

luppo delle conoscenze, comunicazione dei risultati, attenzione estrema alle problematiche sanitarie, progettazione ed analisi di programmi in ambito sanitario in una logica di rete.

A questo punto non resta che augurare al SER ed allo staff che lo compone di proseguire sulla strada avviata, al fine di supportare adeguatamente le esigenze della programmazione regionale per il miglioramento dello stato di salute della popolazione.

PARLARE DI EPIDEMIOLOGIA *per comunicare i risultati e aumentare le conoscenze*

Paolo Spolaore, Direttore del SER

La definizione e l'implementazione di adeguate strategie e strumenti di comunicazione e diffusione dei risultati degli studi di epidemiologia clinica e valutativa acquistano sempre più rilevanza alla luce del nuovo scenario in cui si colloca il bollettino epidemiologico regionale: l'epidemiologia non solo a supporto della clinica ma anche della programmazione sanitaria.

Il bollettino diviene pertanto mezzo di diffusione e condivisione di conoscenze epidemiologiche fra professionisti diversi del sistema sanitario al fine di favorirne l'integrazione professionale e quindi migliorare l'assistenza, nondimeno si considera strumento in grado di contribuire al miglioramento della lettura delle dinamiche della domanda di salute e dell'offerta sanitaria, sia da parte dei media che dei manager e quindi in ultima analisi in grado di supportare la nuova programmazione sanitaria.

Premessa

Gli scenari della "sanità" regionale e nazionale si caratterizzano per una progressiva enfasi sul contenimento della spesa e ciò avviene in parallelo alla crescita della domanda di assistenza e di tutela della salute. È di tutta evidenza come un processo di razionalizzazione del sistema sanitario, che sia finalizzato a coniugare contenimento dei costi e mantenimento dei livelli essenziali e di qualità dell'assistenza, debba essere strettamente associato alla soluzione dei problemi di appropriatezza delle prestazioni sanitarie, di equità nella allocazione delle risorse, di accessibilità dei servizi sanitari. Un contributo alla soluzione di tali questioni è rappresentato dallo sviluppo e dalla diffusione delle conoscenze sulle dinamiche della domanda di salute e sull'impatto delle politiche sanitarie sulla qualità dell'assistenza erogata.

L'Assessorato alla Sanità della Regione Veneto ha da tempo posto in essere strategie di miglioramento delle attività epidemiologiche regionali in una ottica di rete; si sono sviluppati pertanto negli ultimi anni strutture e progetti epidemiologici su scala regionale di rilevante importanza per la programmazione sanitaria, promossi e/o coordinati dal CRRC del SER.

Si tratta ora di adottare adeguate strategie di comunicazione dei risultati raggiunti, funzionali alla diffusione delle conoscenze ed alla valutazione delle loro ricadute. Il bollettino epidemiologico rappresenta certamente uno strumento di rilevante importanza in tale contesto.

Obiettivi

Produrre e diffondere con continuità informazioni strutturate sui determinanti e sullo stato di salute della popolazione

del Veneto, sull'utilizzo dei servizi sanitari e sulla qualità dell'assistenza sanitaria e degli interventi di sanità pubblica a livello regionale al fine di:

- supportare la valutazione dell'impatto sugli esiti e sui costi dell'assistenza delle policy sanitarie e sociali della regione;
- fornire a clinici e/o manager conoscenze funzionali al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e della performance complessiva del sistema sanitario;
- favorire l'adozione di corrette strategie di comunicazione del rischio.

In particolare, la rivista si propone con cadenza bimestrale di produrre rapporti sintetici su:

- studi epidemiologici attuati a livello regionale dal CRRC del SER relativi ai determinanti di salute ed allo stato di salute della popolazione regionale;
- ricerche sui servizi sanitari attuate dal CRRC del SER;
- studi e ricerche di rilevanza epidemiologica regionale prodotti da altri centri regionali di riferimento della rete epidemiologica regionale.

È inoltre prevista l'attivazione di un apposito "forum" in cui discutere risultati e ricadute delle ricerche epidemiologiche condotte su scala regionale e nazionale e la definizione di appositi link con pubblicazioni regionali di rilievo epidemiologico e con analoghe riviste nazionali o di altre regioni.

PROGETTO ICTUS *Il sistema di sorveglianza regionale dell'ictus basato sui dati amministrativi*

A cura del CRRC-SER

Il progetto ictus ha l'obiettivo di stimare l'occorrenza di eventi cerebrovascolari acuti (ACV od ictus), ed in particolare di calcolare l'attack rate (primi eventi più recidive) ed i tassi di incidenza (solo primi eventi), la letalità intraospedaliera, l'utilizzo delle strutture ospedaliere in fase acuta e post-acuta dei pazienti colpiti da ACV nella Regione Veneto.

Il sistema semplificato di sorveglianza degli ACV è nato dalla constatazione che i registri di popolazione basati sulla metodologia MONICA (MONItoring of trends and determinants of CARDiovascular disease) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, seppure molto accurati, necessitano di un sofisticato sistema di validazione di tutti gli eventi sospetti identificati, eccessivamente dispendioso per una implementazione su larga scala.

Il sistema di sorveglianza regionale si basa sulla raccolta degli eventi correnti mediante i flussi informativi disponibili (registri della mortalità ed i registri delle diagnosi di dimissione ospedaliera), validati su base campionaria.

Metodologia

Sono stati identificati gli ictus fatali e non fatali verificatisi nella Regione Veneto nell'anno 1999, selezionati secondo una metodologia elaborata dall'Istituto Superiore di Sanità, che tiene conto della presenza di un codice ICD 9 "sospetto" nelle diagnosi delle SDO (schede di dimissione ospedaliera) e delle SKM (schede di morte).

E' stato considerato il seguente set di codici ICD-9 "sospetti" :

- 342 Emiplegia e emiparesi
- 430 Emorragia subaracnoidea

- 431 Emorragia cerebrale
- 432 Altre e n.s. emorragie intracraniche
- 433 Occlusione e stenosi della aa. precerebrali
- 434 Occlusione delle aa. cerebrali
- 436 Vasculopatie cerebrali acute, maldefinite
- 437 Altre e mal definite vasculopatie cerebrali
- 438 Postumi delle malattie cerebrovascolari

Un campione di eventi "sospetti" è stato esaminato tramite revisione delle cartelle cliniche per i casi ospedalieri, ed interviste telefoniche con il medico di medicina generale o con un familiare del paziente per i casi fatali extraospedalieri. In base alla proporzione di eventi "sospetti" confermati dalla validazione come ictus, è stato possibile stimare il numero e la tipologia di ACV nel totale regionale. Contestualmente sono stati raccolti dati aggiuntivi riguardo alle condizioni cliniche prima dell'evento ed ai profili clinico/assistenziali.

Secondo la definizione MONICA, per ACV si intende il caso con segni clinici a rapido sviluppo di disturbo della funzione cerebrale focale (o globale), che dura più di 24 ore o porta alla morte senza causa apparentemente diversa dall'origine vascolare; comprende pazienti che presentano segni clinici e sintomi che fanno pensare a emorragia subaracnoidea o intracerebrale o necrosi cerebrale ischemica. Non include i casi di ischemia cerebrale transitoria o gli ictus in caso di emopatia (es. leucemia, policitemia vera etc.), tumori cerebrali o metastasi; sono inoltre esclusi gli eventi cerebrovascolari secondari a traumi.

Schede esaminate

In tutto sono state esaminate 3.189 cartelle cliniche di sospetti ACV non fatali, 945 di sospetti ACV fatali ospedalieri; sono stati contattati 309 familiari o medici di medicina generale per sospetti ACV fatali domiciliari. Il totale del campione è quindi 4.443 eventi sospetti controllati.

Stima del numero totale di ACV nella Regione Veneto, anno 1999

Nell'anno 1999 sono stimati quasi 10.000 casi di ictus tra i residenti della Regione.

L'attack rate complessivo è 219 per 100.000 abitanti all'anno. La mortalità è pari a 51,8 per 100.000 abitanti.

La figura 1 mostra la distribuzione per tipologia. Nei giovani prevalgono le forme emorragiche; con l'età cresce la proporzione di ictus ischemici. Gli ACV non specificati sono rappresentati soprattutto negli ultra-settantacinquenni.

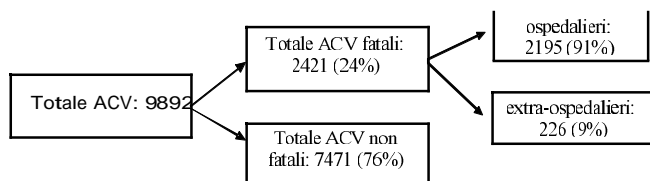
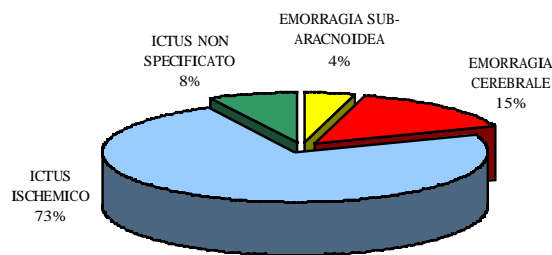
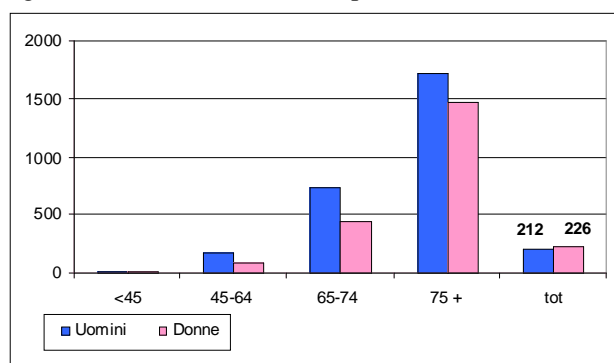


Figura 1. Distribuzione degli eventi cerebrovascolari stimati per sottotipo.



L'attack rate cresce esponenzialmente con l'età, e in ogni classe di età è maggiore nel sesso maschile che nel femminile (Figura 2). A causa della diversa composizione per sesso delle classi più anziane, il tasso complessivo (/100000/anno) è tuttavia maggiore nelle femmine che nei maschi.

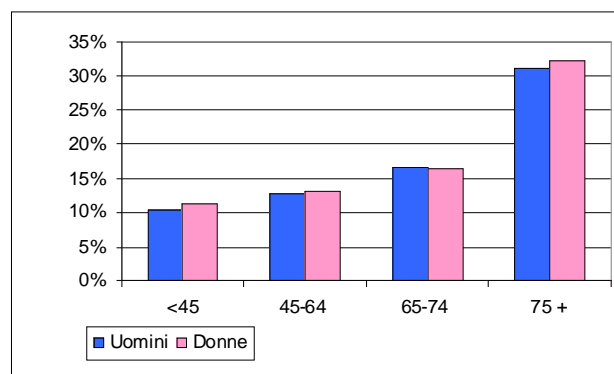
Figura 2. Stima dell'attack rate per sesso e classe di età.



L'età media è di 74 anni e varia a seconda del tipo di ictus, da 59 anni per l'emorragia subaracnoidea a 81 anni per l'ictus non specificato.

La letalità globale per ACV è 24%, più elevata nei pazienti che presentano un ictus di tipo emorragico; la proporzione di eventi fatali cresce nei pazienti più anziani, ed in ciascuna classe di età è simile nei due sessi (Figura 3).

Figura 3. Letalità per sesso e classe di età.



Le recidive rappresentano circa il 23% del totale degli ACV.

È stato poi stimato il numero di eventi ospedalieri e l'attack rate per ULSS di residenza. Come si può osservare in Figura 4, il tasso complessivo mostra una notevole variabilità, passando da 158 a 291 casi su 100.000 residenti. Parte di questa eterogeneità può essere spiegata dalla differente struttura demografica delle varie ULSS. Per rendere confrontabili i dati è stata quindi applicata una procedura di standardizzazione indiretta, in cui i tassi età-sesso

specifici della Regione Veneto sono stati applicati alla popolazione di ciascuna ULSS così da ottenere i casi attesi; il rapporto osservati/attesi rappresenta lo scostamento di ciascuna ULSS dalla media regionale (fatta pari a 1). Dopo standardizzazione, le differenze tra ULSS divengono meno marcate (figura 5).

Figura 4. Attack rate grezzo per ULSS di residenza

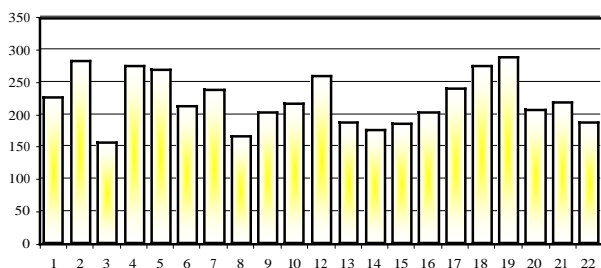
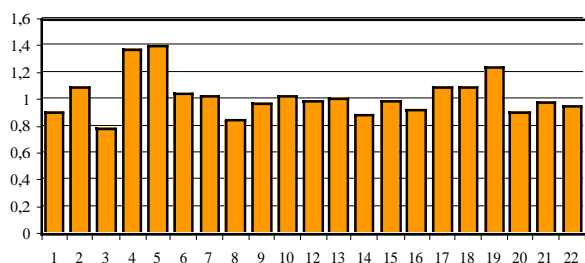


Figura 5. Attack rate per ULSS di residenza: standardizzazione indiretta



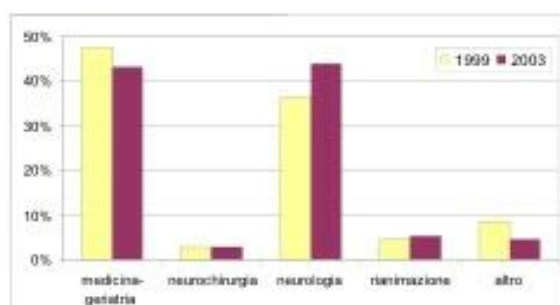
Analisi del carico assistenziale e dei percorsi assistenziali

La degenza media è superiore ai 18 giorni. Tale dato risulta decisamente superiore alla degenza media dei ricoveri in regime ordinario della Regione Veneto.

Nella Figura 6 si confronta nel 1999-2003 la distribuzione percentuale per reparto di dimissione dei ricoveri che presentavano nella SDO una diagnosi principale direttamente riferibile ad ictus (codici 430, 431, 434 e 436). La quota di pazienti ricoverati in reparti di neurologia sale dal 36% al 44%, mentre i ricoveri in reparti di medicina e geriatria passano dal 48% al 43%.

Analizzando i ricoveri con i codici di emorragia subaracnoidea e cerebrale, il 15% viene ricoverato in neurochirurgia e più del 20% viene ricoverato in rianimazione. I ricoveri per eventi ischemici avvengono nella quasi totalità dei casi in medicina-geriatria o neurologia.

Figura 6. Distribuzione dei ricoveri con diagnosi principale di ictus per reparto: confronto 1999-2003



Sono stati poi analizzati i percorsi ospedalieri successivi alla fase acuta: il 39% dei sopravvissuti alla fase acuta ha almeno un ricovero entro un anno dall'evento di ictus.

Conclusioni

L'ictus si conferma, anche nel Veneto, come una delle patologie più frequenti, con impatto estremamente importante sulle condizioni di salute della popolazione, in particolare di quella più anziana. L'utilizzo dell'ospedale nella fase acuta mostra un notevole impiego di risorse e rappresenta solo una parte delle necessità assistenziali di tali pazienti, il cui peso, nel cronico, ricade sul paziente, sulla sua famiglia e sulla società.

L'analisi dei "dati amministrativi" (SDO e SKM), dopo averne verificato la validità sul campo, consente di monitorare nel tempo il fenomeno ictus, al fine di supportare le decisioni sanitarie in ambito di prevenzione e assistenza a breve e lungo termine.

LO STUDIO QUADRI

Qualità dell'assistenza alle persone con diabete

A cura del CRRC-SER

Introduzione

Il diabete mellito è una patologia cronica a larghissima diffusione in tutto il mondo.

Esistono due forme principali di diabete:

- Diabete di tipo 1 (insulino-dipendente): è quello in cui il pancreas non produce insulina in quantità sufficiente. Questa forma si sviluppa più facilmente nei bambini e negli adolescenti, anche se la sua prevalenza è in aumento in persone di età più avanzata.

- Diabete di tipo 2 (non insulino-dipendente): è determinato dall'incapacità delle cellule dei tessuti del corpo a rispondere in modo adeguato all'azione dell'insulina prodotta dal pancreas. Il diabete di tipo 2 è molto più frequente e rappresenta circa il 90 per cento dei casi in Italia come pure nel resto del mondo. Normalmente si manifesta negli adulti, ma negli ultimi anni si è notato un aumento della prevalenza anche negli adolescenti.

In entrambi i casi il risultato è un aumento della concentrazione di zucchero nel sangue (iperglicemia) che, se non curata, può portare allo sviluppo di complicanze a diversi organi ed apparati.

Secondo l'OMS, l'ultima stima del numero di malati di diabete nel mondo è di circa 177 milioni di persone. La prevalenza di questa malattia è però in continuo aumento e l'OMS prevede che entro il 2025 il numero dei diabetici potrebbe raddoppiare.

In Italia si stima che la prevalenza del diabete noto sia di circa il 3,5%, con valori più alti all'aumentare dell'età; nelle persone con più di 65 anni la prevalenza del diabete di tipo 2 è circa il 12%. Sulla base di questi calcoli, si può stimare che in Italia ci siano circa 2 milioni di diabetici.

A causa della dimensione del problema, insieme all'evidenza che un attento monitoraggio ed efficaci trattamenti precoci possono migliorare la salute delle persone con