

## Sintesi del rapporto:

### "Popolazione, condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"

Documento a supporto degli indirizzi di Piano Socio-sanitario 2011-2013 Regione del Veneto

## 1. Scenario socio-demografico

Il Veneto è la quinta Regione italiana in termini di numerosità della popolazione (dopo Lombardia, Campania, Lazio e Sicilia) con quasi 4,9 milioni di abitanti nel 2009 e con un incremento nell'ultimo decennio pari al 9%.

La distribuzione della popolazione per Comune è molto eterogenea, con più della metà dei Comuni che non raggiunge i 5 mila abitanti, concentrati nelle aree montane e del Polesine e un quinto con oltre 10 mila abitanti. La popolazione si concentra soprattutto nelle cinque Province di Padova, Treviso, Venezia, Verona e Vicenza, che hanno ciascuna una popolazione compresa tra gli 800.000 e i 900.000 abitanti; mentre le altre due Province hanno una popolazione attorno ai 200.000 abitanti.

Il 51% della popolazione risulta di sesso femminile con un'età media per i maschi di 41 anni e per le femmine di 44 anni.

Nel Veneto si registrano 10 nascite ogni mille abitanti, un quinto delle quali è di cittadinanza straniera. La quota più bassa di nascite si osserva a Adria con 7 nascite ogni mille abitanti e dove i nati stranieri non raggiungono il 10%. Nelle Aziende ULSS 7, 8 e 20 circa un quarto dei nati ha cittadinanza straniera e nell'Azienda ULSS 5 tale valore sale a un nato su tre. Il saldo naturale complessivo nel 2008 è di 3.837 e risulta positivo per la presenza di nuovi nati stranieri; difatti il saldo naturale degli stranieri è pari a +9.614, quello dei soli italiani è negativo e pari -5.777 soggetti.

L'invecchiamento della popolazione è la caratteristica principale della dinamica demografica italiana più recente, dovuto all'effetto congiunto del calo delle nascite e dell'allungamento della vita media. La speranza di vita alla nascita, nel 2008, era di 79,1 anni per i maschi, e di 85,2 per le femmine (nel 1990 lo stesso indicatore misurava rispettivamente 73,2 e 80,7 anni); la speranza di vita a 75 anni è pari 11,1 anni per gli uomini e a 13,8 per le donne e è aumentata di quasi un anno nell'ultimo quinquennio anche se gli anni di vita vissuti in più non sono sempre vissuti in buona salute. La struttura demografica regionale si caratterizza quindi 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.

Nel 2009 i soggetti con età uguale o superiore a 65 anni sono 960.577 (41% maschi e 59% femmine) pari al 20% dell'intera popolazione regionale; considerare però anziane le persone con più di 65 anni può essere in parte fuorviante dal punto di vista sociale, economico e anche socio-sanitario. La popolazione "anziana", che spesso si trova in condizioni di "fragilità", con maggiore esposizione al rischio di sviluppare una o più patologie croniche, con conseguenti ricadute sul ricorso ai servizi socio-sanitari, riguarda le fasce di età degli ultra 75-enni che rappresentano il 9,4% della popolazione residente; i soggetti tra 75 e 84 anni e gli ultra 84-enni rappresentano rispettivamente il 7% e il 3%, con una significativa differenza di genere. La numerosità della popolazione anziana del Veneto è andata gradualmente aumentando negli ultimi 16 anni (1994-2009) in tutte le fasce di età, con un aumento più consistente per la classe di età 85 anni e oltre.

I giovani con meno di 15 anni rappresentano il 14% della popolazione con un indice di vecchiaia pari a 139 anziani per cento giovani. Gli adulti di età compresa in età lavorativa rappresentano il 66% della popolazione. L'indice di dipendenza strutturale (numero di individui in età non lavorativa ogni 100 individui in età potenzialmente lavorativa) è pari al 51%.

Nelle Aziende ULSS 1, 2, 12, 18 e 19, che comprendono le aree geografiche del Polesine, della gronda lagunare e dell'area montana, la quota di anziani sul totale della popolazione risulta piuttosto elevata (22-25%) mentre nelle Aziende ULSS 15, 8, 22 e 5, appartenenti a aree geografiche centrali e a forte vocazione industriale, due terzi della popolazione risulta in età attiva e la quota di anziani è solo di poco superiore a quella dei giovani con evidente diversa "sostenibilità".

In sintesi si osserva che generalmente le aree montane e del Polesine a minor densità abitativa e che hanno registrato negli anni una progressiva riduzione del numero dei residenti sono anche quelle con popolazione più anziana; fanno eccezione i grandi Comuni capoluogo di Provincia, in particolare Venezia, dove all'elevata quota di anziani si associa anche un'elevata densità abitativa.

Con riferimento alla struttura familiare, per effetto dell'invecchiamento della popolazione, della bassa fecondità, della propensione dei giovani a rimandare la separazione dalla famiglia d'origine e dell'instabilità coniugale si osserva un aumento delle persone che vivono sole e delle coppie senza figli; nel 2008 in Veneto il numero medio di componenti per famiglia è di 2,5, a fronte di 3,3 trenta anni prima, e più di una famiglia su quattro è costituita da un solo componente (con quasi la metà di questi che ha oltre 64 anni). Le coppie con almeno un figlio giustificano il 56% dei nuclei familiari, mentre quelle senza figli sono il 33%. Le famiglie allargate, composte da più nuclei familiari, un tempo piuttosto diffuse sono oggi solo il 5,5%.

Il 61% dei maschi e il 48% delle femmine di età tra 18 e 34 anni vive ancora nella condizione di figlio nella famiglia di origine, valori questi inferiori a quelli osservati in Italia, ma di molto superiori rispetto alla media europea.

Con riferimento alla popolazione immigrata, gli stranieri residenti in Veneto all'inizio del 2009 risultano circa 454.000 pari al 9,3% della popolazione; si stima che nel 2020 gli stranieri raggiungeranno quota 800 mila, ossia oltre il 15% della popolazione, e entro il 2030 circa un milione. Il fenomeno migratorio vede una componente femminile consistente e in crescita; nel 2009 il 49% degli stranieri era costituito da donne prevalentemente rumene, marocchine e albanesi. L'immigrazione ha progressivamente modificato le caratteristiche demografiche della popolazione, determinando un calo nell'età media e, anche per effetto dell'esercizio del diritto al ricongiungimento familiare, una crescita del tasso di natalità nel totale della popolazione residente (i bambini nati nel Veneto da genitori immigrati rappresentano il 20% del totale delle nascite), contribuendo dunque a rendere positivo il saldo naturale della Regione.

Da sottolineare inoltre che il Veneto è la regione con la più elevata quota di minori di cittadinanza straniera, pari al 13%, a conferma di una tipologia di immigrazione particolarmente stabile e radicata nel territorio.

La distribuzione nel territorio della popolazione immigrata evidenzia una maggior concentrazione nell'area centrale del Veneto a maggior vocazione industriale e a maggior densità abitativa e il profilo distributivo per cittadinanza varia nel territorio: i cittadini rumeni si concentrano in prevalenza nei capoluoghi, soprattutto a Verona, Padova e Venezia, mentre a Treviso si distribuiscono uniformemente in tutta la provincia. Albanesi e marocchini si presentano nel territorio in maniera più omogenea, risiedendo nelle province centrali di Verona, Vicenza, Treviso, Padova e Venezia.

L'analisi degli andamenti demografici evidenzia alcune macrospecificità che costituiscono un importante orizzonte di riferimento per la definizione delle linee di programmazione; in

particolare va sottolineato il progressivo invecchiamento della popolazione con aumento della quota di grandi anziani soli in prevalenza femmine, la disomogeneità della distribuzione della popolazione anziana che si concentra nelle aree geografiche montane, del Polesine e lagunari, caratterizzate per lo più da comuni di piccole dimensioni e da bassa densità abitativa (fanno eccezione i grandi comuni capoluogo di provincia caratterizzati da alta densità abitativa e elevata quota di anziani); la perdurante bassa natalità della popolazione di cittadinanza italiana bilanciata da un'elevata natalità della popolazione di cittadinanza straniera, la crescita della popolazione immigrata e la sua diversa distribuzione (anche per tipo di nazionalità) nel territorio regionale con maggiore concentrazione nelle aree centrali a maggiore vocazione industriale.

Un profilo sociale, con riferimento alla composizione familiare, profondamente mutato rispetto al passato, con riduzione del numero medio di componenti per famiglia, elevata quota di famiglie con un solo componente anziano e elevata percentuale di soggetti giovani tra 18 e i 34 anni che vivono in famiglia.

## **2. Scenario epidemiologico e bisogni di salute**

### **2.1 Mortalità generale e per causa**

I profili di mortalità generale e specifica individuano un quadro assolutamente confortante, con valori inferiori rispetto al dato nazionale, bassa mortalità infantile e con trend in costante riduzione, in particolare per le malattie cardiovascolari.

Nel 2008 si sono verificati 44.069 decessi tra i residenti, con un tasso grezzo di mortalità pari a 9,0 per mille nei maschi e a 9,2 per mille nelle femmine. Il tasso standardizzato di mortalità negli ultimi 14 anni (1995-2008) nei maschi si riduce del 25% e nelle femmine del 21% e tale netta diminuzione complessiva si osserva in tutte le fasce di età, particolarmente in quelle giovanili e adulte.

La mortalità per tutte le cause non risulta omogeneamente distribuita sul territorio regionale; si osserva infatti una mortalità più elevata rispetto alla media regionale nelle Aziende ULSS 2, 4 e 10 sia nei maschi che nelle femmine, nell'Azienda ULSS 14 solo nei maschi e nelle Aziende ULSS 12, 18 e 19 solo nelle femmine.

Le principali cause di morte sono i tumori e le malattie del sistema circolatorio con diversa distribuzione per genere: negli uomini la prima causa di morte risultano i tumori (37% dei decessi) seguiti dalle malattie del sistema circolatorio (33%), dalle malattie dell'apparato respiratorio (7%) e dai traumatismi e avvelenamenti (5%); per le donne: le malattie del sistema circolatorio (41%) seguite dai tumori (27%), le malattie respiratorie (6%) e i disturbi psichici (5%); l'occorrenza di tali cause aumenta con l'aumentare dell'età.

La mortalità per cardiopatie ischemiche è in netto calo sia nei maschi che nelle femmine; nel 2008 il tasso di mortalità era di 1,3 per mille nei maschi e 1,4 per mille nelle femmine, con valori superiori alla media regionale sia nei maschi che nelle femmine nelle Aziende ULSS 18 e 19, solo nei maschi nelle Aziende ULSS 4 e 14 e solo nelle femmine nelle Aziende ULSS 12 e 17.

L'andamento della mortalità per malattie cerebrovascolari ha mostrato uno dei cali più marcati riducendosi dal 1995 al 2008 di oltre il 40% sia nei maschi che nelle femmine con un tasso di 0,6 ogni mille abitanti nei maschi e 0,9 ogni mille abitanti nelle femmine, con valori più elevati rispetto alla media regionale nelle femmine residenti nelle Aziende ULSS 7, 12, 18 e 19.

Il tasso di mortalità per tumori nel 2008 è pari a 3,3 decessi ogni mille abitanti nei maschi e 2,5 ogni mille abitanti nelle femmine. Il tasso standardizzato diretto di mortalità per tumori è complessivamente in diminuzione, anche se in misura minore rispetto alle malattie del sistema circolatorio (a causa di questo calo meno rapido il numero di decessi per tumore nei maschi del

Veneto ha superato il numero di decessi per malattie circolatorie già da qualche anno). L'andamento nel tempo della mortalità per tumore nelle femmine del Veneto è sovrapponibile a quanto riscontrabile a livello nazionale; nei maschi della regione Veneto, invece, si assiste a un calo più marcato rispetto al resto della nazione. Il numero assoluto di decessi per tumore è invece in graduale aumento in entrambi i sessi, aumento determinato dall'incremento numerico della popolazione e dal suo graduale invecchiamento. La distribuzione all'interno della regione della mortalità per tumori è disomogenea come del resto anche per altri gruppi di cause; si osservano difatti livelli più elevati rispetto al dato regionale nell'Azienda ULSS 2 sia nei maschi che nelle femmine, nell'Azienda ULSS 10 solo nei maschi e nell'Azienda ULSS 12 solo nelle femmine.

La distribuzione per genere, età e area territoriale, nonché l'andamento della mortalità per i principali gruppi di cause di tumore è descritta negli allegati.

Il tasso di mortalità per malattie respiratorie nell'anno 2008 è risultato nei maschi di 0,6 per mille abitanti e nelle femmine di 0,5 per mille abitanti con un netto calo dal 1995 al 2008. Rispetto alla media regionale, la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio risulta più elevata per i maschi tra i residenti nelle Aziende ULSS 2, 5 e 15 e per le femmine nelle Aziende 1, 15 e 16.

Gli incidenti stradali sono tra le principali cause di morte prematura nella popolazione del Veneto. Nel corso del 2008 gli incidenti stradali hanno causato 370 decessi nei maschi e 111 nelle femmine. Dal 1995 al 2008 il numero di decessi e il tasso standardizzato diretto di mortalità per incidenti stradali si sono sostanzialmente dimezzati.

Valori elevati di mortalità rispetto al dato regionale per incidenti stradali si registrano nei maschi delle Aziende ULSS 2 e 14 e nelle femmine delle Aziende ULSS 17 e 18.

I decessi per suicidio sono stati nel 2008 249 nei maschi e 79 nelle femmine con un andamento sostanzialmente stazionario. Il tasso grezzo di mortalità per suicidio è particolarmente elevato nei maschi dell'Azienda ULSS 1 e, in misura minore, delle Aziende ULSS 8 e 10; nelle femmine i valori più elevati sono nelle Aziende ULSS 18 e 19.

## **2.2 I principali gruppi di malattie: occorrenza e/o ospedalizzazione**

L'incidenza dei tumori aumenta progressivamente con l'età: tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione, il numero di nuovi casi di neoplasia è destinato a crescere nel tempo. Anche limitatamente all'area coperta dal Registro Tumori del Veneto, si osservano notevoli differenze tra Aziende ULSS per varie sedi tumorali, con un'incidenza complessiva di neoplasie che raggiunge il picco nel feltrino sia negli uomini che nelle donne. Nel corso degli anni '90 si è registrato un incremento della sopravvivenza a 5 anni, in parte dovuto anche a fenomeni di anticipazione diagnostica e di riscontro di tumori a decorso potenzialmente indolente (ad esempio per i tumori della prostata). L'aumento di incidenza e sopravvivenza comporta una crescita della prevalenza della patologia: al 1° gennaio 2005 si stimava che circa il 3% della popolazione del Veneto avesse avuto una diagnosi di tumore nei precedenti 15 anni. L'aumento della prevalenza di neoplasie comporta un maggior carico sui servizi sia ospedalieri che territoriali. Ciò è legato all'incremento delle prestazioni ambulatoriali per screening, approfondimento diagnostico, e follow-up, alle terapie erogate in ospedale sia in regime di ricovero che sotto altre modalità amministrative e alle diverse forme di assistenza ai pazienti terminali. Per quanto riguarda gli screening oncologici, nel 2008 programmi di screening citologico per le neoplasie della cervice uterina (Pap test triennale per le donne di 25-64 anni) erano attivi in 20 Aziende ULSS; l'adesione corretta (che esclude le donne che hanno eseguito spontaneamente il test di recente) è risultata del 50%, per un totale di 169.505 donne esaminate. Lo screening mammografico, rivolto alle donne di 50-69 anni con frequenza biennale, era attivo in tutte le Aziende ULSS nel 2008, con un'adesione corretta del 74% corrispondente a 173.734 donne esaminate. Nel 2008 lo screening colo-rettale era condotto mediante ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) in 16 Aziende ULSS (uomini e donne di 50-69 anni, cadenza biennale), e retto-sigmoidoscopia in 2 Aziende ULSS. L'estensione dell'invito allo

screening era del 67% per il SOF, con un tasso corretto di adesione del 63% e 182.570 soggetti screenati.

L'infarto acuto del miocardio (IMA) costituisce una delle più frequenti emergenze mediche e richiede un'organizzazione sanitaria efficiente per poter garantire tempestivamente le cure più efficaci. Nel 2009 si sono verificati quasi 6.300 eventi di infarto acuto del miocardio ospedalizzati nei residenti in Veneto; in circa il 60% dei casi si è trattato di infarto del tipo con sopraslivellamento del tratto ST. Il numero annuo di eventi di infarto acuto con sopraslivellamento del tratto ST è sostanzialmente stazionario fino al 2004, successivamente mostra un andamento in calo anche sensibile. L'infarto acuto del miocardio è raro in età giovanile, mentre risulta frequente a partire dai 45 anni nei maschi; nelle femmine invece è una condizione morbosa che colpisce principalmente le età molto elevate (quasi il 70% degli IMA nelle donne avvengono in età non inferiore a 75 anni, mentre nei maschi questa proporzione è pari al 36%). Il tasso grezzo di ricovero per IMA è superiore nei maschi rispetto alle femmine; il tasso standardizzato accentua le differenze tra i sessi confermando come l'IMA colpisca con frequenza nettamente superiore il sesso maschile. Il tasso standardizzato diretto di ospedalizzazione per IMA nel Veneto documenta un sensibile calo. A livello di Azienda ULSS di residenza, pur tenendo conto della diversa struttura per età della popolazione, si osservano differenze notevoli nel tasso di ospedalizzazione.

Le malattie cerebrovascolari acute costituiscono un ambito estremamente rilevante per la loro diffusione e per le gravi conseguenze sullo stato di salute delle persone colpite. Negli ultimi anni le conoscenze sull'approccio terapeutico per questo tipo di patologie hanno conosciuto un notevole cambiamento, con ripercussioni evidenti in particolare sugli aspetti organizzativi del modello assistenziale. Nel 2009 si sono verificati oltre 9.000 eventi di ictus ospedalizzati nei residenti in Veneto; circa nel 78% dei casi si è trattato di ictus ischemico, nel 18% di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea. Il numero assoluto degli eventi ospedalizzati di ictus è in sensibile riduzione, con l'eccezione dell'ictus di tipo emorragico che risulta in lieve aumento. Il tasso grezzo di ricovero per ictus, in lieve calo in entrambi i sessi, aumenta in modo importante al crescere dell'età.

Lo scompenso cardiaco è una condizione morbosa estremamente diffusa nella popolazione del Veneto e costituisce la seconda causa di ricovero ospedaliero, dopo i ricoveri legati al parto. Ha pertanto un notevole impatto sullo stato di salute della popolazione e rappresenta un carico considerevole per il sistema sanitario. Nel corso del 2009 i ricoveri ospedalieri con una diagnosi principale riconducibile allo scompenso cardiaco sono stati 22.906, di cui 10.950 nei maschi e 11.956 nelle femmine, con un tasso grezzo di ospedalizzazione pari a 4,7 per mille residenti, molto simile nei due sessi. La distribuzione per fasce di età evidenzia come lo scompenso cardiaco sia una condizione tipica della popolazione anziana. L'andamento nel tempo mostra la tendenza a un graduale ma importante aumento nel numero di ricoveri per scompenso cardiaco, con differenze importanti nelle diverse fasce di età; nei soggetti più anziani (85 anni e oltre) il tasso di ricovero per scompenso cardiaco mostra un aumento importante nei maschi e un aumento fino al 2005 nelle femmine, seguito da una fase di relativa stazionarietà. Poiché nei prossimi anni si prevede un'espansione numerica importante della popolazione molto anziana, l'andamento delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco in questa fascia di età lascia prevedere un incremento consistente dei ricoveri nel futuro immediato. L'ospedalizzazione per scompenso cardiaco mostra una variabilità piuttosto spiccata tra le Aziende ULSS della Regione.

Il diabete mellito negli ultimi anni è emerso come una condizione morbosa di crescente impatto nel condizionare lo stato di salute della popolazione e la domanda di assistenza sanitaria. Nell'anno 2009 le esenzioni ticket per diabete mellito tra i residenti in Veneto erano oltre 193.000, in aumento di circa il 10% rispetto al 2007. In tutte le Aziende ULSS si registra un aumento nel numero di esenzioni ticket per diabete mellito, con l'incremento maggiore in termini assoluti tra i residenti dell'Azienda ULSS 9 (+1.790 esenzioni nel 2009 rispetto al 2007) e in termini relativi tra i residenti nell'Azienda ULSS 3 (+17%). A livello regionale le esenzioni ticket per diabete

riguardavano il 4% della popolazione nel 2009 (3,7% nel 2007). Le prescrizioni di farmaci antidiabetici, disponibili per quasi tutte le Aziende ULSS della Regione, nell'anno 2008 riguardavano il 3,1% della popolazione. Tenendo conto della diversa struttura demografica delle Aziende ULSS si evidenzia comunque una certa variabilità nella proporzione di popolazione in terapia con farmaci antidiabetici, con i valori più bassi nell'Azienda ULSS 2 e i valori più elevati nelle Aziende ULSS 13, 17 e 21. Il numero di soggetti che ha iniziato un trattamento con farmaci ipoglicemizzanti nel corso del 2008 rappresenta una stima dell'incidenza della malattia e è pari a circa il 5 per mille della popolazione regionale. Si registra una dispersione piuttosto contenuta rispetto al valore medio regionale, con l'eccezione relativa all'Azienda ULSS 2, in cui si evidenziano i valori più bassi

Le malattie infettive sono monitorate mediante diversi sistemi di sorveglianza speciale attivi nella Regione Veneto a integrazione del flusso nazionale delle notifiche di malattie infettive-diffusive. L'integrazione dei dati del registro regionale HIV con il registro nazionale AIDS consente di stimare circa 12.000 casi prevalenti di infezione da HIV nel Veneto. L'incidenza si è stabilizzata nel periodo 2002-2008 intorno ai 350 nuovi casi di infezione da HIV all'anno (70% uomini), di cui quasi la metà attribuibile a comportamenti a rischio eterosessuali; la frazione di cittadini stranieri è attorno al 30%; l'età media al riscontro dell'infezione è andata innalzandosi fino a 36 anni nel 2008. I nuovi casi di AIDS sono crollati a partire dal 1996 e nel quinquennio 2004-2008 sono risultati circa 70 all'anno; la sopravvivenza è in continuo miglioramento con un conseguente crollo dei decessi attribuibile alla patologia. Il numero di nuovi casi di TBC si è attestato nel quinquennio 2004-2008 tra i 500 e i 550; tale stabilità risultava da un incremento dei pazienti stranieri (in maggioranza tra i 25 e i 44 anni), e una diminuzione degli italiani (per metà circa sopra i 65 anni); nel 2009 si è registrata una riduzione dei nuovi casi registrati, corrispondenti a un'incidenza scesa a 8,6 per centomila abitanti. Il picco dell'epidemia da virus influenzale A/H1N1 si è registrato durante la 46-47<sup>a</sup> settimana del 2009, in modo particolarmente pronunciato in età pediatrica (al di sotto dei 15 anni di età l'incidenza ha raggiunto i 400 casi per diecimila assistiti). Durante la campagna antinfluenzale da virus A/H1N1 sono state somministrate oltre 88.000 dosi di vaccino, di cui circa 84.500 a destinatari della campagna vaccinale (79.490 prime dosi): la copertura è risultata del 4%, più alta tra il personale sanitario e socio-sanitario e i portatori di condizioni di rischio di età inferiore ai 65 anni. Per quanto riguarda invece la vaccinazione contro il virus dell'influenza stagionale, durante la stagione 2009-2010 sono state vaccinate 979.833 persone (+5% rispetto alla stagione precedente). La copertura tra i soggetti con più di 65 anni è risultata del 71%, con un limitato incremento rispetto all'anno precedente; rimane ampia la variabilità tra Aziende ULSS (range di copertura: 61-82%). E' invece notevolmente cresciuta la quota di soggetti di età inferiore a 65 anni vaccinati in quanto portatori di una condizione predisponente a complicanze.

Per quanto riguarda le vaccinazioni in età pediatrica di cui è stato sospeso l'obbligo nella Regione Veneto, il 94,3% dei nati nel 2° semestre 2009 aveva ricevuto la prima dose di vaccino esavalente (considerando i rari soggetti che avevano ricevuto una vaccinazione per singole malattie, la copertura per tetano, difterite, pertosse, polio, epatite B e Hib andava dal 94,9% al 95,1%); tali dati risultano solo in lievissimo calo rispetto alla coorte precedente, in parte spiegato dal fatto che l'attività vaccinale in alcune aree non si era ancora conclusa. Tra le altre vaccinazioni, quella contro lo pneumococco eptavalente raggiungeva una copertura del 93,1% (nati secondo semestre 2009), contro il meningococco C del 90,7% (secondo semestre 2008), contro il morbillo dell'82,2% (nati secondo semestre 2008, dati provvisori), contro la varicella del 77,9% (nati secondo semestre 2008, dati provvisori); è da segnalare che la copertura col vaccino quadrivalente morbillo-parotite-rosolia-varicella è in crescita e superava il 72% per i nati nel secondo semestre 2007. Infine, l'adesione alla vaccinazione anti-HPV per la coorte di ragazze nate nel 1996-1998 è risultata del 79% circa.

La tutela della salute mentale è una delle aree sanitarie e sociali più complesse e il suo perseguimento richiede una stretta integrazione socio-sanitaria. Gli utenti psichiatrici assistiti negli ospedali o nei servizi territoriali nel corso del 2009 sono 69.810, con un'età media di 51,9 anni; in

rapporto alla popolazione residente in età superiore a 17 anni, l'utenza è costituita da 17,2 persone ogni mille residenti (per il 58% di sesso femminile), concentrata nella fascia di età 40-50 anni e con una certa variabilità territoriale, con valori più elevati nelle Aziende ULSS 18, 1, 3, 19 e 2. L'utenza psichiatrica viene trattata solo nei servizi territoriali per l'83% dei casi e nel 17% nei servizi ospedalieri. Oltre la metà degli utenti con assistenza ospedaliera (56%) risulta in contatto con le strutture psichiatriche territoriali nell'anno di dimissione. Il restante 44% è costituito per la maggior parte da utenti dimessi dai reparti non psichiatrici e affetti prevalentemente da disturbi non psicotici, in particolare da demenze. Con riferimento alle attività territoriali, nel Veneto operano 348 strutture territoriali psichiatriche, il 71% delle quali è a gestione diretta delle Aziende ULSS. Il 53% delle strutture psichiatriche territoriali è di tipo residenziale, il 30% semi-residenziali e il restante 17% ambulatoriale. La gestione delle strutture ambulatoriali è per la quasi totalità pubblica, mentre la presenza del privato convenzionato si concentra nelle strutture residenziali (37%) e nelle strutture semi-residenziali (31%). I posti disponibili a livello territoriale sono in totale 3.202, equamente distribuiti tra residenziali e semi-residenziali. La maggiore disponibilità di posti è presso i centri diurni (40%), seguiti dalle CTRP (19%) e dalle comunità alloggio (15%). Nel 2009 le prestazioni erogate ammontano a circa 1,4 milioni (escluse le giornate di presenza nelle strutture residenziali o semi-residenziali) e più della metà di queste sono erogate dai Centri di Salute Mentale. Inoltre, 3.500 risultano gli utenti ospitati in strutture semi-residenziali (pari al 5,3% degli utenti dei servizi psichiatrici territoriali), con consumo complessivo di 201.700 giornate di presenza. Gli utenti delle strutture residenziali sono 931, ognuno ospitato in media per 215 giorni. Le patologie più frequenti causa di accesso ai servizi territoriali sono la schizofrenia (23%), la depressione senza sintomi psicotici (18%), le sindromi nevrotiche e somatoformi (18%) e le psicosi affettive (16%). Con riferimento alle attività ospedaliere, le dimissioni dei soggetti di età superiore a 17 anni (residenti o non residenti in Veneto) con diagnosi principale di disturbo psichico rappresentano il 2,7% delle dimissioni in quella fascia di età. Nel periodo 2000-2009 le dimissioni in regime ordinario diminuiscono sia nelle strutture pubbliche (-27%), sia in quelle private (-17%). Tale fenomeno riguarda soprattutto i reparti di medicina e di riabilitazione-lungodegenza, mentre non appare così marcato per i reparti psichiatrici. Nel 2009 si registrano 19.481 dimissioni e circa 371.000 giornate di degenza per disturbi psichici, per la metà (52%) nelle strutture pubbliche. L'ammontare complessivo delle giornate di degenza nei reparti psichiatrici nelle strutture pubbliche è simile a quello delle strutture private, ma in queste ultime il numero dei ricoveri è circa la metà con una degenza media doppia rispetto ai reparti psichiatrici degli ospedali pubblici (32,9 giorni vs 14,6); tale differenza può essere in parte spiegata dal fatto che gli SPDC trattano prevalentemente casi in acuto, mentre i reparti psichiatrici delle strutture private operano soprattutto sul versante della lungodegenza/riabilitazione. Le patologie indicate più frequentemente come diagnosi principali sono le psicosi affettive, le schizofrenie, i disturbi della personalità e del comportamento e le demenze. Il tasso di ospedalizzazione annuo per disturbi psichici nella popolazione oltre 17 anni è 4,2 per mille residenti e presenta una certa variabilità per Azienda ULSS di residenza, in base alla differente struttura per età della popolazione e all'offerta assistenziale, presentando valori più elevati nelle Aziende ULSS 1, 20 e 12.

### **2.3 La "cronicità"**

Il risultato finale dei trend demografici, epidemiologici, dei trattamenti sanitari e dell'evoluzione degli stili di vita è quindi in generale un progressivo aumento della "cronicità" e del numero di pazienti da curare. Le stime di prevalenza delle varie forme di "cronicità" a livello di popolazione regionale oggi disponibili non sono sufficientemente valide, in quanto scontano notevoli criticità legate alla qualità degli archivi utilizzabili, pur rappresentando un utile valore aggiunto per il dimensionamento dell'offerta di servizi sanitari per i prossimi anni.

Per la stima della "cronicità" si è utilizzato in primis l'archivio delle esenzioni per patologie croniche e invalidanti e/o le malattie rare attive al 31 dicembre 2009, che costituisce l'unica fonte alimentata da un flusso informativo regionale. I risultati presentati sono appunto quelli che si

ottengono dall'utilizzo dell'anagrafe delle esenzioni dal Datawarehouse Sanità della Regione del Veneto.

Nel corso del 2009 in Veneto si sono registrate 1.862.297 esenzioni per patologie croniche, corrispondenti a 1.204.568 residenti esenti (46% maschi e 54% femmine). Le patologie con il maggior numero di esenzioni nell'anno 2009 sono: l'ipertensione arteriosa con danno d'organo (444.238), l'ipertensione arteriosa senza danno d'organo (225.577), le malattie cardiache e del circolo polmonare (221.063), le neoplasie (196.552) e il diabete mellito (193.474).

L'analisi condotta evidenzia una certa variabilità tra Aziende ULSS nei tassi di esenzione per patologie croniche considerate complessivamente, con valori compresi tra 293 esenti per mille residenti nell'azienda ULSS 14 e 207 esenti per mille residenti nell'azienda ULSS 22. Per alcune patologie tali differenze si mantengono anche dopo standardizzazione per età. Tali dinamiche potrebbero essere associate a problemi di accessibilità, a diversi stili di rilascio delle certificazioni da parte degli specialisti, a differenti atteggiamenti da parte dell'utenza o infine a diversi profili epidemiologici per alcune patologie.

Il quadro qui descritto costituisce una prima tappa nella descrizione del fenomeno della cronicità attraverso l'utilizzo degli archivi amministrativi e necessita di ulteriori approfondimenti. Ad esempio l'uso del solo archivio delle esenzioni non permette di individuare tutti i soggetti portatori di malattie croniche in quanto queste potrebbero non essere segnalate in caso di presenza di esenzioni per altri motivi (esempio: reddito). Risulta quindi necessario integrare il dato delle esenzioni con quello derivante da altri archivi, in particolare quello delle schede di dimissione ospedaliera e della farmaceutica territoriale.

Per quanto riguarda le patologie non neoplastiche, un'altra fonte in grado di produrre stime di prevalenza, deriva dagli archivi della Medicina Generale, in particolare dalla rete Health Search, che aggrega a livello nazionale più di 800 MMG "sentinella"; in base a questa fonte si stimano attualmente in Veneto all'incirca, un milione di ipertesi, 300 mila diabetici, 230 mila asmatici, almeno 130 mila malati di broncopneumopatia cronico-ostruttiva, 180 mila cardiopatici ischemici cronici, 85 mila infartuati, 61 mila malati di scompenso cardiaco e 54 mila pazienti colpiti da ictus cerebrale.

## **2.4 Gli ambiti di priorità a livello di gruppi di popolazione**

Alla programmazione spetta il compito di individuare e monitorare i bisogni di salute della popolazione, evidenziando le priorità, analizzandone i profili per i diversi territori e per le differenti tipologie di popolazione e su queste basi di conoscenza, secondo criteri di equità allocativa, accessibilità, qualità, appropriatezza e sostenibilità, indicare e attuare interventi e risposte assistenziali adeguate per le diverse fasi della vita o per le diverse tipologie di problemi e/o di aree territoriali.

### **Giovani- adulti**

La pianificazione in tale fascia di popolazione, come peraltro indicato anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, deve privilegiare innanzitutto gli interventi di prevenzione primaria e secondaria delle malattie a elevata occorrenza nelle età avanzate, come le malattie cardiovascolari e i tumori; va segnalato a tal proposito, anche in base ai recenti risultati dell'indagine regionale PASSI, che il 21% della popolazione tra 18 e 69 anni dichiara di soffrire di ipertensione e il 26% di elevati livelli di colesterolo nel sangue.

Altro importante ambito di sanità pubblica, specifico per tale fascia di popolazione, riguarda la prevenzione dei traumi da incidente stradale. Nonostante il rilevante calo osservato negli anni recenti, il problema della mortalità e della disabilità a questi associata (tra l'altro diversamente distribuite nelle varie Province del Veneto), considerato l'enorme numero di anni di vita persa e il conseguente impatto non solo sullo stato di salute, ma anche sulla società, sull'economia e sul

mondo del lavoro, comporta l'adozione di precise e sistematiche strategie di prevenzione e di assistenza, anche attraverso azioni integrate tra il sistema sanitario e l'insieme del sistema di governo della società. Con specifico riferimento alla diffusione di comportamenti sicuri lo studio PASSI evidenzia che l'uso del casco e delle cinture di sicurezza anteriori è diffuso, mentre ancora limitato è l'impiego delle cinture posteriori; inoltre guidare con livelli di alcol nel sangue pericolosi è una pratica ancora troppo diffusa, soprattutto tra gli uomini; infine, scarsa è la percezione del rischio di infortunarsi in casa.

La promozione di stili di vita sani costituisce il perno degli interventi del sistema sanitario rivolti alla popolazione in giovane età; per quanto attiene alla diffusione di stili di vita sani, sempre l'indagine regionale PASSI evidenzia che il 24% degli intervistati tra 18 e 69 anni beve in modo pericoloso per la salute e che il fumo di sigaretta è più diffuso tra i giovani (33,5% tra i 18 e i 24 anni). Il 40% è in eccesso ponderale (sovrappeso/obeso) e sono pochi coloro che riferiscono adeguati consumi di frutta e verdura. Un quarto degli intervistati non fa nessuna attività fisica e solo il 29,5% della popolazione ha uno stile di vita fisicamente attivo.

### **Anziani**

La progressiva espansione della componente anziana della popolazione, che nel 2010 risulta pari al 20% della popolazione residente in Veneto, con il costante aumento in particolare della quota di grandi anziani (oltre gli 85 anni), per definizione fragili, con problemi di cronicità e quindi con importanti ricadute attese sul ricorso ai servizi sanitari e sociali, comporta sfide sempre più impegnative per il Sistema Socio-Sanitario Regionale nel suo complesso; sfide a diverso grado di complessità a livello di singole Aziende ULSS, considerata la disomogenea distribuzione della popolazione anziana nel territorio regionale.

Utilizzando i dati delle indagini ISTAT sulle famiglie (Indagine Multiscopo sulle Famiglie - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anno 2005) e sui presidi residenziali e socio-assistenziali (L'assistenza residenziale in Italia - Regioni a confronto, anno 2002), si stima che la quota di anziani ospitati nei presidi residenziali socio-assistenziali del Veneto sia pari al 3%. Il 27% degli anziani non ospitati in strutture socio-assistenziali vive solo; di questi, il 62% ha compiuto i 75 anni e l'80% sono donne. I parenti rimangono il punto di riferimento dell'anziano che vive solo; infatti, il 90% degli intervistati dichiara di poter contare sull'aiuto di un familiare, magari coadiuvato da aiuti esterni, mentre il 4% non può contare su alcun tipo di aiuto. Inoltre il 7% degli anziani soli si è avvalso dell'assistenza domiciliare non sanitaria e il 6% di assistenza a pagamento.

L'analisi della mortalità nella popolazione anziana del Veneto evidenzia nell'ultimo decennio un calo costante attribuibile a fattori di vario tipo, tra cui un miglioramento delle condizioni socio-economiche, una maggiore tutela nei confronti di agenti nocivi di varia natura, una maggiore attenzione allo stile di vita e infine un miglioramento delle cure mediche che ha modificato la prognosi quoad vitam e quoad valetudinem di numerose condizioni morbose.

Negli ultimi anni si è osservata un'elevata domanda assistenziale da parte della popolazione anziana in riferimento a patologie cronicodegenerative. Ogni anno nelle strutture ospedaliere del Veneto si registrano circa 350 mila dimissioni di pazienti anziani, pari al 42% delle dimissioni nella nostra Regione. Tale numero, nel periodo 2000-2007, si è ridotto del 7,4%, in modo più accentuato per i ricoveri in regime ordinario per acuti (-10%) e in lungodegenza (-19%).

In particolare si assiste a una riduzione dei ricoveri nell'area "generalista" medica o chirurgica, legata prevalentemente al trasferimento di prestazioni dal regime ospedaliero a quello ambulatoriale e a un generale aumento dei ricoveri nelle discipline specialistiche sia di tipo medico sia di tipo chirurgico, con l'eccezione dell'oculistica per il trasferimento degli interventi sul cristallino al regime ambulatoriale.

Anche la composizione del case-mix ospedaliero nell'ultimo decennio varia nel senso di un progressivo adeguamento della rete assistenziale ospedaliera a criteri di appropriatezza organizzativa.

Rilevante anche a fini di definizione delle priorità della programmazione in tale fascia di popolazione è l'osservazione che, almeno fino ai 75 anni, i profili di cura per le principali patologie cronico-degenerative non differiscono da quelli della popolazione adulta.

Con riferimento, ad esempio, alla gestione della cardiopatia ischemica si osserva un aumento progressivo della percentuale di dimissioni dal reparto di cardiologia-UTIC e un incremento delle percentuali di trattamento di rivascolarizzazione. Anche l'analisi delle ospedalizzazioni per neoplasie, gruppo di patologie molto rilevante in termini di morbosità in questa classe di età, consente di apprezzare, oltre al prevedibile aumento del carico assistenziale legato all'invecchiamento, il cambiamento dei profili di cura che risultano essere sempre più simili a quelli della popolazione delle classi di età precedenti, sia in termini di maggior intento curativo, che di maggiore attenzione a ridurre gli esiti invalidanti.

Tuttavia in riferimento a alcune importanti condizioni morbose a elevata prevalenza nella popolazione anziana, quali per esempio le fratture di femore e lo scompenso di cuore, rimangono ampi margini di miglioramento in termini di appropriatezza, di accessibilità ai trattamenti e di riduzione delle differenze osservate nei profili di trattamento specifici tra le diverse Aziende ULSS.

### **3. Potenzialità delle strutture socio-sanitarie**

#### **3.1 Le strutture ospedaliere**

Nel Veneto i posti letto per i ricoveri ospedalieri a carico del Servizio Sanitario (posti letto non a pagamento delle strutture pubbliche e posti letto accreditati delle strutture private) sono complessivamente 19.127, dei quali l'11% dedicati all'attività in ricovero diurno.

In rapporto alla popolazione residente si rileva una dotazione di 3,9 posti letto (pubblici e privati accreditati) ogni mille abitanti. Le Province nelle quali si riscontra il maggior rapporto posti letto/abitanti sono Belluno, Rovigo, Verona e Padova. A livello territoriale di Azienda ULSS, i valori più elevati si osservano nell'Azienda ULSS 1 (5,0 per mille), nell'Azienda ULSS 16 (5,6 per mille, compresi i posti letto dell'Azienda Ospedaliera e dello IOV) e nell'Azienda ULSS 20 (4,9 per mille, compresi i posti letto dell'Azienda Ospedaliera). I valori più bassi si riscontrano invece nelle Aziende ULSS 4, 8, 13 e 17.

I posti letto di riabilitazione e lungodegenza (pubblici e privati accreditati) rappresentano il 14,8% del totale, corrispondenti a 0,6 posti letto per mille abitanti. Le maggiori dotazioni di posti letto per riabilitazione/lungodegenza si riscontrano nelle Province di Belluno e di Rovigo. A livello territoriale di Azienda ULSS, i valori più elevati si riscontrano nelle Aziende ULSS 2, 12, 18 e 22.

Si precisa che sono stati considerati "posti letto di riabilitazione" i posti letto delle discipline 56-Riabilitazione, 28-Unità spinale, 75-Neuroriabilitazione e "posti letto di lungodegenza" i posti letto della disciplina 60-Lungodegenza.

#### **3.2 Il ricorso all'ospedale**

Il numero assoluto di dimessi da strutture ospedaliere della Regione del Veneto è in progressiva diminuzione a partire dal 2001, 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 in regime diurno per acuti sono invece 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 e in crescita i secondi. La degenza media dei

ricoveri ordinari per acuti è rimasta stabile, ma la forte riduzione di questi ha portato comunque a 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); il numero di giornate di ricovero in lungodegenza mostra un trend in calo nonostante l'aumento della degenza media, mentre vi è un aumento sensibile del totale delle giornate di ricovero in riabilitazione (+35%).

L'andamento delle dimissioni dagli ospedali del Veneto per gruppi di discipline mostra come la riduzione più drastica 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 e Oncologia-Ematologia, il drastico calo dei ricoveri osservato è legato al passaggio di quote consistenti di attività al regime ambulatoriale. In controtendenza risulta invece l'aumento registrato in Cardiologia, Chirurgia Plastica, Chirurgia Toracica e Gastroenterologia.

Con riferimento alla composizione della casistica ospedaliera (case-mix), il DRG più rappresentato nel 2009 è quello di parto vaginale senza diagnosi complicanti, con oltre il 6% di tutti i ricoveri e con un leggero incremento nel periodo 2000-2009; ben più consistente è risultato l'aumento dei parti cesarei che rappresentano nel 2009 il 29,6% del totale dei parti. Altri DRG con numerosità in crescita sono i DRG medici di insufficienza cardiaca, di edema polmonare e insufficienza respiratoria, i DRG chirurgici di interventi su utero e annessi non per neoplasia maligna e il DRG 256, il più rappresentato in riabilitazione. Sono invece crollati alcuni DRG medici come quelli per aritmie, esofagite e gastroenterite e non compaiono più tra i più frequenti i DRG per affezioni mediche del dorso, già drasticamente diminuiti nella prima metà del decennio. I ricoveri per interventi chirurgici di ernia inguinale e femorale sono crollati nel biennio 2008-2009 a seguito della loro esecuzione in regime ambulatoriale; altri ricoveri come quelli per decompressione del tunnel carpale, legatura e stripping di vene e interventi sul cristallino avevano già precedentemente subito una forte diminuzione. 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).

Tra i DRG più frequenti in regime ordinario per acuti: alcuni ricoveri medici (insufficienza cardiaca, polmonite con o senza complicanze, ictus, insufficienza respiratoria, malattia polmonare cronica ostruttiva, insufficienza renale) e alcuni ricoveri ortopedici (sostituzione di articolazioni maggiori, interventi su anca e femore). Nel tempo si è ridotta la durata della degenza per i più frequenti ricoveri ostetrico-ginecologici e per alcuni ricoveri ortopedici e di chirurgia generale. Dopo la drastica riduzione dei ricoveri per chemioterapia, la maggior parte dei ricoveri diurni è giustificata da interventi ortopedici e ostetrici e comporta un numero limitato di accessi.

Il tasso grezzo di ospedalizzazione (considerando a denominatore la popolazione del riparto) è diminuito nel periodo 2006-2009, passando da 174 per mille a 154 per mille; i tassi di ricovero sono diminuiti sia nelle strutture regionali pubbliche che private, mentre risulta stabile il tasso di ospedalizzazione fuori Regione. Prendendo come riferimento i dati provvisori del Ministero della Salute del 2009, il tasso standardizzato di ospedalizzazione per acuti nel Veneto è il più basso registrato a livello nazionale; in particolare il Veneto mostra il più basso ricorso al ricovero ordinario insieme a Toscana e Piemonte, e il più basso ricorso al ricovero in day hospital insieme al Friuli-Venezia Giulia.

Nel 2009 circa il 15% dell'ospedalizzazione dei residenti era erogata da strutture private del Veneto e oltre il 6% fuori Regione da strutture pubbliche o private. I tassi standardizzati per ULSS di residenza non risultano omogenei, in particolare le Aziende ULSS 14, 19, 20, 21 e 22 registrano un tasso di ospedalizzazione superiore al 160 per mille, le Aziende ULSS 12 e 10 si attestano sul 160 per mille (per i confronti futuri, è da ricordare che nel 2010 parte dell'Azienda ULSS 14 è stata

inclusa nell'Azienda ULSS 16); anche la distribuzione per tipo di struttura (pubblico, privato e extra regione) mostra rilevanti differenze tra le Aziende ULSS regionali.

### 3.3 La mobilità ospedaliera

Il numero assoluto di dimissioni di residenti fuori Regione dagli ospedali del Veneto (mobilità attiva) è in diminuzione, ma il calo è inferiore a quello registrato per le dimissioni dei residenti, per cui l'indice di attrazione risulta in lieve crescita (dal 7,6% all'8,3%). Nel contempo è però considerevolmente aumentata la quota di residenti nel Veneto ospedalizzati in strutture fuori Regione, sia in termini assoluti che relativi; l'indice di fuga infatti passa dal 4,4% nel 2000 al 6,4% nel 2009. L'effetto congiunto di queste dinamiche nel corso dell'ultimo decennio è il dimezzamento del saldo positivo tra mobilità attiva e passiva, che rimane in ogni caso di oltre 15 mila ricoveri.

Considerando l'andamento della mobilità per gruppi di discipline si rileva un saldo largamente positivo per molte discipline chirurgiche, in particolare per Urologia, Chirurgia Generale, Oculistica, Neurochirurgia, Otorinolaringoiatria, Ortopedia e per la disciplina di Psichiatria. Da segnalare l'andamento del saldo di mobilità per l'Oncologia-Ematologia che 2000 risulta l'unico fortemente negativo, si riequilibra nel corso degli anni successivi, per poi diventare nuovamente negativo nell'ultimo triennio; tale ultimo trend è in parte artificioso perché attribuibile al passaggio di molti ricoveri in regime ambulatoriale solo nel Veneto, non nelle altre Regioni. Nel 2009 inoltre mostrano saldi negativi anche se contenuti le discipline dell'area Materno-Infantile, Medicina Generale, Cardiologia e Lungodegenza. Inoltre per la Riabilitazione e alcune discipline chirurgiche il saldo, pur rimanendo positivo, si è fortemente ridotto.

L'analisi della mobilità passiva extra regione per ULSS di residenza mostra un indice di fuga in crescita in tutte le Aziende, con valori più elevati nel 2009 per le Aziende ULSS delle aree geografiche di confine come le Aziende ULSS 10, 18, 1 e 7. Le Regioni che giustificano l'80% della mobilità passiva sono nell'ordine il Friuli-Venezia Giulia (soprattutto per i day hospital), Emilia Romagna, Lombardia, e Provincia di Trento (soprattutto per i ricoveri in Riabilitazione). Le principali strutture ospedaliere in cui si concentra la mobilità passiva per i singoli raggruppamenti di discipline sono: per l'Ortopedia la casa di Cura San Giorgio e l'Azienda Ospedaliera di Pordenone e l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna; per il settore Materno-Infantile l'Azienda Ospedaliera di Ferrara, l'Ospedale di Latisana, e l'IRCCS Burlo Garofalo di Trieste; per l'Oncoematologia e la Chirurgia Generale il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano; per la Riabilitazione la Casa di Cura di Arco di Trento; per altre discipline le Aziende Ospedaliere di Ferrara, Pordenone e Udine.

L'analisi della mobilità intraregionale evidenzia dinamiche in parte legate alla gerarchizzazione dell'offerta di specialità, anche se in misura diversa tra le Aziende ULSS che non dispongono di "alte specialità", con saldi complessivi (comprensivi della mobilità intra e extra regionale) fortemente positivi per le Aziende ULSS sedi di Aziende Ospedaliere (in particolare Padova) e per l'Azienda ULSS 22.

La valutazione delle potenzialità delle strutture sanitarie, sulla base dell'attuale sistema informativo, evidenzia in sintesi, per quanto riguarda il setting ospedaliero, alcuni profili specifici:

- non omogeneità nelle dotazioni strutturali tra le varie Aziende ULSS, in particolare nella distribuzione della dotazione di posti letto ospedalieri per acuti e per riabilitazione;
- un trend omogeneo di riduzione dell'utilizzo complessivo dell'ospedale per acuti;
- una diversa distribuzione dell'utilizzo dell'ospedale tra le diverse Aziende ULSS e un profilo di mobilità attiva e passiva in parte coerente o con le situazioni geografiche di confine di alcune Aziende o con la distribuzione territoriale delle alte specialità;

- un incremento della mobilità passiva, non solo ascrivibile alle Aziende di confine ma anche a alcune specificità di domanda che può non trovare risposta nel contesto regionale veneto (ad esempio: Riabilitazione);
- una progressiva modifica della composizione della casistica ospedaliera legata a diversi fattori, quali una progressiva maggiore appropriatezza organizzativa e mutamenti dei profili di cura;
- uno spostamento delle prestazioni da regime di degenza a regime ambulatoriale in linea con le indicazioni regionali.

### **3.4 Assistenza specialistica ambulatoriale**

L'assistenza specialistica è un'attività sanitaria erogata in regime ambulatoriale a fini diagnostici e/o terapeutici: si osserva un incremento di questa attività legato alle trasformazioni tecnologiche e organizzative dell'ospedale, a questioni epidemiologiche, alla diversa percezione della popolazione e alla complessità delle prestazioni richieste in relazione delle innovazioni tecnologiche. La riduzione della durata della degenza ospedaliera comporta, inoltre, una maggiore richiesta di prestazioni di controllo e monitoraggio.

L'assistenza specialistica ambulatoriale viene oggi garantita sia in ambito ospedaliero che distrettuale (anche presso le forme associative evolute della medicina generale e a domicilio) sia da professionisti convenzionati che dipendenti, con un diverso contratto di lavoro, nonché da strutture private accreditate. I modelli organizzativi-gestionali e l'allocazione delle risorse, il tipo e numero di prestazioni specialistiche erogate in rapporto alla popolazione residente, presentano differenze anche rilevanti nel contesto regionale, generalmente non associabili a una diversa tipologia di domanda.

Altro elemento di criticità è la presenza di sistemi informativi sanitari di relativa recente istituzione e quindi non sempre ancora in grado di produrre informazioni valide ai fini di un'appropriata, sistematica e corretta attività di monitoraggio di tale setting assistenziale particolarmente rilevante anche con riferimento al problema delle "liste di attesa".

Con riferimento alle informazioni utilizzabili oggi, con le criticità sopra descritte, si rileva un volume annuale di prestazioni per mille abitanti pari a circa 15 mila, tra le quali in particolare circa 10 mila prestazioni di laboratorio e circa 700 di radiodiagnostica.

Per quanto riguarda specificamente l'archivio delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (Datawarehouse Regione del Veneto, anno 2009), si osservano flussi inter-aziendali che riguardano in particolare le Aziende ULSS di confine e quelle capoluogo di Provincia, con in qualche caso significative differenze nella capacità attrattiva di alcune Aziende ULSS per particolari branche specialistiche.

### **3.5 Assistenza farmaceutica**

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.

La spesa per la farmaceutica territoriale convenzionata nel 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. Questi tre gruppi di farmaci giustificano quasi la metà della spesa farmaceutica territoriale.

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 quanto a proporzione di soggetti in trattamento (casi "prevalenti") ma invece nella scomposizione della spesa per singoli farmaci antiipertensivi.

I farmaci ipolipemizzanti costituiscono la seconda voce di spesa, che peraltro nel 2009 risulta aumentata del 14% rispetto al 2008, con una certa variabilità territoriale anche tenendo conto della diversa struttura demografica.

La spesa per farmaci antiulcera peptica rispetto all'anno precedente risulta nel 2009 aumentata del 10% circa, un aumento in linea con quanto verificatosi negli anni precedenti e tale da aver portato a un raddoppio delle dosi prescritte nel giro di 5 anni. Anche per tale categoria di farmaci si osservano differenze tra le varie Aziende ULSS nella proporzione di popolazione in trattamento anche dopo correzione per la struttura demografica della popolazione.

In sintesi, a livello di Azienda ULSS si osservano 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 a una sempre maggiore aggressività nell'approccio terapeutico delle condizioni morbose croniche, è prevedibile un incremento nel numero assoluto di soggetti con prescrizione di 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 prescrittiva.