

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

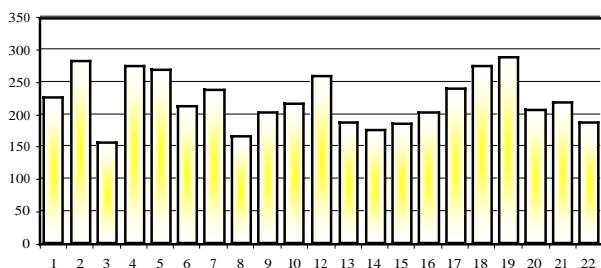
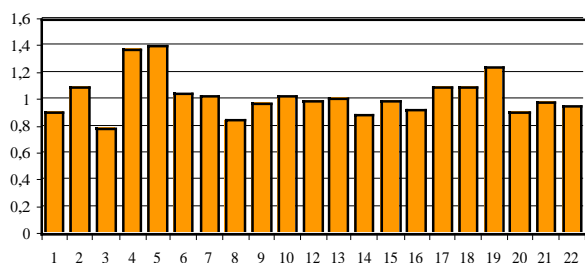


Figura 5. Attack rate per ULSS di residenza: standardizzazione indiretta



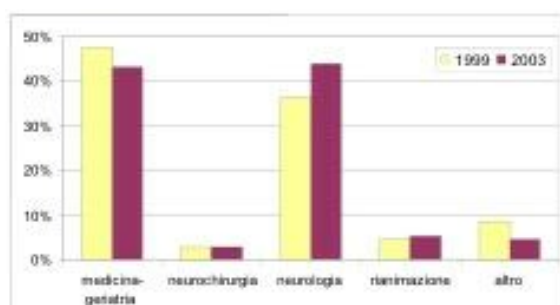
Analisi del carico assistenziale e dei percorsi assistenziali

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

diabete, il Ministro della Salute ha inserito il diabete tra le quattro priorità sanitarie su cui concentrare gli sforzi per una prevenzione attiva, attuando un accordo con le Regioni per la pratica di un Piano di lungo termine basato su quattro obiettivi, di cui uno è proprio la prevenzione delle complicanze del diabete (Accordo di Cernobbio del 6 aprile 2004 – Il disegno strategico della sanità futura).

Recentemente si sono realizzati importanti progressi per il trattamento del diabete e la prevenzione delle sue complicanze. Il contemporaneo controllo del diabete e di altri determinanti di salute come l'ipertensione, il colesterolo, l'eccesso di peso, l'attività fisica ed il fumo possono produrre un notevole decremento delle complicanze associate alla patologia ed aumentare la sopravvivenza in termini di anni di vita guadagnati e di anni vissuti in buona salute.

In tal senso esistono diverse linee guida che propongono una serie di misure volte a prevenire le complicanze ed individuarne precocemente l'insorgenza in modo da intraprendere appropriati interventi di prevenzione.

Nonostante l'importanza del problema, le informazioni disponibili sulla qualità e la completezza delle cure del diabete sono incomplete. I diversi studi realizzati in Italia su queste tematiche sono stati generalmente limitati ai pazienti che frequentano i centri anti-diabetici, o ai medici di famiglia, oppure hanno analizzato aree geografiche limitate. Inoltre, l'informazione sulla qualità e le modalità dell'assistenza è stata raccolta prevalentemente dal punto di vista dei servizi, e non a partire dai pazienti.

Obiettivi

Lo studio si propone di fornire un quadro nazionale della qualità e delle modalità dell'assistenza dal punto di vista del malato, in un campione di popolazione fra i 18 e i 65 anni che abbia avuto l'esenzione dal ticket per diabete. La scelta delle classi di età su cui concentrare lo studio dipende dal fatto che è proprio in questa fascia di età che una prevenzione precoce ed il trattamento delle complicanze appare particolarmente importante.

E' utile ricordare, tuttavia, che la popolazione inclusa nello studio non è rappresentativa di tutta la popolazione dei diabetici in ciascuna Regione, se si considera che approssimativamente il 45% della popolazione diabetica si trova nella fascia d'età oltre i 65 anni. Attenzione, quindi, deve essere posta nel generalizzare i risultati all'intera popolazione diabetica, specialmente per quanto attiene alle complicanze e ai ricoveri che aumentano con l'aumentare dell'età.

A livello regionale e nazionale gli obiettivi specifici dello studio sono:

Descrivere (dal punto di vista dei pazienti):

- Le caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti
- Le caratteristiche cliniche della malattia, inclusa la frequenza delle complicanze
- L'aderenza delle pratiche cliniche e di laboratorio alle linee guida in uso in Italia
- I modelli più frequenti di assistenza ai diabetici e le attività e la frequenza di follow-up clinici
- Le conoscenze ed i comportamenti dei diabetici riguardo gli stili di vita e le cure adottate

- La percezione della qualità dell'assistenza erogata dai servizi sanitari e le conoscenze dei diabetici riguardo ai propri diritti.

Stimare:

- La prevalenza degli eventuali fattori di rischio per le complicanze
- La prevalenza delle complicanze
- Tipo e frequenza delle attività di follow-up clinico
- Tipo e frequenza dei comportamenti e delle terapie adottate per curare il diabete.

Metodi

Si tratta di una studio trasversale di prevalenza. Lo studio, promosso e coordinato dall'Istituto Superiore della Sanità, è stato condotto in tutte le Regioni italiane. La popolazione in studio è costituita dalle persone con diabete rilevate dalle liste distrettuali di esenzione alla partecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) in età compresa fra 18 e 64 anni. Per le Regioni più piccole e le Province il metodo scelto è stato il campionamento casuale semplice direttamente effettuato sulle liste di esenzione ticket centralizzate. In queste Regioni sono stati selezionati 100 individui insieme ad altri 100 come eventuali sostituti.

Per le Regioni più grandi (tra cui il Veneto) si è optato per il cluster survey design, che costituisce il metodo di scelta per la realizzazione di indagini trasversali efficienti e a basso costo. Ai fini dello studio sono stati selezionati 30 distretti con il metodo della probabilità proporzionale alla loro popolazione. I distretti sono stati selezionati con metodo random tra tutti i distretti della Regione Veneto (in totale 59) dopo aver pesato ogni distretto per la popolazione residente.

In ogni distretto selezionato, il campione di persone da intervistare è stato estratto dagli elenchi dei diabetici con esenzione ticket presenti negli elenchi degli esenti ticket centralizzati a livello distrettuale. All'interno di ogni distretto campionato, venivano selezionati con metodo casuale semplice 7 soggetti da intervistare (e 7 eventuali sostituti), per un totale di 210 soggetti.

A tutti i soggetti è stato somministrato un questionario standardizzato e precedentemente validato con uno studio pilota.

Le interviste sono state eseguite da assistenti sanitari, infermieri o altri operatori sanitari dei Distretti Socio-Sanitari.

La metodologia dello studio e delle dimensioni del campione non consentono di eseguire analisi a livello di singola ULSS.

Risultati

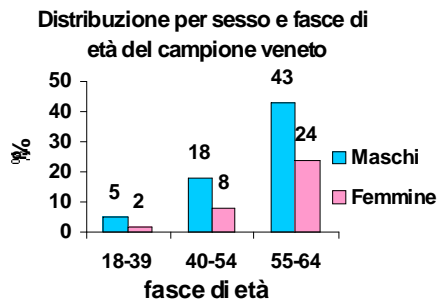
Caratteristiche demografiche e cliniche

Il campione selezionato nel Veneto presenta una netta prevalenza del sesso maschile, superiore rispetto a quanto riscontrato a livello nazionale (rapporto maschi/femmine = 2/1 nel Veneto e 1.4/1 in Italia.)

Il 7% appartiene alla fascia di età 18 – 39 anni, il 26% alla fascia 40 – 54 anni ed il 67% alla fascia di età compresa tra 55 – 64 anni (figura 1).

A livello nazionale i valori corrispondenti sono dell'8% tra 18 e 39, del 31% tra 40 e 54 e del 61% tra 55 e 64 anni.

Figura 1

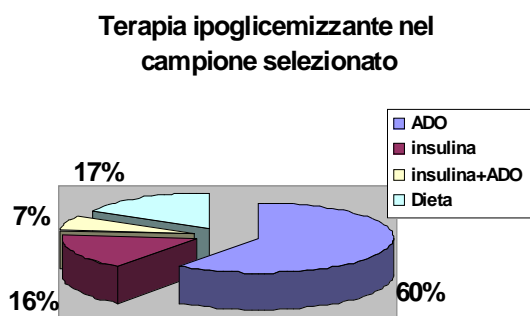


Il 48% degli intervistati dichiara un grado di istruzione basso (nessuno/elementare), il 25 % un grado di istruzione medio inferiore mentre il 27% un grado di istruzione superiore o la laurea. In Italia i dati corrispondenti sono 41%, 31% e 28%. Tra le persone con meno di 55 anni il 47% delle donne ed l'85% degli uomini sono occupati, mentre tra le persone da 55 a 64 anni il 18% delle donne ed il 26% degli uomini dichiarano di essere occupati.

La durata media di malattia è 10.8 anni. Il 28% ha il diabete da meno di 5 anni, il 41% rientra nella fascia 5-14 anni e il 31% ha una durata di malattia maggiore o uguale a 15 anni.

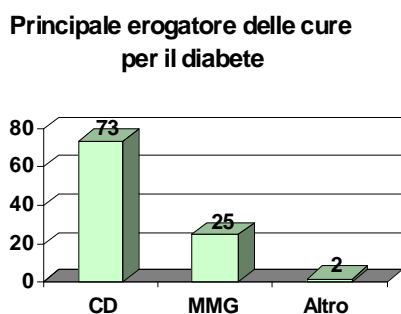
Il 60% dei soggetti è in trattamento con antidiabetici orali, il 16% in terapia insulinica, il 7% in terapia combinata (insulina e antidiabetici orali) e il 17% in trattamento con sola dieta (figura 2).

Figura 2



Il 73% degli intervistati indica il centro Antidiabetico come il principale erogatore di cure (in Italia il 64%) (figura 3).

Figura 3



Ben l'87% degli intervistati riferisce almeno un altro fattore di rischio cardiovascolare (ipertensione, ipercolesterolemia, sovrappeso od obesità, fumo).

Il 30% dei soggetti riferisce almeno una complicanza micro- o macrovascolare. (retinopatia nel 19% dei pazienti, cardiopatia ischemica nell'11%).

Informazioni e comportamenti dei pazienti diabetici.

Alcune informazioni di base sono essenziali affinché il diabetico sia in grado di affrontare in modo adeguato le diverse problematiche legate alla sua condizione.

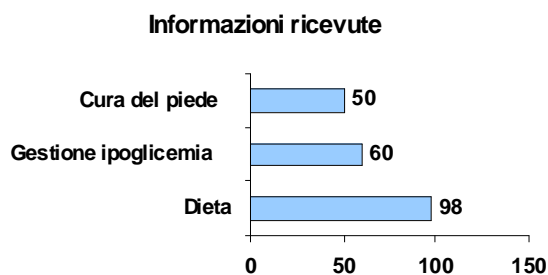
Fra le informazioni più importanti vi sono quelle riguardanti la dieta. Infatti, sia nel diabete di tipo 1 che nel tipo 2, una dieta bilanciata rappresenta un momento decisivo nella gestione terapeutica globale del diabetico in quanto contribuisce a garantire un migliore controllo dei valori glicemici, a mantenere un peso corporeo ideale, a controllare gli altri fattori di rischio cardio-vascolare. Quasi tutti i pazienti (98%) dichiarano di aver ricevuto informazioni sull'importanza di una dieta mirata al controllo del diabete, il 32% ha ricevuto una dieta scritta, e il 64% ha fatto ricorso a un dietologo o a un nutrizionista.

L'ipoglicemia è un'evenienza relativamente frequente e potenzialmente pericolosa nei pazienti in trattamento farmacologico. È fondamentale pertanto che i diabetici siano consapevoli di tale eventualità, la sappiano riconoscere e siano in grado di porvi rimedio efficacemente. Nel campione selezionato, il 60% dei diabetici trattati con farmaci dichiara di aver ricevuto informazioni su come gestire l'ipoglicemia; tale quota sale al 93% tra coloro che assumono terapia insulinica.

Il piede è un organo bersaglio di particolare rilievo nel diabetico. L'adozione regolare di piccoli accorgimenti nella pulizia dei piedi, nel tipo di calzature e nell'ispezione periodica dei piedi consente di ridurre il rischio di gravi alterazioni, tali da portare alle conseguenze più avanzate (amputazioni). Solo il 50% dei soggetti intervistati riferisce di aver ricevuto informazioni sulla cura del piede.

La figura 4 riassume la quota di pazienti che dichiara di aver ricevuto informazioni nei vari ambiti.

Figura 4

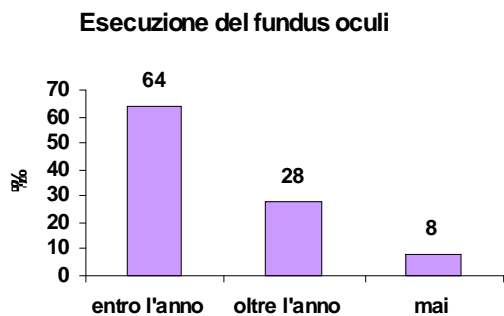


Aderenza alle linee guida

Esistono numerose linee guida sugli standard assistenziali per i diabetici. Lo studio Quadri ha indagato con domande apposite se i soggetti avevano eseguito i controlli consigliati e nei tempi indicati.

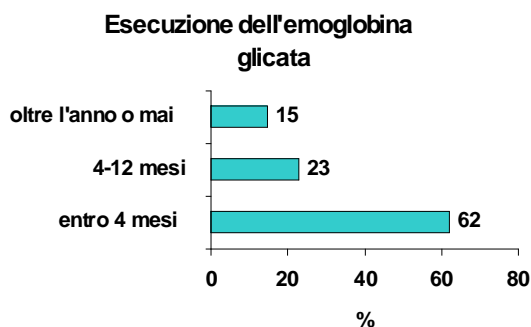
Per esempio, l'esame del fundus oculi è consigliato annualmente. Nel nostro campione il 64% riferisce tale controllo nell'ultimo anno, mentre il 28% lo riferisce più di un anno fa e l'8% riferisce di non aver mai eseguito l'esame del fondo degli occhi (tra coloro con una durata di malattia superiore all'anno) (Figura 5).

Figura 5



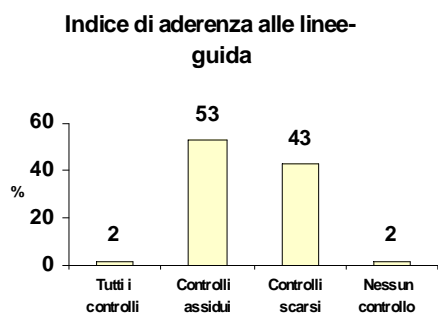
L'emoglobina glicata è un esame fondamentale per monitorare il controllo metabolico dei diabetici. Le linee-guida ne consigliano l'esecuzione 3-4 volte l'anno. Circa il 30% degli intervistati ha riferito di non conoscere questo esame (indicatore del grado di informazione dei pazienti). Tra coloro che conoscono l'esame, il 62% dei diabetici ha eseguito un controllo dell'emoglobina glicata negli ultimi 4 mesi, il 23% più di 4 ma meno di 12 mesi fa. Il 15% riferisce di aver fatto l'ultima volta questo controllo più di un anno fa o non ricorda (figura 6).

Figura 6



Sulla base dei principali controlli consigliati (emoglobina glicata, fundus oculi, assetto lipidico, controllo pressorio,...) e sui tempi indicati per la loro esecuzione è possibile riassumere l'aderenza alle linee guida con un indice, come indicato nella figura 7.

Figura 7

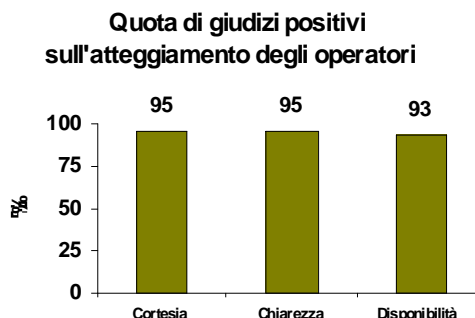


Qualità percepita

Ai soggetti intervistati è stato chiesto di esprimere un giudizio su vari aspetti dell'assistenza a loro erogata (operatori, strutture, orari, organizzazione, ...). In particolare sugli operatori è stato chiesto di valutarne la cortesia, la disponibilità e la chiarezza nelle esposizioni. Il dato che emerge è estremamente lusinghiero, visto che

oltre il 90% dei soggetti dà un giudizio positivo (ottimo o buono), un dato superiore rispetto alla pur elevata media nazionale, senza distinzione fra gli erogatori dell'assistenza (figura 8).

Figura 8



Pur nell'ambito di un giudizio complessivo positivo, l'aspetto più criticato da parte degli intervistati è il grado di coordinazione tra i vari specialisti, riferito non soddisfacente dal 30% dei soggetti.

La maggior parte dei Centri diabetologici opera su appuntamento (oltre 90%). Ciò si traduce in un basso tempo di attesa per la prestazione (figura 9). Il giudizio su tutti gli aspetti dell'assistenza è complessivamente lusinghiero (figura 10).

Figura 9

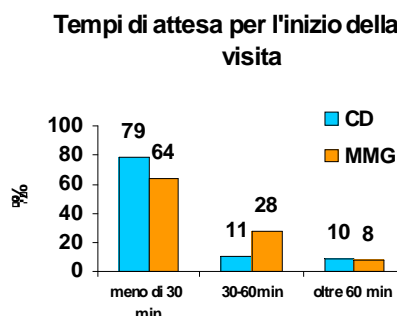
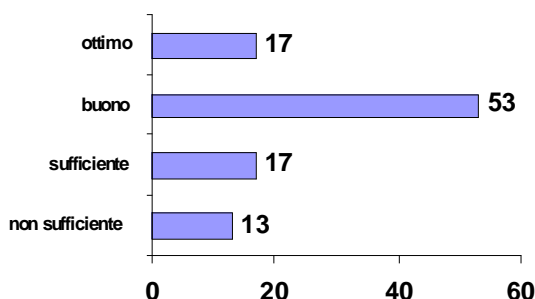


Figura 10

Giudizio globale sull'assistenza



Conclusioni.

Per esigenze di sintesi si sono citati solo alcuni dei risultati emersi dallo studio Quadri. È opportuno porre l'accento su alcuni limiti dello studio. Innanzitutto il campione selezionato è rappresentativo degli esenti ticket per diabete, i quali non sono tutti i diabetici; infatti nel Veneto una quota importante di soggetti assume farmaci antidiabetici senza essere presente nelle liste degli esenti ticket. Per diversi ambiti indagati nello studio Quadri questi soggetti potrebbero fornire risposte differenti da quelle emerse dall'indagine. Un altro limite è costituito dal fatto che le variabili cliniche prese in esame sono dichiarate dai pazienti e non vi è un confronto con una documentazione clinica. Pertanto tali informazioni sono soggette ad un certo grado di inaccuratezza; per esempio per le complicanze non è possibile verificarne la gravità. Pur tuttavia alcuni punti sembrano emergere in modo piuttosto evidente. Innanzitutto appare chiaro come l'assistenza diabetologica specialistica nella nostra Regione sia particolarmente presente e capillare (ai primi posti a livello nazionale). Inoltre i soggetti con diabete percepiscono un servizio di buona qualità e si manifestano soddisfatti, sia se seguiti dal MMG che se afferenti principalmente al servizio specialistico. Tuttavia permangono degli ambiti suscettibili di un miglioramento anche significativo nel percorso assistenziale di questi pazienti. Infatti molti indicatori di processo (che per la metodologia dello studio possono essere considerati affidabili) mostrano un valore lontano dallo standard, come pure appare evidente un certo grado di carenza nella consapevolezza della malattia diabetica da parte dei pazienti, con conseguente mancata adozione di comportamenti idonei. Tutto ciò è particolarmente rilevante in una situazione come il diabete, in cui il paziente è chiamato ad essere il protagonista nel suo percorso di cura.

Appare pertanto opportuna una riflessione sulle strategie per un miglioramento assistenziale con il coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti, con la consapevolezza che in tal modo sarà possibile ottenere un migliore risultato in salute.

Notiziario bimestrale del CRRC del SER Veneto anno I - numero I - dicembre 2004

Supplemento alla rivista UlsSalute8 anno VII - dicembre 2004

Direttore Responsabile: Mariano Montagnin.

Direttore Editoriale: Paolo Spolaore.

Coordinatori di Redazione: Stefano Brocco,
Ugo Fedeli.

Coordintore Comitato Scientifico: Cesare Dal Palù.

Comitato Scientifico: Francesco Avossa, Luigi Bertinato, Gianstefano Blengio, Stefano Brocco, Roberto Corrocher, Cesare Dal Palù, Roberto De Marco, Ugo Fedeli, Adriano Marcolongo, Giampietro Pellizzer, Mario Saugo, Paolo Spolaore, Renzo Trivello, Massimo Valsecchi, Marcello Vettorazzi, Felice Vian.

Elaborazione grafica: Eleonora Dalmonte.

NOTIZIE DAL MONDO DELL'EPIDEMIOLOGIA

Il SER nel CCM

Presso il Ministero della Salute è stato istituito, con Legge n. 138/2004 e con DM del 1/7/2004, il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), in cui la Regione Veneto è rappresentata dall'Assessore Fabio Gava (vice-presidente del CCM), dal prof. Giorgio Palù, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Padova, dal dott. Stefano Marangon, Dirigente di area - Epidemiologia del CREV di Legnaro (Pd), e dal dott. Paolo Spolaore, Direttore del SER.

Master universitario al SER

A partire dal prossimo gennaio 2005 si terranno presso il CRRC del SER a Castelfranco Veneto le lezioni del master universitario in "Epidemiologia e prevenzione delle infezioni nosocomiali". Il master è stato attivato dal Dipartimento di Istologia, Microbiologia e Biotecnologie Mediche dell'Università degli Studi di Padova.

Epidemiologia dello scompenso cardiaco nel Veneto

Tra gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (legge 662/96) è stato assegnato al SER (DGR 3568/2001), nell'ambito dell'area di attività "Attivazione dei registri di patologia e/o dei sistemi di sorveglianza", il progetto: 'Epidemiologia dello scompenso cardiaco nella regione Veneto' che prevede la definizione e la sperimentazione di un sistema di sorveglianza regionale dello scompenso cardiaco a partire dai dati correnti.

NEI PROSSIMI NUMERI

Nei prossimi numeri parleremo di:

- Condizioni climatiche estive e mortalità nelle città venete.
- Trauma cranio-encefalico nel Veneto: un sistema di sorveglianza basato sulle schede di dimissione ospedaliera.
- Il progetto regionale S.I.S.I.O.V: il Sistema Integrato di Sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere nel Veneto.
- Sostituzione protesica dell'anca nella Regione Veneto: analisi delle dimissioni ospedaliere 2001-2003.
- Indicatori di outcome in cardiocirurgia: bypass aorto-coronarico.
- Contributi di altri centri della rete epidemiologica regionale.

Per ulteriori informazioni
sull'attività del S.E.R.
www.ser-veneto.it
ser@ulssasolo.ven.it