

INFORMAZIONE EPIDEMIOLOGIA SALUTE



Bollettino informativo a cura del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

IMPATTO DELLE MALATTIE GASTROENTEROLOGICHE SUL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

S.E.R. - Sistema Epidemiologico Regionale

Le malattie dell'apparato digerente comportano, come è noto, un rilevante impatto sia sulla salute della popolazione in termini di mortalità e morbosità-cronicità sia sul ricorso ai servizi sanitari, in particolare ospedalieri ed ambulatoriali. Di tale impatto, nei prossimi anni, è atteso un progressivo mutamento qualitativo e quantitativo a seguito di diversi fattori come l'invecchiamento della popolazione, la diffusione di alcuni programmi di screening specifici e l'introduzione di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche destinate a riflettersi sulla tempestività delle diagnosi e sulla sopravvivenza, specialmente per alcune patologie.

I profili di erogazione dell'assistenza in tali aree di patologia presentano alcune importanti specificità legate sia alla domanda che all'offerta di prestazioni tra cui da segnalare: la domanda di prestazioni in regime di urgenza emergenza che pur non elevata dal punto di vista quantitativo richiede competenze specialistiche facilmente accessibili, la non irrilevante quota di inappropriata organizzativa più volte osservata in particolare per l'ospedalizzazione, l'elevato numero di Unità Operative ospedaliere coinvolte nel trattamento di queste patologie, a partire ovviamente dalle Unità Operative di Gastroenterologia, disciplina specialistica di riferimento, infine ma non ultimo, la rilevante

In questo numero:

- 1 • Impatto delle malattie gastroenterologiche sul Sistema Sanitario Regionale
- 2 • La mobilità per prestazioni ambulatoriali di gastroenterologia nella Regione del Veneto
- 3 • Ospedalizzazione per patologie dell'apparato digerente in Veneto
- 5 • Le colecistectomie in Veneto
- 7 • Notizie dal mondo dell'epidemiologia
- 8 • Nei prossimi numeri

quota di prestazioni ambulatoriali che caratterizzano tale setting assistenziale rispetto ad altri.

La valutazione dell'impatto specifico delle malattie dell'apparato digerente sul sistema sanitario risulta pertanto condizione ancor più opportuna ed urgente al fine di supportare adeguatamente la programmazione sanitaria regionale, alla luce dei nuovi obiettivi di riorganizzazione e razionalizzazione funzionali a garantire sostenibilità, equità e qualità al sistema dell'offerta.

In particolare risulta evidente l'esigenza di acquisire informazioni valide, pertinenti e tempestive in grado di orientare il sistema delle cure al raggiungimento di obiettivi di ridefinizione del modello organizzativo delle cure ospedaliere e territoriali secondo logiche di rete e di integrazione organizzativa e professionale, di miglioramento dell'outcome anche attraverso il tempestivo ed appropriato trattamento delle urgenze, di progressivo miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, anche attraverso il trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero ospedaliero verso il regime ambulatoriale o verso l'assistenza residenziale socio-sanitaria.

Gli articoli che seguono esplorano a questi fini alcuni profili di ospedalizzazione, di mobilità delle prestazioni ambulatoriali e di trattamento chirurgico della colecisti.

L'analisi descrittiva dell'ospedalizzazione è stata condotta con riferimento all'impatto complessivo delle malattie dell'apparato digerente sul ricorso alle cure ospedaliere, con riguardo alla tipologia di regime di ricovero, di complessità del case mix, di distribuzione della casistica per disciplina di trattamento e di andamento della mobilità ospedaliera. Il quadro che emerge sembra suggerire un progressivo miglioramento dell'appropriatezza organizzativa di utilizzo dell'ospedale per acuti e una progressiva maggior concentrazione dei casi medici nei reparti specialistici, pur rimanendo comunque elevata la quota di ospedalizzazioni in area di medicina interna, geriatria e lungodegenza.

L'analisi della mobilità sanitaria, cioè delle dinamiche di flusso all'interno di una regione o tra regioni diverse, legate all'erogazione in una certa area amministrativa di prestazioni sanitarie a soggetti non residenti nella stessa, fornisce un importante contributo alla comprensione della relazione tra domanda e offerta, con riferimento in particolare alle differenze fra ULSS ed ai principali fattori che le determinano, quali la libera scelta dei cittadini, l'accessibilità, la qualità (percepita) e il modello di rete di erogazione per diversi livelli di complessità dei servizi sanitari.

Le elaborazioni fin qui condotte hanno riguardato essenzialmente, per diverse ragioni non ultima la qualità degli archivi a disposizione, le prestazioni di ricovero ospedaliero; il progressivo aumento dell'attività ambulatoriale, legato anche allo spostamento di attività dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, insieme al miglioramento della qualità degli archivi delle prestazioni ambulatoriali, ha reso possibile ed opportuno estendere l'analisi della mobilità sanitaria anche alle prestazioni ambulatoriali. Nello specifico i flussi di prestazioni ambulatoriali specialistiche selezionate sembrano essere orientati o da fattori quali l'esistenza di ospedali pubblici di alta complessità (salvo un ospedale pubblico di rete che esercita in ogni caso una forte attrazione) oppure dall'esistenza in alcune ULSS di strutture private accreditate.

Infine l'analisi del trend e delle differenze territoriali relativamente al profilo di trattamento chirurgico delle calcolosi della colecisti fornisce utili spunti di riflessione per valutare l'appropriatezza clinica e non solo organizzativa delle cure erogate a livello regionale per questo specifico ambito di malattia dell'apparato digerente.

In conclusione è possibile affermare che il presente contributo fornisce nuovi ed interessanti elementi, anche se non ancora esaustivi, a supporto della pianificazione regionale dell'assistenza ai pazienti con malattie dell'apparato digerente.

LA MOBILITÀ PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI GASTROENTEROLOGIA NELLA REGIONE DEL VENETO

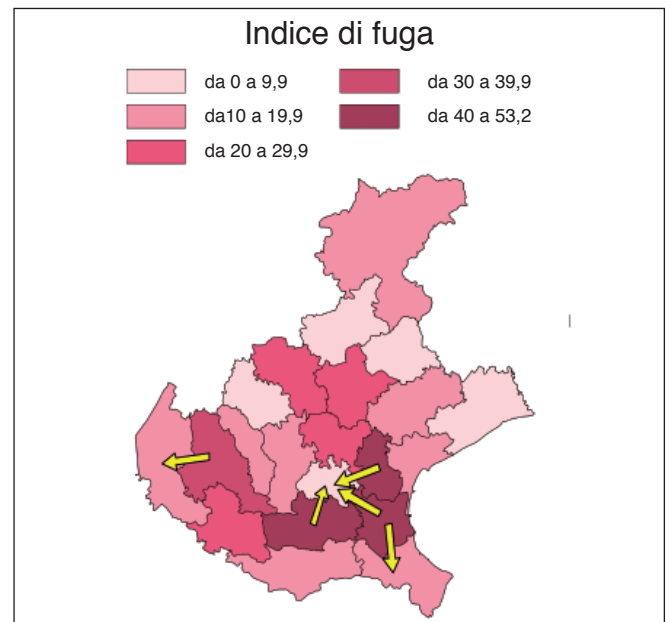
S.E.R. Sistema Epidemiologico Regionale

La mobilità sanitaria riflette sia la libera scelta del cittadino sia l'accessibilità dei servizi nel territorio di residenza e fornisce quindi un contributo importante alla comprensione della relazione tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie. L'analisi di queste dinamiche, che rappresenta un fondamentale elemento conoscitivo per la programmazione regionale e locale, ha finora riguardato prevalentemente le prestazioni di ricovero ospedaliero; tuttavia, la crescita dell'attività ambulatoriale, determinata anche dalla progressiva deospedalizzazione, rende necessario estendere l'analisi a questo settore assistenziale, tradizionalmente poco esplorato e per il quale fino a qualche anno fa non erano disponibili dati analitici.

Nel presente contributo viene descritta l'analisi della mobilità per prestazioni ambulatoriali di gastroenterologia tra le Aziende ULSS della Regione Veneto. I dati utilizzati derivano dall'archivio regionale della specialistica ambulatoriale dell'anno 2009 (Datawarehouse Sanità). Le prestazioni considerate sono quelle afferenti alla branca specialistica della gastroenterologia con l'esclusione delle visite, non riconducibili ad una specifica branca specialistica, e delle ecografie e degli ecodoppler degli organi addominali in quanto comuni anche ad altre discipline. La mobilità intraregionale è stata descritta attraverso l'indice di fuga (percentuale di prestazioni erogate a propri residenti da altre Aziende ULSS) e l'indice di attrazione (percentuale

di prestazioni erogate dalle strutture dell'Azienda ULSS a residenti di altre Aziende ULSS). Si è inoltre calcolato il saldo come differenza tra la mobilità attiva e quella passiva. L'attività delle Aziende ospedaliere è stata inserita nelle Aziende ULSS territoriali di rispettiva collocazione. Nell'anno 2009 ai residenti del Veneto sono state erogate 357.201 prestazioni afferenti alla branca specialistica di gastroenterologia pari a circa 45 prestazioni per 1.000 abitanti. Di queste l'89% sono di tipo endoscopico (40,2 prestazioni per 1.000 abitanti) tra le quali le più frequenti sono rappresentate dalla colonscopia (46%) e dalla esofagogastroduodenoscopia (40%).

Figura 1 - Indice di fuga per le prestazioni gastroenterologiche. Regione Veneto. Anno 2009.



Le Figure 1 e 2 rappresentano rispettivamente l'indice di fuga e l'indice di attrazione delle ULSS del Veneto per prestazioni gastroenterologiche. Le frecce in giallo nelle mappe indicano i flussi di mobilità più rilevanti, che interessano prevalentemente le Aziende limitrofe.

Dalla Figura 1 si osserva come l'indice di fuga presenti valori più bassi nelle Aziende ULSS 2-Feltre, 4-Alto Vicentino, 7-Pieve di Soligo, 10-Veneto Orientale e 16-Padova e valori più alti nella 13-Mirano, nella 14-Chioggia e nella 17-Este. Dal punto di vista dell'attrazione, le Aziende ULSS 2-Feltre e 16-Padova (nella quale è determinante il contributo dell'Azienda Ospedaliera) sono caratterizzate anche da un'elevata mobilità attiva (Figura 2) con saldi nettamente positivi. Altre Aziende con un bilancio positivo tra mobilità attiva e passiva sono la 19-Adria e la 22-Bussolengo.

In alcune Aziende ULSS le strutture private convenzionate contribuiscono in modo rilevante all'indice di attrazione: in particolare, per la 19-Adria e la 22-Bussolengo rispettivamente l'89% e il 76% delle prestazioni gastroenterologiche in mobilità attiva sono erogate in ambulatori privati convenzionati.

La mobilità passiva è stata messa in relazione al consumo di prestazioni nel diagramma presentato in Figura 3. I lati orizzontali del rettangolo al centro del diagramma rappresentano il 1° e il 3° quartile dell'indice di fuga, mentre i lati verticali il 1° e il 3° quartile dell'indice di consumo. Nel riquadro in alto a sinistra si collocano Aziende in cui la domanda pur essendo bassa non trova una soddisfazione all'interno del territorio di residenza; mentre all'estremo opposto, nel quadrante in basso a destra, si trovano

Aziende ULSS che si caratterizzano per una domanda elevata completamente soddisfatta all'interno dell'ULSS stessa.

Figura 2 - Indice di attrazione per le prestazioni gastroenterologiche. Regione Veneto. Anno 2009.

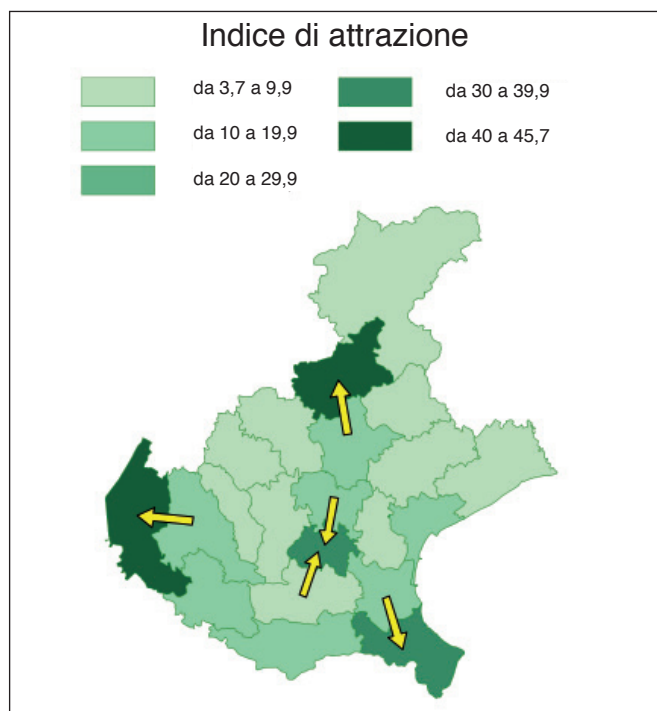
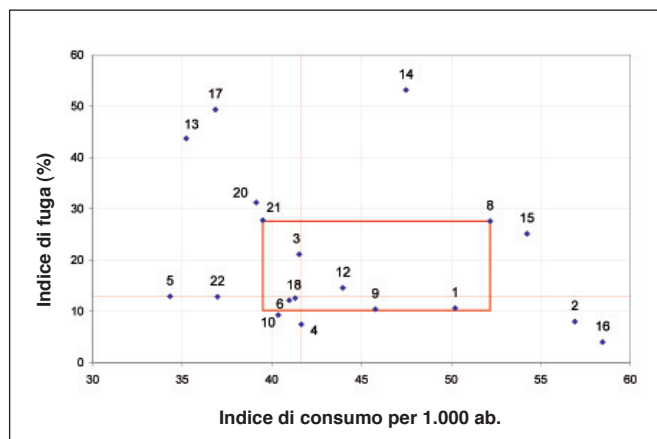


Figura 3 - Aziende ULSS per indice di fuga e indice di consumo di prestazioni gastroenterologiche. Residenti in Veneto. Anno 2009.



Questo lavoro evidenzia come la disponibilità di un flusso informativo corrente sull'assistenza specialistica ambulatoriale consenta di descrivere le dinamiche di mobilità per specifiche categorie di prestazioni.

Il contributo informativo di questi dati è di evidente rilevanza per quelle discipline, come la gastroenterologia, per le quali l'assistenza specialistica ambulatoriale costituisce una parte sempre più consistente dell'attività dei servizi. Per questo motivo, attraverso la produzione sistematica di analisi sull'attività specialistica ambulatoriale, unitamente a quelle ormai consolidate relative all'attività ospedaliera, sarà possibile delineare in modo più completo le dinamiche intraregionali di domanda e offerta di prestazioni sanitarie, monitorandone l'andamento nel tempo.

OSPEDALIZZAZIONE PER PATOLOGIE DELL'APPARATO DIGERENTE IN VENETO

S.E.R. - Sistema Epidemiologico Regionale

Le patologie gastrointestinali risultano importanti in termini di morbosità e conseguente carico assistenziale. Tali patologie, escludendo le neoplasie dell'apparato digerente, rappresentano in Veneto la quinta causa di morte nei maschi e la settima nelle femmine. In questo contributo vengono presentati i risultati dell'analisi dell'ospedalizzazione per patologie gastrointestinali nella Regione Veneto ottenuta selezionando dall'archivio regionale delle SDO degli anni 2000-2009 le dimissioni con una diagnosi principale di patologie 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 l'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.

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 1).

Tabella 1 - Patologie dell'apparato digerente: attrazione e fuga. Anni 2000 e 2009.

	2000	2009
Non residente in Veneto	5.686	4.643
Residente e ricoverato in Veneto	77.228	63.500
Residente in Veneto e ricoverato fuori Veneto	2.251	2.436
Indice di attrazione (%)	6,9	6,8
Indice di fuga (%)	2,8	3,7

La maggior parte delle ospedalizzazioni per patologie gastrointestinali si verifica nella classe di età 65 e più anni (42%) e per tutte le classi di età il numero di dimissioni è maggiore nel sesso maschile rispetto a quello femminile (Figura 1).

Il 74,6% 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 2).

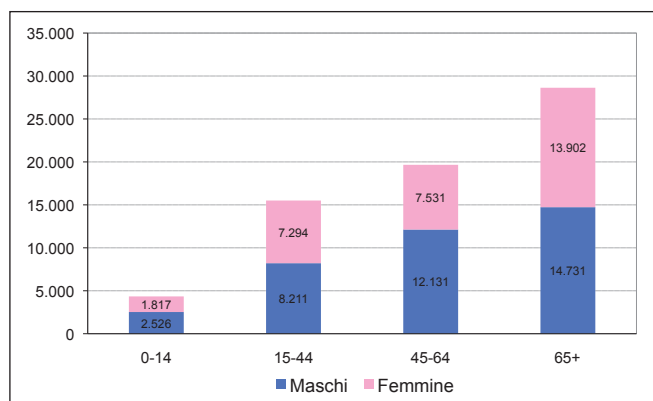
Nella Tabella 2 viene descritta la distribuzione dei ricoveri per patologie gastrointestinali in base alla specialità di dimissione. Si osserva come il 63,5% dei ricoveri è giustificato dalla Chirurgia generale, il 12,4% dalla Medicina generale e il 6,2% dalle Gastroenterologie. Nel periodo 2000-2009 si assiste alla diminuzione delle dimissioni dalla Chirurgia generale (-16,4%), 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 2 - 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

Classificando le diagnosi per patologie dell'apparato digerente seguendo i sottocapitoli dell'ICD-9-CM si osserva che il maggior numero di ricoveri nel 2009 è attribuibile alla categoria *altre malattie dell'apparato digerente*, tra le quali la più frequente è la *calcolosi della colecisti*. Al secondo posto troviamo le *altre malattie dell'intestino e del peritoneo* tra le quali la diagnosi con il maggior numero di dimissioni è quella di *occlusione intestinale*. Al terzo posto troviamo le *ernie* e al quarto le *malattie dell'esofago, dello stomaco e del duodeno* tra cui la condizione morbosa più frequente è *l'ulcera*.

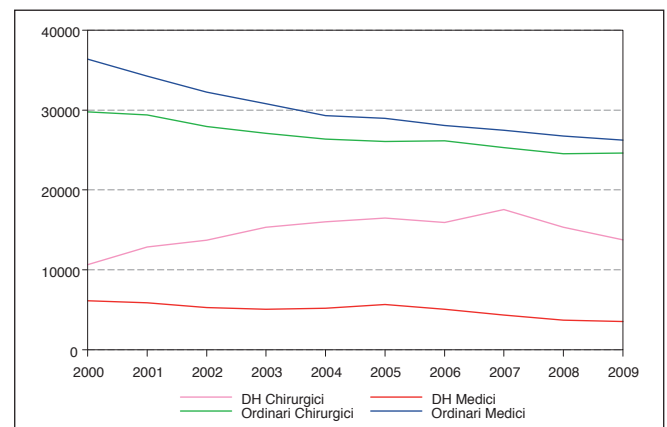
Figura 1 - Patologie dell'apparato digerente: dimissioni dalle strutture del Veneto per classe di età e sesso. Anno 2009.



In particolare le dimissioni per *ulcera* nel 2009 sono risultate 1.498, di cui il 45,9% sono relative all'*ulcera duodenale* e il 45,5% a quella *gastrica*. I ricoveri aumentano con l'età (67,2% nella classe 65 e più anni) e sono maggiori nel sesso maschile in tutte le classi di età. Con riferimento alla presenza o meno di complicanze si osserva che nel 2009 l'83,0% delle ospedalizzazioni per ulcera presentava una complicanza; fra queste nell'81,6% si registrava la presenza dell'emorragia, nel 13,8% della perforazione e nel 4,6% di entrambe. Il 63,2% dei ricoveri per ulcera con presenza di una complicanza riguarda il sesso maschile e il 67,3% la classe di età 65 e più anni. Nei maschi inoltre nella classe di età inferiore ai 65 anni la percentuale di

ospedalizzazioni per ulcera complicata è pari al 41,4% contro il 17,9% nelle femmine. Considerando l'andamento nel tempo delle ospedalizzazioni si è assistito nell'ultimo decennio alla diminuzione delle ospedalizzazioni per ulcera sia per le forme complicate che non complicate. In particolare le forme complicate si riducono del 36,2%, mentre quelle non complicate del 66,5%, per cui la quota dei ricoveri per ulcera non complicata sul totale dei ricoveri per questa condizione morbosa si riduce dal 28,1% nel 2000 al 17,0% nel 2009 (Figura 3).

Figura 2 - Patologie dell'apparato digerente: dimissioni dalle strutture del Veneto per tipo di DRG e regime di ricovero. Anni 2000-2009.



Nella Tabella 3 sono riportati i primi dieci DRG in ordine di frequenza che spiegano quasi il 60% dei ricoveri selezionati. Il primo DRG è *Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza complicanze*, responsabile dell'11,6% dei ricoveri per patologie gastrointestinali; per questo DRG fino al 2007 venivano erogati in media 13.000 ricoveri all'anno, successivamente il numero di ricoveri si è ridotto di un quarto a seguito della possibilità di erogare tale interventi anche in regime ambulatoriale. Al secondo posto troviamo la *Colecistectomia laparoscopica 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, 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 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 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 complicanze*, seguita dall'*Esofagite, gastroenterite senza complicanze* 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 complicanze* e dagli *Interventi sulla bocca senza complicanze*. Nella classe 45-64 anni in seconda posizione 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 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 il DRG più frequente nella classe di età 0-14 anni è risultato l'*Esofagite, gastroenterite senza complicanze*, seguita dall'*Appendicectomia 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 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 senza complicanze* e dagli *Interventi su ano e stoma senza complicanze*. Oltre i 65 anni i DRG più frequenti sono l'*Esofagite, gastroenterite senza complicanze*, la *Colecistectomia per via laparoscopica senza complicanze*, gli *Interventi per ernia senza complicanze* e l'*Occlusione gastrointestinale senza complicanze*.

Figura 3 - Patologie dell'apparato digerente: percentuale di dimissioni per ulcera non complicata sul totale delle dimissioni per ulcera. Anni 2000-2009.

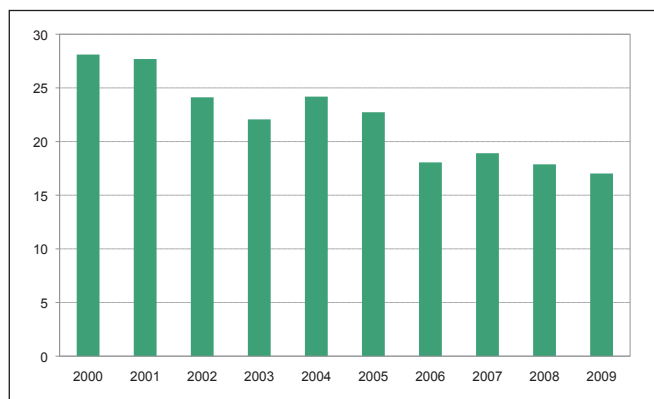
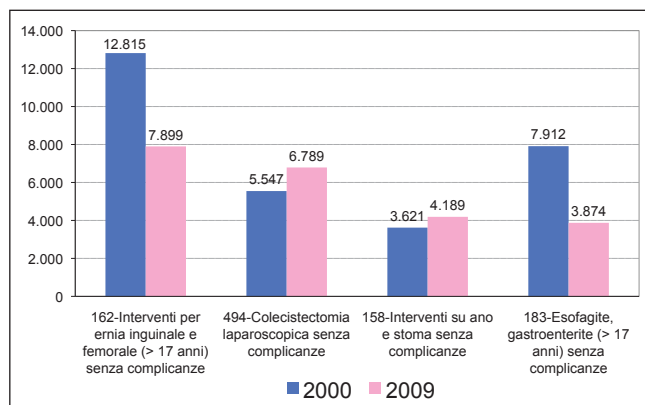


Tabella 3 - Patologie dell'apparato digerente: dimissioni dalle strutture del Veneto per i DRG più frequenti (valore assoluto e percentuale sul totale dei ricoveri nel 2009). Anno 2009.

DRG	2009	%
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, (> 17 anni) senza complicanze	7.899	11,6
494-Colecistectomia laparoscopica senza complicanze	6.789	10,0
158-Interventi su ano e stoma senza complicanze	4.189	6,1
183-Esofagite, gastroenterite (> 17 anni) senza complicanze	3.874	5,7
160-Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, (> 17 anni) senza complicanze	3.122	4,6
208-Malattie delle vie biliari senza complicanze	3.109	4,6
167-Appendicectomia senza complicanze	3.101	4,6
202-Cirrosi e epatite alcolica	2.505	3,7
181-Occlusione gastrointestinale senza complicanze	2.464	3,6
169-Interventi sulla bocca senza complicanze	2.205	3,2

Figura 4 - Patologie dell'apparato digerente: dimissioni dalle strutture del Veneto per i DRG più frequenti. Confronto 2000-2009.



L'analisi fin qui condotta evidenzia una maggiore concentrazione delle dimissioni per patologie gastroenterologiche nelle classi di età più avanzate e con una prevalenza di DRG chirurgici nelle classi di età inferiori. Nel corso degli anni si assiste alla modificazione della tipologia dell'assistenza con il passaggio di alcuni interventi come quelli per ernia inguinale e femorale dal setting ospedaliero a quello ambulatoriale. Inoltre l'analisi per una specifica patologia come l'ulcera, che ha presentato una modificazione della prevenzione e della terapia, evidenzia una riduzione dell'ospedalizzazione e un parallelo aumento dell'appropriatezza dei ricoveri.

LE COLECISTECTOMIE IN VENETO

S.E.R.- Sistema Epidemiologico Regionale

La calcolosi della colecisti è una patologia molto frequente nei paesi Occidentali e nella maggior parte dei casi risulta essere asintomatica (Festi D, 2008). Il trattamento chirurgico della patologia, riservato ai casi in cui siano presenti specifiche indicazioni, ad esempio presenza di sintomi e di complicanze, è rappresentato dalla colecistectomia laparoscopica (Quintana JM, 2002; Quintana JM, 2004).

Per l'analisi dell'ospedalizzazione per calcolosi della colecisti nella Regione Veneto si sono selezionate dall'archivio regionale delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) degli anni 2000-2009, comprensivo della mobilità passiva, 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). In secondo luogo l'analisi si è focalizzata 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 574xx), escludendo quelle in cui fosse presente un codice ICD-9-CM di neoplasia.

Nel 2009 il numero di dimissioni dalle strutture ospedaliere della Regione Veneto con diagnosi principale di calcolosi della colecisti è pari a 10.558 (15,5% dei ricoveri per patologie dell'apparato 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 1).

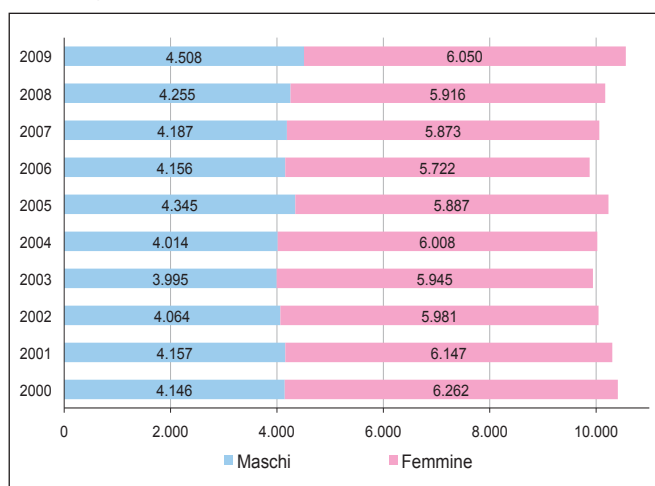
Dall'analisi della distribuzione dei ricoveri per tipo di regime e DRG, si evidenzia come la quasi totalità dei ricoveri avvenga in regime ordinario (97,4% nel 2009). Inoltre i ricoveri con DRG chirurgico sono in netta prevalenza rispetto a quelli di tipo medico indipendentemente dal regime.

Il DRG più frequente è quello per *Colecistectomia per via laparoscopica 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 *Disturbi delle 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 per *Colecistectomia totale con e senza esplorazione del coledoco* sia complicati che non.

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 1). 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 1).

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 1). 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 2).

Figura 1 - Dimissioni dalle strutture del Veneto per calcolosi della colecisti per sesso. Anni 2000-2009.



Dall'analisi dei tassi specifici per classe di età e sesso (Tabella 2) 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 delle colecistectomie laparoscopiche, l'intervento risulta maggiormente rappresentato nel sesso maschile. Inoltre tale differenza è maggiore nelle classi di 65-74 e 75 e più anni con un rapporto maschi vs femmine pari a 2:1, diversamente da quello che si verifica per le colecistectomie di tipo laparoscopico.

Tabella 1 - 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		Laparotomico	
	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

Figura 2 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per colecistectomie laparoscopiche e laparotomiche (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2000-2009. Popolazione standard: Veneto 2005.

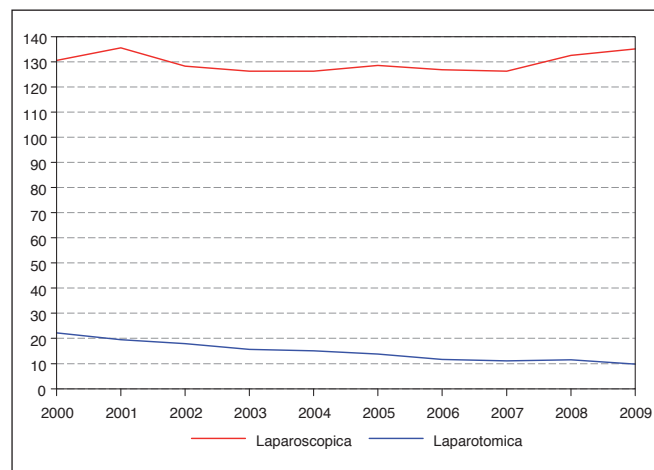


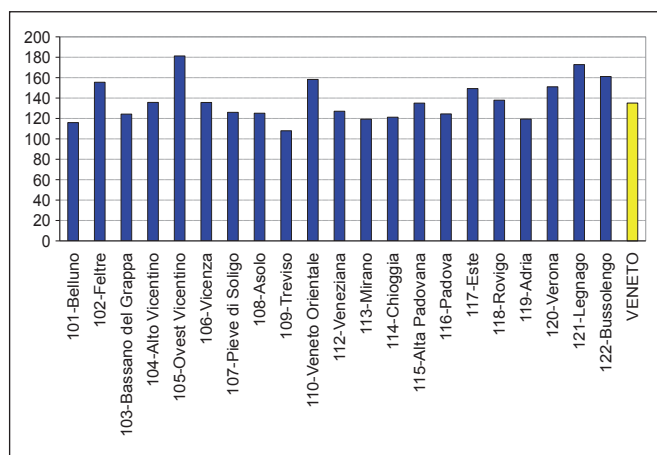
Tabella 2 - Tassi di ospedalizzazione per classi di età, sesso e tipo di interventi di colecistectomia (per 100.000). Residenti in Veneto. Anno 2009.

Classi di età	Laparoscopica		Laparotomico	
	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) (Figura 3). Per le colecistectomie di tipo laparotomico invece troviamo che il tasso va da 30,7 (Azienda ULSS 14) e 3,2 interventi per 100.000 residenti (ULSS 21).

L'analisi sugli interventi di colecistectomia nella Regione Veneto ha evidenziato come la calcolosi della colecisti rappresenti una frequente causa di ospedalizzazione per patologie dell'apparato digerente. In particolare si osserva come negli anni si sia verificato un aumento del numero degli interventi di tipo laparoscopico e la riduzione di quelli di tipo laparotomico. Tale aumento risulta anche nell'analisi per classi di età evidenziando una gestione chirurgica della patologia anche nell'anziano. La calcolosi della colecisti risulta diffusa anche nei maschi tra i quali, pur essendo l'approccio principale quello di tipo laparoscopico, si registra un maggior numero di colecistectomie laparotomiche rispetto alle donne di pari età.

Figura 3 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per intervento di colecistectomia laparoscopica per Azienda ULSS di residenza (per 100.000). Anno 2009. Popolazione standard: Veneto 2009.



Bibliografia

Festi D, Dormi A, Capodicasa S, Staniscia T, Attili AF, Loria P, Pazzi P, Mazzella G, Sama C, Roda E, Colecchia A. Incidence of gallstone disease in Italy: results from a multicenter, population-based Italian study (the MICOL project). *World J Gastroenterol.* 2008 Sep 14; 14 (34): 5282-9.

Quintana JM, Cabriada J, de Tejada IL, Varona M, Oribe V, Barrios B, Aróstegui I, Bilbao A. Development of explicit criteria for cholecystectomy. *Qual Saf Health Care.* 2002 Dec; 11 (4): 320-6.

Quintana JM, Cabriada J, López de Tejada I, Perdigo L, Aróstegui I, Bilbao A, Garay I. Appropriateness variation in cholecystectomy. *Eur J Public Health.* 2004 Sep; 14 (3): 252-7.

Rapporto SER:

L'Ospedalizzazione nel Veneto dal 2000 al 2009.

A tre anni di distanza dal primo rapporto SER sull'ospedalizzazione nel Veneto relativo al periodo 2000-2006, il 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. 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 patologie gastrointestinali, respiratorie, per traumi, e per l'area ostetrica e pediatrica. Il rationale di questo nuovo rapporto segue non la logica di realizzare un atlante esaustivo dei ricoveri nel Veneto, ma quella di una lettura ragionata dei dati di ospedalizzazione. 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.

Il rapporto si apre con un'introduzione sull'evoluzione demografica del Veneto nell'ultimo decennio, e con una parte tecnica sulla completezza del flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera. Segue una sezione dedicata all'ospedalizzazione generale ed alla mobilità, completata da confronti con i dati nazionali disponibili e da alcune integrazioni con i dati della specialistica ambulatoriale per quanto riguarda il passaggio di prestazioni prima erogate in regime di ricovero al Day Service o alla chirurgia ambulatoriale. Il rapporto continua con capitoli dedicati a gruppi di patologie o ambiti specifici: malattie circolatorie (infarto, ictus, scompenso cardiaco); neoplasie (ospedalizzazione generale e per alcune sedi più frequenti, con approfondimenti su trend evidenziabili in chirurgia oncologica); patologie respiratorie; patologie gastrointestinali (con i dati generali di ospedalizzazione e le analisi sulle colecistectomie presentati in questo numero del bollettino); ricoveri ostetrici (trend temporali, confronti tra donne con cittadinanza italiana e straniera); ricoveri nella classe di età 1-13 anni (trend temporali, confronti tra bambini con cittadinanza italiana e straniera); ricoveri per trauma (con una sezione dedicata alle fratture di femore), ricoveri psichiatrici.

Il documento è consultabile nel nostro sito:

<http://www.ser-veneto.it>

Ricoveri ospedalieri- dati nazionali

Sul sito del Ministero della Salute sono disponibili i rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero: l'ultimo rapporto è relativo alle schede di Dimissione Ospedaliera del 2009; sono inoltre presenti dati preliminari sull'ospedalizzazione nel corso del 2010.

Sul sito sono inoltre consultabili documenti relativi alla classificazione ICD9-CM ed al sistema DRG, ed alla normativa nazionale sulle SDO; è possibile inoltre interrogare la banca dati ministeriale per DRG, diagnosi principale od intervento, limitatamente al periodo 1999-2005.

I documenti sono scaricabili dal sito:

<http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/ricoveriOspedalieri.jsp>

POLLINI, AMBIENTE E SALUTE

Indicatori integrati ambientali e sanitari e misure di esposizione della popolazione in Regione del Veneto

E' stato pubblicato un nuovo rapporto ARPAV che fornisce un'analisi integrata dei fenomeni aerobiologici e delle allergie attraverso i dati che derivano dai monitoraggi ambientali di ARPAV e dai dati prodotti dal SER. L'analisi è estesa alla ricerca di possibili relazioni tra concentrazioni polliniche presenti nell'aria, condizioni ambientali - meteorologia, inquinamento atmosferico - e caratteristiche del territorio quali l'uso del suolo e la copertura forestale.

Il documento è scaricabile dal sito:

http://www.arpa.veneto.it/pubblicazioni/htm/scheda_pub.asp?ID=240

Notiziario trimestrale del SER - Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

Proprietario ed Editore: ULSS 8

Direttore Responsabile: Mariano Montagnin

Direttore Editoriale: Paolo Spolaore

Coordinatori di Redazione: Ugo Fedeli, Maria Marchesan

Coordinatore Comitato Scientifico: Achille Cesare Pessina

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

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

Sede della Redazione: S.E.R. - Sistema Epidemiologico Regionale - Azienda ULSS 8 c/o Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto - Via dei Carpani 16/Z - 31033 Castelfranco Veneto (TV)

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

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

Seminario Nazionale SIMPIOS

Mestre, 12 ottobre 2011

Il Seminario Nazionale 2011 della Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie ha come tema "nuovi profili di resistenza antibiotica e controllo delle infezioni".

E' prevista la possibilità di iscriversi congiuntamente all'11° Congresso della Federazione Internazionale di Controllo delle Infezioni (12-15 ottobre), che si terrà nella medesima sede.

<http://www.simprios.org/>

XII Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica

Roma, 12 - 15 ottobre 2011

"La Sanità pubblica tra globalizzazione, nuove esigenze di salute e sostenibilità economica: la sfida dell'integrazione".

La globalizzazione, le nuove esigenze di salute e la sostenibilità economica rappresentano in sintesi gli ambiti principali per il cambiamento e la trasformazione dei sistemi sanitari, i quali, seppure con sensibilità e metodologie differenti nei diversi paesi del mondo, sono impegnati nell'affrontare le tre problematiche attraverso un miglioramento complessivo della qualità dell'assistenza sanitaria attraverso recuperi di efficacia, efficienza ed appropriatezza.

<http://www.siti2011.org/ita/>

XXXV Congresso AIE

Torino, 7-9 novembre 2011

Il Congresso 2011 dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, dal tema "Salute e sanità a 150 anni dall'Unità d'Italia: più vicini o più lontani?", sarà dedicato alle differenze geografiche evitabili nella salute e nel sistema sanitario. Il congresso ha l'obiettivo di valutare se le differenze di salute siano più o meno ampie del resto delle differenze che segnano il nostro Paese, se il Servizio Sanitario Nazionale abbia qualche merito o responsabilità in questo profilo, quale quota di queste differenze sia evitabile, e quali politiche ne siano interpellate. Il tema è di attualità per le implicazioni epidemiologiche del processo di decentramento connesso al federalismo.

<http://www.epidemiologia.it/>

NEI PROSSIMI NUMERI

Nei prossimi numeri parleremo di:

- Attività di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza nella Regione Veneto
- Ricoveri per chirurgia delle tiroide nella Regione Veneto
- Contributi di altri centri della rete epidemiologica regionale.

Per ulteriori informazioni sull'attività del S.E.R.

www.ser-veneto.it
ser@ulssasolo.ven.it