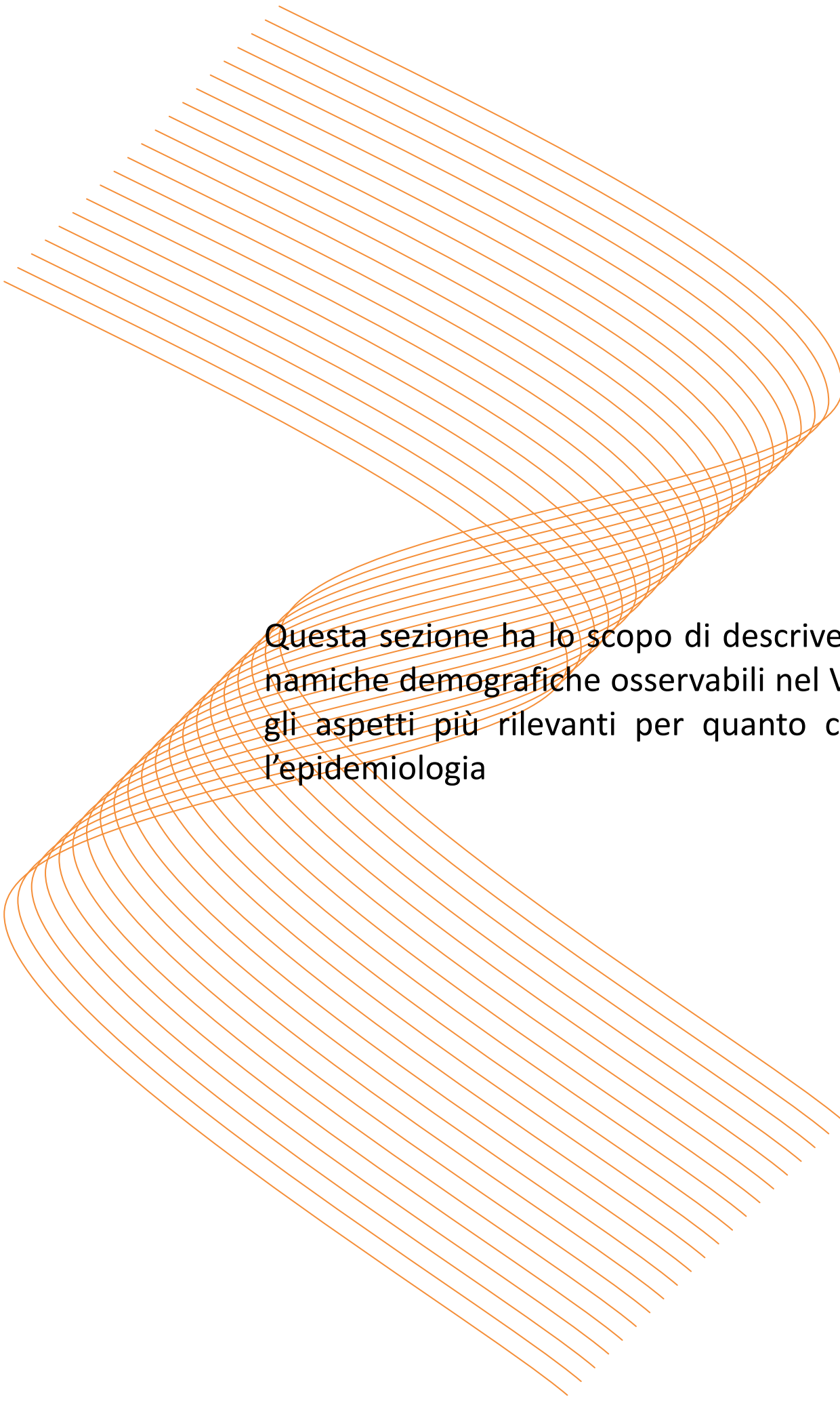


Parte Prima

Dinamiche demografiche e stato di salute

Relazione Socio Sanitaria 2008
della Regione del Veneto

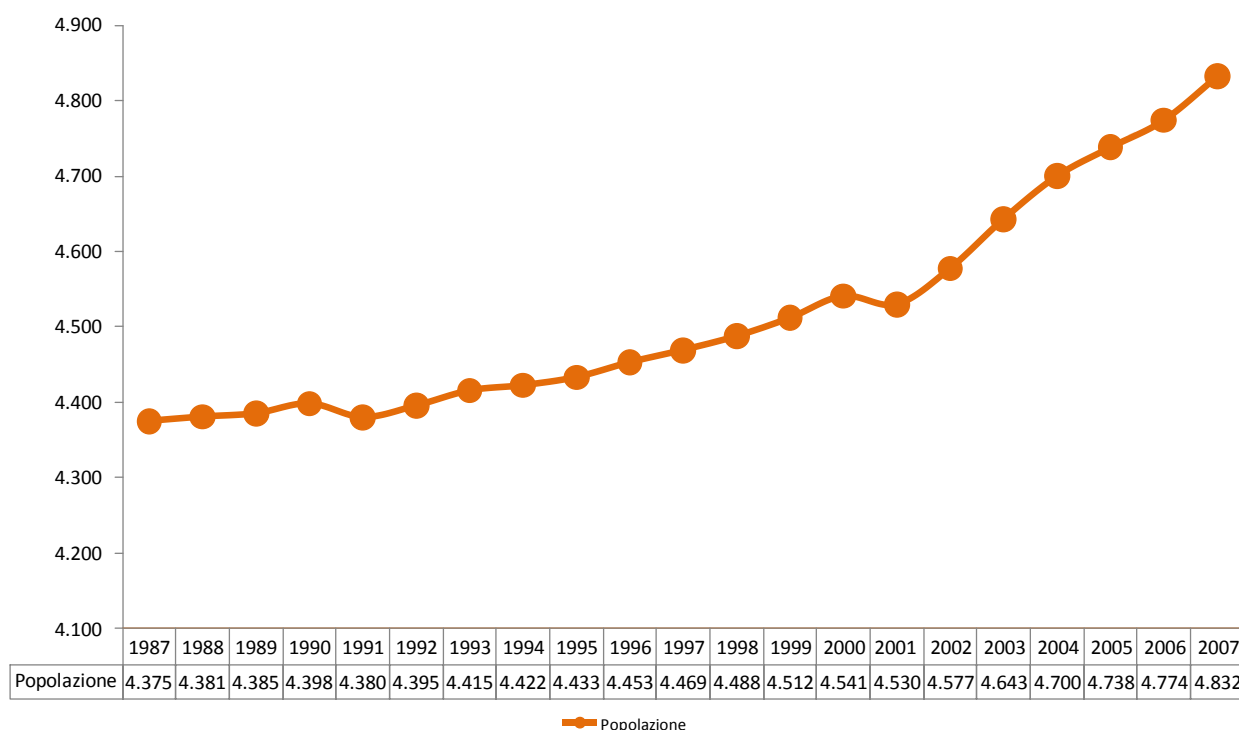
An abstract graphic composed of numerous thin, parallel orange lines that curve and overlap to form a stylized, elongated 'S' or wave shape. The lines are more densely packed in the middle and become more sparse towards the top and bottom, creating a sense of depth and movement.

Questa sezione ha lo scopo di descrivere le dinamiche demografiche osservabili nel Veneto e gli aspetti più rilevanti per quanto concerne l'epidemiologia

1.1 Dinamiche demografiche

La popolazione del Veneto è in costante aumento. Il trend che è possibile rilevare secondo i dati ISTAT al 31 dicembre 2007, attesta una crescita rispetto al 1987 di oltre 457 mila persone, pari ad un incremento percentuale del 10,4%. Nel solo 2007 rispetto al 2006 la variazione positiva è rappresentata da 58.786 persone, con una percentuale del 1,2%. Ci stiamo quindi avviando rapidamente a raggiungere i 5 milioni di abitanti, con significative ricadute sui bisogni di prestazioni e servizi sanitari, socio sanitari e sociali.

Veneto - Trend della popolazione nel ventennio 1987-2007
(dati in migliaia)



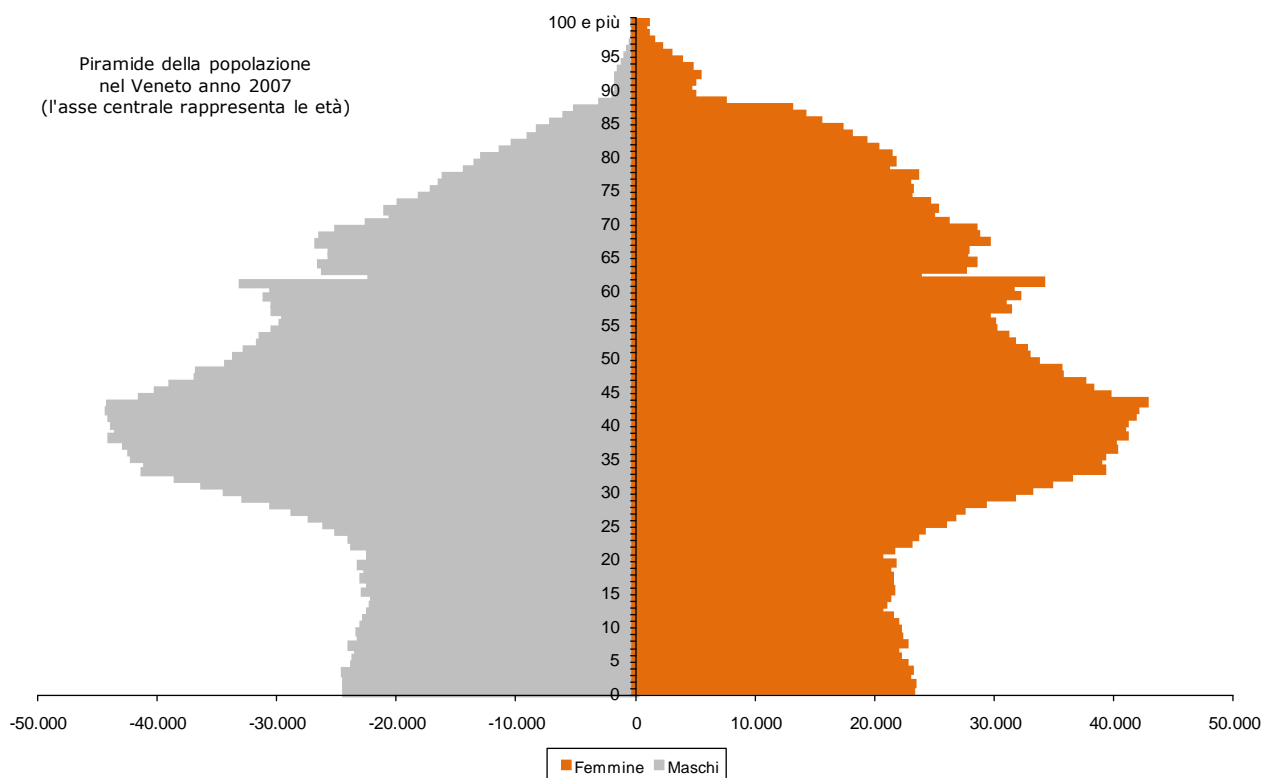
Se consideriamo questo dato in combinazione con altri fattori, ci sarà facile comprendere gli elementi di criticità. Pensiamo ad esempio all'invecchiamento della popolazione, alla frammentazione sociale dovuta a situazioni di disagio negli ambiti familiari (separazioni, divorzi, famiglie ricostituite, ecc.), alle nuove e più elevate esigenze qualitative proposte dai cittadini, alla povertà che penetra settori sociali un tempo non coinvolti, all'imponenza dei flussi immigratori che caratterizzano la nostra epoca, ai nuovi bisogni attinenti uno status di genitorialità posto in difficoltà dalla sempre maggiore competitività del mondo del lavoro. Vi sono quindi degli elementi di potenziale disequilibrio che necessitano di un approccio razionale e fondato su criteri di efficienza ed efficacia.

La Regione del Veneto mantiene un costante monitoraggio di questi fenomeni e sviluppa le proprie azioni su tali basi, come dimostra il *Rapporto Statistico 2008: Il Veneto si racconta – Il Veneto si confronta*, da cui di seguito saranno riprese alcune parti, con riferimento ai Bilanci demografici ISTAT 2007 e 2006 sotto rappresentati.

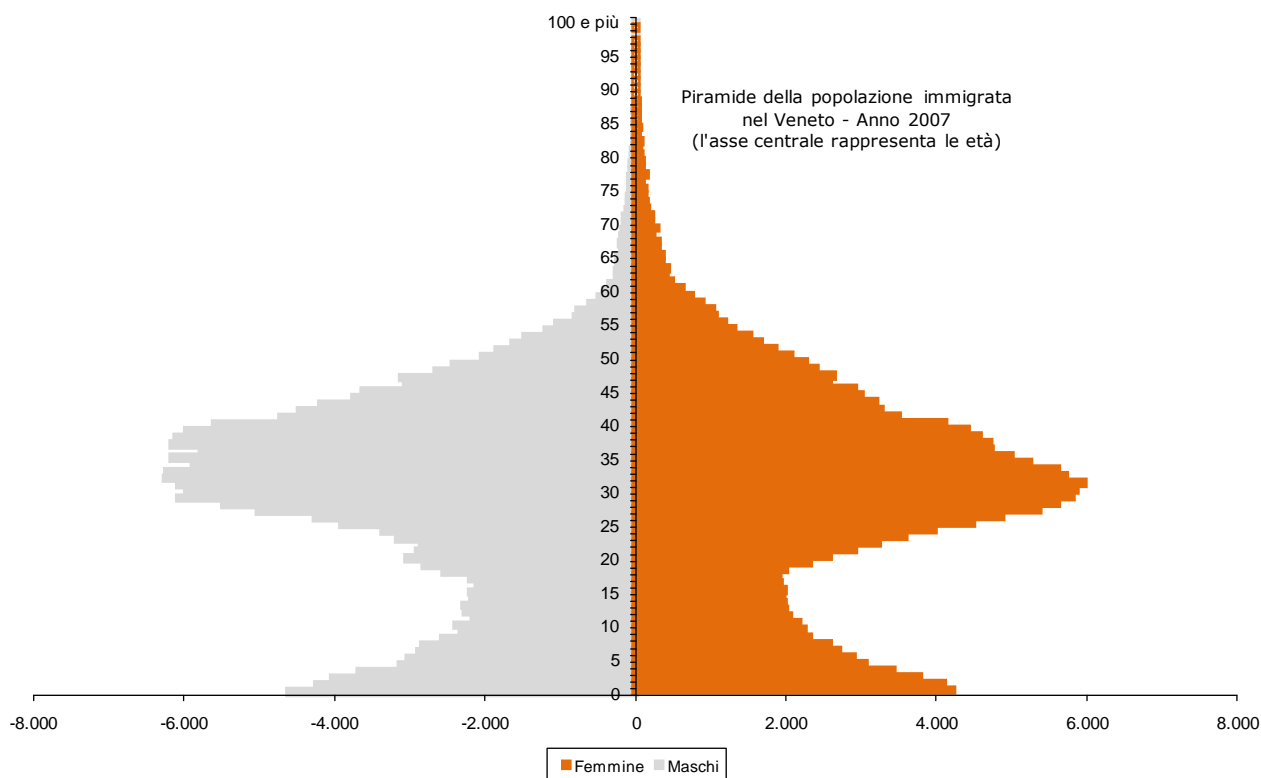
	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° Gennaio 2007	2.338.057	2.435.497	4.773.554
Nati	24.446	23.187	47.633
Morti	20.997	22.504	43.501
Saldo Naturale	3.449	683	4.132
Iscritti da altri comuni	71.936	69.324	141.260
Iscritti dall'estero	28.071	30.809	58.880
Altri iscritti	3.134	1.321	4.455
Cancellati per altri comuni	68.585	66.985	135.570
Cancellati per l'estero	3.781	3.259	7.040
Altri cancellati	4.836	2.495	7.331
Saldo Migratorio e per altri motivi	25.939	28.715	54.654
Popolazione residente in famiglia	2.355.066	2.437.581	4.792.647
Popolazione residente in convivenza	12.379	27.314	39.693
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione al 31 Dicembre 2007	2.367.445	2.464.895	4.832.340
Numero di Famiglie			1.950.889
Numero di Convivenze			2.488
Numero medio di componenti per famiglia			2,5

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° Gennaio 2006	2.321.157	2.417.156	4.738.313
Nati	24.107	22.948	47.055
Morti	20.652	21.466	42.118
Saldo Naturale	3.455	1.482	4.937
Iscritti da altri comuni	74.252	70.625	144.877
Iscritti dall'estero	15.520	18.664	34.184
Altri iscritti	3.061	1.354	4.415
Cancellati per altri comuni	70.530	68.059	138.589
Cancellati per l'estero	3.579	3.103	6.682
Altri cancellati	5.279	2.622	7.901
Saldo Migratorio e per altri motivi	13.445	16.859	30.304
Popolazione residente in famiglia	2.325.171	2.407.863	4.733.034
Popolazione residente in convivenza	12.886	27.634	40.520
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione al 31 Dicembre 2006	2.338.057	2.435.497	4.773.554
Numero di Famiglie	1.913.802		
Numero di Convivenze			2.517
Numero medio di componenti per famiglia			2,5

È interessante osservare come il numero di nuovi iscritti dall'estero del 2007 sia quasi corrispondente all'incremento della popolazione riscontrato rispetto al 2006. Ovviamente, ciò non implica un automatismo secondo il quale l'aumento sarebbe dovuto esclusivamente agli immigrati, ma è comunque un dato su cui riflettere.



11



Le quote maggiori di popolazione si concentrano nelle province di Padova, Verona, ciascuna con oltre il 18% della popolazione complessiva. Treviso raggiunge circa il 18%. Vicenza e Venezia concentrano rispettivamente il 17,6% e il 17,5% della popolazione, mentre Belluno e Rovigo assumono percentuali intorno al 5%. Verona è la Provincia che registra l'incremento di popolazione più consistente, seguita da Treviso e Padova. Inferiore al mezzo punto percentuale è invece la variazione di popolazione per Belluno e Rovigo.

Popolazione nelle Province del Veneto al 31 dicembre 2007 (dati ISTAT)

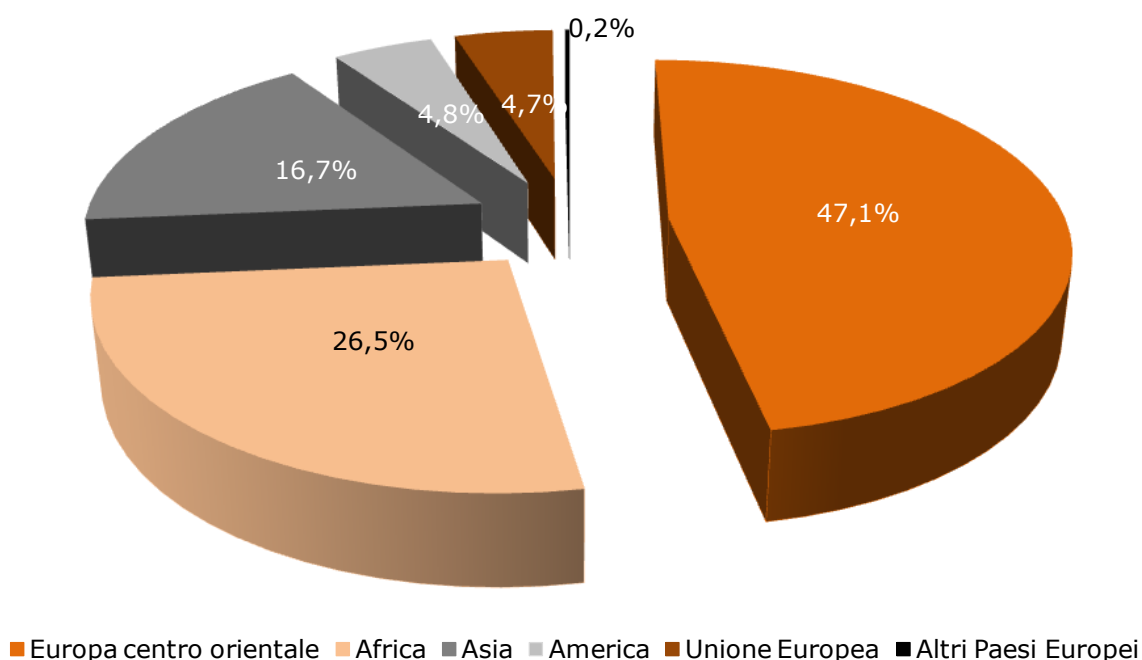
Province del Veneto	Maschi	Percentuale	Femmine	Percentuale	Totale	Percentuale
Provincia di Padova	444.609	18,78%	465.166	18,87%	909.775	18,83%
Provincia di Verona	440.124	18,59%	456.192	18,51%	896.316	18,55%
Provincia di Treviso	428.983	18,12%	440.551	17,87%	869.534	17,99%
Provincia di Vicenza	421.134	17,79%	431.108	17,49%	852.242	17,64%
Provincia di Venezia	410.327	17,33%	434.279	17,62%	844.606	17,48%
Provincia di Rovigo	119.501	5,05%	126.754	5,14%	246.255	5,10%
Provincia di Belluno	102.767	4,34%	110.845	4,50%	213.612	4,42%
Totale Regione	2.367.445	100,00%	2.464.895	100,00%	4.832.340	100,00%

Di cui: popolazione immigrata nelle Province del Veneto al 31 dicembre 2007 (dati ISTAT)

Province del Veneto	Maschi	Percentuale	Femmine	Percentuale	Totale	Percentuale
Provincia di Treviso	47.010	22,35%	40.966	21,16%	87.976	21,78%
Provincia di Verona	45.065	21,42%	40.997	21,17%	86.062	21,30%
Provincia di Vicenza	44.031	20,93%	38.176	19,72%	82.207	20,35%
Provincia di Padova	35.553	16,90%	33.768	17,44%	69.321	17,16%
Provincia di Venezia	26.726	12,70%	26.824	13,85%	53.550	13,26%
Provincia di Rovigo	6.552	3,11%	6.693	3,46%	13.245	3,28%
Provincia di Belluno	5.427	2,58%	6.197	3,20%	11.624	2,88%
Totale Regione	210.364	100,00%	193.621	100,00%	403.985	100,00%

Tra le Province più popolose, Padova si caratterizza per un numero di immigrati sostanzialmente più basso. Ciò conferma che *la distribuzione territoriale degli stranieri residenti in Veneto si sovrappone in larga misura alla geografia del loro inserimento occupazionale. Infatti, negli ultimi anni il ricorso alla manonera straniera si è accentuato in tutte le Province del Veneto, ma permangono rilevanti differenze tra i diversi territori* (Immigrazione Straniera in Veneto – Rapporto 2008 dell'Osservatorio Immigrazione della Regione del Veneto).

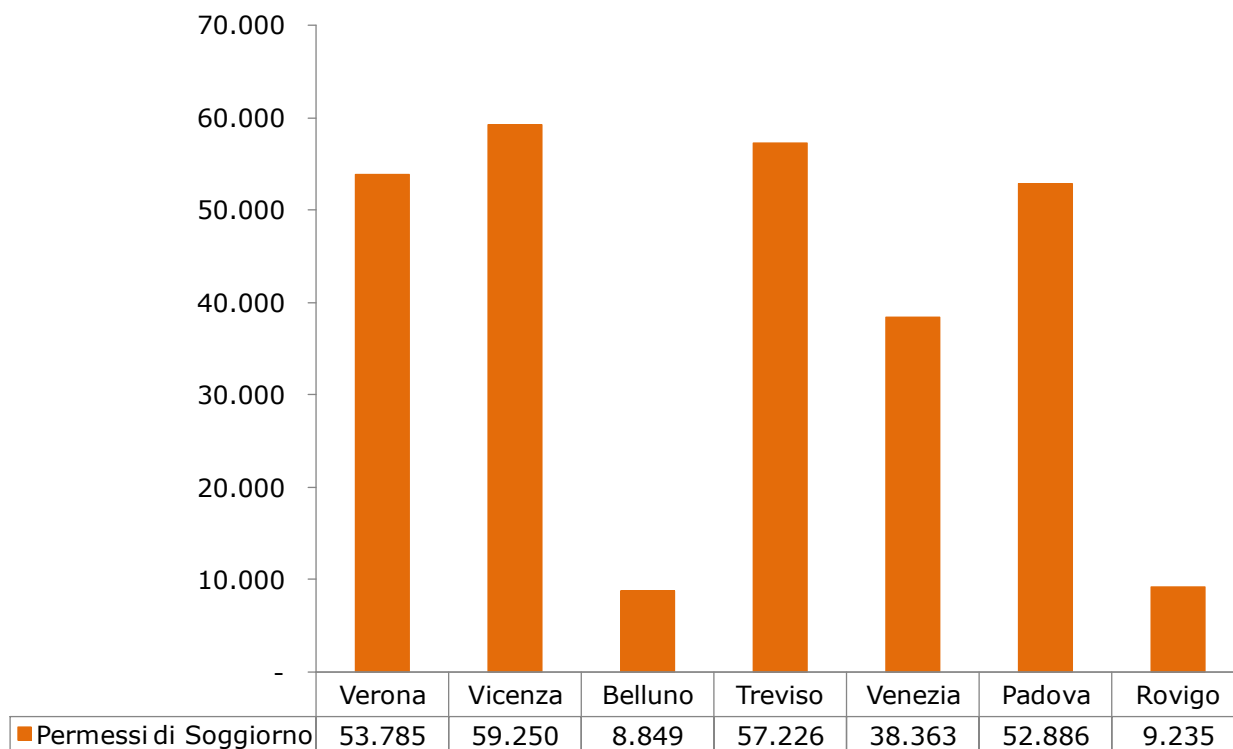
Popolazione Straniera residente per area di provenienza
al 1 gennaio 2007 (Fonte: Osservatorio Immigrazione Regione del Veneto)



La crescente presenza di immigrati rende indispensabile predisporre misure di prevenzione inerenti malattie che nel nostro Paese sembravano ormai debellate. Inoltre, nelle Aziende Sanitarie assume sempre maggiore importanza il ruolo dei *mediatore culturale*, ovvero quella figura professionale che supporta il personale nei processi comunicativi con persone provenienti da Paesi caratterizzati da differenti approcci all'assistenza, alla cura ed ai rapporti con i professionisti della salute. Ad esempio i Paesi con tassi di crescita più elevati sono: la Moldavia, la Romania, l'Ucraina ed il Bangladesh. Tra i Paesi a media dinamicità negli incrementi annui si collocano quelli di più consolidata tradizione migratoria: due europei (Albania e Macedonia) e tre asiatici (Cina, India e Sri Lanka). Si tratta di comunità che, pur

beneficiando del processo di regolarizzazione, evidenziano livelli strutturali di crescita legati soprattutto alla progressiva stabilizzazione sul territorio. Una piena integrazione può essere senza dubbio favorita dalle attività dei mediatori. Il fronte delle prestazioni e dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali costituisce infatti uno dei livelli di primo approccio.

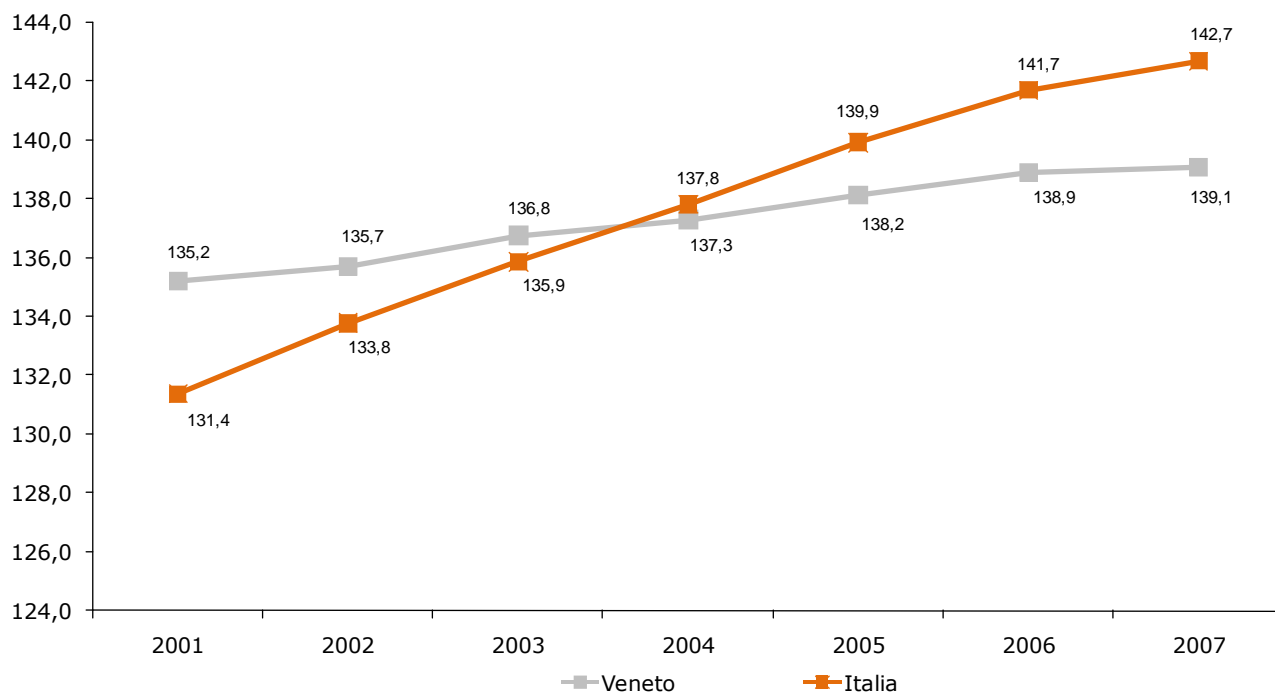
Permessi di Soggiorno nel Veneto al 1 gennaio 2007
(dati ISTAT)



Basti pensare che l'incidenza percentuale degli stranieri sul totale della popolazione residente nel 2007 ha raggiunto l'8,3%. Il Veneto è la seconda Regione per numero di stranieri residenti (dopo la Lombardia) ed è la terza Regione per incidenza (dopo Lombardia ed Emilia Romagna). Il saldo migratorio positivo e particolarmente elevato per le province situate nella fascia centrale del territorio regionale. Più contenuti sono invece gli spostamenti interni tra province venete: i territori che registrano maggiori flussi migratori interni alla regione sono il padovano e il veronese. Per quanto concerne i permessi di soggiorno si osserva uno scostamento, rispetto ai dati sui residenti, determinato principalmente dalle difficoltà di rilevazione dei soggetti minori di 14 anni, inseriti nei documenti dei genitori. Non mancano tuttavia problemi legati a difficoltà amministrative, a causa delle quali molti stranieri non riescono tempestivamente a perfezionare la domanda di ingresso e quindi a regolarizzare la loro presenza nel nostro Paese. In considerazione di tali aspetti, il numero complessivo pubblicato dall'ISTAT per la nostra Regione è pari a 279.594 permessi di soggiorno, al 1 gennaio 2007.

Il processo di invecchiamento della popolazione è un altro dei fenomeni rilevanti che abbiamo citato nelle nostre considerazioni iniziali. Seppure più lento rispetto alla situazione complessiva italiana, vede nel 2007 una quota pari ad oltre 139 anziani di età superiore ai 65 anni ogni 100 giovani in età 0-14. Si registra quindi un costante e progressivo sbilanciamento nella composizione della popolazione complessiva.

Indice di vecchiaia in Italia e nel Veneto negli anni 2001-2007

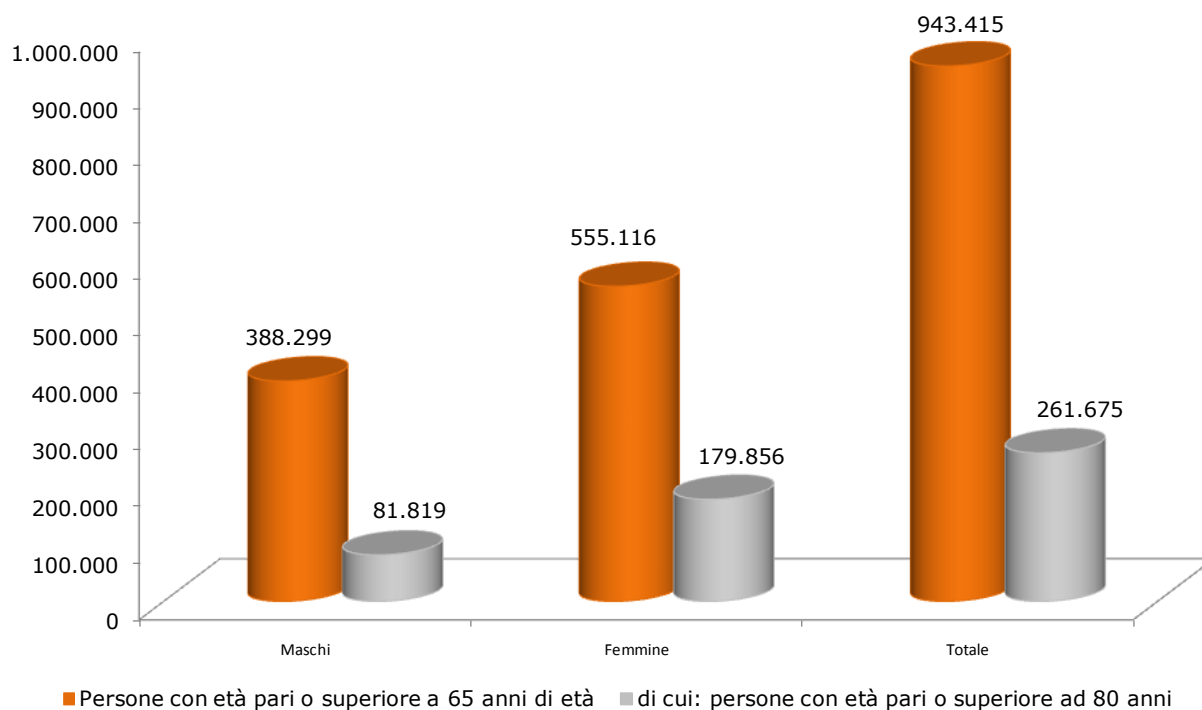


L'indice di vecchiaia è calcolato moltiplicando per 100 il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età 0-14

Nell'ultimo ventennio gli anziani in Veneto sono aumentati in modo considerevole. Se all'epoca del censimento 1981 rappresentavano il 13% della popolazione, nel 2007 ne costituiscono oltre il 19,5%. In particolare si è assistito ad un aumento consistente degli ultraottantenni. Tale crescita sembra destinata ad accentuarsi: infatti, secondo quanto ipotizzano le previsioni statistiche, entro il 2025 gli anziani nella nostra Regione potrebbero aumentare fino a incidere per il 26% della popolazione. La sostenibilità del Sistema Socio Sanitario regionale è pertanto un tema che assume sempre maggiore rilevanza di fronte a squilibri, mai così ampi, tra giovani e anziani. La Regione del Veneto intende mantenere e migliorare il livello qualitativo del proprio Sistema e per questo le sfide del presente e di un futuro non molto lontano vanno affrontate con serenità, ma anche con determinazione. I bisogni attinenti patologie croniche e la necessità di assistenza domiciliare, stanti le condizioni descritte, sono sicuramente destinati a crescere. Per questo motivo la Regione del Veneto ha riorganizzato la propria rete di

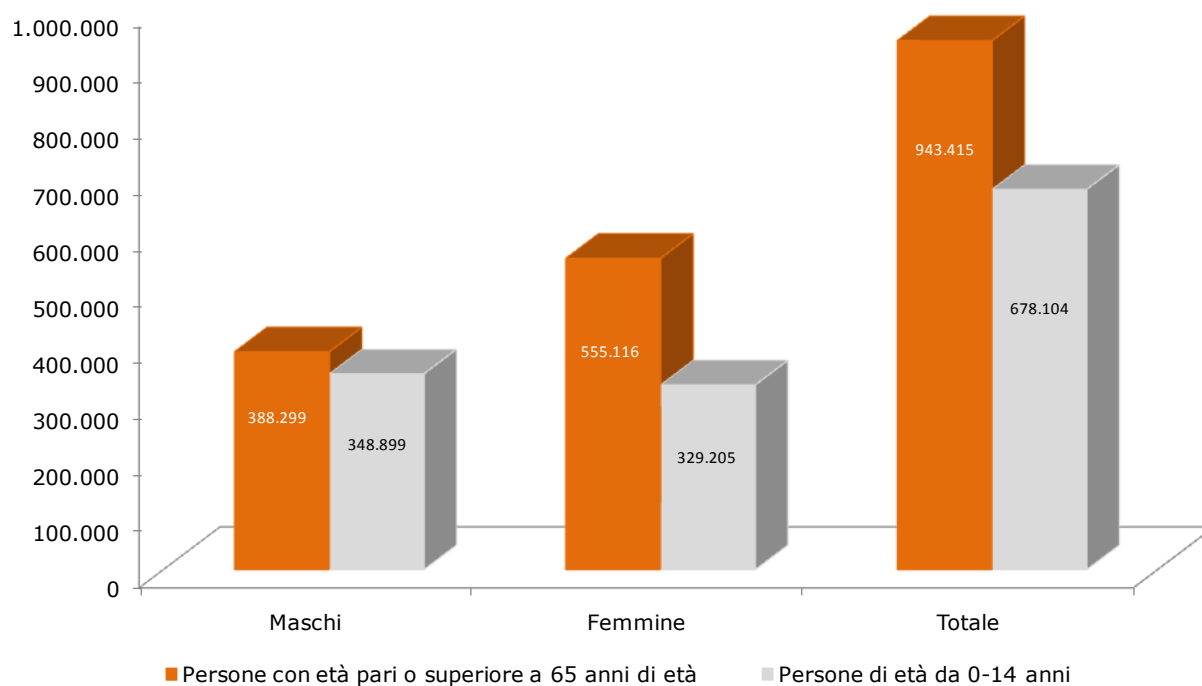
rilevazione, istituendo l'*Osservatorio regionale sulla Condizione della persona Anziana e Disabile* (con Deliberazione della Giunta Regionale n. 4139 del 19 dicembre 2006).

Anziani nel Veneto (dati in migliaia)
Anno 2007



16

Anziani e giovani nel Veneto
Anno 2007



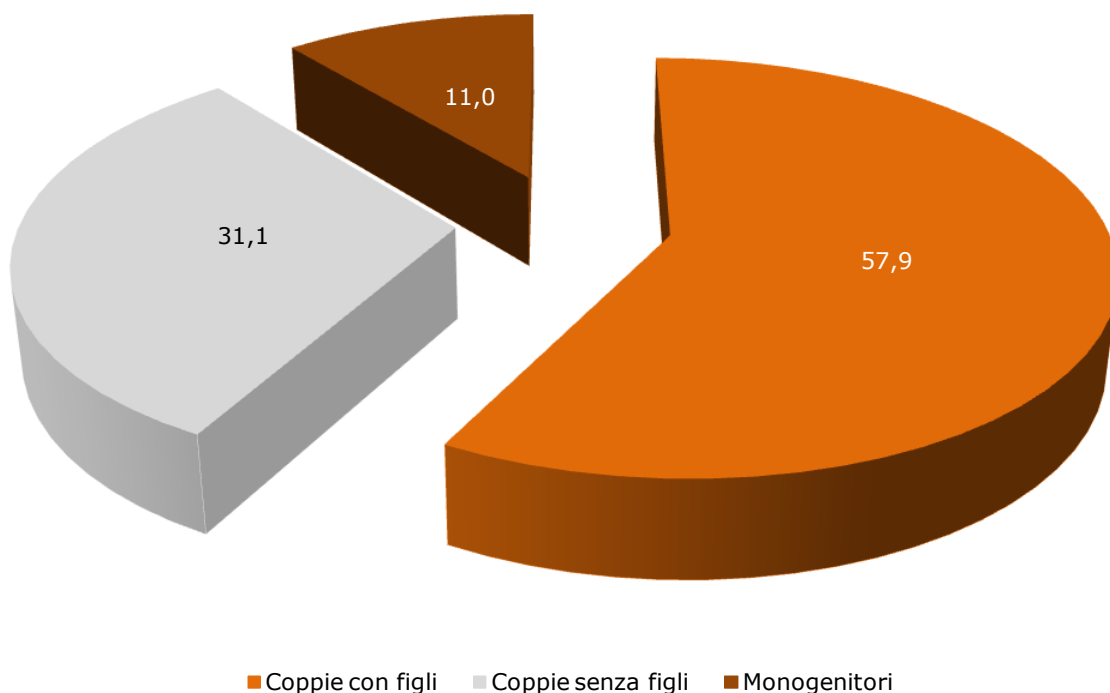
Le possibilità di dare una risposta efficace ed efficiente ai bisogni dovuti all'invecchiamento della popolazione non si fondano solo sull'azione delle istituzioni, ma abbisognano di una rete di soggetti che consentano agli anziani un'elevata qualità della vita grazie alla permanenza nel proprio ambiente sociale e familiare. Ed è proprio la famiglia ad avere un ruolo insostituibile in tale contesto. È quindi importante osservarne le dinamiche. Nell'ultimo decennio si registra un considerevole aumento del numero delle famiglie, quasi 300 mila in più rispetto al 1996, accompagnato però da una diminuzione del numero medio di componenti, che si attesta a 2,5 nel 2007. Le famiglie venete sono sempre più numerose, ma sempre più piccole, a causa del sostanziale calo della fecondità, dell'incremento dell'instabilità coniugale e anche dell'invecchiamento della popolazione. Inoltre, vanno aumentando strutture familiari meno tradizionali: crescono quelle con un solo genitore, le famiglie ricostituite, quelle composte da una sola persona e i nuclei aggregati. In linea con la tendenza nazionale, il Veneto registra una diminuzione di quasi 4 punti percentuali del numero di coppie con figli sul totale dei nuclei familiari, in favore di un aumento delle coppie senza figli. La maggior parte di esse è costituita da anziani. Per le altre la tendenza all'aumento è in parte dovuta al fatto che la maggior parte delle donne, e quindi delle coppie, in questi ultimi anni ha deciso di ritardare l'evento della nascita del primo figlio.

Famiglie e numero di componenti per Provincia del Veneto – Anni 2006-2007

Province	2006		2007	
	Numero famiglie	N. medio componenti	Numero famiglie	N. medio componenti
Verona	356.741	2,5	366.794	2,4
Vicenza	331.218	2,5	337.268	2,5
Belluno	93.017	2,3	94.441	2,2
Treviso	333.943	2,6	340.226	2,5
Venezia	345.941	2,4	352.625	2,4
Padova	351.893	2,6	359.622	2,5
Rovigo	101.049	2,4	99.913	2,4
Veneto	1.913.802	2,5	1.950.889	2,5
Italia	23.907.410	2,5	24.282.485	2,4

Quindi famiglie piccole e frammentate che diminuiscono la capacità di difesa e di tutela della qualità della vita anche dei singoli individui. La Regione del Veneto ha da sempre posto al centro delle proprie azioni la persona e la famiglia ed ha ulteriormente rafforzato questo approccio con il Programma Regionale di Sviluppo approvato con la legge regionale 9 marzo 2007, n. 5.

Principali tipologie di famiglie nel Veneto - Anno 2006



18

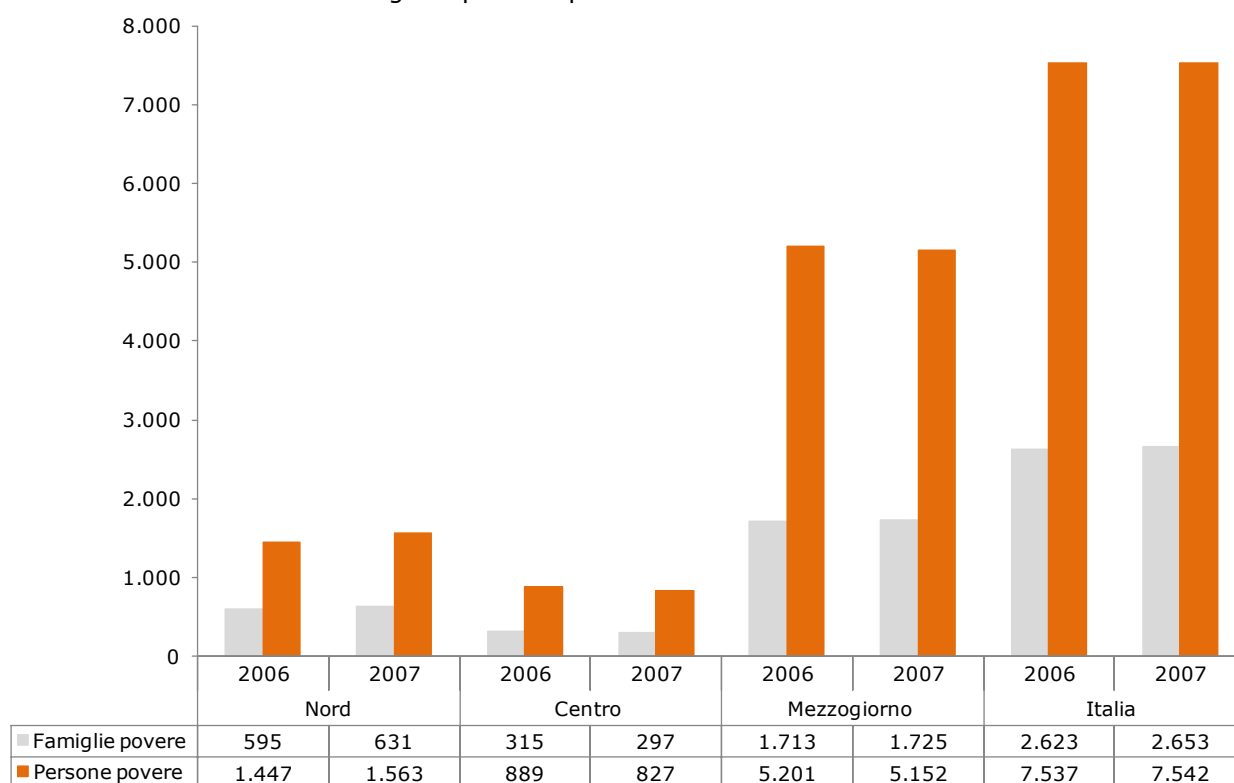
Per la Regione è infatti strategicamente importante sviluppare tutte quelle politiche che garantiscono servizi a sostegno della famiglia, quali:

- interventi a favore della natalità;
- sostegno alla maternità, servizi all'infanzia e alla famiglia;
- sviluppo di servizi sociali a favore della terza età;
- misure a favore delle donne lavoratrici;
- tutela dei minori e dei giovani;
- prevenzione e recupero per i tossicodipendenti;
- accesso alle abitazioni a favore delle giovani coppie;
- sostegno all'introduzione di innovazioni.

In questo ambito di intervento bisogna rilevare altresì un aumento delle condizioni di disagio dovute ad un riaffiorare di stati di povertà. Secondo i dati ISTAT, in Italia, le famiglie che nel 2007 si trovano in condizioni di povertà relativa sono 2 milioni e 653 mila e rappresentano l'11,1% delle famiglie residenti. La stima dell'incidenza della povertà relativa (la percentuale di

famiglie e persone povere sul totale delle famiglie e persone residenti) viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale (linea di povertà) che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. La soglia di povertà per una famiglia di due componenti è rappresentata dalla spesa media mensile per persona, che nel 2007 è risultata pari a 986,35 Euro. Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa media mensile pari o inferiore a tale valore vengono quindi classificate come relativamente povere. Il fenomeno della povertà relativa, oltre che attraverso la misura della sua diffusione, può essere descritto anche rispetto alla sua gravità: l'intensità della povertà, che indica in termini percentuali di quanto la spesa media mensile equivalente delle famiglie povere si colloca al di sotto della linea di povertà.

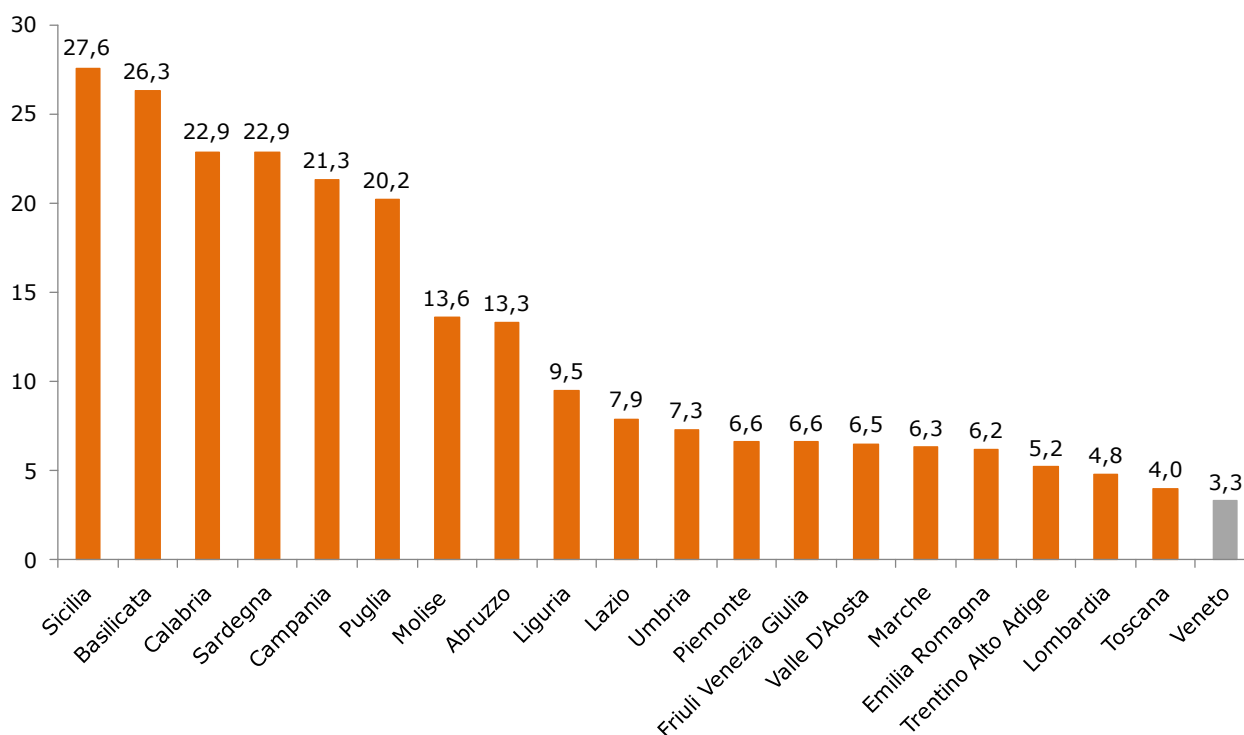
Famiglie e persone povere in Italia - Anno 2007



Ebbene, sulla base delle rilevazioni effettuate dall'ISTAT il Veneto appare la Regione con la più bassa incidenza di povertà, pari al 3,3%, seguono la Toscana, la Lombardia e il Trentino-Alto Adige, con valori inferiori al 6%. Nelle restanti regioni del Nord e del Centro, le percentuali di famiglie povere oscillano dal 6,2% dell'Emilia Romagna e 6,3% delle Marche al 9,5% della Liguria e non risultano statisticamente diverse tra loro. In tutte le regioni del Mezzogiorno la povertà è significativamente più diffusa rispetto al resto del Paese. Fanno eccezione l'Abruzzo e il Molise, dove i valori dell'incidenza di povertà (13,3% e 13,6% rispettivamente) si avvicinano

un po' alla media nazionale e risultano significativamente più bassi rispetto alla media della ripartizione. La situazione più grave, con oltre un quarto di famiglie povere, è infine quella delle famiglie residenti in Basilicata (26,3%) e in Sicilia (27,6%) che presentano valori significativamente più elevati della media osservata per il Mezzogiorno.

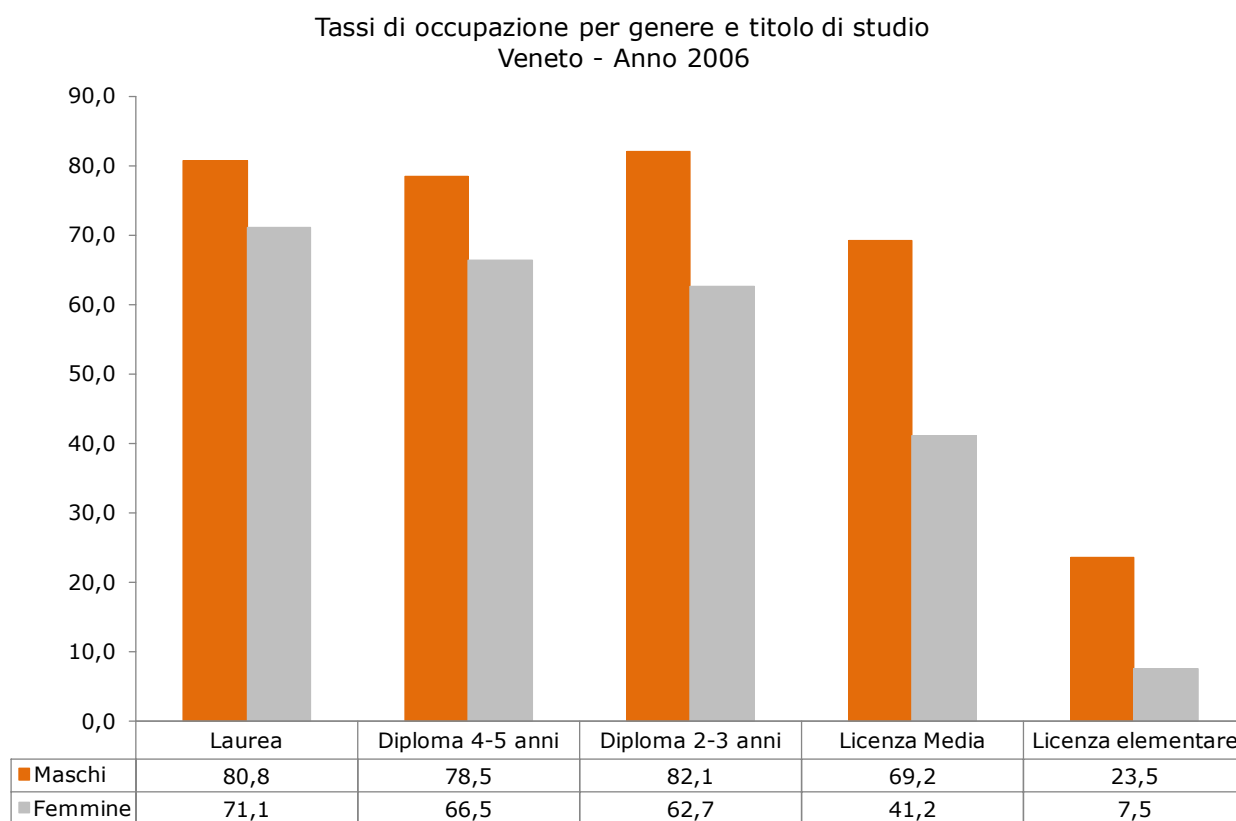
Incidenza di Povertà relativa nelle Regioni d'Italia
Anno 2007



Nonostante il Veneto si caratterizzi per la più bassa percentuale di incidenza della povertà relativa, il fenomeno non viene sottovalutato. Da questo punto di vista, al fine di arginare i livelli più estremi di povertà e in considerazione dell'aggravamento di condizioni limite a causa dell'incombente crisi economica e finanziaria, la Regione del Veneto nel corso del 2007 ha definito le linee guida per la presentazione dei progetti a favore delle persone che versano in stato di povertà estrema. L'iniziativa è stata destinata ai Comuni capoluogo di Provincia e alle Unioni di Comuni con popolazione superiore ai sessantamila abitanti. Successivamente sulla base dei progetti presentati sono stati assegnati i contributi previsti a sostegno di tali importanti interventi sociali (Deliberazione della Giunta Regionale n. 2426 del 31 luglio 2007). Tornando al contesto più ampio, un ultimo aspetto, ma certo non meno importante, che è fondamentale osservare è quello della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro. Il tema riguarda la famiglia e interessa in particolar modo le donne. Con riferimento agli studi sulle dinamiche demografiche tali fattori incidono sulla natalità, in quanto la decisione di avere dei

figli dipende anche dalla combinazione e dall'equilibrio tra il tempo destinato all'attività lavorativa e quello che è possibile dedicare alla famiglia. Questa realtà è stata oggetto di uno studio effettuato da Veneto Lavoro, Ente strumentale della Regione del Veneto, pubblicato nel giugno 2007 (Anna de Angelini, *Donna, Famiglia e Mercato del Lavoro*, I Tartufi, n. 29). Di seguito ne riportiamo alcuni stralci, al fine di evidenziare gli aspetti succitati.

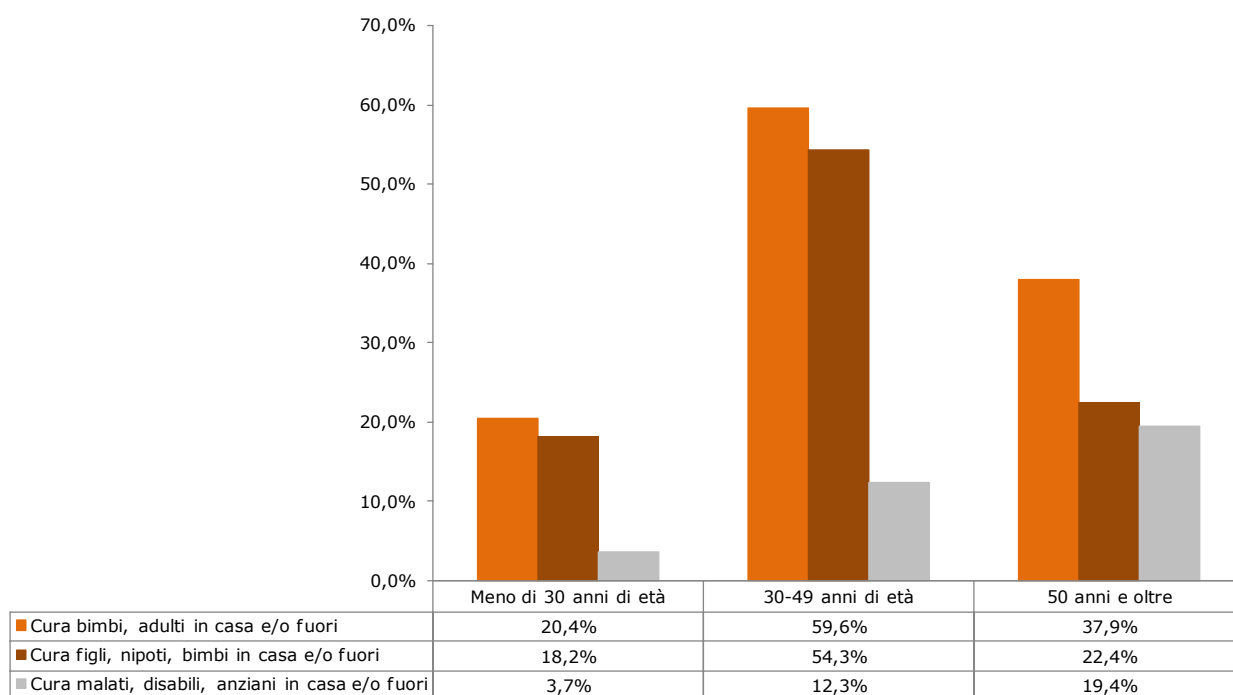
Negli ultimi decenni l'innalzamento della partecipazione al lavoro delle donne è avvenuto in parallelo con trasformazioni rilevanti nella struttura delle famiglie. Un altro elemento di grande rilievo è stato il miglioramento dell'istruzione. La relazione del tasso di occupazione femminile con il livello di istruzione è ben nota. Al 1981 solo il 12,6% delle donne venete con aveva una laurea o un diploma, contro il 17,3% dei maschi. Venticinque anni dopo, e cioè a distanza di una generazione, la quota è più che triplicata, salendo al 38,5% (contro il 43,5% dei maschi). Si tratta di un fenomeno che ha subito di recente una forte accelerazione (dal 2001 al 2006 le donne con titolo di studio superiore all'obbligo sono passate dal 33,5% al 38,5%, con un aumento di 5 punti percentuali).



Il lavoro extradomestico delle madri di famiglia e la possibilità di conciliazione con il lavoro di cura nei confronti dei figli e delle componenti più deboli della famiglia è, perciò, sempre più percepito come problema chiave per la sostenibilità economica del *welfare*. Il Veneto è oggi

una delle regioni d'Europa in cui queste trasformazioni sono avvenute in tempi più rapidi. Contemporaneamente, malgrado il continuo aumento negli ultimi decenni, esso ha anche uno dei più bassi tassi di attività della popolazione femminile. La convergenza di questi due fenomeni viene generalmente messa in correlazione con l'esistenza di una maggior difficoltà delle donne di conciliare il lavoro familiare con il lavoro per il mercato, propria dei paesi dove esistono sistemi sociali ed economici meno flessibili. L'immagine della famiglia veneta che emerge dalla ricerca citata, pur confermando questo quadro, presenta aspetti nuovi, che attenuano il significato negativo dell'interpretazione corrente. Se è vero che la famiglia si va trasformando rapidamente, come composizione, verso il modello di quelle nord-europee, per un altro verso il lavoro di cura svolto al suo interno continua ad essere, per la maggior parte delle donne, altrettanto importante di quello extradomestico. Nel Veneto la madre che lavora può contare su aiuti da parte di parenti e familiari, in misura molto maggiore rispetto alle altre Regioni italiane, grazie ad una forte tradizione di mutuo aiuto infragenerazionale e intergenerazionale.

Donne in età lavorativa che regolarmente si prendono cura di figli, nipoti o altri bambini con meno di 15 anni e/o di anziani, disabili, malati - Veneto (dati Istat 2005 secondo trimestre)



La famiglia mette a disposizione dell'individuo anche risorse provenienti da persone appartenenti a strutture residenziali diverse, legate da relazioni di parentela. Queste possono all'occorrenza aiutare a trovare un lavoro, ad affrontare un'emergenza occupazionale,

contribuire all'acquisto di un'abitazione, mettere a disposizione lavoro di cura non pagato per consentire alle donne di conciliare l'attività in casa con quella sul lavoro. Ciò nonostante anche le famiglie venete si caratterizzano in questi ultimi anni per una maggiore fragilità, come attestano i dati sulle separazioni e sui divorzi pubblicati dall'ISTAT. Il Veneto è al quinto posto a livello nazionale per le domande di separazione, secondo le informazioni disponibili al 31 dicembre 2006.

Separazioni nel Veneto (dati relativi all'anno 2006)

Regioni	Domande di separazione consensuale	Domande di separazione giudiziale	Totale domande di separazione	Separazioni concesse
Lombardia	11.558	4.072	15.630	14.563
Lazio	8.014	3.226	11.240	9.705
Piemonte	5.941	2.204	8.145	7.028
Emilia-Romagna	5.508	1.469	6.977	6.587
Veneto	4.823	2.169	6.992	6.056
Campania	4.557	4.781	9.338	6.648
Toscana	4.478	1.505	5.983	5.194
Sicilia	4.273	4.104	8.377	5.425
Puglia	2.200	2.102	4.302	3.897
Liguria	2.138	968	3.106	3.068
Marche	1.531	569	2.100	1.860
Friuli-Venezia Giulia	1.525	581	2.106	1.947
Sardegna	1.281	995	2.276	2.015
Abruzzo	1.244	694	1.938	1.678
Calabria	1.232	1.136	2.368	1.511
Umbria	1.018	311	1.329	1.084
Trentino-Alto Adige	972	418	1.390	1.154
Basilicata	301	262	563	482
Molise	225	139	364	307
Valle d'Aosta	161	76	237	198
ITALIA	62.980	31.781	94.761	80.407

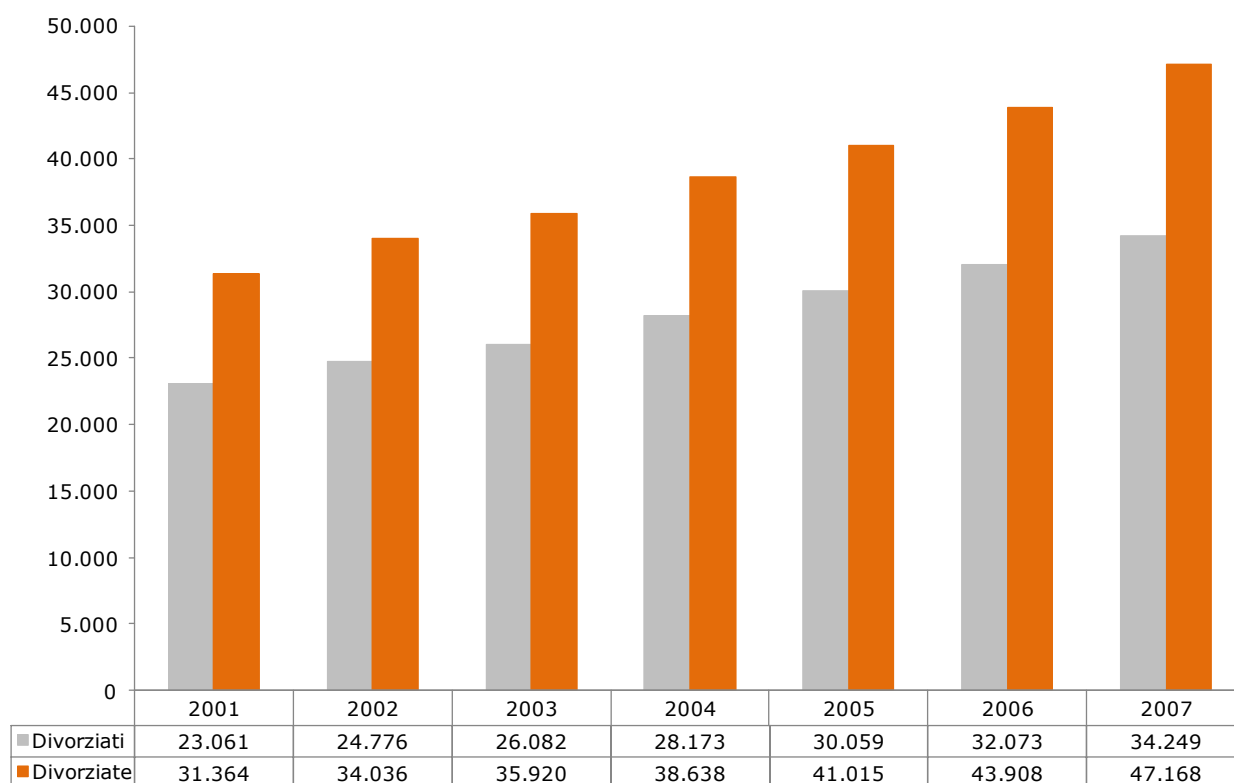
Lo stesso avviene per i divorzi. Un tempo a costituire i nuclei monogenitore erano principalmente le vedove, mentre oggi, per effetto dell'aumento dei divorzi e delle separazioni, un numero crescente di donne si trova a far fronte ad una maggior precarietà delle relazioni familiari, con un costo individuale e sociale notevole. Negli anni dal 1991 al 2006 la quota di vedove tra le monogenitrici è diminuita dal 74% al 69%, mentre le divorziate che al 1991 erano il 16%, nel 2006 sono oltre un quarto. Il processo di trasformazione della famiglia dal modello tradizionale verso il modello nord-europeo, che era iniziato nella metà degli anni sessanta in coincidenza con l'inversione dell'andamento del tasso di natalità, non accenna dunque ad arrestarsi e ne assume anche i caratteri di facile scomposizione e frattura.

Divorzi nel Veneto (dati relativi all'anno 2006)

Regioni	Domande di divorzio consensuale	Domande di divorzio giudiziale	Totale domande di divorzio	Divorzi concessi
Lombardia	7.621	3.019	10.640	10.243
Lazio	4.320	2.217	6.537	5.135
Piemonte	4.080	1.600	5.680	5.209
Emilia-Romagna	3.709	1.179	4.888	4.448
Veneto	3.213	1.456	4.669	3.824
Toscana	2.994	1.065	4.059	4.027
Sicilia	1.917	1.943	3.860	2.854
Campania	1.725	2.301	4.026	2.704
Liguria	1.667	680	2.347	2.076
Friuli-Venezia Giulia	1.014	415	1.429	1.315
Marche	893	393	1.286	1.049
Puglia	889	1.194	2.083	1.825
Sardegna	704	564	1.268	1.014
Trentino-Alto Adige	683	228	911	860
Abruzzo	605	419	1.024	940
Umbria	590	280	870	593
Calabria	542	535	1.077	869
Basilicata	148	127	275	232
Valle d'Aosta/	128	68	196	165
Molise	106	70	176	152
ITALIA	37.548	19.753	57.301	49.534

La separazione è il primo atto amministrativo della volontà di sciogliere la coppia coniugata e molto spesso rappresenta anche l'ultimo, poiché molte separazioni non proseguono verso il divorzio. La durata media al momento della separazione si aggira sui 14 anni, durata che risulta in calo. Pertanto, non solo sono in aumento i matrimoni che si sciolgono, ma durano anche sempre meno. Si osserva un aumento delle separazioni che coinvolgono figli nati dall'unione (66,7% a fine 2006). I minori coinvolti sono stati nel 2006 il 5,5 per mille dei minori residenti in Veneto, quota inferiore al valore nazionale di 6,3 per mille. Per quanto riguarda l'affidamento si osserva un cambiamento importante dovuto al ricorso all'affidamento congiunto o alternato di entrambi i coniugi. Nel 2006 i minori sono stati affidati alla madre nel 47,2%, mentre l'affidamento condiviso è stato pari al 49,5%. Nei divorzi le percentuali di affidamento risultano notevolmente diverse: 60,5% alla madre e 35% in affidamento condiviso. La possibilità che sia il padre ad ottenere l'affidamento esclusivo aumenta al crescere dell'età dei figli. È evidente però un mutamento nei pronunciamenti sull'affidamento che risponde alle trasformazioni in atto nella società veneta.

Divorziati e divorziate nel Veneto dal 2001 al 2007



Le dinamiche demografiche che qui abbiamo osservato inducono ad affermare che il Sistema Socio Sanitario della Regione del Veneto deve affrontare le sfide che caratterizzano tutte le società più evolute. I trend di aumento della popolazione e la conseguente necessità di un maggior numero di prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali; l'invecchiamento della stessa ed il conseguente aumento delle patologie cronico-degenerative; i bisogni di salute derivanti dallo stato di insicurezza lavorativa e sociale (in particolare nuove povertà, precarietà, stati di disagio, disgregazione delle famiglie); le necessità relative alla presenza sempre più accentuata di una pluralità di culture e di approcci alla vita e alla malattia; le nuove esigenze inerenti i tempi di vita e di lavoro che caratterizzano le famiglie venete e che aggravano soprattutto la condizione esistenziale delle donne; sono tutti elementi che spingono ad attente riflessioni sul tema della sostenibilità. Raggiungere soluzioni equilibrate è possibile. La forte tradizione e cultura della solidarietà nella nostra Regione può supportare efficacemente le azioni per affrontare questi cambiamenti. L'orientamento è quello di un costante mantenimento e rafforzamento del modello dell'integrazione socio sanitaria che caratterizza il nostro Sistema. Ovviamente, la possibilità di assicurare un'efficace messa a punto di un modello di organizzazione integrata di risposta ai bisogni emergenti si articola e si sviluppa attraverso i consueti processi di condivisione ed elaborazione comune tra Regione del Veneto e Aziende Sanitarie.

Movimento demografico a livello regionale per Azienda Ulss – Regione del Veneto (anno 2007)

Azienda Ulss	Nati vivi	Morti	Iscritti da altro comune	Iscritti dall'estero	Cancellati per altro comune	Cancellati per l'estero	Popolazione Totale	Numero di famiglie
Azienda Ulss 1 Belluno	1.006	1.503	3.101	1.372	3.294	237	129.365	58.609
Azienda Ulss 2 Feltre	681	965	2.480	874	2.113	155	84.247	35.832
Azienda Ulss 3 Bassano del Grappa	1.806	1.456	5.830	1.582	5.696	225	176.592	68.399
Azienda Ulss 4 Thiene	1.938	1.646	5.517	1.594	5.604	168	185.185	73.302
Azienda Ulss 5 Arzignano	2.018	1.406	4.893	1.922	5.470	449	177.961	68.440
Azienda Ulss 6 Vicenza	3.253	2.633	10.754	2.848	10.645	426	312.504	127.127
Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	2.163	2.047	7.119	2.645	7.526	552	216.359	87.596
Azienda Ulss 8 Asolo	2.832	1.950	7.669	3.569	7.402	458	246.444	91.492
Azienda Ulss 9 Treviso	4.430	3.232	14.656	5.067	14.040	768	406.731	161.138
Azienda Ulss 10 San Donà	1.968	1.829	5.821	2.320	5.298	299	211.317	82.658
Azienda Ulss 12 Veneziana	2.440	3.549	5.432	3.857	6.645	507	304.017	141.426
Azienda Ulss 13 Mirano Dolo	2.631	2.036	9.428	2.556	7.843	258	260.130	100.840
Azienda Ulss 14 Chioggia	1.236	1.159	2.766	1.009	2.869	69	133.186	51.667
Azienda Ulss 15 Cittadella	2.747	1.812	7.376	3.650	6.422	335	246.445	88.227
Azienda Ulss 16 Padova	3.767	3.806	12.841	5.467	13.562	501	413.148	177.263
Azienda Ulss 17 este	1.615	1.824	5.470	1.303	5.197	151	183.535	69.191
Azienda Ulss 18 Rovigo	1.361	2.053	4.999	2.055	4.863	191	174.045	71.131
Azienda Ulss 19 Adria	538	841	1.426	493	1.452	54	74.813	29.757
Azienda Ulss 20 Verona	4.663	4.097	12.451	8.882	13.918	714	466.132	200.697
Azienda Ulss 21 Legnago	1.458	1.459	4.648	1.957	3.959	117	151.455	56.879
Azienda Ulss 22 Bussolengo	3.082	2.198	11.038	3.858	9.083	406	278.729	109.218
Totale Veneto	47.633	43.501	145.715	58.880	142.901	7.040	4.832.340	1.950.889

Quoziente generico di natalità per Provincia del Veneto (anni 2003-2007)

Province del Veneto	Quoziente generico di natalità (*)				
	2003	2004	2005	2006	2007
Verona	9,5	10,8	10,3	10,3	10,4
Vicenza	10,4	11,2	10,7	10,7	10,6
Belluno	8,3	8,5	8,2	8,3	7,9
Treviso	10,6	10,9	10,8	10,8	10,9
Venezia	8,8	8,9	8,7	8,9	9
Padova	9,5	9,9	9,6	9,9	9,8
Rovigo	6,9	7,4	7,5	7,3	7,6
Veneto	9,5	10,1	9,8	9,9	9,9
ITALIA	9,4	9,7	9,4	9,5	9,5

(*) Quoziente generico di natalità=(Nati/Popolazione residente media)* 1.000

Quoziente generico di mortalità per Provincia del Veneto (anni 2003-2007)

Province del Veneto	Quoziente generico di mortalità (**)				
	2003	2004	2005	2006	2007
Verona	9,7	8,8	8,9	8,6	8,7
Vicenza	8,8	8,4	8,4	8,1	8,4
Belluno	12,2	11,6	11,7	11,6	11,6
Treviso	8,9	8,2	8,6	8,1	8,4
Venezia	9,9	9,5	9,5	9,5	9,6
Padova	9	8,5	8,8	8,5	8,8
Rovigo	11,6	11,2	11,5	11,6	11,7
Veneto	9,5	8,9	9,1	8,9	9,1
ITALIA	10,2	9,4	9,7	9,5	9,6

(**) Quoziente generico di mortalità=(Morti/Popolazione residente media)* 1.000

1.2 Stato di salute

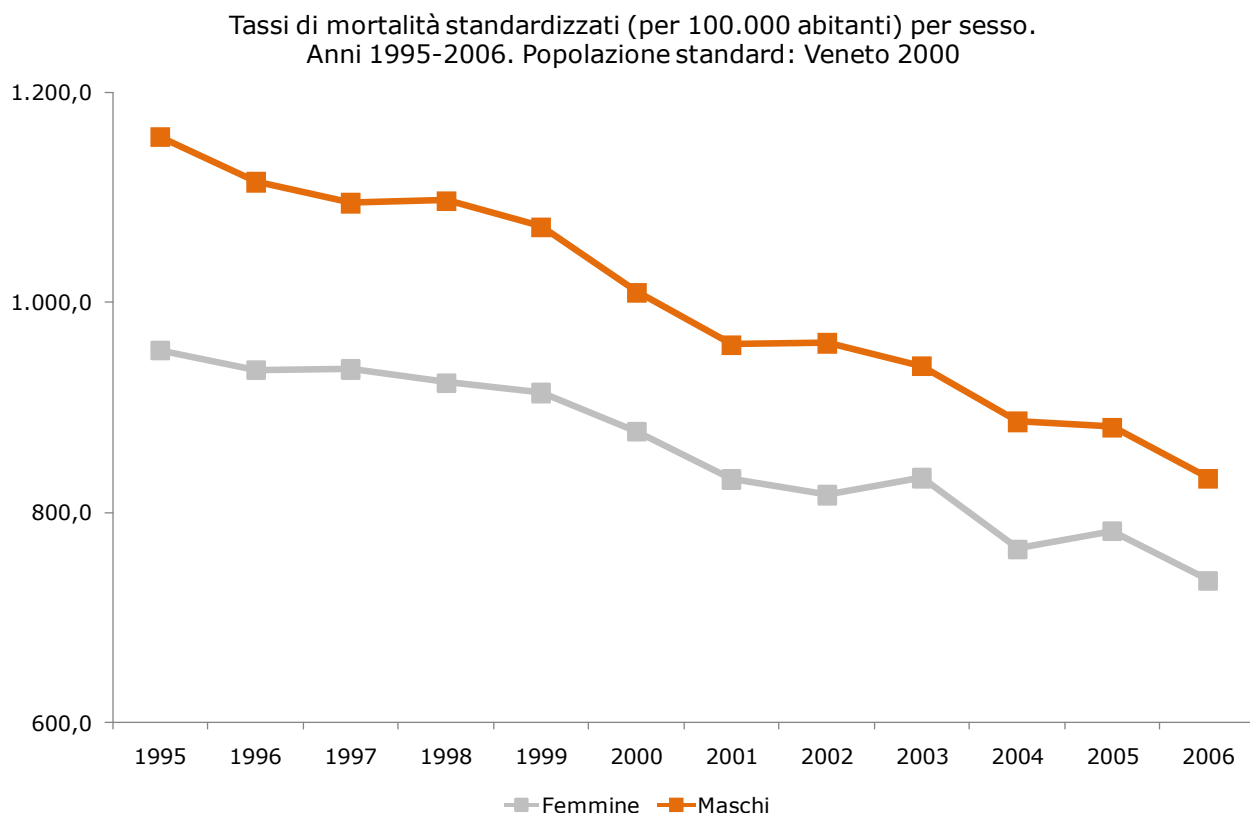
I dati di mortalità costituiscono un patrimonio informativo prezioso e storicamente consolidato per la valutazione dello stato di salute di una popolazione. La Regione del Veneto, riconoscendone l'importanza ai fini della pianificazione e programmazione sanitaria e socio sanitaria, ha istituito fin dal 1987 un *Registro Nominativo delle cause di morte*. Dati di adeguata qualità per un loro utilizzo sono disponibili dal 1995. Dall'analisi delle cause di morte e del loro andamento nel tempo emergono degli elementi di estremo interesse per la sanità pubblica e per il governo del Sistema Socio Sanitario. Ogni anno tra i residenti nel Veneto si registrano circa 42.000 decessi. Le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio (che giustificano circa il 39% dei decessi) e le neoplasie (circa il 32%).

Principali cause di morte in generale e distinte per sesso Veneto (anno 2006)

Cause di morte	Totale		Maschi		Femmine	
	%	Rango	%	Rango	%	Rango
Malattie del sistema circolatorio	38,6	1	33,7	2	43,2	1
Neoplasie	32,4	2	37,8	1	27,3	2
Malattie dell'apparato respiratorio	7	3	7,5	3	6,5	3
Malattie dell'apparato digerente	4,4	4	4,4	5	4,3	4
Traumi/Avvelenamenti	4,2	5	5,4	4	3,1	7
Disturbi psichici	3,6	6	2,3	8	4,8	5
Malattie delle ghiandole endocrine	3,1	7	2,7	6	3,5	6
Malattie del sistema nervoso	2,8	8	2,6	7	3	8
Altre	3,9		3,6		4,3	

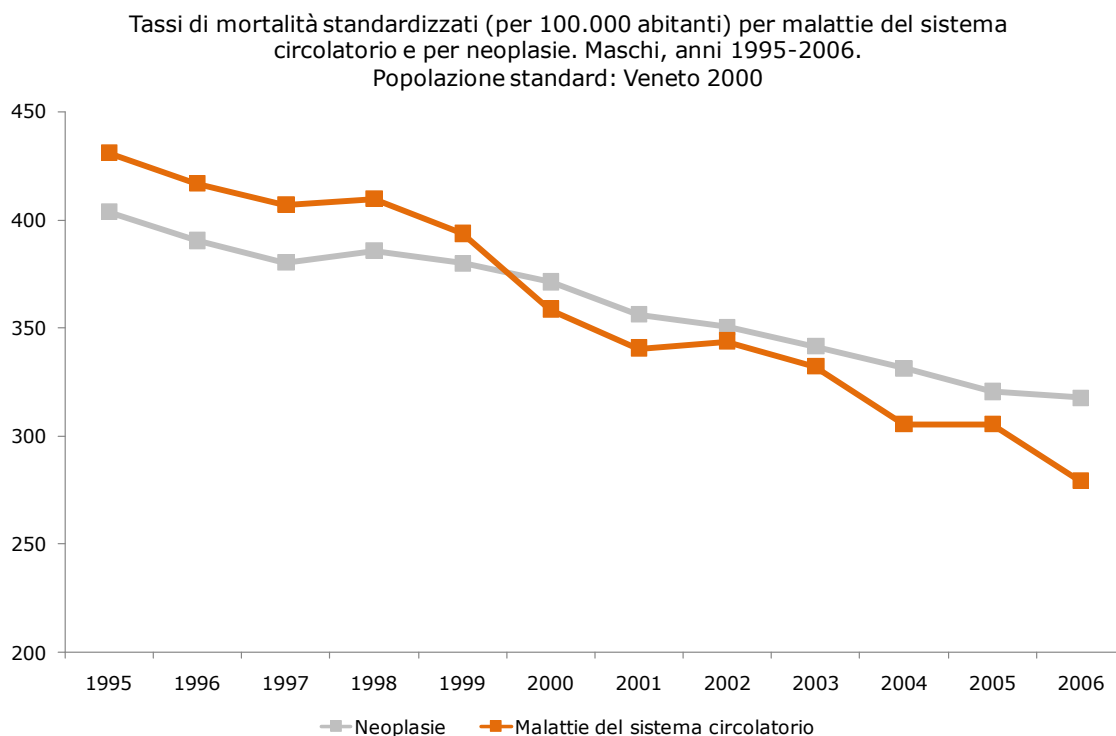
È interessante notare come per il genere maschile i decessi per neoplasia abbiano superato quelli per malattie del sistema circolatorio. Questo particolare profilo epidemiologico accomuna l'Italia alla Francia, mentre nei paesi anglosassoni (Germania, Gran Bretagna, USA) le malattie del sistema circolatorio giustificano anche nei maschi un numero maggiore di decessi rispetto alle neoplasie. I decessi per eventi traumatici sono il 5,4% nei maschi e il 3,1% nelle femmine (rispettivamente al 4° e 7° posto). La differenza è ancora più rilevante se si considera che nel genere maschile gli incidenti stradali e gli infortuni sul lavoro sono particolarmente frequenti ed

avvengono in età giovanile, mentre al contrario nel genere femminile prevalgono i traumatismi da cadute accidentali (per esempio la frattura di femore), di solito legati a fasce di età avanzate. Un elemento di notevole interesse è il forte aumento dell'età media al decesso: nel 1995 l'età media al decesso era di 70,4 anni per i maschi e di 78,4 anni per le femmine, mentre nel 2006 è di 74,2 anni per i maschi e 81,5 per le femmine, un aumento di oltre 3 anni in entrambi i generi. L'aumento dell'età media al decesso è il risultato di un calo rilevante della mortalità avvenuto negli ultimi anni.

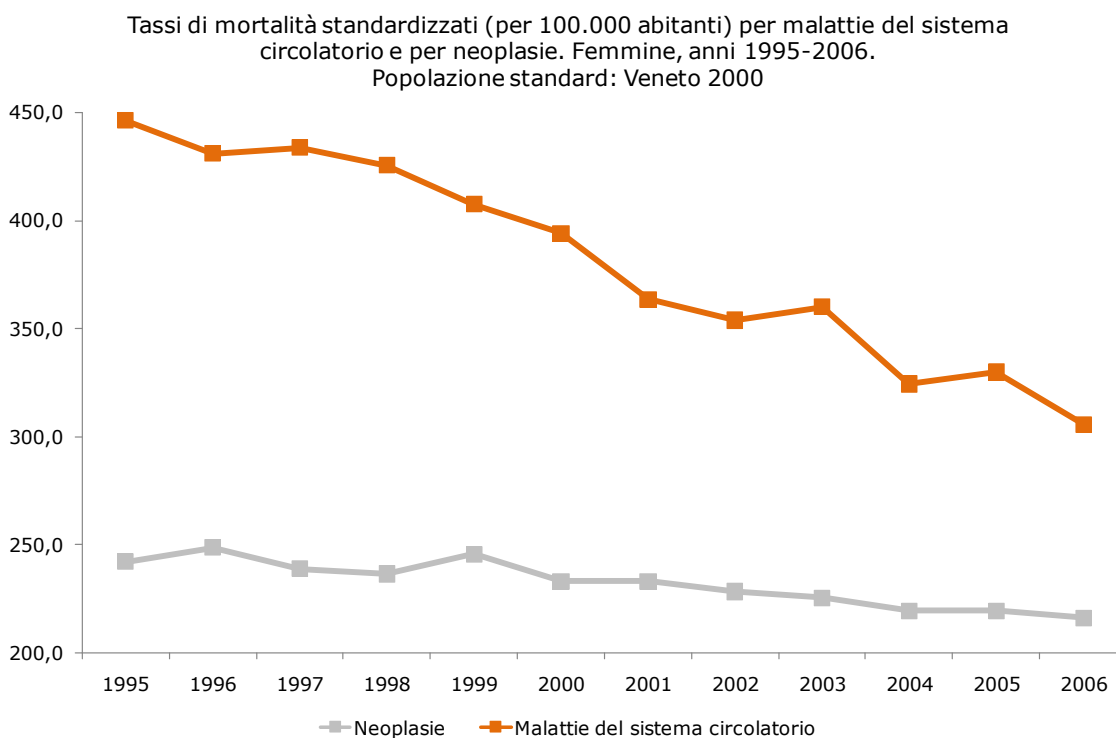


Il tasso di mortalità standardizzato si utilizza per confrontare i livelli di mortalità tra popolazioni diverse, o della stessa popolazione in periodi diversi, eliminando il possibile effetto delle diverse strutture per età. I valori sono ottenuti con metodo diretto. Semplificando, si calcolano le medie ponderate dei tassi specifici per età in cui, per ogni età, i coefficienti di ponderazione sono ottenuti da una popolazione tipo scelta come riferimento (nel nostro caso la popolazione del Veneto nell'anno 2000).

L'analisi per cause specifiche mostra come per i maschi il calo della mortalità sia determinato principalmente da un drastico calo della mortalità per malattie ischemiche del cuore e per malattie cerebrovascolari e, sebbene in misura minore, da un rilevante calo della mortalità per neoplasie.

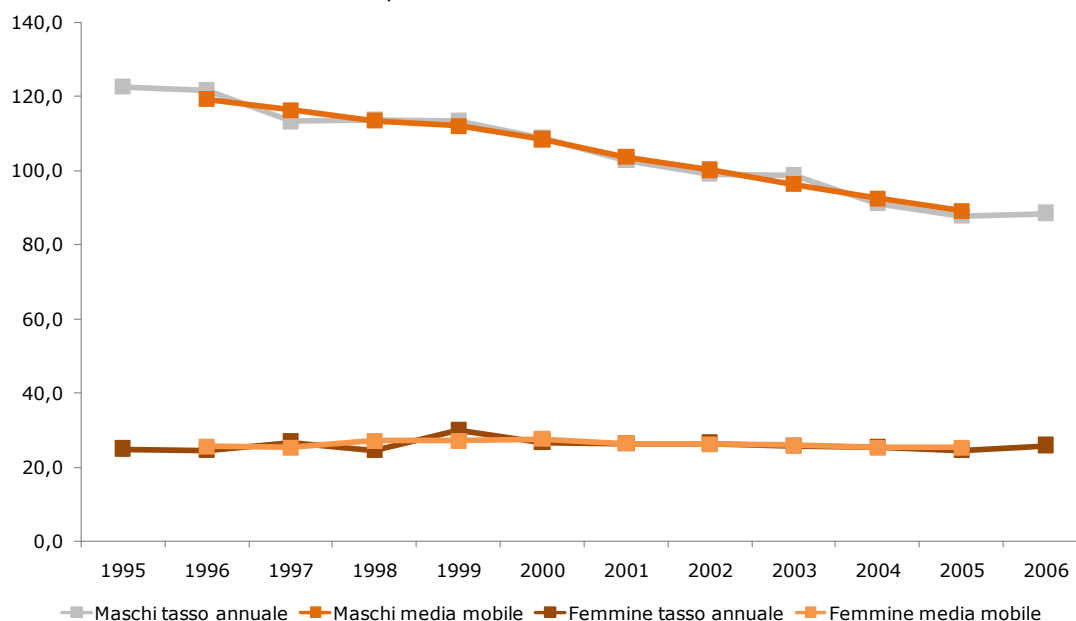


Per quanto riguarda le femmine, il trend delle cause di morte presenta alcune analogie e alcune differenze rispetto ai maschi. I decessi per malattie cardiocircolatorie e cerebrovascolari sono in calo notevole, meno evidente, anche se presente è il calo dei decessi da neoplasie.

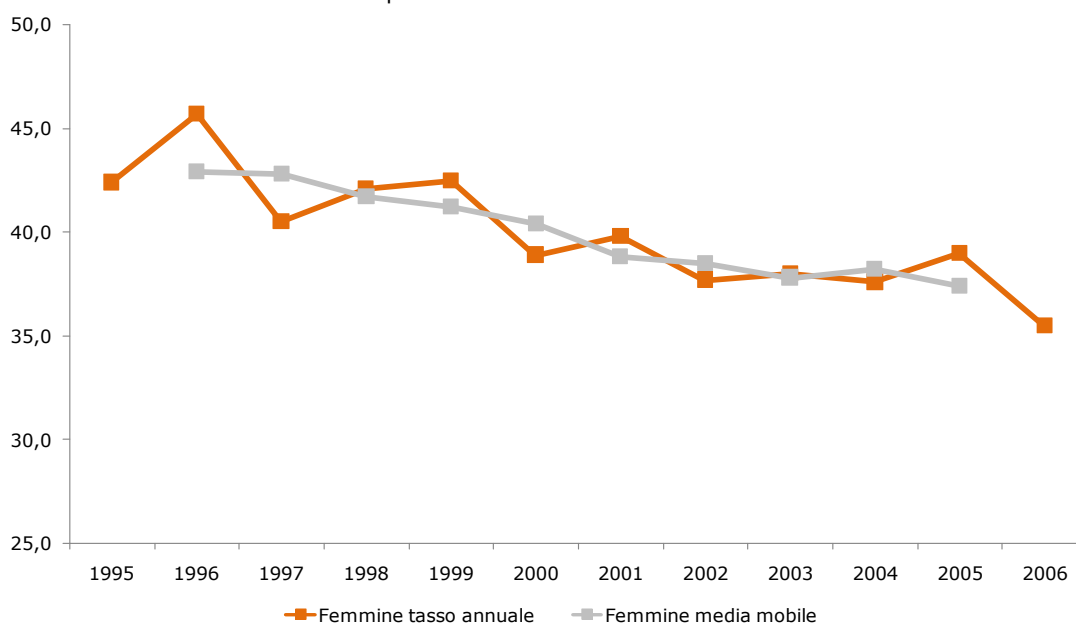


In particolare, si rileva come i decessi per neoplasie della mammella (principale causa di morte per tumore nella donna) mostrino un andamento altalenante ma tendenzialmente in calo, mentre nelle donne si mantiene costante la mortalità per neoplasia del polmone che invece è in calo nei maschi.

Tassi di mortalità standardizzati (per 100.000 abitanti) per tumore al polmone. Valori annuali e media mobile. Anni 1995-2006. Popolazione standard: Veneto 2000



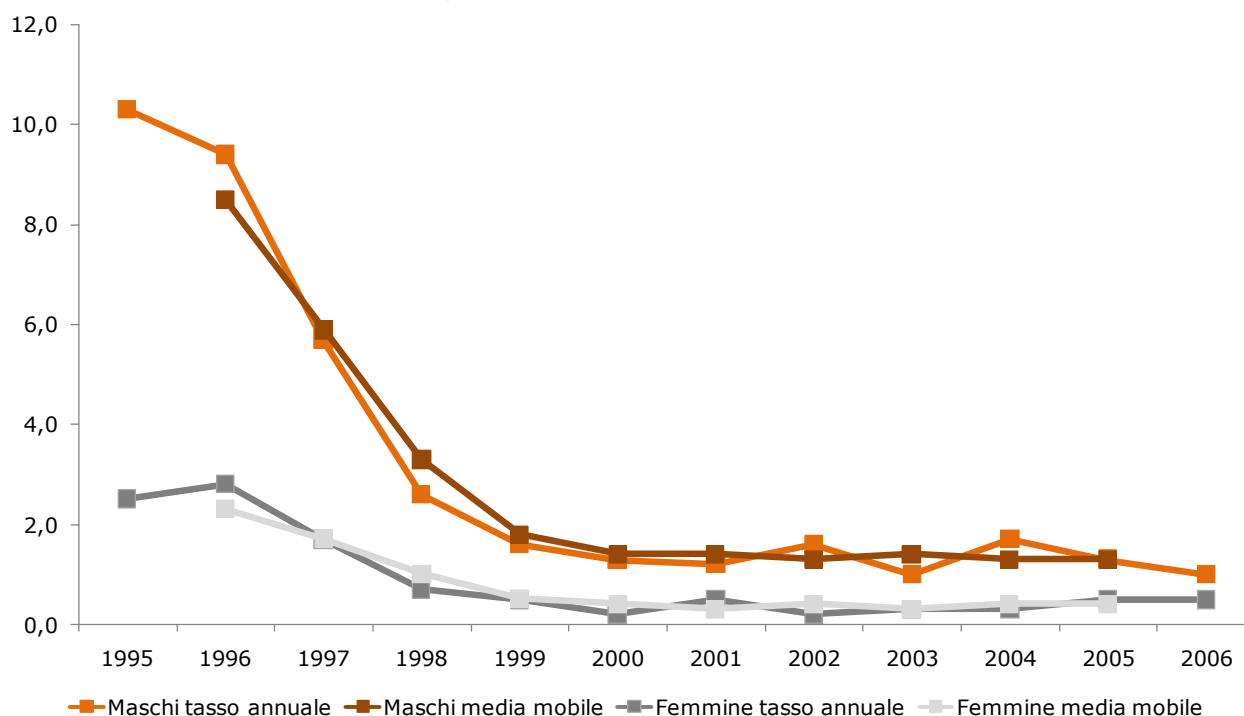
Tassi di mortalità standardizzati (per 100.000 abitanti) per tumore alla mammella. Valori annuali e media mobile. Femmine, anni 1995-2006. Popolazione standard: Veneto 2000



Con riferimento ad una serie storica, la media mobile rende equilibrate le fluttuazioni dei dati per rappresentare più chiaramente uno schema o una tendenza. In un grafico, una media mobile è utile per smussare le oscillazioni dei dati in modo che la tendenza sia mostrata più chiaramente. Il termine mobile si riferisce al fatto che la media è continuamente aggiornata nel tempo (si prendono in considerazione gli ultimi periodi di rilevazione, scartando quelli più vecchi in maniera da mantenere fisso il numero di periodi considerati).

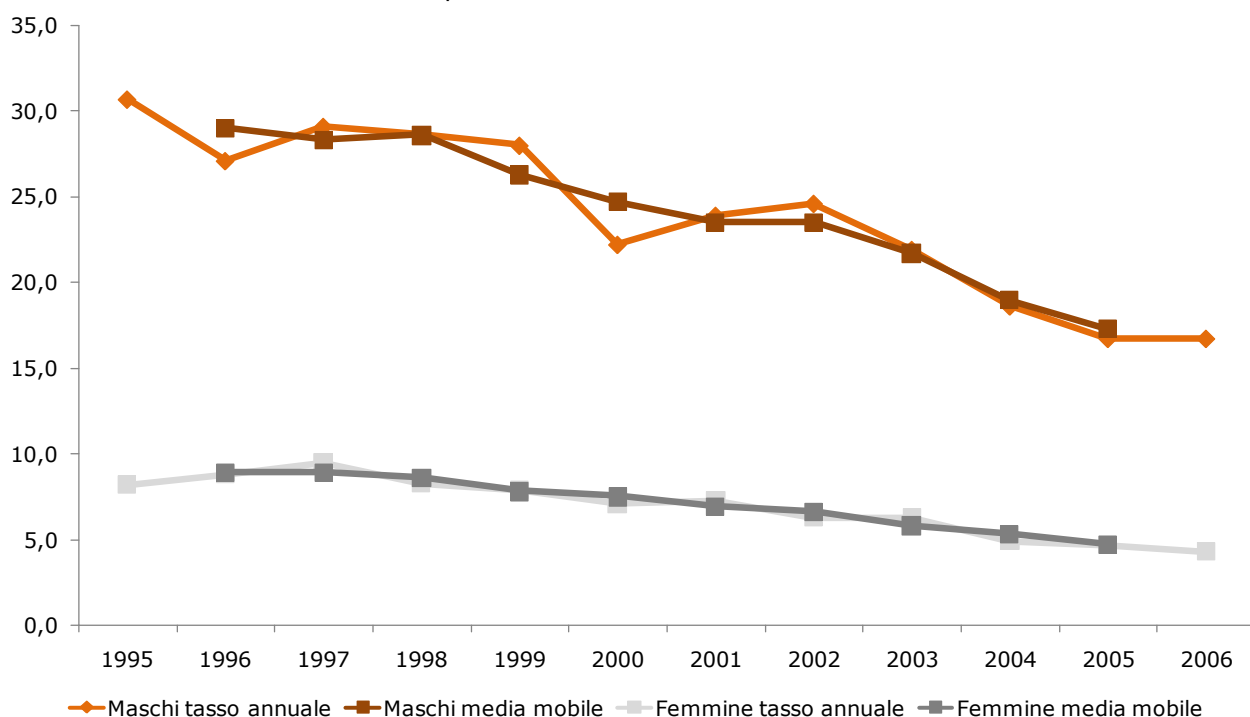
Vi sono due situazioni che come numero assoluto di decessi incidono in misura minima ma che sono estremamente rilevanti, in quanto sono tra le principali cause di morte in età giovanile: l'AIDS e gli incidenti stradali. La mortalità per AIDS si è ridotta di 10 volte dal 1996 al 2000, mantenendosi successivamente stabile. Ciò rappresenta il risultato degli enormi progressi fatti in questo ambito dal punto di vista preventivo e terapeutico.

Tassi di mortalità standardizzati (per 100.000 abitanti) per AIDS.
Valori annuali e media mobile. Anni 1995-2006.
Popolazione standard: Veneto 2000



La mortalità per incidenti stradali evidenzia un notevole calo dei decessi per questa causa soprattutto nei maschi. Nel luglio del 2003 è stata introdotta la patente a punti. Si può notare come negli anni successivi il tasso di mortalità per incidenti stradali sia decisamente più basso e si confermi tale anche a distanza di tre anni da questo provvedimento legislativo.

Tassi di mortalità standardizzati (per 100.000 abitanti) per incidenti stradali.
Valori annuali e media mobile. Anni 1995-2006.
Popolazione standard: Veneto 2000



Indicatori di incidentalità nelle Province del Veneto (Anno 2006)

Province del Veneto	Tasso di lesività	Tasso di pericolosità	Incidenti per abitanti
Verona	139	2,14	39,97
Vicenza	134,17	1,92	34,73
Belluno	147,69	2,41	38,8
Treviso	136,84	1,97	43,25
Venezia	144,03	1,88	37,74
Padova	134,69	1,78	45,75
Rovigo	139,64	3,41	41,41
Veneto	138,16	2,04	40,35

Tasso di lesività = (Numero feriti)/(Numero incidenti)*100

Tasso di pericolosità = (Numero morti)/(Numero morti + Numero feriti)*100

Incidenti per 10.000 abitanti = (Numero incidenti)/(Popolazione)*(1.000 per i comuni, 10.000 per altri territori)

1.3 Ospedalizzazione per malattie circolatorie

L'ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio

Affrontiamo ora alcuni aspetti specifici dello stato di salute della popolazione del Veneto. Per farlo sarà indispensabile utilizzare una terminologia medico-scientifica. Il primo ambito di analisi è l'IMA, l'infarto acuto del miocardio, una delle principali cause di morte e disabilità nel mondo occidentale. L'evoluzione delle conoscenze mediche e tecnologiche degli ultimi 20 anni sta modificando radicalmente il profilo epidemiologico, il quadro clinico, le possibilità diagnostiche e terapeutiche ed, in ultima analisi, la prognosi dei soggetti colpiti da infarto acuto del miocardio. L'organizzazione ottimale delle cure nella fase acuta dell'infarto del miocardio è un tema di grande attualità ed in continua e rapida evoluzione, con implicazioni rilevanti sull'organizzazione complessiva del sistema sanitario. Di seguito si darà un quadro complessivo dell'andamento dell'ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio negli ultimi anni. Si illustrerà inoltre il ricorso alla rivascolarizzazione di tipo invasivo, sia come analisi temporale, sia nelle eventuali differenze infraregionali. Sono stati selezionati i ricoveri con diagnosi principale o secondaria 410. con quinto carattere pari ad 1: *Infarto acuto del miocardio, primo episodio di assistenza*, secondo la Classificazione ICD-9-CM ((International Classification of Diseases, ninth revision, Clinical Modification, ovvero Classificazione Internazionale delle Malattie e delle Cause di Morte - Nona Revisione - Modificazione Clinica). 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 assistenziale in fase acuta. L'unità statistica analizzata e a cui fanno riferimento i dati successivi, pertanto, 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 (ulteriore sottoclassificazione):

- 4° carattere = 7: infarto acuto del miocardio senza sovraslivellamento del tratto ST (NSTEMI)
- 4° carattere ≠ 7: infarto acuto del miocardio con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI).

Le due sottoclassi sono state descritte anche nella precedente Relazione Socio Sanitaria. Ne riportiamo brevemente i contenuti: nell'infarto STEMI un'arteria coronarica presenta un'ostruzione completa: l'occlusione è causata dalla formazione di un trombo piastrinico associata ad una malattia conosciuta come aterotrombosi. I pazienti di questo tipo sono anche ad alto rischio di un successivo infarto, ictus e morte. L'infarto miocardico con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) e l'infarto miocardico senza sovraslivellamento del tratto ST (NSTEMI) sono entrambi comunemente conosciuti come "infarti miocardici" assieme all'angina instabile sono le tre condizioni classificate come sindrome coronarica acuta (ACS).

Queste situazioni hanno caratteristiche epidemiologiche e cliniche, indicazioni terapeutiche e prognosi diverse. Il ricorso a procedure invasive è identificato dalla presenza dei codici di coronarografia (88.51) e di angioplastica (36.0x). Invece, il dato relativo alla rivascolarizzazione farmacologica (trombolisi) non è ricavabile dalla Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO): fino al 2005 non era previsto un codice specifico, dal 2006 esso è previsto tra le possibili procedure, ma da un'analisi preliminare esso è chiaramente sottoutilizzato e di fatto non informativo.

Il numero di eventi ospedalizzati di infarto acuto del miocardio è aumentato in modo sostanziale dal 2000 al 2006, passando da circa 6.000 eventi a circa 7.000, anche se le punte più elevate sono osservabili dal 2002 al 2005 e nel 2006 c'è una leggera flessione.

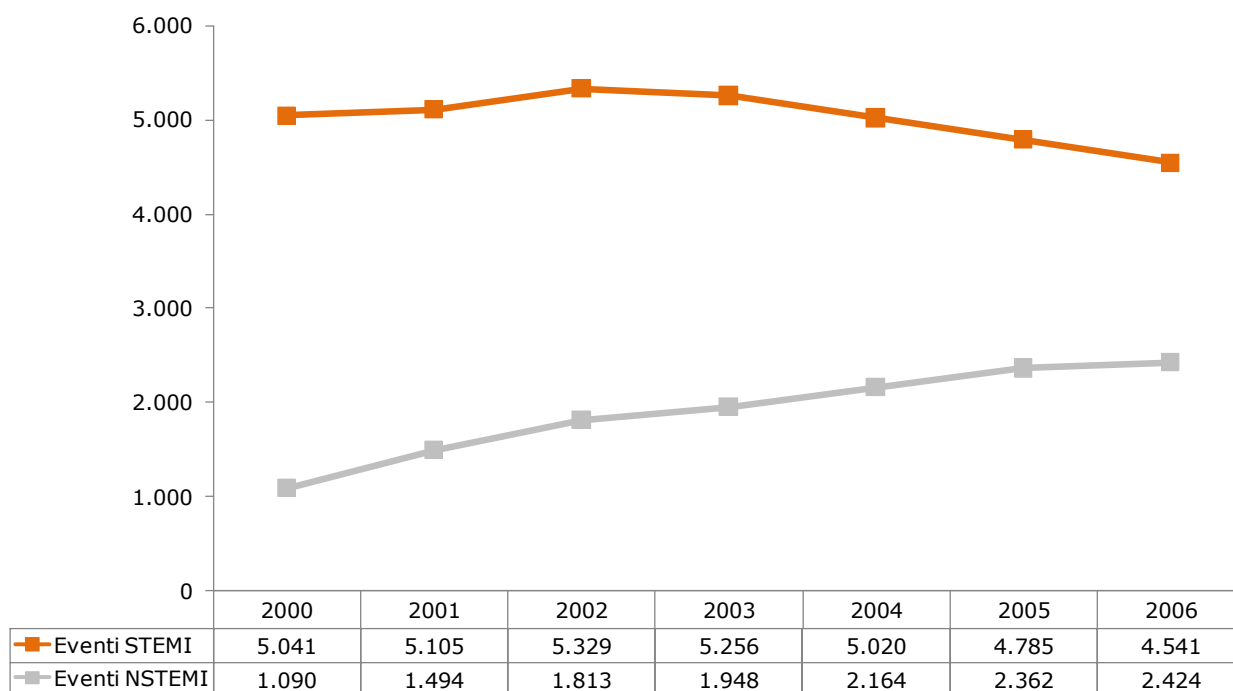
EVENTI IMA	ANNO							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2000-2006
Eventi STEMI	5.041	5.105	5.329	5.256	5.020	4.785	4.541	35.077
Eventi NSTEMI	1.090	1.494	1.813	1.948	2.164	2.362	2.424	13.295
Totale eventi IMA	6.131	6.599	7.142	7.204	7.184	7.147	6.965	48.372

Si può osservare come l'aumento sia completamente spiegato dall'andamento del numero di NSTEMI, mentre invece gli infarti STEMI mostrano una tendenza alla diminuzione più marcata negli ultimi anni. L'andamento di NSTEMI può essere spiegato dal fatto che, nella seconda metà degli anni 90, è entrato nella prassi clinica il dosaggio della troponina che consente di evidenziare anche minime lesioni miocardiche e nell'anno 2000 sono stati rivisti i criteri diagnostici per infarto acuto del miocardio, i quali hanno ratificato l'utilizzo della troponina come indicatore di lesione miocardica.

Esaminando il tasso standardizzato di ospedalizzazione per IMA (standardizzazione diretta, standard di riferimento popolazione italiana al 1° gennaio 2003), si può osservare come lo STEMI abbia presentato una riduzione a partire dal 2003 che risulta essere continua ma più significativa negli ultimi anni passando gradualmente da un valore di circa 120 eventi ospedalizzati per ogni 100.000 abitanti-anno per gli anni 2000-2003 a 94 eventi ospedalizzati per ogni 100.000 abitanti-anno nel 2006.

Invece il tasso di ospedalizzazione per NSTEMI è passato da 25 su 100.000 nel 2000 a 50 per 100.000 nel 2006 riflettendo gli effetti derivati dall'introduzione dei nuovi criteri.

IMA Infarto Miocardico Acuto
Eventi STEMI e NSTEMI dal 2000 al 2006



36

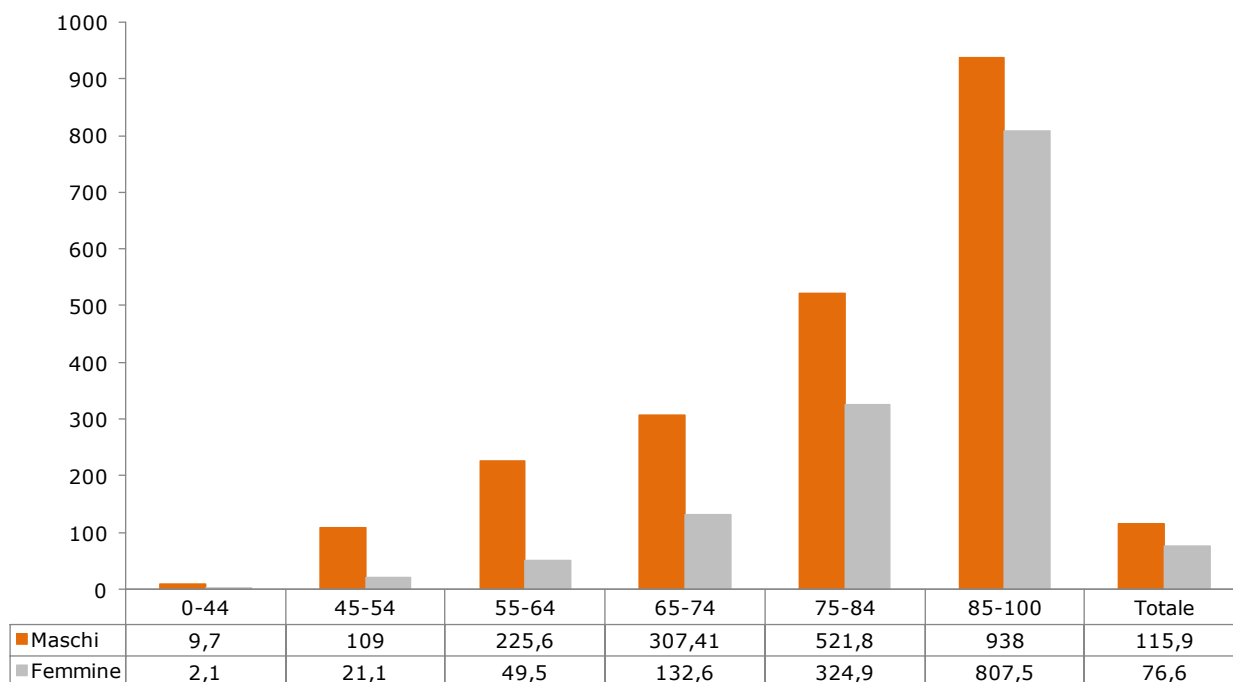
Tasso standardizzato di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio per tipo di infarto e anno. Valori per 100.000 abitanti. Standardizzazione diretta, popolazione standard Italia 2003. Residenti in Veneto. Anni 2000-2006.

EVENTI IMA	ANNO						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Eventi STEMI	117,4	116,6	119,6	115,6	108,5	101,7	94,2
Eventi NSTEMI	25,6	34,4	40,9	43	46,7	50,1	50,3
Totale eventi IMA	143	151	160,6	158,5	155,3	151,7	144,5

Confrontando i tassi grezzi per classe di età e sesso si può evidenziare come il tasso di ospedalizzazione per IMA aumenti con l'età e sia maggiore nel sesso maschile, con una differenza in termini di rischio relativo maggiore nelle classi di età più giovani.

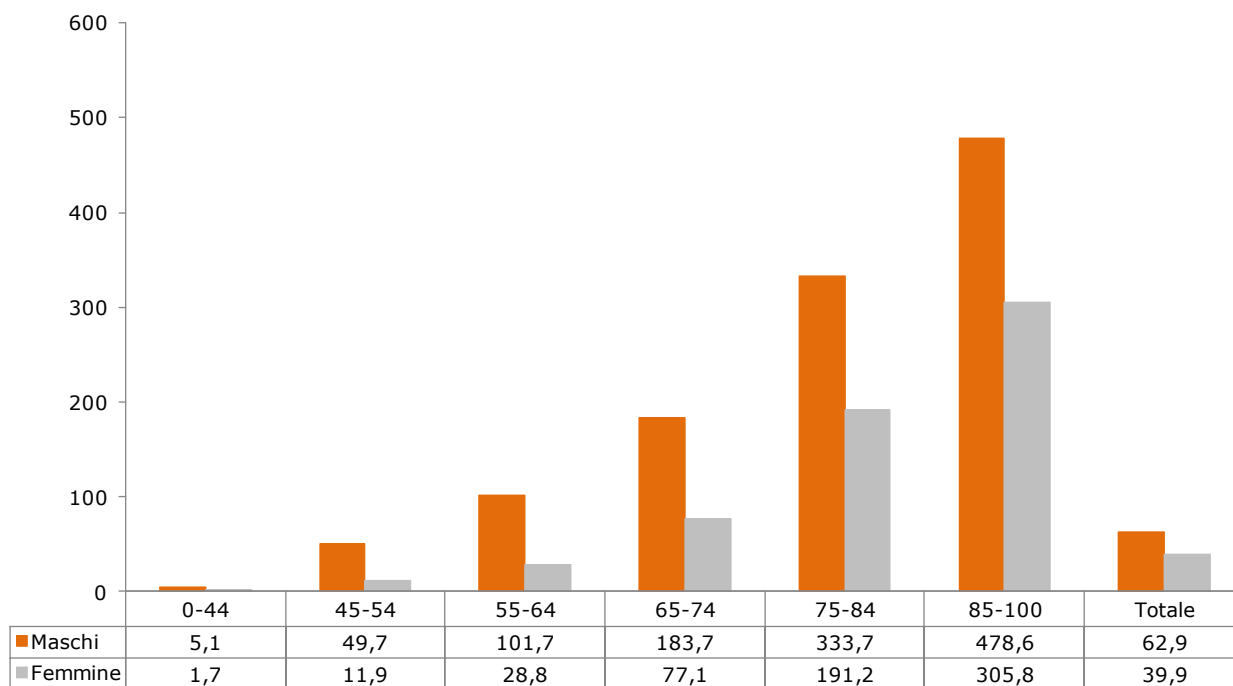
Eventi STEMI.

Tassi di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio specifici per classe di età, tipo di infarto e sesso. Valori per 100.000 abitanti. Residenti in Veneto. Anno 2006.



Eventi NSTEMI

Tassi di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio specifici per classe di età, tipo di infarto e sesso. Valori per 100.000 abitanti. Residenti in Veneto. Anno 2006.



Nelle diverse Aziende ULSS il tasso di ospedalizzazione per IMA mostra una certa variabilità. In particolare in nove Aziende ULSS si riscontra una maggiore ospedalizzazione per IMA rispetto al valore regionale. Tale andamento si sovrappone a quello riscontrato negli anni precedenti. La differenza può essere legata sia a una reale diversa incidenza dell'infarto acuto del miocardio nelle aree prese in considerazione, sia a diversi comportamenti in relazione all'applicazione dei diversi criteri diagnostici e/o alla gestione del dato amministrativo.

Rapporto standardizzato di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio per Azienda ULSS di residenza. Residenti in Veneto. Anni 2005-2006.

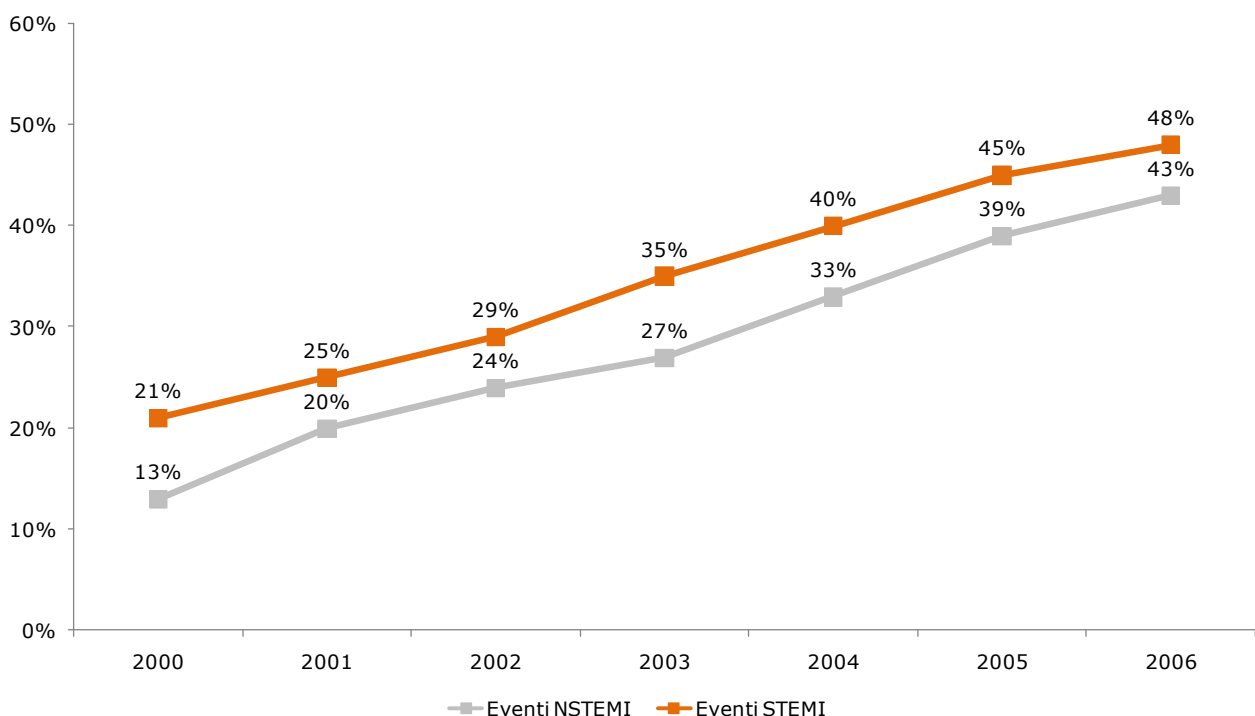
Azienda Ulss di residenza	Rapporto standardizzato di ospedalizzazione	Limite inferiore	Limite superiore
Azienda Ulss 1 Belluno	0,74	0,66	0,82
Azienda Ulss 2 Feltre	0,97	0,86	1,09
Azienda Ulss 3 Bassano del Grappa	0,67	0,60	0,75
Azienda Ulss 4 Thiene	1,15	1,06	1,24
Azienda Ulss 5 Arzignano	0,94	0,86	1,03
Azienda Ulss 6 Vicenza	1,17	1,10	1,25
Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	0,94	0,87	1,02
Azienda Ulss 8 Asolo	0,67	0,61	0,74
Azienda Ulss 9 Treviso	0,80	0,75	0,86
Azienda Ulss 10 San Donà	1,08	1,00	1,16
Azienda Ulss 12 Veneziana	0,89	0,83	0,94
Azienda Ulss 13 Mirano Dolo	0,76	0,70	0,83
Azienda Ulss 14 Chioggia	1,19	1,08	1,30
Azienda Ulss 15 Cittadella	0,99	0,92	1,08
Azienda Ulss 16 Padova	1,24	1,18	1,30
Azienda Ulss 17 este	1,38	1,29	1,48
Azienda Ulss 18 Rovigo	1,07	0,99	1,16
Azienda Ulss 19 Adria	1,62	1,47	1,78
Azienda Ulss 20 Verona	1,10	1,05	1,16
Azienda Ulss 21 Legnago	0,97	0,88	1,06
Azienda Ulss 22 Bussolengo	0,85	0,78	0,92

Il rapporto standardizzato di ospedalizzazione è il rapporto tra numero di dimissioni osservate e numero di dimissioni attese assumendo che le popolazioni a confronto abbiano i tassi di

ospedalizzazione specifici per età della popolazione standard. Essendo un rapporto tra due quantità omogenee, il Rapporto standardizzato assume valore uguale a 1 se, al netto dell'età, l'ospedalizzazione della popolazione di interesse è uguale a quella della popolazione di riferimento, valori compresi tra 0 e 1 se l'ospedalizzazione è inferiore e valori maggiori di 1 se l'ospedalizzazione è superiore. Tale indicatore è utilizzabile solo per effettuare confronti tra la popolazione di interesse e lo standard, non fra più popolazioni di interesse.

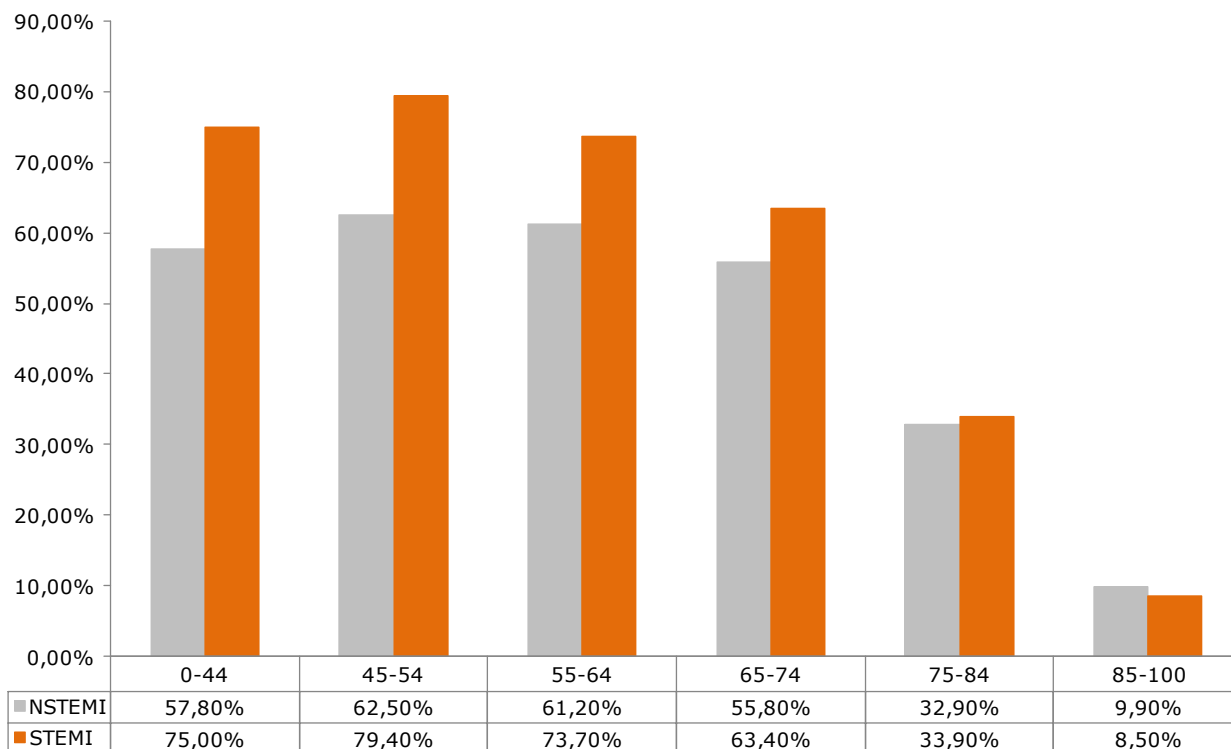
È stata condotta anche un'analisi relativa all'approccio terapeutico dei pazienti che presentavano una diagnosi di IMA con particolare riferimento ad interventi di rivascolarizzazione invasiva, ovvero interventi mirati a ripristinare un flusso di sangue accettabile nell'arteria la cui compromissione è responsabile dell'IMA. Le procedure di rivascolarizzazione invasiva sono l'angioplastica (che consiste nel dilatare l'arteria coinvolta mediante un "palloncino" inserito attraverso una sonda transcutanea) o il by-pass aortocoronarico.

Soggetti sottoposti a rivascolarizzazione invasiva per tipo di infarto e anno.
Percentuali sul totale dei ricoverati per infarto acuto del miocardio.
Anni 2000-2006.



Nel periodo considerato si è registrato un aumento nel ricorso a procedure di rivascolarizzazione invasiva sia per lo STEMI per il quale si è passati dal 20% nel 2000 al 48% nel 2006, sia per il NSTEMI che dal 13% ha raggiunto il 43%.

Soggetti sottoposti a rivascolarizzazione invasiva per classi di età. Percentuali sul totale dei ricoverati per infarto acuto del miocardio. Anno 2006.



40

La proporzione di soggetti sottoposti a intervento di rivascolarizzazione tra gli infartuati (STEMI e NSTEMI) varia a livello di Azienda ULSS di residenza presentando però un progressivo aumento nel periodo di riferimento che risulta maggiore per le Aziende ULSS che partivano da valori più bassi. Per esempio l’Azienda ULSS 8 passa da un valore di 6% nel 2000 al 42% nel 2006. I valori del parametro nel 2006 vanno da un valore minimo del 30% (Azienda ULSS 17) a un massimo di 66% (Azienda ULSS 13).

Soggetti sottoposti a rivascolarizzazione invasiva entro 24 ore per tipo di infarto e anno. Percentuali sul totale dei ricoverati per infarto acuto del miocardio. Anni 2000-2006.

	ANNO						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Eventi NSTEMI	1%	3%	6%	6%	7%	11%	13%
Eventi STEMI	9%	11%	14%	19%	22%	26%	30%

Un indicatore molto importante è rappresentato dalla percentuale di interventi di rivascolarizzazione effettuati entro un giorno dalla data del ricovero (assimilabili a procedure di

angioplastica primaria o rescue) che presenta un aumento nel tempo sia per lo STEMI (dal 9% al 30%) che per il NSTEMI (dal 1% al 13%).

Analizzando questo aspetto per Azienda ULSS di residenza e per infarto STEMI si può notare sia una notevole variazione con valori relativi all'anno 2006 compresi tra il 15% e il 52% .

Soggetti sottoposti a rivascolarizzazione invasiva per Azienda ULSS di residenza e anno. Percentuali sul totale dei ricoverati per infarto acuto del miocardio. Anni 2000-2006.

Azienda Ulss	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Azienda Ulss 1 Belluno	9%	19%	23%	28%	39%	49%	48%
Azienda Ulss 2 Feltre	8%	22%	22%	24%	32%	44%	44%
Azienda Ulss 3 Bassano del Grappa	19%	37%	52%	57%	55%	49%	61%
Azienda Ulss 4 Thiene	9%	13%	18%	33%	37%	29%	39%
Azienda Ulss 5 Arzignano	12%	15%	19%	26%	34%	36%	33%
Azienda Ulss 6 Vicenza	32%	34%	35%	43%	47%	49%	47%
Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	12%	15%	15%	22%	38%	56%	64%
Azienda Ulss 8 Asolo	6%	17%	17%	23%	30%	40%	42%
Azienda Ulss 9 Treviso	27%	35%	41%	47%	51%	50%	54%
Azienda Ulss 10 San Donà	13%	17%	23%	25%	24%	39%	47%
Azienda Ulss 12 Veneziana	32%	34%	41%	43%	44%	50%	54%
Azienda Ulss 13 Mirano Dolo	60%	54%	61%	59%	58%	57%	66%
Azienda Ulss 14 Chioggia	22%	20%	17%	27%	39%	40%	55%
Azienda Ulss 15 Cittadella	15%	28%	32%	35%	46%	35%	43%
Azienda Ulss 16 Padova	20%	25%	29%	33%	39%	38%	38%
Azienda Ulss 17 este	8%	7%	14%	22%	28%	32%	30%
Azienda Ulss 18 Rovigo	11%	15%	18%	21%	24%	41%	54%
Azienda Ulss 19 Adria	7%	9%	17%	16%	16%	31%	40%
Azienda Ulss 20 Verona	20%	28%	31%	32%	36%	43%	41%
Azienda Ulss 21 Legnago	11%	15%	18%	25%	33%	43%	47%
Azienda Ulss 22 Bussolengo	24%	26%	29%	35%	39%	52%	51%

In conclusione, l'andamento delle ospedalizzazioni per infarto acuto del miocardio risente di varie dinamiche con effetti contrapposti: da un lato il calo dell'infarto acuto del miocardio con sopraslivellamento del tratto ST, dall'altro l'aumento del NSTEMI, spiegato, almeno in parte dall'introduzione dei nuovi criteri diagnostici. L'approccio terapeutico per questa problematica è sempre più di tipo aggressivo, in linea con le indicazioni più recenti della letteratura. Esiste peraltro una notevole variabilità in relazione all'Azienda ULSS di residenza, legata alle diverse dotazioni strutturali.

L'ospedalizzazione per scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco sta diventando uno dei problemi più importanti in sanità pubblica per la sua diffusione, per il suo trend in aumento e per le gravi conseguenze sullo stato di salute, sulla mortalità e sulla disabilità. Rappresenta la prima causa di ricovero ospedaliero per numero di giornate di degenza assorbite. Si darà quindi di seguito una descrizione quantitativa delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco. Allo scopo sono stati selezionati i ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (codici ICD-9-CM 428.-), di cardiopatia ipertensiva con scompenso (402.- o 404.- con 5° carattere pari a 1 o 3), di shock cardiogeno (785.55) e di edema polmonare acuto (518.4).

Lo scompenso cardiaco si manifesta prevalentemente nei soggetti con età elevate. L'età mediana è pari a 77 anni per i maschi e a 83 anni per le femmine.

Nei sette anni considerati si sono verificati 129.306 ricoveri per scompenso cardiaco, quindi mediamente 18.470 ricoveri all'anno. In realtà, come si può osservare dalla tabella che segue, il fenomeno non è stazionario, ma mostra la tendenza ad un progressivo incremento: si è infatti passati dai 16.416 ricoveri nell'anno 2000 ai 20.266 nel 2006.

Schede di Dimissione Ospedaliera per scompenso cardiaco.

Valori assoluti e percentuale sul totale delle dimissioni. Residenti in Veneto. Anni 2000-2006.

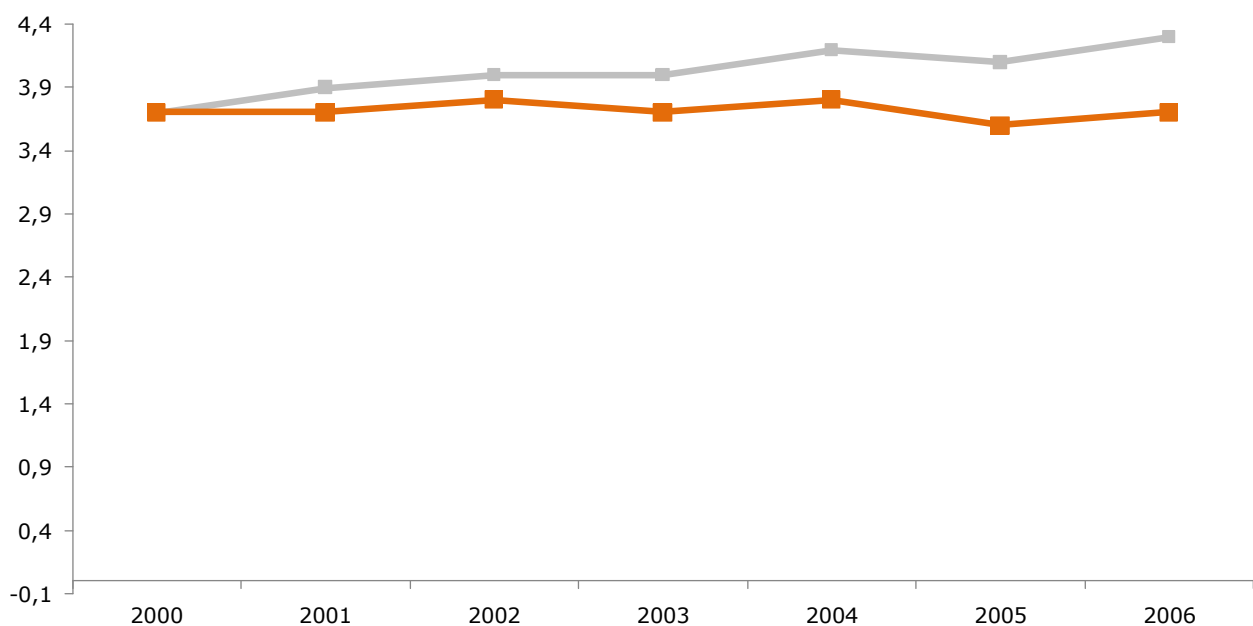
Anno	Numero SDO	%
2000	16.416	1,7
2001	17.437	1,8
2002	18.259	1,9
2003	18.231	1,9
2004	19.404	2,1
2005	19.333	2,1
2006	20.226	2,2

Analizzando i tassi grezzi della popolazione residente affetta da scompenso cardiaco notiamo che vi è un aumento del tasso dal 2000 al 2006, infatti passa da un 366 per 100.000 abitanti a 426 per 100.000 abitanti. Il tasso standardizzato invece mostra un andamento stazionario con minime oscillazioni, evidenziando come l'incremento nel numero di ospedalizzazioni sia da imputare in primo luogo al progressivo invecchiamento della popolazione.

Tasso di ospedalizzazione grezzo e standardizzato per scompenso cardiaco. Valori per 1.000 abitanti. Standardizzazione diretta, popolazione standard Veneto 2000. Anni 2000-2006.

Anno	Tasso grezzo	Tasso standardizzato
2000	3,7	3,7
2001	3,9	3,7
2002	4,0	3,8
2003	4,0	3,7
2004	4,2	3,8
2005	4,1	3,6
2006	4,3	3,7

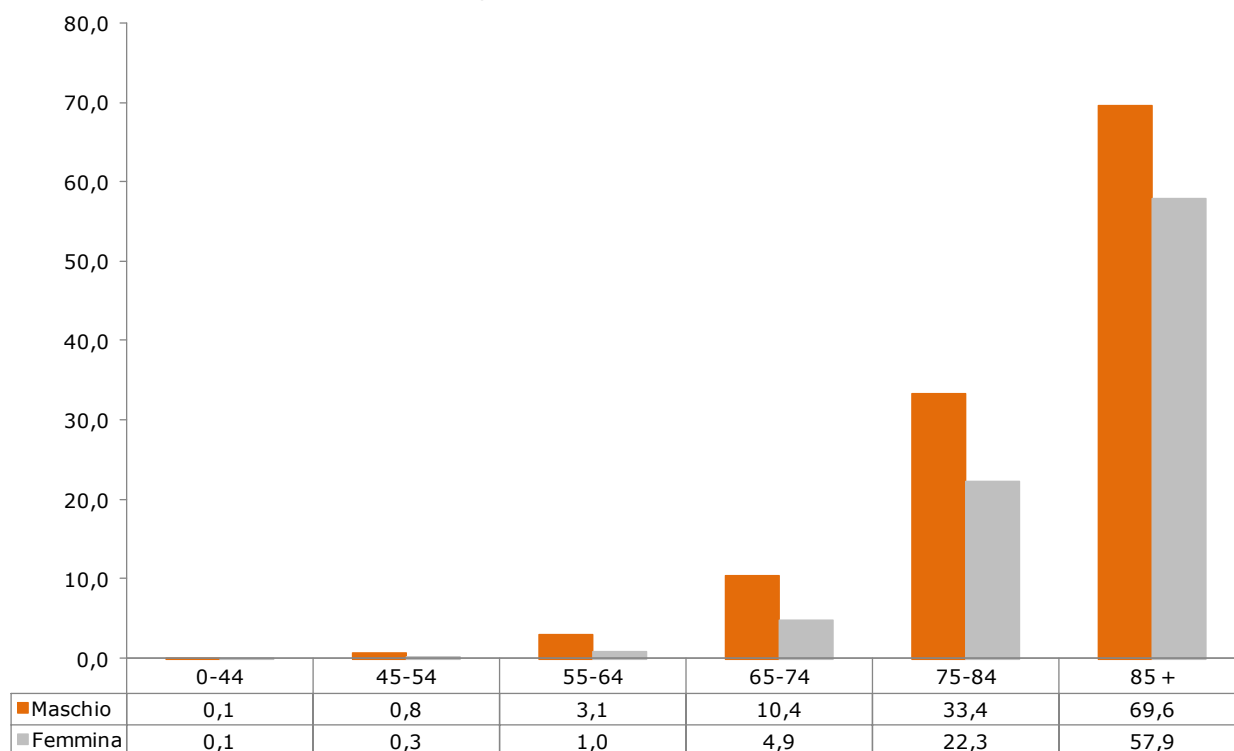
Tasso di ospedalizzazione grezzo e standardizzato (standardizzazione diretta) per scompenso cardiaco. Valori per 1.000 abitanti. Standardizzazione diretta, popolazione standard Veneto 2000. Anni 2000-2006.



I tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età e sesso mostrano come i maschi presentino tassi di ospedalizzazione marcatamente più elevati rispetto alle femmine di pari età. Per verificare se vi sono differenze territoriali nell'ospedalizzazione per scompenso cardiaco si è

utilizzata la standardizzazione indiretta, per cui ogni Azienda ULSS è confrontata con il dato medio regionale.

Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco specifico per classe di età e sesso. Valori per 1.000 abitanti. Anni 2005-2006.



Buona parte delle Aziende ULSS presenta valori di tasso standardizzato che non si discostano in modo importante rispetto al dato medio regionale, tuttavia vi sono alcuni scostamenti piuttosto evidenti da tale valore che riguardano l’Azienda ULSS di Belluno, con un tasso più basso rispetto alla regione, e le Aziende ULSS della provincia di Rovigo, che presentano tassi più elevati.

I soggetti affetti da scompenso cardiaco sono assistiti prevalentemente in ambito internistico (Medicina Generale nel 45,4% dei casi, Geriatria nel 24,8%). Le dimissioni da Cardiologia o Unità Coronarica costituiscono il 21% del totale. Nel periodo considerato questo aspetto si è mantenuto sostanzialmente invariato. Inoltre, si evidenzia l’esistenza di una relazione fra età e sesso del soggetto e reparto di dimissione.

Vi sono delle ragioni di tipo medico che possono spiegare perché la proporzione di soggetti seguiti in ambiente specialistico cala con l’età: un primo motivo può essere che i soggetti più giovani riconoscono più frequentemente cardiopatie rare e complesse come causa di scompenso e necessitano pertanto di particolari approfondimenti diagnostici; un’altra ragione riguarda il fatto che i soggetti anziani presentano frequentemente un gravoso carico di

comorbidità, che forse può essere gestito in modo più appropriato in un reparto di tipo internistico.

Rapporto standardizzato di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per Azienda ULSS di residenza. Anni 2005-2006.

Azienda Ulss di residenza	Rapporto standardizzato di ospedalizzazione	Limite inferiore	Limite superiore
Azienda Ulss 1 Belluno	0,83	0,78	0,88
Azienda Ulss 2 Feltre	0,93	0,87	1,00
Azienda Ulss 3 Bassano del Grappa	1,01	0,95	1,06
Azienda Ulss 4 Thiene	1,13	1,07	1,18
Azienda Ulss 5 Arzignano	1,12	1,07	1,18
Azienda Ulss 6 Vicenza	0,97	0,93	1,01
Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	1,11	1,07	1,16
Azienda Ulss 8 Asolo	0,97	0,92	1,02
Azienda Ulss 9 Treviso	0,90	0,87	0,94
Azienda Ulss 10 San Donà	0,96	0,91	1,00
Azienda Ulss 12 Veneziana	0,92	0,89	0,96
Azienda Ulss 13 Mirano Dolo	1,03	0,99	1,08
Azienda Ulss 14 Chioggia	1,18	1,11	1,24
Azienda Ulss 15 Cittadella	1,00	0,95	1,05
Azienda Ulss 16 Padova	0,95	0,92	0,99
Azienda Ulss 17 este	0,92	0,87	0,96
Azienda Ulss 18 Rovigo	1,50	1,45	1,56
Azienda Ulss 19 Adria	1,23	1,15	1,32
Azienda Ulss 20 Verona	0,93	0,90	0,96
Azienda Ulss 21 Legnago	0,94	0,89	0,99
Azienda Ulss 22 Bussolengo	0,90	0,86	0,94

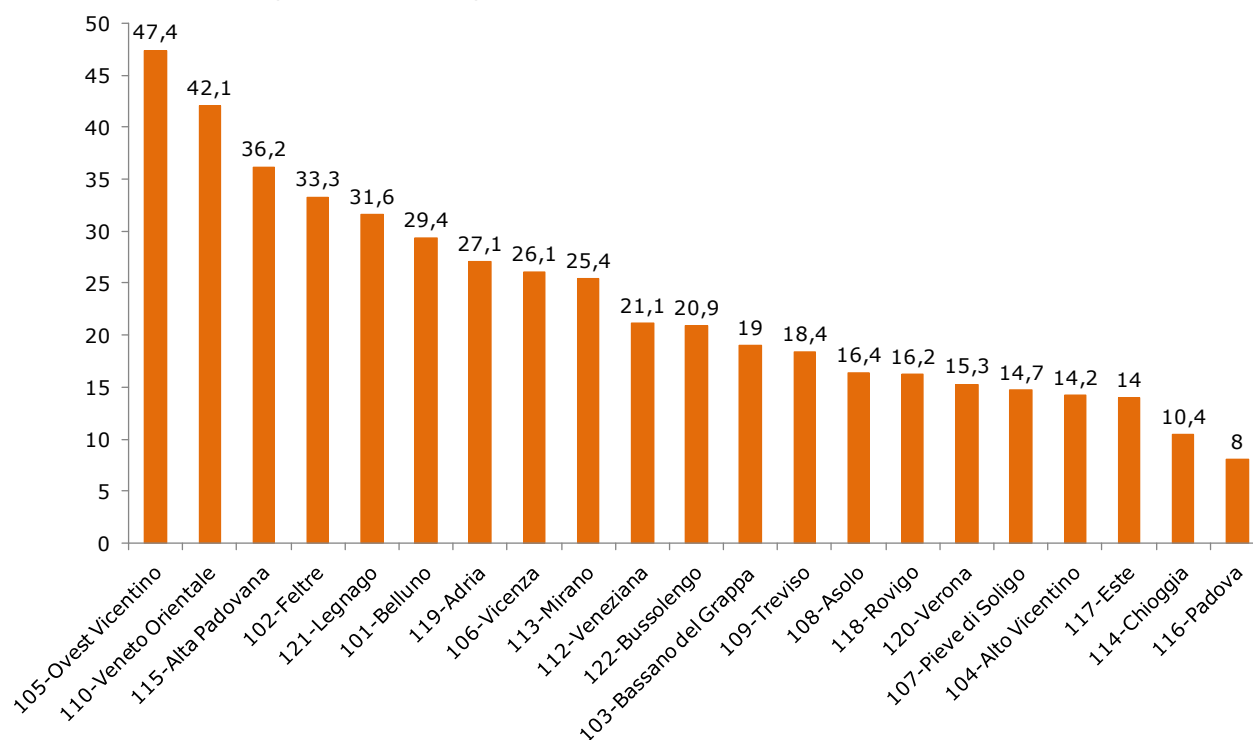
Difficilmente spiegabile invece è la differenza che si riscontra tra i due sessi.

Percentuale di soggetti dimessi da Cardiologia-UTIC sul totale dei ricoverati per scompenso cardiaco, per sesso e classi di età. Anni 2005-2006.

Classe di età	Maschio	Femmina
0-44	50,2	43
45-54	56,4	47,6
55-64	51,2	42,3
65-74	37,6	29,4
75-84	22,8	16,6
85 +	9,4	6,4
Totale	28	15,3

Una fonte di variabilità ancora maggiore rispetto al setting assistenziale dei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco è determinata dall’Azienda ULSS di residenza, riflettendo la variabilità dei modelli organizzativi diffusi nel territorio regionale.

Percentuale di soggetti dimessi da Cardiologia-UTIC sul totale dei ricoverati per scompenso cardiaco, per Azienda ULSS di residenza. Anni 2005-2006.



Il dato è presentato in termini grezzi, senza aggiustamento per sesso ed età. Le differenze peraltro sono estremamente evidenti e tali da non essere spiegate dalla diversa composizione per età e sesso della casistica.

In conclusione, le ospedalizzazioni per scompenso cardiaco sono tra le principali cause di ricovero nella nostra Regione e sono in aumento, principalmente per il progressivo invecchiamento della popolazione. Il profilo assistenziale presenta una certa variabilità in relazione all’età e al sesso dei soggetti e alle caratteristiche organizzative e strutturali delle Aziende ULSS.

L'ospedalizzazione per ictus

Le malattie cerebrovascolari acute costituiscono un ambito estremamente rilevante per la loro diffusione e per le gravi conseguenze sullo stato di salute delle persone colpite. Negli ultimi anni le conoscenze sull'approccio terapeutico per questo tipo di patologie hanno conosciuto un notevole cambiamento, con ripercussioni evidenti sull'organizzazione dell'assistenza che ha portato all'introduzione di nuovi modelli assistenziali in particolare per il trattamento della fase acuta. In questo paragrafo si illustreranno sinteticamente i principali aspetti epidemiologici dell'ospedalizzazione per ictus, con un breve flash per Azienda ULSS di residenza.

Sono stati considerati i ricoveri con le seguenti diagnosi principali:

- Emorragia sub aracnoidea (codice ICD-9-CM 430);
- Emorragia cerebrale (codice 431);
- Ictus ischemico o non specificato (codici 434.- e 436).

I trasferimenti tra ospedali per acuti (evento frequente soprattutto per gli ictus di tipo emorragico) sono stati ricondotti allo stesso evento, che costituisce la nostra unità di analisi. Ogni anno tra i residenti nel Veneto si registrano quasi diecimila eventi ospedalizzati di ictus. Quasi l'80% degli eventi è di tipo ischemico (o non classificato, secondo il codice SDO, ma comunque attribuibile ad ictus ischemico), nel 17-18% dei casi si tratta di emorragia cerebrale e nel 3-4% di emorragia sub aracnoidea. È possibile constatare come il fenomeno, in termini di frequenze assolute, sia piuttosto stabile negli ultimi anni.

Numero di eventi ospedalizzati di ictus per tipo ed anno. Anni 2000-2006

Tipo di ictus	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Emorragia subaracnoidea	404	375	395	387	381	383	386
Emorragia cerebrale	1.702	1.736	1.639	1.684	1.774	1.893	1.813
Ictus ischemico	7.736	7.715	7.947	7.905	7.653	7.549	7.439
Totale	9.842	9.826	9.981	9.976	9.808	9.825	9.638

La stabilità del numero di eventi a fronte di modifiche demografiche piuttosto importanti (aumento della numerosità della popolazione e della quota di popolazione anziana) comporta una diminuzione dei tassi grezzo e standardizzato di ospedalizzazione per ictus, sia nei maschi che nelle femmine.

Tasso di ospedalizzazione grezzo e standardizzato per ictus. Valori per 100.000 abitanti. Standardizzazione diretta, popolazione standard maschile e femminile Veneto 2000. Anni 2000-2006.

Anno	Tasso Grezzo		Tasso Standardizzato	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
2000	210,2	228,2	210,2	228,2
2001	207	228,3	202,3	221,8
2002	206,3	233,6	198,4	220,7
2003	208,6	226,9	196,7	209,3
2004	207,6	214,7	193,9	196
2005	203,9	214	188,1	192,3
2006	193,4	213	175,4	189,1

Come molte malattie croniche l'ictus è strettamente legato all'età ed è più frequente nel genere maschile. Dai dati riportati si può osservare come circa il 73% degli eventi si sia verificato in soggetti di età pari o superiore a 70 anni.

Eventi di ictus ospedalizzati per classe di età e sesso. Anni 2000-2006.

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
0-49	2.038	1.481	3.519
50-59	3.010	1.630	4.640
60-69	6.887	3.786	10.673
70-79	11.445	10.842	22.287
80-100	8.848	18.929	27.777
Totale	32.228	36.668	68.896

A livello di singola Azienda ULSS di residenza si può osservare una certa variabilità nel tasso di ospedalizzazione per ictus. In linea generale gli scostamenti dall'unità sono di modesta entità. Fanno eccezione 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).

Rapporto standardizzato di ospedalizzazione per ictus per Azienda ULSS di residenza. Anni 2005-2006.

Azienda Ulss	Rapporto standardizzato di ospedalizzazione	Limite inferiore	Limite superiore
Azienda Ulss 1 Belluno	0,73	0,67	0,80
Azienda Ulss 2 Feltre	1,03	0,94	1,14
Azienda Ulss 3 Bassano del Grappa	1,08	1,00	1,16
Azienda Ulss 4 Thiene	1,13	1,05	1,21
Azienda Ulss 5 Arzignano	1,58	1,48	1,68
Azienda Ulss 6 Vicenza	1,17	1,11	1,23
Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo	1,14	1,07	1,21
Azienda Ulss 8 Asolo	1,02	0,95	1,09
Azienda Ulss 9 Treviso	0,91	0,87	0,96
Azienda Ulss 10 San Donà	1,03	0,97	1,10
Azienda Ulss 12 Veneziana	0,87	0,82	0,91
Azienda Ulss 13 Mirano Dolo	0,93	0,87	0,99
Azienda Ulss 14 Chioggia	0,88	0,80	0,96
Azienda Ulss 15 Cittadella	1,00	0,93	1,07
Azienda Ulss 16 Padova	0,87	0,83	0,92
Azienda Ulss 17 este	1,01	0,95	1,09
Azienda Ulss 18 Rovigo	1,19	1,12	1,27
Azienda Ulss 19 Adria	1,08	0,98	1,20
Azienda Ulss 20 Verona	0,89	0,85	0,93
Azienda Ulss 21 Legnago	1,12	1,04	1,20
Azienda Ulss 22 Bussolengo	0,92	0,86	0,98

Una misura della gravità dell'ictus è la mortalità intraospedaliera: circa il 20% dei soggetti colpiti da ictus decede in ospedale. Dai dati riportati nella tabella seguente pare apprezzabile un graduale miglioramento della prognosi a breve termine di questi soggetti.

Letalità intraospedaliera. Valori percentuali sul totale delle dimissioni per tipo di ictus e anno.
Anni 2000-2006.

Tipologia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Emorragia cerebrale	30,4	31	30,5	32,4	31,2	32,3	29
Emorragia subaracnoidea	28,5	21,9	22,8	22,2	20,5	18,3	20,5
Ictus ischemico	17,6	16,3	16,2	15,9	15,3	14,5	13,8
Totale	20,2	19,1	18,8	18,9	18,4	18	17

I soggetti con ictus emorragico sono assistiti prevalentemente nei reparti di neurochirurgia, terapia intensiva (22%) e neurologia (14%), mentre una quota rilevante dei soggetti con ictus ischemico o non specificato è assistita nei reparti di medicina generale e geriatria.

Eventi ospedalizzati di ictus per reparto di dimissione. Valori percentuali per tipo di ictus.
Anni 2000-2006.

Reparto di dimissione	Emorragia subaracnoidea	Emorragia cerebrale	Ictus ischemico
49-Terapia intensiva	22,6	15,9	1
32-Neurologia	14,1	31,5	43,7
30-Neurochirurgia	44,2	10,6	0,1
26-Medicina generale	6,5	16,9	29,1
21-Geriatria	2,3	9	15,1
Altro	10,3	16,1	11
Totale	100	100	100

50

Per i soggetti con ictus ischemico si assiste ad un incremento nella proporzione di ricoveri in neurologia. Non è possibile evidenziare la "Stroke Unit" in quanto non è identificabile nella SDO. Con tale denominazione si definisce un centro di terapia per le malattie cerebrovascolari acute, dotato in genere di 4-16 letti, dove ricoverare i malati con ictus, onde poterli sottoporre tempestivamente ad un protocollo diagnostico completo e alla terapia più adeguata al tipo di ictus.

Eventi ospedalizzati di ictus ischemico o non specificato per anno e reparto di dimissione. Anni 2000-2006.

Reparto di dimissione	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
21-Geriatria	1.244	1.283	1.206	1.102	1.165	1.061	1.078
26-Medicina generale	2.313	2.237	2.395	2.395	2.068	2.169	2.095
32-Neurologia	2.925	3.306	3.398	3.433	3.445	3.505	3.562
Altro	1.254	889	948	975	975	814	704
Totale	7.736	7.715	7.947	7.905	7.653	7.549	7.439
% dimessi da neurologia	37%	42%	42%	43%	45%	46%	48%

Il reparto di dimissione per i soggetti con ictus ischemico ha un forte legame con l'età del soggetto: all'aumentare dell'età dei soggetti si riduce in modo importante la proporzione di dimessi da neurologia.

Eventi ospedalizzati di ictus ischemico per età e reparto di dimissione. Anni 2005-2006.

Reparto di dimissione	0-49	50-59	60-69	70-79	80-100	Totale
21-Geriatria	.	3	74	591	1.471	2.139
26-Medicina generale	82	192	536	1.244	2.210	4.264
32-Neurologia	407	580	1.324	2.355	2.401	7.067
Altro	56	76	184	443	759	1.518
Totale	545	851	2.118	4.633	6.841	14.988
% dimessi da Neurologia	75%	68%	63%	51%	35%	47%

In conclusione, il numero assoluto di eventi cerebrovascolari acuti ospedalizzati appare stabile negli ultimi anni. Questo andamento è il risultato di tendenze con effetti contrastanti sull'occorrenza di ictus: da un lato l'aumento della popolazione anziana, dall'altro un miglior controllo dei fattori predisponenti. Si registra una certa variabilità nel confronto fra le Aziende ULSS di residenza, che appare non del tutto spiegabile da caratteristiche epidemiologiche.

La letalità intraospedaliera mostra una tendenza al calo.

Per quanto riguarda gli ictus di tipo ischemico c'è un netto incremento delle dimissioni da Neurologia, parametro tuttavia legato in modo stretto all'età del soggetto.

1.4 Ospedalizzazione per tumori maligni

Introduzione e metodi

L'attività epidemiologica in campo oncologico, oltre a produrre dati di incidenza e sopravvivenza, può anche fornire indicazioni sui percorsi assistenziali, utili per le decisioni di programmazione e governo clinico. Pur con limiti di completezza ed accuratezza delle informazioni riportate, le SDO consentono di monitorare in modo completo e tempestivo i rapidi cambiamenti nel carico e nel pattern assistenziale per le principali neoplasie che si stanno verificando in questi ultimi anni.

Per una valutazione complessiva dell'assistenza oncologica, sono state selezionate le SDO con codici ICD-9-CM 140-208 (diagnosi di tumore maligno), V58.0 (sessione di radioterapia), V58.1 (chemioterapia), V67.1 (controllo dopo radioterapia), V67.2 (controllo dopo chemioterapia) in qualsiasi posizione diagnostica, e con codice 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 quattro specifiche sedi tumorali, tra le più rilevanti in termini di incidenza e carico assistenziale: prostata, colon-retto, polmone e mammella. A tal fine, sono state selezionate le SDO con lo specifico codice in qualunque posizione diagnostica (185 - tumori maligni della prostata, 153 e 154 - tumori maligni del colon e del retto, 162 - tumori maligni del polmone, 174 - tumori maligni della mammella femminile). Inoltre, sono state incluse le SDO con codice di anamnesi personale dello specifico tumore maligno (V10.46 - prostata, V10.05 e V10.06 - colon e retto, V10.1x - polmone, V10.3 - mammella) 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 2000-2006, 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 analisi specifiche per singola neoplasia.

Ospedalizzazione per tutti i tumori

Considerando assieme tutti i tumori maligni, nel periodo analizzato si evidenzia globalmente un lieve incremento dei ricoveri, con un indice di attrazione in aumento, costantemente superiore all'indice di fuga, che invece si mantiene stabile. I ricoveri dei residenti (in Veneto e fuori regione) passano da 120.679 nel 2000 a 125.204 nel 2006 (+3,7%), in controtendenza rispetto alla riduzione complessiva dell'ospedalizzazione per tutte le cause registrata nello stesso periodo. Nel medesimo arco temporale i ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario rimangono stabili, mentre quelli in regime diurno raddoppiano; i ricoveri con DRG medico in regime diurno superano progressivamente i ricoveri ordinari.

Dimissioni per tumore maligno e indici di attrazione e di fuga. Anno 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Non residente in Veneto	10.577	11.302	11.515	11.199	11.702	12.202	12.086
Residente e ricoverato in Veneto	114.077	120.540	119.251	117.558	118.942	118.666	118.442
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	6.602	6.357	6.211	6.127	6.410	6.813	6.762
Indice di attrazione	8,50%	8,60%	8,80%	8,70%	9,00%	9,30%	9,30%
Indice di fuga	5,50%	5,00%	5,00%	5,00%	5,10%	5,40%	5,40%

Complessivamente nel 2006, a prescindere dal regime di ricovero, i ricoveri con DRG medico superano quelli con DRG chirurgico con una degenza media per i ricoveri ordinari superiore agli 11 giorni. Nel 2006 il 55% del totale dei ricoveri con menzione di tumore maligno è rappresentato da 10 DRG riportati in ordine di frequenza decrescente nella tabella che segue. Il DRG più rappresentato è quello di chemioterapia non per leucemia acuta, in aumento del 34% nel periodo analizzato e che da solo giustifica un quarto dei ricoveri oncologici. In rilevante crescita anche il numero dei ricoveri con DRG di radioterapia (+108%), di fratture patologiche/localizzazioni scheletriche (+66%), chirurgia mammaria conservativa senza menzione di comorbidità o complicanze (+25%), interventi sulla cute (+23%). Crescono considerevolmente anche i ricoveri con DRG riferibile almeno in parte a follow-up di pazienti

con tumore maligno (DRG 408 e 412). Calano drasticamente invece i ricoveri con DRG medico di neoplasie dell'apparato respiratorio.

Distribuzione delle dimissioni dalle strutture del Veneto per regime di ricovero e tipo di DRG: numero, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio accessi). Anno 2006.

REGIME RICOVERO	DRG	NUMERO DIMISSIONI	%	GIORNATE DI DEGENZA	%	DEGENZA MEDIA
Ordinario	Chirurgico	31.469	24	329.103	29	10,5
	Medico	41.506	32	486.294	43	11,7
Diurno	Chirurgico	11.125	9	25.204	2	2,3
	Medico	46.428	36	291.728	26	6,3
Totale		130.528	100	1.132.329	100	8,7

Dimissioni dalle strutture del Veneto con menzione di tumore maligno per anno: primi 10 DRG e percentuale sul totale dei ricoveri per tumore maligno nel 2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Percentuale 2006
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	25.280	30.241	31.400	30.589	32.321	31.593	33.821	26%
311-Interventi per via transuretrale no CC	4.869	4.847	4.651	4.584	4.708	4.941	5.096	4%
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	6.912	6.282	6.161	5.699	5.457	5.343	5.093	4%
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o pancreas	5.106	5.194	5.239	5.249	5.382	5.104	4.853	4%
412-Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	3.234	4.075	3.889	3.648	3.825	3.975	4.407	3%
408-Alteraz.mieloproliferative. o neoplasie poco differenziare con altri interventi	2.568	2.916	3.258	3.532	3.665	3.919	4.345	3%
409-Radioterapia	2.003	3.507	2.752	2.549	3.197	3.710	4.160	3%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	2.122	2.563	2.758	3.154	3.622	3.469	3.529	3%
260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne no CC	2.372	2.747	2.820	2.841	2.785	3.003	2.955	2%
266-Trapianti pelle e/o sbrigliamento eccetto ulcere pelle/cellulite no CC	2.366	2.523	2.652	2.824	2.781	3.022	2.910	2%

Neoplasie della prostata

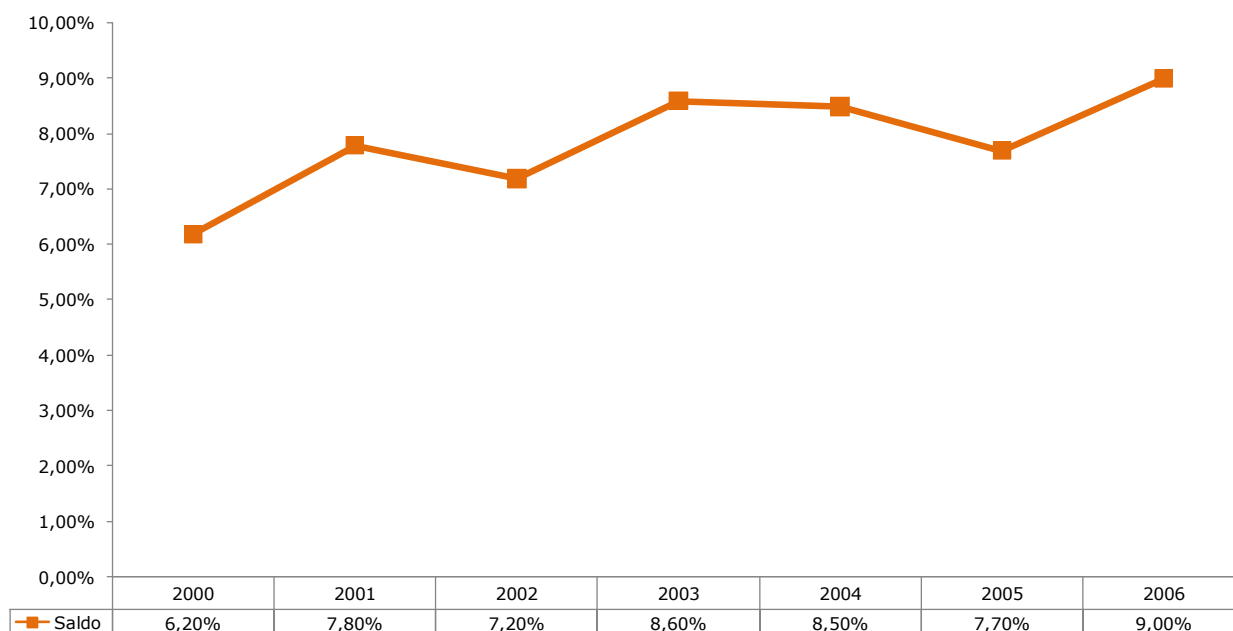
Il totale dei ricoveri dei residenti nel Veneto per tumore della prostata è cresciuto da 6.181 nel 2000 fino a 7.265 nel 2002, per poi attestarsi a 6.523 nel 2006.

Dimissioni con diagnosi di tumore della prostata. Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Non residente in Veneto	585	758	733	820	807	803	865
Residente e ricoverato in Veneto	6.014	6.850	7.112	6.883	6.857	6.902	6.328
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	167	157	153	138	141	194	195
Indice di attrazione	8,90%	10,00%	9,30%	10,60%	10,50%	10,40%	12,00%
Indice di fuga	2,70%	2,20%	2,10%	2,00%	2,00%	2,70%	3,00%

La rilevazione mostra come l'indice di attrazione aumenti sostanzialmente nell'arco temporale esaminato fino a raggiungere il 12%, e superi di gran lunga l'indice di fuga.

Dimissioni con diagnosi di tumore della prostata: saldo attrazione e fuga. Anni 2000-2006.



Il regime di ricovero risulta prevalentemente ordinario, e la quota di ricoveri diurni è costituita quasi esclusivamente da DRG medici. Tra i ricoveri ordinari quelli con DRG chirurgico prevalgono su quelli con DRG medico, peraltro caratterizzati da una degenza media superiore.

I primi 10 DRG in ordine di frequenza nel 2006 giustificano il 73% del totale dei ricoveri selezionati. I DRG medici di "neoplasia maligna dell'apparato genitale maschile", con o senza menzione di comorbidità e complicanze, si sono più che dimezzati nel periodo considerato, mentre almeno fino al 2004 si è registrato un notevolissimo incremento dei ricoveri con DRG chirurgico di intervento maggiore sulla pelvi maschile. Da notare anche la notevole proporzione di DRG di radioterapia. Si osserva infine la presenza di una quota seppur limitata di DRG di prostatectomia transuretrale che potrebbe essere attribuibile o ad una errata compilazione del codice 185, od in certi casi, al riscontro incidentale di un focolaio di neoplasia maligna dopo l'intervento.

Distribuzione delle dimissioni dalle strutture del Veneto per regime di ricovero e tipo di DRG: numero, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio accessi). Anno 2006.

REGIME RICOVERO	DRG	NUMERO DIMISSIONI	%	GIORNATE DI DEGENZA	%	DEGENZA MEDIA
Ordinario	Chirurgico	2.850	40	26.451	43	9,3
	Medico	2.032	28	23.901	39	11,8
Diurno	Chirurgico	297	4	423	1	1,4
	Medico	2.014	28	10.446	17	5,2
Totale		7.193	100	61.221	100	8,5

Sono stati identificati (dimissioni con diagnosi 185 e codice di intervento ICD-9-CM 60.5) 8.916 interventi di prostatectomia radicale eseguiti su residenti nel Veneto (in Regione o fuori Regione) nei sette anni esaminati. Si è rilevata una fortissima crescita di tali interventi, dai 742 del 2000 ai 1.767 del 2004; solo negli ultimi due anni di osservazione si è registrata una lieve flessione, con 1.668 interventi effettuati nell'anno 2006. I tassi di prostatectomia radicale sono aumentati in tutte le classi di età fino al 2004; nel 2005-2006 si osserva una stabilizzazione nelle età più giovani ed una flessione sopra i 70 anni. Nella classe di età 60-69 nel 2006 si è comunque raggiunto un tasso pari a 400 interventi su 100.000 abitanti.

La capacità di attrazione degli ospedali regionali è confermata dai dati sulle prostatectomie radicali: tra gli interventi effettuati nel Veneto, circa il 20% riguarda residenti di altre Regioni. Il numero di strutture in cui si esegue la procedura è rimasto sostanzialmente stabile; dato il

considerevole aumento degli interventi, la percentuale di quelli eseguiti in ospedali in cui si effettuano almeno 50 prostatectomie all'anno è salita fino ad attestarsi al di sopra del 70% già a partire dal 2003. Contemporaneamente è cresciuta la quota eseguita in strutture a gestione privata, fino a raggiungere il 24% nel 2006. La degenza media dei ricoveri con prostatectomia radicale è scesa da 12,1 giornate nel 2000 a 9,5 giornate nel 2006.

Dimissioni dalle strutture del Veneto con menzione di tumore della prostata per anno: primi 10 DRG e percentuale sul totale dei ricoveri per tumore alla prostata nel 2006. Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Percentuale 2006
335-Interventi maggiori pelvi maschile no CC	871	1.199	1.408	1.696	1.909	1.874	1.876	26%
409-Radioterapia	190	442	564	460	309	535	757	11%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	350	585	586	589	540	578	517	7%
346-Neoplasie maligne apparato genitale maschile con CC	848	854	742	643	555	520	450	6%
347-Neoplasie maligne apparato genitale maschile no CC	1.088	975	860	592	520	407	417	6%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	143	158	226	259	327	439	412	6%
344-Altri interventi apparato riprodutt. masch., per neoplasie maligne	131	129	146	219	353	378	313	4%
337-Prostatectomia transuretrale no CC	205	203	233	229	194	201	225	3%
334-Interventi maggiori pelvi maschile con CC	93	212	243	270	276	205	191	3%
127-Insufficienza cardiaca e shock	139	160	158	159	189	156	114	2%

In conclusione, l'aumento dell'incidenza della neoplasia prostatica dovuto al diffondersi del ricorso al dosaggio del PSA al di fuori di programmi di screening organizzato, ha determinato radicali cambiamenti nell'assistenza ospedaliera: gli interventi di prostatectomia radicale sono più che raddoppiati e solo negli ultimi anni sembrano aver raggiunto una stabilizzazione, ma anche altri profili di cura (es. radioterapia) risultano in crescita. Da segnalare la notevole capacità di attrazione che le strutture ospedaliere venete esercitano sui residenti in altre Regioni.

Neoplasie del colon-retto

Il totale dei ricoveri dei residenti con diagnosi di tumore del colon-retto, pur con delle ampie fluttuazioni nel periodo considerato, aumenta dell'11% passando da 14.059 nel 2000 a 15.584 nel 2006. L'indice di attrazione è stabilmente superiore a quello di fuga.

Dimissioni con diagnosi di tumore del colon e del retto: indici di attrazione e fuga.
Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Non residente in Veneto	729	811	736	785	850	850	936
Residente e ricoverato in Veneto	13.463	15.219	14.691	14.265	15.223	14.859	15.091
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	596	597	523	592	572	577	493
Indice di attrazione	5,10%	5,10%	4,80%	5,20%	5,30%	5,40%	5,80%
Indice di fuga	4,20%	3,80%	3,40%	4,00%	3,60%	3,70%	3,20%

Nel 2006 il 47% dei ricoveri era rappresentato da DRG medici in regime diurno, con un numero medio di accessi superiori a 8. Tra i ricoveri in regime ordinario, quelli con DRG chirurgico superano quelli con DRG medico, sia come numero che come degenza media, arrivando quindi a giustificare quasi il doppio delle giornate di degenza.

Distribuzione delle dimissioni dalle strutture del Veneto per regime di ricovero e tipo di DRG: numero, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio accessi).

Anno 2006.

REGIME RICOVERO	DRG	NUMERO DIMISSIONI	%	GIORNATE DI DEGENZA	%	DEGENZA MEDIA
Ordinario	Chirurgico	4.396	27	70.284	41	16
	Medico	3.968	25	41.048	24	10,3
Diurno	Chirurgico	69	0	340	0	4,9
	Medico	7.594	47	61.767	36	8,1
Totale		16.027	100	173.439	100	10,8

I primi 10 DRG giustificavano nel 2006 l'88% dei ricoveri selezionati. Il DRG più rappresentato è il 410 (chemioterapia). Nel periodo considerato sono aumentati sensibilmente (nel complesso +24%) i DRG chirurgici di interventi maggiori su intestino crasso e tenue e quelli di resezione rettale, mentre sono diminuiti (nel complesso -33%) quelli medici di neoplasie maligne dell'apparato digerente.

Dimissioni dalle strutture del Veneto con menzione di tumore del colon-retto per anno: primi 10 DRG e percentuale sul totale dei ricoveri per tumore del colon-retto nel 2006.

Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Percentuale 2006
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	5.106	6.785	6.842	6.415	7.240	7.003	7.664	48%
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, senza cc	1.154	1.269	1.262	1.322	1.401	1.549	1.638	10%
148-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, con CC	1.257	1.315	1.337	1.373	1.507	1.464	1.441	9%
172-Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	1.599	1.568	1.538	1.548	1.506	1.409	1.252	8%
173-Neoplasie maligne dell'apparato digerente no CC	1.506	1.292	1.065	1.013	963	951	849	5%
147-Resezione rettale no CC	361	355	330	349	388	373	415	3%
409-Radioterapia	225	392	340	334	363	327	327	2%
146-Resezione rettale con CC	234	251	256	247	232	253	246	2%
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o pancreas	232	242	254	247	311	240	183	1%
411-Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	254	326	192	142	145	167	138	1%

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 (48.49, 48.5, 48.6x; i pochi ricoveri con sovrapposizione dei codici sono stati classificati come resezioni rettali); il numero assoluto di entrambe le categorie di intervento chirurgico cresce costantemente nei sette anni analizzati (colon +31%, retto +23%, complessivamente +29%), fino a raggiungere i 2.401 interventi di resezione per tumore del colon ed i 1.021 per tumore del retto nel 2006.

Rapportando i numeri assoluti di intervento chirurgico alla popolazione residente, nei maschi, almeno a partire dai 60 anni, il tasso di intervento risulta circa doppio rispetto alle femmine. I tassi di intervento aumentano nel periodo considerato nei maschi in tutte le classi di età, ma in misura relativamente più pronunciata nella popolazione più anziana (≥ 80 anni); nelle donne principalmente nella fascia di età dei 60-69 anni.

Con riferimento alle diverse tipologie di intervento di resezione rettale, gli interventi di amputazione addomino-perineale (codice 48.5) sono in lieve diminuzione dal 16,2% nel 2000 al 14% nel 2006. In quasi la metà degli interventi di resezione del retto è menzionata nella SDO la creazione di una stomia, permanente o temporanea. La mortalità intraospedaliera nei ricoveri con resezione di neoplasia del colon-retto è risultata complessivamente del 2,6%.

In conclusione, l'aumento dell'incidenza delle neoplasie del grosso intestino e l'invecchiamento della popolazione hanno contribuito ad un aumento complessivo dei ricoveri, sostenuto principalmente dagli interventi chirurgici di resezione e dai cicli di trattamento chemioterapico.

Neoplasie del polmone

I ricoveri dei residenti con segnalazione di neoplasia polmonare scendono da 14.080 nel 2000 a 12.391 nel 2006 (-12%). L'indice di attrazione è stabilmente superiore a quello di fuga per tutto il periodo considerato.

Dimissioni con diagnosi di tumore del polmone: indici di attrazione e fuga. Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Non residente in Veneto	739	635	679	535	559	689	624
Residente e ricoverato in Veneto	13.495	13.337	12.998	12.292	12.014	12.032	12.058
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	585	457	389	343	353	399	333
Indice di attrazione	5,20%	4,50%	5,00%	4,20%	4,40%	5,40%	4,90%
Indice di fuga	4,20%	3,30%	2,90%	2,70%	2,90%	3,20%	2,70%

L'analisi dell'andamento dei ricoveri mostra un calo del 16% nel sesso maschile (da 11.612 a 9.698 ricoveri), mentre le ospedalizzazioni nel sesso femminile, che risultavano pari 3.207 nel 2000 (un quarto circa dei ricoveri degli uomini), rimangono sostanzialmente stabili (+3%) pari a 3.317 nel 2006.

Distribuzione delle dimissioni dalle strutture del Veneto per regime di ricovero e tipo di DRG: numero, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio accessi). Anno 2006.

REGIME RICOVERO	DRG	NUMERO DIMISSIONI	%	GIORNATE DI DEGENZA	%	DEGENZA MEDIA
Ordinario	Chirurgico	1.450	11	19.674	15	13,6
	Medico	6.633	52	81.512	61	12,3
Diurno	Chirurgico	123	1	430	0	3,5
	Medico	4.476	35	31.108	23	6,9
Totale		12.682	100	132.724	100	10,5

Nello stesso periodo, si riduce il numero di decessi avvenuti durante un ricovero con diagnosi di tumore del polmone (-16%), anche se i 1.891 decessi verificatisi nel 2006 rappresentano comunque una quota rilevante della mortalità intraospedaliera totale.

I ricoveri per tumore polmonare sono per gran parte attribuiti a DRG medici, in particolare in regime ordinario; i ricoveri con DRG chirurgico sono quasi tutti ordinari, con una degenza media di circa due settimane.

Dimissioni dalle strutture del Veneto con menzione di tumore del polmone per anno: primi 10 DRG e percentuale sul totale dei ricoveri per tumore del polmone nel 2006. Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Percentuale 2006
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	3.514	3.827	3.956	3.677	3.858	3.941	4.262	34%
082-Neoplasie dell'apparato respiratorio	5.970	5.353	5.181	4.828	4.566	4.491	4.202	33%
075-Interventi maggiori sul torace	950	866	915	843	796	837	812	6%
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	150	218	218	314	298	320	340	3%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	176	158	189	243	254	244	287	2%
076-Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	261	272	248	247	231	279	284	2%
409-Radioterapia	305	328	197	162	213	238	253	2%
077-Altri interventi sull'apparato respiratorio no CC	125	155	152	102	123	152	180	1%
010-Neoplasie del sistema nervoso con CC	174	210	258	235	217	236	179	1%
127-Insufficienza cardiaca e shock	86	123	117	99	93	101	122	1%

I primi 10 DRG più frequenti nel 2006 rappresentano l'86% del totale dei ricoveri con menzione di tumore polmonare. Tra i DRG medici è in crescita quello relativo a trattamenti chemioterapici (+21%), mentre diminuiscono sensibilmente i ricoveri per "Neoplasie dell'apparato respiratorio" (-30%). L'andamento dei ricoveri con intervento chirurgico (considerando assieme i principali DRG chirurgici 75, 76, 77) risulta in lieve flessione (-4%), anche se per i ricoveri con "interventi chirurgici maggiori" considerati isolatamente si registra un calo marcato. Da notare infine l'incremento dei ricoveri con DRG riferibili ad insufficienza respiratoria. L'individuazione dei principali pattern assistenziali intraospedalieri è stata ottenuta secondo la seguente metodologia: sono stati selezionati i residenti nel Veneto dimessi con diagnosi di tumore del polmone nel 2005 senza precedente ricovero per la neoplasia negli anni 2000-2004, e si sono poi rintracciati nel periodo 2005-2006 i ricoveri per intervento chirurgico potenzialmente curativo (intervento 32.39-32.9), chemioterapia (diagnosi V581, V672),

radioterapia (diagnosi V580, V671). Il limite principale di tale approccio consiste in una valutazione solo parziale dei trattamenti radioterapico e chemioterapico in regime di ricovero (non considerando dunque quelli erogati ambulatorialmente). Dei 3.696 soggetti selezionati in questo modo, il 17% era stato sottoposto ad intervento chirurgico, il 39% a chemioterapia ed il 6% a radioterapia in regime di ricovero; escludendo i ricoveri oltre i 70 anni la quota di pazienti trattati chirurgicamente sale a circa il 25%.

In conclusione, la riduzione dei ricoveri per tumore del polmone, giustificata interamente dal sesso maschile, riflette almeno in parte l'andamento dell'incidenza, in marcata riduzione negli uomini e stabile nelle donne. I profili di cura ospedalieri risultano sovrapponibili ad analisi simili condotte in altre Regioni.

Neoplasie della mammella

Il numero di ricoveri totali dei residenti con segnalazione di neoplasia mammaria nel 2006 è risultato pari a 17.539. Diversamente dalle altre sedi tumorali esaminate, l'indice di fuga è superiore a quello di attrazione, ed il conseguente saldo negativo della mobilità si registra per tutto il periodo considerato.

Dimissioni con diagnosi di tumore della mammella: indici di attrazione e fuga. Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Non residente in Veneto	638	628	747	628	648	848	873
Residente e ricoverato in Veneto	15.805	17.163	17.143	16.623	16.261	16.342	16.377
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	1.032	1.133	1.107	1.019	1.118	1.157	1.162
Indice di attrazione	3,90%	3,50%	4,20%	3,60%	3,80%	4,90%	5,10%
Indice di fuga	6,10%	6,20%	6,10%	5,80%	6,40%	6,60%	6,60%

64 Circa il 60% dei ricoveri totali avviene in regime diurno e di questi la maggior parte è attribuita a DRG medici. Tra i ricoveri ordinari quelli attribuiti a DRG chirurgico risultano circa il doppio rispetto ai ricoveri con DRG medico, però con un consumo pressoché uguale di giornate di degenza legato alla maggior degenza media dei ricoveri medici.

Distribuzione delle dimissioni dalle strutture del Veneto per regime di ricovero e tipo di DRG: numero, giornate di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio accessi). Anno 2006.

REGIME RICOVERO	DRG	NUMERO DIMISSIONI	%	GIORNATE DI DEGENZA	%	DEGENZA MEDIA
Ordinario	Chirurgico	5.044	29	24.064	21	4,8
	Medico	2.287	13	25.636	23	11,2
Diurno	Chirurgico	1.357	8	3.439	3	2,5
	Medico	8.562	50	58.846	53	6,9
Totale		17.250	100	111.985	100	6,5

Nel 2006 i 10 DRG più frequenti rappresentano il 90% del totale dei ricoveri con menzione di tumore mammario. Tra questi i ricoveri con DRG di chemioterapia risultano i più numerosi con un aumento del 13% nel periodo considerato. Tra i ricoveri chirurgici, da sottolineare il calo del 19% delle mastectomie radicali (DRG 257-258), il cui numero risulta nel 2006 pari a 1.477, e la contemporanea crescita del 25% degli interventi conservativi (DRG 259-260), che nel 2006 assommano a 3.241. E' invece crollato il numero di ricoveri con DRG medico di neoplasie maligne della mammella femminile, con o senza menzione di complicanze. Un numero consistente di ricoveri è riferibile a localizzazioni scheletriche (DRG 239) o a follow-up di donne con tumore mammario (DRG 408). In sintesi tali dati sembrano indicare un progressivo e costante cambiamento nella direzione di una maggior appropriatezza dei profili di cura clinici ed organizzativi del tumore della mammella.

Dimissioni dalle strutture del Veneto con menzione di tumore della mammella per anno: primi 10 DRG e percentuale sul totale dei ricoveri per tumore della mammella nel 2006. Anni 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Percentuale 2006
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	6.414	7.156	7.438	6.826	6.533	6.738	7.238	42%
260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne no cc	2.358	2.734	2.804	2.824	2.775	2.986	2.945	17%
258-Mastectomia totale per neoplasie maligne no cc	1.495	1.516	1.463	1.349	1.294	1.313	1.215	7%
239-Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	744	995	1.045	1.282	1.332	1.142	1.105	6%
408-Alteraz.mieloproliferative. o neoplasie poco differenziare con altri interventi	516	621	805	898	932	998	1.101	6%
409-Radioterapia	225	718	396	232	582	512	568	3%
274-Neoplasie maligne della mammella con cc	1.044	833	822	740	682	672	533	3%
259-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con cc	252	240	247	313	278	295	296	2%
257-Mastectomia totale per neoplasie maligne con cc	335	305	330	285	241	253	262	2%
275-Neoplasie maligne della mammella no cc	1.082	674	563	434	418	427	248	1%

L'evidenza di un cambiamento del profilo di trattamento chirurgico del tumore della mammella ha consigliato una successiva analisi dei trend temporali per individuare eventuali relazioni con i volumi di attività delle diverse strutture. Sono dunque stati selezionati i ricoveri delle donne residenti nel Veneto effettuati nelle strutture regionali con diagnosi 174 e codice di chirurgia conservativa (85.21-85.23) o di chirurgia radicale (85.41-85.48); in caso di più ricoveri è stato considerato il primo. E' stata inclusa nell'approccio conservativo anche la biopsia chirurgica della mammella (85.12), in assenza di altra segnalazione di intervento (infatti genera lo stesso DRG della chirurgia conservativa, e nel periodo considerato, a differenza degli altri codici, era compresa nella lista regionale degli interventi eseguibili in day surgery).

La rilevazione mostra come il diffondersi della chirurgia conservativa abbia interessato non solo le fasce di età coinvolte nello screening mammografico (dove nel 2006 un primo approccio non demolitivo interessa quasi l'80% delle donne trattate per tumore mammario), ma anche le donne sopra i 70 anni.

Proporzione di donne trattate in ospedali a basso (<50 pazienti/anno operate per tumore mammario), medio (50-100) ed alto (>100) volume di attività, e corrispondenti percentuali di chirurgia conservativa. Anni 2000-2006.

	Proporzione di donne trattate (%)			Chirurgia conservativa %		
	<50	50-100	>100	<50	50-100	>100
2000	22	23	55	47	50	63
2001	21	30	49	46	61	64
2002	17	33	51	54	57	66
2003	16	29	56	58	64	66
2004	12	41	47	58	66	69
2005	14	28	58	61	65	71
2006	13	36	51	64	68	73

Nel periodo 2000-2006 si assiste ad un progressivo calo della percentuale di donne trattate in ospedali a basso volume di attività (meno di 50 chirurgie per tumore mammario/anno), in parallelo ad un progressivo aumento della percentuale di donne trattate negli ospedali a medio volume di attività. Contemporaneamente, la diffusione della chirurgia conservativa ha interessato tutte le strutture sia ad alto che medio-basso volume di attività.

In conclusione, parallelamente all'implementazione dei programmi di screening mammografico, nel periodo esaminato si è registrato un diffondersi del ricorso alla chirurgia conservativa, che peraltro si è esteso anche alle donne più anziane. Vi è da segnalare che, diversamente dalle rilevazioni inerenti le altre sedi tumorali esaminate, l'indice di fuga è superiore a quello di attrazione.

Fonti

ISTAT

Istituto Nazionale di Statistica - Ufficio regionale per il Veneto

Corso del Popolo, 23 - 30172 Venezia-Mestre

Telefono: 041 5070811

Fax: 041 5070835

e-mail: urve@istat.it

Sito Internet: <http://demo.istat.it/>

Direzione Sistema Statistico Regionale della Regione del Veneto

affidente alla Segreteria Generale Programmazione

Rio dei Tre Ponti Dorsoduro, 3494 - 30123 Venezia

Telefono: 041 2792109

Fax. 041 2792099

e-mail: statistica@regione.veneto.it

Sito Internet: <http://statistica.regione.veneto.it/>

CRRC - SER

Centro regionale di riferimento per il coordinamento del Sistema Epidemiologico della Regione del Veneto - c/o Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto dell'Azienda ULSS 8 di Asolo.

Via dei Carpani, 16/z - 31033 Castelfranco Veneto (TV)

Telefono: 0423 732790 oppure 0423 732941

Fax: 0423 732791

e-mail: ser@ulssasolo.ven.it

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

Veneto Lavoro

Ente strumentale della Regione Veneto per le politiche dell'occupazione

Via Ca' Marcello, 67/b - 30172 Venezia Mestre

Telefono: 041 2919311

Fax: 041 2919312

e-mail: mail.lavoro@venetolavoro.it

Sito Internet: <http://www.venetolavoro.it/>

Veneto Immigrazione

Banca dati promossa dalla Regione del Veneto e realizzata da Italia Lavoro (Unità Territoriale Veneto).

Centro "La Vela" Via Ancona n.22-24 – 30172 Venezia Mestre

Telefono: 041 5455810

Fax: 041 2580128

e-mail: veneto@italialavoro.it

Sito Internet: <http://www.venetoimmigrazione.it/>