



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

### PER CONOSCERE LA DOMANDA DI SALUTE

Fabio Gava, Vicepresidente della Giunta Regionale  
del Veneto e Assessore alle Politiche Sanitarie

*IES segna un'altra significativa tappa nel processo di sviluppo e diffusione delle attività epidemiologiche della Regione del Veneto.*

*La comunicazione periodica agli attori principali del sistema sociosanitario regionale - clinici e amministratori - dei risultati degli studi avviati e/o coordinati dal SER in ambito di sanità pubblica e in ambito di valutazione dei servizi sanitari, il confronto fra esperienze e studi avviati dai diversi centri che compongono il sistema epidemiologico regionale ed il costante collegamento con analoghe esperienze nazionali ed internazionali, ne sono certo, forniranno un ulteriore contributo di conoscenze e competenze sulle dinamiche della domanda di salute e sull'offerta di servizi sociosanitari, non solo su scala aziendale ma anche su scala regionale.*

*Il contributo di conoscenze si rende assolutamente necessario in un contesto generale di politiche sanitarie in cui il contenimento della spesa sanitaria deve essere coniugato all'esigenza di tutelare la salute della popolazione e garantire la qualità dell'assistenza sociosanitaria.*

#### In questo numero:

- 1** • Un bollettino per l'epidemiologia
- Che cos'è il S.E.R.
- 2** • Parlare di epidemiologia
- Il Progetto Ictus
- 4** • Lo Studio Quadri
- 8** • Notizie dal mondo dell'epidemiologia
- Nei prossimi numeri

### IL SISTEMA EPIDEMIOLOGICO REGIONALE (S.E.R.)

Franco Toniolo, Segretario Regionale  
Sanità e Sociale

A seguito dell'evoluzione e del riordino delle attività regionali legate al Piano Sanitario 1998-2000 e sulla base di una nuova ottica di programmazione e pianificazione delle azioni dirette a migliorare l'intervento della Regione Veneto in ambito socio sanitario, nel 1999 è stato istituito (DGR n.4781 del 28/12/1999) e successivamente riorganizzato (DGR n. 1183 del 30/4/2003 e DGR n. 1972 del 4/7/2003) il Sistema Epidemiologico Regionale (S.E.R.), con un Centro Regionale di Riferimento per il Coordinamento (C.R.R.C.) presso l'Ospedale di Castelfranco Veneto.

Il sistema è strutturato secondo una logica di rete per rispondere a tre esigenze principali:

- definire un modello di ricerca epidemiologica coerente con il SSR del Veneto, attraverso la diffusione in rete di strutture, competenze e tecnologie di qualità tecnica e scientifica elevata su tutto il territorio regionale;
- acquisire conoscenze, in modo sistematico e continuativo, circa i bisogni e la domanda di salute della popolazione per soddisfare il fabbisogno informativo della programmazione socio-sanitaria regionale;
- razionalizzare e ottimizzare le attività epidemiologiche esistenti e promuovere nuove linee di ricerca, con particolare attenzione alle patologie cronico-degenerative a forte impatto sui costi e sugli esiti.

Per assolvere ai compiti istituzionali previsti dal mandato regionale il SER è dotato di un proprio organico ed è strutturato, per linee di ricerca, in due settori: Valutazione dell'Assistenza Territoriale ed Ospedaliera e Sanità Pubblica e Prevenzione.

Il SER ha già avviato e coordina diversi progetti di ricerca sia in ambito di valutazione dell'assistenza sia in ambito di sanità pubblica e prevenzione rispondendo al mandato ricevuto. Molte altre attività sono da avviare nei prossimi anni in base alle linee di programma approvate dal Comitato Scientifico e dalla Giunta Regionale del Veneto, ma il percorso avviato è quello giusto. Il SER risponde ai requisiti tecnici e scientifici che l'evoluzione delle conoscenze di epidemiologia applicata ai servizi sanitari e le esigenze della programmazione rendono indispensabili: svi-

luppo delle conoscenze, comunicazione dei risultati, attenzione estrema alle problematiche sanitarie, progettazione ed analisi di programmi in ambito sanitario in una logica di rete.

A questo punto non resta che augurare al SER ed allo staff che lo compone di proseguire sulla strada avviata, al fine di supportare adeguatamente le esigenze della programmazione regionale per il miglioramento dello stato di salute della popolazione.

## PARLARE DI EPIDEMIOLOGIA *per comunicare i risultati e aumentare le conoscenze*

**Paolo Spolaore, Direttore del SER**

La definizione e l'implementazione di adeguate strategie e strumenti di comunicazione e diffusione dei risultati degli studi di epidemiologia clinica e valutativa acquistano sempre più rilevanza alla luce del nuovo scenario in cui si colloca il bollettino epidemiologico regionale: l'epidemiologia non solo a supporto della clinica ma anche della programmazione sanitaria.

Il bollettino diviene pertanto mezzo di diffusione e condivisione di conoscenze epidemiologiche fra professionisti diversi del sistema sanitario al fine di favorirne l'integrazione professionale e quindi migliorare l'assistenza, nondimeno si considera strumento in grado di contribuire al miglioramento della lettura delle dinamiche della domanda di salute e dell'offerta sanitaria, sia da parte dei media che dei manager e quindi in ultima analisi in grado di supportare la nuova programmazione sanitaria.

### Premessa

Gli scenari della "sanità" regionale e nazionale si caratterizzano per una progressiva enfasi sul contenimento della spesa e ciò avviene in parallelo alla crescita della domanda di assistenza e di tutela della salute. È di tutta evidenza come un processo di razionalizzazione del sistema sanitario, che sia finalizzato a coniugare contenimento dei costi e mantenimento dei livelli essenziali e di qualità dell'assistenza, debba essere strettamente associato alla soluzione dei problemi di appropriatezza delle prestazioni sanitarie, di equità nella allocazione delle risorse, di accessibilità dei servizi sanitari. Un contributo alla soluzione di tali questioni è rappresentato dallo sviluppo e dalla diffusione delle conoscenze sulle dinamiche della domanda di salute e sull'impatto delle politiche sanitarie sulla qualità dell'assistenza erogata.

L'Assessorato alla Sanità della Regione Veneto ha da tempo posto in essere strategie di miglioramento delle attività epidemiologiche regionali in una ottica di rete; si sono sviluppati pertanto negli ultimi anni strutture e progetti epidemiologici su scala regionale di rilevante importanza per la programmazione sanitaria, promossi e/o coordinati dal CRRC del SER.

Si tratta ora di adottare adeguate strategie di comunicazione dei risultati raggiunti, funzionali alla diffusione delle conoscenze ed alla valutazione delle loro ricadute. Il bollettino epidemiologico rappresenta certamente uno strumento di rilevante importanza in tale contesto.

### Obiettivi

Produrre e diffondere con continuità informazioni strutturate sui determinanti e sullo stato di salute della popolazione

del Veneto, sull'utilizzo dei servizi sanitari e sulla qualità dell'assistenza sanitaria e degli interventi di sanità pubblica a livello regionale al fine di:

- supportare la valutazione dell'impatto sugli esiti e sui costi dell'assistenza delle policy sanitarie e sociali della regione;
- fornire a clinici e/o manager conoscenze funzionali al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e della performance complessiva del sistema sanitario;
- favorire l'adozione di corrette strategie di comunicazione del rischio.

In particolare, la rivista si propone con cadenza bimestrale di produrre rapporti sintetici su:

- studi epidemiologici attuati a livello regionale dal CRRC del SER relativi ai determinanti di salute ed allo stato di salute della popolazione regionale;
- ricerche sui servizi sanitari attuate dal CRRC del SER;
- studi e ricerche di rilevanza epidemiologica regionale prodotti da altri centri regionali di riferimento della rete epidemiologica regionale.

È inoltre prevista l'attivazione di un apposito "forum" in cui discutere risultati e ricadute delle ricerche epidemiologiche condotte su scala regionale e nazionale e la definizione di appositi link con pubblicazioni regionali di rilievo epidemiologico e con analoghe riviste nazionali o di altre regioni.

## PROGETTO ICTUS *Il sistema di sorveglianza regionale dell'ictus basato sui dati amministrativi*

**A cura del CRRC-SER**

Il progetto ictus ha l'obiettivo di stimare l'occorrenza di eventi cerebrovascolari acuti (ACV od ictus), ed in particolare di calcolare l'attack rate (primi eventi più recidive) ed i tassi di incidenza (solo primi eventi), la letalità intraospedaliera, l'utilizzo delle strutture ospedaliere in fase acuta e post-acuta dei pazienti colpiti da ACV nella Regione Veneto.

Il sistema semplificato di sorveglianza degli ACV è nato dalla constatazione che i registri di popolazione basati sulla metodologia MONICA (MONItoring of trends and determinants of CARDiovascular disease) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, seppure molto accurati, necessitano di un sofisticato sistema di validazione di tutti gli eventi sospetti identificati, eccessivamente dispendioso per una implementazione su larga scala.

Il sistema di sorveglianza regionale si basa sulla raccolta degli eventi correnti mediante i flussi informativi disponibili (registri della mortalità ed i registri delle diagnosi di dimissione ospedaliera), validati su base campionaria.

### Metodologia

Sono stati identificati gli ictus fatali e non fatali verificatisi nella Regione Veneto nell'anno 1999, selezionati secondo una metodologia elaborata dall'Istituto Superiore di Sanità, che tiene conto della presenza di un codice ICD 9 "sospetto" nelle diagnosi delle SDO (schede di dimissione ospedaliera) e delle SKM (schede di morte).

E' stato considerato il seguente set di codici ICD-9 "sospetti" :

- 342 Emiplegia e emiparesi
- 430 Emorragia subaracnoidea

- 431 Emorragia cerebrale
- 432 Altre e n.s. emorragie intracraniche
- 433 Occlusione e stenosi della aa. precerebrali
- 434 Occlusione delle aa. cerebrali
- 436 Vasculopatie cerebrali acute, maldefinite
- 437 Altre e mal definite vasculopatie cerebrali
- 438 Postumi delle malattie cerebrovascolari

Un campione di eventi “sospetti” è stato esaminato tramite revisione delle cartelle cliniche per i casi ospedalieri, ed interviste telefoniche con il medico di medicina generale o con un familiare del paziente per i casi fatali extraospedalieri. In base alla proporzione di eventi “sospetti” confermati dalla validazione come ictus, è stato possibile stimare il numero e la tipologia di ACV nel totale regionale. Contestualmente sono stati raccolti dati aggiuntivi riguardo alle condizioni cliniche prima dell’evento ed ai profili clinico/assistenziali.

Secondo la definizione MONICA, per ACV si intende il caso con segni clinici a rapido sviluppo di disturbo della funzione cerebrale focale (o globale), che dura più di 24 ore o porta alla morte senza causa apparentemente diversa dall’origine vascolare; comprende pazienti che presentano segni clinici e sintomi che fanno pensare a emorragia subaracnoidea o intracerebrale o necrosi cerebrale ischemica. Non include i casi di ischemia cerebrale transitoria o gli ictus in caso di emopatia (es. leucemia, policitemia vera etc.), tumori cerebrali o metastasi; sono inoltre esclusi gli eventi cerebrovascolari secondari a traumi.

### Schede esaminate

In tutto sono state esaminate 3.189 cartelle cliniche di sospetti ACV non fatali, 945 di sospetti ACV fatali ospedalieri; sono stati contattati 309 familiari o medici di medicina generale per sospetti ACV fatali domiciliari. Il totale del campione è quindi 4.443 eventi sospetti controllati.

### Stima del numero totale di ACV nella Regione Veneto, anno 1999

Nell’anno 1999 sono stimati quasi 10.000 casi di ictus tra i residenti della Regione.

L’attack rate complessivo è 219 per 100.000 abitanti all’anno. La mortalità è pari a 51,8 per 100.000 abitanti.

La figura 1 mostra la distribuzione per tipologia. Nei giovani prevalgono le forme emorragiche; con l’età cresce la proporzione di ictus ischemici. Gli ACV non specificati sono rappresentati soprattutto negli ultra-settantacinquenni.

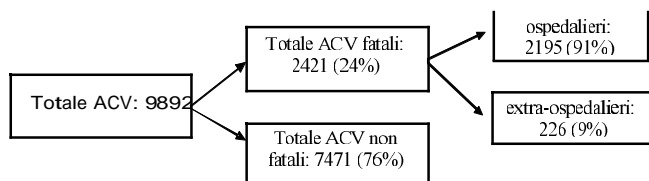
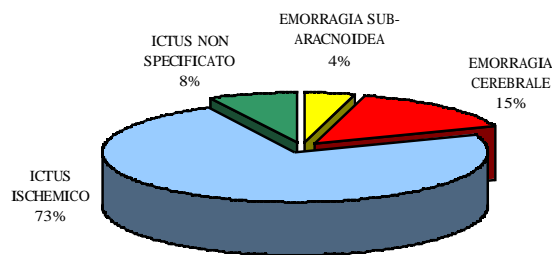
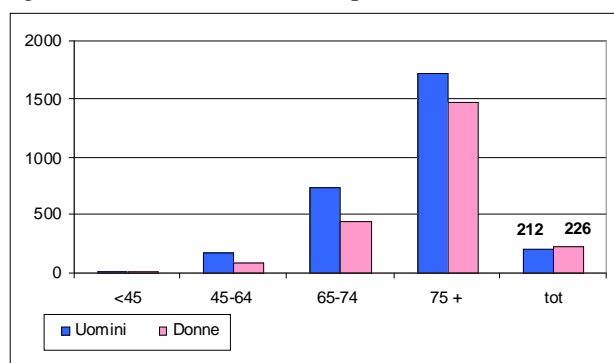


Figura 1. Distribuzione degli eventi cerebrovascolari stimati per sottotipo.



L’attack rate cresce esponenzialmente con l’età, e in ogni classe di età è maggiore nel sesso maschile che nel femminile (Figura 2). A causa della diversa composizione per sesso delle classi più anziane, il tasso complessivo (/100000/anno) è tuttavia maggiore nelle femmine che nei maschi.

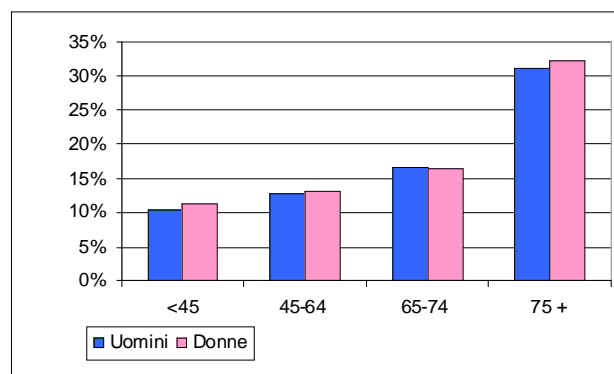
Figura 2. Stima dell’attack rate per sesso e classe di età.



L’età media è di 74 anni e varia a seconda del tipo di ictus, da 59 anni per l’emorragia subaracnoidea a 81 anni per l’ictus non specificato.

La letalità globale per ACV è 24%, più elevata nei pazienti che presentano un ictus di tipo emorragico; la proporzione di eventi fatali cresce nei pazienti più anziani, ed in ciascuna classe di età è simile nei due sessi (Figura 3).

Figura 3. Letalità per sesso e classe di età.



Le recidive rappresentano circa il 23% del totale degli ACV.

È stato poi stimato il numero di eventi ospedalieri e l’attack rate per ULSS di residenza. Come si può osservare in Figura 4, il tasso complessivo mostra una notevole variabilità, passando da 158 a 291 casi su 100.000 residenti. Parte di questa eterogeneità può essere spiegata dalla differente struttura demografica delle varie ULSS. Per rendere confrontabili i dati è stata quindi applicata una procedura di standardizzazione indiretta, in cui i tassi età-sesso

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

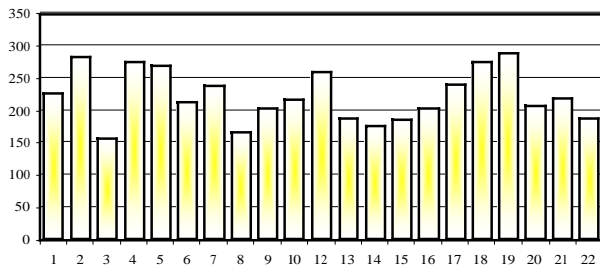
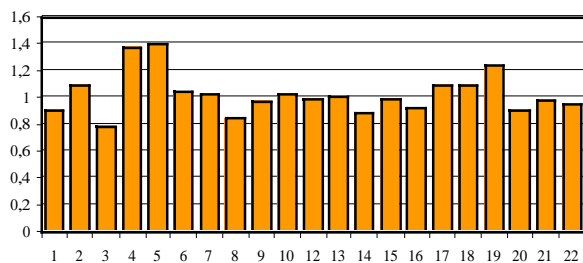


Figura 5. Attack rate per ULSS di residenza: standardizzazione indiretta



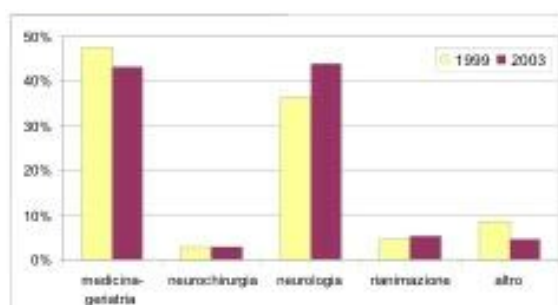
### Analisi del carico assistenziale e dei percorsi assistenziali

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

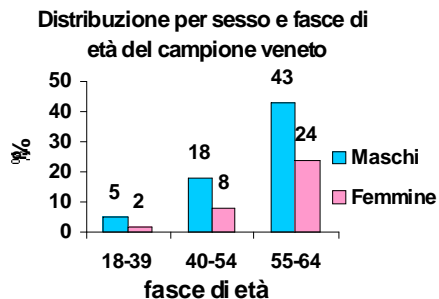
### Caratteristiche demografiche e cliniche

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

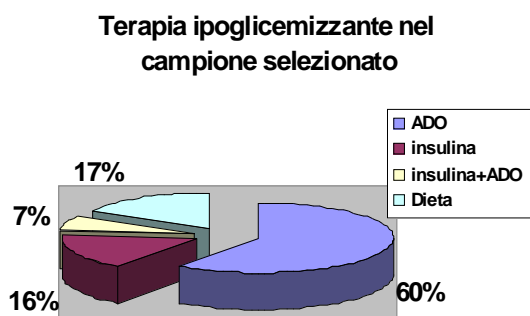


Il 48% degli intervistati dichiara un grado di istruzione basso (nessuno/elementare), il 25% un grado di istruzione medio inferiore mentre il 27% un grado di istruzione superiore o la laurea. In Italia i dati corrispondenti sono 41%, 31% e 28%. Tra le persone con meno di 55 anni il 47% delle donne ed 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.

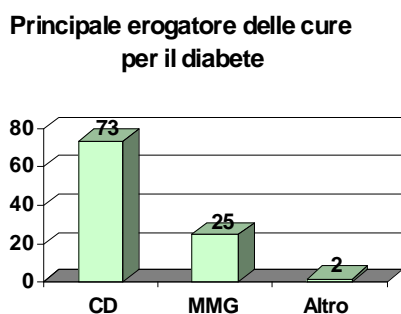
Il 60% dei soggetti è in trattamento con antidiabetici orali, il 16% in terapia insulinica, il 7% in terapia combinata (insulina e antidiabetici orali) e il 17% in trattamento con sola dieta (figura 2).

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.

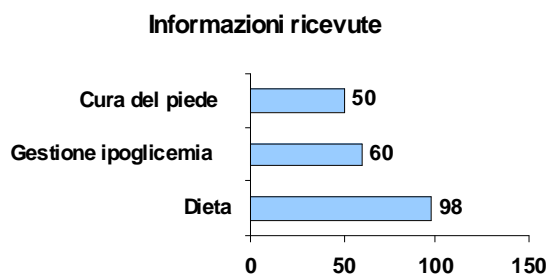
Fra le informazioni più importanti vi sono quelle riguardanti la dieta. Infatti, sia nel diabete di tipo 1 che nel tipo 2, una dieta bilanciata rappresenta un momento decisivo nella gestione terapeutica globale del diabetico in quanto contribuisce a garantire un migliore controllo dei valori glicemici, 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

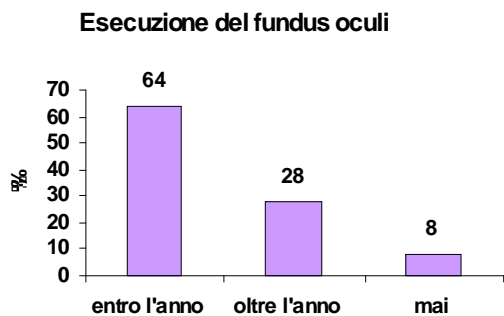


### Aderenza alle linee guida

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.

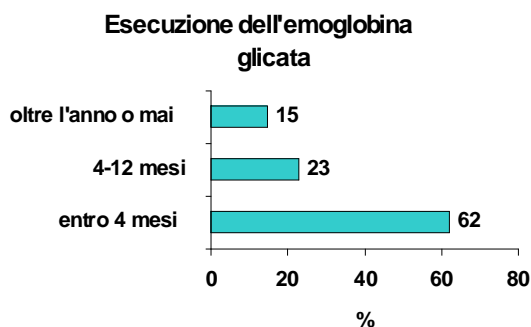
Per esempio, l'esame del fundus oculi è consigliato annualmente. Nel nostro campione il 64% riferisce tale controllo nell'ultimo anno, mentre il 28% lo riferisce più di un anno fa e l'8% riferisce di non aver mai eseguito l'esame del fondo degli occhi (tra coloro con una durata di malattia superiore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

Figura 5



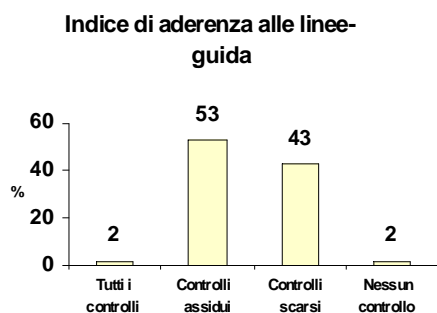
L'emoglobina glicata è un esame fondamentale per monitorare il controllo metabolico dei diabetici. Le linee-guida ne consigliano l'esecuzione 3-4 volte l'anno. Circa il 30% degli intervistati ha riferito di non conoscere questo esame (indicatore del grado di informazione dei pazienti). Tra coloro che 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

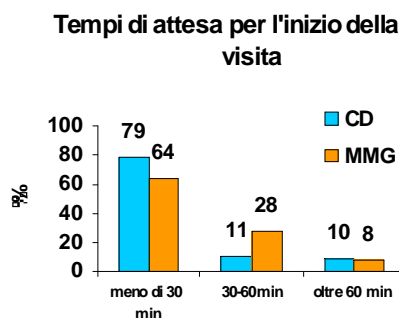


Figura 10



## 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.

**Coordinatore 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](http://www.ser-veneto.it)  
[ser@ulssasolo.ven.it](mailto:ser@ulssasolo.ven.it)