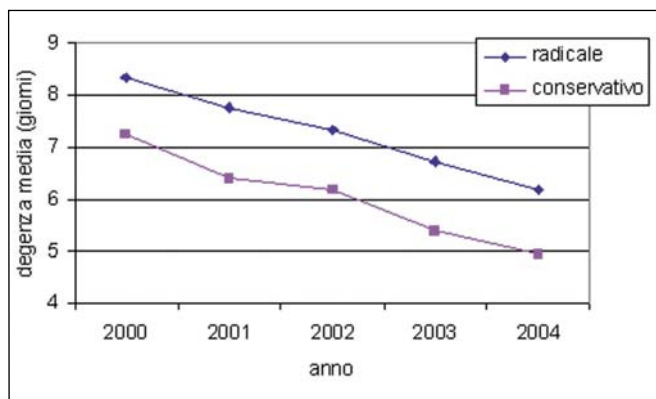


Figura 4. Andamento nel quinquennio 2000-2004 della degenza media dei ricoveri con intervento radicale e conservativo (solo ricoveri ordinari)



In particolare, la mobilità extraregione è rivolta nella maggior parte dei casi verso il Friuli Venezia Giulia.

Per quanto riguarda invece la mobilità attiva (ricoveri in strutture regionali di pazienti non residenti nel Veneto), non inclusa in queste prime analisi, le SDO con diagnosi 174 sono passate da 446 nel 2000 a 493 nel 2002, per poi scendere a 351 nel 2004. Per quanto riguarda la mobilità intraregionale, il 29% dei ricoveri di residenti nel Veneto con diagnosi di neoplasia mammaria avviene in una ULSS differente da quella di residenza. Considerando solo i ricoveri con gli interventi chirurgici selezionati, la mobilità intraregionale risulta essere più contenuta (23%), ed è spiegata per circa la metà da ricoveri nelle Aziende Ospedaliere di Padova e di Verona di residenti delle ULSS vicine.

I 63920 ricoveri analizzati sono relativi a 27555 persone (in media 2.32 ricoveri per paziente nel periodo 2000-2004). Nel totale, le pazienti che hanno ricevuto un trattamento chemioterapico o radioterapico in regime di ricovero sono state rispettivamente 7702 (28.0%) e 805 (2.9%).

Delle pazienti ospedalizzate nel quinquennio per neoplasia mammaria, 18591 (67.5%) avevano almeno un ricovero con intervento chirurgico: 17073 donne (91.8%) hanno avuto un singolo ricovero con segnalazione di intervento, mentre 1518 (8.2%) sono state ricoverate per chirurgia due o più volte. 7128 donne (25.9%) avevano almeno un ricovero con codice di patologia diffusa (codici 196, 197, 198): nell'arco del periodo considerato le pazienti con patologia diffusa hanno giustificato il 45.6% dei ricoveri per tumore maligno della mammella; più di un quarto delle donne con patologia diffusa è deceduto durante uno di questi ricoveri.

Tabella 2. Numero medio di ricoveri con codice ICD9-CM 174 e corrispondenti decessi intraospedalieri nelle pazienti con neoplasia mammaria localizzata o diffusa.

Neoplasia	N° soggetti	%	Numero medio ricoveri	Decessi in ospedale	%
Localizzata	20427	74.1%	1.07	547	2.7%
Diffusa	7128	25.9%	4.01	2032	28.5%
Tot	27555	100%	2.03	2579	9.4%

L'archivio regionale delle SDO consente dunque di ricavare una considerevole mole di informazioni sul carico e la tipologia dell'assistenza alle pazienti con carcinoma mammario; l'integrazione con altre fonti informative che si stanno rendendo disponibili (come il flusso della specialistica ambulatoriale) consentirà in futuro di tratteggiare un quadro più completo della situazione regionale (ad esempio per quanto riguarda le prestazioni di radioterapia).

IL PROFILO ASSISTENZIALE DEI PAZIENTI CON INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO

Analisi delle schede di dimissione ospedaliera

CRRC-SER

Nello scorso numero abbiamo affrontato il problema dell'infarto acuto del miocardio (IMA), descrivendone gli aspetti generali in termini di occorrenza di eventi e di profilo assistenziale.

In questo articolo vengono descritti in dettaglio i pattern assistenziali, con particolare riguardo per il "setting" (intensivo vs non intensivo) ed il ricorso a procedure invasive.

Materiali e metodi

Si richiamano brevemente i metodi, rimandando al bollettino precedente per una descrizione più dettagliata.

La fonte dei dati è l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) degli anni 2000-2003 dei residenti nella regione Veneto.

L'unità di analisi è l'evento IMA (se un paziente va incontro a più ricoveri per lo stesso evento, questi vengono contati una sola volta).

Il codice ICD-9-CM 410.71 identifica l'infarto acuto del miocardio senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI); il codice 410.x1 con x ≠ 7 identifica l'infarto acuto del miocardio con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI).

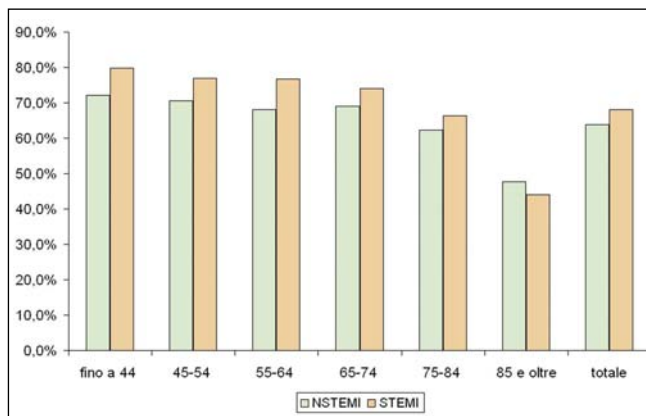
Il setting assistenziale è definito intensivo quando nel percorso assistenziale appaiono come reparto di ammissione, dimissione o trasferimento l'unità coronarica o la terapia intensiva. Il ricorso a procedure invasive è identificato dalla presenza dei codici di coronarografia (88.51) e di angioplastica (36.0x).

Risultati

Setting assistenziale

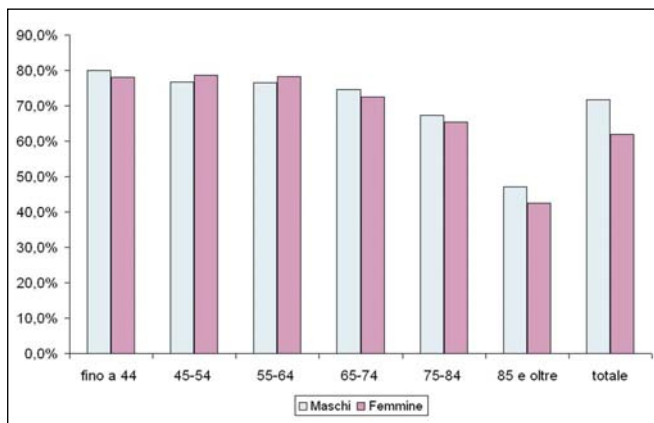
Negli anni considerati si è assistito ad un incremento della proporzione di soggetti assistiti in setting intensivo, sia per STEMI che per NSTEMI. Analizzando questa proporzione per classi di età si evidenzia come fino ai 74 anni vi è un livello abbastanza omogeneo di assistenza, mentre nelle classi di età più anziane la proporzione decresce.

Figura 1 - Proporzione di soggetti con infarto acuto del miocardio assistiti in setting intensivo per classe di età e tipo di infarto - media 2000-2003.



Per quanto riguarda il genere si può evidenziare come per ogni classe di età non vi sia differenza nella proporzione di soggetti assistiti in setting intensivo tra i due generi.

Figura 2 – Proporzioni di soggetti con STEMI assistiti in setting intensivo per genere e classe di età – media 2000-2003.



Analizzando questo aspetto per ASL di residenza possiamo notare una certa omogeneità di comportamento. Per due ASL (109 e 113) si evidenzia una bassa proporzione di soggetti in setting intensivo, questo fenomeno è ampiamente compensato dalla proporzione di soggetti assistiti in ambiente specialistico, riflettendo presumibilmente una peculiarità nell'organizzazione del reparto.

Figura 3 – Proporzioni di soggetti con infarto acuto del miocardio assistiti nei diversi settings per ASL di residenza – media 2000-2003

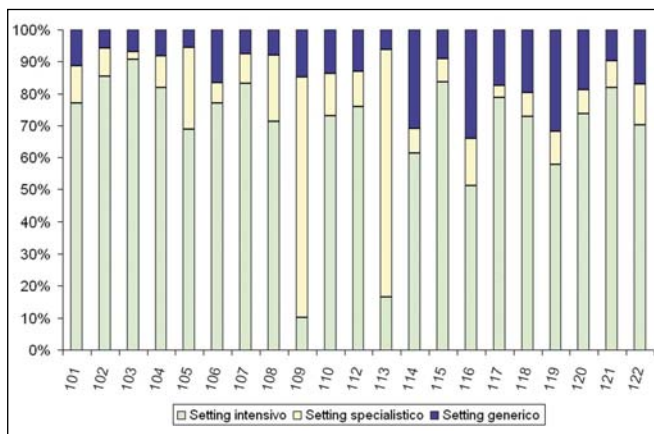
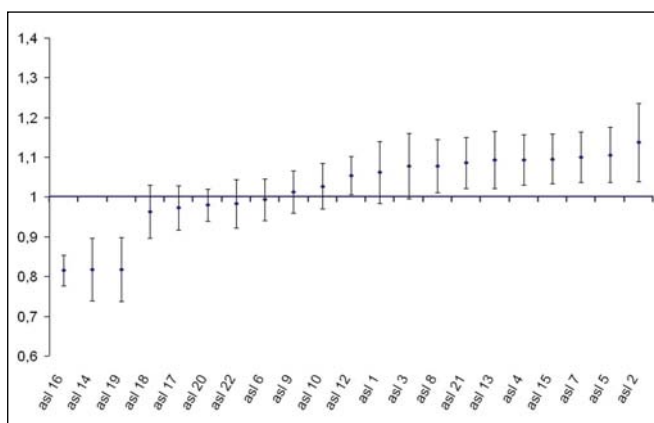


Figura 4 – Rapporto standardizzato (per età, genere e tipo di IMA) dei soggetti con IMA assistiti in setting intensivo o specialistico per ASL di residenza – media 2000-2003 – standardizzazione indiretta (osservati su attesi).



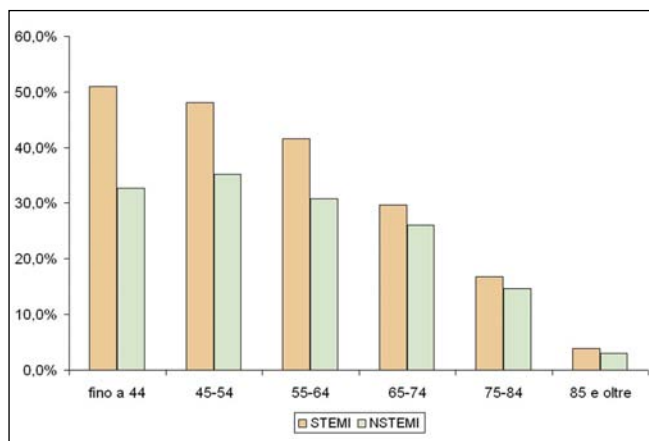
Procedure invasive

Andamento per fasce di età

La proporzione di soggetti con IMA sottoposti a procedure invasive mostra un netto decremento per fasce di età, sia per STEMI che per NSTEMI.

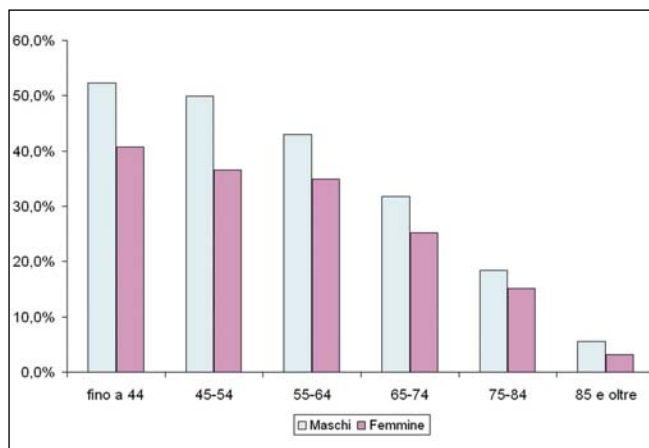
La figura 5 mostra questa analisi per i due tipi di IMA, NSTEMI e STEMI. In quest'ultima situazione si sottolinea come l'angioplastica primaria stia emergendo come il trattamento di prima scelta.

Figura 5 – Proporzioni di soggetti con infarto acuto del miocardio sottoposti ad angioplastica per fasce di età – media 2000-2003



Esiste inoltre una differenza legata al genere nella proporzione di soggetti sottoposti ad angioplastica. Questa differenza, peraltro già nota in letteratura, è più evidente nelle fasce di età più giovani (vedi figura 6).

Figura 6: Proporzioni di soggetti con STEMI sottoposti ad angioplastica per genere e classe di età – media 2000-2003.



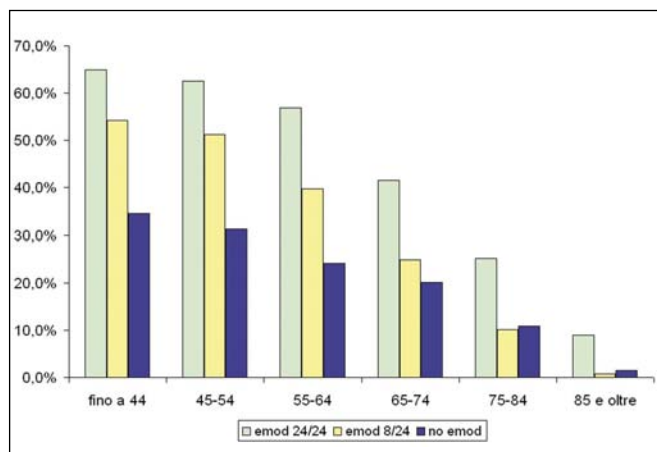
Oltre alle caratteristiche del paziente, di cui si sono descritte solamente età e genere, l'utilizzo di procedure invasive nella terapia dell'IMA può essere condizionato anche da caratteristiche strutturali del servizio sanitario.

Nella nostra regione 8 ASL (53% della popolazione) presentano nel proprio territorio un servizio di emodinamica interventistica attivo tutti i giorni 24 ore su 24, 3 ASL (12% della popolazione regionale) hanno un servizio interventistico attivo 5 giorni la settimana in orario "d'ufficio" e 10 ASL (35% della popolazione non hanno emodinamica interventistica nel proprio territorio).

La figura 7 mostra la proporzione di soggetti con STEMI che hanno eseguito un'angioplastica in relazione alla presenza di emodinamica nella propria ASL di residenza.

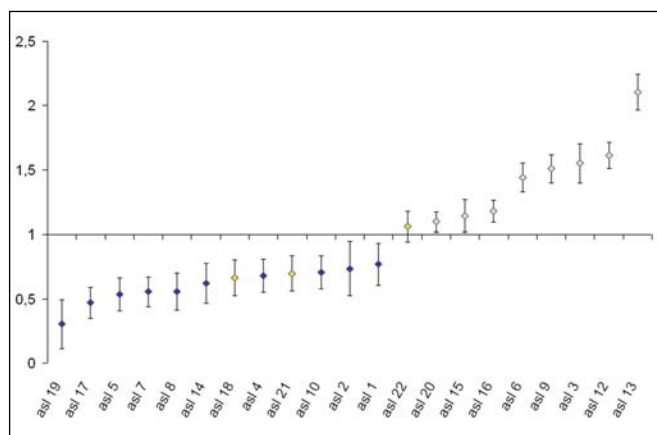
Il grafico si riferisce ai soggetti di sesso maschile per evidenziare le differenze esistenti tra le diverse caratteristiche strutturali (al netto della diversa distribuzione per genere), per il sesso femminile l'andamento è del tutto analogo.

Figura 7: Proporzioni di soggetti di sesso maschile con STEMI sottoposti ad angioplastica in relazione alla presenza ed al grado di attività dell'emodinamica – media 2000-2003



Da ciò consegue che la variabilità fra le diverse ASL è notevole, come evidenziato in figura 8

Figura 8: Rapporto standardizzato della proporzione di soggetti con STEMI sottoposti ad angioplastica per ASL di residenza – anni 2000-2003



Conclusioni

In questa seconda parte dedicata all'infarto acuto del miocardio si è entrati, sempre con un approccio di tipo descrittivo, in maggior dettaglio sulla descrizione dei profili assistenziali in relazione ad alcuni macrodeterminanti: età, genere ed ASL di residenza.

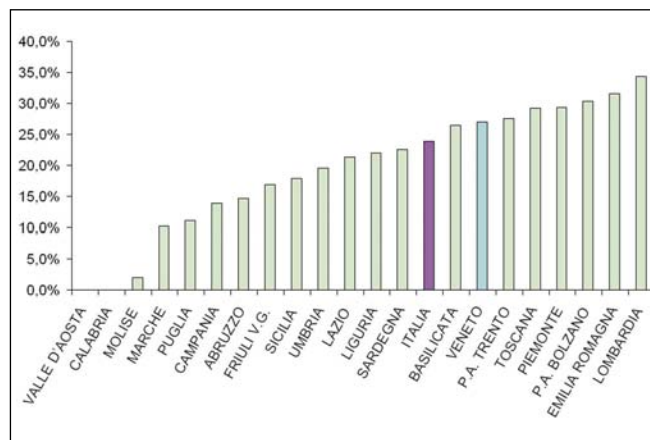
Le differenze relative all'età sia per il setting assistenziale sia per il ricorso a procedure invasive sono attese, in quanto i soggetti anziani sono frequentemente portatori di comorbidità spesso di grado tale che la prognosi cardiologica passa in secondo piano.

Più controversa è la questione già presente nella letteratura scientifica e confermata dai nostri dati sul differente utilizzo dell'angioplastica legato al genere.

Il dato più eclatante, però, riguarda il legame tra utilizzo di procedure invasive e dotazione strutturale, confermato anche dal Registro "VeneRe", riportato in questo numero. Emergono rilevanti differenze tra ASL per quanto riguarda il ricorso a procedure invasive di rivascolarizzazione.

Tale dato va peraltro contestualizzato nel scenario nazionale, in cui comunque il Veneto presenta una delle percentuali più alte di ricorso a procedure invasive nel corso dell'infarto (vedi figura 9).

Figura 9 - Proporzioni di ricoveri con IMA sottoposti a procedura invasiva (%) per Regione (anno 2003)



I risultati dello studio evidenziano l'esigenza di una maggiore omogeneità a livello regionale nell'accesso alle cure per i soggetti affetti da infarto acuto del miocardio.

IL REGISTRO VENERE

Il trattamento dell'infarto miocardico acuto con ST sopraslivellato: applicabilità dell'angioplastica primaria nel Veneto

F. Di Pede (a) e Z. Olivari (b) per i ricercatori del registro VENERE
(a) UO Cardiologia Ospedale di Mestre (VE)
(b) UO Cardiologia Ospedale di Treviso

Introduzione

Il trattamento dell'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) ha presentato una sostanziale evoluzione a partire dalla fine degli anni ottanta del secolo scorso. In precedenza infatti gli obiettivi terapeutici erano sostanzialmente tre:

- l'alleviamento dei sintomi;
- la limitazione del danno ischemico (essenzialmente con terapia di supporto)
- la prevenzione dei danni delle complicanze acute (in particolare le aritmie) per mezzo di un continuo monitoraggio del paziente tale da consentire il tempestivo rilievo e trattamento delle complicanze stesse.

La possibilità di ripercorrere precocemente il/i vaso/i coinvolto/i nella genesi dello STEMI ha modificato radicalmente le strategie diagnostiche/terapeutiche e la prognosi a medio e lungo termine di questi soggetti. Uno degli elementi maggiormente determinanti sull'esito dell'intervento ripercorrevole è la tempestività dell'intervento stesso ("time is muscle").

Le opzioni attualmente disponibili per una ripercorrevole miocardica sono la terapia farmacologica con trombolitico e la rivascolarizzazione meccanica con angioplastica primaria (pPCI).

Le evidenze derivanti da trials clinici randomizzati e control-