

INFORMAZIONE EPIDEMIOLOGIA SALUTE



Bollettino informativo a cura del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

IL VOSTRO PARERE SUL BOLLETTINO NEL SITO WEB DEL SER

Il primo numero del bollettino "Informazione Epidemiologia Salute", a cura del Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale, è stato pubblicato nel dicembre 2004; la pubblicazione, che ha ora cadenza trimestrale, è arrivata al 26° numero. Il bollettino è indirizzato alle Direzioni, ai Centri ed ai Coordinamenti Regionali, alle Direzioni delle Aziende Ospedaliere/ULSS, ai Responsabili di Unità Operative ospedaliere e territoriali, ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta, alle Direzioni delle maggiori strutture residenziali socio-sanitarie, ai Sindaci dei Comuni più popolosi, e ad altri osservatori epidemiologici presenti sul territorio nazionale. La pubblicazione ha mantenuto nel tempo formato editoriale e contenuti: oltre a presentare contributi da altri Centri Regionali, il bollettino si propone di illustrare alcune delle analisi condotte dal SER. Il taglio dei contributi si pone a metà strada tra articolo scientifico e pubblicazione divulgativa, con il fine di presentare in forma sintetica analisi commentate ricche di dati originali che possano essere di interesse per decisori e professionisti del Sistema Sanitario Regionale. Approfondimenti ed integrazioni a cura del SER su molti degli argomenti trattati sono disponibili sul nostro sito web sotto forma di rapporti monografici, presentazioni a convegni, articoli

In questo numero:

- 1** • Il vostro parere sul Bollettino nel sito web del SER
- 1** • La popolazione del Veneto
Quadro demografico 2010
- 4** • I ricoveri ospedalieri nel Veneto
Dati 2000-2009
- 6** • Le prestazioni farmaceutiche territoriali
- 8** • Notizie dal mondo dell'epidemiologia
- 8** • Nei prossimi numeri

su riviste scientifiche; sono anche disponibili tutti i numeri pubblicati del bollettino.

Ci sono giunti numerosi commenti e richieste di chiarimenti su singoli articoli pubblicati. Ci sembra però a questo punto necessario chiedere un vostro giudizio più strutturato sulla nostra pubblicazione; lo potete fare semplicemente sul nostro sito www.ser-veneto.it rispondendo rapidamente a poche domande (dovrebbero impegnarvi circa due minuti). Ci interessa conoscere il giudizio complessivo sul bollettino, e specificamente sulla chiarezza degli articoli pubblicati, sull'interesse per gli argomenti trattati, e sull'eshaustività delle tematiche affrontate. Vorremmo anche sapere se gradite continuare a ricevere la pubblicazione cartacea o se ritenete sufficiente rintracciarla in formato pdf sul nostro sito. Ogni altro commento/suggerimento che riteniate opportuno aggiungere è ovviamente benvenuto. Vi ringraziamo fin d'ora per il tempo che vorrete dedicarci, che ci sarà oltremodo prezioso per cercare di migliorare questa nostra pubblicazione.

LA POPOLAZIONE DEL VENETO

Quadro demografico 2010

Coordinamento del SER

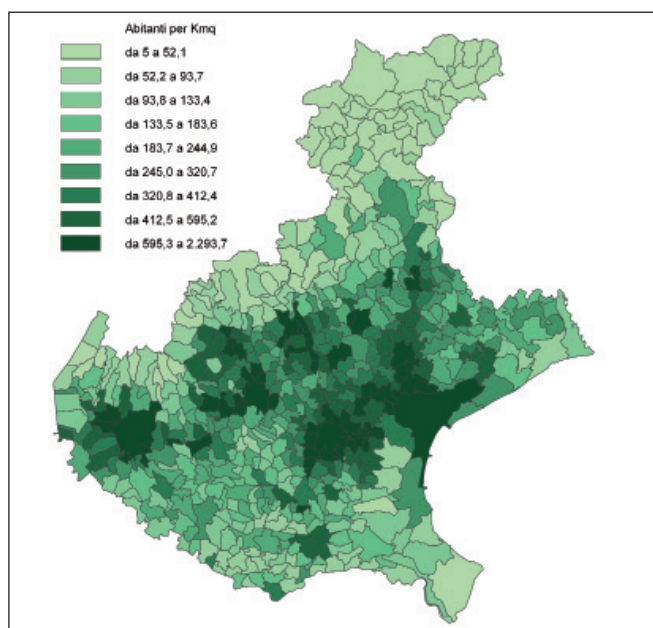
Con oltre 4.900.000 abitanti il Veneto è la quinta regione italiana per numerosità della popolazione (dopo Lombardia, Campania, Lazio e Sicilia). La Tabella 1 illustra la popolazione per provincia di residenza al 1° gennaio 2010 (fonte ISTAT). La popolazione si concentra soprattutto in 5 province (Padova, Treviso, Venezia, Verona e Vicenza), che hanno ciascuna una popolazione compresa tra gli 850.000 e i 930.000 abitanti; mentre le altre due province (Belluno e Rovigo) hanno una popolazione attorno ai 200.000 abitanti. La distribuzione della popolazione per comune è molto eterogenea, con più della metà dei comuni che non raggiunge i 5 mila abitanti e un quinto con oltre 10 mila abitanti. La Figura 1 fotografa la densità di popolazione a livello comunale all'inizio del 2010.

Nel Veneto si registrano ogni anno 10 nascite ogni mille abitanti, un quinto delle quali è di cittadinanza straniera. A livello di Azienda ULSS la natalità più bassa si riscontra nell'Azienda ULSS 19-Adria con 7 nati ogni mille abitanti e dove i nati stranieri non raggiungono l'8%.

Tabella 1 - Popolazione residente per provincia e sesso. Veneto, 1° gennaio 2010. Fonte: ISTAT.

Provincia	Maschi	Femmine	Totale
Padova	452.746	474.984	927.730
Verona	448.698	465.684	914.382
Treviso	435.370	448.470	883.840
Vicenza	427.809	438.589	866.398
Venezia	417.005	441.910	858.915
Rovigo	120.034	127.263	247.297
Belluno	103.059	110.817	213.876
TOTALE	2.404.721	2.507.717	4.912.438

Figura 1 - Densità di popolazione: abitanti per chilometro quadrato. Comuni del Veneto, 1° gennaio 2010. Fonte: ISTAT.



Nelle Aziende ULSS 7-Pieve di Soligo, 8-Asolo, 20-Verona e 21-Legnago circa un quarto dei nati ha cittadinanza straniera, nell'Azienda ULSS 5-Ovest Vicentino tale valore sale ad un nato su tre. Il saldo naturale nella nostra regione, proprio grazie alla presenza di nuovi nati stranieri risulta positivo: nel 2009 il saldo naturale complessivo è di 3.300, il saldo naturale degli stranieri è pari a 9.858, quello dei soli italiani è di -6.558 abitanti.

L'invecchiamento della popolazione è la caratteristica principale della dinamica demografica italiana più recente, dovuto in parte al calo delle nascite e dall'altro all'allungamento della vita media. In Veneto la speranza di vita alla nascita dei maschi nel 2008 era di 79,1 anni, per le femmine era di 85,2 anni, mentre nel 1990 lo stesso indicatore misurava rispettivamente 73,2 e 80,7 anni (Health for all /Italia. Giugno 2010). La struttura demografica nel 2010 (Tabella 2) si caratterizza per una forte componente di anziani, sostenuta da una quota ristretta di adulti in età lavorativa e con pochi giovani a rappresentare il ricambio generazionale. Secondo i dati ISTAT del 2010, nel Veneto i soggetti con età uguale o superiore ai 65 anni sono 975.726 (42% maschi e 58% femmine), pari al 20% della popolazione regionale, un valore di poco inferiore a quello registrato per l'intera nazione; in particolare, gli anziani fino a 74 anni sono il 10%, tra 75 e 84 anni il 7% e oltre 84 anni il 3%. I giovani con meno di 15 anni rappresentano il 14% e l'indice di vecchiaia è pari a 140 anziani per cento giovani, un valore lievemente inferiore a quello osservato nell'intera nazione. L'indice di dipendenza strutturale, che rappresenta il numero di individui in età non lavorativa (fino ai 14 anni e oltre i 64 anni) ogni cento individui in età potenzialmente

lavorativa (15-64 anni) è pari a 52. L'indice di dipendenza senile, che misura il carico di persone anziane ogni cento individui "produttivi", ossia il carico relativo di anziani sulla collettività presunta attiva, nella nostra regione ha un valore pari a 30.

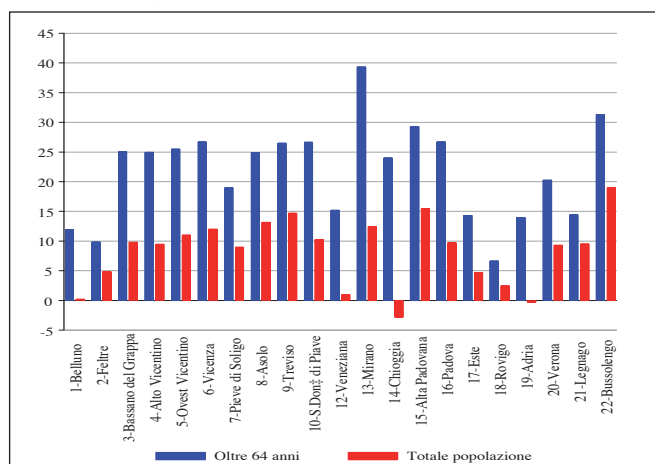
Tabella 2 - Indicatori strutturali della popolazione residente per Azienda ULSS, Veneto e Italia al 1° gennaio 2010. Fonte: ISTAT.

	Popolazione più 65 anni e (%)	Indice di dipendenza strutturale (per 100)	Indice di dipendenza senile (per 100)	Indice di vecchiaia (per 100)
1-Belluno	22,9	54,7	35,4	183,9
2-Feltre	22,5	54,9	34,8	173,9
3-Bassano del G.	18,4	51,2	27,9	119,5
4-Alto Vicentino	19,2	52,7	29,4	125,8
5-Ovest Vicentino	17,8	50,6	26,8	112,5
6-Vicenza	18,8	51,0	28,3	125,1
7-Pieve di Soligo	20,8	54,3	32,1	145,0
8-Asolo	17,2	49,8	25,8	107,5
9-Treviso	18,7	50,7	28,1	124,5
10-S.Donà di P.	20,0	50,6	30,2	147,6
12-Veneziana	25,2	59,4	40,2	208,7
13-Mirano	18,6	48,4	27,7	133,0
14-Chioggia	21,2	50,2	31,9	174,7
15-Alta Padovana	16,9	48,5	25,1	107,0
16-Padova	20,5	51,5	31,1	152,8
17-Este	20,6	51,0	31,2	156,8
18-Rovigo	22,4	51,5	33,9	193,5
19-Adria	22,9	50,9	34,6	212,0
20-Verona	20,6	53,5	31,6	144,7
21-Legnago	19,7	51,0	29,8	140,3
22-Bussolengo	17,3	49,1	25,8	110,9
Veneto	19,9	51,7	30,1	139,9
Italia	20,2	52,2	30,8	144,0

Nelle Aziende ULSS 1, 2, 12, 18 e 19 la quota di anziani risulta piuttosto elevata (22-25%). In generale, le Aziende ULSS con la popolazione più anziana sono quelle in cui si è registrata negli anni una progressiva riduzione del numero dei residenti. Nelle Aziende ULSS 13 e 15 la quota di anziani è inferiore alla media del Veneto, mentre la quota di popolazione attiva qui raggiunge valori più elevati delle altre Aziende ULSS. Infine, le strutture di età delle popolazioni residenti nelle Aziende 22, 15, 8, e 5 risultano le più "sostenibili" perché due terzi della popolazione risultano in età attiva e la quota di anziani è solo di poco superiore a quella dei giovani.

Dai dati della Figura 2 emerge come la popolazione anziana negli ultimi 10 anni sia aumentata di più rispetto alla popolazione generale; in particolare prendendo i tassi del Veneto come valori "medi" di riferimento si può notare come il tasso di incremento della popolazione anziana (22 per mille) risulti più del doppio rispetto a quello della popolazione generale (9 per mille). Inoltre in tutte le Aziende ULSS il tasso di incremento relativo alla popolazione anziana assume valori positivi, mentre per quanto riguarda la popolazione totale vi sono Aziende ULSS in cui la numerosità nel periodo considerato è stata stazionaria (Aziende ULSS 1 e 12) o addirittura si è ridotta (Aziende ULSS 14 e 19).

Figura 2 - Tasso medio annuo di incremento aritmetico della popolazione anziana e della popolazione generale (per mille) dal 2000 al 2010 per Azienda ULSS di residenza. Fonte ISTAT.



Nota: Per le Aziende ULSS 14 e 16 è considerato l'ambito territoriale stabilito con L.R. 22/2008.

L'invecchiamento della popolazione, la bassa fecondità, la propensione dei giovani a rimandare la separazione dalla famiglia d'origine e l'instabilità coniugale hanno portato ad un aumento delle persone sole e delle coppie senza figli (Rapporto Statistico 2010 Veneto). Nel 2008 in Veneto il numero medio di componenti per famiglia è di 2,5 (valore simile a quello italiano), mentre trent'anni prima era pari a 3,3. Nel 2008 oltre una famiglia su quattro è costituita da un solo componente e quasi la metà di queste ha oltre 64 anni. Tra le famiglie con almeno due componenti, la quota più rilevante è costituita da coppie con almeno un figlio (56%), mentre quelle senza figli sono il 33% (Indagine Multiscopo. Anno 2008). Le famiglie allargate, composte da più nuclei familiari, un tempo piuttosto diffuse in Veneto, nel 2008 sono solo il 5,5%. Il 61% dei maschi e il 48% delle femmine di età tra i 18 e 34 anni vive ancora nella condizione di figlio nella famiglia di origine, valori inferiori a quelli osservati in Italia, ma di molto superiori rispetto alla media europea.

Gli stranieri residenti in Veneto all'inizio del 2010 sono circa 481.000, il 9,8% della popolazione. Il fenomeno migratorio vede una consistente componente femminile in crescita negli anni (Statistiche Flash – Veneto Marzo 2009): nel 2010 costituiscono il 49% degli stranieri e sono prevalentemente rumene, marocchine e albanesi. Tra le nazionalità con maggiore presenza femminile vi sono molti paesi dell'Est europeo e dell'America Latina, primo fra tutti l'Ucraina con l'82% di donne. L'immigrazione dall'estero ha contribuito negli ultimi anni a modificare sempre più le caratteristiche demografiche della popolazione. Per prima cosa, trattandosi di uomini e donne in età lavorativa, il fenomeno migratorio ha determinato un calo nell'età media della popolazione. Inoltre, per effetto anche dell'esercizio del diritto al ricongiungimento familiare, la presenza di giovani immigrati ha contribuito in modo decisivo alla crescita del tasso di natalità nella popolazione residente. Da ultimo, poiché la legislazione richiede allo straniero extracomunitario immigrato dieci anni di residenza prima di poter fare domanda di naturalizzazione, è rilevante il fenomeno dei nati in Italia da genitori stranieri residenti, i quali pur non essendo immigrati sono di cittadinanza straniera: il 13% dei minori residenti nel Veneto è di cittadinanza straniera. Il Veneto è la regione dove è più elevata la quota di minori stranieri, a conferma di una tipologia di immigrazione particolarmente stabile e presumibilmente ben radicata nel territorio.

Figura 3 - Stranieri residenti su mille abitanti nel 2004. Fonte ISTAT.

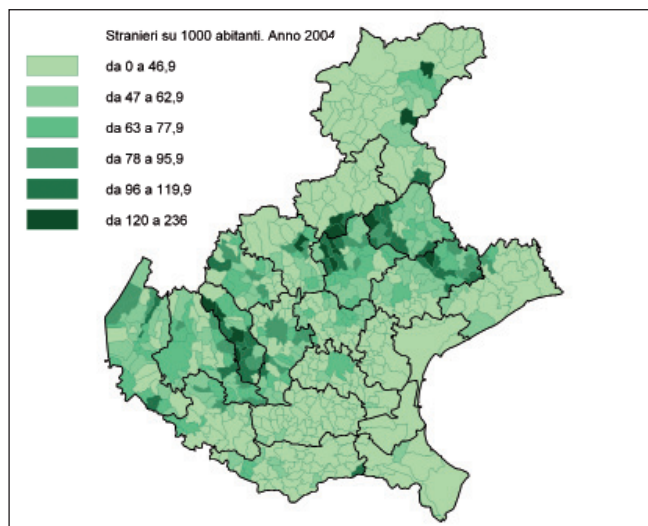


Figura 4 - Stranieri residenti su mille abitanti nel 2010. Fonte ISTAT.

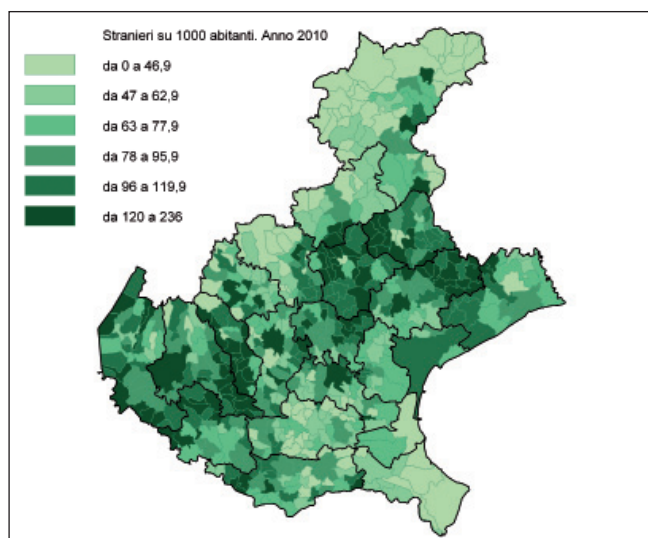


Tabella 3 - Stranieri residenti per 100 abitanti, per anno e Azienda ULSS di residenza. Fonte ISTAT.

Azienda ULSS	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1-Belluno	3,4	3,9	4,1	4,4	5,0	5,4	5,6
2-Feltre	3,8	4,4	4,7	5,2	6,1	6,7	7,1
3-Bassano del Grappa	5,1	6,1	6,5	6,8	7,4	8,1	8,4
4-Alto Vicentino	6,2	7,0	7,5	7,8	8,5	9,3	9,5
5-Ovest Vicentino	9,5	10,9	11,9	12,4	13,2	14,1	14,5
6-Vicenza	6,6	7,7	8,4	8,9	9,6	10,5	11,0
7-Pieve di Soligo	7,2	8,5	9,1	9,6	10,6	11,4	11,8
8-Asolo	7,2	8,3	9,1	9,7	10,9	11,7	11,9
9-Treviso	5,9	7,1	7,9	8,4	9,4	10,2	10,5
10-S.Donà di Piave	4,1	5,0	5,7	6,3	7,3	8,4	9,0
12-Veneziana	3,7	4,7	5,3	6,1	7,2	8,6	9,6
13-Mirano	2,8	3,5	4,0	4,5	5,5	6,4	6,9
14-Chioggia	1,7	1,9	2,2	2,5	3,0	3,4	3,8
15-Alta Padovana	4,7	5,7	6,5	7,1	8,6	9,6	10,0
16-Padova	4,7	5,7	6,4	7,0	8,1	9,3	10,1
17-Este	2,9	3,5	3,9	4,4	5,0	5,8	6,2
18-Rovigo	3,3	4,1	4,6	5,2	6,3	7,4	8,1
19-Adria	1,6	2,1	2,4	2,6	3,1	3,6	3,9
20-Verona	6,8	7,7	8,4	9,2	10,8	11,9	12,3
21-Legnago	4,4	5,1	5,9	6,6	8,1	9,1	9,7
22-Bussolengo	5,6	6,3	6,9	7,4	8,5	9,3	9,8
Veneto	5,2	6,1	6,8	7,3	8,4	9,3	9,8

Nota: Per le Aziende ULSS 14 e 16 è considerato l'ambito territoriale stabilito con L.R. 22/2008.

Il flusso dell'immigrazione è molto cambiato in questi ultimi anni (Figure 3 e 4) e non sembra destinato ad arrestarsi. Secondo le previsioni dell'ISTAT nel 2020 gli stranieri saranno quasi 800 mila, ossia oltre il 15% della popolazione (Rapporto Statistico Regione Veneto - ed. 2009).

La distribuzione degli stranieri sul territorio regionale ha assunto nel tempo caratteristiche diverse (Tabella 3). Mentre nel 2004 la popolazione immigrata si concentrava in prevalenza nelle aree in grado di offrire maggiori opportunità occupazionali, nel corso del tempo si è diffusa anche nelle zone limitrofe. Nel 2004 Aziende ULSS come la 5, la 7 e la 8 contavano oltre 7 stranieri per cento abitanti, valori raggiunti nel 2010 da molte ULSS ad eccezione della 1, 13, 14, 17, 19. La distribuzione nel territorio varia anche in relazione alla cittadinanza. Gli stranieri più rappresentati sono rumeni (19%), marocchini (11%) ed albanesi (8%) e scelgono aree di insediamento diverse (Rapporto Statistico Regione Veneto - ed. 2009). I cittadini rumeni si concentrano in prevalenza nei capoluoghi, soprattutto a Verona, Padova e Venezia, mentre albanesi e marocchini sono distribuiti nel territorio in maniera più omogenea nelle province centrali di Verona, Vicenza, Treviso, Padova e Venezia.

Per informazioni: Cristiana Visentin
cristiana.visentin@ulssasolo.ven.it

I RICOVERI OSPEDALIERI NEL VENETO

Dati 2000-2009

Coordinamento del SER

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

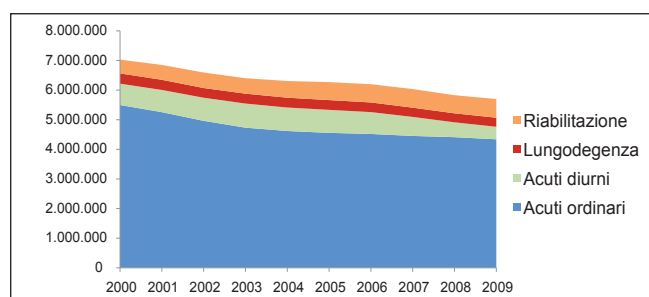
Le dimissioni dagli ospedali del Veneto

Il numero assoluto di dimessi da strutture ospedaliere della Regione Veneto è in progressiva diminuzione a partire dal 2001 (Tabella 1), con un calo complessivo nel periodo 2000-2009 pari al 17%. Tale riduzione è più marcata per i ricoveri ordinari per acuti (-20%); i ricoveri per acuti in regime diurno sono cresciuti fino a raggiungere un picco nel 2003, per poi diminuire rapidamente negli anni successivi. I ricoveri in lungodegenza e riabilitazione mostrano un trend altalenante, ma complessivamente in riduzione i primi ed in crescita i secondi. La Figura 1 mostra come il totale delle giornate di degenza si sia ridotto del 19% nel decennio analizzato; la degenza media dei ricoveri ordinari per acuti è rimasta stabile, ma la forte riduzione del numero di ricoveri ha portato comunque ad una sensibile riduzione del totale delle giornate di degenza (-21%). Il numero medio di accessi in regime diurno si è invece ridotto a partire dal 2007 (ciò è legato alla riduzione dei ricoveri per chemioterapia); ciò ha accentuato il calo del numero complessivo di accessi in day hospital negli ultimi anni. Le giornate in lungodegenza mostrano un trend in calo nonostante l'aumento della degenza media, mentre aumenta sensibilmente il totale delle giornate di ricovero in riabilitazione (+35%).

Tabella 1 - Dimissioni dalle strutture ospedaliere della Regione Veneto per anno e tipo di assistenza. Anni 2000-2009.

Anno	Acuti ordinari	Acuti diurni	Lungodegenza	Riabilitazione	Totale
2000	672.621	227.251	15.229	23.178	938.279
2001	657.763	251.638	13.853	24.679	947.933
2002	625.109	267.538	13.277	25.346	931.270
2003	598.338	279.575	12.377	24.131	914.421
2004	584.588	273.729	13.151	26.608	898.076
2005	578.645	260.168	13.499	29.214	881.526
2006	571.299	249.833	12.781	29.626	863.539
2007	557.607	226.067	11.455	29.714	824.843
2008	549.127	207.601	11.466	27.900	796.094
2009	537.102	199.561	11.173	29.217	777.053

Figura 1 - Giornate di degenza per anno di dimissione e tipo di assistenza, strutture ospedaliere della Regione Veneto. Anni 2000-2009.



L'andamento delle dimissioni degli ospedali del Veneto per gruppi di discipline mostra come la riduzione più marcata sia stata a carico dell'area della Medicina Generale, ma riduzioni consistenti si sono verificate anche nell'area Materno-Infantile, in Neurologia, Malattie Infettive, Chirurgia Generale, Ortopedia e Otorinolaringoiatria. Per alcune discipline come Oculistica ed Oncologia-Ematologia, il calo dei ricoveri è stato particolarmente drastico per il passaggio di quote consistenti di attività al regime ambulatoriale. In controtendenza risulta invece l'aumento registrato in Cardiologia, Chirurgia Plastica, Chirurgia Toracica, e Gastroenterologia.

In Tabella 2 si è scelto di presentare il numero di dimissioni per i più frequenti DRG secondo un ordinamento che raggruppi i DRG definiti con o senza complicanze (DRG omologhi); questo perché mentre per alcuni DRG la quota di omologhi è molto bassa, per altri è piuttosto consistente (es. polmonite, aritmie), tanto da far variare il rango del DRG. E' inoltre da segnalare che l'adozione nel tempo di diverse versioni dei DRG ha comportato variazioni soprattutto per alcuni DRG ortopedici. Il DRG più rappresentato nel 2009 è quello di parto vaginale (oltre il 6% di tutti i ricoveri), che ha evidenziato un leggero incremento nel periodo 2000-2009; l'aumento dei parti cesarei è stato però ben più consistente. Altri ricoveri in considerevole crescita sono quelli per interventi su utero e annessi non per neoplasia maligna, i ricoveri per insufficienza respiratoria, e quelli per il DRG 256 (Altre diagnosi muscolo-scheletriche), più rappresentato in riabilitazione. Sono invece crollati alcune tipologie di ricoveri medici come quelli per per esofagite e gastroenterite; non compaiono tra i DRG più frequenti quelli per affezioni mediche del dorso che erano già drasticamente diminuiti nella prima metà del decennio. Alcuni interventi chirurgici sono sempre più frequentemente erogati in regime ambulatoriale: è il caso degli interventi per ernia inguinale e femorale (i ricoveri sono crollati nel biennio 2008-2009), come di altri che da più tempo sono eseguiti ambulatorialmente tanto da non comparire più

nell'elenco dei DRG più frequenti (decompressione del tunnel carpale, legatura e stripping di vene, interventi sul cristallino) [vedi anche Rapporto sulla ospedalizzazione in Veneto. Anni 2000-2006 – disponibile sul sito web del SER]. Particolarmente eclatante è il caso dei ricoveri per chemioterapia, che costituivano il DRG più frequente nel periodo 2001-2006 (con un picco di 33.821 ricoveri nel 2006), e che sono crollati con l'introduzione del day service (questo provvedimento amministrativo costituisce il motivo principale della forte riduzione dei ricoveri in day hospital negli ultimi anni).

Tabella 2 - Dimissioni dalle strutture della Regione Veneto per i DRG più frequenti nel 2009 e variazione nel 2009 rispetto al 2000 (VAR%). Anni 2000 e 2009.

DRG	2000	2009	VAR%
372, 373-Parto vaginale	29.682	31.898	7,5
127-Insufficienza cardiaca e shock	15.570	18.955	21,7
359, 360-Interventi utero-annessi no TM	11.155	17.453	56,5
503-Interventi sul ginocchio		17.056	
544-Sostitut. articolazioni maggiori		14.543	
381-Aborto	13.241	14.191	7,2
371, 372-Parto cesareo	10.645	13.427	26,1
537,538-Rimoz. mezzi fissazione interna, no anca e femore		11.547	
089, 090-Polmonite e pleurite >17aa	10.729	10.488	-2,2
138,139-Aritmia	12.907	10.022	-22,4
182,183-Esofagite, gastroenterite	17.874	9.673	-45,9
229-Interventi su mano o polso	7.041	9.309	3,2
124,125-Malattie CV no IMA, con cateterismo cardiaco	8.308	9.114	9,7
430-Psicosi	9.400	8.986	-4,4
364-Raschiamento-conizzazione no TM	11.683	8.615	-26,3
014-Emorragia / infarto cerebrale	10.083	8.402	-16,7
161,162-Ernia inguinale-femorale >17aa	13.570	8.282	-39,0
310,311-Interventi per via transuretrale	7.360	8.172	11,0
087-Edema polmonare e insuff. resp.	3.250	7.911	143,4
256-Altre diagnosi muscolo-scheletriche	3.425	7.653	123,4

E' da segnalare come alcuni ricoveri ordinari medici (insufficienza cardiaca, polmonite con o senza complicanze, ictus, insufficienza respiratoria, ed altri che non compaiono in Tabella 2 come quelli per malattia polmonare cronica ostruttiva, insufficienza renale), alcuni ricoveri ortopedici (sostituzione di articolazioni maggiori), e i ricoveri psichiatrici comportano un particolare carico sulle strutture ospedaliere per la loro numerosità e la rilevante durata della degenza.

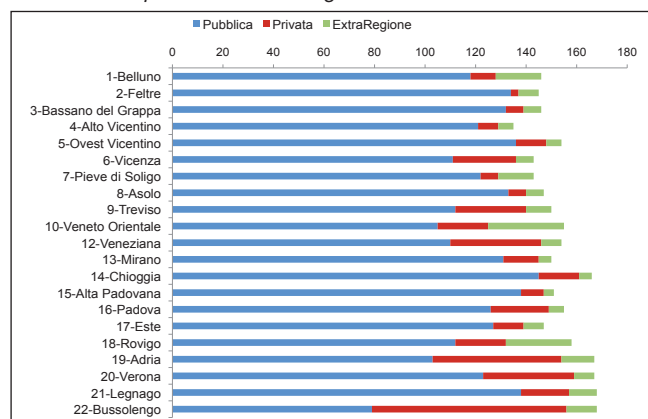
I ricoveri dei residenti e i tassi di ospedalizzazione

Il tasso grezzo di ospedalizzazione dei residenti nel Veneto (considerando a denominatore la popolazione del riparto) è diminuito nell'ultimo periodo da 174 per mille nel 2006 a 154 per mille nel 2009; sono diminuiti i tassi di ricovero nelle strutture regionali sia pubbliche che private, mentre risulta stabile il tasso di ospedalizzazione fuori Regione. Nel 2009 circa il 15% dell'ospedalizzazione dei residenti era erogata da strutture private del Veneto ed oltre il 6% da strutture pubbliche o private fuori Regione. La Figura 2 mostra i tassi standardizzati per ULSS di residenza registrati nel 2009. Il tasso di ospedalizzazione era inferiore al 160 per mille, limite stabilito dalle direttive regionali per il 2009, in tutte le ULSS tranne Chioggia, Adria, Verona, Legnago e Bussolengo. Per i confronti futuri, è da ricordare che nel 2010 parte dell'ULSS di Chioggia è stata inclusa nell'ULSS 16 (LR 22/2008).

Prendendo come riferimento i dati provvisori del 2009

[Attività di ricovero 2009. Analisi preliminare – A cura del Ministero della Salute], il tasso standardizzato di ospedalizzazione per acuti nel Veneto era il più basso registrato a livello nazionale; in particolare il Veneto mostrava il più basso ricorso al ricovero ordinario insieme a Toscana e Piemonte, ed il più basso ricorso al ricovero in day hospital insieme al Friuli-Venezia Giulia.

Figura 2 - Tassi di ospedalizzazione standardizzati con popolazione del riparto (per 1.000 abitanti), per ULSS di residenza e tipo di struttura erogante. Anno 2009.



La mobilità interregionale

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

Tabella 3 - Mobilità attiva interregionale: numero di dimissioni (N) e Indice di Attrazione (IA) per tipo di assistenza.

	2000		2009	
	N	IA	N	IA
Acuti ordinari	51.883	7,8	43.171	8,1
Acuti diurni	15.499	6,8	17.182	8,7
Lungodegenza	553	3,6	193	1,7
Riabilitazione	3.037	13,1	3.425	11,7
TOTALE	70.972	7,6	63.971	8,3

Nota: L'indice di attrazione interregionale viene definito come il rapporto tra i ricoveri di residenti fuori regione effettuati in strutture sanitarie del Veneto e il totale dei ricoveri effettuati in regione Veneto (indipendentemente dal luogo di residenza, esclusi i residenti all'estero), moltiplicato per cento.

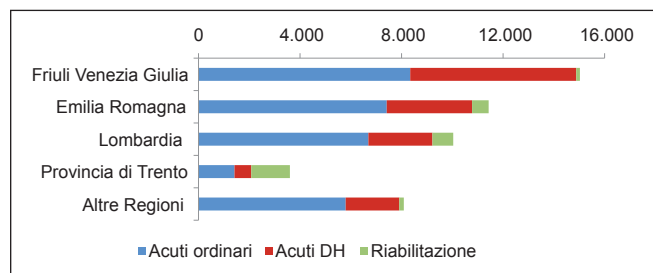
Tabella 4 - Mobilità passiva interregionale: numero di dimissioni (N) e Indice di Fuga (IF) per tipo di assistenza.

	2000		2009	
	N	IF	N	IF
Acuti ordinari	27.917	4,3	29.668	5,7
Acuti diurni	9.280	4,2	15.198	7,7
Lungodegenza	212	1,4	403	3,5
Riabilitazione	1.937	8,8	3.318	11,4
TOTALE	39.346	4,4	48.587	6,4

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

Considerando l'andamento della mobilità per gruppi di discipline, il saldo è largamente positivo per la Psichiatria e per molte discipline chirurgiche: principalmente Urologia, ma anche Chirurgia Generale, Oculistica, Neurochirurgia, Otorinolaringoiatria, Ortopedia. Nel 2000 l'unica disciplina con un saldo fortemente negativo era l'Oncologia-Ematologia: il saldo si era riequilibrato nel corso degli anni successivi, per poi diventare nuovamente negativo nell'ultimo triennio (in parte artificialmente per il passaggio di molti ricoveri in regime ambulatoriale nel Veneto ma non in altre Regioni). Nel 2009 la mobilità passiva inoltre prevaleva, anche se in misura contenuta, nell'area Materno-Infantile, in Medicina Generale, Cardiologia e Lungodegenza. Inoltre per la Riabilitazione ed alcune discipline chirurgiche il saldo, pur rimanendo positivo, si è fortemente ridotto. Nel 2009 i valori più elevati dell'indice di fuga si registrano in corrispondenza delle Aziende di confine (ULSS 10, 18, 1 e 7; vedi anche Figura 2). La Figura 3 mostra come più dell'80% della mobilità passiva sia diretta verso Friuli-Venezia Giulia (soprattutto per i day hospital), Emilia Romagna, Lombardia, e Provincia di Trento (soprattutto per i ricoveri in Riabilitazione).

Figura 3 - Mobilità passiva interregionale: numero di dimissioni per setting assistenziale e regione di ricovero. Anno 2009.



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

LE PRESCRIZIONE FARMACEUTICHE TERRITORIALI

Regione Veneto, 2008-2009.

Con il contributo della Dott.ssa M. Andretta e del Dott. L. Mezzalana
 Unità di Informazione sul Farmaco

Le prescrizioni di farmaci costituiscono una parte rilevante dell'assistenza sanitaria erogata alla popolazione e rappresentano una consistente voce di spesa a carico del Servizio Sanitario Regionale. In questo contributo sono presentati dati sui principali farmaci prescritti alla popolazione del Veneto con un approfondimento sugli antiipertensivi e sugli ipolipemizzanti (le prime due categorie in quanto a spesa per la farmaceutica territoriale). Si tratta di dati elaborati a partire dagli archivi "Sfera", che hanno copertura totale sulla regione e consentono di monitorare il consumo delle singole specialità farmaceutiche, e "CINECA" che, rispetto al precedente, non copre tutta la regione, ma consente di ricostruire le prescrizioni a livello del paziente (per maggiori dettagli metodologici uif.ulss20.verona.it).

La spesa per la farmaceutica territoriale convenzionata nella regione Veneto nel corso dell'anno 2009 è stata di circa 914 milioni di euro, in aumento del 2,9% rispetto all'anno precedente. Gli antiipertensivi costituiscono la

principale voce di spesa, seguiti dagli ipolipemizzanti e dai farmaci antiulcera peptica (Tabella 1). Questi tre gruppi di farmaci giustificano quasi la metà della spesa farmaceutica territoriale.

Tabella 1 - Le prime 10 voci di spesa farmaceutica territoriale convenzionati. Regione Veneto. Anno 2009. Fonte: Sfera.

Gruppo terapeutico	Spesa (Milioni di €)	Diff. 2008-2009	DDD per 1000 ab.	Diff. 2008-2009
Antiipertensivi	235,1	-1,1	350,0	2,2
Ipolipemizzanti	102,9	12,3	54,3	14,2
Antiulcera Peptica	78,8	10,3	49,9	15,3
Farmaci per disturbi respiratori	66,3	4,7	31,7	1,5
Antibiotici	54,2	-6,6	17,9	-0,3
Antidepressivi	36,1	-3,5	32,0	3,5
Farmaci per l'osteoporosi	32,8	13,4	23,2	7,2
Eparinici	22,4	10,6	4,6	10,7
Antagonisti ormonali	22,3	-1,8	3,6	-1,5
Antiepilettici	22,1	14,5	8,3	3,8

Nota: Dose definita giornaliera (DDD).

La spesa per farmaci antiipertensivi nel 2009 è stata pari ad oltre 235 milioni di euro, in calo di circa l'1% rispetto all'anno precedente. Circa il 22% della popolazione regionale è in trattamento con farmaci antiipertensivi, e, una volta tenuto conto della diversa composizione demografica della popolazione, non vi sono scostamenti importanti dalla media regionale a livello delle singole Aziende ULSS né sulla proporzione di soggetti in trattamento (casi "prevalenti"), né sulla proporzione di soggetti per i quali vi sono nuove prescrizioni di questi farmaci (casi "incidenti", Tabella 2).

Tabella 2 - Percentuale aggiustata per sesso ed età di soggetti in terapia con antiipertensivi (Prevalenza) e che iniziano una terapia con antiipertensivi (Incidenza) per Azienda ULSS di residenza. Anno 2008. Fonte: CINECA.

Azienda ULSS	Prevalenza	Incidenza
1-Belluno	23,3	3,1
2-Feltre	23,0	2,8
3-Bassano del Grappa	22,5	3,2
4-Alto Vicentino	23,1	2,8
5-Ovest Vicentino	22,1	3,1
6-Vicenza	22,2	3,0
7-Pieve di Soligo	20,5	2,8
8-Asolo	21,8	2,9
10-Veneto Orientale	20,8	2,6
12-Veneziana	22,3	2,9
13-Mirano	22,3	3,0
14-Chioggia	23,5	2,8
15-Alta Padovana	22,7	3,0
16-Padova	22,0	2,9
17-Este	22,8	2,8
18-Rovigo	23,8	3,2
19-Adria	23,9	2,9
20-Verona	22,5	2,9
21-Legnago	24,3	2,7
22-Bussolengo	22,2	2,8
Veneto	22,4	2,9

Tra i farmaci antiipertensivi, i più prescritti sono gli ACE-inibitori (38% delle confezioni di antiipertensivi), ma la maggiore voce di spesa è costituita dagli antagonisti

dell'angiotensina II (circa il 36% della spesa a fronte di un numero di confezioni che è circa metà rispetto agli ACE-inibitori). Gli antagonisti dei recettori dell'angiotensina inoltre evidenziano il maggiore incremento in termini assoluti dal 2008 al 2009 per quanto riguarda la spesa farmaceutica (Tabella 3).

Tabella 3 - Spesa e consumo di farmaci antipertensivi di competenza del Medico di Medicina Generale. Veneto. Anno 2009. Fonte: Sfera.

Gruppo terapeutico	Spesa (Milioni di €)	Diff. 2008-2009	DDD per 1000 ab.	Diff. 2008-2009
Antipertensivi	235,1	-1,1	350,0	2,2
Antagonisti angiotensina II	84,2	8,4	62,9	8,0
ACE-inibitori	64,9	11,6	131,3	0,7
Calcioantagonisti con effetto vascolare	37,9	-2,2	58,5	1,4
Betabloccanti	26,8	5,2	44,8	2,5
Diuretici	9,8	-1,2	41,6	0,6
Sostanze antiadrenergiche ad azione periferica	9,1	-6,9	8,8	0,1
Sostanze antiadrenergiche ad azione centrale	2,5	-8,3	2,3	-5,3

Nota: Dose definita giornaliera (DDD).

Tra le Aziende ULSS si evidenzia una certa variabilità nella scomposizione della spesa farmaceutica relativamente ai farmaci antiipertensivi: nelle Aziende ULSS 2, 4, 14, 20 e 22 la spesa per ACE-inibitori supera quella per antagonisti dell'angiotensina II (tabella 4). Si evidenzia infine una notevole variabilità nella proporzione di soggetti per i quali è prescritto un antagonista dell'angiotensina II come farmaco iniziale (tabella 6): nelle Aziende ULSS 2, 4, 20, 21 e 22 vi sono percentuali inferiori al 10%, mentre nelle Aziende ULSS 1 e 8 la proporzione supera il 20%. La diffusione dell'utilizzo degli inibitori recettoriali dell'angiotensina non appare giustificata da evidenze scientifiche, come pure il loro utilizzo come farmaco in prima battuta^{1,2,3}.

I farmaci ipolipemizzanti costituiscono la seconda voce di spesa per quanto riguarda la farmaceutica territoriale convenzionata (circa 102 milioni di euro nel 2009, Tabella 1). Rispetto al 2008, nel 2009 sono aumentate in modo sostanziale sia la spesa (+12,3%), sia il numero di dosi prescritte (+14,2%).

Il farmaco per il quale nel 2009 si è registrata la spesa maggiore è stato l'atorvastatina, seguito dalla rosuvastatina (Tabella 5). L'incremento di spesa maggiore riguarda le molecole di introduzione più recente, come l'atorvastatina, la rosuvastatina e l'associazione simvastatina/ezetimibe, mentre molecole di utilizzo più consolidato mostrano incrementi di spesa decisamente più contenuti (simvastatina) o in forte calo (pravastatina, il cui brevetto è scaduto nel gennaio 2008). Atorvastatina e rosuvastatina sono statine più potenti sulla riduzione della colesterolemia, ma con prove di efficacia carenti sulla riduzione di esiti clinicamente rilevanti (prove di efficacia, invece, solide per simvastatina e pravastatina). L'associazione simvastatina/ezetimibe mostra il maggior incremento rispetto al 2008; va rilevato che finora l'efficacia di questa associazione su

esiti clinicamente rilevanti (eventi ischemici) è stata testata solo verso placebo⁴⁻⁷.

Tabella 4 - Scomposizione della spesa per farmaci antiipertensivi per Azienda ULSS e proporzione di soggetti che iniziano un trattamento con sartani. Fonte: Sfera e CINECA.

Azienda ULSS	(1)	(2)	(3)	(4)
1-Belluno	59.066	41,1	23,4	21,4
2-Feltre	50.438	30,3	30,6	8,9
3-Bassano del Grappa	51.847	39,7	27,0	19,1
4-Alto Vicentino	45.080	29,2	32,4	6,9
5-Ovest Vicentino	43.611	38,4	27,9	16,1
6-Vicenza	47.812	39,0	24,8	17,1
7-Pieve di Soligo	46.490	38,4	27,0	17,2
8-Asolo	46.668	39,7	24,3	23,6
9-Treviso	46.083	38,1	27,3	-
10-Veneto Orientale	51.964	34,2	28,3	15,5
12-Veneziana	53.101	36,0	26,3	15,2
13-Mirano	48.710	36,6	27,7	15,8
14-Chioggia	50.348	28,1	31,2	11,3
15-Alta Padovana	46.844	38,8	25,1	18,3
16-Padova	47.361	39,0	26,7	14,7
17-Este	50.588	38,0	27,0	17,1
18-Rovigo	57.667	39,9	25,5	19,3
19-Adria	57.653	31,9	29,5	11,1
20-Verona	46.229	28,8	31,8	8,0
21-Legnago	51.657	31,4	28,4	9,6
22-Bussolengo	42.894	29,4	30,4	9,7
Veneto	48.632	35,8	27,6	14,8

Nota: (1) Spesa per 1000 abitanti (€) 2009; (2) Spesa per antagonisti angiotensina II (%) 2009; (3) Spesa per ACE-inibitori (%) 2009; (4) % assistiti che iniziano trattamento con sartani - 2008

Tabella 5 - Spesa e consumo di farmaci ipolipemizzanti di competenza del Medico di Medicina Generale. Veneto. Anno 2009. Fonte: Sfera.

Gruppo terapeutico	Spesa (Milioni di €)	Diff. 2008-2009	DDD per 1000 ab.	Diff. 2008-2009
Ipolipemizzanti	102,9	12,3	54,27	14,2
Atorvastatina	38,8	11,7	15,38	17,1
Rosuvastatina	22,2	22,4	12,44	21,0
Simvastatina	11,9	3,2	12,60	10,4
Omega polienoici	11,3	18,5	3,47	17,4
Simvastatina/ezetimibe	9,9	33,8	2,30	32,8
Pravastatina	3,0	-23,9	3,10	2,6
Fluvastatina	2,9	-14,8	2,23	-7,7
Lovastatina	1,3	-4,6	0,71	10,3
Fenofibrato	1,1	10,8	1,61	9,2
Gemfibrozil	171,2	-15,3	0,22	-11,0
Colestiramina	146,0	2,2	0,06	1,3
Bezafibrato	104,9	-6,9	0,14	-7,0

Nota: Dose definita giornaliera (DDD).

Tra le diverse Aziende ULSS vi è una certa variabilità nella proporzione di popolazione in trattamento con farmaci ipolipemizzanti, anche tenendo conto della diversa struttura demografica. Per quanto concerne la continuità terapeutica con questi farmaci, la maggior parte delle Aziende ULSS si attesta su valori vicini al dato medio regionale. Vi sono invece differenze anche considerevoli nel contributo relativo delle varie molecole tra le diverse Aziende ULSS (Tabella 6).

Tabella 6 - Scomposizione della spesa per farmaci ipolipemizzanti per Azienda ULSS e proporzione di soggetti in trattamento con statine aggiustata per età e sesso. Fonte: Sfera e CINECA.

Azienda ULSS	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1-Belluno	23.856	38,6	20,4	9,9	13,1	6,3
2-Feltre	16.731	37,1	17,9	18,5	6,9	5,5
3-Bassano del Grappa	19.442	33,5	27,5	9,8	8,9	6,1
4-Alto Vicentino	14.473	33,1	20,6	15,8	5,8	5,1
5-Ovest Vicentino	20.288	42,8	20,5	9,2	6,9	6,1
6-Vicenza	21.831	35,8	22,7	10,9	8,2	7,1
7-Pieve di Soligo	15.44	36,6	21,2	14,3	7,9	5,2
8-Asolo	23.395	38,3	21,1	8,6	11,6	7,5
9-Treviso	21.903	35,8	24,6	10,7	13,0	-
10-Veneto Orientale	32.474	39,6	26,3	9,2	10,5	8,8
12-Veneziana	23.268	41,7	22,6	9,5	9,3	6,5
13-Mirano	21.282	37,5	23,3	9,4	9,3	6,4
14-Chioggia	21.999	41,2	20,2	12,7	6,7	7,1
15-Alta Padovana	17.422	30,0	22,3	15,6	8,3	6,3
16-Padova	21.793	37,1	19,0	13,0	10,7	6,8
17-Este	22.948	34,1	20,7	14,1	10,3	7,9
18-Rovigo	19.727	38,9	17,9	13,7	7,0	6,6
19-Adria	23.373	46,9	17,1	12,1	4,7	7,3
20-Verona	22.115	37,0	20,1	12,4	10,9	7,3
21-Legnago	23.261	42,6	18,7	11,9	7,1	7,6
22-Bussolengo	17.409	40,0	19,7	11,0	10,3	5,9
Veneto	21.277	37,7	21,6	11,5	9,6	6,7

Nota: (1) Spesa per 1000 abitanti (€) 2009; (2) Spesa per atorvastatina (%) 2009; (3) Spesa per rosuvastatina (%) 2009; (4) Spesa per simvastatina (%) 2009; (5) Spesa per simvastatina/ezetimibe (%) 2009; (6) % assistiti su assistibili pesati (prevalenza) 2008;

Conclusioni

La spesa farmaceutica territoriale convenzionata costituisce un capitolo importante per quanto riguarda l'assistenza sanitaria pubblica. I dati a livello di Azienda ULSS evidenziano differenze anche considerevoli nella proporzione di popolazione trattata e, all'interno delle stesse categorie di farmaci, nel tipo di molecola prescritta. Considerando il progressivo invecchiamento della popolazione e la tendenza delle principali linee guida ad una sempre maggiore aggressività nell'approccio terapeutico delle condizioni morbose croniche, è prevedibile un incremento nel numero assoluto di soggetti con prescrizione di

Notiziario trimestrale del Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

Proprietario ed Editore: ULSS 8

Direttore Responsabile: Mariano Montagnin.

Direttore Editoriale: Paolo Spolaore.

Coordinatori di Redazione: Stefano Brocco, Ugo Fedeli, Maria Marchesan.

Coordinatore Comitato Scientifico: Achille Cesare Pessina.

Comitato Scientifico: Francesco Avossa, Vincenzo Baldo, Gianstefano Blengio, Stefano Brocco, 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: Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale - SER - 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

farmaci. Per continuare a garantire la sostenibilità del sistema appare necessario implementare politiche che, pur rispettando l'autonomia e la professionalità dei medici, favoriscano una maggiore appropriatezza nelle prescrizioni sia dal versante di un maggior rigore nell'individuazione dei soggetti che necessitano di terapia farmacologica, sia nel dissuadere l'impiego spesso non scientificamente giustificato dell'"ultima novità" rispetto a farmaci meno recenti ma di provata efficacia e sicurezza e costo inferiore.

Bibliografia

1. Matchar DB et al. Comparative effectiveness of ACE inhibitors and angiotensin II receptor blockers for treating essential hypertension. *Ann Intern Med* 2008; 148:16-29.
2. Yusuf S et al for the ONTARGET investigators. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *N Engl J Med* 2008; 358: 1547-59.
3. Wright JM, Musini VM. First-line drugs for hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.
4. Kjekshus J et al. Rosuvastatin in Older Patients with Systolic Heart Failure. *N Engl J Med* 2007; 357: 2248-61.
5. GISSI-HF investigators. Effect of rosuvastatin in patients with chronic heart failure (the GISSI-HF trial): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2008; 372: 1231-9.
6. Ridker PM et al. Rosuvastatin to Prevent Vascular Events in Men and Women with Elevated C-Reactive Protein. *N Engl J Med* 2008; 359: 2195-207.
7. Rossebø AB et al. Intensive Lipid Lowering with Simvastatin and Ezetimibe in Aortic Stenosis. *N Engl J Med* 2008; 359: 1343-56.

Per informazioni: Stefano Brocco
stefano.brocco@ulssasolo.ven.it

NOTIZIE DAL MONDO DELL'EPIDEMIOLOGIA

Corso di formazione SER

Il nuovo modello per la certificazione delle cause di morte: peculiarità ed indicazioni per una corretta certificazione

Castelfranco Veneto, 9 e 10 febbraio 2011

Crediti ECM regionali per le seguenti figure professionali:
Medico (tutte le discipline), **Assistente sanitario**, **Infermieri**.

Responsabile Scientifico: **Paolo Spolaore**

Per informazioni tecnico scientifiche

Stefano Brocco stefano.brocco@ulssasolo.ven.it

Segreteria organizzativa: Coordinamento del SER

Tel 0423 732790 Fax 0423 732791

Informazioni ed Iscrizioni: www.ser-veneto.it

Docenti

Stefano Brocco, Ugo Fedeli, Paolo Spolaore (Coordinamento del SER)

Sede del corso: Ospedale di Castelfranco Veneto, area formazione, aula digitale.

NEI PROSSIMI NUMERI

Nei prossimi numeri parleremo di:

- Malattie cerebrovascolari nel Veneto: ricoveri e mortalità.
- Interventi di colecistectomia in 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