

INFORMAZIONE EPIDEMIOLOGIA SALUTE



Bollettino informativo a cura del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

I DATI EPIDEMIOLOGICI IN UNA SOCIETA' IN RAPIDA TRASFORMAZIONE

Gianpiero Dalla Zuanna - Preside di Scienze
Statistiche, Università di Padova

Le informazioni pubblicate in questo numero di Informazione Epidemiologia Salute sono straordinariamente ricche e forse sorprendenti per i "non addetti ai lavori".

La prima notizia è che, mentre tutti continuano a parlare di culle vuote e di crisi della fecondità, in Veneto c'è un baby boom: la propensione delle coppie a fare figli – quella che i demografi chiamano fecondità – è aumentata del 15% in appena 7 anni. Questo notevole incremento non è dovuto solo ai figli delle giovani coppie straniere, che si sono portate da casa l'idea di non attendere troppo per diventare mamme, ma anche al forte recupero di fecondità dopo i trent'anni delle donne italiane, all'incremento della fecondità extra-matrimoniale, e alla fecondità relativamente vivace delle coppie più ricche e istruite. Il comportamento riproduttivo dei veneti – sia pur lentamente e fra molte contraddizioni – diventa quindi sempre più simile a quello dei paesi del Centro e Nord Europa, dove da tempo il matrimonio è svincolato dalla maternità, buona parte delle nascite è dovuta a persone che vengono da lontano, il lavoro di entrambi i coniugi non è di ostacolo alla nascita di più figli. Anche la diminuzione degli aborti volontari delle donne con più di 35 anni è un passo importante verso la "normalizzazione" della situazione italiana in prospettiva europea, grazie al progressivo abbandono del coito interrotto e alla sempre maggior diffusione della pillola e del

In questo numero:

- 1 • I dati epidemiologici in una società in rapida trasformazione
- 2 • Ricoveri ostetrici in Veneto
Trend 2000-2007
- 4 • Ricoveri ostetrici in Veneto
Confronto italiane-straniere, anni 2006-2007
- 6 • Infezioni post-operatorie
Indagine su misure di prevenzione e controllo
- 8 • Notizie dal mondo dell'epidemiologia
• Nei prossimi numeri

profilattico.

La seconda notizia è il crollo dei ricoveri per minaccia di aborto, parto prematuro, patologie della gravidanza, aborti spontanei. È vero che – come ben dicono gli autori – sempre più spesso queste patologie vengono curate in ambulatorio, e non risultano quindi nei dati sui ricoveri. Tuttavia, questi risultati potrebbero anche essere legati a un'effettiva capacità di maggior controllo medico-farmacologico su alcune patologie, e a una maggior attenzione alla prevenzione. In ogni caso, varrebbe la pena di svolgere analisi più approfondite, magari incrociandole con quelle di altri dati (vendita di farmaci, visite specialistiche, esami diagnostici...).

La terza notizia è un vero e proprio allarme socio-sanitario, e riguarda le straniere. Queste donne, spesso molto giovani, fanno molta fatica a controllare la loro fertilità. A tutte le età, il tasso di abortività (IVG/donne residenti) è più che triplo rispetto a quello delle donne italiane. In aggiunta, gli aborti volontari delle donne straniere sono verosimilmente sottostimati, perché fra le straniere molti aborti spontanei potrebbero essere IVG fatte in casa che – dopo il ricovero per emorragia – vengono pietosamente mascherate da aborti spontanei al momento di compilare la scheda. Questo fenomeno – ben noto fra le italiane degli anni '60 e '70, che utilizzavano come solo contraccettivo il coito interrotto, o non si proteggevano affatto dal rischio di gravidanze indesiderate – si ripresenta oggi per le donne straniere. Infine, la situazione è ancora meno felice per le straniere non residenti, i cui rapporti di abortività volontaria e "spontanea" (IVG/Parti e AS/Parti) sono ancora più elevati rispetto alle coetanee straniere residenti.

Nel complesso, questi dati sono molto chiari. Ci mostrano una salute riproduttiva a due velocità. Da un lato, le venete autoctone sono speditamente incamminate verso l'Europa. Dall'altro, le donne straniere esprimono un forte bisogno insoddisfatto, e per lo più nascosto, di controllo delle nascite. È una sofferenza che non dovrebbe essere ignorata da chi fa prevenzione ed educazione sanitaria. Per affrontarla, bisognerebbe spingere in ogni modo queste donne ad avere contatti sempre più frequenti con gli operatori socio-sanitari, con i consultori, gli ambulatori, i medici di base, magari predisponendo programmi dedicati, con grande attenzione alle specificità delle singole comunità nazionali. Sarebbe invece tragico – sia per le donne sia per i loro bambini non nati – favorire il loro isolamento e la chiusura nella loro cerchia etnica.

RICOVERI OSTETRICI IN VENETO

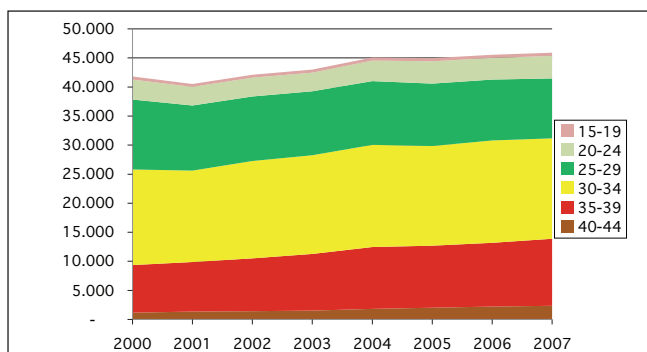
Trend 2000-2007

SER

Le SDO sono un utile strumento per ricostruire lo stato di salute e l'accesso alle cure in ambito ostetrico (E&P 2006;30(3):178-190). Adottando una classificazione per DRG e diagnosi simile a quella utilizzata in una serie di rapporti prodotti nella regione Lombardia (www.sanita.regione.lombardia.it/pubblicazioni/ricoveri_ostetrici_2005.pdf), abbiamo ricostruito un quadro complessivo del ricorso alle cure ospedaliere per gravidanza, parto e puerperio (MDC 14) nella regione Veneto. Sono stati selezionati i ricoveri dei residenti in Regione (ricoverate in Veneto + mobilità passiva) nel periodo 2000-2007 per monitorare i principali trend temporali. Le ospedalizzazioni sono state classificate in ricoveri per parto vaginale (DRG 372-375), parto cesareo (DRG 370, 371), gravidanza ectopica (DRG 378), minaccia d'aborto / di parto prematuro (DRG 379, 382), patologie in gravidanza (DRG 383, 384), ricoveri post parto / aborto (DRG 376, 377), aborti spontanei (DRG 380, 381 con diagnosi principale 632, 634.x, 637.x), interruzioni volontarie di gravidanza (DRG 380, 381 con diagnosi principale 635.x). La popolazione di riferimento è quella dei residenti ISTAT di metà anno, ovviamente limitata al sesso femminile ed al range di età 15-49 anni, suddiviso in classi quinquennali.

In Figura 1 si può osservare come il numero dei ricoveri per parto delle residenti in Regione sia aumentato da circa 41800 a quasi 46000 nel periodo considerato (+9.9%); nel contempo è aumentata l'età media al parto, e la percentuale di ricoveri in donne con almeno 35aa è cresciuta dal 22% al 30% (dato l'esiguo numero di parti, non compare in Figura la classe di età 45-49).

Figura 1. Numero di ricoveri per parto per età della madre, residenti in Veneto, trend 2000-2007.



Per quanto riguarda i tassi di ricovero per parto, questi si avvicinano per difetto (sottostimandoli dell'1-2%) ai tassi di fecondità, poiché includono la natimortalità e non tengono conto dei parti a domicilio e dei parti gemellari. I tassi aumentano in tutte le classi di età, ma in misura maggiore nelle donne di 20-24 aa (principalmente per l'apporto delle straniere residenti, v. articolo successivo) e in quelle di 35-39 aa (principalmente per un effetto di "posticipazione" della gravidanza tra le donne con cittadinanza italiana) (Figura 3). Inoltre nello stesso periodo si verificano anche

un aumento della popolazione in età fertile oltre i 40 anni (+23%) ed una forte contrazione della popolazione residente di età compresa tra i 20 e i 29 anni (-18%). Questa dinamica demografica fa sì che l'incremento del tasso grezzo di ricovero per parto, pari all'8% (da 38 a 41 ricoveri per 1000 donne), sia minore di quello standardizzato pari al 15% (standard = popolazione Veneto 2000).

Figura 2. Donne residenti in Veneto per classe di età, confronto 2000-2007.

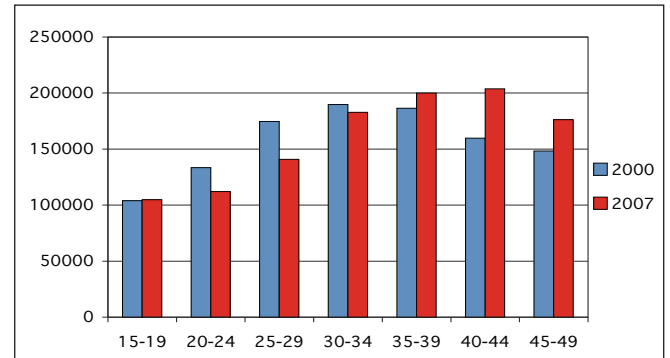
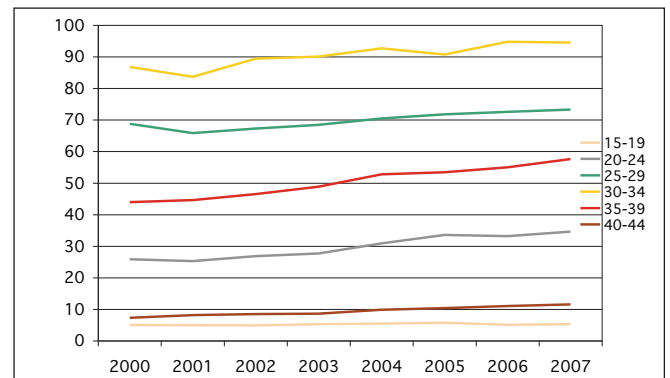


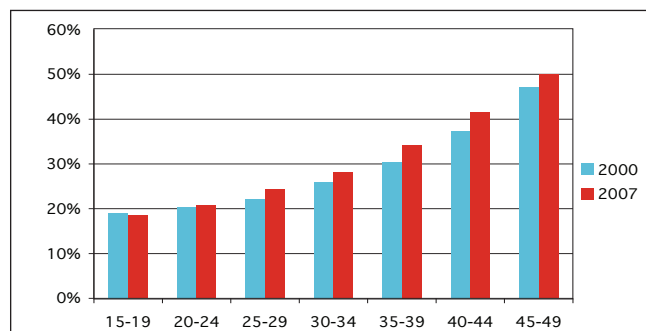
Figura 3. Tassi di ricovero per parto età-specifici (x1000 donne residenti in Veneto), andamento 2000-2007.



Considerando i differenti trend temporali, mentre i ricoveri per parto non aumentano più in modo consistente dopo il 2004 (Figura 1), i tassi età specifici continuano nella loro dinamica positiva (Figura 3). Questo perché nel contempo rimangono sostanzialmente stabili o addirittura si riducono le popolazioni nelle classi di età più fertili (25-39 anni), e tale fenomeno sembrerebbe essere destinato ad acuirsi nel prossimo futuro: come si vede in Figura 2, si stanno per affacciare al culmine dell'età riproduttiva coorti di nascita (donne nel 2007 in età 15-24 anni) "decimate" dal crollo demografico degli anni '80.

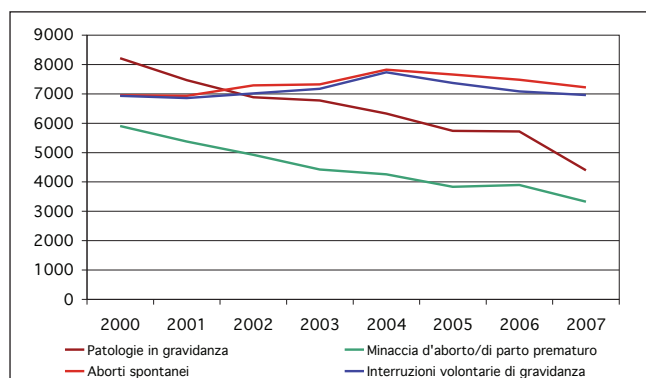
Per quanto riguarda le modalità del parto, è da segnalare un incremento dei ricoveri con taglio cesareo, che ora si avvicinano al 30% del totale (Figura 4). Il ricorso al cesareo aumenta progressivamente con l'età della donna; peraltro nel periodo considerato aumenta in tutte le classi di età tranne che tra le più giovani, e particolarmente marcato risulta l'incremento tra i 35 ed i 39 aa (proprio dove si è registrato un forte trend in aumento dei ricoveri per parto). E' da segnalare che la percentuale di parti cesarei è aumentata dal 2000 al 2004, per rimanere stabile negli anni successivi.

Figura 4. Percentuale di parti cesarei per classe di età, residenti in Veneto, confronto 2000-2007.



Per quanto riguarda gli altri ricoveri ostetrici più frequenti, si è registrato nel periodo in studio un crollo del numero di ricoveri per minaccia di aborto o di parto prematuro (-44%), e per patologie in gravidanza (-47%), probabilmente per l'eliminazione di ricoveri per accertamenti o comunque per lo spostamento a setting assistenziali più appropriati (Figura 5). I ricoveri per aborto spontaneo ed interruzione volontaria di gravidanza presentano un andamento altalenante, con un picco nel 2004-2005 ed un successivo ritorno a valori vicini a quelli di inizio periodo; andamento simile hanno dunque anche i tassi grezzi di abortività spontanea (6.3 per 1000 residenti nel 2000 e 6.4 nel 2007) e volontaria (6.3 nel 2000 e 6.2 nel 2007). Infine, i ricoveri post parto/aborto e quelli per gravidanza ectopica appaiono stabili nel tempo, oscillando rispettivamente attorno ai 600 ed ai 500 all'anno (dati non mostrati nel grafico).

Figura 5. Andamento dei più frequenti ricoveri ostetrici (escluso parto), residenti in Veneto, 2000-2007.



Se si rapportano invece i ricoveri per aborto spontaneo a quelli per parto (approssimando così un rapporto di abortività), si può notare come il rischio di aborto spontaneo cresca drasticamente con l'età a partire dai 35 anni (Tabella 1), e come il rapporto tra aborti spontanei e parti diminuisca nell'arco temporale di osservazione soprattutto una volta standardizzato per età (tenendo dunque conto dello spostamento delle gravidanze verso classi di età più mature, a maggior rischio).

Tabella 1. Rapporto tra ricoveri per aborto spontaneo (ABS) e ricoveri per parto, per classe di età: residenti in Veneto, confronto 2000-2007.

	ABS/RIC PARTO	
	2000	2007
15-19	0.17	0.17
20-24	0.14	0.11
25-29	0.13	0.11
30-34	0.14	0.12
35-39	0.22	0.20
40-44	0.56	0.47
45-49	1.67	1.42
totale	0.17	0.16
rapp std	0.17	0.14

In Tabella 2 si può osservare come il rapporto di abortività volontaria sia maggiore sotto i 25 e sopra i 40 anni, e che comunque in queste fasce di età vada diminuendo (tranne che tra le giovanissime) dal 2000 al 2007.

Tabella 2. Rapporto tra ricoveri per interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e ricoveri per parto, per classe di età: residenti in Veneto, confronto 2000-2007.

	IVG/RIC PARTO	
	2000	2007
15-19	0.96	0.98
20-24	0.41	0.29
25-29	0.14	0.14
30-34	0.09	0.10
35-39	0.15	0.13
40-44	0.42	0.25
45-49	0.97	0.64
totale	0.17	0.15

L'analisi delle SDO consente di delineare il quadro complessivo dei ricoveri ostetrici delle residenti nella nostra Regione, e di evidenziarne i principali trend temporali. A partire dalle diagnosi SDO si potrebbero ricostruire con più accuratezza i tassi di fecondità e dunque i rapporti di abortività volontaria e spontanea (Epidemiologia & Prevenzione 2006;30(3):178-190). Bisogna però considerare che lo scarto tra parti e nati vivi è comunque molto limitato (1-3%).

Per approfondimenti di secondo livello, sono disponibili flussi informativi specifici. Le nascite sono rilevate dal flusso CEDAP (attualmente sono disponibili un report nazionale 2005 ed alcuni report regionali più aggiornati). Per gli aborti spontanei e le interruzioni volontarie di gravidanza esistono due flussi ISTAT dedicati (modelli D11 e D 12, t), che raccolgono dati da tutti gli istituti di cura. Il ritorno informativo è costituito da tavole di dati scaricabili dal sito dell'ISTAT (alcuni indicatori sono anche consultabili tramite il programma "Health for all"); per l'IVG una sintesi dei dati è presentata in una relazione annuale del Ministero della Salute. Una criticità rilevante è che, mentre il flusso IVG ha un buon grado di completezza, il flusso informativo degli aborti spontanei soffre di una sottotifica che per di più varia nel tempo e nello spazio, rendendo problematiche analisi di trend temporali o confronti tra Regioni. Questo si aggiunge al problema ineliminabile rappresentato dal fatto che parte degli aborti spontanei alle età gestazionali più precoci non richiede comunque l'ospedalizzazione. La regione Lazio, avendo integrato i modelli D11/D12 nel flusso SDO, si garantisce una rilevazione completa; proprio per tale motivo risulta artificialmente essere la Regione con il più alto tasso di abortività spontanea in base ai dati ISTAT. Basandosi sui dati di ospedalizzazione, il rischio di abortività spontanea nel Veneto sembra essersi ridotto nelle classi di età più avanzate. Comprendere se ciò costituisca un artefatto legato al minor ricorso al ricovero ospedaliero o un trend reale sarebbe di grande rilevanza anche tenuto conto dell'avanzamento dell'età media al parto, almeno tra le donne con cittadinanza italiana.

Per informazioni: Ugo Fedeli
 ugo.fedeli@ulssasolo.ven.it

RICOVERI OSTETRICI IN VENETO

Confronto italiane-straniere, anni 2006-2007

SER

Mantenendo la stessa classificazione dei DRG ostetrici dell'articolo precedente, è stata condotta un'analisi sui ricoveri del biennio 2006-2007 a seconda della cittadinanza (italiana o straniera). Negli anni considerati, il 10% della popolazione femminile di età 15-49 residente in Veneto aveva cittadinanza straniera (con un picco del 16% tra i 25 ed i 29 anni). La popolazione residente, di cittadinanza italiana o straniera, può ovviamente rivolgersi a strutture regionali o fuori dal Veneto (mobilità passiva). I ricoveri in ospedali del Veneto di donne non residenti in Regione (mobilità attiva) sono di natura fondamentalmente diversa a seconda della cittadinanza: per le italiane si tratterà di ricoveri per lo più da regioni vicine che si rivolgono alle ULSS di confine, mentre per le straniere tale fenomeno è marginale e risultano invece preponderanti i ricoveri di donne con cittadinanza straniera residenti all'estero. Queste ultime rappresentano una popolazione eterogenea che comprende persone temporaneamente presenti per motivi turistici, di studio o di lavoro; soggetti con regolare permesso di soggiorno non ancora iscritti in anagrafe (presumibilmente una minoranza); straniere irregolari o clandestine (1° Rapporto sugli immigrati in Italia, Ministero dell'Interno, Dicembre 2007). La mancanza di una precisa conoscenza della consistenza sul territorio di questa popolazione impedisce il calcolo dei tassi di ricovero; nondimeno i soli dati SDO possono fornire indicazioni di massima sul loro stato di salute. La Tabella 1 sintetizza questi fenomeni: tra le donne con cittadinanza italiana, il bilancio tra mobilità attiva e passiva è negativo per i principali ricoveri ostetrici, in particolare per le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) per cui oltre il 15% delle residenti nel Veneto si rivolge a strutture ospedaliere fuori regione, a fronte di un numero esiguo di donne che da altre Regioni si ricovera in Veneto; risulta peraltro negativo, anche se in misura percentualmente di gran lunga inferiore, il bilancio della mobilità per parto. Per le residenti in Veneto con cittadinanza straniera, la mobilità verso ospedali extraregionali risulta inferiore alle italiane per le diverse categorie di ricovero (eccetto che per l'aborto spontaneo, che dà luogo a ricoveri in urgenza).

Tabella 1. Ricoveri per parto, aborto spontaneo (ABS) ed interruzione volontaria di gravidanza (IVG), per cittadinanza, residenza e luogo del ricovero.

	PARTO	ABS	IVG
ITALIANE			
residenti ric. in Veneto	70488	11461	8093
mobilità passiva	2610	449	1477
mobilità attiva	1885	431	532
indice di fuga	3.6%	3.8%	15.4%
indice di attrazione	2.6%	3.6%	6.2%
STRANIERE			
residenti ric. in Veneto	18099	2679	4159
mobilità passiva	363	101	291
mobilità attiva	2170	751	1616
indice di fuga	2.0%	3.6%	6.5%
indice di attrazione	-	-	-

La mobilità attiva delle straniere non è invece interpretabile in termini di indice di attrazione proprio perché costituita in maggior parte da residenti all'estero che sono però più o meno stabilmente presenti nella nostra Regione.

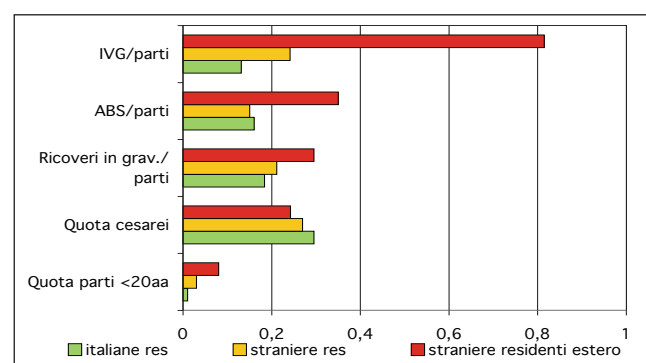
Si possono così individuare nell'ambito dei ricoveri ostetrici tre popolazioni: residenti in Veneto (indipendentemente dal luogo di ricovero, Veneto o altra Regione) con cittadinanza italiana e straniera, e straniere residenti all'estero. Prendendo come riferimento queste tre popolazioni, si può notare che i ricoveri ostetrici nella loro totalità sono giustificati per oltre i tre quarti da italiane residenti in Veneto (Tabella 2), per più del 20% da straniere residenti in Veneto (che peraltro costituiscono solo il 10% della popolazione residente in età fertile), e solo per il 3% da straniere residenti all'estero; quest'ultima percentuale sale però quasi al 10% per l'IVG.

Tabella 2. Distribuzione dei principali ricoveri ostetrici a seconda di residenza e cittadinanza della donna.

	parti	ABS	IVG	tot ostetrici
Italiane residenti	78.2%	77.6%	61.6%	75.9%
Straniere residenti	19.8%	18.1%	28.6%	20.8%
Straniere res. all'estero	2.0%	4.3%	9.8%	3.3%

Radicalmente differente è il profilo di ricovero di queste popolazioni: passando dalle italiane alle straniere residenti in Veneto alle straniere residenti all'estero, aumenta considerevolmente la percentuale di ricoveri per parto tra le donne con meno di 20 anni, diminuisce la quota di cesarei (anche in ragione della più giovane età), aumenta il rapporto tra ricoveri in gravidanza (considerando assieme minaccia di aborto o di parto prematuro e patologie in gravidanza) e ricoveri per parto, così come il rapporto tra aborti spontanei e parti, ed IVG e parti (Figura 1).

Figura 1. Proporzioni di ricoveri per parto in donne <20aa, tasso di parti cesarei, rapporto aborti spontanei (ABS), interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), ricoveri in gravidanza e ricoveri per parto, a seconda di residenza e cittadinanza.



Le straniere residenti all'estero, pur essendo una popolazione eterogenea ed in continuo scambio con le residenti in Veneto (che per la maggior parte hanno passato un periodo più o meno lungo in Regione prima di acquisire la residenza), hanno un profilo assistenziale specifico che si caratterizza per una maggiore criticità (soggetti più giovani, a maggior rischio di ricovero durante la gravidanza, con una maggiore abortività spontanea e volontaria).

Poiché mancano i dati sulla popolazione di riferimento, le analisi che seguono sono limitate alle residenti in Veneto, distinte per cittadinanza italiana o straniera. I dati nella classe di età 45-49 anni non vengono riportati per la

limitata consistenza, soprattutto tra le straniere. I tassi di ricovero per parto raggiungono un picco nella classe di età 20-24 anni tra le straniere (dove sono 9 volte superiori a quelli delle italiane), e nella classe 30-34 anni tra le italiane; sopra i 30 anni non si osservano differenze sostanziali per cittadinanza (Figura 2). La Figura 3 mostra come più della metà dei ricoveri per parto tra le residenti sotto i 25 anni, e circa un terzo tra le residenti di 25-29 anni, sia giustificato da donne con cittadinanza straniera.

Figura 2. Tassi di ricovero per parto (per 1000 residenti) per cittadinanza ed età, residenti Veneto 2006-2007.

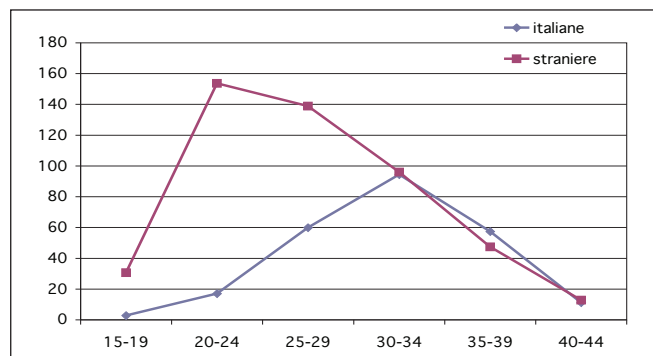
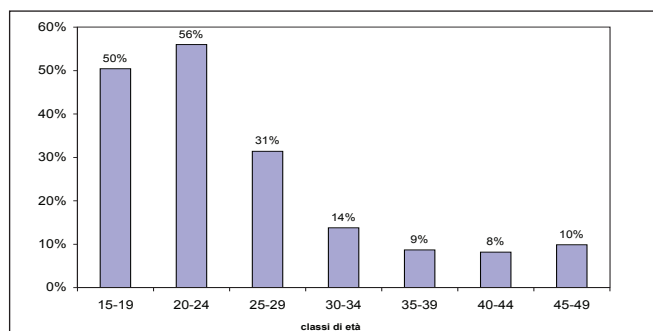


Figura 3. Percentuale del totale dei ricoveri per parto giustificato da donne straniere a seconda della classe di età: residenti Veneto, 2006-2007.

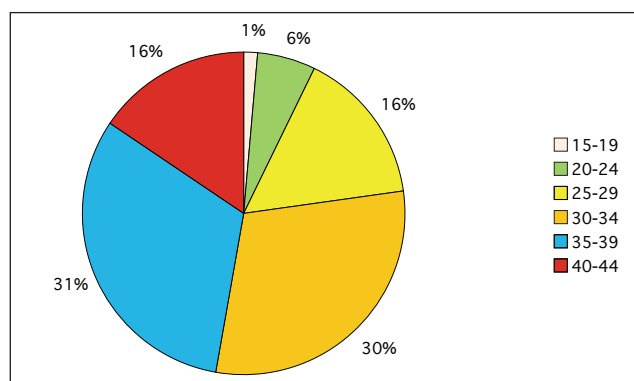


Le Tabelle 3 e 4 mostrano i tassi di ricovero per aborto spontaneo ed IVG (per mille residenti), ed i rispettivi rapporti con il totale dei ricoveri per parto. Il rischio di aborto spontaneo cresce esponenzialmente a partire dai 35 anni. Infatti, nonostante la diminuzione dei tassi di ricovero per parto tra le donne nelle classi di età più avanzate, il 47% dei ricoveri per aborto spontaneo avviene sopra i 35 anni (Figura 4). Tra le donne più giovani il rapporto aborti spontanei/parti non sembra variare sostanzialmente con la cittadinanza, mentre nelle classi di età più elevate risulta maggiore tra le residenti straniere. Quest'ultimo andamento è rispecchiato anche dai ricoveri per minaccia di aborto/parto prematuro, ed in parte dai ricoveri per patologie in gravidanza (dati non mostrati).

Tabella 3. Tasso di ricovero per aborto spontaneo (ABS) per 1000 residenti, e rapporto con i ricoveri per parto, a seconda di cittadinanza e classe di età.

	tasso ABS*1000		ABS/parti	
	italiane	straniere	italiane	straniere
15-19	0.5	4.6	0.19	0.15
20-24	1.9	16.7	0.11	0.11
25-29	6.6	14.8	0.11	0.11
30-34	11.3	15.1	0.12	0.16
35-39	11.3	13.3	0.20	0.28
40-44	5.5	7.6	0.49	0.60

Figura 4. Distribuzione per età dei ricoveri per aborto spontaneo, residenti in Veneto (italiane + straniere), 2006-2007.

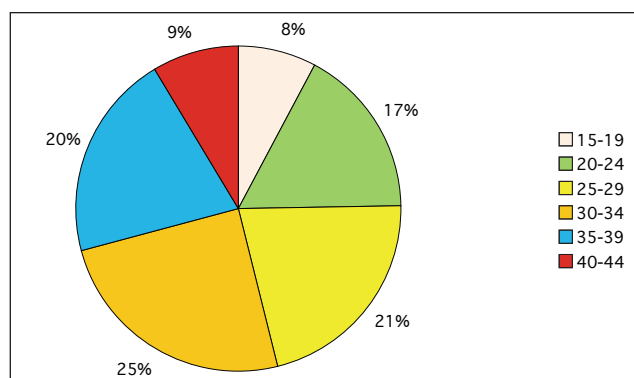


Completamente diverso è invece il profilo per le IVG: i tassi di ricovero sono più alti tra le straniere in tutte le classi di età ma, in considerazione dell'elevata fecondità tra le più giovani, il rapporto con i ricoveri per parto si mantiene simile o inferiore rispetto alle italiane fino ai 30 anni; sopra i 30 anni invece i rapporti di abortività si divaricano nettamente risultando molto più alti tra le straniere. E' da segnalare l'elevato numero di IVG sotto i 20 anni, che rappresentano l'8% del totale delle IVG (Figura 5); tale quota è ancora più consistente tra le italiane (9% del totale).

Tabella 4. Tasso di ricovero per interruzione volontaria di gravidanza (IVG) per 1000 residenti, e rapporto con i ricoveri per parto, a seconda di cittadinanza e classe di età.

	tasso IVG*1000		IVG/parti	
	italiane	straniere	italiane	straniere
15-19	4.5	12.1	1.62	0.40
20-24	7.9	29.1	0.46	0.19
25-29	7.5	25.5	0.13	0.18
30-34	7.0	24.5	0.07	0.25
35-39	5.8	19.0	0.10	0.40
40-44	2.7	7.4	0.24	0.57

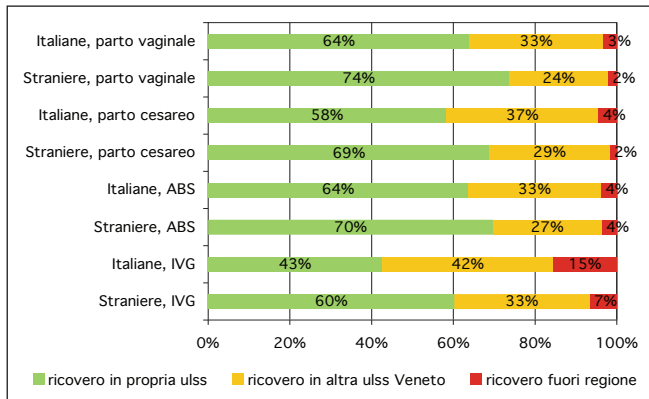
Figura 5. Distribuzione per età dei ricoveri per IVG, residenti in Veneto (italiane + straniere), 2006-2007.



La Figura 6 mostra i percorsi di ricovero per le italiane e straniere residenti. Nel complesso, la mobilità è massima per le interruzioni volontarie di gravidanza, intermedia per il taglio cesareo, inferiore per i parti vaginali e gli aborti spontanei; come visto in precedenza, per le IVG assume proporzioni considerevoli anche la mobilità fuori Regione. Secondo i dati ISTAT, riportati anche nelle relazioni annuali al Parlamento sull'IVG, i tempi di attesa nel Veneto risultano più lunghi di quelli registrati complessivamente nell'Italia

setentrionale (superiori alle 4 settimane nel 19% dei casi, vs 7% in Nord-Italia): questo è probabilmente alla base della fuga verso le regioni confinanti. Considerando il totale dei ricoveri ostetrici, le italiane mostrano una mobilità maggiore rispetto alle straniere, ricoverandosi nell'ULSS di residenza solo nel 60% dei casi (rispetto al 70% delle straniere).

Figura 6. Distribuzione dei ricoveri delle residenti in Veneto con cittadinanza italiana o straniera, biennio 2006-2007.



Per informazioni: Ugo Fedeli
 ugo.fedeli@ulssasolo.ven.it

INFEZIONI POST-OPERATORIE

Indagine su misure di prevenzione e controllo

Dora Buonfrate, Paola Mantoan, Giampietro Pellizzer Malattie. Infettive ULSS 6 – SER

Le infezioni del sito chirurgico si manifestano in circa il 2-5% degli interventi. Sono un'evenienza rilevante, comportando un aumento della durata della degenza, delle riammissioni in ospedale e della mortalità (che risulta 2-3 volte maggiore rispetto a quella degli interventi non complicati da infezione).

Nel 2008 è stato avviato un progetto nazionale di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, al quale hanno aderito diversi reparti chirurgici del Veneto, con il coordinamento del SER. Data l'importanza dell'ambito indagato e la larga partecipazione di strutture sia pubbliche che private, si sta proseguendo con la sorveglianza anche nel 2009.

Nel corso del 2008 il SER ha inoltre condotto un'indagine conoscitiva riguardante la diffusione delle "buone pratiche" per la prevenzione ed il controllo delle infezioni post-operatorie negli ospedali del Veneto, allo scopo di valutare l'aderenza alle linee guida nazionali ed internazionali e alle evidenze presenti in letteratura, rilevando eventuali aree di miglioramento nella gestione di questa problematica. E' stato a tal proposito inviato a tutte le Aziende ULSS/Ospedaliere della Regione un questionario rivolto alle Unità Operative di chirurgia generale, ginecologia, chirurgia cardiaca e vascolare, urologia, neurochirurgia, chirurgia plastica e ortopedia. L'adesione ottenuta a tale iniziativa è stata rilevante: hanno partecipato 129 Unità Operative,

appartenenti a 38 strutture ospedaliere, distribuite in 19 Aziende. Il questionario è stato impostato considerando 4 principali aree di "intervento" per la prevenzione delle infezioni post-operatorie: la preparazione dell'utente, la preparazione degli operatori, elementi organizzativi, la profilassi antibiotica. I risultati dell'indagine sono stati presentati e discussi nel corso del convegno "Le infezioni post-operatorie nel paziente chirurgico", svoltosi a Vicenza il 27 febbraio u.s. e organizzato dall'U.O. di Malattie Infettive e Tropicali dell'Ospedale San Bortolo in collaborazione con il SER.

Vengono qui riportati i principali risultati dell'indagine, in termini di aderenza alle indicazioni presenti nelle linee guida nazionali ed internazionali.

Preparazione dell'Utente

L'indagine ha evidenziato come, per le pratiche di preparazione dell'utente, siano più frequentemente seguite raccomandazioni interne alla singola UO (63%) rispetto a raccomandazioni aziendali.

Le linee guida internazionali concordano sul consigliare al paziente doccia o bagno il giorno prima o il giorno stesso dell'intervento. Dall'indagine è emersa un'ampia adesione a questa indicazione: infatti solo nell'8% dei reparti non viene consigliata al paziente una preparazione specifica. Le UO restanti si possono suddividere tra quelle che indirizzano l'utente verso una doccia con detergente comune (il 54%) e quelle che preferiscono l'utilizzo di un antisettico (il 36%; nel 73% dei casi è consigliato un prodotto a base di clorexidina). Si segnala una review curata dalla Cochrane, che non ha trovato evidenze a favore dell'utilizzo di clorexidina rispetto a detergenti comuni.

Per quanto riguarda la tricotomia, le principali linee guida internazionali (CDC, SHEA, NICE) concordano sul fatto che non vada praticata routinariamente, ma solo nel caso in cui vi sia interferenza con il sito di incisione. Qualora sia necessaria, viene consigliato l'utilizzo del clipper (le linee guida e le evidenze più recenti sconsigliano in maniera chiara l'impiego del rasoio). Le linee guida inoltre indicano come il timing più appropriato per l'esecuzione della tricotomia sia il giorno stesso dell'intervento. Dalla nostra indagine è emerso che in circa la metà delle chirurgie (46%), a discapito del forte sostegno delle linee guida, la tricotomia viene eseguita sempre, per tutti gli utenti e tutti gli interventi. La suddivisione per area chirurgica mostra un picco di applicazione di questa pratica nell'ambito cardiovascolare (90% di tali reparti), mentre l'urologia appare l'area nella quale viene adottata di meno (18%). Un 17% del totale delle UO esegue la tricotomia per interventi/utenti selezionati, e il rimanente 37% segue la "buona pratica" di eseguirla unicamente se vi è interferenza con il sito di incisione, con variabilità che va dal 10% dell'area cardiovascolare al 47% dell'urologia e al 44% delle chirurgie generali. Per quanto riguarda la metodica utilizzata, risalta il fatto che nel 37% dei reparti venga ancora utilizzata la pratica sconsigliata, cioè il rasoio; l'uso esclusivo del clipper avviene in circa la metà dei reparti (47%); in tabella 1 si vede la distribuzione dell'utilizzo delle diverse metodiche per area. Infine il timing dell'esecuzione: i reparti si suddividono praticamente a metà tra chi la esegue il giorno stesso (52%) e chi il giorno prima. Sebbene l'esecuzione il giorno stesso dell'intervento sia la pratica supportata dalle linee guida, si segnala che una recente review eseguita dalla Cochrane ha concluso che non vi sono chiare evidenze a sostenere questa indicazione.

Tabella 1. Metodica utilizzata per la tricotomia.

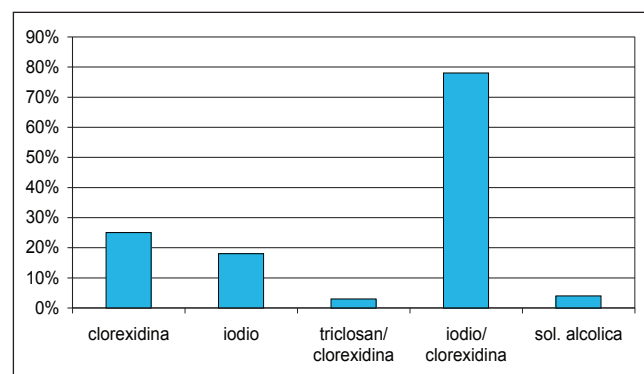
Area chirurgica	Rasoio	Clipper	Clipper + rasoio	Crema dep + rasoio
Cardiovascolare	14%	72%	14%	0%
Chirurgia gen.	30%	53%	11%	6%
Ostetricia/ gin.	65%	25%	7%	3%
Urologia	40%	35%	15%	10%
Altra specialistica	26%	62%	6%	6%

Le linee guida internazionali e nazionali sostengono fortemente la ricerca attiva di eventuali infezioni, da identificare e trattare prima degli interventi elettivi. Questa pratica viene condotta da circa il 25% delle Unità Operative che hanno risposto all'indagine, con maggior diffusione nell'area cardiovascolare e "specialistica" (comprendente neurochirurgia, chirurgia plastica, ortopedia) dove viene attuata rispettivamente nel 40 e nel 34% dei reparti; si segnala che invece solo il 6% delle chirurgie generali la esegue. Linee guida e letteratura (compresa una recente review della Cochrane) non forniscono invece chiare indicazioni circa l'utilità dello screening pre-operatorio per la ricerca di colonizzazione da *Stafilococco aureo*, che rimane "unresolved issue". Non stupisce quindi che solo 2 reparti abbiano un protocollo ben definito riguardante lo screening e l'eventuale decolonizzazione dei soggetti trovati positivi.

Preparazione degli operatori

E' stata indagata in particolare l'igiene chirurgica delle mani. La figura 1 mostra le risposte ottenute tramite il questionario sugli antisettici utilizzati per espletarla; in particolare emerge uno scarso utilizzo della soluzione alcolica, che potrebbe essere una pratica da implementare, in quanto garantisce la stessa efficacia dell'antisettico con riduzione del tempo necessario per ottenere la corretta igiene. Infatti, le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità indicano come indifferente l'utilizzo di sapone antisettico o della soluzione alcolica prima dell'indossare i guanti sterili; le linee guida inglesi propongono l'impiego della soluzione antisettica per il primo lavaggio della giornata, seguito dalla frizione alcolica tra un intervento e l'altro. Il tutto sostenuto da una recente review della Cochrane, che ha permesso di concludere come l'igiene con antisettico sia equiparabile a quella con soluzione alcolica.

Figura 1. Igiene chirurgica delle mani: antisettici utilizzati.



Elementi organizzativi

La formazione del personale è un elemento imprescindibile, la cui importanza viene ribadita da tutte le linee guida. Dall'indagine è invece emerso come negli ultimi 3 anni, in circa la metà dei reparti non sia stato eseguito alcun corso di formazione riguardante le problematiche infettivologiche.

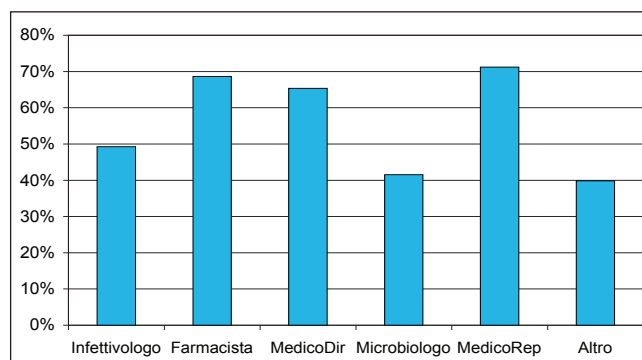
Negli altri casi, la proposta formativa più frequentemente messa in atto è stata legata al progetto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "cure pulite sono cure sicure". Il tutto evidenzia quindi come sia diffusamente carente un'organizzazione interna alle strutture che garantisca la formazione del personale. I corsi inoltre sono stati indirizzati prevalentemente a medici ed infermieri, trascurando ampiamente le altre figure professionali.

Profilassi antibiotica

In quest'ambito esistono linee guida nazionali oltre a quelle internazionali, alle quali eventualmente rifarsi per stilare protocolli interni.

Abbiamo domandato se i reparti presentino protocolli scritti riguardanti l'antibiotico profilassi pre-operatoria: il 90% delle Unità Operative ha risposto affermativamente. Risulta però che tali protocolli siano stati validati a livello aziendale solo nella metà dei casi. In figura 2 si vede come sia diffusamente previsto un contributo multidisciplinare nella loro stesura, anche se la consultazione dell'infettivologo non risulta molto frequente.

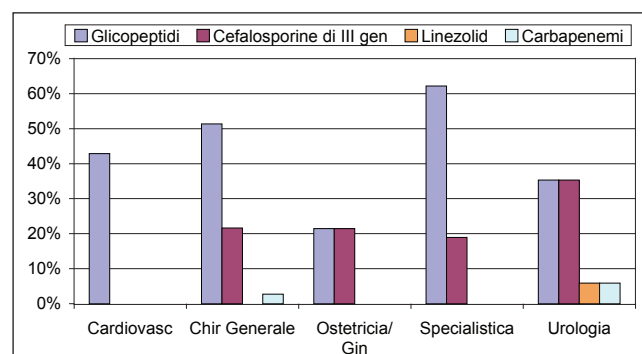
Figura 2. Coinvolgimento delle diverse figure professionali nella stesura delle linee guida.



L'efficacia dell'antibiotico profilassi dipende essenzialmente da tre criteri, che sono quindi stati indagati mediante il questionario: scelta dell'antibiotico, timing e durata della profilassi.

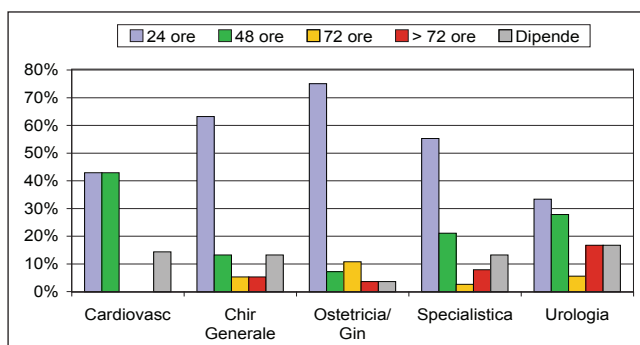
Per la scelta dell'antibiotico occorre selezionare una molecola attiva verso i potenziali microrganismi, escludendo l'uso routinario degli antibiotici utilizzati correntemente in terapia (come glicopeptidi, cefalosporine di terza generazione, linezolid, carbapenemi). In figura 3 viene mostrato l'impiego di questi farmaci "potenzialmente inappropriati" per area chirurgica, con evidenza di una maggiore diffusione e variabilità in urologia. In generale, i glicopeptidi risultano essere la classe maggiormente adottata; la motivazione più frequentemente riportata dai reparti risulta l'allergia alle beta lattamine, che rappresenta in effetti l'unica vera indicazione all'impiego in profilassi della vancomicina.

Figura 3. Classe di antibiotici utilizzata per la profilassi per area chirurgica



Il timing corretto per la somministrazione della profilassi, cioè 30-60 minuti prima dell'incisione, è risultato essere largamente mantenuto nelle chirurgie indagate, con una media di adesione del 93%, andando dal 100% di area cardiovascolare e chirurgia generale al 68% dell'ostetricia. La durata di somministrazione trova risposte che si discostano in maniera più significativa dalle indicazioni fornite dalle linee guida (non sono utili somministrazioni dopo la fine dell'intervento e comunque non oltre le 24 ore; si segnalano evidenze a favore del prolungamento fino a 48-72 ore solo nell'area cardiotoracica): complessivamente il 58% delle UO termina la somministrazione entro le 24 ore dall'intervento. L'urologia è l'area con maggiore variabilità, ed in generale si osserva come in tutte le aree venga mantenuta una quota di incertezza (colonna "dipende"). La figura 4 mostra la distribuzione per area chirurgica della durata della profilassi.

Figura 4. Durata della profilassi antibiotica per area chirurgica.



In conclusione, l'indagine ha evidenziato da parte delle chirurgie della Regione differenti livelli di adesione alle indicazioni presenti nelle linee guida nazionali ed internazionali. In particolare, nonostante i protocolli scritti siano risultati ampiamente presenti, spesso non sono validati a livello aziendale, e il contributo dell'infettivologo alla loro stesura viene segnalato solo nella metà dei casi. La formazione del personale, particolarmente importante per la diffusione e la corretta applicazione dei protocolli, non risulta sufficientemente diffusa ed emerge pertanto come ambito in cui investire ulteriormente sia a livello aziendale che a livello regionale.

Notiziario trimestrale del Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

Proprietario ed Editore: ULSS 8

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.

Stampa: L'Artegrafica - Casale sul Sile (TV)

Sede della Redazione: Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale - SER - Azienda ULSS 8 c/o Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto - Via dei Carpani 16/Z - 31033 Castelfranco Veneto (TV)

Autorizzazione Tribunale di Treviso n. 39 del 08/08/2006

Iscrizione ROC collegata n. 10626 del 14/02/2002

NOTIZIE DAL MONDO DELL'EPIDEMIOLOGIA

Congresso annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia

Il XXXIII Congresso dell'Associazione Italiana di Epidemiologia si terrà a Modena il 22-24 ottobre 2009, ed avrà come tema "Fare epidemiologia nella clinica, nella prevenzione e nell'organizzazione sanitaria. Le reti italiane di epidemiologia si incontrano".

Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica

La XI Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica si tiene a Napoli dal 15 al 17 ottobre 2009, con il tema "Prevenzione e Sanità Pubblica: modelli organizzativi e buone pratiche".

Convegno: La salute della popolazione immigrata: un linguaggio comune per parlarne

Il 9 giugno 2009 si è svolto ad Ancona il convegno "La salute della popolazione immigrata: un linguaggio comune per parlarne", in cui sono stati presentati i risultati del progetto promosso dal CCM "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia", volto a sviluppare una metodologia di analisi per delineare un profilo di salute della popolazione immigrata. Questo obiettivo è stato perseguito attraverso l'elaborazione di una definizione condivisa di popolazione immigrata e la costruzione di un set di 36 indicatori calcolabili a partire da fonti informative correnti e quindi utilizzabili da tutte le Regioni. Da una prima applicazione dello strumento in sei Regioni e due Province italiane è emersa una popolazione immigrata giovane con una domanda di assistenza limitata e rappresentata nelle donne soprattutto da eventi fisiologici legati alla gravidanza e negli uomini dagli infortuni sul lavoro. Lo strumento proposto dal gruppo di lavoro risulta un punto di partenza flessibile e perfezionabile per esempio con il miglioramento dei flussi coinvolti nel calcolo degli indicatori. Il suo impiego consentirebbe il monitoraggio dell'evoluzione del profilo di salute da cui trarre le informazioni necessarie per la programmazione di interventi di promozione della salute, di prevenzione e di organizzazione dei servizi adeguati alle reali necessità della popolazione.

NEI PROSSIMI NUMERI

Nei prossimi numeri parleremo di:

- Mortalità regionale per gruppi di cause specifiche
- Lo scompenso cardiaco nel Veneto
- Contributi di altri centri della rete epidemiologica regionale.

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