



Registro dei Tumori del Veneto - Registro regionale di mortalità - Registro regionale dialisi e trapianto
Registro Nord Est Italia delle malformazioni congenite - Registro regionale dei casi di mesotelioma asbesto correlati
Registro Regionale per la Patologia Cardio-Cerebro-Vascolare

EPI Epidemiologia Programmazione Informazione

N. 01

ottobre 2013

Il bollettino del Sistema Epidemiologico Regionale e dei Registri di Patologia



Comitato Scientifico: Mario Saugo, Ugo Fedeli, Francesco Avossa, Fabio Fuolega, Angelo Paolo Dei Tos, Stefano Guzzinati, Francesco Antonucci, Enzo Merler, Maurizio Clementi, Gaetano Thiene
c/o SER Sistema Epidemiologico Regionale - Passaggio Luigi Gaudenzio, 1 - 35131 Padova - Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235 E-mail: ser@regione.veneto.it

In questo numero

Una casa comune per l'epidemiologia veneta

Prevalenza delle patologie croniche nei database della Medicina Generale

Profilo di costo dei pazienti di tumore coloretale in Veneto e Toscana

Mortalità per cause violente: dati preliminari 2011

Prevalenza di infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti

UNA CASA COMUNE PER L'EPIDEMIOLOGIA VENETA

Con la DGR 14/2011, confermata dal Piano Socio-Sanitario 2012-2016, si è avviata l'istituzione di un unico sistema integrato che prevede, nell'ambito di una piena autonomia scientifica e gestionale, l'afferenza al Sistema Epidemiologico Regionale (SER) del Registro Tumori del Veneto, del Registro Malformazioni Congenite, del Registro Dialisi e Trapianti, del Registro Mesoteliomi e del Registro di Mortalità.

Questo processo di riorganizzazione è il frutto di una scelta coraggiosa e, pur nelle inevitabili difficoltà amministrative e tecniche che comporta, apre ad una serie di importanti opportunità:

- una migliore integrazione con la struttura Regionale nel fornire alla Segreteria ed alle Direzioni elementi conoscitivi e valutativi utili per la programmazione;
- un migliore utilizzo delle risorse e delle competenze della Regione (giuridiche, informatiche, statistiche, formative);
- una facilitazione all'accesso ai dati amministrativi nel rispetto della normativa sulla privacy ed evitando ridondanze e diseconomie nella gestione e nell'archiviazione dei dati;
- uno sviluppo delle attività formative (seminari aperti anche ai professionisti delle Aziende);
- un migliore utilizzo delle risorse umane e materiali, in particolar modo presso l'attuale sede di Passaggio Gaudenzio a Padova, adeguata per collocazione, disponibilità di spazi, dotazione tecnologica, vicinanza ad una prestigiosa sede universitaria (tesi, tirocini, progetti collaborativi);

- da ultimo, ma più importante: una integrazione tra i professionisti, con una maggiore motivazione e stimolo alla progettualità della ricerca (es. partecipazione a progetti europei ed a bandi di ricerca nazionale, progetti di lavoro integrato tra Registri) e dell'attività di monitoraggio e valutazione dei percorsi e dei risultati di salute (es. stesura della Relazione Socio-Sanitaria 2011-2012).

La recente approvazione da parte del Consiglio Regionale del Regolamento per il funzionamento del Registro Tumori del Veneto (Regolamento 3 del 12/08/2013) - resa possibile grazie al lavoro della struttura tecnico-amministrativa regionale - consentirà di gestire il Registro nel pieno rispetto sostanziale e formale della privacy dei cittadini veneti. L'adozione del Regolamento del Registro Tumori del Veneto è stata anche l'occasione per un dibattito pubblico sulla sua collocazione, che testimonia riconoscimento, attenzione e interesse anche da parte degli amministratori rispetto all'attività epidemiologica. Sarà fondamentale, alla luce dell'esperienza e della "storia istituzionale" del SER e dei Registri che ad esso afferiscono, completare la definizione dell'assetto istituzionale e amministrativo al fine di mantenere stabilmente insieme i servizi regionali dedicati.

Il Bollettino vuole porsi come strumento agile di comunicazione di alcuni dei dati prodotti dal SER e dai Registri regionali ed è aperto anche a contributi epidemiologici esterni. E' rivolto ai professionisti del Servizio Socio-Sanitario Regionale, ed alle Istituzioni con competenze nell'ambito della salute dei cittadini veneti. Dati più dettagliati, monografie complete, articoli scientifici ed altri prodotti più analitici sono disponibili sui siti web dei singoli Registri.

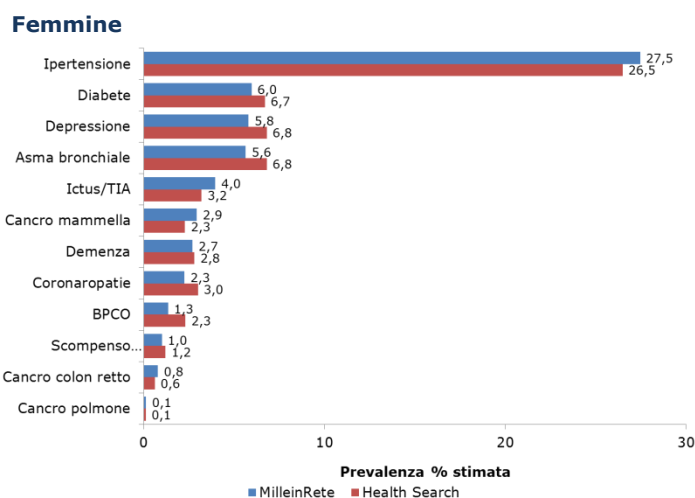
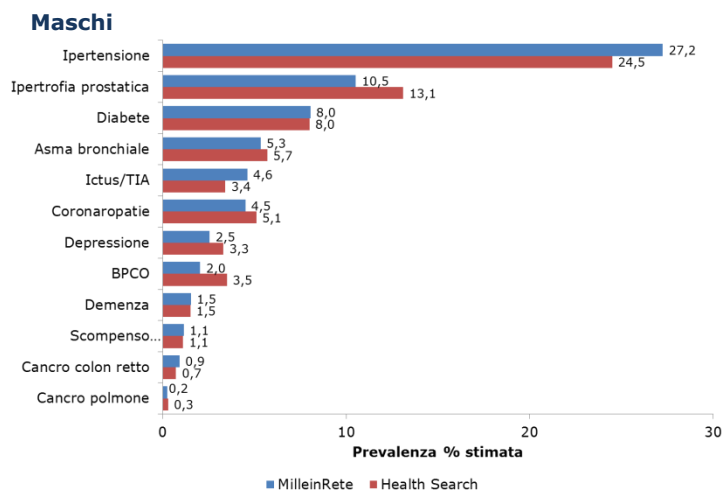
Il Responsabile del Sistema Epidemiologico Regionale
mario.saugo@regione.veneto.it

PREVALENZA DELLE PATOLOGIE CRONICHE NEI DATABASE DELLA MEDICINA GENERALE

La cartella del medico di medicina generale (MMG) è una fonte di dati sulla prevalenza delle patologie croniche che è entrata a far parte del panorama epidemiologico italiano attraverso la pubblicazione dei rapporti Health Search, istituto di ricerca della SIMG (Società Italiana di Medicina Generale). Per diverse patologie croniche i valori di prevalenza nazionali della medicina generale (MG) sono coerenti o lievemente superiori a quelli registrati su base campionaria tramite interviste effettuate da rilevatori laici dell'ISTAT (Indagine Multiscopo) o da operatori sanitari della prevenzione (Indagine PASSI). Ora anche in Veneto, grazie a un gruppo di 96 MMG ricercatori particolarmente attivi e motivati, partecipanti al progetto "MilleinRete" della SIMG regionale, sono disponibili le prime stime, che risultano a loro volta allineate a quelle nazionali (Figura 1). La qualità dei dati estratti dalla cartella del MMG è strettamente connessa al grado di accuratezza nella tenuta della cartella, che può essere misurato attraverso degli indici specifici.

In alcuni casi, come ad esempio nel Diabete Mellito, le prevalenze rilevate dai MMG "MilleinRete" risultano più elevate sia rispetto a quelle segnalate da un gruppo non selezionato di MMG sia rispetto a quelle rilevate tramite algoritmi sui dati amministrativi. Le prevalenze standardizzate sulla popolazione italiana 2011 di parità sono rispettivamente pari a 7.0%, 6.1% e 5.4%.

Figura 1: Prevalenze standardizzate di patologia registrate nella cartella dei MMG al 31/12/2011: Veneto (96 MMG "Milleinrete") vs. Italia (700 MMG "Health Search")



La ragione di questo scostamento può essere legata alla mappatura di assistiti diabetici che non sono in possesso di una specifica esenzione ticket per diabete (giovani che non la richiedono; anziani, invalidi o persone a basso reddito già in possesso di altro titolo di esenzione) e non sottoposti a terapia farmacologica (assistiti in terapia dietetica, non complianti o residenti in strutture residenziali in cui i farmaci vengono forniti direttamente dalla struttura). Un'ulteriore fonte di errore può essere costituita dal disallineamento tra l'anagrafica degli assistiti registrata nella cartella del MMG e quella aziendale, anche se numerosi progetti aziendali e regionali (restituzione diretta dei referti laboratoristici e clinici all'interno della cartella del MMG, fascicolo elettronico) vanno nel senso di colmare questo divario.

I MMG "MilleinRete", quindi, possono costituire una rete di medici sentinella che "riconoscono" e "rendono visibili" una quota non trascurabile di pazienti non altrimenti individuati dalle Aziende ULSS.

Al di là del dato meramente epidemiologico, la codifica dei problemi di salute nella cartella clinica informatizzata consente al MMG di sorvegliare l'evoluzione delle patologie croniche, con il fondamentale contributo dello staff segretariale e infermieristico (laddove disponibile), monitorando i parametri clinici e strumentali indicati nelle linee guida. A titolo di esempio nei pazienti affetti da diabete è possibile:

- individuare i pazienti con Diabete Mellito di tipo 2 in compenso metabolico non complicati, eleggibili per la gestione integrata;
- ricercare e monitorare attivamente gli assistiti con alterata glicemia a digiuno sui quali poter intervenire attivamente per prevenire la possibile evoluzione a

diabete franco;

- sviluppare attività di screening in soggetti a rischio di sviluppare diabete come ad esempio obesi o con familiarità di primo grado per diabete.

In generale, la codifica delle principali patologie croniche consente al MMG di avere rapidamente a disposizione i dati relativi alla propria popolazione di assistiti per percorsi di miglioramento professionale.

I dati dei MMG hanno inoltre una ulteriore informazione rilevante sia dal punto di vista epidemiologico che di programmazione: quella della variabilità tra diversi medici, che può avere diverse cause:

- un diverso numero di assistiti e quindi un diverso margine di errore campionario;
- una diversa distribuzione di strati di popolazione a maggior rischio (ad es. per genere, età, cittadinanza, stato socio-economico);
- una diversa accessibilità all'ambulatorio del MMG (problemi di trasporto, culturali, economici - anche per l'accesso diretto all'assistenza specialistica da parte di una quota di assistiti non sempre trascurabile);
- una complessità intrinseca al processo diagnostico: porre diagnosi di Diabete Mellito è tecnicamente molto più semplice che porre diagnosi di depressione;
- un interesse disciplinare del MMG per una specifica patologia.

Per dare una misura di questa "variabilità aggiuntiva" nella stima della prevalenza di patologia si è misurato da un lato il range tra il 10° ed il 90° percentile della distribuzione delle prevalenze effettivamente misurate dai MMG (standardizzate per sesso e per età), dall'altro l'intervallo fiduciale all'80% atteso assumendo come valore medio la prevalenza mediana effettivamente osservata. Per il Diabete Mellito lo scostamento tra prevalenze osservate ed attese è modesto, mentre per la depressione è molto consistente (Tabella 1).

Tabella 1: Prevalenza rilevata e stima della prevalenza attesa per il Diabete Mellito e la Depressione in 96 MMG "Milleinrete" (Veneto, 2011)

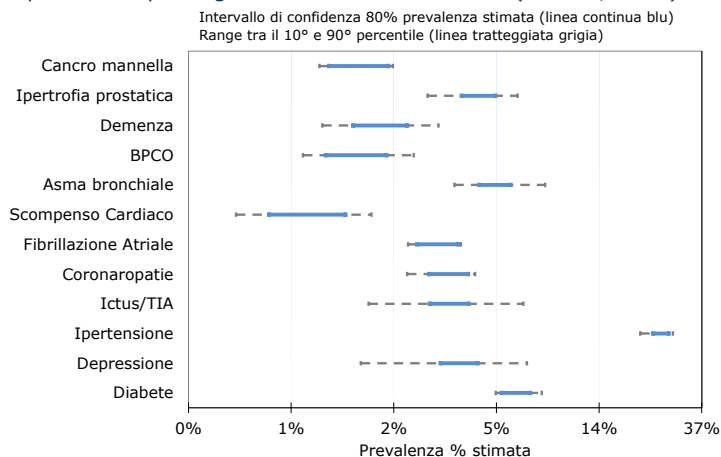
	Mediana	Prevalenze rilevate, standardizzate per sesso ed età			Intervallo di stima al 80% per la prevalenza attesa			Variabilità "aggiuntiva"
		10° pct.	90° pct.	S*	Limite inf.	Limite sup.	S*	
Diabete mellito	6,13%	5,05%	7,88%	2,84%	5,33%	7,05%	1,71%	1,12%
Depressione	3,54%	1,37%	6,83%	5,46%	2,95%	4,24%	1,29%	4,17%

* = Scostamento

Questo indica che, anche all'interno di una rete di MMG particolarmente attenti alla tenuta professionale della cartella e abituati a confrontarsi in processi di audit clinico, vi è una differenza importante nei criteri di ricerca, riconoscimento e codifica in cartella della depressione o, in altre parole, una difficoltà e una disomogeneità di criteri nel porre formalmente una diagnosi di depressione. D'altro canto, la definizione formale di una diagnosi o almeno di un criterio di valutazione e monitoraggio clinico sono elementi importanti per la scelta di richiedere una consulenza specialistica o per l'istituzione, l'aggiustamento o il cambio di una terapia. Queste considerazioni cliniche hanno anche un grande impatto di popolazione: secondo i dati OSMED tra il 2000 ed i 2011, a seguito dell'introduzione degli inibitori del reuptake della serotonina, il consumo di antidepressivi in Italia è passato da 8.3 a 36.1 DDD per 1.000 abitanti.

La Figura 2 evidenzia, su scala logaritmica naturale, che c'è una variabilità molto maggiore tra i MMG per quanto riguarda depressione, Ictus/TIA, demenza, ipertrofia prostatica, BPCO, asma e scompenso cardiaco rispetto a quella che si registra per Diabete Mellito oppure ipertensione arteriosa, suggerendo una vera e propria "metrica dell'incertezza".

Figura 2: Prevalenza rilevata e stima della prevalenza attesa per alcune patologie in 96 MMG "Milleinrete" (Veneto, 2011)



Questa variabilità e questa incertezza d'altra parte sono una garanzia dell'autenticità del dato di quella che potremmo definire "prevalenza assistenziale" delle patologie croniche. La stessa realizzazione di studi di prevalenza effettuati ad hoc si scontra infatti - oltretutto con percentuali di adesione e criteri di campionamento spesso inadeguati - anche con criteri diagnostici definiti in un contesto di organizzazione e disponibilità di risorse che non corrisponde alla realtà della pratica clinica quotidiana. Si può giungere ad affermare che gli unici pazienti che "esistono" in quanto realmente presi in carico sono soltanto i pazienti che sono tracciabili all'interno delle cartelle e dei registri clinici dei medici generalisti e/o specialisti, con il MMG in posizione di osservatore privilegiato in quanto fiduciario referente per la salute e dell'assistenza sanitaria dell'assistito.

La variabilità delle prevalenze tra i MMG d'altro canto non va ritenuta una caratteristica immutabile, ma al contrario fortemente influenzata dall'attenzione, dalla cultura medica e dalla situazione organizzativa delle reti di MG. Lungi dal rappresentare un problema e/o un errore, la variabilità delle prevalenze registrate in cartella dai MMG rappresenta una domanda cui solo la ricerca-formazione (tutto unito!) può dare risposta.

Bibliografia:

1. Dregan A, Moller H, Murray-Thomas T, Gulliford MC. Validity of cancer diagnosis in a primary care database compared with linked cancer registrations in England. Population-based cohort study. *Cancer Epidemiol.* 2012 Oct;36(5):425-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22727737>
2. Herrett E, Shah AD, Boggan R, Denaxas S, Smeeth L, van Staa T, Timmis A, Hemingway H. Completeness and diagnostic validity of recording acute myocardial infarction events in primary care, hospital care, disease registry, and national mortality records: cohort study. *BMJ.* 2013 May 20;346:f2350. <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2350.pdf%2Bhtml>
3. VII Rapporto Health Search. Anni 2011/2012. http://www.healthsearch.it/documenti/Archivio/Report/VIIReport_2011_2012/VII%20Report%20HS.pdf
4. Gini R, Francesconi P, Mazzaglia G, Cricelli I, Pasqua A, Gallina P, Brugaletta S, Donato D, Donatini A, Marini A, Zocchetti C, Cricelli C, Damiani G, Bellentani M, Sturkenboom MC, Schuemie MJ. Chronic disease prevalence from Italian administrative databases in the VALORE project: a validation through comparison of population estimates with general practice databases and national survey. *BMC Public Health.* 2013 Jan 9;13:15. doi: 10.1186/1471-2458-13-15. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/15>

Per informazioni: Battaglia A. °, Cancian M. °, Franco Novelletto B. ° (° SIMG Veneto), Sistema Epidemiologico Regionale a.battaglia@libero.it

In Italia, come negli altri paesi occidentali, le neoplasie sono tra le patologie che hanno un impatto più rilevante sul sistema sanitario sia per la loro natura cronica che per la frequenza con cui si presentano nella popolazione. I pazienti con una storia di diagnosi di tumore sono in aumento, per effetto della diffusione sul territorio di programmi di screening, di una migliore accuratezza diagnostica, della maggiore disponibilità di trattamenti specifici con effetti collaterali in molti casi moderati o assenti. A tutto questo si accompagna l'aumento della popolazione anziana, più colpita dalle patologie neoplastiche, e la maggior diffusione di farmaci sempre più mirati a curare singoli soggetti, con costi elevati. In questo panorama, diventa strategica l'individuazione dei bisogni sanitari relativi ai pazienti oncologici, al fine di una corretta pianificazione dell'offerta sanitaria sul territorio. La conoscenza della popolazione oncologica, non solo del suo ammontare complessivo, ma anche della sua distribuzione rispetto al percorso di malattia, permette di valutarne le aspettative in termini di assistenza sanitaria diretta sul territorio e delle risorse necessarie per soddisfarla.

In un sistema sanitario come quello italiano, caratterizzato da una centralità delle scelte strategiche di fondo e da un decentramento alle Regioni della gestione e del finanziamento dei servizi erogati al cittadino, è particolarmente importante che le autorità locali dispongano di strumenti per realizzare una corretta programmazione sanitaria.

Lo studio, condotto dal Registro Tumori del Veneto (RTV) in collaborazione con il Registro Tumori Toscano (RTT), ISS, CNR e Università di Tor Vergata di Roma, ha per obiettivi la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con tumore del colon retto dalla diagnosi lungo l'intero percorso di malattia e la quantificazione delle risorse richieste ai sistemi locali per soddisfare i relativi bisogni sanitari. L'idea è quella di fornire uno strumento utile all'analisi e alla pianificazione delle risorse sanitarie da destinare all'oncologia, di cui le autorità sanitarie si possano servire anche ai fini predittivi oltre che per la valutazione delle risorse correnti impiegate.

I risultati del lavoro hanno portato all'individuazione dei profili terapeutici dei pazienti oncologici a partire dai dati dei Registri tumori, collegati ad altre fonti di natura amministrativa. Queste ultime forniscono il tipo di prestazione/trattamento erogato dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sul territorio e ricevuto dai pazienti, corredato del relativo costo (ovverosia il rimborso che la struttura ospedaliera riceve, codificato in base al sistema Diagnosis Related Group, DRG). L'analisi è stata effettuata su due aree coperte dalla registrazione dei tumori: l'area del Registro del Veneto, che corrisponde a circa metà del territorio regionale, e l'area del Registro toscano, che corrisponde alle due provincie di Firenze e Prato.

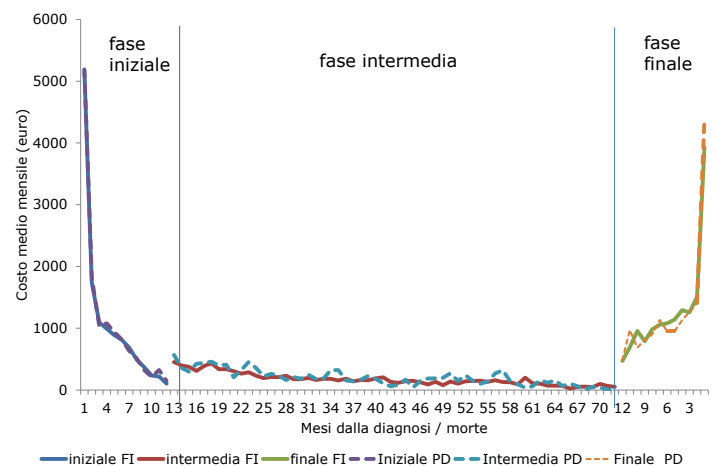
I due Registri hanno raccolto, accanto alle informazioni su base individuale normalmente registrate (di tipo diagnostico e clinico), anche quelle relative agli accertamenti e ai trattamenti ricevuti, corredati dal codice DRG corrispondente. Queste ultime informazioni provengono dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), i cui DRG sono stati verificati per stabilire la loro pertinenza rispetto alla patologia tumorale considerata, nello specifico il tumore del colon retto. Ricoveri e codici DRG riferiti a patologie concomitanti non legate al tumore indagato sono stati esclusi dall'analisi.

Le coorti dei pazienti diagnosticati con tumore del colon retto nel periodo 2000-2001 sono state seguite fino al 31 dicembre del 2006 per l'ospedalizzazione e lo stato in vita. L'utilizzo congiunto di fonti di sorveglianza, come i Registri tumori su base di popolazione, e fonti di natura amministrativa, ha consentito la ricostruzione su base individuale di percorsi di malattia e del corrispondente profilo di costo, secondo uno schema a tre fasi:

- **una fase iniziale**, della durata di 12 mesi a partire dalla diagnosi, in cui il paziente viene principalmente sottoposto ad accertamenti di tipo diagnostico e ad intervento chirurgico se necessario;
- **una fase intermedia**, di durata variabile, in cui i pazienti sopravvissuti alla prima fase possono proseguire i trattamenti di tipo radioterapico, chemioterapico o sono semplicemente sottoposti ad accertamenti periodici di monitoraggio;
- **una fase finale**, costituita dai 12 mesi che precedono il decesso per coloro che muoiono, in cui vengono messi in atto trattamenti palliativi e terapie del dolore. Per coloro che guariscono dalla malattia la fase finale non esiste e la fase intermedia prosegue nel tempo.

Il percorso di malattia così schematizzato ha permesso di ricostruire il classico profilo ad "U" dei costi nel tempo con un ammontare di risorse investite nella cura dei pazienti oncologici che risulta particolarmente elevato nelle fasi iniziale e finale e una spesa media mensile contenuta nella fase intermedia (Figura 1).

Figura 1: Andamento del costo medio mensile dei pazienti con tumore coloretale nei registri del Veneto (linea tratteggiata) e della Toscana (linea continua) nelle diverse fasi della malattia



Si osserva inoltre una diminuzione dei costi al crescere dell'età (Figura 2) ed un aumento dei costi per gli stadi oncologici più avanzati (Figura 3) per tutte le fasce di età. Il profilo di costo così calcolato è stato applicato ai casi prevalenti nell'anno di registrazione del RTV più recente (2006), allo scopo di fornire una stima delle risorse necessarie all'assistenza dei pazienti con tumore presenti in una determinata area. Tale popolazione di pazienti infatti si compone di casi diagnosticati recentemente, di altri affetti dalla malattia da molti anni, di pazienti che moriranno entro un anno avendo avuto la diagnosi più o meno lontana nel tempo. I pazienti in fase finale rappresentano il 6% del totale dei soggetti prevalenti ma contribuiscono alla spesa totale per il 23% dell'importo (tabella 1).

La diagnosi precoce, che si traduce in stadi più localizzati, quindi, non soltanto garantisce ai pazienti una sopravvivenza più lunga, con una qualità di vita migliore, ma permette anche una più efficiente allocazione delle risorse economiche da destinare all'oncologia.

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

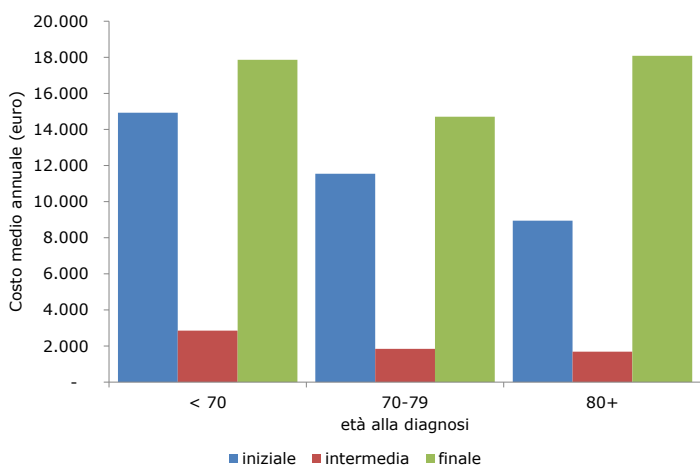


Figura 3: Distribuzione del costo medio annuale dei pazienti con tumore colorettole per stadio alla diagnosi e classi d'età nella fase iniziale

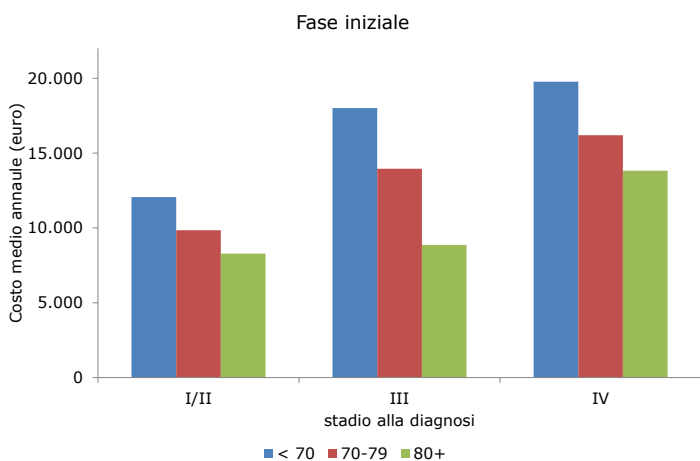


Tabella 1: Distribuzione percentuale dei casi prevalenti e relativi costi nelle diverse fasi della malattia

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.

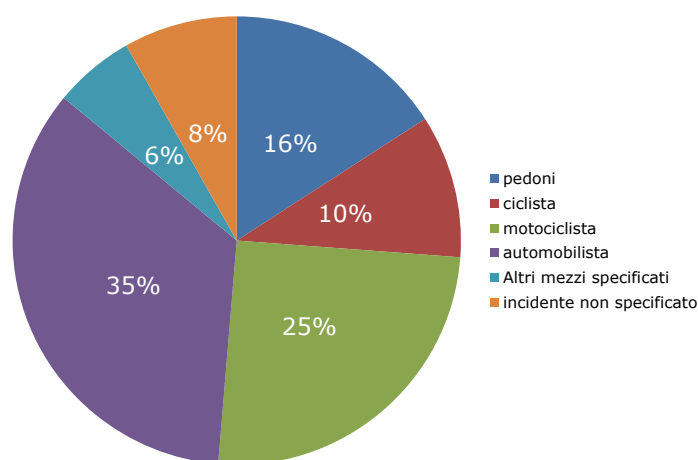
Nella precedente versione della scheda ISTAT vi erano due riquadri separati per l'inserimento della causa di morte naturale o traumatica; nella versione in vigore a partire dal 2011 vi è un'unica sezione per identificare le patologie o le lesioni che hanno determinati il decesso, e per i decessi da traumatismo/avvelenamento 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.

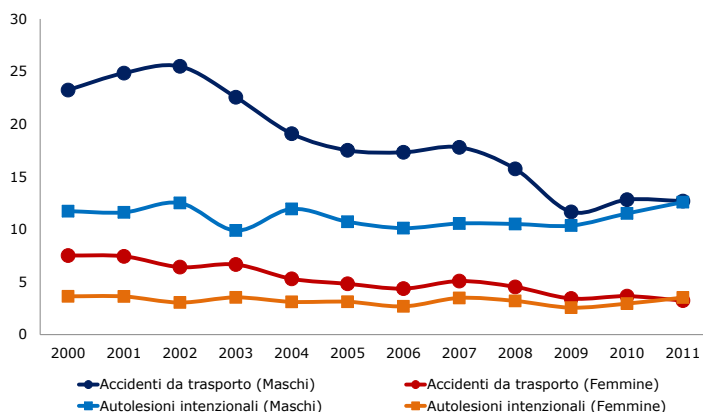
Figura 1: Distribuzione dei decessi per incidente stradale per modalità di trasporto della vittima: Veneto anno 2011



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.

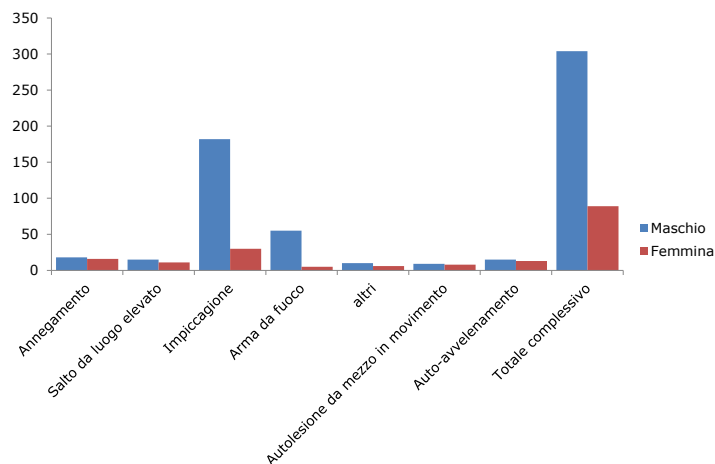


Suicidi

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 morbide 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

presso l’Agenzia sanitaria e sociale dell’Emilia Romagna. Sono di seguito presentate alcune elaborazioni preliminari dei dati relativi ai presidi del Veneto.

Sono stati inclusi nello studio 5,759 pazienti. Il 37.6% dei pazienti era ricoverato in una specialità medica, il 30.0% in una chirurgica, il 9.0% in geriatria, il 6.6% in ginecologia/ostetricia, il 5.0% in terapia intensiva, il 4.5% in pediatria, il 3.3% in psichiatria, il 3.4% in riabilitazione.

La maggior parte dei pazienti studiati apparteneva alla fascia di età anziana (dai 65 anni in su, 58.2%), seguiti dalla fascia di età adolescenti/adulti (15-64 anni, 35.0%) e da quella neonatale/pediatria (0-14 anni, 6.7%, compresi anche tutti i neonati nati sani, che da protocollo di indagine erano inclusi nella rilevazione). La durata mediana di degenza al momento dello studio era pari a 5 giorni. La degenza mediana variava da 11 giorni in riabilitazione e psichiatria a 2 giorni in pediatria e ginecologia/ostetricia.

Il catetere vascolare periferico (PVC) risulta essere il dispositivo più utilizzato (61.3%). Il catetere venoso centrale (CVC) è utilizzato globalmente nel 9.6% dei pazienti, ma tale proporzione arriva al 49.3% in terapia intensiva; il catetere urinario è utilizzato globalmente nel 24.6% dei pazienti, con proporzioni di pazienti esposti sopra la media in terapia intensiva, geriatria e chirurgia; l’1.9% dei pazienti era intubato il giorno dello studio, ma tale proporzione arriva al 30.9% in terapia intensiva (Tabella 1).

Tabella 1: Pazienti con dispositivo invasivo per area di ricovero

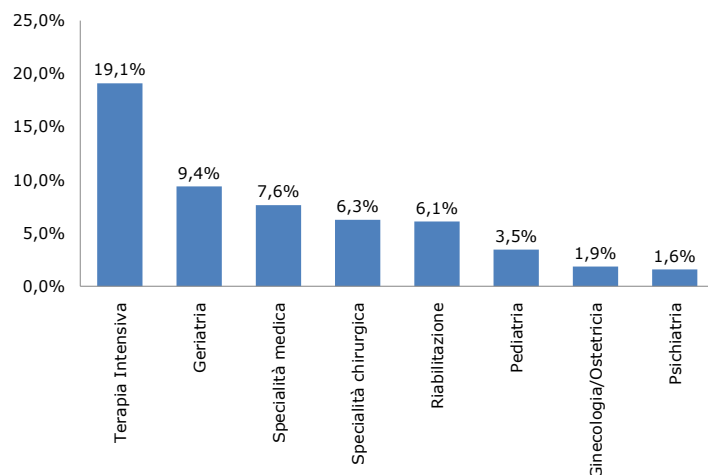
	CVC	PVC	Intubazione	Catere Urinario
Geriatria	6.0%	75.6%	0.6%	41.1%
Ginecologia/Ostetricia	1.1%	52.8%	0.0%	11.9%
Terapia Intensiva	49.3%	62.8%	30.9%	61.1%
Specialità medica	10.1%	66.3%	0.4%	23.6%
Pediatria	3.8%	29.1%	0.8%	0.0%
Psichiatria	1.1%	6.8%	0.0%	1.1%
Riabilitazione	1.5%	11.2%	0.0%	6.1%
Specialità chirurgica	8.2%	69.1%	0.3%	26.5%
Altro	9.1%	57.6%	0.0%	3.0%
Tutti i Pazienti	9.6%	61.3%	1.9%	24.6%

Il giorno dello studio 2,464 pazienti (42.8%) erano in trattamento con un antibiotico per via sistemica, per un totale di 3,190 trattamenti antibiotici (media 1,3 antibiotici per paziente). L’indicazione al trattamento era nel 39.6% casi una profilassi, nel 56.3% dei casi il trattamento di una infezione, nel 4.1% un’altra o non specificata motivazione. La profilassi era nel 45% dei casi una profilassi medica e nel 55% una profilassi chirurgica (nel 55% dei pazienti in profilassi chirurgica, questa era stata somministrata per più di un giorno). Globalmente, le classi di antibiotici maggiormente utilizzate (sia per terapia che per profilassi) sono le associazioni di penicilline/inibitori β lattamasi (23.3%), fluorochinoloni (16.9%), cefalosporine di terza generazione (15.3%), cefalosporine di prima generazione (8.3%), glicopeptidi (5.6%). Le molecole somministrate più frequentemente sono per la profilassi medica ciprofloxacina (12%), ceftriaxone (11%), ampicillina/sulbactam (10%), fluconazolo (9%),

amoxicillina/clavulanico (9%); per la profilassi chirurgica la cefazolina (31%).

Il giorno dello studio il 7.1% dei pazienti presentava una infezione correlata all’assistenza contratta in un ospedale per acuti. La prevalenza di infezione varia dal 19.1% in terapia intensiva all’1.6% della psichiatria (Figura 1).

Figura 1: Prevalenza di pazienti con infezione per area di ricovero



Globalmente, le infezioni più frequenti sono quelle del tratto urinario (25.8%) le infezioni respiratorie (23.3%), le infezioni del sito chirurgico (20.6%), le infezioni del sangue confermate dal laboratorio (13.2%). Tra le infezioni respiratorie, le più frequenti sono risultate le polmoniti (20.8% di tutte le ICA); tra le infezioni urinarie quelle con conferma microbiologica (17.0%). Le infezioni del sito chirurgico risultano distribuite in misura decrescente tra infezioni di organi/spazi (8.7%), profonde (6.1%), e superficiali (5.6%); tra le infezioni del sangue l’11.2% di tutte le ICA era una batteriemia e l’1.8% una sepsi correlata a CVC. Durante lo studio sono stati isolati 295 microrganismi da 239 infezioni. I più frequenti erano Escherichia coli (18.6%), Staphylococcus aureus (13.2%), Klebsiella pneumoniae (6.4%), Pseudomonas aeruginosa (9.5%), Enterococcus faecalis (5.8%).

I risultati saranno discussi con i Comitati per le Infezioni Ospedaliere, che si sono impegnati in questo studio di notevoli dimensioni e ne potranno ricavare indicazioni utili alla loro attività istituzionale.

Per informazioni: Sistema Epidemiologico Regionale ugo.fedeli@regione.veneto.it

Per ulteriori informazioni sull’attività dei servizi:

Sistema Epidemiologico Regione del Veneto <http://www.ser-veneto.it/>

Registro dei Tumori del Veneto <http://www.registrotumoriveneto.it/>

Registro regionale di mortalità <http://www.ser-veneto.it/>

Registro regionale dialisi e trapianto <https://registri.sined.it/veneto/>

Registro Nord Est Italia delle malformazioni congenite <http://www.pediatria.unipd.it/on-line/Home/AssistenzaeCura/CentriSpecialistici/scheda6002868.html>

Registro regionale dei casi di mesotelioma asbesto correlati <http://www.ulss16.padova.it/it/sovradistrettuali/dipartimento-di-prevenzione/servizio-di-prevenzione-igiene-e-sicurezza-negli-ambienti-di-lavoro-spisal/registro-mesoteliomi/577>

Registro Regionale per la Patologia Cardio-Cerebro-Vascolare <http://anpat.unipd.it/regven/>