



REGIONE DEL VENETO

I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012

Febbraio 2014





REGIONE DEL VENETO

I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012

Febbraio 2014





I ricoveri in Veneto dal 2006 al 2012

A cura di:

Ugo Fedeli, Elena Schievano, Francesco Avossa, Francesco Carlucci, Manola Lisiero,
Michele Pellizzari, Nicola Gennaro, Mara Pigato, Fabio Fuolega, Mario Saugo.

Febbraio 2014

Sistema Epidemiologico Regionale (SER)

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 – Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

Il volume è pubblicato anche sul sito Web:

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

Con la collaborazione di:

Dott. Claudio Costa, Direttore Sezione Controlli, Governo e personale SSR

Ing. Francesco Bortolan, Responsabile Settore Controllo Investimenti Prezzi Acquisti SSR

Ing. Lorenzo Gubian, Responsabile Settore Sistema Informatico SSR

Il Sistema Epidemiologico Regionale (SER) afferisce alla

Direzione Controlli e Governo SSR

Sede: Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30125 Venezia

Telefono: 041-279.3559 Fax: 041-279.3503

e-mail: controlli.govssr@regione.veneto.it

Licenza Creative Commons



Alcuni diritti riservati - Il presente rapporto sull'Ospedalizzazione e la mobilità sanitaria è rilasciato ai termini della licenza Creative Commons. Pubblicazione a cura del Sistema Epidemiologico Regionale (SER)

Le libertà per l'utente



L'utente è libero di riprodurre, distribuire, comunicare ed esporre in pubblico quest'opera o singole parti di essa

alle seguenti condizioni:



Attribuzione: l'utente deve attribuire la paternità dell'opera al Sistema Epidemiologico Regionale (SER) in modo tale da non suggerire un avallo delle strutture regionali dell'utente stesso e del modo in cui usa l'opera.



Non commerciale: l'utente non può usare quest'opera per fini commerciali.



Condivisione allo stesso modo: l'utente che alteri o trasformi quest'opera, o la usi per crearne un'altra, può distribuire l'opera risultante solo con una licenza identica o equivalente a questa.

Ogni volta che l'utente usa o distribuisce quest'opera, deve farlo secondo i termini di questa licenza, che va comunicata con chiarezza. In ogni caso, l'utente può concordare con gli Uffici regionali preposti diversi utilizzi. Questa licenza lascia impregiudicati i diritti morali. Le utilizzazioni consentite dalle norme sul diritto di autore e gli altri diritti non sono in alcun modo limitati da quanto sopra.

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi alla:

Segreteria del Sistema Epidemiologico regionale

Sistema Epidemiologico Regionale (SER)

Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova

Telefono: 049 8778252 – Fax: 049 8778235

e-mail: ser@regione.veneto.it

Prefazione

Questo Rapporto del Sistema Epidemiologico Regionale sull'ospedalizzazione fotografa la situazione ed i trend clinico-assistenziali ed organizzativi in atto negli ospedali della nostra Regione al momento dell'approvazione delle schede di dotazione ospedaliera e territoriale previste dal nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016.

La puntuale analisi dei dati 2006-2012 rinvia più volte al lavoro di riprogrammazione dei servizi che il Veneto ha svolto con continuità fin dall'avvio del Sistema Socio-Sanitario Regionale. In diverse specialità mediche e chirurgiche l'attività di ricovero acuto ordinario è stata via via sostituita con quella di ricovero acuto giornaliero e quest'ultima con l'attività ambulatoriale. Queste scelte hanno influenzato marcatamente i trend storici di attività e di mobilità interregionale, liberando risorse da reinvestire all'interno del Servizio Sanitario Regionale.

L'esempio più evidente è quello dell'Oncoematologia in cui il numero di ricoveri dei cittadini veneti si è ridotto di un terzo tra il 2006 ed il 2012 (circa 45.000 unità in meno in valore assoluto). Tutto questo:

- assicurando sicurezza e qualità di servizio anche all'interno del setting ambulatoriale
- liberando risorse umane ed economiche per i farmaci più innovativi e promettenti e per le cure palliative
- conservando sostanzialmente in termini assoluti (una volta che si consideri anche l'attività ambulatoriale) la capacità di attrazione nei confronti dei pazienti delle altre regioni, in uno scenario che è ormai del tutto aperto - anche dal punto di vista normativo - alla mobilità ed alla competizione internazionale.

Per la prima volta nel 2012 il tasso di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari per acuti nel Veneto è sceso al di sotto della soglia di 100 per 1.000 residenti - il più basso d'Italia, con una differenza del 15% rispetto della media nazionale. Questa riduzione importante dei ricoveri ordinari per acuti impone - tra le altre cose - un monitoraggio stretto dei rientri in ospedale avvenuti a pochi giorni di distanza da una precedente dimissione, specie nei pazienti anziani che devono trovare una adeguata rete di protezione nelle Cure Primarie, nell'Assistenza e nelle Cure Domiciliari, nella residenzialità. Non si tratta quindi di partecipare ad una specie di campionato tra le Regioni, ma di dimostrare nei fatti che è possibile assicurare qualità, sostenibilità e capacità innovativa al servizio sanitario anche in tempi di crisi.

Sono ben consapevole - e con me tutta la struttura tecnica regionale e tutte le Direzioni delle Aziende Sanitarie - delle capacità umane, professionali e relazionali che questo sforzo richiede quotidianamente ai medici ed agli operatori sanitari dell'ospedale e del territorio; a loro indirizzo il ringraziamento ed il concreto impegno mio e della Giunta.

L'Assessore alla Sanità
(Luca Coletto)



Indice

Prefazione

Capitolo primo: l'ospedalizzazione generale	9
1.1 Le dimissioni dagli ospedali del Veneto	9
1.2 Le dimissioni dalle strutture private	20
1.3 I ricoveri dei residenti e i tassi di ospedalizzazione	26
Capitolo secondo: la mobilità	29
2.1 Mobilità interregionale: andamento temporale	29
2.2 Direzione dei flussi di mobilità interregionale	32
2.3 La mobilità nelle Aziende ULSS	35
Capitolo terzo: le malattie circolatorie	41
3.1 Infarto acuto del miocardio	41
3.2 Scompenso cardiaco	48
3.3 Ictus	54
Capitolo quarto: i tumori maligni	61
4.1 Metodi di analisi	61
4.2 Ricoveri complessivi per tumore	62
4.3 Neoplasie del polmone	65
4.4 Neoplasie del colon retto	68
4.5 Neoplasie di esofago e stomaco	71
4.6 Neoplasie della mammella	74

4.7	Neoplasie della prostata	77
4.8	Neoplasie della vescica	79
4.9	Neoplasie del rene	82
4.10	Neoplasie della tiroide	85
	Capitolo quinto: le patologie respiratorie	89
	Capitolo sesto: le riammissioni ospedaliere nella popolazione anziana	97
6.1	Metodi di analisi	97
6.2	Caratteristiche generali	98
6.3	Riospedalizzazioni mediche: caratteristiche demografiche e cliniche	108
6.4	Riospedalizzazioni mediche: fattori di rischio	111
6.5	Conclusioni	117
	Note metodologiche	119

Capitolo primo: l'ospedalizzazione generale

I dati utilizzati derivano dall'archivio regionale (Data Warehouse Sanità del Veneto) delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) degli anni 2006-2012 relative ai pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere della Regione del Veneto e ai residenti in Veneto ricoverati in altre Regioni. Da tutte le analisi sono state escluse le dimissioni con DRG "391-Nato sano". Alcuni confronti con i dati nazionali sono presentati facendo riferimento al "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2012", del Ministero della Salute (reperibile sul sito Internet <http://www.salute.gov.it>).

1.1 Le dimissioni dagli ospedali del Veneto

Il numero di dimissioni dalle strutture ospedaliere regionali si è ridotto del 20%, da più di 860.000 nel 2006 a meno di 690.000 nel 2012 (Tabella 1.1). Tale trend, osservabile per tutto il corso degli anni analizzati, è la combinazione di diverse dinamiche che hanno interessato le varie tipologie di ricovero.

I ricoveri ordinari per acuti sono diminuiti in ogni singolo anno di osservazione e sono calati complessivamente del 15%. In Tabella 1.2 si può osservare come la degenza media abbia mostrato un contenuto aumento negli ultimi anni. I dati dell'ultimo rapporto ministeriale evidenziano per il Veneto una degenza media nettamente superiore al dato nazionale (8,2 vs. 6,8 giorni); di conseguenza, mentre il numero di ricoveri ordinari per acuti effettuati nel Veneto rappresenta solo il 7,0% del totale nazionale, il totale delle giornate di degenza raggiunge l'8,4% della quota complessiva nazionale. In ogni caso, nonostante la degenza media abbia superato gli 8 giorni, a livello regionale il numero totale delle giornate di degenza nei ricoveri ordinari per acuti si è ridotto del 12% nel periodo 2006-2012.

I ricoveri diurni per acuti sono diminuiti nel biennio 2007-2008 (con il passaggio al regime ambulatoriale dei ricoveri per chemioterapia) e nuovamente negli ultimi due anni di osservazione. Con il passaggio al regime ambulatoriale di cicli terapeutici particolarmente complessi, il ricovero diurno si caratterizza principalmente per l'attività chirurgica che richiede un numero limitato di accessi (il numero medio di accessi è calato da 3 nel 2006 a meno di 2 nell'ultimo anno). Di conseguenza, il numero totale di accessi in Day Hospital si è più che dimezzato rispetto al valore registrato nel 2006.

I ricoveri in lungodegenza nel 2012 non hanno registrato la riduzione evidenziata in tutti i precedenti anni di osservazione, rimanendo comunque sotto i 10.000 (-24% rispetto al 2006).

Tabella 1.1 Dimissioni per tipo di assistenza: numero (N) e percentuale (%). Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2006-2012

Anno	Tipo di assistenza								Totale	
	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Lungodegenza		Riabilitazione			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2006	571.299	66,2	249.833	28,9	12.781	1,5	29.626	3,4	863.539	100,0
2007	557.607	67,6	226.067	27,4	11.455	1,4	29.714	3,6	824.843	100,0
2008	549.127	69,0	207.601	26,1	11.466	1,4	27.900	3,5	796.094	100,0
2009	537.099	69,1	199.556	25,7	11.173	1,4	29.217	3,8	777.045	100,0
2010	527.086	68,7	199.663	26,0	10.369	1,4	30.324	4,0	767.442	100,0
2011	503.418	69,0	186.743	25,6	9.542	1,3	29.741	4,1	729.444	100,0
2012	485.680	70,6	162.271	23,6	9.687	1,4	30.404	4,4	688.042	100,0

Infine i ricoveri riabilitativi erogati in regime ordinario o diurno continuano ad oscillare attorno ad un valore di circa 29.000-30.000. Il numero totale di giornate/accessi è in crescita a partire dal 2008, ed ha superato il valore di 670.000.

Tabella 1.2 Giornate di degenza/accessi (N) e degenza media/numero medio di accessi (Media) per tipo di assistenza. Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2006-2012.

Anno	Tipo di assistenza									
	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media
2006	4.517.073	7,9	737.844	3,0	325.913	25,5	616.340	20,8	6.197.170	7,2
2007	4.450.330	8,0	641.931	2,8	312.326	27,3	627.895	21,1	6.032.482	7,3
2008	4.408.794	8,0	501.173	2,4	303.173	26,4	613.257	22,0	5.826.397	7,3
2009	4.336.512	8,1	422.934	2,1	306.115	27,4	630.013	21,6	5.695.574	7,3
2010	4.285.033	8,1	406.765	2,0	295.400	28,5	648.596	21,4	5.635.794	7,3
2011	4.146.390	8,2	369.274	2,0	267.834	28,1	651.614	21,9	5.435.112	7,5
2012	3.963.975	8,2	305.954	1,9	264.405	27,3	673.413	22,1	5.207.747	7,6

La Tabella 1.3 mostra l'andamento dei ricoveri per acuti negli ospedali del Veneto per gruppi di discipline (vedi 'Note metodologiche' per la loro aggregazione). Nel periodo 2006-2012 si registra una forte riduzione delle dimissioni da tutte le discipline, eccetto poche specialità chirurgiche (Cardiochirurgia, Neurochirurgia). La riduzione è stata del 22% nell'area della Chirurgia Generale, del 18% in quella della Medicina Generale, e del 15% nella Materno-Infantile. Per Oculistica ed Oncologia-Ematologia il calo è stato particolarmente accentuato dal passaggio di intere tipologie di ricovero al regime ambulatoriale; nel 2011-2012 per un fenomeno analogo si osserva un'importante riduzione dei ricoveri in Ortopedia, che erano invece rimasti stabili nella prima parte del periodo di osservazione.

Tabella 1.3 Dimissioni da reparti per acuti per raggruppamenti di specialità (regime ordinario e diurno): numero (N) e percentuale (%). Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2006-2012.

Disciplina	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cardiochirurgia	4.051	0,5	3.944	0,5	3.913	0,5	4.017	0,5	3.902	0,5	4.490	0,7	3.994	0,6
Cardiologia	42.770	5,2	42.181	5,4	42.274	5,6	42.041	5,7	42.914	5,9	40.774	5,9	40.293	6,2
Chirurgia Generale	132.070	16,1	126.724	16,2	122.832	16,2	118.298	16,1	116.150	16,0	108.490	15,7	103.326	15,9
Chirurgia Plastica	6.585	0,8	6.690	0,9	6.635	0,9	6.852	0,9	6.468	0,9	5.674	0,8	4.852	0,7
Chirurgia Vascolare	7.122	0,9	6.319	0,8	6.154	0,8	6.568	0,9	6.412	0,9	6.214	0,9	5.767	0,9
Gastroenterologia	8.805	1,1	8.454	1,1	8.296	1,1	8.307	1,1	7.605	1,0	6.992	1,0	6.228	1,0
Malattie Infettive	5.096	0,6	4.861	0,6	4.584	0,6	4.844	0,7	4.740	0,7	4.335	0,6	4.226	0,7
Materno Infantile	149.638	18,2	146.274	18,7	146.430	19,4	143.492	19,5	141.535	19,5	135.114	19,6	126.952	19,6
Medicina Generale	156.583	19,1	147.802	18,9	142.729	18,9	138.511	18,8	137.808	19,0	133.378	19,3	128.612	19,8
Nefrologia	6.233	0,8	5.971	0,8	6.138	0,8	6.041	0,8	6.111	0,8	5.773	0,8	5.633	0,9
Neurochirurgia	8.603	1,0	8.761	1,1	8.873	1,2	9.102	1,2	9.154	1,3	8.576	1,2	8.534	1,3
Neurologia	21.776	2,7	19.282	2,5	19.171	2,5	18.143	2,5	17.763	2,4	16.622	2,4	16.121	2,5
Oculistica	19.671	2,4	15.381	2,0	15.347	2,0	15.631	2,1	15.479	2,1	13.106	1,9	10.419	1,6
Oncoematologia	45.588	5,6	36.777	4,7	22.497	3,0	16.622	2,3	15.069	2,1	13.138	1,9	11.953	1,8
Ortopedia	100.343	12,2	97.919	12,5	97.589	12,9	97.840	13,3	96.332	13,3	92.595	13,4	83.104	12,8
Otorinolaringoiatria	40.794	5,0	39.695	5,1	37.943	5,0	35.046	4,8	33.947	4,7	32.155	4,7	30.554	4,7
Psichiatria	14.004	1,7	15.300	2,0	15.080	2,0	14.723	2,0	14.681	2,0	14.139	2,0	12.834	2,0
Terapia intensiva	6.415	0,8	6.491	0,8	6.331	0,8	6.287	0,9	6.235	0,9	5.635	0,8	5.511	0,9
Urologia	44.985	5,5	44.848	5,7	43.912	5,8	44.290	6,0	44.444	6,1	42.961	6,2	39.038	6,0
Totale	821.132	100,0	783.674	100,0	756.728	100,0	736.655	100,0	726.749	100,0	690.161	100,0	647.951	100,0

In Tabella 1.4 è presentato il numero di dimissioni per i DRG più frequenti nel 2012 (ed il loro trend a partire dal 2006) secondo un ordinamento che mantiene assieme i DRG definiti con o senza complicanze (DRG omologhi).

Il DRG più frequente è quello di parto vaginale senza diagnosi complicanti; nel complesso i ricoveri per parto (naturale o cesareo) hanno raggiunto un picco nel 2008 fino a superare i 46.000, per poi calare a poco più di 42.000 nel 2012 (quarto anno consecutivo di riduzione dei parti negli ospedali regionali). Tra i DRG ostetrici i ricoveri per aborto (che includono sia le interruzioni volontarie di gravidanza che gli aborti spontanei) si sono ridotti costantemente negli anni analizzati.

Tra i DRG medici i più frequenti vi è quello per 'insufficienza cardiaca e shock', che è stabilizzato attorno ad un valore di 19.000 dimissioni annue. I ricoveri per emorragia/infarto cerebrale sono rimasti stabili in numero assoluto fino al 2008; si noti che a partire dal 2009 gli infarti cerebrali trattati con trombolisi vengono classificati in un DRG specifico (DRG 559 – Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici); inoltre, sempre a partire dal 2009 alcune patologie cerebrovascolari mal definite sono attribuite ad altro DRG. Questo spiega in parte la riduzione osservata nell'ultimo quadriennio. I ricoveri per polmonite e pleurite (con/senza complicanze) hanno registrato una lieve crescita negli anni esaminati, mentre sono aumentate del 24% le dimissioni con DRG di 'edema polmonare e insufficienza respiratoria'. Si sono invece ridotti del 31% i ricoveri per aritmie, e del 35% quelli per esofagite/gastroenterite. Si sono quasi raddoppiate le dimissioni per altre diagnosi del sistema muscoloscheletrico (DRG 256), rappresentate soprattutto tra i ricoveri riabilitativi.

Tra i DRG chirurgici, le dimissioni per interventi ginecologici (escluse le neoplasie maligne), dopo una crescita costante fino al 2011, si sono ridotte nel 2012. E' da segnalare che l'adozione di successive versioni dei DRG ha comportato variazioni soprattutto per alcuni DRG ortopedici; tra questi è comunque da sottolineare il dimezzamento dei ricoveri per interventi sul ginocchio registrato nell'ultimo biennio per il passaggio di parte degli interventi al setting ambulatoriale.

Infine, bisogna considerare che alcune delle principali cause di ricovero nella prima parte dello scorso decennio non compaiono più tra i DRG più frequenti nel 2012. Si tratta di interventi chirurgici eseguiti ormai ambulatorialmente (interventi di ernia inguinale e femorale, decompressione del tunnel carpale, legatura e stripping di vene, interventi sul cristallino), i ricoveri per chemioterapia (costituivano il DRG più frequente nel periodo 2001-2006, e sono crollati con il passaggio al regime ambulatoriale nel 2007), i ricoveri per affezioni mediche del dorso.

Tabella 1.4 Dimissioni per i DRG più frequenti nel 2012 (tutte le tipologie di ricovero). Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2006-2012.

DRG	Anno							Var. % 2006- 2012
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	30.734	31.254	31.925	30.957	30.786	29.941	29.420	-4,3
372-Parto vaginale con diagnosi complicanti	845	870	980	941	933	1.134	1.108	31,1
127-Insufficienza cardiaca e shock	18.590	18.468	19.040	18.955	19.526	18.470	18.418	-0,9
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	14.920	15.388	15.802	16.987	17.635	18.118	15.816	6,0
358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	513	514	502	466	417	407	414	-19,3
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori				14.543	14.948	14.957	15.349	
381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	14.640	14.628	14.282	14.190	13.591	12.464	12.039	-17,8
371-Parto cesareo senza CC	12.531	12.521	12.501	12.530	12.130	11.214	10.889	-13,1
370-Parto cesareo con CC	824	812	868	897	798	808	871	5,7
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	6.319	6.092	6.277	6.572	6.567	6.783	6.757	6,9
090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	3.743	3.722	3.773	3.916	3.627	3.951	3.787	1,2
256-Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5.596	6.495	6.699	7.653	8.352	10.260	10.498	87,6
125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	5.893	5.825	5.894	6.266	6.637	6.317	6.529	10,8
124-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	2.830	2.811	2.953	2.848	3.016	2.916	2.938	3,8
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	7.198	7.517	7.860	7.911	8.362	8.206	8.949	24,3

Tabella 1.4 (continua) Dimissioni per i DRG più frequenti nel 2012 (tutte le tipologie di ricovero). Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2006-2012.

DRG	Anno							Var. % 2006- 2012
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
430-Psicosi	8.908	9.171	9.091	8.986	8.611	8.285	8.644	-3,0
225-Interventi sul piede	6.357	6.747	6.761	7.604	7.354	8.417	8.361	31,5
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	16.800	17.282	17.049	17.056	16.626	13.746	8.323	-50,5
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	10.384	10.403	10.261	8.402	8.525	8.155	8.226	-20,8
311-Interventi per via transuretrale senza CC	6.588	6.872	7.261	7.339	7.643	7.720	7.436	12,9
310-Interventi per via transuretrale con CC	972	878	923	832	776	747	773	-20,5
139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	8.267	8.232	7.956	7.729	7.563	6.582	6.199	-25,0
138-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	2.754	2.678	2.574	2.293	2.210	1.900	1.573	-42,9
183-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	9.132	8.285	7.960	7.357	6.917	6.441	5.730	-37,3
182-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	2.681	2.602	2.563	2.316	2.270	2.100	1.915	-28,6
158-Interventi su ano e stoma senza CC	6.571	6.412	6.726	7.313	7.281	7.126	6.868	4,5
157-Interventi su ano e stoma con CC	247	274	281	278	257	227	250	1,2
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	6.032	6.234	6.573	6.854	7.169	6.644	6.641	10,1
493-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	670	617	569	539	506	478	472	-29,6

La Tabella 1.5 sintetizza l'andamento nel tempo dei ricoveri chirurgici e medici per acuti per regime di ricovero (ordinario/diurno).

Nel complesso le dimissioni con DRG chirurgico si sono ridotte del 15% e quelle con DRG medico del 26%; negli ultimi anni i ricoveri chirurgici rappresentano circa la metà dei ricoveri totali. Tra i DRG chirurgici, i ricoveri ordinari sono andati riducendosi gradualmente nel periodo 2006-2012 (complessivamente -13%), mentre i diurni, rimasti sostanzialmente stabili sino al 2010, sono sensibilmente diminuiti nell'ultimo biennio, fino a registrare nel 2012 un valore inferiore del 18% rispetto al 2006. Tra i DRG medici, la quota di ricoveri diurni è crollata dopo il 2006; nel 2012 i ricoveri diurni sono meno di 42.000 e rappresentano meno del 13% del totale dei ricoveri medici.

Tabella 1.5 Dimissioni da reparti per acuti per tipo di DRG e regime di ricovero. Numero (N) e percentuale per regione di ricovero (%). Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2006-2012.

Anno	DRG Chirurgici				DRG Medici			
	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Acuti Ordinari		Acuti Diurni	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2006	229.010	60,8	147.684	39,2	342.230	77,0	102.131	23,0
2007	224.005	61,4	141.091	38,6	333.288	79,7	84.673	20,3
2008	218.382	60,5	142.346	39,5	330.589	83,5	65.223	16,5
2009	218.559	60,2	144.276	39,8	318.445	85,2	55.194	14,8
2010	213.896	59,6	145.267	40,4	313.102	85,2	54.352	14,8
2011	205.022	60,0	136.943	40,0	298.378	85,7	49.800	14,3
2012	198.913	62,3	120.489	37,7	286.762	87,3	41.782	12,7

Nella Tabella 1.6 viene confrontata la durata della degenza dei DRG più frequenti in regime ordinario per acuti negli anni 2012 e 2006. Si può osservare come la degenza mediana sia rimasta sostanzialmente stabile per la maggior parte dei DRG. Per i ricoveri ostetrici, ginecologici, ortopedici e di chirurgia generale, la durata della degenza è in linea con la degenza media riportata a livello nazionale. In generale per i principali DRG medici la degenza nelle strutture regionali è superiore ai valori medi nazionali riportati nell'ultimo rapporto ministeriale.

Tabella 1.6 Dimissioni da reparti per acuti in regime ordinario per i DRG più frequenti: numero (N) e durata della degenza. Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2006 e 2012.

DRG	2006			2012		
	N	Degenza Media	Degenza Mediana	N	Degenza Media	Degenza Mediana
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	30.728	3,6	3	29.417	3,4	3
372-Parto vaginale con diagnosi complicanti	841	5,1	4	1.107	4,4	4
127-Insufficienza cardiaca e shock	17.425	10,8	9	17.504	10,8	9
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori				15.345	10,2	9
371-Parto cesareo senza CC	12.531	5,5	5	10.889	4,8	4
370-Parto cesareo con CC	824	7,4	6	871	7,4	5
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	5.940	13,1	11	6.426	12,4	10
090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	3.542	10,4	9	3.686	9,4	8
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	9.768	4,5	4	9.080	3,8	4
358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	483	8	7	396	8	6
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	6.632	10,7	9	8.378	11,6	9
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	9.393	12,5	10	7.800	12	10
125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	4.393	4,8	3	4.809	4,8	3
124-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	2.614	9,3	7	2.740	9,8	7
430-Psicosi	7.992	19,7	15	7.328	19,1	15
183-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	7.595	6	5	5.074	5,8	5
182-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	2.512	9,5	8	1.868	9,7	8
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	6.021	4	3	6.064	3,4	3
493-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	670	9,4	7	463	11,5	9
211-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	3.866	10,9	10	3.025	11,9	11
210-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	1.193	18,2	15	1.717	17,1	15
219-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	4.504	7	6	4.235	6,8	6
218-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	470	13,9	12	463	15	12
316-Insufficienza renale	4.225	10,9	8	4.394	11,4	9
224-Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	2.758	3,2	2	2.289	3,2	2
223-Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	2.082	2,6	2	2.104	2	1
576-Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni				4.314	14,2	11
208-Malattie delle vie biliari senza CC	2.665	7,1	6	2.791	7	6
207-Malattie delle vie biliari con CC	1.435	11,1	9	1.521	12,1	10
311-Interventi per via transuretrale senza CC	3.688	3,2	2	3.486	3,2	2

Questa discrepanza può essere in parte legata alla selezione di pazienti più complessi (e che dunque necessitano di degenze più lunghe) cui viene riservato il ricovero per acuti nell'ambito di un processo di de-ospedalizzazione più marcato a livello regionale che a livello nazionale. Particolare è il caso del DRG 430-psicosi, in cui nella nostra Regione rientrano sia i ricoveri per episodi acuti generalmente trattati nelle psichiatrie degli ospedali pubblici, sia quelli di natura riabilitativa trattati presso le strutture private (la degenza media è pari a quasi 13,5 giorni a livello nazionale, e a circa 19 giorni nel Veneto). Nel rapporto ministeriale sui dati 2012, tra i DRG più rappresentati a livello nazionale nei ricoveri ordinari per acuti compaiono ancora ricoveri che in Veneto vengono eseguiti prevalentemente in regime diurno (interventi sul piede, aborto, aritmia) o nel setting ambulatoriale (chemioterapia, interventi sul ginocchio, interventi per ernia).

La Tabella 1.7 mostra per gli anni 2012 e 2006 i DRG più frequenti in regime diurno per acuti con il rispettivo numero medio e mediano di accessi; è riportata inoltre la percentuale rappresentata dai ricoveri diurni sul totale dei ricoveri per lo specifico DRG, che risulta aumentata per la maggior parte dei DRG chirurgici (in particolare per gli interventi su ano e stoma, transuretrali, miscellanea di interventi ORL e interventi su spalla, gomito e avambraccio escluse le articolazioni maggiori). Si conferma come siano ormai poche le tipologie di ricovero diurno medico rappresentate con una certa consistenza, tra cui i DRG di aritmia e quelli relativi al follow-up endoscopico di neoplasie maligne (comunque in considerevole calo nel periodo analizzato). I dati evidenziano come una quota consistente degli interventi elettivi in ambito ginecologico, ortopedico, urologico o di chirurgia generale sia eseguito con un singolo accesso di day surgery; bisogna poi considerare che in alcuni casi una notevole quota di procedure non è più rintracciabile nei dati di ricovero perché eseguita in ambito ambulatoriale.

Tabella 1.7 Dimissioni da reparti per acuti in regime diurno per i DRG più frequenti: numero (N), percentuale (%) sul totale dei ricoveri (ordinari+diurni) e numero medio e mediano di accessi. Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2006 e 2012.

DRG	2006				2012			
	N	%	Accessi: Media	Accessi: Mediana	N	%	Accessi: Media	Accessi: Mediana
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	11.984	71,3	1,6	1	5.537	66,5	1,6	1
158-Interventi su ano e stoma senza CC	3.667	55,8	2,1	1	4.755	69,2	1,8	1
157-Interventi su ano e stoma con CC	59	23,9	2,0	1	87	34,8	1,4	1
538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC					4.402	64,7	1,4	1
537-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC					29	24,6	1,8	1
311-Interventi per via transuretrale senza CC	2.900	44,0	1,6	1	3.949	53,1	1,7	1
310-Interventi per via transuretrale con CC	255	26,2	1,8	1	210	27,2	2,2	2
229-Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	6.059	69,4	1,8	1	4.069	74,0	1,7	1
364-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	8.490	86,3	1,3	1	4.050	82,9	1,2	1
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	4.452	72,2	1,9	1	3.906	76,0	1,9	1
265-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	49	36,8	2,8	1	44	30,3	2,4	1
060-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	5.066	84,1	1,9	2	3.927	90,2	1,7	1
139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	3.757	45,4	1,8	1	3.852	62,1	1,6	1
138-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	372	13,5	1,9	2	72	4,6	1,6	1
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	10.455	80,8	1,9	1	3.596	70,6	1,6	1
161-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	220	45,0	2,6	3	64	24,7	1,7	1
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	2.818	46,8	1,7	1	3.305	55,0	1,5	1
270-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	5.097	85,1	2,0	1	3.183	83,7	1,7	1
269-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	54	26,0	3,0	2	29	15,0	1,8	1
467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	2.892	64,0	3,0	2	2.839	43,4	2,2	1
227-Interventi sui tessuti molli senza CC	2.720	53,6	1,7	1	2.824	60,5	1,6	1
226-Interventi sui tessuti molli con CC	20	16,7	2,1	2	9	4,6	3,6	3
412-Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	3.759	81,2	1,2	1	2.799	87,2	1,1	1
408-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	2.747	52,8	2,2	1	2.771	70,9	1,5	1
223-Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	456	18,0	1,7	1	1.869	47,0	1,2	1
224-Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	230	7,7	1,9	1	608	21,0	1,6	1

1.2 Le dimissioni dalle strutture private

Nella Tabella 1.8 viene presentato l'andamento delle dimissioni dalle strutture private del Veneto. Sul totale delle dimissioni regionali, le strutture private rendono conto di una percentuale che oscilla intorno al 18%, diversamente distribuita a seconda di tipologia e regime di ricovero: più di due terzi per i ricoveri in riabilitazione, più del 20% per gli acuti diurni, circa il 13% per gli acuti ordinari e la lungodegenza. Nel 2012 le dimissioni da strutture private sono diminuite di circa un punto percentuale rispetto all'anno precedente.

Tabella 1.8 Percentuale di dimissioni per acuti da strutture private per tipo di assistenza. Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2006-2012.

Anno	Acuti Ordinari	Acuti Diurni	Lungodegenza	Riabilitazione	Totale
2006	15,4	19,8	14,9	66,0	18,4
2007	14,9	18,8	13,8	67,3	17,9
2008	14,6	21,1	12,8	65,3	18,1
2009	14,3	22,4	10,8	68,1	18,4
2010	14,3	22,7	10,9	68,5	18,6
2011	14,4	22,1	11,5	68,6	18,6
2012	13,6	20,6	12,6	69,4	17,7

Analizzando il tipo di DRG relativamente ai ricoveri per acuti ordinari e diurni (Tabella 1.9), si può vedere che la quota dei privati sul totale è in calo per i ricoveri medici, sostanzialmente stabile fino al 2011 ed in riduzione nel 2012 per quelli chirurgici. Questa tendenza, unita alle variazioni complessive dell'ospedalizzazione regionale, ha fatto sì che tra i ricoveri per acuti delle strutture private i DRG chirurgici abbiano ormai più che doppiato in numero i DRG medici.

La Tabella 1.10 analizza più in dettaglio questi andamenti, riportando la quota dei ricoveri nelle strutture private sul totale regionale per raggruppamenti di discipline. L'Ortopedia, la Chirurgia Generale e Vascolare (seppure con un calo registrato negli ultimi anni), l'Oculistica e la Psichiatria sono le discipline con una maggiore quota rappresentata dalle strutture private.

Tabella 1.9 Dimissioni da reparti per acuti (regime ordinario e diurno) per tipo di struttura (pubblica/privata) e tipo di DRG: numero (N) e percentuale (%). Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2006-2012.

Anno	DRG Chirurgici				DRG Medici			
	Privato		Pubblico		Privato		Pubblico	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2006	87.795	23,3	288.899	76,7	49.488	11,1	394.873	88,9
2007	81.475	22,3	283.621	77,7	44.326	10,6	373.635	89,4
2008	81.599	22,6	279.129	77,4	42.435	10,7	353.377	89,3
2009	82.792	22,8	280.043	77,2	38.733	10,4	334.906	89,6
2010	82.128	22,9	277.035	77,1	38.357	10,4	329.097	89,6
2011	77.582	22,7	264.383	77,3	36.326	10,4	311.852	89,6
2012	66.822	20,9	252.580	79,1	32.733	10,0	295.811	90,0

Tabella 1.10 Percentuale di dimissioni per acuti da strutture private per raggruppamenti di specialità (regime ordinario e diurno). Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2006-2012.

Disciplina	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cardiologia	9,4	9,3	9,3	8,6	8,4	8,7	8,7
Chirurgia Generale	25,4	22,7	21,3	21,0	20,9	20,8	19,7
Chirurgia Plastica	-	-	-	-	-	0,9	0,5
Chirurgia Vascolare	29,2	24,7	25,0	28,5	29,1	26,8	25,6
Gastroenterologia	12,4	13,6	13,6	13,0	12,7	12,5	11,0
Malattie Infettive	8,7	9,0	9,2	9,3	9,9	10,7	11,1
Materno Infantile	9,5	9,7	10,0	10,3	10,3	11,0	9,6
Medicina Generale	13,1	12,1	11,6	11,6	12,0	11,7	11,1
Neurochirurgia	-	-	-	-	-	1,6	1,5
Neurologia	15,9	11,1	10,7	10,8	11,5	12,1	11,1
Oculistica	22,2	20,6	24,5	28,5	26,9	22,8	21,4
Oncoematologia	8,4	5,1	5,6	6,8	6,2	6,0	6,3
Ortopedia	34,4	35,1	36,9	36,8	37,3	36,8	35,1
Otorinolaringoiatria	12,0	11,6	12,4	9,1	9,4	9,7	10,8
Psichiatria	22,1	29,0	30,3	31,4	30,6	30,6	23,7
Terapia intensiva	19,9	20,2	19,8	21,9	21,3	20,2	16,4
Urologia	13,3	13,3	13,6	13,9	13,9	13,3	13,5
Totale	16,7	16,1	16,4	16,5	16,6	16,5	15,4

La Tabella 1.11 evidenzia il peso rappresentato dalle diverse discipline all'interno delle dimissioni dalle strutture private: nel complesso circa la metà dei ricoveri è in reparti di Ortopedia e Chirurgia Generale.

La Tabella 1.12 presenta i DRG più frequenti nelle dimissioni dalle strutture private, ed il loro andamento nel periodo 2006-2012. Come atteso dalle analisi precedenti, sono particolarmente rappresentati i DRG ortopedici (in particolare sono eseguite nelle strutture private quote rilevanti della chirurgia protesica, degli interventi sul ginocchio e sul piede), i DRG di altre specialità chirurgiche (interventi su utero ed annessi), ed i DRG delle aree riabilitativa e psichiatrica.

Tabella 1.11 Dimissioni per acuti dalle strutture private per raggruppamenti di specialità (regime ordinario e diurno): numero (N) e percentuale (%). Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2006-2012.

Disciplina	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cardiologia	4.007	2,9	3.908	3,1	3.911	3,2	3.612	3,0	3.623	3,0	3.551	3,1	3.497	3,5
Chirurgia Generale	33.554	24,4	28.703	22,8	26.162	21,1	24.794	20,4	24.236	20,1	22.533	19,8	20.392	20,5
Chirurgia Plastica											52	0,0	26	0,0
Chirurgia Vascolare	2.079	1,5	1.561	1,2	1.536	1,2	1.872	1,5	1.866	1,5	1.666	1,5	1.476	1,5
Gastroenterologia	1.096	0,8	1.150	0,9	1.128	0,9	1.083	0,9	963	0,8	876	0,8	683	0,7
Malattie Infettive	441	0,3	438	0,3	424	0,3	450	0,4	470	0,4	462	0,4	471	0,5
Materno Infantile	14.206	10,3	14.237	11,3	14.709	11,9	14.746	12,1	14.550	12,1	14.811	13,0	12.183	12,2
Medicina Generale	20.493	14,9	17.888	14,2	16.580	13,4	16.059	13,2	16.491	13,7	15.649	13,7	14.226	14,3
Neurochirurgia											133	0,1	131	0,1
Neurologia	3.454	2,5	2.136	1,7	2.046	1,6	1.958	1,6	2.035	1,7	2.014	1,8	1.796	1,8
Oculistica	4.359	3,2	3.165	2,5	3.760	3,0	4.461	3,7	4.162	3,5	2.989	2,6	2.233	2,2
Oncoematologia	3.851	2,8	1.878	1,5	1.263	1,0	1.135	0,9	928	0,8	783	0,7	749	0,8
Ortopedia	34.521	25,1	34.413	27,4	35.981	29,0	36.003	29,6	35.950	29,8	34.089	29,9	29.181	29,3
Otorinolaringoiatria	4.880	3,6	4.615	3,7	4.720	3,8	3.206	2,6	3.195	2,7	3.115	2,7	3.307	3,3
Psichiatria	3.089	2,3	4.441	3,5	4.576	3,7	4.621	3,8	4.492	3,7	4.330	3,8	3.037	3,1
Terapia intensiva	1.279	0,9	1.308	1,0	1.254	1,0	1.378	1,1	1.329	1,1	1.136	1,0	906	0,9
Urologia	5.973	4,4	5.960	4,7	5.985	4,8	6.147	5,1	6.195	5,1	5.719	5,0	5.261	5,3
Totale	137.283	100,0	125.801	100,0	124.035	100,0	121.525	100,0	120.485	100,0	113.908	100,0	99.555	100,0

Tabella 1.12 Dimissioni dalle strutture private per i DRG più frequenti nel 2012 (regime ordinario e diurno). Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2006-2012.

DRG	Anno							Var. % 2006-2012
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori				6.383	6.684	6.990	7.083	
256-Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	2.680	3.529	3.594	3.867	4.202	5.843	5.812	116,9
225-Interventi sul piede	3.463	3.743	3.692	4.261	4.180	4.802	4.699	35,7
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	3.602	3.889	3.933	4.541	4.704	5.271	3.878	7,7
358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	101	112	100	58	47	73	87	-13,9
503-Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	8.518	9.252	9.886	9.587	9.528	7.798	3.957	-53,5
012-Malattie degenerative del sistema nervoso	3.285	3.233	2.934	2.854	2.959	2.988	2.799	-14,8
145-Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	1.630	1.664	1.756	1.809	1.984	2.269	2.285	40,2
144-Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	644	637	641	618	565	459	440	-31,7
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	2.793	2.760	2.863	2.742	2.648	2.673	2.556	-8,5
372-Parto vaginale con diagnosi complicanti	68	84	121	132	66	67	67	-1,5
430-Psicosi	2.363	2.376	2.440	2.410	2.169	2.170	2.565	8,5
127-Insufficienza cardiaca e shock	2.203	2.117	2.137	2.204	2.232	2.161	2.141	-2,8
538-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC				5.059	4.607	2.503	2.067	
537-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC				113	58	47	45	

DRG	Anno							Var. % 2006-2012
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
158-Interventi su ano e stoma senza CC	2.113	1.897	2.100	2.235	2.070	2.107	2.067	-2,2
157-Interventi su ano e stoma con CC	32	31	21	28	28	21	31	-3,1
223-Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	805	169	77	61	253	1.571	1.528	89,8
224-Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	722	855	824	785	617	608	480	-33,5
428-Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	2.110	2.254	2.341	2.266	2.294	2.180	1.865	-11,6
036-Interventi sulla retina	957	1.108	1.159	1.204	1.308	2.456	1.761	84,0
249-Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.320	1.169	1.117	1.553	1.706	1.587	1.742	32,0
500-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	466	475	760	828	821	1.263	1.603	244,0
499-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	6	6	18	10	14	6	5	-16,7
229-Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	3.094	3.064	3.245	3.343	3.321	2.765	1.532	-50,5
467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	726	650	519	517	361	1.131	1.326	82,6
227-Interventi sui tessuti molli senza CC	1.372	1.148	1.304	1.236	1.385	1.193	1.229	-10,4
226-Interventi sui tessuti molli con CC	25	16	14	10	8	23	62	148,0
311-Interventi per via transuretrale senza CC	1.042	1.079	1.197	1.155	1.142	1.057	1.134	8,8
310-Interventi per via transuretrale con CC	141	114	58	128	114	111	144	2,1

1.3. I ricoveri dei residenti e i tassi di ospedalizzazione

Le Figure 1.1 e 1.2 mostrano l'andamento del numero di ricoveri dei residenti nel Veneto dimessi sia dalle strutture regionali che da quelle fuori regione.

Figura 1.1 Dimissioni dai reparti per acuti per anno. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.

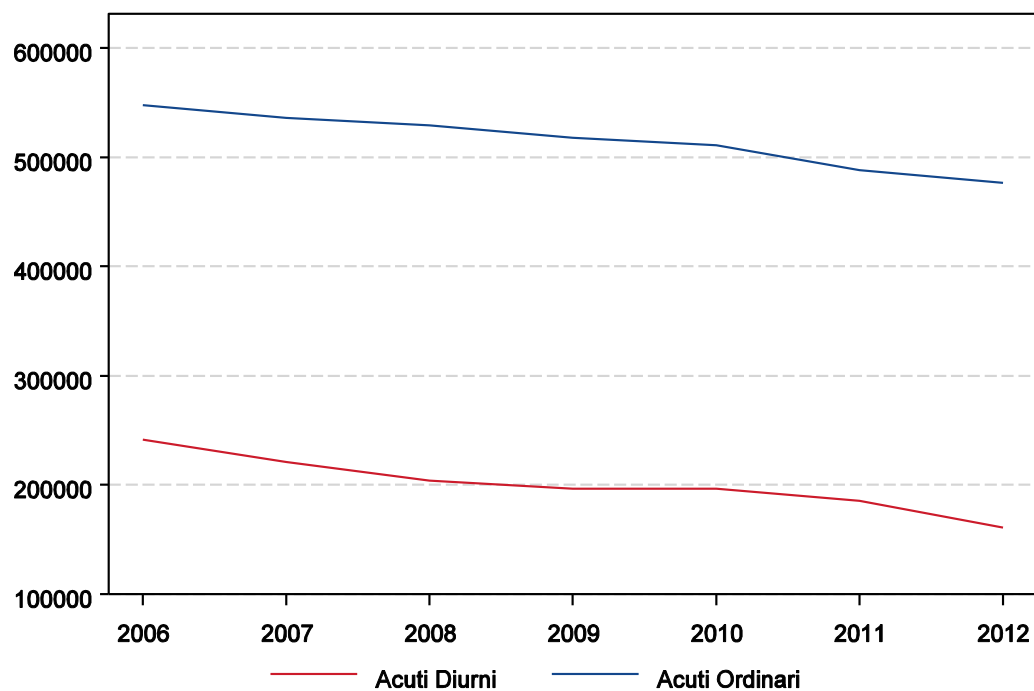
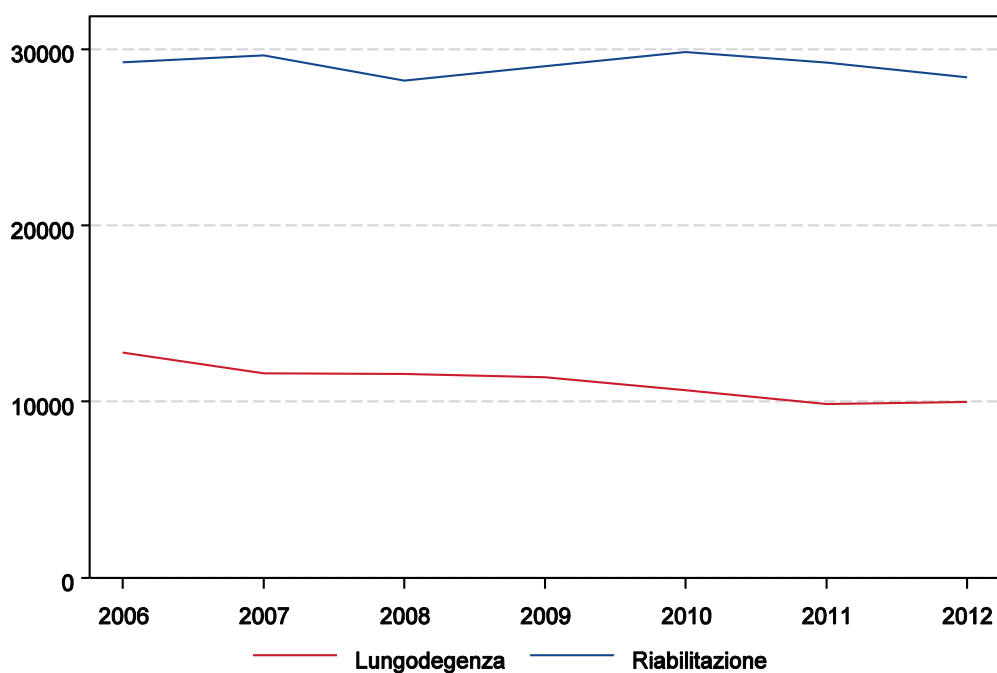


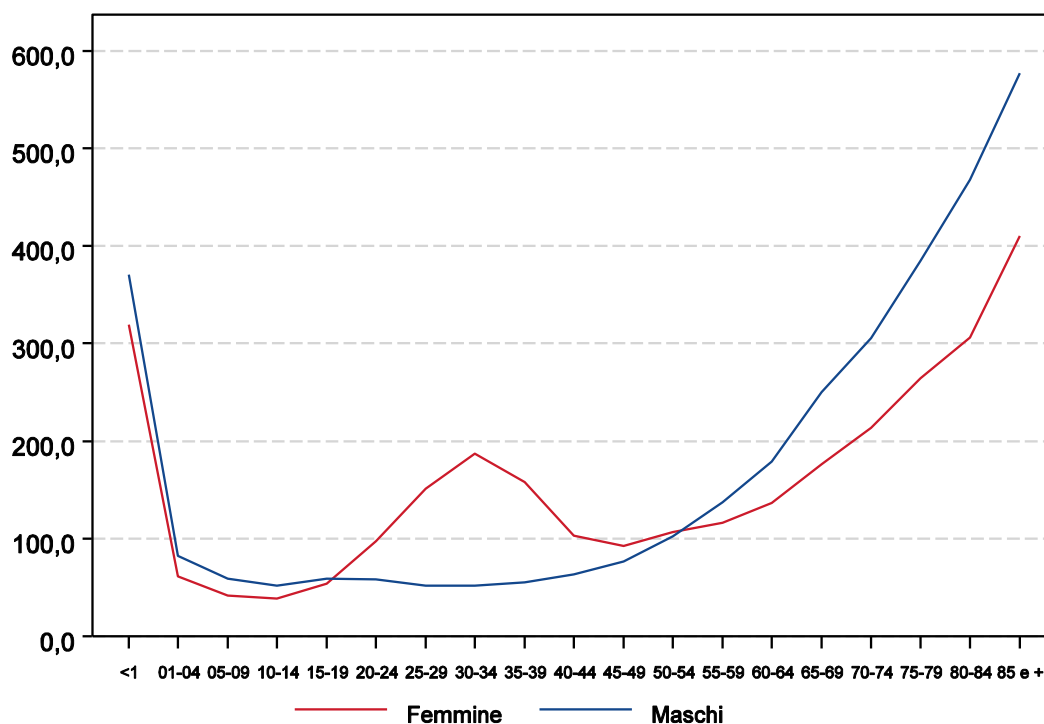
Figura 1.2 Dimissioni dai reparti di riabilitazione e di lungodegenza per anno. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.



Tra i ricoveri per acuti si conferma la riduzione dei ricoveri ordinari e dei ricoveri diurni, questi ultimi soprattutto nei bienni 2007-2008 e 2011-2012. I ricoveri in lungodegenza hanno interrotto nell'ultimo anno il trend storico di riduzione, mentre quelli riabilitativi sono rimasti stabili attorno ai valori di inizio periodo.

La Figura 1.3 mostra come il tasso di ospedalizzazione totale, dopo il picco nel primo anno di vita, raggiunga il livello più basso nella classe 10-14 anni; in età pediatrica il tasso di ospedalizzazione è sempre superiore nel sesso maschile. Nelle donne l'ospedalizzazione cresce in età fertile (con un picco nella classe di età 30-34 anni), ma nelle età successive si mantiene su livelli contenuti fino ai 60 anni, mentre negli uomini l'aumento legato all'età è più precoce, con tassi che a partire dai 55 anni si mantengono sempre superiori ai livelli registrati nel sesso femminile.

Figura 1.3 Tasso di ospedalizzazione per classe di età e sesso (per 1.000). Residenti in Veneto. Anno 2012.



Nella Tabella 1.13 si può osservare come la riduzione dei ricoveri ordinari per acuti nel periodo 2006-2012 abbia interessato tutte le classi di età, con diminuzioni particolarmente marcate in età pediatrica (tra gli 1 ed i 19 anni i ricoveri si sono ridotti di circa il 30%).

Tra i 20 ed i 39 anni la riduzione nel tempo dei tassi è limitata dal peso considerevole dei ricoveri per parto. Negli adulti tra i 40 ed i 79 anni si osservano cali intorno al 20%; nelle classi di età più anziane la variazione percentuale dei tassi di ospedalizzazione è più contenuta, ma comunque tra gli 80 ed gli 89 anni si avvicina ancora al 15%. Nel complesso della popolazione regionale, nel 2012 il tasso grezzo di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari per acuti è sceso sotto i 100 ricoveri ordinari per acuti per 1000 residenti; il valore è diminuito in ogni singolo anno di osservazione e si è ridotto del 16% rispetto al 2006.

Tabella 1.13 *Tasso di ospedalizzazione per classe di età (per 1.000). Ricoveri Acuti Ordinari. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.*

Anno	Classi di età											
	0	01-09	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 e +	Totale
2006	338,6	46,8	38,5	74,5	91,0	65,4	92,7	159,1	255,1	375,3	472,3	116,5
2007	336,1	42,6	37,6	73,8	89,3	63,1	89,4	151,8	245,8	362,2	453,9	113,2
2008	331,3	42,3	35,6	72,4	87,7	61,7	86,1	144,8	239,5	358,0	460,4	110,6
2009	318,6	37,8	33,6	70,4	85,5	59,2	81,9	139,3	233,0	351,4	454,4	107,2
2010	324,9	37,8	31,5	67,8	86,3	57,3	79,2	133,7	225,3	344,6	496,0	105,5
2011	326,8	33,2	29,8	65,5	83,0	54,9	75,3	126,0	210,6	327,5	454,3	100,6
2012	325,6	31,6	28,2	64,3	81,4	52,1	72,9	122,6	204,2	318,8	447,8	98,1

Secondo il Rapporto Ministeriale sull'attività di ricovero nel 2012 il tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari per acuti era nel Veneto il più basso tra le Regioni italiane (il tasso standardizzato per età e sesso nel Veneto era inferiore del 15% rispetto al dato nazionale, 91,8 vs. 108,0 per mille). Considerando i tassi specifici per età, il dato regionale era nettamente inferiore al dato nazionale in tutte le classi considerate (specialmente quelle pediatriche), avvicinandosi al valore complessivo italiano solo tra i soggetti con almeno 75 anni.

Capitolo secondo: la mobilità

2.1 Mobilità interregionale: andamento temporale

La Tabella 2.1 mostra la variazione nel tempo della mobilità attiva interregionale, cioè la quota di dimissioni dagli ospedali del Veneto di pazienti residenti fuori Regione (da cui sono stati esclusi i residenti all'estero): dal 2006 al 2012 il numero assoluto di questi ricoveri mostra un calo simile a quello registrato tra i residenti, cosicché l'indice di attrazione è rimasto sostanzialmente stabile, con un valore pari all'8,2% nel 2012. In termini assoluti si è invece verificata una riduzione consistente della mobilità attiva, in particolare per i ricoveri ordinari per acuti (-11.500 ricoveri circa).

Tabella 2.1 Mobilità attiva interregionale: numero di dimissioni (N) e Indice di Attrazione (IA) per tipo di assistenza (dall'attrazione sono esclusi i residenti all'estero). Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2006-2012.

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Acuti Ordinari	N	46.489	45.380	44.134	43.173	41.276	39.832	35.176
	IA	8,2	8,2	8,1	8,1	7,9	8,0	7,3
Acuti Diurni	N	20.855	18.461	17.637	17.183	17.653	17.237	16.185
	IA	8,4	8,2	8,5	8,7	8,9	9,3	10,0
Lungodegenza	N	280	226	240	193	160	129	153
	IA	2,2	2,0	2,1	1,7	1,5	1,4	1,6
Riabilitazione	N	3.810	3.835	3.347	3.426	3.485	3.420	4.772
	IA	12,9	12,9	12,0	11,8	11,5	11,5	15,7
TOTALE	N	71.434	67.902	65.358	63.975	62.574	60.618	56.286
	IA	8,4	8,3	8,3	8,3	8,2	8,4	8,2

Nel contempo la quota di residenti nel Veneto che si rivolgono a strutture ospedaliere fuori Regione (Tabella 2.2) è rimasta stabile in termini assoluti ed aumentata come indice di fuga (dal 5,8% nel 2006 al 7,2% nel 2012). La mobilità passiva è lievemente aumentata per i ricoveri acuti sia ordinari che diurni, mentre si è ridotta in misura sostanziale per la Riabilitazione. Il risultato complessivo di queste dinamiche è che il saldo tra mobilità attiva e passiva, pur rimanendo positivo, è diminuito nel periodo di osservazione da quasi 24.000 a circa 7.500 ricoveri.

Tabella 2.2 Mobilità passiva interregionale: numero di dimissioni (N) e Indice di Fuga (IF) per tipo di assistenza. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Acuti Ordinari	N	29.605	30.175	30.053	29.668	29.941	29.766	30.273
	IF	5,4	5,6	5,7	5,7	5,9	6,1	6,4
Acuti Diurni	N	14.406	14.782	14.796	15.198	15.106	16.365	15.260
	IF	6,0	6,7	7,3	7,7	7,7	8,8	9,5
Lungodegenza	N	284	411	367	403	448	449	447
	IF	2,2	3,5	3,2	3,5	4,2	4,6	4,5
Riabilitazione	N	3.500	3.822	3.699	3.318	3.053	2.961	2.851
	IF	12,0	12,9	13,1	11,4	10,2	10,1	10,0
TOTALE	N	47.795	49.190	48.915	48.587	48.548	49.541	48.831
	IF	5,8	6,2	6,3	6,4	6,5	7,0	7,2

L'analisi del saldo di mobilità per aggregati di discipline (Tabella 2.3, in cui sono esaminate tutte le tipologie di ricovero) risente anche del passaggio al regime ambulatoriale di molte prestazioni precedentemente erogate nel corso di un ricovero, passaggio avvenuto in misura probabilmente più consistente nel Veneto rispetto ad altre Regioni e che ha interessato una quota rilevante dell'attività ospedaliera soprattutto per la chemioterapia e varie procedure di chirurgia generale e specialistica. Tale dinamica si riflette nell'andamento dei saldi di mobilità in misura particolarmente evidente per l'Onco-Ematologia, e nel biennio 2011-2012 anche per l'Ortopedia. In ogni caso, l'Urologia è la branca ad aver mantenuto il più ampio saldo positivo di mobilità, seguita da Chirurgia Generale, Riabilitazione, Oculistica, Otorinolaringoiatria e Neurochirurgia. Nel 2012 la mobilità passiva prevaleva su quella attiva, oltre che per l'Onco-Ematologia e l'Ortopedia, anche nell'area Materno-Infantile, in Medicina Generale, Cardiologia, Chirurgia Plastica e Lungodegenza.

Tabella 2.3 *Saldo di mobilità interregionale del Veneto (mobilità attiva-mobilità passiva) per raggruppamenti di specialità (dall'attrazione sono esclusi i residenti all'estero). Anni 2006-2012.*

Disciplina	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cardiochirurgia	109	-27	80	-11	55	107	39
Cardiologia	-128	-312	-366	-398	-493	-469	-341
Chirurgia Generale	5.466	4.196	4.415	3.778	3.333	2.415	2.952
Chirurgia Plastica	103	84	83	135	46	7	-169
Chirurgia Toracica	205	136	141	439	321	303	322
Gastroenterologia	456	389	414	379	353	245	281
Lungodegenza	-4	-185	-127	-210	-288	-320	-294
Malattie Infettive	-425	-86	-82	0	-9	4	101
Materno Infantile	-954	-1.050	-1.053	-1.102	-1.062	-1.001	-2.019
Medicina Generale	-1.095	-822	-372	-413	-553	-443	-692
Nefrologia	137	98	90	93	98	51	83
Neurochirurgia	2.021	1.896	1.690	1.639	1.527	1.328	1.239
Neurologia	1.002	549	389	284	343	341	321
Oculistica	3.773	2.697	1.886	2.054	1.618	1.328	1.449
Oncoematologia	97	-967	-1.952	-2.196	-2.427	-2.103	-2.383
Ortopedia	3.290	2.729	2.123	2.045	2.032	547	-1.266
Otorinolaringoiatria	2.786	2.711	2.696	1.934	1.805	1.440	1.244
Psichiatria	1.050	1.302	1.395	1.435	1.382	1.426	13
Riabilitazione	310	13	-352	108	432	459	1.921
Urologia	5.440	5.362	5.346	5.396	5.518	5.413	4.656
Totale	23.639	18.712	16.443	15.388	14.026	11.077	7.455

2.2 Direzione dei flussi di mobilità interregionale

La mobilità passiva (Tabella 2.4) è diretta per l'83% circa verso Friuli Venezia Giulia (soprattutto ricoveri per acuti diurni ma anche ordinari), Emilia Romagna (tutte le tipologie di ricovero), Lombardia, e Provincia di Trento (principalmente ricoveri in Riabilitazione). Anche la mobilità attiva (Tabella 2.5) proviene principalmente dalle Regioni confinanti; il saldo di mobilità è nel complesso positivo nei confronti di Lombardia e Provincia di Trento, e negativo verso Emilia Romagna e soprattutto Friuli Venezia Giulia. Una quota consistente di mobilità attiva proviene inoltre dalle principali Regioni del Mezzogiorno (soprattutto Sicilia, ma anche Campania e Puglia).

Tabella 2.4 Mobilità passiva interregionale per tipo di assistenza e regione di ricovero: numero di dimissioni (N) e percentuale (%). Residenti in Veneto. Anno 2012.

Regioni	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lombardia	7.282	24,1	2.057	13,5	73	16,3	705	24,7	10.117	20,7
Provincia di Trento	1.459	4,8	656	4,3	170	38,0	1.178	41,3	3.463	7,1
Friuli Venezia Giulia	8.963	29,6	7.670	50,3	62	13,9	107	3,8	16.802	34,4
Emilia Romagna	6.828	22,6	2.698	17,7	99	22,1	618	21,7	10.243	21,0
Altre Regioni	5.741	19,0	2.179	14,3	43	9,6	243	8,5	8.206	16,8
Totale	30.273	100,0	15.260	100,0	447	100,0	2.851	100,0	48.831	100,0

Tabella 2.5 Mobilità attiva interregionale per tipo di assistenza e regione di residenza (esclusi i residenti all'estero): numero di dimissioni (N) e percentuale (%). Strutture ospedaliere del Veneto. Anno 2012.

Regioni	Acuti Ordinari		Acuti Diurni		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lombardia	7.154	20,4	3.604	22,3	7.154	20,4	24	15,9	1.235	25,8
Provincia di Trento	3.656	10,4	2.115	13,1	3.656	10,4	27	17,9	556	11,6
Friuli Venezia Giulia	4.038	11,5	2.451	15,2	4.038	11,5	29	19,2	946	19,8
Emilia Romagna	4.648	13,3	2.517	15,6	4.648	13,3	20	13,2	633	13,2
Campania	2.142	6,1	782	4,8	2.142	6,1	9	6,0	160	3,3
Puglia	1.965	5,6	805	5,0	1.965	5,6	7	4,6	155	3,2
Sicilia	3.245	9,3	1.301	8,0	3.245	9,3	14	9,3	203	4,2
Altre Regioni	8.149	23,3	2.590	16,0	8.149	23,3	21	13,9	895	18,7
Totale	34.997	100,0	16.165	100,0	34.997	100,0	151	100,0	4.783	100,0

Circa metà della mobilità verso altre Regioni riguarda un numero relativamente limitato di strutture ospedaliere (Tabella 2.6). Considerando gli aggregati di discipline più rappresentati, le principali strutture verso cui si dirige la mobilità passiva sono: per l'Ortopedia la Casa di Cura San Giorgio e l'Azienda Ospedaliera di Pordenone, e l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna; per la Chirurgia Generale e l'Onco-Ematologia il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano; per l'area Materno-Infantile le Aziende Ospedaliere di Pordenone e Ferrara, la Casa di Cura Città di Udine, l'Ospedale di Mantova e l'IRCCS Burlo Garofalo di Trieste; per la Riabilitazione la Casa di Cura di Arco di Trento; altre strutture con un numero consistente di ricoveri a carico di residenti in Veneto sono l'Azienda Ospedaliera di Udine e l'Ospedale di Latisana.

Tabella 2.6 Mobilità passiva interregionale per disciplina e istituto di ricovero: numero di dimissioni (N) e percentuale (%). Residenti in Veneto. Anno 2012.

Istituto di ricovero	Altro reparto		Chirurgia Generale		Materno Infantile		Medicina Generale		Oncoematologia		Ortopedia		Riabilitazione		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AZIENDA OSPEDALIERA 'S. MARIA DEGLI ANGE (PORDENONE)	1.037	9,8	425	5,7	831	9,8	301	6,6			1.127	9,8	17	0,6	3.738	7,7
CASA DI CURA PRIVATA 'S.GIORGIO' SPA (PORDENONE)	437	4,1	392	5,2	111	1,3	111	2,4			2.166	18,8			3.217	6,6
CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO (AVIANO)	91	0,9	1.088	14,5					1.999	59,3					3.178	6,5
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA	614	5,8	289	3,9	606	7,2	341	7,5	194	5,8	81	0,7	187	6,6	2.312	4,7
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA UDINE	800	7,5	102	1,4	108	1,3	192	4,2	101	3,0	46	0,4	37	1,3	1.386	2,8
CASA DI CURA 'CITTA' DI UDINE'	13	0,1	69	0,9	630	7,4	2	0,0			618	5,4			1.332	2,7
OSPEDALE CIVILE DI LATISANA	147	1,4	171	2,3	420	5,0	348	7,7			190	1,7			1.276	2,6
ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI (BOLOGNA)	4	0,0	8	0,1			46	1,0	199	5,9	869	7,5	18	0,6	1.144	2,3
I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO (TRIESTE)	391	3,7	73	1,0	562	6,6	6	0,1			103	0,9			1.135	2,3
MANTOVA OSP. C.POMA	107	1,0	68	0,9	575	6,8	34	0,7	13	0,4	96	0,8	8	0,3	901	1,8
CASA DI CURA EREMO DI ARCO SRL (ARCO)													880	30,9	880	1,8
CASA DI CURA VILLA ERBOSA (BOLOGNA)	5	0,0	2	0,0	58	0,7	3	0,1			611	5,3	70	2,5	749	1,5
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA	261	2,5	77	1,0	180	2,1	90	2,0	97	2,9	16	0,1	4	0,1	725	1,5
PIEVE DI CORIANO OSP. CIVILE	108	1,0	97	1,3	333	3,9	86	1,9			39	0,3	31	1,1	694	1,4
OSPEDALE DI TRENTO	384	3,6	74	1,0	53	0,6	34	0,7	72	2,1	35	0,3	13	0,5	665	1,4
CASA DI CURA SALUS (TRIESTE)	18	0,2	3	0,0			4	0,1			590	5,1			615	1,3
OSPEDALE DI BASE DI SAN CANDIDO	14	0,1	285	3,8	202	2,4	112	2,5							613	1,3
ALTRE STRUTTURE	6.172	58,2	4.262	56,9	3.798	44,9	2.831	62,3	695	20,6	4.927	42,8	1.586	55,6	24.271	49,7
TOTALE	10.603	100,0	7.485	100,0	8.467	100,0	4.541	100,0	3.370	100,0	11.514	100,0	2.851	100,0	48.831	100,0

2.3 La mobilità nelle Aziende ULSS

La Tabella 2.7 riassume il profilo di mobilità attiva e passiva registrato nel 2012 per ciascuna ULSS. In questa e nelle successive analisi i dati dell'Azienda Ospedaliera di Padova e dell'Istituto Oncologico Veneto sono accorpati a quelli dell'Ulss 16, mentre i dati dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona sono accorpati a quelli dell'Ulss 20. La mobilità passiva extra-regionale interessa principalmente le ULSS di confine (1, 7, 10 e 18), mentre una mobilità passiva intra-regionale particolarmente marcata si osserva nelle ULSS 5, 13, 14, 17 e 21. Una rilevante mobilità attiva extra-regionale si registra verso alcune delle ULSS di confine (18 e soprattutto 22, sede di importanti strutture private), e verso le ULSS 16 e 20 dove hanno sede le Aziende Ospedaliere/IRCSS. L'indice di attrazione intra-regionale assume valori particolarmente elevati per le ULSS 16 e 22.

Tabella 2.7 Dimissioni (N), giornate di degenza (GG), degenza media, indice di fuga (IF) e indice di attrazione (IA) per Azienda ULSS. Anno 2012 (dall'attrazione sono esclusi i residenti all'estero).

Aziende	N	GG	Degenza media	IA (intra regionale)	IF(intra regionale)	IA (extra regionale)	IF(extra regionale)	Saldo
101-Belluno	18.195	152.374	8,4	17,9	15,3	9,7	11,7	154
102-Feltre	12.050	91.576	7,6	21,7	25,1	9,6	6,7	-98
103-Bassano del Grappa	19.139	142.851	7,5	12,0	25,1	1,9	5,4	-4.561
104-Alto Vicentino	17.506	105.871	6,0	10,4	24,9	1,3	5,3	-4.626
105-Ovest Vicentino	17.990	121.772	6,8	11,7	31,7	1,7	4,8	-6.481
106-Vicenza	43.890	329.416	7,5	26,1	17,5	4,4	5,4	4.263
107-Pieve di Soligo	26.930	180.844	6,7	14,0	15,1	6,1	11,1	-2.222
108-Asolo	26.517	182.464	6,9	13,9	24,8	1,7	5,1	-5.363
109-Treviso	57.252	483.538	8,4	21,8	15,3	4,6	7,9	2.357
110-Veneto Orientale	21.828	176.820	8,1	10,0	20,4	7,2	21,6	-9.209
112-Veneziana	46.667	459.984	9,9	19,9	18,9	5,2	6,3	-58
113-Mirano	27.149	188.631	6,9	14,6	32,4	1,2	4,5	-8.997
114-Chioggia	6.621	47.904	7,2	13,0	40,3	1,5	5,0	-3.726
115-Alta Padovana	28.238	205.393	7,3	21,3	27,7	2,2	3,8	-3.308
116-Padova	101.949	721.882	7,1	30,1	9,8	10,3	4,6	30.725
117-Este	18.476	128.178	6,9	14,6	34,4	2,5	5,3	-6.952
118-Rovigo	24.594	196.618	8,0	16,1	17,2	13,9	15,0	-758
119-Adria	10.927	91.299	8,4	26,8	27,2	9,7	8,7	94
120-Verona	83.863	677.633	8,1	24,6	22,0	13,2	5,1	12.275
121-Legnago	17.602	138.331	7,9	24,0	34,7	4,0	8,4	-4.675
122-Bussolengo	60.659	384.368	6,3	30,7	24,8	22,8	8,3	18.431

La Tabella 2.8 sintetizza il profilo di ricovero dei residenti nelle Ulss del Veneto, illustrando la quota sul totale delle ospedalizzazioni dei residenti avvenute in strutture dell'ULSS, in ULSS regionali della stessa Provincia o fuori Provincia, e fuori Regione. Si può osservare come le ULSS 20, 21 e 22 tendano a costituire un'area a sé stante, con circa il 90% dei ricoveri effettuati nella propria ULSS o in strutture all'interno della Provincia. Un valore inferiore al 60% di residenti che si ricoverano in ospedali della propria Azienda si osserva per le ULSS 10, 14, e 21; un valore superiore al 75% invece nelle ULSS 6, 9, e 16. Le Tabelle 2.9-2.12 seguono la stessa logica separatamente per i ricoveri acuti ordinari, acuti diurni, lungodegenza e riabilitazione. Per i ricoveri in lungodegenza e riabilitazione (ma in parte anche gli acuti diurni) va considerata anche l'influenza dell'offerta ospedaliera presente sul territorio, che risulta piuttosto differenziata.

Tabella 2.8 Mobilità passiva (per 1.000) per Azienda ULSS di residenza. Anno 2012. Totale ricoveri.

Aziende	Ricovero in propria ULSS		Ricovero in altra ULSS della stessa provincia		Ricovero in altra ULSS fuori provincia		Ricovero fuori regione		Tasso grezzo (per 1000)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
101-Belluno	13.026	73,0	686	3,8	2.046	11,5	2.093	11,7	141,4
102-Feltre	8.258	68,2	1.882	15,5	1.156	9,5	810	6,7	144,5
103-Bassano del Grappa	16.434	69,5	1.807	7,6	4.121	17,4	1.276	5,4	132,1
104-Alto Vicentino	15.403	69,8	3.478	15,8	2.019	9,2	1.159	5,3	118,2
105-Ovest Vicentino	15.527	63,6	4.183	17,1	3.555	14,6	1.163	4,8	136,5
106-Vicenza	30.144	77,1	1.986	5,1	4.845	12,4	2.122	5,4	124,3
107-Pieve di Soligo	21.408	73,8	2.635	9,1	1.743	6,0	3.228	11,1	134,1
108-Asolo	22.280	70,2	2.516	7,9	5.348	16,8	1.611	5,1	127,6
109-Treviso	41.954	76,8	3.193	5,8	5.164	9,5	4.295	7,9	132,7
110-Veneto Orientale	17.826	58,0	1.455	4,7	4.812	15,7	6.638	21,6	143,9
112-Veneziana	34.465	74,8	2.618	5,7	6.111	13,3	2.908	6,3	154,2
113-Mirano	22.747	63,1	3.840	10,7	7.825	21,7	1.615	4,5	135,1
114-Chioggia	5.642	54,6	656	6,4	3.507	34,0	520	5,0	152,5
115-Alta Padovana	21.528	68,5	5.274	16,8	3.438	10,9	1.192	3,8	124,0
116-Padova	60.424	85,6	2.240	3,2	4.695	6,7	3.211	4,6	146,6
117-Este	15.319	60,3	5.043	19,8	3.701	14,6	1.352	5,3	138,2
118-Rovigo	17.129	67,8	842	3,3	3.502	13,9	3.782	15,0	147,6
119-Adria	6.920	64,1	1.316	12,2	1.618	15,0	944	8,7	146,2
120-Verona	51.542	72,9	14.265	20,2	1.294	1,8	3.584	5,1	153,6
121-Legnago	12.631	56,9	7.167	32,3	541	2,4	1.868	8,4	144,5
122-Bussolengo	27.981	67,0	9.955	23,8	391	0,9	3.460	8,3	145,7
Totale regionale	478.588	70,8	77.037	11,4	71.432	10,6	48.831	7,2	139,2

Tabella 2.9 Mobilità passiva e tasso di ospedalizzazione (per 1.000) per Azienda ULSS di residenza. Anno 2012. Acuti Ordinari.

Aziende	Ricovero in propria ULSS		Ricovero in altra ULSS della stessa provincia		Ricovero in altra ULSS fuori provincia		Ricovero fuori regione		Tasso grezzo (per 1000)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
101-Belluno	9.791	76,4	398	3,1	1.258	9,8	1.370	10,7	101,5
102-Feltre	5.980	69,2	1.451	16,8	709	8,2	506	5,9	103,2
103-Bassano del Grappa	13.092	73,0	1.312	7,3	2.735	15,2	802	4,5	100,3
104-Alto Vicentino	12.348	73,8	2.454	14,7	1.224	7,3	695	4,2	89,6
105-Ovest Vicentino	12.997	67,5	3.406	17,7	2.179	11,3	679	3,5	107,6
106-Vicenza	24.843	80,9	1.496	4,9	2.941	9,6	1.412	4,6	97,6
107-Pieve di Soligo	14.737	75,8	1.602	8,2	1.196	6,1	1.915	9,8	89,9
108-Asolo	16.459	73,5	1.417	6,3	3.593	16,0	932	4,2	90,0
109-Treviso	31.312	80,4	1.731	4,4	3.236	8,3	2.651	6,8	94,6
110-Veneto Orientale	13.578	62,6	1.150	5,3	2.788	12,9	4.166	19,2	101,5
112-Veneziana	25.293	77,5	1.834	5,6	3.751	11,5	1.770	5,4	109,2
113-Mirano	17.242	68,5	2.184	8,7	4.766	18,9	978	3,9	94,4
114-Chioggia	4.279	58,1	478	6,5	2.265	30,8	339	4,6	108,7
115-Alta Padovana	17.424	73,8	3.368	14,3	2.060	8,7	769	3,3	93,2
116-Padova	44.050	87,9	1.410	2,8	2.605	5,2	2.026	4,0	104,0
117-Este	10.363	61,6	3.256	19,4	2.350	14,0	846	5,0	91,5
118-Rovigo	11.523	68,6	579	3,4	2.327	13,9	2.361	14,1	98,1
119-Adria	5.296	68,4	827	10,7	1.053	13,6	567	7,3	104,8
120-Verona	34.561	75,9	7.879	17,3	859	1,9	2.217	4,9	98,9
121-Legnago	9.136	60,6	4.295	28,5	321	2,1	1.325	8,8	98,1
122-Bussolengo	18.998	69,6	6.076	22,3	264	1,0	1.947	7,1	95,2
Totale regionale	353.302	74,1	48.603	10,2	44.480	9,3	30.273	6,4	98,1

Tabella 2.10 Mobilità passiva e tasso di ospedalizzazione (per 1.000) per Azienda ULSS di residenza. Anno 2012. Acuti Diurni.

Aziende	Ricovero in propria ULSS		Ricovero in altra ULSS della stessa provincia		Ricovero in altra ULSS fuori provincia		Ricovero fuori regione		Tasso grezzo (per 1000)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
101-Belluno	2.552	66,9	157	4,1	488	12,8	616	16,2	30,2
102-Feltre	1.600	61,9	370	14,3	343	13,3	273	10,6	30,9
103-Bassano del Grappa	3.083	60,6	433	8,5	1.224	24,1	344	6,8	28,4
104-Alto Vicentino	2.680	59,6	851	18,9	660	14,7	302	6,7	24,1
105-Ovest Vicentino	1.750	45,3	675	17,5	1.106	28,6	331	8,6	21,6
106-Vicenza	4.510	65,0	388	5,6	1.547	22,3	491	7,1	22,0
107-Pieve di Soligo	5.463	69,9	638	8,2	470	6,0	1.240	15,9	36,1
108-Asolo	4.702	61,8	807	10,6	1.518	20,0	576	7,6	30,6
109-Treviso	8.025	65,0	1.108	9,0	1.715	13,9	1.499	12,1	30,0
110-Veneto Orientale	3.502	47,5	261	3,5	1.277	17,3	2.337	31,7	34,5
112-Veneziana	6.201	63,6	725	7,4	1.857	19,0	972	10,0	32,6
113-Mirano	4.356	50,9	1.137	13,3	2.514	29,4	551	6,4	32,1
114-Chioggia	1.142	47,0	121	5,0	1.023	42,1	142	5,8	35,9
115-Alta Padovana	3.406	52,7	1.626	25,2	1.081	16,7	348	5,4	25,5
116-Padova	13.558	81,1	758	4,5	1.391	8,3	1.020	6,1	34,7
117-Este	4.398	60,2	1.427	19,5	1.062	14,5	424	5,8	39,8
118-Rovigo	4.251	64,4	198	3,0	1.020	15,5	1.127	17,1	38,6
119-Adria	1.245	50,5	422	17,1	508	20,6	291	11,8	33,4
120-Verona	14.331	69,1	5.046	24,3	372	1,8	1.000	4,8	45,1
121-Legnago	2.294	42,1	2.629	48,2	175	3,2	355	6,5	35,5
122-Bussolengo	7.734	62,3	3.562	28,7	105	0,8	1.021	8,2	43,3
Totale regionale	100.783	62,7	23.339	14,5	21.456	13,3	15.260	9,5	33,1

Tabella 2.11 Mobilità passiva e tasso di ospedalizzazione (per 1.000) per Azienda ULSS di residenza. Anno 2012. Lungodegenza.

Aziende	Ricovero in propria ULSS		Ricovero in altra ULSS della stessa provincia		Ricovero in altra ULSS fuori provincia		Ricovero fuori regione		Tasso grezzo (per 1000)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
101-Belluno	453	92,1	1	0,2	7	1,4	31	6,3	3,9
102-Feltre	216	92,3	13	5,6	2	0,9	3	1,3	2,8
103-Bassano del Grappa			4	17,4	9	39,1	10	43,5	0,1
104-Alto Vicentino	129	93,5	4	2,9	2	1,4	3	2,2	0,7
105-Ovest Vicentino	346	94,8	3	0,8	8	2,2	8	2,2	2,0
106-Vicenza	52	66,7	5	6,4	8	10,3	13	16,7	0,2
107-Pieve di Soligo	402	91,6	11	2,5	2	0,5	24	5,5	2,0
108-Asolo	748	98,2	1	0,1	7	0,9	6	0,8	3,1
109-Treviso	148	80,0	7	3,8	13	7,0	17	9,2	0,4
110-Veneto Orientale	393	85,4	1	0,2	14	3,0	52	11,3	2,2
112-Veneziana	518	85,6	42	6,9	22	3,6	23	3,8	2,0
113-Mirano	1.094	96,0	5	0,4	25	2,2	16	1,4	4,3
114-Chioggia	150	92,0			8	4,9	5	3,1	2,4
115-Alta Padovana	481	91,8	17	3,2	18	3,4	8	1,5	2,1
116-Padova	874	94,5	16	1,7	12	1,3	23	2,5	1,9
117-Este	358	88,6	11	2,7	26	6,4	9	2,2	2,2
118-Rovigo	764	94,4	7	0,9	10	1,2	28	3,5	4,7
119-Adria	158	85,9	16	8,7	2	1,1	8	4,3	2,5
120-Verona	1.175	93,7	38	3,0	2	0,2	39	3,1	2,7
121-Legnago	574	92,9	16	2,6	10	1,6	18	2,9	4,0
122-Bussolengo	26	15,4	39	23,1	1	0,6	103	60,9	0,6
Totale regionale	9.059	90,9	257	2,6	208	2,1	447	4,5	2,1

Tabella 2.12 Mobilità passiva e tasso di ospedalizzazione (per 1.000) per Azienda ULSS di residenza. Anno 2012. Riabilitazione.

Aziende	Ricovero in propria ULSS		Ricovero in ULSS della stessa provincia		Ricovero in ULSS fuori provincia		Ricovero fuori regione		Tasso grezzo (per 1000)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
101-Belluno	230	31,6	130	17,8	293	40,2	76	10,4	5,8
102-Feltre	462	72,2	48	7,5	102	15,9	28	4,4	7,6
103-Bassano del Grappa	259	43,9	58	9,8	153	25,9	120	20,3	3,3
104-Alto Vicentino	246	34,8	169	23,9	133	18,8	159	22,5	3,8
105-Ovest Vicentino	434	46,2	99	10,5	262	27,9	145	15,4	5,3
106-Vicenza	739	53,1	97	7,0	349	25,1	206	14,8	4,4
107-Pieve di Soligo	806	61,3	384	29,2	75	5,7	49	3,7	6,1
108-Asolo	371	37,5	291	29,4	230	23,3	97	9,8	4,0
109-Treviso	2.469	78,5	347	11,0	200	6,4	128	4,1	7,6
110-Veneto Orientale	353	29,1	43	3,5	733	60,5	83	6,8	5,7
112-Veneziana	2.453	79,3	17	0,5	481	15,5	143	4,6	10,3
113-Mirano	55	4,7	514	44,3	520	44,9	70	6,0	4,3
114-Chioggia	71	19,0	57	15,3	211	56,6	34	9,1	5,5
115-Alta Padovana	217	26,3	263	31,8	279	33,8	67	8,1	3,3
116-Padova	1.942	68,7	56	2,0	687	24,3	142	5,0	5,9
117-Este	200	22,6	349	39,4	263	29,7	73	8,2	4,8
118-Rovigo	591	55,8	58	5,5	145	13,7	266	25,1	6,2
119-Adria	221	54,6	51	12,6	55	13,6	78	19,3	5,5
120-Verona	1.475	46,6	1.302	41,1	61	1,9	328	10,4	6,9
121-Legnago	627	59,2	227	21,4	35	3,3	170	16,1	6,9
122-Bussolengo	1.223	64,0	278	14,5	21	1,1	389	20,4	6,7
Totale regionale	15.444	54,3	4.838	17,0	5.288	18,6	2.851	10,0	5,9

Capitolo terzo: le malattie circolatorie

3.1 Infarto acuto del miocardio

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. Per fornire un quadro complessivo dell'andamento dell'ospedalizzazione per IMA, sono stati selezionati i ricoveri con diagnosi principale o secondaria "410.-1". Poiché nel percorso assistenziale di un evento si possono verificare più ricoveri (soprattutto per trasferimento tra ospedali a diversa dotazione tecnologica), è stato ricostruito l'intero percorso in fase acuta e l'unità analizzata non è il singolo ricovero, ma l'evento acuto. Gli eventi sono stati distinti in due gruppi in base al valore del 4° carattere del codice ICD-9-CM: 4° carattere = 7: infarto acuto del miocardio senza sopraslivellamento del tratto ST o subendocardico (NSTEMI); 4° carattere ≠ 7: infarto acuto del miocardio con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI). Il ricorso a procedure invasive è identificato dalla presenza dei codici di angioplastica ("36.0x", e dal 2009 "0.66").

Il numero di eventi ospedalizzati di IMA è diminuito nel periodo 2006-2012; i dati relativi all'ultimo anno sono peraltro provvisori perché non includono ancora gli eventi verificatisi a fine 2012 ma il cui percorso assistenziale si è concluso ad inizio 2013. Nella Tabella 3.1 si può osservare come negli ultimi anni vi sia stato un modesto incremento degli eventi NSTEMI. Gli infarti STEMI mostrano invece una marcata riduzione per tutto il periodo di osservazione. Per queste diverse dinamiche, il numero di eventi NSTEMI e STEMI sta ormai convergendo.

Tabella 3.1. IMA: numero di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e anno. Residenti in Veneto (compresa mobilità passiva). Anni 2006-2012.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
NSTEMI	2.685	2.671	2.588	2.670	2.879	2.928	2.942
STEMI	4.555	4.366	4.274	4.068	3.880	3.679	3.435
Totale	7.240	7.037	6.862	6.738	6.759	6.607	6.377

L'IMA 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 35%, Tabella 3.2). Confrontando

i tassi specifici per classe di età e sesso, si evidenzia un notevole gap tra maschi e femmine, che tende a ridursi, almeno in termini relativi, con l'aumentare dell'età.

Tabella 3.2. IMA: numero e tasso di eventi ospedalizzati per età e sesso. Residenti in Veneto. Anno 2012.

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	Tasso spec	N	Tasso spec	N	Tasso spec
0-44	196	15,4	38	3,1	234	9,4
45-64	1.398	207,2	289	42,3	1.687	124,2
65-74	1.065	440,8	397	146,4	1.462	285,1
75-84	1.000	715,8	784	377,4	1.784	513,5
85 +	433	1123,1	777	765,9	1.210	864,3
Totale	4.092	173,0	2.285	91,7	6.377	131,3

Nella Tabella 3.3 è descritto il tasso osservato di ospedalizzazione per le due forme di IMA, separatamente nei due sessi. Si può osservare come il trend temporale dei tassi di ricovero sia simile in maschi e femmine: un forte calo nel corso del periodo degli STEMI, ed un lieve aumento degli NSTEMI; il risultato di queste due dinamiche è una riduzione complessiva del tasso osservato di ricovero per IMA che si avvicina al 15% (i dati 2012 sono ancora provvisori). I tassi standardizzati (Tabella 3.4), tenendo conto del progressivo invecchiamento della popolazione, mostrano una riduzione più marcata degli STEMI ed una sostanziale stabilità degli NSTEMI. Il tasso osservato di ricovero per IMA è superiore nei maschi rispetto alle femmine (rapporto di 1,9:1 nel 2012); il tasso standardizzato accentua le differenze tra i sessi (rapporto di 2,6:1).

Tabella 3.3. IMA: tasso osservato di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.

Anno	Maschi			Femmine			Totale		
	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale
2006	70,0	117,3	187,3	44,8	77,3	122,1	57,1	96,9	154,0
2007	73,7	115,4	189,1	40,0	70,3	110,3	56,5	92,3	148,8
2008	69,1	113,9	183,0	39,8	65,9	105,7	54,1	89,4	143,5
2009	68,7	109,8	178,5	42,6	59,9	102,4	55,3	84,3	139,6
2010	75,5	103,9	179,4	44,1	57,5	101,6	59,5	80,1	139,6
2011	77,4	101,2	178,6	44,1	51,8	95,9	60,3	75,8	136,2
2012	78,3	94,8	173,0	43,8	47,9	91,7	60,6	70,7	131,3

Tabella 3.4. IMA: tasso standardizzato diretto di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2006-2012. Popolazione standard: popolazione residente in Veneto, anno 2007.

	Maschi			Femmine			Totale		
Anno	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale
2006	83,8	137,8	221,6	38,3	65,7	104,0	58,1	98,8	156,9
2007	86,6	134,1	220,7	34,0	58,2	92,2	56,5	92,3	148,8
2008	81,3	128,9	210,2	33,2	53,9	87,1	53,6	88,4	141,9
2009	79,6	122,6	202,3	35,0	48,8	83,8	54,1	82,4	136,5
2010	84,4	114,3	198,7	35,7	45,5	81,2	57,2	76,8	134,1
2011	85,1	108,7	193,8	35,3	41,0	76,3	57,3	71,8	129,0
2012	83,9	99,5	183,4	34,5	37,0	71,6	56,6	65,8	122,4

A livello di Azienda ULSS di residenza vi sono differenze notevoli nel tasso di ospedalizzazione per IMA, anche tenendo conto della diversa struttura per età della popolazione. La differenza può essere legata sia a una reale diversa incidenza dell'IMA nelle aree prese in considerazione, sia a diversi comportamenti in relazione alla gestione del dato amministrativo. In particolare nel biennio 2011-2012 in cinque Aziende ULSS si riscontra un'ospedalizzazione per IMA particolarmente elevata sia negli uomini che nelle

43

Figura 3.1. IMA: tasso standardizzato di ospedalizzazione per Azienda ULSS. Uomini, periodo 2011-2012.

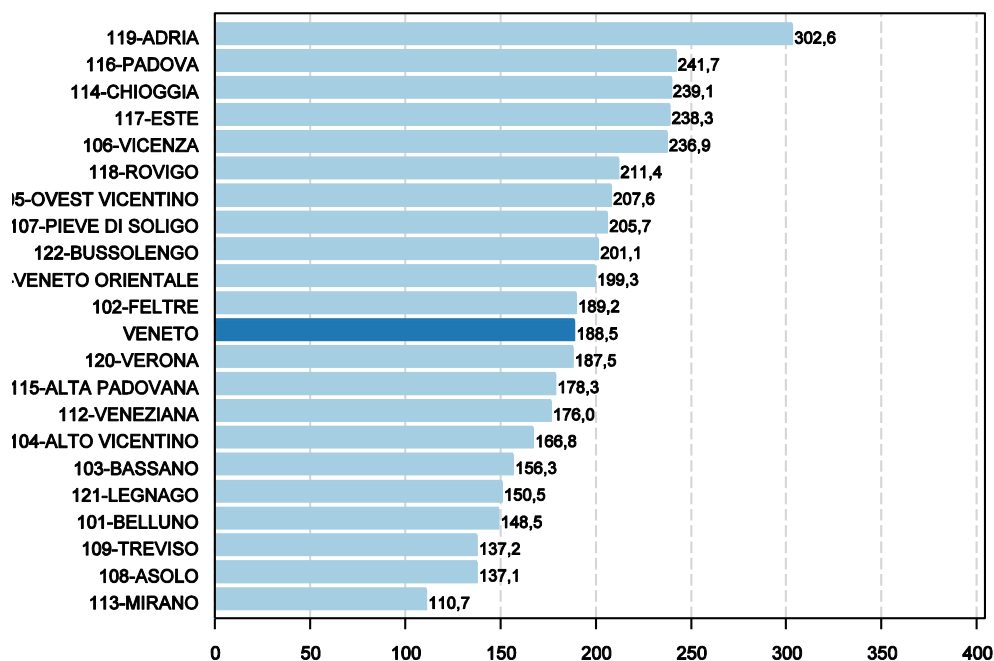
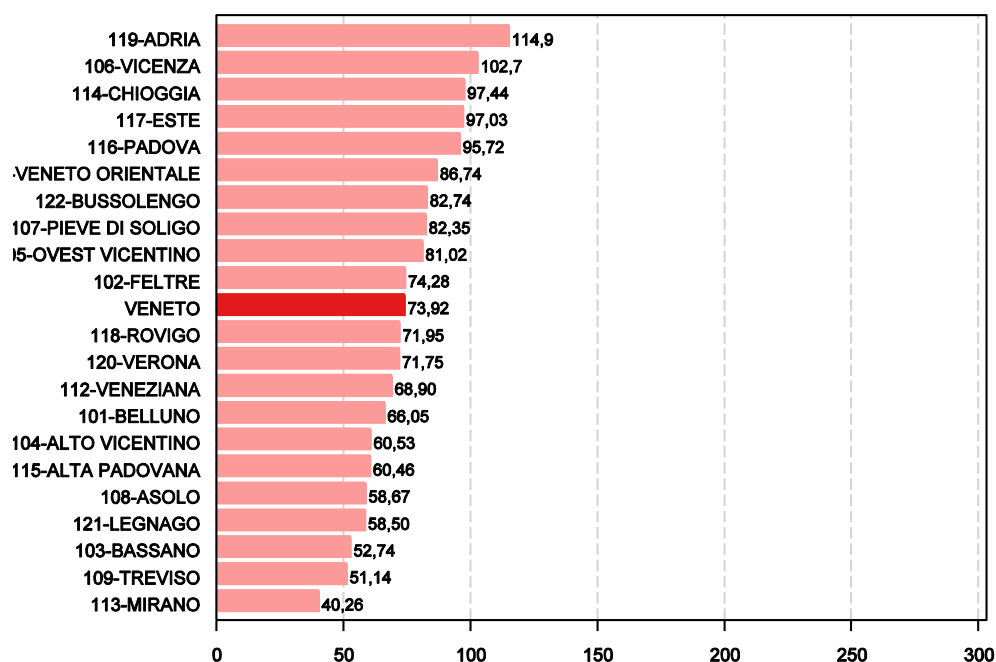


Figura 3.2. IMA: tasso standardizzato di ospedalizzazione per Azienda ULSS. Donne, periodo 2011-2012.

Per quanto riguarda l'approccio terapeutico ai pazienti con diagnosi di IMA, dal 2006 al 2012 si assiste a un progressivo incremento dei soggetti sottoposti a intervento di angioplastica coronarica, sia per gli eventi STEMI che non STEMI. Di particolare rilievo è la proporzione di eventi di STEMI sottoposti ad angioplastica entro 24 ore (quindi presumibilmente con intento di riapertura primaria del vaso responsabile dell'IMA), passata dal 25% nel 2006 al 46% nel 2012 (Tabella 3.5). Per quanto riguarda proprio il ricorso all'angioplastica primaria negli eventi STEMI, in Tabella 3.6 si può vedere come questa decresca rapidamente con l'età, e sia maggiore nel sesso maschile che in quello femminile. La Figura 3.3 mostra peraltro che l'aumentato ricorso all'angioplastica primaria negli eventi STEMI ha interessato entrambi i sessi nelle diverse classi di età.

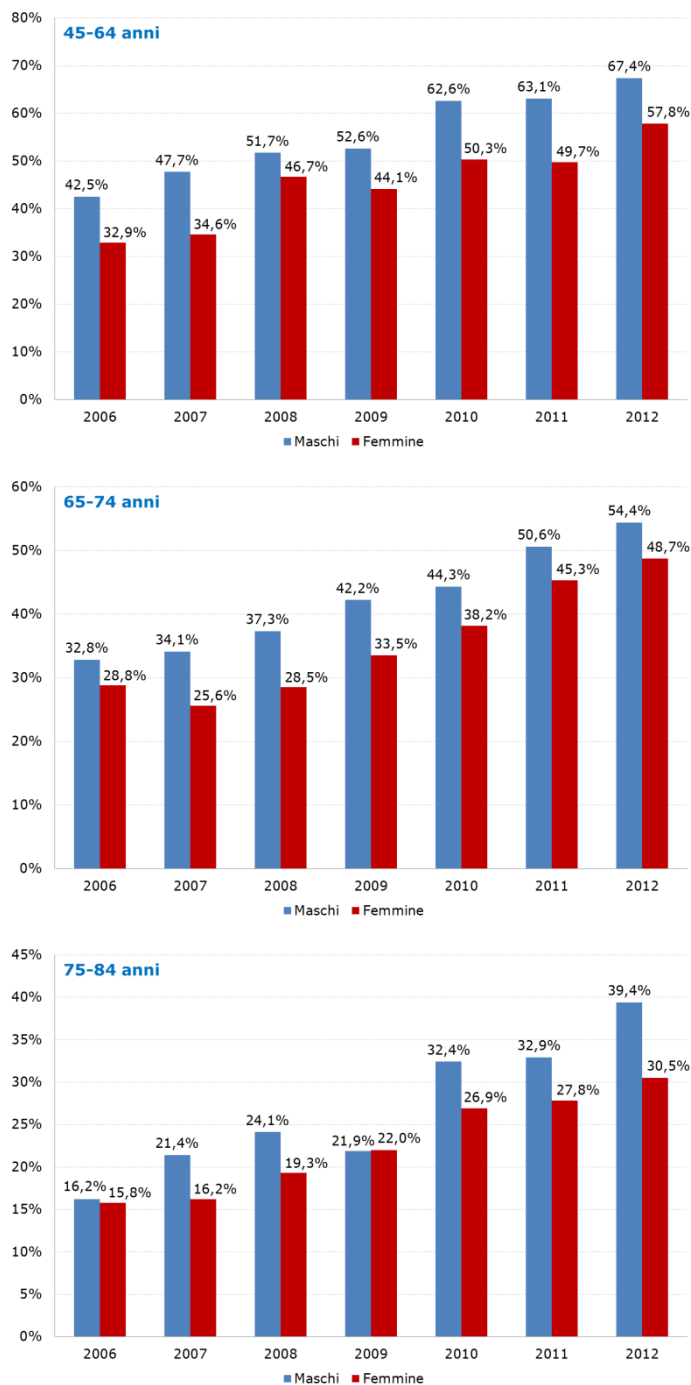
Tabella 3.5. IMA: numero di eventi ospedalizzati (N), percentuale di eventi con angioplastica durante l'evento (%) e entro 24 ore dal suo esordio (% 24 ore), per tipo di infarto. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.

Anno	Infarto NSTEMI			Infarto STEMI			Totale		
	N	%	% 24 ore	N	%	% 24 ore	N	%	% 24 ore
2006	2.685	37,7	6,6	4.555	45,2	25,2	7.240	42,4	18,3
2007	2.671	37,4	6,9	4.366	47,1	27,3	7.037	43,4	19,6
2008	2.588	37,5	6,5	4.274	50,4	30,9	6.862	45,5	21,7
2009	2.670	37,6	6,0	4.068	55,2	33,8	6.738	48,2	22,8
2010	2.879	43,9	7,7	3.880	57,2	38,6	6.759	51,6	25,4
2011	2.928	45,1	8,4	3.679	61,9	41,6	6.607	54,5	26,9
2012	2.942	50,1	8,9	3.435	62,6	45,7	6.377	56,8	28,7

Tabella 3.6. IMA: numero di eventi ospedalizzati (N) e percentuale di eventi con angioplastica (%), per tipo di infarto, sesso e classe d'età. Residenti in Veneto. Anno 2012.

Anno	Infarto NSTEMI						Infarto STEMI						Totale					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0-44	60	73,3	14	21,4	74	63,5	136	86,8	24	62,5	160	83,1	196	82,7	38	47,4	234	76,9
45-64	560	73,8	128	48,4	688	69,0	838	87,6	161	77,0	999	85,9	1.398	82,0	289	64,4	1.687	79,0
65-74	495	62,4	208	51,9	703	59,3	570	76,5	189	64,0	759	73,4	1.065	70,0	397	57,7	1.462	66,6
75-84	543	49,2	401	38,4	944	44,6	457	59,5	383	45,7	840	53,2	1.000	53,9	784	42,0	1.784	48,7
85+	193	26,4	340	18,2	533	21,2	240	31,3	437	18,5	677	23,0	433	29,1	777	18,4	1.210	22,2
TOT	1.851	58,6	1.091	35,7	2.942	50,1	2.241	73,0	1.194	43,2	3.435	62,6	4.092	66,4	2.285	39,6	6.377	56,8

Figura 3.3. IMA: percentuale di eventi STEMI con angioplastica entro 24 ore dall'esordio per sesso e classe di età (45-64, 65-74 e 75-84 anni)



La Tabella 3.7 mostra la proporzione di esecuzione di angioplastica per Azienda ULSS di residenza (distinguendo anche le procedure effettuate entro 24 ore dal ricovero): si osserva una notevole variabilità sia per gli eventi NSTEMI che per gli STEMI.

Tabella 3.7. IMA: numero di eventi ospedalizzati (N), percentuale di eventi con angioplastica durante l'evento (%) e entro 24 ore dal suo esordio (% 24 ore) per tipo di infarto e Azienda ULSS di residenza. Residenti in Veneto. Periodo 2011-2012.

Azienda Ulss di residenza	Infarto NSTEMI			Infarto STEMI			Totale		
	N	%	% 24 ore	N	%	% 24 ore	N	%	% 24 ore
101-Belluno	81	39,5	8,6	224	68,3	49,1	305	60,7	38,4
102-Feltre	103	41,7	1,9	145	60,0	41,4	248	52,4	25,0
103-Bassano del Grappa	166	48,2	3,6	186	75,8	54,3	352	62,8	30,4
104-Alto Vicentino	130	41,5	6,9	281	52,3	32,7	411	48,9	24,6
105-Ovest Vicentino	173	44,5	7,5	309	53,7	35,6	482	50,4	25,5
106-Vicenza	546	42,5	9,2	498	61,6	46,4	1.044	51,6	26,9
107-Pieve di Soligo	318	62,9	8,8	334	71,6	50,3	652	67,3	30,1
108-Asolo	211	54,5	16,1	241	67,2	49,0	452	61,3	33,6
109-Treviso	222	52,7	13,5	538	62,6	47,6	760	59,7	37,6
110-Veneto Orientale	325	49,2	4,6	311	66,2	45,7	636	57,5	24,7
112-Veneziana	329	52,3	9,1	551	64,8	47,9	880	60,1	33,4
113-Mirano	134	69,4	20,9	261	81,2	62,8	395	77,2	48,6
114-Chioggia	133	53,4	6,0	114	64,0	39,5	247	58,3	21,5
115-Alta Padovana	270	40,7	8,1	266	59,4	43,6	536	50,0	25,7
116-Padova	783	43,4	8,4	902	54,4	34,7	1.685	49,3	22,5
117-Este	348	40,2	5,7	313	58,5	40,6	661	48,9	22,2
118-Rovigo	272	46,0	9,6	276	67,8	54,0	548	56,9	31,9
119-Adria	228	37,7	10,5	129	61,2	46,5	357	46,2	23,5
120-Verona	512	47,1	5,9	742	55,7	31,5	1.254	52,2	21,1
121-Legnago	198	44,9	10,1	131	66,4	48,1	329	53,5	25,2
122-Bussolengo	388	55,9	10,1	362	67,4	49,2	750	61,5	28,9
VENETO	5.870	47,6	8,6	7.114	62,3	43,6	12.984	55,6	27,8

3.2 Scompenso cardiaco

In questo capitolo vengono descritti dati relativi alla frequenza dei ricoveri per scompenso cardiaco nella popolazione del Veneto. Sono state utilizzate le schede di dimissione ospedaliera dei soggetti residenti in Veneto (compresa la mobilità passiva) dal 2006 al 2012; sono state selezionate le diagnosi principali 402.x1, 404.x1, 404.x3, 415.x, 416.x, 428.x e 518.4. Per il calcolo dei tassi si è utilizzata la popolazione ufficiale secondo ricostruzione intercensuaria al primo gennaio degli anni 2006-2011 e la popolazione del censimento 2011 come proxy della popolazione al 1 gennaio 2012; per il calcolo dei tassi standardizzati diretti la popolazione standard è costituita dalla popolazione del Veneto dell'anno 2007.

Nel 2012 si sono verificati quasi 23.000 dimissioni per scompenso cardiaco tra i residenti in Veneto. La Tabella 3.8 mostra l'andamento dal 2006 al 2012. Il sesso femminile giustifica una quota di ricoveri pari al 52%. Il numero di ricoveri è sostanzialmente stabile, nel 2012 si sono registrati circa 700 ricoveri in più rispetto al 2006, anche se il massimo numero di ricoveri si è registrato nel 2010.

Tabella 3.8. *Scompenso cardiaco: numero di ricoveri per sesso. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.*

Sesso	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maschi	10.236	10.486	10.776	10.950	11.101	10.842	11.007
Femmine	11.864	11.535	11.931	11.956	12.444	11.932	11.797
Totale	22.100	22.021	22.707	22.906	23.545	22.774	22.804

I ricoveri per scompenso cardiaco riguardano soprattutto la popolazione anziana. Nel 2012 il 75% dei ricoveri ha riguardato pazienti di età superiore o uguale a 75 anni e nel 38% dei casi di età superiore o uguale a 85 anni (Tabella 3.9). La proporzione di soggetti molto anziani nelle donne (età maggiore o uguale a 85 anni) si avvicina al 50%. L'età dei soggetti ricoverati per scompenso cardiaco sta progressivamente aumentando sia nei maschi che nelle femmine: dal 2006 al 2012 la proporzione di soggetti con età superiore a 84 anni è aumentata di quasi 9 punti percentuali; il ricovero per scompenso cardiaco è dunque un fenomeno che riguarda sempre più soggetti con età molto elevata.

Tabella 3.9. *Scompenso cardiaco: percentuale (%) di soggetti ricoverati con età superiore a 74 e a 84 anni per sesso. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.*

Sesso	Età	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maschi	>74 anni	61,5	62,9	63,5	63,6	65,2	64,5	65,5
	>84 anni	19,4	20,1	21,5	23,0	24,2	24,2	26,6
Femmine	>74 anni	81,4	81,5	82,4	82,0	82,2	82,4	82,9
	>84 anni	38,2	41,0	43,8	44,4	44,7	45,5	48,4
Totale	>74 anni	72,3	72,8	73,6	73,3	74,3	74,0	74,7
	>84 anni	29,5	31,3	33,4	34,3	35,2	35,6	38,1

Nel 2012 il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco è risultato pari a 4,7 ricoveri per 1.000 abitanti. Negli uomini è aumentato fino al 2009 per poi rimanere sostanzialmente invariato; nelle donne è risultato stabile fino al 2010 per diminuire negli ultimi 2 anni (Tabella 3.10).

Tabella 3.10. *Scompenso cardiaco: tassi osservati di ospedalizzazione (per 100.000) per sesso. Residenti in Veneto. Anni 2006- 2012.*

Sesso	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maschi	445,3	453,7	460,9	464,3	469,8	458,7	465,5
Femmine	493,6	477,1	487,9	484,2	502,0	479,5	473,3
Totale	470,0	465,7	474,7	474,5	486,3	469,4	469,5

I tassi di ospedalizzazione per scompenso cardiaco aumentano in modo importante con l'età della popolazione: nel 2012 si va dai 16 ricoveri per 100.000 abitanti nei soggetti fino ai 44 anni ai 6.197 per 100.000 abitanti nei soggetti di età superiore a 84 anni (Tabella 3.11). Per ciascuna fascia di età, i tassi di ospedalizzazione nei maschi sono nettamente superiori rispetto alle femmine. Tra i 45 e i 74 anni nei maschi i tassi di ospedalizzazione sono più che doppi rispetto alle femmine, nelle età successive le differenze relative si riducono.

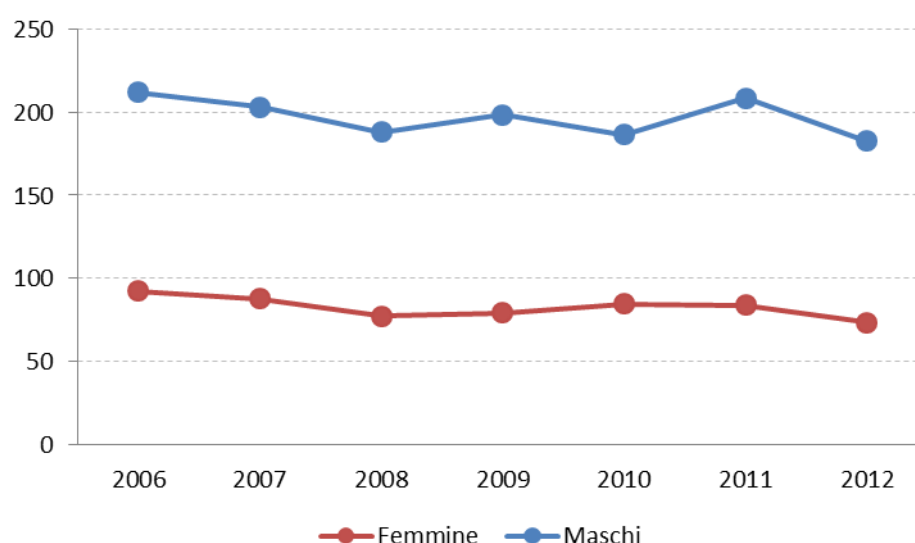
Tabella 3.11. *Scompenso cardiaco: tassi di ospedalizzazione specifici per sesso e classe di età (per 100.000). Residenti in Veneto. Anno 2012.*

Età	Maschi	Femmine	Totale
0-44	18,2	12,9	15,6
45-64	182,5	73,3	127,5
65-74	977,7	473,1	710,8
75-84	3.082,4	1.952,2	2.406,6
85 +	7.462,3	5.716,1	6.197,0

Nella popolazione fino ai 44 anni si verificano tra i 350 e i 400 ricoveri all'anno per scompenso cardiaco. Essi sono legati principalmente a cardiopatie di natura congenita e riguardano soprattutto la popolazione infantile, senza particolari differenze fra i sessi.

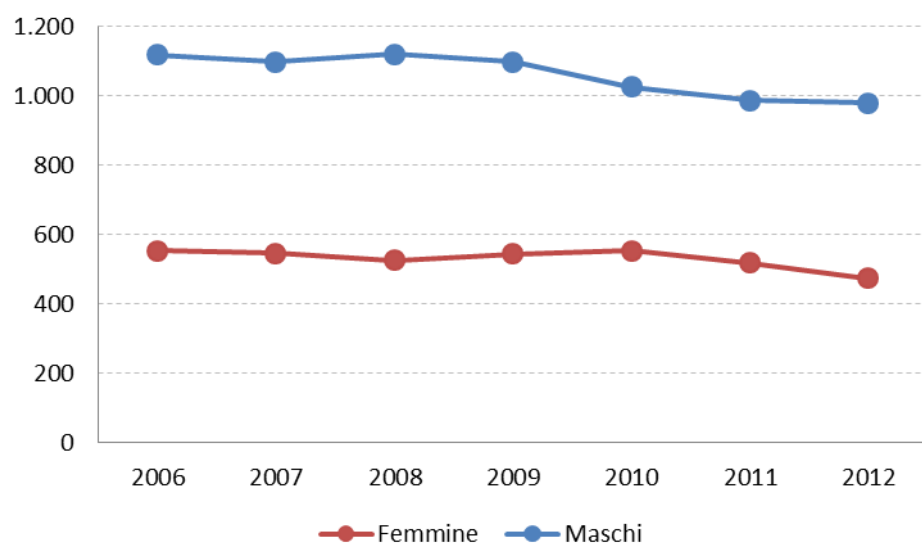
Nei soggetti tra 45 e 64 anni i ricoveri sono circa 1.800 all'anno, di cui oltre due terzi nei maschi. In Figura 3.4 si può vedere come in questa fascia di età il tasso di ospedalizzazione mostra un trend in diminuzione sia nei maschi (da 212 per 100.000 nel 2006 a 183 per 100.000 nel 2012, -14%), che nelle femmine (da 152 per 100.000 nel 2006 a 128 per 100.000 nel 2012, -16%).

Figura 3.4. Scompenso cardiaco: tassi di ospedalizzazione (per 100.000) per sesso. Età 45-64 anni. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.



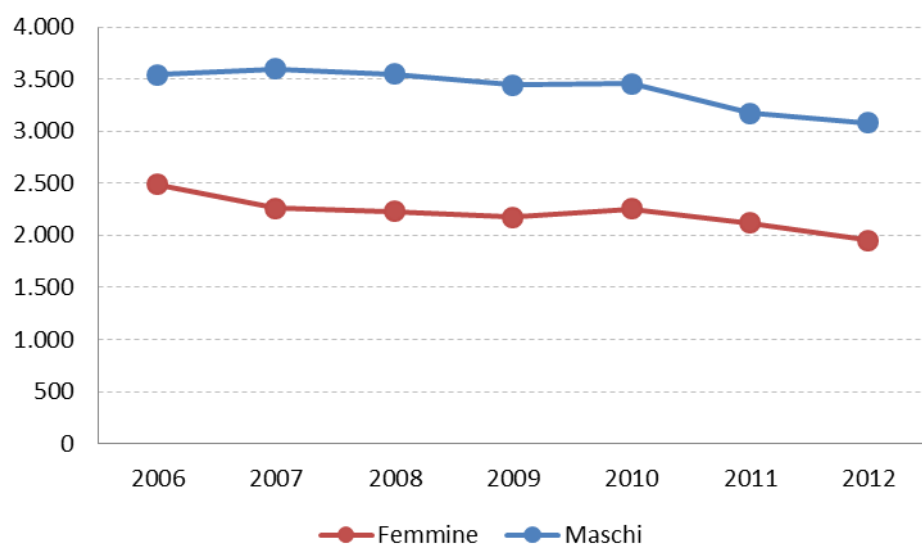
Nei "giovani anziani" (soggetti tra i 65 e i 74 anni di età) i ricoveri nell'ultimo periodo si sono attestati intorno ai 3.600 ogni anno ed anche in questa fascia di età riguardano per poco meno di due terzi soggetti di sesso maschile. Dal 2006 al 2012 si è verificato un calo nel tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (Figura 3.5): nei maschi si è passati da 1.117 per 100.000 abitanti a 978 (-12%), nelle femmine da 553 a 473 (-22%).

Figura 3.5. Scompenso cardiaco: tassi di ospedalizzazione (per 100.000) per sesso. Età 65-74. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.



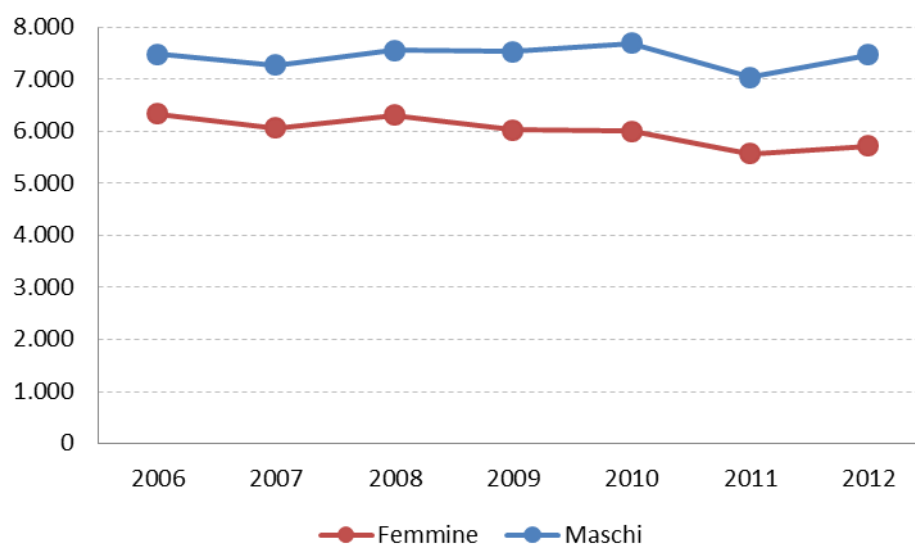
Nei soggetti di età compresa tra i 75 e gli 84 anni il numero di ricoveri per scompenso cardiaco è diminuito dal 2006 al 2012 (da quasi 9.500 a meno di 8.400), dopo un aumento che si era verificato negli anni precedenti, determinato principalmente dall'incremento della popolazione residente in questa fascia di età. L'andamento dei tassi specifici conferma un calo (Figura 3.6), più consistente tra le donne. Nel complesso, dal 2006 al 2012 nei maschi si è passati da 3.542 ricoveri per 100.000 abitanti a 3.082 per 100.000 abitanti (-13%), nelle femmine da 2.489 per 100.000 a 1.952 per 100.000 (-22%).

Figura 3.6. Scompenso cardiaco: tassi di ospedalizzazione (per 100.000) per sesso. Età 75-84 anni. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.



Nei soggetti molto anziani (85 anni e oltre) si sono verificati circa 8.700 ricoveri per scompenso cardiaco nel 2012, di cui circa due terzi in soggetti di sesso femminile. In questa fascia di età si è verificato un incremento consistente nel numero di ricoveri (da poco più di 6.500 nel 2006 a quasi 8.700 nel 2012): esso è dovuto principalmente all'espansione della popolazione molto anziana. Per quanto riguarda i tassi nelle femmine si sono attestati sotto i 6.000 ricoveri per 100.000 abitanti negli anni 2006-2012 (-10 % nel 2012 rispetto al 2006); nei maschi oscilla attorno ai 7.500 ricoveri per 100.000 abitanti (pressoché stabile nel periodo di osservazione).

Figura 3.7. Scompenso cardiaco: tassi di ospedalizzazione (per 100.000) per sesso. Età maggiore o uguale a 85 anni. Tassi per 100.000 abitanti. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.



I tassi di ricovero per scompenso cardiaco specifici per età presentano un calo che tende ad essere meno evidente nel sesso maschile e tra i grandi anziani.

Il tasso standardizzato per età (in Tabella 3.12 i tassi sono stati standardizzati con popolazioni di riferimento distinte per i due sessi) invece presenta un andamento sostanzialmente stabile (o in lieve calo) nella prima parte del periodo di osservazione ed una riduzione negli ultimi anni, tanto da risultare nel 2012 nettamente inferiore ai valori registrati nel 2006, soprattutto tra le donne. L'andamento diversificato tra tassi osservati e tassi standardizzati indica come l'aumento del carico assistenziale legato allo scompenso cardiaco è un fenomeno principalmente determinato dall'invecchiamento della popolazione.

Tabella 3.12. *Scompenso cardiaco: tassi standardizzati diretti di ospedalizzazione (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2006-2012. Popolazione standard: Veneto 2007 (maschi e femmine distinti).*

Sesso	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maschi	458,0	453,7	452,9	447,4	441,8	419,7	412,8
Femmine	506,1	477,1	480,9	471,1	482,9	448,3	431,6
Totale	482,0	465,7	467,9	460,7	464,4	436,3	425,2

Dai dati dei ricoveri per scompenso cardiaco si sono individuati i casi incidenti di scompenso cardiaco, definiti come i soggetti con un ricovero per scompenso cardiaco senza ricoveri per la stessa causa negli anni precedenti. Per un tale approccio è necessario identificare i vari ricoveri dello stesso soggetto negli anni; l'analisi dei nuovi casi è stata limitata al periodo 2010-2012.

Nel periodo considerato, i casi incidenti di scompenso cardiaco sono stati quasi 44.000, per un tasso di incidenza pari a circa 3 nuovi casi per 1.000 anni-persona. Il numero assoluto di casi incidenti mostra un andamento pressoché stabile (Tabella 3.13). Tuttavia i tassi standardizzati risultano, anche in questo caso, in diminuzione, per effetto dell'invecchiamento della popolazione.

Tabella 3.13. *Scompenso cardiaco: numero di nuovi casi e tassi di incidenza osservati e standardizzati diretti (per 100.000) per sesso e anno. Residenti in Veneto. Anni 2010-2012. Popolazione standard: Veneto 2007 (maschi e femmine distinti).*

Anno	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso osservato	Tasso standardizzato	N	Tasso osservato	Tasso standardizzato	N	Tasso osservato	Tasso standardizzato
2010	6.767	286,4	270	8.025	323,7	311,9	14.792	305,5	292,2
2011	6.654	281,5	258	7.730	310,6	291,1	14.384	296,5	275,8
2012	6.725	284,4	253	7.817	313,6	287,3	14.542	299,4	271,8

3.3 Ictus

In questo paragrafo si descrivono sinteticamente i principali aspetti epidemiologici dell'ospedalizzazione per ictus in Veneto negli ultimi 11 anni. Sono stati considerati i ricoveri con le seguenti diagnosi principali: emorragia subaracnoidea (codice ICD-9-CM: 430); emorragia cerebrale (431); ictus ischemico (433.1 con DRG medico e 434.1) o non specificato (436). I trasferimenti tra ospedali per acuti (evento frequente soprattutto per gli ictus di tipo emorragico) e le riammissioni avvenute entro 28 giorni dalla data del primo ricovero sono stati ricondotti allo stesso evento.

Ogni anno tra i residenti nel Veneto si registrano circa 9.000 eventi ospedalizzati di ictus; nel 2012 il 78% degli eventi è di tipo ischemico, nel 18% dei casi si tratta di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea (Tabella 3.14). La degenza mediana è di 15 giorni per l'emorragia sub aracnoidea e di 10 giorni per l'ictus ischemico e l'emorragia cerebrale; quest'ultima ha mostrato una riduzione di un giorno nel periodo 2006-2012.

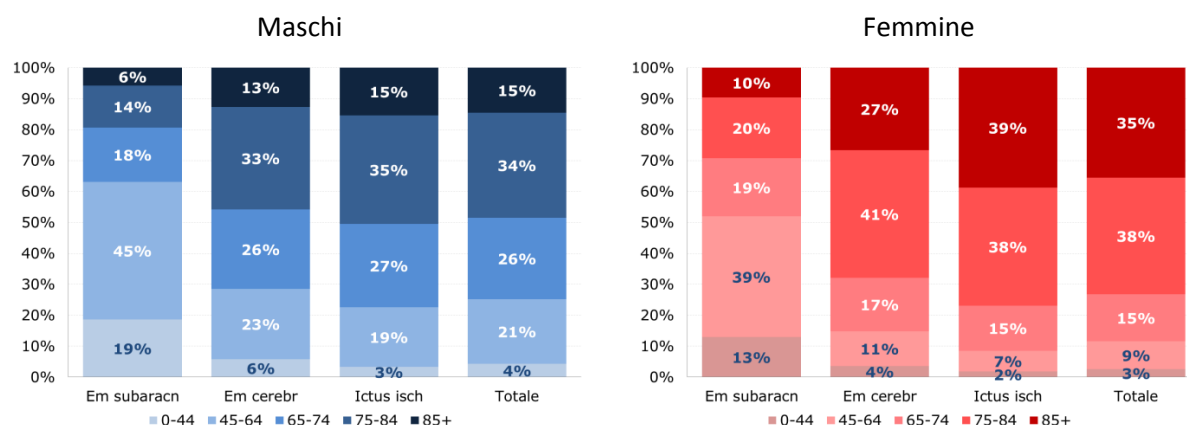
L'analisi dell'andamento temporale nel periodo considerato rivela una complessiva lieve riduzione del numero assoluto degli eventi ospedalizzati di ictus. Va evidenziata tuttavia una disomogeneità nell'andamento temporale delle ospedalizzazioni nei tre sottotipi, con una tendenza alla riduzione per quanto riguarda l'ictus ischemico mentre c'è un aumento per quanto riguarda le emorragie cerebrali.

Tabella 3.14. Numero di eventi per tipo di ictus. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.

Tipo di ictus	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Emorragia subaracnoidea	390	355	361	409	423	380	361
Emorragia cerebrale	1.556	1.481	1.608	1.586	1.703	1.629	1.664
Ictus ischemico	7.477	7.466	7.255	7.181	7.258	6.897	6.982
Totale	9.423	9.302	9.224	9.176	9.384	8.906	9.007

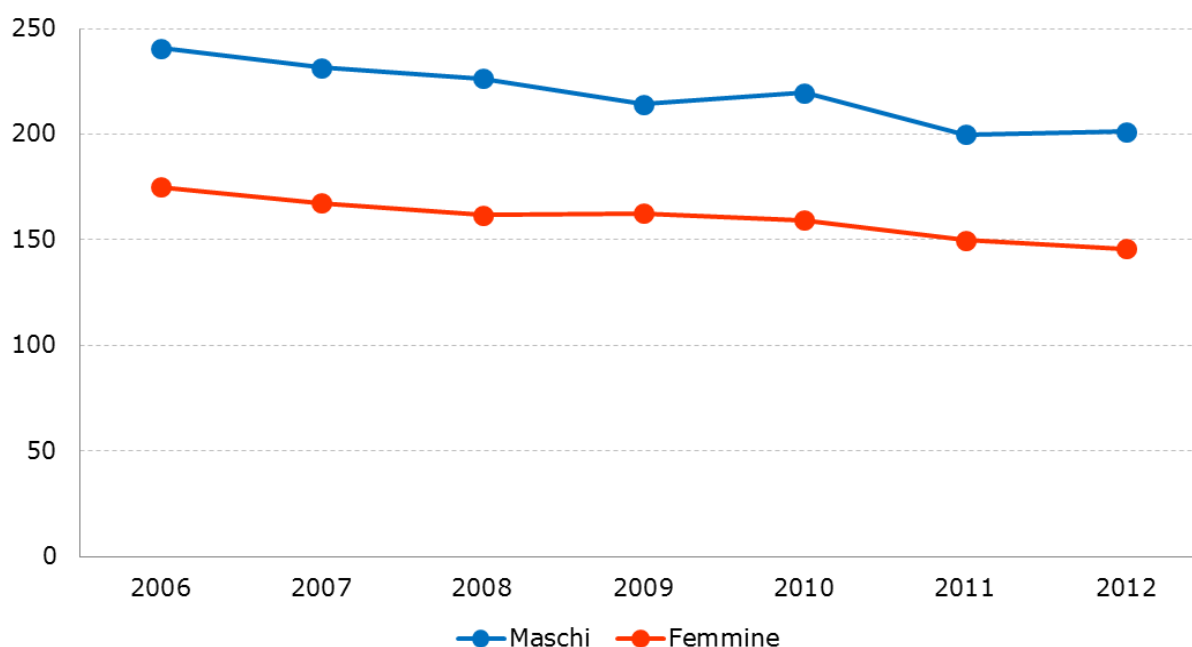
La distribuzione per sesso e classe di età (Figura 3.8) evidenzia come l'ictus ischemico e l'emorragia cerebrale siano patologie principalmente delle età avanzate: la quota di ictus ischemici nei pazienti con età superiore ai 75 anni è pari al 50% nei maschi e al 77% nelle femmine, mentre le percentuali per le emorragie cerebrali sono pari rispettivamente al 46% e all'68%. Un altro aspetto importante per la programmazione è rappresentato dall'elevata quota di pazienti con ictus ischemico o emorragico con età superiore agli 85 anni soprattutto nel sesso femminile nel quale le percentuali sono doppie rispetto a quello maschile: complessivamente all'incirca 1 evento ospedalizzato di ictus ischemico su cinque si verifica in donne di 85 anni e oltre.

Figura 3.8. Percentuale di eventi di ictus per classe di età, sesso e tipo di ictus. Residenti in Veneto. Periodo 2006-2012.



La dinamica temporale del numero di eventi va analizzata anche in relazione alle modifiche piuttosto importanti nella struttura demografica della popolazione, come l'aumento della numerosità della quota di popolazione anziana; ciò comporta una riduzione del tasso osservato di ospedalizzazione per ictus ed un calo molto più marcato di quello standardizzato, sia nei maschi che nelle femmine: le corrispondenti variazioni medie annue sono rispettivamente -2,7% e -2,5%. (Figura 3.9).

Figura 3.9. Tasso standardizzato diretto di eventi di ictus per sesso (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2006-2012. Popolazione standard: Veneto 2007.



Considerando l'andamento temporale dei casi di ictus per classi di età si osserva che sia nei maschi che nelle femmine i tassi età-specifici di ospedalizzazione per eventi ictus nel periodo considerato si riducono in tutte le classi d'età superiori ai 45 anni ed in modo più marcato in quella tra i 65 ed i 74 (Tabella 3.15).

Tabella 3.15. *Tasso osservato di eventi di ictus per età e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.*

Sesso	Età	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maschi	45-64 anni	149,5	147,4	152,5	131,7	144,1	130,0	129,4
	65-74 anni	554,2	520,4	503,1	502,5	472,7	446,8	444,6
	75-84 anni	1288,9	1202,3	1139,1	1063,3	1142,4	1024,7	993,6
	85+ anni	2050,2	2065,4	2029,0	1978,1	1947,3	1755,1	1867,5
	Totale	191,9	189,1	187,5	179,9	188,0	175,3	180,0
Femmine	45-64 anni	75,4	66,4	70,1	69,6	67,0	68,5	58,1
	65-74 anni	333,0	282,6	289,3	279,8	283,3	262,5	231,2
	75-84 anni	959,2	967,6	881,3	905,0	863,8	828,0	841,1
	85+ anni	2168,8	2124,5	2022,5	1942,8	1967,6	1806,9	1842,3
	Totale	208,6	204,0	198,0	199,8	199,3	191,4	190,6

56 A livello di singola Azienda ULSS di residenza si può osservare una certa variabilità nel tasso standardizzato di ospedalizzazione per ictus (Figure 3.10 e 3.11).

In linea generale gli scostamenti sono di modesta entità, fatta eccezione per alcune Aziende ULSS (in particolare l'Azienda ULSS 5). È presumibile che parte delle differenze riscontrate sia giustificata da una diversa gestione del dato SDO (con conseguente diversa accuratezza dei codici selezionati).

Figura 3.10. Tasso standardizzato diretto di eventi di ictus per Azienda ULSS di residenza (per 100.000). Periodo 2011-2012. Popolazione standard: Veneto anni 2011-2012. Maschi.

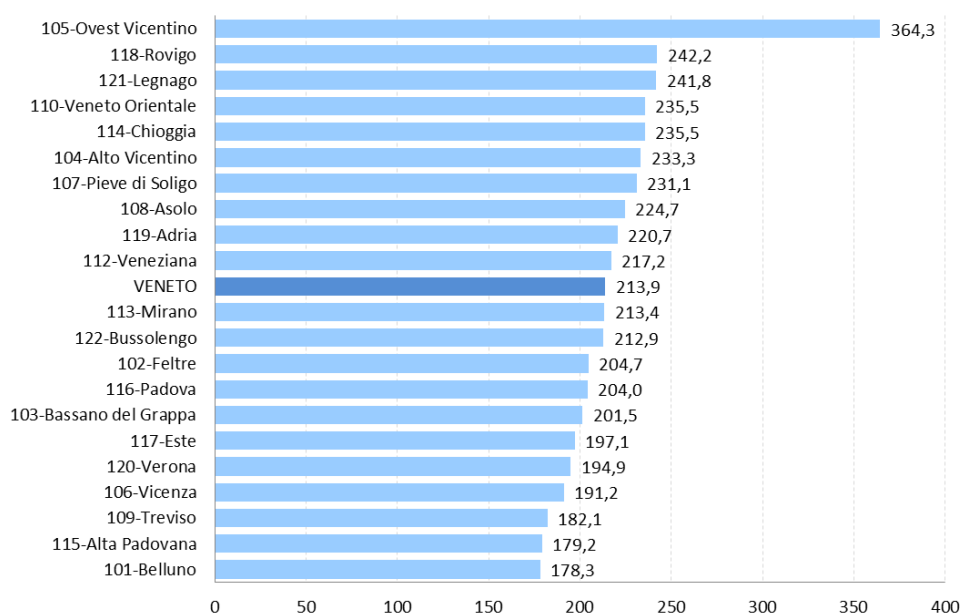
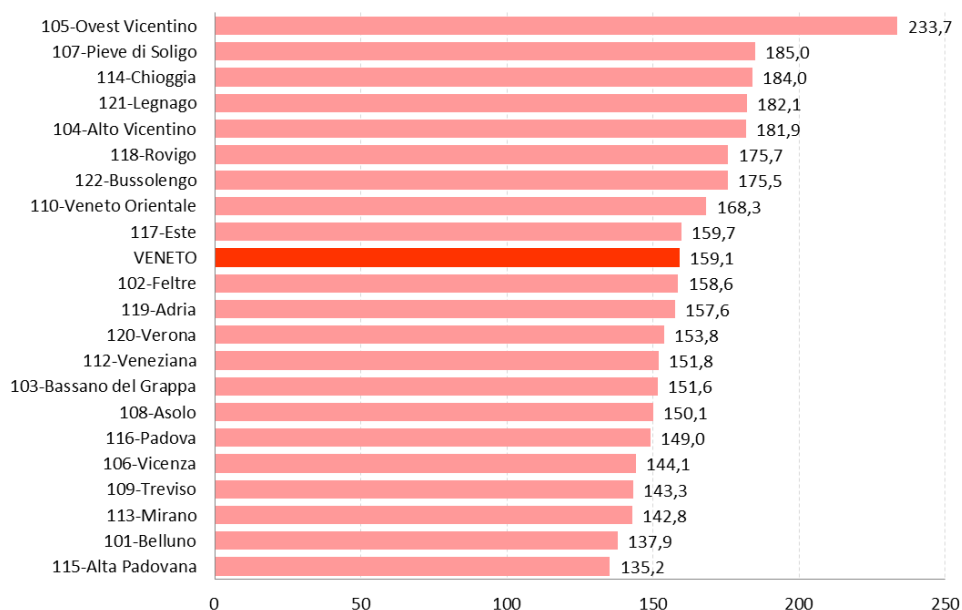
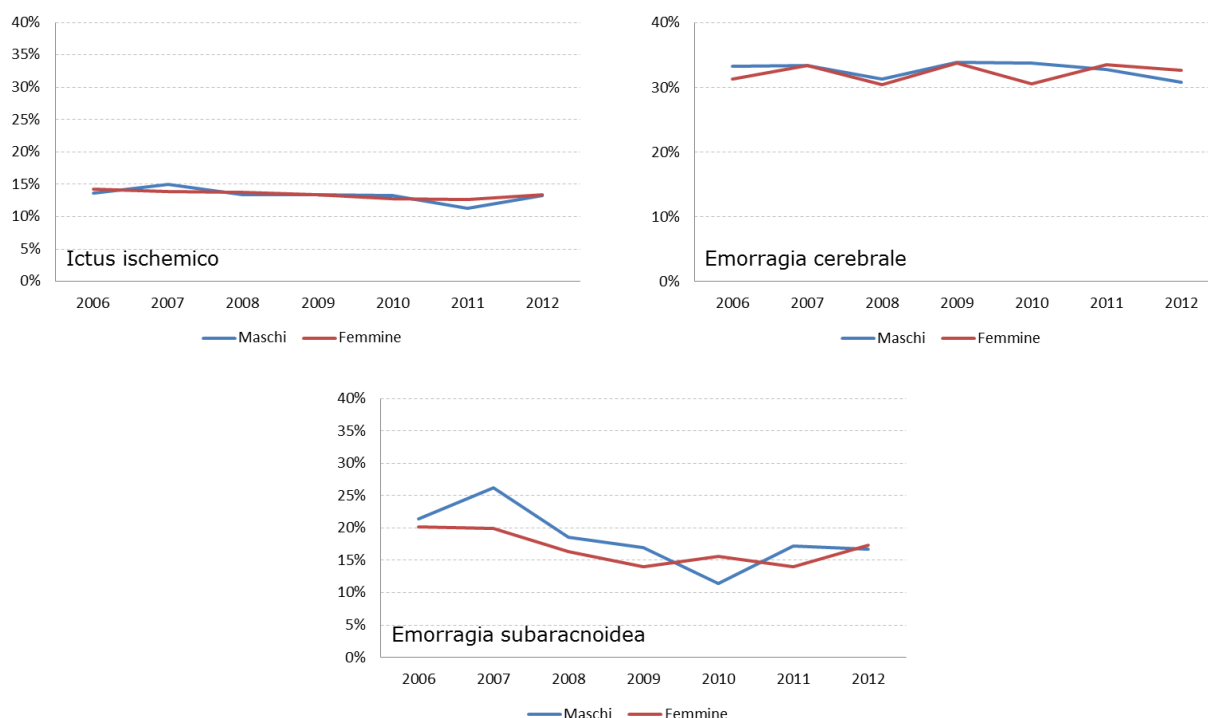


Figura 3.11. Tasso standardizzato diretto (per 100.000) di eventi di ictus per Azienda ULSS di residenza (per 100.000). Periodo 2011-2012. Popolazione standard: Veneto anni 2011-2012. Femmine.



Una misura della qualità dell'assistenza intraospedaliera dell'ictus è la letalità intraospedaliera, definita come la percentuale di deceduti tra i dimessi: dai dati riportati nella Figura 3.12 è apprezzabile un miglioramento della prognosi a breve termine per l'emorragia sub aracnoidea e – in misura più contenuta – per l'ictus ischemico, mentre la mortalità intraospedaliera per emorragia cerebrale rimane particolarmente alta e sostanzialmente stabile.

Figura 3.12. Letalità intraospedaliera standardizzata per tipo di ictus. Anni 2006-2012. Eventi di ictus di residenti in Veneto. Popolazione standard: eventi di ictus anno 2007.



58 Per le tre tipologie di ictus considerate i percorsi intraospedalieri sono differenziati: i soggetti con emorragia subaracnoidea sono dimessi prevalentemente dai reparti di neurochirurgia, terapia intensiva e neurologia, quelli con emorragia cerebrale dai reparti di neurologia, medicina e terapia intensiva, mentre i soggetti con ictus ischemico sono dimessi in maggioranza dalla neurologia, ma in quota rilevante dei soggetti anche dai reparti di medicina generale e geriatria (Tabella 3.16). Il reparto di dimissione per i soggetti con ictus ischemico ha un forte legame con l'età: all'aumentare dell'età dei soggetti si riduce in modo importante la proporzione di dimessi da neurologia (Tabella 3.17). Nel tempo si osserva per i soggetti con ictus ischemico un incremento nella proporzione di ricoveri in neurologia, in crescita dal 40% nel periodo 2001-2002 al 51% nel periodo 2011-2012; l'aumento risulta essere più evidente fino ai 75 anni di età.

Tabella 3.16. Eventi di ictus per reparto di dimissione e tipo di ictus. Residenti in Veneto. Periodo 2011-2012.

Disciplina di dimissione	Emorragia subaracnoidea	Emorragia cerebrale	Ictus ischemico
Terapia intensiva	20,8	15,9	1,1
Neurologia	12,8	39,6	55,3
Neurochirurgia	45,5	7,4	0,1
Medicina generale	9,2	18,4	24,8
Geriatria	4,3	10,6	13,7
Altro	7,4	8,0	5,1
Totale	100,0	100,0	100,0

Tabella 3.17. Eventi di ictus ischemico per classe di età e reparto di dimissione. Residenti in Veneto. Periodi 2001-2002 e 2011-2012.

Disciplina di dimissione	Periodo 2001-2002						Periodo 2011-2012					
	0-44	45-64	65-74	75-84	85+	Totale	0-44	45-64	65-74	75-84	85+	Totale
Neurologia	247	1.481	2.065	2.385	1.160	7.338	344	1.613	2.201	3.243	1.675	9.076
Medicina generale	51	593	1.052	1.756	1.502	4.954	51	382	625	1.390	1.660	4.108
Geriatria	0	16	360	997	1.180	2.553	0	3	136	852	1.289	2.280
Altro	251	767	825	1.016	593	3.452	210	593	475	734	429	2.441
Totale	549	2.857	4.302	6.154	4.435	18.297	605	2.591	3.437	6.219	5.053	17.905
% neurologia	45%	52%	48%	39%	26%	40%	57%	62%	64%	52%	33%	51%

Capitolo quarto: i tumori maligni

4.1 Metodi di analisi

Per una valutazione complessiva dell'assistenza oncologica sono state selezionate le SDO con codici ICD-9-CM 140-208 (diagnosi di tumore maligno), 230-234 (carcinomi in situ), 238.4-238.7 (tumori ematologici di comportamento incerto che includono policitemia vera, trombocitemia essenziale, sindromi mielodisplastiche), V58.0 (sessione di radioterapia), V58.1 (chemioterapia), V67.1 (controllo dopo radioterapia), V67.2 (controllo dopo chemioterapia) in qualsiasi posizione diagnostica, V10.x (anamnesi personale di tumore maligno) in posizione principale. In questo modo si è cercato di delineare un quadro complessivo dei percorsi terapeutici e di follow-up dei soggetti con tumore maligno.

Sono poi state condotte analisi separate per alcune specifiche sedi tumorali, tra le più rilevanti in termini di incidenza e carico assistenziale, o per le quali vi sono recenti evidenze di modifiche del profilo di cura ospedaliero. A tal fine, sono state selezionate le SDO con lo specifico codice in qualunque posizione diagnostica: tumori maligni e carcinomi in situ del polmone (162, 231.1-231.2); tumori maligni e carcinomi in situ del colon e del retto (153-154, 230.3.1-230.6); tumori maligni e carcinomi in situ di esofago e stomaco (150-151, 230.1, 230.2); tumori maligni e carcinomi in situ della mammella femminile (174, 233.0); tumori maligni della prostata (185); tumori maligni e carcinomi in situ della vescica (188, 233.7); tumori maligni del rene (esclusa pelvi renale, 189.0); tumori maligni della tiroide (193). Inoltre, sono state incluse le SDO con codice di anamnesi personale dello specifico tumore maligno (V10.1x polmone, V10.05 e V10.06 colon e retto, V10.03 e V10.04 esofago e stomaco, V10.3 mammella, V10.46 prostata, V10.51 vescica, V10.52 rene, V10.87 tiroide), esclusivamente se presente in diagnosi principale o con una diagnosi principale di metastasi, neoplasia senza indicazione di sede, chemioterapia, radioterapia (196-199, V58.0, V58.1, V67.1, V67.2)

Per i ricoveri oncologici nel loro complesso e separatamente per ciascuna delle sedi tumorali di cui sopra è stato utilizzato l'archivio regionale delle SDO degli anni 2006-2012, analizzando sia le dimissioni da strutture ospedaliere del Veneto (residenti e non residenti in Regione), sia i ricoveri fuori Regione di residenti nel Veneto. Sono stati così analizzati il trend complessivo dei ricoveri, gli indici di attrazione (frazione sul totale delle dimissioni da ospedali del Veneto giustificata da non residenti) e di fuga (frazione sul totale delle dimissioni dei residenti nel Veneto giustificata da ricoveri fuori Regione). Considerando tutte le dimissioni da ospedali regionali, è stata valutata la distribuzione dei ricoveri per regime (ordinario o diurno) e tipo di DRG (medico o chirurgico); è stato poi analizzato l'andamento

temporale dei DRG numericamente più rappresentati. Infine, i risultati di tali elaborazioni di base hanno poi suggerito ulteriori approfondimenti per singola neoplasia.

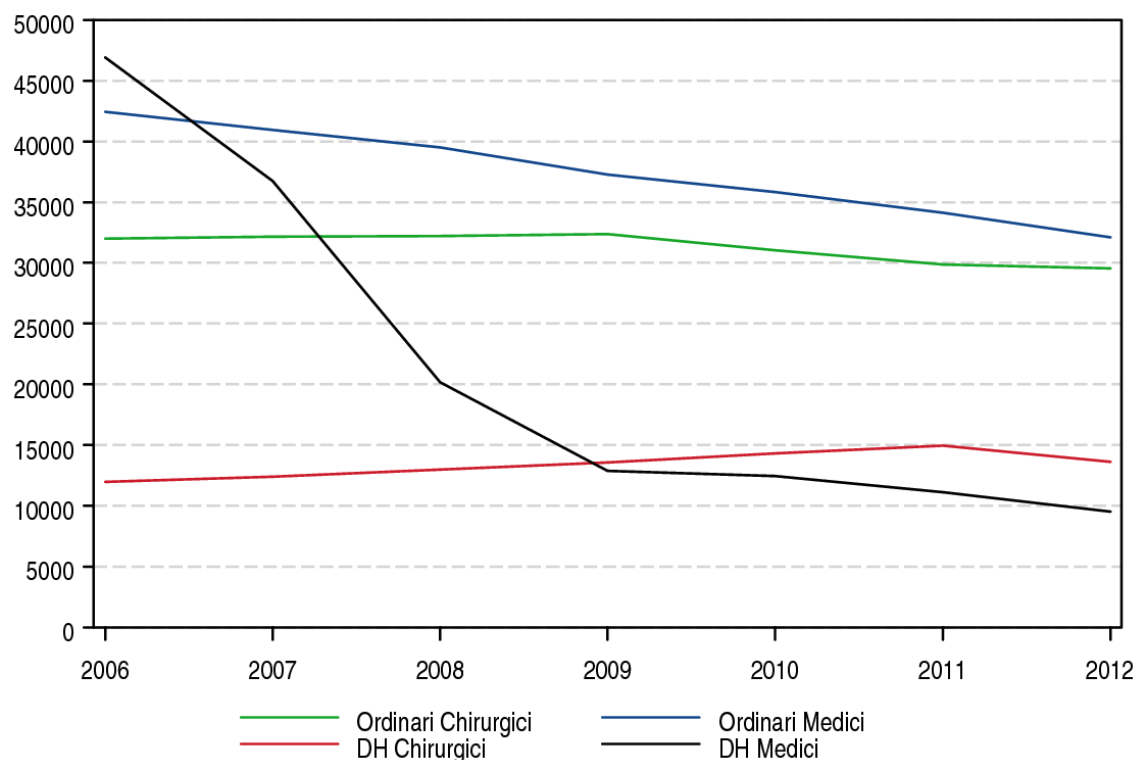
4.2 Ricoveri complessivi per tumore

Considerando assieme tutti i tumori maligni (Tabella 4.1), si evidenzia che nel complesso i ricoveri dei residenti (in Veneto e fuori Regione) a partire dal 2006 si sono ridotti considerevolmente, soprattutto nei primi anni di osservazione; nel 2012 sono stati complessivamente poco più di 82.000. L'indice di attrazione è in aumento, anche se il numero assoluto di ricoveri di non residenti in Veneto che si rivolgono agli ospedali regionali ha registrato un calo particolarmente marcato nel 2006-2009; la fuga invece rimane stabile in termini assoluti (numero di ricoveri) e cresce in termini relativi (indice). La riduzione osservata del saldo attivo di mobilità dei ricoveri oncologici nel loro complesso (e per specifica sede tumorale, vedi paragrafi successivi) può essere considerata in parte artificiosa, perché il passaggio in regime ambulatoriale di alcune tipologie di ricovero è stato attuato in Veneto, ma non in altre Regioni.

Tabella 4.1. Tumori maligni: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2006-2012.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Non residente in Veneto	12.219	11.622	10.728	9.938	9.710	9.843	9.438
Residente e ricoverato in Regione	121.085	110.662	94.191	86.172	83.931	80.190	75.321
Residente in Veneto e ricoverato fuori Regione	6.896	6.928	6.844	7.033	7.055	7.102	7.038
Attrazione	9,2%	9,5%	10,2%	10,3%	10,4%	10,9%	11,1%
Fuga	5,4%	5,9%	6,8%	7,5%	7,8%	8,1%	8,5%

Nel medesimo arco temporale (Figura 4.1) i ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario rimangono stabili registrando un lieve calo solo dopo il 2009, mentre i ricoveri ordinari con DRG medico diminuiscono costantemente. I ricoveri medici in regime diurno crollano, fino a venire superati nel 2009 dai ricoveri diurni chirurgici, che almeno fino al 2011 hanno registrato un costante aumento. Complessivamente nel 2012, tra i ricoveri ordinari quelli con DRG medico superano quelli con DRG chirurgico sia in numero e ancor più in termini di giornate di degenza, con una degenza media pari a 12 giorni (Tabella 4.2). I ricoveri ordinari chirurgici mostrano una degenza media in calo (era pari a 10,5 giornate nel 2006).

Figura 4.1. Tumori maligni: dimissioni per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anni 2006-2012.**Tabella 4.2.** Tumori maligni: dimissioni (N, %), giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2012.

REGIME - DRG		N	%	GG	%	Degenza media
Ordinario	Chirurgico	29.539	34,9	293.504	40,1	9,9
	Medico	32.081	37,8	385.686	52,7	12,0
Diurno	Chirurgico	13.607	16,1	23.563	3,2	1,7
	Medico	9.532	11,2	29.163	4,0	3,1
Totale		84.759	100,0	731.916	100,0	8,6

In Tabella 4.3 sono rappresentati i DRG più frequenti tra i ricoveri oncologici nel 2012 e ne è evidenziato il trend rispetto agli anni 2009 e 2006. E' da ricordare che l'adozione di successive versioni dei DRG ha comportato variazioni soprattutto per quelli relativi alla chirurgia del grosso intestino. Il DRG più rappresentato nel 2006 era quello di chemioterapia non per leucemia acuta, con un picco di oltre 33.800 ricoveri; il passaggio di una quota maggioritaria di trattamenti chemioterapici in regime ambulatoriale rende conto del crollo dei DH medici nell'ultimo triennio e spiega una quota consistente della riduzione complessiva dei ricoveri oncologici. Sono in riduzione i ricoveri con DRG medico di neoplasie dell'apparato respiratorio, gastrointestinale, linfoma e leucemia non acuta, i ricoveri con

DRG riferibile almeno in parte a follow-up di pazienti con tumore maligno (DRG 408 e 412), ed i ricoveri per radioterapia. Tra i ricoveri medici, solo quelli relativi a neoplasie epatobiliari e pancreatiche (incluse le neoplasie metastatiche) risultano stabili nel periodo di osservazione. Tra i DRG chirurgici, non presentano variazioni maggiori gli interventi per via transuretrale, quelli sulla mammella e sulla pelvi maschile (questi ultimi erano cresciuti notevolmente nella prima metà dello scorso decennio); sono in aumento gli interventi sulla tiroide con diagnosi di neoplasia maligna.

Tabella 4.3. Tumori maligni: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2012. Strutture del Veneto. Anni 2006, 2009, 2012.

DRG	2006	2009	2012	% 2012
311-Interventi per via transuretrale senza CC	5.174	5.495	5.253	6%
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	4.856	4.710	4.644	5%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	33.821	6.098	4.430	5%
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	5.103	4.178	3.491	4%
408-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	4.347	4.968	3.482	4%
260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	3.107	3.285	3.305	4%
412-Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	4.407	3.578	3.075	4%
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	3.019	3.286	3.030	4%
335-Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	1.898	2.198	2.091	2%
172-Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	2.447	2.124	1.859	2%
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	1.749	1.903	1.624	2%
258-Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	1.290	1.279	1.448	2%
303-Interventi su rene e uretere per neoplasia	1.636	1.316	1.427	2%
402-Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	1.475	1.293	1.333	2%
570-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore		1.093	1.113	1%
290-Interventi sulla tiroide	593	779	953	1%
075-Interventi maggiori sul torace	1.071	1.042	948	1%
409-Radioterapia	4.160	1.973	932	1%
404-Linfoma e leucemia non acuta senza CC	1.645	1.391	886	1%
395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	1.444	929	861	1%
148-interventi maggiori su intestino crasso e tenue, con cc	1.672			0%

4.3 Neoplasie del polmone

I ricoveri dei residenti con segnalazione di neoplasia polmonare si sono quasi dimezzati (Tabella 4.4), da circa 12.400 nel 2006 a 6.500 nel 2012. I ricoveri per tumore polmonare sono per gran parte attribuiti a DRG medici (Tabella 4.5), in particolare in regime ordinario.

Tabella 4.4. *Neoplasie del polmone: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2006-2012.*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Non residente in Veneto	625	503	420	376	352	344	325
Residente e ricoverato in Regione	12.074	10.316	8.479	7.306	7.015	6.776	6.130
Residente in Veneto e ricoverato fuori Regione	333	315	353	386	389	412	370
Attrazione	4.9%	4.6%	4.7%	4.9%	4.8%	4.8%	5.0%
Fuga	2.7%	3.0%	4.0%	5.0%	5.3%	5.7%	5.7%

Tabella 4.5. *Neoplasie del polmone: dimissioni (N, %), giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2012.*

REGIME - DRG		N	%	GG	%	Degenza media
Ordinario	Chirurgico	1.243	19,3	16.575	21,9	13,3
	Medico	4.733	73,3	57.727	76,2	12,2
Diurno	Chirurgico	125	1,9	291	0,4	2,3
	Medico	354	5,5	1.173	1,5	3,3
Totale		6.455	100,0	75.766	100,0	11,7

Il DRG più frequente (Tabella 4.6) nel 2009, nonostante una riduzione maggiore del 30% nel periodo in esame, è rappresentato da ricoveri medici per neoplasie dell'apparato respiratorio. Nel complesso si registra una lieve flessione (-9%) dei ricoveri con intervento chirurgico (considerando assieme i principali DRG chirurgici 75, 76, 77), anche se per i ricoveri con "interventi chirurgici maggiori" considerati isolatamente si registra un calo più marcato. Il crollo dei ricoveri per chemioterapia è in linea con quanto osservato per le ospedalizzazioni oncologiche nel loro complesso. Sono in riduzione anche i ricoveri con DRG di insufficienza respiratoria e di localizzazioni a distanza proxy di complicanze e/o di maggior gravità clinica (soprattutto quelli riferibili a metastasi scheletriche).

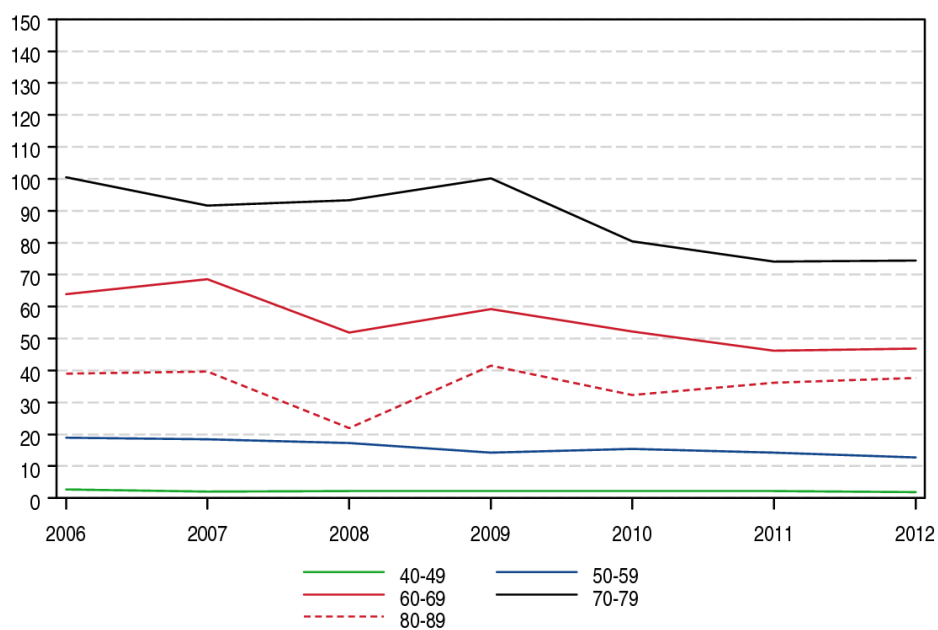
Tabella 4.6. Neoplasie del polmone: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2012. Strutture del Veneto. Anni 2006, 2009, 2012.

DRG	2006	2009	2012	% 2012
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	4.210	3.456	2.882	45%
075-Interventi maggiori sul torace	812	780	696	11%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	4.263	652	477	7%
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	340	372	304	5%
076-Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	284	267	258	4%
077-Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	180	176	213	3%
010-Neoplasie del sistema nervoso con CC	179	168	138	2%
127-Insufficienza cardiaca e shock	122	91	85	1%
099-Segni e sintomi respiratori con CC	91	63	76	1%
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	93	77	54	1%
409-Radioterapia	253	104	54	1%
395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	69	61	45	1%
085-Versamento pleurico con CC	40	35	42	1%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	287	139	42	1%

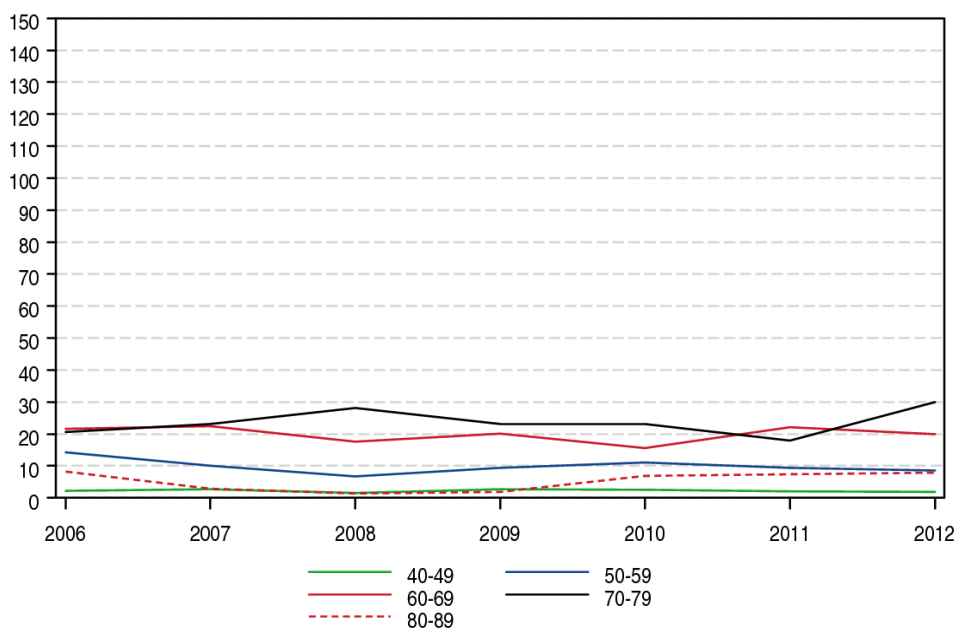
Sono stati selezionati i ricoveri dei residenti in Veneto con diagnosi di tumore del polmone ed intervento di pneumonectomia (7,6% del totale), lobectomia (73,2%), o di altra resezione polmonare (19,2%), escludendo i soggetti già operati nel 2000-2005. La mortalità intraospedaliera nel periodo 2006-2012 è risultata limitata all'1,2%. La Figura 4.2 mostra i tassi di intervento nella popolazione residente per classe di età e sesso: negli uomini vi è una riduzione dei ricoveri chirurgici in tutte le classi di età (tranne che tra gli ottantenni), probabilmente legata alla riduzione dell'incidenza della neoplasia che si osserva ormai da un ventennio nella nostra Regione; i tassi di intervento rimangono invece stabili nel sesso femminile.

Figura 4.2. Neoplasie del polmone: tassi di intervento per classe di età, distinti per sesso. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012

Maschi



Femmine



4.4 Neoplasie del colon-retto

Il totale delle ospedalizzazioni dei residenti con diagnosi di tumore del colon-retto, da circa 15.000 nel 2006, si è più che dimezzato nel triennio successivo (Tabella 4.7) e mostra un trend in ulteriore calo anche negli anni più recenti. Nel 2012 il 58% dei ricoveri (Tabella 4.8) era rappresentato da DRG chirurgici in regime ordinario, che con una degenza media superiore alle due settimane giustificano più del doppio delle giornate di degenza dei ricoveri medici ordinari. I ricoveri in regime diurno rendono conto ormai di una quota assai limitata del totale delle ospedalizzazioni per tumori del grosso intestino.

Tabella 4.7. *Neoplasie del colon-retto: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2006-2012.*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Non residente in Veneto	943	809	521	467	458	410	366
Residente e ricoverato in Regione	15.192	12.906	9.224	7.570	7.277	6.590	6.198
Residente in Veneto e ricoverato fuori Regione	494	516	531	532	516	497	415
Attrazione	5.8%	5.9%	5.3%	5.8%	5.9%	5.9%	5.6%
Fuga	3.1%	3.8%	5.4%	6.6%	6.6%	7.0%	6.3%

68

Tabella 4.8. *Neoplasie del colon-retto: dimissioni, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2012.*

REGIME - DRG		N	%	GG	%	Degenza media
Ordinario	Chirurgico	3.839	58,5	56.455	67,1	14,7
	Medico	2.369	36,1	26.550	31,5	11,2
Diurno	Chirurgico	52	0,8	98	0,1	1,9
	Medico	304	4,6	1.057	1,3	3,5
Totale		6.455	100,0	84.160	100,0	12,8

I ricoveri per chemioterapia rappresentavano il motivo più frequente di ospedalizzazione (circa metà dei ricoveri totali) prima del passaggio al regime ambulatoriale; attualmente i ricoveri più frequenti sono rappresentati dagli interventi maggiori sull'intestino (Tabella 4.9), con o senza menzione di complicanze/ comorbidità (da notare come la classificazione dei DRG si sia modificata con l'adozione della nuova versione del grouper nel 2009). Considerando assieme i principali DRG chirurgici per interventi sul crasso e sul retto, il numero assoluto di ricoveri ha mostrato una lieve riduzione dopo il 2009. Nel frattempo, si sono notevolmente ridotti i ricoveri medici per neoplasie dell'apparato gastrointestinale.

Tabella 4.9. Neoplasie del colon-retto: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2009. Strutture del Veneto. Anni 2006, 2009, 2012.

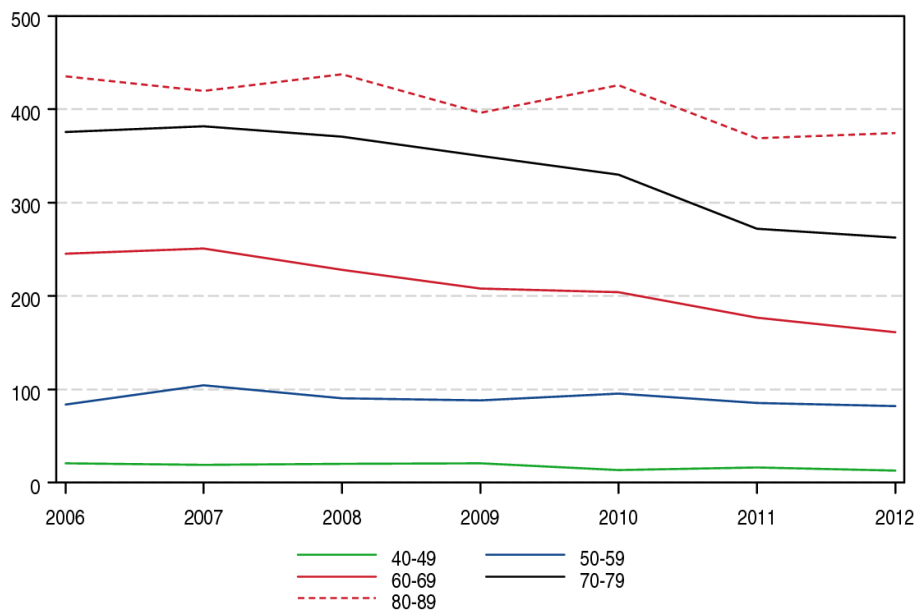
DRG	2006	2009	2012	% 2012
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	1.671	1.833	1.545	24%
570-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore		1.004	1.039	16%
172-Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	1.260	1.101	904	14%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	7.665	650	367	6%
173-Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	886	560	353	5%
569-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore		356	349	5%
147-Resezione rettale senza CC	420	392	300	5%
146-Resezione rettale con CC	246	175	137	2%
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	183	147	91	1%
466-Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	37	14	89	1%
158-Interventi su ano e stoma senza CC	68	80	73	1%
395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	88	68	67	1%
180-Occlusione gastrointestinale con CC	65	74	59	1%
409-Radioterapia	327	107	58	1%
148-interventi maggiori su intestino crasso e tenue, con cc	1.444			0%

Tra i ricoveri dei residenti con tumore maligno del colon e del retto, sono stati poi selezionati quelli con interventi di resezione del colon (codici 45.7x-45.8) o del retto (resezione addomino-perineale 48.5 e 48.62; altra resezione del retto 48.35, 48.61, 48.63-48.69), escludendo i soggetti già operati nel 2000-2005. La mortalità intraospedaliera complessiva è risultata del 2,3%, con una forte relazione con l'età (50-59 anni 0,8%, 60-69 anni 1,1%, 70-79 anni 2,3%, 80-89 anni 5,0%). Tra gli interventi sul retto, quelli di resezione addomino-perineale sono risultati più frequenti nelle classi di età più avanzate.

Rapportando il numero assoluto di interventi chirurgici alla popolazione residente, il tasso di intervento si è ridotto in entrambi i sessi, soprattutto tra i 60 ed i 79 anni ed a partire dal 2008 (Figura 4.3). La riduzione che si osserva negli ultimi anni segue ad un aumento dei tassi registrato nella prima parte dello scorso decennio ed è da collegarsi alla progressiva attivazione dei programmi di screening che a partire dal 2008-2009 coprono ormai tutta la Regione. La Figura 4.4 mostra infatti i tassi di intervento a partire dal 2000 nella classe di età 60-69 anni (uomini e donne insieme), per periodo di attivazione dello screening nelle rispettive ULSS di residenza. Si può osservare che con l'attivazione dei programmi di screening si osserva un forte aumento dei tassi di intervento chirurgico, cui segue una riduzione così ampia da portare i tassi a livelli inferiori a quelli di partenza.

Figura 4.3. Neoplasie del colon-retto: tassi di primo intervento (per 100.000) per sesso e classe di età. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.

Maschi



Femmine

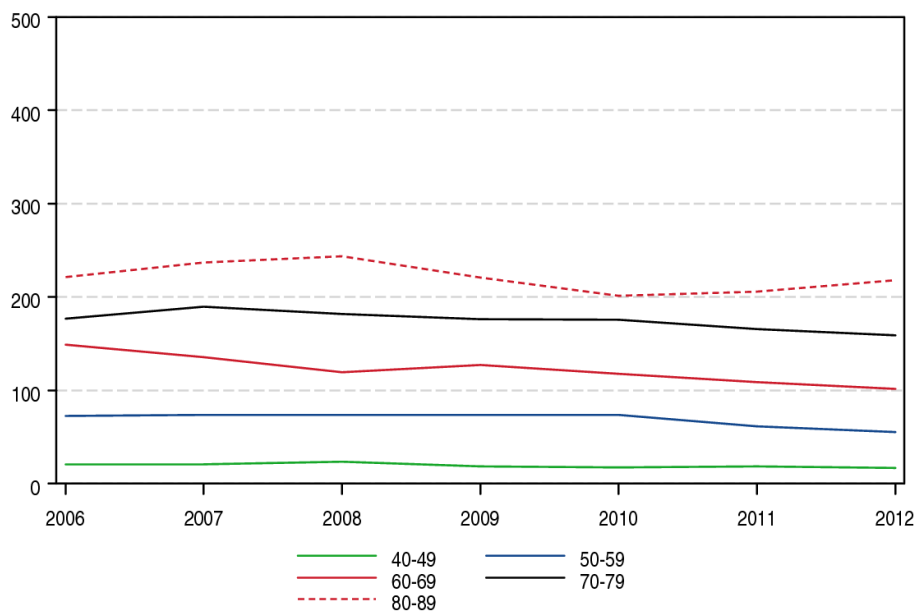
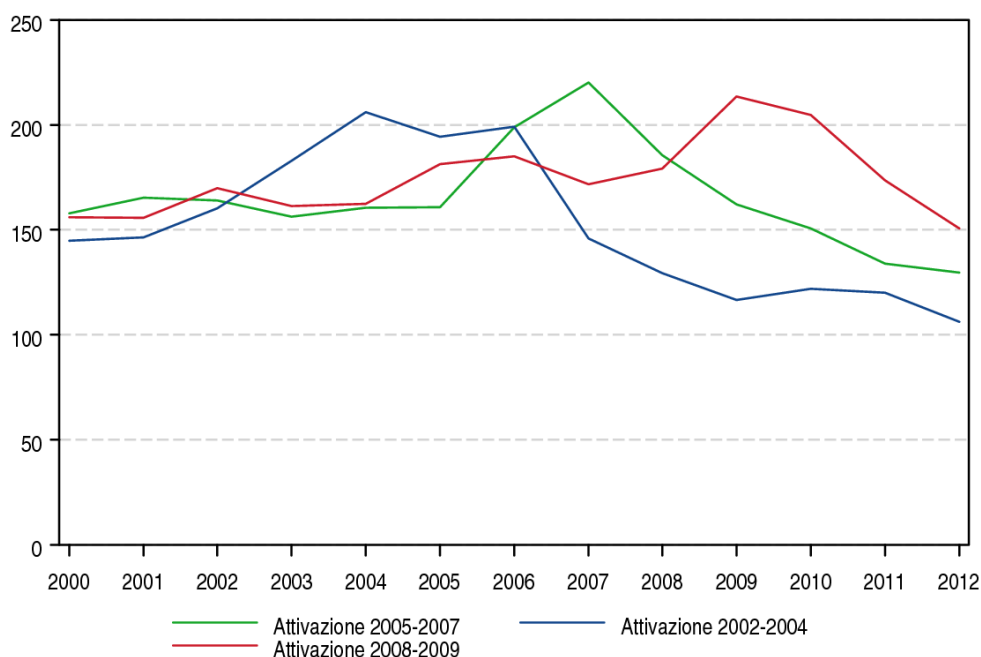


Figura 4.4. Neoplasie del colon-retto: tassi di primo intervento (per 100.000, uomini e donne assieme, 60-69 anni) per periodo di attivazione dello screening nell'ULSS di residenza. Residenti in Veneto. Anni 2000-2012.



4.5 Neoplasie di esofago e stomaco

I ricoveri per neoplasie di esofago e stomaco sono analizzati assieme, anche per le difficoltà nella classificazione dei tumori che originano dalla giunzione gastroesofagea. In Tabella 4.10 si può osservare come vi sia stata una considerevole riduzione dei ricoveri con l'introduzione del day-service ambulatoriale, con un indice di attrazione che comunque si mantiene superiore all'indice di fuga per tutto il periodo di osservazione. Nel 2012 i ricoveri ordinari medici costituivano ancora la maggioranza delle ospedalizzazioni; i ricoveri chirurgici si caratterizzano peraltro per una durata della degenza particolarmente lunga (Tabella 4.11).

Tabella 4.10. Neoplasie di esofago e stomaco: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2006-2012.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Non residente in Veneto	495	452	440	329	369	364	365
Residente e ricoverato in Regione	4.592	4.132	3.265	2.857	2.841	2.674	2.619
Residente in Veneto e ricoverato fuori Regione	167	198	180	181	201	219	173
Attrazione	9.7%	9.9%	11.9%	10.3%	11.5%	12.0%	12.2%
Fuga	3.5%	4.6%	5.2%	6.0%	6.6%	7.6%	6.2%

Tabella 4.11. *Neoplasie di esofago e stomaco: dimissioni, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2012.*

REGIME - DRG		N	%	GG	%	Degenza media
Ordinario	Chirurgico	965	32,3	18.401	44,5	19,1
	Medico	1.835	61,5	22.428	54,3	12,2
Diurno	Chirurgico	12	0,4	18	0,0	1,5
	Medico	172	5,8	468	1,1	2,7
Totale		2.984	100,0	41.315	100,0	13,8

I DRG di neoplasie maligne dell'apparato digerente, complicati o meno, costituiscono più di un terzo dei ricoveri nonostante la riduzione in numero assoluto verificatasi dal 2006 al 2012; anche dopo il consistente passaggio al regime ambulatoriale i ricoveri per chemioterapia sono ancora tra i più rappresentati (Tabella 4.12). Negli anni è cambiata la classificazione dei principali DRG chirurgici, che nel 2012 costituiscono circa il 30% dei ricoveri totali.

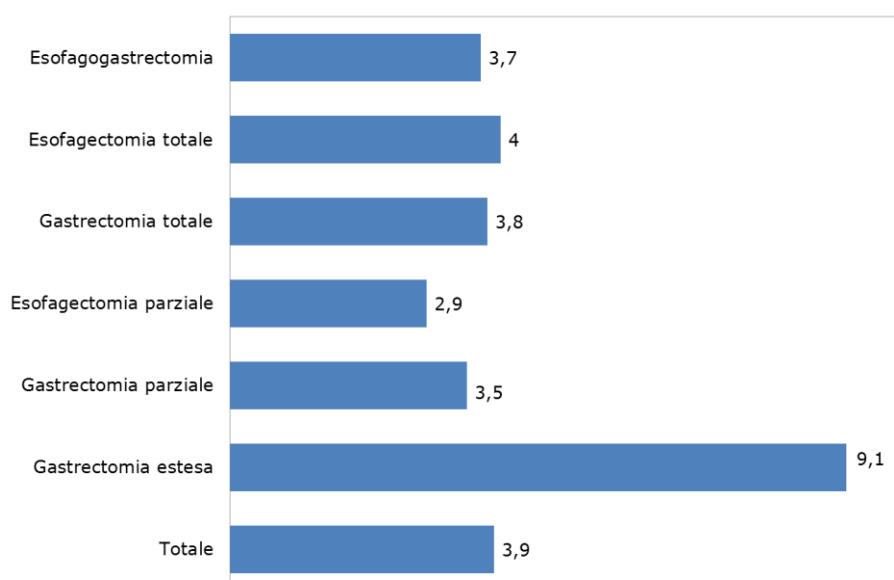
Tabella 4.12. *Neoplasie di esofago e stomaco: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2009. Strutture del Veneto. Anni 2006, 2009, 2012.*

DRG	2006	2009	2012	% 2012
172-Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	890	724	677	23%
155-Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	417	435	397	13%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.718	382	356	12%
173-Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	569	452	349	12%
568-Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore		284	345	12%
409-Radioterapia	84	57	56	2%
466-Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	18	6	49	2%
170-Altri interventi sull'apparato digerente con CC	58	62	47	2%
182-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	60	42	37	1%
395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	71	56	36	1%
171-Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	31	29	35	1%
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	42	28	34	1%
567-Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore		20	33	1%
467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	1	6	30	1%

Tra i ricoveri dei residenti con tumore maligno di esofago e stomaco, sono stati poi selezionati quelli con interventi di resezione (codici 42.4x e 43.5-43.99), escludendo i

soggetti già operati nel 2000-2005. Gli interventi sono stati classificati in esofagectomia parziale, (42.41), esofagectomia totale o non specificata (42.40, 42.41), gastrectomia parziale (43.5-43.89), gastrectomia totale (43.9x), gastrectomia totale estesa (43.9x ed uno dei codici 41.43, 41.5, 52.5x, 52.6, 52.7), esofagogastrectomia (compresenza di codici di resezione esofagea e gastrica, oppure codice aspecifico 43.99 con diagnosi di tumore dell'esofago o del cardias, 150.x o 151.0). La mortalità intraospedaliera complessiva per questi interventi è risultata del 3,9%: si attesta attorno al 2% tra i 40 ed i 69 anni, per salire considerevolmente nelle classi di età successive. La tipologia di intervento varia con la classe di età (esofagectomie nei pazienti più giovani, gastrectomie soprattutto parziali negli anziani); in Figura 4.5 si può vedere come la mortalità intraospedaliera si mantenga entro il 4% per tutti gli interventi tranne che per le gastrectomie estese (che prevedono per lo più la rimozione della milza).

Figura 4.5. *Neoplasie di esofago e stomaco: mortalità intraospedaliera per tipo di intervento. Residenti in Veneto, periodo 2006-2012.*



4.6 Neoplasie della mammella

Il numero di ricoveri totali delle residenti con segnalazione di neoplasia mammaria si è quasi dimezzato nel periodo 2006-2012, fino a scendere a poco più 9.000. Diversamente dalle altre sedi tumorali esaminate, l'indice di fuga si è mantenuto costantemente superiore a quello di attrazione per tutto il periodo considerato, con un saldo negativo della mobilità che è andato ampliandosi nel tempo (Tabella 4.13). Nel 2012 circa il 78% dei ricoveri totali è attribuito a DRG chirurgici. Tra i ricoveri ordinari quelli attribuiti a DRG chirurgico risultano più del triplo rispetto ai ricoveri con DRG medico, però con un consumo simile di giornate di degenza, legato alla maggior degenza media dei ricoveri medici (Tabella 4.14).

Tabella 4.13. *Neoplasie della mammella: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2006-2012.*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Non residente in Veneto	878	614	546	490	324	307	283
Residente e ricoverato in Regione	16.591	14.535	11.002	9.434	8.601	8.360	8.027
Residente in Veneto e ricoverato fuori Regione	1.172	1.180	1.166	1.229	1.193	1.184	1.202
Attrazione	5.0%	4.1%	4.7%	4.9%	3.6%	3.5%	3.4%
Fuga	6.6%	7.5%	9.6%	11.5%	12.2%	12.4%	13.0%

74

Tabella 4.14. *Neoplasie della mammella: dimissioni, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2012.*

REGIME - DRG		N	%	GG	%	Degenza media
Ordinario	Chirurgico	4.482	53,9	17.426	43,0	3,9
	Medico	1.416	17,0	17.656	43,6	12,5
Diurno	Chirurgico	2.034	24,5	3.669	9,1	1,8
	Medico	378	4,5	1.764	4,4	4,7
Totale		8.310	100,0	40.515	100,0	4,9

Per quanto riguarda la distribuzione dei principali DRG, è da notare che il crollo dei ricoveri per chemioterapia (-96%) è stato più accentuato che per altre sedi di neoplasia (Tabella 4.15). Si è registrata una considerevole riduzione anche dei ricoveri medici per neoplasie maligne della mammella con o senza segnalazione di comorbidità/complicanze (-35%), e quelli riferibili a follow-up di donne con tumore mammario (DRG 408, -58%). Eclatante è stato il crollo dei ricoveri per radioterapia e per localizzazione scheletriche.

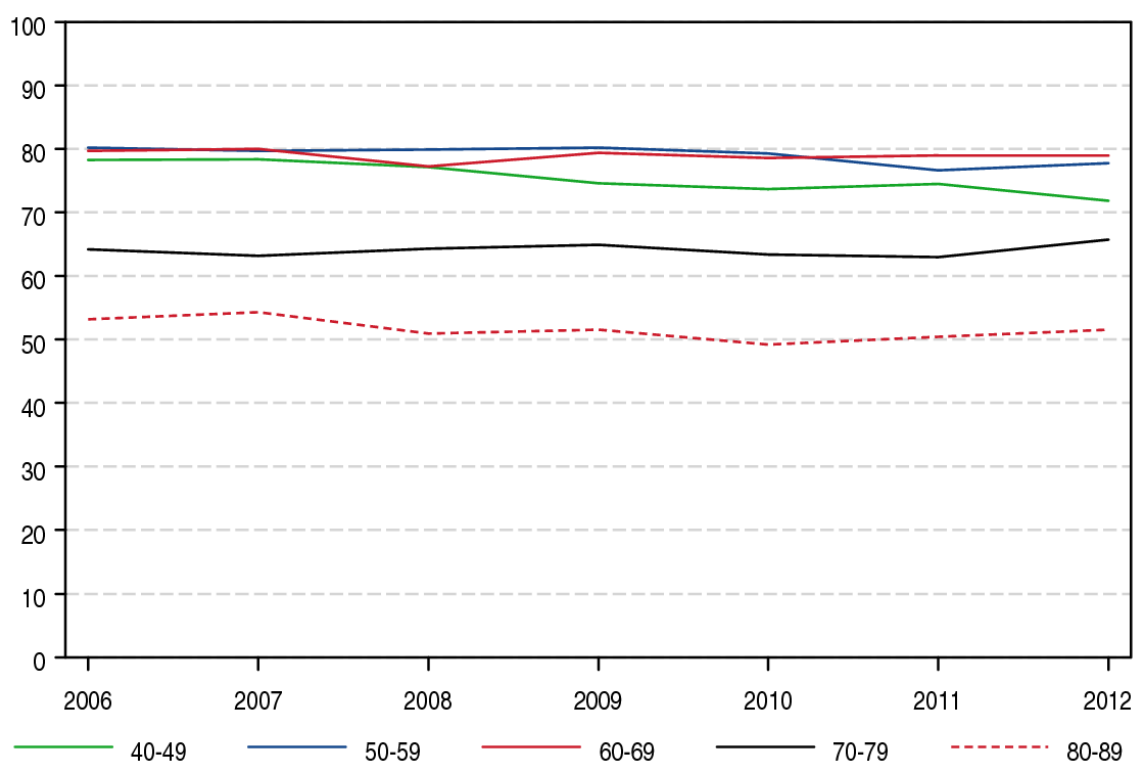
Tabella 4.15. *Neoplasie della mammella: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2012. Strutture del Veneto. Anni 2006, 2009, 2012.*

DRG	2006	2009	2012	% 2012
260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	3.097	3.276	3.294	40%
258-Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	1.264	1.267	1.410	17%
408-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	1.101	1.346	468	6%
274-Neoplasie maligne della mammella con CC	535	462	416	5%
257-Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	262	348	412	5%
259-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	299	347	377	5%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	7.238	648	310	4%
270-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	182	216	144	2%
275-Neoplasie maligne della mammella senza CC	248	138	95	1%
540-Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC		70	86	1%
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	125	85	83	1%
466-Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	5	5	75	1%
409-Radioterapia	568	192	74	1%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	1.105	348	59	1%

Sono poi stati selezionati i ricoveri delle donne residenti nel Veneto con codice di chirurgia conservativa (85.12, 85.21-85.23) o di chirurgia radicale (85.41-85.48); in caso di più ricoveri è stato considerato il primo, e sono state escluse le donne già operate nel periodo 2000-2005. La Figura 4.5 mostra come la percentuale di interventi conservativi sia inferiore nelle classi di età più avanzate; il ricorso alla chirurgia conservativa era cresciuto nella prima parte dello scorso decennio, ed è rimasto sostanzialmente stabile nel periodo 2006-2012 tranne una riduzione osservata nelle donne con meno di 50 anni.

Tra le donne sottoposte a chirurgia conservativa, più del 15% è stato sottoposto a re-intervento tra i 7 ed i 90 giorni dalla prima procedura; tale percentuale, più alta tra le donne più giovani, mostra una lieve flessione nel periodo analizzato.

Figura 4.5. Neoplasie della mammella: percentuale di intervento di tipo conservativo sul totale dei primi interventi per classi di età. Donne residenti in Veneto. Anni 2006-2012.



4.7 Neoplasie della prostata

Il totale delle ospedalizzazioni dei residenti nel Veneto per tumore della prostata è sceso a meno di 4400 nel 2012. La Tabella 4.16 mostra come l'indice di attrazione aumenti sostanzialmente nell'arco temporale esaminato fino ad attestarsi attorno al 18%, e superiori di gran lunga l'indice di fuga. I ricoveri ordinari con DRG chirurgico costituiscono il 59% delle ospedalizzazioni per tumore della prostata negli ospedali regionali (Tabella 4.17), con una degenza media di poco superiore agli 8 giorni.

Tabella 4.16. *Neoplasie della prostata: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2006-2012.*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Non residente in Veneto	865	838	881	811	848	966	908
Residente e ricoverato in Regione	6.328	5.531	5.407	4.961	4.731	4.317	4.125
Residente in Veneto e ricoverato fuori Regione	195	181	205	191	243	209	239
Attrazione	12.0%	13.2%	14.0%	14.1%	15.2%	18.3%	18.0%
Fuga	3.0%	3.2%	3.7%	3.7%	4.9%	4.6%	5.5%

Tabella 4.17. *Neoplasie della prostata: dimissioni, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2012.*

REGIME - DRG		N	%	GG	%	Degenza media
Ordinario	Chirurgico	2.964	58,9	24.273	60,2	8,2
	Medico	1.220	24,2	14.122	35,0	11,6
Diurno	Chirurgico	301	6,0	362	0,9	1,2
	Medico	548	10,9	1.587	3,9	2,9
Totale		5.033	100,0	40.344	100,0	8,0

I DRG medici di "neoplasia maligna dell'apparato genitale maschile", con o senza menzione di comorbidità e complicanze, si sono ridotti nel periodo considerato (-22%), mentre nel contempo il numero di interventi maggiori sulla pelvi maschile è oscillato attorno ai 2200 (Tabella 4.18). Si sono drasticamente ridotti i ricoveri per chemioterapia, radioterapia e localizzazioni scheletriche. I DRG di prostatectomia transuretrale potrebbero essere attribuibili al riscontro incidentale di un focolaio di neoplasia maligna dopo intervento per patologia benigna, o al trattamento di neoplasie prostatiche localmente avanzate.

Infine, sono stati identificati (dimissioni con diagnosi 185 e codice di intervento ICD-9-CM 60.5) gli interventi di prostatectomia radicale eseguiti su residenti nel Veneto (in Regione o fuori Regione). Dopo la fortissima crescita di tali interventi nella prima metà dello scorso decennio, il numero annuo si è stabilizzato attorno ai 1700 per tutto il periodo 2006-2012. I tassi di prostatectomia radicale, che erano aumentati in tutte le classi di età fino al

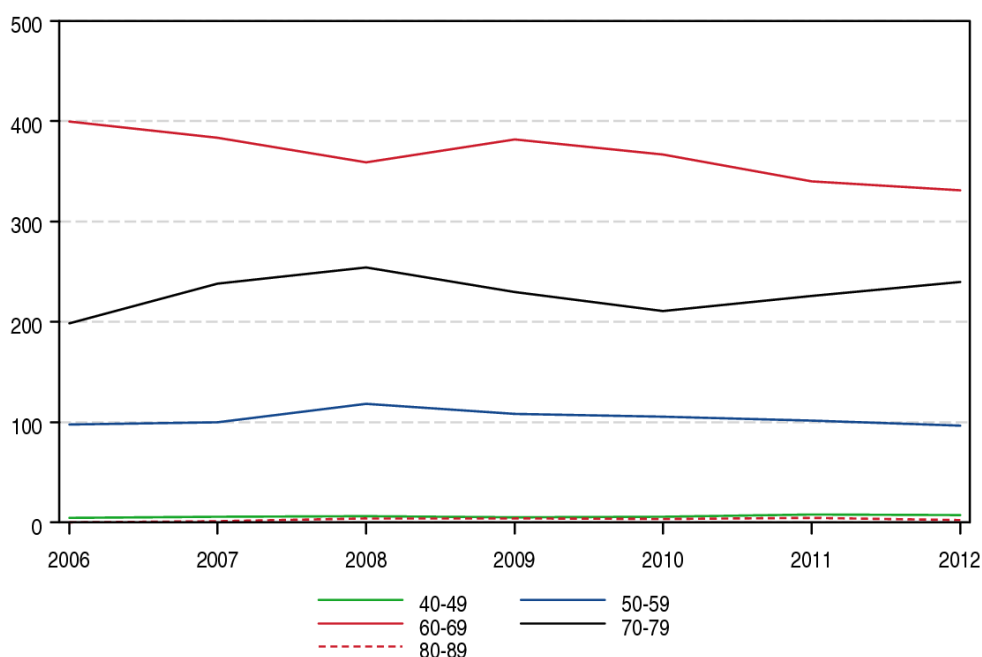
2004, sono ora stabili od in riduzione; un limitato incremento si osserva ancora nella classe dei 70-79 anni.

Tabella 4.18. Neoplasie della prostata: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2012. Strutture del Veneto. Anni 2006, 2009, 2012.

DRG	2006	2009	2012	% 2012
335-Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	1.876	2.181	2.077	41%
347-Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	417	499	415	8%
344-Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	313	377	371	7%
346-Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	450	299	263	5%
334-Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	191	221	226	4%
337-Prostatectomia transuretrale senza CC	225	267	224	4%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	517	48	112	2%
127-Insufficienza cardiaca e shock	114	110	66	1%
573-Interventi maggiori sulla vescica		55	55	1%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	412	195	53	1%
395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	101	47	50	1%
411-Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	46	41	50	1%
311-Interventi per via transuretrale senza CC	81	70	42	1%
316-Insufficienza renale	60	47	40	1%

78

Figura 4.6. Neoplasie della prostata: tassi del primo intervento di prostatectomia radicale (per 100.000) per classi di età. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.



4.8 Neoplasie della vescica

Il numero di ricoveri dei residenti in Veneto per neoplasie vescicali risulta in progressivo ma contenuto calo nel periodo 2006-2012 (Tabella 4.19). In tutto il periodo, la mobilità attiva assume dimensioni rilevanti, con un indice di attrazione che oscilla attorno al 15% mentre la mobilità passiva è pressoché assente. La vescica è l'unica delle sedi tumorali analizzate per cui vi è ancora una consistente attività di ricovero in regime diurno, sia medico che soprattutto chirurgico. I ricoveri ordinari sono in maggioranza chirurgici. I ricoveri si caratterizzano per una breve degenza media o per un basso numero medio di accessi in DH (Tabella 4.20).

Tabella 4.19. *Neoplasie della vescica: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2006-2012.*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Non residente in Veneto	2.422	2.438	2.394	2.352	2.380	2.309	2.100
Residente e ricoverato in Regione	14.242	14.280	13.177	12.784	12.903	12.464	11.260
Residente in Veneto e ricoverato fuori Regione	178	173	205	188	172	184	219
Attrazione	14.5%	14.6%	15.4%	15.5%	15.6%	15.6%	15.7%
Fuga	1.2%	1.2%	1.5%	1.4%	1.3%	1.5%	1.9%

79

Tabella 4.20. *Neoplasie della vescica: dimissioni, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2012.*

REGIME - DRG		N	%	GG	%	Degenza media
Ordinario	Chirurgico	3.993	29,9	23.877	51,5	6,0
	Medico	1.149	8,6	9.809	21,2	8,5
Diurno	Chirurgico	5.096	38,1	8.342	18,0	1,6
	Medico	3.122	23,4	4.350	9,4	1,4
Totale		13.360	100,0	46.378	100,0	3,5

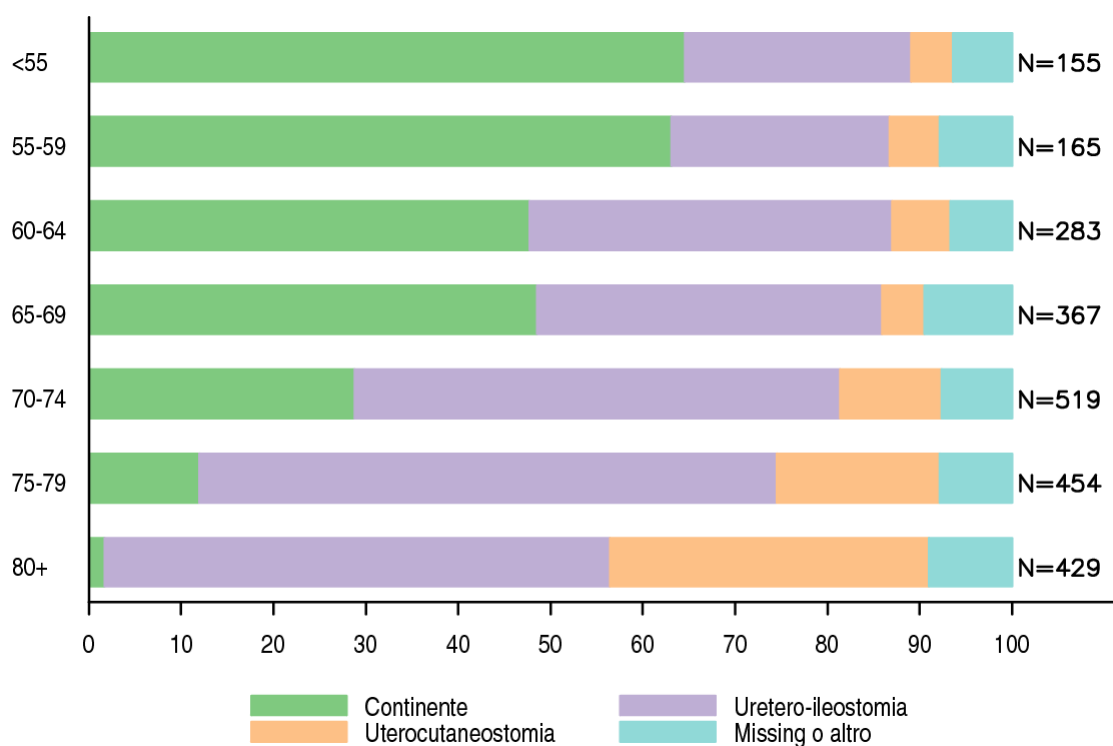
La Tabella 4.21 mostra come la maggioranza dei ricoveri sia giustificata da trattamento e follow-up di neoplasie localizzate; si tratta di ricoveri non interessati dai recenti provvedimenti regionali volti al trasferimento dell'assistenza oncologica in ambito ambulatoriale, per cui il loro numero risulta stabile nel tempo o in contenuta riduzione. Crollano invece i ricoveri medici per neoplasie delle vie urinarie (-70% tra complicati e non). Dal 2009 c'è stata l'introduzione del nuovo DRG 573 di interventi maggiori sulla vescica, che ha raccolto la maggioranza dei ricoveri prima classificati nel DRG 303.

Tabella 4.21. *Neoplasie della vescica: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2012. Strutture del Veneto. Anni 2006, 2009, 2012.*

DRG	2006	2009	2012	% 2012
311-Interventi per via transuretrale senza CC	5.110	5.427	5.190	39%
412-Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	3.678	3.288	2.930	22%
408-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	2.262	2.559	2.429	18%
319-Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	2.011	891	490	4%
573-Interventi maggiori sulla vescica		469	489	4%
310-Interventi per via transuretrale con CC	577	384	323	2%
407-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	180	429	240	2%
318-Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	424	282	231	2%
303-Interventi su rene e uretere per neoplasia	562	111	117	1%
411-Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	189	132	103	1%
309-Interventi minori sulla vescica senza CC	97	162	57	0%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	547	88	55	0%

Infine, negli interventi di cistectomia radicale/totale/exenteratio per tumore della vescica (codici di intervento 57.71, 57.79 e 68.8) effettuati su residenti nel Veneto (inclusa mobilità passiva), è stato analizzato il tipo di diversione urinaria classificandolo come continente (57.87), ureteroileostomia (56.51, 56.71), ureterocutaneostomia (56.61). Il tasso di intervento è rimasto sostanzialmente stabile nel tempo; tra i quasi 2400 interventi inclusi nelle analisi la mortalità intraospedaliera complessiva è risultata del 2,7%, attestandosi al 3,6% solo tra gli ultrasessantenni. Solo nell'8% dei ricoveri non era individuabile la tipologia di ricostruzione delle vie urinarie. Nel 31% dei ricoveri era segnalata una diversione continente (peraltro la modalità principale fino ai 69 anni, vedi Figura 4.7), in quasi la metà un'ureteroileostomia; una frazione rilevante degli ultraottantenni era sottoposta a ureterocutaneostomia. E' da segnalare però che la proporzione di diversioni continenti è in progressiva riduzione nel periodo analizzato.

Figura 4.7. Neoplasie della vescica: distribuzione del tipo di diversione per classi di età. Residenti in Veneto. Periodo 2006-2012.



4.9 Neoplasie del rene

I ricoveri dei residenti per neoplasie del rene (esclusa pelvi) mostrano un trend in modesta riduzione nel fino al 2008 per poi stabilizzarsi negli anni successivi; la mobilità attiva supera largamente quella passiva per tutto il periodo (Tabella 4.22). Il 59% delle ospedalizzazioni è costituita da ricoveri ordinari con DRG chirurgico, con una degenza media di circa 9 giorni (Tabella 4.23); i ricoveri in regime diurno sono in numero trascurabile.

Tabella 4.22. *Neoplasie del rene: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2006-2012.*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Non residente in Veneto	203	249	241	254	268	243	288
Residente e ricoverato in Regione	2.141	2.032	1.875	1.716	1.719	1.751	1.807
Residente in Veneto e ricoverato fuori Regione	135	102	112	121	120	120	125
Attrazione	8.7%	10.9%	11.4%	12.9%	13.5%	12.2%	13.7%
Fuga	5.9%	4.8%	5.6%	6.6%	6.5%	6.4%	6.5%

Tabella 4.23. *Neoplasie del rene: dimissioni, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2012.*

REGIME - DRG		N	%	GG	%	Degenza media
Ordinario	Chirurgico	1.241	59,2	11.237	55,6	9,1
	Medico	667	31,8	8.265	40,9	12,4
Diurno	Chirurgico	20	1,0	26	0,1	1,3
	Medico	167	8,0	673	3,3	4,0
Totale		2.095	100,0	20.201	100,0	9,6

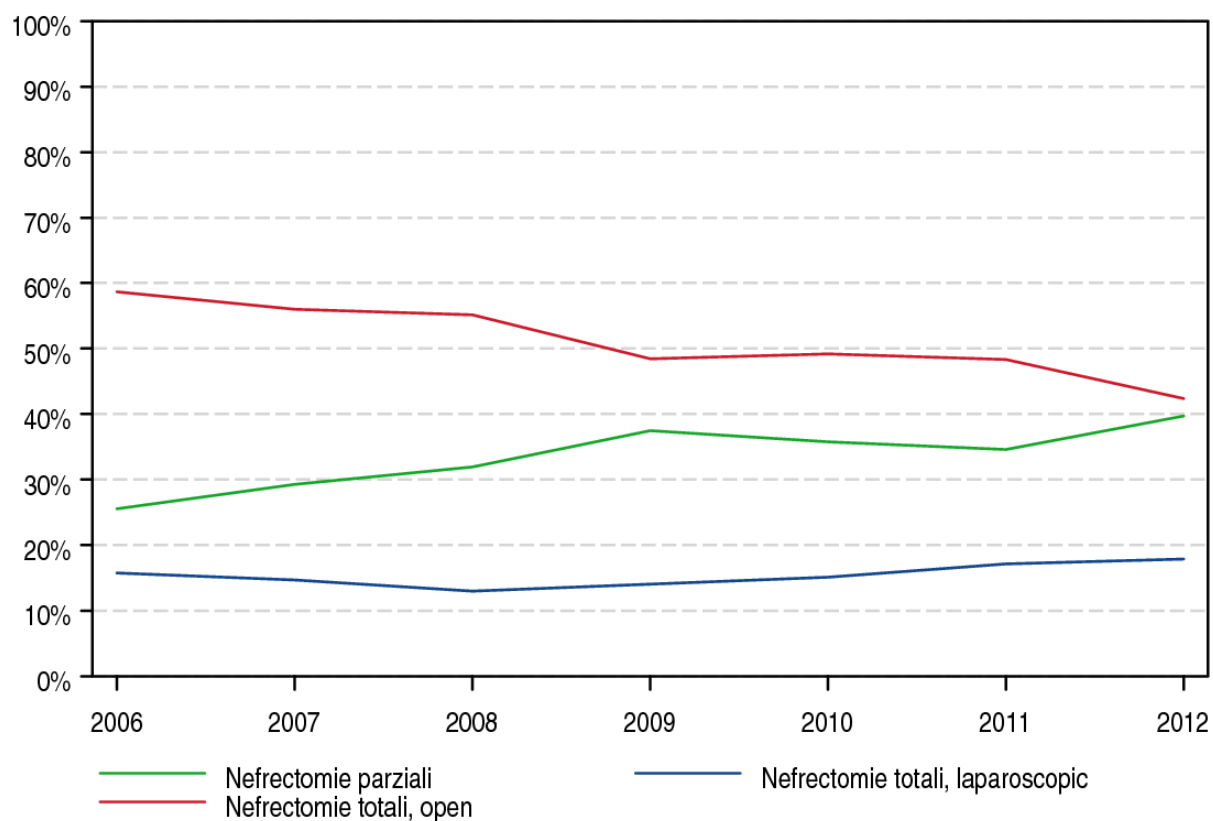
Mentre i ricoveri medici per neoplasie del rene e delle vie urinarie sono in lieve riduzione, il DRG chirurgico di interventi su rene e uretere per neoplasia ha registrato un aumento del 22% ed ora giustifica più di metà dei ricoveri per neoplasie renali (Tabella 4.24).

Tabella 4.24. Neoplasie del rene: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2012. Strutture del Veneto. Anni 2006, 2009, 2012.

DRG	2006	2009	2012	% 2012
303-Interventi su rene e uretere per neoplasia	907	1.004	1.106	53%
318-Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	264	241	228	11%
319-Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	119	117	117	6%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	326	58	100	5%
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	51	48	36	2%
395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	32	15	28	1%
127-Insufficienza cardiaca e shock	24	13	23	1%
316-Insufficienza renale	20	19	18	1%
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	9	10	17	1%
409-Radioterapia	13	18	16	1%
010-Neoplasie del sistema nervoso con CC	23	13	14	1%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	87	35	14	1%

La Figura 4.8 mostra la distribuzione degli interventi di nefrectomia sui residenti nel Veneto secondo una classificazione che individua nefrectomie totali a cielo aperto (codici 55.51, 55.52 e 55.54), nefrectomie totali laparoscopiche (compresenza dei codici di cui sopra e di uno dei codici 54.21, 54.51 e 51.23), nefrectomie parziali (55.4, a cielo aperto e laparoscopiche assieme). Nonostante gli interventi laparoscopici siano in questo modo largamente sottostimati, si può vedere come l'analisi delle SDO catturi i grandi trend nel trattamento chirurgico delle neoplasie renali: l'aumento delle nefrectomie parziali, che si evidenzia soprattutto nel periodo 2006-2009, fino ad avvicinarsi al 40% del totale degli interventi; il calo degli interventi tradizionali, che sono passati dal 59% al 42% delle procedure chirurgiche.

Figura 4.8. Neoplasie del rene: distribuzione percentuale del tipo di nefrectomia eseguita: totale laparoscopica ed a cielo aperto (open), nefrectomia parziale. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.



4.10 Neoplasie della tiroide

I ricoveri dei residenti in Veneto per neoplasie della tiroide sono aumentati progressivamente nel periodo di osservazione, con un incremento complessivo del 23%. L'ospedalizzazione è caratterizzata da una forte mobilità, sia attiva (peraltro in calo negli anni), che passiva (Tabella 4.25). Circa due terzi delle ospedalizzazioni e delle giornate di degenza è costituito da ricoveri ordinari chirurgici, mentre i ricoveri in day hospital sono praticamente assenti; la degenza media dei ricoveri ordinari si attesta attorno ai 4 giorni (Tabella 4.26).

Tabella 4.25. *Neoplasie della tiroide: dimissioni per Regione di ricovero e di residenza e indici di attrazione e fuga. Anni 2006-2012.*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Non residente in Veneto	220	253	248	291	239	225	222
Residente e ricoverato in Regione	1.089	1.221	1.207	1.330	1.308	1.385	1.390
Residente in Veneto e ricoverato fuori Regione	239	241	262	250	267	304	314
Attrazione	16.8%	17.2%	17.0%	18.0%	15.4%	14.0%	13.8%
Fuga	18.0%	16.5%	17.8%	15.8%	17.0%	18.0%	18.4%

Tabella 4.26. *Neoplasie della tiroide: dimissioni, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi) per regime di ricovero e tipo di DRG. Strutture del Veneto. Anno 2012.*

REGIME - DRG		N	%	GG	%	Degenza media
Ordinario	Chirurgico	1.102	68,4	4.038	65,9	3,7
	Medico	490	30,4	2.052	33,5	4,2
Diurno	Chirurgico	11	0,7	18	0,3	1,6
	Medico	9	0,6	21	0,3	2,3
Totale		1.612	100,0	6.129	100,0	3,8

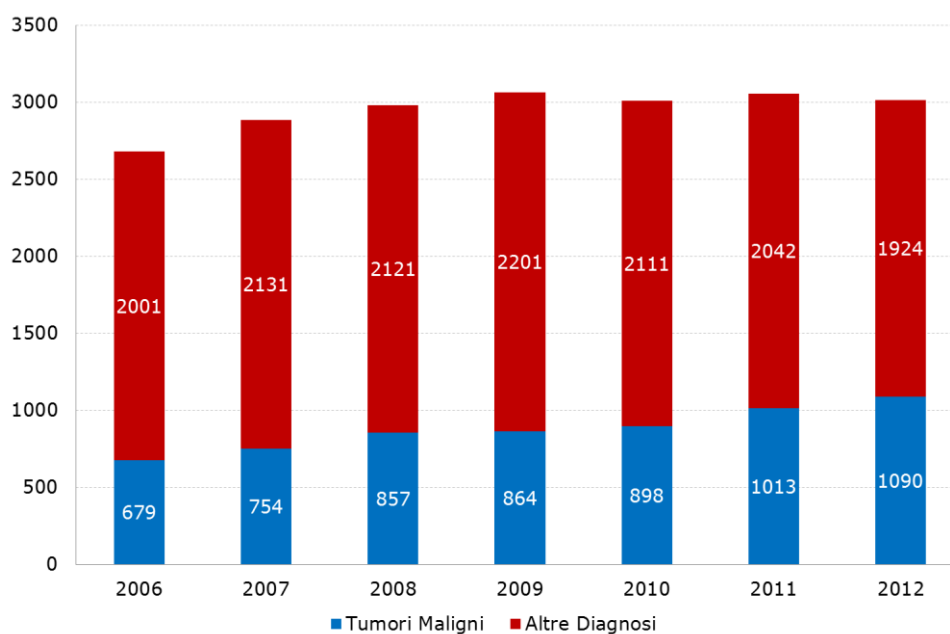
In Tabella 4.27 si può osservare come la maggioranza dei ricoveri sia riconducibile al singolo DRG chirurgico 290, che registra dal 2006 al 2012 una crescita del 61%.

Tabella 4.27. Neoplasie della tiroide: dimissioni dei DRG più frequenti nel 2012. Strutture del Veneto. Anni 2006, 2009, 2012.

DRG	2006	2009	2012	% 2012
290-Interventi sulla tiroide	588	772	949	59%
301-Malattie endocrine senza CC	44	20	268	17%
404-Linfoma e leucemia non acuta senza CC	1	1	120	7%
402-Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	24	37	60	4%
540-Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC		31	31	2%
289-Interventi sulle paratiroidi	18	8	24	1%
300-Malattie endocrine con CC	38	34	22	1%
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	11	7	21	1%
409-Radioterapia	422	597	17	1%
482-Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	6	9	8	0%
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	2	8	5	0%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	4	1	5	0%

Sono poi stati analizzati gli interventi chirurgici sui residenti in Veneto nel periodo 2006-2012, distinti in tiroidectomia totale (codici 06.4, 06.50, 06.52) ed altre procedure, incluse la lobectomia ed altre tiroidectomie parziali (codici 06.2, 03.3x, 06.51), in presenza non solo di diagnosi di tumore maligno della tiroide (193), ma anche di adenoma e di tumore a comportamento incerto/sconosciuto (226, 237.4, 239.7), e di patologie non-neoplastiche della tiroide (codici 240-246). In Figura 4.9 si può osservare come il numero complessivo di interventi sia cresciuto nel triennio 2006-2008, per poi stabilizzarsi negli anni successivi; per tutto il periodo analizzato è invece aumentata in misura sostanziale la proporzione di interventi con diagnosi di tumore maligno (dal 25% al 36%). Nel contempo, la quota di tiroidectomie totali è passata dal 75% all'81% del totale degli interventi sulla tiroide. L'incremento della segnalazioni di tumore tiroideo è probabilmente legato sia ad un aumento delle diagnosi pre-operatorie, sia ad un riscontro incidentale in soggetti operati per patologie benigne.

Figura 4.9. Interventi sulla tiroide con diagnosi di tumore maligno e di altre patologie tiroidee. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.



Capitolo quinto: le malattie respiratorie

In questo paragrafo vengono descritte le principali caratteristiche dell'ospedalizzazione per patologie respiratorie in Veneto nel periodo 2006-2012. Sono state selezionate le dimissioni dei residenti in Veneto con diagnosi principale appartenente al capitolo 8 della classificazione internazionale delle malattie (codici ICD-9-CM 460-519). Le diagnosi per patologie dell'apparato respiratorio sono state classificate seguendo i sottocapitoli dell'ICD-9-CM, tranne che per le pneumoconiosi (inserite all'interno del sottocapitolo delle malattie polmonari cronico-ostruttive), alcune malattie del polmone da agenti esterni (analizzate insieme alle altre malattie dell'apparato respiratorio) e l'insufficienza respiratoria e la BPCO che sono state analizzate separatamente (Tabella 5.1).

Inoltre, per le broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO) sono state condotte analisi specifiche selezionando i codici 490-492 in diagnosi principale, oppure in diagnosi secondaria solo in presenza di una diagnosi principale di insufficienza respiratoria.

Tabella 5.1 *Classificazione delle patologie dell'apparato respiratorio.*

Categoria	Codici ICD-9-CM
Infezioni acute delle vie respiratorie	460-466
Altre malattie delle vie respiratorie superiori	470-478
Polmonite e influenza	480-487
Malattie polmonari cronico-ostruttive e pneumoconiosi	490-505
Insufficienza respiratoria	518.81, 518.82, 518.83, 518.84
Altre malattie del sistema respiratorio	506-517, 518.0, 518.1, 518.2, 518.3, 518.4, 518.89, 519
BPCO	490-492, 496
	oppure
	518.81, 518.82, 518.83, 518.84 con dgn. secondaria 490-492, 496

Nel 2012 negli ospedali veneti si sono registrate 51.878 dimissioni con una diagnosi principale di patologie dell'apparato respiratorio; gli indici di fuga e attrazione sono contenuti (rispettivamente 3,5 e 4,8%). Il 55,5% delle dimissioni si è verificato nei maschi e il 54,2% nella classe di età 65 e più anni. Dalla Tabella 5.2 si osserva che tra il 2006 e il 2012 l'andamento delle dimissioni per patologie respiratorie risulta essere in calo (-1,0% per anno), con un aumento nel passaggio tra il 2008 ed il 2009. Il numero assoluto delle dimissioni per patologie respiratorie nella classe d'età 65 e più anni mostra al contrario un trend complessivamente in crescita con un picco nel 2008-2009 ed uno, più marcato, tra il 2011 ed il 2012.

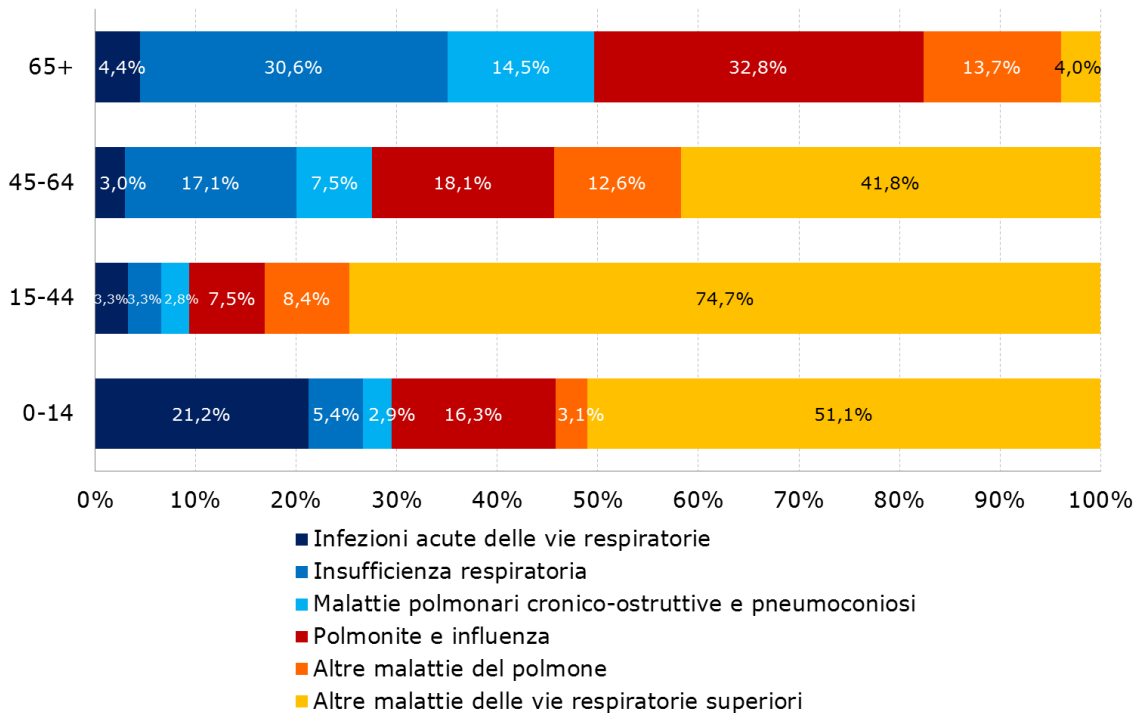
Tabella 5.2 *Patologie dell'apparato respiratorio: numero di dimissioni per sesso, classe d'età e anno. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maschi	31.339	31.338	30.184	30.544	30.014	29.148	28.792
Femmine	24.300	23.908	23.406	23.691	23.481	22.686	23.086
0-64 anni	28.670	28.057	26.357	26.485	25.666	24.766	23.592
65+ anni	26.971	27.189	27.233	27.750	27.829	27.068	28.286
Totale	55.641	55.246	53.590	54.235	53.495	51.834	51.878

Nella Figura 5.1 viene presentata la distribuzione delle dimissioni per categorie di diagnosi e classe di età. Fino ai 64 anni la maggior parte delle dimissioni per patologie respiratorie è giustificata dalle altre malattie delle vie respiratorie superiori, che sono prevalenti nei maschi (59,8%). All'interno di questa categoria le condizioni morbose più frequenti nella classe 0-14 anni sono l'ipertrofia isolata delle adenoidi (1.453 ricoveri), l'ipertrofia della tonsilla con le adenoidi (1.611 ricoveri), la tonsillite e adenoidite cronica (595 ricoveri). Nelle classe 15-44 anni risultano maggiormente rappresentate nella categoria in questione la deviazione del setto nasale (1.857 dimissioni), la tonsillite cronica (1.613 dimissioni), l'ipertrofia dei turbinati nasali (692 dimissioni), mentre nella classe 45-64 anni la deviazione del setto nasale (709 dimissioni), l'ipertrofia dei turbinati nasali (439 dimissioni) ed i polipi delle corde vocali e della laringe (237). La seconda categoria per numero di dimissioni, da 0 a 64 anni, è polmonite e influenza; nella classe 0-14 è quella relativa alle infezioni acute delle vie respiratorie, tra cui prevale la bronchiolite, mentre nella classe 15-44 le altre malattie del sistema respiratorio, tra cui il più frequente è il pneumotorace spontaneo. Nella classe di età 65 e più anni al primo posto troviamo le dimissioni per polmonite e influenza seguite da quelle per insufficienza respiratoria e per malattie cronico-ostruttive.

Al di sotto dei 45 anni le malattie polmonari cronico-ostruttive e pneumoconiosi sono costituite al 79% da asma (codici ICD9-CM 493), mentre dai 45 anni in su sono ascrivibili all'87% a bronchite cronica, bronchite non specificata, enfisema ed ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove (codici ICD9-CM 490-492, 496).

Figura 5.1 *Patologie dell'apparato respiratorio: percentuale di ricoveri per categoria di diagnosi e classe di età. Residenti in Veneto. Anno 2012.*



Nel 2012 il 73,8% dei ricoveri per patologie dell'apparato respiratorio è rappresentato dai dieci DRG riportati in Tabella 5.2. Il DRG che giustifica il maggior numero di ricoveri (17,2%) è quello di Edema polmonare e insufficienza respiratoria – esso include anche l'edema polmonare acuto, non specificato che afferisce allo scompenso cardiaco. Questo DRG risulta in aumento nel periodo di tempo considerato come il DRG di Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con complicanze, che è il secondo in ordine di frequenza. Tra i DRG medici in calo va segnalata la Malattia polmonare cronica ostruttiva che risulta in forte calo (-5,6% per anno). Altri DRG medici in diminuzione sono quello di Bronchite e asma, età < 18 anni e di Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni. Con riferimento ai DRG chirurgici nel periodo di tempo analizzato si assiste alla diminuzione delle dimissioni con i DRG di Tonsillectomia e/o adenoidectomia (terzo DRG in ordine di frequenza, - 4,8% per anno) mentre sono in aumento quelle con DRG di Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola e di Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni.

Considerando la distribuzione dei DRG per classi di età si osserva come i DRG più frequenti fino ai 65 anni siano di tipo chirurgico. In particolare nella classe 0-14 il primo DRG è quello di Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni (45,5% dei ricoveri nella medesima classe d'età nel 2012), nella classe 15-44 il DRG di Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola (27,0%), così come dai 45 ai 64 anni (19,2%). Nella classe di età 65 e più anni risultano più frequenti i DRG medici di Edema polmonare e insufficienza respiratoria (26,7%), seguito da Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con complicanze, Malattia polmonare cronica ostruttiva e Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza complicanze.

Tabella 5.2 *Patologie dell'apparato respiratorio: dimissioni per i DRG più frequenti (valore assoluto e percentuale sul totale dei ricoveri nel 2012). Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	% 2012
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	7.204	7.495	7.763	7.876	8.36	8.145	8.919	17,2%
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	6.276	6.055	6.252	6.545	6.566	6.78	6.763	13,0%
060-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	5.912	5.412	4.431	4.928	4.704	4.517	4.223	8,1%
088-Malattia polmonare cronica ostruttiva	6.193	6.104	5.713	5.21	4.985	4.313	4.097	7,9%
055-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	3.574	4.135	3.905	4.043	3.889	3.736	4.013	7,7%
090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	3.696	3.672	3.694	3.849	3.582	3.879	3.707	7,1%
053-Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	1.771	1.888	1.933	2.076	2.024	1.954	2.035	3,9%
098-Bronchite e asma, età < 18 anni	1.931	1.913	1.952	1.44	1.706	1.376	1.596	3,1%
059-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	1.947	1.94	1.673	1.746	1.577	1.637	1.533	3,0%
091-Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	1.927	1.81	1.696	1.808	2.036	1.658	1.381	2,7%
Altro	15.210	14.822	14.578	14.714	14.066	13.839	13.611	26,2%

Si è inoltre analizzata la frequenza di codici di patologie polmonari croniche ostruttive in diagnosi secondaria in ricoveri con diagnosi principale di altre forme morbose, in particolare le neoplasie, le malattie dell'apparato circolatorio e le malattie dell'apparato respiratorio, per le quali nel periodo considerato è proseguito un trend di una marcata riduzione (da 15.756 nel 2006 a 12.158 nel 2012, pari a -22,8%). Dalla Tabella 5.3 si può osservare come vi sia in particolare una riduzione importante del numero di ricoveri con diagnosi secondaria di malattia polmonare cronico-ostruttiva associata ad una diagnosi principale di neoplasia (-46,1%) ed in particolare di tumore al polmone (-39,9%). Lo stesso fenomeno si verifica in riferimento alle patologie cardiocircolatorie (-36,3%), con una riduzione molto più contenuta nei ricoveri per scompenso cardiaco (-15,1%). Il numero di dimissioni con diagnosi secondaria di patologie respiratorie cronico-ostruttive associata ad una diagnosi principale di altra malattia respiratoria risulta nel complesso sostanzialmente stabile (-2,2%); nello specifico, vi è una riduzione nei ricoveri con diagnosi principale di polmonite e influenza (-22,9%); una tendenza opposta si registra per i ricoveri con diagnosi principale di insufficienza respiratoria (+11,0%).

Tabella 5.3 *Patologie dell'apparato respiratorio: dimissioni con diagnosi secondaria di malattie polmonari cronico-ostruttive per diagnosi principale. Residenti in Veneto. Anni 2006-2012.*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Neoplasie (140-239), di cui:	1.203	1.253	1.085	969	828	806	649
- tumori maligni dei polmoni (162)	409	462	414	374	318	326	246
Malattie circolatorie (390-459), di cui:	5.179	4.708	4.738	4.374	3.995	3.313	3.297
- scompenso cardiaco (428)	1.963	1.908	2.061	1.916	1.891	1.694	1.666
Malattie respiratorie (460-519), di cui:	4.941	4.947	4.735	4.633	4.630	4.470	4.834
- polmonite e influenza (480-487)	1.473	1.347	1.281	1.303	1.217	1.161	1.136
- insufficienza respiratoria (518)	3.049	3.141	3.027	2.906	3.017	2.978	3.383

Considerando congiuntamente i ricoveri dei dimessi con almeno 45 anni d'età con diagnosi principale di bronchite cronica, bronchite non specificata, enfisema ed ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove (ICD9-CM 490-492, 496) ed i ricoveri con diagnosi principale di insufficienza respiratoria e diagnosi secondaria con i codici ICD9-CM 490-492, 496 si può stimare (Tabella 5.4) che i ricoveri riferibili a BPCO ammontino nel 2012 a 7.096 unità, con un trend di riduzione dell'ordine del 3,4% per anno, più marcato nei maschi (3,8%).

93

Tabella 5.4 *Patologie dell'apparato respiratorio riferibili a BPCO: numero di dimissioni per sesso e anno di dimissione. Residenti in Veneto. Anni 2006-201.*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maschi	5.331	5.450	4.891	4.569	4.565	4.043	4.106
Femmine	3.600	3.487	3.486	3.227	3.095	2.832	2.990
Totale	8.931	8.937	8.377	7.796	7.660	6.875	7.096

I tassi sesso ed età specifici per i ricoveri riferibili a BPCO sono riportati in tabella 5.5. Al di sopra dei 65 anni il rapporto M/F è superiore a 2; il 57,9% delle dimissioni è a carico del sesso maschile ed il 70,9% di pazienti con 75 anni e più. Il corrispondente tasso standardizzato di popolazione mostra un'ampia variabilità: da 1,8 (ULSS 4) a 5,0 (ULSS 18) per 1.000 nei maschi e da 1,1 (ULSS 4) a 3,1 (ULSS 15) nelle femmine.

Tabella 5.5 *Patologie dell'apparato respiratorio riferibili a BPCO: tasso di dimissione per 1.000 abitanti. Residenti in Veneto. Anno 2012*

Età	Sesso	
	Maschi	Femmine
45-64 anni	0,47	0,32
65-74 anni	3,92	2,14
75-84 anni	13,54	5,35
85+ anni	24,61	10,64
Totale	3,75	2,37

Il ricovero per patologia respiratoria può comportare anche il trasferimento in un reparto di rianimazione a causa della concomitante presenza di una grave insufficienza respiratoria. La quota di tali eventi, indicativi della severità della condizione clinica, sul totale dei ricoveri per patologie respiratorie, nelle classi di età 0-44, 45-64 e 65 e più anni, è riportata nella Figura 5.2. La percentuale di tali ricoveri con passaggio in rianimazione risulta maggiore nella popolazione adulta ed anziana rispetto a quella al di sotto dei 45 anni d'età con una tendenza all'aumento nel periodo considerato in particolare nella classe di età tra i 45 ed i 64 anni; tale incremento si può osservare anche limitatamente alle patologie cronico-ostruttive (Figura 5.3).

Figura 5.2 *Patologie dell'apparato respiratorio: percentuale di ricovero con trasferimento in reparto di rianimazione per classi di età. Residenti e ricoverati in Veneto. Anni 2006-2012.*

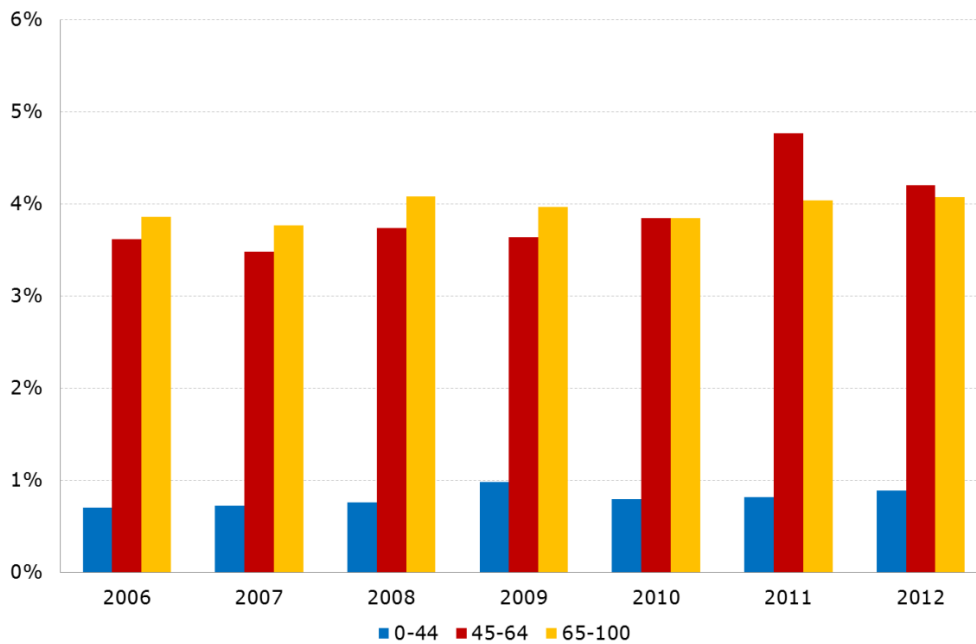
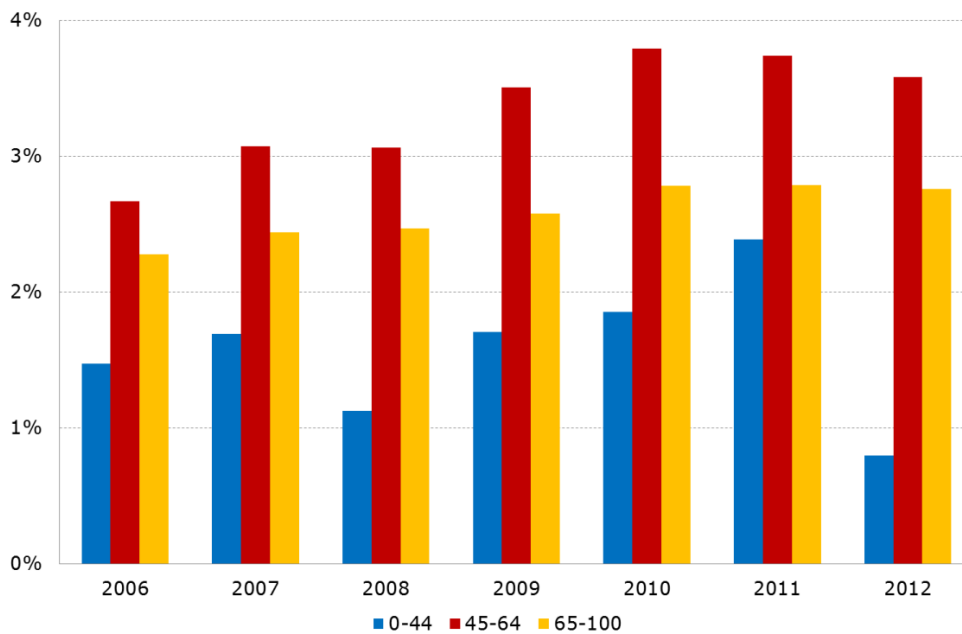


Figura 5.3 *Malattie polmonari croniche ostruttive: percentuale di ricoveri con trasferimento in reparto di rianimazione per classi di età. Residenti e ricoverati in Veneto. Anni 2006-2012.*



Capitolo sesto: le riammissioni ospedaliere nella popolazione anziana

Le indicazioni della programmazione regionale già a partire dai primi anni 2000 hanno spostato prima in regime diurno e successivamente nel livello di assistenza ambulatoriale il processo diagnostico rivolto a pazienti non acuti, le chemioterapie, le radioterapie e numerosi interventi chirurgici (soprattutto oculistici, ortopedici e di chirurgia generale). Questi cambiamenti, avvenuti all'interno di trend epidemiologici più generali, comportano il fatto che i malati dimessi in regime acuto ordinario medico e chirurgico sono in linea generale diventati nel corso degli anni via via più complessi rispetto ai problemi di salute trattati nel corso del ricovero, oltre che più anziani e più gravati da comorbidità. Una indicazione in tal senso viene dal recente aumento della durata della degenza media in regime di ricovero acuto ordinario da 7,9 giorni nel 2006 a 8,2 giorni nel 2012 (Tabella 1.2 Capitolo primo – l'ospedalizzazione generale). E' quindi di particolare interesse un esame delle riospedalizzazioni nella nostra Regione, anche alla luce degli indirizzi del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016.

6.1 Metodi di analisi

L'analisi è stata focalizzata sulle riospedalizzazioni dei residenti con 65 anni e più, dal momento che alle età inferiori il tema delle riospedalizzazioni presenta delle specificazioni peculiari (problemi legati alla gravidanza e al parto, agli interventi ginecologici, alla prematurità ed ai problemi di salute del neonato, alla malattia mentale).

Per ogni persona ricoverata sono stati considerati come ricoveri indice per l'analisi delle successive riospedalizzazioni tutti i ricoveri ordinari in unità operative per acuti di residenti veneti di 65 anni e più con modalità di dimissione diversa da deceduto e da trasferimento; rispetto a questi ricoveri sono state definite come riospedalizzazioni mediche urgenti tutti i ricoveri con DRG medico entro i 30 giorni successivi alla dimissione con modalità di ricovero urgente o a seguito di Osservazione Breve Intensiva. Le riospedalizzazioni sono state scelte come unità statistica di riferimento in modo da poter considerare, anche nel caso di eventi multipli occorsi allo stesso assistito, la specificità clinica dei motivi che hanno giustificato ciascuna singola riospedalizzazione. Questi eventi sono avvenuti nel 2011 per il 4,3% con la modalità dell'Osservazione Breve Intensiva; questa percentuale mostra tuttavia un ampio range nelle diverse Aziende ULSS (Mirano 0,0%; Adria 50,3%), ascrivibile in parte all'adozione di specifici modelli organizzativi ed in parte a differenti modalità amministrative di codifica dell'ammissione in ospedale per ricoveri medici di durata molto breve; anche l'attributo dell'urgenza mostra una certa disomogeneità di definizione e utilizzo rispetto ai ricoveri acuti ordinari.

Vengono di seguito presentate dapprima un'analisi generale per età e sesso, tipo di ricovero, Unità Operativa di degenza e DRG del ricovero indice. Segue un approfondimento sulle caratteristiche demografiche e cliniche e sui fattori di rischio per le riospedalizzazioni che fanno seguito ad un ricovero indice di tipo medico, che costituiscono i 4/5 del fenomeno in studio. Infine si analizza la variabilità territoriale delle riospedalizzazioni a 30 giorni nella Regione del Veneto.

6.2 Caratteristiche generali

I ricoveri eleggibili (Tabella 6.1) hanno mostrato tra il 2006 ed il 2012 una forte riduzione in termini assoluti, molto più marcata per i ricoveri medici (-11,3% nel corso del periodo, con un valore assoluto di 123.028 nel 2011) che per quelli chirurgici (-6,4%, con 68.609 ricoveri nel 2011). Il numero assoluto e la percentuale di riospedalizzazioni mediche urgenti a 30 giorni dopo dimissione da ricovero medico ordinario sono aumentati lievemente fino al 2008, per poi rimanere stabili (11,6% nel 2011, pari a circa 14.000 riospedalizzazioni). La percentuale di riospedalizzazioni urgenti entro 30 giorni dopo dimissioni da ricovero chirurgico acuto ordinario (ad es. per riacutizzazione della patologia di base ovvero per complicanze mediche dell'intervento) aumenta lievemente fino al 2009, per poi scendere lievemente (4,3% nel 2011, pari a circa 3.000 riospedalizzazioni).

98 Tabella 6.1 Ricoveri acuti ordinari medici e chirurgici eleggibili per la riospedalizzazione, numero e % di riospedalizzazioni mediche urgenti a 30 giorni. Residenti di 65 anni e più; Veneto 2006 – 2012* (per il 2012 stima Novembre 2011 – Novembre 2012).

Anno	Ricoveri Acuti Medici			Ricoveri Acuti Chirurgici		
	N° riospedalizzazione entro 30 gg	Totale ricoveri eleggibili	% di riospedalizzazione entro 30 gg	N° riospedalizzazione entro 30 gg	Totale ricoveri eleggibili	% di riospedalizzazione entro 30 gg
2006	15.088	138.680	10,9%	3.128	73.334	4,3%
2007	15.282	135.006	11,3%	3.193	72.545	4,4%
2008	15.574	133.927	11,6%	3.162	71.548	4,4%
2009	14.956	130.556	11,5%	3.273	71.971	4,5%
2010	14.963	129.663	11,5%	3.187	71.176	4,5%
2011	14.273	123.028	11,6%	2.981	68.609	4,3%
2012*	13.778	120.750	11,4%	2.990	69.152	4,3%

La Figura 6.1 mostra i relativi numeri indici (riferimento: anno 2006) per le riospedalizzazioni che fanno seguito ad un ricovero acuto ordinario medico, documentando come il numero di riospedalizzazioni urgenti abbia sostanzialmente seguito, a partire dal 2008, il trend in riduzione del numero dei ricoveri eleggibili, scostandosi dal trend in crescita registrato negli anni precedenti, già a partire dal 2000. La Figura 6.2 evidenzia i numeri indici per le riospedalizzazioni provenienti da un precedente ricovero chirurgico. A partire dal 2009 il numero di riospedalizzazioni che fanno seguito ad un ricovero ordinario chirurgico è in calo ed è influenzato sia dalla riduzione della percentuale di riospedalizzazione sia dal quella del numero di ricoveri eleggibili; prima di tale data si registrava un trend in crescita.

Figura 6.1 Riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni dopo dimissione per ricovero medico acuto ordinario. Residenti di 65 anni e più; Veneto 2006 – 2012* (per il 2012 stima Novembre 2011 – Novembre 2012).

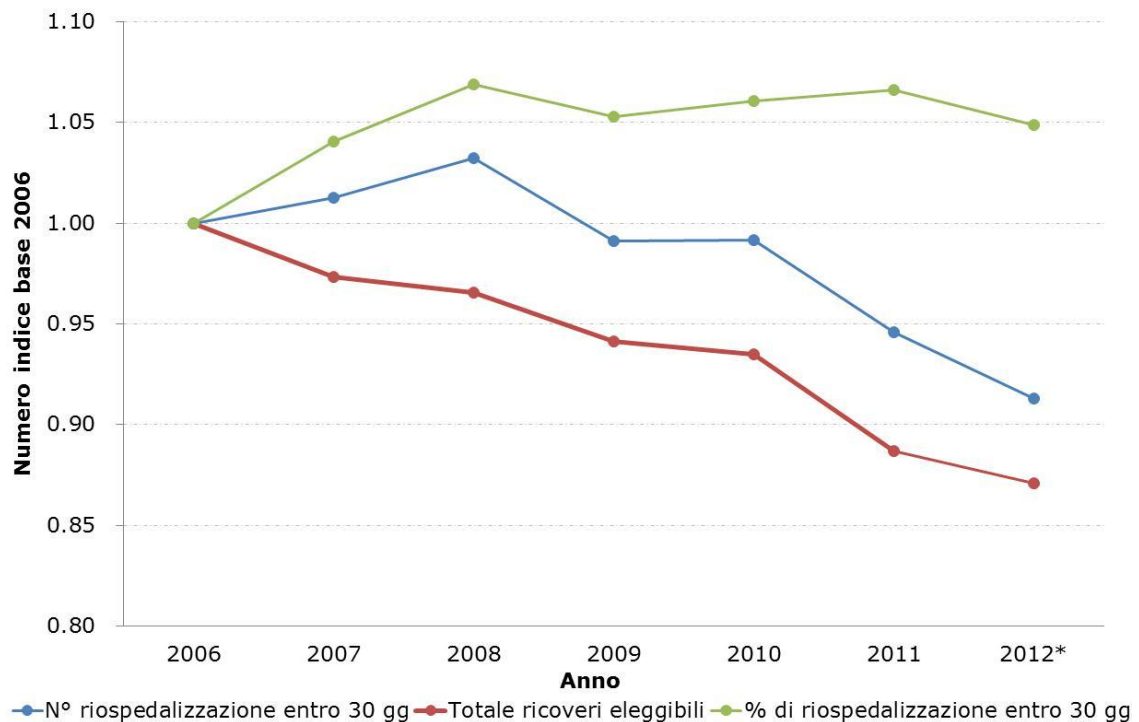
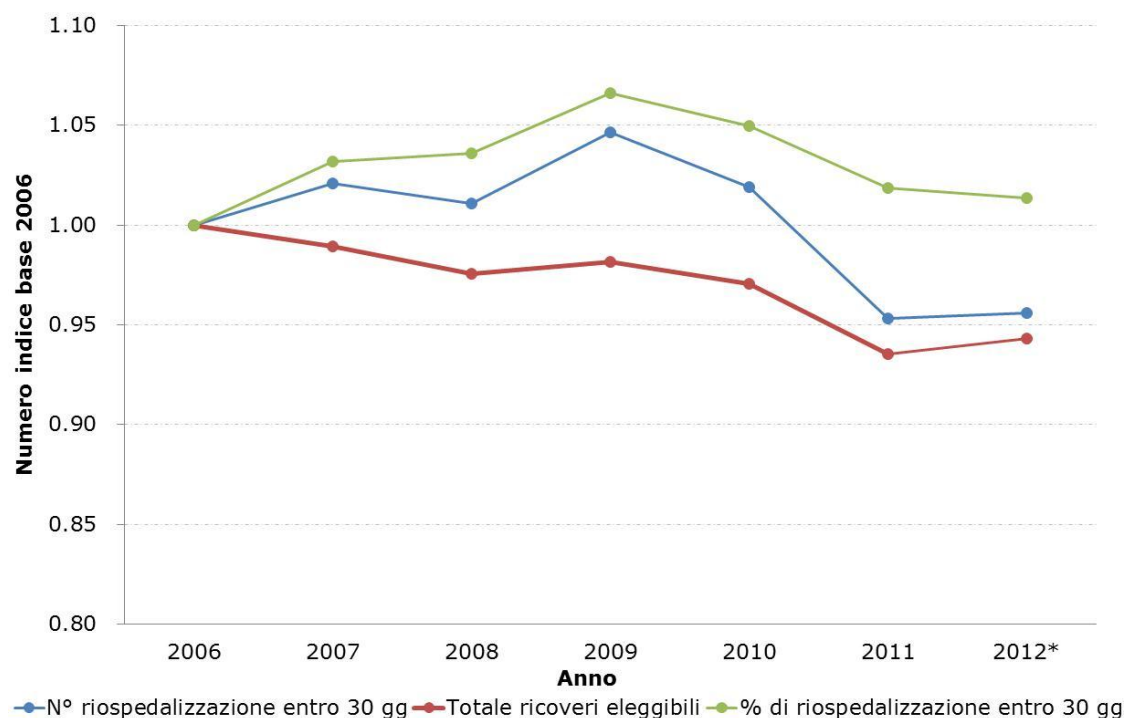


Figura 6.2 Riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni dopo dimissione per ricovero chirurgico acuto ordinario. Residenti di 65 anni e più; Veneto 2006 – 2012* (per il 2012 stima Novembre 2011 – Novembre 2012).



100

Le riospedalizzazioni a seguito di un ricovero con DRG medico si registrano nel 50,5% nei maschi e nel 56,5% al di sopra degli 80 anni; nei maschi sono prevalenti al di sotto degli 80 anni (52,7%) mentre nelle femmine al di sopra degli 80 anni (65,9%). Se si considerano le riospedalizzazioni che fanno seguito ad un ricovero chirurgico acuto ordinario le percentuali sono analoghe, anche se la quota di eventi che si registrano sopra gli 80 anni è più bassa (40,1%).

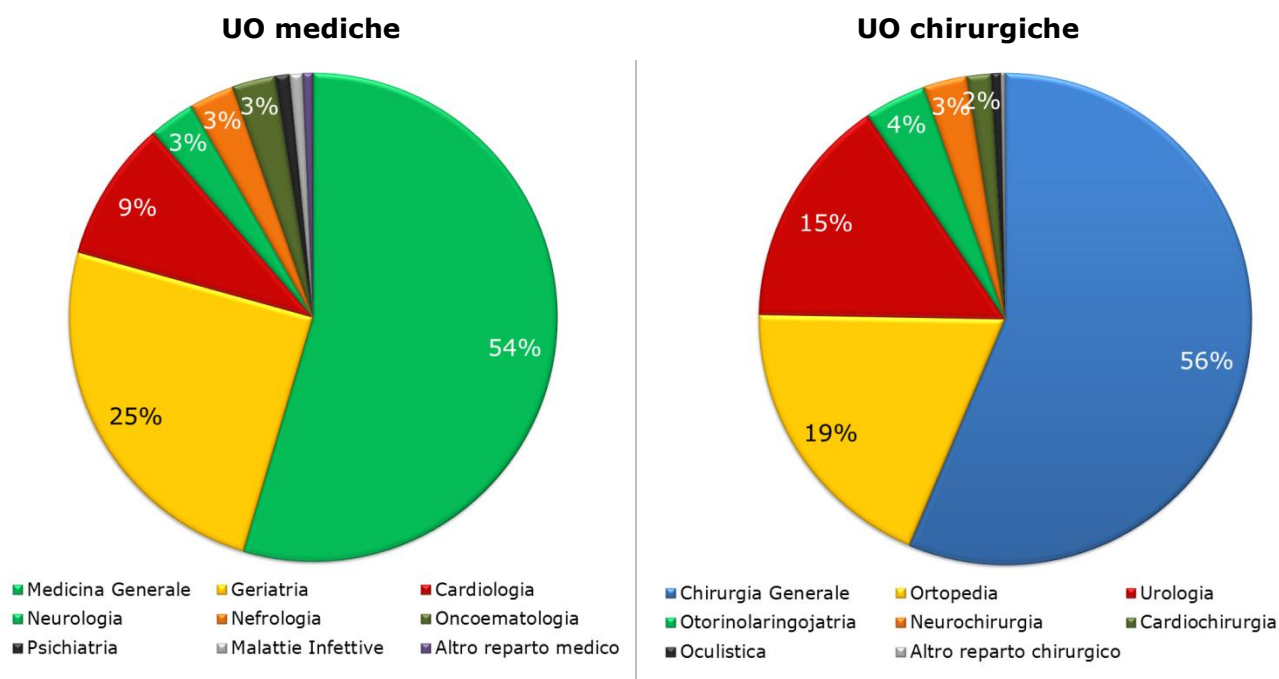
La percentuale di riospedalizzazioni mediche urgenti a 30 giorni cresce con l'età in entrambi i sessi, sia dopo ricovero indice medico sia dopo ricovero indice chirurgico. Per ogni tipologia di ricovero indice e classe di età, sono superiore nei maschi che nelle femmine (Tabella 6.2).

Tabella 6.2 Numero e % di riospedalizzazioni mediche urgenti a 30 giorni, per età, sesso e tipo di ricovero. Residenti di 65 anni e più; Veneto 2011.

	Classe d'età	Maschi		Femmine	
		N° riospedalizzazione entro 30 gg	% di riospedalizzazione entro 30 gg	N° riospedalizzazione entro 30 gg	% di riospedalizzazione entro 30 gg
Ricoveri Acuti Medici	65 - 69	984	10,2%	517	7,9%
	70 - 74	1.289	10,5%	784	8,2%
	75 - 79	1.527	11,8%	1.108	9,6%
	80 - 84	1.622	13,4%	1.644	11,2%
	85 - 89	1.213	15,1%	1.798	12,8%
	90+	579	17,7%	1.208	14,3%
Ricoveri Acuti Chirurgici	65 - 69	318	3,4%	179	2,3%
	70 - 74	398	3,9%	242	3,0%
	75 - 79	397	5,1%	250	3,5%
	80 - 84	337	6,5%	286	5,1%
	85 - 89	194	9,1%	222	6,6%
	90+	49	9,5%	109	8,1%

Con riferimento al 2011 le riospedalizzazioni a 30 giorni si riferiscono per l' 81,5% a precedenti ricoveri in Unità Operative di degenza mediche, al cui interno prevalgono le dimissioni da Medicina 54,6% e Geriatria 24,6%, seguite da Cardiologia con il 9,3%. Le riospedalizzazioni a 30 giorni a seguito di dimissioni da Unità Operative di degenza Chirurgiche (18,5%) provengono per il 56.3% dalla Chirurgia Generale, per il 18.9% da Ortopedia e per il 15.2% da Urologia (Figura 6.3).

Figura 6.3 Riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni dopo dimissione per ricovero acuto ordinario, per UO di dimissione medica e chirurgica del ricovero indice. Residenti di 65 anni e più; Veneto 2011



102

Se si valuta la dimensione del rischio anziché quella della consistenza numerica (Figura 6.4 e Figura 6.5), la percentuale di riospedalizzazioni medica urgente a 30 giorni risulta nettamente più elevata nelle Unità Operative mediche di Nefrologia, Geriatria, Medicina, Oncoematologia e Malattie infettive, mentre risulta più contenuta per Psichiatria, Cardiologia, Neurologia; tra le Unità Operative chirurgiche, la percentuale di riospedalizzazioni è massima per Chirurgia Generale ed Urologia oltre che per le alte specialità di Cardiochirurgia e Neurochirurgia, mentre è più bassa per ORL, Ortopedia e Oculistica.

Il trend della percentuale di riospedalizzazioni mediche urgenti a 30 giorni tra il 2006 ed il 2011 è in aumento per le dimissioni da UO mediche (+4,7%) ed in particolare per la Medicina (+8,8%) e la Geriatria (+8,2%), mentre mostra una riduzione per la Cardiologia (-17,7%). Per le dimissioni da Unità Operative chirurgiche e per le dimissioni da Chirurgia Generale e ortopedia il trend è sostanzialmente stabile, mentre c'è un aumento per le dimissioni da Urologia (+13,9%).

Figura 6.4 Percentuale di riospedalizzazioni mediche urgenti a 30 giorni dopo dimissione per ricovero medico acuto ordinario. Residenti di 65 anni e più; Veneto 2006 - 2011.

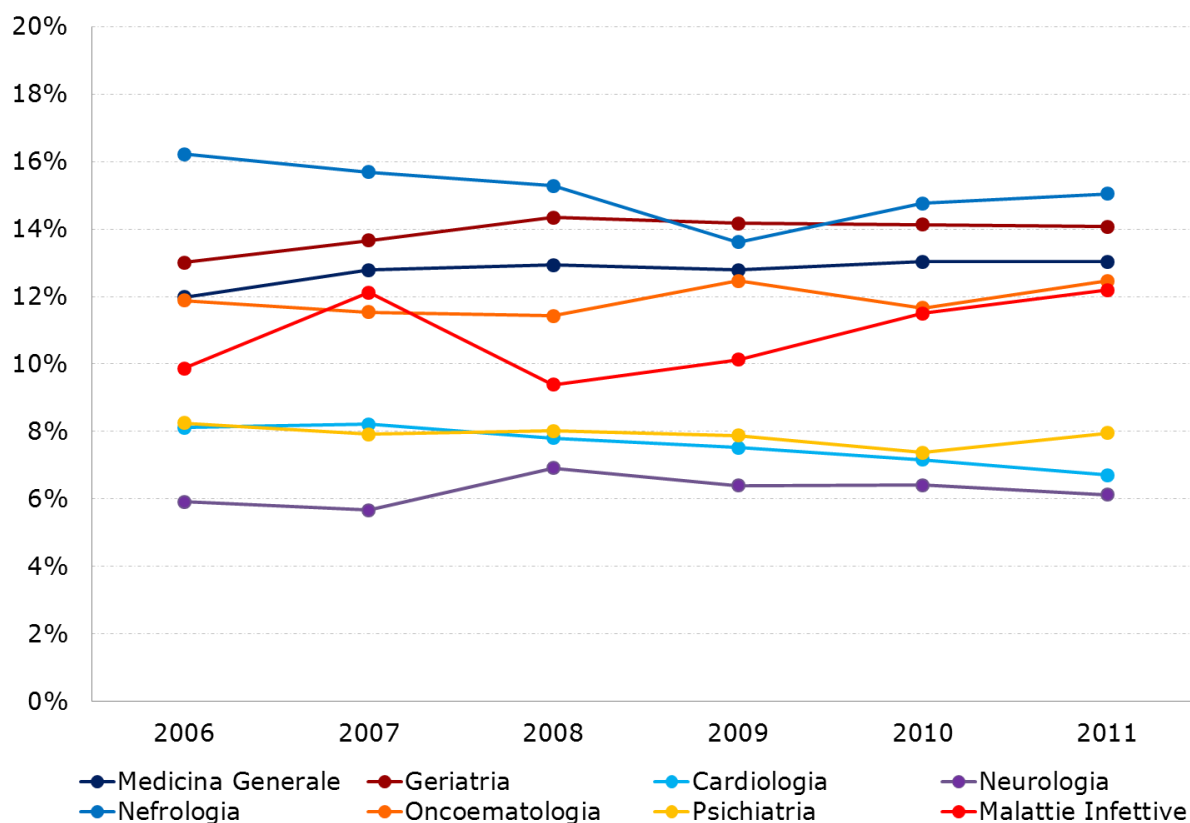
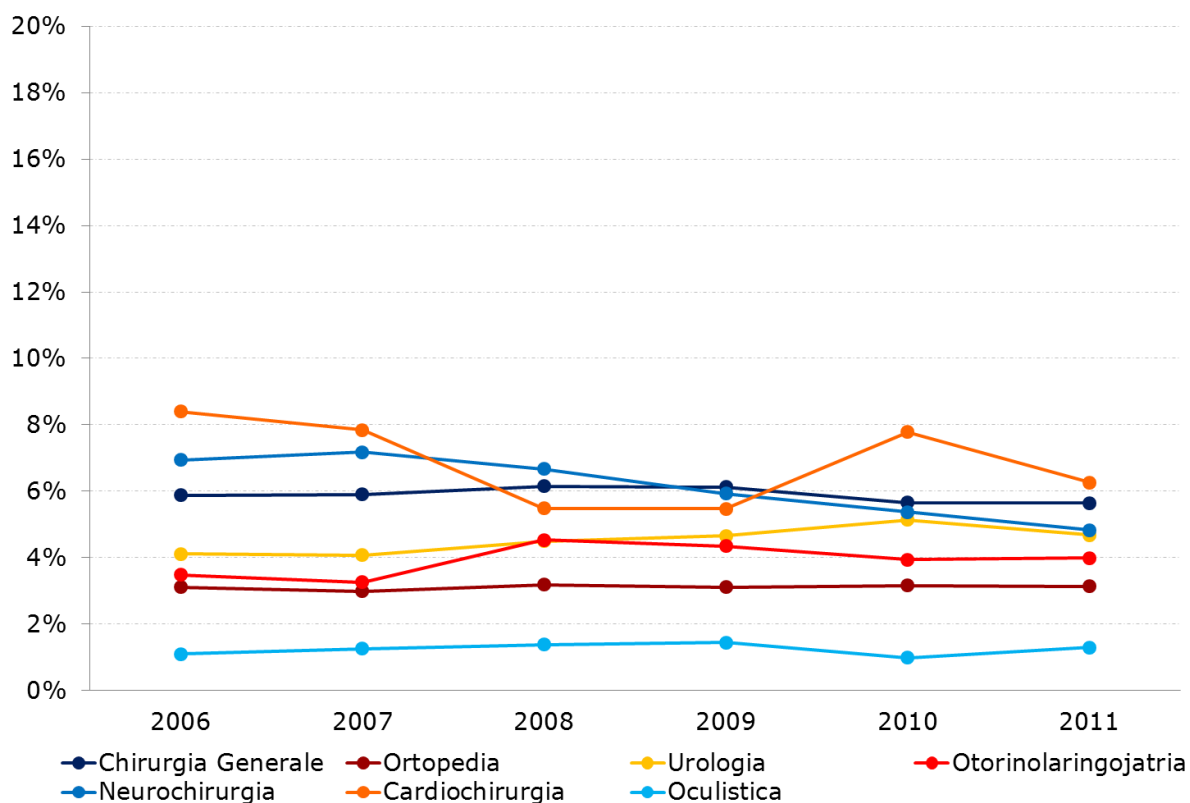


Figura 6.5 Percentuale di riospedalizzazioni mediche urgenti a 30 giorni dopo dimissione per ricovero chirurgico acuto ordinario. Residenti di 65 anni e più; Veneto 2006 - 2011.



L'analisi per DRG è stata effettuata sull'intero anno 2011. I primi 15 DRG medici (Tabella 6.3) che generano una riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni contribuiscono complessivamente al 49,7% delle riospedalizzazioni dopo ricovero medico acuto.

Tra di essi spiccano il DRG 127 (*Insufficienza cardiaca e shock*) ed il DRG 87 (*Edema polmonare e insufficienza respiratoria* – va segnalato che anche l'edema polmonare acuto afferisce dal punto di vista nosologico allo scompenso cardiaco), i DRG 89 e 90 (*polmonite semplice e pleurite con e senza complicanze*), il DRG 88 (*malattia polmonare cronica ostruttiva*), il DRG 316 (*insufficienza renale*), i DRG 82 e 203 (*neoplasie dell'apparato respiratorio e del sistema epatobiliare e pancreas*), il DRG 14 (*Emorragia intracranica o infarto cerebrale*), oltre all'anemia (DRG 395), alla setticemia (DRG 576), ai disturbi metabolici e nutrizionali (DRG 296) ed alle patologie gastrointestinali aspecifiche (DRG 182, 183), ed acute (DRG 174).

Tutti questi DRG, a parte i DRG 14 e 183, sono anche caratterizzati da un aumento del rischio di riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni rispetto al valore medio del totale dei ricoveri medici ordinari (11.6% nel 2011).

Tabella 6.3 Primi 15 DRG medici associati a ricovero acuto ordinario che hanno originato una riospedalizzazione medica a 30 giorni. Residenti Veneti 65 anni e più, anno 2011.

Descrizione DRG	N° riospedalizzazioni entro 30 gg	% di riospedalizzazioni entro 30 gg
127-Insufficienza cardiaca e shock	2.118	15,6%
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	740	17,1%
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	706	15,5%
088-Malattia polmonare cronica ostruttiva	507	15,2%
316-Insufficienza renale	384	13,8%
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	340	19,1%
395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	338	13,7%
090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	310	12,8%
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	306	7,8%
576-Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	297	16,6%
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	278	16,7%
296-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	227	18,6%
182-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	191	13,4%
183-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	178	7,1%
174-Emorragia gastrointestinale con CC	177	13,0%

Le riospedalizzazioni mediche urgenti a 30 giorni che fanno seguito ad un ricovero indice chirurgico (tabella 6.4) sono riconducibili più frequentemente a DRG ortopedici (544 –

sostituzione di articolazioni maggiori degli arti inferiori; 210 e 211 – interventi su anca e femore escluse le articolazioni maggiori, con e senza complicanze; 219 – altri interventi su arto inferiore e omero), DRG di cardiologia interventistica ed elettrofisiologia (551 e 552 – impianto di pacemaker a permanenza con o senza diagnosi cardiovascolare maggiore; 555, 557 e 558 – interventi percutanei con o senza diagnosi cardiovascolare maggiore; 479 – comprensivo di interventi minori di chirurgia vascolare), DRG di chirurgia addominale (149, 569, 570 – interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza complicanze e con o senza diagnosi gastrointestinale maggiore) e DRG urologici (311 e 315 – interventi per via transuretrale e altri interventi urologici). Questi 15 DRG rappresentano complessivamente il 40,6% delle riospedalizzazioni dopo ricovero acuto chirurgico.

I DRG 544, 219 e 558 hanno un rischio di riospedalizzazione minore a quello medio del totale dei ricoveri acuti ordinari chirurgici (4,3% nel 2011).

Tabella 6.4 *Primi 15 DRG chirurgici associati a ricovero acuto ordinario che hanno originato una riospedalizzazione urgente medica a 30 giorni. Residenti Veneti 65 anni e più, anno 2011*

Descrizione DRG	N° riospedalizzazioni entro 30 gg	% di riospedalizzazioni entro 30 gg
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	156	2,5%
552-Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	127	4,9%
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	108	6,0%
479-Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	100	5,6%
555-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	94	9,0%
311-Interventi per via transuretrale senza CC	89	4,3%
211-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	78	5,3%
557-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	71	7,2%
558-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	62	3,6%
210-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	60	7,4%
569-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	56	9,6%
570-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	56	7,2%
315-Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	54	14,3%
551-Implanto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	51	8,2%
219-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	49	3,6%

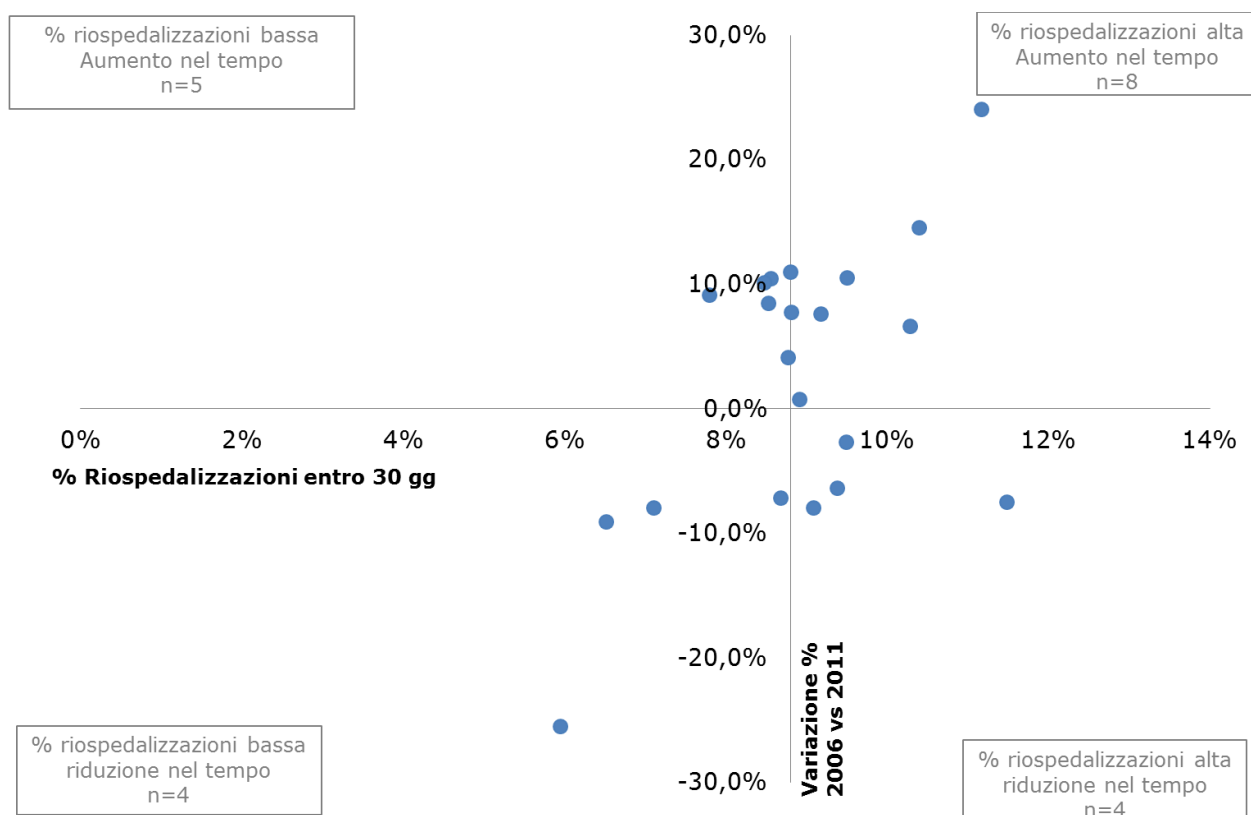
La Tabella 6.5 riassume la percentuale di riospedalizzazioni mediche urgenti a 30 giorni dopo ricovero acuto nelle aziende ULSS del Veneto. Si evince anche nel 2011 una grande variabilità del fenomeno all'interno della Regione (5,9% Alto Vicentino; 11,5% Chioggia), eterogeneità che si riscontra anche nella variazione percentuale tra 2006 e 2011 (-25,5% Alto Vicentino; +24,1 Treviso).

Tabella 6.5 Percentuale di riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni dopo ricovero acuto, per azienda ULSS di residenza. Residenti veneti 65 anni e oltre, anni 2006 e 2011.

	% di riospedalizzazione entro 30 gg (2006)	% di riospedalizzazione entro 30 gg (2011)	Variazione % 2006 vs 2011
101 – Belluno	7.7%	8.6%	10.4%
102 – Feltre	7.9%	8.5%	8.5%
103 – Bassano	8.8%	8.9%	0.8%
104 - Alto Vicentino	8.0%	5.9%	-25.5%
105 - Ovest Vicentino	7.9%	8.8%	11.0%
106 – Vicenza	7.7%	8.5%	10.1%
107 - Pieve di Soligo	8.4%	8.8%	4.1%
108 – Asolo	8.6%	9.5%	10.5%
109 – Treviso	9.0%	11.2%	24.1%
110 - Veneto orientale	9.8%	9.5%	-2.6%
112 – Venezia	8.5%	9.2%	7.6%
113 – Mirano	9.9%	9.1%	-8.0%
114 – Chioggia	12.4%	11.5%	-7.5%
115 – Cittadella	8.2%	8.8%	7.7%
116 – Padova	9.6%	10.3%	6.6%
117 – Este	9.1%	10.4%	14.5%
118 – Rovigo	9.3%	8.7%	-7.2%
119 – Adria	10.0%	9.4%	-6.4%
120 – Verona	7.1%	7.8%	9.1%
121 – Legnago	7.7%	7.1%	-7.9%
122 – Bussolengo	7.2%	6.5%	-9.0%

La Figura 6.6 divide le aziende del Veneto in quattro gruppi: aziende che hanno una bassa percentuale di riospedalizzazioni ed hanno osservato una riduzione nel periodo; aziende che pur avendo una bassa riospedalizzazione hanno osservato un aumento negli ultimi anni; aziende che hanno percentuali di riospedalizzazioni maggiori della media e però hanno osservato una riduzione nel periodo ed infine aziende che hanno un alta percentuale di riospedalizzazione ed inoltre hanno osservato un aumento negli ultimi anni (Pieve di Soligo, Asolo, Treviso, Venezia, Padova ed Este).

Figura 6.6 Diagramma a dispersione tra la % di riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni dopo ricovero acuto medico ordinario nel 2011 e la variazione % nel periodo 2006-2011, Aziende Ulss del Veneto. Residenti veneti 65 anni e oltre.



6.3 Riospedalizzazioni mediche: caratteristiche demografiche e cliniche.

Per una descrizione più approfondita delle caratteristiche che si associano ad una riospedalizzazione medica urgente entro 30 giorni dopo ricovero medico acuto ordinario sono stati selezionati i ricoveri eleggibili occorsi nell'anno 2011; questo al fine di considerare anche l'effetto della prossimità al decesso, definita come l'accadimento della morte entro 90 giorni dalla dimissione dal ricovero indice. Altre variabili di interesse considerate, sempre riferite al momento della dimissione per il ricovero indice, sono: il sesso, l'età, il numero di ricoveri effettuati nell'anno precedente, il problema di salute diagnosticato, la presenza di disabilità (valutata con l'indice di Barthel modificato). Per descrivere in maniera sintetica i problemi di salute che sono all'origine delle riospedalizzazioni e per esplicitare l'importanza dei ricoveri oncologici (che per alcune sedi risultano inclusi in DRG medici non specifici) è stata sviluppata la seguente classificazione:

Tabella 6.6 Raggruppamento sintetico dei principali problemi medici che possono causare una riospedalizzazione medica urgente

Gruppo di patologia	ICD9-CM (dgn. principale)	DRG
Tumori in trattamento oncologico		409 410 481 492
Tumori in trattamento medico	v10.x Anamnesi di cancro 140.x-209.x Cancro Medici (escl 173.x) 225.x Tumore meningeo	
Insufficienza cardiaca e respiratoria, BPCO e infezioni delle vie respiratorie		127 Insufficienza cardiaca e Shock 87 Edema polmonare e insufficienza respiratoria 88 Malattia polmonare cronica ostruttiva 85,86 Versamento pleurico con/ senza CC 79,80 Infezioni e infiammazioni delle basse vie respiratorie con/senza CC 89,90 Polmonite e pleurite con/senza CC 96,97 Bronchite e asma con/senza CC 99,100 Segni e sintomi respiratori, con/senza CC
Cardiopatía ischemica sintomatica		121-123 IMA 140 Angina pectoris
Insufficienza renale cronica		316,317 Insufficienza renale
Altri problemi renali e delle vie urinarie		318-333 Altri DRG medici MDC 11
Malattie croniche di fegato		202,204-208 Cirrosi epatica e malattie epatobiliari
Altri problemi gastrointestinali		172-190, 571,572 DRG medici MDC 6
Markers di fragilità (disturbi nutrizionali, anemia, demenza e disturbi neurologici, ulcere cutanee)		296,297 Disturbi nutrizionali, disidratazione 425,426, 429 Reazioni acute di adattamento, depressione, demenze organiche 130,131 Disturbi vascolari periferici, con e senza complicanze 395-399,574 Anemie e malattie del sangue 418-423, 575-576 Infezioni
Altri problemi medici	per esclusione dei precedenti	

Dalla Tabella 6.7 si evince che complessivamente circa un terzo delle riospedalizzazioni mediche urgenti a 30 giorni avviene in assistiti che avevano già avuto due o più ricoveri nell'anno precedente; la percentuale diminuisce al crescere dell'età (44,6% a 65-74 anni; 30% a 85 anni e più). La percentuale di riammissioni seguite ad un ricovero indice durato fino a 3 giorni, da 4 a 10 giorni, da 11 giorni a 19 giorni, 20 giorni e più sono rispettivamente il 10,0%, 45,5% ed il 29,9% e 14,6%. Un terzo delle riospedalizzazioni sono associate a problemi di insufficienza cardiorespiratoria, BPCO e infezioni delle vie respiratorie (la quota supera il 40% di sopra degli 85 anni); in particolare i ricoveri più propriamente ascrivibili a scompenso cardiaco sinistro congestizio o destro (ICD9CM 402.x1, 404.x1, 404.x3, 415.x, 416.x, 428.0, 428.1, 428.9 e 518.4 in prima diagnosi) rappresentano il 13,5% del totale (17,2% al di sopra degli 85 anni). La percentuale di riospedalizzazioni che è associata ad un ricovero indice per tumori in trattamento medico, ovvero in trattamento chemioterapico e radioterapico è pari complessivamente al 10,0% e diminuisce in maniera drastica mano a mano che aumenta l'età. Il 39,2% delle riammissioni mediche urgenti a 30 giorni si verifica in persone riconosciute come autonome in occasione della dimissione dal precedente ricovero indice (Indice di Barthel modificato >50; il dato sull'autonomia è mancante nel 12% dei casi). Infine il 59,5% delle riammissioni si verifica in persone che erano ancora in vita anche 3 mesi dopo il ricovero indice, mentre le altre si verificano in prossimità alla morte, tra persone che sono decedute entro 30 giorni (20,0%), tra 31 e 60 giorni (13,8%) e tra 61 e 90 giorni (6,6%) dal ricovero indice. Sia il grado di dipendenza che la prossimità al decesso mostrano un chiaro trend di associazione con l'aumento dell'età.

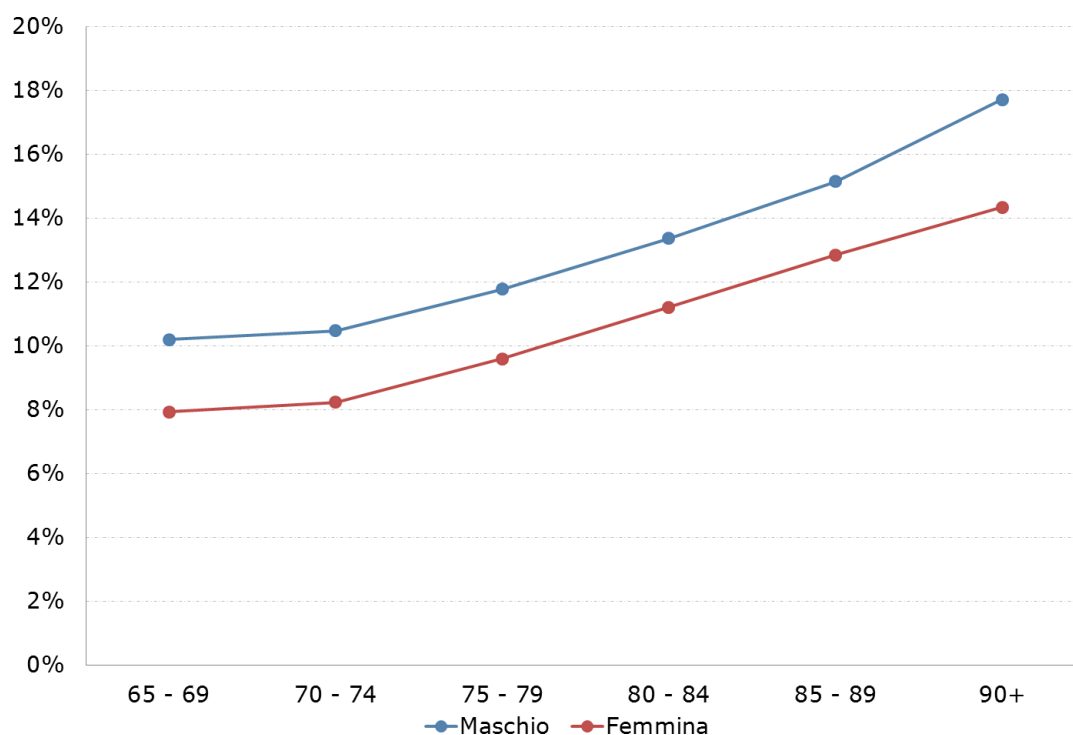
Tabella 6.7 Riospedalizzazioni mediche urgenti a 30 giorni dopo ricovero medico acuto ordinario, stratificate per classi d'età: distribuzione per sesso, numero di ricoveri nell'anno precedente, durata della degenza del ricovero indice, gruppo di patologia e prossimità alla morte. Residenti veneti 65 anni e oltre, anno 2011

	65-74 anni		75-84 anni		85+ anni		Totale	
	N° riospedalizzazione entro 30 gg	%	N° riospedalizzazione entro 30 gg	%	N° riospedalizzazione entro 30 gg	%	N° riospedalizzazione entro 30 gg	%
Sesso								
Maschio	2.273	63,6%	3.149	53,4%	1.792	37,3%	7.214	50,5%
Femmina	1.301	36,4%	2.752	46,6%	3.006	62,7%	7.059	49,5%
Ricoveri anno precedente								
Nessuno	1.135	31,8%	2.097	35,5%	1.973	41,1%	5.205	36,5%
Un ricovero	846	23,7%	1.574	26,7%	1.384	28,8%	3.804	26,7%
Due o più ricoveri	1.593	44,6%	2.230	37,8%	1.441	30,0%	5.264	36,9%
Giorni di degenza								
1 – 3 giorni	462	12,9%	594	10,1%	370	7,7%	1.426	10,0%
4 -10 giorni	1.629	45,6%	2.625	44,5%	2.244	46,8%	6.498	45,5%
11 -19 giorni	938	26,2%	1.797	30,5%	1.531	31,9%	4.266	29,9%
20 e più	545	15,2%	885	15,0%	653	13,6%	2.083	14,6%
Dipendenza alla dimissione								
Autonomia conservata (Barthel >50)	1.939	54,3%	2.558	43,3%	1.099	22,9%	5.596	39,2%
Autonomia compromessa (Barthel <=50)	1.177	32,9%	2.658	45,0%	3.126	65,2%	6.961	48,8%
Dato mancante	458	12,8%	685	11,6%	573	11,9%	1.716	12,0%
Gruppi di patologia								
Tumori in trattamento oncologico	103	2,9%	48	0,8%	5	0,1%	156	1,1%
Tumori in trattamento medico	468	13,1%	541	9,2%	247	5,1%	1.256	8,8%
Insufficienza cardiaca e respiratoria, polmonite e BPCO	899	25,2%	2.059	34,9%	1.995	41,6%	4.953	34,7%
Cardiopatía ischemica sintomatica	48	1,3%	132	2,2%	155	3,2%	335	2,3%
Insufficienza renale cronica, altri problemi renali e delle vie urinarie	172	4,8%	310	5,3%	299	6,2%	781	5,5%
Malattie croniche di fegato e altri problemi gastrointestinali	524	14,7%	749	12,7%	516	10,8%	1.789	12,5%
Markers di fragilità	393	11,0%	608	10,3%	556	11,6%	1.557	10,9%
Altri problemi di salute medici	967	27,1%	1.454	24,6%	1.025	21,4%	3.446	24,1%
Prossimità alla morte								
Vivo dopo i tre mesi di follow-up	2.372	66,4%	3.697	62,7%	2.430	50,6%	8.499	59,5%
Deceduto entro 30gg dalla dimissione	571	16,0%	1.099	18,6%	1.186	24,7%	2.856	20,0%
Deceduto tra il 31gg e il 60gg dalla dimissione	442	12,4%	738	12,5%	795	16,6%	1.975	13,8%
Deceduto tra il 61gg e il 90gg dalla dimissione	189	5,3%	367	6,2%	387	8,1%	943	6,6%

6.4 Riospedalizzazioni mediche: fattori di rischio

Dopo aver esaminato le riospedalizzazioni in termini assoluti in questa parte analizziamo il rischio di riospedalizzazione per le varie caratteristiche disponibili. A partire dai 70 anni si registra un aumento del rischio di riospedalizzazione pressoché lineare. I maschi manifestano sistematicamente, a parità di età, un rischio di riospedalizzazione più elevato rispetto alle femmine (Figura 6.7).

Figura 6.7 Percentuale di riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni dopo ricovero medico acuto ordinario, per classe d'età e sesso. Residenti veneti 65 anni e oltre, anno 2011.



Gli assistiti con uno e con due o più ricoveri nell'anno precedente (proxy di presenza di una importante comorbidità per patologie croniche) mostrano a tutte le età un rischio di riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni sistematicamente più elevato rispetto ai pazienti che sono stati ricoverati per la prima volta nel corso dell'ultimo anno in occasione del ricovero indice (Figura 6.8).

Figura 6.8 Percentuale di riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni dopo ricovero medico acuto ordinario, per classe d'età e numero di ricoveri nell'anno precedente al ricovero indice. Residenti veneti 65 anni e oltre, anno 2011.

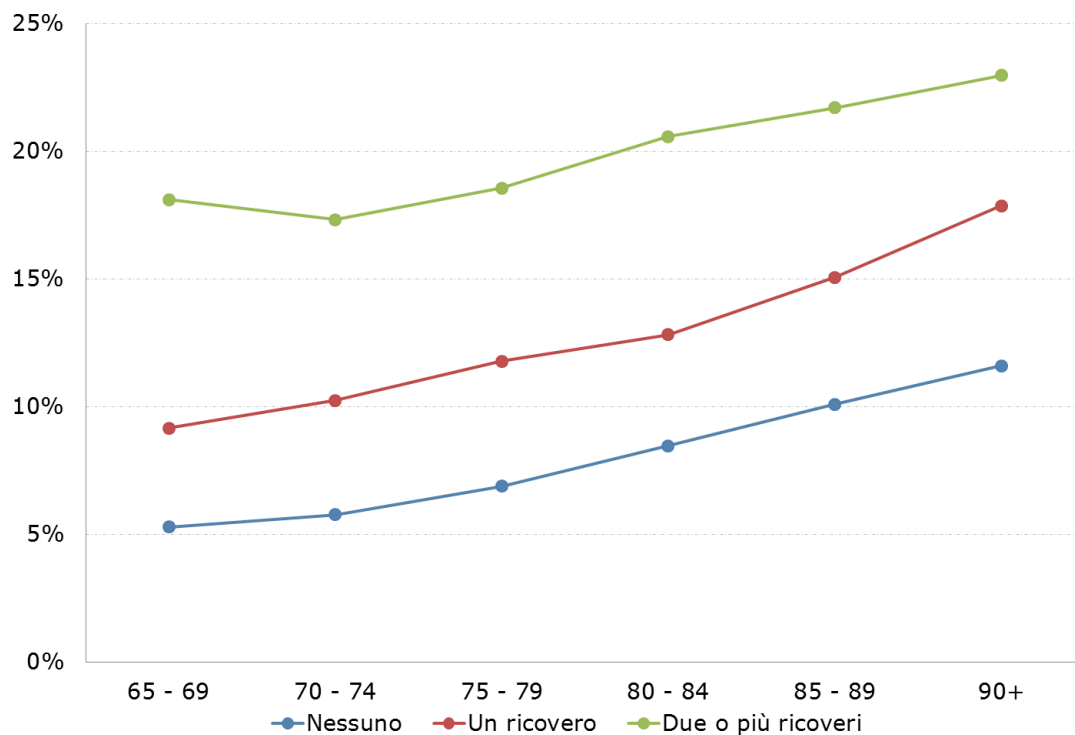
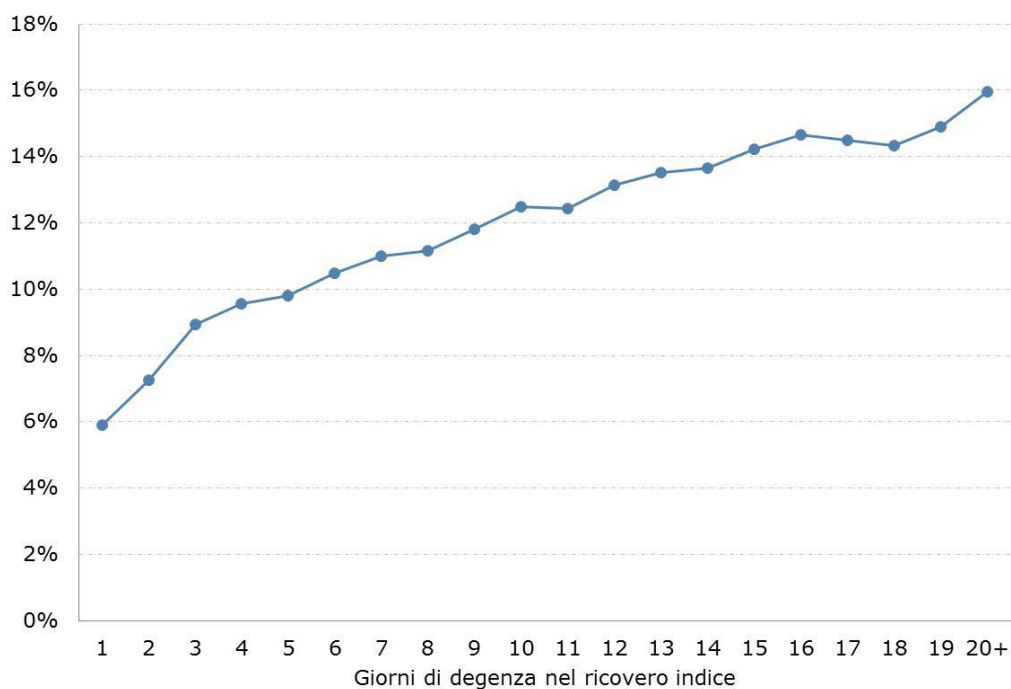


Figura 6.9 Percentuale di riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni dopo ricovero acuto medico ordinario, per durata della degenza nel ricovero indice. Residenti veneti 65 anni e oltre, anno 2011.



La durata del ricovero indice produce un aumento della percentuale di riospedalizzazione che è più marcato per degenze di 1-3 giorni e per le degenze che durano 20 giorni e più (Figura 6.9). Questo trend grossomodo lineare si rileva anche stratificando la popolazione per classe di età e per numero di ricoveri nell'anno precedente.

I gruppi nosologici individuano dei problemi di salute a rischio marcatamente più elevato per la riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni, a parte i tumori in trattamento radio e chemioterapico (tabella 6.8).

Tabella 6.8 Numero e percentuale di riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni dopo ricovero acuto medico ordinario, per gruppi di problemi clinici. Residenti veneti 65 anni e oltre, anno 2011.

Gruppo di patologia	N° riospedalizzazione entro 30 gg	% di riospedalizzazione entro 30 gg
Insufficienza cardiaca e respiratoria, polmonite e BPCO	4.953	15,6%
Tumori in trattamento medico	1.256	14,8%
Markers di fragilità	1.557	13,7%
Cardiopatía ischemica sintomatica	335	13,3%
Insufficienza renale e altri problemi renali e delle vie urinarie	781	11,7%
Malattie croniche di fegato e problemi gastrointestinali	1.789	11,5%
Tumori in trattamento oncologico	156	8,8%
Altri problemi di salute medici	3.446	7,7%

L'aumento d'età porta di regola ad un aumento del rischio di riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni per ciascun gruppo di problemi clinici, che è particolarmente marcato in caso di cardiopatía ischemica sintomatica e di insufficienza renale e malattie delle vie urinarie.

Una situazione di scarsa autonomia (Bathel $\leq$ 50) al momento della dimissione del ricovero indice si associa, a parità di età, ad un aumento del rischio di riospedalizzazione (Figura 6.10) ed infine la prossimità al decesso è un predittore molto forte del rischio di riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni, il cui impatto tuttavia si riduce progressivamente all'aumentare dell'età (Figura 6.11).

Figura 6. 10 Percentuale di riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni dopo ricovero acuto medico ordinario, per dipendenza nel ricovero indice e classe d'età. Residenti veneti 65 anni e oltre, anno 2011.

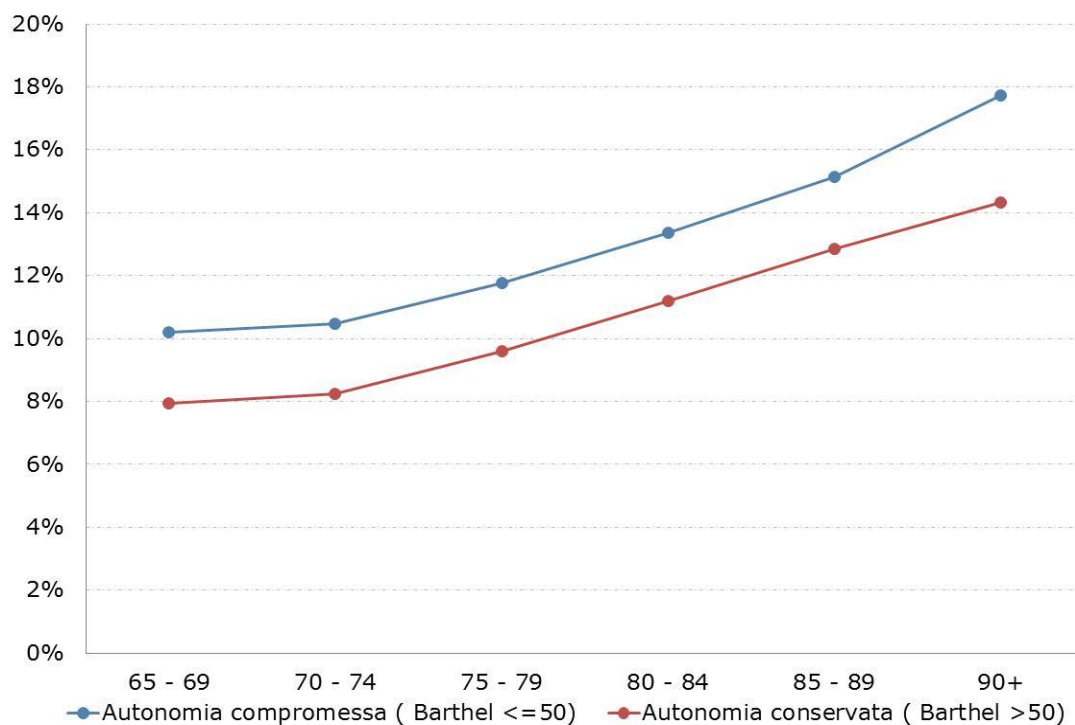
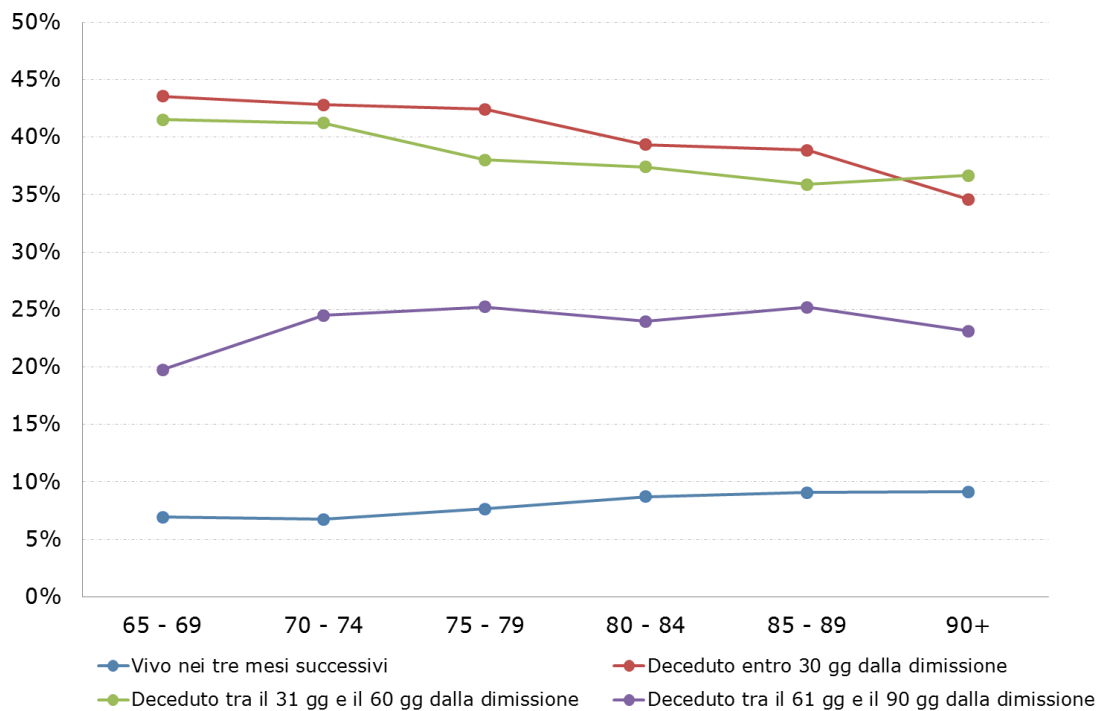


Figura 6.11 % di riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni dopo ricovero acuto medico ordinario, per prossimità al decesso e classe d'età. Residenti veneti 65 anni e oltre, anno 2011.



In conclusione il sesso, il numero di ricoveri nell'anno precedente, il problema di salute trattato, la durata della degenza, il grado di dipendenza rilevati in occasione del ricovero indice e la prossimità alla morte hanno un effetto indipendente rispetto all'età sul rischio di riospedalizzazione.

Sono state effettuate due distinte analisi multivariate distinguendo le persone che sono decedute entro i tre mesi successivi e quelle che sono sopravvissute (tabella 6.9). Le donne mostrano - a parità di altri fattori - un rischio ridotto di riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni, che può essere legato sia ad aspetti clinici non adeguatamente descritti dalla classificazione adottata sia ad una diversa propensione al ricovero e all'utilizzo della rete dei servizi territoriali, cui non sono estranee considerazioni di genere: non va dimenticato che 2/3 delle donne riospedalizzate hanno più di 80 anni e 1/5 hanno più di 90 anni d'età.

Nelle persone vive a 3 mesi dalla dimissione l'aumento dell'età a parità di altri fattori porta ad un lieve aumento del rischio di riospedalizzazione, quindi di per sé il fattore che conta non è l'età anagrafica ma piuttosto quella biologica. Anche la compromissione dell'autonomia si associa ad un lieve aumento del rischio di riospedalizzazione, mentre sono fattori di maggiore impatto una degenza nel ricovero indice superiore ai 20 giorni, un ricovero indice per cardiopatia ischemica sintomatica, insufficienza cardiaca e respiratoria, polmonite e BPCO, malattie croniche di fegato e problemi gastrointestinali, markers di fragilità, insufficienza renale e problemi renali e delle vie urinarie, tumori in trattamento medico (i tumori in trattamento oncologico vengono invece riospedalizzati di meno a parità degli altri fattori) e soprattutto la presenza di ricoveri multipli nell'anno precedente.

Le persone che sono prossime al decesso presentano un profilo di rischio di ospedalizzazione del tutto differente rispetto alle altre: l'aumento dell'età anagrafica e della durata di degenza mostrano un trend in lieve riduzione - ai limiti della significatività statistica, mentre una situazione di perdita dell'autonomia rappresenta un forte fattore di protezione rispetto al rientro in ospedale. Questi risultati possono essere interpretati come segnali di "desistenza" rispetto alla prosecuzione delle cure in regime di ricovero ospedaliero per pazienti con prognosi sfavorevole a breve termine, evidenti anche per le persone che avevano effettuato nel corso del ricovero indice un trattamento medico per il cancro. La presenza di ricoveri pregressi nell'anno precedente mostra un impatto contenuto così come i quadri internistici rilevati in occasione del ricovero indice, in parte riconducibili a quadri di urgenza medica (dolore toracico in cardiopatia ischemica, quadri subacuti di insufficienza di organo, emorragie e subocclusione intestinale). In

conclusione in questo gruppo di pazienti la prossimità al decesso “assorbe” gran parte degli altri fattori di rischio.

Tabella 6.9 Numero e rischio (HR - hazard ratio - Modello di regressione di Cox) di riospedalizzazione medica urgente a 30 giorni dopo ricovero acuto medico ordinario, per fattori di rischio selezionati. Residenti veneti 65 anni e oltre, anno 2011.

Caratteristiche	Vivi nei 3 mesi successivi (n=93.348)			Deceduti nei 3 mesi successivi (n=14.139)		
	N	HR	CI (95%)	N	HR	CI (95%)
Sesso						
Maschio	43.840	1,00		7.114	1,00	
Femmina	49.508	0,93	(0,89 – 0,98)	7.025	0,93	(0,88 – 0,99)
Classe d'età						
65 - 74 anni	30.315	1,00		2.801	1,00	
75 - 84 anni	39.690	1,16	(1,10 – 1,23)	5.336	0,95	(0,88 – 1,03)
85 anni e più	23.343	1,22	(1,15 – 1,31)	6.002	0,95	(0,87 – 1,03)
Degenza ricovero indice						
1 - 10 giorni	62.063	1,00		6.820	1,00	
11 - 19	22.834	1,21	(1,15 – 1,28)	4.643	0,98	(0,92 – 1,04)
20 giorni e più	8.451	1,41	(1,31 – 1,51)	2.676	0,92	(0,85 – 0,99)
Ricoveri anno precedente						
Nessuno	52.102	1,00		5.339	1,00	
Un ricovero	22.246	1,52	(1,44 – 1,62)	4.030	1,13	(1,05 – 1,21)
Almeno due	19.000	2,62	(2,48 – 2,77)	4.770	1,35	(1,26 – 1,44)
Autonomia alla dimissione						
Autonomia conservata (Barthel > 50)	56.727	1,00		4.018	1,00	
Autonomia compromessa (Barthel < 50)	36.621	1,16	(1,10-1,22)	10.121	0,67	(0,63-0,71)
Gruppo di patologia						
Tumori in trattamento oncologico	1.511	0,77	(0,61 – 0,97)	239	0,86	(0,68 – 1,11)
Tumori in trattamento medico	5.007	1,33	(1,18 – 1,49)	2.460	0,82	(0,74 – 0,91)
Insufficienza cardiaca e respiratoria, polmonite e BPCO	23.312	1,76	(1,66 – 1,87)	4.544	1,17	(1,08 – 1,27)
Cardiopatía ischemica sintomatica	2.044	1,81	(1,57 – 2,09)	225	1,32	(1,07 – 1,64)
Insufficienza renale, problemi renali e delle vie urinarie	5.006	1,34	(1,21 – 1,49)	755	1,18	(1,03 – 1,34)
Malattie croniche di fegato,e problemi gastrointestinali	12.220	1,51	(1,41 – 1,63)	1.478	1,13	(1,01 – 1,25)
Markers di fragilità	8.140	1,42	(1,31 – 1,55)	1.660	1,10	(0,99 – 1,22)
Altri problemi di salute medici	36.108	1,00		2.778	1,00	
Prossimità alla morte						
Entro il 30° giorno				6.250	2,09	(1,92 – 2,26)
Tra il 31° giorno e il 60° giorno				4.513	1,74	(1,60 – 1,89)
Tra il 61° giorno e il 90° giorno				3.376	1,00	

6.5 Conclusioni

Le riospedalizzazioni mediche urgenti ordinarie entro 30 giorni hanno attirato in tempi recenti un considerevole interesse in tutto il mondo da parte della ricerca epidemiologica sui servizi. Dal punto di vista della programmazione esso viene declinato in maniera differente a seconda dei diversi contesti organizzativi. Ad esempio, il piano USA Obama Care prevede un programma di riduzione delle riospedalizzazioni (HRRP) a seguito della dimissione per specifici problemi medici (infarto del miocardio, scompenso cardiaco, polmonite) largamente prevalenti negli anziani, con una forte penalizzazione degli ospedali che non rispettano lo standard previsto.

Il contesto europeo e quello italiano fanno invece riferimento ad un concetto più comprensivo, attribuendo la riospedalizzazione precoce – ed il compito di prevenirla, per quanto possibile – anche al sistema dei servizi territoriali. Infatti nella realtà il processo di dimissioni protette comprende diverse attività che si articolano in:

1) all'interno dell'ospedale

- raccolta delle informazioni clinico-assistenziali di base tramite il fascicolo sanitario elettronico ed in particolare presso i servizi territoriali (ad es. piani di assistenza domiciliare, laddove già attivati)
- stabilizzazione del quadro clinico di acuzie
- riconciliazione della terapia medica
- contatto con i familiari: discussione del programma di dimissione ed educazione terapeutica
- contatto tra l'equipe infermieristica ospedaliera e quella territoriale (anche tramite visite d'iniziativa schedate presso le Unità Operative di degenza)
- trasmissione al MMG della lettera di dimissioni

2) dopo la dimissione

- contatto tempestivo tra MMG e paziente e tra il MMG e gli operatori socio-sanitari, nel setting di assistenza primaria più appropriato (ambulatorio, domicilio)
- educazione terapeutica del paziente e dei familiari
- individuazione di un care-manager per i casi complessi
- effettuazione di visite schedate nel setting di assistenza primaria più appropriato (ambulatorio del MMG, domicilio) e di controllo specialistico

In presenza di patologie croniche in compenso labile (tipico il caso dell'insufficienza cardiaca e respiratoria) e di specifiche situazioni clinico-assistenziali (precedenti ricoveri ripetuti, dipendenza funzionale, bassa aspettativa di vita,

disponibilità della famiglia) è quindi opportuno sperimentare e attivare dei progetti di presa in carico integrati tra ospedale e territorio, con la finalità di evitare o ritardare ove possibile l'istituzionalizzazione, ridurre l'accesso al ricovero ospedaliero e mantenere le relazioni familiari.

Circa un quarto delle riospedalizzazioni al di sopra dei 65 anni riguardano persone con aspettativa di vita al di sotto dei 3 mesi: questo pone non soltanto un problema etico rispetto alle pressanti richieste di aiuto di pazienti e familiari, ma anche un problema di comunicazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale. L'utilizzo o lo sviluppo di nuovi algoritmi predittivi della prognosi quoad vitam possono dare un contributo tecnico probabilmente modesto e certamente non sostitutivo dell'esperienza clinica, mentre va enfatizzata la corresponsabilità di tutti i medici ed i sanitari che curano il paziente nella comunicazione, nella condivisione e nella registrazione in cartella di proposte assistenziali che siano continuative, rispettose e personalizzate ancora prima che razionali ed economicamente sostenibili. Queste indicazioni trovano peraltro anche un chiaro e coerente supporto di programmazione all'interno del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 laddove descrive (Allegato A, Paragrafo 3.1.3) il modello organizzativo e funzionale delle Cure Palliative (ambulatoriali, domiciliari e residenziali) all'interno della filiera territoriale dell'assistenza territoriale.

Bibliografia

1. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare Fee-for-Service Program. *N Engl J Med*. 2009;360:1418-28.
2. D'Souza, S and Guptha S. Preventing Admission of Older People to Hospital *BMJ* 2013;346:f3186 doi: 10.1136/bmj.f3186 (Published 20 May 2013); <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f3186?tab=responses>
3. Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home.
4. Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, Richards S, Martin F, Harris R. Hospital at home early
5. Seshamani M, Gray A. Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs. *Age Ageing*. 2004 Nov;33(6):556-61.
6. Abarshi EA, Ehteld MA, Van den Block L, Donker GA, Deliens L, Onwuteaka-Philipsen BD. Recognising patients who will die in the near future: a nationwide study via the Dutch Sentinel Network of GPs. *Br J Gen Pract*. 2011 Jun;61(587):e371-8.

Note metodologiche

Fonti dei dati

Datawarehouse Sanità Regione del Veneto - flusso informativo Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). Anni 2006-2012 (dati disponibili ad Ottobre 2013).

Classificazione delle dimissioni per "Tipo di assistenza"

Acuti ordinari: dimissioni in regime ordinario (Regime di ricovero=1) escluso le dimissioni dalle Unità Operative di Unità spinale, Recupero e rieducazione funzionale, Lungodegenza, Neuroriabilitazione (codici specialità 28, 56, 60, 75).

Acuti diurni: dimissioni in regime diurno (Regime di ricovero=2) escluso le dimissioni dalle Unità Operative di Unità spinale, Recupero e rieducazione funzionale,

Riabilitazione: dimissioni dalle Unità Operative di Recupero e riabilitazione funzionale, Unità spinale e Neuro riabilitazione (codici specialità 56, 28, 75).

Lungodegenza: dimissioni dalle Unità Operative di Lungodegenza (codice specialità 60).

Classificazione degli ospedali in "Pubblico / Privato"

La classificazione è stata effettuata a partire dalle informazioni sul "Tipo Struttura" contenute nel modello HSP11-Dati anagrafici delle strutture di ricovero.

Ospedale Pubblico: Azienda Ospedaliera; Azienda Ospedaliera Universitaria integrata; Ospedale a gestione diretta presidio di ULSS; Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblico.

Ospedale Privato: Casa di cura privata; Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico privato; Ospedale classificato; Sperimentazione gestionale.

Classificazione delle Discipline ospedaliere

Le discipline ospedaliere sono state classificate in 21 gruppi, suddivisi come descritto in Tabella A.

Tabella A Aggregazione delle discipline

Gruppi di Discipline	Discipline
Medicina generale	01-Allergologia, 02-Day hospital, 05-Angiologia, 15-Medicina sportiva, 19 Malattie endocrine e del ricambio, 21-Geriatria, 25-Medicina del lavoro, 26-Medicina generale, 51-Medicina d'urgenza, 52-Dermatologia, 68-Pneumologia, 71-Reumatologia.
Chirurgia generale	09-Chirurgia generale, 11-Chirurgia pediatrica, 13- Chirurgia toracica
Materno-infantile	31-Nido, 33-Neuropsichiatria infantile, 37-Ostetricia e ginecologia, 39-Pediatria, 62-Neonatologia, 65-Oncoematologia pediatrica, 73-Terapia intensiva neonatale, 77-nefrologia pediatrica.
Lungodegenza	60-Lungodegenza
Oncoematologia	18-Ematologia, 64-Oncologia, 66-Oncoematologia, 70-Radioterapia.
Nefrologia	29-Nefrologia, 48-Nefrologia (abilitazione trapianto rene).
Otorinolaringoiatria	10-Chirurgia maxillo-facciale, 35-Odontoiatria e stomatologia, 38-Otorinolaringoiatria.
Ortopedia	36-Ortopedia e traumatologia.
Oculistica	34-Oculistica
Urologia	43-Urologia
Neurochirurgia	30-Neurochirurgia
Cardiochirurgia	06-Cardiochirurgia pediatrica, 07-Cardiochirurgia
Chirurgia vascolare	14-Chirurgia vascolare
Terapia Intensiva	49-Terapia intensiva

Gruppi di Discipline (continua)	Discipline
Gastroenterologia	58-Gastroenterologia
Cardiologia	08-Cardiologia, 50-Unità coronarica
Chirurgia plastica	12-Chirurgia plastica, 47-Grandi ustioni
Malattie infettive	24-Malattie infettive
Riabilitazione	28-Unità spinale, 56-Recupero e rieducazione funzionale, 75-Neuroriabilitazione.
Psichiatria	40-Psichiatria
Neurologia	32- Neurologia

Glossario indicatori

Indice di attrazione interregionale: rapporto tra il numero di 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), moltiplicato per cento. Dal numeratore sono esclusi i residenti all'estero.

Indice di attrazione intraregionale: per ogni Azienda ULSS è il rapporto tra i ricoveri dei residenti nelle altre ULSS del Veneto e il totale dei ricoveri effettuati dall'azienda ULSS considerata (indipendentemente dal luogo di residenza), moltiplicato per cento.

Indice di fuga interregionale: rapporto tra il numero di ricoveri di residenti in Veneto effettuati in un'altra regione e il totale dei ricoveri di residenti in Veneto (indipendentemente dal luogo di dimissione), moltiplicato per cento.

Indice di fuga intraregionale: per ogni Azienda ULSS è il rapporto tra il numero di ricoveri di residenti effettuati da un'altra azienda ULSS del Veneto e il totale dei ricoveri dei residenti dell'azienda Ulss considerata (indipendentemente dal luogo di dimissione), moltiplicato per cento.

Pubblicazione a cura del
SER Sistema Epidemiologico Regionale
Direzione Controlli e Governo SSR
Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1 - 35131 Padova
Telefono: 049 8778252 – Fax: 049 8778235
e-mail: ser@regione.veneto.it

Il volume è pubblicato anche sul sito Web:
<http://www.ser-veneto.it/>