



REGIONE DEL VENETO

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto



Anno 2020
(dati 2019)

Introduzione

La Relazione Socio Sanitaria è un documento che descrive e rendiconta i principali elementi che caratterizzano il Sistema Socio-Sanitario Regionale (SSSR).

Per tutta la durata della pandemia le varie componenti del Sistema socio-sanitario regionale, sono state impegnate a gestire l'emergenza sanitaria generata dal virus Covid-19, che ha totalmente contraddistinto l'attività del 2020, sia dal punto di vista sanitario che dal punto di vista economico-finanziario ed amministrativo.

I primi mesi del 2020, periodo caratterizzato dalla fase di consolidamento del dato riferito all'anno 2019 e dalla definizione dei contenuti della relazione, sono stati pesantemente influenzati dall'avvento della pandemia che ne ha interrotto la stesura; tuttavia nel corso del 2020 sono state redatte ugualmente alcune relazioni di approfondimento sull'attività 2019 allo scopo di supportare ed indirizzare le azioni di programmazione e controllo delle attività.

Viene pertanto presentata la Relazione Socio Sanitaria con le analisi redatte nel 2020; il documento, composto da due sezioni distinte ma complementari, si articola in una sezione relativa al "Profilo di Salute", che riporta l'analisi sullo stato di salute e sui bisogni socio-sanitari della popolazione ed una sezione che descrive il "Monitoraggio delle attività ospedaliere" e si focalizza sul monitoraggio dell'attività ospedaliera delle aziende sanitarie venete in rapporto agli indicatori nazionali.

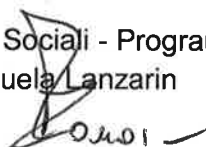
I contributi tecnico-professionali sono stati curati per competenza dalle diverse Unità Operative di Azienda Zero.

La prima parte della relazione descrive il profilo di salute della popolazione in Veneto per quanto riguarda le cause di mortalità, i tumori, la cronicità e la "multimorbilità" e i dati, riferiti appunto al 2019, sono stati consolidati a maggio 2020.

I dati e le informazioni raccolte per redigere la Relazione, sono stati utilizzati anche a supporto del "Piano strategico operativo-regionale 2021-2023 "Indicazioni ad interim di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale", redatto a cura della Direzione Prevenzione Regionale e deliberato dalla Giunta con Deliberazione n. 187 del 28/02/2022.

La seconda parte si focalizza altresì sui risultati del monitoraggio degli indicatori di volume ed esito dell'attività ospedaliera, in aderenza al DM 70/2015, ed inseriti tra gli "Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del SSR per l'anno 2019". I dati elaborati sono riferiti al 2019 e sono stati consolidati alla data di agosto 2020.

L'Assessore alla Sanità - Servizi Sociali - Programmazione Socio-Sanitaria
Manuela Lanzarin



INDICE GENERALE

Profilo di Salute pag 7

Monitoraggio attività ospedaliere pag 43

Profilo di Salute della Regione del Veneto

INDICE

1. Mortalità per causa	11
2. Tumori	16
3. Cronicità e multimorbilità	21

1. Mortalità per causa

Copia delle schede ISTAT di morte è inviata dalle Aziende ULSS al SERR (Servizio Epidemiologico Regionale e Registri) per la codifica della causa di morte ed il data entry; alle singole Aziende ULSS viene poi restituita la sezione dell'archivio informatizzato di propria competenza. A partire dal 2007 la codifica viene effettuata secondo la decima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-10). I dati regionali di mortalità sono consolidati fino al 2019.

Tabella 1.1 - Mortalità per tutte le cause: numero di decessi (N), tasso osservato (TO) e tasso standardizzato (TS) per sesso (tassi per 100.000). Veneto, anni 2000-2019. Standardizzazione diretta, pop. standard: Veneto 01/01/2007

	MASCHI			FEMMINE			TOTALE		
	N	TO	TS	N	TO	TS	N	TO	TS
2000	20.924	959,5	1.436,5	21.257	922,5	837,3	42.181	940,5	1.070,0
2001	20.532	936	1.366,1	20.940	904,6	793,4	41.472	919,8	1.015,5
2002	21.007	952,5	1.371,7	21.348	918,8	778,7	42.355	935,2	1.005,8
2003	21.132	950,1	1.350,1	22.371	956,8	799	43.503	953,6	1.014,1
2004	20.487	909,1	1.282,4	20.913	884,1	737,7	41.400	896,3	948,6
2005	20.854	913,7	1.275,6	21.890	917	751,8	42.744	915,4	956,4
2006	20.383	886,8	1.212,8	21.222	883,0	707,2	41.605	884,8	904
2007	20.733	897,1	1.202,7	22.290	921,9	722,6	43.023	909,8	909,8
2008	21.329	912,3	1.214,6	22.740	929,9	720,7	44.069	921,3	914,3
2009	21.219	899,8	1.188,3	22.771	922,1	711,8	43.990	911,2	897,1
2010	21.322	902,3	1.179,7	23.150	933,9	709,6	44.472	918,5	889,5
2011	21.306	901,4	1.132,7	23.580	947,6	693,9	44.886	925,1	864,6
2012	22.068	933,2	1.142,3	24.619	987,7	701,0	46.687	961,2	873,9
2013	21.634	909,8	1.077,5	24.044	960,3	665,2	45.678	935,7	828,6
2014	21.678	902,5	1.038,7	23.711	939,1	632,1	45.389	921,3	795,1
2015	22.740	946,6	1.055,2	26.196	1.037,4	677,9	48.936	993,1	830,5
2016	22.497	938,7	1.017,5	25.046	994,4	635,8	47.543	967,3	792,3
2017	22.932	957,7	1.010,9	26.138	1.040,1	653,6	49.070	999,9	798,4
2018	22.842	953,4	979,2	25.776	1.027,2	633,7	48.618	991,2	776,1
2019	22.910	954,7	955,0	25.684	1.024,9	619,1	48.594	990,5	759,0

Si può osservare come a partire dal 2000 il numero assoluto annuo di decessi sia aumentato considerevolmente (circa da 42.000 a 48.000), il tasso grezzo (osservato) di mortalità registri un lieve aumento limitato al sesso femminile, mentre quello standardizzato si sia sostanzialmente ridotto.

La principale causa di morte per tumore negli uomini è ancora rappresentata dal tumore del polmone (7,4% di tutti i decessi), nonostante prosegua un trend storico di forte riduzione; nelle donne invece i tassi di mortalità, per questa malattia, sono rimasti sostanzialmente stabili (Figura 1.1). I tumori del grosso intestino, pur presentando tassi standardizzati in notevole riduzione a partire da metà degli anni 2000, sono la seconda causa di decesso per neoplasie dopo il tumore del polmone negli uomini e la terza dopo i tumori di mammella e polmone nelle donne. Il tumore della mammella mostra una mortalità in diminuzione, ma costituisce ancora la principale causa di morte per tumore nelle donne (4,0% di tutti i decessi).

Tabella 1.2 – Mortalità per tutte le cause: numero di decessi (N), mortalità proporzionale (%) e tasso osservato (TO) di mortalità per causa (tasso per 100.000). Veneto, periodo 2016-2019

	MASCHI			FEMMINE		
	N	%	TO	N	%	TO
ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	2.485	2,7	25,9	3.014	2,9	30,0
TUMORI	30.709	33,7	320,3	25.642	25,0	255,2
Tumore maligno di colon, retto e ano	3.191	3,5	33,3	2.651	2,6	26,4
Tumore maligno di fegato e dotti biliari intraep.	2.074	2,3	21,6	935	0,9	9,3
Tumore maligno del pancreas	2.077	2,3	21,7	2.320	2,3	23,1
Tumore maligno di trachea, bronchi e polmone	6.781	7,4	70,7	3.188	3,1	31,7
Tumore maligno della mammella				4.111	4,0	40,9
Tumore maligno della prostata	2.133	2,3	22,2			
MAL. ENDOCRINE, NUTRIZIONE, METABOLICHE	3.406	3,7	35,5	3.929	3,8	39,1
Diabete mellito	2.683	2,9	28,0	2.849	2,8	28,4
DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	3.689	4,0	38,5	7.624	7,4	75,9
Demenza	3.267	3,6	34,1	7.275	7,1	72,4
MAL. DEL SISTEMA NERVOSO	3.972	4,4	41,4	4.912	4,8	48,9
Morbo di Parkinson	1.266	1,4	13,2	1.100	1,1	10,9
Malattia di Alzheimer	1.076	1,2	11,2	2.184	2,1	21,7
MAL. DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	28.131	30,9	293,4	37.534	36,6	373,6
Malattie ipertensive	3.540	3,9	36,9	7.065	6,9	70,3
Cardiopatie ischemiche	10.000	11,0	104,3	9.364	9,1	93,2
Altre malattie cardiache	7.414	8,1	77,3	10.726	10,4	106,8
Malattie cerebrovascolari	5.821	6,4	60,7	8.890	8,7	88,5
MAL. DEL SISTEMA RESPIRATORIO	7.481	8,2	78,0	7.425	7,2	73,9
Polmonite	2.353	2,6	24,5	2.673	2,6	26,6
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	2.782	3,1	29,0	2.262	2,2	22,5
MAL. APPARATO DIGERENTE	3.339	3,7	34,8	3.738	3,6	37,2
Malattie del fegato	1.418	1,6	14,8	788	0,8	7,8
CAUSE ESTERNE DI MORTALITA'	4.324	4,7	45,1	2.906	2,8	28,9
Accidenti da trasporto	1.007	1,1	10,5	289	0,3	2,9
Autolesione intenzionale	1.130	1,2	11,8	307	0,3	3,1
TOTALE	91.181	100,0	951,1	102.644	100,0	1.021,7

Tra le malattie circolatorie le più rappresentate, soprattutto tra gli uomini, sono le cardiopatie ischemiche (che includono l'infarto acuto del miocardio, altre cardiopatie ischemiche acute, e le cardiopatie ischemiche croniche). Un'altra importante classe di patologie circolatorie è costituita dalle malattie cerebrovascolari (ictus ed esiti di ictus). Si può osservare come vi sia stata nel tempo una forte riduzione della mortalità per questi due gruppi di patologie in entrambi i sessi; in particolare la riduzione della mortalità per cardiopatie ischemiche si è verificata principalmente a partire dal 2009-2010 (Figura 1.2).

Figura 1.1 – Mortalità per tumore al polmone, colon-retto e della mammella nel Veneto: tasso standardizzato con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2019, standardizzazione diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007

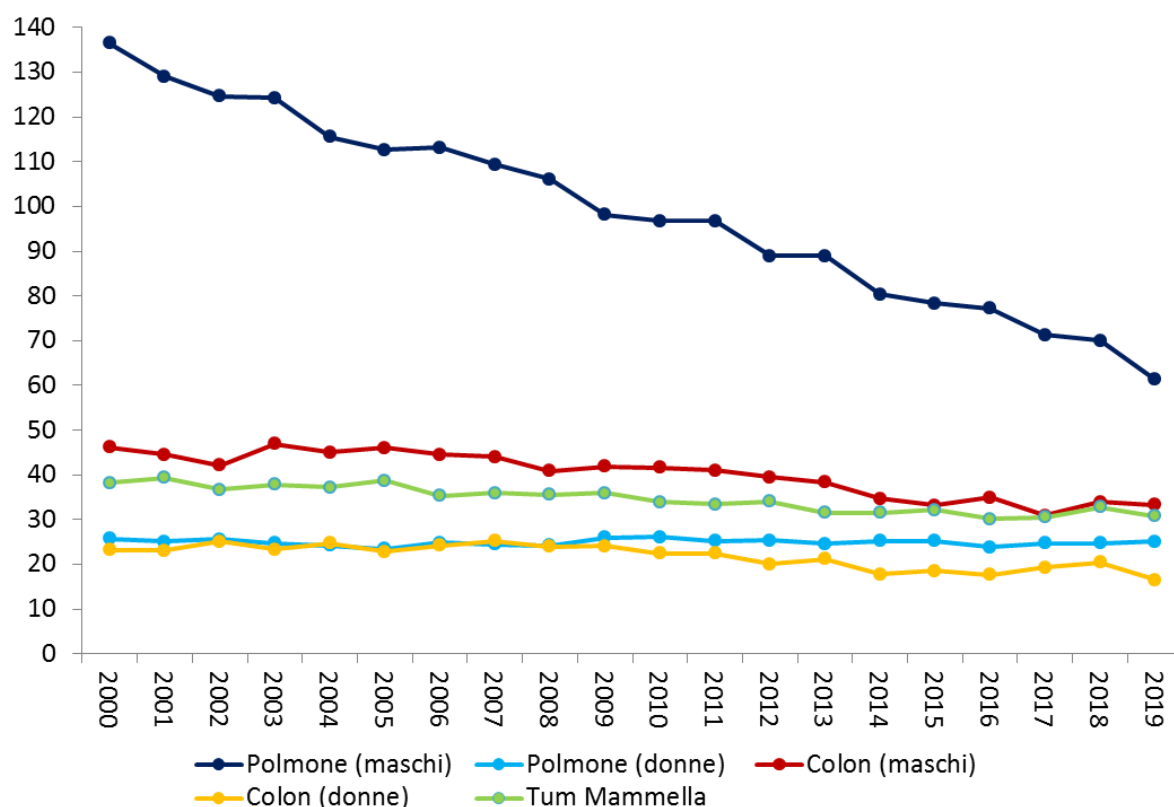
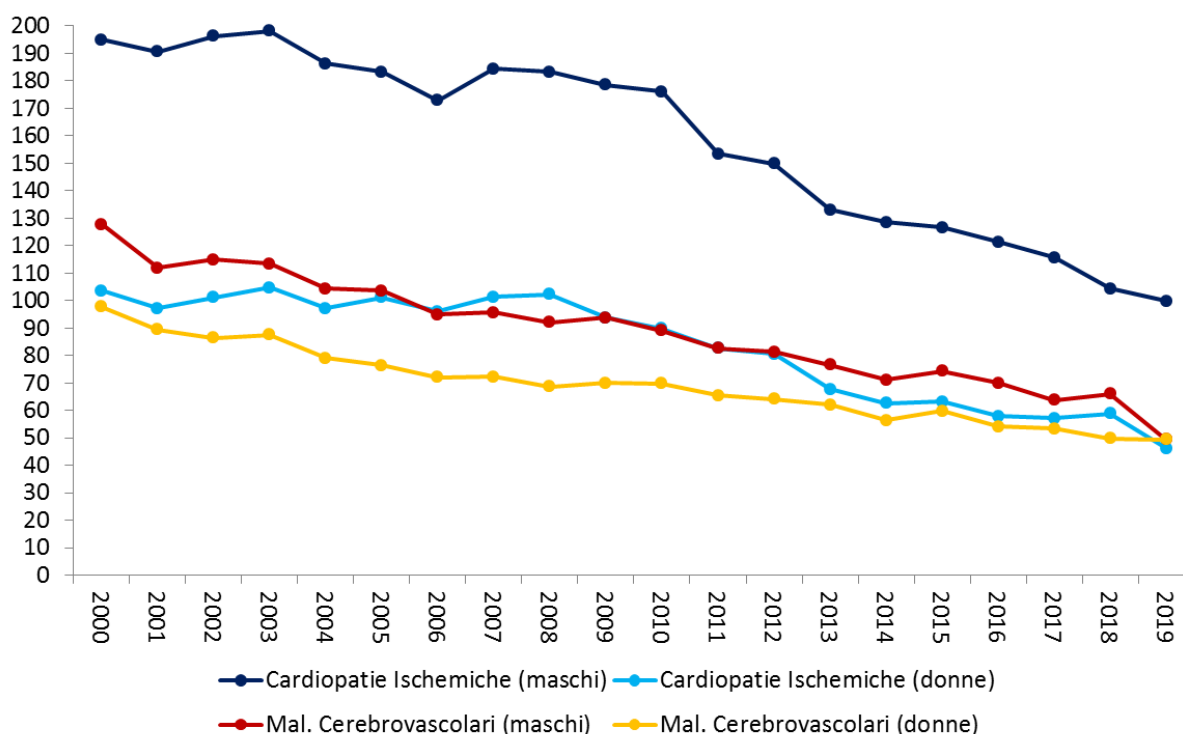


Figura 1.2 – Mortalità per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2019, standardizzazione diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007



Le malattie delle basse vie respiratorie (enfisema, bronchite cronica, asma), e le malattie del fegato (cirrosi ed altre epatopatie), pur presentando tassi di mortalità in riduzione nel tempo, costituiscono altre rilevanti cause di morte, soprattutto tra gli uomini. Si tratta di patologie (come il diabete, la malattia di Alzheimer e le demenze) spesso segnalate nella scheda di morte senza essere però selezionate come causa iniziale del decesso.

Considerando tutte le cause di morte, i tassi di mortalità più elevati si registrano nell'ULSS 5 Polesana e nella 1 Dolomiti, ed i tassi più bassi nella 2 Marca Trevigiana.

Tabella 1.3 – Mortalità per tutte le cause: numero di decessi (N) tasso osservato (TO) e tasso standardizzato (TS) con intervallo di confidenza al 95% (IC 95%) per NUOVE ULSS di residenza e sesso (tassi per 100.000). Veneto, periodo 2016-2019. Standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007.

	MASCHI				FEMMINE			
	N	TO	TS	IC 95%	N	TO	TS	IC 95%
1-Dolomiti	4.536	1.141,2	1.057,3	(1.026,0-1.088,5)	5.370	1.269,5	669,5	(650,4-688,6)
2-Marca Trevigiana	15.292	878,5	952,9	(937,6-968,2)	17.170	950,7	605,8	(596,3-615,3)
3-Serenissima	12.810	1.058,7	1.009,7	(991,9-1.027,4)	14.293	1.106,0	657,7	(646,5-668,9)
4-Veneto Orientale	4.468	1.005,0	1.009,8	(979,8-1.039,8)	4.798	1.020,8	628,7	(610,1-647,3)
5-Polesana	5.649	1.212,0	1.106,2	(1.077,1-1.135,4)	6.445	1.303,6	700,1	(682,0-718,2)
6-Euganea	16.638	914,5	963,9	(949,1-978,8)	19.002	990,5	631,0	(621,6-640,3)
7-Pedemontana	6.556	908,9	1.005,0	(980,2-1.029,9)	7.300	977,3	638,3	(623,1-653,5)
8-Berica	8.557	873,3	982,1	(960,9-1.003,3)	9.550	945,7	623,1	(610,1-636,1)
9-Scaligera	16.675	922,6	977,9	(962,8-992,9)	18.716	992,4	629,0	(619,5-638,4)
TOTALE	91.181	951,1	989,8	(983,3-996,3)	102.644	1.021,7	635,3	(631,3-639,4)

La mortalità per neoplasie (tutte le sedi) è elevata nell'ULSS 3 Serenissima in entrambi i sessi; limitatamente agli uomini è maggiore nell'ULSS 4 Veneto Orientale e 5 Polesana.

Tabella 1.4 – Mortalità per tumori: numero di decessi (N) tasso osservato (TO) e tasso standardizzato (TS) con intervallo di confidenza al 95% (IC 95%) per NUOVE ULSS di residenza e sesso (tassi per 100.000). Veneto, periodo 2016-2019. Standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007.

	MASCHI				FEMMINE			
	N	TO	TS	IC 95%	N	TO	TS	IC 95%
1-Dolomiti	1.489	374,6	330,0	(313,0-346,9)	1.293	305,7	196,7	(185,5-207,9)
2-Marca Trevigiana	5.246	301,4	312,6	(304,1-321,2)	4.330	239,8	184,3	(178,7-190,0)
3-Serenissima	4.527	374,2	342,0	(331,9-352,0)	3.846	297,6	207,8	(201,0-214,5)
4-Veneto Orientale	1.609	361,9	349,2	(332,0-366,4)	1.236	263,0	194,1	(182,9-205,2)
5-Polesana	1.775	380,8	336,5	(320,7-352,2)	1.434	290,1	191,7	(181,4-202,1)
6-Euganea	5.684	312,4	315,7	(307,5-324,0)	4.958	258,4	193,2	(187,7-198,7)
7-Pedemontana	2.154	298,6	309,8	(296,5-323,0)	1.841	246,5	189,2	(180,3-198,0)
8-Berica	2.737	279,3	298,0	(286,7-309,3)	2.252	223,0	174,6	(167,2-182,0)
9-Scaligera	5.488	303,6	310,7	(302,4-319,0)	4.452	236,1	179,9	(174,4-185,3)
TOTALE	30.709	320,3	319,2	(315,6-322,8)	25.642	255,2	189,3	(186,9-191,7)

I tassi più elevati di mortalità per malattie circolatorie si osservano nelle ULSS 5 Polesana e 7 Pedemontana, in entrambi i sessi.

Tabella 1.5 – Mortalità per malattie del sistema circolatorio: numero di decessi (N) tasso osservato (TO) e tasso standardizzato (TS) con intervallo di confidenza al 95% (IC 95%) per NUOVE ULSS di residenza e sesso (tassi per 100.000). Veneto, periodo 2016-2019. Standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007.

	MASCHI				FEMMINE			
	N	TO	TS	IC 95%	N	TO	TS	IC 95%
1-Dolomiti	1.411	355,0	336,8	(318,9-354,6)	1.948	460,5	218,0	(207,8-228,2)
2-Marca Trevigiana	4.748	272,8	305,3	(296,5-314,1)	6.456	357,5	206,0	(200,8-211,2)
3-Serenissima	3.779	312,3	305,0	(295,1-314,9)	5.015	388,1	211,0	(205,0-217,0)
4-Veneto Orientale	1.324	297,8	307,6	(290,8-324,4)	1.775	377,6	212,2	(201,9-222,4)
5-Polesana	1.994	427,8	396,9	(379,2-414,5)	2.651	536,2	259,8	(249,5-270,1)
6-Euganea	4.958	272,5	295,4	(287,0-303,7)	6.518	339,8	198,6	(193,6-203,5)
7-Pedemontana	2.122	294,2	338,1	(323,4-352,8)	2.838	379,9	227,9	(219,2-236,5)
8-Berica	2.749	280,5	324,0	(311,6-336,4)	3.505	347,1	210,1	(203,0-217,3)
9-Scaligera	5.046	279,2	303,8	(295,3-312,3)	6.828	362,1	208,3	(203,2-213,5)
TOTALE	28.131	293,4	313,9	(310,1-317,6)	37.534	373,6	211,6	(209,4-213,9)

Per approfondimenti:

La mortalità nella Regione del Veneto - Periodo 2016-2019

www.ser-veneto.it

2. Tumori

Il Registro Tumori del Veneto, copre l'intera popolazione regionale, è il più grande tra i 50 Registri Tumori presenti in Italia, che complessivamente interessano circa il 70% della popolazione italiana.

Nuovi casi di tumore stimati in Veneto nel 2020

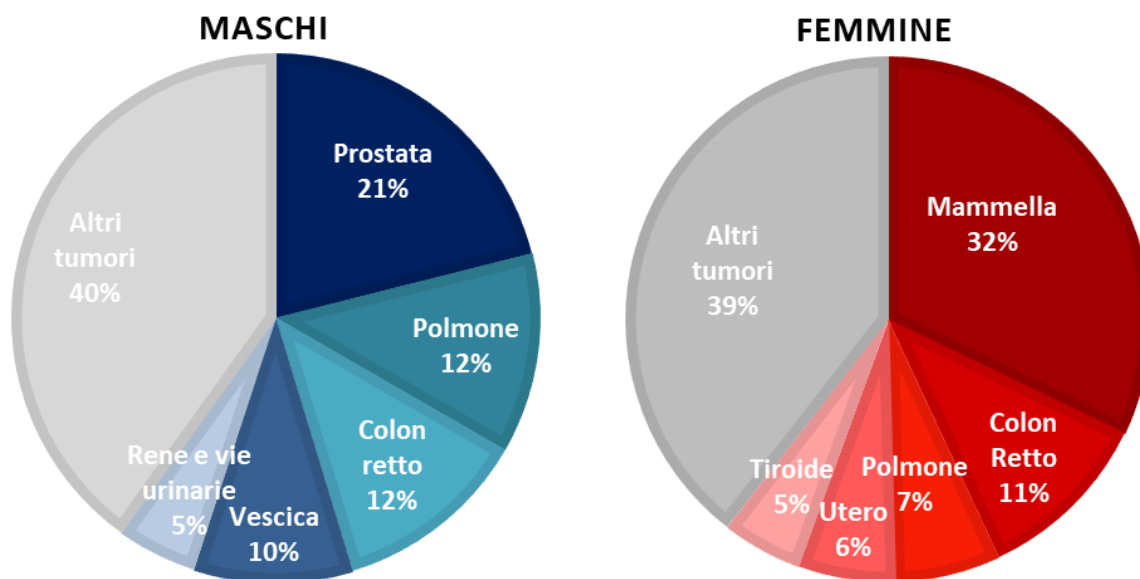
A partire dai dati di incidenza osservati nel 2016-2017, si stimano per l'anno 2020 in Veneto 17.433 nuovi casi di tumore maligno negli uomini e 15.342 nelle donne, per un totale di 32.775 casi. Queste stime corrispondono a circa 7 nuovi casi ogni 1.000 abitanti tra gli uomini e 6 tra le donne. Il tumore più frequente negli uomini è il tumore della prostata, seguito dal tumore del polmone e da quello del colon-retto. Nelle donne il più importante è il tumore della mammella, che rappresenta circa un terzo di tutti i casi, seguito da colon retto e polmone.

Tabella 2.1 – Stima dei nuovi casi di tumore diagnosticati nel 2020 in Veneto

MASCHI			FEMMINE		
SEDE	CASI/ANNO	%	SEDE	CASI/ANNO	%
Prostata	3.674	21,1%	Mammella	4.989	32,5%
Polmone	2.137	12,3%	Colon Retto	1.623	10,6%
Colon retto	2.086	12,0%	Polmone	1.047	6,8%
Vescica	1.688	9,7%	Utero	924	6,0%
Rene e vie urinarie	856	4,9%	Tiroide	712	4,6%
Cute melanomi	791	4,5%	Cute melanomi	655	4,3%
Fegato	738	4,2%	Pancreas	632	4,1%
Linfomi	736	4,2%	Linfomi	621	4,0%
Pancreas	604	3,5%	Vescica	456	3,0%
Stomaco	563	3,2%	Ovaio	427	2,8%
Totale tumori	17.433		Totale tumori	15.342	

Nei maschi con meno di 50 anni i tumori più diffusi sono il melanoma e il tumore al testicolo; il tumore della prostata è il primo tumore negli uomini ultracinquantenni, seguito dal colon retto nei soggetti di 50-69 anni e dal polmone nei soggetti più anziani. Nelle donne il tumore della mammella è il più frequente in tutte le fasce di età analizzate, seguito nelle donne più giovani (0-49 anni) dal tumore della tiroide e da quello del colon-retto nelle donne di età superiore.

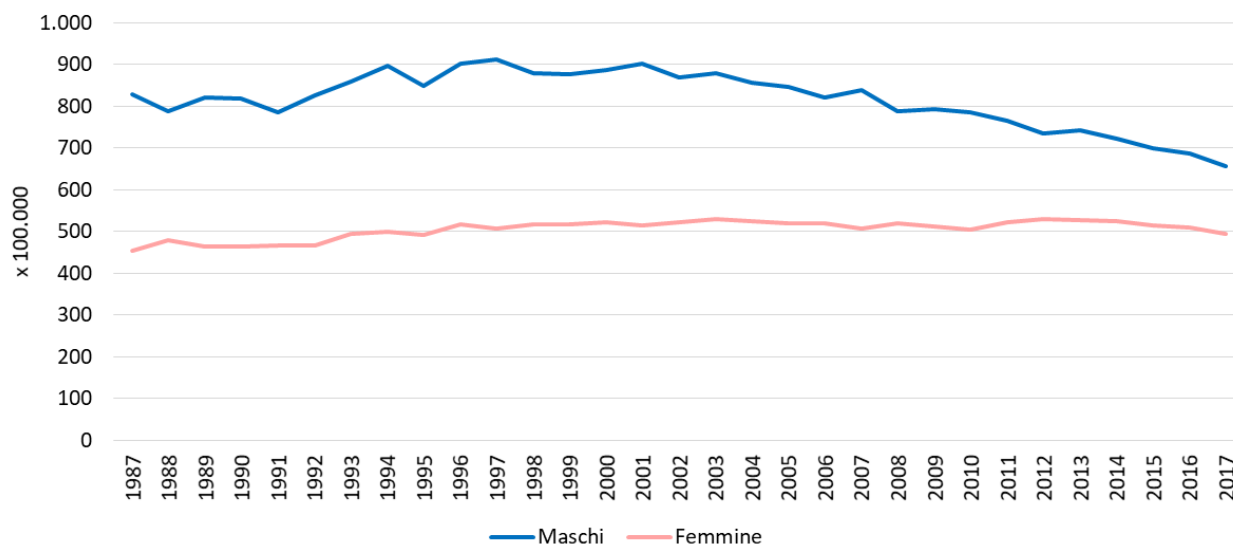
Figura 2.1 – Distribuzione dei nuovi casi di tumore stimati in Veneto nel 2020 sul totale dei tumori. Le 5 sedi più frequenti in ciascun sesso.



Andamento temporale dei tassi di incidenza

Osservando l'andamento temporale dei tassi di incidenza standardizzati del totale dei tumori tra il 1987 e il 2017 si osserva nei maschi una diminuzione significativa del rischio a partire dai primi anni 2000 (-1,8% all'anno). Nelle femmine la riduzione riguarda gli anni più recenti.

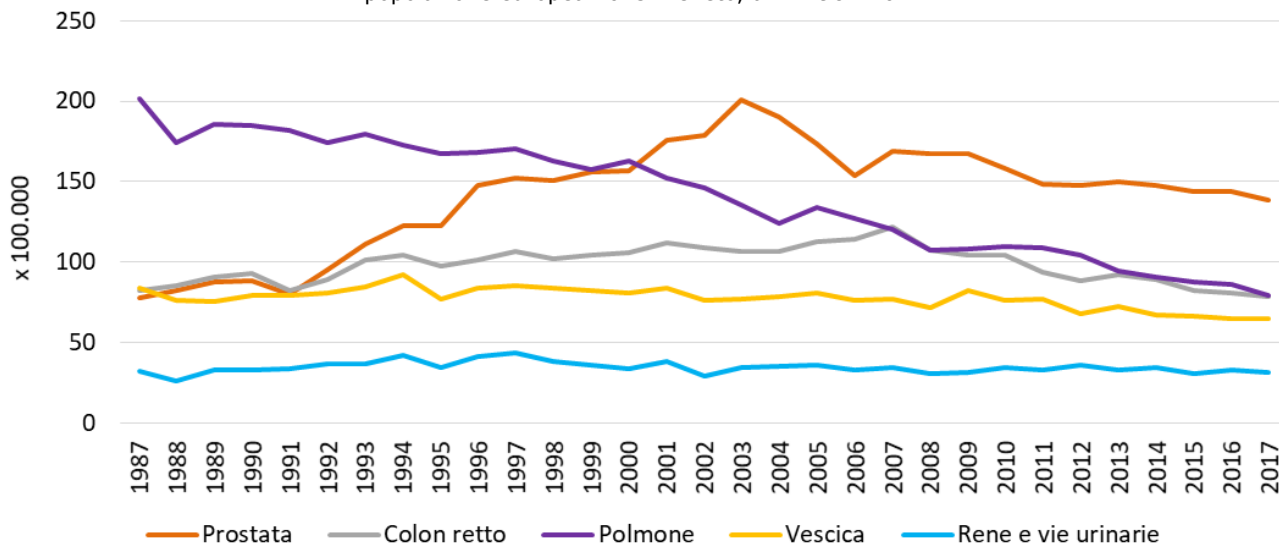
Figura 2.2 – Totale neoplasie maligne (escluse le neoplasie cutanee non-melanoma): andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013, per sesso. Veneto, anni 1987-2017



Nel sesso maschile tutte le 10 sedi più importanti sono in decremento nell'ultimo periodo di osservazione, ad eccezione del melanoma che è in aumento. Dopo il picco registrato nel 2003, prosegue la riduzione dell'incidenza del tumore della prostata (-2% all'anno). L'incremento dell'incidenza osservato fino al 2003 appare dovuto in gran parte alla diffusione del test del PSA, mentre il calo rilevato successivamente sembra essere il risultato dell'anticipazione diagnostica avvenuta negli anni precedenti. Continua il calo del tumore del polmone nei maschi, legato alla riduzione dell'abitudine al fumo (-3,8% all'anno dopo l'introduzione della

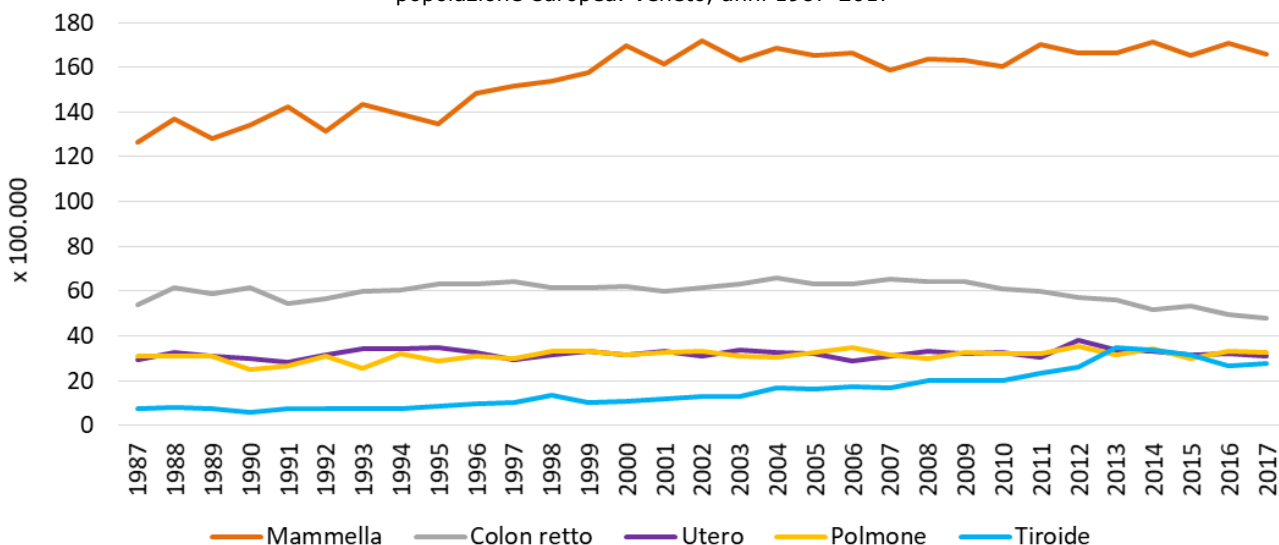
legge antifumo). L'introduzione dello screening del tumore del colon-retto nella popolazione di età 50-69 anni (avviato nelle diverse ASL tra il 2002 e il 2009) sta determinando una sensibile diminuzione dei tassi (-3,9% dal 2007) come conseguenza dell'identificazione e bonifica di elevati numeri di lesioni precancerose (adenomi avanzati). Per il tumore della vescica il decremento è del 2,5% annuo. Infine, il rischio di tumore del rene e degli altri organi urinari è in diminuzione a partire dalla metà degli anni '90 ed è pari a -0,9% all'anno.

Figura 2.3 – Sedi più frequenti nei maschi: andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013. Veneto, anni 1987-2017



Nelle donne l'incidenza del tumore della mammella è stabile dal 2000. L'effetto positivo dei programmi di screening colo-rettale sull'andamento dell'incidenza del tumore del colon retto nella popolazione femminile si è manifestato con un leggero ritardo rispetto ai maschi, con una riduzione dei tassi che è iniziata nel 2010. Il tumore del polmone è in leggero aumento (+0,4%), quello dell'utero è stabile, mentre l'incidenza del tumore della tiroide, dopo un periodo di forte crescita, sta diminuendo dal 2015.

Figura 2.4 – Sedi più frequenti nelle femmine: andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea. Veneto, anni 1987-2017



Casi prevalenti nel Veneto

La stima del numero di soggetti residenti in Veneto che nel corso della loro vita hanno avuto una diagnosi di tumore maligno e risultavano vivi al 1 gennaio 2018 (casi prevalenti), è pari a 132.411 maschi e 159.520 femmine, poco meno del 6% della popolazione. Considerando l'aumento dell'aspettativa di vita e i miglioramenti dei trattamenti di diagnosi e cura, ci si deve attendere una crescita sensibile di questa quota di popolazione nel tempo.

La prevalenza è condizionata sia dalla frequenza della malattia sia dalla sua letalità: tumori meno frequenti ma a buona prognosi tendono ad essere rappresentati nella popolazione più di tumori molto frequenti, ma altamente letali.

Tabella 2.2 – Stima del numero di malati di tumore in Veneto al 1 gennaio 2018 per sesso e singola sede tumorale

Sede	Maschi	Femmine	Totale
Cavità orale	3.609	1.938	5.547
Esofago	565	253	818
Stomaco	2.990	2.392	5.383
Colon retto e ano	19.000	17.031	36.031
Fegato	1.882	663	2.545
Vie biliari	408	434	842
Pancreas	764	820	1.584
Laringe	3.660	523	4.183
Polmone	4.649	2.963	7.611
Cute melanomi	8.867	10.259	19.126
Mammella femminile		73.691	73.691
Utero collo		3.663	3.663
Utero corpo		9.288	9.288
Ovaio		3.888	3.888
Prostata	42.301		42.301
Testicolo	4.751		4.751
Rene e vie urinarie	8.640	4.338	12.978
Vescica	17.475	5.307	22.783
Encefalo e altro SNC	1.418	1.474	2.893
Tiroide	3.089	10.235	13.324
Linfoma di Hodgkin	2.761	2.141	4.902
Linfomi non Hodgkin	6.719	6.179	12.897
Mieloma e malattie immunoproliferative	1.717	1.479	3.196
Leucemie	2.994	2.287	5.281
Totale escluso cute non melanoma	132.411	159.520	291.931

Questi soggetti costituiscono una popolazione molto eterogenea, che include persone con bisogni sanitari differenti, in relazione alla patologia e alla distanza dalla diagnosi. Infatti, se nei primi anni dalla diagnosi si concentrano le fasi di trattamento e sorveglianza più intensive, negli anni successivi si realizzano il follow up clinico - strumentale e la diagnosi ed il trattamento di eventuali recidive della malattia. Infine, i soggetti lungo-sopravvissuti (ovvero i pazienti liberi da malattia e vivi dopo molti anni dalla diagnosi) possono presentare bisogni

sanitari precisi, essendo possibili effetti collaterali a lungo termine delle terapie precedentemente effettuate.

Tabella 2.3 – Stima dei casi di tumore prevalenti al 1 gennaio 2018 in Veneto per anni dalla diagnosi

Anni dalla diagnosi	N. prevalenti	%
<=2	42.436	15%
2-5	53.264	18%
5-10	70.734	24%
10-15	51.866	18%
15-20	33.741	12%
>20	39.889	14%
Totale	291.931	100%

Sito WEB

Il sito web istituzionale del Registro Tumori del Veneto <https://www.registrotumoriveneto.it/>, rende disponibile a tutti gli interessati (cittadinanza, decisori sanitari, mondo scientifico) il patrimonio informativo del Registro. Sono presenti i dati epidemiologici dei tumori della popolazione residente nel Veneto con dettagli che riguardano l'età degli ammalati, il sesso, la sede del tumore, l'AULSS di residenza. Sono inoltre presentati i principali indicatori epidemiologici: incidenza (nuovi casi registrati), andamenti temporali, sopravvivenza, prevalenza, calcolati utilizzando metodi statistici coerenti con le più solide esperienze internazionali.

3. Cronicità e multimorbilità

La Regione del Veneto è impegnata nell'analisi del case-mix di malattia della popolazione utilizzando anche il Sistema di classificazione ACG (Adjusted Clinical Groups) che, integrando i dati dei flussi informativi sanitari correnti relativi all'esperienza di cura del singolo paziente, stratifica la popolazione generale in un numero limitato di categorie che identificano profili simili per carico di malattia e conseguente impatto assistenziale. I profili di cronicità e multimorbilità vengono analizzati nella popolazione residente al 31.12.2019 e ai deceduti nell'arco del 2019, pari a circa 5 milioni di assistiti; di cui circa un terzo ha meno di 35 anni, mentre il 23,8% ha più di 64 anni. Nella popolazione ultra 65enne il rapporto Maschi/Femmine è di 1 a 1,3; rapporto che cresce fino ad un maschio ogni 2,1 femmine dopo gli 85 anni di età.

Tabella 3.1 – Assistiti per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

Classi di età	Genere				Totale	
	Maschi		Femmine			
	N	%	N	%	N	%
0-34 anni	834.516	34,1	792.346	31,0	1.626.862	32,5
35-44 anni	319.345	13,0	316.735	12,4	636.080	12,7
45-54 anni	419.115	17,1	412.830	16,2	831.945	16,6
55-64 anni	352.492	14,4	362.543	14,2	715.035	14,3
65-74 anni	268.885	11,0	291.777	11,4	560.662	11,2
75-84 anni	186.898	7,6	236.978	9,3	423.876	8,5
85 anni e oltre	66.446	2,7	138.818	5,4	205.264	4,1
Totale	2.447.697	100,0	2.552.027	100,0	4.999.724	100,0

Il Sistema ACG è in grado di stratificare la popolazione rispetto al carico di malattia, secondo la classificazione per RUB (Resource Utilization Bands), in 6 categorie di bisogno assistenziale (da "Nessuno-Non utilizzatori" a "Molto elevato"). Quasi un quinto della popolazione complessiva presenta un carico di malattia moderato (19,9%). Nel 2019, più di 1 milione di persone (22%) non hanno avuto contatto con il SSR; mentre il 34% della popolazione presenta almeno una patologia cronica: tra questi il 51,1% ha una singola malattia, il 23,2% due, l'11,8% tre, l'6,3% quattro e il 7,5% presenta 5 o più patologie. In generale, le patologie più frequenti sono l'ipertensione arteriosa (15,0%), le dislipidemie (11,3%), la depressione (6,1%) e il diabete mellito (5,6%). Stratificando per genere, le donne presentano, in percentuale maggiore rispetto agli uomini, depressione (8,1% vs 3,9%), ipotiroidismo (6,4% vs 1,3%) e altre patologie endocrine (5,4% vs 1,2%). Negli uomini si osserva una prevalenza più che doppia di malattia ischemica del cuore, raggruppamento che in questo report esclude l'infarto del miocardio (4,0% vs 1,7%). Nella popolazione affetta da malattia, la multimorbilità e la cronicità sono le condizioni più frequenti; in particolare, l'11,5% appartiene alla categoria ACG "2-3 problemi di salute, età > 34 anni", il 9,1% è classificato nell'ACG "Patologia Cronica generale, stabile" ed il 4,5% nell'ACG "Patologia Cronica generale, instabile". Per il 30,1% della popolazione, circa 1,5 milioni di assistiti, non sono disponibili dati sulle diagnosi, sebbene siano tracciati contatti con i servizi sanitari: si tratta soprattutto di prestazioni di specialistica ambulatoriale il cui flusso informativo non prevede la codifica della diagnosi nel referto. Questa categoria di assistiti, confluisce nella categoria "Utilizzatori senza diagnosi, o con diagnosi minori".

Figura 3.1 – Assistiti per carico di malattia (RUB) e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

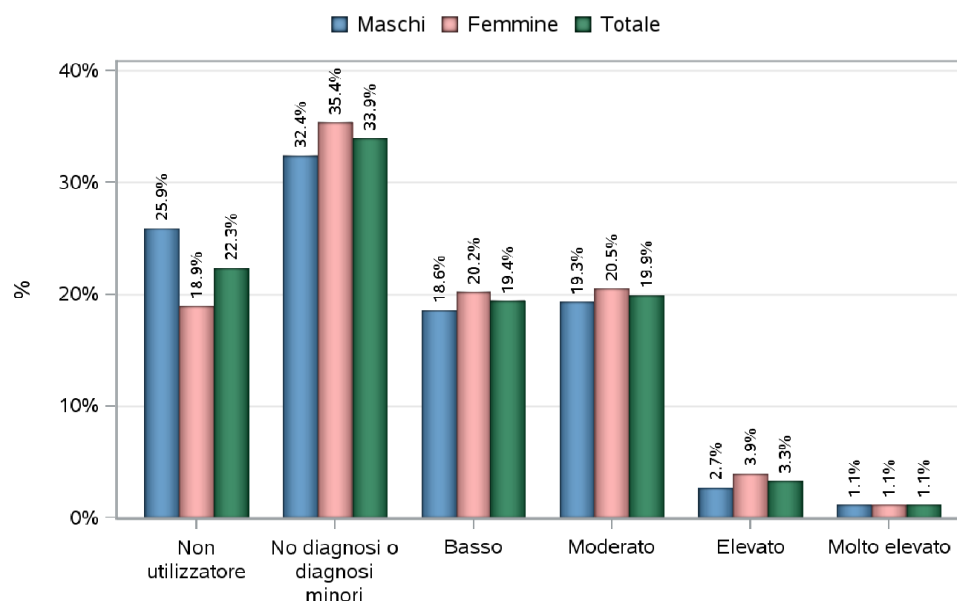


Figura 3.2 – Categorie ACG più frequenti. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

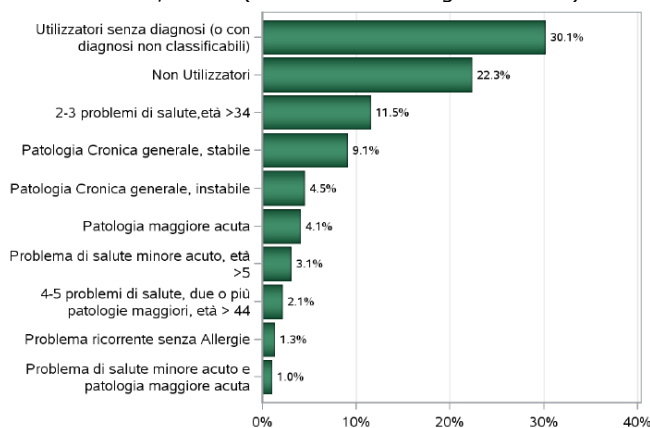


Figura 3.3 – Assistiti Totali, malattie più frequenti. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

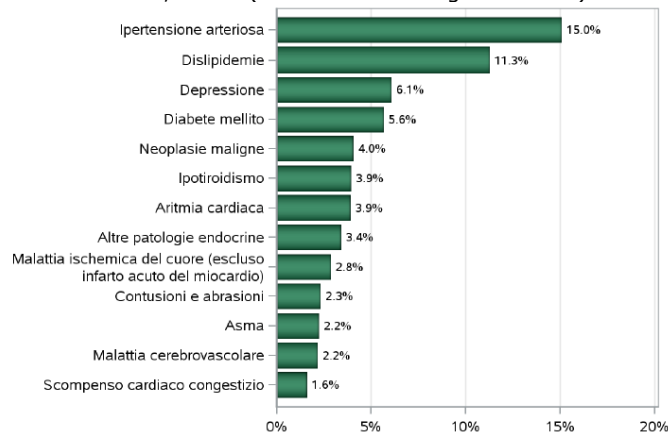


Figura 3.4 – Assistiti Maschi, malattie più frequenti. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

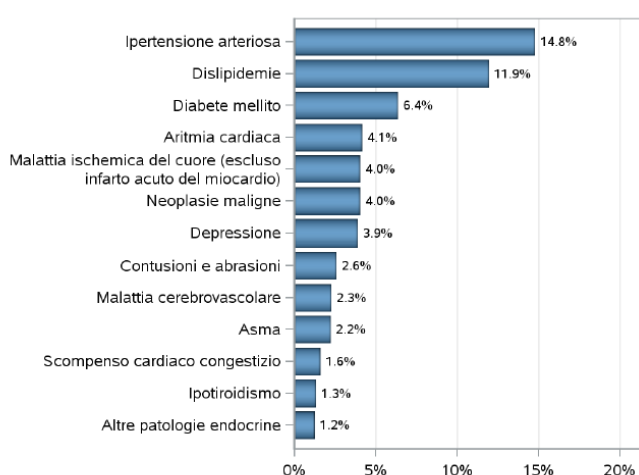
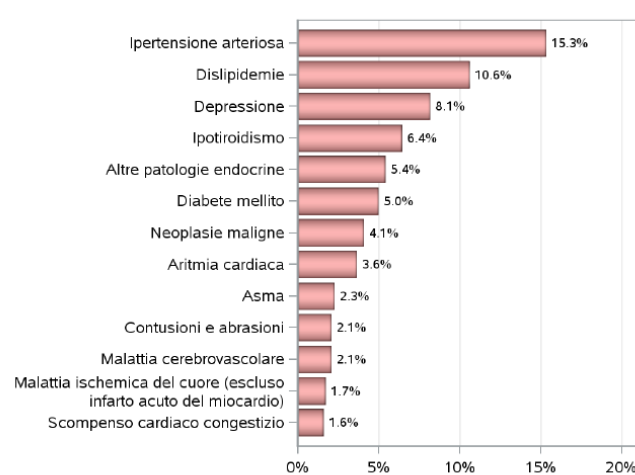


Figura 3.5 – Assistiti Femmine, malattie più frequenti. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Di seguito viene presentato un breve focus sulle patologie croniche. Per ulteriori approfondimenti, è disponibile sul sito www.ser-veneto.it la monografia: *Rapporto epidemiologico sulle malattie croniche in Veneto - Dati anno 2019*

Asma

La patologia asmatica nel 2019 evidenzia una prevalenza grezza del 2,2%, stabile negli ultimi anni, si caratterizza per una maggiore prevalenza nell'età giovanile, un terzo della popolazione con asma ha un'età inferiore ai 35 anni. La prevalenza decrescente dell'asma nelle fasce d'età più avanzate va però letta in parallelo alla prevalenza della BPCO, che aumenta nelle fasce d'età dell'adulto-anziano, riconoscendo quindi meccanismi patofisiologici comuni per le due patologie respiratorie croniche ostruttive maggiormente diffuse nella popolazione. Le ULSS Dolomiti, Euganea e Scaligera presentano tassi di prevalenza standardizzati più elevati rispetto alla media regionale. Solo il 39% dei soggetti asmatici presenta altre patologie croniche compresenti, caratteristica dovuta soprattutto alla sua distribuzione prevalente nella fascia d'età del giovane adulto.

Tabella 3.2 – Assistiti con asma: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100) per genere. Veneto, 2014-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

ASMA	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	89.333	93.380	97.579	102.034	107.539	111.577
Prevalenza grezza MASCHI	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2
Prevalenza grezza FEMMINE	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3
Prevalenza grezza TOTALE	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,2

Figura 3.6 – Asma. Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

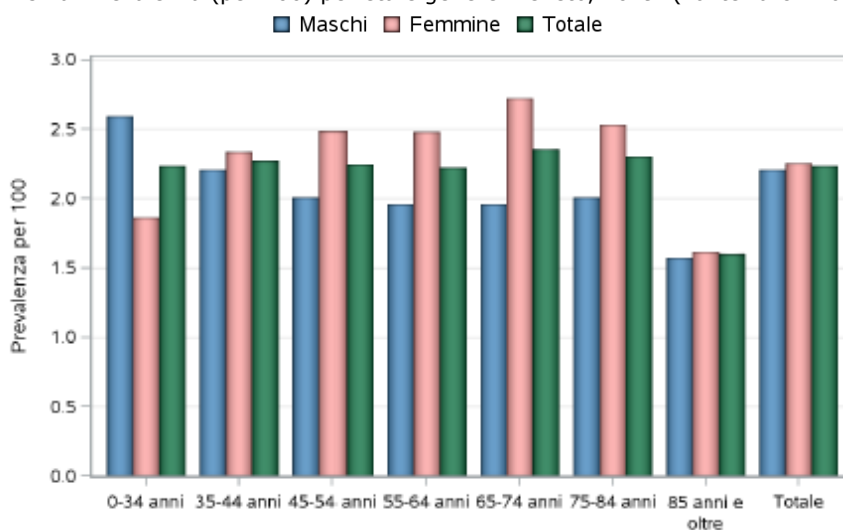
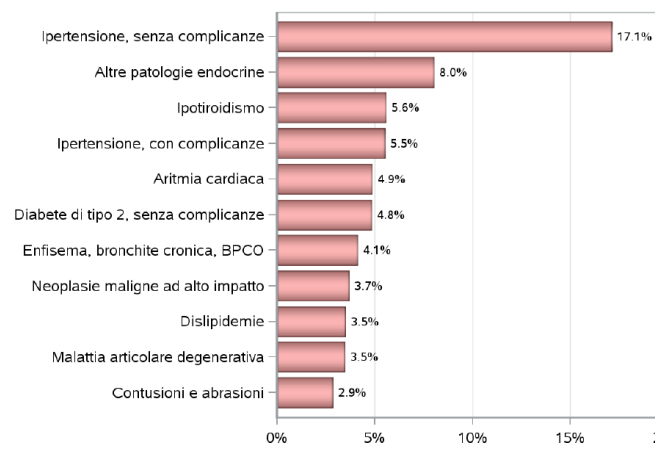
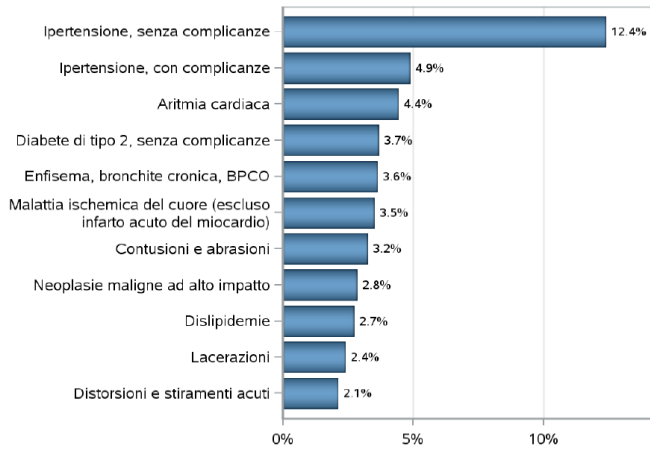


Figura 3.7 – Comorbidità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con asma. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

Figura 3.8 – Comorbidità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con asma. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) di grado moderato/severo

La prevalenza della BPCO si rivela stabile nel periodo 2014–2019, ed evidenzia una forte associazione con l’età e con il genere maschile. La sua distribuzione crescente per fasce d’età va letta in parallelo alla distribuzione decrescente dell’asma, come precedentemente riportato. Due terzi di pazienti con BPCO hanno almeno 75 anni, presentano, quindi, un’elevata presenza di comorbidità. Infatti, il 52% dei soggetti ha 5 o più condizioni croniche, che portano ad un carico di malattia elevato o molto elevato; nel 20% dei casi la BPCO è associata ad insufficienza respiratoria e nel 34% a scompenso cardiaco, stratificando per genere, gli uomini presentano più aritmie cardiache (33,9% vs 29,3%) e malattie ischemiche del cuore (26,4% vs 15,5%).

Tabella 3.3 – Assistiti con BPCO di grado moderato/severo: valori assoluti e prevalenza grezza (per 1.000). Veneto, 2014-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

BPCO di grado moderato/severo	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	34.868	34.610	33.756	34.440	34.879	35.507
Prevalenza grezza MASCHI	7,8	7,7	7,6	7,7	7,8	7,9
Prevalenza grezza FEMMINE	6,2	6,3	6,1	6,2	6,2	6,3
Prevalenza grezza TOTALE	7,0	7,0	6,8	6,9	7,0	7,1

Figura 3.9 – BPCO di grado moderato/severo. Prevalenza (per 1.000) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

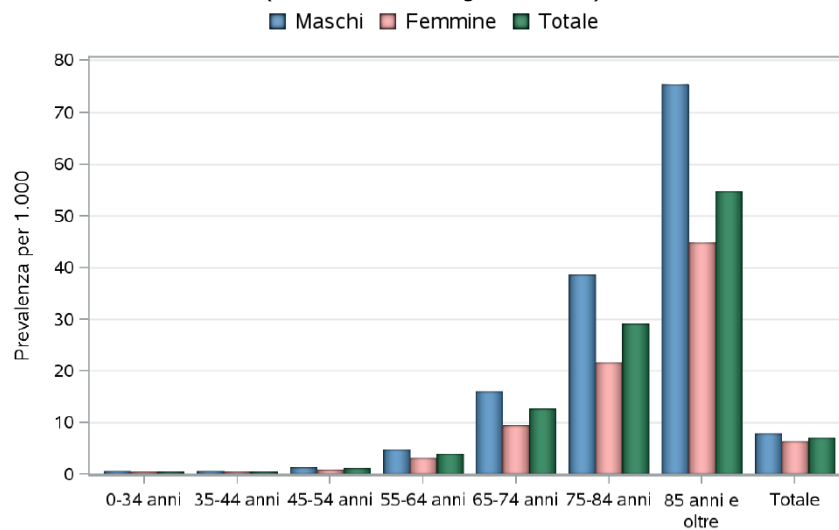
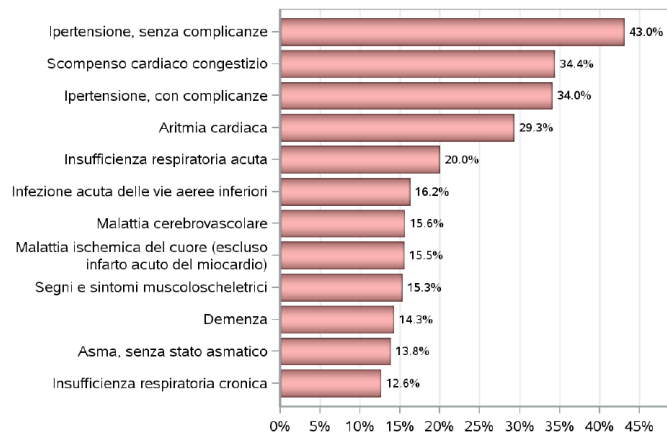
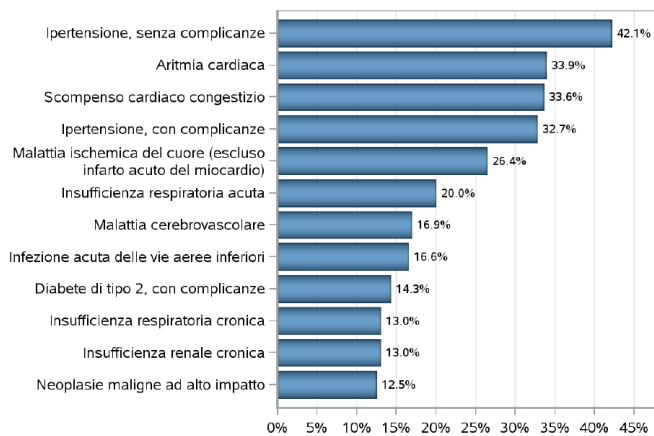


Figura 3.10 – Comorbidità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con BPCO di grado moderato/severo. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

Figura 3.11 – Comorbidità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con BPCO di grado moderato/severo. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Demenza

Nella popolazione generale, nel 2019, sono stati identificati 66.957 soggetti con demenza, il 56% ha più di 85 anni (28.386 donne e 9.055 uomini). Concentrando l'analisi sui casi di 65 anni e oltre, il 98% dei pazienti con demenza, meno del 13% è affetto solo da demenza, mentre il 69% ha 3 o più patologie compresenti. Si rileva anche un'elevata incidenza di patologie acute come infezioni respiratorie (11%) e fratture (12%), cause frequenti di accessi al Pronto Soccorso e di ricoveri ospedalieri. Le malattie associate sono diverse tra maschi e femmine: l'ipertensione non complicata (39% M, 43% F), il diabete complicato (11% M, 6% F - non presente nelle prime 14 patologie), ischemia cardiaca (19% M, 10% F), malattia cerebrovascolare (29% M, 22% F), aritmie (29% M, 23% F). La malattia di Parkinson, la BPCO/enfisema e l'insufficienza renale cronica sono più frequenti nei maschi, mentre le malattie degenerative articolari, le fratture e i disturbi elettrolitici si osservano di più nelle femmine.

Tabella 3.4 – Assistiti con demenza: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100) complessivi e ≥ 65 anni. Veneto, anni 2018-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

DEMENTIA	Tutte le età		65 anni e oltre	
	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	65.340	66.957	64.046	65.659
Prevalenza grezza MASCHI	0,83	0,85	3,8	3,9
Prevalenza grezza FEMMINE	1,77	1,81	6,7	6,8
Prevalenza grezza TOTALE	1,31	1,34	5,5	5,5

Figura 3.12 – Demenza (≥ 65 anni). Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, anno 2019. (Fonte: ACG)

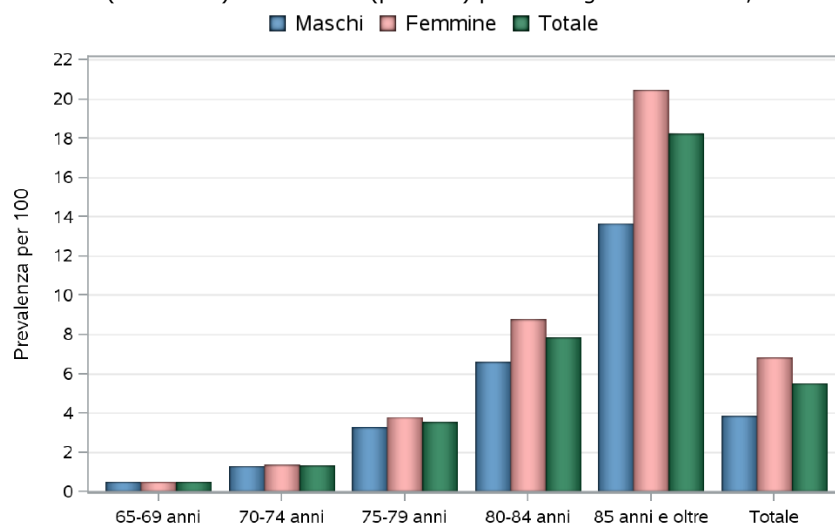
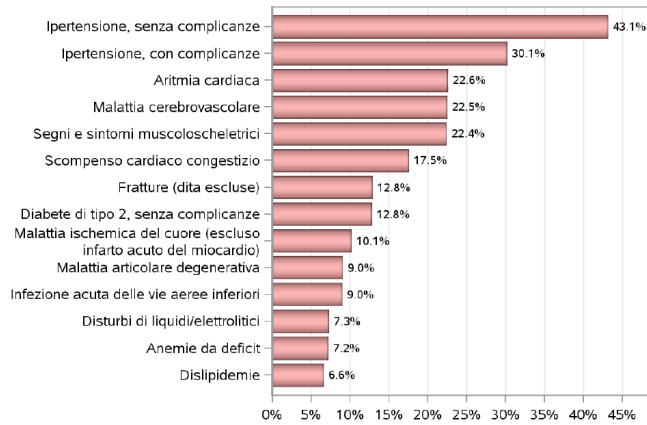
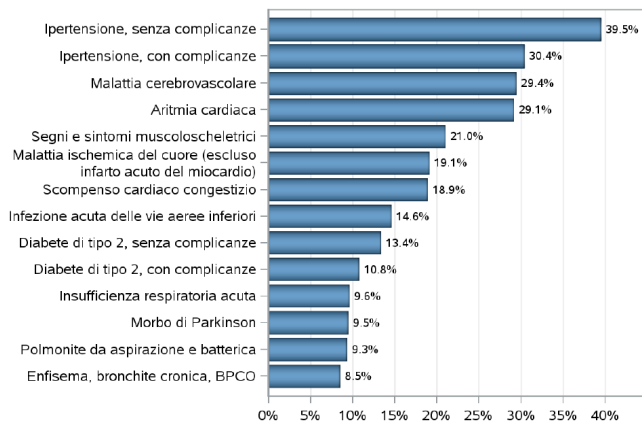


Figura 3.13 – Comorbilità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con demenza (≥ 65 anni). Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

Figura 3.14 – Comorbilità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con demenza (≥ 65 anni). Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Depressione

Nel 2019 quasi 303.000 persone in Veneto risultano affette da depressione, di cui solo il 4% non risulta in trattamento con farmaci antidepressivi. La prevalenza nelle donne (8,1%) è più che doppia rispetto agli uomini (3,8%) con un rapporto Maschi/Femmine e un trend temporale dal 2014 al 2019 stabili. Tra le aziende ULSS, si evidenziano Rapporti Standardizzati di Prevalenza (SPR) più elevati rispetto alla media regionale nelle ULSS Dolomiti, Euganea, Pedemontana e Berica. Poco più del 50% dei pazienti con depressione non presenta altre patologie croniche, mentre il 19% presenta 4 o più condizioni croniche compresenti. Dopo l'ipertensione arteriosa, le comorbilità più frequenti sono le aritmie cardiache (10,1%), il diabete (8,4%), le malattie cerebrovascolari (8,1%), le demenze (7%) ed i tumori maligni (6,4%). Gli uomini presentano anche malattie ischemiche del cuore (10,5%), mentre nelle donne sono presenti malattia articolare degenerativa (6,3%) e l'ipotiroidismo (6%).

Tabella 3.5 – Assistiti con depressione: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100). Veneto, 2014-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

DEPRESSIONE	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	291.713	292.208	291.809	294.404	299.598	302.749
Prevalenza grezza MASCHI	3,7	3,7	3,7	3,8	3,8	3,9
Prevalenza grezza FEMMINE	7,9	8,0	8,0	8,0	8,1	8,1
Prevalenza grezza TOTALE	5,9	5,9	5,9	5,9	6,0	6,1

Figura 3.15 – Depressione. Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

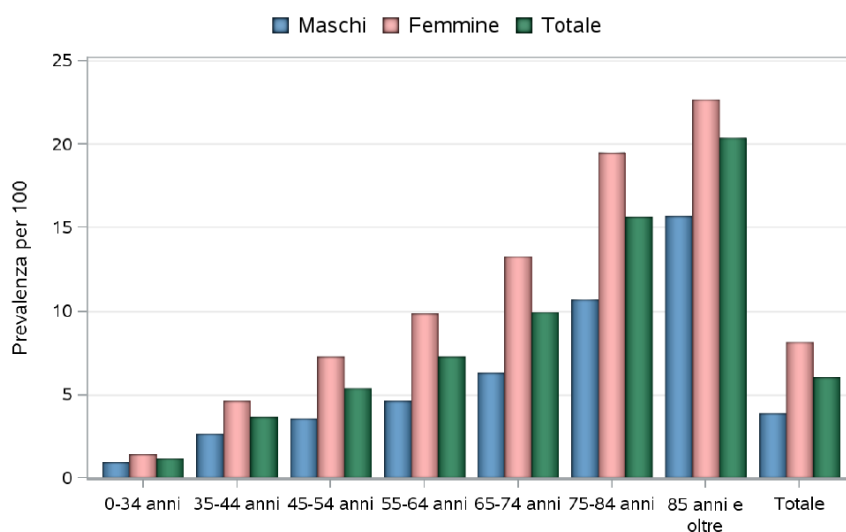
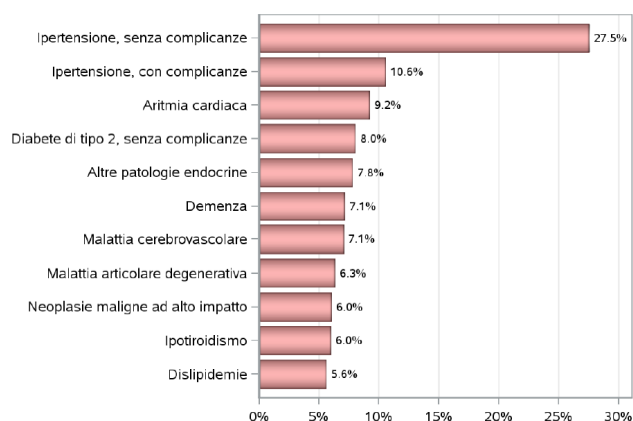
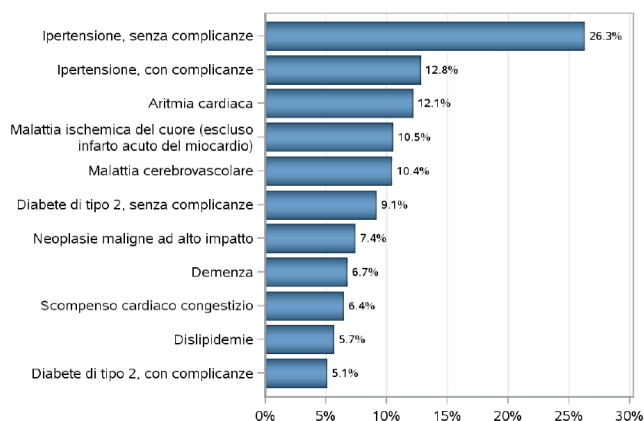


Figura 3.16 – Comorbilità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con depressione. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

Figura 3.17 – Comorbilità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con depressione. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Diabete mellito

La prevalenza del diabete mellito è passata dal 5,4% al 5,6% dal 2014 al 2019, con un incremento di oltre 11.000 pazienti. Nel 2019 più di 282.000 assistiti risultano affetti da diabete mellito, la maggior parte concentrata nella popolazione tra i 65 e gli 85 anni, soprattutto maschi, con prevalenza significativamente più elevata nelle ULSS Polesana e Berica. Il 26,4% degli assistiti con diabete non ha patologie croniche compresenti, mentre il 48,7% ne presenta tre o più. Tra esse, le più diffuse sono l'ipertensione arteriosa, le aritmie cardiache, le dislipidemie e l'insufficienza renale. Stratificando per genere, gli uomini mostrano una prevalenza più del doppio di quella delle donne per la malattia ischemica del cuore (18,8% versus 8,9%). La maggior parte dei pazienti con diabete presenta un carico di malattia basso (32,8%) o moderato (46,6%).

Tabella 3.6 – Assistiti con diabete: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100). Veneto, 2014-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

DIABETE MELLITO	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	271.159	271.502	273.111	276.054	278.894	282.409
Prevalenza grezza MASCHI	6,0	6,1	6,2	6,2	6,3	6,4
Prevalenza grezza FEMMINE	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	5,0
Prevalenza grezza TOTALE	5,4	5,5	5,5	5,6	5,6	5,6

Figura 3.18 – Diabete. Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

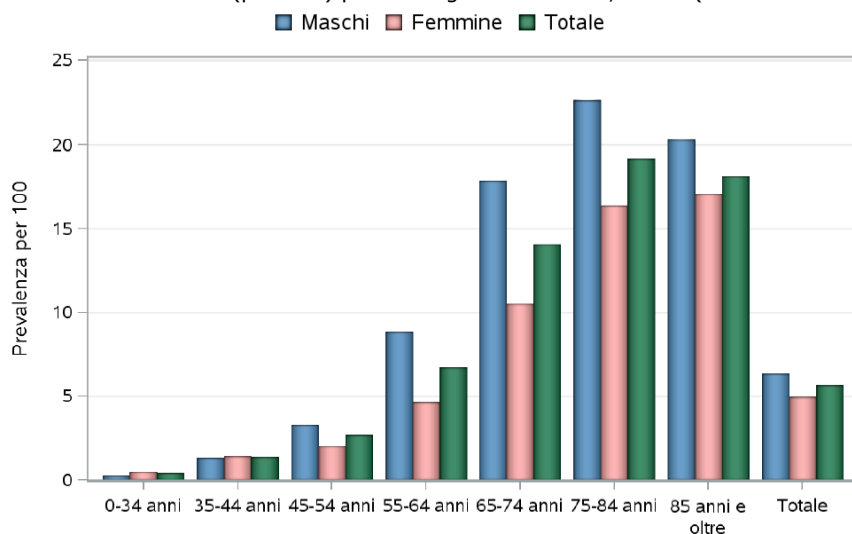
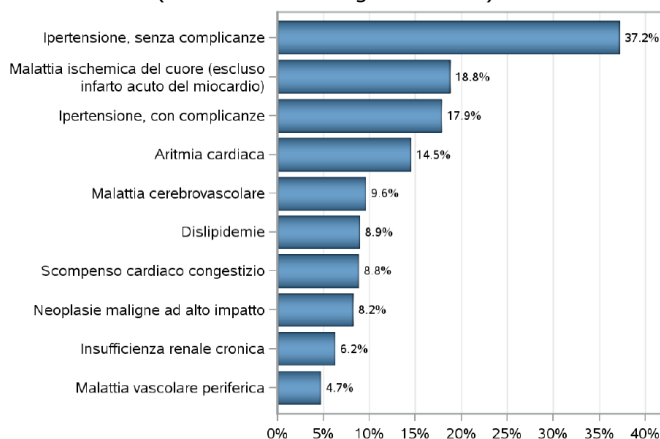


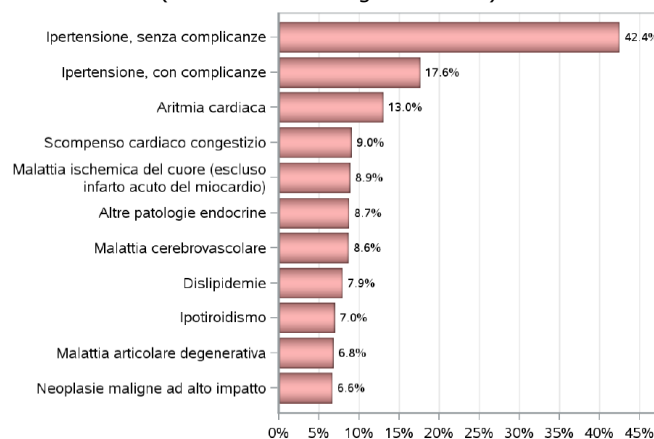
Figura 3.19 – Comorbilità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con diabete. Veneto, 2019.

Figura 3.20 – Comorbilità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con diabete. Veneto, 2019.

(Fonte: archivio regionale ACG)



(Fonte: archivio regionale ACG)



Dislipidemie

Nel 2019 l'11,3% dei veneti è affetto da dislipidemia (95% dei casi in trattamento farmacologico). Dal 2014 ad oggi la prevalenza è in costante aumento, ed è leggermente superiore nei maschi in tutte le fasce d'età. Nelle ULSS Veneto Orientale e Berica si registrano prevalenze standardizzate più alte. La dislipidemia è associata ad altri fattori metabolici che aumentano il rischio di sviluppare malattie cardio e cerebrovascolari. Il 40% dei soggetti con dislipidemia presenta solo questa condizione (38,7% M vs 42,4% F), mentre ai restanti si associano ipertensione arteriosa non complicata (39,9%) e complicata (16,6%), diabete senza (18,3%) e con complicanze (7,6%), patologie cardiache e cerebrali su base ischemica, anch'esse con complicanze associate ad altri fattori di rischio di tipo metabolico. Negli uomini è maggiormente presente la malattia ischemica del cuore (28,4% vs 10,9%), l'aritmia cardiaca (14,9% vs 11,6%) e la malattia cerebrovascolare (11,2% vs 8,9%).

Tabella 3.7 – Assistiti con dislipidemie: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100). Veneto, 2014-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

DISLIPIDEMIE	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	507.958	514.101	523.327	534.731	544.405	562.773
Prevalenza grezza MASCHI	10,6	10,8	11,1	11,3	11,5	11,9
Prevalenza grezza FEMMINE	9,8	9,9	10,1	10,2	10,3	10,6
Prevalenza grezza TOTALE	10,2	10,4	10,6	10,8	10,9	11,3

Figura 3.21 – Dislipidemie. Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

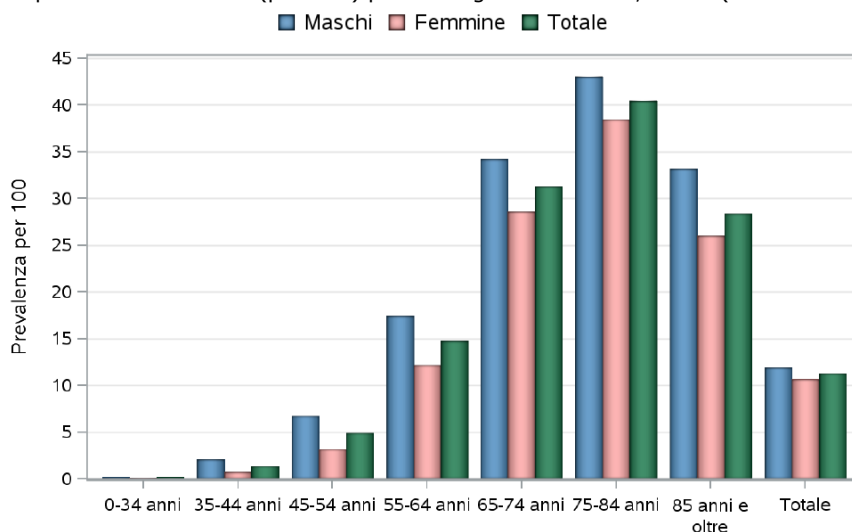


Figura 3.22 – Comorbidità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con dislipidemie. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

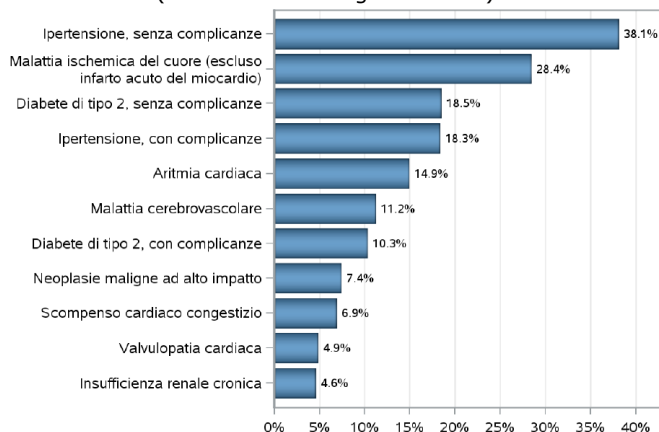
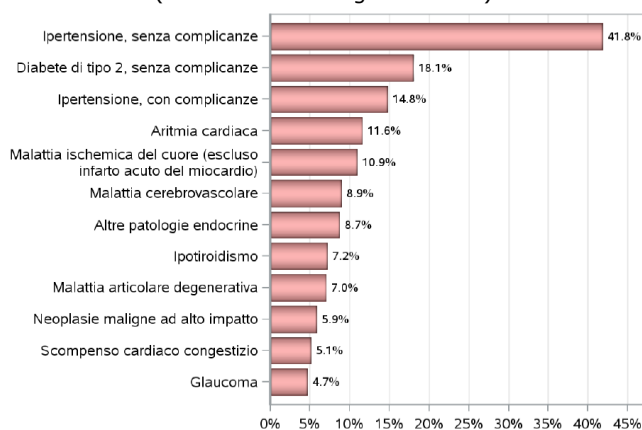


Figura 3.23 – Comorbidità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con dislipidemie. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Insufficienza renale cronica

L'insufficienza renale cronica (IRC) colpisce 45.476 persone in Veneto, pari ad una prevalenza dell'9,1 per 1.000 nel 2019, dato in costante aumento rispetto al 7,9 per 1.000 del 2014. La patologia cronica renale colpisce maggiormente gli uomini (59%) e la prevalenza più elevata si registra nelle fasce d'età comprese tra i 65 e gli 84 anni per gli uomini e oltre i 75 anni per le donne. Le ULSS Polesana e Scaligera presentano tassi standardizzati di prevalenza superiori rispetto alla media regionale. L'83% degli assistiti con IRC ha 3 o più condizioni croniche compresenti, il 52% degli assistiti ne ha 5 o più; solo il 5% presenta unicamente IRC. Ipertensione arteriosa e diabete (34% M vs 29% F), le più importanti cause di IRC, sono le più frequenti patologie compresenti in questi pazienti, insieme a diverse patologie cardiovascolari quali le aritmie cardiache (31,6%), lo scompenso cardiaco (31,5%: 30,3% M vs 33,3% F), la cardiopatia ischemica (25,8%: 31,1% M vs 18,32% F), e la patologia cerebro-vascolare (16,6%). Da segnalare la presenza della demenza nell'11,9% delle donne con IRC.

Tabella 3.8 – Assistiti con IRC: valori assoluti e prevalenza grezza (per 1.000). Veneto, 2014-2019. (Fonte: ACG)

	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	39.437	40.455	41.302	42.371	44.181	45.476
Prevalenza grezza MASCHI	9,4	9,7	10,0	10,2	10,6	10,9
Prevalenza grezza FEMMINE	6,5	6,7	6,8	6,9	7,2	7,3
Prevalenza grezza TOTALE	7,9	8,2	8,3	8,5	8,8	9,1

Figura 3.24 – IRC: Prevalenza (per 1.000) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

■ Maschi ■ Femmine ■ Totale

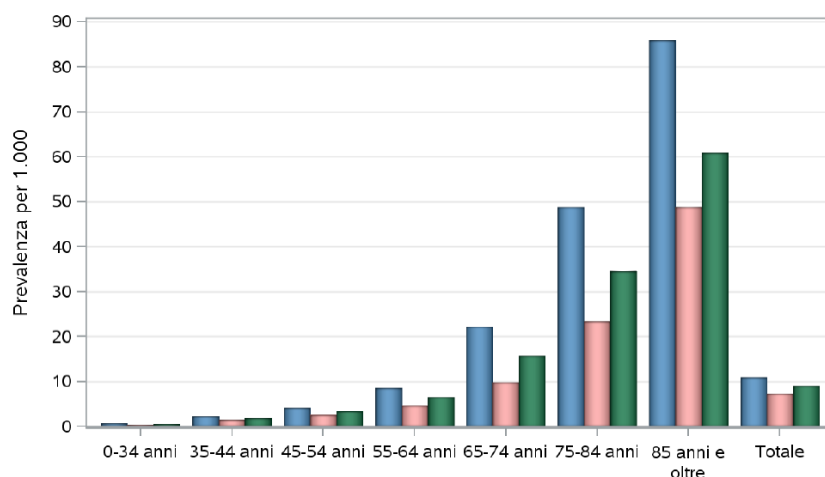
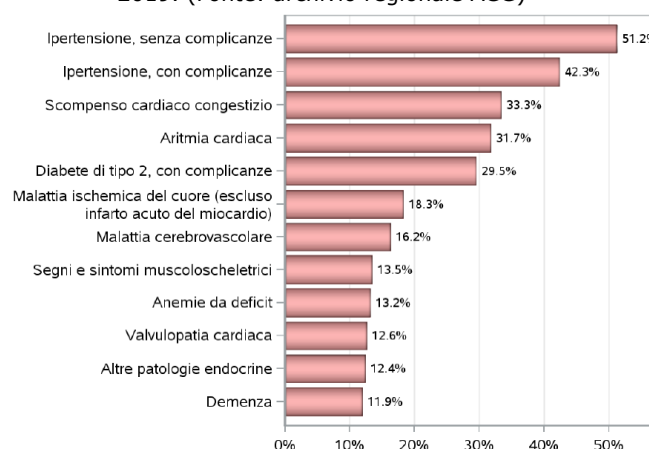


Figura 3.25 – Comorbidità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con insufficienza renale cronica. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Figura 3.26 – Comorbidità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con insufficienza renale cronica. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Iperensione arteriosa

L'iperensione arteriosa, con o senza complicanze d'organo, è la patologia cronica più registrata nel Veneto, colpisce 390.800 donne e 361.521 uomini nel 2019. La prevalenza è del 15% e aumenta linearmente con l'età per entrambi i generi (dal 2,3% nei 35-44enni fino al 58,5% negli ultra85enni). La prevalenza standardizzata è maggiore nelle ULSS Pedemontana e Serenissima rispetto alla media regionale. Un terzo dei pazienti con ipertensione non presenta altre patologie croniche, quasi il 40% presenta 3 o più patologie compresenti. Le più frequenti sono le patologie in organi bersaglio delle complicanze dell'ipertensione, le patologie cardiovascolari, quali le aritmie cardiache (15,3%), la cardiopatia ischemica (11,2%), la patologia cerebrovascolare (8,8%) e lo scompenso cardiaco (7,1%), mentre il 5% e il 12% dei pazienti associano all'ipertensione il diabete, con o senza complicanze, rispettivamente. L'iperensione arteriosa, fattore di rischio più che patologia d'organo, si associa ad un carico di malattia basso (33,2%) o moderato (51,3%) e solo nel 15,4% elevato o molto elevato.

Tabella 3.9 – Assistiti con ipertensione arteriosa: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100). Veneto, 2014-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

IPERTENSIONE ARTERIOSA	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	778.036	781.604	779.827	781.635	755.015	752.321
Prevalenza grezza MASCHI	15,1	15,3	15,4	15,4	14,8	14,8
Prevalenza grezza FEMMINE	16,1	16,2	16,1	16,0	15,4	15,3
Prevalenza grezza TOTALE	15,6	15,8	15,8	15,7	15,1	15,0

Figura 3.27 – Iperensione arteriosa. Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, 2019 (Fonte: arch. regionale ACG)

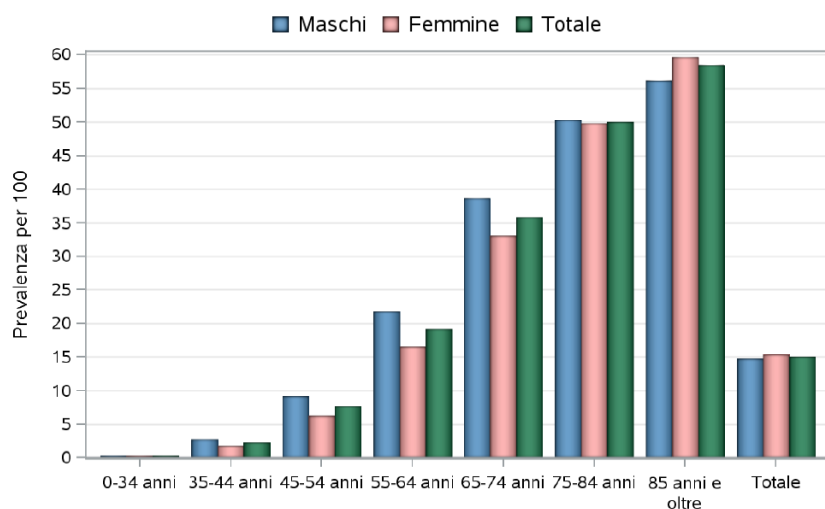
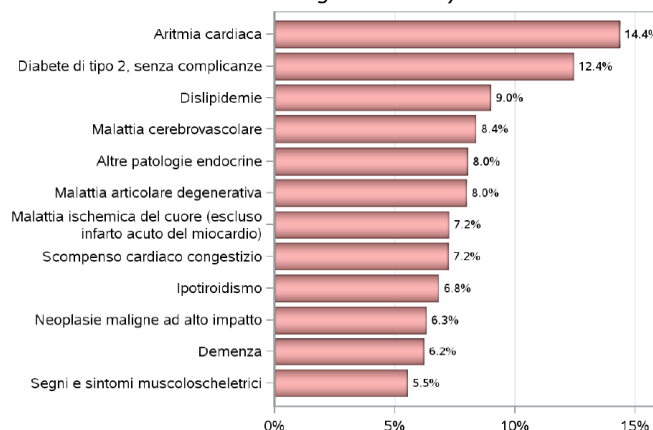
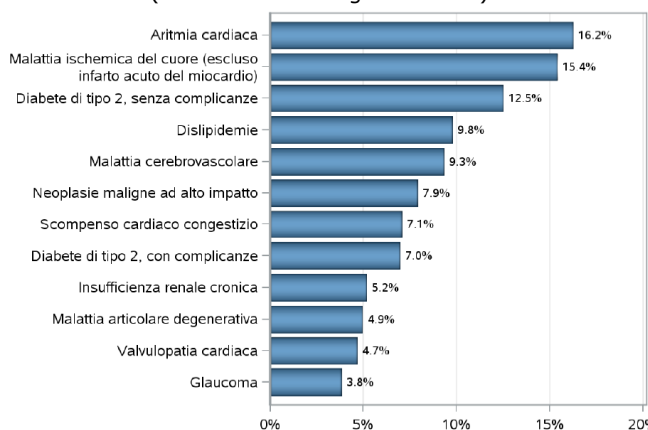


Figura 3.28 – Comorbidità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con ipertensione arteriosa. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

Figura 3.29 - Comorbidità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con ipertensione arteriosa. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Ipotiroidismo

La condizione di ipotiroidismo, spesso secondaria a patologie della tiroide e/o a tiroidectomia, ha una prevalenza del 3,9 per 100 nel 2019, in crescita dal 2014 (3,3%); nelle donne è 6 volte superiore rispetto agli uomini (6,4% vs 1,3%), con prevalenza maggiore nella fascia d'età 65-74 anni (6,8%). Nelle aziende ULSS Marca Trevigiana, Berica e Scaligera si osservano prevalenze standardizzate leggermente superiori a quella regionale. Il 42,4% degli assistiti con ipotiroidismo non ha altre patologie croniche (33% M vs 44% F), mentre un quarto soffre di una singola ulteriore patologia cronica oltre all'ipotiroidismo. La patologia più spesso associata è un'altra patologia endocrina (46,1%) o un tumore maligno (8,2%), a conferma della natura dell'ipotiroidismo spesso secondaria a tiroiditi o a tumori della tiroide. Gli uomini presentano più aritmie cardiache (13,7% vs 6,9%), neoplasie maligne (12,1% vs 7,4%) e malattie ischemiche del cuore (11,2% vs 3,3%).

Tabella 3.10 – Assistiti con ipotiroidismo: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100). Veneto, 2014-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

IPOTIROIDISMO	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	163.042	169.177	175.566	182.715	189.347	195.981
Prevalenza grezza MASCHI	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3
Prevalenza grezza FEMMINE	5,4	5,6	5,8	6,1	6,2	6,4
Prevalenza grezza TOTALE	3,3	3,4	3,5	3,7	3,8	3,9

Figura 3.30 – Ipotiroidismo. Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, 2019 (Fonte: archivio regionale ACG)

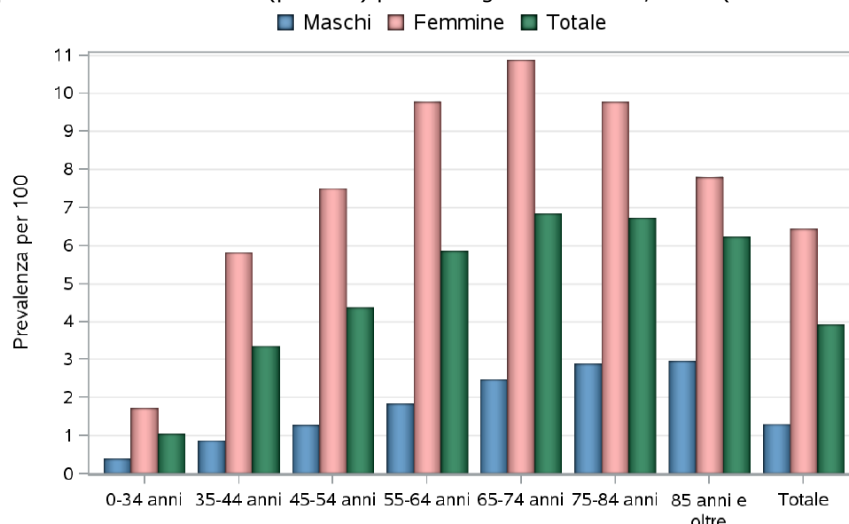


Figura 3.31 – Comorbilità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con ipotiroidismo. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

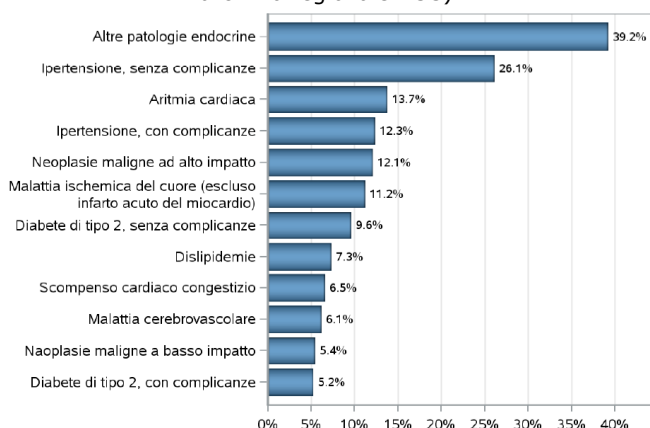
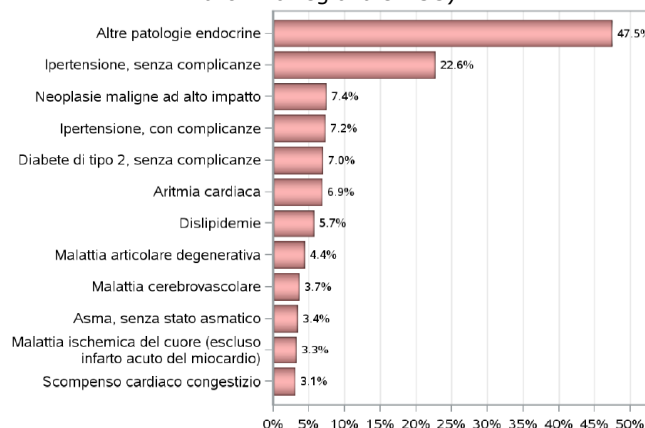


Figura 3.32 – Comorbilità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con ipotiroidismo. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Malattia di Parkinson

In Veneto oltre 36.800 persone sono colpite da Malattia di Parkinson, la maggior parte (78,3%) con età compresa tra i 65 e gli 84 anni, ma la malattia è diffusa anche tra gli adulti di età tra i 45 e i 64 anni (17,3%). La prevalenza nel 2019 è di 7,4 per 1.000, dato relativamente stabile dal 2015, anche se il numero assoluto di pazienti dal 2014 è aumentato di quasi 1.900 unità. La malattia di Parkinson ed il parkinsonismo si associano di frequente (nel 70% dei casi) ad altre patologie croniche, spesso altre patologie neurologiche o psichiatriche quali la demenza (13,4% M vs 16,6% F) o schizofrenia e psicosi affettiva (12,7% M vs 11,4% F), il cui trattamento farmacologico può indurre parkinsonismo iatrogeno. Coesistono anche patologie vascolari quali l'ipertensione arteriosa senza (31,3% M vs 35,5% F) e con complicanze (17,1% M vs 16,6% F), le aritmie cardiache (15,8% M vs 13,2% F) e le patologie cerebrovascolari (14% M vs 12,4% F). L'azienda ULSS Pedemontana ha un rapporto standardizzato di prevalenza superiore alla media regionale.

Tabella 3.11 – Assistiti con malattia di Parkinson: valori assoluti e prevalenza grezza (per 1.000). Veneto, 2014-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	34.992	35.496	35.621	36.120	36.575	36.875
Prevalenza grezza MASCHI	6,5	6,7	6,8	6,9	7,0	7,1
Prevalenza grezza FEMMINE	7,5	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6
Prevalenza grezza TOTALE	7,0	7,2	7,2	7,3	7,3	7,4

Figura 3.33 – Malattia di Parkinson. Prevalenza (per 1.000) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: arc. reg. ACG)

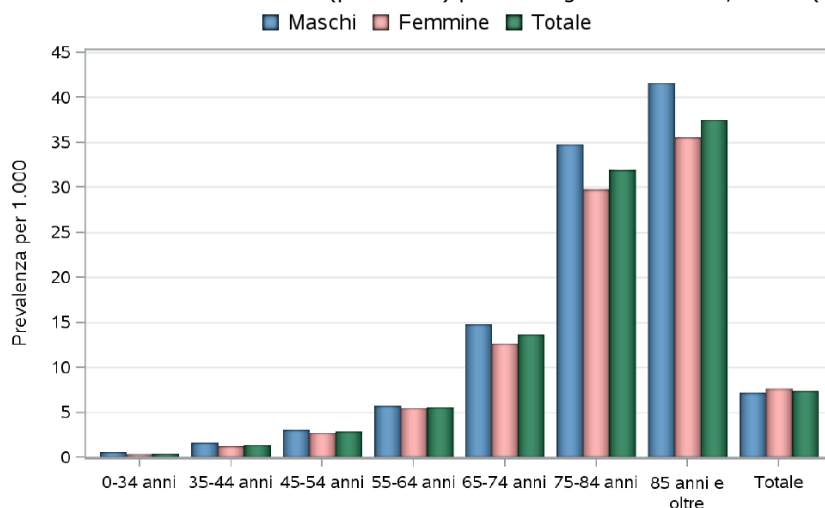


Figura 3.34 – Comorbidità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con malattia di Parkinson. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

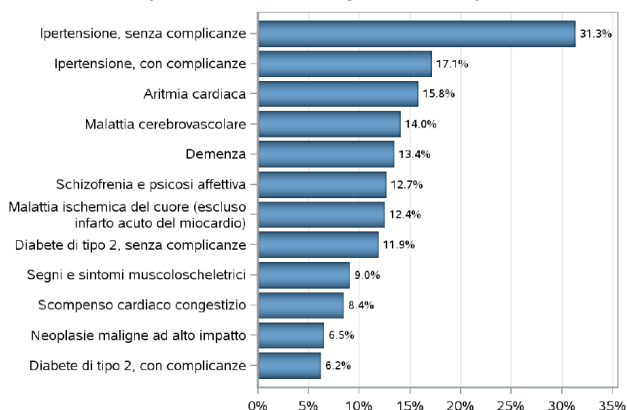
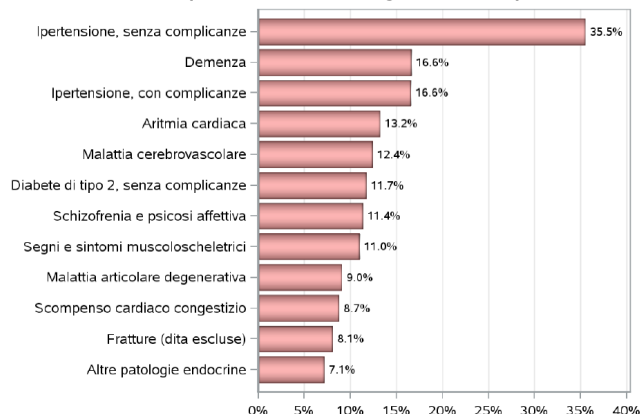


Figura 3.35 – Comorbidità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con malattia di Parkinson. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Malattie ischemiche del cuore

La cardiopatia ischemica cronica è stata diagnosticata in 142.320 persone nel 2019, la maggior parte dei quali uomini (98.567), che in ogni fascia d'età hanno una prevalenza superiore. In entrambi i sessi la prevalenza cresce linearmente con l'età e il tasso più alto si osserva nella fascia d'età dopo gli 85 anni. La prevalenza in Veneto è stabile al 2,8% nel 2019, con un incremento però di quasi 1.900 soggetti in termini assoluti rispetto al 2018. Le persone con cardiopatia ischemica hanno una elevata comorbidità: il 67% ha 3 o più malattie croniche compresenti, il 31% ne ha 5 o più. Stratificando per genere, le donne mostrano una maggiore comorbidità e più di un terzo (35,7%) ha 5 o più condizioni croniche. Nella popolazione generale le più frequenti sono le patologie vascolari con meccanismi patogenetici comuni alla cardiopatia ischemica: l'ipertensione arteriosa con (28,6%) o senza (42,1%) complicanze, il diabete (26,6%), le aritmie cardiache (25,1%), le dislipidemie (19,3%), lo scompenso cardiaco (18,3%), le patologie cerebrovascolari (13,8%) e l'insufficienza renale cronica (7,9%).

Tabella 3.12 – Assistiti con malattie ischemiche del cuore, escluso infarto acuto del miocardio: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100). Veneto, 2014-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	133.199	134.992	136.261	138.200	140.425	142.320
Prevalenza grezza MASCHI	3,7	3,7	3,8	3,9	3,9	4,0
Prevalenza grezza FEMMINE	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Prevalenza grezza TOTALE	2,7	2,7	2,8	2,8	2,8	2,8

Figura 3.36 – Malattie ischemiche del cuore, escluso infarto acuto del miocardio. Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

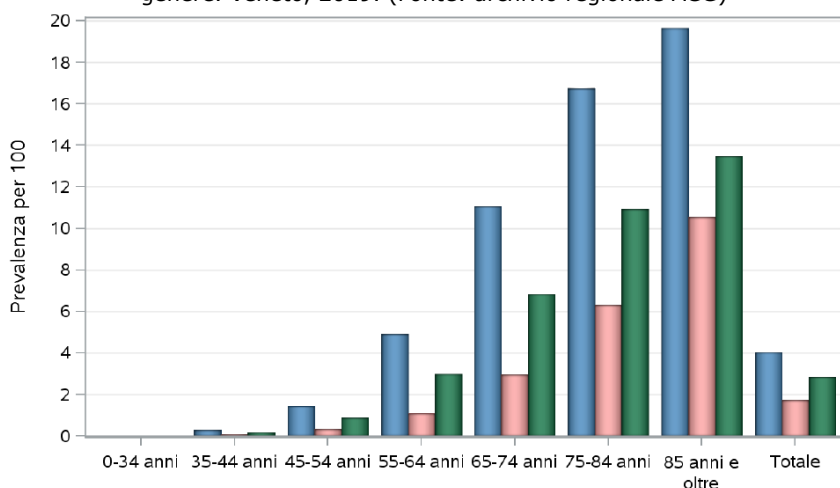


Figura 3.37 – Comorbidità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con malattie ischemiche del cuore, escluso infarto acuto del miocardio. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

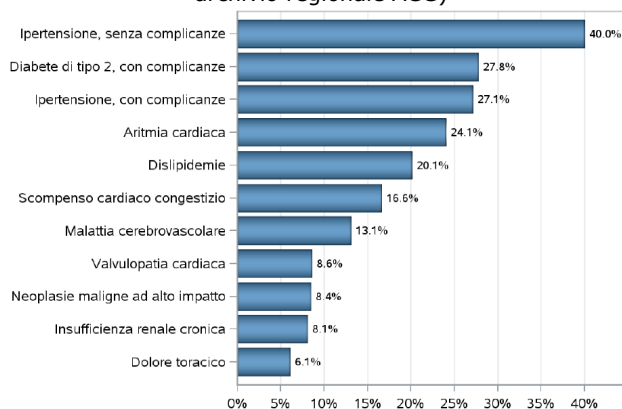
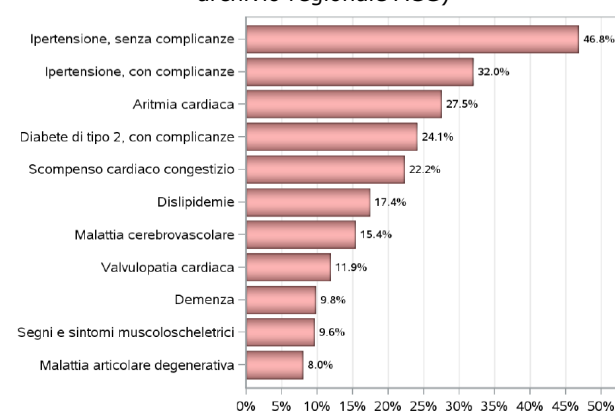


Figura 3.38 – Comorbidità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con malattie ischemiche del cuore, escluso infarto acuto del miocardio. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Sclerosi multipla

Nel 2019, in Veneto 9.534 persone sono affette da sclerosi multipla, con una prevalenza in costante crescita dal 2014, che raggiunge i 190,7 casi per 100.000 del 2019. La malattia colpisce prevalentemente le donne in età adulta, con prevalenza nell'età tra i 45-54 anni più che doppia (437 per 100.000) rispetto agli uomini (210 per 100.000). Le aziende ULSS Dolomiti, Polesana ed Euganea hanno prevalenze standardizzate più alte rispetto alla media regionale. Il carico di malattia (RUB) è per la maggior parte dei pazienti moderato (89%) e solo in circa il 10% è elevato o molto elevato. Circa la metà dei pazienti con sclerosi multipla presenta altre patologie croniche, tra cui l'ipertensione arteriosa senza complicanze (11,6% M vs 10,5% F); stratificando per genere, le donne presentano anche altre patologie endocrine (8,4%), ipotiroidismo (4,7%).

Tabella 3.13 – Assistiti con sclerosi multipla: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100.000). Veneto, 2014-2019.
(Fonte: archivio regionale ACG)

SCLEROSI MULTIPLA	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	7.971	8.245	8.539	8.885	9.240	9.534
Prevalenza grezza MASCHI	107,6	111,5	114,5	118,0	122,5	126,3
Prevalenza grezza FEMMINE	209,8	218,5	227,8	236,9	244,4	252,4
Prevalenza grezza TOTALE	160,0	166,3	172,5	178,8	184,8	190,7

Figura 3.39 – Sclerosi multipla. Prevalenza (per 100.000) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: arch. reg. ACG)

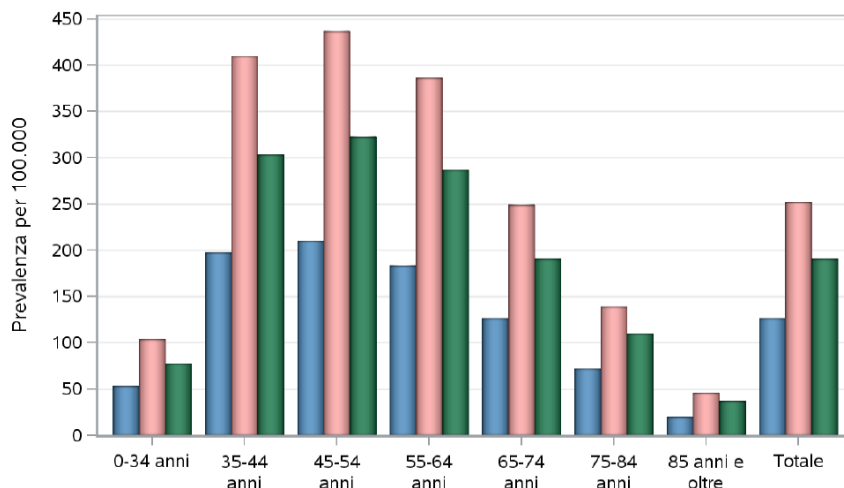


Figura 3.40 – Comorbidità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con sclerosi multipla. Veneto, 2019.
(Fonte: archivio regionale ACG)

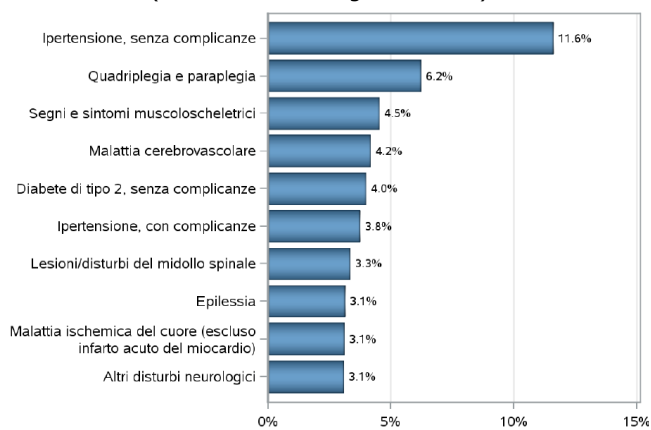


Figura 3.41 – Comorbidità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con sclerosi multipla. Veneto, 2019.
(Fonte: archivio regionale ACG)



Scompenso cardiaco

Nel 2018 ci sono 79.588 persone colpite da scompenso cardiaco, malattia che costituisce la più frequente causa di ricovero in area medica per gli ultra65enni, con una prevalenza stabile al 1,6%. La prevalenza aumenta esponenzialmente con l'età, raggiungendo il 18,3% tra gli uomini e il 16,4% tra le donne. Nelle ULSS Marca Trevigiana, Polesana e Pedemontana le prevalenze standardizzate di scompenso risultano per entrambi i generi più elevate rispetto alla media regionale. Le persone con scompenso hanno un elevato grado di comorbidità: il 59% ha cinque o più condizioni croniche compresenti (61% M vs 57% F). Le patologie più spesso associate allo scompenso sono le aritmie cardiache (55,7%), l'ipertensione arteriosa con (41,3%) o senza (45%) complicanze, la cardiopatia ischemica (33%), la vasculopatia cerebrale (19,2%) e l'insufficienza renale cronica (17,2%). La BPCO coesiste nel 15,1% dei casi, confermando la correlazione anche fisiopatologica tra le due patologie, in particolare per lo scompenso destro. Stratificando per genere negli uomini c'è una maggiore prevalenza di malattia ischemica del cuore (41,8% vs 24,1%) e di diabete con complicanze (22,7% vs 14,4%), mentre quasi un quinto delle donne (19,1%) è affetto da demenza.

Tabella 3.14 – Assistiti con scompenso cardiaco: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100). Veneto, 2014-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

SCOMPENSO CARDIACO	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	73.128	74.881	75.647	77.548	78.578	79.588
Prevalenza grezza MASCHI	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6
Prevalenza grezza FEMMINE	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6
Prevalenza grezza TOTALE	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6

Figura 3.42 – Scompenso cardiaco. Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: arch. reg. ACG)

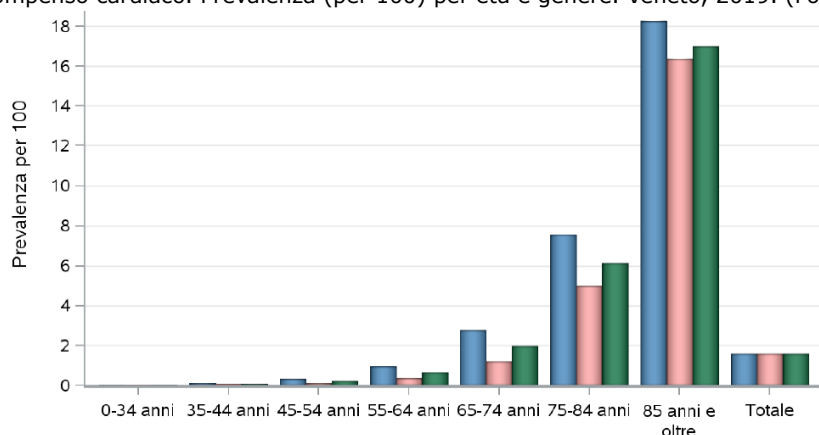
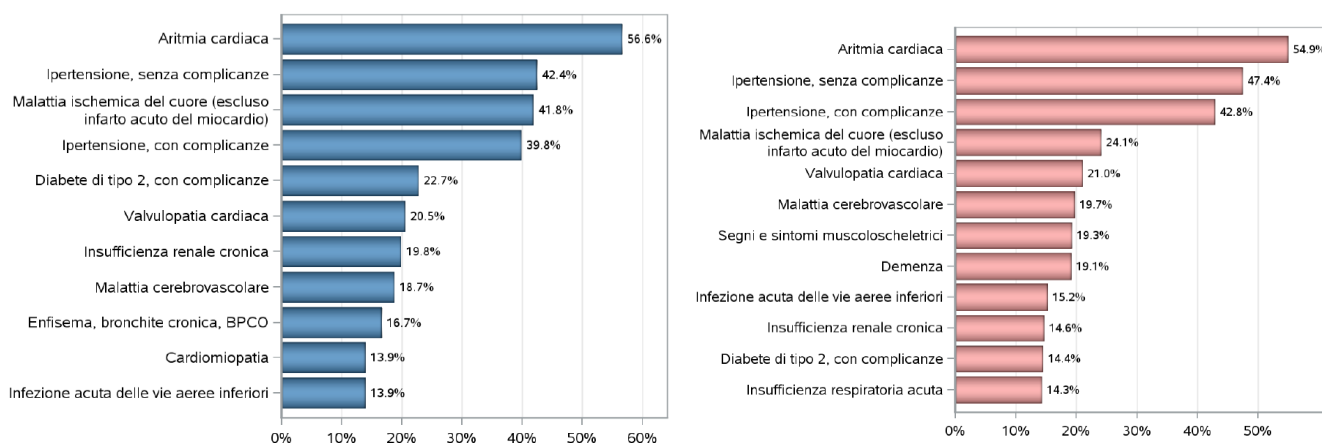


Figura 3.43 – Comorbidità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con scompenso cardiaco. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

Figura 3.44 – Comorbidità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con scompenso cardiaco. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Prevalenza di condizioni croniche (fonte ACG) nella popolazione immigrata

Pur nel quadro generale dell'effetto migrante sano, già negli scorsi decenni nei paesi del Nord-Europa, con una lunga storia di flussi migratori, si erano osservate specifiche eccezioni: un'alta prevalenza di diabete in quasi tutti i gruppi di migranti; un aumentato rischio di ictus nei soggetti con origini dall'Africa Occidentale; tassi di cardiopatie ischemiche particolarmente elevati nelle persone provenienti dall'Asia Meridionale. Queste osservazioni erano poi precedenti la recente epidemia di malattie croniche nei paesi in via di sviluppo. Infatti, la transizione epidemiologica che segue l'urbanizzazione della popolazione ed una progressiva "occidentalizzazione" degli stili di vita sta coinvolgendo aree sempre più estese del pianeta, con un rapido aumento della prevalenza delle malattie croniche. Ad esempio, secondo le stime più recenti, i tassi più elevati a livello globale di ictus emorragico si osservano nell'Africa subsahariana ed in Asia. Questo scenario si ripercuote sul profilo di salute dei migranti, sempre più caratterizzati da un alto livello di rischio cardiovascolare già all'arrivo. Osservazioni in tal senso sono state condotte nei paesi dell'Europa meridionale, destinazione dei flussi migratori nel periodo più recente.

La popolazione immigrata è estremamente eterogenea per profilo di salute anche in base all'area geografica di provenienza. Sono quindi stati considerati i residenti con cittadinanza straniera distinti in macro-aree in base alla nazionalità: Europa orientale, Nord Africa, Africa Sub Sahariana, Asia Meridionale (sub-continente indiano), altri Paesi asiatici. Considerati i numeri più limitati, non vengono di seguito riportati i dati relativi ai soggetti provenienti dall'America centro-meridionale, dall'EU15 e dal Nord America. Le elaborazioni sono state ristrette alle età comprese tra i 20 ed i 59 anni, rappresentative di una popolazione adulta di immigrati prevalentemente di prima generazione. Il tasso standardizzato di prevalenza di selezionate patologie croniche (fattori di rischio e patologie cardio-cerebrovascolari, malattia renale cronica, epatopatie croniche) è stato ottenuto da diverse fonti informative tramite il sistema ACG (Adjusted Clinical Groups).

Rispetto ai residenti con cittadinanza italiana, negli uomini la prevalenza del diabete è solo leggermente più elevata negli immigrati dall'Europa dell'Est; il rischio è invece più che raddoppiato nei residenti provenienti dall'Africa settentrionale e sub-sahariana, e circa cinque volte maggiore nei soggetti provenienti dall'Asia meridionale.

Nel complesso, sono ben evidenti almeno due distinti pattern di rischio cardiovascolare: tra i residenti provenienti dall'Asia meridionale si riscontrano alte prevalenze di diabete, dislipidemia, cardiopatia ischemica; gli immigrati provenienti dall'Africa subsahariana presentano tassi elevati di ipertensione, malattie cerebrovascolari, scompenso cardiaco, nefropatia cronica, con un profilo più sfavorevole nel sesso femminile. Tale quadro è coerente con quanto riportato in letteratura: è infatti noto che le persone provenienti dal sub-continente

indiano sono a rischio di resistenza all'insulina, obesità addominale, e sindrome metabolica; diabete e dislipidemia si presentano a livelli di body mass index più bassi rispetto ad altri gruppi etnici. Si conferma inoltre l'elevato rischio di coronaropatia in questa popolazione, già segnalato in Inghilterra alcuni decenni fa e poi riportato in paesi del Nord Europa e del Nord America. Per quanto riguarda gli immigrati dall'Africa sub-sahariana, il quadro sottolinea l'alto rischio cardiovascolare (soprattutto per ictus, non per infarto) nelle popolazioni che originano dall'Africa occidentale, principalmente legato ad un'elevata prevalenza di ipertensione; alcune linee guida suggeriscono strategie differenziate per il controllo dell'ipertensione in questi soggetti.

Infine, tassi molto elevati di epatopatie croniche si riscontrano nei residenti provenienti dall'Africa subsahariana e dall'Asia orientale (dovuti alla diffusione dell'infezioni da virus dell'epatite B), e in misura più contenuta dall'Europa orientale.

Tabella 3.15 – Tassi standardizzati di prevalenza (per 10.000, standard=popolazione mondiale 2001) , con intervallo di confidenza al 95%, di selezionate patologie croniche per macroarea di provenienza e sesso. Residenti in Veneto, anno 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

		Italia	Nord Africa	Africa Sub-Sahariana	Asia meridionale	Asia, altro	Est Europa
Diabete	M	162 (160-164)	366 (342-390)	396 (370-422)	727 (689-766)	302 (276-329)	190 (181-199)
	F	126 (124-128)	576 (539-613)	535 (489-580)	981 (926-1036)	266 (242-290)	151 (144-157)
Dislipidemia	M	325 (322-328)	180 (163-196)	206 (187-225)	582 (547-617)	256 (231-280)	286 (274-297)
	F	165 (163-167)	226 (202-251)	198 (167-229)	398 (359-437)	144 (126-162)	194 (187-201)
Ipertensione	M	449 (445-452)	126 (112-140)	621 (589-653)	325 (299-351)	188 (167-209)	304 (292-315)
	F	311 (308-314)	242 (217-266)	906 (847-966)	388 (351-426)	195 (175-216)	263 (255-272)
Cardiopatia ischemica	M	70 (69-72)	39 (31-47)	35 (27-43)	169 (150-189)	35 (26-45)	75 (69-81)
	F	16 (16-17)	14 (8-20)	14 (6-23)	32 (21-43)	7 (3-11)	18 (16-21)
Malattie cerebrovascolari	M	40 (38-41)	19 (13-25)	52 (42-61)	52 (41-63)	35 (26-45)	36 (32-40)
	F	31 (30-32)	26 (18-34)	57 (41-74)	32 (22-43)	17 (12-23)	21 (19-24)
Scompenso cardiaco	M	18 (18-19)	13 (8-17)	31 (24-38)	23 (16-30)	14 (8-20)	18 (15-21)
	F	8 (7-8)	10 (5-15)	25 (15-35)	15 (8-23)	6 (3-10)	7 (5-8)
Insuff. Renale cronica	M	23 (22-23)	19 (14-25)	79 (67-90)	32 (24-40)	34 (25-43)	16 (13-18)
	F	13 (12-14)	24 (16-32)	49 (35-62)	22 (13-31)	21 (15-28)	11 (9-12)
Epatopatie croniche	M	79 (78-81)	42 (34-51)	220 (201-238)	83 (71-94)	238 (214-261)	124 (116-131)
	F	46 (45-47)	32 (24-41)	157 (135-178)	59 (46-73)	164 (145-183)	127 (121-133)

Monitoraggio dell'attività ospedaliera 2019

Indicatori di volume DM 70/2015
Indicatori di processo e di esito - PNE Treemap

Dati SDO al 19 maggio 2020

A cura di: Direzione Sanitaria Azienda Zero
U.O.C. Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
U.O.C. Governo Clinico - Assistenziale

Agosto 2020

Sommario

Introduzione	47
Metodi	47
Tabella A.	48
Tabella B.	49
1. AZIENDA ULSS 1 - DOLOMITI	50
1.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)	50
1.2. INDICATORI TREEMAP	50
2. AZIENDA ULSS 2 – MARCA TREVIGIANA	52
2.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)	52
2.2. INDICATORI TREEMAP	52
3. AZIENDA ULSS 3 - SERENISSIMA	56
3.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)	56
3.2. INDICATORI TREEMAP	56
4. AZIENDA ULSS 4 - VENETO ORIENTALE	59
4.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)	59
4.2. INDICATORI TREEMAP	59
5. AZIENDA ULSS 5 - POLESANA	61
5.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)	61
5.2. INDICATORI TREEMAP	61
6. AZIENDA ULSS 6 - EUGANEA	64
6.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)	64
6.2. INDICATORI TREEMAP	64
7. AZIENDA ULSS 7 - PEDEMONTANA	67
7.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)	67
7.2. INDICATORI TREEMAP	67
8. AZIENDA ULSS 8 - BERICA	69
8.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)	69
8.2. INDICATORI TREEMAP	69
9. AZIENDA ULSS 9 - SCALIGERA	72
9.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)	72
9.2. INDICATORI TREEMAP	72
10. AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA	75
10.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)	75
10.2. INDICATORI TREEMAP	75
11. AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA	77
11.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)	77
11.2. INDICATORI TREEMAP	77
12. IRCCS IOV	79
12.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)	79
12.2. INDICATORI TREEMAP	79

Introduzione

In questo documento vengono presentati i risultati del monitoraggio per l'anno 2019 degli indicatori di volume ed esito dell'attività ospedaliera inseriti tra gli "Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del SSR per l'anno 2019" (DGR 248/2019).

Per ciascuna Azienda è stata predisposta una scheda che riporta:

- Indicatori dei volumi di attività per singola struttura ospedaliera previsti dal DM70/2015;
- Indicatori di processo e di esito traccianti delle diverse aree cliniche per singola struttura ospedaliera (aderenza agli standard di qualità definiti dalla metodologia Treemap);
- Eventuali osservazioni raccolte dalle Aziende.

Il monitoraggio di tali indicatori consente da un lato di evidenziare le situazioni critiche che potrebbero richiedere degli audit di approfondimento e dall'altro di integrare i dati statistici con elementi organizzativi utili ad interpretare in modo corretto i risultati ottenuti.

Metodi

Le stime degli indicatori di volume ed esito per il 2019 sono state calcolate sulla base dei dati SDO 2019 consolidati a maggio 2020 (Fonte: Datawarehouse regionale, archivio SDO fase 14).

Per ogni scheda aziendale sono presenti due sezioni: "Indicatori di volume DM70/2015" e "Indicatori TREEMAP".

Nella prima, sono stati utilizzati i seguenti codici colore per le strutture con volumi che:

- rispettano la soglia DM70 (verde);
- rispettano la soglia DM70 con una tolleranza del 10% (giallo);
- non rispettano la soglia DM70 (rosso);
- sono al di sotto della soglia di occasionalità fissata a 10 casi (grigio);
- non sono sottoposte a valutazione (bianco).

Nella sezione denominata "Indicatori TREEMAP" sono riportati, per ciascuna struttura ospedaliera, i valori degli indicatori grezzi di processo e di esito che presentano un numero di eventi al denominatore superiore a 20 (soglia di occasionalità). Ogni indicatore è stato "colorato" utilizzando le classi di valutazione e le corrispondenti soglie previste dal PNE (Allegato B); gli indicatori colorati di grigio presentano una numerosità inferiore ai requisiti minimi di potenza statistica utilizzati nel PNE ma superiori alla soglia di occasionalità, gli indicatori colorati di bianco non sono sottoposti a valutazione perché attribuiti a strutture per cui non è prevista quella specifica attività (ad es., mancanza della specialità di cardiologia o di neurologia) o perché attribuibili ad un'unica equipe, condivisa tra più Ospedali.

Gli indicatori considerati fanno riferimento alle seguenti aree cliniche: sistema cardiocircolatorio, sistema nervoso, apparato respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, apparato osteomuscolare. I valori grezzi di ciascun indicatore sono stati calcolati seguendo i protocolli PNE sia per quanto riguarda la finestra temporale considerata (11 mesi, 2 anni, ecc... a seconda dei casi), sia in relazione ai criteri di inclusione ed esclusione.

Tabella A.

Soglie previste dal DM70 per la valutazione dei volumi di attività

	Soddisfa	Tolleranza 10%	Non soddisfa	Non valutabile
Interventi di bypass aorto-coronarico: volume di ricoveri	≥200	180 l– 200	<180	≤10
Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	≥100	90 l– 100	<90	≤10
Interventi per frattura del collo del femore: volume di ricoveri	≥75	67 l– 75	<67	≤10
IMA: volume di ricoveri	≥100	90 l– 100	<90	≤10
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	≥150	135 l– 150	<135	≤10
Parti: volume di ricoveri	≥500	450 l– 500	<450	≤10
Interventi di angioplastica coronarica percutanea: volume di ricoveri	≥250	225 l– 250	<225	≤10

Tabella B.

Soglie previste dal PNE per la valutazione degli standard di qualità
(Fonte: "Treemap: definizione e metodi" disponibile sul sito del PNE 2018)

Area clinica	Indicatore	Periodo	MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO	NON VALUTABILE (soglia)
CARDIOCIRC.	Infarto Miocardico Acuto: mortalita' a 30 giorni	annuale	≤ 6	6-8	8-12	12-14	> 14	50
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	annuale	≥ 60	45-60	35-45	25-35	< 25	50
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 giorni	annuale	≤ 6	6-9	9-14	14-18	> 18	50
	By-pass Aortocoronarico: mortalita' a 30 giorni	biennale	≤ 1.5		1.5-4		> 4	100
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalita' a 30 giorni	biennale	≤ 1.5		1.5-4		> 4	100
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalita' a 30 giorni	biennale	≤ 1		1-3		> 3	50
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni	annuale	≤ 8	8-10	10-14	14-16	> 16	50
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	triennale	≤ 1.5		1.5-3.5	3.5-5	> 5	50
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 giorni	annuale	≤ 5	5-7	7-12	12-16	> 16	50
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	annuale	≥ 80	70-80	60-70	50-60	< 50	50
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attivita' > 90 casi	-	=100	80-100	50-80	30-50	< 30	-
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi	-	=100	80-100	50-80	30-50	< 30	-
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	annuale	≤ 5	5-8	8-12	12-18	> 18	25
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalita' a 30 giorni	triennale	≤ 0.5		0.5-3		> 3	50
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 giorni	triennale	≤ 2	2-4	4-7	7-10	> 10	50
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni	biennale	≤ 1	1-3	3-6	6-8	> 8	50
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	annuale	≤ 15	15-25	25-30	30-35	> 35	150
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	biennale	≤ 0.20		0.20-0.70		> 0.70	100
	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	biennale	≤ 0.30		0.30-1.2		> 1.2	100
OSTEOMUSC.	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	annuale	≥ 70	60-70	50-60	40-50	< 40	50
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	annuale	< 2	2-4	4-6	6-8	≥ 8	30

1. AZIENDA ULSS 1 - DOLOMITI

1.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)

Anno 2019

Azienda	Struttura	BPAC (S=200)	Cole. Laparo. (S=100)	Fratt. Femore (S=75)	IMA (S=100)	Mammella (S=150)	Parti (S=500)	PTCA (S=250)
501	ISTITUTO CODIVILLA PUTTI			6				
	OSPEDALE DI BELLUNO		137	190	201	162	586	420
	OSPEDALE DI AGORDO			45	9			
	OSPEDALE DI PIEVE DI CADORE		6		5	3		
	OSPEDALE DI FELTRE		145	141	110	121	756	

Le soglie di volume fissate dal DM70 vengono in gran parte rispettate. Per quanto riguarda il volume di interventi per tumore alla mammella presso l'Ospedale di Feltre, con nota prot. n. 52317 del 4.2.2020 del DG Area Sanità e Sociale è stata prevista la proroga di 1 anno, fino al 31.12.2020, per il completamento della riorganizzazione della Rete senologica aziendale. Come nel 2018, il volume di interventi per frattura del collo del femore dei soggetti con età > 64 anni presso l'Ospedale di Agordo è abbondantemente al di sotto della soglia prevista.

1.2. INDICATORI TREEMAP

Area clinica: Cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio

Anno 2019

Azienda	Struttura	IMA: mortalità 30 gg	IMA: PTCA 0-2 gg	SCC: mortalità 30 gg	BPAC: mortalità 30 gg	Valv.: mortalità 30 gg	AAA: mortalità 30 gg
501	OSPEDALE DI BELLUNO	13,7	81,6	15,6			
	OSPEDALE DI FELTRE	12,7	53,5				

Azienda	Struttura	Ictus ischemico: mortalità 30 gg	Intervento craniotomia: mortalità 30 gg
501	OSPEDALE DI BELLUNO	7,4	
	OSPEDALE DI FELTRE	6,4	

Azienda	Struttura	BPCO riacutizzata: mortalità 30 gg
501	OSPEDALE DI BELLUNO	12,9
	OSPEDALE DI PIEVE DI CADORE	12,0
	OSPEDALE DI FELTRE	8,3

L'indicatore "mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di IMA" risulta elevato sia per l'Ospedale di Belluno che per l'Ospedale di Feltre. Per Belluno risulta elevata anche la "mortalità a 30 giorni dal ricovero per BPCO riacutizzata". Questi indicatori presentano varie oscillazioni negli anni riconducibili, almeno in parte, ad aspetti di qualità della codifica delle diagnosi.

Area clinica: Chirurgia Generale, Chirurgia Oncologica, Osteomuscolare

Anno 2019

Azienda	Struttura	Cole-laparo: degenza <3 gg	Cole-laparo: reparti volume int. >90 casi
501	OSPEDALE DI BELLUNO	70,7	100,0
	OSPEDALE DI FELTRE	89,8	97,2

Azienda	Struttura	T mammella: reparti volume int. >135 casi	T mammella: resezione entro 120 gg	T polmone: mortalità 30 gg	T stomaco: mortalità 30 gg	T colon: mortalità 30 gg
501	OSPEDALE DI BELLUNO	100,0	5,6	0,0		2,3
	OSPEDALE DI FELTRE	0,0	6,0		2,7	2,1

Azienda	Struttura	Femore: intervento entro 2 gg	Tibia e perone: tempi attesa int
501	OSPEDALE DI BELLUNO	87,2	1,0
	OSPEDALE DI AGORDO	83,3	
	OSPEDALE DI FELTRE	91,2	

Gli indicatori dell'area chirurgica risultano complessivamente positivi in tutti gli ospedali, tenuto conto della riorganizzazione delle reti senologica in atto.

Per l'indicatore relativo alla tempestività degli interventi di riduzione della frattura di femore, la situazione rimane positiva e stabile nel corso degli anni, con valori superiori alla soglia ottimale dell'80% prevista dal Nuovo Sistema di Garanzia.

Area clinica: Gravidanza e Parto - Anno 2019

Azienda	Struttura	Parti con taglio cesareo primario	Parti naturali: complicanze	Parti cesarei: complicanze
501	OSPEDALE DI BELLUNO	20,7	0,6	0,0
	OSPEDALE DI FELTRE	10,4	0,3	0,4

La situazione rimane invariata rispetto al 2018.

La proporzione di parti con taglio cesareo primario presso l'Ospedale di Belluno si attesta sulla soglia di criticità fissata dal Nuovo Sistema di Garanzia per le strutture con meno di 1000 parti annui (20%).

2. AZIENDA ULSS 2 – MARCA TREVIGIANA

2.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)

Anno 2019

Azienda	Struttura	BPAC (S=200)	Cole. Laparo. (S=100)	Fratt. Femore (S=75)	IMA (S=100)	Mammella (S=150)	Parti (S=500)	PTCA (S=250)
502	O. MOTTA DI LIVENZA				104		1	
	O.CL. S.CAMILLO		114		6	55		
	C.C. PARK VILLA NAPOLEON				2			
	C.C. GIOVANNI XXIII		38	10	3	176		
	IRCCS MEDEA CONEGLIANO						4	
	IRCCS MEDEA PIEVE DI SOLIGO						1	
	OSPEDALE DI TREVISO	303	210	393	560	564	2.172	814
	OSPEDALE DI ODERZO		109	87	17	2	831	
	OSPEDALE DI CONEGLIANO		203	237	323		938	436
	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO		83	57	5	158	100	4
	OSPEDALE DI CASTELFRANCO		96	38	238	103	665	606
	OSPEDALE DI MONTEBELLUNA		186	284	129		1.045	3

I volumi di attività degli ospedali dell'ULSS 2 soddisfano in buona parte le soglie fissate dal DM70, con alcune eccezioni.

- Colectomie laparoscopiche: Ospedale di Vittorio Veneto e C.C. Giovanni XXIII (quest'ultima mantiene negli anni un volume di interventi inferiore ai 50 casi).

- Interventi per tumore alla mammella: nell'ospedale di Castelfranco l'attività senologica è passata definitivamente allo IOV a luglio 2019, mentre l'Ospedale S. Camillo, indicato peraltro come centro di I livello, si colloca anche nel 2019 abbondantemente al di sotto della soglia (55 interventi).

- Interventi per frattura del collo del femore: le criticità evidenziate per gli Ospedali di Castelfranco e di Vittorio Veneto sono correlate al processo di riorganizzazione dell'attività traumatologica con concentrazione dell'attività presso l'ospedale di Montebelluna e di Conegliano rispettivamente.

Il dato relativo al punto nascita di Vittorio Veneto risente della sospensione dell'attività da luglio a ottobre 2019.

2.2. INDICATORI TREEMAP

Area clinica: Cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio

Anno 2019

Azienda	Struttura	IMA: mortalità 30 gg	IMA: PTCA 0-2 gg	SCC: mortalità 30 gg	BPAC: mortalità 30 gg	Valv.: mortalità 30 gg	AAA: mortalità 30 gg
502	O. MOTTA DI LIVENZA			9,4			
	O.CL. S.CAMILLO			12,3			
	C.C. GIOVANNI XXIII			6,3			
	OSPEDALE DI TREVISO	7,5	56,5	8,6	0,8	1,7	1,4
	OSPEDALE DI ODERZO			14,7			
	OSPEDALE DI CONEGLIANO	5,8	74,0	5,0			
	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO			4,0			
	OSPEDALE DI CASTELFRANCO	6,0	61,0	8,3			2,7
	OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	13,5	30,2	8,1			

Azienda	Struttura	Ictus ischemico: mortalità 30 gg	Intervento craniotomia: mortalità 30 gg
502	OSPEDALE DI TREVISO	9,5	0,9
	OSPEDALE DI ODERZO	17,2	
	OSPEDALE DI CONEGLIANO	7,2	
	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO	6,9	
	OSPEDALE DI CASTELFRANCO	7,7	

Azienda	Struttura	BPCO riacutizzata: mortalità 30 gg
502	O. MOTTA DI LIVENZA	3,2
	OSPEDALE DI TREVISO	10,3
	OSPEDALE DI ODERZO	20,0
	OSPEDALE DI CONEGLIANO	4,4
	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO	3,9
	OSPEDALE DI CASTELFRANCO	13,6
	OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	6,1

Gli indicatori dell'area "Cardiocircolatorio" presentano valori di media e buona aderenza agli standard di qualità. Si evidenziano criticità dell'ospedale di Montebelluna per gli indicatori "Mortalità a 30 giorni da ricovero per un episodio di IMA" e "Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni": questi indicatori vanno tuttavia interpretati alla luce dell'organizzazione della rete per l'IMA che prevede attualmente l'ospedale di Castelfranco come sede Hub presso la quale afferiscono i casi con indicazione al trattamento emodinamico, mentre l'ospedale di Montebelluna, non dotato di emodinamica, ha funzione di ospedale spoke.

Gli indicatori relativi allo scompenso cardiaco non vengono valutati per gli Ospedali di Oderzo, Vittorio Veneto e C.C Giovanni XXIII dove non è presente la specialità di cardiologia.

Per la "Mortalità a 30 giorni da ricovero per BPCO riacutizzata" si rileva un valore elevato per l'Ospedale di Castelfranco Veneto (8 deceduti su 59 ricoveri complessivi).

Area clinica: Chirurgia Generale, Chirurgia Oncologica, Osteomuscolare

Anno 2019

Azienda	Struttura	Cole-laparo: degenza <3 gg	Cole-laparo: reparti volume int. >90 casi
502	O.CL. S.CAMILLO	100,0	100,0
	C.C. GIOVANNI XXIII	65,5	0,0
	OSPEDALE DI TREVISO	91,3	60,0
	OSPEDALE DI ODERZO	93,6	100,0
	OSPEDALE DI CONEGLIANO	90,5	100,0
	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO	89,3	0,0
	OSPEDALE DI CASTELFRANCO	88,4	100,0
	OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	94,4	100,0

Azienda	Struttura	T mammella: reparti volume int. >135 casi	T mammella: resezione entro 120 gg	T polmone: mortalità 30 gg	T stomaco: mortalità 30 gg	T colon: mortalità 30 gg
502	O.CL. S.CAMILLO	0,0	12,5			0,0
	C.C. GIOVANNI XXIII	100,0	16,0			0,0
	OSPEDALE DI TREVISO	99,5	5,7	0,6	6,3	1,8
	OSPEDALE DI ODERZO					3,1
	OSPEDALE DI CONEGLIANO				3,7	2,8
	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO	100,0	1,9			5,3
	OSPEDALE DI CASTELFRANCO	0,0	18,6		0,0	4,9
	OSPEDALE DI MONTEBELLUNA			4,0	0,0	4,1

Azienda	Struttura	Femore: intervento entro 2 gg	Tibia e perone: tempi attesa int
502	OSPEDALE DI TREVISO	53,1	3,0
	OSPEDALE DI ODERZO	65,8	
	OSPEDALE DI CONEGLIANO	77,0	2,0
	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO	88,7	
	OSPEDALE DI CASTELFRANCO	55,7	
	OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	69,4	

Per le colecistectomie laparoscopiche si segnala che nell'ospedale di Treviso tali interventi sono distribuiti tra due Unità Operative, delle quali solo una supera la soglia di 90 casi/anno, e da ciò deriva la valutazione non ottimale dell'indicatore. La proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni è molto elevata in tutti gli ospedali, in linea con la soglia ottimale del 90% prevista dal Nuovo Sistema di Garanzia.

Per quanto riguarda la chirurgia della mammella, si rileva un elevato ricorso al reintervento per la C.C. Giovanni XXIII, seppure in riduzione rispetto allo scorso anno (24,4 nel 2018). Non viene valutata l'attività oncologica dell'ospedale di Castelfranco passata definitivamente allo IOV a luglio 2019.

L'indicatore relativo alla tempestività degli interventi per frattura di femore non presenta particolari criticità; tuttavia va segnalato come l'Azienda si collochi nel complesso decisamente al di sotto della soglia ottimale dell'80% prevista dal Nuovo Sistema di Garanzia (64,6%).

Area clinica: Gravidanza e Parto

Anno 2019

Azienda	Struttura	Parti con taglio cesareo primario	Parti naturali: complicitanze	Parti cesarei: complicitanze
502	OSPEDALE DI TREVISO	19,4	0,9	2,2
	OSPEDALE DI ODERZO	11,1	0,3	1,4
	OSPEDALE DI CONEGLIANO	16,6	0,5	0,2
	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO	5,8	0,4	0,0
	OSPEDALE DI CASTELFRANCO	13,9	0,4	0,4
	OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	11,1	0,8	0,7

La proporzione di parti con taglio cesareo primario è aderente agli standard di qualità ed è anche in linea con le soglie introdotte dal Nuovo Sistema di Garanzia (differenziate per strutture sopra/sotto i 1000 parti). Gli indicatori sulle complicanze da parto presentano alcune criticità, ma va tenuto conto che tali indicatori sono estremamente sensibili alla codifica delle diagnosi di complicanza nella SDO plausibilmente perfettibile.

3. AZIENDA ULSS 3 - SERENISSIMA

3.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)

Anno 2019

Azienda	Struttura	BPAC (S=200)	Cole. Laparo. (S=100)	Fratt. Femore (S=75)	IMA (S=100)	Mammella (S=150)	Parti (S=500)	PTCA (S=250)
503	O.CL. S.RAFFAELE ARCANGELO				1			
	O.CL. VILLA SALUS		146		7	1		
	C.C. S.MARCO			1	40			
	OSPEDALE DI MESTRE	197	129	259	422	329	1.899	559
	OSPEDALE DI VENEZIA		89	206	77	65	371	223
	OSPEDALE DI DOLO		259	375	46	97	529	
	OSPEDALE DI MIRANO		179		288	93	818	884
	OSPEDALE DI NOALE				1			
	OSPEDALE DI CHIOGGIA		111	80	122	48	509	109
	IRCCS SAN CAMILLO				1			

Le principali criticità riguardano i volumi di interventi per tumore alla mammella negli ospedali Spoke di Venezia, Dolo, Mirano e Chioggia; tuttavia, con la deliberazione del DG n. 470 del 29/03/2019 è stata delineata la nuova organizzazione della rete di senologia per l'Azienda ULSS 3 costituita dal centro hub di Mestre e dai centri afferenti degli ospedali di Venezia, Mirano, Dolo e Chioggia con un team unico aziendale.

Come nel 2018, sono ancora piuttosto lontani dal raggiungimento della soglia stabilita per i volumi di ricoveri per infarto trattati presso gli ospedali di Venezia e di Dolo (dotati di cardiologia) e le PTCA erogate dall'ospedale di Chioggia.

Aumenta invece rispetto al 2018 il numero di fratture di femore operate a Chioggia (2018: 52 interventi),

Sebbene indicato come critico, il volume di colecistectomie laparoscopiche presso l'ospedale di Venezia è prossimo ai 90 casi (tolleranza del 10% rispetto alla soglia).

3.2. INDICATORI TREEMAP

Area clinica: Cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio

Anno 2019

Azienda	Struttura	IMA: mortalità 30 gg	IMA: PTCA 0-2 gg	SCC: mortalità 30 gg	BPAC: mortalità 30 gg	Valv.: mortalità 30 gg	AAA: mortalità 30 gg
503	C.C. S.MARCO			10,0			
	OSPEDALE DI MESTRE	7,3	60,5	8,0	2,1	2,3	2,8
	OSPEDALE DI VENEZIA	5,3	87,7	6,1			
	OSPEDALE DI DOLO	9,4	40,6	22,8			
	OSPEDALE DI MIRANO	7,1	69,9	5,3			0,0
	OSPEDALE DI CHIOGGIA	6,3	47,4	11,1			

Azienda	Struttura	Ictus ischemico: mortalità 30 gg	Intervento craniotomia: mortalità 30 gg
503	OSPEDALE DI MESTRE	7,2	2,9
	OSPEDALE DI VENEZIA	5,5	
	OSPEDALE DI DOLO	21,7	
	OSPEDALE DI MIRANO	3,2	

Azienda	Struttura	BPCO riacutizzata: mortalità 30 gg
503	O.CL. VILLA SALUS	3,0
	OSPEDALE DI MESTRE	2,8
	OSPEDALE DI VENEZIA	2,1
	OSPEDALE DI DOLO	4,8
	OSPEDALE DI MIRANO	1,6
	OSPEDALE DI CHIOGGIA	10,3

Si rileva una criticità per la “Mortalità a 30 giorni da ricovero per scompenso cardiaco congestizio” presso l’ospedale di Dolo dove la numerosità di casi di scompenso è comunque piuttosto bassa e l’indicatore è molto sensibile alla qualità della codifica.

Area clinica: Chirurgia Generale, Chirurgia Oncologica, Osteomuscolare

Anno 2019

Azienda	Struttura	Cole-laparo: degenza <3 gg	Cole-laparo: reparti volume int. >90 casi
503	O.CL. VILLA SALUS	92,7	100,0
	OSPEDALE DI MESTRE	81,2	100,0
	OSPEDALE DI VENEZIA	78,7	0,0
	OSPEDALE DI DOLO	92,5	100,0
	OSPEDALE DI MIRANO	93,8	99,4
	OSPEDALE DI CHIOGGIA	91,4	99,1

Azienda	Struttura	T mammella: reparti volume int. >135 casi	T mammella: resezione entro 120 gg	T polmone: mortalità 30 gg	T stomaco: mortalità 30 gg	T colon: mortalità 30 gg
503	O.CL. VILLA SALUS					0,0
	OSPEDALE DI MESTRE	99,7	3,8	1,0	5,2	1,8
	OSPEDALE DI VENEZIA	0,0	0,0			4,7
	OSPEDALE DI DOLO	0,0	11,3		3,8	1,1
	OSPEDALE DI MIRANO	0,0	4,8		0,0	3,6
	OSPEDALE DI CHIOGGIA	0,0	10,3			0,0

Azienda	Struttura	Femore: intervento entro 2 gg	Tibia e perone: tempi attesa int
503	OSPEDALE DI MESTRE	71,0	5,0
	OSPEDALE DI VENEZIA	49,4	
	OSPEDALE DI DOLO	75,7	4,0
	OSPEDALE DI CHIOGGIA	93,7	

Gli indicatori dell'area chirurgica sono complessivamente positivi. Anche il volume di colecistectomie laparoscopiche per l'ospedale di Venezia, valutato non sufficiente, è in realtà di 89 casi rispetto ai 90 richiesti dalla soglia di riferimento. L'indicatore relativo alla degenza post-intervento di colecistectomia laparoscopica è molto buono: a livello complessivo l'Azienda risulta in linea con la soglia ottimale del 90% introdotta dal Nuovo Sistema di Garanzia (89,9%).

La tempestività degli interventi per frattura di femore risulta invece in diminuzione rispetto al 2018 per l'ospedale di Venezia (49,4% vs 62,7%) e in miglioramento per l'ospedale di Mestre (58,4% vs 71,0%). L'indicatore calcolato a livello di Azienda risulta pari al 70%, al di sotto della soglia ottimale dell'80% prevista dal Nuovo Sistema di Garanzia.

Area clinica: Gravidanza e Parto

Anno 2019 su dati al 31/07/2019

Azienda	Struttura	Parti con taglio cesareo primario	Parti naturali: complicanze	Parti cesarei: complicanze
503	OSPEDALE DI MESTRE	13,1	0,5	1,0
	OSPEDALE DI VENEZIA	17,2	0,0	0,0
	OSPEDALE DI DOLO	16,1	0,5	0,4
	OSPEDALE DI MIRANO	19,7	0,5	0,9
	OSPEDALE DI CHIOGGIA	20,7	0,3	0,4

Per l'area Gravidanza e Parto non emergono criticità specifiche, sebbene la proporzione di parti con taglio cesareo primario negli ospedali di Mirano e di Chioggia risulti più elevata dello standard ottimale del 15% previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia per le strutture con meno di 1000 parti l'anno.

4. AZIENDA ULSS 4 - VENETO ORIENTALE

4.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)

Anno 2019

Azienda	Struttura	BPAC (S=200)	Cole. Laparo. (S=100)	Fratt. Femore (S=75)	IMA (S=100)	Mammella (S=150)	Parti (S=500)	PTCA (S=250)
504	C.C. ANNA RIZZOLA		105		5	4		
	OSPEDALE DI PORTOGRUARO		171	182	20		225	
	OSPEDALE DI SAN DONA' DI PIAVE		77	171	369	149	563	406
	OSPEDALE DI JESOLO				13			

Le soglie di volume fissate dal DM70 vengono complessivamente rispettate. Gli interventi di colecistectomia laparoscopica erogati presso l'Ospedale di San Donà sono al di sotto della soglia: già nel 2018 il volume era borderline (94 interventi) e tale diminuzione non risulta attribuibile ad interventi organizzativi.

4.2. INDICATORI TREEMAP

Area clinica: Cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio

Anno 2019

Azienda	Struttura	IMA: mortalità 30 gg	IMA: PTCA 0-2 gg	SCC: mortalità 30 gg	BPAC: mortalità 30 gg	Valv.: mortalità 30 gg	AAA: mortalità 30 gg
504	C.C. ANNA RIZZOLA			10,6			
	OSPEDALE DI PORTOGRUARO			6,0			
	OSPEDALE DI SAN DONA' DI PIAVE	2,5	61,5	7,5			

Azienda	Struttura	Ictus ischemico: mortalità 30 gg	Intervento craniotomia: mortalità 30 gg
504	OSPEDALE DI PORTOGRUARO	3,7	

Azienda	Struttura	BPCO riacutizzata: mortalità 30 gg
504	C.C. ANNA RIZZOLA	14,3
	OSPEDALE DI PORTOGRUARO	4,0
	OSPEDALE DI SAN DONA' DI PIAVE	6,6

Per l'Ospedale di Portogruaro la mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio è in aumento rispetto al 2018 (3,8%). Il valore di questo indicatore ha presentato una forte variabilità negli anni malgrado il consistente volume di casi (circa 150/anno) e di conseguenza l'Azienda intende intraprendere un percorso di revisione della qualità della codifica delle diagnosi della SDO, ipotizzando una sovracodifica della diagnosi di scompenso soprattutto in soggetti anziani e pluripatologici.

Area clinica: Chirurgia Generale, Chirurgia Oncologica, Osteomuscolare

Anno 2019

Azienda	Struttura	Cole-laparo: degenza <3 gg	Cole-laparo: reparti volume int. >90 casi
504	C.C. ANNA RIZZOLA	95,7	100,0
	OSPEDALE DI PORTOGRUARO	87,7	100,0
	OSPEDALE DI SAN DONA' DI PIAVE	83,9	0,0

Azienda	Struttura	T mammella: reparti volume int. >135 casi	T mammella: resezione entro 120 gg	T polmone: mortalità 30 gg	T stomaco: mortalità 30 gg	T colon: mortalità 30 gg
504	OSPEDALE DI PORTOGRUARO				6,1	4,3
	OSPEDALE DI SAN DONA' DI PIAVE	100,0	9,2			6,0

Azienda	Struttura	Femore: intervento entro 2 gg	Tibia e perone: tempi attesa int
504	OSPEDALE DI PORTOGRUARO	76,6	1,0
	OSPEDALE DI SAN DONA' DI PIAVE	98,5	

Sia la proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni che la proporzione di fratture di femore operate entro 2 giorni sono elevate, prossime, a livello aziendale, alle soglie ottimali rispettivamente del 90% e dell'80% previste dal Nuovo Sistema di Garanzia. Criticità minore a San Donà di Piave per la mortalità a 30 giorni per intervento chirurgico per tumore al colon.

Area clinica: Gravidanza e Parto

Anno 2019

Azienda	Struttura	Parti con taglio cesareo primario	Parti naturali: complicanze	Parti cesarei: complicanze
504	OSPEDALE DI PORTOGRUARO	19,4	0,4	1,5
	OSPEDALE DI SAN DONA' DI PIAVE	20,0	0,6	0,3

La proporzione di parti cesarei primari è simile nei due ospedali e complessivamente di poco inferiore al 20%. Sebbene questi indicatori non evidenzino criticità, risultano tuttavia più elevati dello standard ottimale del 15% previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia per le strutture con meno di 1000 parti l'anno.

5. AZIENDA ULSS 5 - POLESANA

5.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)

Anno 2019

Azienda	Struttura	BPAC (S=200)	Cole. Laparo. (S=100)	Fratt. Femore (S=75)	IMA (S=100)	Mammella (S=150)	Parti (S=500)	PTCA (S=250)
505	C.C. S.MARIA MADDALENA		50	4	1	9		
	C.C. MADONNA DELLA SALUTE		84	82	73			
	OSPEDALE DI ROVIGO		106	235	269	229	611	515
	OSPEDALE DI TRECENTA		100	1	11			
	OSPEDALE DI ADRIA		92	72	76		293	

I principali problemi di raggiungimento delle soglie di volume richieste dal DM70 si rilevano nell'Ospedale di Adria e, per gli interventi di colecistectomia laparoscopica, nelle strutture private accreditate. Per tali interventi, inoltre, il volume dell'Ospedale di Rovigo va letto congiuntamente con quello di Trecenta, in quanto le due strutture condividono un'unica equipe chirurgica.

Per le fratture di femore, l'Azienda riferisce che l'attività di traumatologia è stata spostata a Rovigo, mentre quella di ortopedia elettiva è rimasta ad Adria.

5.2. INDICATORI TREEMAP

Area clinica: Cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio

Anno 2019

Azienda	Struttura	IMA: mortalità 30 gg	IMA: PTCA 0-2 gg	SCC: mortalità 30 gg	BPAC: mortalità 30 gg	Valv.: mortalità 30 gg	AAA: mortalità 30 gg
505	C.C. MADONNA DELLA SALUTE	14,3	16,7	5,5			
	OSPEDALE DI ROVIGO	10,1	66,4	8,7			2,1
	OSPEDALE DI TRECENTA			12,1			
	OSPEDALE DI ADRIA	13,3	26,2	18,7			

Azienda	Struttura	Ictus ischemico: mortalità 30 gg	Intervento craniotomia: mortalità 30 gg
505	C.C. MADONNA DELLA SALUTE	21,4	
	OSPEDALE DI ROVIGO	12,0	7,8
	OSPEDALE DI ADRIA	15,4	

Azienda	Struttura	BPCO riacutizzata: mortalità 30 gg
505	C.C. MADONNA DELLA SALUTE	3,6
	OSPEDALE DI ROVIGO	5,3
	OSPEDALE DI TRECENTA	8,8
	OSPEDALE DI ADRIA	11,4

Per l'area Cardiovascolare si osserva un tendenziale miglioramento degli indicatori rispetto al 2018. Rimane elevata la mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio nell'Ospedale di Adria e la mortalità a 30 giorni dopo intervento di craniotomia per tumore cerebrale per l'ospedale di Rovigo.

Area clinica: Chirurgia Generale, Chirurgia Oncologica, Osteomuscolare

Anno 2019

Azienda	Struttura	Cole-laparo: degenza <3 gg	Cole-laparo: reparti volume int. >90 casi
505	C.C. S.MARIA MADDALENA	97,7	0,0
	C.C. MADONNA DELLA SALUTE	88,9	0,0
	OSPEDALE DI ROVIGO	93,7	100,0
	OSPEDALE DI TRECENTA	96,2	100,0
	OSPEDALE DI ADRIA	87,5	100,0

Azienda	Struttura	T mammella: reparti volume int. >135 casi	T mammella: resezione entro 120 gg	T polmone: mortalità 30 gg	T stomaco: mortalità 30 gg	T colon: mortalità 30 gg
505	C.C. MADONNA DELLA SALUTE					5,9
	OSPEDALE DI ROVIGO	100,0	10,7	1,7	0,0	9,7
	OSPEDALE DI ADRIA					3,8

Azienda	Struttura	Femore: intervento entro 2 gg	Tibia e perone: tempi attesa int
505	C.C. MADONNA DELLA SALUTE	76,7	
	OSPEDALE DI ROVIGO	65,1	
	OSPEDALE DI ADRIA	65,0	

Elevata aderenza agli standard di qualità per la degenza post-intervento per colecistectomia laparoscopica, con valori superiori alla soglia ottimale del 90% introdotta dal Nuovo Sistema di Garanzia.

La chirurgia della mammella è concentrata su Rovigo, con una proporzione di reinterventi che si attesta sulla media nazionale. Più elevata della media la mortalità a 30 giorni dall'intervento per tumore del colon, situazione sostanzialmente stabile negli anni.

Il dato complessivo di Azienda sulla tempestività degli interventi in seguito a fratture di femore, pari al 67,5%, è inferiore al livello ottimale dell'80% previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia.

Area clinica: Gravidanza e Parto

Anno 2019 su dati al 31/07/2019

Azienda	Struttura	Parti con taglio cesareo primario	Parti naturali: complicanze	Parti cesarei: complicanze
505	OSPEDALE DI ROVIGO	25,9	0,7	0,2
	OSPEDALE DI ADRIA	18,1	1,9	0,0

L'elevata proporzione di parti cesarei primari a Rovigo è verosimilmente dovuta alla concentrazione dei casi complessi, dal momento che i due ospedali condividono la stessa équipe. Sebbene in linea generale questi indicatori non evidenzino criticità rispetto agli standard di qualità, risultano più elevati rispetto alla soglia ottimale fissata dal Nuovo Sistema di Garanzia per le strutture con meno di 1000 parti l'anno (15%). Emergono infine delle possibili criticità sulle complicanze dei parti naturali presso l'Ospedale di Adria (eventi da valutare nell'ambito di un processo di audit).

6. AZIENDA ULSS 6 - EUGANEA

6.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)

Anno 2019

Azienda	Struttura	BPAC (S=200)	Cole. Laparo. (S=100)	Fratt. Femore (S=75)	IMA (S=100)	Mammella (S=150)	Parti (S=500)	PTCA (S=250)
506	C.C. DIAZ		2			1		
	C.C. VILLA MARIA			1	3	2		
	C.C. ABANO TERME		53	107	57	158	893	
	OSPEDALE DI CITTADELLA		307	162	218	142	1.113	287
	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO		184	138	131	99	1.110	106
	OSPEDALE DI S. ANTONIO		168	158	106			3
	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO		116	92	121	5	2	173
	OSPEDALE DI SCHIAVONIA		152	274	226	97	865	324

Il volume degli interventi alla mammella negli ospedali pubblici dell'Azienda permangono al di sotto della soglia prevista dal DM70, anche se, rispetto all'anno precedente, il numero di interventi all'ospedale di Cittadella è prossimo alla soglia dei 150 (n=142).

Per le PTCA, il volume ridotto a Piove di Sacco è riconducibile all'attività sulle 12 ore, mentre non è giustificato il dato relativo a Camposampiero, dove non è presente l'emodinamica (possibili errori di registrazione della struttura di intervento).

Il volume di interventi di colecistectomia laparoscopica eseguiti presso la Casa di Cura di Abano Terme è circa metà della soglia minima prevista, mentre nel 2018 veniva abbondantemente superata (128 interventi).

6.2. INDICATORI TREEMAP

Area clinica: Cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio

Anno 2019

Azienda	Struttura	IMA: mortalità 30 gg	IMA: PTCA 0-2 gg	SCC: mortalità 30 gg	BPAC: mortalità 30 gg	Valv.: mortalità 30 gg	AAA: mortalità 30 gg
506	C.C. ABANO TERME	0,0	13,0	13,6			
	OSPEDALE DI CITTADELLA	7,2	56,7	6,5			
	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	5,0	51,0	8,4			
	OSPEDALE S. ANTONIO	16,9	2,8	6,9			3,7
	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO	15,5	43,7	9,9			
	OSPEDALE DI SCHIAVONIA	10,2	49,7	6,2			

Azienda	Struttura	Ictus ischemico: mortalità 30 gg	Intervento craniotomia: mortalità 30 gg
506	OSPEDALE DI CITTADELLA	6,5	
	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	7,3	
	OSPEDALE DI S. ANTONIO	6,4	
	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO	4,9	
	OSPEDALE DI SCHIAVONIA	4,5	

Azienda	Struttura	BPCO riacutizzata: mortalità 30 gg
506	C.C. ABANO TERME	6,7
	OSPEDALE DI CITTADELLA	7,8
	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	5,4
	OSPEDALE DI S. ANTONIO	8,8
	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO	3,6
	OSPEDALE DI SCHIAVONIA	8,9

Gli indicatori dell'area cardiologica sono complessivamente in miglioramento rispetto al 2018; fa eccezione l'ospedale di Piove di Sacco per il quale risulta aumentata la mortalità a 30 giorni dal ricovero per IMA e diminuita la proporzione di infarti trattati con PTCA entro due giorni.

Miglioramento generalizzato per gli indicatori sulla mortalità a 30 giorni dopo ricovero per ictus ischemico e per BPCO riacutizzata.

Area clinica: Chirurgia Generale, Chirurgia Oncologica, Osteomuscolare

Anno 2019

Azienda	Struttura	Cole-laparo: degenza <3 gg	Cole-laparo: reparti volume int. >90 casi
506	C.C. ABANO TERME	85,1	0,0
	OSPEDALE DI CITTADELLA	94,7	98,0
	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	94,7	100,0
	OSPEDALE DI S. ANTONIO	96,2	100,0
	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO	80,0	100,0
	OSPEDALE DI SCHIAVONIA	87,3	99,3

Azienda	Struttura	T mammella: reparti volume int. >135 casi	T mammella: resezione entro 120 gg	T polmone: mortalità 30 gg	T stomaco: mortalità 30 gg	T colon: mortalità 30 gg
506	C.C. ABANO TERME	100,0	15,9		3,4	1,2
	OSPEDALE DI CITTADELLA	97,9	10,9	0,0	3,2	1,4
	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	0,0	12,2		6,3	2,4
	OSPEDALE DI S. ANTONIO				3,4	3,4
	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO					1,4
	OSPEDALE DI SCHIAVONIA	0,0	14,3			7,7

Azienda	Struttura	Femore: intervento entro 2 gg	Tibia e perone: tempi attesa int
506	C.C. ABANO TERME	93,6	0,0
	OSPEDALE DI CITTADELLA	82,1	
	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	86,9	2,0
	OSPEDALE DI S. ANTONIO	86,2	2,0
	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO	79,1	
	OSPEDALE DI SCHIAVONIA	78,9	2,0

Sia la proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni che la proporzione di fratture di femore operate entro 2 giorni sono elevate, al di sopra, a livello aziendale, alle soglie ottimali rispettivamente del 90% e dell'80% previste dal Nuovo Sistema di Garanzia.

La proporzione di reinterventi entro 120 giorni per tumore della mammella si mantiene negli anni tendenzialmente elevata.

Area clinica: Gravidanza e Parto

Anno 2019

Azienda	Struttura	Parti con taglio cesareo primario	Parti naturali: complicanze	Parti cesarei: complicanze
506	C.C. ABANO TERME	15,5	0,0	0,8
	OSPEDALE DI CITTADELLA	16,6	0,5	0,2
	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	14,5	0,6	0,0
	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO		0,9	1,7
	OSPEDALE DI SCHIAVONIA	15,1	0,5	0,6

Gli indicatori dell'area materna sono sostanzialmente positivi. In particolare, la proporzione di parti con taglio cesareo primario risulta in linea con le soglie ottimali previste dal Nuovo Sistema di Garanzia (20% e 15% per le strutture rispettivamente sopra e sotto i 1000 parti l'anno).

7. AZIENDA ULSS 7 - PEDEMONTANA

7.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)

Anno 2019

Azienda	Struttura	BPAC (S=200)	Cole. Laparo. (S=100)	Fratt. Femore (S=75)	IMA (S=100)	Mammella (S=150)	Parti (S=500)	PTCA (S=250)
507	OSPEDALE DI BASSANO		196	184	257	154	946	332
	OSPEDALE DI ASIAGO		58	22	13		92	
	OSPEDALE DI SANTORSO		364	265	267	134	1.306	256

L'attività di senologia è presente sia a Bassano che a Santorso, con volumi di poco superiori alla soglia a Bassano e in diminuzione rispetto al 2018 a Santorso.

Nell'Ospedale di Asiago viene erogato un numero ridotto di interventi per frattura di femore e di colecistectomia laparoscopica; questi ultimi tuttavia vengono effettuati dalla medesima equipe di Bassano.

7.2. INDICATORI TREEMAP

Area clinica: Cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio

Anno 2019

Azienda	Struttura	IMA: mortalità 30 gg	IMA: PTCA 0-2 gg	SCC: mortalità 30 gg	BPAC: mortalità 30 gg	Valv.: mortalità 30 gg	AAA: mortalità 30 gg
507	OSPEDALE DI BASSANO	4,7	64,9	7,7			0,0
	OSPEDALE DI ASIAGO			0,0			
	OSPEDALE DI SANTORSO	12,1	50,0	13,3			0,0

Azienda	Struttura	Ictus ischemico: mortalità 30 gg	Intervento craniotomia: mortalità 30 gg
507	OSPEDALE DI BASSANO	9,2	
	OSPEDALE DI SANTORSO	11,1	

Azienda	Struttura	BPCO riacutizzata: mortalità 30 gg
507	OSPEDALE DI BASSANO	7,6
	OSPEDALE DI ASIAGO	6,9
	OSPEDALE DI SANTORSO	5,3

Gli indicatori riferiti a queste condizioni sono migliorati rispetto al 2018 soprattutto per l'ospedale di Bassano.

Area clinica: Chirurgia Generale, Chirurgia Oncologica, Osteomuscolare

Anno 2019

Azienda	Struttura	Cole-laparo: degenza <3 gg	Cole-laparo: reparti volume int. >90 casi
507	OSPEDALE DI BASSANO	82,4	99,5
	OSPEDALE DI ASIAGO	97,4	0,0
	OSPEDALE DI SANTORSO	52,5	97,5

Azienda	Struttura	T mammella: reparti volume int. >135 casi	T mammella: resezione entro 120 gg	T polmone: mortalità 30 gg	T stomaco: mortalità 30 gg	T colon: mortalità 30 gg
507	OSPEDALE DI BASSANO	100,0	3,8		2,2	0,7
	OSPEDALE DI SANTORSO	0,0	8,0		4,8	4,4

Azienda	Struttura	Femore: intervento entro 2 gg	Tibia e perone: tempi attesa int
507	OSPEDALE DI BASSANO	68,0	3,5
	OSPEDALE DI ASIAGO	65,6	
	OSPEDALE DI SANTORSO	66,5	1,0

Per l'ospedale di Santorso si riduce la proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore ai 3 giorni. L'indicatore a livello aziendale risulta così pari al 65,8%, molto al di sotto della soglia ottimale del 90% prevista dal Nuovo Sistema di Garanzia.

La proporzione di reinterventi per tumore della mammella permane molto difforme tra gli Ospedali di Bassano e di Santorso, sebbene in quest'ultimo sia stata dimezzata rispetto al 2018.

E' in miglioramento rispetto al 2018 la tempestività degli interventi per frattura di femore, in particolare a Bassano; l'indicatore complessivo di azienda si attesta al 67%, ancora piuttosto al di sotto della soglia ottimale dell'80% prevista dal Nuovo Sistema di Garanzia.

Area clinica: Gravidanza e Parto

Anno 2019

Azienda	Struttura	Parti con taglio cesareo primario	Parti naturali: complicanze	Parti cesarei: complicanze
507	OSPEDALE DI BASSANO	15,9	1,8	1,3
	OSPEDALE DI ASIAGO	14,7	0,0	0,0
	OSPEDALE DI SANTORSO	14,5	0,9	1,7

La proporzione di parti con taglio cesareo primario si colloca su valori ottimali, mentre permangono criticità sulle complicanze da parto.

8. AZIENDA ULSS 8 - BERICA

8.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)

Anno 2019

Azienda	Struttura	BPAC (S=200)	Cole. Laparo. (S=100)	Fratt. Femore (S=75)	IMA (S=100)	Mammella (S=150)	Parti (S=500)	PTCA (S=250)
508	C.C. ERETEZIA		133		1			
	C.C. VILLA BERICA		3			1		
	C.C. VILLA MARGHERITA				13			
	OSPEDALE DI VICENZA	218	118	424	657	263	2.463	830
	OSPEDALE DI NOVENTA		178		33			
	OSPEDALE DI ARZIGNANO		118	79	165	307	633	22
	OSPEDALE DI LONIGO				24			
	OSPEDALE DI MONTECCHIO			67		40		
	OSPEDALE DI VALDAGNO		135	97	13	2	413	

Negli ospedali della ULSS Berica vengono sostanzialmente rispettati i volumi minimi di attività previsti dal DM70.

Per quanto riguarda gli interventi di frattura del femore, da giugno 2019 l'attività è stata trasferita da Montecchio ad Arzignano: pertanto il volume degli interventi va valutato complessivamente.

L'attività di senologia è stata trasferita dall'ospedale di Arzignano all'ospedale di Montecchio da dicembre 2019.

8.2. INDICATORI TREEMAP

Area clinica: Cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio

Anno 2019

Azienda	Struttura	IMA: mortalità 30 gg	IMA: PTCA 0-2 gg	SCC: mortalità 30 gg	BPAC: mortalità 30 gg	Valv.: mortalità 30 gg	AAA: mortalità 30 gg
508	C.C. ERETEZIA			2,1			
	OSPEDALE DI VICENZA	12,0	46,9	15,9	1,2	2,6	0,9
	OSPEDALE DI NOVENTA	23,1	7,7	10,8			
	OSPEDALE DI ARZIGNANO	6,2	50,8	9,0			
	OSPEDALE DI VALDAGNO			8,6			

Azienda	Struttura	Ictus ischemico: mortalità 30 gg	Intervento craniotomia: mortalità 30 gg
508	OSPEDALE DI VICENZA	9,5	4,4
	OSPEDALE DI ARZIGNANO	10,6	
	OSPEDALE DI VALDAGNO	50,0	

Azienda	Struttura	BPCO riacutizzata: mortalità 30 gg
508	OSPEDALE DI VICENZA	12,1
	OSPEDALE DI NOVENTA	15,2
	OSPEDALE DI ARZIGNANO	13,7
	OSPEDALE DI VALDAGNO	11,3

Gli indicatori dell'area cardiovascolare sono in parziale miglioramento rispetto al 2018. Nell'Ospedale di Vicenza permane un'elevata mortalità a 30 giorni con riferimento sia ai ricoveri per scompenso cardiaco e per BPCO, sia agli interventi di craniotomia.

L'elevata mortalità a seguito di BPCO riacutizzata per l'Ospedale di Arzignano può risentire della bassa numerosità dei casi (7 su 51).

Area clinica: Chirurgia Generale, Chirurgia Oncologica, Osteomuscolare

Anno 2019

Azienda	Struttura	Cole-laparo: degenza <3 gg	Cole-laparo: reparti volume int. >90 casi
508	C.C. ERETEZIA	91,9	98,5
	OSPEDALE DI VICENZA	58,6	97,5
	OSPEDALE DI NOVENTA	90,1	100,0
	OSPEDALE DI ARZIGNANO	80,7	100,0
	OSPEDALE DI VALDAGNO	98,2	99,3

Azienda	Struttura	T mammella: reparti volume int. >135 casi	T mammella: resezione entro 120 gg	T polmone: mortalità 30 gg	T stomaco: mortalità 30 gg	T colon: mortalità 30 gg
508	OSPEDALE DI VICENZA	99,2	4,3	0,0	4,3	1,7
	OSPEDALE DI ARZIGNANO	99,7	1,8			5,3
	OSPEDALE DI MONTECCHIO	0,0				
	OSPEDALE DI VALDAGNO					3,2

Azienda	Struttura	Femore: intervento entro 2 gg	Tibia e perone: tempi attesa int
508	OSPEDALE DI VICENZA	48,9	4,0
	OSPEDALE DI ARZIGNANO	50,0	
	OSPEDALE DI MONTECCHIO	58,2	
	OSPEDALE DI VALDAGNO	71,6	

Gli indicatori dell'area chirurgica si collocano complessivamente su buoni livelli; tuttavia per l'Ospedale di Vicenza la proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni è inferiore a quella degli altri ospedali (dato confermato da PNE anche dopo aggiustamento per il rischio). Ne consegue che il valore dell'indicatore a livello aziendale risulta di poco inferiore alla soglia ottimale prevista dal Nuovo Sistema di Garanzia (87% vs. 90%)

Diminuiscono rispetto al 2018 gli interventi per frattura di femore nell'anziano entro due giorni; su base aziendale la proporzione di fratture di femore operate tempestivamente risulta così pari al 54%, al di sotto del livello ottimale dell'80% previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia.

Area clinica: Gravidanza e Parto

Anno 2019

Azienda	Struttura	Parti con taglio cesareo primario	Parti naturali: complicanze	Parti cesarei: complicanze
508	OSPEDALE DI VICENZA	17,7	0,5	0,4
	OSPEDALE DI ARZIGNANO	19,8	0,2	0,6
	OSPEDALE DI VALDAGNO	19,5	0,4	0,0

Per gli ospedali di Arzignano e di Valdagno la proporzione di parti cesarei primari, pur senza raggiungere livelli di criticità, si colloca al di sopra della soglia ottimale del 15% prevista dal Nuovo Sistema di Garanzia per le strutture con meno di 1000 parti.

9. AZIENDA ULSS 9 - SCALIGERA

9.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)

Anno 2019

Azienda	Struttura	BPAC (S=200)	Cole. Laparo. (S=100)	Fratt. Femore (S=75)	IMA (S=100)	Mammella (S=150)	Parti (S=500)	PTCA (S=250)
509	O.CL. SACRO CUORE-DON CALABRIA		279	124	168	315	788	259
	C.C. VILLA GARDA				53			
	C.C. PEDERZOLI		267	155	180	152	688	404
	C.C. S.FRANCESCO			3				
	OSPEDALE DI LEGNAGO		210	190	237	133	823	380
	OSPEDALE DI SAN BONIFACIO		208	235	143	155	1.238	81
	OSPEDALE DI MARZANA				1			
	OSPEDALE DI VILAFRANCA		108	153	60	51	762	25
	OSPEDALE DI BUSSOLENGO				3			

I volumi di chirurgia della mammella degli ospedali di Legnago e di Villafranca sono inferiori alla soglia prevista; tuttavia, all'ospedale di Legnago, indicato come centro di I livello, è aumentata la casistica trattata, ormai vicina alla soglia prevista (n=133) e con la DDG N. 704 del 07/11/2019 è stata delineata la nuova organizzazione della breast unit aziendale con una equipe unica per la l'attività chirurgica di senologia che coinvolge gli Ospedali di Legnago, San Bonifacio e Villafranca.

Presso l'Ospedale di Villafranca il volume di IMA si conferma ancora al di sotto della soglia.

Per problemi informatici sono erroneamente attribuite agli ospedali di San Bonifacio e di Villafranca le PTCA eseguite a Legnago.

9.2. INDICATORI TREEMAP

Area clinica: Cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio

Anno 2019

Azienda	Struttura	IMA: mortalità 30 gg	IMA: PTCA 0-2 gg	SCC: mortalità 30 gg	BPAC: mortalità 30 gg	Valv.: mortalità 30 gg	AAA: mortalità 30 gg
509	O.CL. SACRO CUORE-DON CALABRIA	7,5	62,4	6,0			1,9
	C.C. VILLA GARDA			9,4			
	C.C. PEDERZOLI	6,4	73,8	16,9			1,5
	OSPEDALE DI LEGNAGO	12,1	67,1	5,4			0,0
	OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	10,0	29,6	11,5			
	OSPEDALE DI VILAFRANCA	18,2	2,3	7,5			
	OSPEDALE DI BUSSOLENGO			2,2			

Azienda	Struttura	Ictus ischemico: mortalità 30 gg	Intervento craniotomia: mortalità 30 gg
509	O.CL. SACRO CUORE-DON CALABRIA	1,9	
	C.C. PEDERZOLI	4,7	
	OSPEDALE DI LEGNAGO	6,3	
	OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	16,1	
	OSPEDALE DI VILLAFRANCA	3,7	

Azienda	Struttura	BPCO riacutizzata: mortalità 30 gg
509	O.CL. SACRO CUORE-DON CALABRIA	6,7
	C.C. PEDERZOLI	8,6
	OSPEDALE DI LEGNAGO	9,2
	OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	8,9
	OSPEDALE DI VILLAFRANCA	13,9
	OSPEDALE DI BUSSOLENGO	3,6

Nell'ambito degli indicatori del sistema circolatorio, la situazione è molto simile a quella del 2018, con una criticità minore nella proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni per l'ospedale di San Bonifacio e un peggioramento rispetto al 2018 della mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio per la C.C. Pederzoli (2018: 13,1).

Nell'area del sistema nervoso non si evidenziano criticità (il dato dell'Ospedale di S. Bonifacio non viene valutato, perché non è presente la neurologia).

Migliora complessivamente, rispetto al 2018, la mortalità a 30 giorni dal ricovero per BPCO riacutizzata.

Area clinica: Chirurgia Generale, Chirurgia Oncologica, Osteomuscolare

Anno 2019

Azienda	Struttura	Cole-laparo: degenza <3 gg	Cole-laparo: reparti volume int. >90 casi
509	O.CL. SACRO CUORE-DON CALABRIA	87,9	96,4
	C.C. PEDERZOLI	94,1	98,9
	OSPEDALE DI LEGNAGO	90,3	99,0
	OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	91,7	100,0
	OSPEDALE DI VILLAFRANCA	86,3	100,0

Azienda	Struttura	T mammella: reparti volume int. >135 casi	T mammella: resezione entro 120 gg	T polmone: mortalità 30 gg	T stomaco: mortalità 30 gg	T colon: mortalità 30 gg
509	O.CL. SACRO CUORE-DON CALABRIA	100,0	14,8	0,0	4,2	4,7
	C.C. PEDERZOLI	100,0	11,7	2,0		4,7
	OSPEDALE DI LEGNAGO	0,0	13,1	0,0	13,6	7,1
	OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	100,0	12,8		0,0	3,1
	OSPEDALE DI VILAFRANCA	0,0	9,1			0,0

Azienda	Struttura	Femore: intervento entro 2 gg	Tibia e perone: tempi attesa int
509	O.CL. SACRO CUORE-DON CALABRIA	63,3	1,0
	C.C. PEDERZOLI	68,1	2,0
	OSPEDALE DI LEGNAGO	67,8	9,0
	OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	61,6	
	OSPEDALE DI VILAFRANCA	40,2	

Per gli interventi di colecistectomia laparoscopica, l'indicatore relativo alla degenza post-operatoria è su livelli ottimali, in linea con quanto previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia (90%).

Nell'ambito della chirurgia oncologica, risulta non ottimale la frequenza di reinterventi entro 120 giorni: rientrata la criticità relativa alla Casa di Cura Pederzoli, emergono rispetto al 2018 alcune criticità minori per gli ospedali pubblici oggetto di riorganizzazione della breast unit e per l'ospedale Sacro Cuore di Negrar.

Permane inoltre un'elevata mortalità a 30 giorni da intervento per tumore del colon per l'Ospedale di Legnago.

L'indicatore relativo alla tempestività degli interventi per frattura del femore nell'anziano si colloca su buoni livelli per tutte le strutture eccetto che per l'Ospedale di Villafranca e comunque al di sotto della soglia ottimale dell'80% prevista dal Nuovo Sistema di Garanzia.

Area clinica: Gravidanza e Parto

Anno 2019

Azienda	Struttura	Parti con taglio cesareo primario	Parti naturali: complicanze	Parti cesarei: complicanze
509	O.CL. SACRO CUORE-DON CALABRIA	17,2	1,7	1,6
	C.C. PEDERZOLI	18,6	0,5	0,0
	OSPEDALE DI LEGNAGO	14,5	0,3	0,7
	OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	11,1	1,6	1,2
	OSPEDALE DI VILAFRANCA	18,2	0,0	0,9
	OSPEDALE DI BUSSOLENGO		0,8	0,0

Buona aderenza agli standard di qualità per la proporzione di cesarei primari, anche in ottica di Nuovo Sistema di Garanzia, mentre permangono criticità (già evidenziate nel 2018) per le complicanze da parto.

10. AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

10.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)

Anno 2019

Azienda	Struttura	BPAC (S=200)	Cole. Laparo. (S=100)	Fratt. Femore (S=75)	IMA (S=100)	Mammella (S=150)	Parti (S=500)	PTCA (S=250)
901	AO PADOVA	201	439	463	908	299	2.943	797

Non si evidenziano criticità nel rispetto dei volumi fissati dal DM70. I volumi di interventi per colecistectomia laparoscopica sono erogati da quattro UO di cui una con meno di 90 casi annui.

10.2. INDICATORI TREEMAP

Area clinica: Cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio

Anno 2019

Azienda	Struttura	IMA: mortalità 30 gg	IMA: PTCA 0-2 gg	SCC: mortalità 30 gg	BPAC: mortalità 30 gg	Valv.: mortalità 30 gg	AAA: mortalità 30 gg
901	AO PADOVA	9,9	37,7	8,5	1,5	3,1	0,8

Azienda	Struttura	Ictus ischemico: mortalità 30 gg	Intervento craniotomia: mortalità 30 gg
901	AO PADOVA	5,5	1,7

Azienda	Struttura	BPCO riacutizzata: mortalità 30 gg
901	AO PADOVA	7,7

Nell'area del cardiocircolatorio vi sono lievi variazioni nei valori degli indicatori rispetto al 2018, tuttavia non tali da modificare la valutazione rispetto agli standard di qualità.

Per quanto riguarda la mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per ictus ischemico, la percentuale di decessi si è ridotta rispetto al 2018 (5.5% vs 9.1%).

Area clinica: Chirurgia Generale, Chirurgia Oncologica, Osteomuscolare

Anno 2019

Azienda	Struttura	Cole-laparo: degenza <3 gg	Cole-laparo: reparti volume int. >90 casi
901	AO PADOVA	86,6	85,2

Azienda	Struttura	T mammella: reparti volume int. >135 casi	T mammella: resezione entro 120 gg	T polmone: mortalità 30 gg	T stomaco: mortalità 30 gg	T colon: mortalità 30 gg
901	AO PADOVA	93,0	8,4	0,5	2,4	2,4

Azienda	Struttura	Femore: intervento entro 2 gg	Tibia e perone: tempi attesa int
901	AO PADOVA	79,2	3,0

Non si rilevano sostanziali variazioni rispetto al 2018.

Gli indicatori considerati nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia e relativi agli interventi di Colecistectomia laparoscopica e per frattura di femore assumono valori prossimi alle soglie ottimali previste dal Nuovo Sistema di garanzia (rispettivamente 90% e 80%).

Area clinica: Gravidanza e Parto

Anno 2019

Azienda	Struttura	Parti con taglio cesareo primario	Parti naturali: complicanze	Parti cesarei: complicanze
901	AO PADOVA	29,0	0,6	0,7

La percentuale di parti con taglio cesareo primario è passata da 25,9 del 2018 a 29,0 rimanendo tuttavia ancora nella soglia di valutazione intermedia. Questo indicatore risulta superiore alla soglia del 25% prevista dal Nuovo Sistema di Garanzia; è tuttavia atteso, in base ai risultati del PNE degli anni precedenti, che tale indicatore migliori dopo aggiustamento per il rischio dal momento che presso l'AO di Padova confluiscono molti casi complessi di provenienza anche extraregionale. Gli altri indicatori sono rimasti stabili rispetto allo scorso anno.

11. AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

11.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)

Anno 2019

Azienda	Struttura	BPAC (S=200)	Cole. Laparo. (S=100)	Fratt. Femore (S=75)	IMA (S=100)	Mammella (S=150)	Parti (S=500)	PTCA (S=250)
912	AOUI VERONA BORGIO TRENTO	251	410	515	581	411	3.225	551
	AOUI VERONA BORGIO ROMA		213		45		1	4

Tutte le soglie di volume fissate dal DM70 vengono rispettate.

11.2. INDICATORI TREEMAP

Area clinica: Cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio

Anno 2019

Azienda	Struttura	IMA: mortalità 30 gg	IMA: PTCA 0-2 gg	SCC: mortalità 30 gg	BPAC: mortalità 30 gg	Valv.: mortalità 30 gg	AAA: mortalità 30 gg
912	AOUI VERONA BORGIO TRENTO	6,2	57,5	8,0	2,3	1,5	0,0
	AOUI VERONA BORGIO ROMA	25,9	3,7	11,0			3,2

Azienda	Struttura	Ictus ischemico: mortalità 30 gg	Intervento craniotomia: mortalità 30 gg
912	AOUI VERONA BORGIO TRENTO	9,1	1,2
	AOUI VERONA BORGIO ROMA	4,8	

Azienda	Struttura	BPCO riacutizzata: mortalità 30 gg
912	AOUI VERONA BORGIO TRENTO	6,4
	AOUI VERONA BORGIO ROMA	12,1

Modesto incremento rispetto al 2019 per la mortalità a 30 giorni dall'intervento di BPAC e di valvuloplastica. Migliora per B.go Trento la mortalità a 30 giorni dal ricovero per BPCO riacutizzata.

Area clinica: Chirurgia Generale, Chirurgia Oncologica, Osteomuscolare

Anno 2019

Azienda	Struttura	Cole-laparo: degenza <3 gg	Cole-laparo: reparti volume int. >90 casi
912	AOUI VERONA BORGHI TRENTINO	86,5	77,8
	AOUI VERONA BORGHI ROMA	89,8	91,5

Azienda	Struttura	T mammella: reparti volume int. >135 casi	T mammella: resezione entro 120 gg	T polmone: mortalità 30 gg	T stomaco: mortalità 30 gg	T colon: mortalità 30 gg
912	AOUI VERONA BORGHI TRENTINO	100,0	7,5	0,3	0,4	3,4
	AOUI VERONA BORGHI ROMA				0,0	0,9

Azienda	Struttura	Femore: intervento entro 2 gg	Tibia e perone: tempi attesa int
912	AOUI VERONA BORGHI TRENTINO	64,5	3,0

Per il 2019 non si evidenziano criticità nell'area della chirurgia: con riferimento agli indicatori valutati nel Nuovo Sistema di Garanzia, la proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni risulta complessivamente prossima alla soglia ottimale del 90%, mentre la proporzione di interventi chirurgici entro 2 giorni per frattura del collo del femore nell'anziano risulta al di sotto della soglia dell'80%.

Area clinica: Gravidanza e Parto

Anno 2019

Azienda	Struttura	Parti con taglio cesareo primario	Parti naturali: complicanze	Parti cesarei: complicanze
912	AOUI VERONA BORGHI TRENTINO	22,9	0,5	0,7

La proporzione di parti con taglio cesareo primario viene valutata positivamente sia rispetto alle soglie fissate dal Treemap, che da quelle definite dal Nuovo Sistema di Garanzia (max 25%).
Situazione stabile rispetto al 2018 per le complicanze da parto.

12. IRCCS IOV

12.1. INDICATORI DI VOLUME (DM70/2015)

Anno 2019

Azienda	Struttura	BPAC (S=200)	Cole. Laparo. (S=100)	Fratt. Femore (S=75)	IMA (S=100)	Mammella (S=150)	Parti (S=500)	PTCA (S=250)
952	IOV PADOVA					715		
	IOV CASTELFRANCO		43		2	113		

Nella sede di Castelfranco l'attività senologica è iniziata da luglio 2019. E' stato inoltre effettuato un numero limitato di interventi di colecistectomia laparoscopica.

12.2. INDICATORI TREEMAP

Area clinica: Chirurgia Generale, Chirurgia Oncologica, Osteomuscolare

Anno 2019

Azienda	Struttura	Cole-laparo: degenza <3 gg	Cole-laparo: reparti volume int. >90 casi
952	IOV CASTELFRANCO	81,5	0,0

Azienda	Struttura	T mammella: reparti volume int. >135 casi	T mammella: resezione entro 120 gg	T polmone: mortalità 30 gg	T stomaco: mortalità 30 gg	T colon: mortalità 30 gg
952	IOV PADOVA	99,9	12,1			
	IOV CASTELFRANCO	0,0			0,0	2,0

La percentuale di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento conservativo per tumore alla mammella è migliorato (dal 16,1% nel 2018 al 12,1% nel 2019) mantenendosi tuttavia ancora all'interno di un'area considerata non ottimale. A questo proposito lo IOV ha effettuato un approfondimento sulla casistica trattata giungendo alle seguenti considerazioni:

“Dall'analisi puntuale delle cartelle cliniche della Chirurgia Senologica dello IOV è emerso che nella casistica con re-intervento successivo ad un primo intervento di chirurgia conservativa per tumore mammario sono marcatamente sovra rappresentate (circa il 60%) le neoplasie infiltranti con presenza di componente in situ o intraduttale.

Si tratta di lesioni la cui eradicazione completa in prima istanza è complessa e soggetta a maggior rischio di revisione. Tale casistica, che si presenta complessa già in fase di diagnosi iniziale, viene indirizzata prevalentemente verso i reparti più specializzati e tra questi lo IOV è particolarmente attrattivo.

Tale ragione giustifica una proporzione di reinterventi superiore presso la chirurgia senologica IOV rispetto ai centri meno attrattivi.”

