

- un rappresentante del Veneto tra i membri del CCM nazionale
- un rappresentante del Dipartimento di Prevenzione per ogni provincia
- Direttore dell'Istituto Zooprofilattico delle Venezie
- Direttore dell'Arpav

Inoltre, in qualità di invitati permanenti, due componenti della Medicina Convenzionata: uno per la Medicina Generale ed uno per la Pediatria di Libera Scelta.

La Giunta regionale, con proprio successivo provvedimento, su proposta del Coordinatore del CRCM, definirà i programmi del Centro di riferimento regionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie - CRCM.

Si tratta, a nostro avviso, di uno strumento di grande rilevanza per favorire l'integrazione strategica fra i vari Enti che a vario titolo operano nell'ambito della Prevenzione delle malattie, al fine di promuovere l'adozione di obiettivi e politiche comuni e pertinenti rispetto alle priorità di sanità pubblica della nostra regione.

Un'altra ricaduta attesa dalla attuazione del CRCM riguarda il miglioramento della integrazione operativa tra le diverse strutture tecniche regionali e locali di supporto alle istituzioni, finalizzata alla implementazione di strategie regionali di sanità pubblica secondo criteri di efficienza operativa.

Credo si tratti di una sfida importante, prima di tutto sul piano culturale, per tutti i professionisti veneti di sanità pubblica dal cui esito, ne siamo convinti, potrebbe dipendere lo sviluppo ed il miglioramento delle attività di prevenzione e controllo delle malattie su scala regionale.

SCOMPENSO CARDIACO

L'ospedalizzazione per scompenso nella Regione Veneto dal 2000 al 2004

CRC-C-SER

Premessa

Lo scompenso cardiaco è una condizione estremamente diffusa con conseguenze rilevanti sul benessere soggettivo e sulla mortalità. La sua ricaduta sul Servizio Sanitario è notevole, in particolare sull'assistenza ospedaliera, necessaria di fronte ai casi più gravi, ma potenzialmente evitabile, almeno in parte, con una gestione accurata dei soggetti affetti da scompenso cardiaco cronico.

Poiché si tratta di una condizione destinata ad aumentare, un monitoraggio del burden legato alla malattia, dei percorsi assistenziali e degli esiti è essenziale per evidenziare possibili ambiti di miglioramento assistenziale.

L'assistenza al paziente con scompenso cardiaco viene erogata a vari livelli: medico di medicina generale, ambulatori specialistici, ricovero ospedaliero.

In questo articolo si descriverà la parte ospedaliera relativa allo scompenso cardiaco, sia perché ne rappresenta la parte più rilevante in termini di gravità del problema e di assorbimento di risorse, sia per la relativamente semplice fattibilità in relazione ai dati correnti disponibili.

Ci si soffermerà su indicatori complessivi di occorrenza dell'evento, riservando ad un secondo momento un'analisi più dettagliata delle caratteristiche cliniche, dei pattern assistenziali e degli esiti.

Materiali e metodi

Le schede di dimissione ospedaliera (SDO) sono ampia-

mente utilizzate per studi di epidemiologia assistenziale relativamente allo scompenso cardiaco, pur nella pressoché totale assenza di dati sull'accuratezza del dato SDO in questo ambito. I criteri di selezione applicati per identificare i ricoveri per scompenso cardiaco sono piuttosto vari e generano stime abbastanza differenti per quanto riguarda il burden della malattia. L'approccio forse più frequente si basa sul DRG 127, ma altri approcci prevedono l'utilizzo di pattern di codici di malattia (ICD-9-CM) variamente aggregati. Il criterio scelto in questo lavoro si basa sulla presenza in diagnosi principale dei codici elencati in tabella 1: ci pare che questo criterio rappresenti allo stato attuale il miglior compromesso fra sensibilità e specificità del metodo.

Tabella 1: criteri di identificazione dei ricoveri per scompenso cardiaco.

Codice ICD-9-CM	Descrizione
398.91	Scompenso cardiaco da febbre reumatica
402.x1	Cardiopatia ipertensiva con scompenso
404.x1	Cardionefropatia ipertensiva con scompenso
404.x3	Cardionefropatia ipertensiva con scompenso ed insufficienza renale
428	Scompenso cardiaco
785.50	Shock non specificato senza menzione di trauma
785.51	Shock cardiogeno

I ricoveri considerati sono quelli relativi ai residenti nella Regione Veneto dal 2000 al 2004, comprensivi della mobilità passiva.

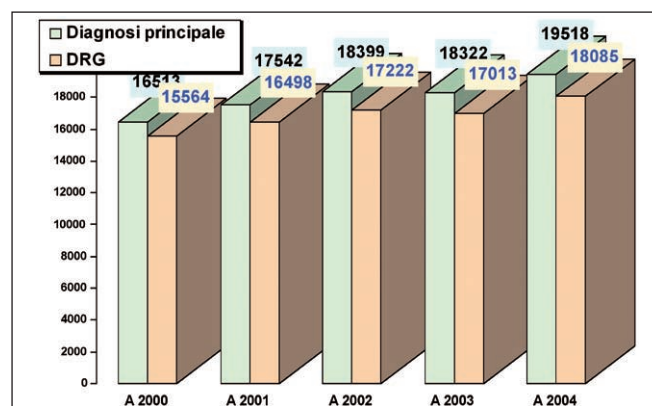
Verranno descritti i principali indicatori ricavabili dall'informazione contenuta nella SDO.

Risultati

Nei cinque anni considerati si sono registrati circa 90000 ricoveri per scompenso cardiaco.

La figura 1 mostra il trend annuale e le differenze tra l'approccio "diagnosi principale" e l'approccio DRG. Mediamente selezionando il DRG 127 si identifica una minore quota di ricoveri, pari al 6%.

Figura 1: numero di dimissioni con diagnosi principale di scompenso o con DRG 127 per anno nei residenti in Regione Veneto.



Lo scompenso cardiaco rappresenta in assoluto la terza causa di ospedalizzazione per numero di ricoveri (dopo quelli legati al parto e quelli per cataratta) e contende all'ictus il non invidiabile primato nel numero di giornate di degenza consumate.

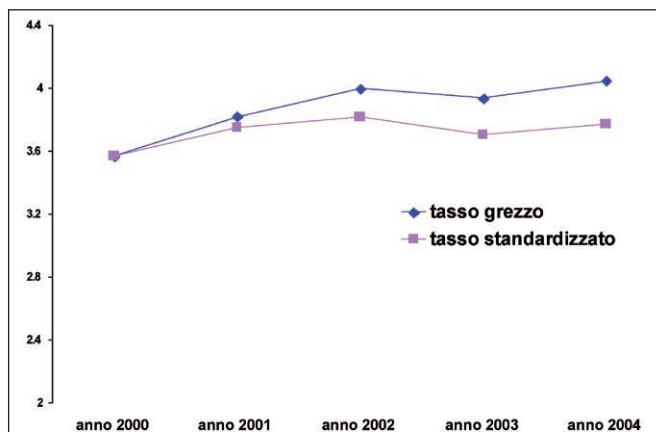
Dal 2000 al 2004 il numero di ricoveri è aumentato del

18% circa, andamento in controtendenza rispetto all'ospedalizzazione per tutte le cause che nello stesso periodo è calata di circa il 4%.

La figura 2 mostra il tasso grezzo di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per anno ed il tasso standardizzato per sesso ed età (standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto 2000).

Parte dell'incremento nel tasso grezzo è giustificata dalle dinamiche demografiche, ma rimane una parte legata ad un reale incremento nel "burden" della malattia, come evidenziato dal concomitante aumento, anche se in misura inferiore, del tasso standardizzato.

Figura 2: tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (grezzo e standardizzato, *1000 abitanti).



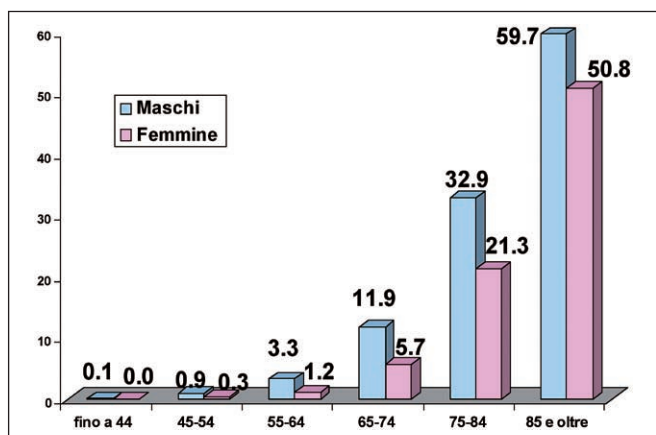
Lo scompenso cardiaco è fortemente legato all'età e al genere.

Si tratta di una condizione complessivamente rara in età giovanile ed invece molto frequente nell'età anziana.

Nei maschi lo scompenso cardiaco presenta una frequenza circa doppia rispetto alle femmine.

La netta preponderanza del sesso femminile nelle fasce di età più avanzate fa sì che oltre metà dei ricoveri per scompenso cardiaco (52%) avvenga in soggetti di sesso femminile.

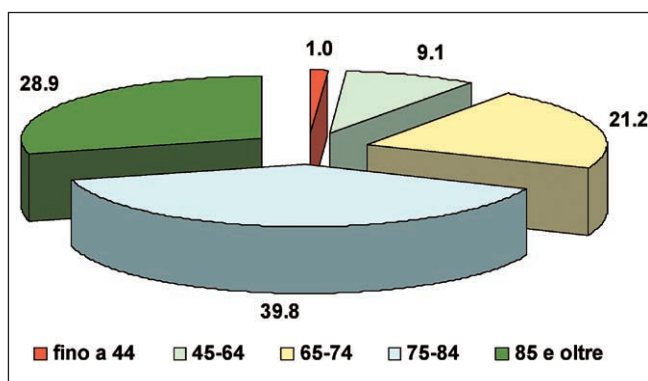
Figura 3: tasso di ospedalizzazione (*1000 abitanti) per genere e classe di età per scompenso cardiaco – media 2000 – 2004.



L'età media dei maschi ricoverati per scompenso cardiaco è circa 74 anni, mentre per le femmine è circa 80 anni. Quasi il 60% dei ricoveri per scompenso cardiaco avviene in soggetti con età pari o superiore a 75 anni.

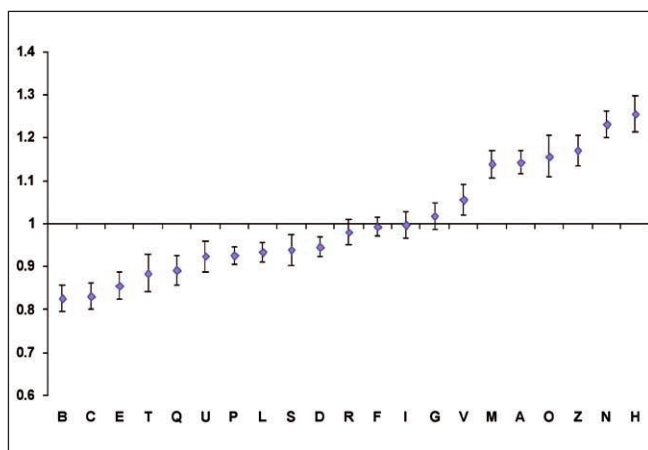
Nel periodo considerato l'età media dei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco è aumentata di circa un anno (da 77,2 anni nel 2000 a 78,3 anni nel 2004).

Figura 4: distribuzione per fasce di età dei ricoveri per scompenso cardiaco (media 2000-2004).



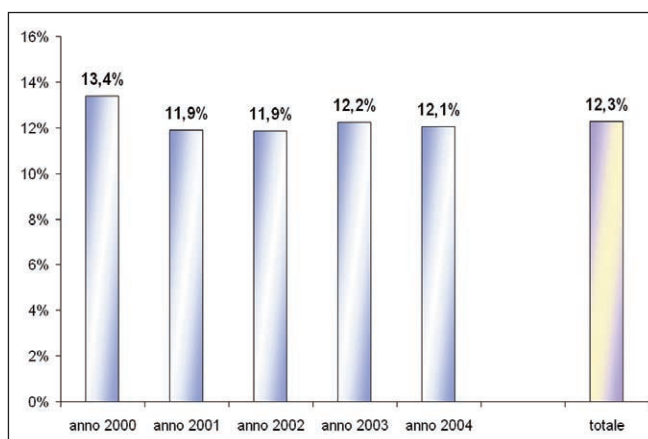
L'ospedalizzazione per scompenso cardiaco per ASL di residenza appare abbastanza omogenea all'interno della nostra Regione, con piccolo margine di variabilità.

Figura 5: tasso standardizzato di ricovero per scompenso cardiaco per ASL – standardizzazione indiretta (osservati/attesi) per genere e classe di età – media 2000 – 2004.



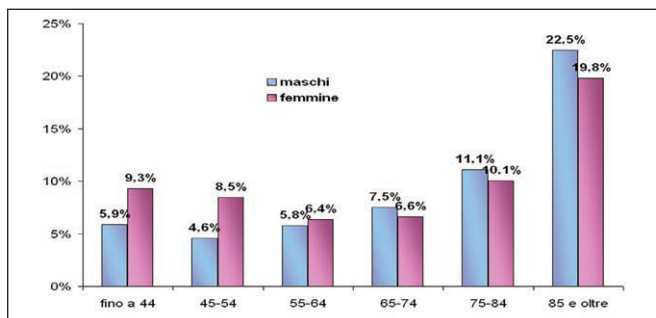
Lo scompenso cardiaco è una condizione patologica grave, tale da determinare una elevata mortalità intraospedaliera, sostanzialmente stabile nel periodo considerato (Figura 6).

Figura 6: Mortalità intraospedaliera per scompenso cardiaco per anno.



La mortalità intraospedaliera per scompenso cardiaco, come atteso, è fortemente legata all'età. Appare però non tracciabile la mortalità anche nelle fasce di età più giovani, ad indicare presumibilmente che lo sviluppo di scompenso cardiaco rappresenta il punto terminale ed avanzato di vari e differenti eventi morbosi (figura 7). Non sembrano emergere invece differenze importanti tra i generi.

Figura 7: mortalità intraospedaliera per scompenso cardiaco per genere e fasce di età.



Conclusioni

Alcune considerazioni possono essere tratte da questa analisi puramente descrittiva:

- Lo scompenso cardiaco è un problema estremamente rilevante per la sua diffusione, per il suo trend in aumento e per l'impatto sui servizi sanitari;
- I pazienti con scompenso cardiaco presentano un'età anziana, con importanti implicazioni di carattere assistenziale sanitario e sociale;
- Pur in presenza di politiche di contenimento dell'uso dell'ospedale, il tasso standardizzato di ricovero per scompenso cardiaco è in aumento. Questo può essere l'espressione sia di un miglioramento della prognosi quoad vitam di questi soggetti, ma anche di un'aumentata incidenza legata all'aumento dei fattori di rischio per scompenso cardiaco.
- L'aumento delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco può essere visto in qualche modo anche come il frutto dei miglioramenti delle cure cardiologiche in generale ed in particolare per la cardiopatia ischemica. Infatti la mortalità per infarto acuto del miocardio è nettamente ridotta negli ultimi anni, a fronte invece di un lieve incremento nel numero di eventi (al netto dei nuovi criteri diagnostici per infarto introdotti nel 2000). Aumentano pertanto i soggetti che sopravvivono con una cardiopatia ischemica e che rappresentano una popolazione a rischio particolarmente elevato di sviluppare scompenso cardiaco.
- In ogni caso, se anche il tasso standardizzato di ospedalizzazione fosse invariato, il progressivo invecchiamento della popolazione comporterà comunque un aumento nel numero assoluto di soggetti affetti da scompenso cardiaco, con la necessità di adeguare opportunamente le risposte del Servizio Sanitario.

Una nota finale sui limiti di questa analisi

Pur essendo interessanti e consistenti con quanto noto, i dati suesposti risentono di un vizio originale: la mancanza di valutazione della loro accuratezza. Nel caso specifico dello scompenso cardiaco tale problema assume particolare rilievo in quanto si tratta di una diagnosi basata essenzialmente sulla clinica, dai contorni spesso sfumati soprattutto per i casi borderline che sono estremamente frequenti trattandosi per la maggior parte di soggetti anziani affetti da pluripatologie, molto spesso anche di carattere respiratorio. È pertanto evidente come il grado di soggettività in questo ambito sia particolarmente elevato, rendendo la diagnosi di scompenso cardiaco fortemente legata al comportamento dell'operatore sanitario. Non ultimo, considerando che le schede di dimissione ospedaliera sono dati con finalità di tipo amministrativo, non sono escludibili comportamenti di tipo opportunistico, molto più nello scompenso cardiaco che in altre condizioni più facilmente obiettabili.

Per tutti questi motivi e per la rilevanza in termini assistenziali del problema, il SER sta conducendo uno studio

sull'epidemiologia, i percorsi assistenziali e gli esiti dello scompenso cardiaco basato su una validazione della documentazione clinica esistente secondo criteri standardizzati. Il punto di partenza è costituito dai grandi database correnti (schede di dimissione ospedaliera, schede di morte, prescrizioni farmaceutiche), il valore aggiunto è la validazione dei dati correnti e la contestuale raccolta di una serie di informazioni ad hoc non disponibili routinariamente.

INFEZIONI NELLE STRUTTURE REDIDENZIALI

Uno studio di prevalenza nelle strutture residenziali per anziani

CRRC-SER

In diversi paesi del Nord Europa e negli Stati Uniti da circa un ventennio ci si è cominciati ad interessare estesamente della prevenzione e del controllo delle infezioni all'interno delle strutture residenziali per anziani. Casi sporadici e piccoli focolai epidemici all'interno di tali strutture possono infatti avere un impatto molto serio sulla salute dei residenti. Si tratta di persone con una generale riduzione delle difese immunitarie dovuta sia a motivi fisiologici che terapeutici (trattamenti farmacologici a lungo termine). Inoltre il loro rischio di infezione risulta aumentato dal sempre più frequente ricorso a dispositivi medici (fra gli altri catetere vescicale e PEG), e da possibili difficoltà nell'isolare gli individui infetti dal resto della comunità ospite. Anche in Italia l'aumento della popolazione anziana e la tendenza alla riduzione dei tempi di degenza negli ospedali hanno determinato nel tempo una crescente carico assistenziale nelle strutture extraospedaliere.

Ne deriva che le residenze socio assistenziali per anziani rappresentano oggi una realtà molto presente sul territorio, tanto da attirare l'attenzione anche nell'ambito delle strategie preventive di sanità pubblica. Una di queste riguarda sicuramente l'importanza di definire delle linee guida di comportamento e controllo delle infezioni rivolto al personale addetto all'assistenza. Il rischio di infezioni correlate a pratiche assistenziali nelle strutture residenziali per anziani viene considerato nella letteratura internazionale sostanzialmente sovrapponibile a quello rilevato in ambito ospedaliero. In Italia non esistono molte indagini a riguardo, tuttavia recentemente sono state intraprese interessanti iniziative; sono già disponibili i risultati delle esperienze attuate dall'Azienda Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna nel 2002 e dalla ASS 4 "Medio Friuli" nel 2003.

Descrizione sintetica del Progetto

Il progetto è finanziato dalla Fondazione CARIVERONA mentre l'implementazione è stata affidata al SER, il quale ha operato con il supporto di direzioni, medici e operatori sanitari delle strutture partecipanti. Scopo generale del progetto è contribuire a migliorare l'assistenza socio-sanitaria nelle strutture residenziali attraverso il monitoraggio ed il controllo delle infezioni complicanti le pratiche assistenziali. Al tal fine si è ritenuto utile valutare le reali dimensioni del problema attraverso uno studio di prevalenza condotto con uno strumento di rilevazione pratico e funzionale, con la contemporanea individuazione di fattori di rischio legati all'ospite ed alle pratiche assistenziali.

Il progetto prevede anche una seconda fase con l'attivazio-