GUADAGNARE SALUTE IN VENETO
La ricerca delle buone pratiche

Le attività epidemiologiche del SER a supporto del Piano Regionale di Prevenzione

Paolo Spolaore

Verona, 28 maggio 2008

scenario

Contesto demografico
• crescente invecchiamento della popolazione
• aumento della quota dei grandi vecchi

Contesto epidemiologico
• aumento delle patologie cronico-degenerative;
• aumento della disabilità

Contesto clinico
• continua evoluzione delle tecnologie biomediche con ricadute sugli esiti e sui costi
•Variabilità della pratica medica

Contesto sociale
• modifica della percezione e della domanda in salute
• progressiva riduzione del supporto familiare

Contesto tecnologico
• prospettive innovative nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali (es. telemedicina)
•Information technology

Contesto economico
• Crescita dei costi per la salute
• Riduzione delle risorse

Valutazione degli *outcome* assistenza sanitaria

"HEALTH PROMOTION"

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health.

(Ottawa Charter for health promotion WHO, Geneva, 1986)

"COST CONTAINMENT"

Health care reforms that are overly on "market forces" have not been associated with improved health.

(WHO Regional Office for Europe)

scenario

"EVIDENCE BASED HEALTH CARE"

E' un approccio scientifico alla organizzazione dell'assistenza sanitaria dove

"all decisions that affect the care of patients are taken with due weight accorded to all valid, relevant information "

(Muir Gray JA. Evidence-Based Health Care: How to make health policy and management decisions. London: Churchill Livingstone, 1997.
Hicks N. Evidence-Based Health Care. Bandolier 1997;39:9.)

Il processo di trasferimento

Translating Evidence into Benefit: The Results*

*** Da Sharon Levine, M.D.**
Kaiser Permanente, California

Research → **Evidence** → **Implementation** → **Benefit**

Research

- Epidemiology
- Health Services Research
- Clinical Research

Evidence

- EBM
- EBHC
- EBP

Implementation

- Structure
- Culture
- Infrastructure

Benefit

Patient
Better clinical outcomes;
Longer, more functional life; ,Safer care

System
Increased efficiency,
Reputation
Fewer errors, rework

People
Professional satisfaction, Pride
Reputation , Commitment

Scenario: criticità

Scarsa diffusione di conoscenze e competenze - enfasi sulla ricerca clinica
“CULTURA”

scarso interesse dei decisori
“STRUTTURA”

Inadeguatezza dei sistemi informativi sanitari
“INFRASTRUTTURA”

Esperienza regionale: le azioni

STRUTTURA

- **SER**

INFRASTRUTTURA

- **Miglioramento ed integrazione degli archivi "amministrativi"**
- **Attivazione "REGISTRI DI PATOLOGIA "**

CULTURA

- **Attività di formazione in ambito epidemiologico**

Infrastruttura: flussi informativi

- Mortalità
- Ricoveri (schede di dimissione ospedaliera - SDO)
- Esenzioni per patologia
- Certificati di assistenza al parto
- Notifiche delle malattie infettive
- Anagrafe sanitaria

Infrastruttura: flussi informativi

- Specialistica ambulatoriale
- Psichiatria territoriale
- Prescrizioni farmaceutiche
- ADI
- RSA
- …

Limiti all'uso di "database amministrativi"

- Prestazioni non coperte da S.I.
- Sottogruppi di popolazione non presenti
- Assenza/Carenza di informazioni cliniche,*in particolare su fattori di rischio*
- Scarsa qualità dei dati
- Possibili distorsioni (da comportamenti opportunistici o da vincoli strutturali)

Vantaggi nell'uso di "database amministrativi"

- Grandi numeri
- Copertura di popolazione
- Continuità
- Standardizzazione
- Possibilità di link individuali
- Basso costo
- Facilmente elaborabili

Infrastruttura: integrazione flussi

Validità (accuratezza, completezza)
Tempestività-continuità del ritorno informativo
Sostenibilità
Copertura territoriale
Misura della gravità (in particolare per gli studi di *outcome*)

↓

Uso integrato

↓

"DATI AMMINISTRATIVI"E ARCHIVI CLINICI

Il registro regionale delle cause di morte

Il registro regionale delle cause di morte

Istituito nella Regione Veneto nel 1987

A partire dal 2006 gestione centralizzata presso il CRRC-SER

Le Aziende ULSS trasmettono copia della scheda ISTAT al CRRC-SER

Il CRRC-SER provvede a:

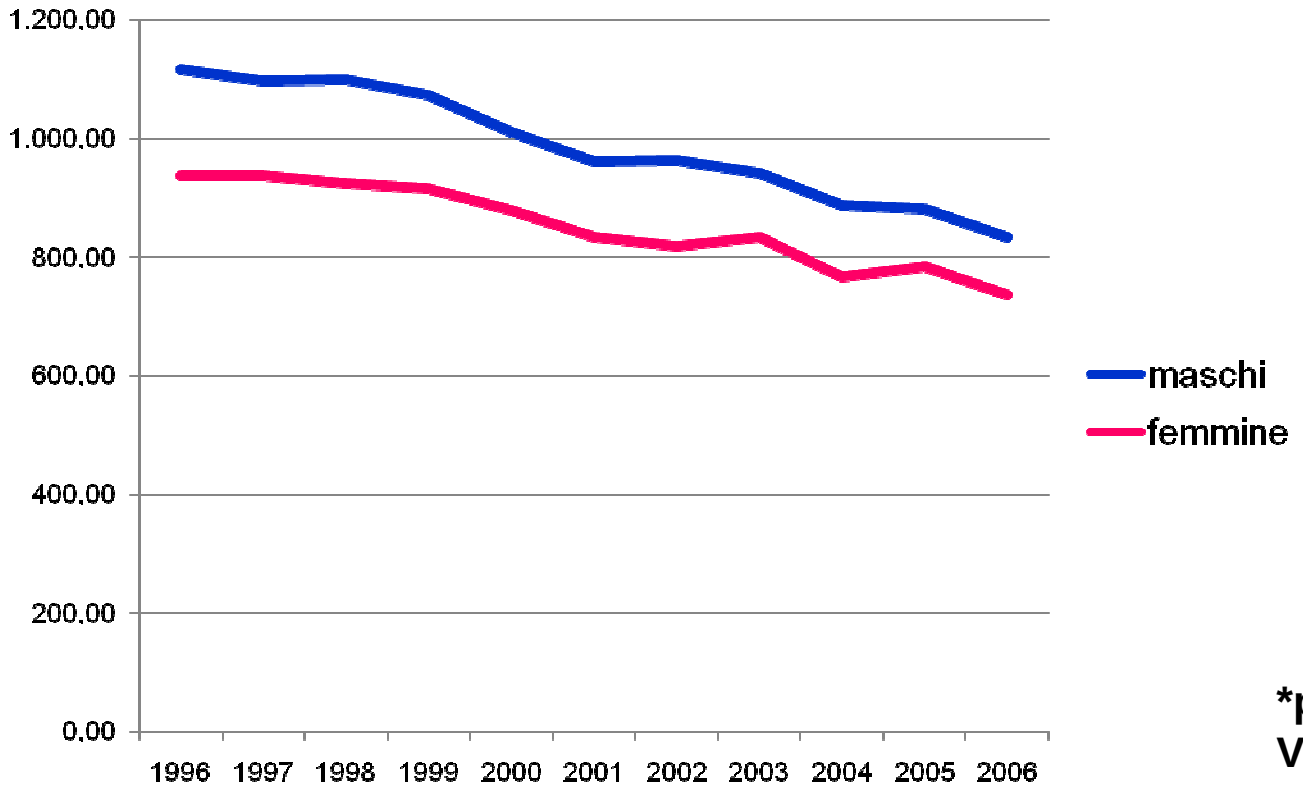
- **codifica**
- **informatizzazione**
- **controlli di qualità**
- **restituzione degli archivi alle Aziende ULSS**
- **elaborazione di statistiche di mortalità**

La mortalità nel Veneto nel 2006

- **Decessi registrati (tra i residenti nel Veneto) 41544.**
- **51% nelle femmine, 49% nei maschi**
- **Tasso grezzo: 8.8 decessi ogni 1000 abitanti (uguale nei due generi)**

La mortalità nel Veneto: l'andamento nel tempo per genere

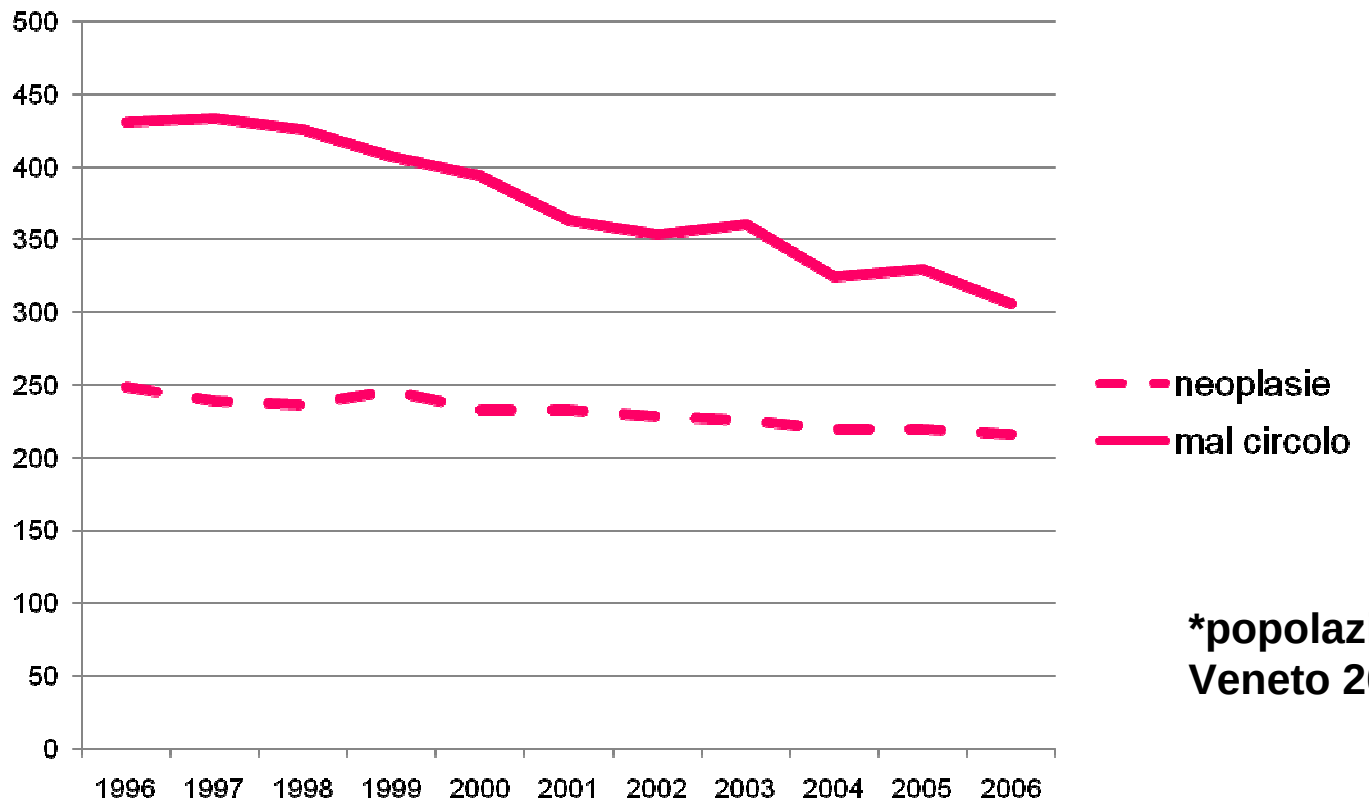
Tasso standardizzato* di mortalità dal 1996 al 2006 (per 100.000 abitanti)



***popolazione standard Veneto 2000**

La mortalità nel Veneto: l'andamento per gruppi di cause e genere

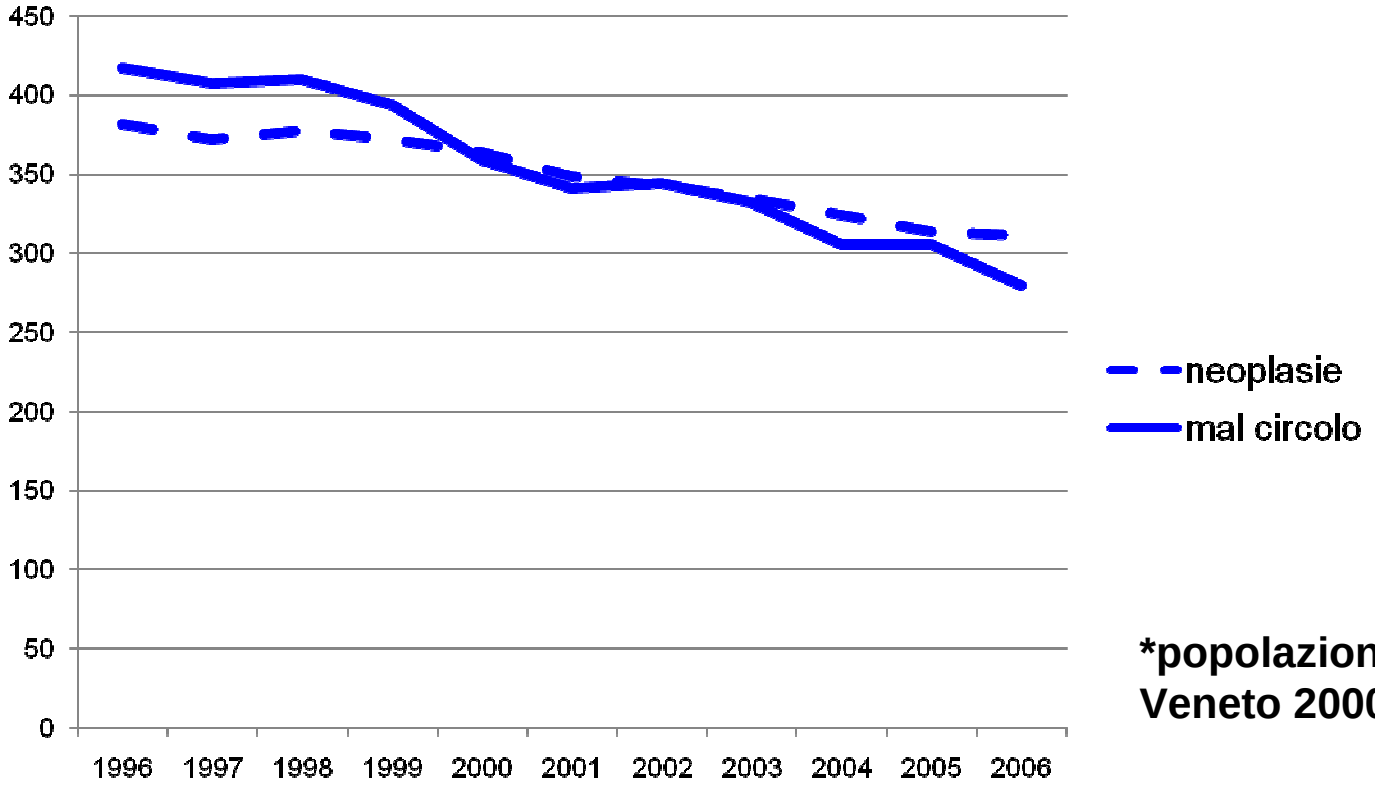
Tasso standardizzato* di mortalità per malattie del circolo e tumori nelle donne 1996-2006 (per 100.000 abitanti)



***popolazione standard Veneto 2000**

La mortalità nel Veneto: l'andamento nel tempo per genere

Tasso standardizzato* di mortalità per malattie del circolo e tumori negli uomini 1996-2006 (per 100.000 abitanti)

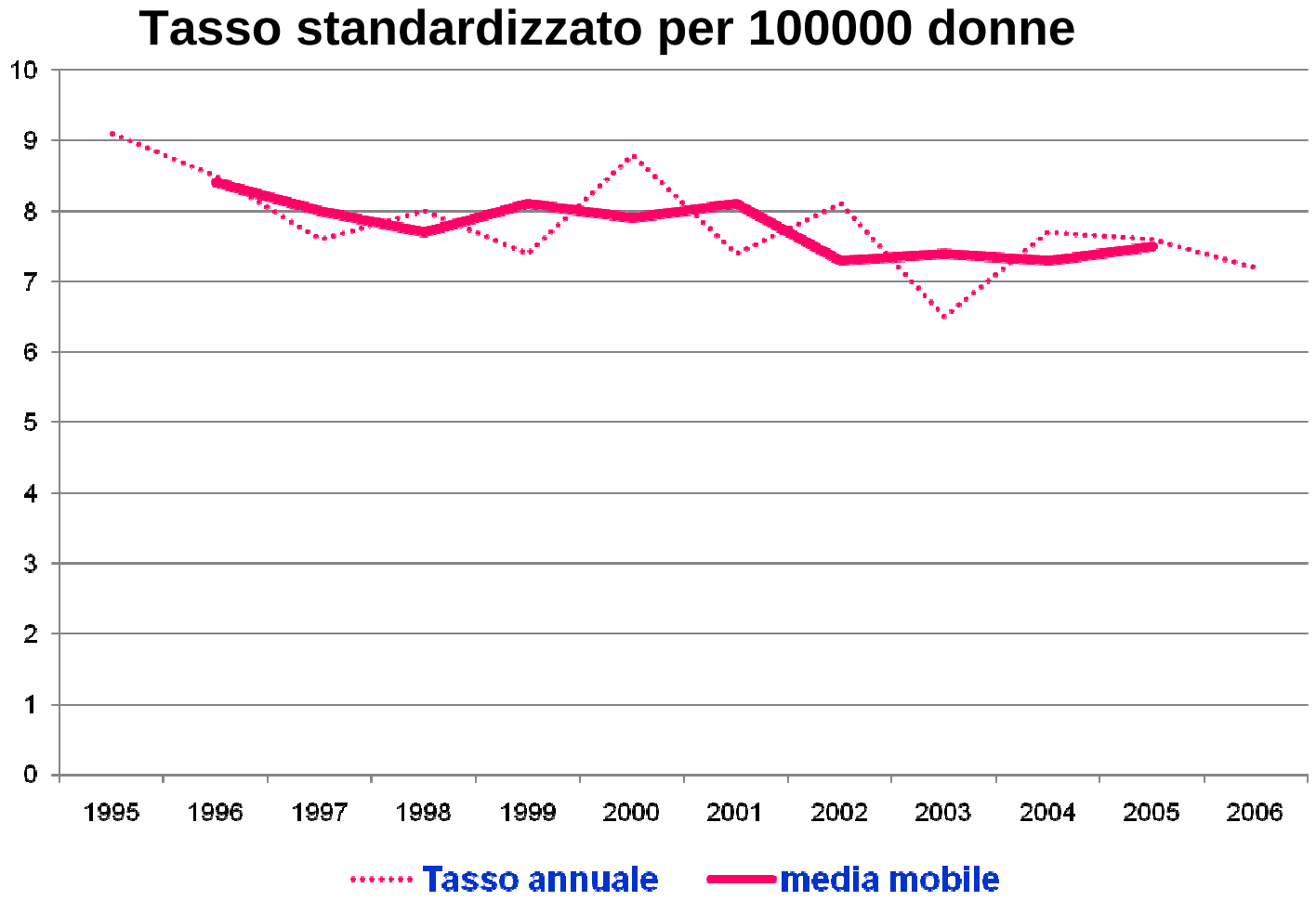


***popolazione standard Veneto 2000**

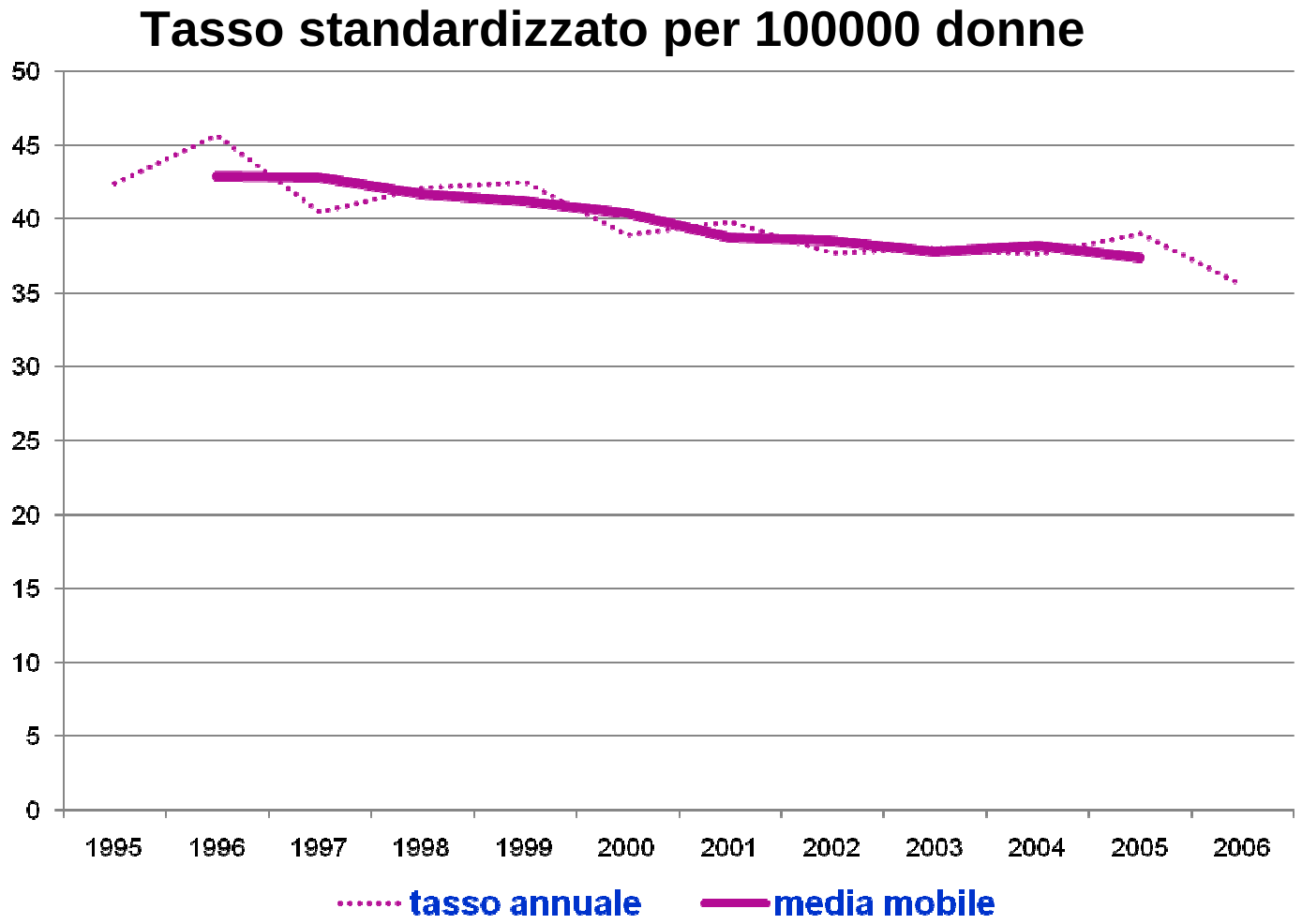
Screening oncologici attivi nella regione Veneto

- **Tumore della mammella** **(19 ULSS)**
- **Tumore della cervice uterina** **(21 ULSS)**
- **Tumore del colon-retto** **(18 ULSS)**

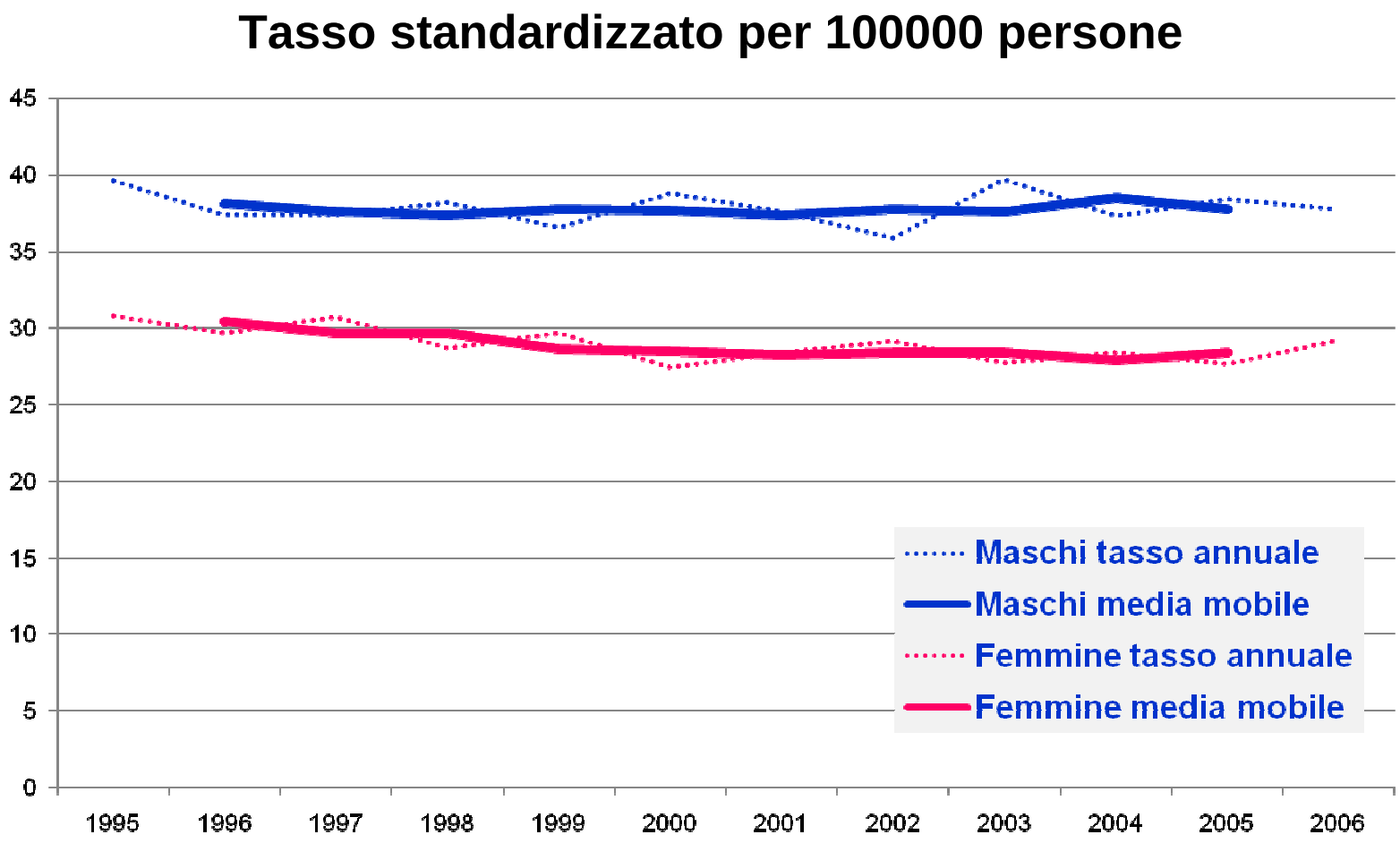
Mortalità per tumori maligni dell'utero nella regione Veneto



Mortalità per tumori maligni della mammella nelle donne nella regione Veneto



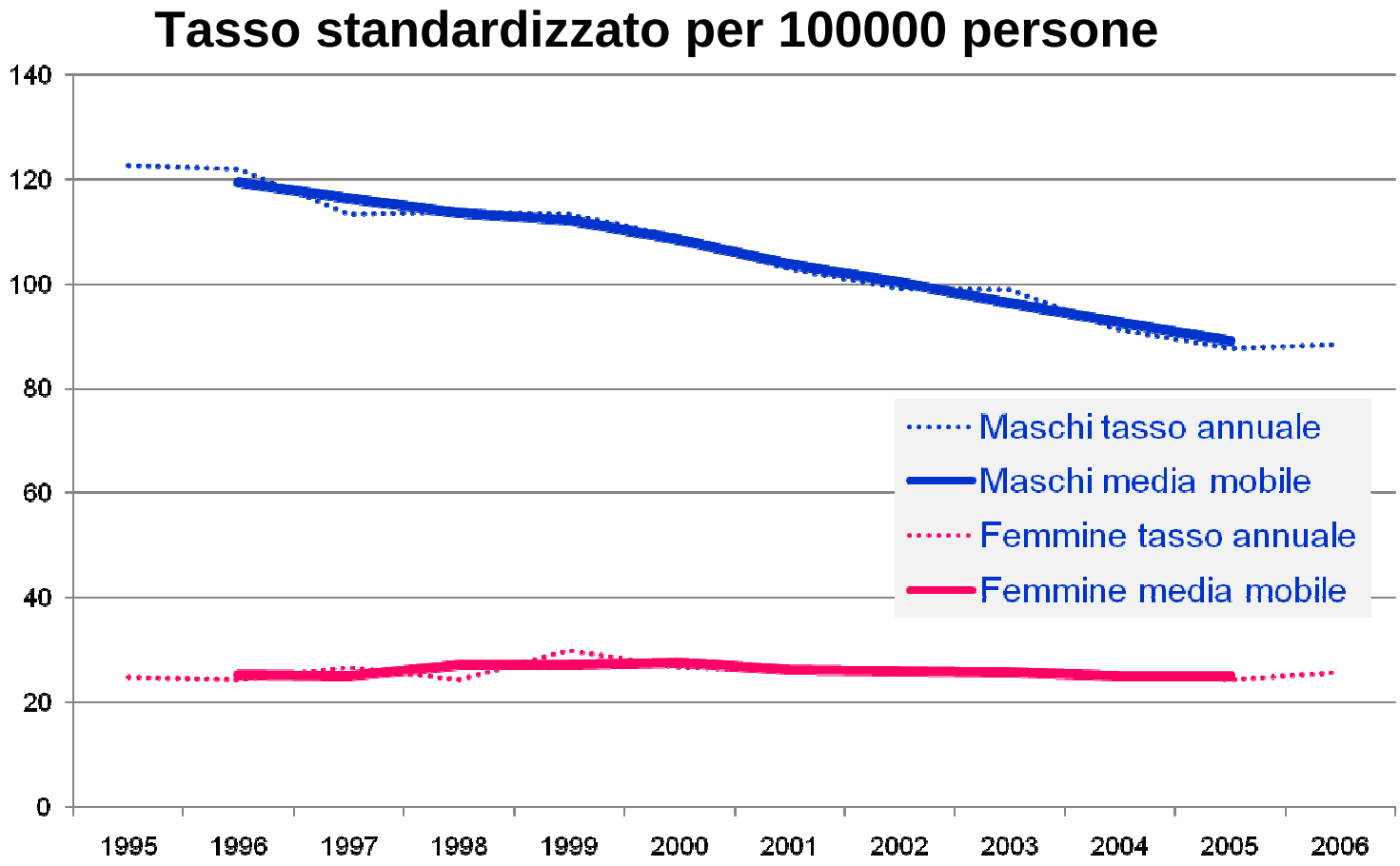
Mortalità per tumori maligni del colon-retto nella regione Veneto



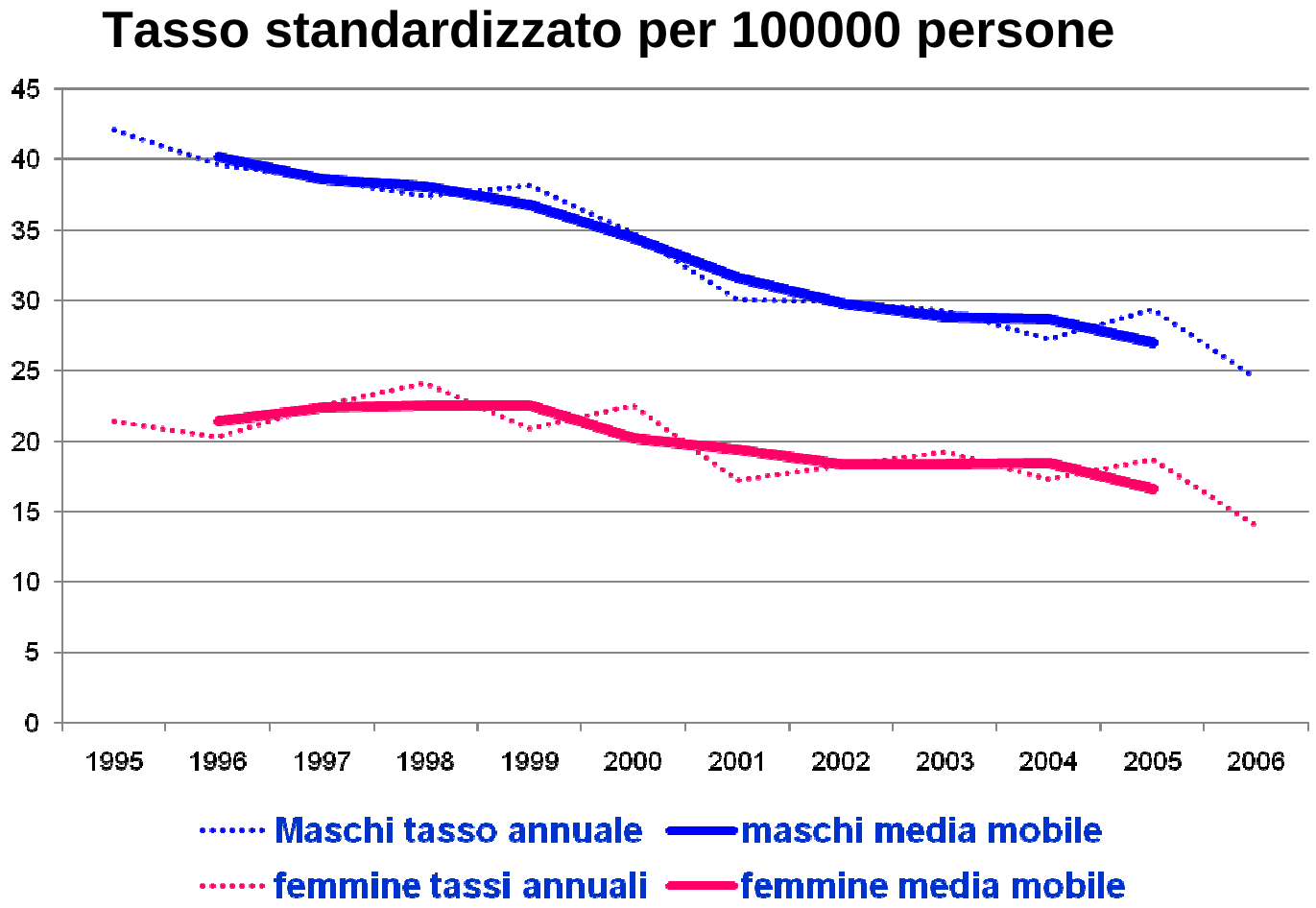
Interventi su stili di vita

Es.Tumori polmonari,BPCO, infarto del miocardio, diabete mellito

Mortalità per tumori maligni del polmone nella regione Veneto per genere

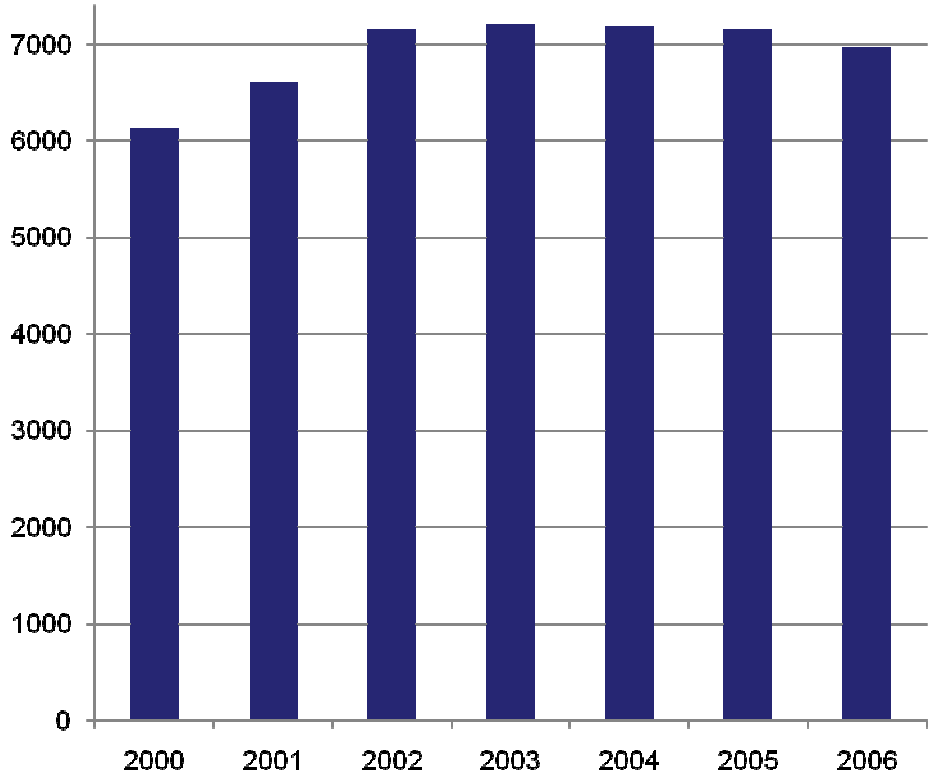


Mortalità per broncopneumopatie croniche ostruttive nella regione Veneto



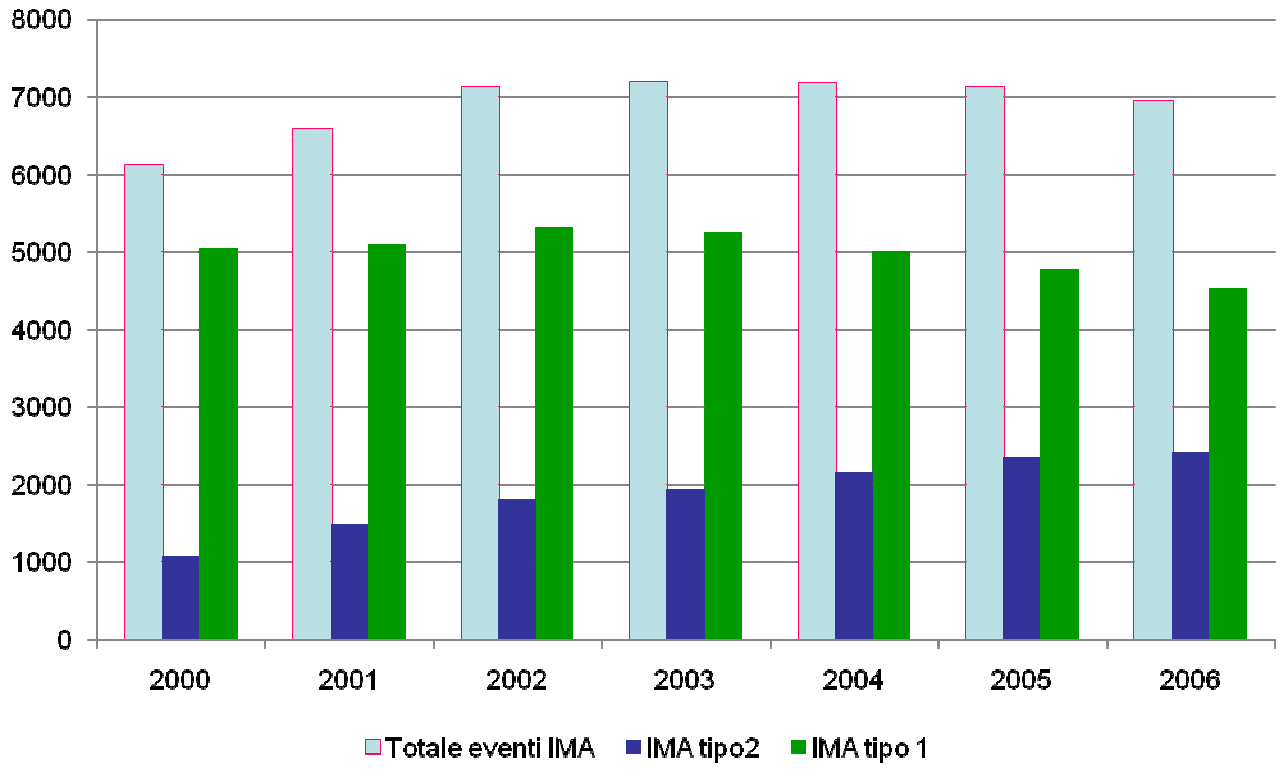
Ospedalizzazioni per infarto acuto del miocardio nella regione Veneto

Numero assoluto di eventi IMA ospedalizzati per anno



Ospedalizzazioni per infarto acuto del miocardio nella regione Veneto

Numero assoluto di eventi IMA ospedalizzati per anno e tipo

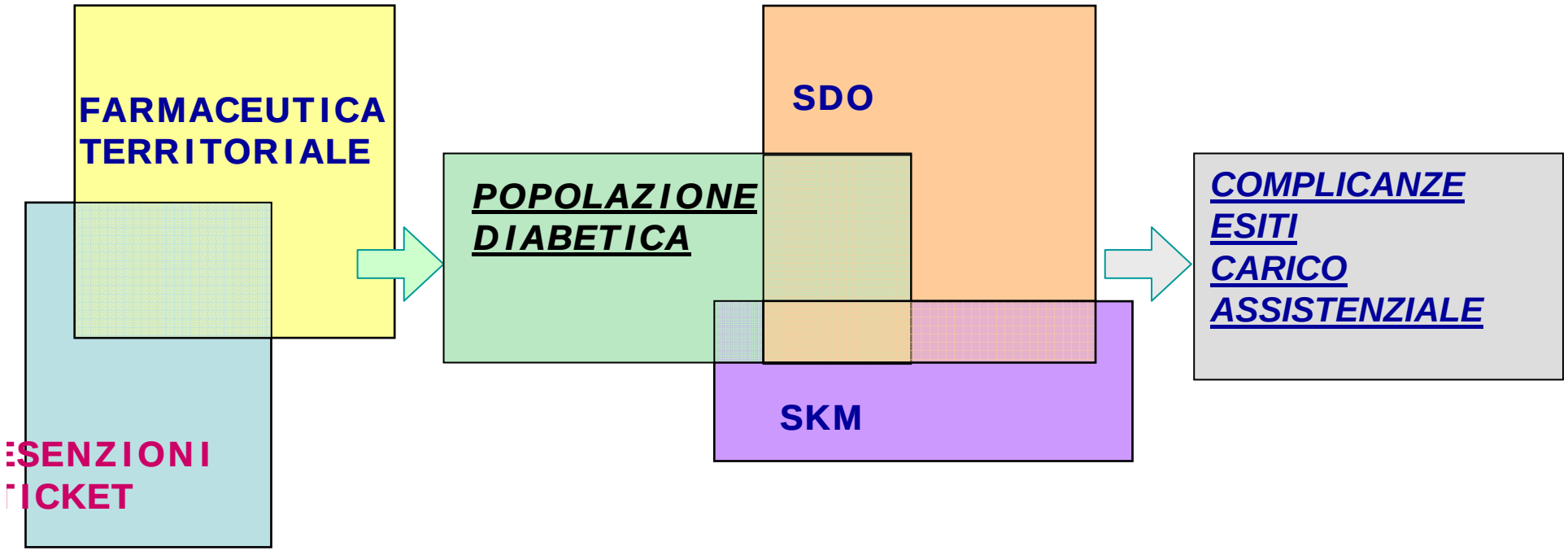


Dal 2002 il numero totale di eventi ospedalizzati è stabile (circa 7000/anno)

È il risultato di fenomeni distinti:

- **"coda" dei nuovi criteri diagnostici (aumento NSTEMI o tipo 2)**
- **calo di STEMI (o tipo 1) per vari fattori(legge sul fumo?)**

Il modello diabete



Prevalenza di diabete

Prevalenza al 1 gennaio 2006*

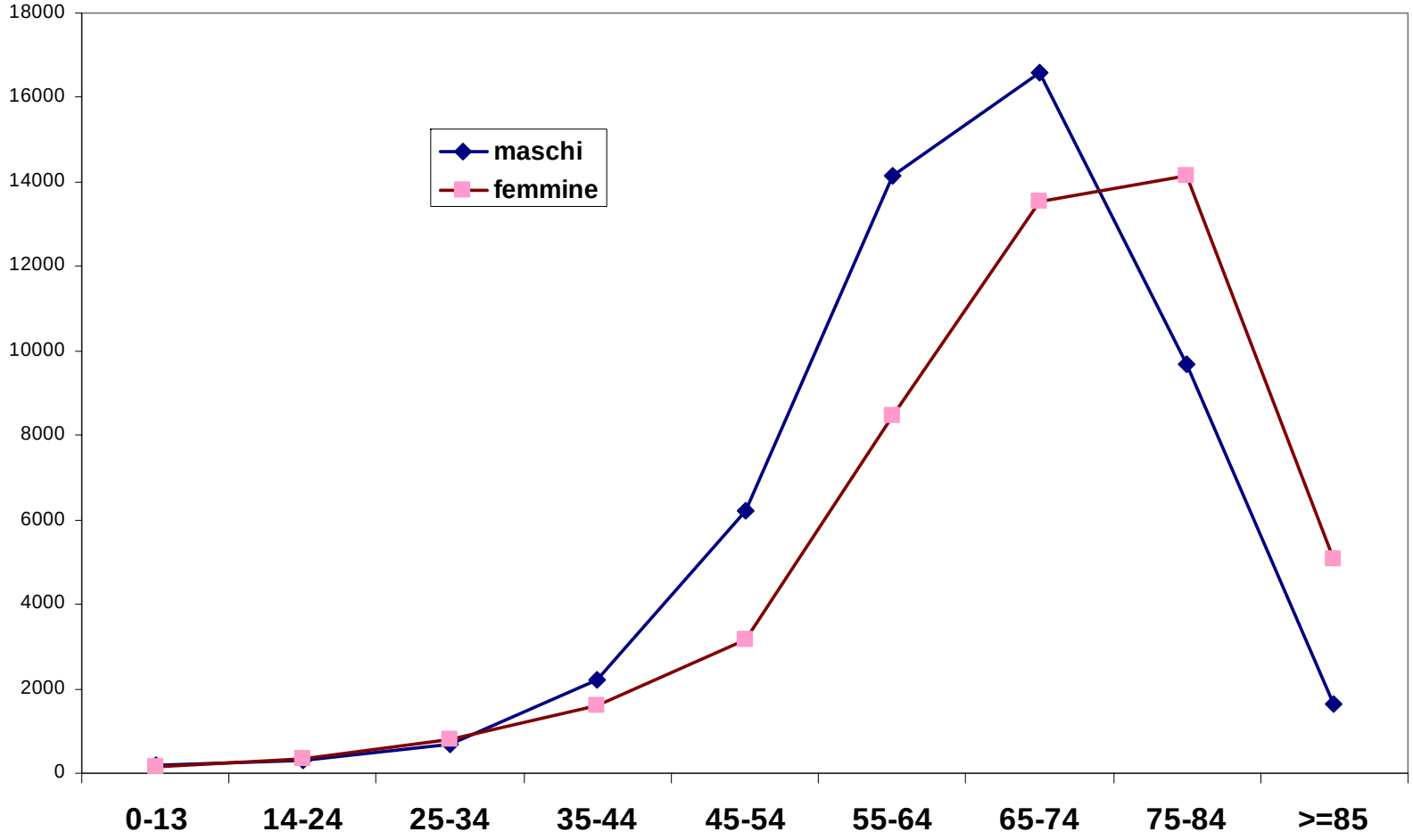
- **41** diabetici ogni mille abitanti
- **44** per mille nei maschi
- **39** per mille nelle femmine

⇩

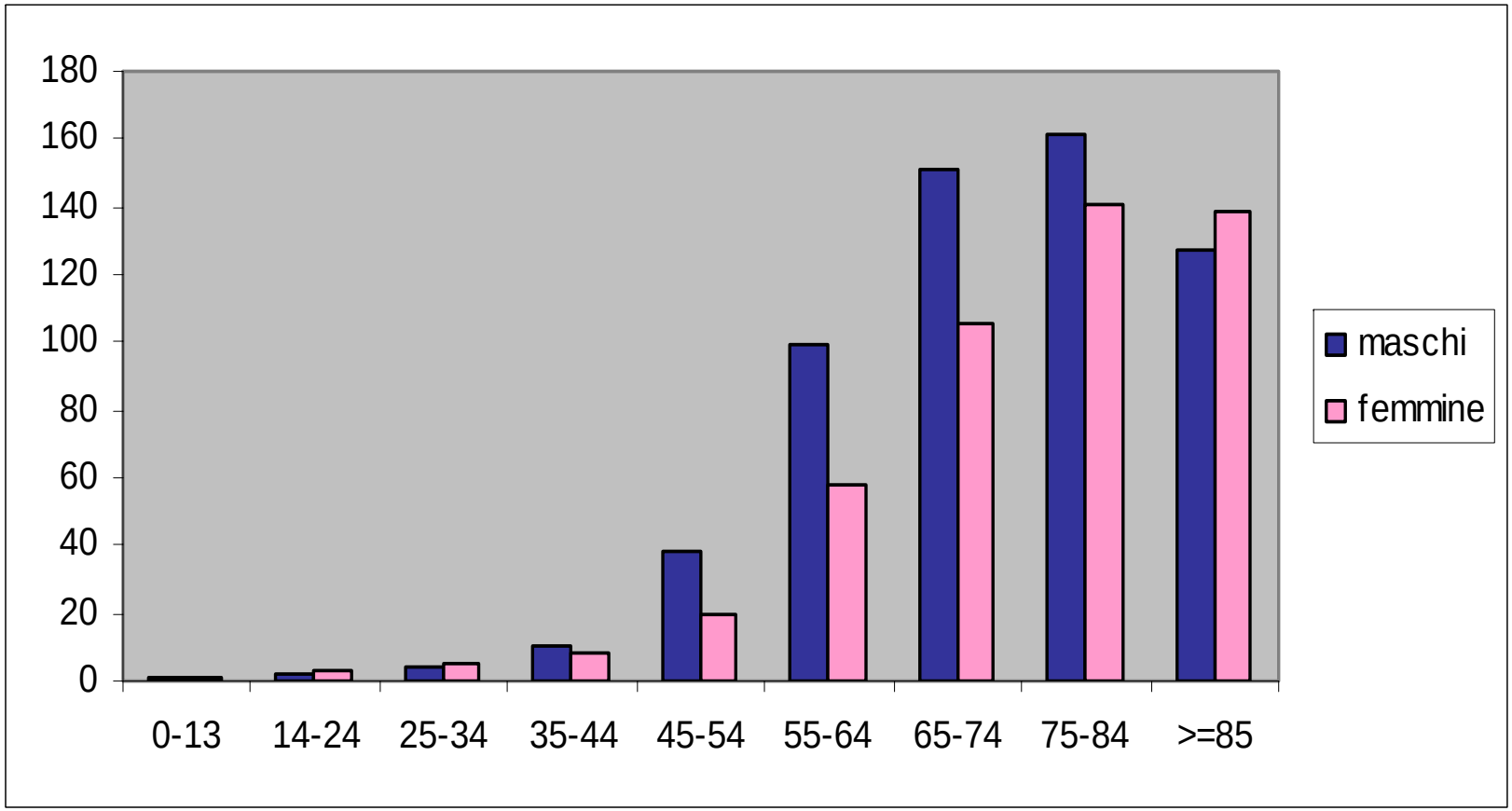
Stima di 200.000 soggetti con diabete in Veneto
+ 30000 rispetto al 2001

***Dati relativi a 11 ASL della regione Veneto per una popolazione di circa 2.400.000 abitanti**

Frequenza per genere ed età



Prevalenza per genere ed età (ogni 1000 abitanti)



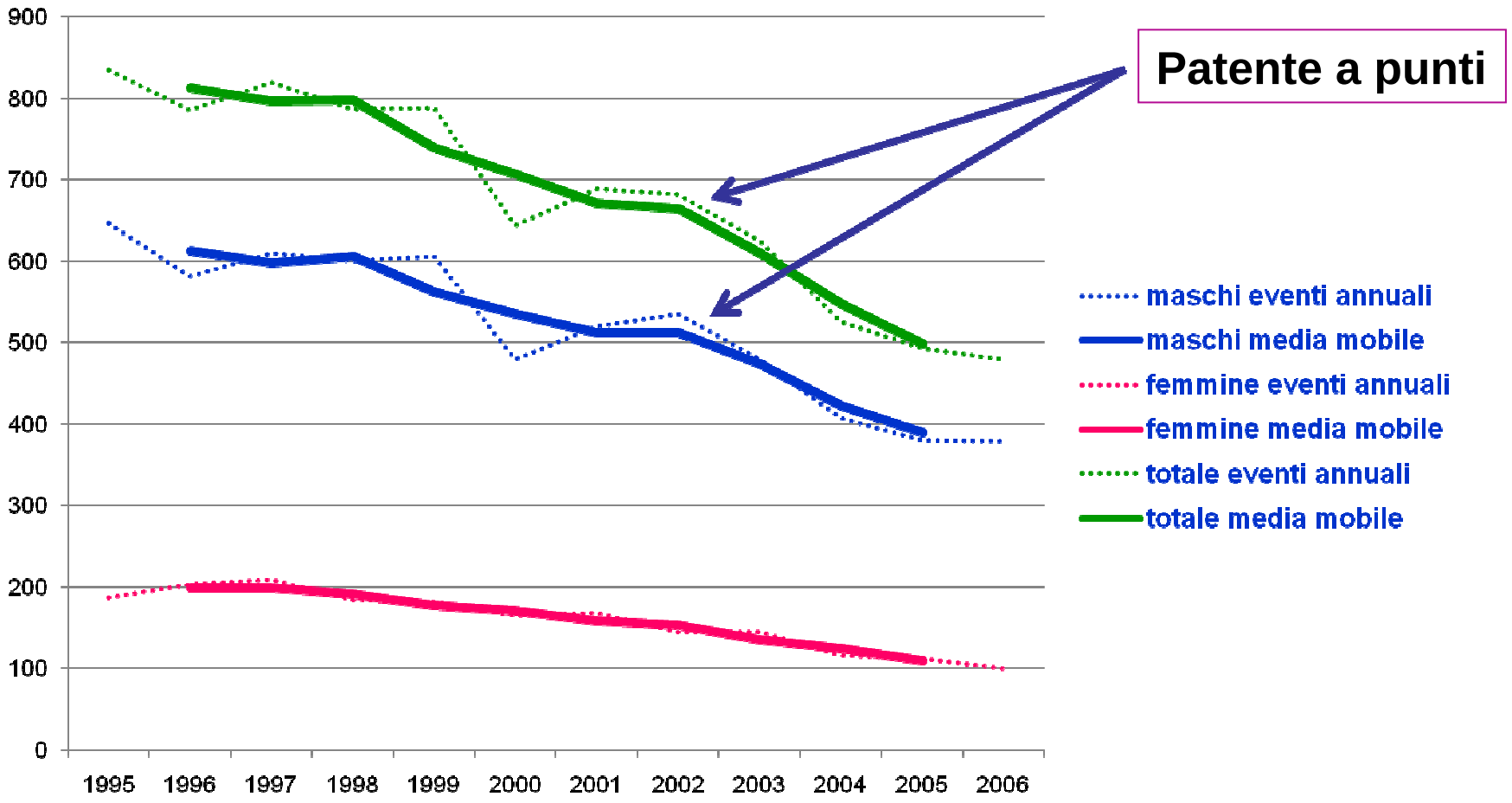
Incidenza di diabete (* 1000 abitanti)

	Maschi	Femmine
2003	**6.3**	**5.4**
2004	**6.4**	**5.5**
2005	**6.6**	**5.9**

***Dati relativi a 11 ASL della regione Veneto per una popolazione di circa 2.400.000 abitanti**

Incidenti stradali

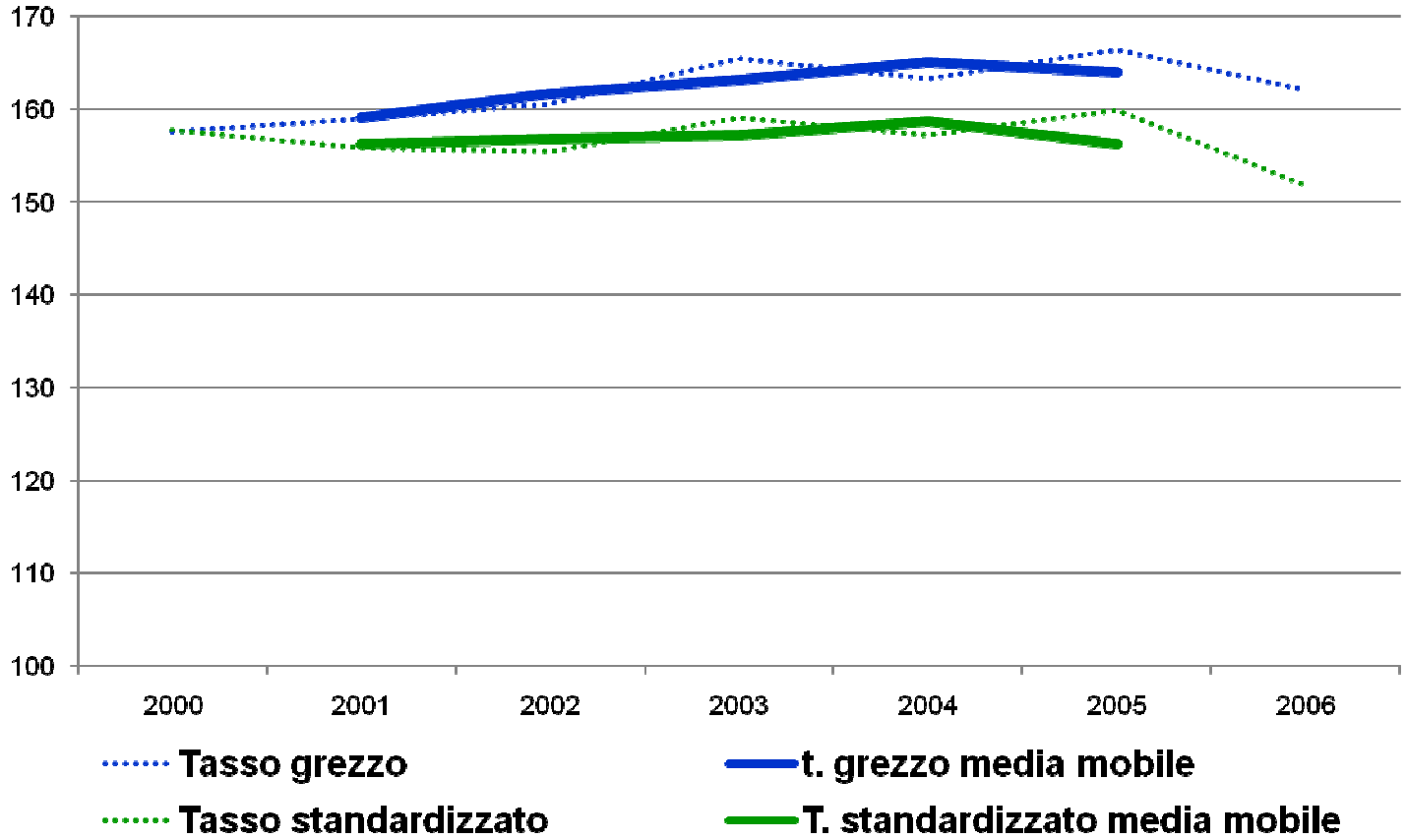
Numero di decessi per incidente stradale Residenti in Veneto



Anziani

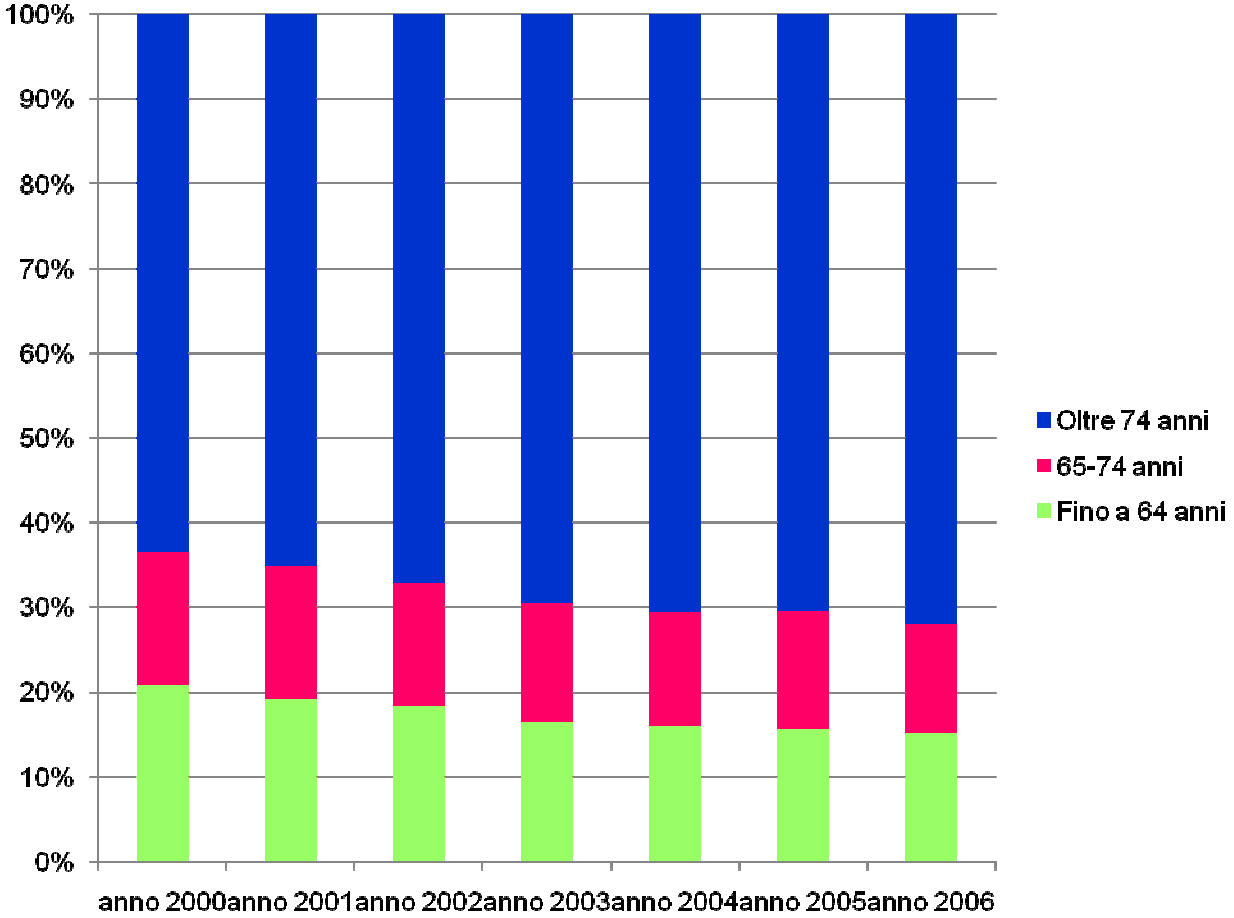
Frattura di femore

Tasso grezzo e standardizzato di ospedalizzazione per frattura di femore – per 100000 residenti



Frattura di femore

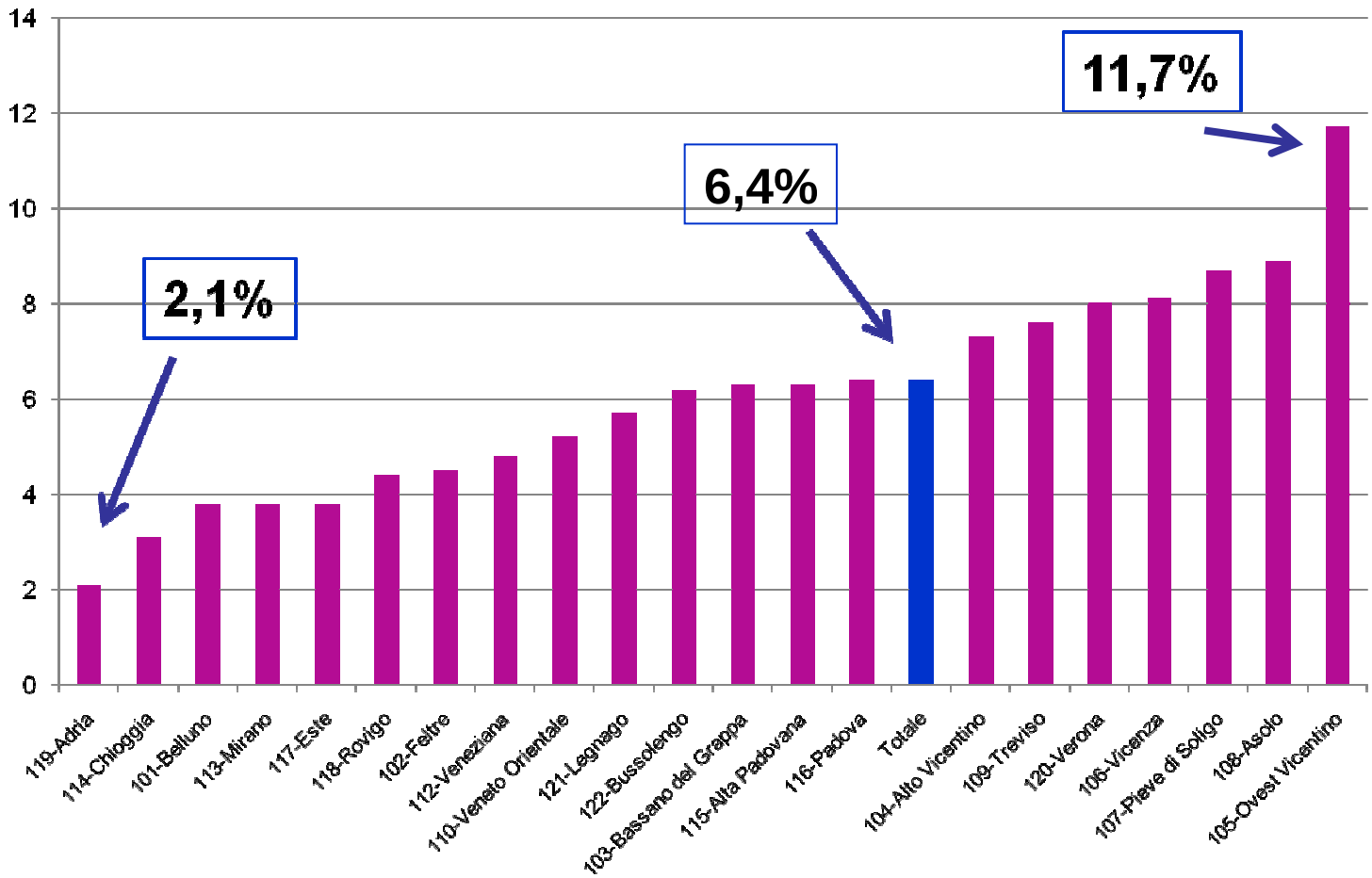
Distribuzione proporzionale dei ricoveri per frattura di femore per fasce di età e anno – residenti in Veneto



Migranti

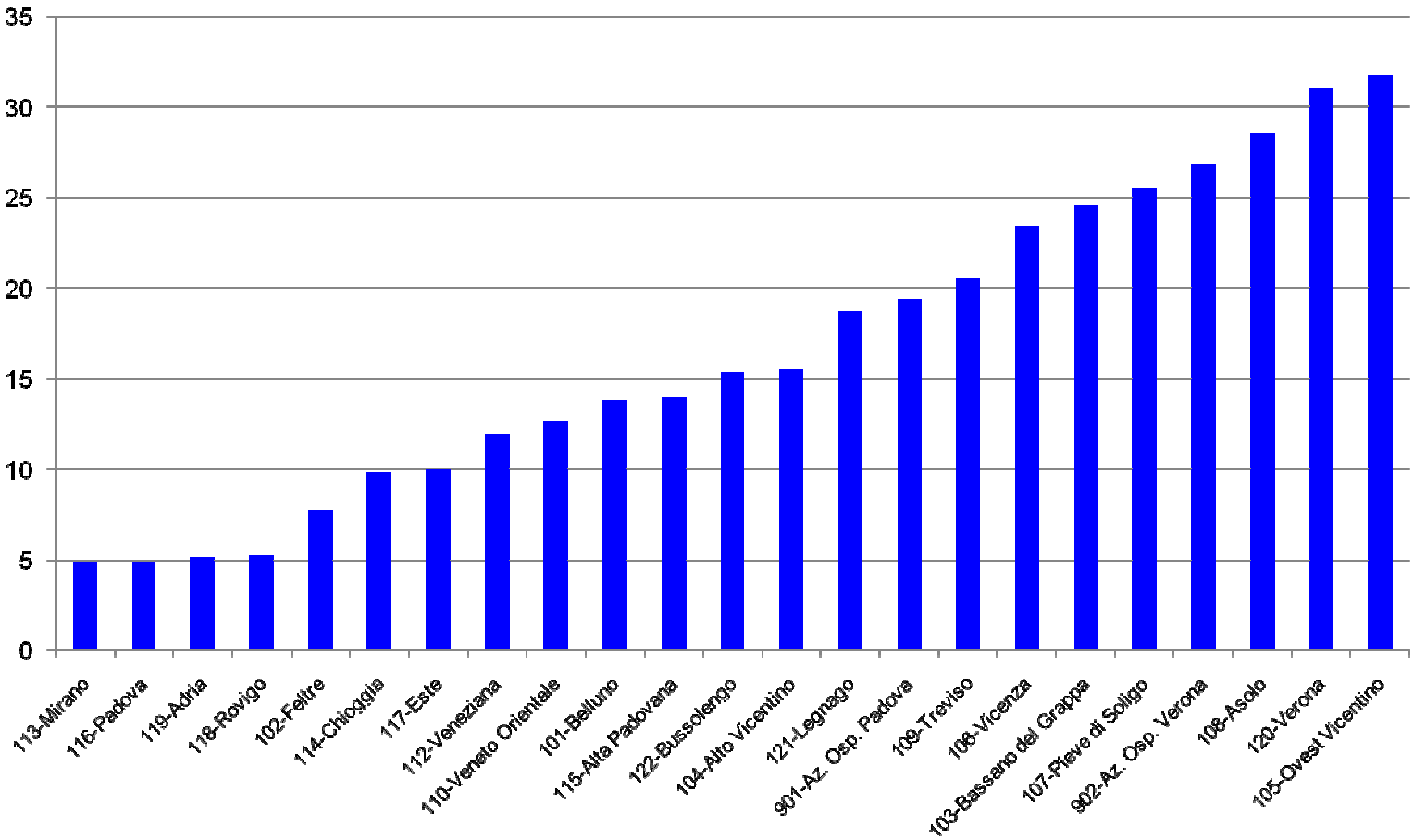
Migranti

Proporzione (%) di popolazione extracomunitaria residente per ULSS (2006)



Migranti

Proporzione (%) di ricoveri legati al parto in extracomunitari per Azienda di ricovero (2006)



Conclusioni

<u>Azioni da sviluppare</u> coerenti con i fabbisogni informativi delle politiche regionali di prevenzione:

Il miglioramento di qualità,tempestività del registro regionale delle SKM

Il record linkage tra i diversi archivi "amministrativi"

<u>Azioni da perseguire</u>:

lettura condivisa dei dati con i decisori al fine di:

definire-ridefinire un set di indicatori adeguati…

valutare l'impatto delle policy di settore