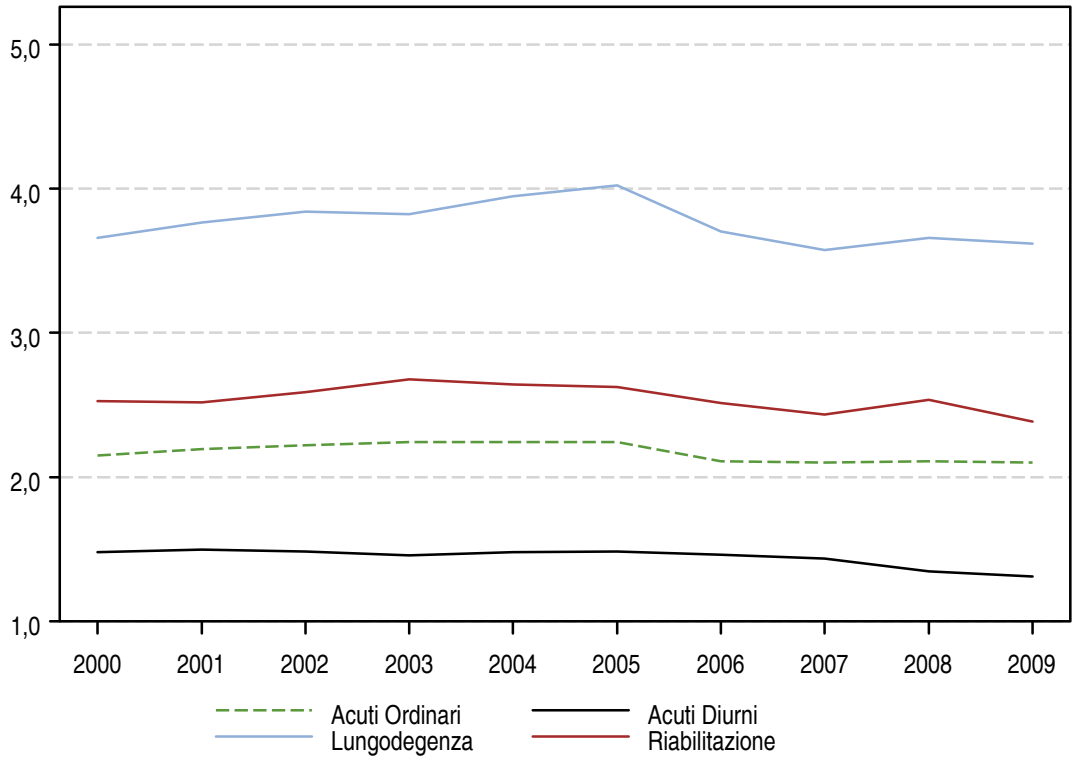
Una valutazione accurata del grado di completezza della segnalazione delle diagnosi e degli interventi presuppone il confronto tra le diagnosi riportate nella SDO e quanto documentato nella cartella clinica. Disponendo solo dei dati della SDO, gli indicatori spesso utilizzati a tal fine sono il numero medio di diagnosi e il numero medio di interventi.

Figura 2.1. *Numero medio di diagnosi. Dimissioni dalle strutture del Veneto. Anni 2000-2009.*



La Figura 2.1 rappresenta in sintesi l'andamento temporale della distribuzione del numero medio di diagnosi nelle SDO compilate negli istituti di cura del Veneto, attraverso un box and whisker plot per ogni anno del periodo considerato. Tenendo presente che il bordo inferiore e quello superiore della scatola rappresentano rispettivamente il 25° e il 75° percentile, la linea centrale corrisponde alla mediana e il quadretto rosso indica la media, si può affermare che l'indicatore in esame si è mantenuto mediamente costante dal 2000 al 2005, mentre dal 2006 ha fatto registrare una leggera flessione. Quest'ultima è da ricondurre alle linee guida per la compilazione della SDO diramate nel 2006, dove si ricorda che "per diagnosi secondarie si intendono quelle condizioni morbose che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano nel corso dello stesso e influenzano il trattamento ricevuto e la durata della degenza" e si specifica che "le diagnosi correlate a precedenti ricoveri e che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate".

Figura 2.2. *Numero medio di diagnosi per tipo di assistenza. Dimissioni dalle strutture del Veneto. Anni 2000-2009.*



Limitando l'analisi ai ricoveri per acuti ordinari, dalla Tabella 2.2 si evince che mentre nel 2005 oltre il 33% delle SDO ha più di 2 diagnosi compilate, nel 2009 tale percentuale scende a 29%.

Tabella 2.2. *Percentuale di SDO per numero di diagnosi. Dimissioni in regime ordinario dai reparti per acuti delle strutture del Veneto. Anni 2005 e 2009.*

	Numero diagnosi						
Anno	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*Totale*
2005	40,5	26,1	15,1	9,3	5,0	4,0	100
2009	43,8	27,4	14,0	7,5	4,1	3,2	100

Nel confronto tra ospedali pubblici e privati si rileva nei primi un numero medio maggiore di diagnosi per le schede di dimissione dai reparti per acuti ordinari e dalla lungodegenza (Tabella 2.3). La situazione più dettagliata per tipo di struttura è mostrata nella tabella successiva (Tabella 2.4).

Tabella 2.3. *Numero medio di diagnosi e di interventi per tipo di ospedale e tipo di assistenza. Dimissioni dalle strutture del Veneto. Anno 2009.*

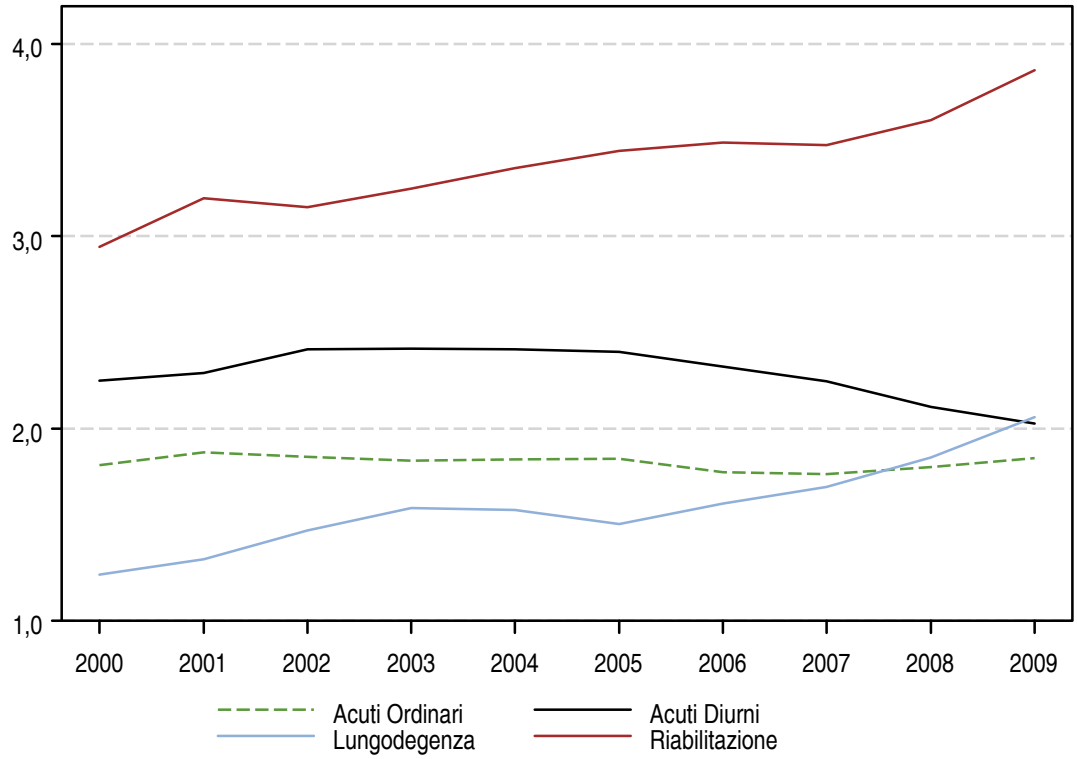
Tipo ospedale	*Acuti Ordinari*		*Acuti Diurni*		*Lungodegenza*		*Riabilitazione*	
	N. medio diagnosi	*N. medio interventi*	*N. medio diagnosi*	*N. medio interventi*	*N. medio diagnosi*	*N. medio interventi*	*N. medio diagnosi*	*N. medio interventi*
1-Pubblico	2,2	1,8	1,3	2,1	3,7	2,1	2,4	3,4
2-Privato	1,8	2,0	1,2	1,8	2,9	1,6	2,4	4,1

Tabella 2.4. *Numero medio di diagnosi e di interventi per tipo di struttura e tipo di assistenza. Dimissioni dalle strutture del Veneto. Anno 2009.*

Tipo struttura	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Lungodegenza		Riabilitazione	
	N. medio diagnosi	N. medio interventi	N. medio diagnosi	N. medio interventi	N. medio diagnosi	N. medio interventi	N. medio diagnosi	N. medio interventi
0-Azienda Ospedaliera	2,0	1,6	1,4	2,3	3,6	2,8	2,9	2,9
1-Ospedale a gestione diretta	2,2	1,9	1,3	2,0	3,7	2,1	2,3	3,5
3-IRCCS	2,3	1,1	1,9	2,4	-	-	2,5	5,0
4-Ospedale Classificato o Assimilato	1,9	1,7	1,2	1,6	3,2	2,1	2,0	2,9
5-Casa di Cura privata	1,7	2,1	1,3	1,8	2,3	2,4	1,8	3,7
8-Istituto privato qualificato USL	1,8	2,1	1,2	2,1	3,4	0,7	3,3	4,7

Per quanto riguarda gli interventi, le variazioni più consistenti nel numero medio di codici segnalati nelle SDO dal 2000 al 2009 si rilevano solo nell'ambito della riabilitazione e della lungodegenza (Figura 2.3).

Figura 2.3. *Numero medio di interventi per tipo di assistenza. Dimissioni dalle strutture del Veneto. Anni 2000-2009.*



2.3 I ricoveri urgenti e programmati

Tra le informazioni rilevate nella SDO, la variabile "tipo di ricovero" consente di distinguere i ricoveri urgenti dai ricoveri non urgenti e programmati. La condizione di urgenza del ricovero può denotare condizioni di emergenza/gravità del paziente, ma anche essere associata all'organizzazione dell'accettazione dei pazienti nella struttura ospedaliera a prescindere dalle condizioni cliniche degli stessi.

Nella Tabella 2.5 viene presentata la distribuzione delle dimissioni in regime ordinario per tipo di ricovero dal 2000 al 2009. Si osserva come la percentuale di ricoveri urgenti sia aumentata negli anni passando dal 46% nel 2000 a oltre il 53% nel 2009; parallelamente si assiste ad un incremento dei ricoveri programmati con preospedalizzazione e ad una contestuale diminuzione dei ricoveri non urgenti. Tali andamenti sembrano evidenziare un progressivo adeguamento del sistema ospedaliero agli indirizzi della programmazione regionale per quanto riguarda il ruolo e le caratteristiche dell'ospedale per acuti.

La variabile "tipo di ricovero" consente di risalire al fatto se il ricovero urgente è l'esito dell'attività di Osservazione Breve Intensiva (OBI) a partire dal 2006, anno in cui è stata introdotta tale attività del Pronto Soccorso.

L'analisi per Azienda ULSS di dimissione mostra però una grande variabilità (Tabella 2.6): nel 2009 si riscontra infatti una percentuale di ricoveri urgenti attorno al 32-35% per le Aziende ULSS di Padova,Verona e Bussolengo ed una percentuale superiore al 66% per le Aziende ULSS di Mirano e Chioggia. In quest'ultima la percentuale sale a quasi l'86% se ai ricoveri urgenti si sommano quelli esitati da OBI. I ricoveri programmati non urgenti superano in percentuale i ricoveri urgenti nelle ULSS di Padova, Verona e Bussolengo; per quanto riguarda i ricoveri programmati con preospedalizzazione l'Azienda ULSS di Mirano si differenzia dalle restanti in quanto tale tipologia di ricovero viene segnalata in oltre il 32% dei casi.

La disomogeneità tra le varie Aziende sanitarie ed ospedaliere può essere attribuita a molteplici fattori quali la variabilità delle caratteristiche cliniche dei pazienti ricoverati, una diversa attitudine nella compilazione della variabile "tipo di ricovero" da parte degli operatori sanitari, e l'esistenza di diverse tipologie di interazione tra il Pronto Soccorso ed i reparti di degenza. Le Aziende sanitarie ed ospedaliere possono infatti presentare diversi modelli organizzativi e di funzionamento sia nella gestione di situazioni di emergenza-urgenza sia nel percorso assistenziale che segue l'ammissione del paziente nel presidio di cura.

Tabella 2.5. *Percentuale di SDO per tipo di ricovero. Dimissioni dalle strutture del Veneto in regime ordinario, escluse le SDO dei neonati relative al ricovero in cui è avvenuta la nascita. Anni 2000-2009.*

Anno	Tipo di ricovero							N. totale SDO
	Mancante/ Errato	Ricovero programmato non urgente	Ricovero urgente	Ricovero per trattamento sanitario obbligatorio TSO	Ricovero programmato con preospedalizz.	Ricovero urgente esitato da OBI	Totale	
2000	0,1	53,0	45,9	0,1	0,8	-	100,0	702.802
2001	0,1	50,6	47,6	0,1	1,6	-	100,0	688.492
2002	0,5	49,0	48,4	0,1	2,0	-	100,0	655.646
2003	0,5	45,8	51,5	0,1	2,1	-	100,0	626.838
2004	0,1	44,1	52,0	0,1	3,7	-	100,0	615.275
2005	0,2	43,3	52,9	0,1	3,6	-	100,0	610.659
2006	0,2	42,2	53,8	0,1	3,6	0,1	100,0	603.354
2007	0,8	40,6	53,5	0,1	3,5	1,4	100,0	588.643
2008	0,9	39,3	53,9	0,1	3,9	2,0	100,0	579.896
2009	0,9	38,5	53,6	0,1	4,9	2,1	100,0	566.718

Tabella 2.6. *Percentuale di SDO per Azienda di dimissione e tipo di ricovero. Dimissioni dalle strutture del Veneto in regime ordinario, escluse le SDO dei neonati relative al ricovero in cui è avvenuta la nascita. Anno 2009.*

Azienda di dimissione	Tipo di ricovero							
	Mancante Errato	Programmato non urgente	Urgente	TSO	Programmato con preosped.	Urgente esitato da OBI	%	N. totale SDO
101-Belluno	0,4	34,7	55,0	0,2	7,4	2,4	100,0	16.349
102-Feltre	0,0	41,9	56,3	0,2	0,1	1,5	100,0	10.386
103-Bassano del Grappa	0,4	30,7	57,9	0,1	-	10,8	100,0	15.602
104-Alto Vicentino	1,0	34,1	62,9	0,1	0,1	1,8	100,0	15.495
105-Ovest Vicentino	0,9	41,2	57,8	0,0	0,0	-	100,0	15.819
106-Vicenza	0,8	48,3	50,9	0,0	0,0	-	100,0	39.833
107-Pieve di Soligo	0,2	35,6	63,8	0,1	0,0	0,2	100,0	19.129
108-Asolo	1,3	22,2	59,6	0,1	11,1	5,8	100,0	21.939
109-Treviso	1,1	37,5	59,4	0,1	0,4	1,5	100,0	47.685
110-Veneto Orientale	0,4	33,4	65,4	0,1	0,7	-	100,0	19.491
112-Veneziana	0,4	35,4	54,5	0,1	9,6	-	100,0	38.714
113-Mirano	0,5	0,0	66,6	0,1	32,8	-	100,0	23.345
114-Chioggia	0,1	8,9	71,8	0,2	5,0	13,9	100,0	12.016
115-Alta Padovana	1,3	40,4	56,8	0,1	1,4	-	100,0	25.875
116-Padova	0,0	63,5	33,2	0,4	0,4	2,5	100,0	24.149
117-Este	0,3	31,0	64,8	0,2	0,0	3,7	100,0	12.103
118-Rovigo	0,5	41,6	54,2	0,1	1,3	2,4	100,0	19.221
119-Adria	0,0	42,0	51,7	0,1	1,6	4,6	100,0	10.283
120-Verona	0,5	43,9	32,1	0,2	14,2	9,1	100,0	15.734
121-Legnago	0,1	43,3	55,0	0,1	0,2	1,4	100,0	16.051
122-Bussolengo	0,6	41,4	35,3	0,0	18,3	4,4	100,0	44.816
901-Az. Ospedaliera	3,0	41,0	56,0	0,0	-	-	100,0	49.087
902-Az. Ospedaliera	1,3	48,6	49,3	0,0	0,8	-	100,0	51.209
952-Istituto Oncologico	-	89,4	10,6	-	-	-	100,0	2.387

2.4 Il grado di dipendenza assistenziale

Con il decreto regionale n. 32 del 19 dicembre 2005 di revisione della disciplina del flusso informativo delle SDO, è stata introdotta, a partire dal 1° gennaio 2006, la rilevazione del grado di dipendenza assistenziale dei pazienti. Tale informazione viene raccolta per tutti i soggetti ricoverati in regime ordinario, di età superiore a 14 anni e dimessi dai reparti per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza, ad eccezione della Psichiatria. La valutazione va eseguita al momento dell'ingresso in ospedale, nel corso della degenza e al momento della dimissione, utilizzando la scala di Barthel. Questa scala considera dieci attività di base della vita quotidiana, a ciascuna delle quali viene assegnato un punteggio che esprime il grado di autonomia della persona nell'effettuazione di tali attività (piena, ridotta o nulla). Dalla somma dei punteggi deriva un valore compreso tra 0 e 100: quanto più basso è il punteggio complessivo, tanto più elevato è il grado di dipendenza assistenziale del paziente. Per i pazienti deceduti, la valutazione al momento della dimissione ha sempre punteggio pari a zero.

La rilevazione di questa variabile rappresenta un'importante integrazione delle informazioni sulle condizioni di salute dei ricoverati, soprattutto per quanto riguarda i soggetti anziani. Le condizioni di dipendenza impattano infatti pesantemente sia sul volume di risorse assistenziali, specialmente infermieristiche, necessarie per la cura del paziente, sia sull'analisi e valutazione degli esiti dell'assistenza.

Escludendo il primo anno di rilevazione per motivi di qualità dei dati raccolti, sono stati analizzati i punteggi di Barthel dei pazienti al ricovero e alla dimissione.

Tabella 2.7. *SDO per punteggio di Barthel al ricovero (%). Dimissioni dalle strutture del Veneto per pazienti di età>14 anni ricoverati in regime ordinario, escluse le dimissioni dai reparti di Psichiatria. Anni 2007-2009.*

	Punteggio Barthel al ricovero								
Anno	0	5-20	25-40	45-80	85-100	Errato	Mancante	Totale	N. totale SDO
2007	13,0	5,9	6,3	13,2	44,5	0,8	16,3	100,0	535.891
2008	10,7	6,2	6,6	14,0	43,3	0,1	19,1	100,0	527.987
2009	10,5	7,0	7,2	15,9	46,3	0,1	13,0	100,0	517.769

Tabella 2.8. *SDO per classe d'età e punteggio di Barthel al ricovero (%). Dimissioni dalle strutture del Veneto per pazienti di età>14 anni ricoverati in regime ordinario, escluse le dimissioni dai reparti di Psichiatria. Anno 2009.*

Classe d'età	Punteggio Barthel al ricovero								N. totale SDO
	0	5-20	25-40	45-80	85-100	Errato	Mancante	Totale	
15-29	7,0	1,6	4,1	10,6	61,7	0,2	14,8	100,0	45.127
30-44	5,9	1,9	4,2	10,4	64,7	0,1	12,9	100,0	89.290
45-59	6,7	3,9	4,7	11,9	60,5	0,1	12,3	100,0	76.642
60-74	8,0	5,6	6,5	17,5	50,7	0,1	11,6	100,0	140.692
75-89	16,0	12,9	11,5	21,9	24,1	0,1	13,6	100,0	148.383
90+	33,5	21,5	11,7	12,9	3,9	0,1	16,4	100,0	17.635
Totale	10,5	7,0	7,2	15,9	46,3	0,1	12,9	100,0	517.769

Tabella 2.9. *SDO per tipo di ospedale e punteggio di Barthel al ricovero (%). Dimissioni dalle strutture del Veneto per pazienti di età>14 anni ricoverati in regime ordinario, escluse le dimissioni dai reparti di Psichiatria. Anno 2009.*

Tipo ospedale	Punteggio Barthel al ricovero								N. totale SDO
	0	5-20	25-40	45-80	85-100	Errato	Mancante	Totale	
1-Pubblico	11,0	7,6	7,6	15,8	43,7	0,1	14,1	100,0	433.677
2-Privato	7,9	4,0	5,3	16,4	59,6	0,0	6,8	100,0	84.092
Totale	10,5	7,0	7,2	15,9	46,3	0,1	12,9	100,0	517.769

Tabella 2.10. *SDO per punteggio di Barthel alla dimissione (%). Dimissioni dalle strutture del Veneto per pazienti di età>14 anni ricoverati in regime ordinario, escluse le dimissioni dai reparti di Psichiatria. Anni 2007-2009.*

Anno	Punteggio Barthel alla dimissione								N. totale SDO
	0	5-20	25-40	45-80	85-100	errato	Errato	Mancante	
2007	14,2	3,2	3,3	11,8	49,9	0,9	16,8	100,0	535.891
2008	11,8	3,5	3,4	12,7	48,9	0,1	19,6	100,0	527.987
2009	11,5	3,9	3,8	14,1	53,1	0,1	13,4	100,0	517.769

Tabella 2.11. *SDO per classe d'età e punteggio di Barthel alla dimissione (%). Dimissioni dalle strutture del Veneto per pazienti di età>14 anni ricoverati in regime ordinario, escluse le dimissioni dai reparti di Psichiatria. Anno 2009.*

Classe d'età	Punteggio Barthel alla dimissione								N. totale SDO
	0	5-20	25-40	45-80	85-100	Errato	Mancante	Totale	
15-29	7,1	0,5	0,9	6,5	69,7	0,2	15,2	100,0	45.127
30-44	6,1	0,5	0,8	5,9	73,3	0,1	13,3	100,0	89.290
45-59	7,2	1,2	1,8	11,1	65,5	0,1	13,1	100,0	76.642
60-74	9,2	2,5	3,0	15,7	57,2	0,1	12,3	100,0	140.692
75-89	17,6	8,3	7,4	21,3	31,4	0,1	14,0	100,0	148.383
90+	36,3	17,0	10,2	14,5	5,8	0,1	16,1	100,0	17.635
Totale	11,5	3,9	3,8	14,1	53,1	0,1	13,4	100,0	517.769

Tabella 2.12. *SDO per tipo di ospedale e punteggio di Barthel alla dimissione (%). Dimissioni dalle strutture del Veneto per pazienti di età>14 anni ricoverati in regime ordinario, escluse le dimissioni dai reparti di Psichiatria. Anno 2009.*

Tipo ospedale	Punteggio Barthel alla dimissione								N. totale SDO
	0	5-20	25-40	45-80	85-100	Errato	Mancante	Totale	
1-Pubblico	12,0	4,2	3,9	13,5	51,5	0,1	14,7	100,0	433.677
2-Privato	9,0	2,6	3,0	17,2	61,4	0,1	6,8	100,0	84.092
Totale	11,5	3,9	3,8	14,1	53,1	0,1	13,4	100,0	517.769

2.5 La classe di priorità

Dal 1° gennaio 2006 è stata attivata la rilevazione della variabile “classe di priorità” che permette di classificare in base alla priorità i pazienti in lista di attesa per un intervento chirurgico di elezione e quelli che necessitano di ricoveri medici per trattamenti radio/chemioterapici.

Tabella 2.13. *Percentuale di SDO per classe di priorità. Dimissioni dalle strutture del Veneto di pazienti che erano in lista di attesa per un intervento chirurgico di elezione o per un ricovero medico per trattamenti radio/chemioterapici. Anni 2006-2009.*

Anno	Classe di priorità						
	Mancante/ Errato	Entro 30 giorni	Entro 60 giorni	Entro 180 giorni	Entro 365 giorni	Totale	N. totale SDO
2006	50,0	18,4	10,8	10,6	10,2	100,0	175.841
2007	30,4	25,8	15,7	15,7	12,4	100,0	163.031
2008	23,9	30,8	18,9	15,8	10,7	100,0	157.756
2009	18,0	33,9	21,1	17,3	9,8	100,0	157.374

Tabella 2.14. *Percentuale di SDO per Azienda ULSS di dimissione e classe di priorità. Dimissioni dalle strutture del Veneto di pazienti che erano in lista di attesa per un intervento chirurgico di elezione o per un ricovero medico per trattamenti radio/chemioterapici. Anno 2009.*

Anno	Classe di priorità						
	Mancante/ Errato	Entro 30 giorni	Entro 60 giorni	Entro 180 giorni	Entro 365 giorni	Totale	N. totale SDO
101-Belluno	4,9	42,6	24,9	24,8	2,9	100,0	4.319
102-Feltre	6,5	32,0	21,7	22,2	17,5	100,0	2.407
103-Bassano del Grappa	57,6	12,0	15,7	13,1	1,6	100,0	2.769
104-Alto Vicentino	28,4	33,4	19,2	12,8	6,3	100,0	3.882
105-Ovest Vicentino	-	33,0	33,7	28,5	4,7	100,0	4.270
106-Vicenza	0,0	36,9	21,2	15,7	26,1	100,0	13.126
107-Pieve di Soligo	18,5	36,1	22,5	17,5	5,4	100,0	4.251
108-Asolo	18,6	24,1	24,1	22,5	10,6	100,0	4.462
109-Treviso	0,0	40,8	32,1	23,5	3,6	100,0	11.759
110-Veneto Orientale	8,7	39,7	25,7	25,4	0,5	100,0	3.952
112-Veneziana	0,2	40,4	24,1	13,7	21,5	100,0	9.420
113-Mirano	8,3	47,0	25,3	13,9	5,5	100,0	5.477
114-Chioggia	5,9	48,4	29,0	15,3	1,4	100,0	1.107
115-Alta Padovana	35,5	22,4	15,4	15,1	11,6	100,0	6.910
116-Padova	5,1	39,4	16,4	19,2	19,9	100,0	9.609
117-Este	-	34,8	25,4	35,2	4,7	100,0	2.762
118-Rovigo	-	48,3	31,6	18,9	1,3	100,0	4.753
119-Adria	2,0	45,7	10,9	41,2	0,2	100,0	2.785
120-Verona	0,0	29,7	34,4	33,0	2,9	100,0	4.209
121-Legnago	22,5	27,3	21,1	28,2	0,9	100,0	3.782
122-Bussolengo	46,8	19,3	19,9	11,8	2,3	100,0	18.034
901-Az. Ospedaliera Padova	12,2	46,7	21,6	16,8	2,7	100,0	14.678
902-Az. Ospedaliera Verona	51,3	16,3	7,1	4,3	21,1	100,0	16.775
952-Istituto Oncologico Veneto	1,4	96,3	1,9	0,3	0,1	100,0	1.876

2.6 La classe ASA

Introdotta a partire dal 2006 e solo nelle SDO relative ai ricoveri di tipo chirurgico in regime ordinario e diurno, la variabile "classe ASA" (American Society of Anesthesiologists) individua l'indice di gravità del paziente e pertanto ne valuta il rischio anestesiologico.

Tabella 2.15. *Percentuale di SDO per classe ASA. Dimissioni dalle strutture del Veneto relative a ricoveri chirurgici. Anni 2006-2009.*

Anno	Classe ASA								N. totale SDO
	Mancante/Errato	Paziente sano	Paziente con lieve malattia sistemica	Paziente con grave malattia sistemica	Paziente con grave malattia sistemica pericolosa per la vita	Paziente moribondo	Paziente dichiarato in morte cerebrale	Totale	
2006	55,0	24,4	15,5	4,6	0,5	0,0	0,0	100,0	376.878
2007	38,1	31,7	22,7	6,7	0,7	0,1	0,0	100,0	365.287
2008	33,5	33,4	24,0	8,1	0,8	0,1	0,0	100,0	360.924
2009	28,4	32,9	28,5	9,2	1,0	0,0	0,0	100,0	363.031

Capitolo 3
L'ospedalizzazione generale

I dati utilizzati derivano dall'archivio regionale (Datawarehouse Sanità) delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) degli anni 2000-2009 relative ai pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere della Regione Veneto e ai residenti in Veneto ricoverati in altre Regioni. È stato così possibile analizzare i dati sia con l'ottica dell'offerta ospedaliera del Veneto, sia con l'ottica della domanda di ospedalizzazione espressa dalla popolazione residente. Da tutte le analisi sono state escluse le dimissioni con DRG "391- nato sano".

Inoltre, al fine di monitorare il trasferimento di parte delle attività di ricovero in regime ambulatoriale, sono stati analizzati i dati relativi all'archivio regionale (Datawarehouse Sanità) delle prestazioni ambulatoriali erogate nel triennio 2007-2009. Infine, sono stati condotti alcuni confronti con dati di ospedalizzazione a livello nazionale utilizzando gli indicatori riportati nel rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero nel 2009 a cura del Ministero della Salute.

3.1 Le dimissioni dagli ospedali del Veneto

Il numero assoluto di dimissioni dalle strutture ospedaliere del Veneto è in diminuzione a partire dal 2002 (Tabella 3.1), con un calo complessivo nel 2000-2009 pari al 17%. La riduzione è più marcata per i ricoveri ordinari per acuti (-20%); i ricoveri per acuti in regime diurno sono cresciuti fino a raggiungere un picco nel 2003, per poi diminuire rapidamente negli anni successivi. I ricoveri in lungodegenza e riabilitazione mostrano un trend altalenante, ma complessivamente in riduzione i primi ed in crescita i secondi. La Tabella 3.2 mostra come il totale delle giornate di degenza si sia ridotto del 19% nel decennio analizzato; la degenza media dei ricoveri ordinari per acuti è rimasta stabile, ma la forte riduzione del numero di ricoveri ha portato comunque ad una sensibile riduzione del totale delle giornate di degenza (-21%). Il numero medio di accessi in regime diurno si è invece ridotto a partire dal 2007; le giornate in lungodegenza mostrano un trend in calo nonostante l'aumento della degenza media, mentre aumenta sensibilmente il totale delle giornate di ricovero in riabilitazione (+35%).

Tabella 3.1. *Dimissioni dalle strutture della Regione Veneto: numero (N) e percentuale (%) per tipo di assistenza. Anni 2000-2009.*

	Tipo di assistenza									
Anno	*Acuti Ordinari*		*Acuti Diurni*		*Lungodegenza*		*Riabilitazione*		*Totale*	
	N	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*
2000	672.621	71,7	227.251	24,2	15.229	1,6	23.178	2,5	938.279	100,0
2001	657.763	69,4	251.638	26,5	13.853	1,5	24.679	2,6	947.933	100,0
2002	625.109	67,1	267.538	28,7	13.277	1,4	25.346	2,7	931.270	100,0
2003	598.338	65,4	279.575	30,6	12.377	1,4	24.131	2,6	914.421	100,0
2004	584.588	65,1	273.729	30,5	13.151	1,5	26.608	3,0	898.076	100,0
2005	578.645	65,6	260.168	29,5	13.499	1,5	29.214	3,3	881.526	100,0
2006	571.299	66,2	249.833	28,9	12.781	1,5	29.626	3,4	863.539	100,0
2007	557.607	67,6	226.067	27,4	11.455	1,4	29.714	3,6	824.843	100,0
2008	549.127	69,0	207.601	26,1	11.466	1,4	27.900	3,5	796.094	100,0
2009	537.099	69,1	199.556	25,7	11.173	1,4	29.217	3,8	777.045	100,0

Tabella 3.2. *Dimissioni dalle strutture della Regione Veneto: numero di giornate di degenza (N) e degenza media (Media) per tipo di assistenza. Anni 2000-2009.*

	Tipo di assistenza									
Anno	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media
2000	5.494.641	8,2	720.766	3,2	345.211	22,7	465.839	20,1	7.026.457	7,5
2001	5.253.306	8,0	749.712	3,0	343.239	24,8	501.434	20,3	6.847.691	7,2
2002	4.959.932	7,9	780.599	2,9	327.106	24,6	523.418	20,7	6.591.055	7,1
2003	4.729.515	7,9	814.066	2,9	333.623	27,0	520.897	21,6	6.398.101	7,0
2004	4.616.962	7,9	792.534	2,9	331.985	25,2	563.615	21,2	6.305.096	7,0
2005	4.554.122	7,9	776.636	3,0	330.090	24,5	606.839	20,8	6.267.687	7,1
2006	4.517.073	7,9	737.844	3,0	325.913	25,5	616.340	20,8	6.197.170	7,2
2007	4.450.330	8,0	641.931	2,8	312.326	27,3	627.895	21,1	6.032.482	7,3
2008	4.408.794	8,0	501.173	2,4	303.173	26,4	613.257	22,0	5.826.397	7,3
2009	4.336.512	8,1	422.934	2,1	306.115	27,4	630.013	21,6	5.695.574	7,3

L'andamento delle dimissioni dagli ospedali del Veneto per gruppi di discipline (Tabella 3.3) mostra che le riduzione maggiori si sono verificate nell'area della Medicina Generale, ma anche nell'area Materno-Infantile, in Neurologia, Malattie Infettive, Chirurgia Generale, Ortopedia e Otorinolaringoiatria. Per alcune discipline come Oculistica ed Oncologia-Ematologia, il calo dei ricoveri è stato particolarmente drastico per il passaggio di quote consistenti di attività al regime ambulatoriale. In controtendenza risulta invece l'aumento in Cardiologia, Chirurgia Plastica, Chirurgia Toracica, e Gastroenterologia.

Nella Tabella 3.4 il numero di dimissioni per i DRG più frequenti nel 2009 è presentato mantenendo vicini i DRG con o senza complicanze (DRG omologhi); questo perché per alcuni DRG la quota di omologhi è piuttosto consistente (es. polmonite, aritmie), tanto da far variare il rango del DRG. È inoltre da segnalare che l'adozione di successive versioni dei DRG ha comportato variazioni soprattutto per alcuni DRG ortopedici. Il DRG più rappresentato nel 2009 è quello di parto vaginale senza diagnosi complicanti, che ha evidenziato un leggero incremento nel periodo 2000-2009; l'aumento dei parti cesarei è stato però ben più consistente. Altri ricoveri in considerevole crescita sono quelli per interventi su utero e annessi non per neoplasia maligna, i ricoveri per insufficienza cardiaca, e quelli per il DRG 256, più rappresentato in riabilitazione. Sono invece notevolmente diminuiti alcuni ricoveri medici come quelli per aritmie, e per esofagite e gastroenterite; non compaiono tra i DRG più frequenti quelli per affezioni mediche del dorso che erano già drasticamente diminuiti nella prima metà del decennio [Rapporto sulla ospedalizzazione in Veneto. Anni 2000-2006 – A cura del SER]. Alcuni interventi chirurgici sono sempre più frequentemente erogati in regime ambulatoriale: interventi per ernia inguinale e femorale (i ricoveri sono crollati nel biennio 2008-2009), ed altri che da più tempo sono eseguiti ambulatorialmente tanto da non comparire più nell'elenco dei DRG più frequenti (decompressione del tunnel carpale, legatura e stripping di vene, interventi sul cristallino). Nella Tabella 3.5 si riporta in dettaglio l'andamento dei ricoveri per tali procedure nell'arco dello scorso decennio, e delle corrispettive prestazioni ambulatoriali limitatamente al 2007-2009 (per gli anni precedenti non si hanno dati completi disponibili).

Tabella 3.3. *Dimissioni dalle strutture della Regione Veneto, ricoveri per acuti ordinari e diurni: numero (N) e percentuale (%) per gruppi di specialità di dimissione. Anni 2000-2009*

Disciplina	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cardiochirurgia	3.998	0,4	4.460	0,5	4.061	0,5	4.197	0,5	4.302	0,5	4.204	0,5	4.051	0,5	3.944	0,5	3.913	0,5	4.017	0,5
Cardiologia	40.784	4,5	41.904	4,6	42.643	4,8	43.003	4,9	43.166	5,0	43.867	5,2	42.770	5,2	42.181	5,4	42.274	5,6	42.041	5,7
Chirurgia Generale	147.134	16,4	148.187	16,3	142.566	16,0	143.036	16,3	137.667	16,0	138.255	16,5	136.722	16,7	131.545	16,8	127.577	16,9	122.922	16,7
Chirurgia Plastica	5.309	0,6	5.892	0,6	5.896	0,7	5.883	0,7	6.165	0,7	6.093	0,7	6.585	0,8	6.690	0,9	6.635	0,9	6.852	0,9
Chirurgia Toracica	6.837	0,8	7.997	0,9	8.087	0,9	9.211	1,0	9.219	1,1	8.886	1,1	8.885	1,1	7.989	1,0	7.740	1,0	8.231	1,1
Gastroenterologia	5.685	0,6	6.996	0,8	7.510	0,8	8.415	1,0	8.716	1,0	8.999	1,1	8.805	1,1	8.454	1,1	8.296	1,1	8.307	1,1
Malattie Infettive	7.241	0,8	7.183	0,8	6.468	0,7	5.964	0,7	5.394	0,6	4.940	0,6	5.096	0,6	4.861	0,6	4.584	0,6	4.844	0,7
Materno Infantile	159.061	17,7	159.365	17,5	157.123	17,6	155.363	17,7	155.780	18,1	151.607	18,1	149.638	18,2	146.274	18,7	146.430	19,4	143.492	19,5
Medicina Generale	190.034	21,1	182.613	20,1	175.568	19,7	170.122	19,4	165.130	19,2	163.096	19,4	156.583	19,1	147.802	18,9	142.729	18,9	138.511	18,8
Nefrologia	7.442	0,8	7.065	0,8	6.309	0,7	6.199	0,7	6.194	0,7	6.184	0,7	6.233	0,8	5.971	0,8	6.138	0,8	6.041	0,8
Neurochirurgia	9.209	1,0	8.786	1,0	8.676	1,0	8.546	1,0	9.073	1,1	9.067	1,1	8.603	1,0	8.761	1,1	8.873	1,2	9.102	1,2
Neurologia	24.889	2,8	24.818	2,7	24.282	2,7	23.178	2,6	23.063	2,7	22.608	2,7	21.776	2,7	19.282	2,5	19.171	2,5	18.143	2,5
Oculistica	43.688	4,9	45.982	5,1	48.975	5,5	46.890	5,3	36.819	4,3	25.179	3,0	19.671	2,4	15.381	2,0	15.347	2,0	15.631	2,1
Oncoematologia	36.184	4,0	42.302	4,7	42.687	4,8	41.144	4,7	43.795	5,1	44.023	5,2	45.588	5,6	36.777	4,7	22.497	3,0	16.622	2,3
Ortopedia	107.976	12,0	108.185	11,9	105.701	11,8	103.916	11,8	102.500	11,9	101.137	12,1	100.343	12,2	97.919	12,5	97.589	12,9	97.840	13,3
Otorinolaringojatria	43.168	4,8	43.573	4,8	43.292	4,8	41.991	4,8	41.145	4,8	41.222	4,9	40.794	5,0	39.695	5,1	37.943	5,0	35.046	4,8
Psichiatria	15.145	1,7	15.064	1,7	14.662	1,6	14.844	1,7	14.644	1,7	14.434	1,7	14.004	1,7	15.300	2,0	15.080	2,0	14.723	2,0
Urologia	45.870	5,1	48.703	5,4	47.930	5,4	46.011	5,2	45.545	5,3	45.012	5,4	44.985	5,5	44.848	5,7	43.912	5,8	44.290	6,0
N.D.	218	0,0	326	0,0	211	0,0														
Totale	899.872	100,0	909.401	100,0	892.647	100,0	877.913	100,0	858.317	100,0	838.813	100,0	821.132	100,0	783.674	100,0	756.728	100,0	736.655	100,0

Tabella 3.4. *Dimissioni dalle strutture della Regione Veneto per i DRG più frequenti nel 2009. Anni 2000-2009.*

DRG	Anno										Var. % 2000-2009
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	29.136	28.089	28.736	29.255	30.255	30.384	30.734	31.254	31.925	30.957	6,3
372-Parto vaginale con diagnosi complicanti	546	612	734	799	845	741	845	870	980	941	72,3
127-Insufficienza cardiaca e shock	15.570	16.526	17.224	17.014	18.085	17.907	18.590	18.468	19.040	18.955	21,7
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	10.472	12.266	12.633	13.154	13.804	14.119	14.920	15.388	15.802	16.987	62,2
358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	683	692	735	666	640	533	513	514	502	466	-31,8
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	-	-	-	-	-	-	16.800	17.282	17.049	17.056	-
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14.543	-
381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	13.241	13.549	14.046	14.384	15.273	14.957	14.640	14.628	14.282	14.190	7,2
371-Parto cesareo senza CC	9.833	9.929	10.727	11.204	12.028	12.214	12.531	12.521	12.501	12.530	27,4
370-Parto cesareo con CC	812	898	1.004	1.022	1.003	942	824	812	868	897	10,5
538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11.339	-
537-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	208	-
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	6.302	6.345	6.545	7.147	6.549	7.433	6.319	6.092	6.277	6.572	4,3
090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	4.427	4.049	3.466	3.621	3.287	3.815	3.743	3.722	3.773	3.916	-11,5
139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	8.786	8.563	8.386	7.956	7.969	8.021	8.267	8.232	7.956	7.729	-12,0
138-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	4.121	4.062	4.050	3.562	3.486	3.452	2.754	2.678	2.574	2.293	-44,4
183-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	14.132	12.818	10.500	9.734	9.041	9.049	9.132	8.285	7.960	7.357	-47,9
182-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	3.742	3.741	3.198	3.044	2.830	2.850	2.681	2.602	2.563	2.316	-38,1
229-Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	7.041	8.139	8.388	8.661	8.851	8.903	8.729	9.016	9.296	9.309	32,2
125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	5.408	5.515	5.560	5.507	5.908	5.780	5.893	5.825	5.894	6.266	15,9
124-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	2.900	3.067	3.002	2.971	2.955	2.881	2.830	2.811	2.953	2.848	-1,8
430-Psicosi	9.400	9.371	9.562	9.692	9.474	9.234	8.908	9.171	9.091	8.986	-4,4
364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	11.683	11.844	11.099	11.227	10.606	10.014	9.837	8.858	8.302	8.615	-26,3
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	10.083	10.012	10.582	10.712	10.662	10.555	10.384	10.403	10.261	8.402	-16,7
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	12.825	13.511	13.153	13.321	13.206	13.186	12.941	13.297	9.962	7.902	-38,4
161-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	745	744	733	636	598	636	489	495	348	380	-49,0
311-Interventi per via transuretrale senza CC	6.253	6.351	6.179	6.054	6.110	6.430	6.588	6.872	7.261	7.339	17,4
310-Interventi per via transuretrale con CC	1.107	1.147	1.201	1.205	1.162	1.200	972	878	923	832	-24,8
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3.250	4.368	5.082	5.824	5.697	6.330	7.198	7.517	7.860	7.911	143,4
256-Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	3.425	3.582	3.460	3.728	4.158	5.030	5.596	6.495	6.699	7.653	123,4

Tabella 3.5. *Numero di dimissioni, percentuale di dimissioni in regime diurno e numero di prestazioni ambulatoriali di interventi selezionati. Dimissioni dalle strutture della Regione Veneto. Anni 2000-2009. Per le prestazioni ambulatoriali anni disponibili: 2007-2009.*

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Interventi sul cristallino	*Dimissioni*	31.371	34.087	37.685	37.113	26.590	15.804	10.701	4.097	3.274	3.141
	Diurni %	68,8	79,6	90,3	94,4	94,6	89,9	87,1	79,3	79,1	79,9
	Prest. ambulatoriali	-	-	-	-	-	-	-	37.218	38.861	40.706
Ernia inguinale e femorale	*Dimissioni*	12.825	13.511	13.153	13.321	13.206	13.186	12.941	13.297	9.962	7.902
	Diurni %	58,9	66,0	70,3	77,6	79,6	81,0	80,8	83,7	83,0	78,9
	Prest. ambulatoriali	-	-	-	-	-	-	-	0	2.993	5.130
Stripping di vene	*Dimissioni*	13.044	13.544	13.193	13.320	11.595	9.163	9.087	5.273	4.173	2.603
	Diurni %	50,0	55,5	64,8	83,7	87,0	85,5	81,1	87,6	93,6	91,0
	Prest. ambulatoriali	-	-	-	-	-	-	-	6.319	9.458	8.800
Decompressione del tunnel carpale	*Dimissioni*	8.478	8.669	9.160	9.151	7.395	5.304	4.429	1.497	1.010	750
	Diurni %	89,2	88,7	90,4	96,9	97,8	96,1	94,9	92,1	92,1	88,4
	Prest. ambulatoriali	-	-	-	-	-	-	-	8.605	8.859	9.509

Particolarmente eclatante è il caso dei ricoveri per chemioterapia, che costituivano il DRG più frequente nel periodo 2001-2006 (con un picco di 33.821 ricoveri nel 2006), e che sono crollati con l'introduzione del day service (questo provvedimento amministrativo costituisce il motivo principale della forte riduzione negli ultimi anni del numero di ricoveri e di accessi totali in regime diurno). La Tabella 3.6 evidenzia il numero complessivo di ricoveri, la percentuale di ricoveri diurni, ed il numero totale di accessi nei ricoveri diurni per i DRG di chemioterapia (410 e 492): anche in questo caso la riduzione dell'attività di ricovero si accompagna alla crescita di prestazioni ambulatoriali specifiche, peraltro erogate sempre in ambito ospedaliero. I confronti sono peraltro più complessi che per la chirurgia ambulatoriale (dove solitamente ad un ricovero diurno corrisponde una specifica prestazione), dato che molti degli accessi in regime diurno non sono legati direttamente all'infusione di sostanze chemioterapiche (e perciò facilmente rintracciabili nell'archivio delle prestazioni ambulatoriali), ma a terapia di supporto, accertamenti e follow-up. Infine, un caso particolare è rappresentato dalle prestazioni di radioterapia, erogate in gran parte in regime ambulatoriale sin dall'inizio del periodo di osservazione. I ricoveri con DRG "409- radioterapia" hanno subito forti oscillazioni, con un picco di 4.160 ricoveri (68% diurni per un totale di 17.366 accessi) raggiunto nel 2006 ed un minimo di 1.973 ricoveri (34% diurni per 11.718 accessi) registrato nel 2009; è da ricordare inoltre che una quota di prestazioni di radioterapia sono effettuate nel corso di ricoveri cui vengono attribuiti altri DRG (vedi Tabella 3.7).

Tabella 3.6. *Chemioterapia. Numero di dimissioni, accessi in regime diurno, percentuale di dimissioni in regime diurno sul totale dei ricoveri e numero di prestazioni ambulatoriali di infusione di sostanze chemioterapiche. Dimissioni dalle strutture della Regione Veneto. Anni 2000-2009. Per le prestazioni ambulatoriali anni disponibili:2007-2009.*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dimissioni	26.308	31.466	32.403	31.659	33.506	32.821	35.052	25.880	11.545	6784
Accessi in regime diurno	158.155	169.648	184.756	196.141	202.349	215.585	219.997	180.814	67.503	18.259
Diurno %	79,9	81,1	82,5	81,8	82,1	82,0	81,3	76,4	54,2	27,2
Prest. ambulatoriali	-	-	-	-	-	-	-	27.795	105.553	130.344

***Tabella 3.7**. Radioterapia. Numero di dimissioni, accessi in regime diurno, percentuale di dimissioni in regime diurno sul totale dei ricoveri e numero di prestazioni ambulatoriali. Anni 2000-2009. Per le prestazioni ambulatoriali: ospedali con unità di radioterapia, anni 2007-2009.*

	2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Dimissioni	2.003	3.507	2.752	2.549	3.197	3.710	4.160	3.877	2.720	1.973
Accessi in regime diurno	7.671	14.589	12.643	11.932	13.411	17.393	17.366	13.982	14.427	11.718
Diurno %	57,4	79,8	75,5	64,7	64,5	68,6	68,5	64,1	54,1	34,5
Prest. ambulatoriali	-	-	-	-	-	-	-	263.691	283.904	294.085

La Tabella 3.8 mostra degenza media e mediana per i DRG più frequenti in regime ordinario per acuti, confrontando gli anni 2000 e 2009; alcuni ricoveri medici (insufficienza cardiaca, polmonite con o senza complicanze, ictus, insufficienza respiratoria, malattia polmonare cronica ostruttiva, insufficienza renale), alcuni ricoveri ortopedici (sostituzione di articolazioni maggiori, interventi su anca e femore), e i ricoveri psichiatrici comportano un particolare carico sulle strutture ospedaliere per la rilevante durata della degenza. Nel tempo si è ridotta la durata della degenza per i più frequenti ricoveri ostetrico-ginecologici, e per alcuni ricoveri ortopedici e di chirurgia generale. Il confronto con i dati nazionali riportati nel rapporto annuale del Ministero della Salute mostra una degenza media simile per i ricoveri chirurgici, e superiore nella nostra Regione rispetto al dato nazionale per molti ricoveri medici (insufficienza cardiaca, insufficienza respiratoria, esofagite e gastroenterite, BPCO, ictus, malattie cardiovascolari eccetto IMA, insufficienza renale, polmonite). Questo può essere in parte legato alla selezione dei pazienti, con lo spostamento ad altri setting assistenziali di quelli con patologia meno severa (che avrebbe richiesto una degenza più breve). Inoltre, all'interno dello stesso DRG possono rientrare ricoveri di natura diversa, ad esempio in quello relativo alle psicosi nel Veneto sono compresi anche ricoveri in realtà di natura riabilitativa: diversi orientamenti a livello nazionale possono spiegare le discrepanze osservate (la degenza media per il DRG 430 è inferiore ai 14 giorni a livello nazionale e superiore ai 19 nel Veneto). Comunque è da osservare che se nel Veneto si registrano valori particolarmente bassi in termini di numero di ricoveri effettuati e tassi di ospedalizzazione, il numero complessivo di giornate di degenza è paragonabile a quello di altre Regioni dell'Italia centro-settentrionale.

La Tabella 3.9 mostra che, dopo la drastica riduzione dei ricoveri per chemioterapia, la maggior parte dei ricoveri diurni è giustificata da interventi ortopedici ed ostetrici e comporta un numero limitato di accessi; non sono presentati i DRG omologhi perché nelle dimissioni in regime diurno, ad eccezione dei ricoveri per aritmie, raramente compaiono DRG complicati. In Tabella 3.9 è anche indicata la proporzione di ricoveri in regime diurno sui ricoveri con il DRG in esame: si può vedere che tale percentuale è aumentata in misura consistente nel decennio, soprattutto per alcuni DRG (dal 12% al 43% per interventi su utero e annessi non per neoplasia maligna, dal 36% al 71% per interventi su ano e stoma, dal 25% al 67% per procedure intraoculari, dal 59% all'89% per le tonsillectomie, dal 19% al 54% per le procedure sul piede).

Tabella 3.8. *Dimissioni (N) e durata della degenza per i DRG più frequenti in regime ordinario per acuti. Strutture ospedaliere della Regione Veneto, anni 2000 e 2009.*

DRG	2000			2009		
	N	Degenza Media	Degenza Mediana	N	Degenza Media	Degenza Mediana
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	29.109	4,0	4	30.952	3,5	3
372-Parto vaginale con diagnosi complicanti	545	5,9	5	937	4,7	4
127-Insufficienza cardiaca e shock	14.688	11,2	9	17.909	10,8	9
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	-	-	-	14.537	10,9	10
371-Parto cesareo senza CC	9.833	6,8	6	12.529	5,1	4
370-Parto cesareo con CC	812	9,5	7	897	8,2	5
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	9.175	5,9	6	9.709	4,2	4
358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	682	9,1	8	425	8,2	6
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	5.887	13,7	12	6.269	12,8	11
090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	4.207	11,6	10	3.769	9,9	8
183-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	11.876	6,1	5	6.398	5,7	5
182-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	3.432	9,2	8	2.232	9,7	8
430-Psicosi	8.244	19,6	14	8.340	19,4	15
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	8.473	13,9	11	7.786	12,8	11
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	2.626	10,8	9	7.300	11,0	9
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	5.593	5,1	4	6.687	3,7	3
493-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	770	10,9	9	536	9,9	8
125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	4.403	4,9	3	4.473	4,9	3
124-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	2.629	8,9	7	2.647	9,9	7
139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	5.882	5,7	4	3.866	4,8	3
138-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	3.546	8,0	6	1.948	8,3	7
219-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	4.251	7,8	6	4.654	6,8	6
218-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	413	14,2	11	408	13,7	11
538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	-	-	-	4.916	2,7	2
537-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	-	-	-	139	9,8	6
088-Malattia polmonare cronica ostruttiva	9.047	10,8	9	4.790	10,0	8
211-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	2.911	14,8	13	3.176	13,0	12
210-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	783	21,8	17	1.362	17,9	15
316-Insufficienza renale	2.909	10,8	8	4.472	11,2	9
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	-	-	-	4.438	2,4	2

Tabella 3.9. *Numero assoluto(N), percentuale (%) di dimissioni e numero medio e mediano di accessi in regime diurno per acuti per i DRG più frequenti. Strutture ospedaliere della Regione Veneto. Anni 2000 e 2009.*

DRG	2000				2009			
	N	%	Accessi medi	Accessi mediani	N	%su tot DRG	Accessi medi	Accessi mediani
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione					12.617	74,0	1,5	1
381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	8.677	65,5	1,4	1	10.945	77,1	1,4	1
364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	8.019	68,6	1,3	1	7.369	85,5	1,4	1
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	1.297	12,4	1,4	1	7.278	42,8	1,5	1
229-Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	4.549	64,6	2,0	1	7.133	76,6	1,6	1
538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC					6.420	56,6	1,5	1
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	7.552	58,9	1,9	1	6.239	79,0	1,7	1
158-Interventi su ano e stoma senza CC	2.437	35,6	1,9	1	4.893	66,9	1,9	1
042-Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	815	24,8	1,9	2	4.815	71,1	1,7	1
270-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	3.403	73,4	1,9	1	4.741	86,0	1,8	1
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	2.780	54,6	1,9	1	4.649	78,0	1,9	1
060-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	3.972	59,0	1,4	1	4.410	88,6	2,0	2
139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	2.823	32,1	1,5	1	3.834	49,6	1,9	1
225-Interventi sul piede	908	19,1	1,6	1	4.125	54,2	1,6	1
311-Interventi per via transuretrale senza CC	1.468	23,5	1,5	1	3.706	50,5	1,9	1
408-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	1.182	40,7	2,7	1	3.391	58,6	1,8	1
412-Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	2.502	74,2	1,6	1	3.133	83,7	1,2	1
227-Interventi sui tessuti molli senza CC	2.603	48,8	1,7	1	3.052	58,8	1,8	1
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.700	29,1	1,8	1	2.924	45,7	1,7	1
339-Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	1.847	50,9	1,6	1	2.809	89,6	1,5	1
323-Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	1.468	44,0	1,8	1	1.927	62,9	1,9	1

3.2 I ricoveri dei residenti e i tassi di ospedalizzazione

Le Figure 3.1 e 3.2 mostrano l'andamento dei ricoveri dei residenti nel Veneto dimessi da strutture regionali o extra-regione. Si confermano la riduzione dei ricoveri ordinari per acuti, particolarmente marcata dal 2001 al 2003, dei ricoveri diurni, soprattutto dal 2006 al 2008, e dei ricoveri in lungodegenza, mentre aumentano quelli in riabilitazione.

Figura 3.1. *Dimissioni dai reparti per acuti per anno. Residenti nel Veneto. Anni 2000-2009.*

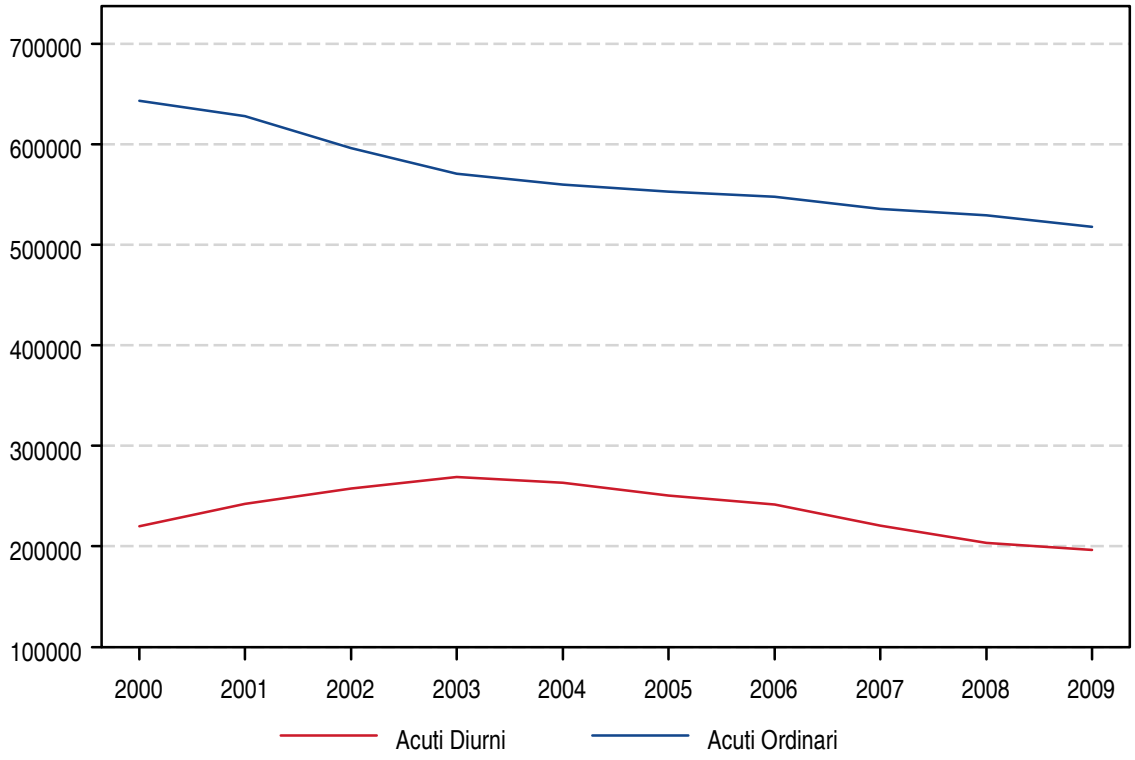
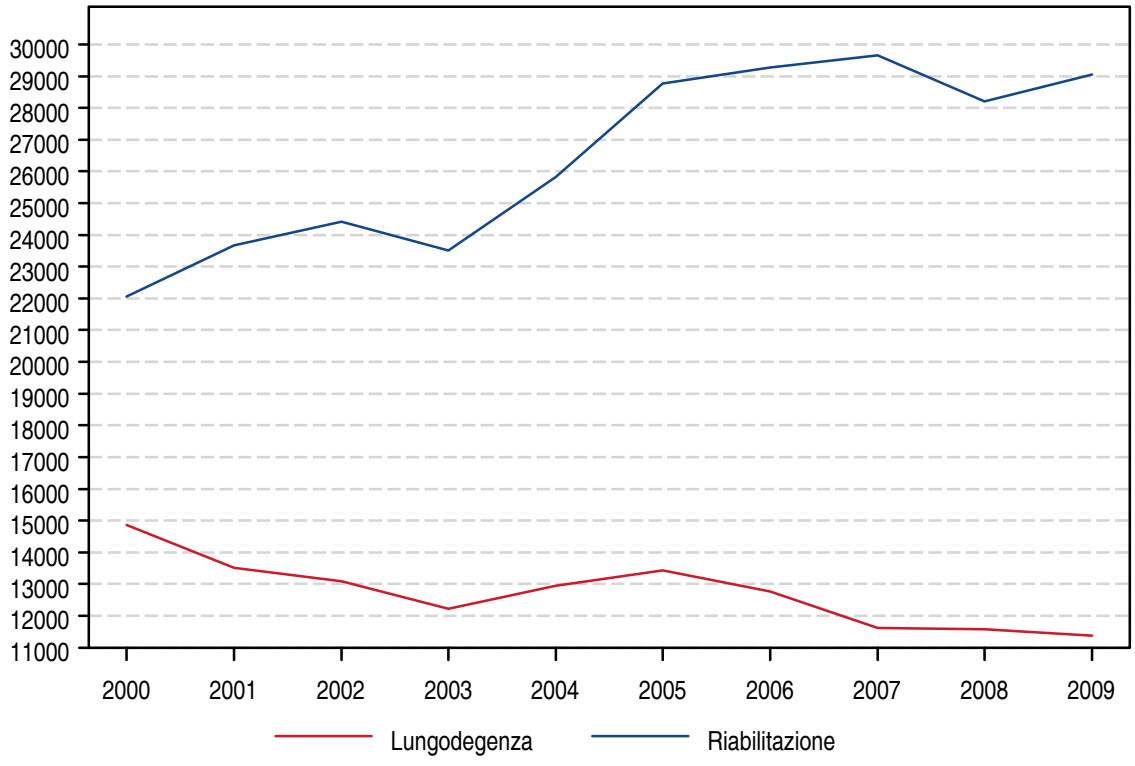


Figura 3.2. *Dimissioni dai reparti di riabilitazione e di lungodegenza per anno. Residenti nel Veneto. Anni 2000-2009.*



Il tasso osservato di ospedalizzazione è diminuito fino a raggiunge il valore di 154 per mille nel 2009; sono diminuiti i tassi di ricovero nelle strutture regionali sia pubbliche che private, mentre risulta stabile il tasso di ospedalizzazione fuori Regione. La Tabella 3.10 mostra i tassi osservati di ospedalizzazione nel totale regionale ed i tassi standardizzati per ULSS di residenza; poiché la standardizzazione è condotta separatamente in ciascun anno considerando la corrispondente popolazione del riparto, le ULSS possono essere confrontate tra di loro ma non si possono fare considerazione sui trend temporali in ciascuna singola Azienda.

Considerando i dati riportati nel rapporto annuale del Ministero della Salute, il tasso standardizzato di ospedalizzazione per acuti nel Veneto è il più basso registrato a livello nazionale; in particolare il Veneto mostra il più basso ricorso al ricovero ordinario, seguito da Toscana, Piemonte e Friuli-Venezia Giulia.

La Figura 3.3 mostra come il tasso di ospedalizzazione, dopo il picco nel primo anno di vita, raggiunge il livello più basso nella classe 10-14 anni. Nelle donne l'ospedalizzazione cresce in età fertile ma si mantiene su livelli contenuti fino ai 60 anni, mentre negli uomini l'aumento legato all'età è più precoce, con tassi che a partire dai 55 anni si mantengono sempre superiori ai livelli registrati nel sesso femminile. Nella Tabella 3.11 si può vedere come la riduzione dei ricoveri nello scorso decennio abbia interessato tutte le classi di età, con riduzioni particolarmente marcate (calo maggiore di un terzo) in bambini/adolescenti (1-19 anni) ed adulti di 50-59 anni. Negli anziani la variazione percentuale dei tassi è meno eclatante, ma la riduzione assoluta è comunque intorno ai 100 ricoveri per mille residenti.

Figura 3.3. *Tasso di ospedalizzazione per classe di età e sesso (per 1.000). Residenti in Veneto, anno 2009.*

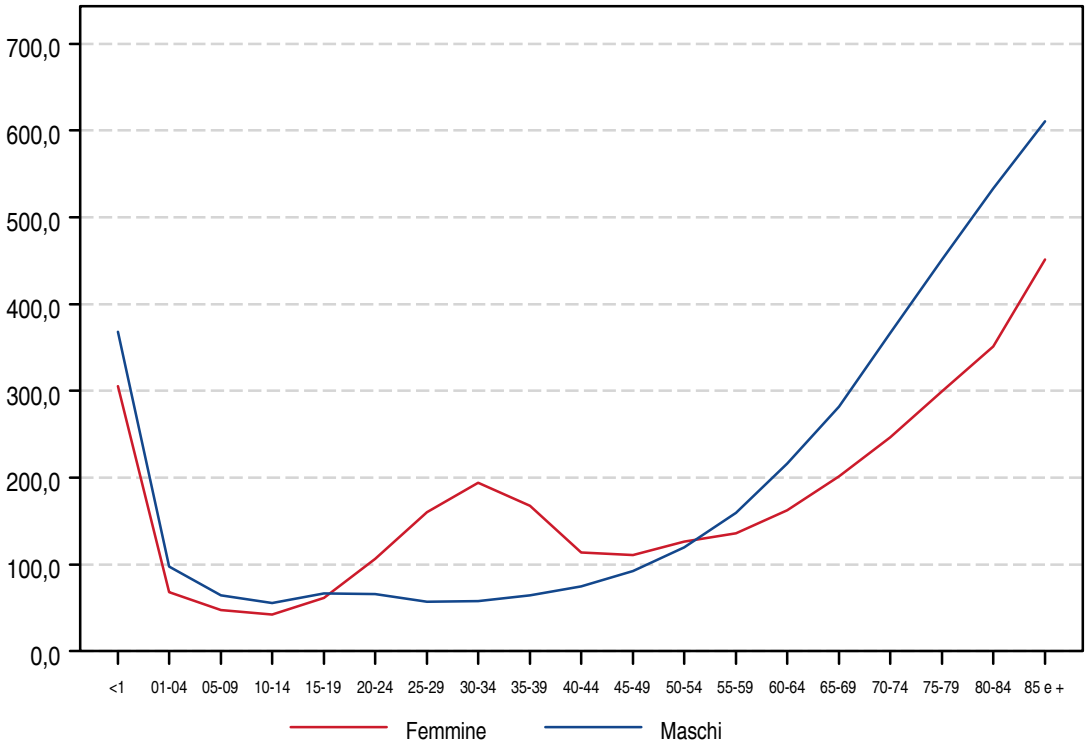


Tabella 3.10. *Tassi di ospedalizzazione standardizzati per Azienda ULSS di residenza (per 1.000 abitanti della popolazione del riparto). Escluso DRG 391, compresa la mobilità passiva interregionale. (fonte: DGR 4449/2006).*

	2006				2007				2008				2009			
	Tipo di struttura				Tipo di struttura				Tipo di struttura				Tipo di struttura			
Azienda ULSS	Pubblico	Privato	Extra-Regione	Totale	Pubblico	Privato	Extra-Regione	Totale	Pubblico	Privato	Extra-Regione	Totale	Pubblico	Privato	Extra-Regione	Totale
101-Belluno	134	11	18	163	129	11	18	159	128	10	19	157	118	10	18	146
102-Feltre	143	4	8	155	140	4	9	153	140	3	9	152	134	3	8	146
103-Bassano del Grappa	147	7	7	161	141	7	8	156	137	7	8	151	132	7	7	147
104-Alto Vicentino	130	8	7	144	126	9	7	142	122	9	7	137	121	8	6	135
105-Ovest Vicentino	147	11	5	163	144	11	6	161	138	12	6	156	136	12	6	154
106-Vicenza	126	31	8	165	120	28	7	156	114	25	8	147	111	25	7	144
107-Pieve di Soligo	131	12	15	159	126	6	15	148	125	7	15	147	122	7	14	142
108-Asolo	151	6	7	164	140	6	7	153	137	6	7	150	133	7	7	147
109-Treviso	127	34	10	172	122	30	10	162	116	29	10	155	112	28	10	151
110-Veneto Orientale	117	26	27	170	113	25	28	165	110	22	29	160	105	20	30	155
112-Veneziana	128	42	9	179	125	40	9	174	115	38	9	162	110	36	8	154
113-Mirano	157	15	5	177	145	15	5	165	138	14	5	157	131	14	5	151
114-Chioggia	160	16	5	180	155	14	6	175	152	16	5	174	145	16	5	166
115-Alta Padovana	161	9	4	175	150	8	4	163	141	9	4	154	138	9	4	152
116-Padova	150	26	7	182	142	22	7	171	131	23	6	160	126	23	6	154
117-Este	150	12	9	170	144	11	9	164	134	12	8	154	127	12	8	147
118-Rovigo	119	23	25	167	116	22	26	164	110	21	25	156	112	20	26	158
119-Adria	124	63	13	200	115	58	15	187	109	55	12	176	103	51	13	167
120-Verona	139	45	9	192	129	39	9	177	125	37	8	171	123	36	8	167
121-Legnago	145	22	13	179	142	19	12	173	141	19	11	172	138	19	11	167
122-Bussolengo	96	93	13	202	85	84	12	181	78	80	13	170	79	77	12	168
Veneto	137	27	10	174	130	25	10	165	124	24	10	158	120	23	10	154

***Tabella 3.11**. Tassi di ospedalizzazione per classe di età (per 1.000). Ricoveri Acuti Ordinari. Residenti nel Veneto. Anni 2000-2009.*

Anno	Classi di età										
	<1	01-09	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 e +
2000	423,7	69,7	54,2	92,1	106,6	84,9	124,2	202,7	328,7	463,1	525,0
2001	398,8	70,1	51,3	87,3	103,3	83,4	119,6	195,2	317,0	436,2	530,9
2002	414,5	65,0	47,1	82,6	99,2	77,3	111,7	181,0	294,4	412,6	502,9
2003	408,9	58,2	43,1	79,8	94,5	71,0	101,8	169,2	278,5	397,0	496,0
2004	389,5	53,6	40,9	77,0	92,7	68,3	97,2	165,0	270,0	381,2	468,0
2005	362,4	49,9	38,8	74,1	88,6	65,8	95,8	158,3	266,2	381,5	473,4
2006	339,8	46,5	38,0	73,4	89,9	64,8	92,3	158,8	255,3	375,3	453,5
2007	336,3	42,3	37,2	72,3	88,0	62,4	88,8	151,5	246,1	362,2	438,2
2008	332,3	42,1	35,2	70,7	86,4	60,9	85,4	144,4	239,5	358,2	443,3
2009	318,7	37,5	33,3	68,5	83,9	58,2	81,1	138,8	232,8	351,1	438,4

3.3 La mobilità

La Tabella 3.12 mostra come una quota rilevante delle dimissioni dagli ospedali del Veneto sia a carico di residenti fuori Regione (mobilità attiva, da cui sono stati esclusi i residenti all'estero): nel tempo il numero assoluto di questi ricoveri mostra un calo leggermente inferiore a quello registrato tra i residenti, cosicché l'indice di attrazione è cresciuto dal 7,6% all'8,3%. Nel contempo è considerevolmente aumentata la quota di residenti nel Veneto che si rivolgono a strutture fuori Regione (Tabella 3.13), sia in termini assoluti che come indice di fuga (dal 4,4% nel 2000 al 6,4% nel 2009). Il risultato di queste dinamiche è che il saldo tra mobilità attiva e passiva, pur rimanendo positivo di oltre 15.000 ricoveri, si è dimezzato nel corso dell'ultimo decennio.

Nella Tabella 3.14 si può osservare come il saldo di mobilità sia largamente positivo per la Psichiatria e per molte discipline chirurgiche: principalmente Urologia, ma anche Chirurgia Generale, Oculistica, Neurochirurgia, Otorinolaringoiatria, Ortopedia. Nel 2000 l'unica disciplina con un saldo fortemente negativo era l'Oncoloematologia: il saldo si era riequilibrato nel corso degli anni successivi, per poi diventare nuovamente negativo nell'ultimo triennio (in parte artificiosamente per il passaggio di molti ricoveri in regime ambulatoriale nel Veneto ma non in altre Regioni). Nel 2009 la mobilità passiva inoltre prevaleva, anche se in misura contenuta, nell'area Materno-Infantile, in Medicina Generale, Cardiologia e Lungodegenza. Inoltre per la Riabilitazione ed alcune discipline chirurgiche il saldo, pur rimanendo positivo, si è fortemente ridotto.

La Tabella 3.15 mostra come più dell'80% della mobilità passiva sia diretta verso Friuli Venezia Giulia (soprattutto in regime diurno), Emilia Romagna, Lombardia, e Provincia di Trento (soprattutto per i ricoveri in Riabilitazione). Nella Tabella 3.16 si può vedere come anche la mobilità attiva provenga principalmente dalle Regioni di confine (con un saldo nel complesso positivo nei confronti di Lombardia e Provincia di Trento e negativo nei confronti di Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna); una quota consistente della mobilità è però giustificata da residenti in Sicilia, Campania e Puglia che si rivolgono a strutture ospedaliere del Veneto.

La Tabella 3.17 riassume il profilo della mobilità registrato nel 2009 per ciascuna ULSS, specificando la quota di mobilità attiva e passiva intra ed extraregionale, ed il saldo complessivo della mobilità. I dati delle Aziende Ospedaliere e dell'Istituto Oncologico Veneto sono accorpati alle ULSS 16 e 20. Schede dettagliate che descrivono la mobilità per ciascuna ULSS,

disaggregandola per le principali discipline ospedaliere ed indicando le principali ULSS di provenienza/destinazione, sono inserite nel rapporto "Popolazione, condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", consultabile sul sito web del SER (www.ser-veneto.it).

La Tabella 3.18 sintetizza il profilo di ricovero per ULSS di residenza, illustrando la quota di ospedalizzazioni dei residenti in strutture dell'ULSS, in ULSS regionali della stessa Provincia o fuori Provincia, e fuori Regione.

Tabella 3.12. *Mobilità attiva interregionale del Veneto: numero di dimissioni (N) e Indice di Attrazione (IA) per tipo di assistenza. Anni 2000-2009.*

		Acuti Diurni	*Acuti Ordinari*	*Lungodegenza*	*Riabilitazione*	*Totale*
	N	15.499	51.883	553	3.037	70.972
2000	*IA*	6,8	7,8	3,6	13,1	7,6
	N	17.770	51.301	509	3.379	72.959
2001	*IA*	7,1	7,9	3,7	13,7	7,8
	N	18.232	49.599	316	3.675	71.822
2002	*IA*	6,9	8,0	2,4	14,5	7,8
	N	19.861	47.620	301	3.495	71.277
2003	*IA*	7,1	8,1	2,4	14,5	7,9
	N	21.117	46.481	366	3.703	71.667
2004	*IA*	7,8	8,0	2,8	13,9	8,1
	N	21.202	47.237	297	3.750	72.486
2005	*IA*	8,2	8,3	2,2	12,9	8,3
	N	20.855	46.489	280	3.810	71.434
2006	*IA*	8,4	8,2	2,2	12,9	8,4
	N	18.461	45.380	226	3.835	67.902
2007	*IA*	8,2	8,2	2,0	12,9	8,3
	N	17.637	44.134	240	3.347	65.358
2008	*IA*	8,5	8,1	2,1	12,0	8,3
	N	17.182	43.171	193	3.425	63.971
2009	*IA*	8,7	8,1	1,7	11,7	8,3

Tabella 3.13. *Mobilità passiva interregionale del Veneto: numero di dimissioni (N) e Indice di Fuga (IF) per tipo di assistenza. Anni 2000-2009.*

		Acuti Diurni	*Acuti Ordinari*	*Lungodegenza*	*Riabilitazione*	*Totale*
	N	9.280	27.917	212	1.937	39.346
2000	*IF*	4,2	4,3	1,4	8,8	4,4
	N	9.792	27.999	176	2.390	40.357
2001	*IF*	4,0	4,5	1,3	10,1	4,4
	N	10.114	27.672	193	2.780	40.759
2002	*IF*	3,9	4,6	1,5	11,4	4,6
	N	11.150	27.426	174	2.912	41.662
2003	*IF*	4,1	4,8	1,4	12,4	4,8
	N	12.092	28.307	200	2.977	43.576
2004	*IF*	4,6	5,1	1,5	11,5	5,1
	N	13.131	28.458	264	3.369	45.222
2005	*IF*	5,2	5,1	2,0	11,7	5,3
	N	14.406	29.605	284	3.500	47.795
2006	*IF*	6,0	5,4	2,2	12,0	5,8
	N	14.782	30.175	411	3.822	49.190
2007	*IF*	6,7	5,6	3,5	12,9	6,2
	N	14.796	30.053	367	3.699	48.915
2008	*IF*	7,3	5,7	3,2	13,1	6,3
	N	15.198	29.668	403	3.318	48.587
2009	*IF*	7,7	5,7	3,5	11,4	6,4

Tabella 3.14. *Saldo di mobilità interregionale del Veneto (mobilità attiva- mobilità passiva) per gruppi di specialità. Anni 2000-2009.*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cardiochirurgia	94	150	64	191	67	55	109	-27	80	-11
Cardiologia	835	778	458	519	147	189	-128	-312	-366	-398
Chirurgia Generale	5.881	5.508	5.194	5.241	4.489	5.664	5.466	4.196	4.415	3.778
Chirurgia Plastica	170	202	249	247	171	145	103	84	83	134
Chirurgia Toracica	294	261	278	326	306	263	205	136	141	439
Gastroenterologia	528	639	641	696	576	588	456	389	414	379
Lungodegenza	341	333	123	127	166	33	-4	-185	-127	-210
Malattie Infettive	-73	-76	-84	-242	-435	-583	-425	-86	-82	0
Materno Infantile	400	1.038	412	-536	-711	-742	-954	-1.050	-1.053	-1.104
Medicina Generale	849	786	703	485	421	-171	-1.095	-822	-372	-413
Nefrologia	531	422	236	161	153	241	137	98	90	93
Neurochirurgia	2.038	2.040	1.935	1.982	2.038	2.040	2.021	1.896	1.690	1.639
Neurologia	887	883	971	966	1.133	983	1.002	549	389	284
Oculistica	3.779	3.783	4.312	4.322	4.103	4.164	3.773	2.697	1.886	2.054
Oncoematologia	-1.284	-1.054	-672	-405	-18	392	97	-967	-1.952	-2.196
Ortopedia	5.888	5.718	5.335	4.974	4.965	4.067	3.290	2.729	2.123	2.045
Otorinolaringojatria	2.481	2.688	2.813	2.961	2.766	2.832	2.786	2.711	2.696	1.934
Psichiatria	1.226	1.068	1.106	1.242	1.084	1.130	1.050	1.302	1.395	1.435
Riabilitazione	1.100	989	895	583	726	381	310	13	-352	107
Urologia	5.660	6.453	6.103	5.784	5.945	5.595	5.440	5.362	5.346	5.396

Tabella 3.15. *Mobilità passiva interregionale del Veneto: numero di dimissioni (N) e percentuale sul totale (%) per setting assistenziale e Regione di ricovero. Anno 2009.*

	Acuti Diurni		Acuti Ordinari		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
030-Lombardia	2.523	16,6	6.693	22,6	39	9,7	820	24,7	10.075	20,7
042-Provincia di Trento	661	4,3	1.418	4,8	172	42,7	1.522	45,9	3.773	7,8
060-Friuli Venezia Giulia	6.540	43,0	8.342	28,1	58	14,4	145	4,4	15.085	31,0
080-Emilia Romagna	3.363	22,1	7.416	25,0	99	24,6	652	19,7	11.530	23,7
999-Altre Regioni	2.111	13,9	5.799	19,5	35	8,7	179	5,4	8.124	16,7
Totale	15.198	100,0	29.668	100,0	403	100,0	3.318	100,0	48.587	100,0

Tabella 3.16. *Mobilità attiva interregionale del Veneto: numero di dimissioni (N) e percentuale sul totale (%) per setting assistenziale e Regione di residenza. Anno 2009.*

	Acuti Diurni		Acuti Ordinari		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
030-Lombardia	4.115	23,9	9.173	21,2	18	9,3	697	20,4	14.003	21,9
042-Provincia di Trento	2.151	12,5	4.922	11,4	37	19,2	329	9,6	7.439	11,6
060-Friuli Venezia Giulia	2.780	16,2	5.341	12,4	42	21,8	605	17,7	8.768	13,7
080-Emilia Romagna	3.018	17,6	5.339	12,4	24	12,4	493	14,4	8.874	13,9
150-Campania	656	3,8	2.291	5,3	15	7,8	131	3,8	3.093	4,8
160-Puglia	667	3,9	2.287	5,3	5	2,6	133	3,9	3.092	4,8
190-Sicilia	1.146	6,7	4.024	9,3	8	4,1	207	6,0	5.385	8,4
999-Altre Regioni	2.649	15,4	9.794	22,7	44	22,8	830	24,2	13.317	20,8
Totale	17.182	100,0	43.171	100,0	193	100,0	3.425	100,0	63.971	100,0

Tabella 3.17. *Dimissioni per Azienda ULSS: numero di ricoveri (N) e giornate di degenza (GG), degenza media, indici di fuga (IF) ed attrazione (IA). Anno 2009.*

	N	GG	Degenza Media	IA intra regionale	IF intra regionale	IA extra regionale	IF extra regionale	Saldo
101-Belluno	20.271	173.033	8,5	18,7	16,6	10,2	11,9	115
102-Feltre	13.134	96.129	7,3	22,1	25,7	9,6	5,5	96
103-Bassano del Grappa	20.122	156.485	7,8	13,4	28,8	1,9	5,2	-5.678
104-Alto Vicentino	20.918	123.717	5,9	14,3	25,4	1,4	4,7	-4.285
105-Ovest Vicentino	20.886	134.690	6,4	15,8	32,4	2,2	4,0	-6.004
106-Vicenza	50.826	366.741	7,2	25,7	17,0	4,7	5,2	5.281
107-Pieve di Soligo	29.710	204.002	6,9	13,3	15,0	5,9	9,5	-2.072
108-Asolo	29.768	192.509	6,5	15,6	25,7	1,8	5,3	-5.758
109-Treviso	65.766	519.654	7,9	21,7	15,8	5,9	6,8	4.225
110-Veneto Orientale	25.019	184.472	7,4	10,5	20,4	7,3	19,1	-8.854
112-Veneziana	51.256	489.235	9,5	19,2	20,9	4,8	5,1	-1.380
113-Mirano	30.035	207.770	6,9	16,2	33,6	1,6	3,7	-9.302
114-Chioggia	15.983	113.544	7,1	18,9	39,5	1,2	3,0	-6.180
115-Alta Padovana	34.243	238.713	7,0	23,6	28,4	2,8	2,7	-2.294
116-Padova	105.890	744.032	7,0	34,1	11,4	12,1	3,9	38.217
117-Este	18.658	130.841	7,0	14,5	39,0	2,6	5,3	-9.045
118-Rovigo	28.926	209.597	7,2	18,3	15,9	12,2	15,6	-452
119-Adria	14.269	102.389	7,2	25,8	23,6	10,4	7,5	1.058
120-Verona	92.002	738.706	8,0	24,3	24,0	13,2	4,8	11.237
121-Legnago	20.196	162.104	8,0	23,9	37,4	3,2	6,3	-5.899
122-Bussolengo	69.175	407.225	5,9	33,4	25,0	20,9	7,2	22.358

Tabella 3.18. *Mobilità passiva per Azienda ULSS di residenza. Anno 2009.*

	Ricovero in propria ULSS		Ricovero in ULSS della stessa provincia		Ricovero in ULSS fuori provincia		Ricovero fuori Regione	
	N	%	N	%	N	%	N	%
101-Belluno	14.205	71,5	860	4,3	2.432	12,2	2.367	11,9
102-Feltre	8.936	68,7	2.157	16,6	1.188	9,1	718	5,5
103-Bassano del Grappa	16.995	66,0	2.145	8,3	5.275	20,5	1.329	5,2
104-Alto Vicentino	17.520	69,9	4.151	16,6	2.210	8,8	1.186	4,7
105-Ovest Vicentino	17.059	63,6	4.821	18,0	3.872	14,4	1.069	4,0
106-Vicenza	34.959	77,8	2.980	6,6	4.679	10,4	2.329	5,2
107-Pieve di Soligo	23.894	75,5	2.785	8,8	1.952	6,2	3.021	9,5
108-Asolo	24.339	69,1	2.896	8,2	6.147	17,4	1.855	5,3
109-Treviso	47.344	77,4	3.780	6,2	5.884	9,6	4.179	6,8
110-Veneto Orientale	20.230	60,5	1.452	4,3	5.383	16,1	6.390	19,1
112-Veneziana	38.364	74,0	3.341	6,4	7.486	14,4	2.646	5,1
113-Mirano	24.602	62,7	3.945	10,0	9.240	23,5	1.453	3,7
114-Chioggia	12.648	57,5	3.665	16,6	5.036	22,9	660	3,0
115-Alta Padovana	25.118	68,9	6.079	16,7	4.255	11,7	992	2,7
116-Padova	56.279	84,7	3.263	4,9	4.321	6,5	2.582	3,9
117-Este	15.362	55,7	5.768	20,9	4.978	18,0	1.474	5,3
118-Rovigo	20.018	68,5	825	2,8	3.820	13,1	4.573	15,6
119-Adria	9.055	68,9	1.568	11,9	1.531	11,6	989	7,5
120-Verona	56.829	71,3	17.380	21,8	1.720	2,2	3.791	4,8
121-Legnago	14.600	56,3	8.884	34,3	808	3,1	1.630	6,3
122-Bussolengo	31.394	67,8	11.169	24,1	412	0,9	3.354	7,2
Totale	529.750	70,2	93.914	12,4	82.629	10,9	48.587	6,4

Capitolo 4
Le malattie circolatorie

4.1 Infarto acuto del miocardio

L'infarto acuto del miocardio (IMA) è una delle principali cause di morte e disabilità nel mondo occidentale. L'IMA costituisce una delle più frequenti emergenze mediche e richiede un'organizzazione sanitaria efficiente per poter garantire tempestivamente le cure più efficaci. In questo paragrafo si darà un quadro complessivo dell'andamento dell'ospedalizzazione per IMA e sul ricorso alla rivascolarizzazione di tipo invasivo nello scorso decennio. Sono stati selezionati i ricoveri con diagnosi principale o secondaria "410.-1". Poiché nel percorso assistenziale di un evento si possono verificare più ricoveri (soprattutto per trasferimento tra ospedali a diversa dotazione tecnologica), è stato ricostruito l'intero percorso assistenziale in fase acuta e l'unità statistica analizzata non è il singolo ricovero, ma l'evento acuto. Gli eventi sono stati distinti in due gruppi in base al valore del 4° carattere del codice ICD-9-CM: 4° carattere = 7: infarto acuto del miocardio senza sopraslivellamento del tratto ST o subendocardico (NSTEMI); 4° carattere ≠ 7: infarto acuto del miocardio con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI). Il ricorso a procedure invasive è identificato dalla presenza dei codici di angioplastica ("36.0x", e dal 2009 "0.66").

Il numero di eventi ospedalizzati di IMA è aumentato fino al 2003, per poi diminuire negli anni più recenti. Nella Tabella 4.1 si può osservare come vi sia stato fino al 2006 un consistente aumento degli eventi NSTEMI, che si sono successivamente stabilizzati su valori comunque più che doppi rispetto all'inizio del periodo di osservazione. Gli infarti STEMI mostrano invece una marcata riduzione, trend osservabile già a partire dal 2003. Per quanto riguarda l'infarto NSTEMI l'incremento verificatosi è imputabile almeno in parte alla progressiva implementazione e diffusione dei criteri diagnostici proposti dalle principali società scientifiche internazionali negli anni 2000 e 2001, criteri diagnostici che pongono una particolare enfasi sul dosaggio della troponina (minimi aumenti nel dosaggio di questa sostanza consentono, in un adeguato contesto clinico, di porre diagnosi di IMA).

Tabella 4.1. *IMA: numero di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e anno. Residenti in Veneto (compresa mobilità passiva). Anni 2000-2009.*

Tipo	*Anno*									
	2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
NSTEMI	1.194	1.620	1.974	2.123	2.339	2.602	2.685	2.671	2.588	2.588
STEMI	5.054	5.136	5.325	5.232	4.984	4.752	4.555	4.366	4.274	3.940
Totale	6.248	6.756	7.299	7.355	7.323	7.354	7.240	7.037	6.862	6.528

L'IMA è raro in età giovanile, mentre risulta frequente a partire dai 45 anni nei maschi; nelle femmine invece è una condizione morbosa che colpisce principalmente le età molto elevate (quasi il 70% degli IMA nelle donne avvengono in età non inferiore a 75 anni, mentre nei maschi questa proporzione è pari al 36%, Tabella 4.2).

Tabella 4.2. *IMA: numero e percentuale di eventi ospedalizzati per età e sesso. Residenti in Veneto. Anno 2009.*

Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-44	196	4,8	32	1,3	228	3,5
45-64	1.366	33,4	328	13,5	1.694	25,9
65-74	1.034	25,3	419	17,2	1.453	22,3
75-84	1.086	26,5	889	36,5	1.975	30,3
85+	410	10,0	765	31,4	1.175	18,0
Totale	4.094	100,0	2.434	100,0	6.528	100,0

Nella Tabella 4.3 è descritto il tasso osservato di ospedalizzazione per le due forme di IMA, separatamente nei due sessi. Si può osservare come il trend temporale dei tassi di ricovero sia simile in maschi e femmine, con un calo nel corso del decennio del 30% degli STEMI ed un raddoppio degli NSTEMI; il risultato di queste due dinamiche è una riduzione del tasso osservato di ricovero per IMA del 4%. È da notare come gli STEMI in entrambi i sessi giustificassero l'80% dell'ospedalizzazione totale ad inizio periodo, quota scesa al 60% circa nel 2009. I tassi standardizzati (Tabella 4.4), tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione, mostrano una riduzione più marcata degli STEMI ed un aumento più contenuto degli NSTEMI, per una riduzione complessiva dell'ospedalizzazione del 13%. Il tasso osservato di ricovero per IMA è superiore nei maschi rispetto alle femmine (rapporto di 1,8:1 nel 2009); il tasso standardizzato accentua le differenze tra i sessi (rapporto di 2,5:1), confermando come l'IMA colpisca con frequenza nettamente superiore il sesso maschile.

Tabella 4.3. *IMA: tasso osservato di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

	Maschi			Femmine			Totale		
Anno	NSTEMI	STEMI	Totale	NSTEMI	STEMI	Totale	NSTEMI	STEMI	Totale
2000	33,2	145,5	178,7	20,4	81,7	102,0	26,6	112,7	139,3
2001	45,4	146,9	192,4	26,9	82,6	109,6	35,9	113,9	149,8
2002	54,1	152,8	206,8	33,6	84,1	117,7	43,6	117,6	161,1
2003	56,8	143,5	200,3	36,4	86,5	122,9	46,4	114,3	160,7
2004	63,9	134,5	198,4	37,4	81,4	118,8	50,4	107,3	157,7
2005	68,7	122,9	191,5	42,6	80,2	122,8	55,4	101,1	156,5
2006	69,3	116,1	185,5	44,5	76,9	121,4	56,7	96,1	152,8
2007	72,9	114,0	186,9	39,7	69,8	109,5	56,0	91,5	147,4
2008	68,2	112,5	180,7	39,5	65,4	104,8	53,6	88,4	142,0
2009	65,9	105,2	171,1	40,6	57,0	97,6	53,0	80,6	133,6

Tabella 4.4. *IMA: tasso standardizzato diretto di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2000-2009. Popolazione standard:popolazione residente in Veneto, anno 2002.*

	Maschi			*Femmine*			*Totale*		
	NSTEMI	*STEMI*	*Totale*	*NSTEMI*	*STEMI*	*Totale*	*NSTEMI*	*STEMI*	*Totale*
2000	40,8	172,9	213,7	17,7	70,1	87,8	27,4	115,6	143,1
2001	55,2	172,0	227,2	23,0	69,3	92,2	36,4	115,2	151,6
2002	64,0	178,9	243,0	27,9	69,5	97,4	43,6	117,6	161,1
2003	67,6	165,5	233,1	29,9	71,0	100,9	45,8	113,3	159,1
2004	75,0	156,1	231,1	30,4	66,1	96,4	49,5	106,3	155,8
2005	79,5	144,0	223,5	34,6	64,8	99,4	54,1	99,8	153,9
2006	79,1	130,9	210,0	35,6	61,5	97,1	54,6	93,4	148,0
2007	81,6	127,4	208,9	31,9	54,4	86,2	53,1	87,3	140,4
2008	76,3	122,4	198,6	31,0	50,5	81,5	50,3	83,6	133,9
2009	72,3	112,8	185,2	31,4	43,9	75,4	49,1	75,5	124,6

Confrontando i tassi specifici per classe di età e sesso, si evidenzia un notevole gap tra maschi e femmine, che tende a ridursi, almeno in termini relativi, con l'aumentare dell'età. L'andamento negli ultimi anni, esauritosi l'effetto dell'introduzione dei nuovi criteri diagnostici, mostra un calo nell'ospedalizzazione per IMA sostanzialmente in tutte le età e per entrambi i sessi (Figure 4.1-4.5). Sotto i 45 anni gli eventi sono rari, colpiscono pressoché esclusivamente il sesso maschile. Tra i 45 ed i 64 anni i tassi sono in riduzione negli uomini e stabili nelle donne; nel 2009 l'ospedalizzazione risulta comunque ancora quadrupla nel sesso maschile. La riduzione maggiore dei tassi di ricovero per IMA nell'arco dello scorso decennio si è registrata in entrambi i sessi tra i 65 ed i 74 anni. Nella classe di età più anziana si sono osservate le oscillazioni maggiori dei tassi di ricovero, che comunque a fine periodo sono tornati su valori simili a quelli iniziali.

Figura 4.1. *IMA: Tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso. Residenti in Veneto di età <45 anni. Anni 2000-2009.*

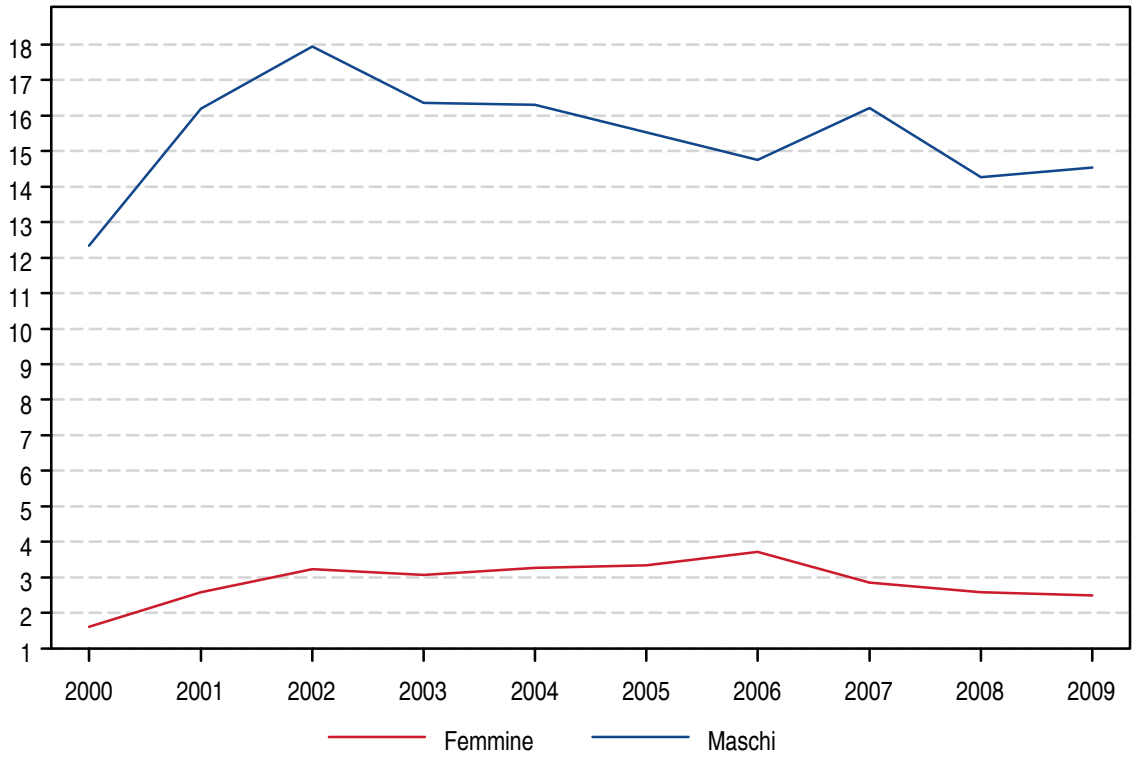


Figura 4.2. *IMA: Tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso. Residenti in Veneto di età 45-64 anni. Anni 2000-2009.*

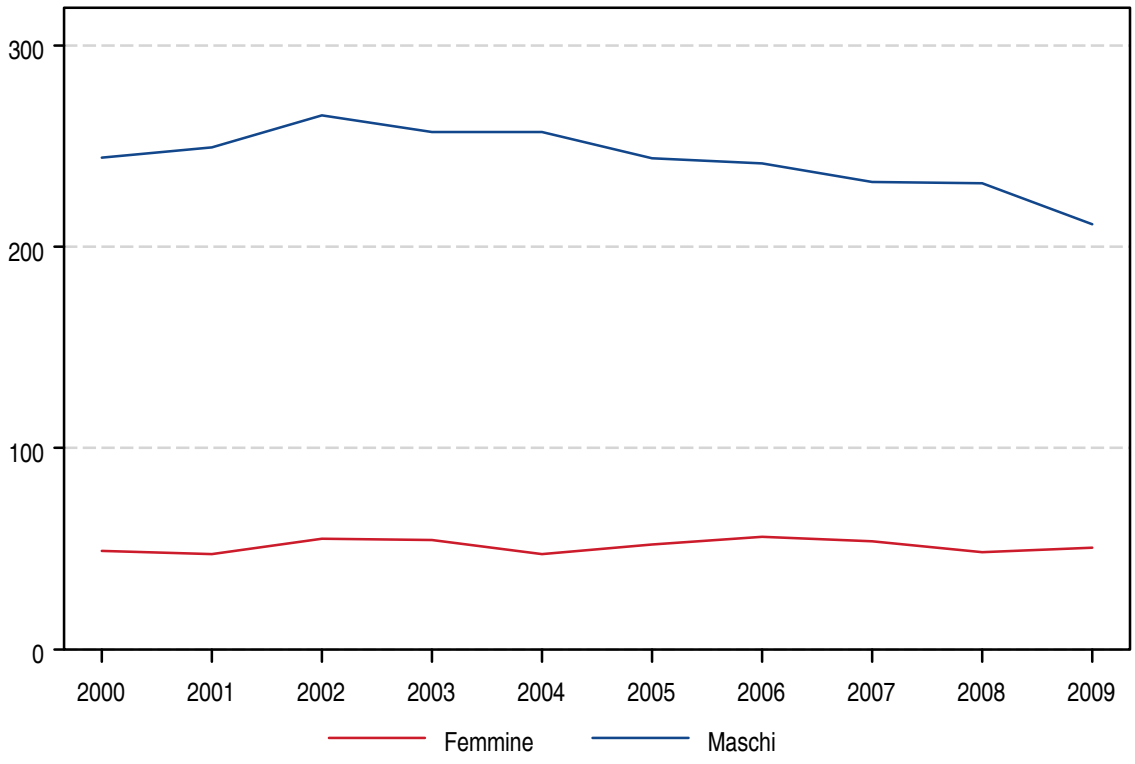


Figura 4.3. *IMA: Tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso. Residenti in Veneto di età 65-74 anni. Anni 2000-2009.*

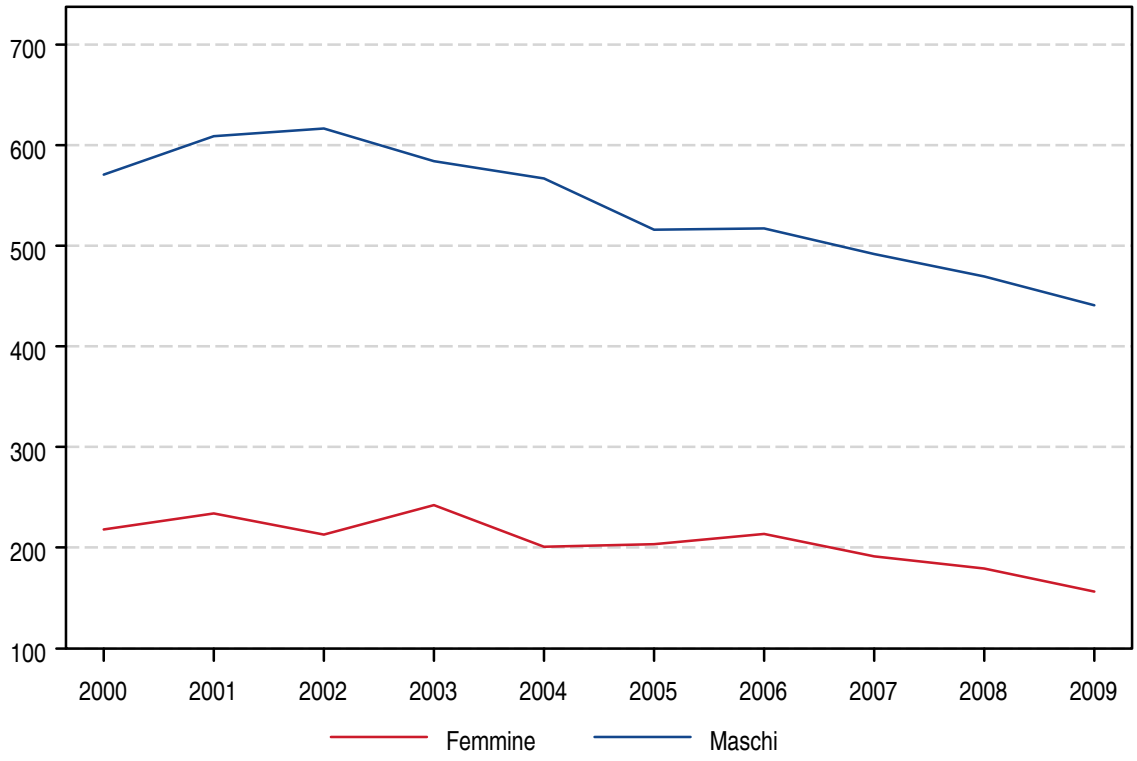


Figura 4.4. *IMA: Tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso. Residenti in Veneto di età 75-84 anni. Anni 2000-2009.*

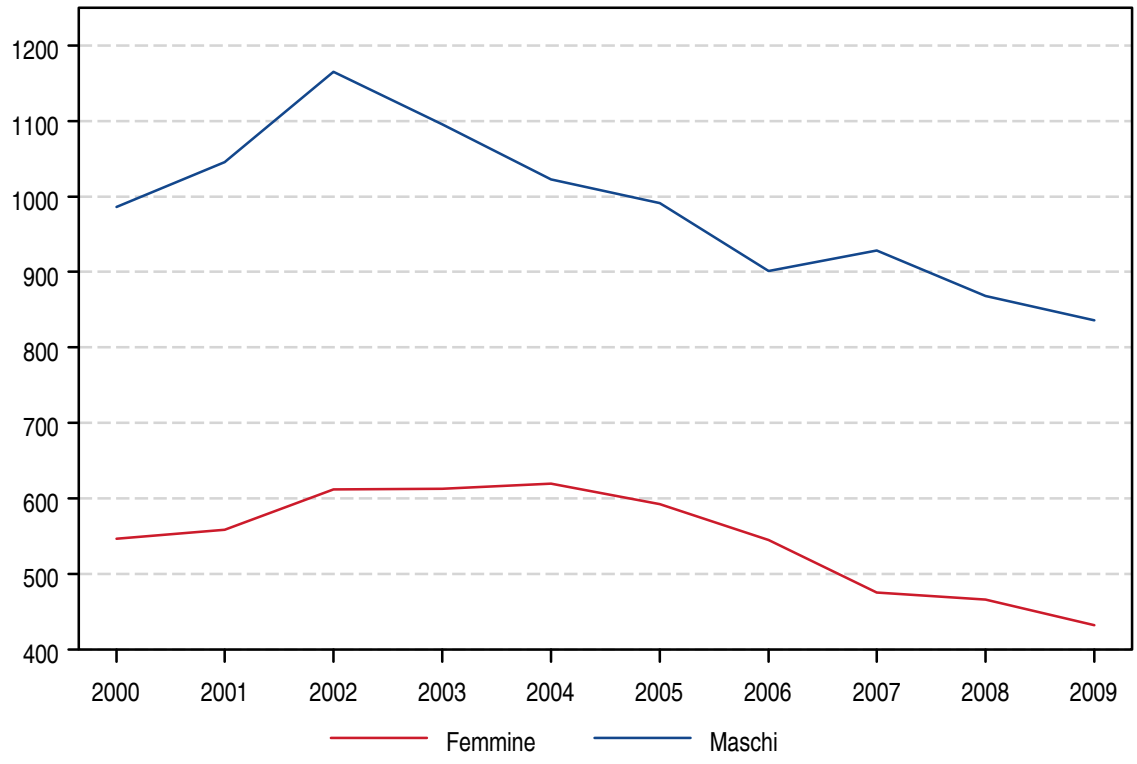


Figura 4.5. *IMA: Tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso. Residenti in Veneto di età >84 anni. Anni 2000-2009.*

A livello di Azienda ULSS di residenza vi sono differenze notevoli nel tasso di ospedalizzazione per IMA, anche tenendo conto della diversa struttura per età della popolazione. La differenza può essere legata sia a una reale diversa incidenza dell'IMA nelle aree prese in considerazione, sia a diversi comportamenti in relazione alla gestione del dato amministrativo. In particolare nel biennio 2008-2009 in quattro Aziende ULSS si riscontra un'ospedalizzazione per IMA particolarmente elevata sia negli uomini che nelle donne (Figure 4.6 e 4.7).

Figura 4.6. *IMA: tasso standardizzato di ospedalizzazione per Azienda ULSS. Uomini, periodo 2008-2009.*

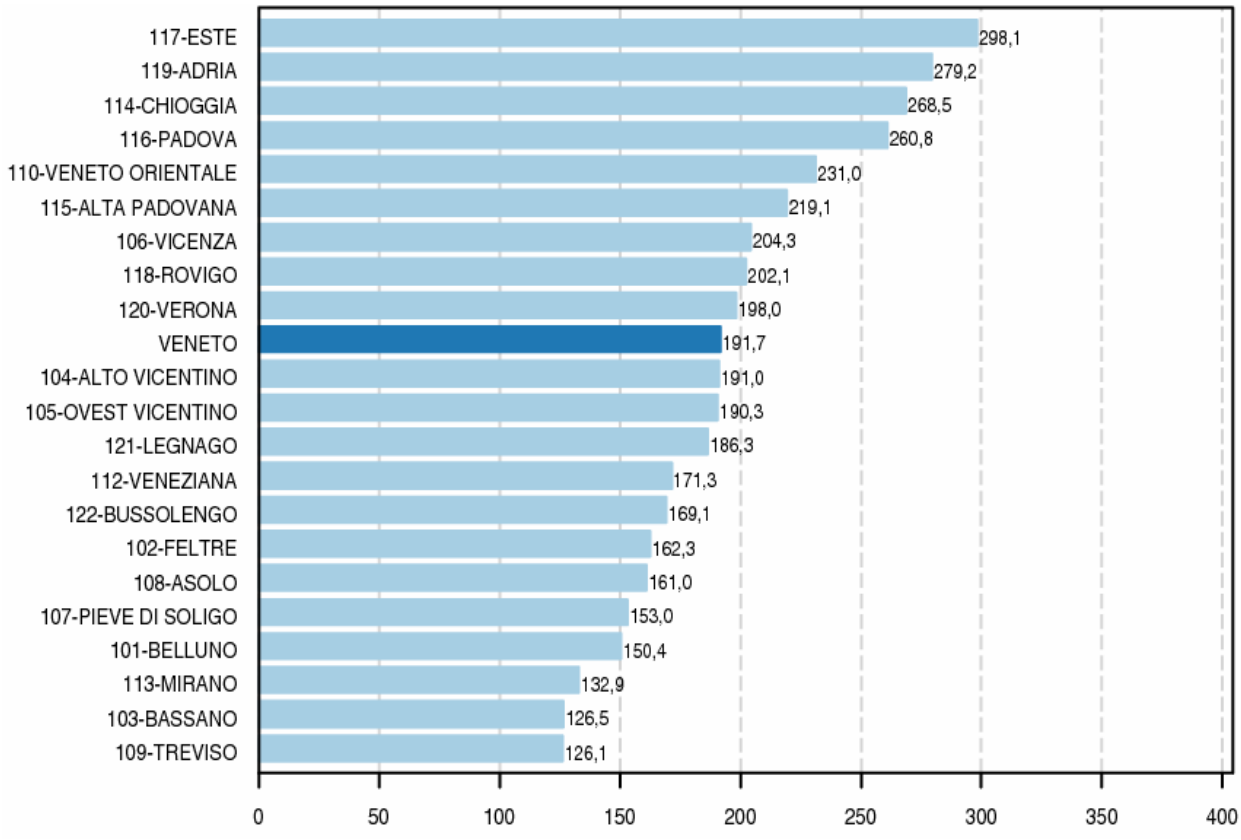
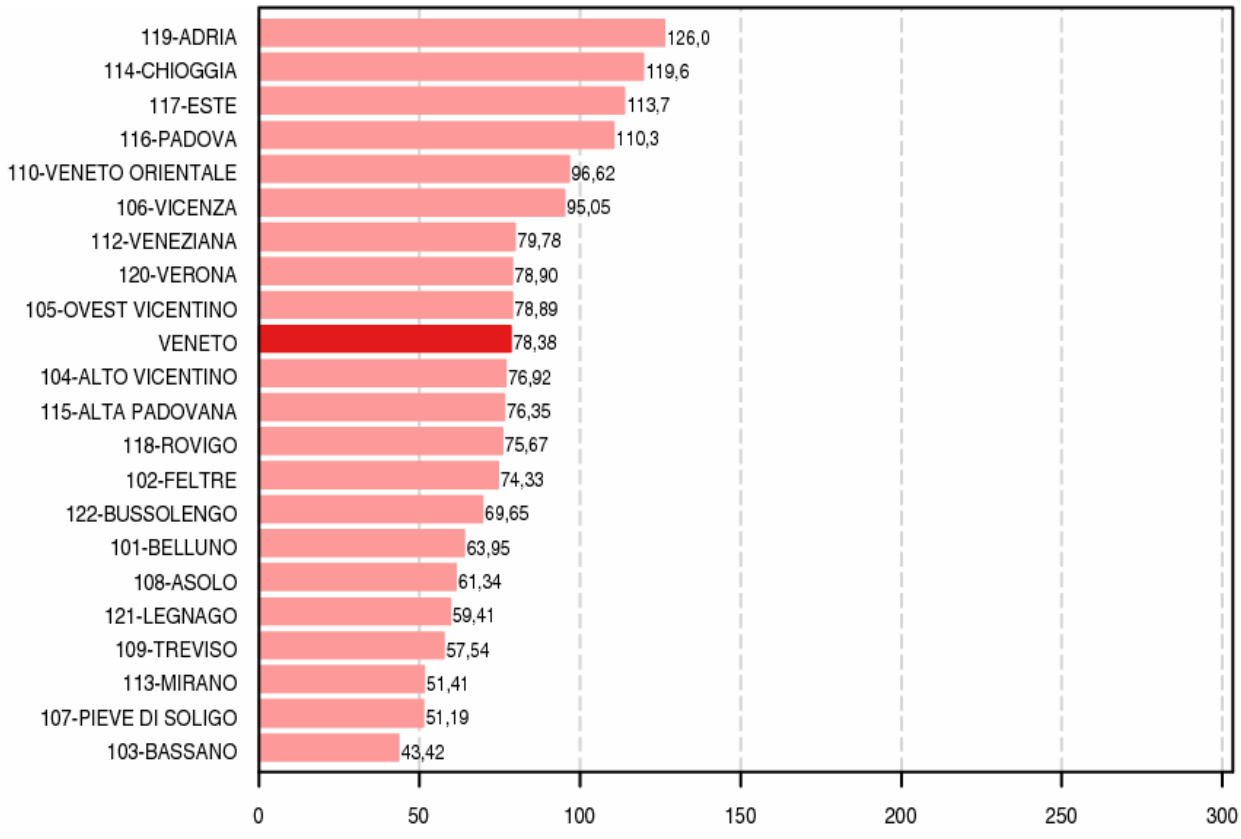


Figura 4.7. *IMA: tasso standardizzato di ospedalizzazione per Azienda ULSS. Donne, periodo 2008-2009.*



Per quanto riguarda l'approccio terapeutico ai pazienti con diagnosi di IMA, dal 2000 al 2009 si assiste a un progressivo incremento dei soggetti sottoposti a intervento di angioplastica coronarica, sia per gli eventi STEMI che non STEMI. Di particolare rilievo è la proporzione di eventi di STEMI sottoposti ad angioplastica entro 24 ore (quindi presumibilmente con intento di riabitazione primaria del vaso responsabile dell'IMA), passata dall'8% nel 2000 al 34% del 2009 (Tabella 4.5). Per quanto riguarda proprio il ricorso all'angioplastica primaria negli eventi STEMI, in Tabella 4.6 si può vedere come questa decresca rapidamente con l'età, e sia maggiore nel sesso maschile che in quello femminile almeno fino ai 74 anni.

Tabella 4.5. *IMA: numero di eventi ospedalizzati (N), percentuale di eventi con angioplastica durante l'evento (%) e entro 24 ore dal suo esordio (% 24 ore), per tipo di infarto. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

	Tipo di infarto								
Anno	NSTEMI			STEMI			Totale		
	N	%	% 24 h	N	%	% 24 h	N	%	% 24 h
2000	1.194	11,1	0,8	5.054	19,4	8,0	6.248	17,8	6,6
2001	1.620	17,2	1,5	5.136	23,1	9,9	6.756	21,7	7,9
2002	1.974	19,6	2,9	5.325	27,2	12,5	7.299	25,1	9,9
2003	2.123	23,1	3,0	5.232	33,0	15,9	7.355	30,2	12,2
2004	2.339	29,0	4,0	4.984	37,0	18,4	7.323	34,4	13,8
2005	2.602	34,6	5,3	4.752	42,7	22,2	7.354	39,8	16,2
2006	2.685	37,7	6,6	4.555	45,2	25,2	7.240	42,4	18,3
2007	2.671	37,4	6,9	4.366	47,1	27,3	7.037	43,4	19,6
2008	2.588	37,5	6,5	4.274	50,4	30,9	6.862	45,5	21,7
2009	2.588	38,0	6,0	3.940	55,4	34,1	6.528	48,5	22,9

Tabella 4.6. *IMA: numero di eventi ospedalizzati (N) e percentuale di eventi con angioplastica entro 24 ore dall'esordio dell'evento (% 24 ore), per tipo di infarto, sesso e classe d'età. Residenti in Veneto. Anno 2009.*

	Tipo di infarto																	
Classe d'età	NSTEMI						STEMI						Totale					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	N	% 24 h	N	% 24 h	N	% 24 h	N	% 24 h	N	% 24 h	N	% 24 h	N	% 24 h	N	% 24 h	N	% 24 h
0-44	61	13,1	13	23,1	74	14,9	135	62,2	19	42,1	154	59,7	196	46,9	32	34,4	228	45,2
45-64	409	9,3	132	8,3	541	9,1	957	52,8	196	44,9	1.153	51,4	1.366	39,8	328	30,2	1.694	37,9
65-74	413	7,5	183	4,4	596	6,5	621	42,0	236	34,7	857	40,0	1.034	28,2	419	21,5	1.453	26,3
75-84	523	6,7	386	2,6	909	5,0	563	21,5	503	22,5	1.066	22,0	1.086	14,4	889	13,8	1.975	14,1
85+	169	4,1	297	1,3	466	2,4	241	9,5	468	12,2	709	11,3	410	7,3	765	8,0	1.175	7,7
Totale	1.576	7,6	1.012	3,7	2.588	6,0	2.518	39,5	1.422	24,5	3.940	34,1	4.094	27,2	2.434	15,8	6.528	22,9

La Tabella 4.7 mostra la proporzione di esecuzione di angioplastica per Azienda ULSS di residenza (distinguendo anche le procedure effettuate entro 24 ore dal ricovero): si osserva una notevole variabilità, peraltro meno spiccata per gli eventi STEMI, in cui comunque la proporzione di soggetti sottoposti alla procedura varia dal 40% al 74%.

Tabella 4.7. *IMA: numero di eventi ospedalizzati (N), percentuale di eventi con angioplastica durante l'evento (%) e entro 24 ore dal suo esordio (% 24 ore) per tipo di infarto e Azienda ULSS di residenza. Residenti in Veneto. Periodo 2008-2009.*

Azienda ULSS di residenza	Tipo infarto								
	NSTEMI			STEMI			Totale		
	N	%	% 24 h	N	%	% 24 h	N	%	% 24 h
101-Belluno	98	34,7	1,0	226	60,2	36,7	324	52,5	25,9
102-Feltre	105	40,0	1,9	127	50,4	24,4	232	45,7	14,2
103-Bassano del Grappa	77	45,5	14,3	212	59,4	39,2	289	55,7	32,5
104-Alto Vicentino	136	19,1	1,5	344	48,8	24,4	480	40,4	17,9
105-Ovest Vicentino	113	40,7	6,2	334	47,6	26,0	447	45,9	21,0
106-Vicenza	476	38,4	4,8	436	56,0	41,5	912	46,8	22,4
107-Pieve di Soligo	62	54,8	4,8	409	67,2	40,1	471	65,6	35,5
108-Asolo	249	49,8	6,0	246	52,0	29,7	495	50,9	17,8
109-Treviso	164	42,1	9,8	579	59,8	36,4	743	55,9	30,6
110-Veneto Orientale	343	31,8	2,6	365	49,9	15,3	708	41,1	9,2
112-Veneziana	398	46,0	7,5	547	58,1	40,0	945	53,0	26,3
113-Mirano	194	62,9	18,6	280	73,9	56,4	474	69,4	40,9
114-Chioggia	219	48,4	8,2	287	48,1	27,9	506	48,2	19,4
115-Alta Padovana	287	35,2	8,7	358	51,1	37,7	645	44,0	24,8
116-Padova	691	32,0	5,6	942	41,3	29,7	1.633	37,4	19,5
117-Este	442	24,0	3,8	359	49,9	32,6	801	35,6	16,7
118-Rovigo	262	34,7	8,4	297	62,6	44,8	559	49,6	27,7
119-Adria	195	26,2	6,7	158	54,4	39,2	353	38,8	21,2
120-Verona	334	35,0	3,6	1.037	40,4	18,3	1.371	39,1	14,7
121-Legnago	141	45,4	7,1	238	66,0	45,0	379	58,3	30,9
122-Bussolengo	190	47,9	6,8	433	56,8	29,6	623	54,1	22,6
Totale	5.176	37,8	6,3	8.214	52,8	32,4	13.390	47,0	22,3

4.2 Scompenso cardiaco

In questo capitolo vengono descritti dati relativi alla frequenza dei ricoveri per scompenso cardiaco nella popolazione del Veneto. Sono state utilizzate le schede di dimissione ospedaliera dei soggetti residenti in Veneto (compresa la mobilità passiva) dal 2000 al 2009; sono state selezionate le diagnosi principali 402.x1, 404.x1, 404.x3, 415.x, 416.x, 428.x e 518.4. Per il calcolo dei tassi si è utilizzata la popolazione ufficiale ISTAT di inizio anno; per il calcolo dei tassi standardizzati diretti la popolazione standard è costituita dalla popolazione del Veneto dell'anno 2002. Analisi più dettagliate (aggiornate al 2008) sono consultabili nel rapporto "Lo scompenso cardiaco nel Veneto", disponibile sul sito web del SER (www.ser-veneto.it).

Numero di ricoveri per scompenso cardiaco

Nel 2009 si sono verificati quasi 23.000 ricoveri per scompenso cardiaco tra i residenti in Veneto. La Tabella 4.8 mostra l'andamento del numero di ricoveri per scompenso cardiaco dal 2000 al 2009. Il sesso femminile giustifica una quota di ricoveri pari al 53%, stabile nel periodo considerato. Il numero di ricoveri è in aumento (anche se il maggior incremento si è verificato nel periodo 2000-2004), e nel 2009 si sono registrati circa 4.500 ricoveri in più rispetto al 2000, con una crescita del 24%.

Tabella 4.8. *Scompenso cardiaco: numero di ricoveri per sesso. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

	2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Maschi	8.581	9.337	9.642	9.689	9.927	9.915	10.236	10.486	10.776	10.950
Femmine	9.827	10.275	10.840	10.858	11.515	11.417	11.864	11.535	11.931	11.956
Totale	18.408	19.612	20.482	20.547	21.442	21.332	22.100	22.021	22.707	22.906

I ricoveri per scompenso cardiaco riguardano soprattutto la popolazione anziana. Nel 2009 infatti nel 73% dei ricoveri per scompenso cardiaco l'età del soggetto era superiore a 75 anni e nel 34% dei casi era superiore a 85 anni (Tabella 4.9). La proporzione di soggetti molto anziani nelle femmine (età maggiore o uguale a 85 anni) si avvicina al 45%. L'età dei soggetti ricoverati per scompenso cardiaco sta progressivamente aumentando sia nei maschi che nelle femmine: dal 2000 al 2009 tra i ricoverati per scompenso cardiaco la proporzione di soggetti con età superiore a 74 anni è aumentata di quasi 10 punti percentuali; il ricovero per scompenso cardiaco è dunque un fenomeno che riguarda sempre più soggetti con età molto elevata.

Tabella 4.9. *Scompenso cardiaco: proporzione (%) di soggetti ricoverati con età superiore a 74 e a 84 anni per sesso. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

		2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Maschi	*>74 anni*	51,5	54,8	56,0	56,6	58,8	60,1	61,2	62,5	63,2	63,3
	>84 anni	16,3	18,2	17,3	16,7	16,3	17,1	18,8	19,5	21,1	22,2
Femmine	*>74 anni*	74,8	76,8	77,8	79,4	79,9	81,0	81,6	81,5	82,7	82,1
	>84 anni	38,3	39,3	39,1	39,0	35,7	37,7	38,6	40,9	44,1	44,7
Totale	*>74 anni*	63,9	66,3	67,5	68,6	70,1	71,3	72,2	72,5	73,5	73,1
	>84 anni	28,1	29,3	28,8	28,0	26,7	28,1	29,4	30,7	33,2	33,9

Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco

Nel 2009 si sono verificati 4,7 ricoveri per scompenso cardiaco per 1.000 abitanti (4,6 nei maschi e 4,8 nelle femmine). Il tasso osservato di ricovero per scompenso cardiaco è in sensibile aumento ed in modo omogeneo nei due sessi (Tabella 4.10).

Tabella 4.10. *Scompenso cardiaco: tassi osservati di ospedalizzazione (per 100.000) per sesso. Residenti in Veneto. Anni 2000- 2009.*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Maschi	393,5	425,6	437,1	433,8	437,5	430,8	441,0	448,5	455,2	457,6
Femmine	426,5	443,9	466,5	463,2	485,1	476,0	490,8	473,6	484,0	479,6
Totale	410,4	435,0	452,2	448,9	461,8	453,9	466,4	461,3	469,9	468,9

I tassi di ospedalizzazione per scompenso cardiaco aumentano in modo importante con l'età della popolazione: nel 2009 si va dai 14 ricoveri per 100.000 abitanti nei soggetti fino ai 44 anni ai 5.960 per 100.000 abitanti nei soggetti di età superiore a 84 anni (Tabella 4.11). Per ciascuna fascia di età, i tassi di ospedalizzazione nei maschi sono nettamente superiori rispetto alle femmine. Tra i 45 e i 74 anni nei maschi i tassi di ospedalizzazione sono circa il doppio rispetto alle femmine, nelle età successive le differenze relative si riducono.

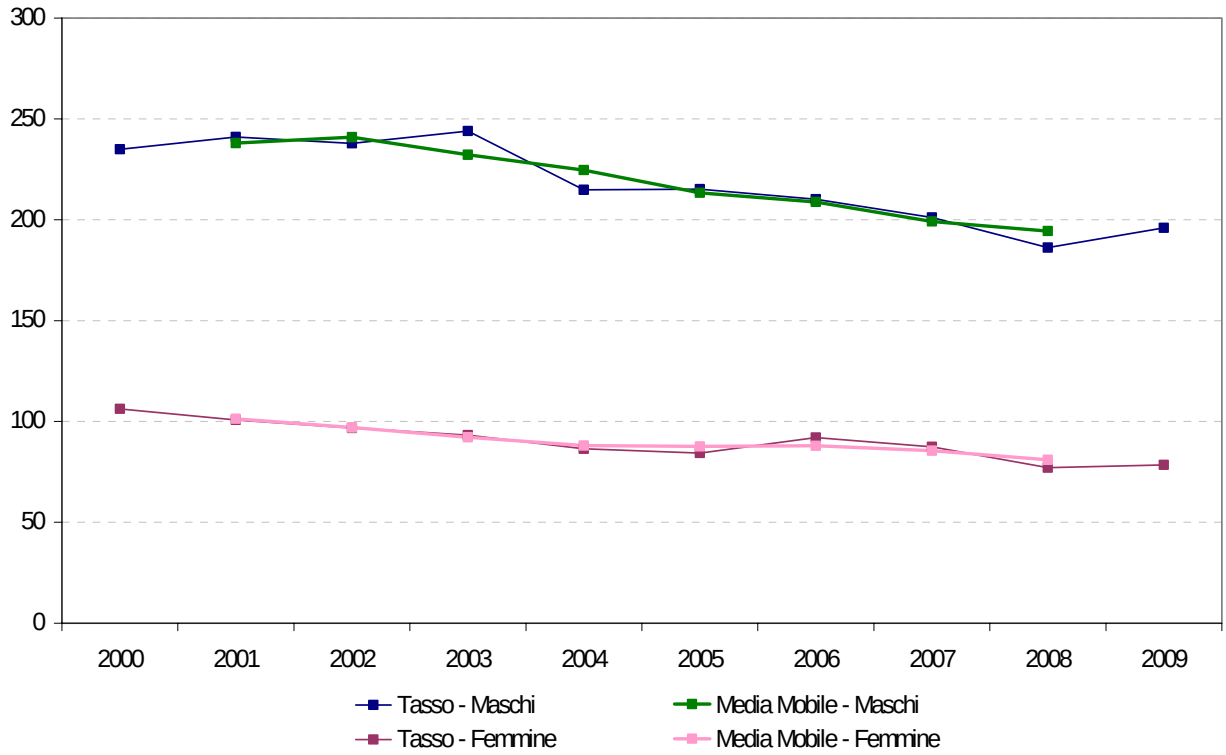
Tabella 4.11. *Scompenso cardiaco: tassi di ospedalizzazione specifici per sesso e classe di età, tassi per 100.000 abitanti. Residenti in Veneto. Anno 2009.*

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
0-44	14,3	14,1	14,2
45-64	196,0	78,5	137,1
65-74	1.093,4	541,2	799,0
75-84	3.458,7	2.172,2	2.669,9
85 +	7.355,7	5.958,9	6.335,1

Nella popolazione fino ai 44 anni si verificano circa 330 ricoveri all'anno per scompenso cardiaco. Essi sono legati principalmente a cardiopatie di natura congenita e riguardano soprattutto la popolazione infantile, senza particolari differenze fra i sessi.

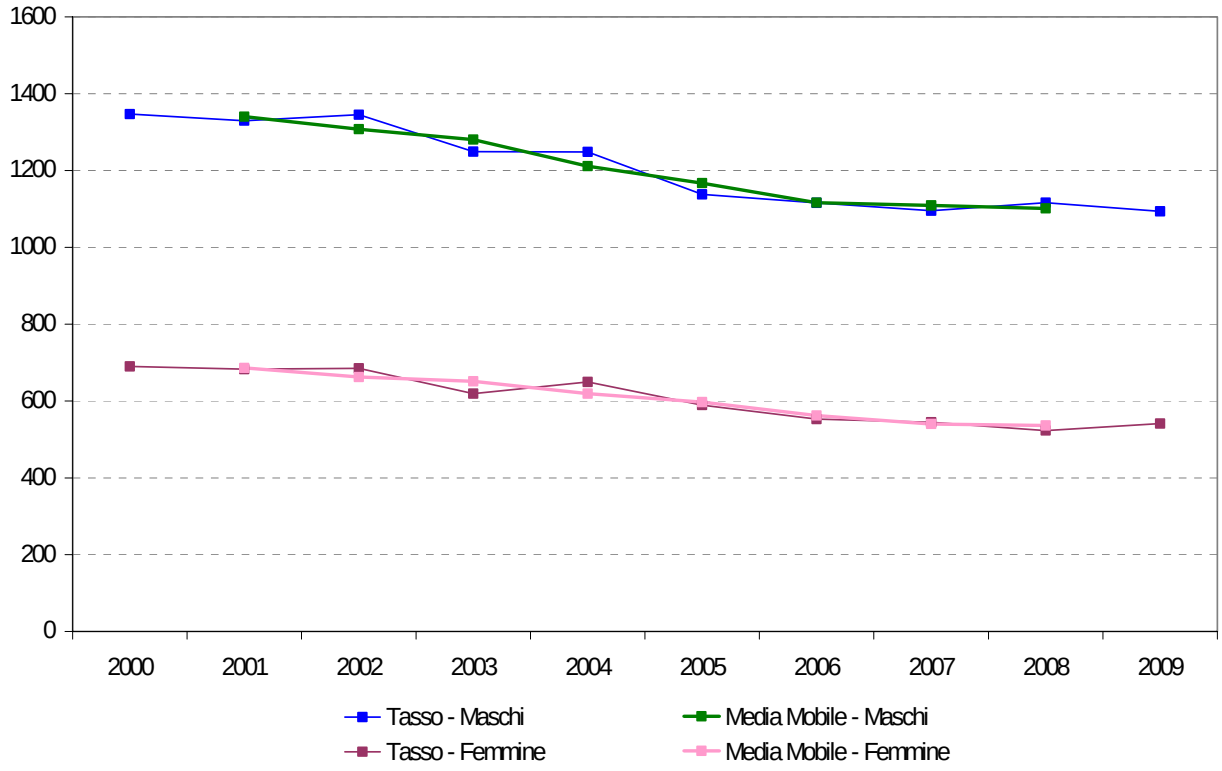
Nei soggetti adulti (età 45-64 anni), i ricoveri sono circa 1.700 all'anno, di cui oltre due terzi nei maschi. In Figura 4.8 si può vedere come in questa fascia di età il tasso di ospedalizzazione mostra una marcata diminuzione sia nei maschi (da 235 per 100.000 nel 2000 a 196 per 100.000 nel 2009, -17%), che nelle femmine (da 106 per 100.000 nel 2000 a 79 per 100.000 nel 2009, -26%).

Figura 4.8. *Scompenso cardiaco: tassi di ospedalizzazione (per 100.000) e medie mobili a tre punti per sesso. Età 45-64 anni. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*



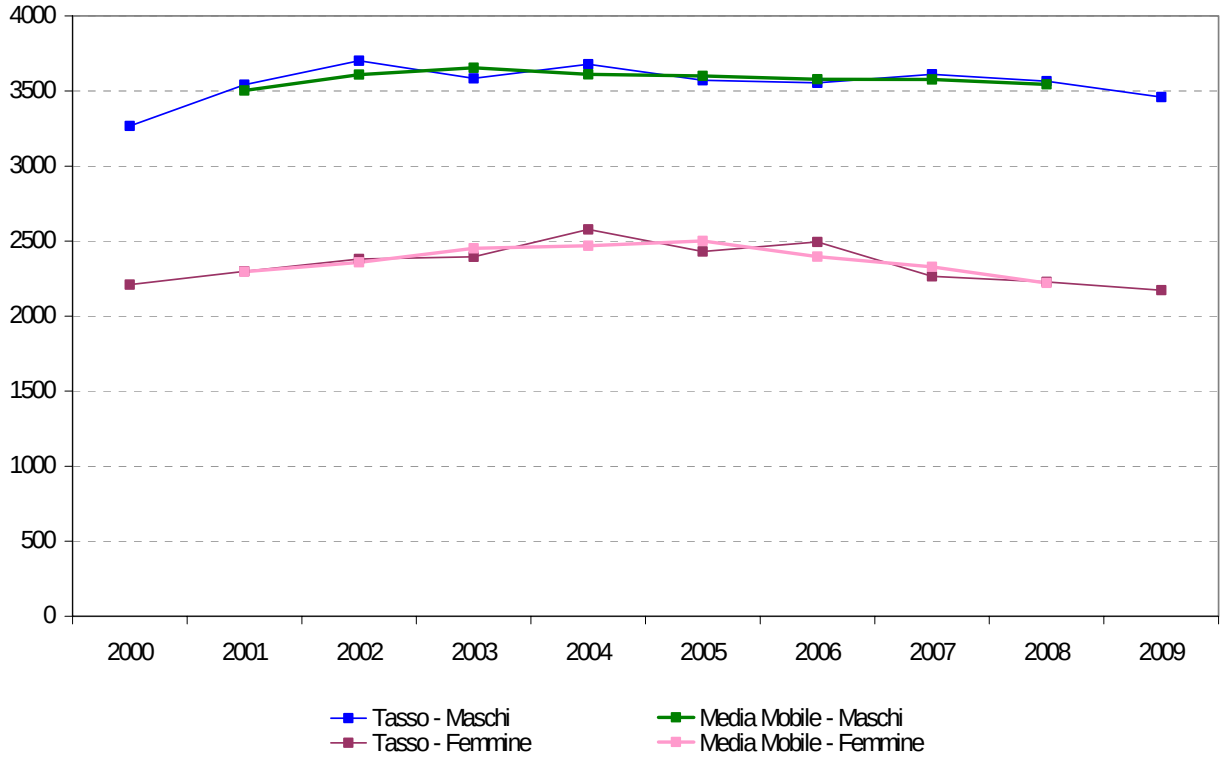
Nei "giovani anziani" (soggetti tra i 65 e i 74 anni di età) i ricoveri nell'ultimo periodo si sono attestati intorno ai 4.000 ogni anno ed anche in questa fascia di età riguardano per due terzi soggetti di sesso maschile. Dal 2000 al 2009 si è verificato un calo considerevole nel tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (Figura 4.9): nei maschi si è passati da 1.347 per 100.000 abitanti a 1.093 (-19%), nelle femmine da 690 a 541 (-22%).

Figura 4.9. *Scompenso cardiaco: tassi di ospedalizzazione (per 100.000) e medie mobili a tre punti per sesso. Età 65-74. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*



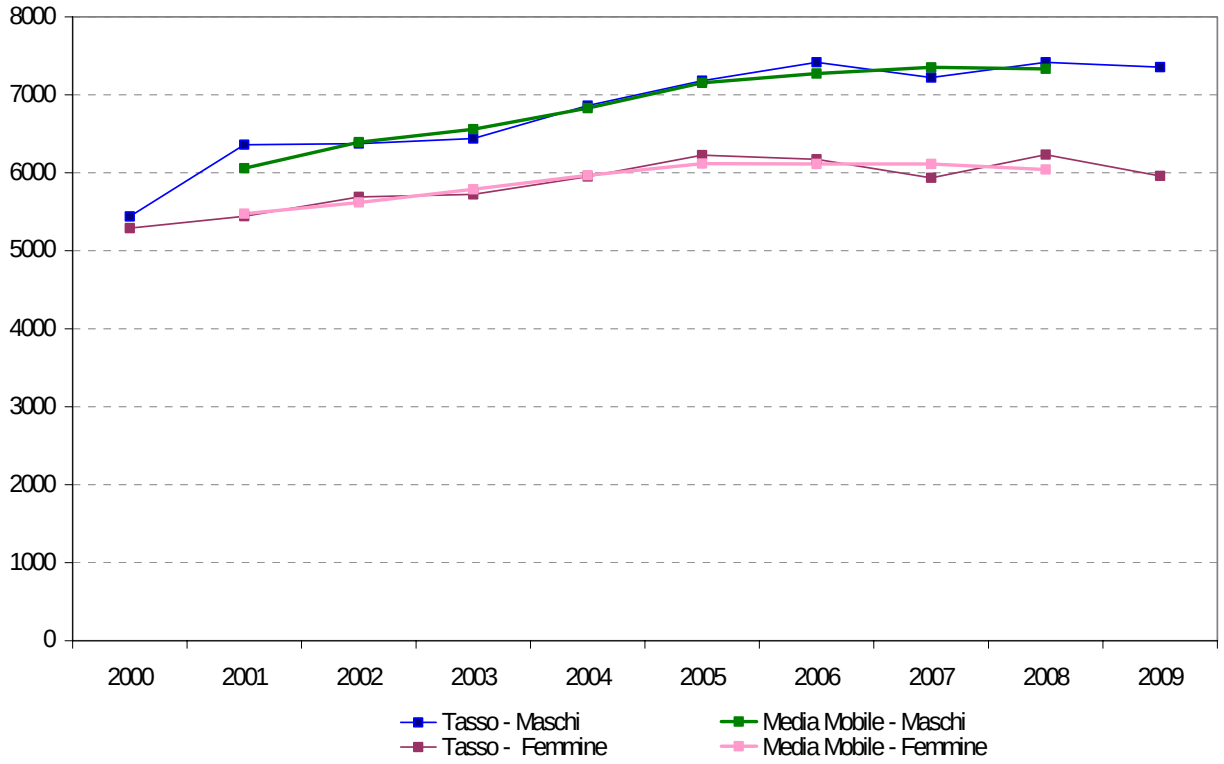
Nei soggetti di età compresa tra i 75 e gli 84 anni il numero di ricoveri per scompenso cardiaco è notevolmente aumentato dal 2000 al 2009 (da meno di 7.000 a circa 9.000). Il numero di ospedalizzazioni si distribuisce in maniera equilibrata tra i due sessi. L'aumento del numero assoluto di ricoveri è determinato principalmente dall'incremento della popolazione residente in questa fascia di età; l'andamento dei tassi specifici, infatti, evidenzia un modesto incremento fino al 2004, mentre negli anni successivi il tasso è sostanzialmente stabile o in calo (Figura 4.10). Nel complesso, dal 2000 al 2009 nei maschi si è passati da 3.267 ricoveri per 100.000 abitanti a 3.459 per 100.000 abitanti (+6%), nelle femmine da 2.210 per 100.000 a 2.172 per 100.000 (-2%).

Figura 4.10. *Scompenso cardiaco: tassi di ospedalizzazione (per 100.000) e medie mobili a tre punti per sesso. Età 75-84 anni. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*



Nei soggetti molto anziani (85 anni e oltre) si sono verificati circa 6.300 ricoveri per scompenso cardiaco nel 2009, di cui circa due terzi in soggetti di sesso femminile. Anche in questa fascia di età si è verificato un incremento consistente nel numero di ricoveri: esso è dovuto sia all'espansione della popolazione molto anziana sia ad un aumento dei tassi specifici per età (Figura 4.11). Nelle femmine si assiste ad un progressivo aumento del tasso di ospedalizzazione che è salito fino al 2005, per poi mostrare delle oscillazioni attorno ai 6.000 ricoveri per 100.000 abitanti negli anni successivi; anche nei maschi il tasso è cresciuto fino al 2006, per poi attestarsi attorno ai 7.400 ricoveri per 100.000 residenti.

Figura 4.11. *Scompenso cardiaco: tassi di ospedalizzazione (per 100.000) e medie mobili a tre punti per sesso. Età maggiore o uguale a 85 anni. Tassi per 100.000 abitanti. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*



I tassi di ricovero per scompenso cardiaco specifici per età presentano andamenti differenziati: tendenzialmente in calo nelle età più giovani, stabili o in aumento nelle fasce di popolazione più anziane. Il risultato finale sul tasso osservato di ricovero è il sensibile aumento riportato nella Tabella 4.10. Il tasso standardizzato per età invece presenta delle fluttuazioni attorno ad un valore medio (in Tabella 4.12 i tassi sono stati standardizzati con popolazioni di riferimento distinte per i due sessi) con una crescita nella prima parte del periodo di osservazione ed una riduzione negli ultimi anni, tanto da risultare nel 2009 inferiore ai valori registrati nel 2000. L'andamento diversificato tra tassi osservati e tassi standardizzati indica come l'aumento del carico legato allo scompenso cardiaco è un fenomeno principalmente determinato dall'invecchiamento della popolazione.

Tabella 4.12. *Scompenso cardiaco: tassi standardizzati diretti di ospedalizzazione (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2000-2009. Popolazioni standard: maschi e femmine Veneto 2002.*

	2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Maschi	410,5	432,3	437,1	425,0	422,7	412,1	412,0	408,4	406,7	401,1
Femmine	451,3	455,9	466,5	454,3	471,6	460,7	464,5	437,8	442,7	432,9
Totale	430,8	444,3	452,2	440,5	448,7	438,4	440,8	426,3	428,5	421,2

Numero di soggetti ricoverati per scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco è una condizione morbosa che porta frequentemente a ricoveri ripetuti nello stesso soggetto. La riospedalizzazione per scompenso è in una certa misura un fenomeno inevitabile. Tuttavia da molti si ritiene che questo fenomeno possa essere un indicatore della qualità dell'assistenza sanitaria, sia ospedaliera (dimissioni troppo precoci), sia territoriale (capacità di monitorare i pazienti e di prevenire nuove acutizzazioni che necessitano di ricovero).

Questa sezione è dedicata all'analisi del rapporto tra il numero di ricoveri per scompenso e il numero di soggetti con almeno un ricovero per scompenso cardiaco, con gli obiettivi di avere un quadro più preciso sul numero di soggetti affetti da scompenso cardiaco e di fornire informazioni iniziali su potenziali aspetti della cura suscettibili di approfondimento e di azioni di miglioramento.

Nel 2009 i residenti in Veneto che hanno avuto almeno un ricovero per scompenso cardiaco sono stati più di 18.600. In media ciascun soggetto ha avuto 1,2 ricoveri nel corso dell'anno. Il numero medio di ricoveri non mostra particolari differenze legate al sesso o all'età (Tabella 4.13). Dal 2000 al 2009 il numero medio di ricoveri per paziente non si è modificato in modo sostanziale.

Tabella 4.13. *Scompenso cardiaco: numero di pazienti con almeno un ricovero, numero di ricoveri e numero medio di ricoveri per paziente per sesso e classe di età. Residenti in Veneto. Anno 2009.*

	Maschi			*Femmine*			*Totale*		
Classi di età	*Pazienti*	*Ricoveri*	*Ricoveri medi per paziente*	*Pazienti*	*Ricoveri*	*Ricoveri medi per paziente*	*Pazienti*	*Ricoveri*	*Ricoveri medi per paziente*
0-44	162	193	1,19	148	180	1,22	310	373	1,17
45-64	1.004	1.267	1,26	427	509	1,19	1.431	1.776	1,20
65-74	2.037	2.563	1,26	1.201	1.448	1,21	3.238	4.011	1,19
75-84	3.572	4.494	1,26	3.702	4.473	1,21	7.274	8.967	1,20
85 +	2.021	2.432	1,20	4.378	5.344	1,22	6.399	7.776	1,19
Totale	8.796	10.949	1,24	9.856	11.954	1,21	18.652	22903	1,20

Dai dati sopra riportati emerge che la maggior parte dei soggetti nel corso dell'anno ha un unico ricovero per scompenso cardiaco. I soggetti che presentano un unico ricovero nel corso del 2009 sono circa l'84% del totale dei soggetti ricoverati per scompenso cardiaco; quasi il 12% ha avuto due ricoveri, meno del 5% tre o più ricoveri.

Stime di incidenza

Dai dati dei ricoveri per scompenso cardiaco si sono individuati i casi incidenti di scompenso cardiaco, definiti come i soggetti con un ricovero per scompenso cardiaco senza ricoveri per la stessa causa negli anni precedenti. Per un tale approccio è necessario identificare i vari ricoveri dello stesso soggetto negli anni; l'analisi dei nuovi casi è stata limitata al periodo 2007-2009.

Nel periodo considerato, i casi incidenti di scompenso cardiaco sono stati quasi 43.000, per un tasso di incidenza pari a circa 3 nuovi casi per 1.000 anni-persona. Il numero assoluto di casi incidenti mostra una tendenza all'aumento (Tabella 4.14).

Tabella 4.14. *Scompenso cardiaco: numero di nuovi casi e tassi di incidenza osservati e standardizzati diretti (per 100.000) per sesso e anno. Residenti in Veneto. Anni 2007-2009. Popolazione standard: popolazione maschile e femminile residente in Veneto nel 2002.*

	Maschi			Femmine			Totale		
Anno	N	Tasso osservato	Tasso standardizzato	N	Tasso osservato	Tasso standardizzato	N	Tasso osservato	Tasso standardizzato
2007	6.430	275,0	250,9	7.395	303,6	280,3	13.825	289,6	267,5
2008	6.702	283,1	253,4	7.871	319,3	292,7	14.573	301,6	275,4
2009	6.758	282,4	248,0	7.717	309,6	280,4	14.475	296,3	266,6

L'aumento del numero di casi incidenti dal 2007 al 2009 (+5%) è legato soprattutto alle modifiche demografiche della popolazione, ovvero al suo aumento in termini numerici e all'incremento della proporzione di popolazione anziana: il tasso osservato di incidenza infatti aumenta in modo inferiore rispetto al numero di casi (+2%), il tasso standardizzato è sostanzialmente stabile.

Considerando le singole classi di età, l'incidenza dei nuovi casi di scompenso nel triennio non presenta variazioni maggiori, ad eccezione di un marcato aumento tra i soggetti più anziani (85 anni ed oltre).

4.3 Ictus

In questo paragrafo si descrivono sinteticamente i principali aspetti epidemiologici dell'ospedalizzazione per ictus in Veneto nello scorso decennio. Sono stati considerati i ricoveri con le seguenti diagnosi principali: emorragia subaracnoidea (codice ICD-9-CM: 430); emorragia cerebrale (431); ictus ischemico o non specificato (434.- e 436). I trasferimenti tra ospedali per acuti (evento frequente soprattutto per gli ictus di tipo emorragico) e le riammissioni avvenute entro 28 giorni dalla data del primo ricovero sono stati ricondotti allo stesso evento.

Ogni anno tra i residenti nel Veneto si registrano più di 9.000 eventi ospedalizzati di ictus (Tabella 4.15). L'analisi dell'andamento temporale nel periodo considerato rivela una sensibile riduzione del numero assoluto degli eventi ospedalizzati di ictus, che avevano raggiunto il valore massimo nell'anno 2002. Va evidenziata tuttavia una disomogeneità nell'andamento temporale delle ospedalizzazioni nei tre sottotipi, con una tendenza alla riduzione per quanto riguarda l'ictus ischemico mentre c'è un certo aumento per quanto riguarda gli eventi di tipo emorragico. Nel 2009 il 78% degli eventi è di tipo ischemico, nel 17% dei casi si tratta di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea.

Tabella 4.15. *Ictus: numero di eventi ospedalizzati per tipo di ictus. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

Tipo di ictus	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Emorragia cerebrale	1.393	1.460	1.351	1.392	1.482	1.603	1.517	1.481	1.610	1.586
Emorragia subaracnoidea	407	377	402	389	385	382	387	355	360	409
Ictus ischemico	7.740	7.713	7.950	7.914	7.657	7.549	7.440	7.427	7.094	7.124
Totale	9.540	9.550	9.703	9.695	9.524	9.534	9.344	9.263	9.064	9.119

La distribuzione per sesso e classe di età evidenzia come l'ictus sia una patologia frequente principalmente nelle età avanzate: oltre il 60% degli eventi avviene in soggetti di età non inferiore a 75 anni (il 47% negli uomini ed il 71% nelle donne, Tabella 4.16).

Tabella 4.16. *Ictus: numero di eventi ospedalizzati. Distribuzione per sesso e classi di eta. Residenti in Veneto. Periodo 2000-2009.*

	Maschi		Femmine		Totale	
Classi di età	N	%	N	%	N	%
0-44	1.762	4,0	1.315	2,6	3.077	3,3
45-64	9.087	20,8	4.713	9,3	13.800	14,6
65-74	12.197	27,9	8.528	16,8	20.725	22,0
75-84	14.653	33,5	19.416	38,3	34.069	36,1
85 +	6.000	13,7	16.661	32,9	22.661	24,0
Totale	43.702	100,0	50.634	100,0	94.336	100,0

La riduzione del numero di eventi si accompagna a modifiche demografiche piuttosto importanti (aumento della numerosità della popolazione e della quota di popolazione anziana); ciò comporta una diminuzione del tasso osservato di ospedalizzazione per ictus ed un calo molto più marcato di quello standardizzato, sia nei maschi che nelle femmine (Tabella 4.17). Il tasso osservato di ricovero per ictus è lievemente superiore nelle femmine rispetto ai maschi, a causa dell'età più elevata della popolazione femminile; il tasso standardizzato diretto evidenzia invece valori superiori nei maschi (in quanto, a parità di età, l'ictus si verifica con maggior frequenza nel sesso maschile).

Tabella 4.17. *Tassi osservati e standardizzati diretti. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.Popolazione standard: popolazione residente in Veneto nel 2002.*

	Tasso grezzo		Tasso standardizzato diretto	
Anno	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
2000	202,1	222,7	250,9	182,6
2001	200,0	223,0	243,3	177,6
2002	199,0	228,7	238,3	177,2
2003	201,5	221,6	238,2	167,6
2004	199,3	210,7	231,8	158,1
2005	196,4	209,0	225,1	154,3
2006	185,6	208,3	210,1	152,0
2007	183,7	203,9	203,0	144,6
2008	177,5	197,2	193,5	138,8
2009	174,1	198,7	187,2	140,0

Le Figure 4.12-4.16 scompongono i trend temporali osservati per sesso e classe di età. Nella classe di età fino a 44 anni l'ictus è un evento relativamente raro (circa 13 eventi ogni 100.000 residenti all'anno), si verifica con frequenza non molto differente tra i due sessi, e non mostra variazioni eclatanti nel periodo di studio. Al crescere dell'età aumenta in modo importante il tasso di ricovero per ictus fino a raggiungere valori di circa 2.000 eventi ricoverati

per 100.000 residenti nei soggetti di età superiore a 84 anni. I tassi di ricovero sono maggiori tra gli uomini, fino a risultare quasi doppi rispetto alle donne nelle età tra i 45 ed i 74 anni. Nella fascia di età più anziana i tassi sono simili nei due sessi (anche se va rilevato che in questa fascia la popolazione femminile presenta un'età media spostata verso valori più elevati rispetto ai maschi). A partire dai 45 anni per ciascuna fascia di età e in entrambi i sessi dal 2000 al 2009 si è verificata una diminuzione considerevole del tasso di ospedalizzazione per evento cerebrovascolare acuto, con una differenza del 20% circa tra l'inizio e la fine del periodo considerato.

Figura 4.12. *Ictus: tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso. Età <45 anni. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

Figura 4.13. *Ictus: tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso. Età 45-64 anni. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

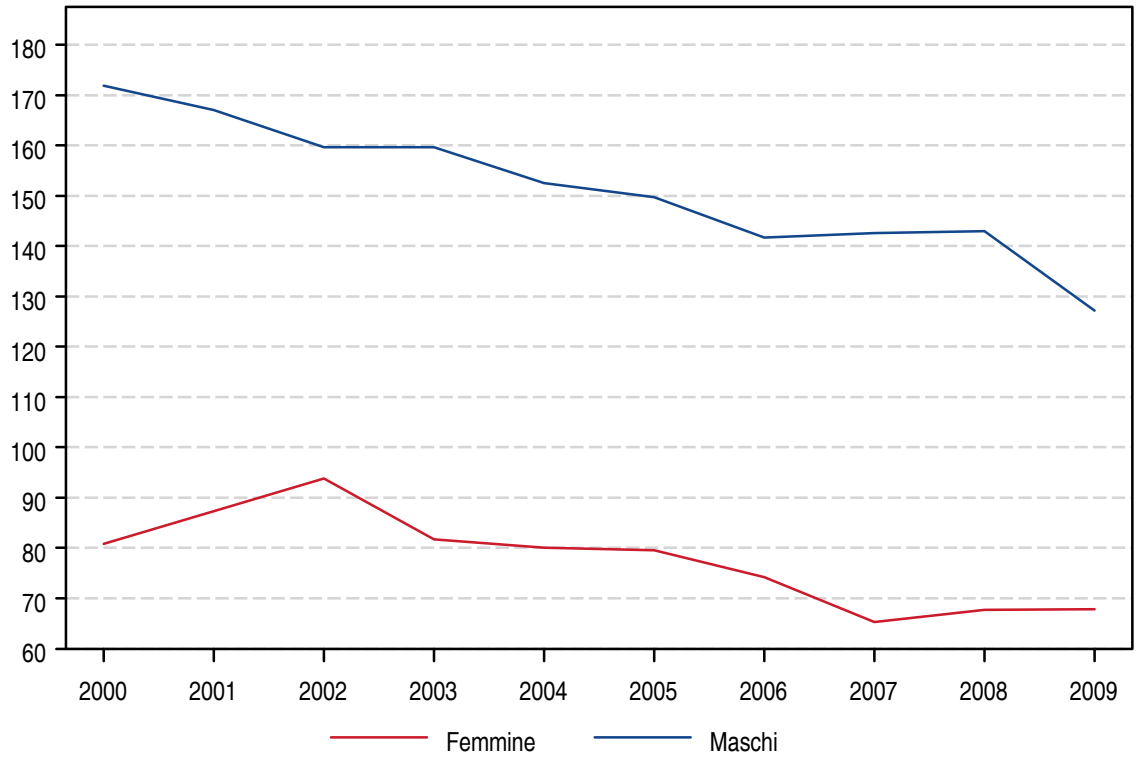


Figura 4.14. *Ictus: tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso. Età 65-74 anni. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

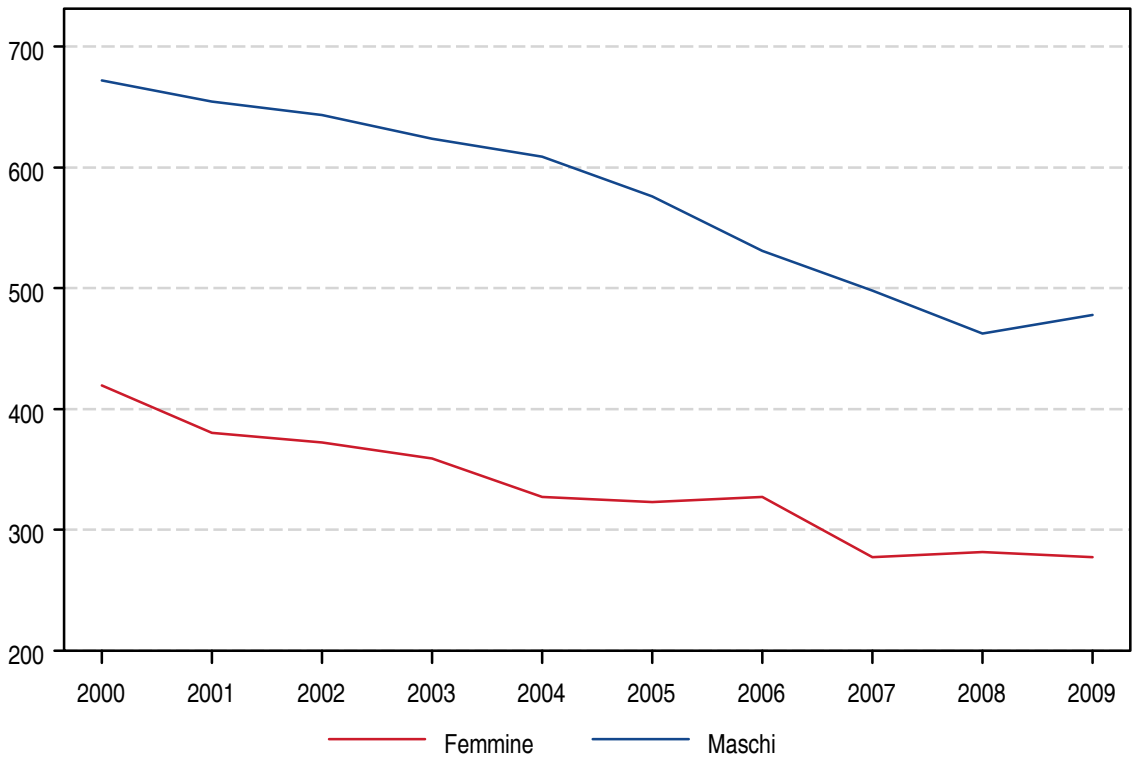


Figura 4.15. *Ictus: tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso. Età 75-84 anni. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

Figura 4.16. *Ictus: tasso di eventi ospedalizzati (per 100.000) per sesso. Età >84 anni. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

A livello di singola Azienda ULSS di residenza si può osservare una certa variabilità nel tasso standardizzato di ospedalizzazione per ictus (Figure 4.17 e 4.18). In linea generale gli scostamenti sono di modesta entità, fatta eccezione per alcune Aziende ULSS (in particolare l'Azienda ULSS 5). È presumibile che parte delle differenze riscontrate sia giustificata da una diversa gestione del dato SDO (con conseguente diversa accuratezza dei codici selezionati).

Figura 4.17. *Ictus: tasso standardizzato diretto (per 100.000) per Azienda ULSS di residenza. Popolazione standard: popolazione residente in Veneto anni 2008-2009. Uomini.*

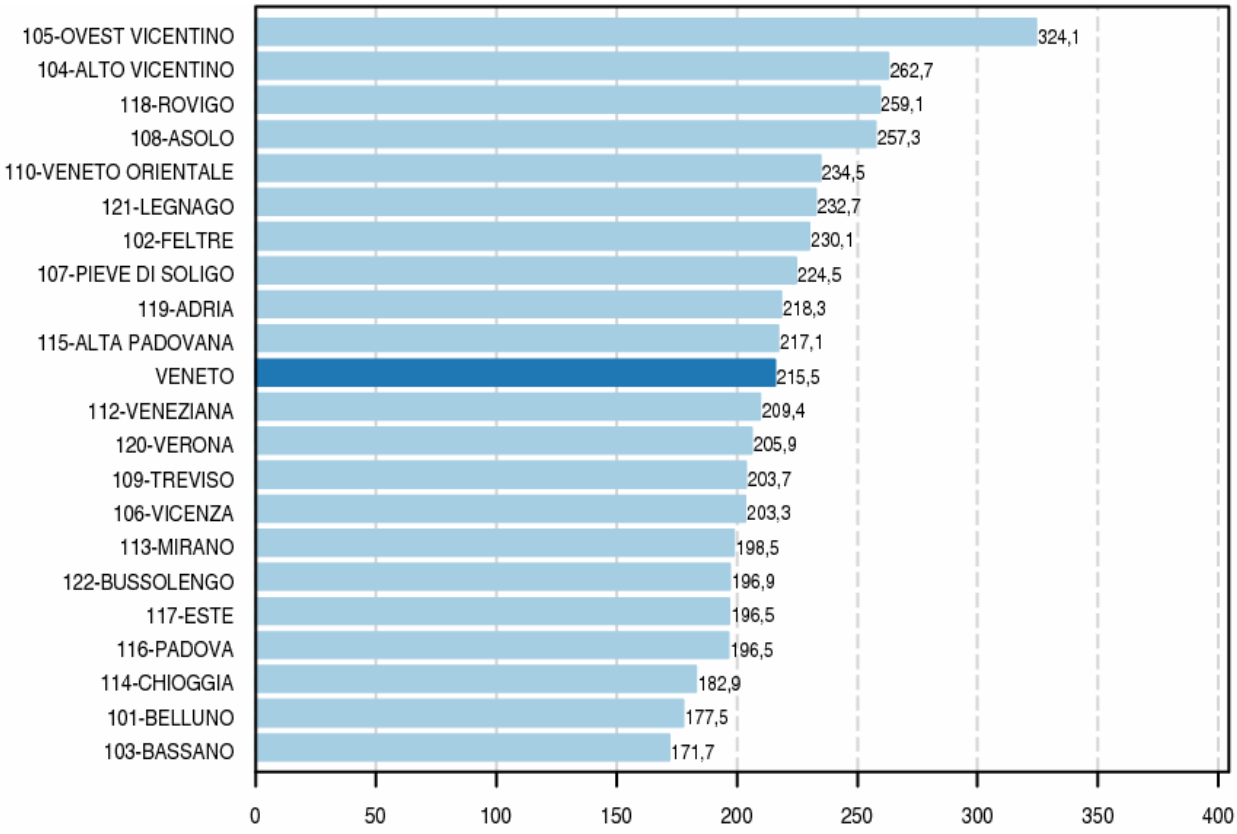
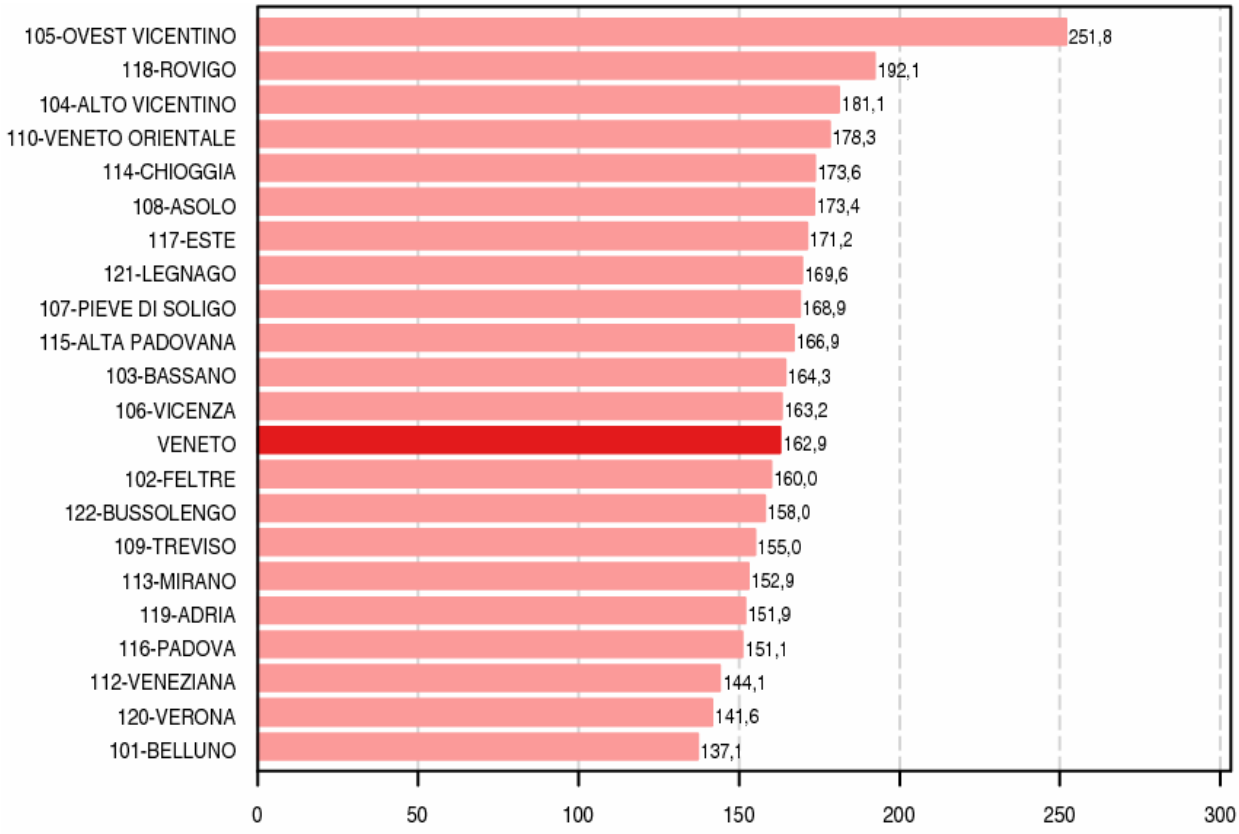


Figura 4.18. *Ictus: tasso standardizzato diretto (per 100.000) per Azienda ULSS di residenza. Popolazione standard: popolazione residente in Veneto anni 2008-2009. Donne.*



Una misura della gravità dell'ictus è la letalità intraospedaliera: dai dati riportati nella Tabella 4.18 pare apprezzabile un graduale miglioramento della prognosi a breve termine di questi soggetti, con una mortalità che negli ultimi anni si attesta attorno al 17%. La riduzione della mortalità intraospedaliera appare peraltro evidente per gli eventi ischemici e per l'emorragia subaracnoidea, mentre invece i valori per le emorragie cerebrali appaiono stabili nel tempo.

I soggetti con ictus emorragico sono assistiti prevalentemente nei reparti di neurochirurgia, terapia intensiva e neurologia, mentre una quota rilevante dei soggetti con ictus ischemico o non specificato è assistita nei reparti di medicina generale e geriatria (Tabella 4.19). Per i soggetti con ictus ischemico si assiste ad un incremento nella proporzione di ricoveri in neurologia, in crescita dal 38% del 2000 al 53% del 2009 (Tabella 4.20). D'altra parte in Tabella 4.21 si può vedere come il reparto di dimissione per i soggetti con ictus ischemico abbia un forte legame con l'età: all'aumentare dell'età dei soggetti si riduce in modo importante la proporzione di dimessi da neurologia.

Tabella 4.18. *Ictus: letalità intraospedaliera (%) per tipo di ictus e anno. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

	2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Emorragia cerebrale	32,7	33,4	34,3	36,0	35,2	35,7	32,2	33,2	31,7	34,1
Emorragia subaracnoidea	28,7	22,5	22,9	22,4	20,3	18,3	20,7	21,1	17,5	15,4
Ictus ischemico	17,6	16,3	16,2	15,9	15,3	14,5	14,0	14,7	13,7	13,2
Totale	20,3	19,2	19,0	19,0	18,6	18,2	17,2	17,9	17,1	16,9

Tabella 4.19. *Ictus: proporzione (%) di eventi ospedalizzati per reparto di dimissione e tipo di ictus. Residenti in Veneto. Periodo 2000-2009.*

Disciplina di dimissione	Emorragia subaracnoidea	Emorragia cerebrale	Ictus ischemico
49-Terapia intensiva	22,0	17,0	1,1
32-Neurologia	13,9	35,8	45,7
30-Neurochirurgia	44,6	7,2	0,1
26-Medicina generale	6,4	16,4	28,0
21-Geriatria	2,6	9,0	14,9
Altro	10,5	14,5	10,2
Totale	100,0	100,0	100,0

Tabella 4.20. *Ictus: eventi ospedalizzati di ictus ischemico o non specificato per reparto di dimissione. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

Reparto di dimissione	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
32-Neurologia	2.923	3.309	3.402	3.436	3.449	3.508	3.553	3.625	3.557	3.809
26-Medicina generale	2.317	2.235	2.396	2.396	2.069	2.166	2.081	1.972	1.800	1.756
21-Geriatria	1.247	1.284	1.205	1.106	1.164	1.062	1.068	1.110	1.064	959
Altro	1.253	885	947	976	975	813	738	720	673	600
Totale	7.740	7.713	7.950	7.914	7.657	7.549	7.440	7.427	7.094	7.124
% dimessi da neurologia	38	43	43	43	45	46	48	49	50	53

Tabella 4.21. *Ictus: eventi ospedalizzati di ictus ischemico o non specificato per classe di età e reparto di dimissione. Residenti in Veneto. Periodo 2008-2009.*

	Classi di età					
Disciplina di dimissione	0-44	45-64	65-74	75-84	85+	Totale
32-Neurologia	306	1.288	1.788	2.587	1.397	7.366
26-Medicina generale	30	305	631	1.273	1.315	3.556
21-Geriatria		5	186	810	1.022	2.023
Altro	44	136	228	509	355	1.273
Totale	380	1.734	2.833	5.179	4.089	14.218
% Neurologia	81	74	63	50	34	52

Capitolo 5
I tumori maligni

5.1 Metodi di analisi e dati complessivi sui ricoveri oncologici

Per una valutazione complessiva dell'assistenza oncologica, sono state selezionate le SDO con codici ICD-9-CM 140-208 (diagnosi di tumore maligno), V58.0 (sessione di radioterapia), V58.1 (chemioterapia), V67.1 (controllo dopo radioterapia), V67.2 (controllo dopo chemioterapia) in qualsiasi posizione diagnostica, e con codice V10.x (anamnesi personale di tumore maligno) in posizione principale. Inoltre, rispetto a precedenti elaborazioni (vedi anche "Rapporto sull'ospedalizzazione in Veneto 2000-2006" a cura del SER), sono stati aggiunti anche i codici 230-234 in qualunque posizione diagnostica (carcinomi in situ). In questo modo si è cercato di delineare un quadro complessivo dei percorsi terapeutici e di follow-up dei soggetti con tumore maligno.

Sono poi state condotte analisi separate per alcune specifiche sedi tumorali, tra le più rilevanti in termini di incidenza e carico assistenziale, o per le quali vi sono recenti evidenze di modifiche del profilo di cura ospedaliero: polmone, colon-retto, mammella, prostata, vescica e rene. A tal fine, sono state selezionate le SDO con lo specifico codice in qualunque posizione diagnostica: tumori maligni e carcinomi in situ del polmone (162, 231.1-231.2); tumori maligni e carcinomi in situ del colon e del retto (153-154, 230.3.1–230.6); tumori maligni e carcinomi in situ della mammella femminile (174, 233.0); tumori maligni della prostata (185); tumori maligni e carcinomi in situ della vescica (188, 233.7); tumori maligni del rene (esclusa pelvi renale, 189.0). Inoltre, sono state incluse le SDO con codice di anamnesi personale dello specifico tumore maligno (V10.1x polmone, V10.05 e V10.06 colon e retto, V10.3 mammella, V10.46 prostata, V10.51 vescica, V10.52 rene), esclusivamente se presente in diagnosi principale o con una diagnosi principale di metastasi, neoplasia senza indicazione di sede, chemioterapia, radioterapia (196-199, V58.0, V58.1, V67.1, V67.2)

Per i ricoveri oncologici nel loro complesso e separatamente per ciascuna delle sedi tumorali di cui sopra, è stato utilizzato l'archivio regionale delle SDO degli anni 2000-2009, analizzando sia le dimissioni da strutture ospedaliere del Veneto (residenti e non residenti in Regione), sia i ricoveri fuori Regione di residenti nel Veneto. Sono stati così analizzati il trend complessivo dei ricoveri, gli indici di attrazione (frazione sul totale delle dimissioni da ospedali del Veneto giustificata da non residenti) e di fuga (frazione sul totale delle dimissioni dei residenti nel Veneto giustificata da ricoveri fuori Regione). Considerando tutte le dimissioni da ospedali regionali, è stata valutata la distribuzione dei ricoveri per regime (ordinario o diurno) e tipo di DRG (medico o chirurgico); è stato poi analizzato l'andamento temporale dei DRG numericamente più rappresentati. Infine, i risultati di tali elaborazioni di base hanno poi suggerito ulteriori analisi specifiche per singola neoplasia.

Considerando assieme tutti i tumori maligni (Tabella 5.1), si evidenzia che nel complesso i ricoveri dei residenti (in Veneto e fuori Regione) sono rimasti stabili dal 2001 al 2006 (entro valori compresi tra i 125.000 ed i 128.000/anno), per poi diminuire drasticamente fino a scendere sotto i 92.000 nel 2009. L'indice di attrazione è in aumento, anche se il numero assoluto di ricoveri di non residenti in Veneto che si rivolgono agli ospedali regionali registra un calo nell'ultimo periodo; la fuga invece cresce sia in termini assoluti che relativi. La riduzione osservata del saldo attivo di mobilità dei ricoveri oncologici nel loro complesso (e per specifica sede tumorale, vedi paragrafi successivi) può essere considerata in parte artificiosa, perché il

passaggio in regime ambulatoriale di alcune tipologie di ricovero è stato attuato in Veneto, ma non in altre Regioni.

Tabella 5.1. *Tumori maligni: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2000-2009.*

	2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Non residente in Veneto	10.691	11.358	11.625	11.319	11.800	12.285	12.179	11.563	10.697	9.880
Residente e ricoverato in Regione	115.410	122.245	120.808	118.951	120.125	119.881	119.724	109.323	92.930	84.860
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	6.521	6.400	6.260	6.198	6.495	6.828	6.858	6.888	6.810	7.007
Attrazione	8,5%	8,5%	8,8%	8,7%	8,9%	9,3%	9,2%	9,6%	10,3%	10,4%
Fuga	5,3%	5,0%	4,9%	5,0%	5,1%	5,4%	5,4%	5,9%	6,8%	7,6%

Nel medesimo arco temporale (Figura 5.1) i ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario rimangono stabili, mentre i ricoveri ordinari con DRG medico diminuiscono costantemente. I ricoveri medici in regime diurno crollano a partire dal 2006, fino a venire superati nel 2009 dai ricoveri diurni chirurgici, che nel decennio analizzato sono più che raddoppiati. Complessivamente nel 2009, tra i ricoveri ordinari quelli con DRG medico superano quelli con DRG chirurgico sia in numero e ancor più in termini di giornate di degenza, con una degenza media pari a 12 giorni (Tabella 5.2). I ricoveri ordinari chirurgici mostrano una degenza media in calo (era pari a 10,5 giornate nel 2006).

Figura 5.1. *Tumori maligni: dimissioni per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anni 2000-2009.*

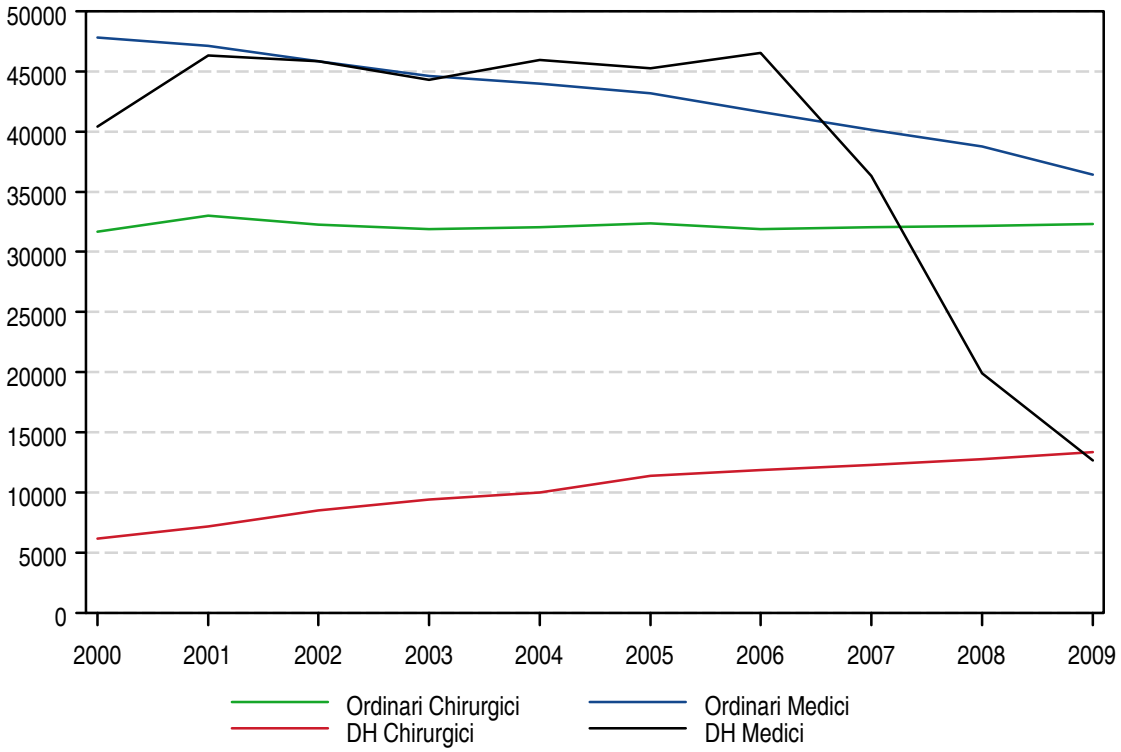


Tabella 5.2. *Tumori maligni: dimissioni, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2009.*

Regime - DRG		N	%	giornate di degenza (o accessi)	%	degenza media (o numero medio di accessi)
Ordinario	*Chirurgico*	32.288	34	317.944	38	9,8
	Medico	36.417	38	435.441	52	12,0
Diurno	*Chirurgico*	13.367	14	26.484	3	2,0
	Medico	12.661	13	58.198	7	4,6
Totale		94.740	100	838.106	100	8,8

In Tabella 5.3 si è scelto di presentare il numero di dimissioni per i più frequenti DRG secondo un ordinamento che mantenga vicini i DRG definiti con o senza complicanze (DRG omologhi); questo perché mentre per alcuni DRG la quota di omologhi è molto bassa, per altri è piuttosto consistente (ad esempio per interventi maggiori su intestino crasso e tenue, neoplasie maligne dell'apparato digerente, linfoma e leucemia non acuta). È inoltre da segnalare che l'adozione di successive versioni dei DRG ha comportato variazioni soprattutto per i DRG relativi alla chirurgia del grosso intestino. Il DRG più rappresentato nel 2009 è ancora quello di chemioterapia non per leucemia acuta, ma risulta in forte calo nel decennio analizzato (in particolare dal picco di oltre 33.800 ricoveri raggiunto nel 2006); il passaggio di una quota maggioritaria di trattamenti chemioterapici in regime di day service rende conto del crollo dei DH medici nell'ultimo triennio e spiega una quota consistente della riduzione complessiva dei ricoveri oncologici. Sono stabili o crescono i ricoveri con DRG riferibile almeno in parte a follow-up di pazienti con tumore maligno (DRG 408 e 412); calano drasticamente i ricoveri con DRG medico di neoplasie dell'apparato respiratorio, gastrointestinale, linfoma e leucemia non

acuta, mentre la riduzione dei ricoveri medici per neoplasie epatobiliari è molto più contenuta. Tra i DRG chirurgici in crescita, il dato più eclatante è rappresentato dagli interventi maggiori sulla pelvi maschile.

Tabella 5.3. *Tumori maligni: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2009. Strutture del Veneto. Anni 2000, 2005, 2009.*

DRG	Anno			%
	2000	2005	2009	(2009)
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	25.276	31.593	6.098	6%
310-Interventi per via transuretrale con CC	853	850	407	0%
311-Interventi per via transuretrale senza CC	5.035	5.043	5.496	6%
408-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	2.571	3.920	4.968	5%
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	5.106	5.110	4.708	5%
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	6.948	5.356	4.177	4%
412-Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	3.234	3.975	3.578	4%
265-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	127	116	95	0%
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	2.411	3.149	3.286	3%
259-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	266	302	348	0%
260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.526	3.146	3.285	3%
334-Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	105	215	224	0%
335-Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	887	1.886	2.198	2%
172-Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	3.145	2.723	2.123	2%
173-Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	2.713	1.784	1.209	1%
409-Radioterapia	2.003	3.710	1.973	2%
148-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, con CC	1.492	1.721		0%
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	1.233	1.652	1.902	2%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	2.121	3.469	1.735	2%
401-Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	188	215	153	0%
402-Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	801	1.399	1.221	1%
403-Linfoma e leucemia non acuta con CC	1.572	1.166	862	1%
404-Linfoma e leucemia non acuta senza CC	2.420	1.788	1.333	1%
303-Interventi su rene e uretere per neoplasia	1.454	1.697	1.316	1%
257-Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	347	260	354	0%
258-Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	1.566	1.384	1.279	1%
318-Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	1.140	910	609	1%
319-Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	2.950	2.246	1.171	1%
269-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	99	96	78	0%
270-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	530	840	1.098	1%

5.2 Neoplasie del polmone

I ricoveri dei residenti con segnalazione di neoplasia polmonare sono diminuiti del 45% (Tabella 5.4), da circa 14.100 nel 2000 a meno di 7.700 nel 2009. I ricoveri per tumore polmonare sono per gran parte attribuiti a DRG medici (Tabella 5.5), in particolare in regime ordinario.

Tabella 5.4. *Neoplasie del polmone: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2000-2009.*

	2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Non residente in Veneto	755	649	696	543	567	690	625	503	420	376
Residente e ricoverato in Regione	13.539	13.400	13.059	12.337	12.047	12.053	12.074	10.316	8.479	7.306
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	565	455	385	343	353	392	333	315	353	386
Attrazione	5,3%	4,6%	5,1%	4,2%	4,5%	5,4%	4,9%	4,6%	4,7%	4,9%
Fuga	4,0%	3,3%	2,9%	2,7%	2,8%	3,1%	2,7%	3,0%	4,0%	5,0%

Tabella 5.5. *Neoplasie del polmone: dimissioni, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2009.*

Regime - DRG		*N*	*%*	*giornate di degenza (o accessi)*	*%*	*degenza media (o numero medio di accessi)*
Ordinario	*Chirurgico*	1.357	18	18.254	20	13,5
	Medico	5.598	73	68.699	75	12,3
Diurno	*Chirurgico*	72	1	281	0	3,9
	Medico	654	9	3.891	4	5,9
Totale		7.682	100	91.126	100	11,9

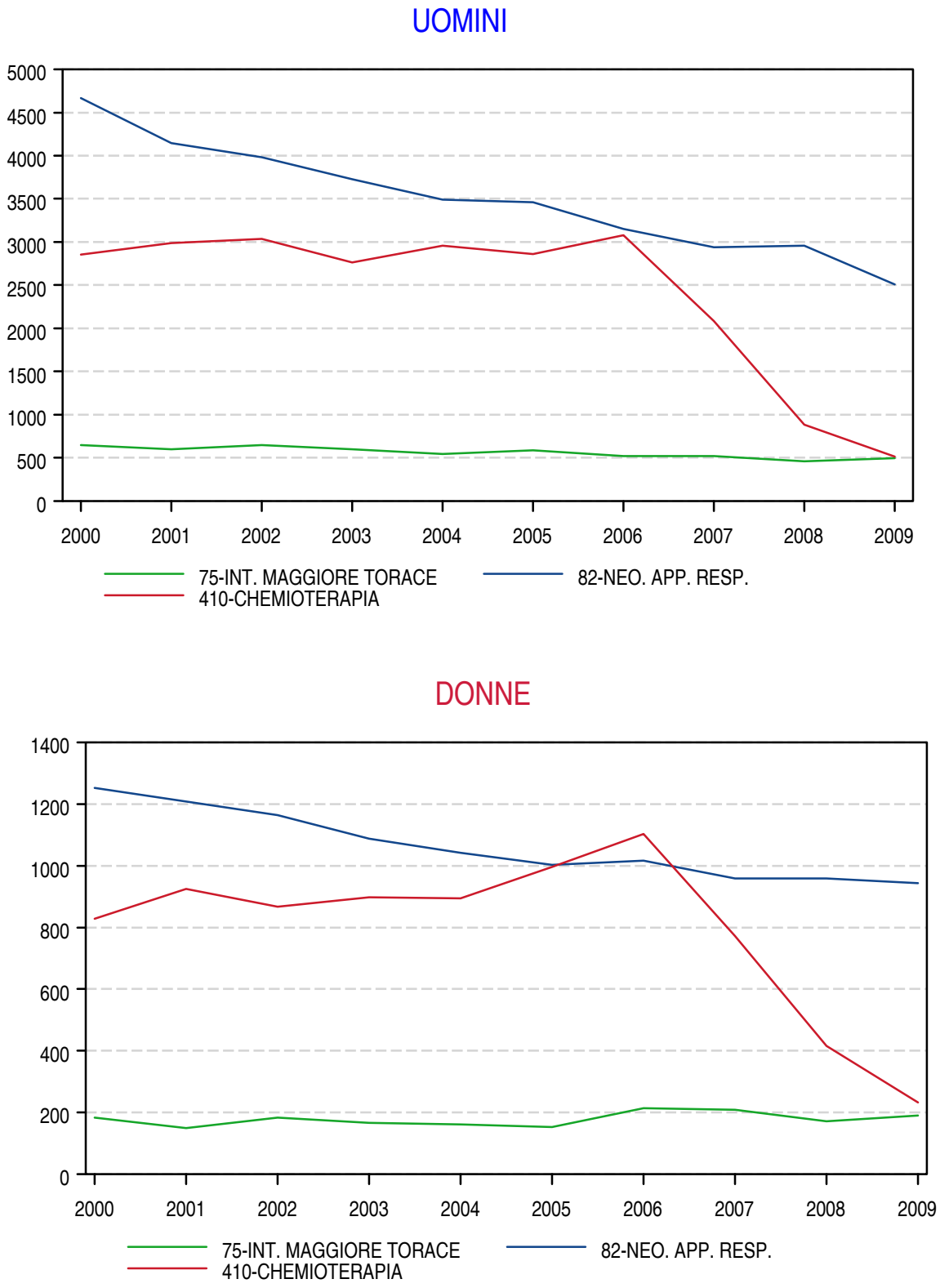
Il DRG più frequente (Tabella 5.6) nel 2009, nonostante una riduzione del 42% nel decennio in esame, è rappresentato da ricoveri medici per neoplasie dell'apparato respiratorio. Nel complesso si registra una lieve flessione (-9%) dei ricoveri con intervento chirurgico (considerando assieme i principali DRG chirurgici 75, 76, 77), anche se per i ricoveri con "interventi chirurgici maggiori" considerati isolatamente si registra un calo più marcato. Il crollo dei ricoveri per chemioterapia è in linea con quanto osservato per le ospedalizzazioni oncologiche nel loro complesso. Da notare infine che i ricoveri con DRG riferibili ad insufficienza respiratoria ed a localizzazioni a distanza proxy di complicanze e/o di maggior gravità clinica sono in aumento o comunque registrano un calo più contenuto rispetto agli altri DRG.

Tabella 5.6. *Neoplasie del polmone: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2009. Strutture del Veneto. Anni 2000, 2005, 2009.*

DRG	Anno			%
	2000	2005	2009	(2009)
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	6.005	4.506	3.456	45%
075-Interventi maggiori sul torace	954	838	780	10%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	3.514	3.942	652	8%
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	152	320	372	5%
076-Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	262	279	267	3%
077-Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	125	152	176	2%
010-Neoplasie del sistema nervoso con CC	174	236	168	2%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	176	244	139	2%
409-Radioterapia	305	238	104	1%
127-Insufficienza cardiaca e shock	87	101	91	1%

La Figura 5.2 rende più facilmente interpretabili gli effetti dei principali determinanti dei trend osservati: l'incidenza della patologia (in diminuzione negli uomini, stabile nelle donne), il passaggio di parte dell'assistenza medica dall'ospedale ad altri setting assistenziali, l'introduzione del Day-service per la chemioterapia. Di conseguenza, mentre il crollo dei ricoveri per chemioterapia si registra in entrambi i sessi, i ricoveri medici diminuiscono più sensibilmente negli uomini che nelle donne, mentre il calo dei ricoveri chirurgici è limitato al sesso maschile.

Figura 5.2. *Neoplasie del polmone: andamento dei ricoveri per i principali DRG distinti per sesso. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*



5.3 Neoplasie del colon-retto

Il totale delle ospedalizzazioni dei residenti con diagnosi di tumore del colon-retto, salito a 15.000-16.000 ricoveri annui nel quinquennio 2001-2006, si è dimezzato nel triennio successivo (Tabella 5.7). Nel 2009 il 54% dei ricoveri (Tabella 5.8) era rappresentato da DRG chirurgici in regime ordinario, che con una degenza media superiore alle due settimane giustificano quasi il doppio delle giornate di degenza dei ricoveri medici ordinari.

Tabella 5.7. *Neoplasie del colon-retto: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2000-2009.*

	2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Non residente in Veneto	733	801	740	794	856	853	943	809	521	467
Residente e ricoverato in Regione	13.517	15.301	14.758	14.339	15.300	14.926	15.192	12.906	9.224	7.570
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	590	595	530	595	578	578	494	516	531	532
Attrazione	5,1%	5,0%	4,8%	5,2%	5,3%	5,4%	5,8%	5,9%	5,3%	5,8%
Fuga	4,2%	3,7%	3,5%	4,0%	3,6%	3,7%	3,1%	3,8%	5,4%	6,6%

Tabella 5.8. *Neoplasie del colon-retto: dimissioni, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2009.*

Regime - DRG		*N*	*%*	*giornate di degenza (o accessi)*	*%*	*degenza media (o numero medio di accessi)*
Ordinario	*Chirurgico*	4.346	54	65.304	64	15,0
	Medico	3.030	38	33.965	33	11,2
Diurno	*Chirurgico*	59	1	112	0	1,9
	Medico	602	7	3.288	3	5,5
Totale		8.037	100	102.669	100	12,8

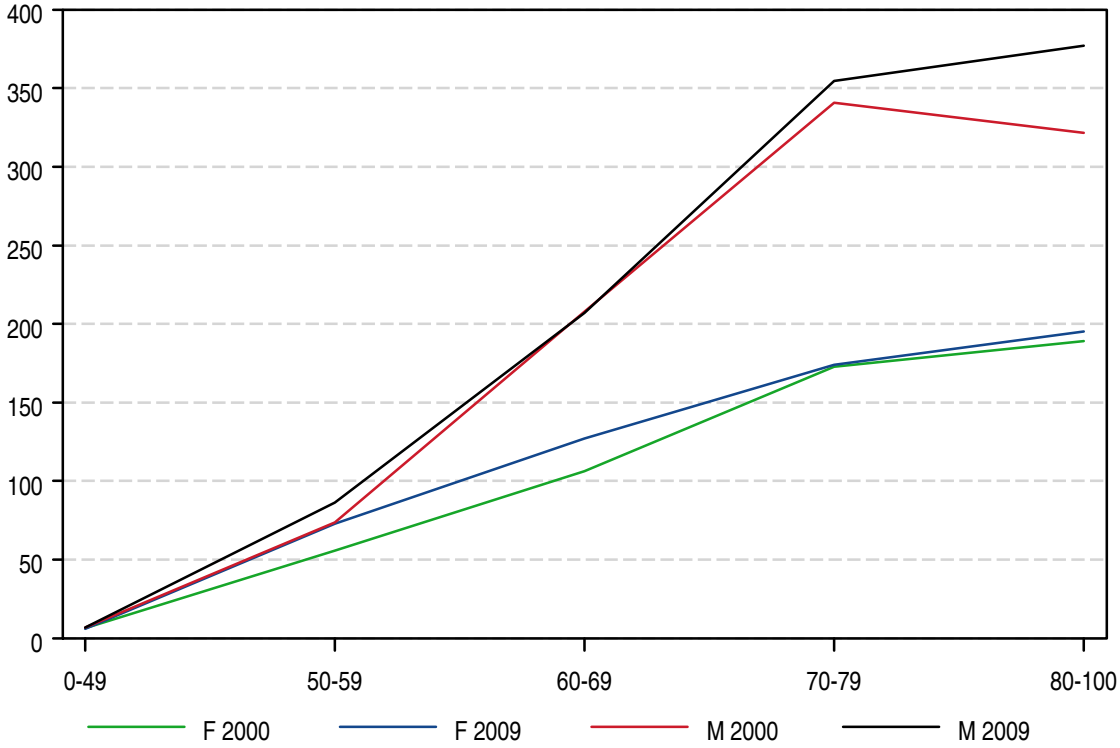
Dopo il passaggio della chemioterapia al regime ambulatoriale, i ricoveri più frequenti sono rappresentati dagli interventi maggiori sull'intestino crasso (Tabella 5.9), con o senza menzione di complicanze/ comorbidità (da notare come la classificazione dei DRG si sia modificata con l'adozione della nuova versione del grouper nel 2009). Considerando assieme i principali DRG chirurgici per interventi sul crasso e sul retto (con o senza CC), nel decennio il numero assoluto è cresciuto del 25%; tale aumento si è peraltro verificato fino al 2006, per stabilizzarsi nel triennio successivo. Nel frattempo, i ricoveri medici per neoplasie dell'apparato gastrointestinale si sono ridotti del 47%.

Tabella 5.9. *Neoplasie del colon-retto: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2009. Strutture del Veneto. Anni 2000, 2005, 2009.*

DRG	Anno			%
	2000	2005	2009	(2009)
148-Iinterventi maggiori su intestino crasso e tenue, con CC	1.261	1.468		0%
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	1.162	1.564	1.833	23%
570-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore			1.004	12%
569-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore			356	4%
172-Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	1.607	1.413	1.101	14%
173-Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	1.527	981	560	7%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	5.105	7.003	650	8%
146-Resezione rettale con CC	234	254	175	2%
147-Resezione rettale senza CC	363	375	392	5%
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	232	240	147	2%
409-Radioterapia	225	327	107	1%

Tra i ricoveri dei residenti con tumore maligno del colon e del retto, sono stati poi selezionati quelli con interventi di resezione del colon (codici 45.7x-45.8) o del retto (48.49, 48.5, 48.6x); rapportando i numeri assoluti di intervento chirurgico alla popolazione residente, il tasso di intervento risulta circa doppio negli uomini rispetto alle donne, almeno a partire dai 60 anni (Figura 5.3). I tassi di intervento aumentano nel periodo considerato nei maschi in misura più pronunciata nella popolazione più anziana (≥80 anni); nelle donne principalmente nella fascia di età dei 50-69 anni.

Figura 5.3. *Neoplasie del colon-retto: tassi di primo intervento (per 100.000) per sesso e classe di età. Residenti in Veneto. Anni 2000 e 2009.*



5.4 Neoplasie della mammella

Il numero di ricoveri totali delle residenti con segnalazione di neoplasia mammaria nel periodo 2001-2006 si attestava attorno alle 17.000-18.000 ospedalizzazioni, per scendere sotto le 10.000 nel 2009. Diversamente dalle altre sedi tumorali esaminate, l'indice di fuga si è mantenuto costantemente superiore a quello di attrazione per tutto il periodo considerato, con un saldo negativo della mobilità che è andato ampliandosi nel tempo (Tabella 5.10). Circa il 72% dei ricoveri totali è attribuito a DRG chirurgici. Tra i ricoveri ordinari quelli attribuiti a DRG chirurgico risultano quasi il triplo rispetto ai ricoveri con DRG medico, però con un consumo simile di giornate di degenza, legato alla maggior degenza media dei ricoveri medici (Tabella 5.11).

Tabella 5.10. *Neoplasie della mammella: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2000-2009.*

	2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Non residente in Veneto	651	629	753	635	653	855	878	614	546	490
Residente e ricoverato in Regione	16.036	17.461	17.426	16.862	16.467	16.556	16.591	14.535	11.002	9.434
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	1.030	1.140	1.109	1.033	1.133	1.156	1.172	1.180	1.166	1.229
Attrazione	3,9%	3,5%	4,1%	3,6%	3,8%	4,9%	5,0%	4,1%	4,7%	4,9%
Fuga	6,0%	6,1%	6,0%	5,8%	6,4%	6,5%	6,6%	7,5%	9,6%	11,5%

Tabella 5.11. *Neoplasie della mammella: dimissioni, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2009.*

Regime - DRG		N	%	giornate di degenza (o accessi)	%	degenza media (o numero medio di accessi)
Ordinario	Chirurgico	5.369	54	22.407	41	4,2
	Medico	1.909	19	20.702	38	10,8
Diurno	Chirurgico	1.791	18	3.489	6	1,9
	Medico	855	9	7.591	14	8,9
Totale		9.924	100	54.189	100	5,5

Per quanto riguarda la distribuzione dei principali DRG, è da notare che il crollo dei ricoveri per chemioterapia (-90%) è stato più accentuato che per altre sedi di neoplasia (Tabella 5.12). Anche la riduzione dei ricoveri medici per neoplasie maligne della mammella con o senza segnalazione di comorbidità/complicanze è stata particolarmente marcata (-72%), così come è da segnalare la caduta dei ricoveri per localizzazione scheletriche. Tra i ricoveri chirurgici, da sottolineare il calo del 14% delle mastectomie radicali (DRG 257-258), il cui numero risulta nel 2009 pari a 1.615, e la contemporanea crescita del 30% degli interventi conservativi (DRG 259-260), che nel 2009 assommano a 3.623. Infine, un numero di ricoveri in consistente crescita è riferibile a follow-up di donne con tumore mammario (DRG 408).

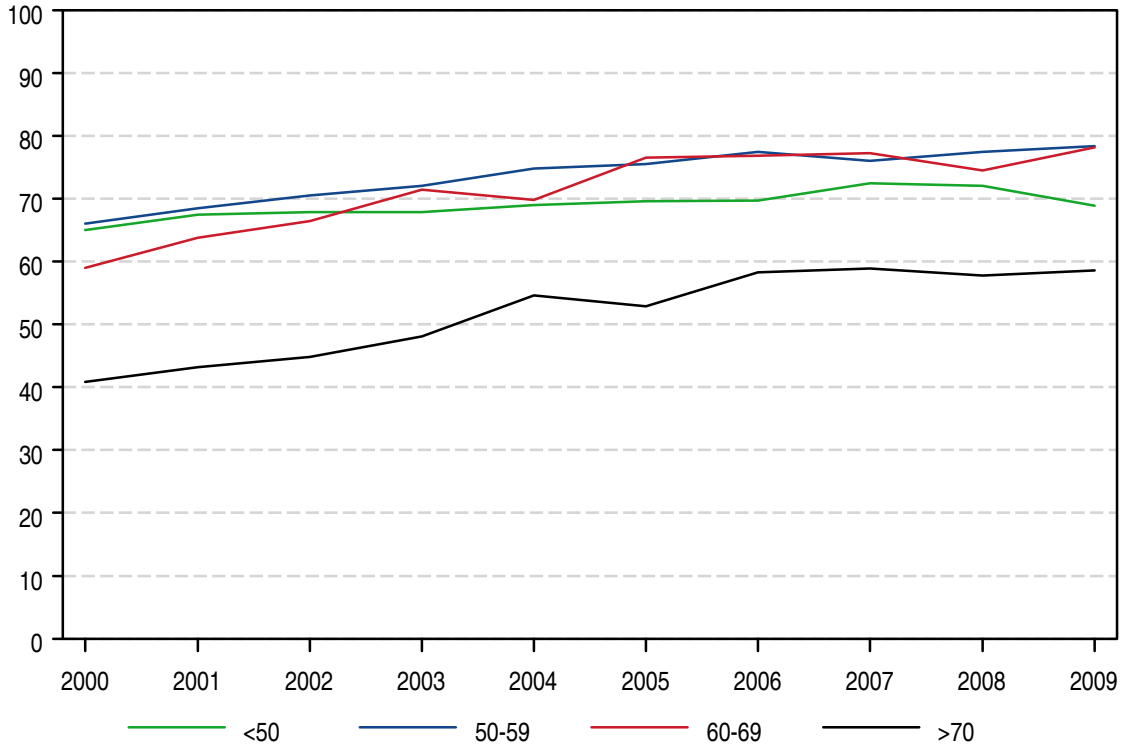
Tabella 5.12. *Neoplasie della mammella: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2009. Strutture del Veneto. Anni 2000, 2005, 2009.*

DRG	Anno			%
	2000	2005	2009	(2009)
259-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	265	300	347	3%
260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.512	3.129	3.276	33%
408-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	517	998	1.346	14%
257-Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	340	255	348	4%
258-Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	1.538	1.358	1.267	13%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	6.414	6.741	648	7%
274-Neoplasie maligne della mammella con CC	1.046	678	462	5%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	744	1.142	348	4%
270-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	158	217	216	2%
409-Radioterapia	225	512	192	2%

Sono poi stati selezionati i ricoveri delle donne residenti nel Veneto con codice di chirurgia conservativa (85.21-85.23) o di chirurgia radicale (85.41-85.48); in caso di più ricoveri è stato considerato il primo. E' stata inclusa nell'approccio conservativo anche la biopsia chirurgica della mammella (85.12) in assenza di altra segnalazione di intervento. La Figura 5.4 mostra come il diffondersi della chirurgia conservativa si sia verificato principalmente fino al 2005-2006, ed abbia interessato non solo le fasce di età coinvolte nello screening mammografico

(dove nell'ultimo quinquennio un primo approccio non demolitivo ha interessato quasi l'80% delle donne trattate per tumore mammario), ma anche le donne sopra i 70 anni.

Figura 5.4. *Neoplasie della mammella: percentuale di intervento di tipo conservativo sul totale dei primi interventi per classi di età. Donne residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*



5.5 Neoplasie della prostata

Il totale delle ospedalizzazioni dei residenti nel Veneto per tumore della prostata nel periodo 2001-2005 oscillava intorno ai 7.000 ricoveri annui, mentre è risultato poco superiore ai 5.100 nel 2009. La Tabella 5.13 mostra come l'indice di attrazione aumenti sostanzialmente nell'arco temporale esaminato fino a superare il 14%, e superi di gran lunga l'indice di fuga. I ricoveri ordinari con DRG chirurgico costituiscono il 56% delle ospedalizzazioni per tumore della prostata negli ospedali regionali (Tabella 5.14), con una degenza media di poco superiore agli 8 giorni.

Tabella 5.13. *Neoplasie della prostata: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2000-2009.*

	2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Non residente in Veneto	585	757	733	820	807	803	865	838	881	811
Residente e ricoverato in Regione	6.014	6.860	7.112	6.883	6.857	6.902	6.328	5.531	5.407	4.961
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	165	156	152	138	141	194	195	181	205	191
Attrazione	8,9%	9,9%	9,3%	10,6%	10,5%	10,4%	12,0%	13,2%	14,0%	14,1%
Fuga	2,7%	2,2%	2,1%	2,0%	2,0%	2,7%	3,0%	3,2%	3,7%	3,7%

Tabella 5.14. *Neoplasie della prostata: dimissioni, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2009.*

Regime - DRG		*N*	*%*	*giornate di degenza (o accessi)*	*%*	*degenza media (o numero medio di accessi)*
Ordinario	*Chirurgico*	3.226	56	26.375	54	8,2
	Medico	1.563	27	19.062	39	12,2
Diurno	*Chirurgico*	275	5	445	1	1,6
	Medico	707	12	3.091	6	4,4
Totale		5.772	100	48.984	100	8,5

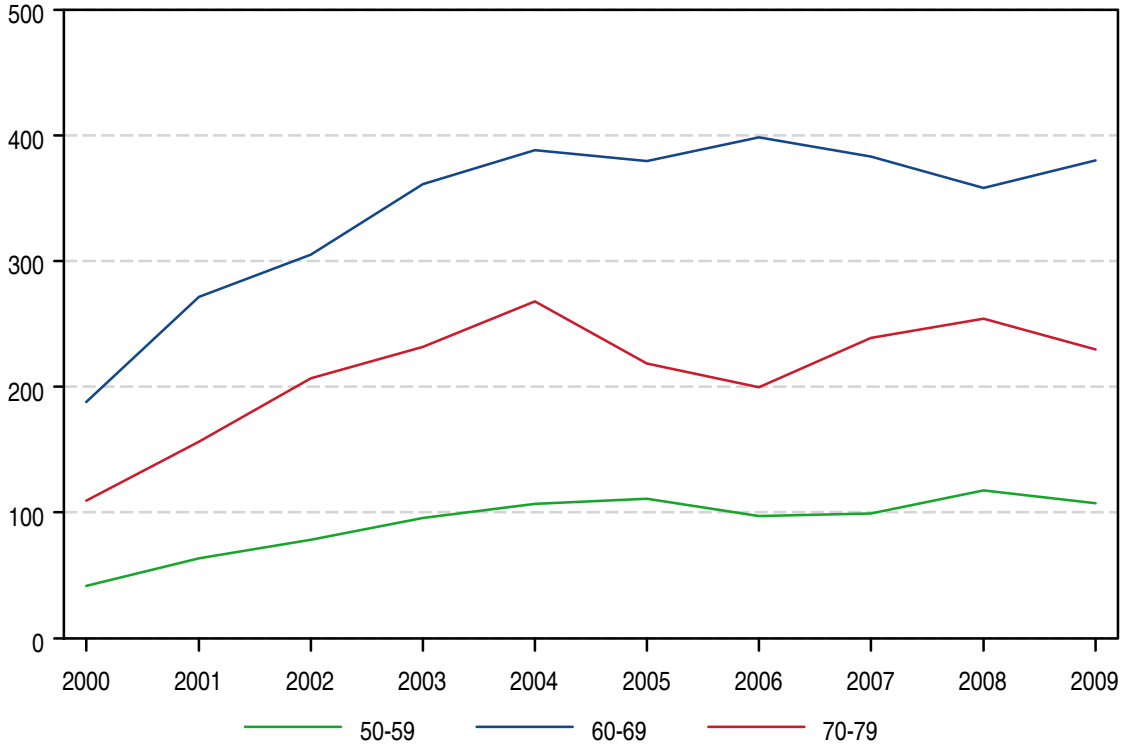
I DRG medici di "neoplasia maligna dell'apparato genitale maschile", con o senza menzione di comorbidità e complicanze, si sono più che dimezzati nel periodo considerato (-59%), mentre nel contempo si è verificato un aumento eclatante degli interventi maggiori sulla pelvi maschile (+149%, Tabella 5.15). La presenza di fratture patologiche giustifica una quota considerevole di ricoveri, ma con forti oscillazioni annuali. I DRG di prostatectomia transuretrale potrebbero essere attribuibili al riscontro incidentale di un focolaio di neoplasia maligna dopo intervento per patologia benigna, o al trattamento di neoplasie prostatiche localmente avanzate. Sono quasi scomparsi i ricoveri per chemioterapia e radioterapia.

Tabella 5.15. *Neoplasie della prostata: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2009. Strutture del Veneto. Anni 2000, 2005, 2009.*

DRG	Anno			%
	2000	2005	2009	(2009)
334-Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	93	205	221	4%
335-Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	871	1.874	2.181	38%
346-Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	848	520	299	5%
347-Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	1.088	407	499	9%
344-Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	131	378	377	7%
336-Prostatectomia transuretrale con CC	66	73	48	1%
337-Prostatectomia transuretrale senza CC	205	201	267	5%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	143	439	195	3%
127-Insufficienza cardiaca e shock	139	156	110	2%
311-Interventi per via transuretrale senza CC	114	99	70	1%

Infine, sono stati identificati (dimissioni con diagnosi 185 e codice di intervento ICD-9-CM 60.5) quasi 15.200 interventi di prostatectomia radicale eseguiti su residenti nel Veneto (in Regione o fuori Regione) nello scorso decennio. Si è rilevata una fortissima crescita di tali interventi fino al 2004; nell'ultimo quinquennio si sono stabilizzati attorno ai 1.700/1.800 all'anno. I tassi di prostatectomia radicale sono aumentati in tutte le classi di età fino al 2004 (Figura 5.5); nella classe di età 60-69 nel 2009 si è comunque registrato un tasso vicino ai 400 interventi su 100.000 abitanti.

Figura 5.5. *Neoplasie della prostata: tassi del primo intervento di prostatectomia radicale (per 100.000) per classi di età. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*



5.6 Neoplasie della vescica

Nonostante un lieve calo registrato nell'ultimo triennio, il numero di ricoveri dei residenti in Veneto per neoplasie vescicali risulta sostanzialmente stabile nel corso del periodo esaminato, con valori compresi tra 13.000 e 14.500 ospedalizzazioni/anno (Tabella 5.16). In tutto il decennio, la mobilità attiva assume dimensioni rilevanti, mentre la mobilità passiva è pressoché assente. Circa due terzi dei ricoveri ha un DRG chirurgico, con una suddivisione quasi uguale tra ricoveri ordinari e diurni (Tabella 5.17); la maggior parte dei ricoveri medici è invece in regime diurno. I ricoveri si caratterizzano per una breve degenza media o per un basso numero medio di accessi in DH.

Tabella 5.16. *Neoplasie della vescica: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2000-2009.*

	2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Non residente in Veneto	2.451	2.659	2.562	2.509	2.526	2.414	2.422	2.438	2.394	2.352
Residente e ricoverato in Regione	12.849	13.917	13.274	12.934	13.189	13.887	14.242	14.280	13.177	12.784
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	183	147	176	153	157	163	178	173	205	188
Attrazione	16,0%	16,0%	16,2%	16,2%	16,1%	14,8%	14,5%	14,6%	15,4%	15,5%
Fuga	1,4%	1,0%	1,3%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,5%	1,4%

Tabella 5.17. *Neoplasie della vescica: dimissioni, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2009.*

Regime - DRG		N	%	giornate di degenza (o accessi)	%	degenza media (o numero medio di accessi)
Ordinario	Chirurgico	5.044	33	27.480	49	5,4
	Medico	1.568	10	13.192	24	8,4
Diurno	Chirurgico	4.778	32	8.689	16	1,8
	Medico	3.746	25	6.634	12	1,8
Totale		15.136	100	55.995	100	3,7

La Tabella 5.18 mostra come la maggioranza dei ricoveri sia giustificata da trattamento e follow-up di neoplasie localizzate; si tratta di ricoveri non interessati dai recenti provvedimenti regionali volti al trasferimento dell'assistenza oncologica in ambito ambulatoriale, per cui il loro numero risulta stabile nel tempo (interventi per via trans uretrale con o senza CC), o in aumento (DRG 407, 408, 412). Crollano invece i ricoveri medici per neoplasie delle vie urinarie (-62% tra complicati e non). Dal 2009 c'è stata l'introduzione del nuovo DRG di interventi maggiori sulla vescica, che ha raccolto la maggioranza dei ricoveri prima classificati nel DRG 303; considerati assieme i due DRG sono in lieve crescita (+13%).

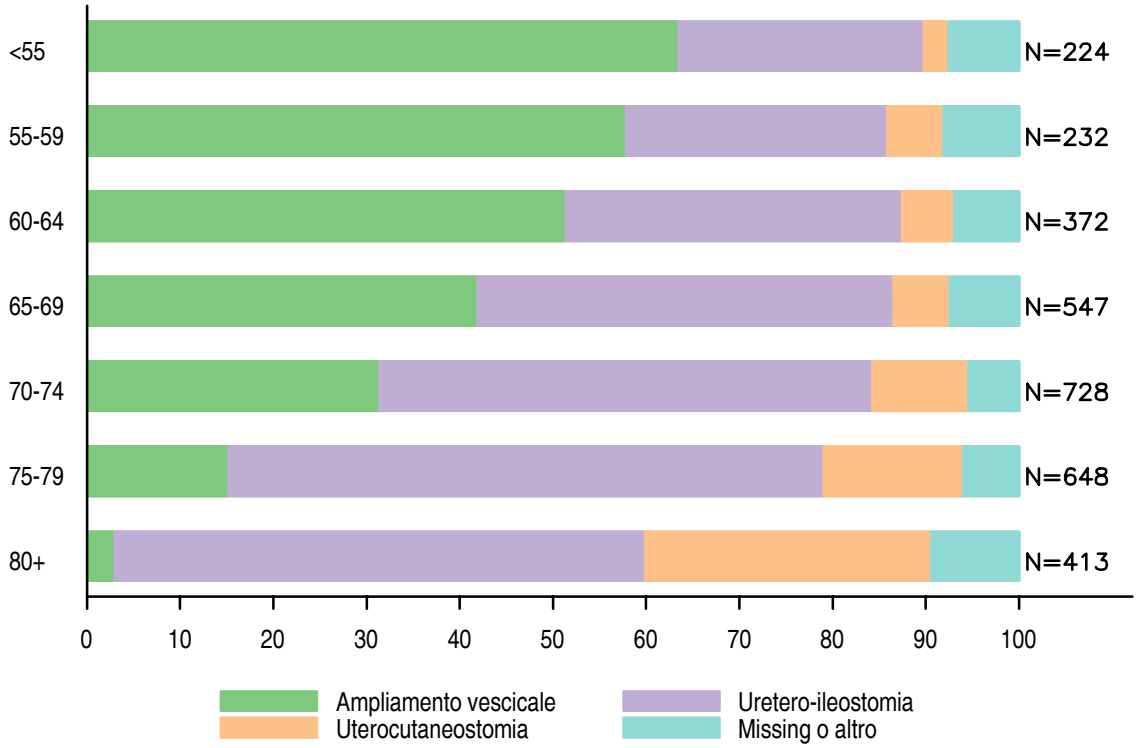
Tabella 5.18. *Neoplasie della vescica: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2009. Strutture del Veneto. Anni 2000, 2005, 2009.*

DRG	Anno			%
	2000	2005	2009	(2009)
310-Interventi per via transuretrale con CC	812	802	384	3%
311-Interventi per via transuretrale senza CC	4.980	4.971	5.427	36%
412-Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	2.353	3.233	3.288	22%
407-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	132	149	429	3%
408-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	1.174	1.984	2.559	17%
318-Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	616	484	282	2%
319-Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	2.505	1.977	891	6%
573-Interventi maggiori sulla vescica			469	3%
309-Interventi minori sulla vescica senza CC	176	112	162	1%
411-Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	162	187	132	1%
303-Interventi su rene e uretere per neoplasia	515	623	111	1%

Infine, negli interventi di cistectomia radicale/totale/exenteratio per tumore della vescica (codici di intervento 57.71, 57.79 e 68.8) effettuati su residenti nel Veneto (inclusa mobilità passiva), è stato analizzato il tipo di diversione urinaria classificandolo come continente (57.87), ureteroileostomia (56.51, 56.71), ureterocutaneostomia (56.61). Sono stati inclusi più di 3.100 interventi, ed in solo il 7% non era individuabile la tipologia di ricostruzione delle vie urinarie. In un terzo dei ricoveri era segnalata una diversione continente (peraltro la modalità principale

fino ai 64 anni, vedi Figura 5.6), in quasi la metà un'ureteroileostomia; una frazione rilevante degli ultra-ottantenni era sottoposta a ureterocutaneostomia.

Figura 5.6. *Neoplasie della vescica: distribuzione del tipo di diversione per classi di età. Residenti in Veneto. Periodo 2000-2009.*



5.7 Neoplasie del rene

I ricoveri dei residenti per neoplasie del rene (esclusa pelvi) mostrano un trend in riduzione a partire dal 2001; la mobilità attiva supera largamente quella passiva per tutto il decennio (Tabella 5.19). Il 57% delle ospedalizzazioni è costituita da ricoveri ordinari con DRG chirurgico, con una degenza media che si avvicina ai 10 giorni (Tabella 5.20); i ricoveri in regime diurno sono in numero trascurabile.

Tabella 5.19. *Neoplasie del rene: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2000-2009.*

	2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Non residente in Veneto	215	234	269	231	261	202	203	249	241	254
Residente e ricoverato in Regione	2.319	2.611	2.405	2.295	2.443	2.427	2.141	2.032	1.875	1.716
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	143	146	120	138	135	130	135	102	112	121
Attrazione	8,5%	8,2%	10,1%	9,1%	9,7%	7,7%	8,7%	10,9%	11,4%	12,9%
Fuga	5,8%	5,3%	4,8%	5,7%	5,2%	5,1%	5,9%	4,8%	5,6%	6,6%

Tabella 5.20. *Neoplasie del rene: dimissioni, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2009.*

Regime - DRG		N	%	giornate di degenza (o accessi)	%	degenza media (o numero medio di accessi)
Ordinario	Chirurgico	1.128	57	10.826	54	9,6
	Medico	707	36	8.706	43	12,3
Diurno	Chirurgico	11	1	37	0	3,4
	Medico	124	6	629	3	5,1
Totale		1.970	100	20.198	100	10,3

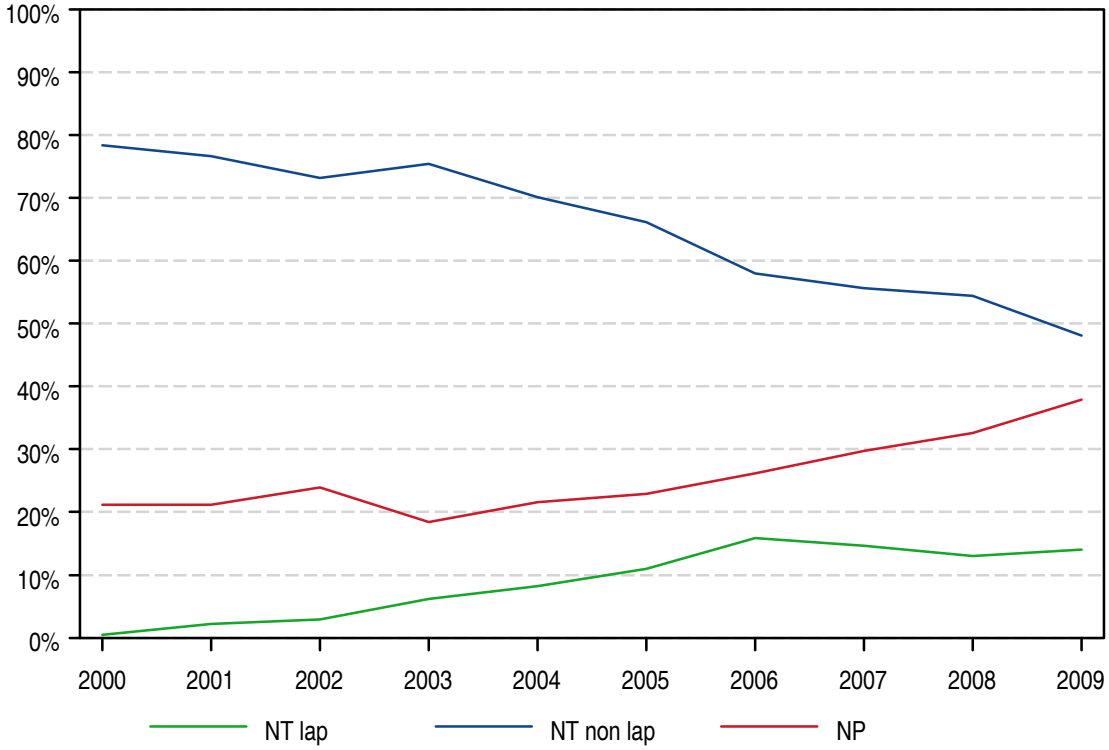
Mentre i ricoveri medici per neoplasie del rene e delle vie urinarie si sono dimezzati nel corso del decennio, il DRG chirurgico di interventi su rene e uretere per neoplasia ha registrato un aumento del 33% ed ora giustifica la metà dei ricoveri per neoplasie renali (Tabella 5.21).

Tabella 5.21. *Neoplasie del rene: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2009. Strutture del Veneto. Anni 2000, 2005, 2009.*

DRG	Anno			%
	2000	2005	2009	(2009)
303-Interventi su rene e uretere per neoplasia	753	904	1.004	51%
318-Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	404	354	241	12%
319-Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	295	152	117	6%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	268	407	58	3%
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	65	76	48	2%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	47	95	35	2%
316-Insufficienza renale	9	23	19	1%
409-Radioterapia	21	26	18	1%
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	21	25	17	1%
075-Interventi maggiori sul torace	14	17	15	1%

La Figura 5.7 mostra la distribuzione degli interventi di nefrectomia sui residenti nel Veneto secondo una classificazione che individua nefrectomie totali a cielo aperto (codici 55.51, 55.52 e 55.54), nefrectomie totali laparoscopiche (compresenza dei codici di cui sopra e di uno dei codici 54.21, 54.51 e 51.23), nefrectomie parziali (55.4, a cielo aperto e laparoscopiche assieme). Nonostante gli interventi laparoscopici siano in questo modo largamente sottostimati, si può vedere come l'analisi delle SDO catturi i grandi trend nel trattamento chirurgico delle neoplasie renali: l'aumento delle nefrectomie parziali, che si evidenzia soprattutto nell'ultimo quinquennio, fino ad avvicinarsi al 40% del totale degli interventi; l'introduzione della nefrectomia laparoscopica nei primi anni dello scorso decennio; il calo degli interventi tradizionali sostenuto prima dal diffondersi degli interventi laparoscopici e più recentemente dall'incremento della quota di nefrectomie parziali.

Figura 5.7. *Neoplasie del rene: distribuzione percentuale del tipo di nefrectomia eseguita (totale laparoscopica (NT lap.) ed a cielo aperto (NT non lap.), nefrectomia parziale (NP)). Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*



Capitolo 6
Le patologie dell'apparato respiratorio

In questo paragrafo vengono descritte le principali caratteristiche dell'ospedalizzazione per patologie respiratorie in Veneto nello scorso decennio. Sono state selezionate le dimissioni dei residenti in Veneto con diagnosi principale appartenente al capitolo 8 della classificazione internazionale delle malattie (codici ICD-9-CM 460-519) relative al periodo 2000-2009. Le diagnosi per patologie dell'apparato respiratorio sono state classificate seguendo i sottocapitoli dell'ICD-9-CM, tranne che per le *pneumoconiosi* (inserite all'interno del sottocapitolo delle *malattie polmonari cronico-ostruttive*), alcune *malattie del polmone da agenti esterni* (analizzate insieme alle *altre malattie dell'apparato respiratorio*) e l'insufficienza respiratoria che è stata analizzata separatamente (Tabella 6.1).

Tabella 6.1. *Classificazione delle patologie dell'apparato respiratorio.*

Categoria	*Codici ICD-9-CM*
Infezioni acute delle vie respiratorie	*460-466*
Altre malattie delle vie respiratorie superiori	*470-478*
Polmonite e influenza	*480-487*
Malattie polmonari cronico-ostruttive e pneumoconiosi	*490-505*
Altre malattie del sistema respiratorio	*506-517, 518.0, 518.1, 518.2, 518.3, 518.4, 518.89, 519*
Insufficienza respiratoria	*518.81, 518.82, 518.83, 518.84*

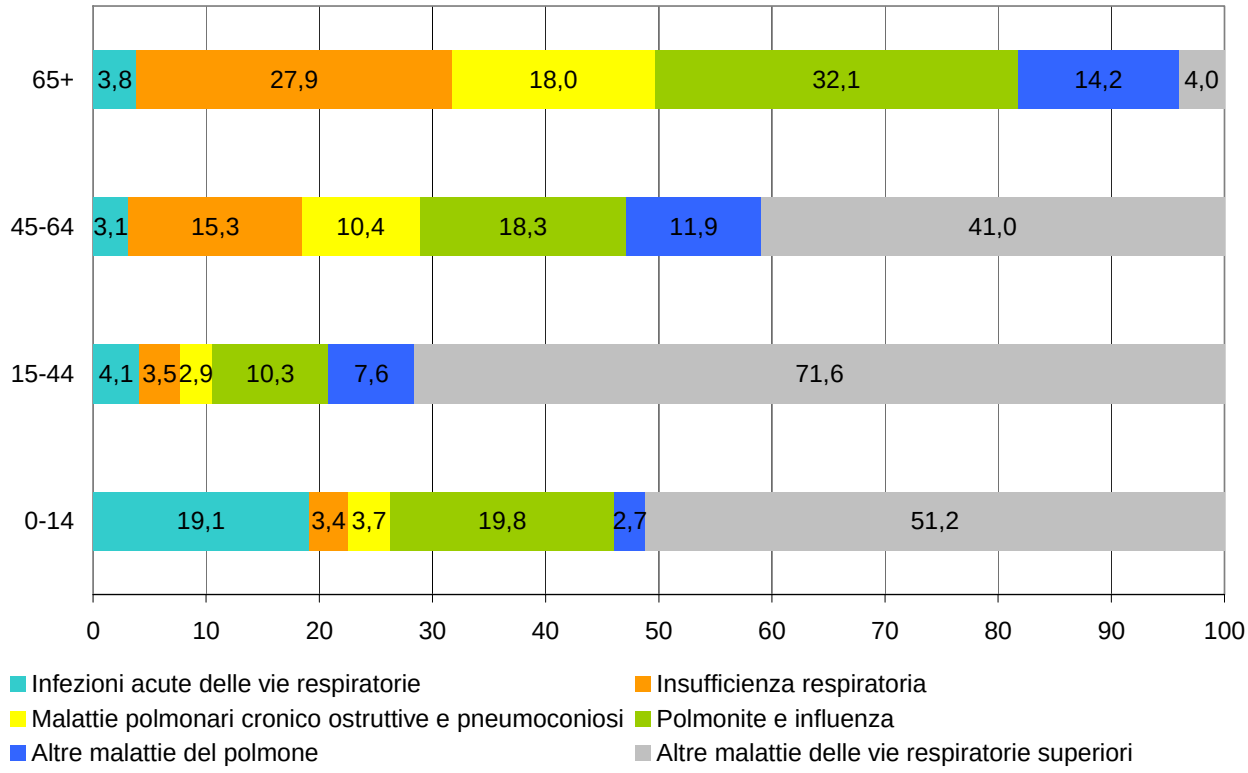
Nel 2009 nei residenti in Veneto si sono registrate 54.235 dimissioni con una diagnosi principale di patologie dell'apparato respiratorio. L'indice di attrazione ha presentato un valore pari a 5,6% e quello di fuga a 3,5%. Il 56,3% delle dimissioni si è verificato nei maschi e il 51,2% nella classe di età 65 e più anni. Dalla Tabella 6.2 si osserva che tra il 2000 e il 2009 l'andamento delle dimissioni per patologie respiratorie risulta essere in calo, tranne che nel passaggio dal 2004 al 2005 e dal 2008 al 2009. L'analisi delle dimissioni per patologie respiratorie per classi di età ha evidenziato come tali scostamenti dal trend complessivo sono attribuibili all'andamento dei ricoveri nella classe 65 e più anni, per la quale si verifica un aumento dell'ospedalizzazione per le patologie in questione anche nel 2003.

Tabella 6.2*. Patologie dell'apparato respiratorio: numero di dimissioni per sesso e anno. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

Sesso	*2000*	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Maschi	34.883	33.708	33.010	32.958	31.641	33.129	31.339	31.338	30.184	30.544
Femmine	26.609	25.557	25.200	25.020	24.378	25.490	24.300	23.908	23.406	23.691
Totale	61.492	59.265	58.210	57.978	56.019	58.619	55.639	55.246	53.590	54.235

Nella Figura 6.1 viene presentata la distribuzione delle dimissioni per categorie di diagnosi e classe di età. Nel 2009 fino ai 64 anni la maggior parte delle dimissioni per patologie respiratorie è giustificata dalle *altre malattie delle vie respiratorie superiori*. All'interno di questa categoria le condizioni morbose più frequenti nella classe 0-14 anni sono l'*ipertrofia isolata delle adenoidi* (1.736 ricoveri, 57,0% maschi), l'*ipertrofia della tonsilla con le adenoidi* (1.284 ricoveri, 59,1% maschi), le *vegetazioni adenoidee* (548 ricoveri, 59,3% maschi) e la *tonsillite e adenoidite cronica* (526 ricoveri, 52,7% maschi). Nelle classe 15-44 anni risultano maggiormente rappresentate nella categoria in questione la *deviazione del setto nasale* (2.029 dimissioni, 72,2% maschi), la *tonsillite cronica* (1.963 dimissioni, 42,2% maschi), l'*ipertrofia dei turbinati nasali* (486 dimissioni, 61,9% maschi), l'*ascesso peritonsillare* (437 dimissioni, 60,6% maschi), mentre nella classe 45-64 anni la *deviazione del setto nasale* (722 dimissioni, 74,0% maschi), i *polipi delle corde vocali e della laringe* (281 dimissioni, 56,2% maschi), i *polipi della cavità nasale* (263 dimissioni, 75,3% maschi) e *l'ipertrofia dei turbinati nasali* (245 dimissioni, 63,7% maschi). La seconda categoria per numero di dimissioni, da 0 a 64 anni, è *polmonite e influenza*. La terza categoria per numerosità di ricoveri nella classe 0-14 è quella relativa alle *infezioni acute delle vie respiratorie*, tra cui prevale la *bronchiolite*, mentre nella classe 15-44 le *altre malattie del sistema respiratorio*, tra cui il più frequente è il *pneumotorace spontaneo*; infine nella classe 45-64 al terzo posto troviamo l'*insufficienza respiratoria*. Nella classe di età 65 e più anni al primo posto troviamo le dimissioni per *polmonite e influenza* seguite da quelle per *insufficienza respiratoria* e per *patologie cronico-ostruttive*.

Figura 6.1. *Patologie dell'apparato respiratorio: percentuale di ricoveri per categoria di diagnosi per classi di età. Residenti in Veneto. Anno 2009.*



Nel 2009 il 72,9% dei ricoveri per patologie dell'apparato respiratorio è rappresentato dai dieci DRG riportati in Tabella 6.3. Il DRG che giustifica il maggior numero di ricoveri (14,5%) è quello di *Edema polmonare e insufficienza respiratoria* che risulta in aumento negli ultimi dieci anni. Al secondo posto troviamo i ricoveri con DRG di *Polmonite semplice e pleurite, età > 17*

anni con complicanze sostanzialmente stabili nel periodo di tempo considerato. In terza posizione troviamo le dimissioni con DRG di *Malattia polmonare cronica ostruttiva* che risultano in forte calo (-47,1%). Altri DRG medici in diminuzione sono quello di *Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza complicanze*, di *Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni* e di *Bronchite e asma, età < 18 anni.* Con riferimento ai DRG chirurgici nel periodo di tempo analizzato si assiste alla diminuzione delle dimissioni con i DRG di *Tonsillectomia e/o adenoidectomia,* mentre sono in aumento quelle con DRG di *Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni* e di *Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola*.

Considerando la distribuzione dei DRG per classi di età si osserva come i DRG più frequenti fino ai 65 anni siano di tipo chirurgico. In particolare nella classe 0-14 il primo DRG è quello di *Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni* (45,4% dei ricoveri nel 2009). Nella classe 15-44 al primo posto troviamo il DRG di *Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola,* e al secondo quello di *Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni*. Anche dai 45 ai 64 anni il DRG che giustifica il maggior numero di dimissioni è quello di *Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola,* seguito da quello di *Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni*. Nella classe di età 65 e più anni risultano più frequenti i DRG medici di *Edema polmonare e insufficienza respiratoria, Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con complicanze* e *Malattia polmonare cronica ostruttiva* che nel 2009 hanno giustificato 17.014 dimissioni, pari al 61,3% del totale.

Tabella 6.3*. Patologie dell'apparato respiratorio: dimissioni per i DRG più frequenti (valore assoluto e percentuale sul totale dei ricoveri nel 2009).Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

DRG	*2000*	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*	*% 2009*
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3.166	4.279	4.976	5.733	5.675	6.302	7.204	7.495	7.763	7.876	14,5
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con complicanze	6.234	6.255	6.465	7.089	6.475	7.385	6.276	6.055	6.252	6.545	12,1
088-Malattia polmonare cronica ostruttiva	9.844	8.390	7.758	7.553	7.206	7.478	6.193	6.104	5.713	5.210	9,6
060-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	6.738	7.019	6.444	5.803	5.597	5.708	5.912	5.412	4.431	4.928	9,1
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	3.451	3.641	3.557	3.423	3.653	3.535	3.574	4.135	3.905	4.043	7,5
090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza complicanze	4.345	3.951	3.390	3.533	3.228	3.716	3.696	3.672	3.694	3.849	7,1
053-Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	1.370	1.305	1.393	1.461	1.536	1.652	1.771	1.888	1.933	2.076	3,8
091-Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	2.262	2.353	2.088	1.984	1.841	1.904	1.927	1.810	1.696	1.808	3,3
059-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	2.004	2.149	2.097	1.944	2.046	1.925	1.947	1.940	1.673	1.746	3,2
098-Bronchite e asma, età < 18 anni	2.368	2.541	2.595	2.302	2.265	1.961	1.931	1.913	1.952	1.440	2,7
Altro	19.710	17.382	17.447	17.153	16.497	17.053	15.210	14.822	14.578	14.714	27,1

Considerato il minor utilizzo delle diagnosi secondarie osservato in diversi setting assistenziali, si è analizzata la frequenza di codici di patologie polmonari croniche ostruttive in diagnosi secondaria in ricoveri con diagnosi principale di altre forme morbose, in particolare le neoplasie, le malattie dell'apparato circolatorio e le malattie dell'appartato respiratorio. Va sottolineato che nel periodo considerato si è registrata una riduzione, particolarmente marcata nel passaggio dal 2005 al 2006, della loro segnalazione sia in diagnosi principale sia in quella secondaria (Tabella 6.4). In particolare dalla Tabella 6.5 si può osservare come vi sia una riduzione del numero di ricoveri con diagnosi secondaria di malattia polmonare cronico-ostruttiva associata ad una diagnosi principale di neoplasia (-57,4%) ed in particolare di tumore al polmone (-54,6%). Lo stesso fenomeno si verifica in riferimento alle patologie cardiocircolatorie (-39,0%), con una riduzione molto più contenuta nei ricoveri per scompenso cardiaco (-11,4%). Anche il numero di dimissioni con diagnosi secondaria di patologie respiratorie cronico-ostruttive associata ad una diagnosi principale di altra malattia respiratoria risulta in diminuzione (-6,3%), in particolare nei ricoveri con diagnosi principale di polmonite e influenza (-35,1%); una tendenza opposta si registra per i ricoveri con diagnosi principale di insufficienza respiratoria in cui si verifica un aumento (+32,9%).

Tabella 6.4. *Malattie polmonari croniche ostruttive e condizioni associate: dimissioni per tipo di diagnosi. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

Anno	*Principale*	*Secondaria*	*Totale*
2000	12.852	21.891	34.743
2001	10.975	21.753	32.728
2002	10.180	20.977	31.157
2003	9.700	20.513	30.213
2004	9.318	19.483	28.801
2005	9.498	19.572	29.070
2006	7.803	15.756	23.559
2007	7.558	14.804	22.362
2008	7.231	14.489	21.720
2009	6.367	13.501	19.868

***Tabella 6.5**. Patologie dell'apparato respiratorio: dimissioni con diagnosi secondaria di malattie polmonari cronico-ostruttive per diagnosi principale. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

Diagnosi principale (codici ICD-9-CM)	Anno									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Neoplasie (140-239), di cui:	2.276	2.209	2.070	1.917	1.776	1.626	1.203	1.253	1.085	969
- tumori maligni dei polmoni (162).	823	724	763	659	586	566	409	462	414	374
Malattie circolatorie (390-459), di cui:	7.172	7.152	6.921	6.698	6.709	6.369	5.179	4.708	4.738	4.374
- scompenso cardiaco (428).	2.163	2.365	2.272	2.150	2.375	2.279	1.963	1.908	2.061	1.916
Malattie respiratorie (460-519), di cui:	4.944	5.210	5.429	5.831	5.544	6.002	4.941	4.947	4.735	4.633
- polmonite e influenza (480-487)	2.009	1.819	1.768	1.927	1.730	1.913	1.473	1.347	1.281	1.303
- insufficienza respiratoria (518).	2.186	2.681	2.936	3.256	3.201	3.505	3.049	3.141	3.027	2.906

Il ricovero per patologia respiratoria può comportare anche il trasferimento in un reparto di rianimazione a causa della concomitante presenza di una grave insufficienza respiratoria. La quota di tali eventi, indicativi della severità della condizione clinica, sul totale dei ricoveri per patologie respiratorie, nelle classi di età 0-64 e 65 e più anni, è riportata nella Figura 6.2. La percentuale di tali ricoveri con passaggio in rianimazione risulta maggiore nella popolazione anziana rispetto a quella adulta con una tendenza all'aumento nel periodo considerato; tale incremento si può osservare anche limitatamente alle patologie cronico-ostruttive (Figura 6.3).

Figura 6.2. *Patologie dell'apparato respiratorio: percentuale di ricoveri con trasferimento in reparto di rianimazione per classi di età. Residenti e ricoverati in Veneto. Anni 2000-2009.*

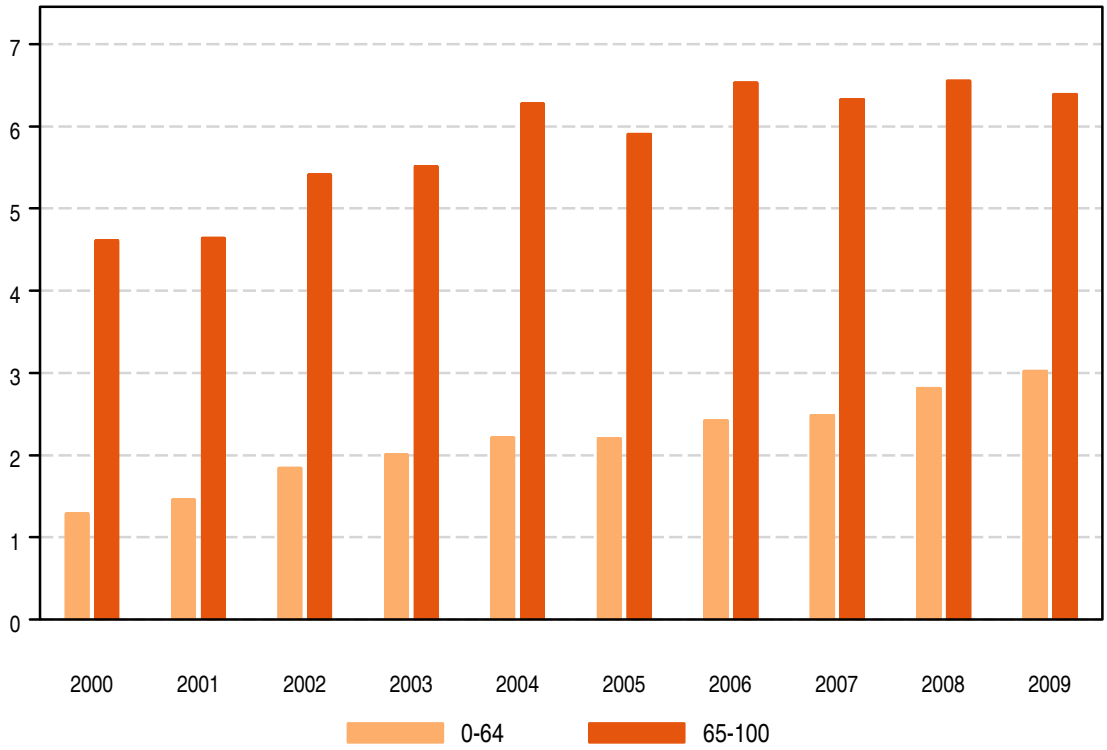
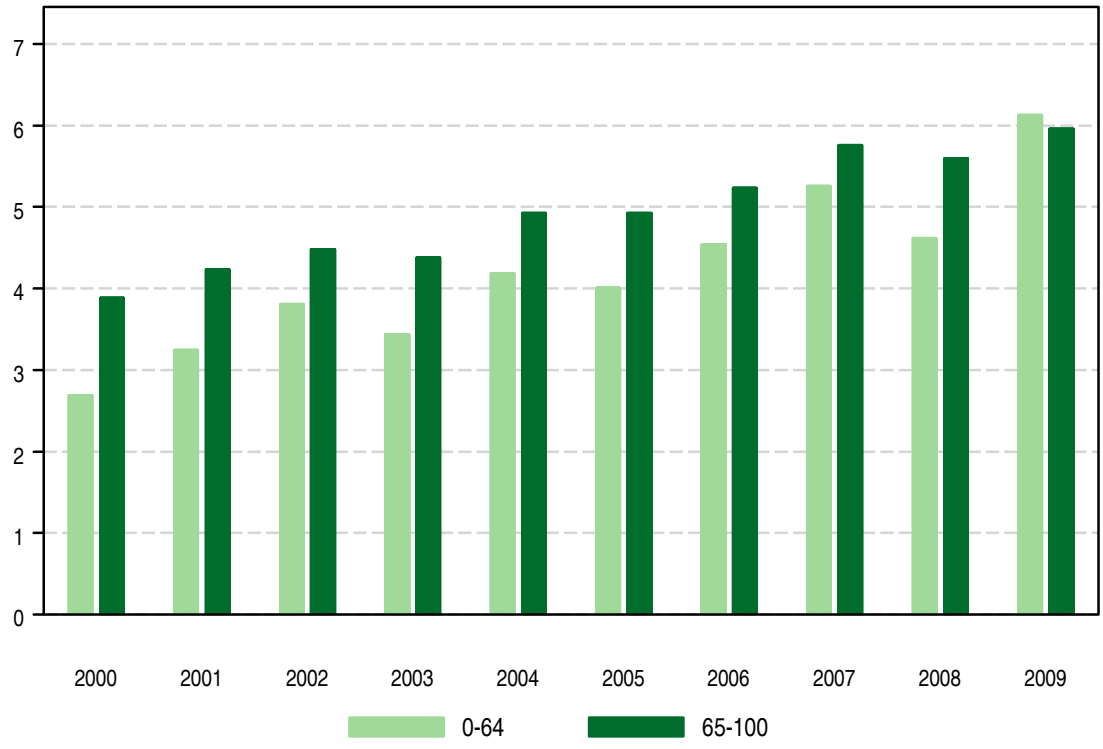


Figura 6.3. *Malattie polmonari croniche ostruttive: percentuale di ricoveri con trasferimento in reparto di rianimazione per classi di età. Residenti e ricoverati in Veneto. Anni 2000-2009.*



Capitolo 7
Le patologie dell'apparato digerente

7.1 Metodi di analisi e dati complessivi sui ricoveri per patologie gastroenterologiche

L'analisi dell'ospedalizzazione per patologie gastrointestinali nella Regione Veneto si è ottenuta selezionando dall'archivio regionale SDO degli anni 2000-2009 le dimissioni con diagnosi principale di patologia dell'apparato digerente (codici ICD-9-CM 520-579). Si sono analizzate sia le dimissioni da strutture ospedaliere del Veneto (residenti e non residenti in Regione) sia i ricoveri fuori Regione di residenti nel Veneto. È stato così possibile calcolare oltre all'andamento temporale dei ricoveri, gli indici di attrazione e di fuga, la distribuzione dei ricoveri per regime (ordinario o diurno) e tipo di DRG (medico o chirurgico). Infine si sono individuati i DRG più frequenti e la loro variazione nel periodo analizzato.

Si è anche condotta un'analisi dell'ospedalizzazione per calcolosi della colecisti, patologia molto frequente nei paesi occidentali. Si sono quindi selezionate le dimissioni dalle strutture ospedaliere del Veneto e quelle relative ai residenti in Veneto con diagnosi principale di calcolosi delle vie biliari (codice ICD-9-CM 574). L'analisi si è focalizzata anche sulle colecistectomie associate a calcolosi della colecisti e si sono quindi selezionate le SDO dei residenti in Veneto per gli anni 2000-2009 con un codice di intervento di colecistectomia laparoscopica (51.23) o laparotomica (51.22), in qualsiasi posizione diagnostica, associate a un DRG 195, 196, 197, 198, 493, 494 e a una diagnosi di calcolosi delle vie biliari (codice ICD-9-CM 574), escludendo quelle in cui fosse presente un codice ICD-9-CM di neoplasia.

Complessivamente le dimissioni per patologie dell'apparato digerente dalle strutture ospedaliere del Veneto si presentano dal 2000 al 2009 in progressivo calo (-17,8%), che risulta più accentuato nel passaggio dal 2007 al 2008. L'indice di attrazione risulta costante, nel periodo di tempo considerato, anche se il numero assoluto di non residenti che si rivolgono alle strutture ospedaliere della nostra Regione è in calo. L'indice di fuga presenta un leggero aumento, pur mantenendo valori nettamente inferiori all'indice di attrazione (Tabella 7.1).

La maggior parte (75%) dei ricoveri nel 2009 avviene in regime ordinario; di questi il 51,6% è di tipo medico. Nei ricoveri in regime diurno prevale il DRG chirurgico. Le dimissioni in regime ordinario, sia con DRG medico che chirurgico, risultano in diminuzione nel periodo analizzato. Nello stesso arco temporale i ricoveri in regime diurno con DRG medico sono in calo, mentre quelli con DRG chirurgico sono in sostanziale aumento fino al 2007 da quando incominciano a diminuire (Figura 7.1).

La maggior parte delle ospedalizzazioni per patologie gastrointestinali si verifica nella classe di età 65 e più anni (42,0%) e per tutte le classi di età il numero di dimissioni è maggiore nel sesso maschile rispetto a quello femminile (Figura 7.2).

Nella Tabella 7.2 sono riportati i primi dieci DRG in ordine di frequenza che rendono conto di quasi il 60% dei ricoveri selezionati. Il primo DRG è quello *Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza complicanze*, responsabile dell'11,6% dei ricoveri per patologie gastrointestinali; questo DRG ha un valore medio pari a 13.000 ricoveri annui fino al 2007 da quando presenta un netto calo (-25,1%) attribuibile all'erogazione dell'intervento in regime ambulatoriale. Al secondo posto troviamo la *Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza complicanze* in aumento nel periodo di tempo

considerato (+22,4%); in terza posizione si collocano gli *Interventi su ano e stoma senza complicanze* in aumento (+15,7%). Si può osservare inoltre la riduzione dei DRG medici *Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza complicanze* (-51,0%) e *Cirrosi e epatite alcolica* (-44,8%). Altri DRG chirurgici frequenti sono gli *Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza complicanze,* per il quale si osserva un aumento (+41,7%) nel periodo di tempo considerato, e l'*Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza complicanze* che risulta invece in diminuzione (-21,9%).

Considerando la frequenza dei DRG per classi di età e sesso si osserva che nei maschi (Tabella 7.3) di tutte le classi di età al primo posto troviamo gli *Interventi per ernia inguinale* o *femorale senza complicanze*. Al secondo posto nella classe 0-14 anni troviamo l'*Appendicectomia senza diagnosi principale complicata senza complicanze*, seguita dall'*Esofagite, gastroenterite, miscellanea di disturbi digestivi* e dagli *Interventi sulla bocca senza complicanze*. Nella classe 15-44 anni il secondo DRG in ordine di frequenza è quello di *Interventi su ano e stoma senza complicanze* seguito dall'*Appendicectomia senza diagnosi principale complicata senza complicanze* e dagli *Intereventi sulla bocca senza complicanze*. Nella classe 45-64 anni in seconda pozione troviamo la *Colecistectomia per via laparoscopica senza complicanze*, seguita dagli *Interventi su ano e stoma senza complicanze,* dalla *Cirrosi e epatite alcolica* e dall'*Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, senza complicanze.* Nella classe 65 e più anni i primi quattro DRG, oltre a quello di *Intervento di ernia inguinale* o *femorale senza complicanze,* sono rappresentati dalla *Colecistectomia per via laparoscopica senza complicanze,* dalle *Malattie delle vie biliari senza complicanze* e dall'*Emorragia gastrointestinale con complicanze*.

Nelle femmine (Tabella 7.4) il DRG più frequente nella classe di età 0-14 anni è risultato l'*Esofagite, gastroenterite, miscellanea di disturbi digestivi,* seguita dall'*Appendicectomia senza diagnosi principale complicata senza complicanze,* dagli *Interventi per ernia senza complicanze* e dagli *Interventi sulla bocca senza complicanze.* Nella classe 15-44 anni al primo posto troviamo la *Colecistectomia per via laparoscopica senza complicanze,* al secondo l'*Appendicectomia senza diagnosi principale complicata senza complicanze,* seguita dagli *Interventi bocca senza complicanze* e dagli *Interventi su ano e stoma senza complicanze.* Anche nella classe di età 45-64 anni il DRG più frequente è la *Colecistectomia per via laparoscopica senza complicanze,* seguita dagli *Interventi per ernia senza complicanze,* dall'*Esofagite, gastroenterite, miscellanea di disturbi digestivi* e dagli *Interventi su ano e stoma senza complicanze.* Oltre i 65 anni i DRG più frequenti sono l'*Esofagite, gastroenterite, miscellanea di disturbi digestivi,* la *Colecistectomia per via laparoscopica senza complicanze,* gli *Interventi per ernia senza complicanze* e l'*Occlusione gastrointestinale senza complicanze*.

Nella Tabella 7.5 viene descritta la distribuzione dei ricoveri per patologie gastrointestinali in base alla specialità di dimissione. Si osserva come il 63,5% dei ricoveri è giustificato dalla Chirurgia generale, il 12,4% dalla Medicina generale e il 6,2% dalle Gastroenterologie. Nel periodo 2000-2009 si assiste alla diminuzione delle dimissioni dalla Chirurgia generale (-16,4%), e dalla Medicina interna (-34,1%) e all'aumento di quelle dalla gastroenterologia (+35,8%) che nel 79,5% dei casi sono a carico dei soggetti con 65 e più anni.

Tabella 7.1. *Le patologie dell'apparato digerente: attrazione e fuga. Anni 2000-2009.*

	2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Non residente in Veneto	5.686	5.616	5.393	5.619	5.190	5.353	5.087	5.006	4.724	4.643
Residente e ricoverato in Veneto	77.228	76.751	73.800	72.637	71.668	71.818	70.130	69.641	65.631	63.500
Residente in Veneto e ricoverato fuori Regione	2.251	2.184	2.204	2.244	2.362	2.324	2.463	2.418	2.452	2.436
Indice di Attrazione (%)	6,9%	6,8%	6,8%	7,2%	6,8%	6,9%	6,8%	6,7%	6,7%	6,8%
Indice di Fuga (%)	2,8%	2,8%	2,9%	3,0%	3,2%	3,1%	3,4%	3,4%	3,6%	3,7%

Figura 7.1 *Le patologie dell'apparato digerente: dimissioni dalle strutture del Veneto per tipo di DRG e regime di ricovero. Anni 2000-2009.*

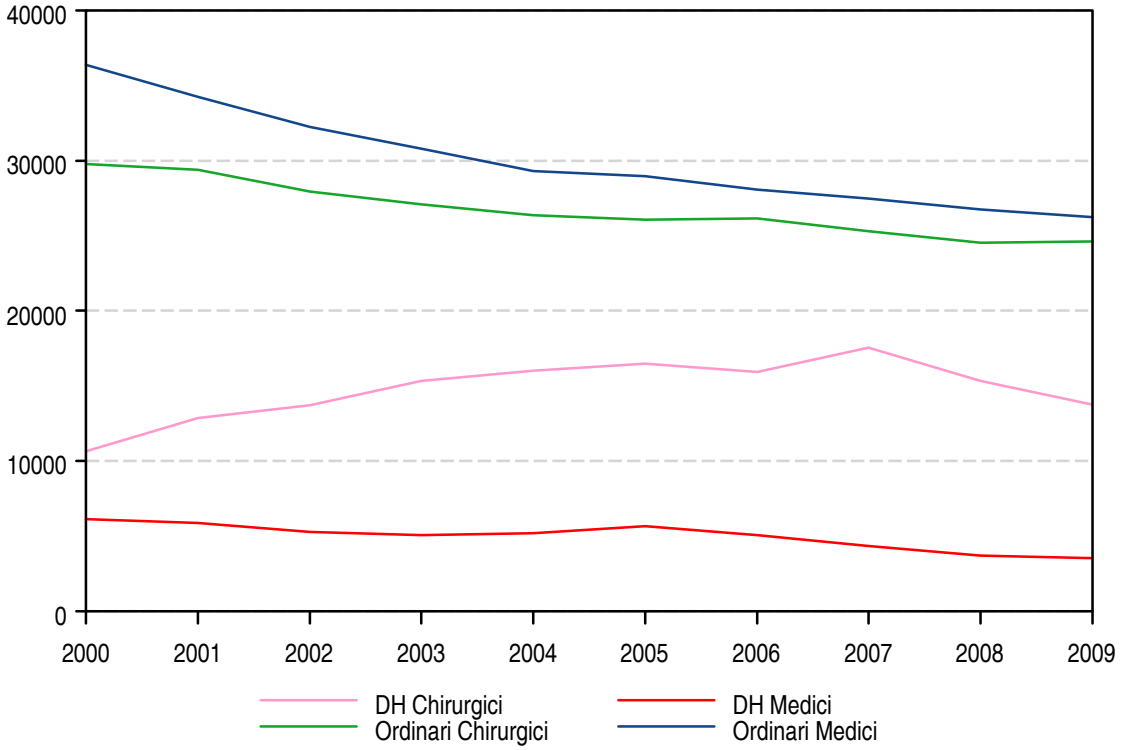


Tabella 7.2. *Le patologie dell'apparato digerente: dimissioni dalle strutture del Veneto per i DRG più frequenti + omologhi (valore assoluto e percentuale sui totale dei ricoveri nel 2009). Anni 2000-2009.*

DRG	ANNO										%
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza complicanze	12.815	13.507	13.148	13.315	13.201	13.180	12.935	13.291	9.957	7.899	11,6
161-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con complicanze	744	744	730	635	593	634	487	492	346	380	0,6
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza complicanze	5.547	5.743	5.588	5.580	5.858	5.970	5.972	6.169	6.503	6.789	10,0
493-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con complicanze	754	790	703	764	712	738	661	607	567	530	0,8
158-Interventi su ano e stoma senza complicanze	3.621	3.957	3.693	3.737	3.840	3.738	3.716	3.679	3.901	4.189	6,1
157-Interventi su ano e stoma con complicanze	164	190	198	197	172	163	137	153	164	162	0,2
183-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza complicanze	7.912	7.062	5.702	5.098	4.769	4.984	4.934	4.384	3.971	3.874	5,7
182-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con complicanze	2.338	2.296	1.991	1.797	1.683	1.706	1.488	1.417	1.356	1.285	1,9
160-Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza complicanze	2.204	2.416	2.387	2.437	2.637	2.717	2.694	2.873	2.931	3.122	4,6
159-Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con complicanze	290	268	277	257	285	227	210	211	195	205	0,3
208-Malattie delle vie biliari senza complicanze	3.161	2.912	2.861	2.917	2.827	2.922	2.849	2.909	2.957	3.109	4,6
207-Malattie delle vie biliari con complicanze	1.468	1.441	1.566	1.527	1.550	1.631	1.488	1.482	1.398	1.516	2,2
167-Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza complicanze	3.972	3.920	3.735	3.788	3.323	3.337	3.325	3.256	3.113	3.101	4,6
166-Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con complicanze	154	192	144	188	176	140	141	122	139	131	0,2
202-Cirrosi e epatite alcolica	4.537	4.606	4.508	4.550	4.413	4.179	3.600	3.203	2.957	2.505	3,7
181-Occlusione gastrointestinale senza complicanze	2.126	2.088	2.152	2.042	2.176	2.218	2.210	2.463	2.408	2.464	3,6
180-Occlusione gastrointestinale con complicanze	1.009	1.068	1.105	1.050	1.044	1.084	1.102	1.174	1.221	1.234	1,8
169-Interventi sulla bocca senza complicanze	742	887	1.135	1.416	1.486	1.617	1.819	1.993	2.294	2.205	3,2
168-Interventi sulla bocca con complicanze	68	73	135	181	156	148	143	130	76	70	0,1

Tabella 7.3. *Le patologie dell'apparato digerente: dimissioni dalle strutture del Veneto per i DRG più frequenti+ omologhi per classi di età (valore assoluto e percentuale sui totale dei ricoveri). Maschi. Anno 2009.*

DRG	Totale		Classi di età			
			0-14	15-44	45-64	65+
	N	%	%	%	%	%
(160,162, 163) Interventi per ernia senza complicanze	9.296	24,7	24,5	18,2	29,2	24,7
(159,161) Interventi per ernia con complicanze	410	1,1	0,0	0,2	1,0	1,9
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza complicanze	2.742	7,3	0,3	7,6	10,3	5,8
493-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con complicanze	230	0,6	0,0	0,4	0,6	0,8
158-Interventi su ano e stoma senza complicanze	2.636	7,0	1,8	13,2	8,8	3,0
157-Interventi su ano e stoma con complicanze	103	0,3	0,0	0,3	0,3	0,3
(183-184)-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, senza complicanze	2.167	5,8	20,2	4,6	4,5	5,0
182-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con complicanze	501	1,3	0,0	0,6	0,8	2,4
167-Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza complicanze	1.673	4,4	20,7	11,6	1,3	0,3
166-Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con complicanze	64	0,2	0,5	0,3	0,1	0,1
202-Cirrosi e epatite alcolica	1.601	4,3	0,0	1,9	5,8	5,0
208-Malattie delle vie biliari senza complicanze	1.473	3,9	0,7	1,9	4,2	5,4
207-Malattie delle vie biliari con complicanze	754	2,0	0,0	0,4	1,4	3,7
204-Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	1.176	3,1	0,7	3,3	3,1	3,4
181-Occlusione gastrointestinale senza complicanze	1.139	3,0	2,0	1,2	2,1	5,0
180-Occlusione gastrointestinale con complicanze	507	1,3	0,1	0,2	0,5	2,9
174-Emorragia gastrointestinale con complicanze	1.089	2,9	0,2	1,0	1,8	5,3
175-Emorragia gastrointestinale senza complicanze	979	2,6	1,4	1,2	1,9	4,2

Tabella 7.4. *Le patologie dell'apparato digerente: dimissioni dalle strutture del Veneto per i DRG più frequenti+ omologhi per classi di età (valore assoluto e percentuale sui totale dei ricoveri). Femmine. Anno 2009.*

DRG	Totale		Classi di età			
			0-14	15-44	45-64	65+
	N	%	%	%	%	%
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza complicanze	4.047	13,2	0,3	17,0	21,9	8,3
493-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con complicanze	300	1,0	0,2	0,9	1,2	1,1
(183-184)-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, senza complicanze	2.748	9,0	26,6	5,2	8,2	9,1
182-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con complicanze	784	2,6	0,0	0,6	1,1	4,7
(160,162, 163) Interventi per ernia senza complicanze	2.642	8,6	15,0	7,9	9,4	7,8
(159, 161) Interventi per ernia con complicanze	175	0,5	0,0	0,1	0,4	1,0
208-Malattie delle vie biliari senza complicanze	1.636	5,4	1,2	3,9	5,0	6,9
207-Malattie delle vie biliari con complicanze	762	2,5	0,2	0,6	1,6	4,3
158-Interventi su ano e stoma senza complicanze	1.553	5,1	0,5	9,0	8,1	2,0
157-Interventi su ano e stoma con complicanze	59	0,2	0,0	0,2	0,4	0,1
167-Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza complicanze	1.428	4,7	21,0	12,3	1,6	0,2
166-Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con complicanze	67	0,2	0,5	0,6	0,1	0,1
181-Occlusione gastrointestinale senza complicanze	1.325	4,3	1,4	1,6	2,7	7,0
180-Occlusione gastrointestinale con complicanze	727	2,4	0,2	0,2	0,9	4,6
169-Interventi sulla bocca senza complicanze	1.130	3,7	8,3	9,9	2,0	0,7
168-Interventi sulla bocca con complicanze	29	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1
174-Emorragia gastrointestinale con complicanze	986	3,2	0,3	0,4	1,4	6,1
175-Emorragia gastrointestinale senza complicanze	786	2,6	1,8	0,6	1,4	4,4
202-Cirrosi e epatite alcolica	904	3,0	0,2	0,8	3,6	4,1

Figura 7.2. *Le patologie dell'apparato digerente: dimissioni dalle strutture del Veneto per classe di età e sesso. Anno 2009.*

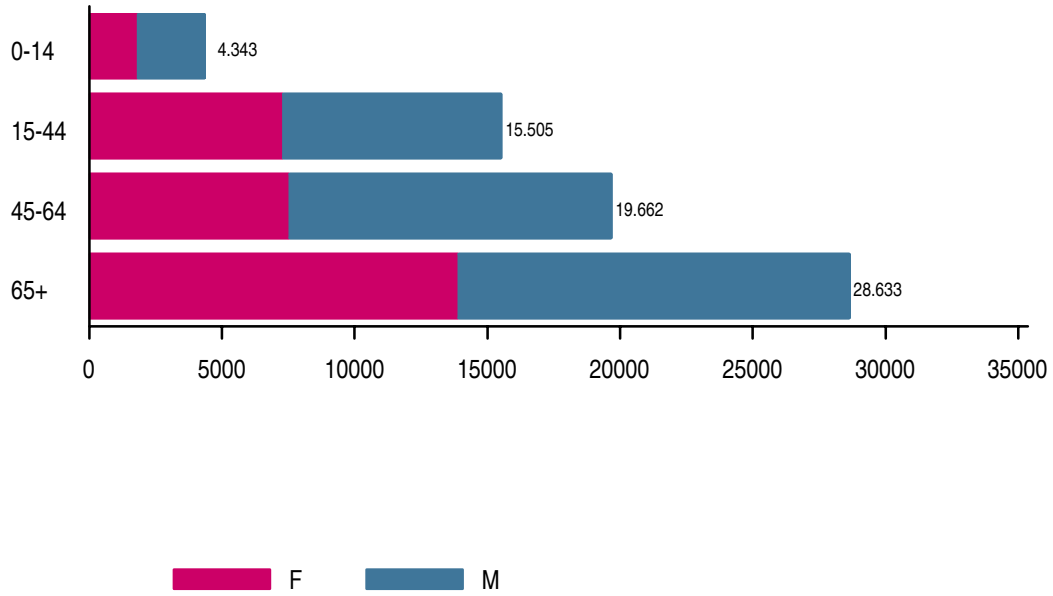


Tabella 7.5. *Le patologie dell'apparato digerente: dimissioni dalle strutture del Veneto per specialità di dimissione. Anno 2009.*

Specialità di dimissione	*N*	*%*
09-Chirurgia generale	43.278	63,5
26-Medicina generale	8.473	12,4
58-Gastroenterologia	4.214	6,2
10-Chirurgia maxillo-facciale	2.727	4,0
21-Geriatria	2.459	3,6
39-Pediatria	2.054	3,0
11-Chirurgia pediatrica	1.468	2,2
Altro	3.470	4,9

7.2 La calcolosi della colecisti

Nel 2009 il numero di dimissioni con diagnosi principale di calcolosi della colecisti dalle strutture ospedaliere della Regione Veneto è pari a 10.558 (15,5% dei ricoveri per patologie dell'appartato gastrointestinale). Negli ultimi dieci anni il numero di ospedalizzazioni per questa condizione non ha presentato variazioni di rilievo con valori maggiori nel sesso femminile rispetto a quello maschile (Figura 7.3). Nello stesso periodo l'indice di attrazione ha presentato una diminuzione, mentre quello di fuga si è mantenuto costante (Tabella 7.6).

Dall'analisi della distribuzione dei ricoveri per tipo di regime e DRG, si evidenzia come la quasi totalità dei ricoveri avvenga in regime ordinario (97,4% nel 2009). Inoltre i ricoveri con DRG chirurgico sono in netta prevalenza rispetto a quelli di tipo medico indipendentemente dal regime. Nel periodo di tempo analizzato non si verificano sostanziali variazioni nei ricoveri in regime ordinario, sia di tipo medico che di tipo chirurgico. I day-hospital medici invece presentano una costante riduzione a partire dal 2002 e nel 2008 sono superati da quelli di tipo chirurgico. Tale aumento è attribuibile quasi esclusivamente al DRG *Colecistectomia per via laparoscopica senza complicanze* per il quale si registrano 6 ricoveri nel 2000 e 159 nel 2009 (Tabella 7.7).

Nella Tabella 7.8 sono riportati i DRG che giustificano il maggior numero di ricoveri. Il DRG più frequente è quello per *Colecistectomia per via laparoscop*ica *senza complicanze*, che da solo giustifica circa il 60% dei ricoveri per la patologia in esame e che risulta in costante aumento nel periodo di tempo analizzato. Al secondo posto troviamo i ricoveri per il DRG medico di *Disturbi vie biliari* che presenta nel corso dell'intervallo analizzato delle oscillazioni intorno a un valore medio di 2.100 ricoveri all'anno. In netta diminuzione è il numero di ricoveri con DRG di *Colecistectomia totale con e senza esplorazione del coledoco sia complicati che non.*

Figura 7.3. *Calcolosi della colecisti: dimissioni dalle strutture del Veneto per sesso. Anni 2000-2009.*

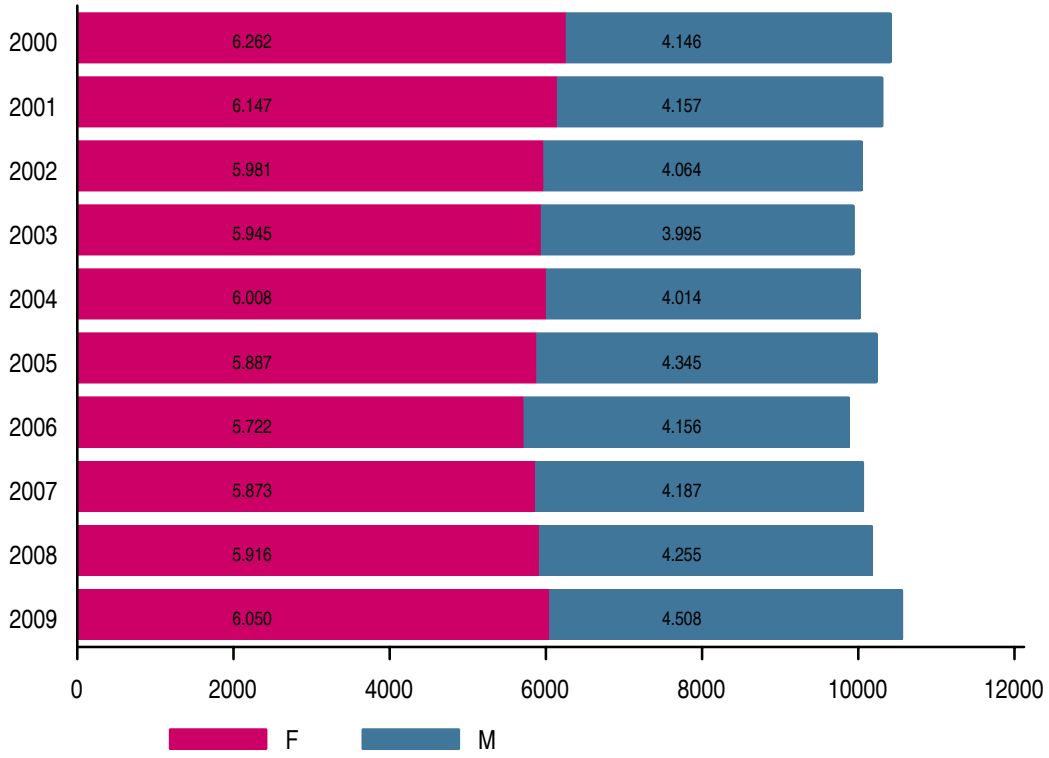


Tabella 7.6. *Calcolosi della colecisti: attrazione e fuga. Anni 2000-2009.*

	2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Residente fuori Regione e ricoverato in Veneto	565	524	521	543	497	504	460	531	496	461
Residente in Veneto e ricoverato in Veneto	9.843	9.780	9.524	9.397	9.525	9.728	9.418	9.529	9.675	10.097
Residente in Veneto e ricoverato fuori Regione	191	194	177	199	216	220	218	230	224	225
Indice di attrazione (%)	5,4	5,1	5,2	5,5	5,0	4,9	4,7	5,3	4,9	4,4
Indice di fuga (%)	1,9	2,0	1,9	2,1	2,3	2,3	2,3	2,4	2,3	2,2

Tabella 7.7. *Calcolosi della colecisti: dimissioni dalle strutture del Veneto per regime di ricovero e tipo di DRG. Anni 2000-2009.*

Regime ricovero	*Tipo di DRG*	*2000*	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Ordinario	*Medico*	2.890	2.663	2.766	2.774	2.790	2.918	2.737	2.859	2.662	2.924
	Chirurgico	7.253	7.325	6.995	6.927	7.043	7.109	7.008	7.044	7.285	7.362
Diurno	*Medico*	258	280	263	224	171	170	116	100	91	101
	Chirurgico	7	36	21	15	18	35	17	54	133	170

Tabella 7.8. *Calcolosi della colecisti: dimissioni dalle strutture del Veneto per i DRG più frequenti (valore assoluto e percentuale sul totale dei ricoveri nel 2009). Anni 2000-2009.*

DRG	*2000*	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*	*% 2009*
494-Colecistectomia per via laparoscopica senza complicanze	5.237	5.467	5.277	5.244	5.457	5.533	5.601	5.712	6.082	6.318	59,8
208-Disturbi vie biliari senza complicanze	2.284	2.090	2.133	2.132	2.071	2.134	2.014	2.113	2.027	2.221	21,0
207-Disturbi vie biliari con complicanze	864	853	896	866	890	954	839	846	726	804	7,6
493-Colecistectomia per via laparoscopica con complicanze	666	689	609	662	605	626	556	519	482	436	4,1
198-Colecistectomia totale senza esplorazione coledoco senza complicanze	710	591	539	464	481	461	385	397	396	342	3,2
197-Colecistectomia totale senza esplorazione coledoco con complicanze	239	203	200	200	187	159	140	127	146	122	1,2
192-Interventi pancreas fegato e di shunt senza complicanze	96	102	80	81	101	95	88	89	78	89	0,8
194-Interventi sulle vie biliari esclusa la sola colecistectomia totale senza complicanze	47	59	52	58	50	60	86	87	62	71	0,7
193- Interventi sulle vie biliari esclusa la sola colecistectomia totale con complicanze	38	47	47	59	35	43	36	53	44	50	0,5
191-Interventi pancreas fegato e di shunt con complicanze	102	91	100	78	61	70	54	49	62	49	0,5
Altro	125	112	112	96	84	97	79	68	66	56	0,5

Le colecistectomie per calcolosi della colecisti eseguite nei residenti in Veneto nel 2009 sono 7.133, di queste il 93,2% è di tipo laparoscopico (Tabella 7.9). Il regime di ricovero è prevalentemente di tipo ordinario e la degenza mediana per le colecistectomie di tipo laparoscopico è risultata pari a 3 giornate mentre per quelle di tipo laparotomico a 9 giornate. Il tasso osservato di colecistectomie di tipo laparoscopico nel 2009 è pari a 136,0 per 100.000 residenti mentre quello per colecistectomie di tipo laparotomico a 10,0 per 100.000 residenti (Tabella 7.9).

Dal 2000 al 2009 si è verificato un incremento pari al 15,7% (da 5.742 a 6.646) delle colecistectomie di tipo laparoscopico che interessa tutte le classi di età e presenta valori maggiori in quelle più avanzate (+19,5% nella classe 65-74 e +47,6% nella classe 75 e più anni). Le colecistectomie di tipo laparotomico si sono quasi dimezzate passando da 971 nel 2000 a 487 nel 2009 (Tabella 7.9). L'aumento del numero di interventi di tipo laparoscopico e la riduzione di quelli di tipo laparotomico si osserva anche dall'analisi dei tassi standardizzati nel periodo 2000-2009 (Figura 7.4).

Tabella 7.9. *Calcolosi della colecisti: numero di interventi e tasso osservato di ospedalizzazione per colecistectomie di tipo laparoscopico e di tipo laparotomico (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

	Laparoscopica		*Laparotomica*	
Anno	*N*	*Tasso osservato*	*N*	*Tasso osservato*
2000	5.742	128,0	971	21,7
2001	6.012	133,4	851	18,9
2002	5.754	127,0	793	17,5
2003	5.738	125,4	709	15,5
2004	5.849	126,0	698	15,0
2005	6.039	128,5	645	13,7
2006	6.021	127,1	555	11,7
2007	6.057	126,9	534	11,2
2008	6.434	133,1	567	11,7
2009	6.646	136,0	487	10,0

Dall'analisi dei tassi specifici per classe di età e sesso (Tabella 7.10) emerge che le colecistectomie laparoscopiche presentano valori del tasso crescenti con l'età fino alla classe 65-74 anni e, tranne nella classe 75 e più anni, maggiori nel sesso femminile. Le differenze in rapporto al sesso sono più marcate nelle classi 0-18 e 19-44 anni nelle quali il rapporto femmine vs maschi è pari a 2:1. Anche per le colecistectomie laparotomiche si osservano valori del tasso crescenti con l'età ma a differenza che per le colecistectomie laparoscopiche l'intervento risulta maggiormente rappresentato nel sesso maschile.

Figura 7.4. *Calcolosi della colecisti: tassi standardizzati di ospedalizzazione per colecistectomie laparoscopiche e laparotomiche (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2000-2009. Popolazione standard: Veneto 2005.*

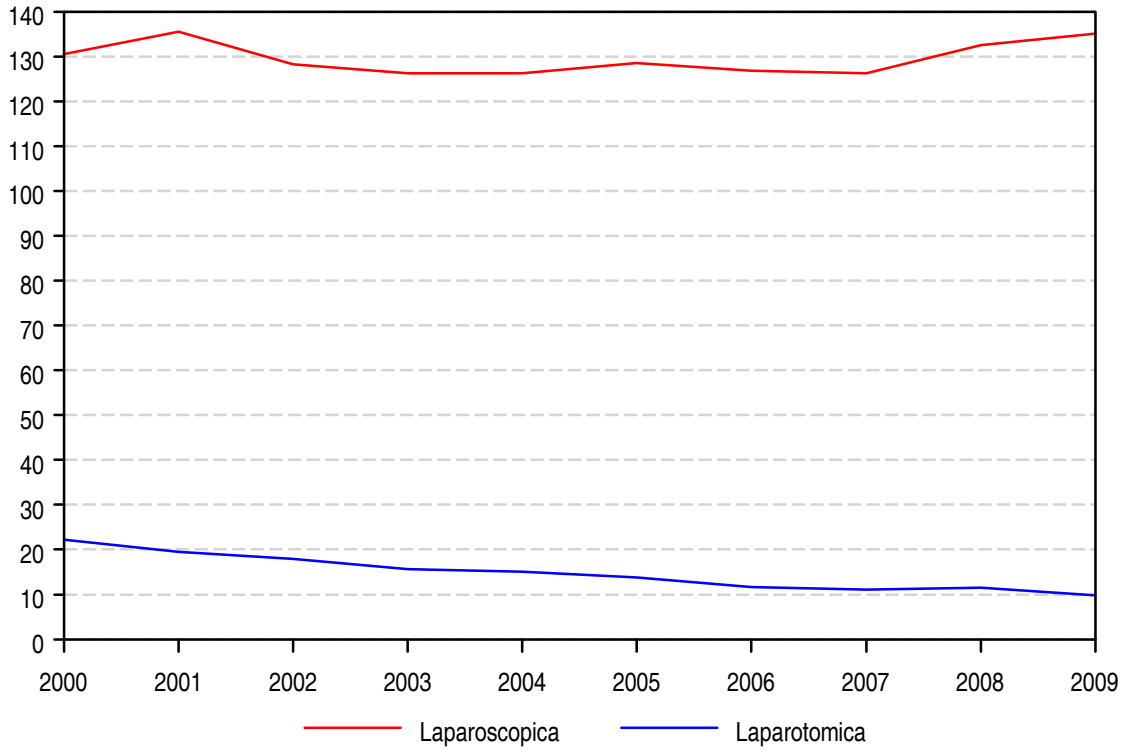


Tabella 7.10. *Calcolosi della colecisti: tassi di ospedalizzazione per classi di età, sesso e tipo di interventi di colecistectomia (per 100.000). Residenti in Veneto. Anno 2009.*

	Laparoscopica		*Laparotomica*	
Classi di età	*Maschi*	*Femmine*	*Maschi*	*Femmine*
0-18	2,7	6,9	0,0	0,0
19-44	64,2	137,0	2,7	1,7
45-54	160,0	220,6	10,7	6,3
55-64	213,0	277,5	17,2	12,4
65-74	254,3	272,4	35,8	17,9
75+	167,5	155,3	54,6	27,1
Totale	110,7	160,3	11,9	8,1

Il tasso standardizzato per interventi di colecistectomia nella Regione Veneto varia da 187,4 (Azienda ULSS 5) a 125,7 interventi per 100.000 residenti (Azienda ULSS 9). In riferimento al tipo di intervento si osserva come il tasso di interventi di tipo laparoscopico presenta valori compresi tra 181,3 (Azienda ULSS 5) e 107,9 interventi per 100.000 residenti (Azienda ULSS 9); per le colecistectomie di tipo laparotomico invece troviamo che il tasso va da 30,7 interventi per 100.000 residenti (Azienda ULSS 14) e 3,2 interventi per 100.000 residenti (ULSS 21) (Tabella 7.11).

Tabella 7.11. *Calcolosi della colecisti: tassi standardizzati per tipo di intervento di colecistectomia per Azienda ULSS di residenza (per 100.000). Anno 2009. Popolazione standard Veneto 2009.*

Azienda ULSS di residenza	Laparoscopica	Laparotomica	Totale
105-Ovest Vicentino	181,3	6,2	187,4
121-Legnago	172,8	3,2	176,0
122-Bussolengo	161,1	12,2	173,4
110-Veneto Orientale	158,3	7,4	165,6
118-Rovigo	137,9	24,0	161,9
102-Feltre	155,5	3,4	158,8
120-Verona	151,0	6,7	157,8
117-Este	149,3	3,6	153,0
114-Chioggia	121,2	30,7	151,9
104-Alto Vicentino	135,7	9,5	145,2
106-Vicenza	135,7	8,9	144,5
115-Alta Padovana	135,0	6,6	141,7
107-Pieve di Soligo	126,0	11,1	137,1
116-Padova	124,5	9,4	133,9
112-Veneziana	127,1	5,9	132,9
119-Adria	119,4	12,8	132,2
108-Asolo	125,1	5,4	130,5
103-Bassano del Grappa	124,3	5,9	130,2
113-Mirano	119,3	9,9	129,2
101-Belluno	116,0	13,1	129,1
109-Treviso	107,9	17,8	125,7

Capitolo 8
I ricoveri ostetrici nel Veneto

E' stato ricostruito un quadro complessivo del ricorso alle cure ospedaliere per gravidanza, parto e puerperio (MDC 14) nella regione Veneto selezionando i ricoveri dei residenti in Regione (ricoverate in Veneto + mobilità passiva) nel periodo 2000-2009. Le ospedalizzazioni sono state classificate in ricoveri per parto vaginale (DRG 372-375), parto cesareo (DRG 370, 371), gravidanza ectopica (DRG 378), minaccia d'aborto / di parto prematuro (DRG 379, 382), patologie in gravidanza (DRG 383, 384), ricoveri post parto / aborto (DRG 376, 377), aborti spontanei (DRG 380, 381 con diagnosi principale 632, 634.x, 637.x), interruzioni volontarie di gravidanza (DRG 380, 381 con diagnosi principale 635.x). La popolazione di riferimento è quella dei residenti ISTAT di metà anno, ovviamente limitata al sesso femminile ed al range di età 15-49 anni, suddiviso in classi quinquennali. Per il triennio 2007-2009, è stata condotta un'analisi a seconda della cittadinanza (italiana o straniera), estendendo alcune elaborazioni alle donne straniere residenti all'estero ricoverate in Veneto.

In Figura 8.1 si può osservare come dal 2000 al 2009 il numero dei ricoveri per parto delle residenti in Regione sia aumentato da circa 41.800 a circa 46.000; tale aumento si è peraltro verificato principalmente nel primo quinquennio in esame. Nel contempo è aumentata l'età media al parto, e la percentuale di ricoveri in donne con almeno 35 anni è cresciuta dal 22,8% al 30,9%.

Per quanto riguarda i tassi di ricovero per parto, questi si avvicinano per difetto (sottostimandoli dell'1-2%) ai tassi di fecondità, poiché includono la natimortalità e non tengono conto dei parti a domicilio e dei parti gemellari. Nel periodo considerato i tassi aumentano in tutte le classi di età, ma in misura maggiore nelle donne di 20-24 anni (principalmente per l'apporto delle straniere residenti come descritto successivamente) e in quelle di 35 anni e più (principalmente per un effetto di "posticipazione" della gravidanza tra le donne con cittadinanza italiana) (Figura 8.2; dato l'esiguo numero di parti, non compare in Figura la classe di età 45-49). Inoltre nello stesso periodo si verifica anche un aumento della popolazione in età fertile oltre i 40 anni (+30%), ed una forte contrazione della popolazione residente di età compresa tra i 20 e i 29 anni (-19%). Questa dinamica demografica fa sì che l'incremento del tasso osservato di ricovero per parto sia contenuto al 6.5% (da 38 a 41 ricoveri per 1.000 donne), nonostante tutti i tassi età-specifici abbiano dimostrato una crescita più vivace.

Figura 8.1. *Numero di ricoveri per parto per età della madre. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

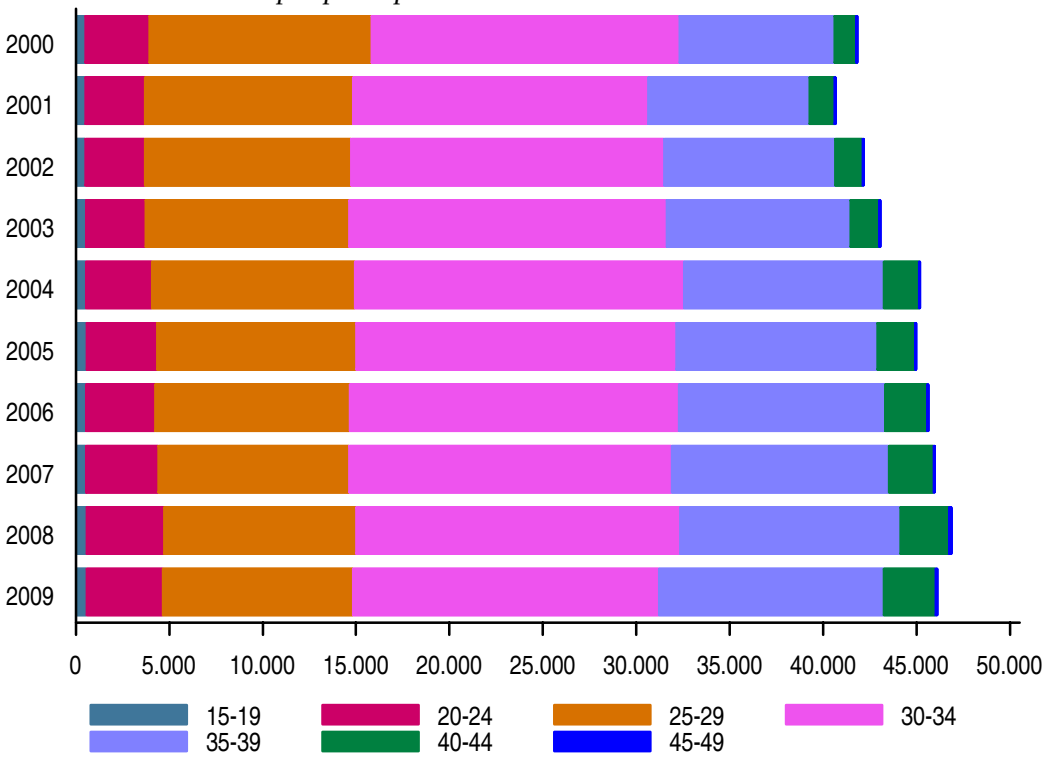
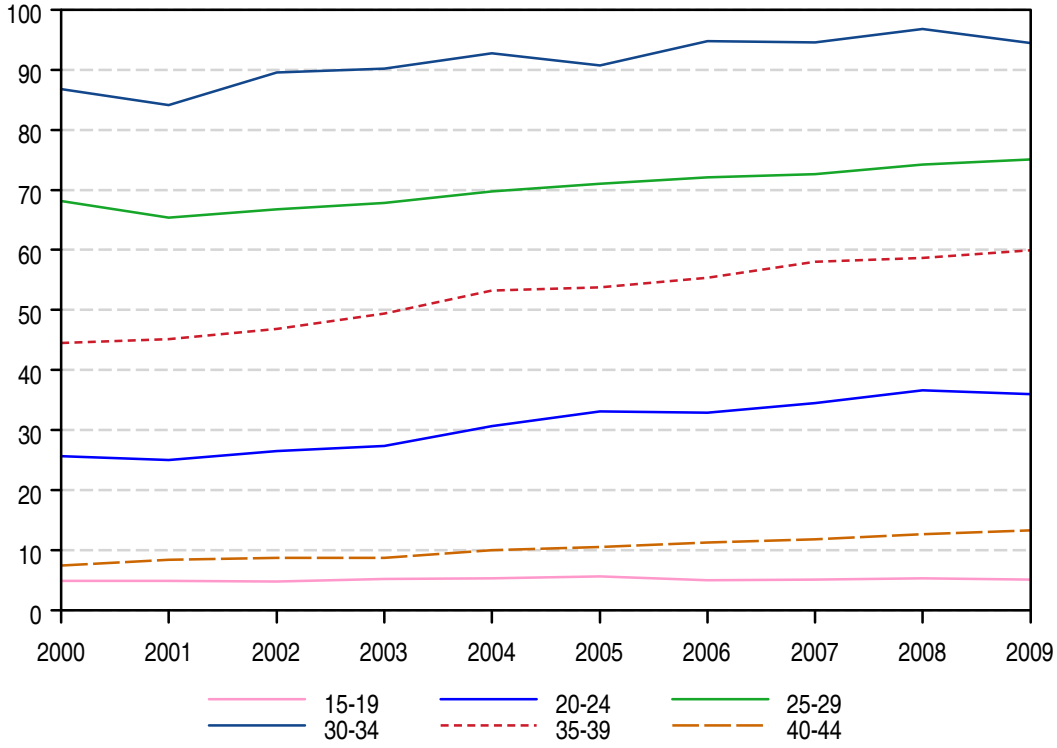


Figura 8.2. *Tassi di ricovero per parto età specifici (per 1.000). Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

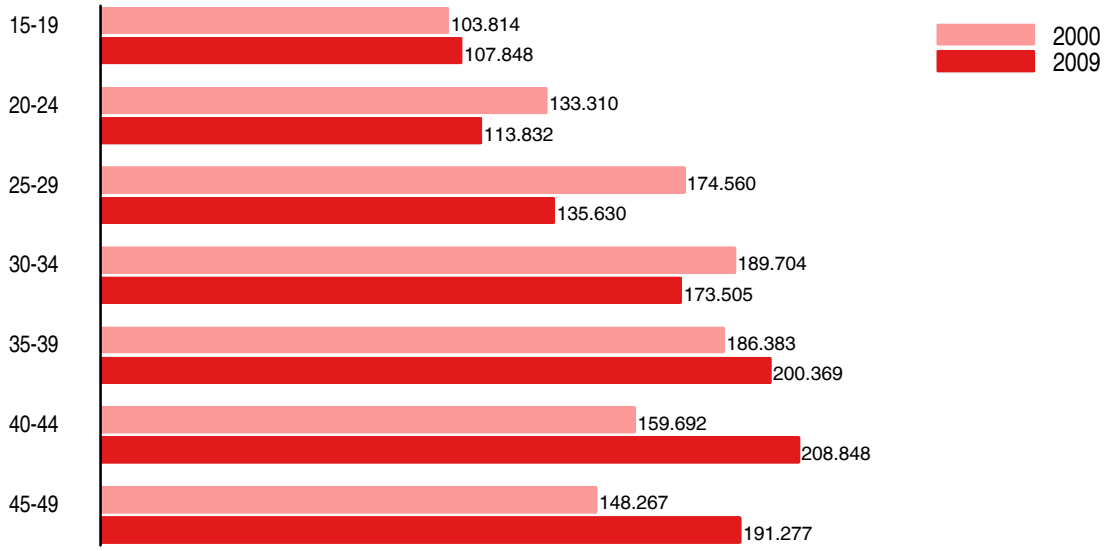


Infatti, considerando i differenti trend temporali, mentre i ricoveri per parto non aumentano più in modo consistente dopo il 2004 (Figura 8.1), i tassi età specifici continuano nella loro dinamica positiva, seppure con un ritmo di crescita più lento nel quinquennio più recente (Figura 8.2). Questo perché nel contempo rimangono sostanzialmente stabili o addirittura si riducono le popolazioni nelle classi di età più fertili, e tale fenomeno sembrerebbe essere

destinato ad acuirsi nel prossimo futuro: come si vede in Figura 8.3, si stanno per affacciare al culmine dell'età riproduttiva coorti di nascita (donne in età 15-24 anni) "decimate" dal crollo demografico degli anni '80.

Per quanto riguarda le modalità del parto, è da segnalare un incremento dei ricoveri con taglio cesareo, che ora si attestano attorno al 29% del totale. Il ricorso al cesareo aumenta progressivamente con l'età della donna (Figura 8.4); peraltro nel periodo considerato aumenta in tutte le classi di età tranne che tra le più giovani. E' da segnalare che la percentuale di parti cesarei è aumentata dal 2000 al 2004, per rimanere stabile negli anni successivi.

Figura 8.3. *Donne residenti in Veneto per classe di età, confronto 2000-2009.*



Per quanto riguarda gli altri ricoveri ostetrici più frequenti, si è registrato nel periodo in studio un crollo del numero di ricoveri per minaccia di aborto o di parto prematuro e per patologie in gravidanza (-49%), probabilmente per l'eliminazione di ricoveri per accertamenti o comunque per lo spostamento a setting assistenziali più appropriati (Figura 8.5). I ricoveri per aborto spontaneo ed interruzione volontaria di gravidanza presentano un andamento altalenante, con un picco nel 2004-2005 ed un successivo ritorno a valori vicini a quelli di inizio periodo; andamento simile hanno dunque anche i tassi osservati di abortività spontanea (6,3 per 1.000 residenti nel 2000 e 6,7 nel 2009) e volontaria (6,3 nel 2000 e 6,0 nel 2009). Infine, i ricoveri post parto/aborto e quelli per gravidanza ectopica appaiono stabili nel tempo, oscillando rispettivamente attorno ai 600 ed ai 500 all'anno (dati non mostrati nel grafico).

Figura 8.4. *Percentuale di parti cesarei per classe di età. Residenti in Veneto, confronto 2000-2009.*

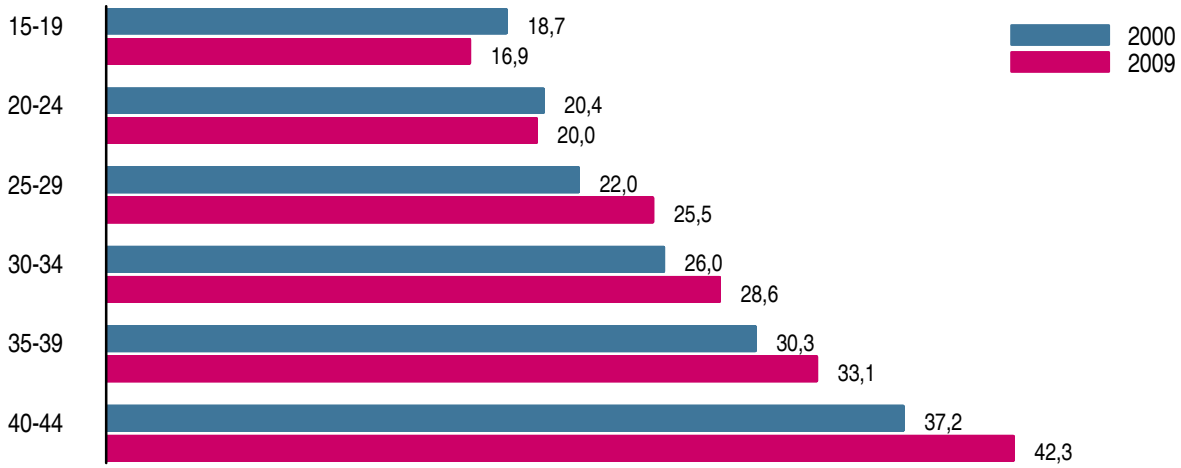
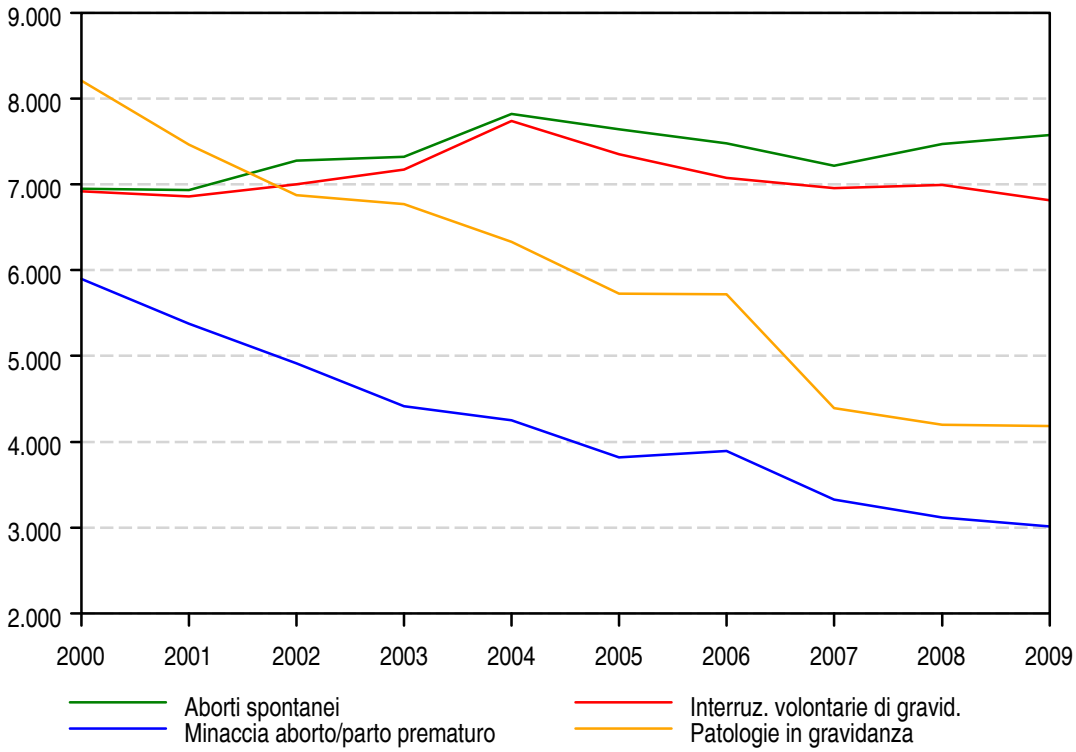


Figura 8.5. *Dimissioni per le diagnosi ostetriche più frequenti (escluso parto). Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*



Se si rapportano invece i ricoveri per aborto spontaneo a quelli per parto (approssimando così un rapporto di abortività), si può notare come il rischio di aborto spontaneo cresca drasticamente con l'età a partire dai 35 anni (Tabella 8.1), e come il rapporto tra aborti spontanei e parti diminuisca nell'arco temporale di osservazione soprattutto una volta standardizzato per età (tenendo dunque conto dello spostamento delle gravidanze verso classi di età più mature, a maggior rischio). Si può anche osservare come il rapporto di abortività volontaria sia maggiore

sotto i 25 e sopra i 40 anni, e che comunque in queste fasce di età vada diminuendo dal 2000 al 2009.

Tabella 8.1. *Aborto spontaneo (ABS) e interruzione volontaria di gravidanza (IVG): numero di dimissioni su 100 parti per classe di età e rapporto standardizzato. Residenti in Veneto. Anni 2000 e 2009. Popolazione standard: Veneto anno 2000.*

	ABS/PARTI		IVG/PARTI	
	2000	2009	2000	2009
15-19	17,1	13,1	97,4	94,5
20-24	13,6	10,2	40,8	27,6
25-29	12,8	10,5	14,3	13,6
30-34	14,4	12,7	9,4	10,2
35-39	21,5	21,5	15,2	12,1
40-44	55,3	44,3	40,8	21,8
45-49	156,4	143,5	92,3	55,4
Totale	16,6	16,4	16,6	14,8
Rapporto standardizzato	16,6	15,6	16,6	14,8

Negli anni considerati, il 12% della popolazione femminile di età 15-49 residente in Veneto aveva cittadinanza straniera (con un picco del 19% tra i 25 ed i 29 anni). I ricoveri in ospedali del Veneto di donne non residenti in Regione (mobilità attiva) sono di natura fondamentalmente diversa a seconda della cittadinanza: per le italiane si tratterà di ricoveri per lo più da regioni vicine che si rivolgono alle ULSS di confine, mentre per le straniere tale fenomeno è marginale e risultano invece preponderanti i ricoveri di donne con cittadinanza straniera residenti all'estero. Queste ultime rappresentano una popolazione eterogenea che comprende persone temporaneamente presenti per motivi turistici, di studio o di lavoro; soggetti con regolare permesso di soggiorno non ancora iscritti in anagrafe; straniere irregolari o clandestine. La Tabella 8.2 sintetizza questi fenomeni: tra le donne con cittadinanza italiana, il bilancio tra mobilità attiva e passiva è negativo per i principali ricoveri ostetrici, in particolare per le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), per cui oltre il 14% delle residenti nel Veneto si rivolge a strutture ospedaliere fuori regione, a fronte di un numero esiguo di donne che da altre Regioni si ricovera in Veneto; risulta peraltro negativo, anche se in misura percentualmente di gran lunga inferiore, il bilancio della mobilità per parto. Per le residenti in Veneto con cittadinanza straniera, la mobilità verso ospedali extraregionali risulta inferiore alle italiane per le diverse categorie di ricovero (eccetto che per l'aborto spontaneo, che dà luogo a ricoveri in urgenza). La mobilità attiva delle straniere non è invece interpretabile in termini di indice di attrazione proprio perché costituita in maggior parte da residenti all'estero che sono però più o meno stabilmente presenti nella nostra Regione.

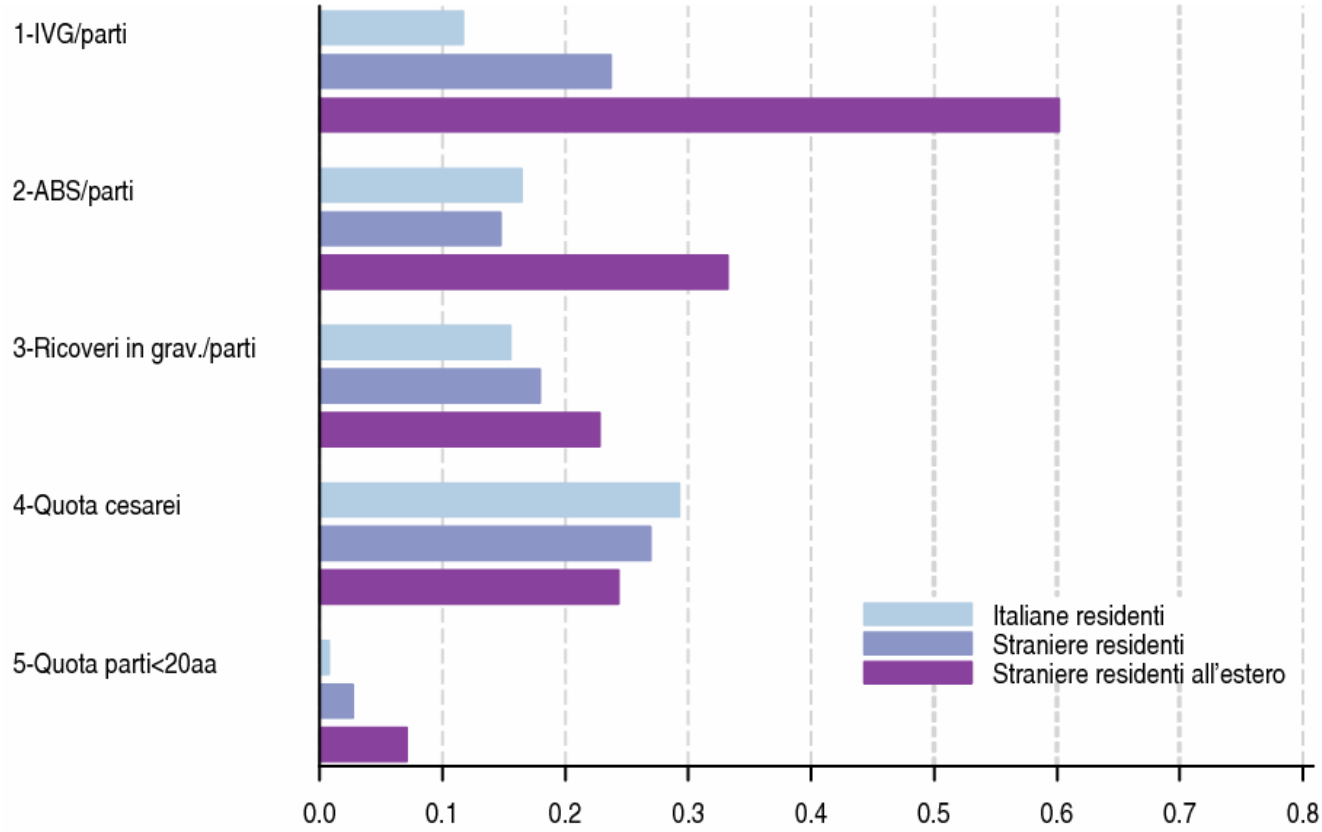
Tabella 8.2. *Dimissioni per parto, aborto spontaneo (ABS) ed interruzione volontaria della gravidanza (IVG) per cittadinanza, residenza e luogo del ricovero. Periodo 2007-2009.*

		PARTO	ABS	IVG
Cittadinanza italiana	*Non residenti in Veneto*	2.923	649	654
	Residenti e ricoverati in Veneto	102.531	16.759	10.584
	Residenti in Veneto e ricoverati fuori Regione	3.810	674	1.789
Cittadinanza straniera	*Non residenti in Veneto*	3.267	1.025	1.740
	Residenti e ricoverati in Veneto	31.225	4.513	7.130
	Residenti in Veneto e ricoverati fuori Regione	803	187	456

Si possono così individuare nell'ambito dei ricoveri ostetrici tre popolazioni: residenti in Veneto (indipendentemente dal luogo di ricovero, Veneto o altra Regione) con cittadinanza italiana e straniera, e straniere residenti all'estero. Prendendo come riferimento queste tre popolazioni, si può notare che i ricoveri ostetrici nella loro totalità sono giustificati per circa il 72% da italiane, per più del 25% da straniere residenti in Veneto, e per meno del 3% da straniere residenti all'estero; quest'ultima percentuale sale però drasticamente per l'IVG.

Radicalmente differente è il profilo di ricovero di queste tre popolazioni: passando dalle italiane alle straniere residenti in Veneto alle straniere residenti all'estero, aumenta considerevolmente la percentuale di ricoveri per parto tra le donne con meno di 20 anni, diminuisce la quota di cesarei (anche in ragione della più giovane età), aumenta il rapporto tra ricoveri in gravidanza (considerando assieme minaccia di aborto o di parto prematuro e patologie in gravidanza) e ricoveri per parto, così come il rapporto tra aborti spontanei e parti, ed IVG e parti (Figura 8.6).

Figura 8.6. *Interruzione volontaria della gravidanza (IVG), aborto spontaneo (ABS), ricoveri in gravidanza, parti cesarei, parti di donne di età minore di 20 anni in rapporto al totale dei ricoveri per parto. Classificazione per cittadinanza e residenza. Periodo 2007-2009.*



Le analisi che seguono sono limitate alle residenti in Veneto, distinte per cittadinanza italiana o straniera. I dati nella classe di età 45-49 anni non vengono riportati per la limitata consistenza. I tassi di ricovero per parto raggiungono un picco nella classi di età 20-24 anni tra le straniere (dove sono 8 volte superiori a quelli delle italiane), e nella classe 30-34 anni tra le italiane; sopra i 30 anni non si osservano differenze sostanziali per cittadinanza (Figura 8.7). La Figura 8.8 mostra come più della metà dei ricoveri per parto tra le residenti sotto i 25 anni, e più di un terzo tra le residenti di 25-29 anni, sia giustificato da donne con cittadinanza straniera.

La Tabella 8.3 mostra i tassi di ricovero per aborto spontaneo ed IVG (per mille residenti), ed i rispettivi rapporti con il totale dei ricoveri per parto. Tra le donne più giovani il rapporto aborti spontanei/parti non sembra variare sostanzialmente con la cittadinanza, mentre nelle classi di età più elevate risulta maggiore tra le residenti straniere. Quest'ultimo andamento è rispecchiato anche dai ricoveri per minaccia di aborto/parto prematuro, ed in parte dai ricoveri per patologie in gravidanza (dati non mostrati).

Completamente diverso è invece il profilo per le IVG: i tassi di ricovero sono più alti tra le straniere in tutte le classi di età ma, in considerazione dell'elevata fecondità tra le più giovani, il rapporto con i ricoveri per parto è inferiore rispetto alle italiane fino ai 25 anni; sopra i 30 anni invece i rapporti di abortività si divaricano nettamente risultando molto più alti tra le straniere. E' da segnalare l'elevato numero di IVG sotto i 20 anni, che rappresentano il 7.5% del totale delle IVG tra le residenti; tale quota è ancora più consistente tra le italiane.

La Figura 8.9 mostra i percorsi di ricovero per le italiane e straniere residenti. Nel complesso, la mobilità è massima per le interruzioni volontarie di gravidanza, intermedia per il

taglio cesareo, inferiore per i parti vaginali e gli aborti spontanei; come visto in precedenza, per le IVG assume proporzioni considerevoli anche la mobilità fuori Regione. Considerando il totale dei ricovero ostetrici, le italiane mostrano una mobilità maggiore rispetto alle straniere, ricoverandosi nell'ULSS di residenza solo nel 62% dei casi (rispetto al 70% delle straniere).

Figura 8.7. *Tassi di ricovero per parto specifici per cittadinanza ed età (per 1.000). Residenti in Veneto. Periodo 2007-2009.*

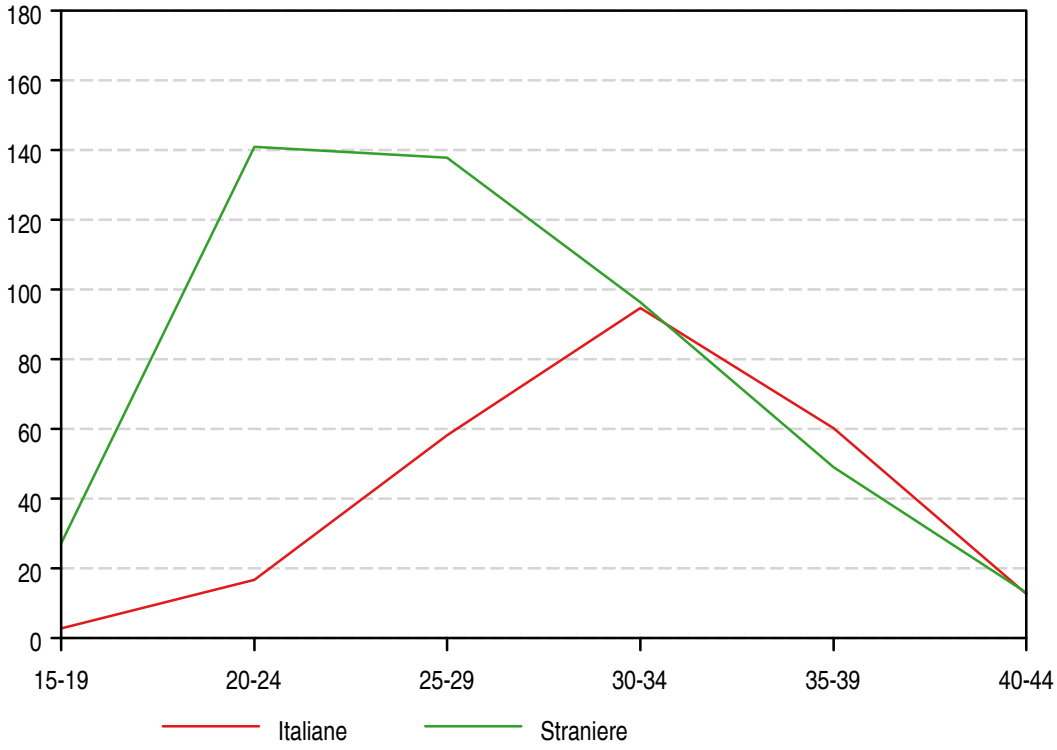


Tabella 8.3. *Interruzione volontaria della gravidanza (IVG) e aborto spontaneo (ABS): tassi di ricovero (per 1.000) e rapporto su 100 parti per cittadinanza e classe di età. Residenti in Veneto. Periodo 2007-2009.*

	*ABS tassi*1000*		*ABS/parti*		*IVG tassi*1000*		*IVG/parti*	
	Italiane	*Straniere*	*Italiane*	*Straniere*	*Italiane*	*Straniere*	*Italiane*	*Straniere*
15-19	0,4	3,4	15,1	12,5	3,9	12,4	144,7	45,8
20-24	1,8	14,5	11,0	10,3	6,5	26,6	39,0	18,9
25-29	6,3	14,1	10,8	10,2	6,4	24,6	11,0	17,8
30-34	11,2	14,1	11,8	14,6	6,3	23,7	6,7	24,6
35-39	11,8	13,5	19,7	27,6	5,5	18,0	9,2	36,7
40-44	5,6	7,9	44,2	60,9	2,5	7,5	19,8	57,4

Figura 8.8. *Dimissioni per parto: percentuale di donne straniere per classe di età. Periodo 2007-2009.*

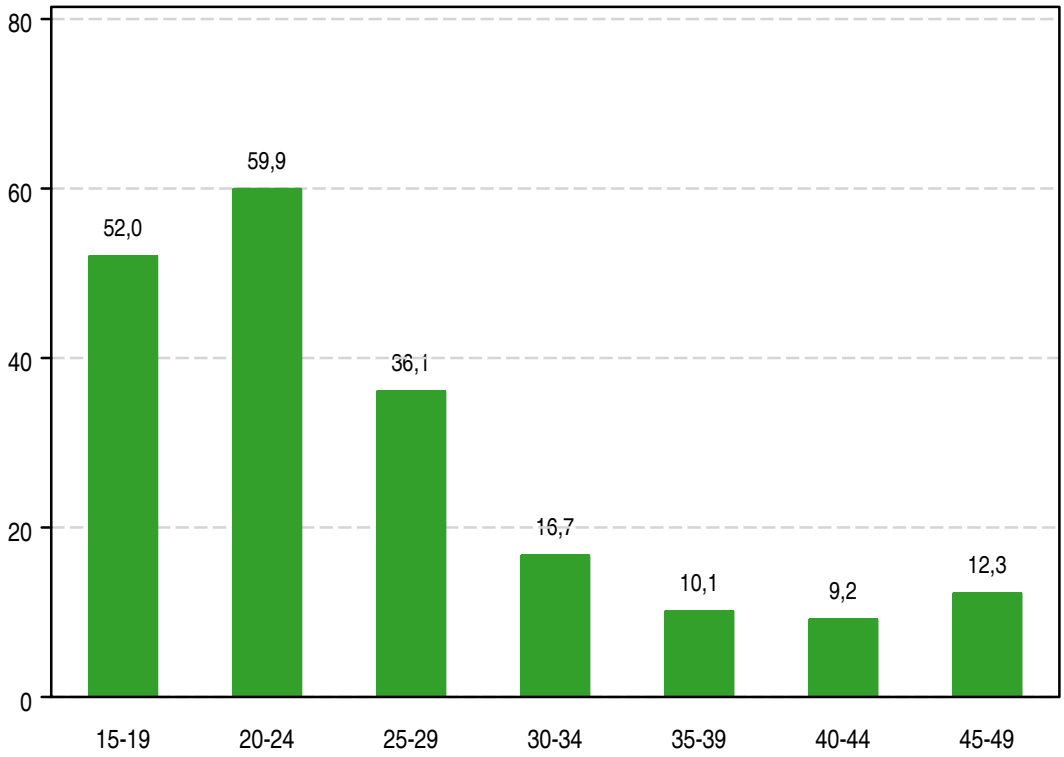
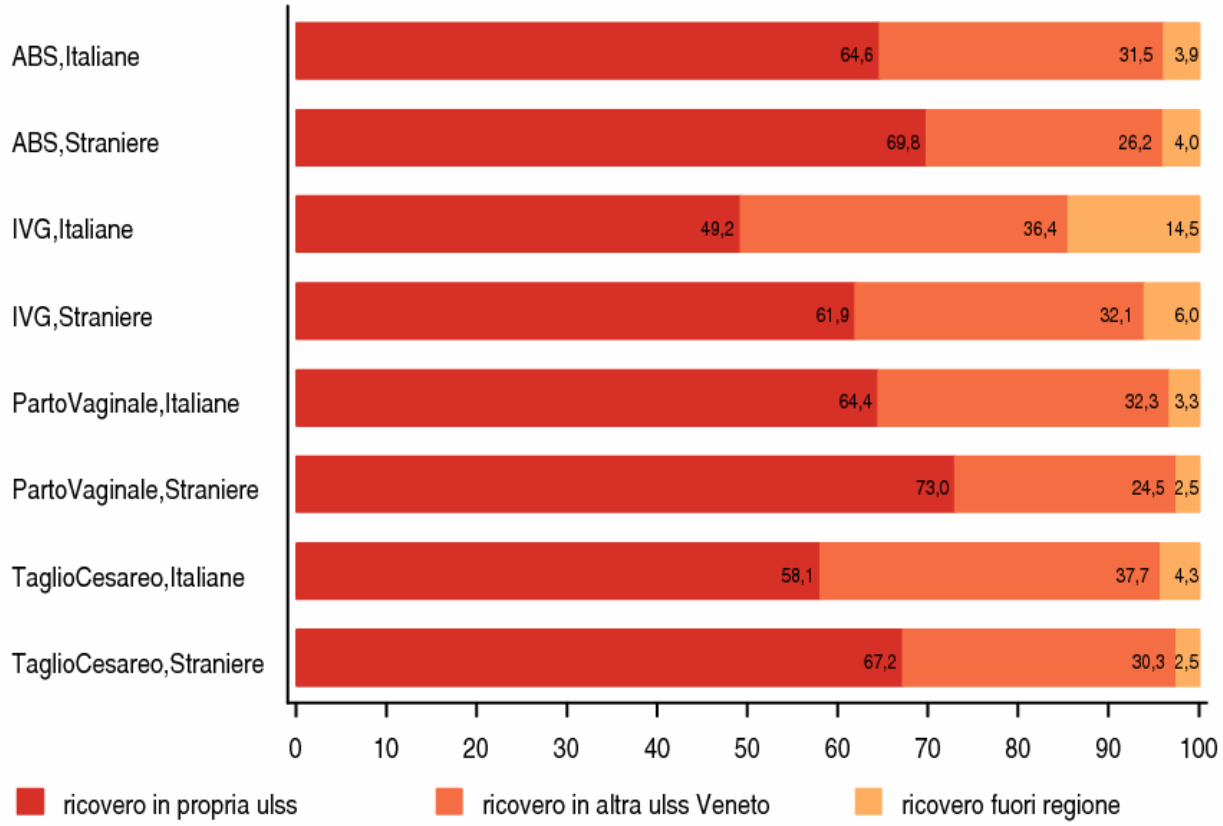


Figura 8.9. *Dimissioni ostetriche per struttura di ricovero e cittadinanza. Residenti in Veneto. Periodo 2007-2009.*



Capitolo 9
I ricoveri in età pediatrica (1-14 anni)

Sono state analizzate le ospedalizzazioni dei residenti in Veneto, escludendo i bambini nel primo anno di vita, e considerando due grandi fasce di età: i bambini in età prescolare (1-5 anni), ed i bambini di 6-14 anni. E' stato analizzato l'andamento dei ricoveri (numero assoluto e tasso di ospedalizzazione) nel decennio 2000-2009 distinguendo ricoveri per acuti ordinari, ricoveri per acuti diurni, e ricoveri riabilitativi. Il trend temporale è stato anche analizzato in maschi e femmine a seconda del tipo di DRG (medico o chirurgico). Infine, limitatamente all'ultimo triennio disponibile (2007-2009), si è analizzata la distribuzione dei principali DRG medici e chirurgici per sesso nelle due classi di età, e si sono confrontati i tassi di ospedalizzazione tra residenti con cittadinanza italiana e straniera.

Le Tabella 9.1 e 9.2 mostrano come il numero assoluto di ricoveri nei residenti si sia ridotto del 24% nei bambini di 1-5 anni e del 18% tra i 6 ed i 14 anni; la riduzione ha interessato i ricoveri ordinari per acuti e solo in misura marginale i ricoveri in regime diurno, mentre sono cresciuti i ricoveri riabilitativi (anche se i numeri assoluti rimangono bassi). A causa della contemporanea crescita della popolazione pediatrica, la riduzione dei tassi di ospedalizzazione è anche più marcata: il calo è del 36% in età prescolare e del 28% tra i bambini più grandi.

Tabella 9.1. *Dimissioni e tassi di ospedalizzazione per setting assistenziale (tassi per 1.000). Residenti in Veneto, età 1-5 anni. Anni 2000-2009.*

Anno	Acuto		Day Hospital		Riabilitazione		Totale	
	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso
2000	17.530	86,4	7.879	38,8	175	0,9	25.587	126,1
2001	18.354	88,5	8.185	39,5	159	0,8	26.698	128,7
2002	17.520	82,8	8.334	39,4	177	0,8	26.031	123,0
2003	15.854	73,6	8.209	38,1	244	1,1	24.307	112,8
2004	14.740	67,1	8.546	38,9	269	1,2	23.555	107,3
2005	14.004	62,6	8.511	38,1	437	2,0	22.952	102,6
2006	13.236	58,3	8.327	36,7	501	2,2	22.064	97,2
2007	12.238	53,1	7.862	34,1	513	2,2	20.613	89,4
2008	12.378	52,7	7.604	32,3	538	2,3	20.520	87,3
2009	11.088	46,5	7.412	31,1	890	3,7	19.390	81,3

Tabella 9.2. *Dimissioni e tassi di ospedalizzazione per setting assistenziale (tassi per 1.000). Residenti in Veneto, età 6-14 anni. Anni 2000-2009.*

Anno	Acuto		Day Hospital		Riabilitazione		Totale	
	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso
2000	16.747	47,2	7.590	21,4	348	1,0	24.692	69,6
2001	15.862	44,3	7.736	21,6	419	1,2	24.022	67,1
2002	14.834	40,8	7.773	21,4	290	0,8	22.903	62,9
2003	13.837	37,4	7.984	21,6	424	1,1	22.250	60,1
2004	13.349	35,5	7.912	21,0	501	1,3	21.762	57,8
2005	12.856	33,6	7.656	20,0	811	2,1	21.324	55,7
2006	12.537	32,2	7.889	20,3	930	2,4	21.356	54,9
2007	11.748	29,7	7.931	20,1	941	2,4	20.620	52,2
2008	11.746	29,3	8.027	20,0	980	2,4	20.753	51,7
2009	11.034	27,1	7.504	18,4	1.743	4,3	20.281	49,8

Considerando l'andamento nel tempo delle ospedalizzazioni per tipo di DRG, in Figura 9.1 e 9.2 si osserva come la riduzione sia principalmente a carico dei DRG medici in entrambe le classi di età. I tassi di ricovero si mantengono più elevati nei maschi rispetto alle femmine per entrambi i tipi di DRG.

Figura 9.1. *Tassi di ospedalizzazione per tipo di DRG e sesso (per 1.000). Residenti in Veneto, età 1-5 anni.*
Anni 2000-2009.

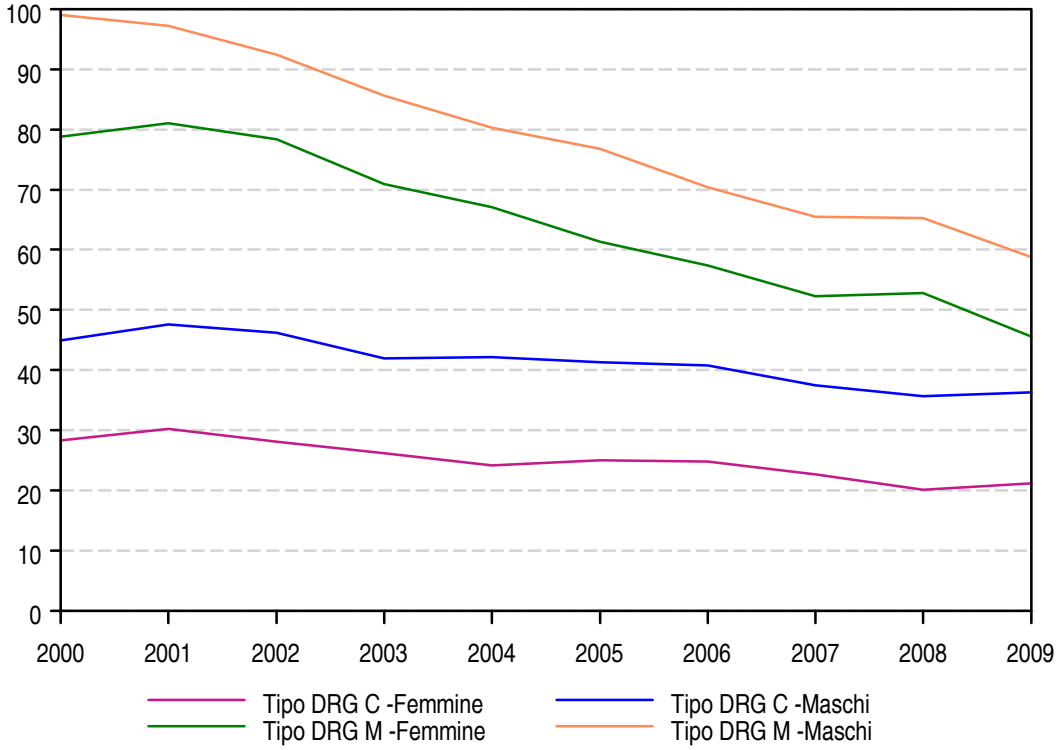
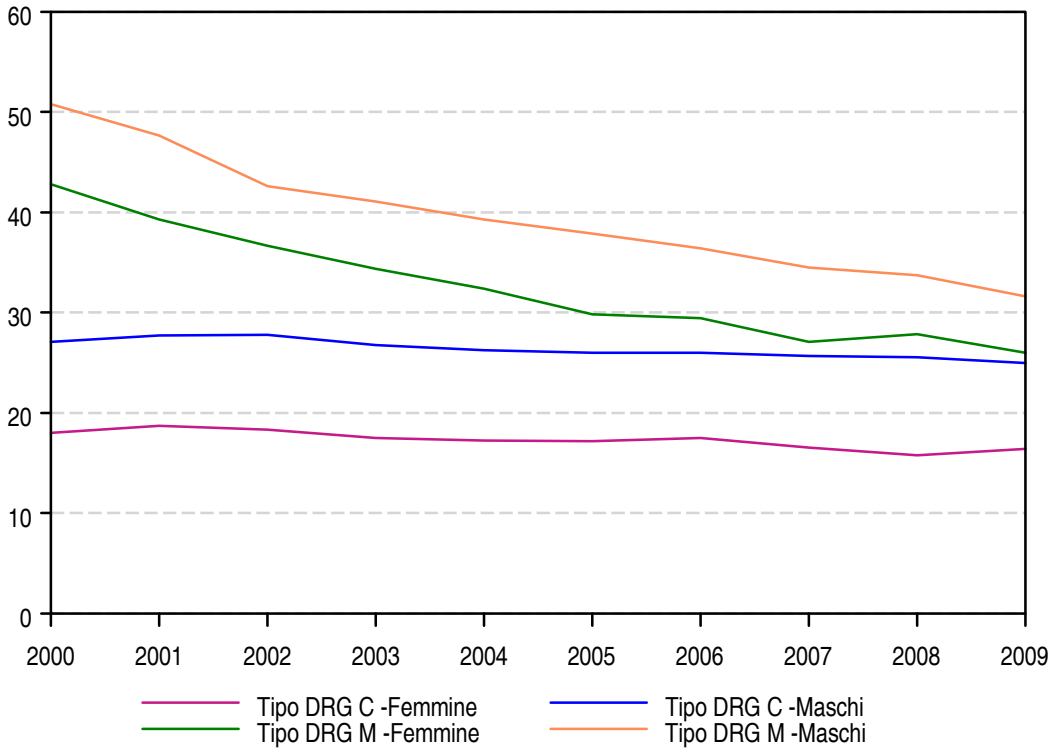


Figura 9.2. *Tassi di ospedalizzazione per tipo di DRG e sesso (per 1.000). Residenti in Veneto, età 6-14 anni.*
Anni 2000-2009.



La Tabella 9.3 riassume i dati di ospedalizzazione dell'ultimo triennio. Il ricorso al ricovero è più elevato in età prescolare rispetto ai bambini più grandi, in particolare per i ricoveri medici. Il tasso di ospedalizzazione nei maschi risulta in eccesso rispetto a quello delle femmine sia per i ricoveri medici (+26% in età prescolare e +23% tra i 6 ed i 14 anni), sia, in misura ancor più marcata, per i ricoveri chirurgici (+71% in età prescolare e +56% tra i bambini di 6-14 anni). Il ricorso al ricovero ospedaliero è simile per i residenti italiani e stranieri per i DRG medici nel loro complesso, mentre è marcatamente più alto tra i bambini con cittadinanza italiana per i DRG chirurgici (+71% in età prescolare e +56% tra i bambini più grandi).

Tabella 9.3. *Dimissioni e tassi di ospedalizzazione per sesso, tipo di DRG, classi di età e cittadinanza (tassi per 1.000). Residenti in Veneto. Periodo 2007-2009.*

		1-5 anni				6-14 anni			
		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
		N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso
Chirurgico	Italiani	11.627	38,2	6.541	22,8	14.376	26,1	8.669	16,6
	Stranieri	1.519	26,3	717	13,2	1.317	19,2	770	12,3
	Totale	13.146	36,3	7.258	21,2	15.693	25,3	9.439	16,2
Medico	Italiani	19.230	63,1	14.206	49,4	18.495	33,5	13.960	26,8
	Stranieri	3.542	61,4	2.852	52,4	2.098	30,6	1.779	28,3
	Totale	22.772	62,8	17.058	49,9	20.593	33,2	15.739	26,9

Le Tabelle 9.4-9.7 mostrano la distribuzione dei DRG medici e chirurgici più numerosi nelle due classi di età, la percentuale di ricoveri diurni per ciascun DRG, e confronta i tassi di ospedalizzazione per DRG nei due sessi e tra bambini con cittadinanza italiana e straniera.

I ricoveri medici più frequenti in età prescolare sono quelli per gastroenterite, convulsioni e cefalea, polmonite (Tabella 9.4). I tassi di ospedalizzazione tendono ad essere lievemente più alti tra i maschi che tra le femmine per tutti i principali DRG, in maniera più evidente nei ricoveri per bronchite ed asma, e sono confrontabili tra bambini italiani e stranieri (con valori più elevati tra gli stranieri per bronchite/asma, e per i disturbi di nutrizione e metabolismo). Un dato anomalo è quello del DRG relativo a disturbi mentali dell'infanzia: si tratta per lo più di ricoveri diurni che si concentrano nel sesso maschile, quasi esclusivamente nei bambini con cittadinanza italiana.

In età prescolare quasi metà dei ricoveri chirurgici è rappresentato da interventi di tonsillectomia/ adenoidectomia, eseguiti in grande maggioranza in regime diurno (Tabella 9.5). Il ricorso a tale procedura è più elevato nei maschi, ed insieme agli interventi per ernia inguinale ed altri specifici per sesso (sul testicolo, sul pene, e di circoncisione) spiega il marcato eccesso nel ricorso a procedure chirurgiche nei maschi in età prescolare rispetto alle femmine. E' evidente inoltre come per interventi di diversa natura (tonsillectomia/adenoidectomia, miringotomia, procedure su strutture extraoculari, interventi sul testicolo), con la marcata eccezione degli interventi di circoncisione, i tassi di ricovero siano pressoché il doppio nei bambini italiani rispetto agli stranieri.

Tra i bambini di 6-14 anni, i ricoveri medici ordinari più frequenti sono quelli per gastroenterite (leggermente più rappresentati nelle femmine), e per convulsioni/cefalea (Tabella 9.6). Anche in questa classe di età vi sono numerosi ricoveri diurni per disturbi mentali dell'infanzia, per lo più concentrati negli italiani maschi. Per quanto riguarda i ricoveri chirurgici (Tabella 9.7), il ricorso alla tonsillectomia si riequilibra nei due sessi rispetto alla classe di età precedente; rimangono numerose le procedure sul testicolo ed assumono consistenza crescente gli interventi ortopedici e di appendicectomia. Soprattutto per alcune procedure (interventi sul testicolo, interventi sul piede) rimane evidente l'aumentato ricorso tra gli italiani rispetto agli stranieri.

***Tabella 9.4**. Tassi di ospedalizzazione per sesso, DRG e cittadinanza (tassi per 1.000). Residenti in Veneto, DRG medico, classe di età 1-5 anni. Periodo 2007-2009.*

DRG			Tasso			
			Maschi		Femmine	
	N	%DH	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri
184-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	4.161	15,4	6,1	6,0	5,7	5,6
026-Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	3.564	11,3	5,4	6,1	4,5	4,8
091-Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	3.407	0,9	5,1	5,0	4,7	4,3
431-Disturbi mentali dell'infanzia	1.999	94,9	4,6	0,8	1,9	0,3
298-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	2.794	4,0	3,9	5,3	3,6	4,5
070-Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	2.286	4,1	3,7	3,1	2,9	2,6
098-Bronchite e asma, età < 18 anni	1.816	1,4	2,9	3,7	1,9	3,0
422-Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	1.050	1,9	1,7	1,5	1,3	1,3
074-Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	740	63,1	1,3	1,1	0,8	0,7
035-Altre malattie del sistema nervoso senza CC	613	71,3	1,1	0,6	0,7	0,5

***Tabella 9.5.** Tassi di ospedalizzazione per sesso, DRG e cittadinanza (tassi per 1.000). Residenti in Veneto, DRG chirurgico, classe di età 1-5 anni. Periodo 2007-2009.*

DRG			Tasso			
			Maschi		Femmine	
	N	%DH	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri
060-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	9.257	86,5	16,7	7,0	12,1	5,0
340-Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1.623	65,1	4,9	2,5	0,0	0,0
163-Interventi per ernia, età < 18 anni	1.453	77,1	2,8	2,1	1,4	1,2
041-Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	1.160	71,4	1,7	1,2	1,8	0,9
341-Interventi sul pene	595	23,4	1,7	1,2	0,0	0,0
343-Circoncisione, età < 18 anni	609	65,0	1,1	4,5	0,0	0,0
062-Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	611	85,8	1,1	0,2	0,8	0,3
270-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	526	87,6	0,7	0,3	0,9	0,6
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	353	78,8	0,5	0,2	0,5	0,4
169-Interventi sulla bocca senza CC	309	81,2	0,5	0,9	0,3	0,6

Tabella 9.6. *Tassi di ospedalizzazione per sesso, DRG e cittadinanza (tassi per 1.000). Residenti in Veneto, DRG medico, classe di età 6-14 anni. Periodo 2007-2009.*

DRG			Tasso			
			Maschi		Femmine	
	N	%DH	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri
431-Disturbi mentali dell'infanzia	3.440	96,5	4,1	0,7	2,1	0,3
184-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	3.893	22,7	3,0	2,5	3,6	3,3
026-Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	2.231	24,3	2,0	1,7	1,7	2,0
301-Malattie endocrine senza CC	1.291	79,2	0,8	0,5	1,5	0,8
298-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	1.377	27,5	1,2	1,1	1,1	0,8
091-Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	1.041	1,0	0,9	1,2	0,7	1,2
252-Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	769	12,0	0,9	0,8	0,4	0,4
070-Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	896	9,3	0,8	1,0	0,6	1,1
035-Altre malattie del sistema nervoso senza CC	704	64,3	0,7	0,6	0,5	0,4
190-Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	789	7,5	0,7	0,7	0,6	0,7

Tabella 9.7. *Tassi di ospedalizzazione per sesso, DRG e cittadinanza (tassi per 1.000). Residenti in Veneto, DRG chirurgico, classe di età 6-14 anni. Periodo 2007-2009.*

DRG			Tasso			
			Maschi		Femmine	
	N	%DH	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri
060-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	4.486	86,2	4,0	3,2	3,7	2,7
340-Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1.860	52,1	3,2	1,6	0,0	0,0
164-167-Appendicectomia con/senza diag.complic.,con/senza complic.	3.263	0,0	3,1	2,5	2,4	2,1
225-Interventi sul piede	2.180	49,4	2,4	0,5	1,5	0,4
343-Circoncisione, età < 18 anni	763	73,8	1,2	1,4	0,0	0,0
220-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	1.135	12,8	1,2	1,2	0,7	0,4
224-Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	687	15,7	0,8	0,8	0,3	0,1
163-Interventi per ernia, età < 18 anni	667	84,0	0,8	0,6	0,3	0,4
169-Interventi sulla bocca senza CC	763	83,6	0,6	0,7	0,7	0,5
041-Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	698	54,9	0,6	0,6	0,6	0,5

Capitolo 10
Traumatismi e avvelenamenti

10.1 Ospedalizzazione generale e per diagnosi

In questo paragrafo vengono descritte le principali caratteristiche dell'ospedalizzazione per traumatismi e avvelenamenti in Veneto nello scorso decennio. Sono stati considerati i ricoveri con diagnosi principale appartenente al capitolo 17 della classificazione internazionale delle malattie (codici ICD-9-CM 800-999) ad esclusione dei "Postumi di traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici ed altre cause esterne" (codici 905-909) e delle "Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove" (codici 996-999). Sono stati inoltre esclusi i ricoveri nel primo anno di vita.

L'analisi riguarda prevalentemente i ricoveri dei residenti in Veneto sia presso le strutture ospedaliere del Veneto, sia presso strutture ospedaliere di altre Regioni. Sono state condotte analisi differenziate per gruppi di età, considerando i bambini (1-13 anni), i giovani/adulti (14-64 anni) e gli anziani (65 anni e oltre). Il periodo temporale considerato va dal 2000 al 2009; alcune analisi sono state poi ristrette al triennio più recente (2007-2009).

Dati generali e andamento temporale

L'andamento del numero di dimissioni per traumatismi e avvelenamenti in Veneto è in progressiva diminuzione, in particolare per la casistica residente in Veneto che si rivolge alle strutture regionali. Gli indici di attrazione e fuga evidenziano fino al 2005 un saldo positivo per il Veneto, mentre dal 2006 il divario tra gli stessi sostanzialmente si annulla (Tabella 10.1).

Tabella 10.1. *Traumatismi e avvelenamenti: attrazione e fuga. Anni 2000-2009.*

	Anno									
	2000	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
Non residenti in Veneto	4.552	4.390	4.466	4.397	4.204	4.131	3.825	3.799	3.388	3.072
Residenti e ricoverati in Veneto	48.251	46.148	44.098	42.682	41.278	40.662	39.525	38.124	37.878	36.903
Residenti in Veneto e ricoverati fuori Regione	2.815	2.575	2.505	2.454	2.303	2.314	2.534	2.460	2.410	2.186
Indice di Attrazione (*)	6,4	6,3	6,6	6,8	6,9	7,0	6,3	6,5	6,0	5,7
Indice di Fuga	5,5	5,3	5,4	5,4	5,3	5,4	6,0	6,1	6,0	5,6

(*) esclusi i ricoveri dei residenti all'estero

Limitando l'attenzione ai soli residenti in Veneto, nel 2009 il numero di dimissioni ammonta a circa 39.000, pari al 5,2% del totale (Tabella 10.2). Sebbene l'andamento temporale dei ricoveri per cause traumatiche nell'ultimo decennio sia complessivamente in sensibile diminuzione (-23,5%), si riscontra un forte calo di ricoveri soprattutto nei bambini e negli adulti (rispettivamente -40,0% e -37,1%), probabilmente conseguente alla deospedalizzazione dei casi meno gravi, mentre il numero di ricoveri degli anziani è in crescita (+6,1%).

In termini di tasso di ospedalizzazione, l'andamento sopra descritto risulta ancora più marcato nei bambini in quanto nell'ultimo decennio la popolazione del Veneto in età infantile è

aumentata; per quanto riguarda gli anziani, l'aumento in valore assoluto dei ricoveri è stato più che compensato dall'aumento della popolazione con più di 64 anni con una conseguente diminuzione del tasso di circa il 10% (Figura 10.1).

Dal 2000 il numero di ricoveri per trauma è diminuito in proporzione più che il totale dei ricoveri; la quota di ricoveri di origine traumatica è passata infatti dal 5,8% al 5,2%, sebbene con andamento diverso in relazione all'età dei pazienti. Nei bambini, infatti, la riduzione è più marcata (dal 9,2% al 7,0%) mentre nei soggetti anziani si riscontra una tendenza opposta (dal 4,5% al 5,3%) (Tabella 10.3).

Tabella 10.2. *Traumatismi e avvelenamenti: dimissioni per classi di età e regime di ricovero. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

Anno	Classi di età			Regime di ricovero		
	1-13	14-64	65+	Ordinario	Diurno	Totale
2000	4.488	30.090	16.488	46.852	4.214	51.066
2001	4.237	28.196	16.290	44.409	4.314	48.723
2002	4.055	26.320	16.228	42.034	4.569	46.603
2003	3.768	25.090	16.278	40.296	4.840	45.136
2004	3.700	23.630	16.251	39.064	4.517	43.581
2005	3.362	22.837	16.777	38.648	4.328	42.976
2006	3.331	21.847	16.881	38.245	3.814	42.059
2007	3.119	20.989	16.476	37.287	3.297	40.584
2008	3.023	19.736	17.529	36.814	3.474	40.288
2009	2.690	18.912	17.487	35.585	3.504	39.089

Figura 10.1. *Traumatismi e avvelenamenti: variazione delle dimissioni e del tasso di ospedalizzazione per classi di età. Numeri indice (anno 2000=100). Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

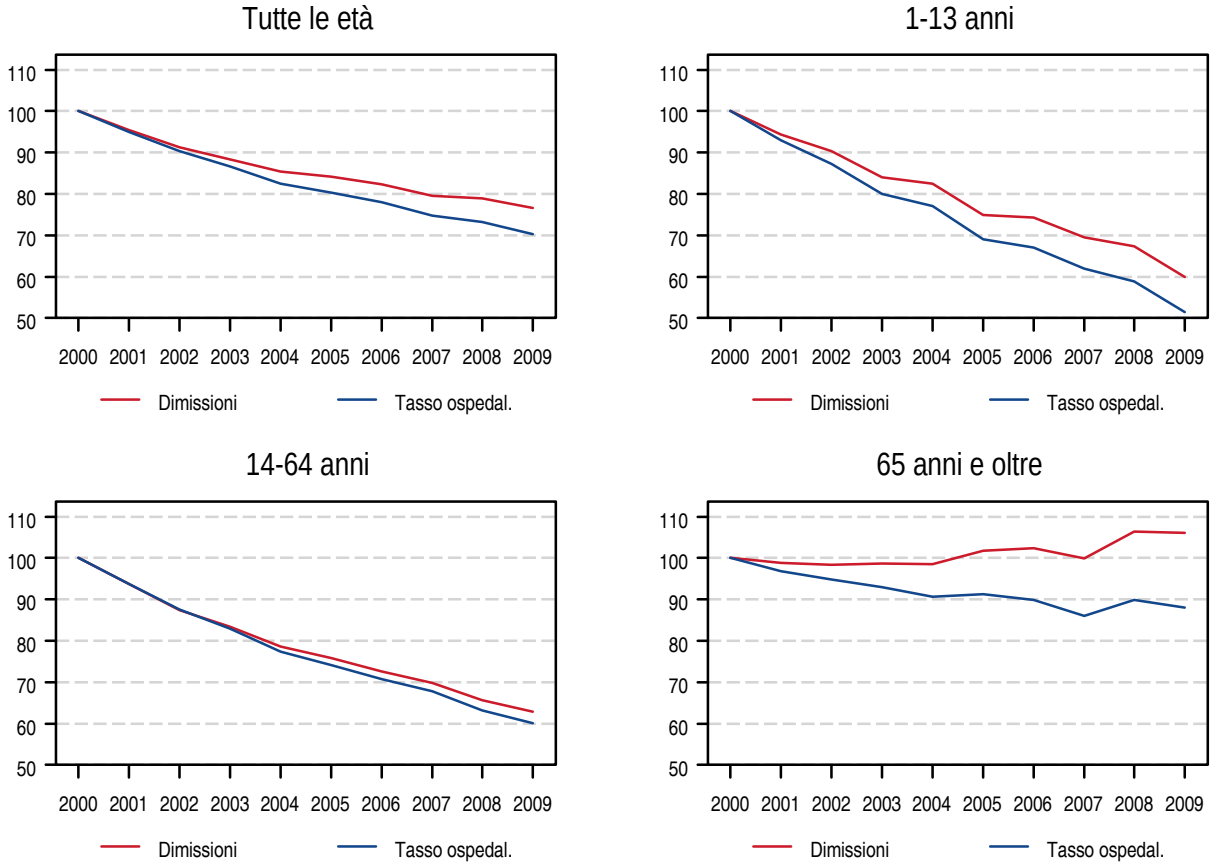


Tabella 10.3. *Dimissioni per traumatismi e avvelenamenti sul totale delle dimissioni (%).Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

Anno	*Classi di età*			
	1-13	*14-64*	*65 +*	*Totale*
2000	9,2	6,4	4,5	5,8
2001	8,5	6,0	4,4	5,5
2002	8,5	5,8	4,3	5,4
2003	8,4	5,7	4,4	5,3
2004	8,3	5,4	4,5	5,2
2005	7,9	5,4	4,6	5,2
2006	7,9	5,2	4,7	5,1
2007	7,8	5,2	4,8	5,2
2008	7,5	5,1	5,2	5,3
2009	7,0	5,0	5,3	5,2

Caratteristiche dei ricoveri per sesso e classi di età

Nel 2009 l'ospedalizzazione per eventi accidentali è dovuta per il 7% ai bambini fino ai 13 anni, per il 48% ai giovani e adulti e per il 45% alle persone di 65 anni e oltre. Rispetto al 2000, la composizione dei ricoveri ospedalieri si è spostata verso le età anziane (Figura 10.2).

Nel complesso, l'ospedalizzazione degli uomini è superiore a quella delle donne, sebbene il divario tenda a ridursi nel tempo (Figura 10.3). Questo andamento è invece rovesciato per le classi di età anziane, nelle quali il tasso di ospedalizzazione delle donne supera quello degli uomini del 30-40%.

Figura 10.2. *Traumatismi e avvelenamenti: dimissioni per classi di età. Residenti in Veneto.*

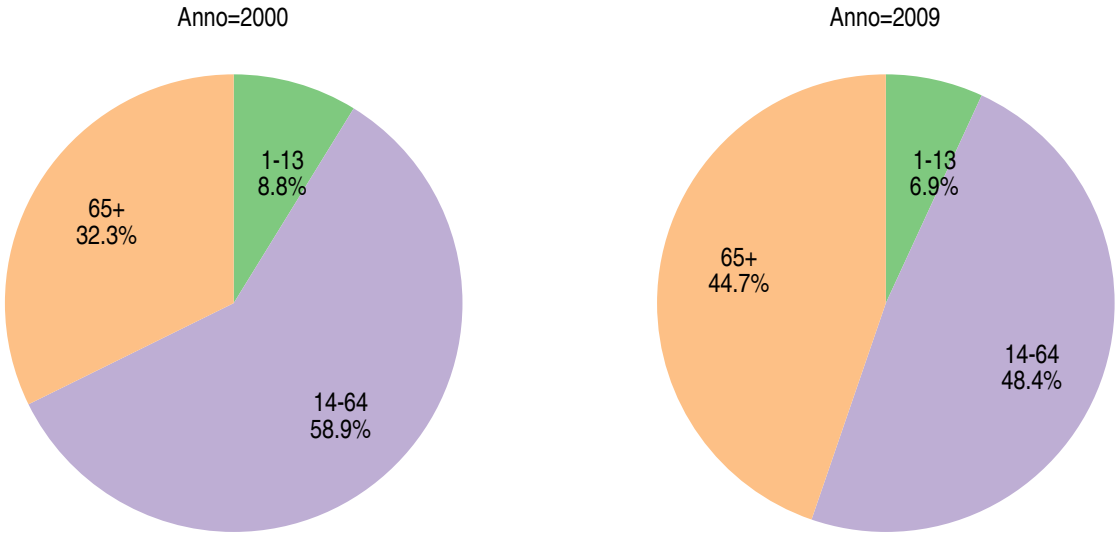
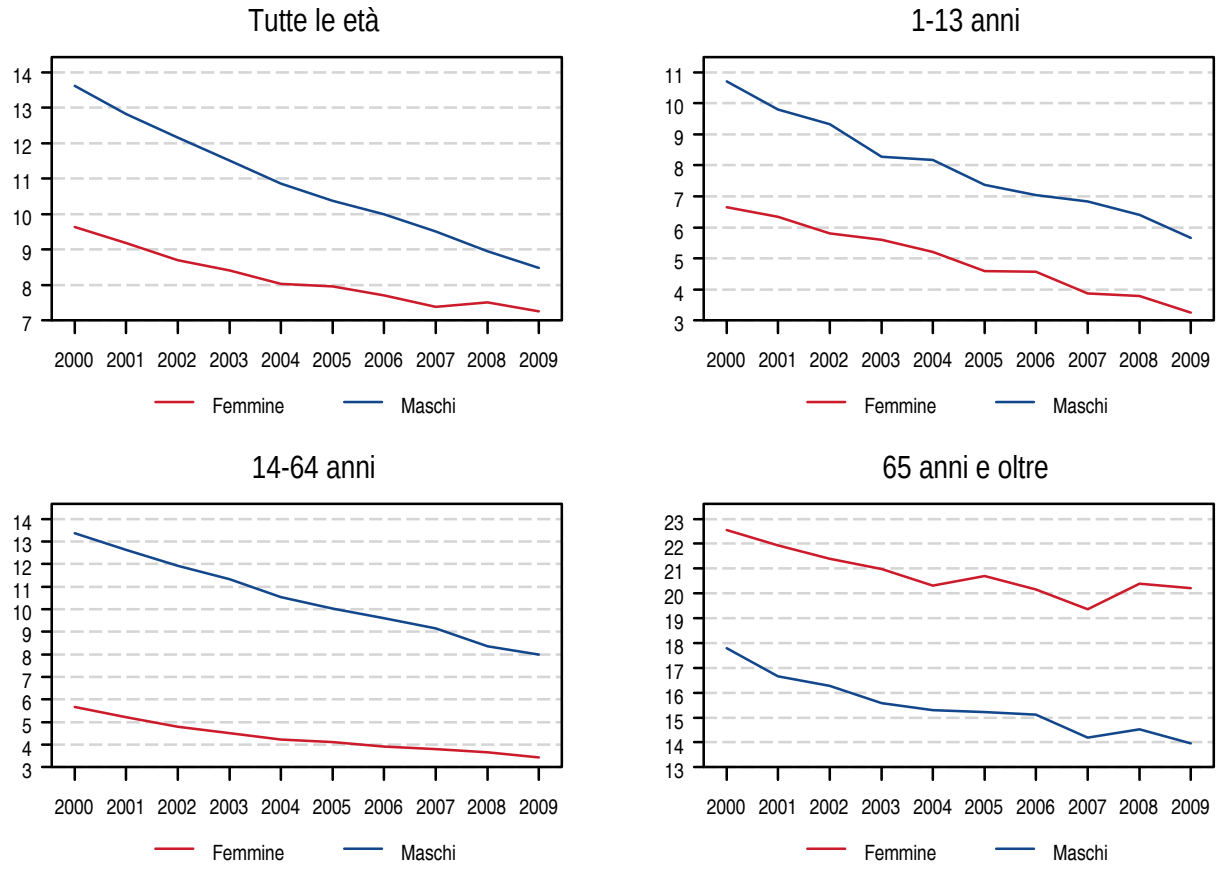


Figura 10.3. *Traumatismi e avvelenamenti: tasso di ospedalizzazione standardizzato diretto per sesso (per 1.000). Residenti in Veneto. Anni 2000-2009. Popolazione standard: Veneto 1 gennaio 2002.*



Le diagnosi di ricovero

Viene di seguito presentato un profilo dei ricoveri per tipologia di trauma per classi di età e sesso negli anni più recenti disponibili (2007-2009). Sono stati considerati solo i ricoveri ordinari, che rappresentano oltre il 90% della casistica ospedaliera. I dati di seguito commentati sono riportati nella Tabella 10.4 e 10.5.

Tutte le età

La gran parte dell'ospedalizzazione per traumi e avvelenamenti (71% del totale) si concentra nelle quattro cause più frequenti: "traumatismi intracranici" (9,6%), "fratture degli arti" (16,3% arti superiori, 33,5% arti inferiori) e "fratture del collo e del tronco" (11,7%). La casistica è prevalentemente maschile (51,9%) con profili di ospedalizzazione differenziati per genere. Negli uomini prevalgono infatti i traumi e le fratture del cranio, i traumatismi interni del torace, le ferite, le distorsioni e lussazioni; nelle donne si riscontra una maggiore ospedalizzazione per le fratture degli arti inferiori, riconducibili in gran parte alle fratture di femore in età anziana, e gli "avvelenamenti".

Età 1-13 anni

Nei bambini le principali cause traumatiche di ospedalizzazione sono i traumatismi intracranici (16,6%) e le fratture degli arti (29,1% arti superiori, 12,0% arti inferiori). Nel profilo delle cause di ricovero emergono, anche se con frequenza inferiore, cause tipiche dell'età infantile, come gli "effetti da corpo estraneo penetrato da orifizio" e gli "effetti tossici di sostanze" per le quali rispettivamente il 36,7% e il 41,0% dei ricoveri è costituito da bambini.

Età 14-64 anni

Nell'età adulta il profilo di ospedalizzazione per causa è riconducibile in gran parte ai traumi da traffico, da lavoro e sportivi. Sebbene quasi la metà dei ricoveri siano dovuti dalle tre cause principali (traumatismi intracranici e fratture degli arti), rispetto alle altre classi di età hanno un peso superiore le "distorsioni e distrazioni" (9,3%), le "fratture del cranio" (5,9%) e i "traumatismi interni del torace, addome e pelvi" (3,9%)

Età 65 anni e oltre

Il profilo di ospedalizzazione per cause traumatiche nell'anziano è caratterizzato dalle "fratture degli arti inferiori" (47%) e dalle "fratture del collo e del tronco" (13,9%).

Stagionalità dei ricoveri

La Figura 10.4 illustra, per le tre classi di età considerate, l'andamento mensile e giornaliero dei ricoveri per traumatismi e avvelenamenti. Con riferimento al totale dei ricoveri, si riscontra un andamento di tipo stagionale, con un ricorrente incremento di ricoveri durante il periodo estivo; questo andamento è decisamente marcato nei bambini e negli adulti, mentre è assente negli anziani, per i quali l'andamento dei ricoveri presenta un trend in leggera crescita, ma senza oscillazioni stagionali.

Tabella 10.4. *Traumatismi e avvelenamenti: dimissioni ordinarie per tipologia e sesso. Residenti in Veneto. Periodo 2007-2009.*

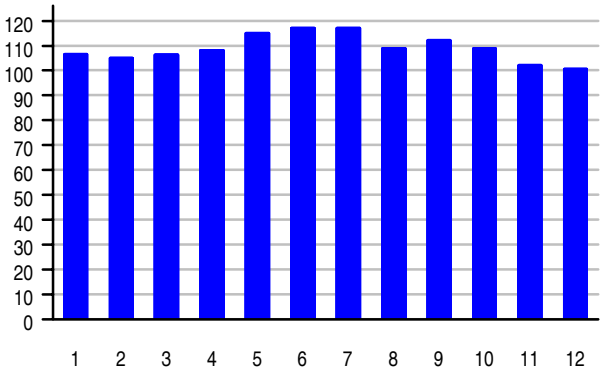
Tipo trauma	Sesso								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N	% riga	% col.	N	% riga	% col.	N	% riga	% col.
Fratture del cranio (800–804)	3.097	70,1	5,4	1.324	29,9	2,5	4.421	100,0	4,0
Fratture del collo e del tronco (805–809)	6.487	50,6	11,4	6.343	49,4	12,0	12.830	100,0	11,7
Fratture degli arti superiori (810–819)	8.772	49,1	15,4	9.104	50,9	17,3	17.876	100,0	16,3
Fratture degli arti inferiori (820–829)	13.989	38,1	24,6	22.756	61,9	43,1	36.745	100,0	33,5
Lussazioni (830–839)	1.882	66,2	3,3	962	33,8	1,8	2.844	100,0	2,6
Distorsioni e distrazioni (840–848)	4.069	73,5	7,1	1.469	26,5	2,8	5.538	100,0	5,0
Traumatismi intracranici (850–854)	6.240	59,4	11,0	4.264	40,6	8,1	10.504	100,0	9,6
Traumatismi interni del torace, dell'addome e della pelvi (860–869)	2.209	73,0	3,9	817	27,0	1,5	3.026	100,0	2,8
Ferite aperte di testa, collo e tronco (870–879)	1.086	72,1	1,9	421	27,9	0,8	1.507	100,0	1,4
Ferite dell'arto superiore (880–887)	2.152	84,4	3,8	397	15,6	0,8	2.549	100,0	2,3
Ferite dell'arto inferiore (890–897)	565	72,6	1,0	213	27,4	0,4	778	100,0	0,7
Traumatismi dei vasi sanguigni (900–904)	178	75,1	0,3	59	24,9	0,1	237	100,0	0,2
Traumatismi superficiali (910–919)	183	63,8	0,3	104	36,2	0,2	287	100,0	0,3
Contusioni senza soluzione di continuo (920–924)	1.544	56,3	2,7	1.198	43,7	2,3	2.742	100,0	2,5
Schiacciamento (925–929)	347	83,2	0,6	70	16,8	0,1	417	100,0	0,4
Effetti da corpo estraneo penetrato da orifizio (930–939)	542	55,1	1,0	441	44,9	0,8	983	100,0	0,9
Ustioni (940–949)	787	62,2	1,4	479	37,8	0,9	1.266	100,0	1,2
Traumatismi dei nervi e del midollo spinale (950–957)	396	66,2	0,7	202	33,8	0,4	598	100,0	0,5
Complicazioni e traumatismi non specificati (958–959)	1.238	61,4	2,2	779	38,6	1,5	2.017	100,0	1,8
Avvelenamenti (960–979)	669	39,7	1,2	1.017	60,3	1,9	1.686	100,0	1,5
Effetti tossici di sostanze (980–989)	337	59,5	0,6	229	40,5	0,4	566	100,0	0,5
Altri e non specificati effetti di cause esterne (990–994)	163	60,6	0,3	106	39,4	0,2	269	100,0	0,2
Totale	56.932	51,9	100,0	52.754	48,1	100,0	109.686	100,0	100,0

Tabella 10.5. *Traumatismi e avvelenamenti: dimissioni ordinarie per tipologia e classi di età. Residenti in Veneto. Periodo 2007-2009.*

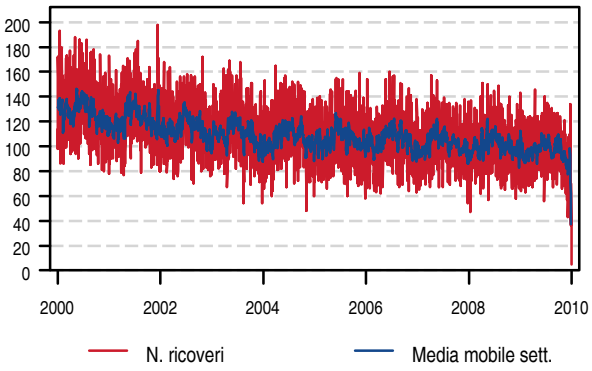
Tipo trauma	Classi di età									Totale		
	1-13			14-64			65+					
	N	% riga	% col.	N	% riga	% col.	N	% riga	% col.	N	% riga	% col.
Fratture del cranio (800–804)	363	8,2	4,5	3.083	69,7	5,9	975	22,1	2,0	4.421	100,0	4,0
Fratture del collo e del tronco (805–809)	94	0,7	1,2	5.799	45,2	11,2	6.937	54,1	13,9	12.830	100,0	11,7
Fratture degli arti superiori (810–819)	2.334	13,1	29,1	9.009	50,4	17,4	6.533	36,5	13,1	17.876	100,0	16,3
Fratture degli arti inferiori (820–829)	963	2,6	12,0	12.392	33,7	23,9	23.390	63,7	47,0	36.745	100,0	33,5
Lussazioni (830–839)	71	2,5	0,9	1.997	70,2	3,9	776	27,3	1,6	2.844	100,0	2,6
Distorsioni e distrazioni (840–848)	115	2,1	1,4	4.832	87,3	9,3	591	10,7	1,2	5.538	100,0	5,0
Traumatismi intracranici (850–854)	1.335	12,7	16,6	4.075	38,8	7,9	5.094	48,5	10,2	10.504	100,0	9,6
Traumatismi interni del torace, dell'addome e della pelvi (860–869)	202	6,7	2,5	2.014	66,6	3,9	810	26,8	1,6	3.026	100,0	2,8
Ferite aperte di testa, collo e tronco (870–879)	384	25,5	4,8	843	55,9	1,6	280	18,6	0,6	1.507	100,0	1,4
Ferite dell'arto superiore (880–887)	161	6,3	2,0	2.021	79,3	3,9	367	14,4	0,7	2.549	100,0	2,3
Ferite dell'arto inferiore (890–897)	68	8,7	0,8	519	66,7	1,0	191	24,6	0,4	778	100,0	0,7
Traumatismi dei vasi sanguigni (900–904)	4	1,7	0,0	150	63,3	0,3	83	35,0	0,2	237	100,0	0,2
Traumatismi superficiali (910–919)	60	20,9	0,7	154	53,7	0,3	73	25,4	0,1	287	100,0	0,3
Contusioni senza soluzione di continuo (920–924)	277	10,1	3,4	1.200	43,8	2,3	1.265	46,1	2,5	2.742	100,0	2,5
Schiacciamento (925–929)	33	7,9	0,4	327	78,4	0,6	57	13,7	0,1	417	100,0	0,4
Effetti da corpo estraneo penetrato da orifizio (930–939)	361	36,7	4,5	336	34,2	0,6	286	29,1	0,6	983	100,0	0,9
Ustioni (940–949)	269	21,2	3,3	701	55,4	1,4	296	23,4	0,6	1.266	100,0	1,2
Traumatismi dei nervi e del midollo spinale (950–957)	48	8,0	0,6	392	65,6	0,8	158	26,4	0,3	598	100,0	0,5
Complicazioni e traumatismi non specificati (958–959)	415	20,6	5,2	897	44,5	1,7	705	35,0	1,4	2.017	100,0	1,8
Avvelenamenti (960–979)	206	12,2	2,6	727	43,1	1,4	753	44,7	1,5	1.686	100,0	1,5
Effetti tossici di sostanze (980–989)	232	41,0	2,9	255	45,1	0,5	79	14,0	0,2	566	100,0	0,5
Altri e non specificati effetti di cause esterne (990–994)	37	13,8	0,5	126	46,8	0,2	106	39,4	0,2	269	100,0	0,2
Totale	8.032	7,3	100,0	51.849	47,3	100,0	49.805	45,4	100,0	109.686	100,0	100,0

Figura 10.4. *Traumatismi e avvelenamenti: andamento mensile e giornaliero dei ricoveri. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009. Popolazione standard: Veneto 1 gennaio 2002.*

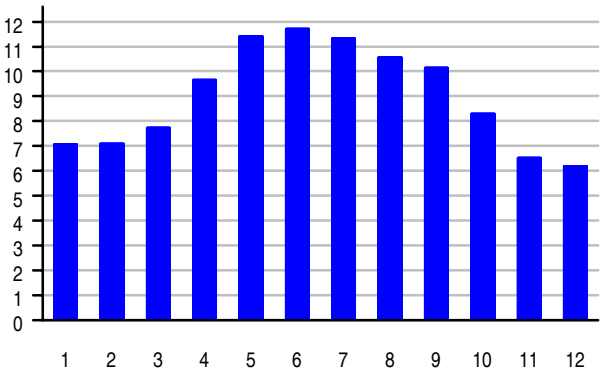
Tutte le età – Media ricoveri per mese



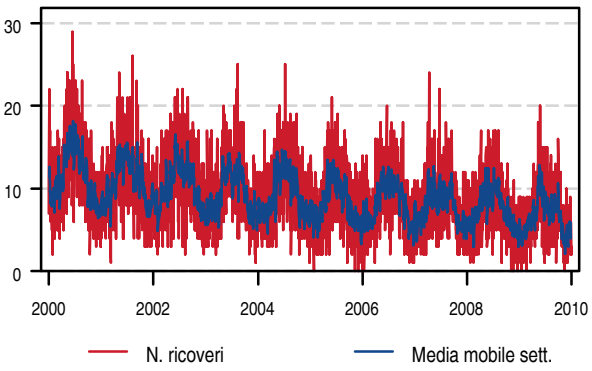
Tutte le età – Ricoveri giornalieri



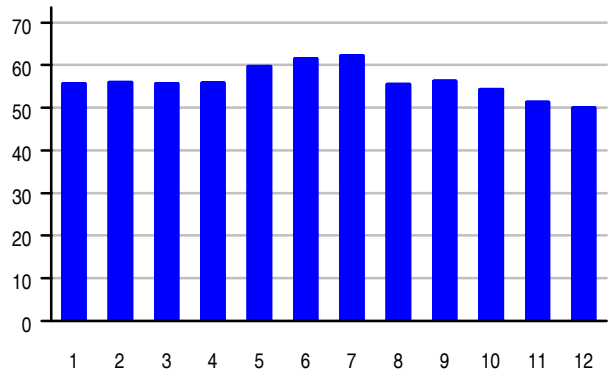
1-13 anni – Media ricoveri per mese



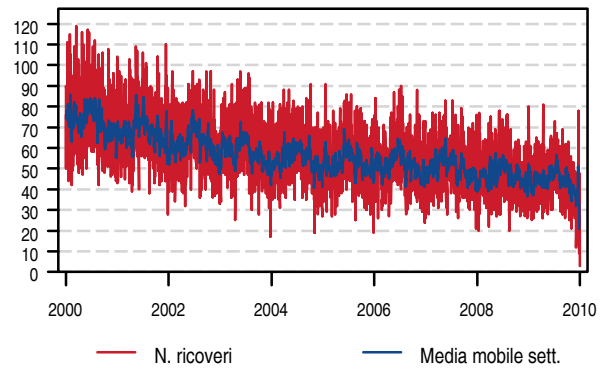
1-13 anni – Ricoveri giornalieri



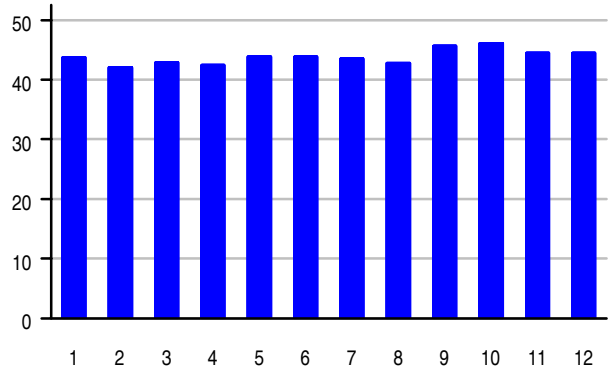
14-64 anni – Media ricoveri per mese



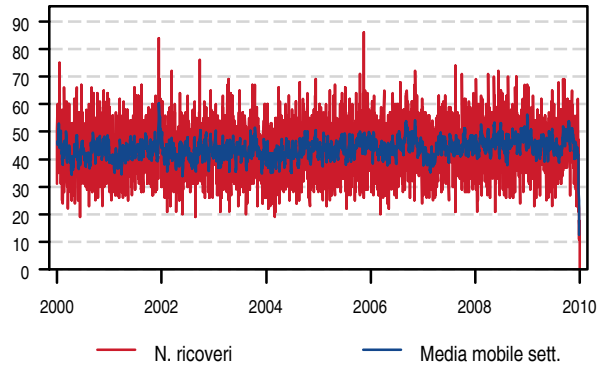
14-64 anni – Ricoveri giornalieri



65 anni e oltre – Media ricoveri per mese



65 anni e oltre – Ricoveri giornalieri



10.2 La frattura del femore

La frattura del femore costituisce un evento di notevole rilevanza in ambito sanitario in quanto comporta tempi lunghi di recupero e può essere responsabile di disabilità permanenti soprattutto negli anziani. E' un evento frequente (ogni anno nel Veneto si registrano oltre 7.000 ricoveri per frattura di femore), ed è un fenomeno che interessa soprattutto le persone anziane (circa l'80% dei ricoveri).

Sono stati selezionati i ricoveri con diagnosi principale di frattura di femore (codici ICD9-CM 820-frattura del collo del femore, 821-frattura di altre e non specificate parti del femore) e sono stati considerati gli interventi di riduzione incruenta di frattura del femore con e senza fissazione interna (codici 79.05 e 79.15), riduzione cruenta con e senza fissazione interna (codici 79.25 e 79.35), riduzione cruenta e incruenta di epifisiolisi del femore (codici 79.45 e 79.55) e infine sostituzione parziale o totale dell'anca (codici 81.51 e 81.52).

L'ospedalizzazione per frattura di femore dei residenti in Veneto

L'ospedalizzazione per frattura di femore interessa oltre 7.000 persone l'anno con alcune differenze peculiari per età e sesso. Il numero assoluto di ricoveri è in continua crescita: in particolare si osserva un aumento costante dal 2000 al 2005 e poi alcune oscillazioni fino al 2009. Il trend è comunque in aumento passando da 7.073 ricoveri nel 2000 a 7.710 ricoveri nel 2009, con un incremento del 9%.

E' un evento che riguarda in misura nettamente maggiore le donne, come bene evidenzia la Figura 10.5.

L'andamento temporale della distribuzione percentuale delle dimissioni con diagnosi principale di frattura di femore per classi di età dei residenti in Veneto evidenzia il lento ma costante aumento della quota degli anziani, che nel 2009 costituisce l'82% dei dimessi (Figura 10.6). Questo dato risulta in linea con il progressivo processo di invecchiamento della popolazione al quale non si sottrae anche la Regione Veneto e che è stato approfondito nel capitolo relativo agli aspetti demografici di questo rapporto.

Figura 10.5. *Frattura di femore: dimissioni per sesso. Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*

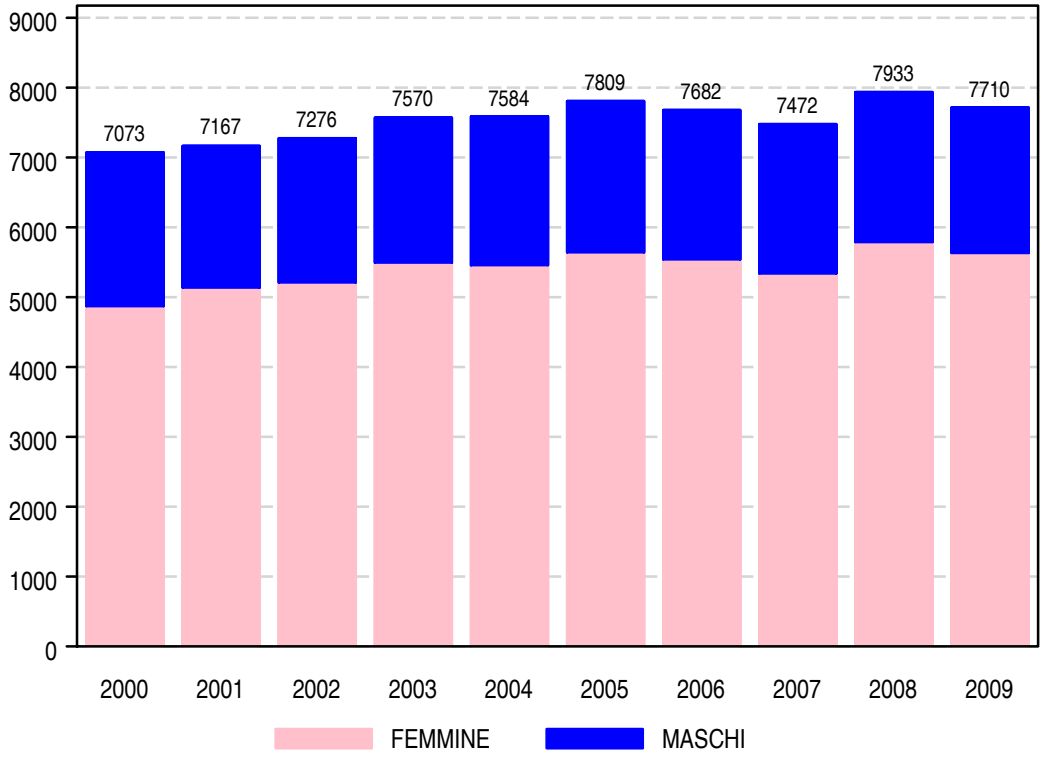
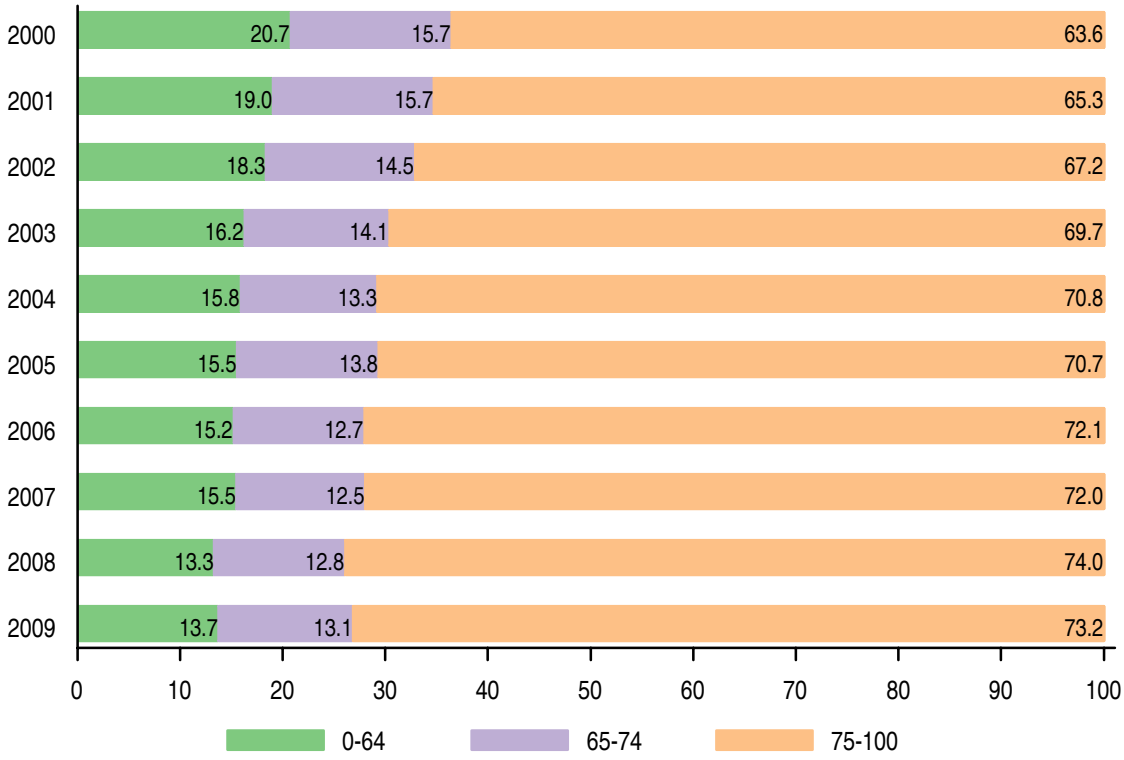
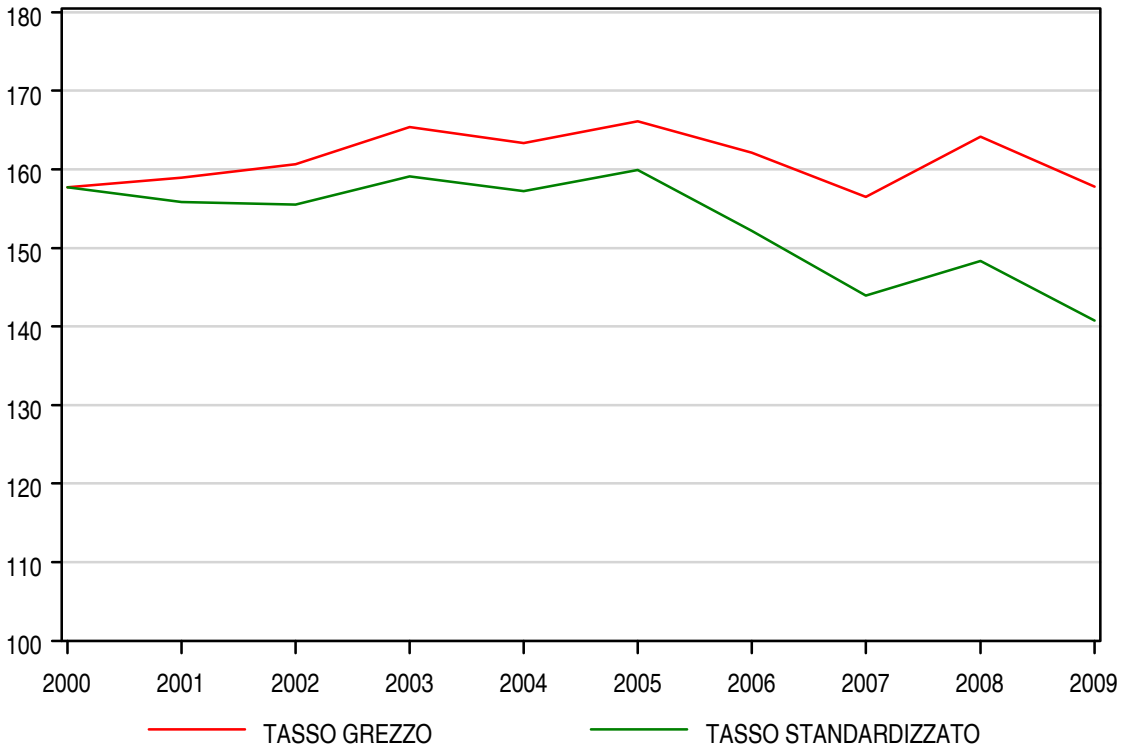


Figura 10.6. *Frattura di femore: dimissioni per classi di età (valori percentuali). Residenti in Veneto. Anni 2000-2009.*



Il tasso di ospedalizzazione per frattura di femore dei residenti in Veneto nel 2009 è pari a 158 ricoveri ogni 100.000 abitanti. Il tasso osservato appare abbastanza stabile se confrontato negli anni, mentre il tasso standardizzato per età e sesso in modo diretto, utilizzando come popolazione standard la popolazione dei residenti in Veneto nel 2000, evidenzia un trend in diminuzione a partire dal 2005.

Figura 10.7. *Frattura di femore: tasso di ospedalizzazione osservato e standardizzato (per 100.000) Anni 2000-2009. Residenti in Veneto. Standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto, anno 2000.*



La Tabella 10.6 evidenzia la variabilità del tasso di ospedalizzazione per ULSS di residenza.

Se si osserva in dettaglio il tasso osservato per classi di età e sesso (anni 2007-2009) si possono notare differenze rilevanti in entrambe le variabili considerate. Nelle classi di età più giovani la frattura di femore colpisce in misura maggiore i maschi, mentre nelle classi più anziane il tasso di ospedalizzazione femminile è nettamente superiore a quello dei maschi (Tabella 10.7). Tale andamento riflette la diversa natura dei fattori eziologici: prevalentemente da traumatismi maggiori nei giovani, prevalentemente su base osteoporotica negli anziani.

Tabella 10.6. *Frattura di femore: rapporto standardizzato di ospedalizzazione e intervallo di confidenza (α=0,05) per Azienda di residenza. Periodo 2008-2009. Standardizzazione indiretta (valore regionale=1).*

Azienda ULSS di residenza	*Rapporto standardizzato*	*Limite conf. inferiore*	*Limite conf. superiore*
101-Belluno	1,08	1,00	1,18
102-Feltre	0,90	0,80	1,01
103-Bassano del Grappa	0,95	0,87	1,03
104-Alto Vicentino	0,85	0,77	0,93
105-Ovest Vicentino	1,01	0,93	1,10
106-Vicenza	1,00	0,93	1,06
107-Pieve di Soligo	0,88	0,82	0,95
108-Asolo	1,31	1,22	1,39
109-Treviso	0,96	0,91	1,01
110-Veneto Orientale	0,88	0,82	0,96
112-Veneziana	0,98	0,92	1,03
113-Mirano	1,00	0,93	1,07
114-Chioggia	0,84	0,75	0,93
115-Alta Padovana	0,84	0,78	0,92
116-Padova	1,01	0,95	1,06
117-Este	0,92	0,84	1,00
118-Rovigo	0,97	0,90	1,05
119-Adria	1,09	0,97	1,22
120-Verona	1,11	1,06	1,17
121-Legnago	1,11	1,03	1,21
122-Bussolengo	1,14	1,07	1,22

Tabella 10.7. *Frattura di femore: tasso di ospedalizzazione per classi di età (per 100.000). Residenti in Veneto. Periodo 2007-2009.*

Classi di età	*Femmine*	*Maschi*	*Totale*
0-44	8,32	29,63	19,26
45-54	21,51	35,13	28,40
55-64	76,89	56,12	66,67
65-74	252,06	139,25	199,57
75-84	1070,73	495,61	850,92
85-100	2707,12	1603,29	2413,00
Totale	226,30	89,94	159,51

Gli interventi chirurgici

Il 90% dei ricoveri in Veneto con diagnosi principale di frattura di femore comporta l'esecuzione di un intervento chirurgico. Dal 2000 al 2009 la percentuale di interventi è aumentata passando dall'83% dei ricoveri nel 2000 al 90% nel 2009. Analizzando questo indicatore in dettaglio a livello di singole Aziende ULSS si può osservare dal grafico successivo come non ci sia una elevata variabilità tra le stesse (Figura 10.8).

La tempestività dell'intervento rappresenta un fattore molto importante per la successiva fase di recupero del soggetto con frattura di femore e può incidere pesantemente sul rischio di morte o di disabilità, specie nelle persone anziane. Quanto più un intervento è tempestivo, tanto più è possibile una ripresa più rapida della normale deambulazione e una limitazione all'insorgere di complicazioni generali quali embolie polmonari, flebiti, decubiti e una migliore prognosi nel suo complesso.

La Figura 10.9 mette in evidenza la percentuale di ricoveri con intervento entro 24 o 48 ore tra i residenti in Veneto. Si può notare la notevole variabilità del tempo intercorso tra ricovero e intervento tra le Aziende ULSS: la proporzione di operati entro 48 ore varia infatti dall'81% dell'Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino al 18% per l'Azienda ULSS 9 Treviso.

Figura 10.8. *Frattura di femore: percentuale di dimissioni con intervento chirurgico per Azienda ULSS di residenza (esclusi i ricoveri in lungodegenza o riabilitazione). Residenti in Veneto. Periodo 2008-2009.*

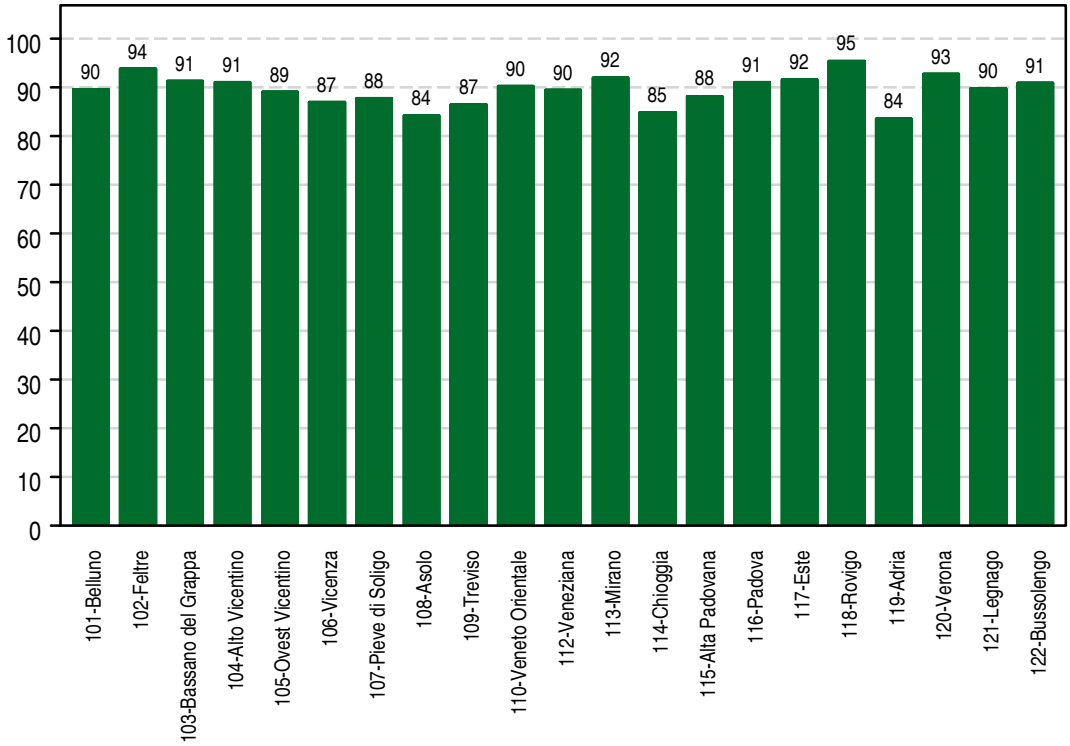
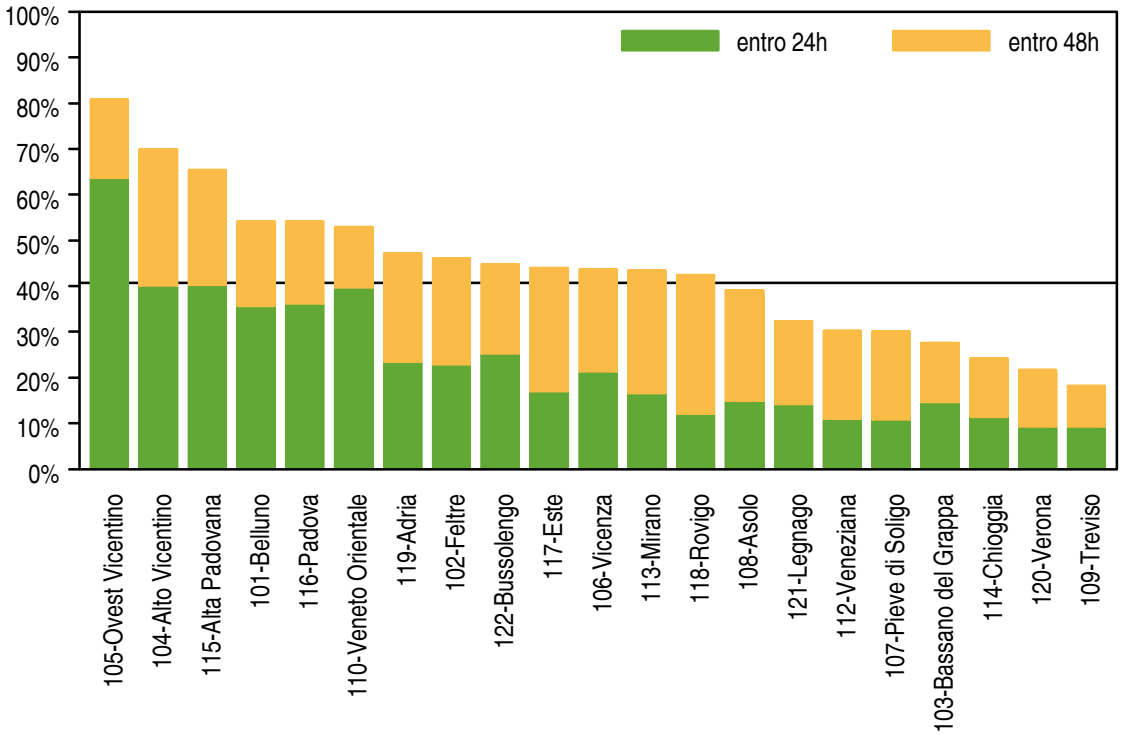


Figura 10.9. *Frattura di femore: percentuale di pazienti operati entro 24 o 48 ore sul totale degli operati per Azienda di residenza. Periodo 2008-2009.*



La percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni dall'ammissione è un indicatore di valutazione che è presente anche nel Patto per la Salute 2010-2012, il cui standard, secondo la letteratura internazionale, è il raggiungimento dell'80%. La Regione Veneto comunque si colloca tra le Regioni con un valore medio superiore alla media nazionale (fonte: Indicatori di appropriatezza organizzativa, Ministero della Salute, Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei principi etici di sistema – Ufficio VI), ma l'elevata variabilità di questo indicatore tra le varie Aziende ULSS evidenzia la possibilità di ampi margini di miglioramento.

La tempestività dell'intervento è influenzata anche dall'età del paziente: i soggetti più giovani sono operati più tempestivamente rispetto agli anziani, come evidenzia la Tabella 10.9.

Gli interventi che esitano nel decesso del paziente in ospedale sono il 2,4% nel 2009 e riguardano quasi esclusivamente i soggetti anziani.

Tabella 10.8. *Frattura di femore: percentuale di pazienti operati entro 48 ore sul totale degli operati per Azienda ULSS di residenza e periodo. Periodi 2000-2001 e 2008-2009.*

Azienda ULSS di residenza	2000-2001	2008-2009
101-Belluno	75%	54%
102-Feltre	46%	46%
103-Bassano del Grappa	43%	28%
104-Alto Vicentino	32%	70%
105-Ovest Vicentino	73%	81%
106-Vicenza	49%	44%
107-Pieve di Soligo	39%	30%
108-Asolo	34%	39%
109-Treviso	21%	18%
110-Veneto Orientale	48%	53%
112-Veneziana	51%	30%
113-Mirano	36%	43%
114-Chioggia	24%	24%
115-Alta Padovana	54%	65%
116-Padova	39%	54%
117-Este	68%	44%
118-Rovigo	75%	42%
119-Adria	40%	47%
120-Verona	40%	22%
121-Legnago	58%	32%
122-Bussolengo	52%	45%

Tabella 10.9. *Frattura di femore: percentuale di pazienti operati entro 24 o 48 ore sul totale degli operati per classi di età. Residenti in Veneto. Periodo 2008-2009.*

classi di età	entro 24h	entro 48h
0-44	40%	54%
45-54	30%	48%
55-64	27%	44%
65-74	19%	39%
75-84	20%	39%
85-100	20%	40%
Totale	22%	41%

Capitolo 11
I disturbi psichici

In questo capitolo vengono descritte le principali caratteristiche dell'ospedalizzazione per disturbi psichici nel Veneto.

A tal fine sono state selezionate le dimissioni dagli ospedali del Veneto relative a pazienti di età superiore a 17 anni residenti o non residenti nel Veneto con diagnosi principale di disturbo psichico (codici ICD9-CM da 290 a 319). Tali dimissioni sono state classificate per regime di ricovero (ordinario o diurno), tipo di struttura (pubblica o privata), unità operativa di dimissione (reparto psichiatrico o non psichiatrico), tipo di ricovero (volontario o obbligatorio) in regime ordinario e diagnosi principale (raggruppate come indicato nella Tabella 11.1) distinguendo i ricoveri per dipendenze in base alla eventuale presenza di interventi di riabilitazione.

Successivamente, a partire da tale archivio sono stati individuati i singoli pazienti residenti nel Veneto, utilizzando il codice identificativo individuale assegnato dal Sistema Informativo Socio-Sanitario e Tecnologie Informatiche della Direzione Controlli e Governo SSR della Regione del Veneto. Per i pazienti con più ricoveri sono state considerate le informazioni relative all'età e alla diagnosi raccolte nel corso del primo ricovero nell'anno.

Infine, viene presentato un quadro descrittivo dell'ospedalizzazione per disturbi del comportamento alimentare nel Veneto.

Tabella 11.1. *Gruppi di codici diagnostici del Capitolo V "Disturbi psichici" dell'ICD9-CM.*

Gruppi di diagnosi	*Codici ICD9-CM*
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	295, 297, 298 (escl. 298.0), 299
Psicosi affettive	296, 298.0
Depressione senza sintomi psicotici	300.4, 309.0-309.1, 311
Sindromi nevrotiche e somatoformi	300 (escl. 300.4), 306, 307.4, 307.8-307.9, 308, 316
Disturbi della personalità e del comportamento	301, 302, 312
Alcolismo e tossicomanie (senza riabilitazione)	291, 292, 303, 304, 305
Alcolismo e tossicomanie (con riabilitazione)	con interventi: 94.61, 94.63, 94.64, 94.66, 94.67, 94.69
Demenze e disturbi mentali organici	290, 293, 294, 310
Ritardo mentale e altri disturbi psichici	307.0-307.3, 307.5-307.7, 309.2-309.9, 313-315, 317-319

11.1 L'attività ospedaliera

Vengono di seguito descritti: i ricoveri dei pazienti residenti o non residenti nel Veneto dimessi dagli ospedali del Veneto, l'ospedalizzazione della popolazione residente in Veneto indipendentemente dalla Regione di ricovero e la mobilità ospedaliera intra- e extra-regionale.

Nel 2009 si registrano 19.481 dimissioni per disturbi psichici dagli ospedali del Veneto (pari al 2,7% delle dimissioni in età maggiore di 17 anni), così suddivise per regime di ricovero e tipo di struttura:

- 65% in regime ordinario dalle strutture pubbliche,
- 29% in regime ordinario dalle strutture private,

- 5% in regime diurno dalle strutture pubbliche
- 1% in regime diurno dalle strutture private (reparti non psichiatrici).

Tali dimissioni sono riferite a 14.300 pazienti, dei quali circa un quinto ha più di un ricovero nell'anno (in media 1,4 ricoveri per paziente) e corrispondono a circa 371.000 giornate di degenza, per la metà (52%) nelle strutture pubbliche (Tabella 11.2). L'ammontare complessivo delle giornate di degenza nei reparti psichiatrici nelle strutture pubbliche è simile a quello delle strutture private, ma in queste ultime il numero dei ricoveri è circa la metà (Tabella 11.2); pertanto, la degenza nei reparti psichiatrici delle strutture private è mediamente il doppio di quella dei reparti psichiatrici degli ospedali pubblici (32,9 giorni contro 14,6). Tale differenza può essere in parte spiegata dal fatto che gli SPDC trattano prevalentemente casi in acuto, mentre i reparti psichiatrici delle strutture private operano soprattutto sul versante della lungodegenza e della riabilitazione.

Tabella 11.2. *Dimissioni con diagnosi di disturbo psichico e giornate di degenza per tipo di struttura e unità operativa di dimissione. Età maggiore di 17 anni. Veneto, anno 2009.*

Tipo di struttura	Unità operativa	Dimissioni		Giornate	
		N	%	N	%
Ospedale pubblico	Psichiatria	9.832	50,5	143.569	38,7
	Altri reparti	3.773	19,4	49.188	13,2
	Totale	13.605	69,8	192.757	51,9
Ospedale privato	Psichiatria	4.530	23,3	148.942	40,1
	Altri reparti	1.346	6,9	29.678	8,0
	Totale	5.876	30,2	178.620	48,1
Totale		19.481	100,0	371.377	100,0

Poiché alcuni pazienti possono rimanere ricoverati per lunghi periodi, facendo così aumentare di molto la durata media della degenza, un indicatore che rappresenta meglio la durata abituale dei ricoveri è la mediana, ovvero la durata che non viene superata dalla metà dei ricoveri. La degenza mediana dei ricoveri nei reparti psichiatrici delle strutture private è 30 giorni, mentre nei reparti psichiatrici degli ospedali pubblici (SPDC) non supera 10 giorni (Tabella 11.3 e Tabella 11.4).

Le patologie indicate più frequentemente come diagnosi principali sono le psicosi affettive, le schizofrenie, i disturbi della personalità e del comportamento e le demenze (Tabella 11.3). Il regime diurno è particolarmente utilizzato nei ricoveri per riabilitazione da dipendenze (30% dei ricoveri per questa diagnosi) e per il ritardo mentale (20%), seguiti dalle schizofrenie (7,9%).

Nei reparti psichiatrici degli ospedali pubblici (SPDC) la schizofrenia e le psicosi affettive rappresentano insieme due terzi delle patologie trattate, seguite dai disturbi della personalità e del comportamento (Tabella 11.4). Negli altri reparti delle strutture pubbliche si trattano prevalentemente le demenze e le dipendenze. Infine, nelle strutture private (nei reparti psichiatrici e non psichiatrici) un terzo dei ricoveri è attribuibile a disturbi della personalità e del comportamento e altrettanti alle psicosi affettive.

Per quanto riguarda la durata mediana della degenza (Tabella 11.4, Tabella 11.5 e Tabella 11.6), nei reparti psichiatrici delle strutture private è più elevata rispetto a quelli degli ospedali pubblici (SPDC) per tutte le patologie (27 giorni contro 9) ed è massima (38 giorni) per i disturbi della personalità e del comportamento.

Negli SPDC del Veneto nel 2009 si registrano 457 trattamenti sanitari obbligatori (pari al 4,6% dei ricoveri degli SPDC) riferiti a 430 soggetti, 22 dei quali hanno più di un TSO nel corso dell'anno. Nel periodo 2000-2009 il numero dei TSO è stabile (con una lieve riduzione dal 2006). Più della metà dei TSO (58%) sono attribuibili a schizofrenia e altre psicosi funzionali, seguite dalle psicosi affettive (20%), Tabella 11.7.

Tabella 11.3. *Dimissioni con diagnosi di disturbo psichico per gruppi di diagnosi e area di dimissione. Età maggiore di 17 anni. Veneto, anno 2009.*

	SPDC		Altro rep. pubblico		Privato		Totale	
Gruppi di diagnosi	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	3.700	37,6	142	3,8	548	9,3	4.390	22,5
Psicosi affettive	2.574	26,2	125	3,3	1.833	31,2	4.532	23,3
Depressione senza sintomi psicotici	482	4,9	187	5,0	204	3,5	873	4,5
Sindromi nevrotiche e somatoformi	433	4,4	337	8,9	90	1,5	860	4,4
Disturbi della personalità e del comportamento	1.219	12,4	30	0,8	1.982	33,7	3.231	16,6
Alcolismo e tossicomanie senza riabilitazione	574	5,8	687	18,2	143	2,4	1.404	7,2
Alcolismo e tossicomanie con riabilitazione	9	0,1	515	13,6	217	3,7	741	3,8
Demenze e disturbi mentali organici	334	3,4	1.655	43,9	316	5,4	2.305	11,8
Ritardo mentale e altri disturbi psichici	507	5,2	95	2,5	543	9,2	1.145	5,9
Totale	9.832	100,0	3.773	100,0	5.876	100,0	19.481	100,0

Tabella 11.4. *Dimissioni con diagnosi di disturbo psichico e durata media e mediana della degenza per diagnosi e unità operativa. Regime ordinario. Età maggiore di 17 anni. Veneto, anno 2009.*

Gruppi di diagnosi	Psichiatria			Altri reparti			Totale		
	N	*Media*	*Mediana*	*N*	*Media*	*Mediana*	*N*	*Media*	*Mediana*
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	3.866	19,4	14,0	176	12,0	9,0	4.042	19,1	14,0
Psicosi affettive	4.027	20,6	18,0	274	11,1	9,0	4.301	20,0	17,0
Depressione senza sintomi psicotici	606	12,6	9,0	240	9,5	8,0	846	11,7	8,0
Sindromi nevrotiche e somatoformi	455	8,4	5,0	369	7,0	6,0	824	7,8	6,0
Disturbi della personalità e del comport.	3.112	31,8	28,0	36	7,4	4,5	3.148	31,5	27,0
Alcolismo e tossicomanie senza riabilit.	612	8,2	5,0	776	8,3	6,0	1.388	8,3	6,0
Alcolismo e tossicomanie con riabilit.	14	14,9	11,5	506	14,7	14,0	520	14,7	13,5
Demenze e disturbi mentali organici	383	16,8	13,0	1.849	15,5	10,0	2.232	15,7	10,0
Ritardo mentale e altri disturbi psichici	556	13,3	7,0	357	38,5	21,0	913	23,1	11,0
Totale	13.631	21,1	15,0	4.583	14,5	9,0	18.214	19,4	13,0

Tabella 11.5. *Dimissioni con diagnosi di disturbo psichico e durata media e mediana della degenza per diagnosi e unità operativa. Strutture pubbliche, regime ordinario. Età maggiore di 17 anni. Veneto, anno 2009.*

Gruppi di diagnosi	Psichiatria (SPDC)			Altri reparti			Totale		
	N	Media	Mediana	N	Media	Mediana	N	Media	Mediana
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	3.356	18,4	12,0	141	12,4	9,0	3.497	18,2	12,0
Psicosi affettive	2.346	17,6	13,0	122	13,4	11,0	2.468	17,4	13,0
Depressione senza sintomi psicotici	456	9,0	7,0	186	9,8	8,0	642	9,3	7,0
Sindromi nevrotiche e somatoformi	412	7,4	5,0	328	6,9	6,0	740	7,2	5,0
Disturbi della personalità e del comport.	1.137	12,0	8,0	29	7,6	4,0	1.166	11,9	7,0
Alcolismo e tossicomanie senza riabilit.	565	7,4	5,0	680	8,7	6,0	1.245	8,1	6,0
Alcolismo e tossicomanie con riabilit.	9	8,8	7,0	294	11,4	10,0	303	11,3	10,0
Demenze e disturbi mentali organici	326	15,3	11,0	1.603	16,1	10,0	1.929	15,9	10,0
Ritardo mentale e altri disturbi psichici	494	10,9	6,0	89	10,1	7,0	583	10,8	6,0
Totale	9.101	15,2	10,0	3.472	12,6	8,0	12.573	14,5	9,0

Tabella 11.6. *Dimissioni con diagnosi di disturbo psichico e durata media e mediana della degenza per diagnosi e unità operativa. Strutture private, regime ordinario. Età maggiore di 17 anni. Veneto, anno 2009.*

Gruppi di diagnosi	Psichiatria			Altri reparti			Totale		
	N	Media	Mediana	N	Media	Mediana	N	Media	Mediana
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	510	26,2	26,5	35	10,3	9,0	545	25,2	25,0
Psicosi affettive	1.681	24,7	25,0	152	9,2	9,0	1.833	23,4	24,0
Depressione senza sintomi psicotici	150	23,5	23,5	54	8,3	7,0	204	19,5	19,0
Sindromi nevrotiche e somatoformi	43	18,4	18,0	41	7,7	7,0	84	13,1	9,0
Disturbi della personalità e del comport.	1.975	43,2	38,0	7	6,9	7,0	1.982	43,0	38,0
Alcolismo e tossicomanie senza riabilit.	47	18,8	14,0	96	5,8	5,0	143	10,0	5,0
Alcolismo e tossicomanie con riabilit.	5	26,0	25,0	212	19,3	21,0	217	19,5	21,0
Demenze e disturbi mentali organici	57	25,2	26,0	246	11,9	9,0	303	14,4	10,0
Ritardo mentale e altri disturbi psichici	62	32,5	26,0	268	47,9	43,0	330	45,0	38,0
Totale	4.530	32,9	29,0	1.111	20,7	12,0	5.641	30,5	27,0

Tabella 11.7. *Trattamenti sanitari obbligatori per diagnosi. Età maggiore di 17 anni. Veneto, anno 2009.*

Gruppi di diagnosi	N	%
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	267	58,4
Psicosi affettive	93	20,4
Depressione senza sintomi psicotici	2	0,4
Sindromi nevrotiche e somatoformi	3	0,7
Disturbi della personalità e del comportamento	33	7,2
Alcolismo e tossicomanie senza riabilitazione	24	5,3
Alcolismo e tossicomanie con riabilitazione	1	0,2
Demenze e disturbi mentali organici	22	4,8
Ritardo mentale e altri disturbi psichici	12	2,6
Totale	457	100,0

Per quanto riguarda l'andamento temporale dei ricoveri ordinari, nel periodo 2000-2009 le dimissioni in regime ordinario diminuiscono sia nelle strutture pubbliche (-27%), sia in quelle private (-17%), Figura 11.1. Tale fenomeno riguarda soprattutto i reparti di medicina e di riabilitazione-lungodegenza, mentre non appare così marcato per i reparti psichiatrici (Figura 11.2 e Figura 11.3).

Figura 11.1. *Dimissioni con diagnosi di disturbo psichico in regime ordinario per anno e tipo di struttura. Età maggiore di 17 anni. Veneto, periodo 2000-2009.*

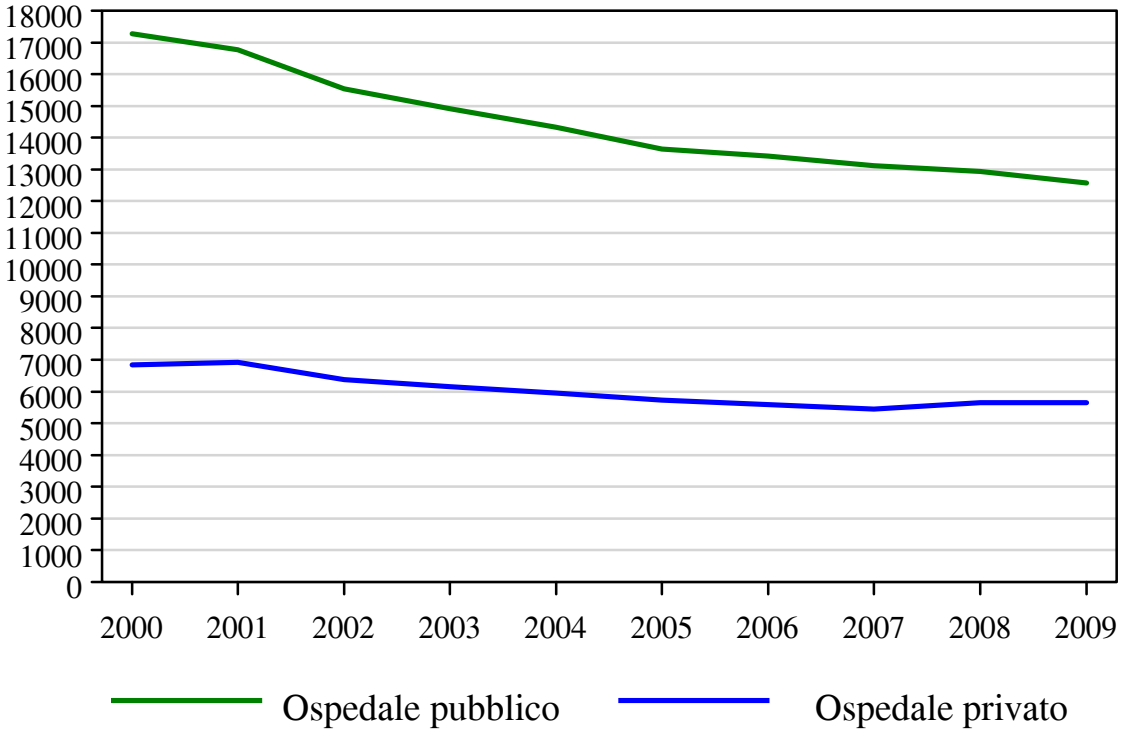


Figura 11.2. *Dimissioni da ospedali pubblici con diagnosi di disturbo psichico per anno e unità operativa di dimissione. Regime ordinario. Età maggiore di 17 anni. Veneto, periodo 2000-2009.*

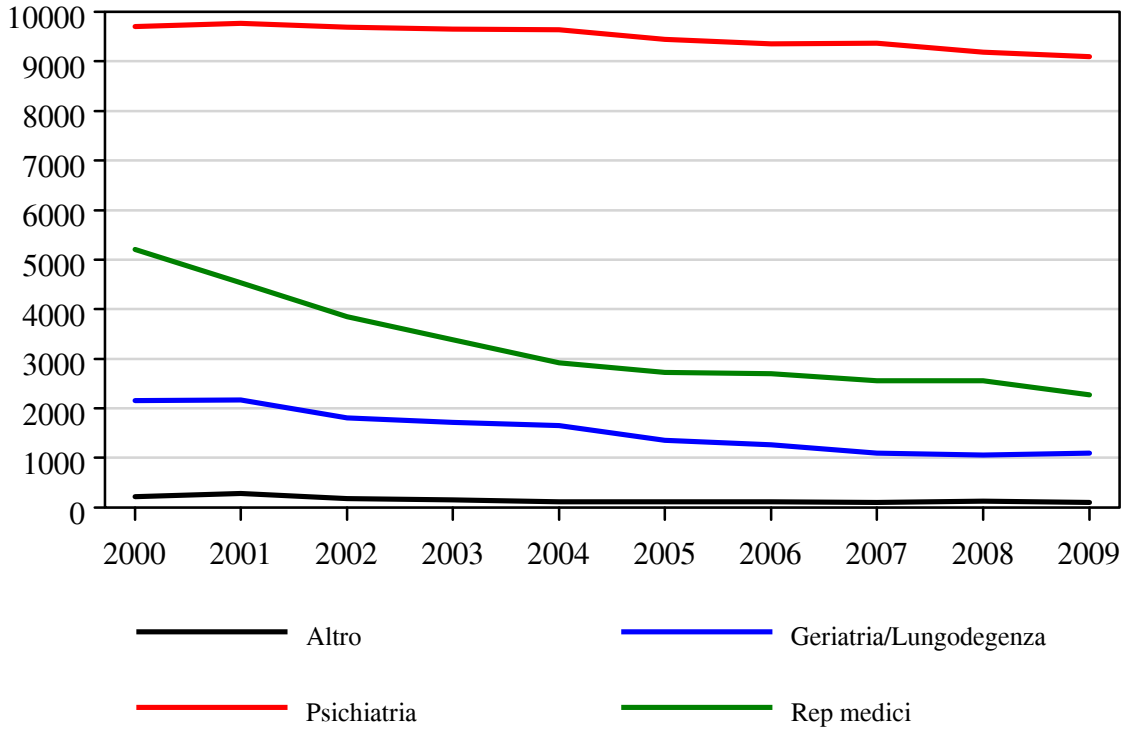
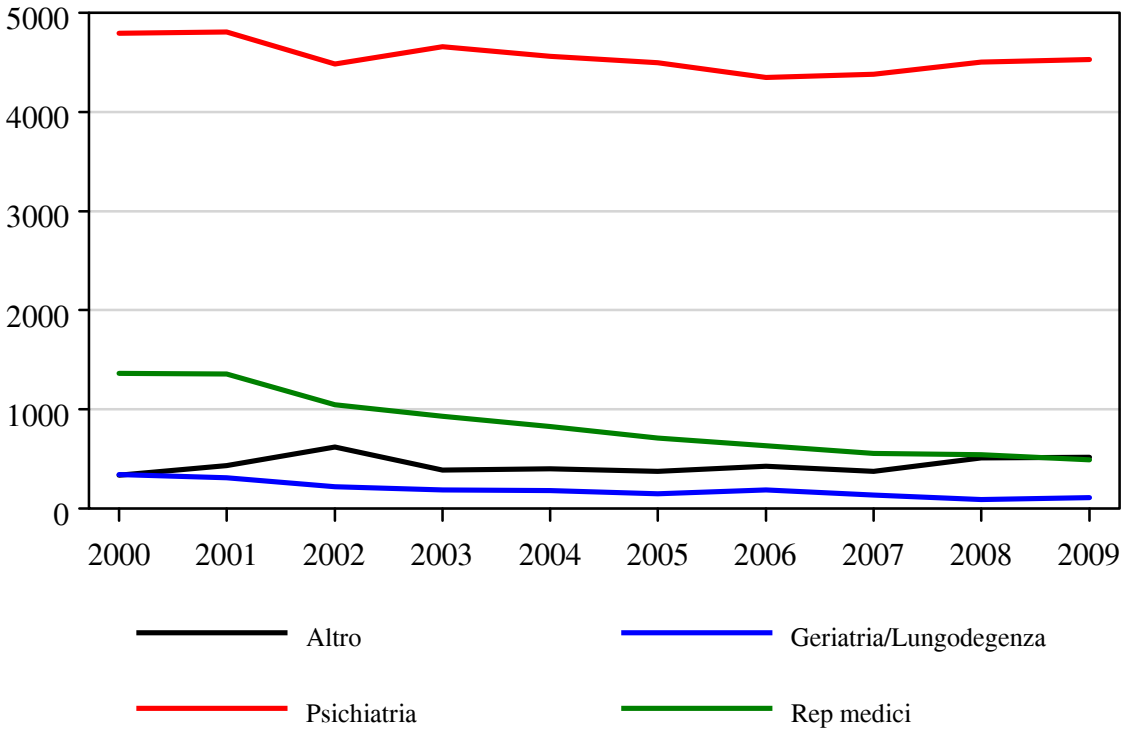


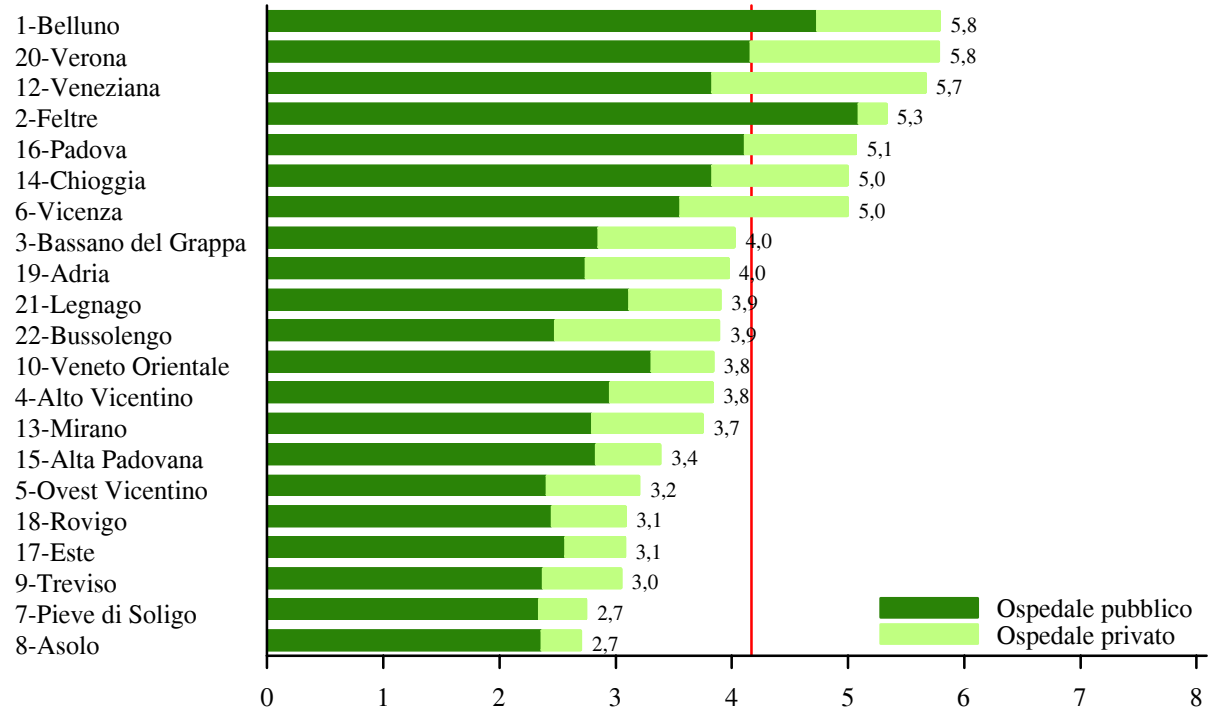
Figura 11.3. *Dimissioni da ospedali privati con diagnosi di disturbo psichico per anno e unità operativa di dimissione. Regime ordinario. Età maggiore di 17 anni. Veneto, periodo 2000-2009.*



Considerando i pazienti residenti nel Veneto, il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici della popolazione oltre 17 anni di età è di 4,2 ricoveri all'anno per mille residenti nel Veneto nel 2009. Tale indicatore varia per Azienda ULSS di residenza, in base alla differente struttura per età della popolazione e all'offerta assistenziale, presentando valori più elevati nelle

Aziende ULSS n. 1, 20 e 12 e valori più bassi nelle Aziende ULSS n. 8, 7 e 9. Il tasso di ospedalizzazione è attribuibile per il 24% alle strutture private; tale quota varia dal 4,5% per i residenti nell'Azienda ULSS n. 2 al 36% nell'Azienda ULSS n. 22 (Figura 11.4).

Figura 11.4. *Tassi di ospedalizzazione con diagnosi di disturbo psichico per mille residenti di età superiore a 17 anni per Azienda ULSS di residenza e tipo di struttura. La riga verticale è il tasso nel Veneto (4,2). Veneto, anno 2009.*



Per quanto riguarda la mobilità attiva, sono 2.546 le dimissioni da ospedali del Veneto riferibili a 2.143 pazienti provenienti dalle altre Regioni (prevalentemente Lombardia 29%, Friuli Venezia Giulia 16% e Provincia di Trento 13%) o residenti all'estero (8,5%). L'80% dei ricoveri di pazienti provenienti da altre Regioni avviene presso le strutture private e solo l'8,5% nei reparti psichiatrici degli ospedali pubblici (SPDC), mentre l'80% dei ricoveri di cittadini residenti all'estero avviene nei reparti psichiatrici degli ospedali pubblici. I reparti psichiatrici degli ospedali pubblici (SPDC) assistono quasi esclusivamente pazienti residenti in Veneto (96%), diversamente dalle strutture private che ospitano (nei reparti psichiatrici o non psichiatrici) per un terzo dei casi (32%) pazienti residenti fuori Regione (Tabella 11.8).

Tabella 11.8. *Dimissioni con diagnosi di disturbo psichico per residenza e area di dimissione. Età maggiore di 17 anni. Veneto, anno 2009.*

	Area di dimissione							
	SPDC		Altro reparto pubblico		Privato		Totale	
Residenza	N	%	N	%	N	%	N	%
Veneto	9.465	96,3	3.480	92,2	3.990	67,9	16.935	86,9
Altre Regioni	199	2,0	259	6,9	1.879	32,0	2.337	12,0
Estero	168	1,7	34	0,9	7	0,1	209	1,1
Totale	9.832	100,0	3.773	100,0	5.876	100,0	19.481	100,0

Esaminando la mobilità intra e extra regionale delle singole Aziende ULSS, il saldo risulta positivo per le Aziende 20, 16, 9, 22, 6 e 1. Considerando solamente la mobilità all'interno del Veneto, il saldo risulta positivo per le Aziende ULSS 16, 20 e 9. L'indice di fuga (ossia il rapporto tra la mobilità passiva dell'Azienda ULSS e tutte le dimissioni dei residenti nell'Azienda ULSS moltiplicato per 100), va dal 10% delle ULSS di Padova e Verona al 30-35% delle ULSS di Bassano, Mirano, Chioggia, Ovest Vicentino. Gran parte della mobilità passiva è spiegata dalle strutture private, che si concentrano nelle Aziende ULSS 16, 20 e 9; di conseguenza l'indice di fuga presenta valori più bassi nelle Aziende ULSS dotate di strutture private di ricovero per disturbi psichici. Per quanto riguarda la mobilità dei residenti in Veneto verso altre Regioni italiane, i valori più elevati dell'indice di fuga si osservano per le Aziende ULSS di confine: Rovigo, Belluno, Veneto Orientale e Bussolengo.

11.2 I pazienti ospedalieri

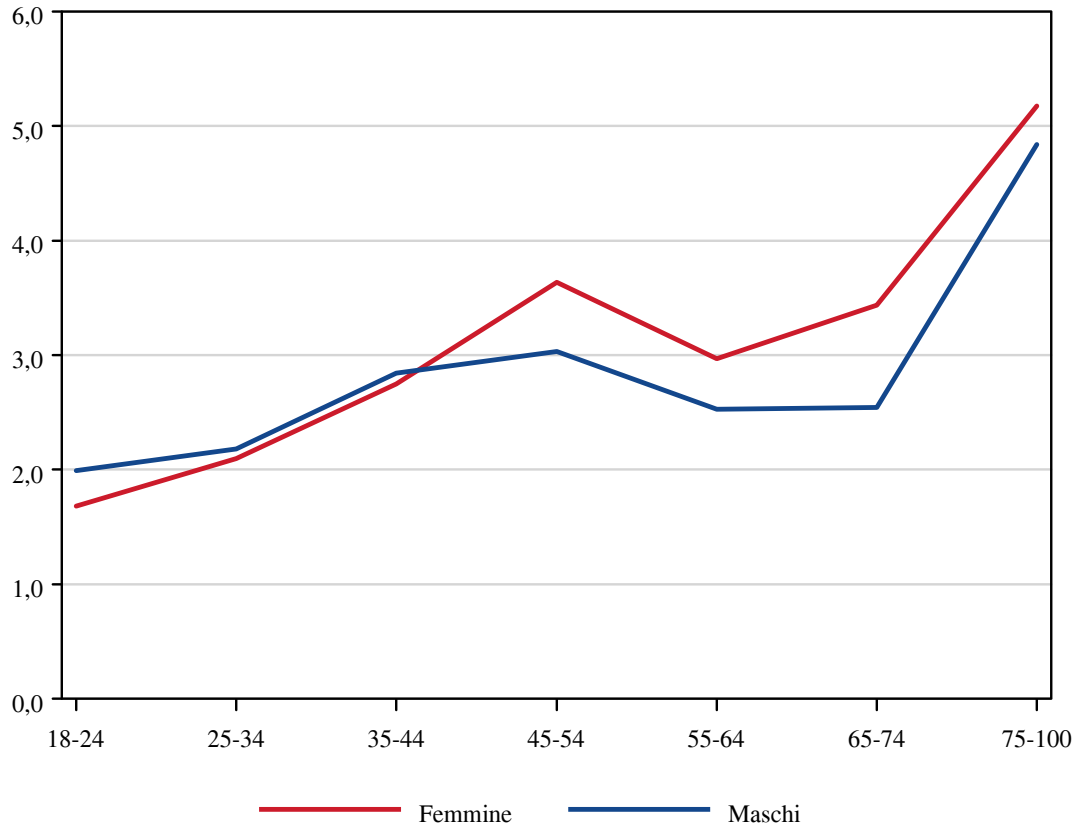
I pazienti psichiatrici residenti nel Veneto dimessi dagli ospedali nel 2009 sono circa 12 mila. Il rapporto con la popolazione di età superiore a 17 anni è pari a 3,0 per mille, assumendo valori più elevati nelle Aziende ULSS n. 1, 12, 20 e 2 e più bassi nelle Aziende ULSS n. 9, 15, 7 e 8 (Tabella 11.9).

Tabella 11.9. *Pazienti dimessi dagli ospedali con diagnosi di disturbo psichico per Azienda ULSS di residenza. Valori assoluti e per mille residenti. Età maggiore di 17 anni. Residenti in Veneto, anno 2009.*

Azienda ULSS di residenza	Utenti	Residenti al I gennaio	Utenti per 1.000 residenti	Intervallo di confidenza al 95%
1-Belluno	468	109.900	4,3	(3,9-4,6)
2-Feltre	272	71.517	3,8	(3,4-4,3)
3-Bassano del Grappa	441	145.444	3,0	(2,7-3,3)
4-Alto Vicentino	427	153.001	2,8	(2,5-3,1)
5-Ovest Vicentino	375	145.972	2,6	(2,3-2,8)
6-Vicenza	883	259.942	3,4	(3,2-3,6)
7-Pieve di Soligo	403	181.007	2,2	(2,0-2,4)
8-Asolo	437	201.965	2,2	(2,0-2,4)
9-Treviso	795	339.436	2,3	(2,2-2,5)
10-Veneto Orientale	498	179.592	2,8	(2,5-3,0)
12-Veneziana	1.067	262.794	4,1	(3,8-4,3)
13-Mirano	591	220.838	2,7	(2,5-2,9)
14-Chioggia	387	112.922	3,4	(3,1-3,8)
15-Alta Padovana	460	203.355	2,3	(2,1-2,5)
16-Padova	1.174	352.406	3,3	(3,1-3,5)
17-Este	370	155.648	2,4	(2,1-2,6)
18-Rovigo	363	150.827	2,4	(2,2-2,7)
19-Adria	188	65.015	2,9	(2,5-3,3)
20-Verona	1.528	391.371	3,9	(3,7-4,1)
21-Legnago	336	128.213	2,6	(2,3-2,9)
22-Bussolengo	668	231.876	2,9	(2,7-3,1)
Veneto	12.131	4.063.041	3,0	(2,9-3,0)

Per entrambi i sessi la prevalenza aumenta con l'età fino a 50 anni, con un picco più pronunciato nelle femmine, per poi diminuire un poco e infine raggiungere valori elevati nei grandi anziani (Figura 11.5).

Figura 11.5. *Pazienti dimessi dagli ospedali con diagnosi di disturbo psichico per mille residenti per sesso e classi di età. Età maggiore di 17 anni. Residenti in Veneto, anno 2009.*



Il profilo di trattamento è molto differenziato per patologia, sia rispetto al tipo di struttura di ricovero (pubblica o privata), sia rispetto alla specialità di dimissione (Figura 11.6 e Figura 11.7):

- schizofrenia e altre psicosi funzionali: i pazienti risultano seguiti quasi esclusivamente (87%) dai reparti psichiatrici degli ospedali pubblici (SPDC);
- psicosi affettive: i pazienti sono dimessi quasi esclusivamente dai reparti psichiatrici (93%), prevalentemente degli ospedali pubblici (62%);
- depressione senza sintomi psicotici: la metà (55%) dei pazienti ha almeno una dimissione nell'anno dai reparti psichiatrici degli ospedali pubblici (SPDC), il 31% non è mai dimesso dai reparti psichiatrici;
- sindromi nevrotiche e somatoformi: la metà dei pazienti (53%) non entra in contatto coi reparti psichiatrici, gli altri sono seguiti soprattutto (40%) dai reparti psichiatrici degli ospedali pubblici (SPDC);
- disturbi della personalità e del comportamento: quasi tutti i pazienti (98%) sono dimessi dai reparti psichiatrici; la metà (49%) è dimessa solo dai reparti psichiatrici delle strutture private, mentre un altro 9% entra in contatto anche coi reparti psichiatrici degli ospedali pubblici (SPDC);
- alcolismo e tossicomanie senza riabilitazione: quasi tutti i pazienti (95%) sono dimessi dagli ospedali pubblici; la metà (54%) è dimessa solo dai reparti non psichiatrici, mentre il 41% entra in contatto con i reparti psichiatrici degli ospedali pubblici (SPDC);

- alcolismo e tossicomanie con riabilitazione: i pazienti sono trattati prevalentemente (66%) negli ospedali pubblici e non entrano in contatto coi reparti psichiatrici (93%);
- demenze e disturbi mentali organici: tre pazienti su quattro (74%) sono dimessi solo dai reparti non psichiatrici degli ospedali pubblici; la gran parte dei pazienti (86%) non entra in contatto coi reparti psichiatrici;
- ritardo mentale e altri disturbi psichici: la metà dei pazienti (54%) sono seguiti dai reparti psichiatrici degli ospedali pubblici (SPDC); più di un terzo (38%) non entra in contatto coi reparti psichiatrici.

Figura 11.6. *Pazienti dimessi dagli ospedali con diagnosi di disturbo psichico per patologia e unità operativa di dimissione. Età maggiore di 17 anni. Residenti in Veneto, anno 2009.*

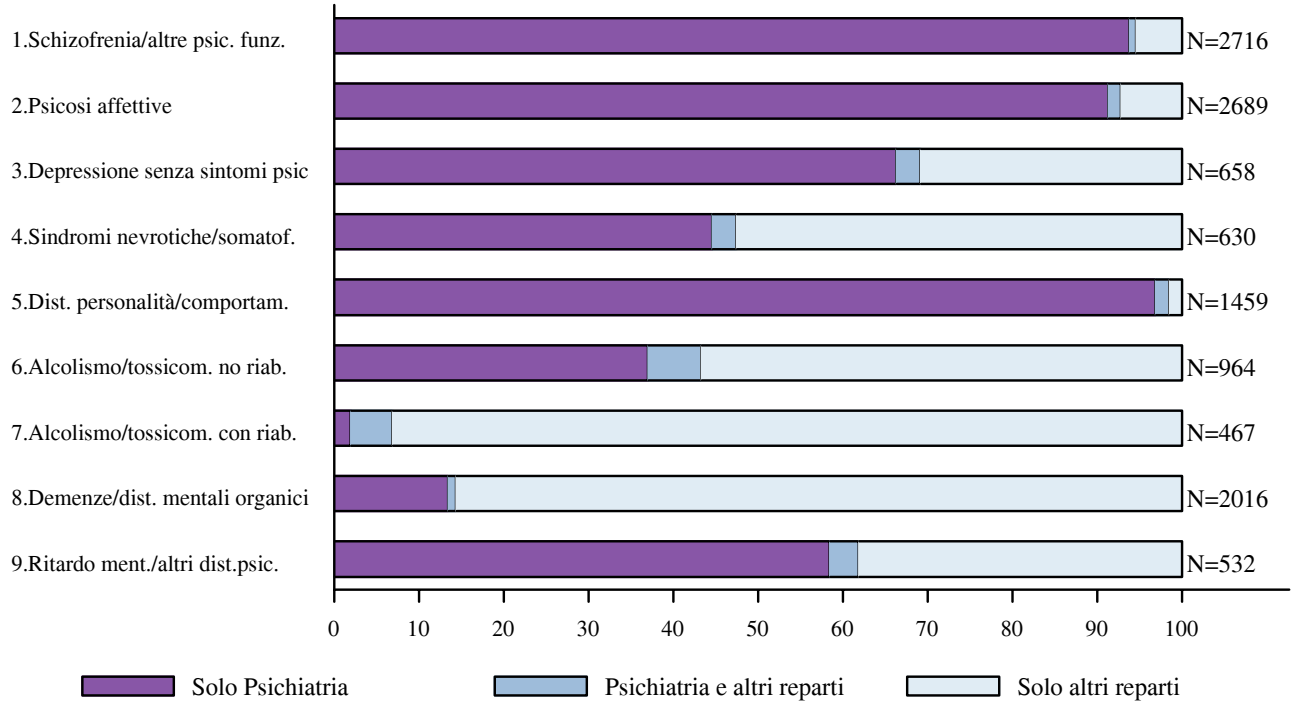
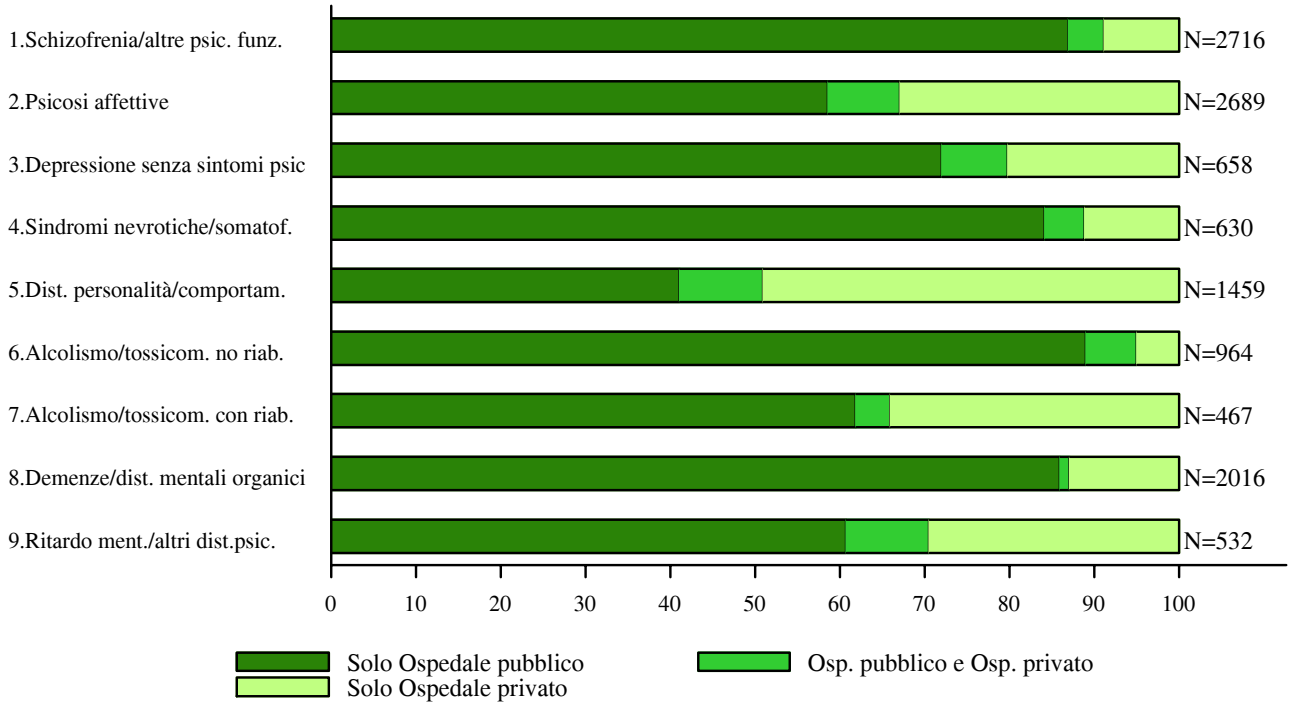


Figura 11.7. *Pazienti dimessi dagli ospedali con diagnosi di disturbo psichico per patologia e tipo di struttura. Età maggiore di 17 anni. Residenti in Veneto, anno 2009.*



Il 56% dei pazienti con disturbi psichici dimessi dagli ospedali risulta in contatto con le strutture psichiatriche territoriali nel corso dell'anno (fonte: rapporto “La tutela della salute mentale nel Veneto – Anno 2010”). Il restante 44% è costituito per la maggior parte da pazienti dimessi dai reparti non psichiatrici e affetti prevalentemente da disturbi non psicotici, in particolare da demenze. La quota dei pazienti in contatto con i servizi territoriali sale al 62% tra i dimessi dagli ospedali pubblici e all'84% tra quelli dimessi dai reparti psichiatrici degli ospedali pubblici (SPDC); i dimessi dai reparti psichiatrici delle strutture private risultano in contatto coi servizi psichiatrici territoriali per il 41%.

11.3 I disturbi del comportamento alimentare

Viene descritta brevemente l'ospedalizzazione per i disturbi del comportamento alimentare (DCA), un fenomeno rilevante per gravità e diffusione tra gli adolescenti e i giovani che non è stato possibile evidenziare nei paragrafi precedenti a causa dell'esiguo numero di casi trattati in ospedale. Per ottenere un numero sufficiente di dimissioni si è considerato il biennio 2008-2009.

Nella Tabella 11.10 vengono presentate le stime di prevalenza annuale media nel Veneto di pazienti trattati in ospedale per DCA. Naturalmente tali valori risultano molto inferiori alle stime di prevalenza dei DCA riportate nella letteratura scientifica, che comprendono anche i casi non trattati in ospedale, ma evidenziano ugualmente una maggior diffusione nel sesso femminile e nelle classi di età dai 15 ai 25 anni.

Tabella 11.10. *Pazienti dimessi con diagnosi principale o secondaria di disturbi dell'alimentazione per classi di età e sesso. Residenti in Veneto. Periodo 2008-2009.*

Classe di età (anni)	Pazienti			Pazienti per 100.000 abitanti		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Fino a 10	14	20	34	2,7	4,0	3,3
11-15	6	54	60	2,7	25,6	13,8
16-20	6	101	107	2,6	47,2	24,2
21-25	3	51	54	1,2	21,8	11,4
26-30	6	45	51	2,0	15,4	8,6
31-35	5	40	45	1,3	10,8	5,9
36-40	1	30	31	0,2	7,4	3,7
41-45	5	42	47	1,2	10,2	5,6
46 e oltre	15	94	109	0,8	4,0	2,5
Totale	61	477	538	1,3	9,6	5,5

Considerando le dimissioni con diagnosi principale di DCA (1.251) dalle strutture ospedaliere del Veneto, il disturbo più frequente è l'anoressia nervosa (62%), seguita dalla bulimia (16%).

Due case di cura private specializzate nella terapia dei DCA erogano il 65% dei ricoveri, mentre le altre strutture private ne erogano un altro 11%. I trattamenti in strutture private avvengono in reparti di riabilitazione (89%) e per il 65% in regime diurno, mentre gli ospedali pubblici curano i pazienti in fase acuta accogliendoli in regime ordinario nei reparti di medicina, pediatria e psichiatria.

L'indice di fuga verso altre Regioni è del 8,6% a fronte di un indice di attrazione del 48%, prevalentemente dalla Lombardia.

Note metodologiche

Fonti dei dati

Assistenza ospedaliera: Datawarehouse Sanità Regione del Veneto - flusso informativo Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) degli anni 2000-2009 (dati disponibili a Maggio 2011).

Assistenza ambulatoriale: Datawarehouse Sanità Regione del Veneto - archivio multidimensionale delle prestazioni ambulatoriali del triennio 2007-2009 (dati disponibili a Marzo 2011).

Popolazione: popolazione residente al 1 gennaio di ciascun anno dal 2000 al 2009 e movimento anagrafico della popolazione residente. Fonte ISTAT (http://demo.istat.it).

Classificazioni

Tipo di assistenza. Le dimissioni sono state classificate per "Tipo di assistenza" in base all'area assistenziale nella quale i ricoveri sono stati erogati secondo queste modalità:

Acuti ordinari: dimissioni in regime ordinario (Regime di ricovero=1) ad esclusione di quelle dalle specialità di Unità spinale, Recupero e rieducazione funzionale, Lungodegenza, Neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75);

Acuti diurni: dimissioni in regime diurno (Regime di ricovero=2) ad esclusione di quelle dalle specialità di Unità spinale, Recupero e rieducazione funzionale, Lungodegenza, Neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75);

Riabilitazione: dimissioni dalle specialità di Recupero e riabilitazione funzionale, Unità spinale e Neuro riabilitazione (codici 56, 28, 75);

Lungodegenza: dimissioni dalle specialità Lungodegenza (codice 60).

Discipline ospedaliere. Le discipline ospedaliere sono state classificate in 20 gruppi, suddivisi come descritto in Tabella A.

Tabella A. *Aggregazione delle discipline*.

Gruppi omogenei	*Specialità*
MG (Medicina generale)	01.Allergologia, 02. Day hospital, 05.Angiologia, 15.Medicina sportiva, 19. Malattie endocrine e del ricambio, 21. Geriatria, 25. Medicina del lavoro, 26.Medicina generale, 51 Medicina d'urgenza, 52.Dermatologia, 68.Pneumologia, 71.Reumatologia.
CG (Chirurgia generale)	09. Chirurgia generale, 11. Chirurgia pediatrica, 49. Terapia intensiva.
MI (Materno-infantile)	31.Nido, 33.Neuropsichiatria infantile, 37.Ostetricia e ginecologia, 39.Pediatria, 62. Neonatologia, 65.Oncoematologia pediatrica, 73. Terapia intensiva neonatale, 77. nefrologia pediatrica.
LU (Lungodegenza)	60.Lungodegenza
OE (Oncoematologia)	18.Ematologia, 64.Oncologia, 66.Oncoematologia, 70.Radioterapia.
NE (Nefrologia)	29.Nefrologia, 48.Nefrologia (abilitazione trapianto rene).
OT (Otorinolaringoiatria)	10.Chirurgia maxillo-facciale, 35.Odontoiatria e stomatologia, 8.Otorinolaringoiatria.
OR (Ortopedia)	36.Ortopedia e traumatologia.
OC (Oculistica)	34.Oculistica
UR (Urologia)	43.Urologia
NC (Neurochirurgia)	30.Neurochirurgia
CC (Cardiochirurgia)	06.Cardiochirurgia pediatrica, 07.Cardiochirurgia
TO (Chirurgia toracica)	13. Chirurgia toracica, 14.Chirurgia vascolare
GA (Gastroenterologia)	58.Gastroenterologia
CA (Cardiologia)	08.Cardiologia, 50.Unità coronarica
PL (Chirurgia plastica)	12.Chirurgia plastica, 47.Grandi ustioni
IN (Malattie infettive)	24.Malattie infettive
RI (Riabilitazione)	28.Unità spinale, 56.Recupero e rieducazione funzionale, 75 Neuroriabilitazione.
PS (Psichiatria)	40.Psichiatria
NU (Neurologia)	32. Neurologia

Classificazione dei ricoveri. I dati sulle dimissioni sono stati presentati utilizzando il sistema di classificazione delle dimissioni per *raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG)* che consente di classificare i ricoveri in gruppi omogenei utilizzando simultaneamente informazioni anagrafiche (sesso, età) e cliniche (diagnosi principale e secondarie, interventi, modalità di dimissione).

Glossario indicatori

Vengono di seguito descritte le modalità di calcolo degli indicatori presentati nel rapporto. La formulazione fornita è di carattere generale e non tiene conto del contenuto specifico dei diversi capitoli del rapporto, ai quali si rinvia per ulteriori indicazioni metodologiche.

Prevalenza: rapporto tra numero di soggetti che, in un certo periodo, presentano la malattia, e popolazione corrispondente. Viene di norma espresso come percentuale, per 1.000 o per 100.000.

Tasso osservato

È dato dal rapporto tra il numero di eventi osservati (es. ospedalizzazioni, decessi,) e la popolazione da cui essi originano. Può essere calcolato per l'intera popolazione o per gruppi di popolazione (es. età, sesso).

$$TO = \frac{d}{n} \times K$$

TO = tasso osservato
d = numero di eventi osservati
n = numerosità della popolazione da cui originano gli eventi
K = costante moltiplicativa (1.000 o 100.000)

Tasso standardizzato diretto

Per confrontare l'ospedalizzazione tra aree diverse o in tempi diversi all'interno della stessa area è necessario tener conto delle differenti strutture per età delle popolazioni in esame.

A questo scopo uno dei metodi più utilizzati è la tecnica della standardizzazione diretta. Essa consiste nel calcolo di una media ponderata dei tassi specifici per età delle varie popolazioni in studio, utilizzando come pesi la distribuzione per età di una popolazione di riferimento, denominata "standard".

Concettualmente il tasso standardizzato diretto è la risposta alla seguente domanda: "Quale sarebbe il tasso di ospedalizzazione nella popolazione in studio se questa avesse una distribuzione per età identica alla popolazione standard?". Il numeratore del tasso standardizzato rappresenta infatti il numero di eventi attesi nella suddetta ipotesi: di conseguenza le differenze tra i tassi standardizzati delle popolazioni a confronto dipendono solo dalle differenze tra i tassi specifici per età e non da eventuali diverse strutture per età delle popolazioni stesse.

$$TS = \frac{\sum \frac{d_i}{n_i} N_i}{N} \times K$$

TS = tasso standardizzato diretto
d_i = numero di eventi nella classe di età "i-esima" nella popolazione in studio
n_i = numerosità nella classe di età "i-esima" della popolazione in studio
N_i = numerosità nella classe di età "i-esima" della popolazione standard
N = numerosità della popolazione standard
K = costante moltiplicativa (1.000 o 100.000)
La popolazione standard utilizzata viene indicata per ogni elaborazione.

Rapporto standardizzato di ospedalizzazione (SHR)

I rapporti standardizzati di ospedalizzazione vengono utilizzati per confrontare due o più popolazioni con uno stesso standard.

Il *rapporto standardizzato di ospedalizzazione* si calcola come rapporto tra il numero di ospedalizzazioni osservate e il numero di ospedalizzazioni attese assumendo che le popolazioni a confronto abbiano i tassi di ospedalizzazione specifici per età della popolazione standard.

Essendo un rapporto tra due quantità omogenee, il rapporto standardizzato assume valore uguale a 1 se, al netto dell'età, l'ospedalizzazione della popolazione in studio è uguale a quella della popolazione standard, valori compresi tra 0 e 1 se l'ospedalizzazione è inferiore e valori maggiori di 1 se l'ospedalizzazione è superiore.

Letalità intraospedaliera: rapporto tra numero di decessi in ospedale (modalità di dimissione=1) e totale delle dimissioni. Viene di norma espresso in percentuale. Può essere utilizzato, a seconda del contesto, sia come indicatore di severità clinica dei pazienti trattati che come indicatore di qualità dell'assistenza ricevuta.

Indice di attrazione interregionale: rapporto tra i ricoveri di residenti fuori regione effettuati in strutture sanitarie del Veneto e il totale dei ricoveri effettuati in regione Veneto (indipendentemente dal luogo di residenza), moltiplicato per cento.

Indice di attrazione intraregionale: per ogni Azienda ULSS è il rapporto tra i ricoveri dei residenti nelle altre ULSS del Veneto e il totale dei ricoveri effettuati dall'azienda ULSS considerata (indipendentemente dal luogo di residenza), moltiplicato per cento.

Indice di fuga interregionale: rapporto tra i ricoveri di residenti in Veneto effettuati in un'altra regione sul totale dei ricoveri di residenti in Veneto (indipendentemente dal luogo di dimissione), moltiplicato per cento.

Indice di fuga intraregionale: per ogni Azienda ULSS è il rapporto tra i ricoveri di residenti effettuati da un'altra azienda ULSS del Veneto e il totale dei ricoveri dei residenti dell'azienda Ulss considerata (indipendentemente dal luogo di dimissione), moltiplicato per cento.