



## Bollettino informativo a cura del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

### UNA RETE EPIDEMIOLOGICA DEL TRIVENETO

CRRC-SER

Lo scorso 11 novembre presso il CRRC-SER si è tenuta l'assemblea istitutiva di "Epinet Triveneto", a cui hanno partecipato esperti epidemiologi delle società scientifiche AIE (Associazione Italiana di Epidemiologia), SIEP (Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica), SISMEC (Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia clinica) e SItI (Società Italiana di Igiene) appartenenti a diciannove gruppi/strutture di ricerca epidemiologica dei sistemi sanitari regionali e delle università degli studi delle province autonome di Trento e Bolzano e delle regioni del Veneto e del Friuli Venezia Giulia.

Nel corso dell'incontro i rappresentanti di ciascuna struttura hanno presentato il proprio modello organizzativo interno, di cui sono state individuate criticità ed opportunità, ed i rapporti con le diverse committenze pubbliche. Inoltre, sono state discusse le diverse esperienze progettuali in ambito di ricerche epidemiologiche a supporto delle rispettive programmazioni sanitarie e delle politiche regionali di sanità pubblica.

L'obiettivo del Sistema Epinet è di individuare possibili aree di sinergia fra le varie linee progettuali al fine di ottimizzare le attività in un'ottica di collaborazione tra i centri di ricerca del sistema sanitario e dell'università e tra le diverse regioni e province nel rispetto delle rispettive competenze.

La segreteria scientifica è costituita da Fabio Barbone, Roberto De Marco, Michele Tansella, Felice Vian,

### In questo numero:

- 1** • Una rete epidemiologica del Triveneto
- Ricoveri per CA mammario
- 3** • Il profilo assistenziale dei pazienti con infarto acuto del miocardio
- 5** • Il registro VENERE
- 8** • Notizie dal mondo dell'epidemiologia
- Nei prossimi numeri

Peter Kreidl, Silvano Piffer, Lorenzo Simonato e Paolo Spolaore.

Con l'istituzione del Sistema Epinet per la prima volta nel Triveneto si è avviato un processo di costruzione di un network tra strutture epidemiologiche caratterizzate da differenti modelli organizzativi e diverso mandato allo scopo di promuovere il coordinamento di eventuali linee di ricerca comuni a supporto delle linee regionali di pianificazione sanitaria.

Il Sistema Epinet inoltre si propone di sviluppare attività di formazione specificamente in ambito epidemiologico.

Infine, ma non ultimo per importanza, la struttura a rete consentirà di rispondere in modo flessibile e prontamente alla domanda di ricerca che viene dai committenti sia pubblici che privati in una logica di collaborazione tra pubblico e privato e tra mondo universitario e ospedaliero, in un contesto territoriale che va al di là dell'ambito delle singole regioni, secondo un indirizzo di razionalizzazione e specializzazione dei diversi nodi della rete.

Nel sito internet del SER, [www.ser-veneto.it](http://www.ser-veneto.it), è stata sviluppata un'area dedicata ad Epinet, dove al momento si possono trovare le relazioni dei gruppi che nel corso del primo incontro hanno presentato la loro attività.

### RICOVERI PER CA. MAMMARIO

*Analisi delle SDO con diagnosi di tumore della mammella: Regione Veneto, 2000-2004*

CRRC-SER

L'attività epidemiologica in campo oncologico, oltre a produrre dati di incidenza e sopravvivenza, è sempre maggiormente orientata anche a fornire informazioni sui percorsi assistenziali, utili per le decisioni di programmazione e governo clinico. L'importanza di monitorare i pattern di cura in campo oncologico diviene ancor più rilevante quando si cerca di armonizzare i profili assistenziali ed i requisiti organizzativi delle strutture. In questo contesto, l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) consente, in modo standardizzato e con una copertura completa e costante della realtà regionale, di tracciare una mappa dell'assistenza erogata alle pazienti con carcinoma della mammella e di evidenziare aree problematiche, in cui eventualmente programmare indagini ad hoc

di approfondimento.

Le SDO sono già state utilizzate in alcune regioni italiane come fonte di informazione per analizzare l'eterogeneità nel ricorso alla chirurgia conservativa a seconda del tipo di struttura e dell'area geografica; le SDO rappresentano infatti una fonte privilegiata per l'analisi del trattamento chirurgico delle patologie neoplastiche, soprattutto rispetto a studi condotti su base ospedaliera i cui risultati possono essere influenzati dal particolare bacino d'utenza o dalla selezione delle pazienti.

Scopo dell'articolo è presentare una prima valutazione descrittiva dell'assistenza ospedaliera alle pazienti con carcinoma mammario nella Regione Veneto.

Sono dunque state selezionate le SDO del periodo 2000-2004 relative ai soggetti residenti in Veneto che riportavano in qualunque posizione diagnostica il codice ICD9-CM 174 (tumori maligni della mammella della donna), per un totale di 63920 ricoveri.

I ricoveri ordinari giustificano una maggior quota di DRG chirurgici rispetto ai ricoveri diurni.

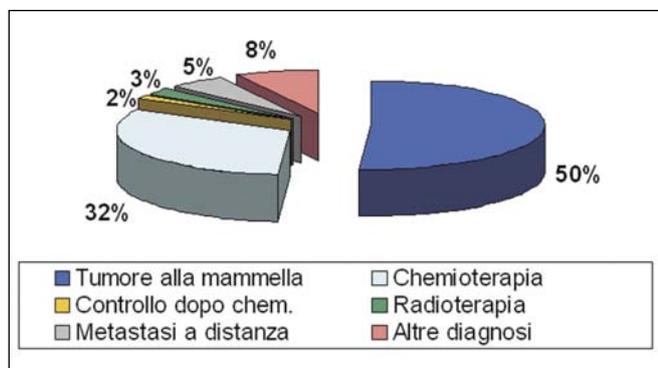
I ricoveri con DRG medico hanno una degenza media superiore a quelli con DRG chirurgico, per entrambi i regimi di ricovero (Tabella 1).

I casi in cui in diagnosi principale vi è un codice diverso dal 174, che si riscontrano prevalentemente in regime diurno, presentano per lo più nella prima posizione diagnostica un codice direttamente riconducibile alla patologia o al suo trattamento: chemioterapia o radioterapia, oppure malattia diffusa (Figura 1).

Tabella 1. Numero di ricoveri e degenza mediana per regime di ricovero e tipo di DRG.

Regime	DRG	N ricoveri	Deg mediana (gg)	gg degenza
Ordinario	Chirurgico	21642	5	131367
	Medico	10398	9	127895
DH	Chirurgico	4820	1	13400
	Medico	27059	4	173989

Figura 1. Distribuzione dei codici ICD9-CM in diagnosi principale nelle SDO con codice 174 in qualsiasi posizione in regime ordinario e day hospital.

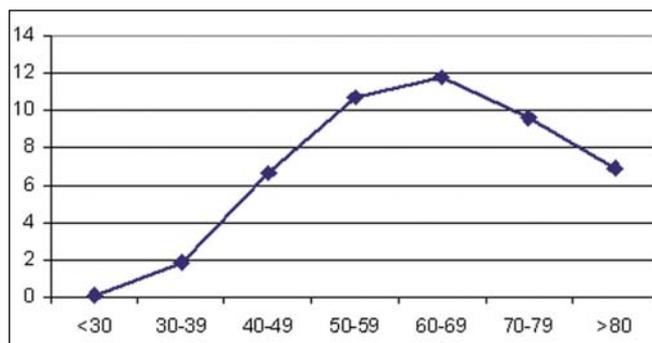


La distribuzione dei ricoveri per classe di età evidenzia un discreto carico assistenziale anche sotto i 50 anni di età (23.7% del totale).

Complessivamente, il tasso di ospedalizzazione, già elevato nella classe di età tra i 40 ed i 49, raggiunge un picco tra i 50 ed i 69 anni.

Il tasso grezzo di ospedalizzazione è andato progressivamente riducendosi nel periodo considerato: da 5.73 ricoveri ogni 1000 donne nel 2000 a 5.05 ricoveri nel 2004.

Figura 2. Tasso di ospedalizzazione per neoplasia mammaria (per 1000 donne residenti al 1 gennaio 2002) nelle classi di età



Sono state poi selezionate le SDO che riportavano un codice di intervento chirurgico.

In caso di più interventi, è stato selezionato il codice corrispondente all'intervento più demolitivo.

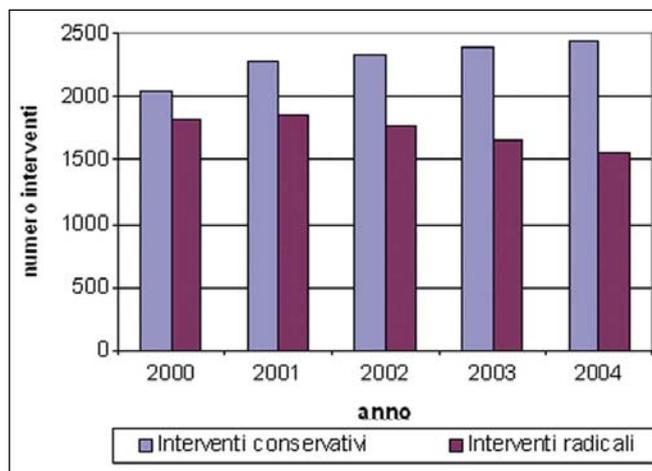
Delle 20655 SDO con codice di intervento (32,3% del totale), il 55.7% (11503) presentava codici identificativi di intervento conservativo (85.21-85.23), il 42.0% (8671) di intervento radicale (85.4x), mentre il 2.3% (481) non è stato classificato (85.20, 85.3x).

Nel periodo considerato si è registrato un notevole incremento del numero di interventi dal 2000 al 2001, ed una lieve diminuzione negli anni successivi.

Si è registrato un progressivo calo degli interventi demolitivi (-14%) ed un parallelo aumento della chirurgia conservativa (+20%).

La percentuale di interventi conservativi sul totale è cresciuta dal 53% nel 2000 al 61% nel 2004.

Figura 3. Andamento dei ricoveri con chirurgia conservativa e radicale (residenti nel Veneto, periodo 2000-2004).



La percentuale di interventi conservativi diminuisce drasticamente sopra i 70 anni.

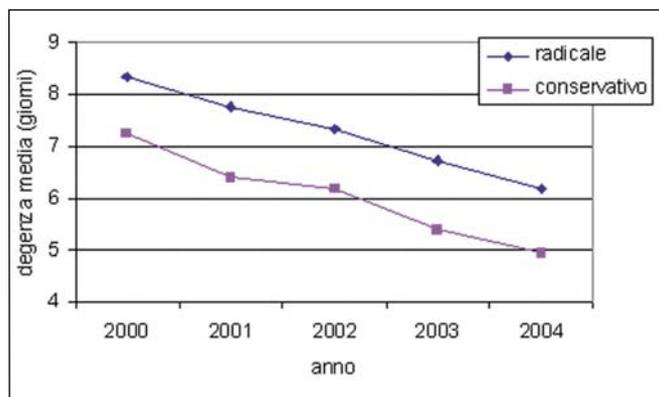
Al crescere dell'età, aumenta anche la degenza media dei ricoveri chirurgici.

All'interno di ciascuna classe di età, la degenza media è sempre superiore in caso di intervento radicale che di intervento conservativo.

La durata della degenza diminuisce progressivamente negli anni considerati sia nei ricoveri con intervento conservativo che in quelli con intervento radicale (Figura 4).

Il numero di ricoveri fuori regione è sceso da 906 nel 2000 (6.8% del totale), a 681 nel 2002 (5.3%), per risalire poi leggermente a 719 nel 2004 (6.0%), non discostandosi comunque dal livello di mobilità passiva osservata sul totale dei ricoveri (circa il 5%).

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  $x \neq 7$  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.

