Informazione Epidemiologia Salute
anno V - numero 2 giugno 2008.
Periodico trimestrale
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DR TV.

INFORMAZIONE EPIDEMIOLOGIA SALUTE

SER
SISTEMA EPIDEMIOLOGICO
REGIONE VENETO

Bollettino informativo a cura del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

PERCHÉ UN RAPPORTO SULLE OSPEDALIZZAZIONI NEL VENETO

CRRC-SER

In questo numero del bollettino è pubblicata la sintesi del "Rapporto sulla ospedalizzazione in Veneto. Anni 2000-2006". Sul sito internet del SER è disponibile la versione integrale del rapporto (www.ser-veneto.it). La conoscenza delle dimensioni e del profilo dell'utilizzo dell'ospedale su scala regionale ottenibile a partire dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera costituisce, 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 perchè la programmazione regionale e aziendale sia in grado di garantire adeguati livelli di assistenza non solo ospedaliera ma anche territoriale, secondo criteri di sostenibilità, buona qualità ed equità. L'utilizzo dell'ospedale, in particolare la dimensione quali-quantitativa del consumo di giornate di degenza per gruppi di diagnosi, è associato a tre principali determinanti:

1. 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;
2. il sistema dell'offerta sanitaria ospedaliera previsto dalla programmazione ospedaliera aziendale e regionale inteso nella accezione più larga, che comprende sia il sistema di finanziamento-remunerazione delle attività ospedaliere, sia la disponibilità di posti letto, sia i modelli organizzativi ospedalieri e territoriali ed il loro livello di integrazione;
3. il profilo clinico-tecnico delle cure erogate a fronte della domanda espressa. La variabilità osservata nelle dimensioni e nel profilo di ospedalizzazione sia in termini di andamento temporale sia in termini di differenze territoriali è spiegata in modo più o meno esaustivo da questi tre fattori che, singolarmente o insieme e con modalità differenti nello spazio e nel tempo, impattano sul consumo di risorse ospedaliere.

Una corretta valutazione dell'utilizzo del singolo ospedale di una azienda o di una regione oppure la stima della domanda di ospedalizzazione di una singola area non può prescindere pertanto da una analisi di sistema, cioè dalla produzione di conoscenze quantitative e qualitative sull'utilizzo dell'intera rete ospedaliera regionale.

È essenzialmente questo il razionale del rapporto che il Sistema Epidemiologico Regionale intende produrre con sistematicità per i vari livelli di governo del sistema socio-sanitario regionale, seguendo quindi non la logica di realizzare un atlante esaustivo dei ricoveri nel Veneto ma quella di una lettura ragionata dei dati di ospedalizzazione nell'ottica di:

- conoscere i limiti dello strumento informativo utilizzato (schede di dimissione ospedaliera) al fine di stabilire il grado di validità delle informazioni prodotte;
- descrivere i principali aspetti quantitativi e qualitativi del ricorso alla degenza ospedaliera in generale e per alcuni gruppi di malattie tipiche di popolazioni con elevati indici di invecchiamento selezionate per il loro elevato carico sociale;
- leggere/interpretare le differenze osservate nello spazio e nel tempo alla luce del diverso impatto dei determinanti epidemiologici e demografici, dei diversi modelli di sistema sanitario aziendale e dei diversi profili di cura erogati.

È un primo rapporto che vuole essere parte di un processo sistematico di produzione di informazioni sull'assistenza ospedaliera la cui adeguatezza rispetto alle finalità per cui è stato elaborato dipenderà certamente dalla qualità tecnica della sua elaborazione e dalla qualità degli archivi informatici che lo alimentano, ma anche dalla possibilità di una lettura condivisa dei risultati.

In questo numero:

1 • Perché un rapporto sulle ospedalizzazioni nel Veneto
• Ricoveri in Veneto 2000-2006
Sintesi del "Rapporto sulla ospedalizzazione in Veneto. Anni 2000-2006"
4 • Gli incidenti stradali negli anziani
Analisi dei fattori di rischio per esiti letali
7 • Accessi al Pronto Soccorso
Ruolo delle pratiche di medicina generale singole e associate dell'Azienda ULSS 4 "Alto Vicentino"
8 • Notizie dal mondo dell'epidemiologia
• Nei prossimi numeri

RICOVERI IN VENETO 2000-2006

Sintesi del "Rapporto sulla ospedalizzazione in Veneto. Anni 2000-2006"

CRRC-SER

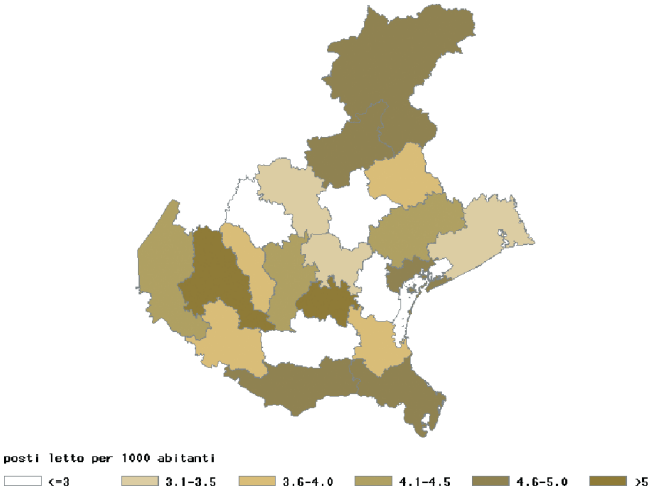
Il Rapporto è articolato in otto capitoli e la versione integrale è scaricabile dal sito internet del SER (www.ser-veneto.it), mentre una copia cartacea è stata inviata alle Direzioni delle Aziende.

Capitolo 1. Le strutture ospedaliere del Veneto

Al 1° gennaio 2006 in Veneto le strutture sanitarie che

disponevano di posti letto erano distribuite in 53 ospedali a gestione diretta, 18 Case di Cura private, 3 IRCCS, 7 istituti privati qualificati ULSS, 6 ospedali classificati o assimilati e 2 Aziende ospedaliere. Nel 2006 in Veneto si registra un valore di 4,3 posti letto totali per mille abitanti (di cui 3,7 posti letto per acuti), che si traducono in un totale di 18.000 posti letto in regime ordinario e di 2.233 in quello diurno. Il maggior numero di posti letto in regime di ricovero ordinario si rileva nel gruppo della Medicina Generale, della Chirurgia Generale e Materno-Infantile, che sono ben rappresentati in ambito pubblico e parzialmente in quello privato (a esclusione dell'area Materno-Infantile, con pochi posti letto disponibili nel privato). Alcune discipline ad alta specializzazione (Cardiochirurgia, Chirurgia Plastica, Nefrologia) dispongono di posti letto per ricoveri ordinari solo nelle strutture pubbliche, in particolare nelle Aziende ospedaliere e negli ospedali dei capoluoghi di provincia. Al contrario, le discipline di Riabilitazione e Psichiatria afferiscono per circa la metà dei posti letto disponibili al settore privato.

Figura 1. Posti letto totali (comprese riabilitazione e lungodegenza) per 1.000 residenti in ciascuna Azienda ULSS.



Capitolo 2. Qualità e 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, principalmente dovuto al fatto che tali dati vengono ampiamente utilizzati, e quindi verificati, per le attività di controllo di gestione, di finanziamento delle Aziende e di rimborso della mobilità sanitaria. Inoltre, un notevole impulso a tale miglioramento 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. Per quanto riguarda le informazioni di prevalente interesse epidemiologico, la rilevazione delle diagnosi e degli interventi presenta un grado di completezza in linea con quello medio nazionale. Mediamente, negli istituti di cura del Veneto, si riscontrano 2 diagnosi e 2 interventi per scheda. Nei ricoveri ordinari per acuti il livello di compilazione delle diagnosi varia tra le Aziende da 1,8 a 2,6 diagnosi per scheda. Per quanto riguarda gli interventi, la disomogeneità tra le Aziende appare più marcata con valori che per gli acuti ordinari passano dall'1,2 al 3,0. A fronte di una generale buona qualità delle SDO del Veneto, permangono tuttavia criticità per alcune variabili di interesse epidemiologico come il tipo/causa di traumatismo e il grado di dipendenza assistenziale del paziente. La prima descrive le modalità del traumatismo e la sede di accadimento nel caso di diagnosi principale di "Lesione e avvelenamento" ed è stata rilevata nel 2006 solo nel 44% dei casi. Risulta, quindi, scarsamente utilizzabile per valutare l'occorrenza e l'impatto delle varie tipologie di infortunio. La rilevazione dello stato funzionale dei pazienti rappresenta una importante integrazione di informazioni sulle condizioni di salute dei ricoverati, soprattutto per quanto riguarda i soggetti anziani; tale rilevazione è stata introdotta nella SDO a partire dal primo gennaio 2006 e la qualità della compilazione di questi campi non risulta ancora sufficiente per permettere la descrizione dello stato funzionale dei pazienti ricoverati.

Capitolo 3. Analisi dell'ospedalizzazione generale

Il numero assoluto di dimessi da strutture ospedaliere della Regione è in progressiva diminuzione a partire dal 2001, con una riduzione totale pari all'8% nel periodo 2000-2006; per i ricoveri ordinari per acuti il calo è ancora più marcato (-15%).

Tabella 1. SDO per anno e tipo di assistenza. Valori assoluti e percentuali. Dimissioni dalle strutture del Veneto. Anni 2000-2006.

Anno	Acuti Ordinari	Acuti Diurni	Lungo degenza	Riabilitazione	Totale
2000	672.621	227.262	15.229	23.178	938.290
2001	656.740	252.776	14.012	24.645	948.173
2002	625.109	267.538	13.277	25.346	931.270
2003	598.338	279.575	12.377	24.131	914.421
2004	584.587	273.729	13.151	26.608	898.075
2005	578.645	260.168	13.499	29.214	881.526
2006	571.299	249.833	12.781	29.626	863.539

Considerando gli aggregati di discipline, si evidenzia nel complesso una riduzione generalizzata dei ricoveri per acuti, più marcata però per l'area della Medicina Interna rispetto alla Chirurgia Generale e alla Materno-Infantile.
I DRG più rappresentati nel 2006 sono quelli relativi a chemioterapia, parto vaginale, insufficienza cardiaca. Emerge nel periodo 2000-2006 un case mix ospedaliero in forte mutamento per cambiamenti del quadro epidemiologico, introduzione di nuove tecnologie cliniche e organizzative, e un verosimile recupero di appropriatezza di alcuni profili assistenziali ospedalieri; si registra infatti un calo di alcuni DRG chirurgici legato al trasferimento degli interventi al setting ambulatoriale e di alcuni DRG medici a elevato rischio di inappropriatezza organizzativa.
Per quanto riguarda la domanda di ospedalizzazione espressa dai residenti in Veneto, vi è stata nel periodo 2000-2006 una riduzione del 13% del tasso di ospedalizzazione grezzo totale (ricoveri per acuti, lungodegenza e riabilitazione), che nel 2006 risulta pari a 175 ricoveri per mille residenti. Nel contesto della riduzione complessiva dei ricoveri, va sottolineata una particolare dinamica della mobilità interregionale che si caratterizza per un aumento consistente della mobilità passiva sia in termini assoluti che percentuali. Considerando il saldo assoluto mobilità attiva - mobilità passiva si osserva nel 2006 un saldo negativo per le aree di Medicina Generale, Malattie Infettive e Materno-Infantile, mentre il saldo è largamente attivo per Chirurgia Generale, Urologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria e Neurochirurgia. Nel corso dell'anno 2006, su un totale di oltre 860.000 ricoveri, circa 48.500 (pari al 5,6%) hanno riguardato soggetti di cittadinanza straniera; la grandissima parte dei quali

si riferisce a pazienti appartenenti all'area extracomunitaria o neo-comunitaria. La proporzione di ricoveri dei cittadini extracomunitari varia considerevolmente tra le Aziende ULSS, riflettendo le differenze osservate nella popolazione straniera residente. L'accesso alle strutture ospedaliere da parte dei cittadini stranieri è principalmente rivolto all'area Materno-Infantile (metà delle dimissioni totali).

Capitolo 4. Le malattie circolatorie

L'ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio è aumentata in modo consistente fino al 2003 e negli anni successivi mostra una tendenza al calo. La distinzione tra i tipi di infarto consente di apprezzare l'impatto dei nuovi criteri diagnostici (uso delle troponine) sulla diagnosi di infarto e di evidenziare da un lato il calo dell'infarto acuto del miocardio con sopraslivellamento del tratto ST, dall'altro l'aumento del NSTEMI. Per questo tipo di patologia sta aumentando notevolmente il ricorso alla rivascolarizzazione invasiva (angioplastica), procedura che presenta una certa variabilità legata all'Azienda ULSS di residenza, oltre che a caratteristiche del soggetto.

Tabella 2. Numero di eventi ospedalizzati di infarto acuto del miocardio per anno e tipo. Dimissioni dalle strutture del Veneto. Anni 2000-2006.

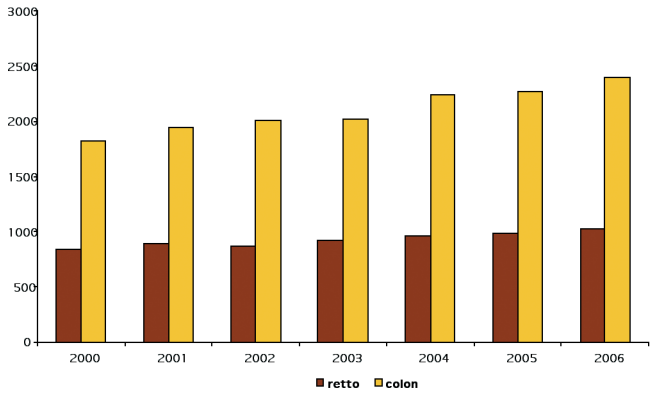
	Eventi STEMI	Eventi NSTEMI	Totale eventi IMA
2000	5.041	1.090	6.131
2001	5.105	1.494	6.599
2002	5.329	1.813	7.142
2003	5.256	1.948	7.204
2004	5.020	2.164	7.184
2005	4.785	2.362	7.147
2006	4.541	2.424	6.965
2000-2006	35.077	13.295	48.372

I ricoveri per scompenso cardiaco mostrano una tendenza pressoché costante all'incremento, che in sei anni è stato di circa il 20%. Tale fenomeno è legato principalmente all'invecchiamento della popolazione verificatosi nel periodo considerato. Il profilo assistenziale presenta una certa variabilità in relazione all'età e al sesso dei soggetti e alle caratteristiche organizzative e strutturali delle Aziende ULSS.
Il numero di eventi cerebrovascolari acuti ospedalizzati si mantiene piuttosto stabile negli anni, forse con una minima redistribuzione a incremento delle emorragie cerebrali e a scapito degli ictus ischemici. Tale stabilità nel numero assoluto di eventi, a fronte di un incremento sostanziale dell'età della popolazione rende conto del calo consistente del tasso standardizzato di ospedalizzazione per questa causa. Nel periodo considerato è in aumento la quota di soggetti con ictus ischemico assistita in setting specialistico.

Capitolo 5. I tumori maligni

Considerando assieme tutti i tumori maligni, i ricoveri dei residenti (in Veneto e fuori regione) passano da 120.679 nel 2000 a 125.204 nel 2006 (+3,7%), in controtendenza rispetto alla riduzione complessiva dell'ospedalizzazione per tutte le cause registrata nello stesso periodo. I ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario rimangano stabili mentre quelli in regime diurno raddoppiano; i ricoveri con DRG medico in regime diurno superano progressivamente i ricoveri ordinari. Il diffondersi del ricorso al dosaggio del PSA al di fuori di programmi di screening organizzato e il conseguente aumento dell'incidenza della neoplasia prostatica, ha determinato radicali cambiamenti nell'assistenza ospedaliera: gli interventi di prostatectomia radicale sono più che raddoppiati e solo negli ultimi anni sembrano aver raggiunto un plateau, ma anche altri profili di cura (es. radioterapia) risultano in crescita. È da segnalare la notevole capacità di attrazione che le strutture ospedaliere venete esercitano sui residenti di altre Regioni. L'aumento dell'incidenza delle neoplasie del grosso intestino e l'invecchiamento della popolazione hanno contribuito ad un aumento complessivo dei ricoveri, sostenuto principalmente dagli interventi chirurgici di resezione e dai cicli di trattamento chemioterapico.

Figura 2. Numero di interventi di resezione del colon e del retto. Residenti in Veneto. Anni 2000-2006.



Si è invece registrata una riduzione dei ricoveri per tumore del polmone, giustificata interamente dal sesso maschile, che riflette almeno in parte l'andamento dell'incidenza, in marcata riduzione negli uomini e stabile nelle donne. I profili di cura ospedalieri per il tumore del polmone risultano sovrapponibili ad analisi simili condotte in altre Regioni.
Parallelamente all'implementazione dei programmi di screening mammografico, nel periodo esaminato si è registrato un diffondersi del ricorso alla chirurgia conservativa per il tumore della mammella, fenomeno che peraltro si è esteso anche alle donne più anziane. È da segnalare che, diversamente dalle altre sedi tumorali esaminate, l'indice di fuga è superiore a quello di attrazione.

Capitolo 6. La frattura di femore

La frattura di femore colpisce principalmente la popolazione anziana di sesso femminile. Nel periodo considerato si assiste ad un aumento del numero assoluto dei ricoveri, mentre il tasso standardizzato mostra minime variazioni.
La maggior parte dei soggetti ricoverati per frattura di femore è sottoposta a intervento chirurgico. Esiste peraltro estrema variabilità nelle modalità organizzative a livello di singola Azienda ULSS, variabilità che trova la sua espressione nella differente tempestività di esecuzione dell'atto chirurgico.

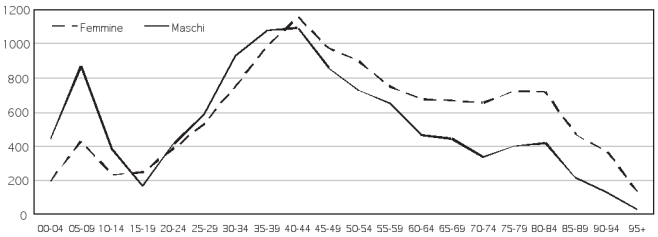
Tabella 3. Tasso di ospedalizzazione per frattura di femore per età. Valori per 100.000 abitanti. Media anni 2000-2006.

Classi di età	Maschi	Femmine
0-44	40	12
45-54	41	27
55-64	61	80
65-74	149	300
75-84	549	1.142
85 e oltre	1.609	2.747

Capitolo 7. I disturbi psichici

Nel 2006 i disturbi psichici rappresentano il 3% delle cause di ricovero ospedaliero con un tasso di ospedalizzazione di 477 per 100.000 residenti. Dal 2000 al 2006 la durata media della degenza è aumentata da 16,2 a 17,6 giorni e i ricoveri in regime ordinario sono scesi del 20%, mentre quelli in regime diurno si sono mantenuti costanti. Le diagnosi principali più frequenti appartengono all'aggregato clinico di codici (ACC) "disturbi affettivi" (21%), seguito da "ansia, disturbi somatoformi, associativi e della personalità" (16%) e ai "disturbi mentali senili e organici" (16%). I trattamenti sanitari obbligatori (prevalentemente per schizofrenia o altre psicosi) rappresentano il 2,6% dei ricoveri ordinari per disturbi psichici.
Tra i giovani uomini prevalgono i ricoveri per "schizofrenia e disturbi correlati" e per "ansia, disturbi somatoformi, associativi e della personalità", mentre in età più avanzata sono preponderanti i "disturbi affettivi". Il tasso di ospedalizzazione per "disturbi mentali dovuti ad abuso di alcol" cresce progressivamente fino alla classe di età 45-64 anni. Tra le giovani donne prevalgono i ricoveri per "ansia, disturbi somatoformi, associativi e della personalità", mentre in età più avanzata dominano i "disturbi affettivi". Nel 2006 tra le donne si registrano 373 ricoveri per disturbi dell'alimentazione.

Figura 3. Ricoveri di pazienti residenti in Veneto affetti da disturbi psichici per classe di età e sesso. Anno 2006.



Capitolo 8. L'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri con il metodo APPRO3

Il metodo APPRO3, sviluppato dal Ministero della Salute, è finalizzato ad identificare la quota di ricoveri inappropriati a partire dalle schede di dimissione ospedaliera in base ad un criterio di bassa gravità e complessità assistenziale. I ricoveri analizzati sono quelli appartenenti ai 43 DRG a rischio di inappropriatezza individuati nel DPCM 29/11/2001. Tale metodo è stato sperimentato sull'archivio SDO del Veneto del 2006 per fornire una stima del grado di appropriatezza organizzativa nelle 24 Aziende erogatrici del Veneto utilizzando tre diversi metodi di benchmarking (best practice, media regionale e mediana di Azienda). Applicando vari criteri di selezione, basati anche sul sistema di classificazione APR-DRG, sono stati individuati i ricoveri "inappropriati" (a bassa complessità assistenziale) tra i ricoveri "potenzialmente inappropriati" (ordinari con degenza maggiore di un giorno). L'accuratezza della stima di appropriatezza è legata alla qualità della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e in particolar modo al numero e al tipo di diagnosi riportate.
Le malattie gastrointestinali senza complicanze (DRG 183 e DRG 184), le affezioni generiche del dorso (DRG 243) e le anomalie dei globuli rossi negli adulti (DRG 395) insieme spiegano un terzo dei ricoveri potenzialmente inappropriati. Non si registrano, invece, ricoveri potenzialmente inappropriati per le malattie dei nervi senza complicanze (DRG 019), per gli interventi sul cristallino (DRG 039) e per disturbi organici e ritardo mentale (DRG 429).
Adottando il criterio-soglia della media regionale oppure quello della best practice, una quota significativa dei ricoveri inappropriati è rappresentata dalle malattie gastrointestinali negli adulti (DRG 183) e dalle affezioni generiche del dorso (DRG 243). Invece, seguendo il criterio del valore mediano sono gli interventi sul ginocchio (DRG 503) a prevalere notevolmente sugli altri DRG. In tutti e tre i modelli di analisi i DRG relativi agli interventi sul ginocchio (DRG 503), alla decompressione di tunnel carpale (DRG 006) e alla legatura e stripping di vene (DRG 119) presentano un numero elevato di ricoveri inappropriati in rapporto ai relativi ricoveri potenzialmente inappropriati.

GLI INCIDENTI STRADALI NEGLI ANZIANI

Analisi dei fattori di rischio per esiti letali

CRRC-SER

Introduzione

Per la loro fragilità fisica, gli anziani presentano una maggiore *injury sensitivity*, ovvero una maggiore suscettibilità di riportare lesioni gravi rispetto a soggetti di altre età a parità di forza di collisione. Il processo di invecchiamento porta a una progressiva diminuzione della tolleranza biomeccanica all'impatto, soprattutto per la riduzione della densità ossea, della massa muscolare, della flessibilità, della coordinazione neuromuscolare e delle funzioni cardiovascolari. Inoltre, la frequente concomitanza a questa età di altre patologie in grado di alterare le capacità psico-sensoriali fanno sì che l'anziano non sia in grado di gestire in modo appropriato il rischio legato alla circolazione stradale.
Per quanto l'utilizzo di veicoli motorizzati continui a rappresentare un importante mezzo di trasporto, l'anziano tende a guidare di meno rispetto alle altre fasce di età spostandosi sempre di più a piedi. Sono proprio i pedoni, insieme ai ciclisti, a essere considerati nell'ambito della sicurezza stradale i soggetti vulnerabili per eccellenza poiché sono del tutto privi di protezioni fisiche esterne nel caso di urto con altri veicoli di massa diversa. In aggiunta, la severità dell'incidente stradale aumenta con l'aumentare dell'età, soprattutto per le età più anziane; questa correlazione risulta valida soprattutto per gli spostamenti a piedi e in bicicletta. Si stima che i pedoni e i ciclisti anziani abbiano, in caso di incidente, un rischio di morire 8-9 volte maggiore rispetto agli occupanti di automobili.
L'anziano è quindi doppiamente vulnerabile: risulta più esposto al traffico come utente debole della strada e nello stesso tempo vede ridotta la tolleranza dell'organismo ad insulti fisici.
Nel corso del 2005 sono rimasti feriti a seguito di un incidente stradale nel territorio nazionale 15.226 maschi e 9.713 femmine di età ≥ 65 anni, pari rispettivamente al 7.7% e al 9.1% dei soggetti incidentati di tutte le età.
Tuttavia quando a essere preso in considerazione è l'esito letale, i maschi deceduti sono stati nello stesso anno 756 pari al 18.3% dei maschi di tutte le età e 354 femmine pari al 32.8% di tutte le vittime di sesso femminile.
Per quel che riguarda il *pattern* di incidente, nella fascia di età compresa tra i 75 e 79 anni si registra il valore più elevato di decessi tra i pedoni di tutte età.
Le dimensioni del problema legato alla sicurezza stradale e agli anziani sono destinate ad aumentare dal momento che la percentuale di persone ≥ 65 sul totale della popolazione è in costante crescita nel nostro paese e si stima risulterà

pari al 32% nel 2050 rispetto al 18% del 2005.
Diviene pertanto imperativo pianificare e mettere in atto strategie preventive disegnate alla luce di specifici fattori di rischio legati all'età anziana.
La ricerca ha l'obiettivo di analizzare il fenomeno dell'incidentalità stradale negli anziani, in particolare identificando alcuni determinanti per esiti letali.

Materiale e metodi

Sono stati utilizzati i dati provenienti dal flusso ISTAT CTT/INC relativi a tutto il territorio nazionale per gli anni 1991-2005. Si sono calcolati i tassi grezzi di mortalità e di lesività per incidente stradale per grandi gruppi di età (0-64; ≥ 65) per gli anni 1991-2005. Si sono poi analizzate le modalità di spostamento nel traffico (automobile, bicicletta, motociclo, pedone) per gli anni 1991-2004 per la sola fascia anziana. Si è quindi calcolata la distribuzione percentuale dei decessi per tipo di mezzo utilizzato e per area geografica (Nord, Centro, Sud Italia).
Per ogni incidente occorso nel 2004, sono state successivamente selezionate le informazioni relative a tutti i soggetti coinvolti, morti o feriti, con età ≥ 65 anni. I dati sono stati processati tramite regressione logistica con selezione *stepwise*, con l'esito dell'incidente (morto/non morto) come variabile dipendente e variabili legate al soggetto (età, sesso, residenza), all'ambiente (fondo stradale, condizioni metereologiche, tipo di traffico, tempo di accadimento), alla natura dell'incidente come variabili esplicative.

Risultati

Nella tabella 1 vengono riportati i morti e feriti per incidente stradale per grandi gruppi di età e i tassi di mortalità e lesività per gli anni 1991-2005. È possibile osservare come il numero assoluto dei decessi in soggetti con età ≥ 65 anni, pari nel 1991 a 1.428 soggetti, si sia ridotto nell'arco degli ultimi 15 anni di 318 unità, con una riduzione complessiva del 22% rispetto al 1991. Contrariamente a quanto rilevato per i morti, il numero di soggetti feriti nella fascia anziana ha subito nei 15 anni di analisi un aumento del 48% rispetto al valore del 1991.

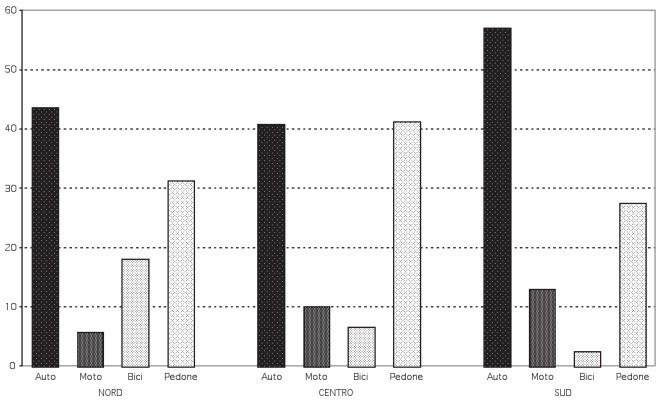
Tabella 1. Morti e feriti per incidente stradale per grandi gruppi di età, percentuale di morti e feriti ≥ 65 anni sul totale, tasso di mortalità e lesività per 100.000 (popolazione di riferimento: popolazione italiana di ciascun anno). Anni 1991-2005. Flusso ISTAT CTT/INC.

Morti*			Feriti*			Tasso di mortalità <65	Tasso di mortalità ≥65	Tasso lesività <65	Tasso lesività ≥65
Anno	0-64 anni	≥65 anni	% ≥65 su tot. morti	0-64 anni	≥65 anni				
1991	5.428	1.428	20,8	203.789	16.876	11,3	16,7	422,9	197,2
1992	5.553	1.496	21,2	211.995	17.033	11,6	17,0	441,7	194,0
1993	4.925	1.298	20,7	191.089	16.348	10,3	14,3	399,5	181,9
1994	4.819	1.485	23,6	211.958	18.224	10,1	16,2	444,7	198,5
1995	4.848	1.389	22,3	228.757	20.329	10,2	14,8	481,8	217,0
1996	4.588	1.331	22,5	239.112	21.443	9,7	13,9	506,1	223,3
1997	4.543	1.435	24,0	237.460	21.200	9,7	14,6	504,4	216,3
1998	4.515	1.311	22,5	241.439	21.455	9,6	13,1	514,5	215,1
1999	4.995	1.391	21,8	281.498	23.759	10,7	13,7	601,9	234,3
2000	4.945	1.365	21,6	281.441	24.133	10,6	13,2	603,8	234,1
2001	4.919	1.276	20,6	294.848	24.395	10,6	12,4	632,5	236,6
2002	4.998	1.394	21,8	302.476	25.451	10,8	13,1	652,7	238,9
2003	4.515	1.266	21,9	291.406	24.595	9,7	11,6	627,8	225,6
2004	4.218	1.165	21,6	281.262	24.795	9,0	10,5	601,5	222,8
2005	4.101	1.110	21,3	278.266	24.939	8,7	9,7	591,0	219,2

*Sono stati esclusi dal computo i record missing per età

Il tasso di mortalità per incidente stradale è in costante diminuzione sia per i soggetti ≥ 65 anni (dal 16,7 al 9,7 per 100.000 negli anni 1991 e 2005 rispettivamente) che per i soggetti di età inferiore (dal 11,3 all'8,7 per 100.000); la riduzione osservata fra gli anziani è circa doppia rispetto a quella dei soggetti più giovani. Il tasso di lesività, calcolato come numero di feriti sulla popolazione generale di quell'età, è passato da 197 soggetti per 100.000 nel 1991 a 219 soggetti nel 2005, con una variazione positiva dell'11% nei 15 anni considerati. Nella fascia d'età più giovane tale aumento è più marcato: da 423 soggetti su 100.000 nel 1991 a 591 nel 2005, con un aumento del 40%.

Figura 1. Percentuale di decessi per tipo di mezzo utilizzato e per area geografica. Anno 2004. Flusso ISTAT CTT/INC.



La figura 1 presenta la distribuzione dei decessi del 2004 per mezzo di spostamento utilizzato e area geografica.
Il veicolo maggiormente utilizzato al momento del decesso in tutte le aree geografiche risulta l'automobile; quasi altrettanto importante risulta la quota a carico dei pedoni. Per quel che riguarda i decessi tra gli incidenti con coinvolgimento di veicoli a due ruote, nelle regioni del Nord prevale la bicicletta mentre in quelle del Sud il motociclo.

Tabella 2. Determinanti di esiti letali di incidente stradale in soggetti ≥65 anni (variabile dipendente=1 anziano incidentato morto, 0 anziano incidentato non morto). Regressione logistica stepwise. Anno 2004. Flusso ISTAT CTT/INC.

VARIABILI	MODALITÀ	OR	IC 95%
Sesso	Maschi* Femmine	1 0.8	- 0.7-0.9
Età	65-74* 75-84 oltre 85	1 2.0 3.6	- 1.8-2.3 2.9-4.4
Tipo di veicolo coinvolto	Automobile* Bicicletta Motociclo Pedone	1 4.5 2.7 10.9	- 3.6-5.5 2.1-3.4 7.915.1
Orario	Mattino* Pom/Sera Notte	1 1.2 2.5	- 1.1-1.4 2.0-3.2
Tipo di strada	Urbana* Extraurbana Autostrada	1 5.4 4.2	- 4.6-6.2 3.2-5.5
Natura dell'incidente	Tra i veicoli in marcia* Tra veicolo e pedone Tra veicolo e ostacolo Veicolo senza urto	1 0.7 1.4 2.4	- 0.5-1.0 1.0-1.9 2.0-3.0
Area geografica	Sud* Centro Nord	1 0.7 0.8	- 0.6-0.9 0.7-1.0

* Categoria di riferimento

La tabella 2 presenta le variabili significative per esiti letali tra gli incidenti che vedono il coinvolgimento di almeno un soggetto over 65 anni.
In caso di incidente, i soggetti con un'età 75-84 anni hanno una probabilità di morire doppia (OR 2,0; 95% CI: 1,8-2,3) rispetto alla fascia di riferimento 65-74, che aumenta ulteriormente per i soggetti >85 anni (OR 3,6; CI: 2,9-4,4). Il sesso femminile risulta protettivo per l'outcome considerato (OR 0,8; CI: 0,7-0,9).
Il pedone risulta in assoluto l'utente della strada più vulnerabile con un rischio di morte pari a 11 volte rispetto all'automobilista (OR 10,9; CI: 7,9-15,1), seguito per pericolosità dal ciclista (OR 4,5; CI: 3,6-5,5). Le ore notturne dalle 22 alle 6 del mattino presentano un OR di 2,5 (CI: 2,0-3,2) rispetto alle ore della mattinata.
L'incidente occorso in ambiente extraurbano o autostradale quadruplica e quintuplica la probabilità di morte. Anche l'area di accadimento risulta correlata con l'esito dell'incidente: rispetto alle regioni del Sud, prese come riferimento, gli incidenti che si verificano nelle regioni del Centro e del Nord portano con una minore probabilità ad esiti letali, con il 40% in meno al centro e 22% in meno al nord (CI: 0,6-0,9 e 0,7-1,0 rispettivamente).

Discussione

Benché gli incidenti stradali rappresentino la prima causa di morte tra gli adolescenti e i giovani adulti, il fatto che una vittima su quattro nel 2005 sia rappresentata da un soggetto anziano evidenzia come l'incidentalità stradale sia di grande rilevanza anche a questa età. Ciò non di meno, si registra una costante diminuzione della gravità degli incidenti stradali, come testimoniato anche dall'indice di mortalità calcolato annualmente dall'ISTAT in continua diminuzione dal 1991 al 2005. In linea con i rapporti annuali dell'ISTAT sono i risultati relativi all'aumento del tasso di lesività sia tra i giovani che tra gli anziani: in Italia il numero di incidenti e di feriti è in costante aumento, mentre quello dei morti è in diminuzione. In qualche modo sembra essere diminuita la pericolosità dell'impatto; non è tuttavia possibile attribuire quanto questa diminuzione sia dovuta a condizioni infrastrutturali (manutenzione delle strade, organizzazione del soccorso, etc.), al miglioramento della sicurezza dei veicoli (diffusione dell'air bag, abs, etc.) e al fattore umano (ad es. aumentato utilizzo delle cinture di sicurezza). Inoltre con i dati a disposizione non è possibile indagare ulteriormente la gravità delle lesioni riportate, in quanto il flusso ISTAT CTT/INC non riporta informazioni in proposito, né è possibile ricostruire le storie assistenziali dei feriti per l'assenza di chiavi identificative del soggetto che permettano l'interconnessione con altre fonti di dati sanitari. La distribuzione percentuale dei decessi tra le due fasce d'età considerate e il diverso grado di diminuzione della mortalità tra adulti e anziani testimoniano come nell'arco dei 15 anni considerati sia cambiata la complessa rete di fattori che portano al decesso così come il profilo dei soggetti coinvolti. La riduzione del tasso di mortalità nella fascia anziana può trovare ragione dalla modificazione delle modalità di spostamento da parte degli anziani. Si è osservata infatti una considerevole diminuzione della mortalità soprattutto per quel che riguarda gli utenti della strada più vulnerabili, ovvero i pedoni e i ciclisti. Tale riscontro è in linea con quanto rilevato a livello europeo, dove si registra un trend in diminuzione nei paesi dell'Unione Europea, pur se in un periodo di analisi antecedente. Tuttavia la pericolosità dello spostamento nella circolazione stradale come utente debole rimane confermata dai risultati della regressione logistica, coerenti con dati di letteratura, che evidenziano un vero e proprio gradiente di rischio per esiti letali, nell'ordine: pedoni, ciclisti, motociclisti. Proprio in relazione al tipo di mezzo di spostamento utilizzato dai soggetti anziani, sussistono delle importanti differenze nelle tre aree geografiche considerate, mettendo in risalto una maggior quota di incidenti in automobile nelle regioni del Sud rispetto al resto d'Italia. L'appartenere a una regione del Sud sembra esporre maggiormente ad un esito letale in caso di impatto rispetto al Centro o al Nord. Ciò è in parte da attribuirsi al diverso livello di utilizzo dei dispositivi di sicurezza, come rilevato dallo studio Ulisse in Italia, volto a indagare la prevalenza d'uso delle cinture di sicurezza e del casco. Per entrambi i dispositivi esistono importanti variazioni geografiche nel territorio nazionale, con alcune regioni del Sud assai distanti dalla prevalenza media di utilizzo nazionale.
In linea con quanto evidenziato per gli incidentati di tutte le età, il sesso femminile risulta protettivo anche fra i soggetti anziani. In relazione all'età sembra inoltre esistere un vero gradiente di fragilità: oltre gli 85 anni il rischio di morire per incidente è quasi quattro volte quello di un soggetto nella fascia d'età 65-74 anni, in linea con analoghi studi internazionali. La maggiore pericolosità dell'outcome dell'incidente nelle ore serali e notturne trova ragione sia nella maggiore pericolosità dei sinistri nelle ore notturne sia nella minore visibilità di pedoni e ciclisti nelle ore del pomeriggio/sera, quando una ridotta visibilità dei pedoni è associata a una maggiore probabilità di investimento.
È importante infine sottolineare un limite dello studio condotto. Le stime di mortalità presentate sono affette da una sottostima intrinsecamente legata alla fonte di dati utilizzata. È noto infatti che il flusso ISTAT CTT/INC sottostima il numero complessivo dei morti di circa il 5,6%, anche se la differenza rispetto al dato reale va progressivamente riducendosi negli anni. Tale sottostima è soprattutto evidente prima del 31 dicembre 1999, quando venivano esclusi tutti i decessi causati da un incidente stradale, ma avvenuti oltre il 7° giorno. Pertanto la riduzione della mortalità osservata nei 15 anni di analisi deve intendersi ancora più marcata.

Conclusioni

L'età anziana del soggetto oltre a influire sulla fragilità dell'organismo, si associa a una diversa modalità di esposizione al traffico. L'anziano si sposta sempre di più a piedi rispetto all'età adulta, risultando quindi doppiamente vulnerabile a conseguenze fatali in caso di impatto.
L'analisi evidenzia come interventi preventivi volti a ridurre il numero dei decessi tra gli anziani dovrebbero essere prioritariamente rivolti ai grandi anziani maschi, con una particolare attenzione per i pedoni e per le regioni del Sud Italia.

Per corrispondenza rivolgersi a:
Dott. Francesco Zambon
francesco.zambon@ulssasolo.ven.it

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

Ruolo delle pratiche di Medicina Generale singole e associate dell'Azienda ULSS "Alto Vicentino"

MARIO SAUGO[1], DOMENICO MANTOAN[2], ROBERTO TOFFANIN[2], RENATO RUBIN[3], MICHELE PELLIZZARI[1]

Servizio Epidemiologico[1], Direzione Azienda ULSS 4 "Alto Vicentino"[2], Direzione Programmazione Socio-Sanitaria della Regione Veneto[3]

I servizi di Pronto Soccorso (PS) trattano una casistica chirurgica e medica alquanto diversificata e comprendente anche una quota di patologia minore, affrontabile peraltro in un contesto organizzato di cura primaria. La Regione Veneto ha affrontato il problema per la prima volta con la Circolare 04/03/1996 mediante l'introduzione di un ticket sulle prestazioni differibili ("codici bianchi"), mentre a livello aziendale il contenimento degli accessi totali al PS, è indicato come un obiettivo di budget comune alle UO di PS e ai Medici di Medicina Generale (MMG). Nello studio sono stati analizzati alcuni fattori di rischio per l'accesso al PS legati al paziente, ovvero all'organizzazione delle pratiche di Medicina Generale (gestione individuale vs. forme associative previste dall'art. 40 del DPR 270/2000). La variabile di esito considerata è l'avere avuto almeno un accesso al PS nel corso del 2006, le variabili esplorate a livello dell'assistito sono: l'età (16-30 o >70 anni vs. le altre fasce d'età), il sesso, la residenza in Comuni sede di PS o immediatamente limitrofi (e quindi più soggetti a una "attrazione" impropria rispetto alle stesse prestazione di cura primaria), la residenza in comuni posti a confine con le ULSS viciniori (e quindi più soggetti a flussi di "fuga assistenziale"), la cittadinanza italiana o estera.A livello del medico curante sono state considerate le variabili relative a età (>50 anni vs. altre fasce d'età), sesso, numero di anni di pratica di medicina primaria (0-5, 5-10, >10), numero di assistiti (0-500, 501-1000, 1001-1500, >1500), informatizzazione degli archivi, presenza di un sistema di prenotazione per visite su appuntamento e partecipazione a una delle forme associative della MG.

Tabella 1. Distribuzione della popolazione e degli accessi al PS modalità di conduzione della pratica di MG (medico singolo, medici in associazione).

	Assistiti da MMG singolo	Assistiti da MMG associati	Totale assistiti
Assistiti	10.687	140.098	150.785
Accessi	3.959	45.462	49.421
Persone con ≥1 accesso	2.504	30.123	32.627
Persone con ≥1 accesso (in %)	23,4%	21,5%	21,6%

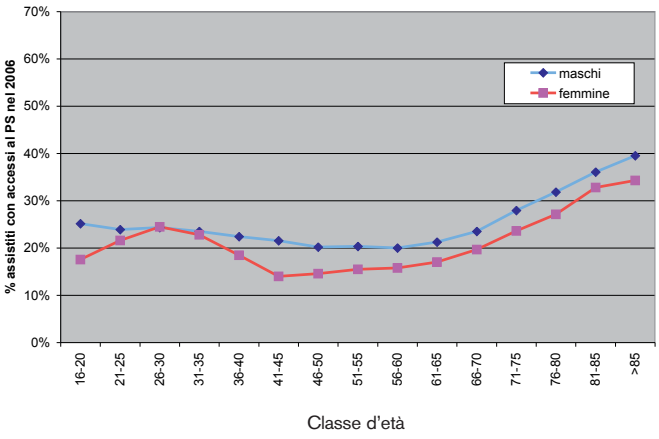
Sono state escluse le persone di età inferiore a 16 anni o assistite da un Pediatra di Libera Scelta, senza tessera, prive di medico curante (19,8% del totale della popolazione), conteggiando 32.627/150.785 persone residenti nell'ULSS 4 assistite da un MMG con almeno un accesso al PS nel 2006 (21,6%); di questi, il 32,4% ha avuto accessi ripetuti. Il totale complessivo degli accessi al PS è pari a 49.421 (tabella 1).
Gli assistiti da MMG singolo mostrano all'analisi descrittiva un tasso percentuale di persone con ≥1 accesso/anno al PS lievemente superiore (23,4% vs. 21,5%) rispetto agli assistiti da MMG partecipanti a una delle forme associative di cui all'art. 40 del DPR 270/2000. I principali fattori di rischio per l'accesso associati alle caratteristiche degli assistiti e dei MMG sono riportati nella tabella 2. L'analisi statistica è stata fatta con un modello logistico multivariato e multilivello a effetti random, in cui il primo livello è costituito dall'assistito e il secondo livello dal suo MMG.

Tabella 2. Fattori predittivi dell'accesso al Pronto Soccorso.

Fattori predittivi		OR	95% IC	
A livello dell'assistito	Età 16-30 anni	1,22	1,19	1,26
	Età ≥ 70 anni	1,90	1,84	1,97
	Sesso maschile	1,26	1,23	1,29
	Cittadinanza straniera	1,77	1,68	1,85
	Comune con Ospedale o limitrofo	1,02	0,98	1,06
	Comune confinante con ULSS limitrofe	0,91	0,87	0,96
A livello del curante	MMG curante associato	0,93	0,87	0,99

Il fattore più importante in termini di frazione attribuibile a livello di popolazione ("pesando" cioè gli *odds ratios* con la prevalenza di popolazione della condizione in esame) è l'età dell'assistito, con un andamento grosso modo a U (vedi figura 1).

Figura 1. Percentuale di assisiti con almeno un accesso al PS, per sesso e classe d'età. ULSS 4, 2006.



I maschi mostrano una percentuale di accesso sistematicamente più alta (collegata alla maggior esposizione a eventi accidentali nell'età giovanile e adulta e al maggior carico di morbosità cardiovascolare e neoplastica nell'età anziana). Si nota anche un aumento del rischio di accesso al PS nelle donne di 26-35 anni (in concomitanza con il periodo di maggiore fertilità). La cittadinanza straniera è associata a un rischio di accesso quasi doppio, che riguarda tutte le età e tutti i membri del nucleo familiare, ed è legato presumibilmente a motivi di accessibilità di orario e a difficoltà di mediazione linguistica e culturale (spesso soltanto il capofamiglia parla l'italiano, guida l'auto e ha dimestichezza con i servizi pubblici). Nell'età lavorativa il differenziale di accesso tra le nazionalità si accentua a svantaggio dei lavoratori stranieri, spesso addetti a mansioni pericolose e/o meno in grado di recepire le indicazioni relative alla sicurezza negli ambienti di lavoro. La vicinanza all'Ospedale o, al contrario, quella ai confini dell'Azienda ULSS agiscono, rispettivamente, da in-

centivo e da deterrente per l'accesso al servizio di emergenza e urgenza. La partecipazione del MMG a una delle forme associative si correla in maniera significativa e indipendente a una riduzione dell'ordine del 7% del rischio di accesso al PS. In Italia la storia della medicina associativa è relativamente recente e del tutto embrionaria rispetto all'evoluzione organizzativa dei Paesi Nord Europei (una "medium practice" inglese è mediamente composta da circa 20 operatori: 6 MMG - esclusi i medici salariati eventualmente dedicati al "servizio aggiuntivo" di continuità assistenziale, 5 infermieri e altri sanitari e 8 operatori non sanitari: amministrativi per la segreteria e la gestione amministrativa della pratica, per le richieste di visite ambulatoriali e domiciliari e gli inviti per la medicina di iniziativa e addetti ai servizi generali). Tuttavia già l'associazionismo medico previsto dall'ACN, reso esecutivo il 23/03/2005 mediante intesa della Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, nonché l'ACR recepito dalla Regione Veneto con DGR n. 4395 del 30/12/2005 prevedono una serie di caratteristiche che certamente possono consolidare la continuità dell'assistenza medica primaria: una più ampia fascia oraria di accesso ambulatoriale, la possibilità di svolgere attività ambulatoriale anche a favore degli assistiti degli altri medici associati, la condivisione informatica dei dati clinici dell'assistito, l'obbligatorietà per la medicina di gruppo con oltre 3.600 assistiti comprensivi della presenza del collaboratore di studio e/o dell'infermiere professionale, compatibilmente con le risorse previste dai rispettivi fondi. Oltre a questo, numerose Aziende Sanitarie hanno individuato all'interno della contrattazione di budget con la MG ulteriori strumenti: la copertura ambulatoriale a rotazione della fascia oraria serale, l'apertura dell'ambulatorio il sabato mattina, l'istituzione di un servizio di *call-center* per la gestione delle richieste di visita ambulatoriale e domiciliare, la sperimentazione della contattabilità telefonica del medico per le chiamate urgenti per l'intera fascia oraria 8.00-20.00. I nuovi modelli organizzativi nelle cure primarie possono dunque ragionevolmente apportare un concreto valore aggiunto nel "filtrare" gli accessi al PS. Peraltro la rilevanza dell'organizzazione dei servizi primari nel modulare l'accesso al PS trova ampio riscontro di evidenza sia in studi effettuati nel setting della MG, sia in studi di epidemiologia valutativa dei servizi sanitari. L'evidenza proviene soprattutto dal contesto inglese e mostra che – in linea con i risultati dello studio – il livello di complessità organizzativa delle pratiche di MG influisce significativamente sull'accesso al PS, a parità di sesso, età, prossimità alla sede di PS, livello di deprivazione socio-economica, nazionalità straniera. Il governo clinico dell'accesso al PS può essere migliorato tramite l'identificazione routinaria di un subset di accessi inappropriati. Si tratta di un'operazione impegnativa sia dal punto di vista culturale sia da quello informativo, che deve portare all'identificazione di obiettivi (e quindi di criteri clinici e organizzativi) condivisi tra MMG, medici di continuità assistenziale, PS e Unità Operative Ospedaliere.

Bibliografia

Campbell J. Relation of rates of self referral to A&E departments to deprivation. Distance from department and deprivation are both important in explaining variations in rates. BMJ. 1998 Aug 22;317(7157):538.

Campbell JL. General practitioner appointment systems, patient satisfaction, and use of accident and emergency services--a study in one geographical area. Fam Pract. 1994 Dec;11(4):438-45.

Hull SA, Jones IR, Moser K. Factors influencing the attendance rate at accident and emergency departments in East London: the contributions of practice organization, population characteristics and distance. J Health Serv Res Policy. 1997 Jan;2(1):6-13.

Hull S, Jones IR, Moser K, Fisher J. The use and overlap of AED and general practice services by patients registered at two inner London general practices. Br J Gen Pract. 1998 Sep;48(434):1575-9.

McKee CM, Gleadhill DN, Watson JD. Accident and emergency attendance rates: variation among patients from different general practices. Br J Gen Pract. 1990 Apr;40(333):150-3.

http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/gp/GP%20Workload%20Report.pdf

Per corrispondenza rivolgersi a:
dott. Mario Saugo
mario.saugo@ulss4.veneto.it

NOTIZIE DAL MONDO DELL'EPIDEMIOLOGIA

Online il manuale "Il controllo delle infezioni nelle strutture residenziali sociosanitarie"

Il SER ha coordinato la stesura di un manuale operativo per la prevenzione e controllo delle infezioni rivolto a medici, infermieri e personale assistenziale delle strutture residenziali per anziani, nell'ambito di un programma di ricerca finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Verona, Vicenza, Belluno e Ancona. Il manuale, strutturato in termini di guida essenziale e pratica, può rappresentare un utile strumento per l'attuazione e la diffusione di programmi di controllo delle infezioni e per la promozione della qualità dell'assistenza nelle strutture sociosanitarie della regione. Il manuale è scaricabile dal sito del SER.

NEI PROSSIMI NUMERI

Nei prossimi numeri parleremo di:

- Lo studio sulla prevalenza del diabete nella Regione Veneto;
- I casi di suicidio nella Regione Veneto;
- L'assistenza ospedaliera per tumore alla vescica;
- Interventi su tonsille ed adenoidi nel 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

Notiziario trimestrale del CRRC del SER Veneto

Proprietario ed Editore: ULSS 8
Direttore Responsabile: Mariano Montagnin
Direttore Editoriale: Paolo Spolaore
Coordinatori di redazione: Stefano Brocco, Ugo Fedeli
Coordinatore Comitato Scientifico: Cesare Dal Palù
Comitato Scientifico: Francesco Avossa, Luigi Bertinato, Gianstefano Blengio, Stefano Brocco, Roberto Corrocher, Cesare Dal Palù, Roberto De Marco, Ugo Fedeli, Adriano Marcolongo, Giampietro Pellizzer, Mario Saugo, Paolo Spolaore, Renzo Trivello, Massimo Valsecchi, Felice Vian
Stampa: Grafiche Antiga – Cornuda (Tv)
Sede della Redazione: Centro Regionale di Riferimento per il Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale CRRC-SER – Azienda ULSS 8 c/o Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto – Via Ospedale 18 – 31033 Castelfranco Veneto (Tv)
Autorizzazione Tribunale di Treviso n. 39 del 08/08/2006
Iscrizione ROC collegata n. 10626 del 14/02/2002