

# INFORMAZIONE EPIDEMIOLOGIA SALUTE



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

### VARIABILITÀ NELLA PRATICA MEDICA

CRRC-SER

Il ricorso alla chirurgia adenotonsillare è uno degli esempi classici di estrema variabilità nel ricorso a procedure diagnostico-terapeutiche, variabilità di entità tale da non poter essere sostenuta da effettive differenze nelle indicazioni cliniche.

Proprio i tassi di tonsillectomia in Gran Bretagna erano stati nel 1938 l'argomento di quella che probabilmente è stata la prima descrizione dettagliata di un'eccessiva disomogeneità della pratica medica in aree geografiche contigue (Glover JA. The incidence of tonsillectomy in school children. Proceedings of the Royal Society of Medicine 1938; 31:1219-36. Reprinted in Int J Epidemiol 2008; 27:9-19). A sessant'anni di distanza, la variabilità nel ricorso alla tonsillectomia sia tra Paesi diversi che tra aree di una stessa nazione continua a essere oggetto di pubblicazioni.

Le indicazioni e le modalità organizzative della chirurgia adenotonsillare sono state codificate in Linee Guida Nazionali pubblicate nel 2003; è perciò di estremo interesse valutare trend temporali e distribuzione geografica di questi interventi nel Veneto, anche in considerazione del fatto che le Linee Guida sono state oggetto di un recente aggiornamento.

### In questo numero:

- 1** • Variabilità nella pratica medica
- 1** • Chirurgia adenotonsillare in Veneto  
Interventi per tonsillectomia e/o adenoidectomia nella Regione Veneto  
Anni 2000-2006
- 4** • Tumore della vescica  
Dati di ospedalizzazione nel Veneto  
Anni 2000-2006
- 5** • I suicidi nel Veneto  
Analisi delle schede di morte
- 8** • Dal mondo dell'epidemiologia
- 8** • Nei prossimi numeri

### CHIRURGIA ADENOTONSILLARE IN VENETO

*Interventi per tonsillectomia e/o adenoidectomia  
 nella Regione Veneto - Anni 2000-2006*

CRRC-SER

Tonsillectomia e adenoidectomia continuano ad essere in Italia gli interventi chirurgici più diffusi in età pediatrica. Nell'ambito del Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG), è stato definito nel 2003 un documento di indirizzo sull'appropriatezza clinica e organizzativa degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia.

Successivamente si è registrata a livello nazionale una riduzione del numero di interventi di chirurgia tonsillare. Il documento di indirizzo è stato aggiornato nel 2008 ([www.pnlg.it/Ign\\_tonsillectomia\\_e\\_adenoidectomia](http://www.pnlg.it/Ign_tonsillectomia_e_adenoidectomia)).

Secondo il PNLG, indicazione principale all'adenotonsillectomia è la sindrome dell'apnea ostruttiva del bambino (OSAS) con ipertrofia adenotonsillare. La tonsillectomia dovrebbe essere limitata ai soli casi di tonsillite ricorrente di comprovata gravità che soddisfino, sia per i bambini sia per gli adulti, tutti i seguenti criteri: cinque o più episodi di tonsillite per anno; episodi invalidanti e tali da impedire le normali attività; sintomi perduranti per almeno un anno. I criteri di cui sopra possono essere adattati al quadro clinico dei pazienti con complicanze, ad esempio l'ascesso peritonsillare.

L'adenoidectomia trova un ruolo nel trattamento dell'otite media cronica secretiva con adenoidite cronica e nel trattamento dell'otite media acuta ricorrente con ipertrofia adenoidea ostruente l'orifizio tubarico. Dal punto di vista delle modalità assistenziali, il documento PNLG riprende quanto già scritto nel 2003 affermando che se soddisfatti i requisiti sociali, la tonsillectomia può essere effettuata in regime di day surgery seguito da pernottamento (indicato come one day surgery) e l'adenoidectomia in day surgery senza pernottamento; i bambini sotto i 3 anni, a maggior rischio di complicanze postoperatorie dopo l'intervento di tonsillectomia, dovrebbero essere ricoverati in regime di degenza ordinaria in ospedali dotati di unità di terapia intensiva in grado di assistere pazienti pediatrici. In Italia, dal 2001 al 2004, è stato documentato un progressivo aumento degli interventi di tonsillectomia e di adenoidectomia effettuati in regime di (one) day surgery: dal 23,9% al 48,8% per gli interventi di tonsillectomia con o senza adenoidectomia; dal 41,6% al 66,7% per la sola adenoidectomia, con marca-

te differenze tra Nord, Centro e Sud.

La classificazione ICD9-CM adottata nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) identifica i seguenti codici di intervento: 28.2 tonsillectomia senza adenoidectomia (T), 28.3 tonsillectomia con adenoidectomia (T+A), 28.6 adenoidectomia senza tonsillectomia (A). I corrispondenti ricoveri danno per lo più origine ai DRG 59 (tonsillectomia e/o adenoidectomia in soggetti >17 anni) e 60 (tonsillectomia e/o adenoidectomia in soggetti <17 anni); una minoranza è compresa nei DRG 57 e 58, che includono altre procedure su tonsille e adenoidi associate o meno a tonsillectomia e/o adenoidectomia (rispettivamente in soggetti >17 anni e <17 anni).

Un primo inquadramento di questo ambito assistenziale può essere desunto dalla banca dati SDO nazionale, interrogabile sul sito del Ministero della Salute ed aggiornata al 2005. Le informazioni sono classificate in base alla regione di ricovero e non a quella di residenza; dunque i tassi di ricovero calcolabili sono solo approssimati ma comunque indicativi, tenendo anche conto che la mobilità interregionale per queste procedure è ridotta rispetto a interventi più complessi. Rapportando dunque il numero di ricoveri con DRG 60 alla popolazione ≤17 anni (dati ISTAT 1 gennaio 2005), si può vedere come vi sia una notevole variabilità regionale ed un gradiente Nord-Sud nei tassi di intervento, già registrato in precedenti analisi (Ped Med Chir 2004;26:179-186) (tabella 1): il tasso nazionale è pari a 5,4 per mille residenti, con un valore pari a 6,5 nelle regioni settentrionali, 5,6 in quelle centrali e 4,3 per mille nelle meridionali. Tra le regioni più popolate, si può notare come i tassi maggiori si registrino in Veneto e Piemonte.

Tabella 1. Ricoveri con DRG 60 (banca dati SDO) rapportati alla popolazione residente ISTAT per Regione: anno 2005.

	n	Pop ≤17 anni	tasso * 1000
<b>Piemonte</b>	4.721	639.629	7,4
<b>Valle d'Aosta</b>	123	19.242	6,4
<b>Lombardia</b>	8.533	1.510.546	5,6
<b>P.A. Bolzano</b>	904	96.745	9,3
<b>P.A. Trento</b>	422	90.020	4,7
<b>Veneto</b>	5.821	770.053	7,6
<b>Friuli V.G.</b>	1.248	170.563	7,3
<b>Liguria</b>	1.448	209.366	6,9
<b>Emilia Romagna</b>	3.526	602.525	5,9
<b>Toscana</b>	2.897	518.729	5,6
<b>Umbria</b>	764	128.846	5,9
<b>Marche</b>	1.354	238.647	5,7
<b>Lazio</b>	4.874	883.191	5,5
<b>Abruzzo</b>	1.182	214.992	5,5
<b>Molise</b>	223	54.119	4,1
<b>Campania</b>	5.709	1.255.403	4,5
<b>Puglia</b>	2.668	797.176	3,3
<b>Basilicata</b>	378	109.477	3,5
<b>Calabria</b>	1.090	389.939	2,8
<b>Sicilia</b>	5.040	1.010.993	5,0
<b>Sardegna</b>	1.213	268.804	4,5
<b>ITALIA</b>	<b>54.138</b>	<b>9.979.005</b>	<b>5,4</b>

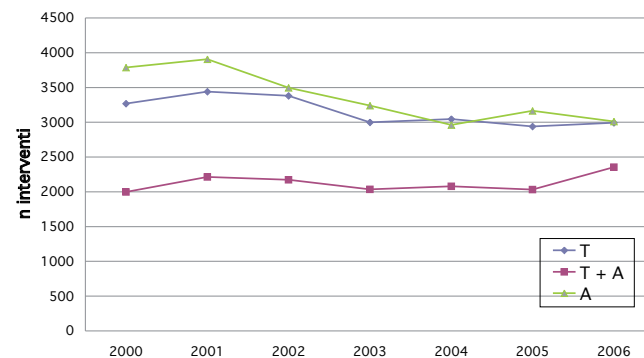
Andando a interrogare la banca dati SDO nazionale non per DRG ma per intervento principale (tutte le età) e confrontando tra loro le maggiori regioni settentrionali, si evidenzia come probabilmente tale eccesso sia giustificato in Piemonte da interventi di adenotonsillectomia e in Veneto da adenoidectomie isolate; si può notare come la nostra regione si distingua per l'elevatissima proporzione di interventi eseguiti in regime di ricovero diurno (tabella 2).

Tabella 2. Ricoveri con intervento principale 28.6 (adenoidectomia isolata) e 28.3 (adenotonsillectomia) per regime (ordinario DH) nelle principali regioni settentrionali.

	Piemonte	Lombardia	Veneto	Emilia
<b>28.6</b>				
<b>Ord.</b>	555	3.153	350	1.139
<b>DH</b>	791	877	2.812	392
<b>TOT</b>	1.346	4.030	<b>3.162</b>	1.531
<b>28.3</b>				
<b>Ord.</b>	2.260	3.847	267	1.804
<b>DH</b>	849	59	1.722	48
<b>TOT</b>	<b>3.109</b>	3.906	1.989	1.852

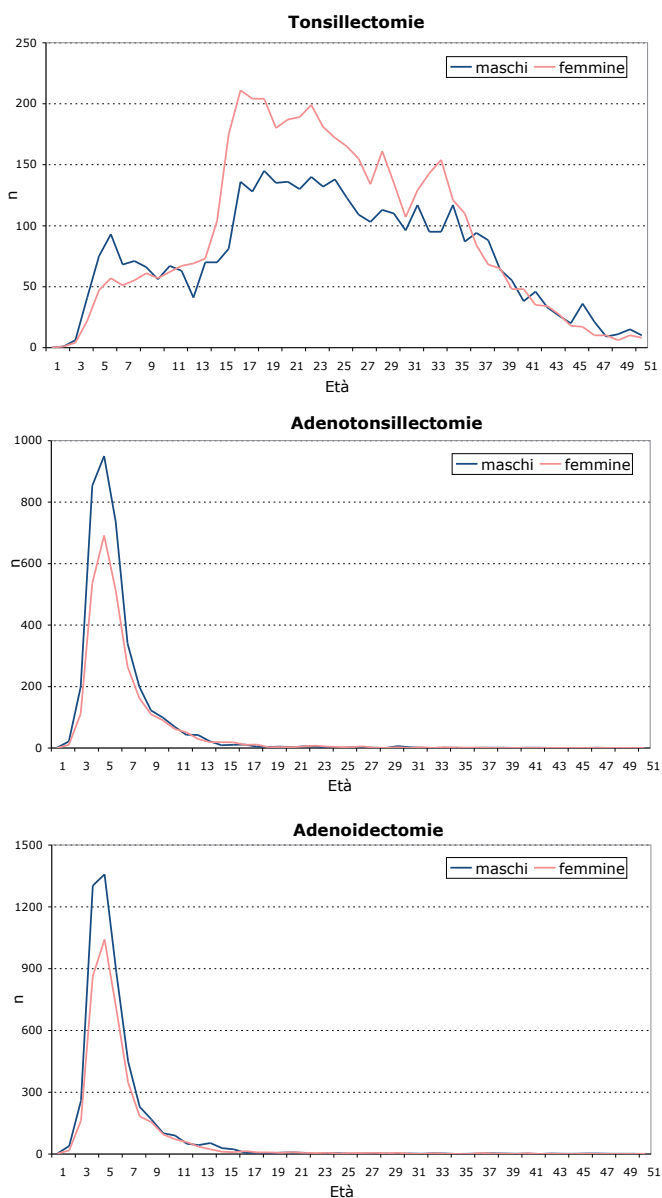
È stato quindi analizzato l'archivio SDO della Regione Veneto per il periodo 2000-2006, relativamente ai ricoveri con DRG 57-60 ed intervento 28.2 (T), 28.3 (T+A), 28.6 (A). Sono stati valutati i ricoveri dei residenti (ospedalizzati in regione e fuori) per analizzare la distribuzione per età e sesso e la variabilità geografica dei tassi; sono state valutate le dimissioni da ospedali regionali (di residenti e non) per analizzare le modalità organizzative dell'assistenza. Considerando il trend temporale nel numero assoluto degli interventi, in figura 1 si può vedere come vi sia stato un marcato calo delle adenoidectomie isolate, iniziato già prima dell'introduzione delle linee guida nazionali nel 2003. Il numero di tonsillectomie isolate, diminuito dal 2002 al 2003, si è stabilizzato negli anni successivi. Il numero di adenotonsillectomie presenta variazioni minori, tranne la crescita registrata nell'ultimo anno di osservazione.

Figura 1. Numero di ricoveri con chirurgia adenotonsillare nel Veneto, anni 2000-2006.



È stato successivamente analizzato il solo triennio 2004-2006, in cui il numero di interventi è rimasto sostanzialmente stabile, per valutarne la distribuzione per sesso ed età. In figura 2 si può vedere come gli interventi di adenotonsillectomia e adenoidectomia isolata si concentrino al di sotto dei 10 anni e siano più numerosi tra i maschi. Gli interventi di tonsillectomia isolata, dopo un picco minore tra i maschi sotto i 10 anni, crescono soprattutto tra adolescenti e giovani adulte di sesso femminile.

Figura 2. Distribuzione per sesso ed età degli interventi, residenti Veneto, 2004-2006.

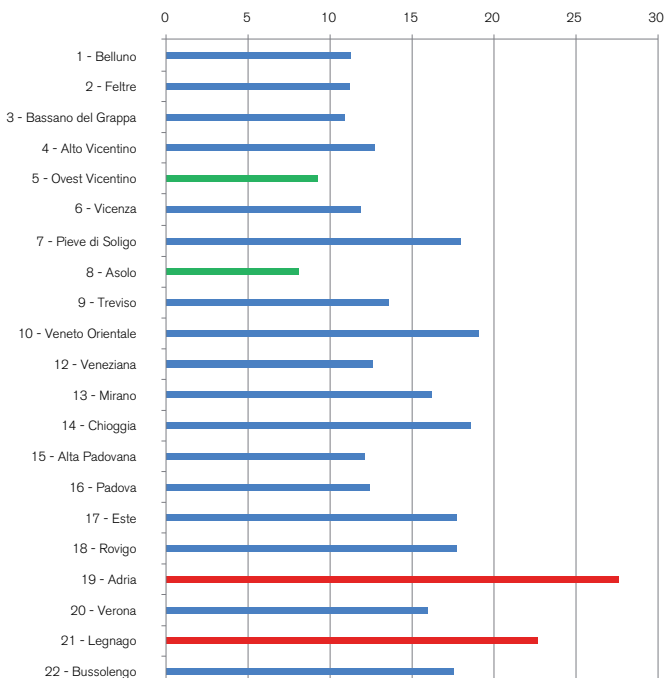


Per una valutazione della variabilità geografica degli interventi, si è dunque scelto di restringere l'analisi ad una popolazione omogenea (bambini tra 2 e 9 anni), in cui si concentrano la maggior parte degli interventi di adenoidectomia (la cui indicazione principale sarebbe l'otite media cronica secretiva con adenoidite cronica e l'otite media acuta ricorrente con ipertrofia adenoidea ostruente l'orifizio tubarico) e adenotonsillectomia (la cui indicazione principale sarebbe l'OSAS). Si è considerato il tasso complessivo di ricovero nel triennio 2004-6 per i tre interventi (T, T+A, A), per ULSS di residenza, prendendo a denominatore la popolazione ISTAT.

L'analisi ha così riguardato 15.096 ricoveri (dai 191 eseguiti nell'ULSS di Feltre ai 1.618 dell'ULSS di Verona). A livello regionale il tasso di ricovero per i bambini di 2-9 anni è pari a 14,4 per mille (16,1 nei maschi e 12,5 nelle femmine). La figura 3 mostra come vi sia una marcata variabilità geografica, con due ULSS che presentano tassi inferiori al 10 per mille e altre due con tassi che superano il 20 per mille. Si sono poi valutate a livello globale regionale differenze nei tassi di ricovero tra residenti di cittadinanza italiana e straniera.

Nel triennio analizzato il 10,6% dei bambini di 2-9 anni aveva cittadinanza straniera, e tale dato è destinato a essere in continua crescita considerando che nel corso del

Figura 3. Tassi (per mille anni-persona) di chirurgia adenotonsillare per ULSS di residenza, bambini di 2-9 anni, 2004-6.



2006 il 17,3% dei nati in regione è risultato avere cittadinanza non italiana. Come si può vedere in tabella 3, i tassi di ospedalizzazione per chirurgia adenotonsillare risultano essere inferiori nei residenti di cittadinanza straniera.

Tabella 3. Tassi di intervento per cittadinanza, residenti regione Veneto.

	Italiani	Stranieri	Totale
<b>M</b>	16,7	10,3	16,1
<b>F</b>	13,0	7,4	12,5
<b>T</b>	14,9	8,8	14,4

Infine, sono state analizzate le dimissioni da ospedali regionali (compresa mobilità attiva) per valutare le modalità organizzative del ricovero: analogamente alle analisi condotte in passato a livello nazionale, sono stati distinti gli interventi di tonsillectomia associati o meno ad adenoidectomia (28.2 e 28.3) dalle adenoidectomie isolate (28.6) e si è valutata la percentuale di ricoveri in regime diurno od ordinario della durata di un giorno. La tabella 4 mostra come per le tonsillectomie tale percentuale cresca sensibilmente nel periodo 2000-2004 per attestarsi sopra al 75% e per le adenoidectomie già nel 2003 raggiunga il 95% circa.

Tabella 4. Tonsillectomie (+/- adenoidectomie) e adenoidectomie isolate eseguite in Veneto: trend temporale e percentuale ricoveri diurni-ordinari di 1 giorno.

	T +/- A	% DH/ord 1 g.	A	% DH/ord 1 g.
<b>2000</b>	5.263	51%	3.785	86%
<b>2001</b>	5.651	58%	3.906	87%
<b>2002</b>	5.552	64%	3.494	89%
<b>2003</b>	5.030	71%	3.239	94%
<b>2004</b>	5.123	76%	2.961	95%
<b>2005</b>	4.970	78%	3.165	96%
<b>2006</b>	5.344	77%	3.010	95%

In conclusione, la regione Veneto nel panorama nazionale si caratterizza per un elevato ricorso alla chirurgia adenotonsillare in età pediatrica, in particolare per l'elevato numero di adenoidectomie isolate, nonostante quest'ultimo intervento sia sostanzialmente diminuito nel periodo 2000-2006. Vi è una considerevole variabilità nei tassi di intervento a seconda della cittadinanza e soprattutto dell'ULSS di residenza. Per quanto riguarda l'appropriatezza delle modalità organizzative, la regione si distingue per l'elevato ricorso al regime di ricovero diurno. Tutte queste dinamiche sembrano peraltro precedere l'introduzione delle linee guida nazionali nel 2003.

Per informazioni: **Ugo Fedeli**  
 ugo.fedeli@ulssasolo.ven.it

## TUMORE DELLA VESCICA

Dati di ospedalizzazione nel Veneto  
 Anni 2000-2006

CRRC-SER

Il tumore della vescica, con 1.689 casi/anno stimati dal Registro Tumori del Veneto nel periodo 1998-2001, è la quinta sede di neoplasia dopo mammella, polmone, colon-retto e prostata (<http://www.registrotumoriveneto.it/>).

L'incidenza regionale grezza si attesta sui 60 casi per 100.000 residenti tra i maschi e 16 tra le donne; l'incidenza stimata negli uomini è inferiore alla media nazionale. L'incidenza aumenta con l'età e raggiunge negli uomini un picco di 350/100.000 nell'età 75-84, e nelle donne >70/100.000 sopra gli 85 anni; nel complesso l'incidenza si è mantenuta stabile nel periodo 1987-2001. La sopravvivenza relativa a 5 anni per tumore alla vescica nel Veneto è maggiore rispetto alla media nazionale e supera il 75%.

Di seguito sono presentati i dati relativi all'assistenza ospedaliera per tumore della vescica seguendo una metodologia già adottata dal SER per analisi simili condotte su altre sedi tumorali. Sono state dunque selezionate le SDO con codici 188 (tumori maligni della vescica) e 233.7 (cancro in situ della vescica) in qualunque posizione diagnostica. Inoltre, sono state incluse le SDO con codice V10.51 (anamnesi personale di tumore della vescica) 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). È stato utilizzato l'archivio regionale delle SDO degli anni 2000-2006, 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).

Come si vede nella tabella 1, i ricoveri dei residenti in regione sono complessivamente aumentati nel periodo considerato (+11%).

È da menzionare come il codice 233.7 sia in realtà poco rappresentato e sempre meno utilizzato nel tempo, rendendo conto di circa il 2% dei ricoveri nel 2000-2003 e solo dell'1% nel 2004-2006. L'indice di fuga è trascurabile, nettamente inferiore a quello relativo al totale dei ricoveri dei residenti nel Veneto, mentre l'indice di attrazione è molto elevato e stabile nel tempo.

Tabella 1. Dimissioni con diagnosi di tumore della vescica: indici di attrazione e fuga. Anni 2000 e 2006.

	Anno	
	2000	2006
<b>Non residente in Veneto</b>	2.451	2.422
<b>Residente e ricoverato in Veneto</b>	12.849	14.242
<b>Residente in Veneto e ricoverato fuori regione</b>	189	178
<b>Indice di attrazione</b>	16%	15%
<b>Indice di fuga</b>	1%	1%

In tabella 2 si può notare come nel 2006 tra i ricoveri ordinari prevalgono quelli con DRG chirurgico; i ricoveri in DH, sia con DRG medico che chirurgico, sono caratterizzati da un limitato numero medio di accessi.

Tabella 2. Ricoveri in strutture regionali, anno 2006: distribuzione per regime di ricovero e tipo di DRG, numero, giorni di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi).

REGIME	DRG	n	%	gg deg	%	deg media
<b>Ordinario</b>	Chir	5.134	31	28.077	44	5
	Med	2.033	12	16.122	25	8
<b>DH</b>	Chir	3.964	24	6.248	10	2
	Med	5.533	33	13.448	21	2
<b>TOTALE</b>		16.664	100	63.895	100	4

Nella tabella 3 è evidenziato l'andamento temporale dei 10 DRG numericamente più rappresentati, che insieme costituiscono ben il 94% del totale dei ricoveri per tumore della vescica: risultano sostanzialmente stabili nel tempo i ricoveri per interventi per via trans uretrale (DRG 311 e 310), in forte crescita quelli per follow-up di pazienti con tumore (DRG 412, 408, 407 e 411), in riduzione i DRG medici di neoplasie delle vie urinarie (DRG 319 e 318).

Tabella 3. DRG più frequenti (confronto 2000-2006) e percentuale sul totale dei ricoveri per tumore della vescica nel 2006.

DRG	2000	2006	% 2006
311- Interventi per via transuretrale no cc	4.980	5.110	31
412-Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	2.353	3.678	22
319-Neoplasie rene, vie urinarie no cc	2.505	2.011	12
408-Alterazioni mieloprol. e/o neoplasie poco diffuse con altri interventi	1.174	2.262	14
310-Interventi per via transuretrale con cc	812	577	3
303-Interventi rene, uretere e int. maggiori vescica per neoplasia	515	562	3
318-Neoplasie rene, vie urinarie con cc	616	424	3
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	445	547	3
407- Alterazioni mieloprol. e/o neoplasie poco diffuse con intervento maggiore no cc	132	180	1
411- Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	162	189	1

Inoltre, sono state selezionate le dimissioni nel 2006 dei residenti (inclusi i ricoveri fuori regione) per ricostruire il numero di persone con almeno un ricovero correlato alla neoplasia; rapportando tale numero alla popolazione residente si è ottenuto un tasso grezzo di prevalenza di soggetti che nel 2006 sono ricorsi a cure ospedaliere per