

Occorre sottolineare che i costi analizzati si riferiscono ai rimborsi richiesti dalle strutture ospedaliere pubbliche a fronte di prestazioni erogate ai pazienti oncologici. Si tratta quindi di soli costi diretti sostenuti in ambito pubblico, che non esauriscono il complesso delle spese affrontate dal paziente né la sequela di disagi affrontati a livello personale e familiare.

Figura 2: Distribuzione del costo medio annuale dei pazienti con tumore colorettole per età alla diagnosi e fase di malattia

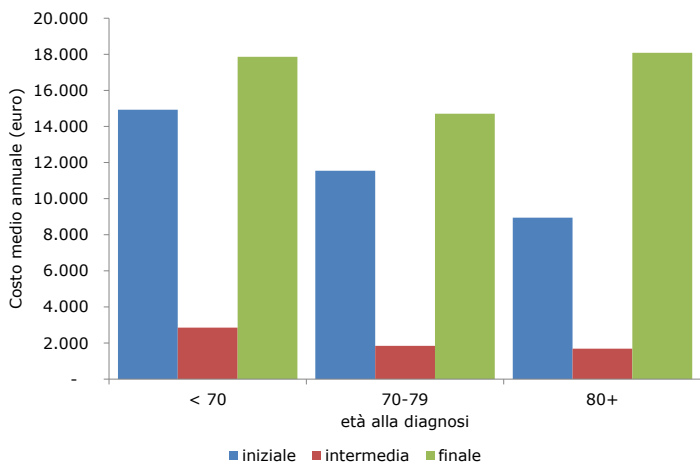


Figura 3: Distribuzione del costo medio annuale dei pazienti con tumore colorettole per stadio alla diagnosi e classi d'età nella fase iniziale

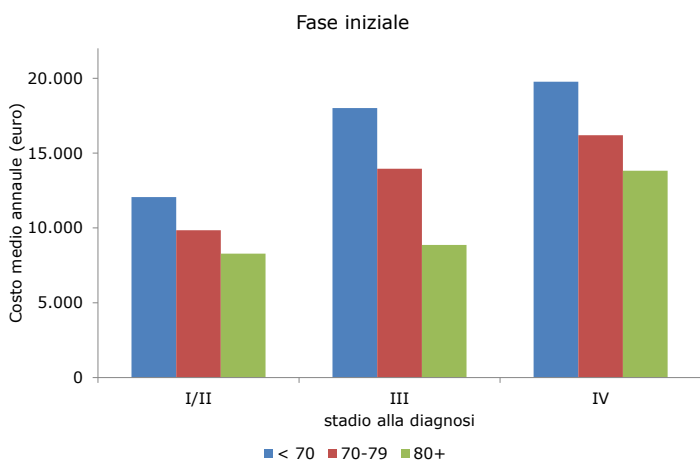


Tabella 1: Distribuzione percentuale dei casi prevalenti e relativi costi nelle diverse fasi della malattia

Fase della malattia	Casi Prevalenti	Costi
Iniziale	11%	34%
Continua	83%	43%
Finale	6%	23%

L'esperienza fatta con lo studio ha permesso di mettere a punto uno strumento di analisi dei bisogni sanitari dei pazienti oncologici e del carico economico che il sistema sanitario pubblico deve affrontare. La valutazione dei costi diretti dei pazienti oncologici richiede l'integrazione di diverse banche dati, alcune delle quali, come la farmaceutica, stanno assumendo un peso crescente sia per l'elevato costo del singolo farmaco, sia per la domanda crescente da parte di una popolazione che sopravvive più a lungo e che quindi sempre più frequentemente convive per anni con patologie complesse come i tumori. Occorrono alle Regioni strumenti adeguati di previsione del costo complessivo per singola patologia e della sua articolazione in capitoli di spesa (per la diagnostica, per i trattamenti chirurgici e terapeutici di tipo ospedaliero, per la degenza, per i farmaci e così via). La conoscenza dei profili terapeutici e di costo dei pazienti oncologici risponde a questa esigenza

conoscitiva della struttura della domanda e dei costi dei servizi sanitari per le neoplasie.

Bibliografia:

1. Dal Maso L, Guzzinati S, De Angelis R. La prevalenza dei tumori in Italia. Persone che convivono con un tumore, lungo sopravvissuti e guariti. Rapporto AIRTUM, Epidemiologia & Prevenzione 2010;34(5-6) S.
2. Francisci S, Guzzinati S, Mezzetti M, Crocetti E, Giusti F, Miccinesi G, Paci E, Angiolini C, Gigli A. Cost profiles of colorectal cancer patients in Italy based on individual patterns of care. BMC Cancer. 2013, 13:329.
3. Mariotto A, Yabroff R, Feuer EJ, De Angelis R, Brown ML. Projecting the number of patients with colorectal cancer by phases of care in the US: 2000-2020. Cancer Causes Control 2006;17:1215-26.
4. Brown ML, Riley GF, Schussler N, Etzioni R. Estimating Health Care Costs Related to Cancer Treatment From SEER-Medicare Data. Medical Care 2002;40(8):IV104-IV117.

Per informazioni: Registro Tumori del Veneto stefano.guzzinati@ioveneto.it

MORTALITÀ PER CAUSE VIOLENTE: DATI PRELIMINARI 2011

La Regione del Veneto ha assegnato al Sistema Epidemiologico Regionale il compito di mantenere e analizzare l'archivio regionale delle cause di morte. Copia delle schede ISTAT di morte è inviata dalle Aziende ULSS al SER per la codifica della causa di morte ed il data entry. Una volta completate tali procedure, viene restituita alle singole Aziende ULSS la sezione dell'archivio informatizzato di propria competenza. Sul sito web del SER (www.ser-veneto.it) sono disponibili l'ultimo rapporto dettagliato sulla mortalità regionale (periodo 2007-2010), rapporti e presentazioni su aspetti specifici della mortalità per causa, documentazione tecnica sulla codifica delle cause di morte; sono inoltre consultabili in una sezione dedicata le frequenze ed i tassi specifici di mortalità per età e sesso per le più comuni cause di morte.

Classificazione delle morti da traumatismo/avvelenamento

A partire dal 2007 la codifica viene effettuata secondo la decima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-10). Per la codifica delle morti da causa violenta si utilizzano due codici. Il primo identifica la natura del traumatismo, intossicazione od altra conseguenza di causa esterna (codici S00-T98 della classificazione ICD-10), ad esempio specificando la sede ed il tipo di lesione conseguente ad un trauma; il secondo identifica la causa esterna di morbosità e mortalità, ad esempio specificando la modalità con cui si è verificato un incidente stradale, un suicidio, od una caduta accidentale (codici V01-Y98). La causa esterna, ovvero la modalità che ha provocato il traumatismo o l'avvelenamento, ai fini di sanità pubblica è considerata l'informazione più importante, tanto che nelle attuali statistiche di mortalità per causa i decessi da causa violenta vengono solitamente riportati per tipo di causa esterna e non per tipo di lesione; le principali categorie sono rappresentate da incidenti stradali, suicidi, e cadute accidentali.

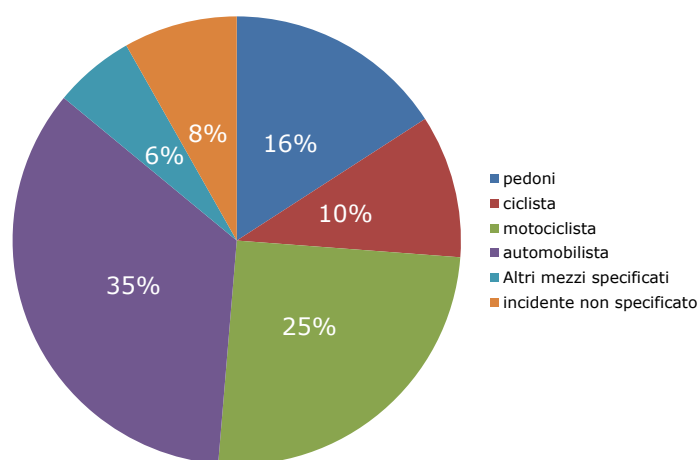
Nella precedente versione della scheda ISTAT vi erano due riquadri separati per l'inserimento della causa di morte naturale o traumatica; nella versione in vigore a partire dal 2011 vi è un'unica sezione per identificare le patologie o le lesioni che hanno determinati il decesso, e per i decessi da traumatismo/avvelenamento devono essere compilati alcuni quesiti aggiuntivi che ne specificano circostanze e modalità. In particolare per gli incidenti stradali vi sono quesiti dedicati che ne consentono una descrizione molto più dettagliata rispetto alla precedente versione della scheda. Vengono di seguito presentati i dati del 2011, ancora provvisori, ma che garantiscono una copertura a livello regionale pari a circa il 99% dei decessi.

Nel 2011 si sono verificati 1808 decessi per traumatismo/avvelenamento, che rappresentano il 4.1% dei decessi totali (5.3% negli uomini, 3.0% nelle donne). In particolare, costituiscono il 41% dei decessi sotto i 30 anni, il 32% tra i 30 ed i 44, l'8% tra i 45 ed i 64, ed il 3% sopra i 65 anni.

Accidenti da trasporto

Gli accidenti da trasporto (V01-V99) nel 2011 hanno causato il 21% di tutti i decessi per traumatismi ed avvelenamenti con 385 decessi (378 escludendo i pochi decessi da trasporto per acqua o aereo). Se negli anni precedenti in almeno metà dei casi la modalità dell'incidente non era descritta, con la nuova scheda ISTAT introdotta nel 2011 è possibile identificare nella maggior parte degli incidenti il mezzo di trasporto della vittima (Figura 1): 35% automobilisti (età media 46 anni), 25% motociclisti (età media 38 anni), 16% pedoni (età media 61 anni), 10% ciclisti (età media 67 anni), 6% altri mezzi specificati, 8% incidente non specificato.

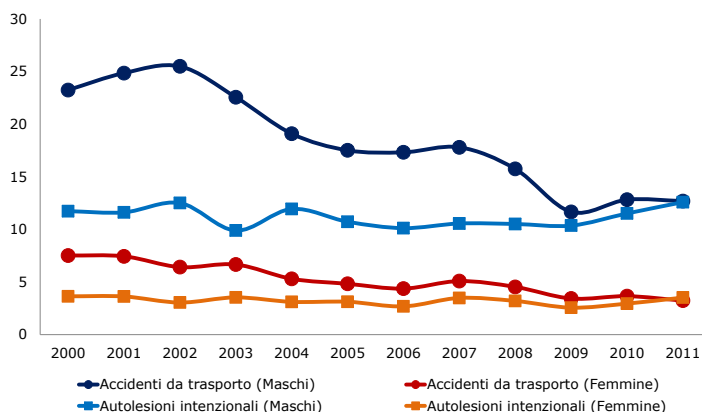
Figura 1: Distribuzione dei decessi per incidente stradale per modalità di trasporto della vittima: Veneto anno 2011



Considerando la distribuzione per classe di età del totale dei decessi per incidente stradale, il 25% si è verificato prima dei 30 anni, il 22% tra i 30 ed i 44 anni, il 26% tra i 45 ed i 64 anni, l'11% tra i 65 ed i 74 anni, il 16% tra soggetti con 75 e più anni.

Il 79% dei decessi per incidente stradale si verifica nel sesso maschile. L'andamento dei tassi di mortalità per incidenti da trasporto riportati nella Figura 2 mette in evidenza come rispetto all'inizio dello scorso decennio la mortalità per incidenti si sia dimezzata in entrambi i sessi, con una riduzione assoluta particolarmente eclatante tra gli uomini; negli ultimi anni invece i tassi sembrano essersi stabilizzati.

Figura 2: Mortalità per incidenti stradali e suicidi: tasso osservato per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2011.

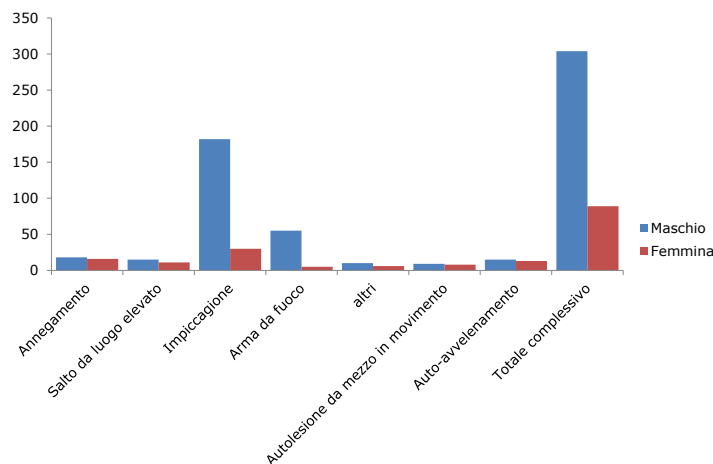


Suicidi

Le autolesioni intenzionali (X60-X84) hanno causato nel 2011 il 22% di tutte le morti traumatiche (393 decessi). Tra i decessi per suicidio, il 77% si è verificato nel sesso maschile. In Figura 2 si può osservare come, dopo una lieve riduzione nel corso dello scorso decennio, i tassi osservati siano aumentati negli ultimi due anni; tale inversione di tendenza è particolarmente evidente nel sesso maschile, dove i valori più elevati consentono stime più stabili.

In Figura 3 si può osservare come la prima modalità di autolesione è rappresentata dall'impiccagione in entrambi i sessi (182 decessi negli uomini, 30 nelle donne), seguita da suicidi da arma da fuoco (55 negli uomini, 5 nelle donne), e dall'annegamento (18 negli uomini, 16 nelle donne).

Figura 3: Numero di decessi per sesso e modalità del suicidio: Veneto anno 2011



Considerando la distribuzione per classe di età, l'8% dei decessi per suicidio si è verificato prima dei 30 anni, il 18% tra i 30 ed i 44 anni, il 43% tra i 45 ed i 64 anni, il 16% tra i 65 ed i 74 anni, il 14% tra soggetti con 75 e più anni.

Cadute accidentali

Nelle analisi che seguono alle cadute accidentali (W00-W19) sono state aggregate le esposizioni a fattore non specificato (X59) e le sequele di causa esterna non specificata (Y89.9). In questi ultimi due codici ricadono traumatismi per cui non vengono compilati i quesiti della scheda ISTAT specifici per le morti da traumatismo ed avvelenamento, ma in realtà si tratta in maggioranza di fratture di femore (e loro esiti) nell'anziano. Per le cadute accidentali ed eventi assimilabili è stata condotta un'analisi per tipo di lesione classificandola in frattura di femore (S72, T93.1), trauma cranico (S00-S09, T90), traumi del collo e del tronco (S10-S39, T08, T09, T91), politraumi (T00-T07, T94.0). Le cadute accidentali (783 decessi) rendono conto del 43% di tutte le morti traumatiche; sono tipiche dell'anziano e del sesso femminile (età media 83 anni, 56% donne). Si tratta per lo più di fratture di femore (46% di tutte le cadute), traumi cranici (28%), del collo e del tronco (10%), politraumi (10%). Per le sole fratture di femore e loro esiti, l'età media sale a 88 anni, ed il 65% dei decessi si verifica nelle donne.

Altre categorie e conclusioni

Il restante 14% dei decessi per traumatismi ed avvelenamenti rientra in altre categorie: altri eventi accidentali, complicanze di assistenza medica e chirurgica, aggressione, eventi con intento indeterminato.

Le analisi sopra riportate evidenziano l'utilità di avere dati tempestivi sulla mortalità per causa. In particolare le morti traumatiche (soprattutto suicidi ed incidenti stradali) rientrano tra le categorie di decessi per cui si possono osservare variazioni rapide, anche in risposta a cambiamenti della situazione socio-economica o ad innovazioni nelle politiche della salute. Nei limiti dei dati descrittivi presentati, si possono formulare alcune considerazioni:

1. l'importante riduzione della mortalità per incidenti stradali osservata nello scorso decennio, anche in conseguenza di provvedimenti legislativi come l'introduzione della patente a punti (J Epidemiol Community Health 2007;61:877-81), sembra essersi arrestata nell'ultimo biennio
2. sono recentemente comparse le prime pubblicazioni scientifiche che suggeriscono, seppur con risultati contrastanti, un possibile incremento dei tassi di suicidio in alcuni Paesi europei riferibile alla crisi economica; l'aumento dei tassi di suicidio osservato nel Veneto peraltro non al momento è confermato da dati nazionali
3. il progressivo invecchiamento della popolazione porterà verosimilmente ad un incremento del carico assistenziale e della mortalità attribuibili alle cadute nell'anziano; le analisi proposte dovranno quindi essere estese ad un arco temporale più ampio ed integrate dalla valutazione di tutte le condizioni morbose riportate nella scheda di morte (analisi delle cause multiple).

Per informazioni: Sistema Epidemiologico Regionale
francesco.carlucci@regione.veneto.it

PREVALENZA DI INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA NEGLI OSPEDALI PER ACUTI

L'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) ha promosso nel 2011-2012 la conduzione di indagini di prevalenza nei Paesi europei secondo un protocollo comune che consenta di aggregare e di confrontare i dati raccolti. Obiettivo dell'indagine è stimare le dimensioni globali (prevalenza) delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e dell'uso di antibiotici negli ospedali per acuti, descrivendo i pazienti, le procedure invasive, le infezioni (siti, microrganismi coinvolti), e gli antibiotici prescritti (molecole, indicazioni d'uso). I risultati vengono quindi diffusi a livello locale, regionale, nazionale, europeo per: promuovere una maggiore attenzione al problema; promuovere e rinforzare infrastrutture e competenze per attuare la sorveglianza; identificare i problemi comuni e stabilire priorità condivise. Un valore aggiunto del progetto è quello di fornire agli ospedali uno strumento standardizzato di sorveglianza.

Il protocollo europeo per l'indagine di prevalenza

Secondo il protocollo europeo (disponibile sul sito http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/rischio-infettivo), negli ospedali partecipanti sono inclusi tutti i reparti (compresi i reparti psichiatrici, riabilitativi e le neonatologie). Sono esclusi solo i reparti di lungodegenza e i dipartimenti di emergenza-urgenza. Devono essere inclusi tutti i pazienti presenti in reparto alle 8.00 del mattino o prima e non dimessi al momento della rilevazione. La raccolta dei dati in ciascun reparto deve essere conclusa nello stesso giorno; il tempo totale per completare la rilevazione nel singolo ospedale non deve superare le 2-3 settimane.

I dati da rilevare includono: dati sull'ospedale (tipologia e dimensione dell'ospedale, indicatori di struttura e processo); fattori di rischio per tutti i pazienti, indipendentemente dalla presenza o meno di infezione o terapia antibiotica (dati demografici, intervento chirurgico, esposizione a dispositivi invasivi, condizioni di gravità clinica secondo il punteggio McCabe); dati sulle infezioni correlate all'assistenza (per tutti i pazienti nei quali l'infezione corrisponde ai criteri di definizione di una ICA attiva); dati sull'uso di antibiotici per tutti i pazienti che ricevono un antibiotico sistemico (gli antibiotici sono registrati se, al momento dello studio, l'antibiotico è ancora prescritto, mentre la profilassi chirurgica è registrata se è stato prescritto un antibiotico per questo motivo nelle precedenti 24 ore). Per l'identificazione delle ICA le definizioni di caso utilizzate sono: le definizioni di HELICS/IPSE3 (per le infezioni del sito chirurgico, polmonite, infezioni del sangue, infezioni correlate a catetere venoso centrale, infezioni delle vie urinarie), le definizioni di infezione da Clostridium difficile e le definizioni specifiche neonatali stabilite dal network KISS; tutte le altre definizioni di caso sono tratte dalle definizioni CDC/NHSN.

Il campione nazionale del 2011

Un primo studio è stato condotto nel periodo settembre-ottobre 2011; hanno partecipato 49 ospedali di 19 Regioni/Province autonome, in qualità di campione rappresentativo per l'Italia dell'indagine di prevalenza europea coordinata dall'ECDC. Per il Veneto, hanno partecipato l'Azienda Ospedaliera di Padova, il presidio ospedaliero di Bussolengo (ULSS 22), e la Casa di Cura Giovanni XXIII. A livello nazionale sono stati raccolti dati su 14,784 pazienti; il 49.8% dei pazienti aveva 65 anni o più. Il 66.8% dei pazienti studiati era portatore, il giorno dello studio, di almeno un dispositivo invasivo: il 55.9% di un catetere vascolare periferico; il 24.7% di un catetere urinario; il 12.1% di un catetere vascolare centrale; il 3.0% dei pazienti era intubato. La prevalenza di pazienti con almeno una infezione correlata all'assistenza era del 6.3%. La prevalenza di infezioni variava per dimensioni dell'ospedale, disciplina di ricovero, classe di età, gravità delle condizioni cliniche di base, ed esposizione a procedure invasive. Le infezioni più frequentemente riportate erano quelle respiratorie (24.1%), urinarie (20.8%), le infezioni del sito chirurgico (16.2%), e le batteriemie (15.8%). La prevalenza di pazienti ricoverati con almeno un trattamento antibiotico era pari a 44%. Il trattamento era motivato da terapia nel 53% dei casi, da profilassi nel 43% (di cui nel 56% dei casi profilassi medica e nel 44% chirurgica), da altra o non specificata indicazione nel rimanente 4%.

Lo studio nazionale del 2012: i risultati dei presidi del Veneto

Utilizzando il medesimo protocollo, l'indagine di prevalenza è stata replicata in diverse Regioni italiane nell'autunno 2012. Nel Veneto hanno partecipato le Aziende ULSS 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 19, 21, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona, l'Ospedale Classificato di Negrar, le Case di Cura Policlinico San Marco e Giovanni XXIII, per un numero complessivo di 28 presidi ospedalieri. La rilevazione è stata condotta nei mesi di ottobre e novembre 2012. I dati sono stati raccolti e inseriti dai singoli ospedali. A livello regionale è stato eseguito un controllo di qualità su dati mancanti e su dati incongruenti, e dove possibile sono state richieste integrazioni ai partecipanti. L'elaborazione e la reportistica finali verranno condotte dal coordinamento nazionale