



Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

Studi dal territorio

POPOLAZIONE IMMIGRATA E BISOGNI SANITARI NELLA ULSS DI TREVISO

Giuseppe Battistella¹, Antonio Carlini¹
e Lelia Giannuzzi Savelli²

¹Osservatorio Epidemiologico Aziendale,
ULSS 9 Treviso, Treviso

²Dipartimento di Prevenzione, ULSS 9 Treviso, Treviso

Per analizzare i problemi sanitari correlati al fenomeno dell'immigrazione, per definire le priorità e per programmare in maniera congrua i servizi offerti ai bisogni emergenti, l'ULSS di Treviso ha condotto uno studio delle caratteristiche epidemiologiche e demografiche della popolazione immigrata assistita dall'ULSS di Treviso, i servizi sanitari forniti dal Servizio Sanitario Regionale (SSR) e i bisogni sanitari espressi.

In questo studio, gli immigrati sono identificati nei soggetti nati in Paesi diversi dall'Italia che, in seguito a un contatto con le strutture sanitarie, sono stati inseriti nell'archivio degli assistiti. Lo studio è stato condotto attraverso una procedura di *record-linkage* fra una serie di basi di dati locali e regionali, con diverso grado di aggiornamento, utilizzando il codice sanitario individuale come identificatore univoco. Le basi di dati utilizzate sono state:

- report demografici dei Comuni (31 dicembre 2001);
- registro ULSS di mortalità (1996-99);

- esenzioni ticket e archivio informatizzato degli assistiti (1° ottobre 2002);
- archivi ULSS di farmaceutica e prestazioni specialistiche (1999-2001);
- archivio Schede di Dimissione Ospedaliera, SDO (1997-2001), compresi i ricoveri presso le strutture convenzionate e la mobilità passiva intra ed extra regionale;
- archivio delle prestazioni del Pronto Soccorso dell'Ospedale Regionale "Cà Foncello" di Treviso (1985-2001).

Nel periodo 1995-2002 sono venute a contatto con i servizi dell'ULSS, e sono state registrate 31 467 persone nate in 154 diverse nazioni straniere. Questa popolazione può essere distinta in due gruppi: i nati in Europa occidentale e Nord America (13%) e tutti gli altri (87%). Nel primo gruppo la quota di residenti/domiciliati è del 26%, con un'età media di 44 anni rispetto ai 36 anni dei non residenti; nel secondo gruppo i residenti/domiciliati rappresentano il 77% della popolazione, con una età media di 29 anni e di 32 nei non residenti.

Al 1° ottobre 2002 risultano residenti o domiciliati nei Comuni dell'ULSS 15 180 persone nate all'estero. L'80% può usufruire dell'assistenza di un medico di medicina generale, MMG (Tabella). La distribuzione di questa popolazione nei Comuni dell'ULSS non è omogenea e rappresenta una quota variabile dall'1,7% al 9% della popolazione totale. L'uso delle anagrafi comunali per lo studio dell'immigrazione ha, tuttavia, il limite di non tener conto dei soggetti non regolari e della mobilità di popolazione.

Tabella - Popolazione residente/domiciliata assistita al 1° ottobre 2002 dall'ULSS di Treviso

Area geografica di nascita	Con MMG*				Senza MMG*				Totale di nascita % relativa
	Maschi (età media)		Femmine (età media)		Maschi (età media)		Femmine (età media)		
Africa subsahariana	1 106	(31)	588	(24)	425	(35)	204	(27)	2 323 (15,3)
America del Nord	22	(40)	18	(38)	10	(47)	10	(45)	60 (0,4)
America del Sud	100	(28)	252	(32)	58	(32)	114	(33)	524 (3,5)
Cina, Formosa, Taiwan, Hong Kong	335	(25)	309	(26)	60	(26)	53	(24)	757 (5,0)
Europa occidentale	182	(35)	313	(34)	76	(36)	72	(33)	643 (4,2)
Europa orientale	3 055	(28)	2 539	(27)	655	(30)	502	(30)	6 751 (44,5)
Nord Africa	1 518	(29)	896	(24)	577	(31)	114	(30)	3 105 (20,5)
Sud-Est asiatico	484	(29)	308	(27)	77	(31)	42	(33)	911 (6,0)
Tutte le aree	6 842	(29)	5.254	(27)	1 961	(32)	1 123	(30)	15 180 -

(* Medico di medicina generale)

Alla data del 1° ottobre 2002 la percentuale di immigrati assistiti con esenzione ticket per patologia cronica è del 2,6%, mentre tra i nati in Italia è del 16,5%. In particolare, nella classe d'età 15-44 anni (che comprende il 72% degli immigrati), la prevalenza è rispettivamente del 2% e del 4,7%, suggerendo che nella ULSS, gli immigrati sono complessivamente una popolazione sana. Le esenzioni più frequenti sono per diabete mellito e ipertensione. Solo lo 0,6 degli assistiti risulta affetto dalle tre malattie trasmissibili croniche più rappresentate: tubercolosi, epatite virale e HIV.

Dall'analisi del consumo di farmaci non sembra che le patologie infettive comunemente associate all'immigrazione (tubercolosi, malaria, malattie protozoariche) siano quelle prevalenti tra questa popolazione. Nel triennio 1999-2001 il consumo medio annuo di farmaci per la cura di queste patologie rappresenta circa il 3% del totale delle confezioni prescritte. Nello stesso periodo il consumo medio annuo di antibiotici sistemici è circa il 23%, lo stesso, rispettivamente, per antiacidi, contraccettivi e antiipertensivi, rappresentando circa l'8% delle confezioni. Il consumo di farmaci è stato stimato attraverso le prescrizioni a carico del SSR; è possibile, quindi, una sottostima dell'uso di alcune categorie di farmaci dovuta alla distribuzione diretta (ad esempio, antitubercolari) e all'acquisto privato.

I dati del Pronto Soccorso dell'Ospedale "Ca' Foncello" del 2001, dimostrano una sproporzione nella percentuale degli accessi degli immigrati per traumi: il 25% per violenza altrui, il 15% per infortunio sul lavoro e per intossicazione e il 10% per incidente stradale.

Parallelamente, dall'analisi dei ricoveri ospedalieri si evidenzia che i problemi più rilevanti tra i maschi sono relativi a traumi gravi, mentre nelle femmine sono correlati al parto e alla salute riproduttiva. Per il calcolo dei tassi dei vari esiti riproduttivi sono state considerate le nazioni con più di 50 donne nella classe 15-49 anni nel periodo considerato. Rilevanti gli 80 ricoveri annui medi per interruzione volontaria della gravidanza (IVG). Il rapporto di IVG (n. ricoveri per IVG/n. ricoveri per parto) nel 2001 è del 51,7% (17,1% per le nate in Italia). Il tasso di IVG stimato per il 2001 varia in base alla nazione di provenienza (da 0 a 70,8 per 1 000 donne). Lo stesso avviene per il tasso di fecondità che varia da 0 a 128,6 per 1 000 donne con età 15-49 anni. Fecondità e IVG hanno una modesta correlazione ($r^2 = 0,24$ $p = 0,02$).

I problemi di salute odontoiatrici emergono dall'analisi delle prestazioni specialistiche. Escludendo da queste gli esami di laboratorio, il 22% dell'importo lordo delle prime venti categorie di prestazioni è determinato da otturazioni, levigatura di radici dentali, terapie canalari e radiografie odontoiatriche.

Nel periodo 1996-99 vi sono stati 342 decessi di persone nate all'estero (2,5% del totale). Tra le femmine i decessi si concentrano prevalentemente nelle classi d'età con più di 65 anni (80%), nei maschi il 28% dei decessi avviene nella classe 14-44 anni e il 22% in quella 45-64. Per tutti la principale causa di

morte è rappresentata dalle malattie ischemiche del cuore. Nei maschi assumono notevole importanza anche le morti violente. I traumi interni del torace, addome e bacino sono la seconda causa di morte. Traumi, fratture, ferite e ustioni rappresentano i 2/3 delle cause di morte tra i giovani adulti.

Il principale problema assistenziale è rappresentato dal numero di persone che, dopo aver goduto dell'assistenza sanitaria per un certo periodo, ne perdono per vari motivi il diritto alla stessa. Dai 197 casi del 1997 si è passati ai 584 del 2001. Nel 2002 si attendono circa 900 casi.

Il commento **Salvatore Geraci**

Direttore della Caritas, Roma

Il Veneto è la regione italiana che negli ultimi anni ha visto il maggior incremento della presenza di immigrati: erano 43 000 nel 1991 (il 6,6% del totale nazionale) e 11 anni dopo sono più che triplicati passando a 154 643 alla fine del 2002 (il 10,2% del totale nazionale, con un aumento nell'ultimo anno di oltre 27 000 unità) e attestandosi come terza regione italiana per numero assoluto di immigrati dopo Lombardia e Lazio. Anche i dati della recente "regolarizzazione" confermano questa crescita della presenza straniera in una regione che sta vivendo un momento di particolare floridità economica (sono state presentate 61 418 domande di emersione dalla clandestinità e dal lavoro nero pari all'8,7% di tutte le domande presentate in Italia). Nel Veneto, Treviso è la terza città per numero di immigrati ed è quella con il trend di crescita più marcato. Alla luce di queste considerazioni pare particolarmente significativo il lavoro presentato, che con puntualità offre uno spaccato dei bisogni sanitari degli immigrati grazie all'analisi di alcuni dati pur con i limiti che i flussi correnti devono ancora risolvere (la distinzione, ad esempio, tra immigrati regolari e irregolari, gli stranieri temporaneamente presenti, STP, per la normativa nazionale).

Per quanto riguarda l'accessibilità ai servizi, gli autori evidenziano una criticità, segnalando come un numero consistente di individui perdono la possibilità di assistenza sanitaria. Ciò è correlato al mantenimento o meno del permesso di soggiorno (e quindi alle politiche nazionali, oggi particolarmente deboli), requisito indispensabile per l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale, SSR; comunque vale la pena ricordare come anche in assenza di esso, agli immigrati irregolari e clandestini, per legge nazionale e norme locali, devono essere garantite le cure essenziali e urgenti, ambulatoriali e ospedaliere, la continuità terapeutica e gli interventi di prevenzione. Ciò implica uno sforzo organizzativo, con un attento lavoro di rete tra ospedale e territorio, una maggiore permeabilità dei servizi e una specifica formazione del personale, soprattutto per garantire l'accesso agli MMG; gli STP, infatti, non sono iscrivibili al SSR e non hanno il MMG.

PRESTAZIONI DI CARDIOLOGIA INVASIVA NELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA NELLA REGIONE VENETO

Mario Saugo¹, Bortolo Martini²,
Federica Michieletto³, Gianstefano Blengio⁴,
Sandro Caffi⁵ e Filippo Palumbo⁶

¹Servizio Epidemiologico ULSS Alto Vicentino, Thiene
²Unità Operativa Cardiologia, ULSS Alto Vicentino, Thiene

³Direzione Regionale per la Prevenzione, Venezia

⁴Centro Tematico di Epidemiologia Ambientale
del Veneto, Bussolengo

⁵Direzione Generale, ULSS Alto Vicentino, Thiene

⁶Direzione per la Programmazione
Socio-Sanitaria del Veneto, Venezia

La rapida diffusione delle tecniche di cardiologia invasiva, specialmente nelle classi di età più elevate, e la necessità di tenerne in considerazione l'appropriatezza clinica e il controllo dei costi spingono alla realizzazione di sistemi di monitoraggio routinario, con copertura di popolazione, focalizzati tanto sull'occorrenza delle patologie per le quali le tecniche in questione risultano appropriate quanto sul tasso di utilizzo di tali tecniche (analisi bisogno-offerta).

L'obiettivo del presente studio è utilizzare - a scopo esplorativo - i database di interesse sanitario correntemente implementati nelle Aziende ULSS della regione Veneto per stimare sia il tasso di accesso alle prestazioni di cardiologia invasiva sia alcuni dei suoi possibili determinanti, al fine di verificare se l'utilizzo delle tecniche di cardiologia invasiva è correlabile con indicatori di "bisogno" sanitario e con indicatori di disponibilità.

Sono stati utilizzati i dati individuali relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del 2000, resi anonimi. Sono quindi stati estratti i ricoveri con angina instabile (codici ICD9-CM 411.1, 413.0, 413.1) e infarto del miocardio acuto, IMA (410) in fase iniziale (identificata dalla quinta cifra del codice) nella prima diagnosi. Le prestazioni di cardiologia invasiva sono state individuate con i codici 88.55, 88.56, 88.57 (coronarografia), 36.01, 36.02, 36.05 (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA). Le diagnosi e i corrispondenti interventi sono stati attribuiti alle ULSS di residenza. La presenza di un servizio di emodinamica nel territorio dell'ULSS di residenza nel periodo di interesse è stata attestata da un *panel* di cardiologi, nell'ambito di un altro studio.

Per ciascuna ULSS sono stati calcolati i rapporti standardizzati interni (osservati/attesi) per sesso ed età di utilizzo della coronarografia e della PTCA e i corrispondenti intervalli di confidenza poissoniani al 95%. Il numero di attesi in ciascuna ULSS è stato calcolato attribuendo a ciascuno strato d'età della popolazione delle ULSS di residenza il tasso medio di prestazione relativo all'anno 2000 nella popolazione regionale. Per

la stima del tasso di ricovero per IMA iniziale e angina instabile sono stati analogamente calcolati per ciascuna ULSS i tassi standardizzati con metodo indiretto interno. I tassi di mortalità per IMA standardizzati 1995-97 troncati tra 35 e 64 anni sono stati forniti dalla Direzione per Prevenzione della regione Veneto.

Sono stati individuati nel corso del 2002 complessivamente 24 606 ricoveri per cardiopatia ischemica (5 773 con episodio iniziale di IMA e 4 773 con angina instabile). I tassi di ricovero per 100 000 erano 312 per i maschi e 163 per le femmine; nella popolazione compresa tra i 25 e i 74 anni, i valori erano, rispettivamente, 336 e 115 per 100 000.

In 7 551 ricoveri è stata riportata una prestazione di coronarografia e in 3 680 una PTCA. I tassi specifici per età di utilizzo di coronarografia e PTCA per 100 000 abitanti sono riportati nella Figura 1. Il tasso medio di utilizzo per 100 000 abitanti è pari a 167,4 per la coronarografia e a 81,6 per la PTCA.

Nella Figura 2 sono rappresentati i valori per rapporto standardizzato per sesso e classe di età di prestazioni coronarografiche per ciascuna ULSS di residenza. Delle 21 ULSS, 6 si collocano significativamente al di sopra e 6 al di sotto della media regionale.

Come possibili determinanti dell'erogazione di prestazioni di cardiologia invasiva, sono stati esaminati in modello di regressione di Poisson due indicatori di "fabbisogno" (il tasso di ricovero per eventi ischemici cardiaci acuti e tasso di mortalità per IMA 1995-97 standardizzato troncato 35-64 anni) e un indicatore di strutturazione dell'offerta (disponibilità di un laboratorio emodinamico abilitato).

Gli indicatori di "fabbisogno" in questa indagine ecologica risultano debolmente predittivi, mentre la disponibilità di un servizio di emodinamica all'interno

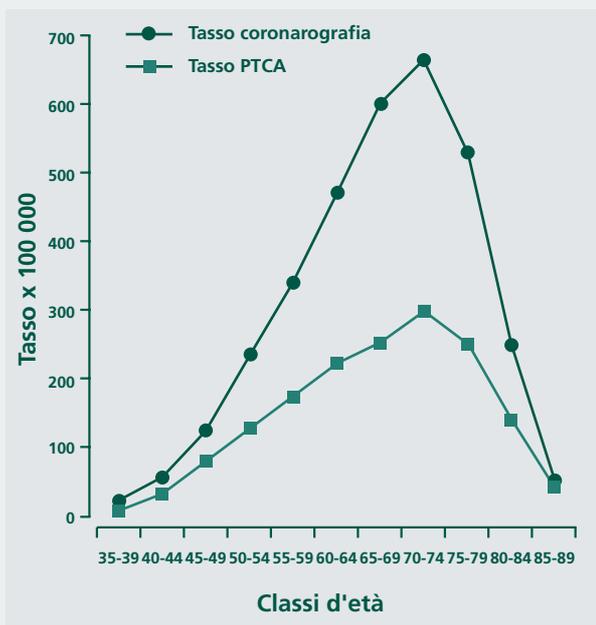


Figura 1 - Tassi di coronarografia e PTCA per classe d'età nella popolazione al di sopra dei 35 anni - Veneto 2000

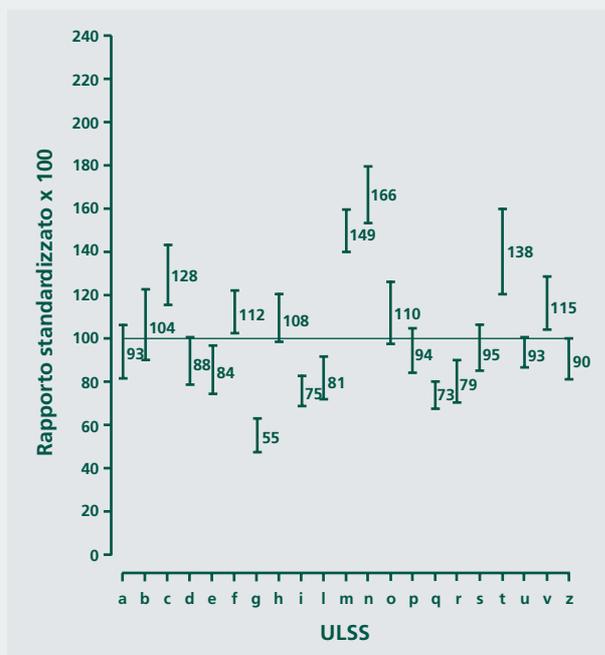


Figura 2 - Rapporto standardizzato e intervalli fiduciali di coronarografia, per ULSS di residenza (media regionale = 100, corrispondente a un tasso di utilizzo medio pari a 167,4/100 000 abitanti) - Veneto 2000

dell'ULSS di residenza spiega - a parità di "fabbisogno" - un maggiore accesso alle prestazioni di cardiologia interventistica (- 22% per la coronarografia, + 34% per la PTCA).

Questo studio, anche se presenta limitazioni relative alla definizione di caso, all'enumerazione degli eventi clinici, alla correttezza della codifica e al disegno, evidenzia un incremento dell'accesso alle prestazioni invasive nelle ULSS fornite di laboratorio emodinamico. Appare comunque raccomandabile la compiuta definizione di un sistema di rete e di un protocollo diagnostico provinciale/zonale al fine di ridurre la potenziale disparità di accesso a sfavore delle ULSS meno dotate di risorse economiche.

L'utilizzo e il miglioramento dei flussi informativi correnti possono migliorare il governo clinico della cardiologia interventistica (1).

Il commento

Carlo Saitto e Carla Ancona

Dipartimento di Epidemiologia ASL, RM E, Roma

L'uso delle SDO nella valutazione dei servizi sanitari è ormai diventato un carattere comune della ricerca epidemiologica in tutti i Paesi, nei quali questo tipo di fonte informativa si è consolidata e ha raggiunto standard accettabili di qualità.

I dati amministrativi vengono raccolti in modo indipendente dalle attività di ricerca e i costi della raccolta non gravano sui modesti finanziamenti generalmente destinati all'epidemiologia valutativa. Quando gli archivi amministrativi sono resi accessibili alla ricerca, notevoli quantità di dati diventano disponibili al solo costo, generalmente contenuto, dell'esplorazio-

ne e dell'analisi. L'uso delle SDO consente inoltre di valutare l'assistenza nelle sue condizioni ordinarie di funzionamento e di basare l'analisi su informazioni che riguardano aree estese del sistema sanitario e talvolta la totalità dei servizi che si intendono studiare.

A questi apparenti vantaggi fa riscontro una diffidenza diffusa dei clinici e più in generale, degli operatori sanitari, rispetto ai risultati di studi osservazionali basati sui dati amministrativi dovuto al fatto che questi dati soffrono di un difetto "costituzionale" di validità interna. A questo si potrebbe opporre un giudizio sugli studi clinici randomizzati controllati, l'abituale standard di riferimento per la ricerca, che soffrono di un difetto "costituzionale" di validità esterna.

Al di là della evidente esagerazione di questo giudizio, il problema della validità esterna sembra a molti meno preoccupante di quello della validità interna; è però certamente vero che il controllo del confondimento, e quindi della validità interna, rappresenta uno dei problemi fondamentali della ricerca valutativa sui servizi sanitari. Per questa ragione, la ricerca valutativa affianca alle tradizionali tecniche di regressione multivariata, un uso crescente di metodi statistici come i modelli multilevel, tecniche bayesiane, propensity score, e instrumental variable analysis.

La solidità dei risultati prodotti da tecniche sempre più raffinate di controllo del confondimento consente una valutazione attendibile dei servizi e rappresenta uno strumento utile alla programmazione sanitaria. In Italia, la SDO è stata usata in studi per la valutazione delle procedure chirurgiche collegate alle malattie cardiovascolari, tra i quali quelli del gruppo sulla rivascolarizzazione coronarica (2) e quello sull'uso della cardiologia invasiva riportato in questo articolo del BEN.

Queste esperienze confermano che un uso attento dei dati amministrativi e una corretta applicazione dei modelli di aggiustamento fornisce evidenze utili alla valutazione comparativa di efficacia, alla descrizione dell'offerta e alla comprensione del ruolo dei determinanti individuali nell'accesso ai servizi. I dati amministrativi rappresentano una risorsa informativa ancora largamente sottoutilizzata.

Riferimenti bibliografici

1. www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/gov_clinico/att_cardio/Dc_c.htm
2. Agabiti N, Ancona C, Forastiere F, et al. Evaluating outcomes of hospital care following coronary artery bypass surgery in Rome, Italy. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003; 23 (4): 599-606.

Comitato editoriale BEN

Donato Greco, Nancy Binkin, Paolo D'Argenio, Paola De Castro, Carla Faralli, Marina Maggini, Stefania Salmaso

Full English version is available at: www.ben.iss.it
e-Mail: ben@iss.it