



RAPPORTO DI EPIDEMIOLOGIA DELL'AREA VASTA VICENTINA



Anno 2006

Indice

L'area vasta di Epidemiologia della Provincia di Vicenza	p. 3
Programma delle attività per il 2006	p. 4
Report del primo anno di attività	p. 7
- Report provinciale Progetto Cure Primarie in PLS	p. 8
- Sintesi della relazione sugli indicatori di qualità ospedaliera	p. 10
- Sintesi Report Screening ULSS Vicentine	p. 12
- Report vaccinazioni ULSS Vicentine	p. 14
- Report provinciale sul decesso a domicilio	p. 16
- Report malattie infettive	p. 18
- Lo studio PASSI: gli stili di vita dei vicentini	p. 20
- Analisi della mortalità nel territorio della provincia di Vicenza nel periodo 2000-2003	p. 22

L'area vasta di Epidemiologia della Provincia di Vicenza

L'area vasta di Epidemiologia della Provincia di Vicenza è una iniziativa collaborativa di coordinamento tra le ULSS Vicentine, istituita a fine 2005 con Delibera del Direttore Generale di ciascuna delle ULSS 3-4 (ULSS coordinatrice) -5 e 6. Essa ha preso avvio all'inizio del 2006 con un censimento delle risorse e delle attività in corso e una proposta di attività che è stata adottata dalle Direzioni Aziendali.

Censimento iniziale delle risorse umane e formative

La ricognizione iniziale (Gennaio-Marzo 2006) ha evidenziato che dal punto di vista organizzativo due servizi erano inquadrati nel Dipartimento di Prevenzione, un servizio presso la Direzione Sanitaria, mentre in un'ULSS, non era ancora costituita una unità specificamente dedicata e l'attività di epidemiologia afferisce in parte al Dipartimento di Prevenzione ed in parte al Coordinamento dei Distretti.

La dotazione di risorse risultava ugualmente molto diversificata: in due Aziende l'attività di epidemiologia era portata avanti da 1-2 medici (per una quota parte del loro tempo di lavoro), che si avvalgono al bisogno della collaborazione di ASV e altre figure professionali. Risultavano più strutturati i servizi delle altre due Aziende ULSS, che comprendevano anche la presenza di figure dedicate sanitarie (Assistente Sanitario/Infermiere) e tecniche (Statistico/Informatico).

In linea generale i servizi aziendali avevano accesso diretto agli archivi informatizzati aziendali relativi alle schede di morte, alle malattie infettive ed alle vaccinazioni (per le quali non vi è tuttavia uno standard informatico condiviso). L'accesso agli altri dati amministrativi di interesse sanitario (Anagrafe assistiti, Schede di Dimissioni Ospedaliere, Prescrizioni farmaceutiche, Specialistica) avveniva in genere in forma mediata tramite il CED/UCG, con l'eccezione di un'ULSS che accedeva direttamente ai datasets.

In ogni ULSS era presente almeno un medico con una formazione specifica post-universitaria di buon livello. In un'ULSS anche il personale statistico aveva una buona formazione specifica post-universitaria. E' stata riconosciuta l'importanza della formazione del personale infermieristico teorica (corsi ISS) e pratica (es. gestione dell'archivio e codifica delle schede di morte, utilizzo pacchetto Office, capacità di ricerca bibliografica), presenti soltanto in un'ULSS.

Attività anno 2006

Sono state svolte nel corso dell'anno sei riunioni. Si è concordato che ciascuna ULSS continui a portare avanti i propri progetti Aziendali di valutazione epidemiologica ed al tempo stesso di individuare alcune attività comuni.

In coerenza con l'inquadramento organizzativo (prevalentemente all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione) e con le esperienze svolte, il programma delle attività di area vasta per il 2006 è stato rivolto principalmente ad attività di prevenzione, promozione e monitoraggio dello stato di salute.

Per ciascuna attività di area vasta sono stati individuati un'ULSS ed un medico referenti. Si è perseguito il pieno coinvolgimento di tutti i servizi aziendali (Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, Unità Operative di Screening, Distretti ecc.) interessati nella fase di disegno dello studio ed in quella di raccolta, analisi e valutazione dei dati.

Vengono riportati nel seguito il programma adottato (Aprile 2006) dalle Direzioni Aziendali ed il report restituito alle stesse nel Gennaio 2007, anonimizzato per la diffusione esterna.

Ulteriori informazioni possono essere richieste al Dr. Mario Saugo (tel. 0445/389298; email: msaugo@ulss4.veneto.it)

Programma delle attività per il 2006

ULSS	Attività	Motivazione	Risorse	Output	Scadenze
3	Sperimentazione questionario 2007 per lo studio PASSI	Il monitoraggio dello stato di salute della popolazione attraverso la realizzazione di interviste campionarie ha attirato grande interesse a livello nazionale e locale. L'obiettivo finale è quello di realizzare nel 2007 una rilevazione in ciascuna ULSS del Vicentino (prevedendo l'incentivazione economica del personale formato)	1 medico (Dr. Ramigni - ca. 100 h.); 3 ASV (ca. 300 h.).	Realizzazione di 200 interviste telefoniche a campione	Interviste in Maggio Report finale in Agosto
3	Report provinciale sulle malattie infettive	La dimensione provinciale consente di dare un più cospicua dimensione di popolazione a malattie "emergenti" come la TBC, la malaria, le nuove infezioni di HIV	1 medico (dr.ssa Mazzetto - ca. 100 h.) 1 ASV (ca. 100 h.)	Report provinciale 2005	Fine anno
3	Report provinciale sulle vaccinazioni	Il monitoraggio delle coperture vaccinali assume grande rilevanza di sanità pubblica in vista dell'applicazione del nuovo calendario vaccinale regionale e dell'attenuazione dell'obbligo vaccinale realizzata in via sperimentale nella nostra Regione	E' richiesta la partecipazione dei SISP aziendali	Report provinciale 2005	Fine anno
4	Monitoraggio Progetto Cure Primarie in PLS	Il Progetto Cure Primarie in PLS (DGR 2602 del 13/09/2005) ha codificato l'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici per alcune comuni patologie dell'infanzia. E' rilevante ai fini aziendali valutare l'impatto a livello provinciale dell'adozione delle linee guida relative alle patologie infettive (FTA, OMA, IVU), nell'anno successivo al recepimento delle Linee Guida all'interno dei Patti Aziendali	1 medico (Dr. Saugo - 50 h.); 1 statistico (50 h.); 1 IP (50 h.). E' richiesta la collaborazione dei CED per estrazioni su dati aggregati di farmaceutica e specialistica	Report provinciale e per le 4 ULSS (2004-1° semestre 2006)	Fine anno
4	Report provinciale sul decesso a domicilio	Il "morire a casa" è un processo assistenziale di grande rilievo etico-sociale e di grande impegno che coinvolge la famiglia, il MMG, il sistema delle cure territoriali. Esso non è correlato soltanto a fattori clinici (es. cancro in fase terminale), ma anche a fattori assistenziali (ampiezza e struttura della famiglia), alla presa in carico (Assistenza Domiciliare Integrata), alle risorse materiali (tipologia dell'abitazione) ed economiche (assistenza a pagamento). In una fase iniziale questi fattori vengono esplorati tramite l'accesso a dati amministrativi, individuali e aggregati.	1 medico (Dr. Saugo - 50 h.), 1 statistico (50 h.); 1 Infermiere (50 h.). E' richiesta la disponibilità delle schede di morte e dei dati del SID-ADI, dove disponibili	Report provinciale 2000-2005	Fine anno
4	Report Provinciale Screening oncologici	La realizzazione di screening oncologici di popolazione richiede l'attivazione di una consistente macchina organizzativa, che si è oggi già consolidata in alcune Aziende, mentre è in fase di avvio in altre. E' di interesse strategico la condivisione delle informazioni con la Lega per la Lotta contro i Tumori, che è il principale agente privato-sociale che offre screening oncologici.	medico (dr. Banovich e dr. Saugo - ca. 100 h.); 1 statistico (ca. 100 h.) E' richiesta la partecipazione delle U.O. screening	Report provinciale 2005	Fine anno

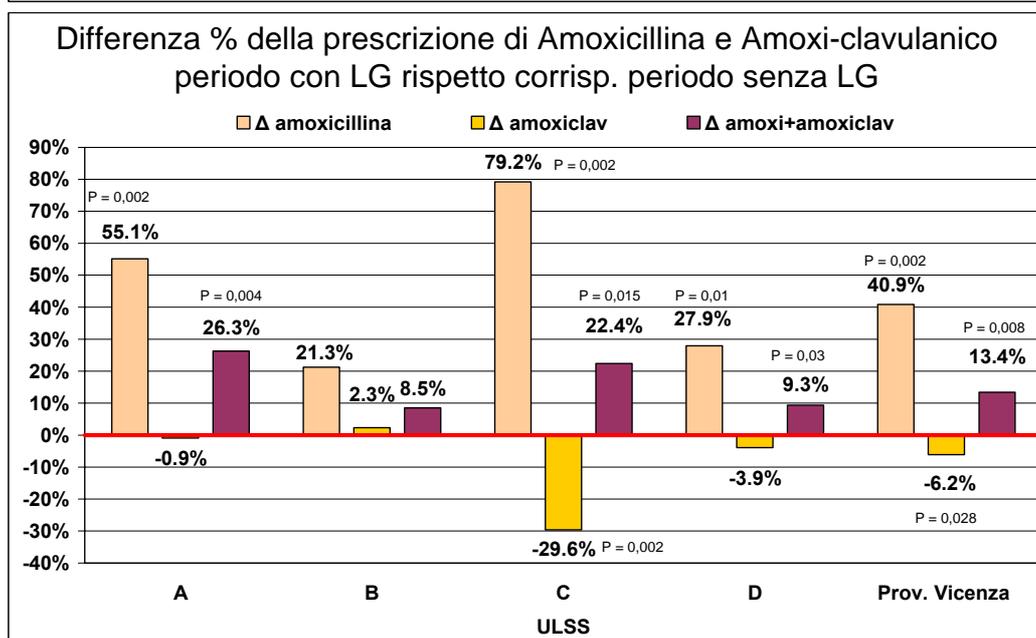
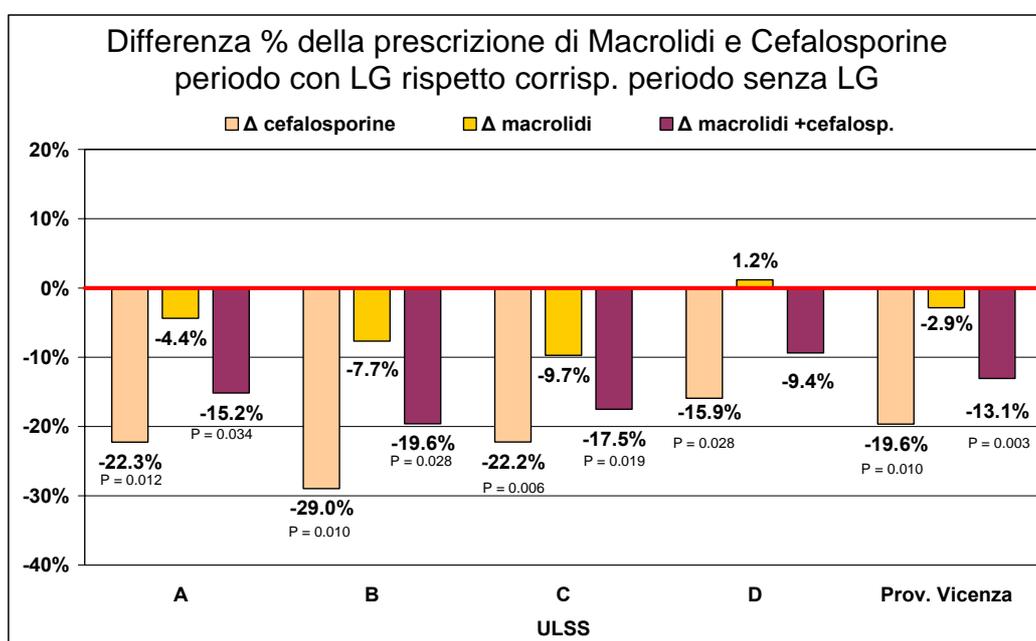
5	Report provinciale sulla mortalità	Il monitoraggio e lo studio della mortalità consentono l'individuazione delle priorità di sanità pubblica. Ci si propone di dare continuità e di approfondire il lavoro proficuamente svolto dai Responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione della Provincia di Vicenza con l'edizione dell'opuscolo "Priorità di sanità pubblica nella Provincia di Vicenza"	1 medico Coordinatore (Dr. Fiorio) 1 Medico epidemiologo (Dr. Pasqualotto – 100 h.) 1 ASV (100 ore) E' richiesto a ciascuna ULSS di caricare le schede di morte 2005 entro il Giugno 2006	Costituzione di un dataset provinciale delle cause di morte 2000-2005. Report provinciale di mortalità 2000-2005	Fine anno
5	Report aziendale-tipo sulla mortalità	Le conferenze dei Sindaci, i Sindaci ed i comitati dei cittadini spesso richiedono dati aggiornati sulla mortalità generale e per singole cause. E' di grande importanza predisporre routines di elaborazione dati e schemi-tipo di reportistica che possano fornire una adeguata risposta di primo livello rispetto alle richieste ed alle preoccupazioni di cui vengono frequentemente investiti i Dip.ti di Prevenzione delle Aziende	1 medico (Dr.ssa Destefani – 200 h.); 1 ASV (200 ore)	Report aziendale di mortalità 2000-2005 per le Aziende ULSS 3-4-5-6	Fine anno
6	Primo rapporto epidemiologico sulle attività di ospedalizzazione nella Provincia di Vicenza	L'utilizzo principale delle schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) è stato fin qui principalmente legato al controllo dell'efficienza produttiva (durata della degenza), al monitoraggio della complessità della casistica trattata (DRGs) ed al monitoraggio dei flussi di produzione (mobilità attiva e passiva, anche ai fini della compensazione). L'utilizzo epidemiologico delle ha ricevuto in tempi più recenti grande interesse con tre principali focalizzazioni: - monitoraggio e sorveglianza dello stato di salute (es. profilo di salute della popolazione, morbosità ospedalizzata) - monitoraggio dei processi di cura aziendale - monitoraggio degli eventi avversi e delle ospedalizzazioni evitabili.	1 medico (Dr. Turra – 300 h.) E' preliminarmente richiesta la collaborazione dei CED Aziendali per l'estrazione di dati aggregati, sulla base di griglie predefinite	Report provinciale 2004-2005	Primavera 2007
6	Progetto pilota di ricerca "Analisi del rischio" per la valutazione della sicurezza alimentare nel sistema di controlli	Integrare le attività ispettive, l'HACCP e la sorveglianza epidemiologica relativi alla sicurezza alimentare con il metodo scientifico dell'analisi del rischio	Medici del SISP e del SIAN, veterinari del SIAOA delle ULSS del Vicentino Consulenti esterni	Report con i risultati del progetto pilota	Dopo 24 mesi dall'inizio del progetto

Report sul primo anno di attività

Report provinciale Progetto Cure Primarie in PLS

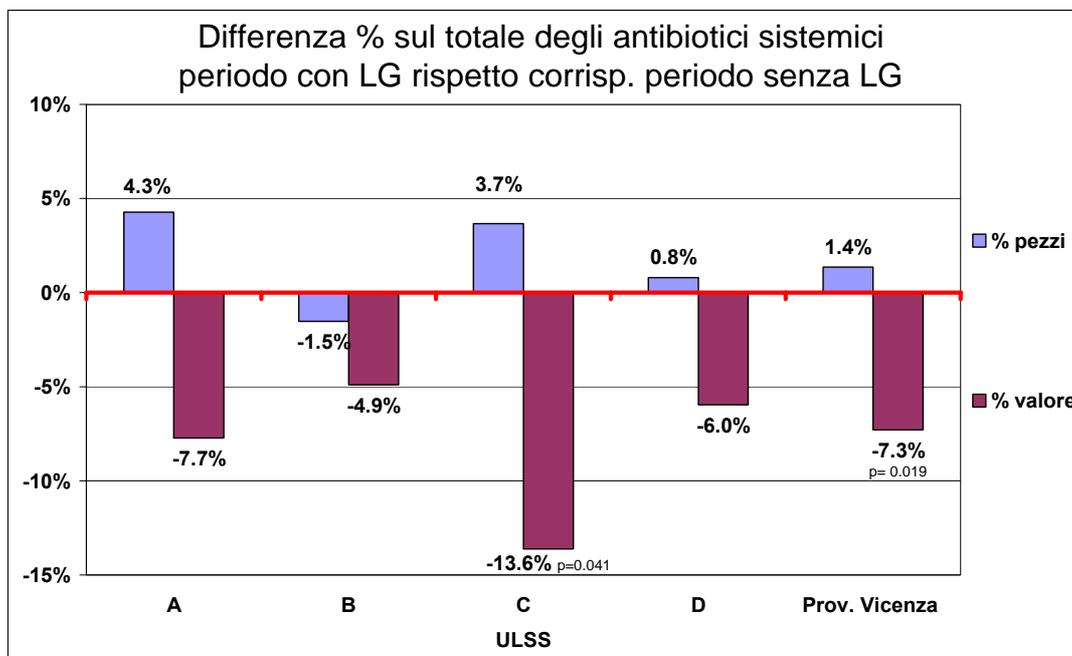
La Delibera DGRV n. 621 del 12 MARZO 2004 ha definito le modalità di attuazione del Progetto Cure Primarie (**percorsi diagnostico-terapeutici relativi alle più comuni malattie affrontate in ambulatorio di PLS**: Asma e allergie, Bambino Febbrile, Faringotonsillite (FTA), Broncopolmonite Acuta (BPN), Otite Media Acuta (OMA), Infezione Vie Urinarie (IVU). Ad esempio per la FTA era prevista l'applicazione ambulatoriale di un test rapido, che consentiva di selezionare i casi da sottoporre a trattamento antibiotico, mentre per la OMA era prevista nei casi dubbi l'esecuzione di un esame strumentale e per tutti i casi diagnosticati un atteggiamento di "watchful waiting" – trattamento con soli antipiretici nei primi 2-3 giorni. Il trattamento delle infezioni prevedeva l'utilizzo di antibiotici di primo livello (amoxicillina o amoxicillina-clavulanico).

Tutte le ULSS Vicentine hanno inserito il Progetto Cure Primarie nel Patto Aziendale con i PLS tra il 2004 ed il 2005, selezionando Linee Guida afferenti alle infezioni batteriche. Le successive figure mostrano l'impatto (12 mesi precedenti vs. 12 mesi successivi) dell'adozione delle Linee Guida sui consumi antibiotici nella popolazione in età di obbligo pediatrico (0-5 anni). Si rileva in tutte le ULSS una **diminuzione di 1/5 della prescrizione di cefalosporine e macrolidi** (antibiotici di seconda scelta per il trattamento delle comuni infezioni batteriche).



La prescrizione di amoxicillina (antibiotico indicato come di 1° scelta per FTA, OMA e BPN sotto i 5 anni) mostra pure un aumento considerevole, ma più disomogeneo (in media di 1/3 sull'intera Provincia), con ottimi risultati nell'ULSS C (dove sostituisce l'associazione amoxicillina-clavulanico).

L'impatto complessivo sulla prescrizione di antibiotici è neutro, e quindi da questo punto di vista l'introduzione della diagnostica ambulatoriale non ha dimostrato un impatto sul livello complessivo di prescrizione (che è influenzato ovviamente anche da eventi esterni, come l'intensità dell'epidemia influenzale nei diversi anni), mentre **la spesa è diminuita del 7%** per l'effetto della sostituzione (per un valore complessivo di circa 90.000 Euro)



Nell'ULSS C la diminuzione relativa della spesa è molto più consistente (circa il 14%) – praticamente nell'anno successivo all'adozione delle LG è saltato un intero mese di prescrizione antibiotica in questa importante fascia d'età. Complessivamente il costo del progetto è stimabile in Euro 2.54/bambino in età 0-5 anni, computando sia il costo di sottoscrizione del Patto (Euro 3.10), il costo delle Prestazioni aggiuntive di Particolare Impegno (Euro 1.24), sia il risparmio sul consumo di antibiotici (Euro 1.80).

Oltre ai vantaggi economici, si è rilevato una transizione dalla **diagnostica di 2° livello** (esame colturale), che è **diminuita del 25%** a favore della diagnostica ambulatoriale. Un risultato difficilmente monetizzabile ma importante per la sanità pubblica è il contenimento dell'utilizzo dei principi attivi antibiotici, che consente di limitare nel tempo la diffusione della farmacoresistenza.

Questo progetto epidemiologico ha consentito di realizzare in maniera compiuta una **attiva partecipazione interdisciplinare** dei Responsabili delle U.O. Materno-Infantili e dei Servizi Farmaceutici delle quattro ULSS e di **fornire elementi concreti e misurabili di valutazione al confronto contrattuale con i PLS.**

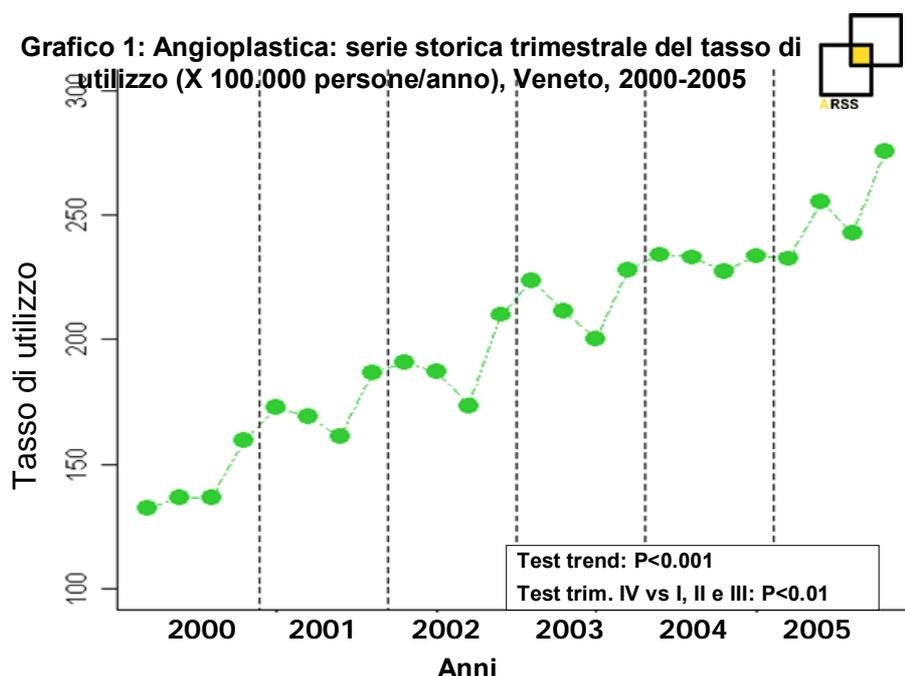
Sintesi della relazione sugli indicatori di qualità ospedaliera

L'ULSS n° 6 Vicenza ha contribuito alle attività dell'Area Vasta per l'epidemiologia partecipando alla realizzazione dello studio degli indicatori di qualità ospedaliera svolto dall'Agenzia Regionale Socio-Sanitaria della Regione Veneto (ARSS). Questa istituzione infatti ha anche il mandato di "...elaborare, individuare e definire strumenti volti a verificare la qualità dei servizi e delle prestazioni socio sanitarie e ... di controllare la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate nell'ambito del servizio socio sanitario regionale". Il Dr Roberto Turra ha contribuito per quanto riguarda le competenze epidemiologiche alla elaborazione, assieme al personale dell'ARSS, di un insieme di indicatori di esito e processo relativi ai servizi sanitari della Regione Veneto in ambito sia ospedaliero sia territoriale. Gli indicatori elaborati derivano da un programma denominato "Indicatori di Qualità" dell'Agenzia Federale degli USA per la qualità e la ricerca in sanità [Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Quality Indicators (QIs)] e si basano su dati di routine, cioè le schede di dimissione ospedaliera (SDO) senza linkage ad altri archivi. Un primo risultato nella realizzazione di questo lavoro è stato il Convegno "Indicatori di qualità del Servizio Sanitario del Veneto" organizzato dall'ARSS il 30 novembre 2006.

Questo progetto relativo agli **indicatori di qualità** si propone di mettere a disposizione di gestori e di clinici, regionali e locali, informazioni affidabili su aspetti cruciali riguardanti l'attività di erogazione di prestazioni nel setting ospedaliero, a sostegno di decisioni strategiche per il miglioramento della qualità dei servizi.

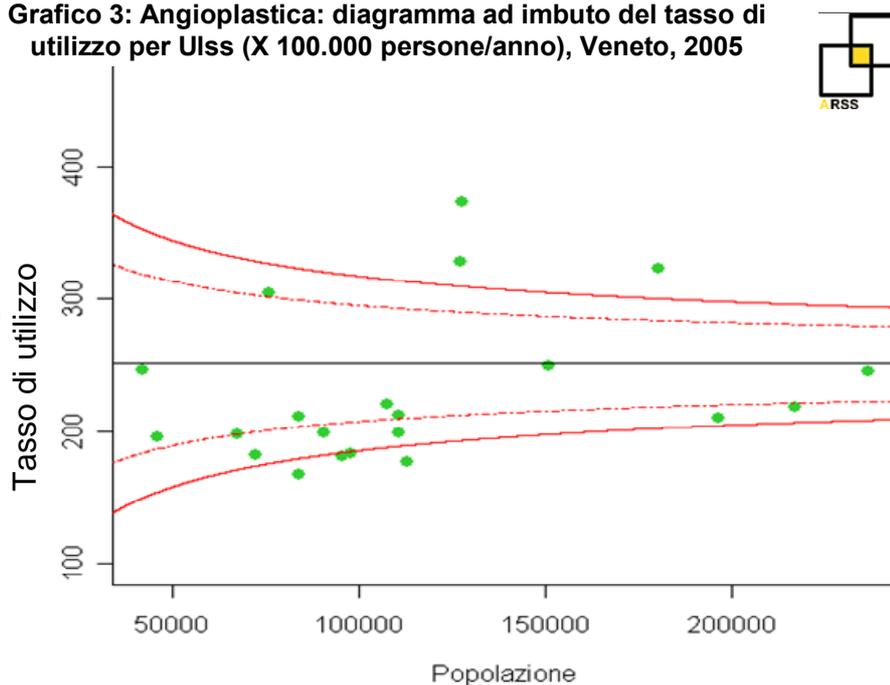
Le decisioni sui passi successivi da fare per l'utilizzo più proficuo dei riscontri ottenuti verranno prese in prima istanza con il contributo di amministratori e clinici.

Alcuni esempi di riscontri ottenuti, limitati ad alcuni dei numerosi indicatori calcolati, sono descritti nelle figure successive. Per quanto riguarda interventi importanti, come l'angioplastica, viene descritta l'evoluzione nel tempo del volume di attività complessivo regionale, con test statistici che valutano la significatività sia del trend sia della ciclicità stagionale, come rappresentato nel grafico seguente.

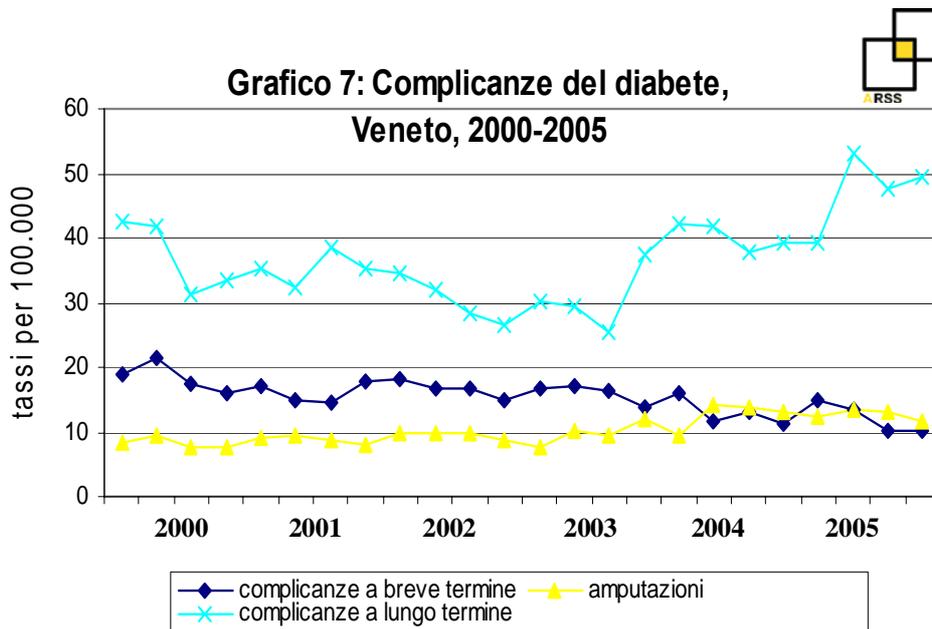


Viene anche illustrata l'ampiezza della **variabilità fra le diverse ULSS** nella frequenza di utilizzo dell'intervento: l'utilizzo del *diagramma ad imbuto* permette di individuare le ULSS che presentano valori dell'indicatore non compatibili con le oscillazioni casuali entro il sistema regionale (le linee di color rosso del diagramma), segnalando in tal modo ad amministratori e clinici una probabile criticità su cui indagare più approfonditamente.

Grafico 3: Angioplastica: diagramma ad imbuto del tasso di utilizzo per Ulss (X 100.000 persone/anno), Veneto, 2005



Alcune condizioni sono state individuate come “**patologie sensibili alle cure territoriali**”: le ospedalizzazioni causate da tali patologie sono pertanto, almeno in parte, prevenibili con una migliore qualità delle cure presso i servizi territoriali. Il grafico sottostante esemplifica l’andamento nel tempo del gruppo delle patologie diabete-correlate:



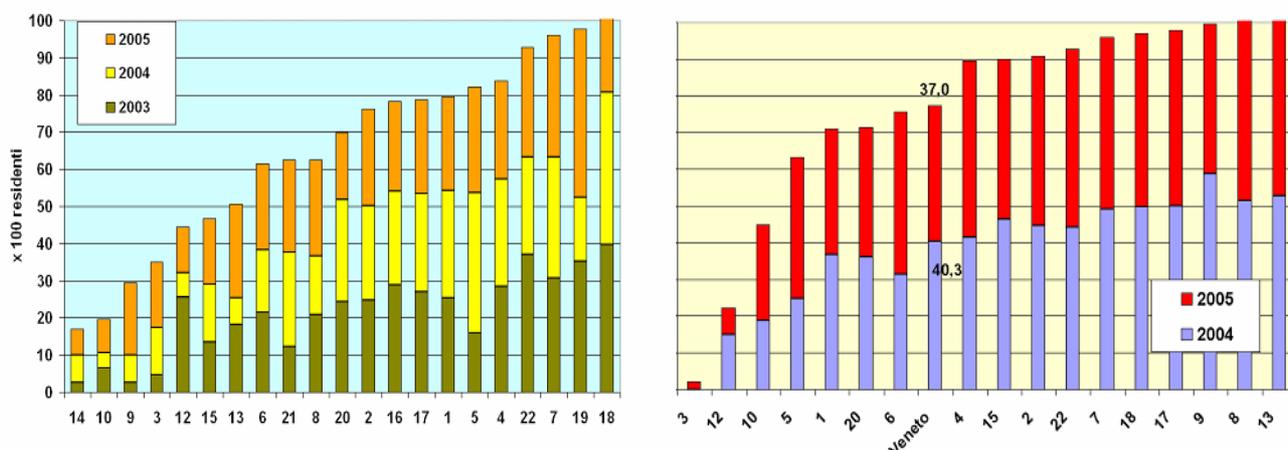
Tra gli allegati è disponibile la relazione completa preparata dal Dr Gnesotto e dal Dr Turra sui principi, metodi, procedure e riscontri concernenti gli indicatori di qualità. Nella relazione non sono presenti elaborazioni (grafici, diagrammi) riguardanti l’Area Vasta Vicentina, ma queste saranno rese disponibili entro le prossime settimane.

Sintesi Report Screening ULSS Vicentine

Non è stato possibile nel corso del 2006 produrre un report provinciale sugli screening; i dati qui riportati sono desunti dalla relazione regionale prodotta dal Registro Tumori del Veneto.

I programmi di screening dovrebbero avvicinarsi ad invitare la quasi totalità della popolazione eleggibile, cui dovrebbero essere proposti un pap-test ogni 3 anni (donne di 25-65 anni) e di una mammografia ogni 2 anni (donne di 50-69 anni) ed un test per sangue occulto nelle feci (uomini e donne fra 50 e 70—74 anni), come indicato nelle recenti linee-guida ministeriali. Per completare un "round" di screening devono quindi essere invitate ogni anno 1/3 delle donne eleggibili per il pap-test e 1/2 di quelle che si devono sottoporre a mammografia; si tratta di un compito indubbiamente gravoso che comporta una riconversione dei servizi diagnostici ad accesso "spontaneo" e l'organizzazione di una centrale organizzativa per le prenotazioni, gli spostamenti degli appuntamenti e la risposta alle domande delle utenti. Due delle 4 ULSS del vicentino mostrano già una buona estensione dei programmi di screening citologico e/o mammografico, che risultano anche in espansione, con il risultato di assicurare una maggiore equità nell'accesso a prestazioni di riconosciuto valore sanitario e di razionalizzare il consumo di risorse umane e diagnostiche notoriamente scarse. L'estensione dell'invito è quindi la fondamentale misura dell'offerta e di accessibilità allo screening.

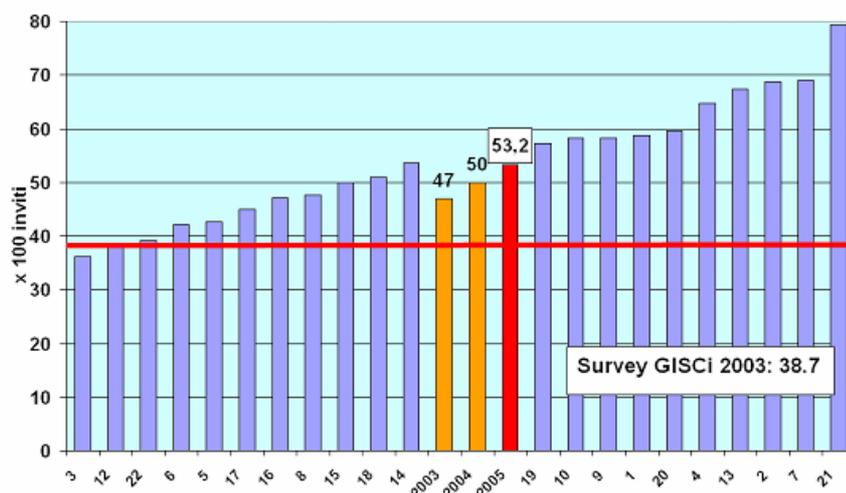
Estensione degli inviti per il pap test (a sx.) e la mammografia (a dx.) nelle ULSS del Veneto



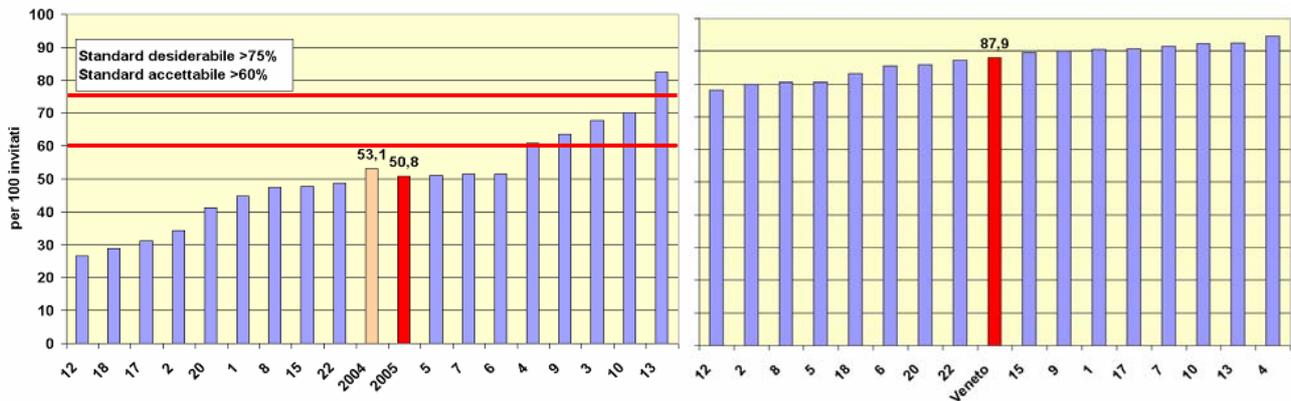
L'estensione dei programmi risulta in realtà un po' più elevata di quanto riportato nelle figure precedenti, perché una quota della popolazione non è eleggibile per effettuazione recente dell'esame o precedente intervento chirurgico.

L'adesione all'invito allo screening è influenzata - tra le altre cose - dal grado di affidabilità percepito dalle utenti e dalla flessibilità organizzativa che il programma riesce ad assicurare.

Adesione corretta ai programmi di screening citologico nelle ULSS del Veneto



Adesione corretta allo screening mammografico nelle ULSS del Veneto (primi esami – a sx., esami successivi a dx.)



Stante l'obiettivo di copertura per lo screening citologico dell'85% (comprendendo sia i pap-test di screening che extra-screening, quest'ultimi molto influenzati dagli specialisti ginecologi), per una valutazione dell'adesione è utile il confronto con la media della Regione Veneto (53% nel 2005) e quella nazionale (survey del Gruppo Italiano sullo Screening Citologico – GISCI - 38.7% nel 2003).

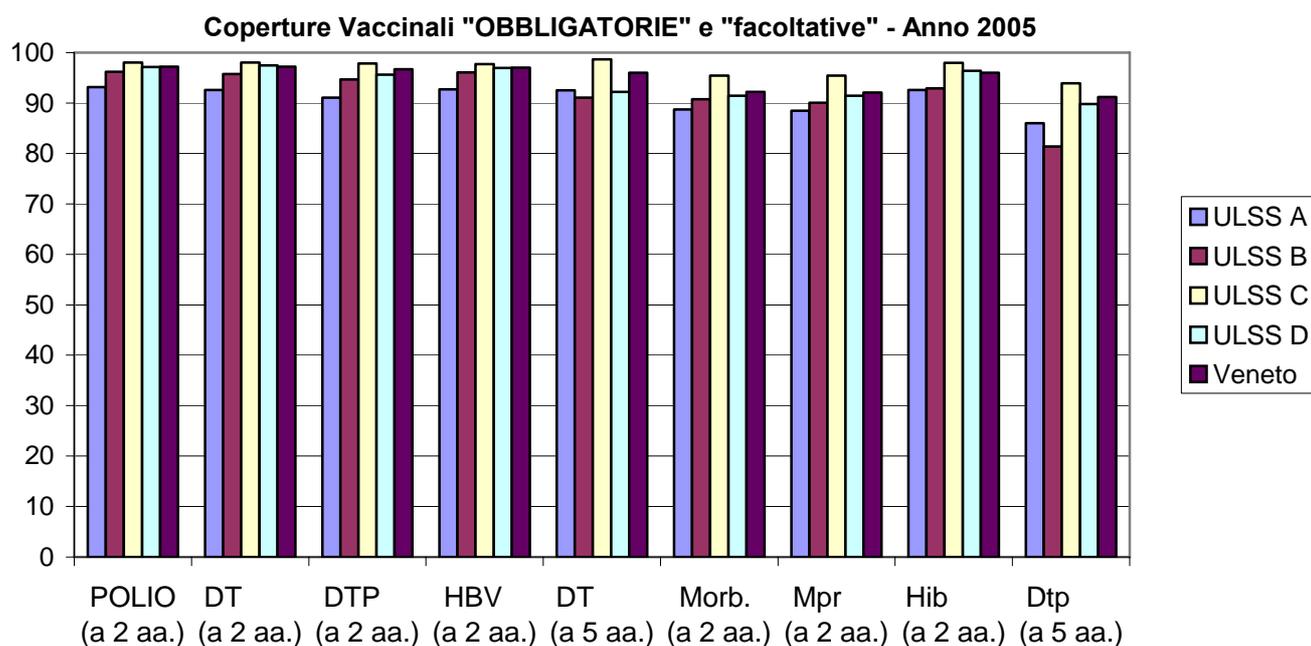
Per la **mammografia** il Gruppo Italiano sullo Screening Mammografico (GISMa) ha individuato degli **standard di accettabilità (60%) e desiderabilità (75%)**. Per il conseguimento di elevati tassi di partecipazione, è critica la gestione degli appuntamenti e l'offerta di orari di apertura accessibili; è difficile assicurare questi requisiti a fasce di popolazioni molto consistenti. L'adesione ai rounds successivi è sempre superiore all'80% nelle ULSS del Vicentino. Questi risultati testimoniano un elevato gradimento ed una "fidelizzazione" verso il servizio. Anche il livello di adesione agli esami di approfondimento è molto importante perché impone una profonda riorganizzazione dei servizi di secondo livello (citologia con agoaspirato, biopsia) ed una collaborazione interdisciplinare tra radiologo, chirurgo, patologo ed oncologo, di cui beneficiano direttamente tutte le donne che devono essere sottoposte ad intervento per Cancro della mammella.

L'avvio dei programmi di screening del Cancro del colon-retto nella nostra Provincia fa data al 2004, e riguarda attualmente 3/4 Aziende del Vicentino (15/21 in Regione), con risultati di adesione al test di ricerca del sangue occulto nelle feci molto buono ovunque e con dati di detection rate per cancri ed adenomi ad alto rischio molto significativi. Nell'Ulss n.4 è già stato avviato il secondo round: il primo si è concluso con un'adesione del 75% e l'individuazione di quasi 100 neoplasie e 650 adenomi ad alto rischio.

Lo screening mammografico può ridurre del 30% la mortalità per il Cancro alla mammella (circa 1000 casi/anno nella Provincia nella fascia eleggibile) mentre lo screening del Cancro del colon-retto può diminuire la mortalità almeno del 20% (circa 1500 casi/anno). Lo screening citologico e quello di ricerca del sangue occulto nelle feci possono inoltre ridurre drasticamente la stessa insorgenza del tumore. Per motivi di sanità pubblica, ma anche per il consenso ed il favore manifestato dai cittadini/utenti è quindi importante sviluppare e monitorare la diffusione e la qualità dei programmi di screening.

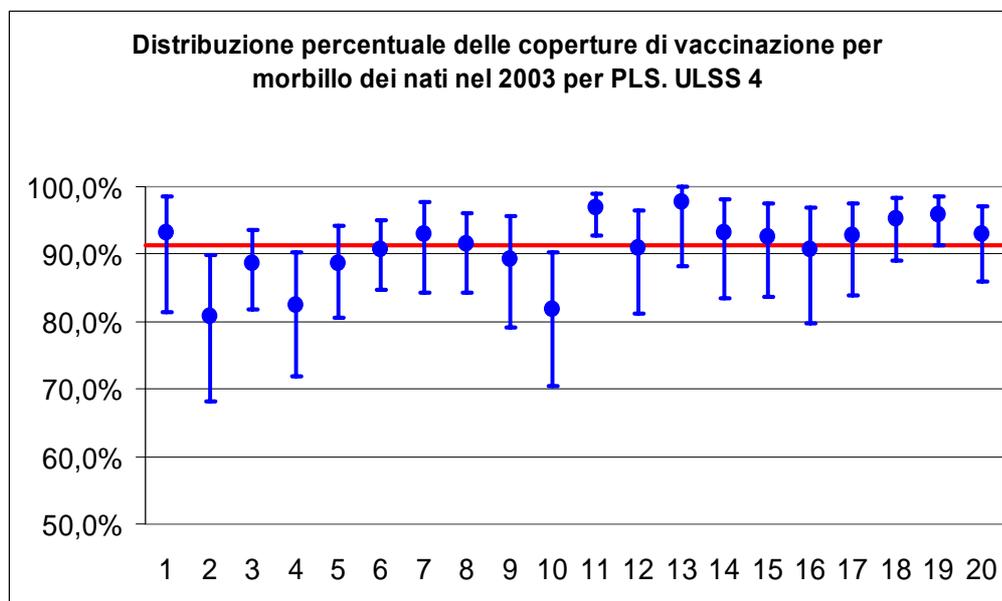
La recente effettuazione dello studio PASSI (cui hanno partecipato 3 su 4 ULSS del Vicentino) offre un punto di vista complementare sull'accesso agli screening, rilevata attraverso l'intervista diretta agli utenti. Questo ha consentito di documentare – oltre agli apprezzamenti ed alle aspettative degli utenti – la presenza di una non trascurabile offerta di screening citologico e mammografico da parte di strutture del privato-sociale (es. Lega Tumori), che può essere interpretato dalle Aziende come una risorsa a disposizione per migliorare disponibilità, organizzazione e qualità del servizio di diagnosi precoce del cancro in Provincia di Vicenza. Questi aspetti sono stati almeno in parte indagati in occasione del recente studio PASSI sugli stili di vita ed i comportamenti preventivi, che è stato effettuato in 3 ULSS del Vicentino (l'intervista telefonica prevedeva anche una batteria di domande sugli screening) ed è sintetizzato più avanti.

Report Vaccinazione ULSS Vicentine



Le coperture vaccinali pediatriche sono complessivamente in linea con gli standard regionali. Le coperture vaccinali saranno influenzate a partire dal 2006 dal nuovo calendario vaccinale e a partire dal 2008 dalla sospensione dell'obbligo, che vedrà il Veneto come Regione pilota a livello nazionale. Già oggi le vaccinazioni facoltative (in minuscolo) mostrano buone coperture, quasi sempre >90%. Uno strumento importante per il monitoraggio è costituita dagli archivi vaccinali informatizzati, attualmente presenti in 2/4 ULSS.

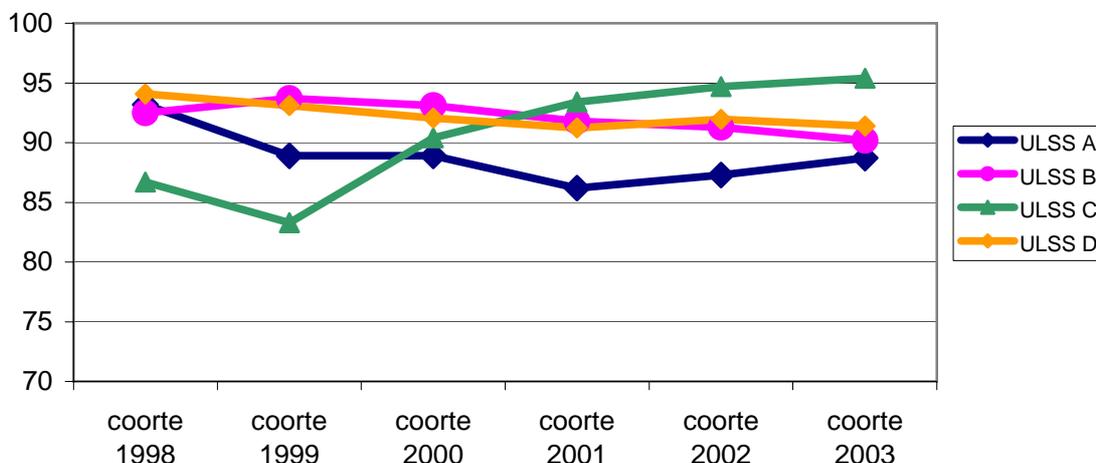
I PLS hanno un ruolo importante per il rapporto fiduciario e continuativo che instaurano con le mamme; le coperture vaccinali possono utilemente essere ricomprese tra gli obiettivi di governo clinico concordati tra Aziende e PLS (Patti Aziendali applicativi del recente Accordo Regionale 2006).



E' necessario aumentare i livelli di comunicazione con il pubblico: il 68% delle mancate vaccinazioni antipolio (con vaccino ucciso, quindi non in grado di causare malattia vaccinale) è dovuto al convincimento personale dei genitori. Questa opposizione culturale è più forte nelle ULSS A e B, e ne spiega in parte le performance meno brillanti, con spostamenti piccoli ma statisticamente significativi. E' anche importante mantenere livelli elevati di formazione e partecipazione del personale vaccinatore.

Complessivamente i risultati delle campagne vaccinali antimorbillo mostrano un calo nel corso degli anni ed è noto che al di sotto del 90% di copertura (livello previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione Attiva) diventa probabile l'insorgenza di piccole epidemie locali.

Coperture antimorbillo a 2 anni (media regionale 92.2%)



Le nuove generazioni di genitori hanno perso l'esperienza e la memoria di importanti malattie la polio, la pertosse. L'opposizione alla vaccinazione antitetanica (non diffusiva e quindi di interesse per la singola persona, piuttosto che per la comunità) è tuttavia ancora rara, anche tra le famiglie che aderiscono a pratiche e approcci non convenzionali alla cura della salute. Vi è quindi uno spazio per il dialogo ed il convincimento (che richiedono un tempo ed un contesto adeguato) e per un grande lavoro comunicativo multiculturale per mantenere livelli di copertura adeguati verso malattie infettive divenute rare. Un adeguato sistema di rilevazione, gestione e comunicazione sulle reazioni avverse da vaccino costituisce un importante elemento di credibilità agli occhi dell'utenza.

Le Regione Veneto ha posto come target per la vaccinazione antinfluenzale negli ultra65enni il livello del 70%, che viene raggiunto in quasi tutte le ULSS del Vicentino. Il raggiungimento delle categorie a rischio (vero target specifico delle complicanze della malattia) è più difficile da stimare, richiedendo un investimento metodologico considerevole per un'estrazione omogenea dei pazienti (es. diabetici) dagli archivi correnti delle Aziende (SDO, farmaceutica, esenzioni).

Copertura antinfluenzale 2005

Vaccinazione	ULSS A	ULSS B	ULSS C	ULSS D
Influenza	67.8	71.4	70.8	68.6

Aree di miglioramento che sono affrontabili attraverso una collaborazione interaziendale sono: la comunicazione con il pubblico (sui media, in ambulatorio, sfruttando reti informali), l'informatizzazione dei servizi vaccinali ed il coinvolgimento dei PLS attraverso gli strumenti della contrattazione aziendale.

Le vaccinazioni sono di gran lunga gli interventi sanitari più costo-efficaci; data la capillarità e tradizione che possiedono nel nostro paese rappresentano certamente "il biglietto da visita" della sanità pubblica per il cittadino utente.

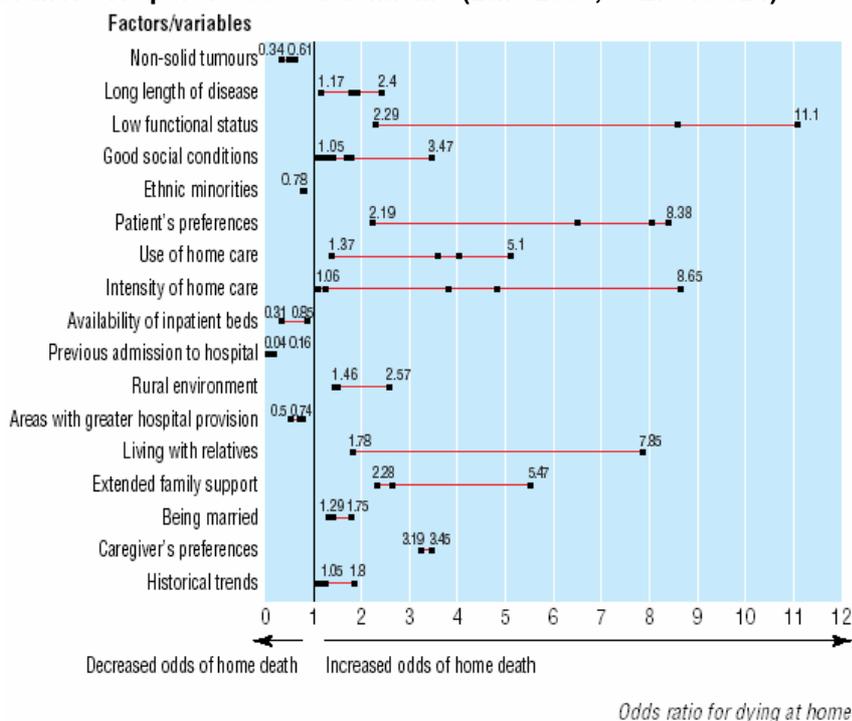
Report provinciale sul decesso a domicilio

La casa generalmente viene vissuta come quel luogo in cui si può esprimere al meglio la propria identità personale, entro spazi familiari, con la presenza di persone care, occupandosi delle normali attività quotidiane, e questi sono i motivi per cui dalla letteratura emerge che molto più della metà delle persone affette da malattie progressive esprime il desiderio di morire a casa.

Molte nazioni hanno fatto e stanno facendo interventi per aumentare il sistema dell'offerta di assistenza domiciliare, ma a dispetto di ciò dati preliminari riportati nell'analisi sulle cure palliative effettuata dall'OMS nel 2004 evidenziano che in paesi come USA, Gran Bretagna, Svizzera, Germania, Francia la maggior parte delle persone muore in ospedale, e che in alcuni casi, come ad esempio la Gran Bretagna, la proporzione dei decessi a casa presenta un trend decrescente.

I motivi del gap che esiste tra le preferenze e ciò che di fatto accade non sono ben conosciuti, a causa della frammentarietà della ricerca e di risultati talora contrastanti, anche se una recente revisione sistematica della letteratura sui fattori influenzanti il decesso a domicilio dei pazienti terminali con cancro, ne evidenzia alcuni per i quali vi è un elevato livello di evidenza di associazione forte con la morte a domicilio; tra questi vi sono la preferenza del paziente e dei suoi caregivers per il decesso a domicilio, il basso livello funzionale del paziente, l'utilizzo dell'assistenza domiciliare, l'intensità dell'assistenza domiciliare, la presenza di famigliari conviventi, le dimensioni della rete famigliare disponibile (**graf.1**)

Graf.1: ORs per decesso a domicilio (BMJ 2006; 332: 515-521)



Con queste premesse, lo studio sui decessi a domicilio nella provincia di Vicenza si è prefisso di

1. Rilevare la quota di decessi che avviene a domicilio nella provincia di Vicenza ed in ciascuna ULSS della provincia, monitorandone l'andamento nel tempo
2. Esplicitare i determinanti (ambientali, familiari, assistenziali, clinici, ...) che influenzano il decesso a domicilio nella provincia di Vicenza

Per quanto riguarda i vari step previsti per le analisi dei dati locali, secondo quanto programmato si è per ora conclusa la parte relativa alle analisi generali sul quinquennio 2000-2005, mentre è ancora in corso quella di dettaglio sul 2005.

Di seguito si riportano in maniera sintetica alcuni dei risultati ottenuti:

tab.1: decesso a domicilio – differenze tra aziende (periodo 2000-2005)

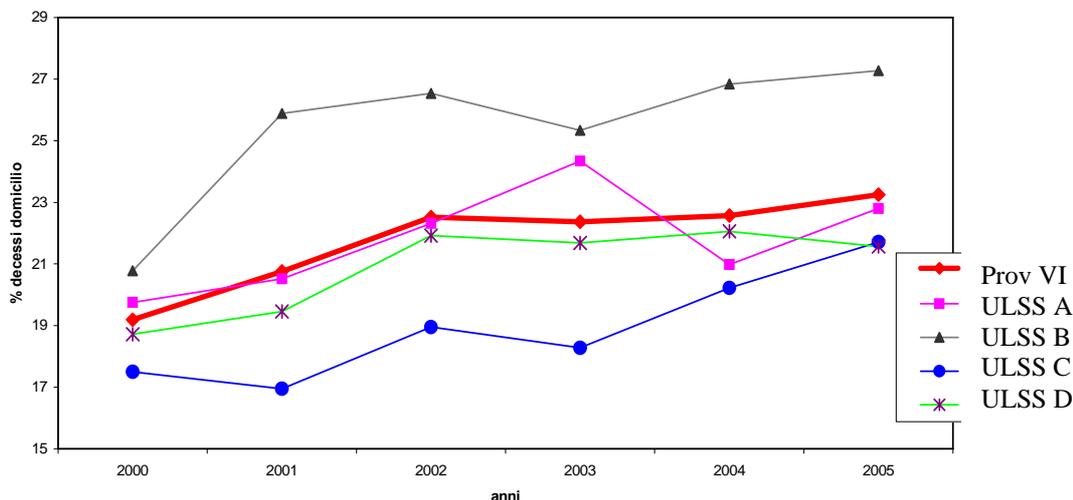
AZIENDE	N° deceduti a domicilio	% dei decessi per causa naturale	OR (IC ₉₅)
A	1.689	21.81	1.00
B	2.326	25.44	1.22 (1.14-1.31)
C	1.439	18.96	0.84 (0.77-0.91)
D	2.832	20.90	0.94 (0.88-1.01)

Nel periodo 2000-2005 si sono verificati nella provincia di Vicenza 41.522 decessi, di cui 40.075 per causa naturale; di essi il 20,7% risultano avvenuti a domicilio. Per quanto riguarda le differenze tra le 4 ULSS della provincia (**tab.1**), si osserva una percentuale di decessi a domicilio che non differisce in modo significativo per le

aziende A e D, mentre è significativamente superiore per l'ULSS B ed inferiore per l'ULSS C; L'analisi dei trend temporali evidenzia nel periodo 2000-2005 un progressivo, anche se non uniforme, incremento della percentuale dei decessi a domicilio .

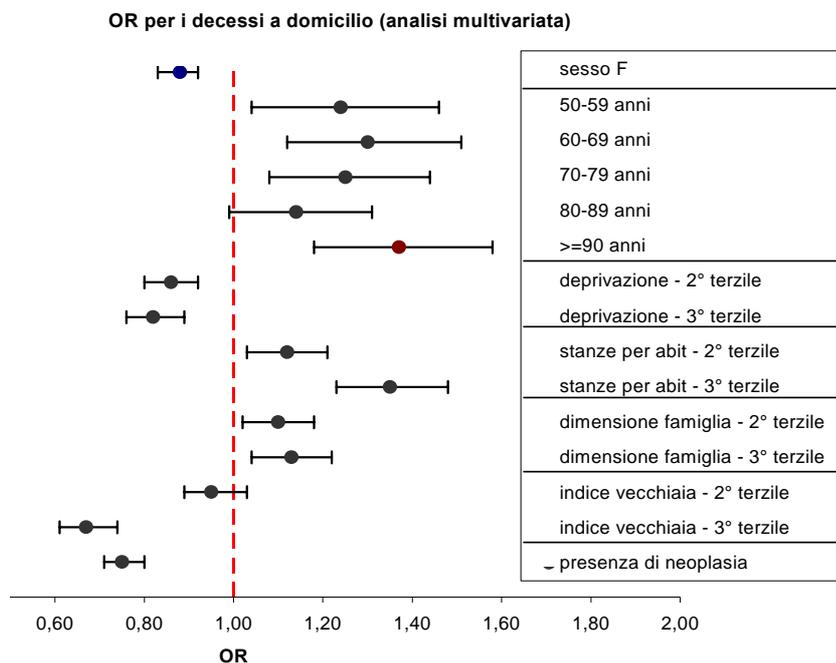
Per quanto riguarda i fattori che influiscono nell'aumentare in modo significativo la probabilità di morte a domicilio, sono state effettuate analisi sull'insieme dei decessi per tutte le cause (graf.3) e sul sottoinsieme di decessi per patologia neoplastica avvenuti nel periodo 2000-2005; approfondimenti specifici sono stati condotti inoltre per singole patologie o raggruppamenti di patologie sia neoplastiche che non.

Graf.2: % decesso a domicilio – andamento temporale nelle 4 aziende provinciali (periodo 2000-2005)



Tali analisi hanno messo in luce come variabili individuali che aumentano in modo significativo la probabilità di morte a domicilio sull'insieme dei decessi, il sesso maschile, l'età via via crescente e la causa di morte non legata a neoplasia; il sesso risulta invece non avere una influenza significativa sulla probabilità di decesso a domicilio per il sottoinsieme di decessi dovuti a patologia neoplastica. Per le 3 aziende che avevano disponibile anche il dato individuale dello stato civile e della scolarità (ULSS A, C, D) l'analisi ha evidenziato come l'essere o essere stato coniugato, nonché la maggiore scolarità aumentano la probabilità di morte a domicilio sia nell'insieme dei decessi che nel sottoinsieme decessi per tumore. La probabilità di morire a casa aumenta in modo significativo e indipendente nei comuni con basso indice di deprivazione (comuni più ricchi), con migliori spazi abitativi (> numero di stanze per abitante), con maggiori dimensioni famigliari e minor indice di vecchiaia.

Graf. 2: odds ratio per decesso a domicilio (analisi multivariata) – tutti i deceduti per causa naturale(anni 2000-2005)



Tra le cause di decesso non neoplastiche, quelle che si associano ad una maggiore probabilità di morire a casa sono risultate il diabete, gli esiti di ictus, le cardiopatie croniche con esclusione dello scompenso, l'aterosclerosi, la BPCO, lo scompenso di cuore, le demenze e il Parkinson. Tra le cause neoplastiche di decesso quelle che si associano ad una maggiore probabilità di morire a casa sono risultate i tumori della prostata, dell'encefalo, della mammella, del rene, del digerente e delle vie urinarie.

Al di là dell'interesse di studio, non può sfuggire il grande rilievo etico, sociale, organizzativo e programmatico di una riflessione sul "morire a casa".

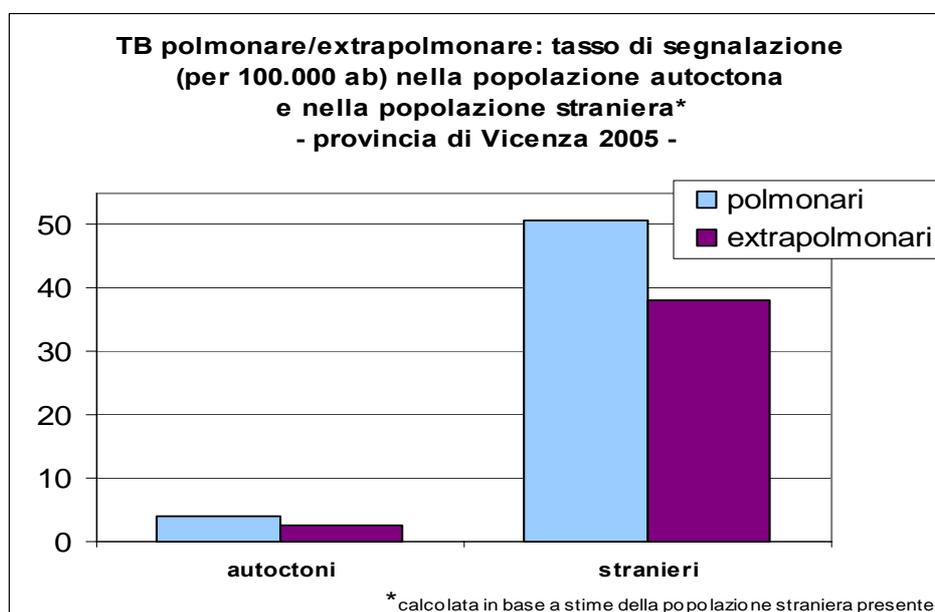
Report malattie infettive

Attraverso una stretta collaborazione dei responsabili dei servizi di profilassi delle malattie infettive delle ULSS della Provincia di Vicenza è stato possibile per la prima volta avere una visione d'insieme sulla diffusione delle principali malattie sottoposte a notifica ai fini del controllo di sanità pubblica, pur facendo presente che il sistema di segnalazione delle malattie infettive è diffusamente penalizzato dal fenomeno della sottonotifica. In **Tab. 1** sono riportati i tassi Provinciali e regionali delle più importanti malattie vaccinali o diffuse.

Tab 1. Provincia Vicenza: n° segnalazioni e tassi di segnalazione per alcune malattie infettive (per 100.000 abitanti) anno 2005 con confronto regionale

	malattia	Provincia Vicenza 2005				VENETO2004
		N° segnalazioni	tasso segnalazione	lim. Inf. 95%	lim. Sup. 95%	tasso segnalazione
Malattie vaccinali	epatite A	10	1.2	0.99	2.23	2.27
	epatite B	19	2.3	2.07	3.61	2.08
	meningite Hib	0	0.0	-	-	0.0
	meningite Meningococco	5	0.6	0.41	1.44	0.32
	morbillo	3	0.4	0.21	1.24	0.21
	parotite	46	5.5	5.27	7.34	3.55
	pertosse	35	4.2	3.97	5.85	4.26
	rosolia	2	0.2	0.08	0.80	0.39
	tetano	2	0.2	0.08	0.80	0.11
	varicella	1,886	224.7	217.47	235.07	331.4
Malattie diffuse	TB altre sedi	27	3,2	3.24	6.28	3.21
	TB genito-urinaria	3	0,4			
	TB miliare	4	0,5			
	TB ossea	4	0,5			
	TB respiratoria	66	7,9	6.15	1.01	6.51

L'analisi di questi dati aggregati non fa rilevare discordanze di rilievo dai tassi di notifica regionali; i modesti scostamenti relativi alle malattie vaccinali sono spiegati da microepidemie locali. L'incidenza annua della tubercolosi polmonare in Provincia è ai limiti della significatività statistica, fatto verosimilmente ricollegabile alla forte presenza di immigrati, o più precisamente ad una sottopolazione di immigrati in situazioni igieniche, abitative ed economiche precarie (**vedi Figura**).



Da segnalare come eventi sentinella di particolare interesse 2 casi di tetano, entrambi in donne ultrasessantacinquenni, ad ulteriore conferma della già evidenziata suscettibilità di questo gruppo di popolazione, e 3 casi di morbillo. I casi di morbillo – nella norma rispetto alla Regione -, si sono verificati in bambini e giovani di età 10-29 anni.

Il confronto tra i tassi di segnalazione delle 4 Ulss vicentine rende possibili alcune considerazioni:

- il tasso di segnalazione della Ulss C è complessivamente inferiore al tasso medio dell'area provinciale (238.8 vs. 346.9)
- i tassi relativi ai casi di malaria nelle Ulss C e D appaiono significativamente più alti rispetto sia alle Ulss A e B sia al tasso regionale 2004. Questa malattia infettiva interessa le fasce di età basse e le medie, rappresentando una tipica patologia del migrante che rientra temporaneamente nel paese d'origine, non raramente con figli piccoli.
- i tassi di notifica di tubercolosi polmonare (63.5% del totale dei casi di TB) sono doppi nell'Ulss C, rendendo ancora più evidente il ruolo della presenza di immigrati in condizioni abitative e socio-economiche talora precarie (ULSS A: 5.8; ULSS B: 7.1; ULSS C: 14.6; ULSS D: 4.9; $p < 0.001$). Il 77.6% delle forme polmonari era bacillifero.

Nell'anno in osservazione sono stati segnalati 30 casi di meningite nell'area provinciale, che risultano così distribuiti (**tab.2**) per agente eziologico e classi di età. Ciascuno dei casi (in particolare in età giovanile) rappresenta potenzialmente un'urgenza di sanità pubblica ed è di regola associato ad un forte allarme della famiglia e della comunità che – se non efficacemente e prontamente gestito (contatto diretto con il clinico, il laboratorista, il MMG; informazione e fornitura delle indicazioni e dei farmaci per la profilassi a tutti i contatti) – può giungere in maniera distorta ai mezzi di comunicazione di massa.

Tab. 2. Casi di meningite per agente eziologico e classi di età - provincia di Vicenza 2005.

malattia	0-4	5-14	15-59	60+	totale
meningite Meningococco	3	0	2	0	5
meningite Pneumococco	0	0	1	4	5
meningite Stafilococco	0	0	1	1	2
meningite Streptococco	0	1	0	0	1
meningite altre o n.d.	2	0	7	1	10
meningite virale	1	0	5	1	7
totale	6	1	16	7	30

Per questo motivo le ULSS hanno attivato dei sistemi di segnalazione rapida ed effettuano dei controlli crociati con archivi sanitari (ad esempio dei ricoveri), sensibilizzando costantemente i colleghi ospedalieri e del territorio alla notifica – e ove necessario – al contatto diretto con i servizi di profilassi.

Si evidenzia che patologie importanti come le malattie invasive da Pneumococco sfuggono tuttora in maniera rilevante al sistema di notifica tradizionale, benché la loro sorveglianza sia indispensabile al fine di calibrare e monitorare gli interventi di prevenzione vaccinale recentemente avviati.

Le migrazioni da un lato ed i timori di possibili attacchi terrorismo internazionale dall'altro hanno evocato in ampie fasce della popolazione nella pubblica opinione timori non sempre giustificati sulla possibile insorgenza di nuove epidemie di malattie infettive; dall'altro lato è molto difficile mantenere un livello adeguato di informazione mediatica su un'epidemia quotidiana come quella da HIV/AIDS.

I servizi di profilassi delle malattie infettive sono quindi chiamati oggi più che in passato ad agire con tempestività ed efficacia in caso di eventi sentinella o microepidemie vaccinabili o comunque controllabili, in stretta sinergia con i curanti ed il Laboratorio di Microbiologia (il caso tipico può essere quello del sospetto di una meningite batterica in una comunità infantile). D'altro canto essi devono sempre più sviluppare capacità di comunicazione mediatica e diretta verso specifici strati di popolazione (es. genitori, giovani) in un contesto sempre più multiculturale.

Lo studio PASSI: gli stili di vita dei vicentini

Prima dello studio PASSI le informazioni sugli stili di vita ed i comportamenti preventivi provenivano soltanto dall'Indagine Multiscopo dell'ISTAT. Essa viene effettuata con cadenza quinquennale (gli ultimi dati disponibili risalgono all'indagine 1999-2000) e mette a disposizione dati aggregati per macroarea geografica (es. Nordest). Lo studio PASSI presenta quindi un grande vantaggio informativo e soprattutto partecipativo, perché i dati sono raccolti direttamente dagli operatori dei servizi dei Dipartimenti di Prevenzione. Lo studio PASSI è un sistema di sorveglianza sullo stato di salute della popolazione realizzato omogeneamente sul territorio nazionale attraverso il monitoraggio delle abitudini e dello stile di vita. Grazie a questa indagine si è potuta definire la diffusione di abitudini a rischio che comportano importanti ripercussioni sulla salute della popolazione e su cui è possibile e doveroso lavorare in ambito di prevenzione e di programmazione sanitaria. dati presentati consentono inoltre di evidenziare differenze nella realizzazione di programmi di prevenzione presenti a livello aziendale, regionale e nazionale e nella relativa adesione della popolazione.

Lo studio ha interessato nella prima edizione sperimentale (2005) 123 Aziende Sanitarie delle quali 5 della Regione Veneto (n° 4 – Alto Vicentino, n° 5 – Ovest Vicentino; n° 12 – Venezia; n° 13 – Dolo - Mirano e n° 22 – Bussolengo) e nella seconda edizione (2006) 4 regioni (Friuli V.G., Emilia Romagna, Umbria, Campania) oltre ad alcune singole ULSS italiane, tra cui l'ULSS n° 3 di Bassano del Grappa. Il protocollo prevedeva la somministrazione telefonica di un questionario ad un campione casuale di 200 assistiti. Le interviste telefoniche sono state svolte nell'arco di un paio di mesi; il 20% delle telefonate è stato effettuato al di fuori dell'orario di servizio (orario serale, prefestivo e festivo).

L'indagine si è focalizzata sui seguenti problemi:

- Fattori di rischio cardiovascolare
- Attività fisica
- Fumo
- Alimentazione
- Alcol
- Sicurezza stradale
- Screening oncologici
- Vaccinazioni dell'adulto
- Salute e qualità di vita percepita
- Salute mentale e incidenti domestici (solo nel 2006)

Il problema dell'alcol nelle 3 ULSS (come nelle altre ULSS venete aderenti allo studio) è risultato di rilevanza molto più elevata rispetto al resto del Paese probabilmente a causa della connotazione tradizionalmente positiva che questa abitudine voluttuaria assume nella nostra regione. Nelle 3 ULSS si stima che oltre i due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e una percentuale compresa tra il 25 e il 38,5% abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. La larga diffusione dell'abitudine all'alcol e la diffusione, specie tra i giovani, di modalità di consumo a rischio impongono serie riflessioni sulle possibili linee da seguire per la prevenzione delle problematiche connesse all'abuso alcolico, come la guida in stato di ebbrezza. In particolare, risulta necessario suscitare una maggiore consapevolezza di questo problema nella popolazione, attuare strategie rivolte alla riduzione del rischio di problematiche alcol-correlate quali il controllo sistematico dell'alcolemia dei conducenti.

Nelle 3 ULSS **l'abitudine al fumo** è più diffusa tra le classi d'età più giovani (18-35 anni); i fumatori variano a seconda dell'ULSS tra il 20 e il 26,5% degli intervistati e circa una donna su 5 fuma: tale dato suggerisce la necessità di una maggiore implementazione di programmi di prevenzione rivolti principalmente agli adolescenti di entrambi i sessi e di disassuefazione indirizzati alle fumatrici, anche sfruttando momenti di particolare sensibilità al problema quali la gravidanza. Nel nostro territorio regionale l'abitudine al fumo nelle abitazioni e nei luoghi di lavoro, pur meno diffusa rispetto al resto del Paese, risulta comunque ancora significativa e richiede una maggiore diffusione delle politiche di controllo del fumo nelle aziende pubbliche e private e di sostegno in ambito familiare. Solo una percentuale variabile dal 45,0 al 55,0% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un ancora insufficiente livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari

Altri aspetti sui quali è importante agire in termini di prevenzione sono **l'attività fisica e la corretta alimentazione** considerate la percentuale ancora elevata di popolazione completamente sedentaria (range 10,5-26,0%), in eccesso ponderale (range 28,0-41,0%), e una limitata proporzione di persone che consumano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (range 6,5-16,5%). L'adozione di stili di vita adeguati (controllo del peso corporeo e dell'alimentazione e lo svolgimento di attività fisica regolare) consente infatti il controllo di alcuni tra i maggiori fattori di rischio cardiovascolare: ipertensione, ipercolesterolemia e diabete.

Dato che l'entità del rischio individuale di sviluppare una patologia cardiovascolare dipende dalla combinazione dei singoli fattori di rischio, risulta di rilevante importanza l'utilizzo da parte del personale medico la carta del rischio cardiovascolare, semplice strumento in grado di indagare tale rischio. La carta consente infatti di stimare la probabilità che il paziente ha di andare incontro ad un evento maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi e di confrontarlo con quella calcolata in tempi successivi. Questo studio ha permesso di evidenziare che solo ad una percentuale che varia dal 4,1 al 15,5% a seconda dell'ULSS di residenza degli intervistati tra i 40 e i 69 anni è stato calcolato il **punteggio cardiovascolare**: risulta pertanto auspicabile l'utilizzo molto più frequente di questo semplice strumento da parte del personale medico. L'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare dovrebbe essere prevista dai programmi di prevenzione del rischio cardiovascolare delle singole ULSS e dai patti aziendali con i Medici di Medicina Generale.

Da quanto emerso dallo studio, risulta necessario adottare adeguate politiche di prevenzione nell'ambito delle quali gli operatori sanitari possono avere un ruolo centrale. Risulta infatti importante l'accrescimento della consapevolezza del loro ruolo nella modificazione in senso positivo degli stili di vita e dell'importanza del counselling come strumento di prevenzione.

Per mantenere nel tempo gli stili di vita sani è però anche necessario un contesto sociale favorevole, che consenta di mantenere a lungo termine i cambiamenti realizzati.

Un'adesione elevata da parte della popolazione agli interventi di prevenzione si rileva nei settori in cui sono presenti programmi che prevedono la chiamata attiva e il coinvolgimento diretto della popolazione. Ne rappresentano un esempio gli **screening**.

Il dato della copertura dello screening è molto importante ed originale, perché comprende – oltre agli esami effettuati nell'ambito dei programmi organizzati dalle ULSS – anche l'attività di screening spontaneo (od "opportunistico") cui accede una parte piuttosto selezionata delle donne in età eleggibile. Riguardo agli screening, vi sono importanti difformità all'interno delle 3 ULSS dovute principalmente ai tempi di attivazione degli stessi. Varia dal 79,0 al 90,1% (Veneto 80%) la percentuale di donne tra i 25 ed i 64 anni che ha effettuato almeno un pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni). Nella fascia d'età tra i 50 ed i 69 anni dal 60,0 all'80,0% delle donne delle 3 ULSS ha effettuato una mammografia entro la cadenza biennale consigliata dalle linee guida (il dato medio del Veneto è pari al 71,0%). Solo una percentuale degli intervistati di entrambi i sessi in età tra i 50 ed i 69 anni (tra il 6,6 e il 25,5% a seconda dell'ULSS) riferisce di aver eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci o la sigmoidoscopia a scopo di prevenzione del cancro del colon-retto. Nonostante la presenza di differenze rilevanti tra le 3 ULSS si è tuttavia evidenziata nel complesso un'adesione più elevata rispetto al territorio regionale, che è pure molto più elevata rispetto al resto del Paese per le neoplasie del collo dell'utero e della mammella. Per la neoplasia del colon retto, il cui programma è stato solo recentemente attivato, i dati del Veneto sono molto più incoraggianti di quelli nazionali. Anche in questo caso la chiamata attiva si è dimostrata fondamentale nell'ottenere elevati livelli di adesione allo screening. Le esperienze sui programmi di screening hanno permesso di individuare alcuni punti critici, in particolare la collaborazione tra i professionisti protagonisti dei programmi e l'implementazione di adeguate strategie di comunicazione: in questo senso la principale finalità è quella di promuovere una scelta consapevole e matura da parte dei cittadini rispetto ai programmi di screening, la partecipazione e la motivazione degli operatori e il coinvolgimento della società civile.

Lo Studio PASSI offre diversi spunti di riflessione e di indirizzo per la programmazione sanitaria. Se utilizzato come strumento routinario nella valutazione delle attività prevenzione può costituire un valido aiuto nel monitoraggio continuo dell'efficacia delle azioni intraprese.

I Dipartimenti di Prevenzione delle ULSS della Provincia di Vicenza sono stati finora i più attivi nell'aderire a questa importante iniziativa nazionale di ricerca-azione. Con il 2006/2007 la rilevazione PASSI si è estesa finalmente alla quasi totalità del territorio regionale (19/21 ULSS); le ULSS del Vicentino vi avranno un ruolo importante attraverso la partecipazione attiva al gruppo guida, la conduzione dell'attività formativa e la designazione di uno dei due coordinatori regionali. L'obiettivo dichiarato dall'Istituto Superiore di Sanità è quello di mettere a regime un sistema permanente di sorveglianza degli stili di vita, che li metta al centro delle strategie di promozione della salute e di supporto non-farmacologico alle terapie.

Analisi della mortalità nel territorio della provincia di Vicenza nel periodo 2000-2003

Metodologia

Lo studio è finalizzato a valutare la frequenza delle principali cause di mortalità registrata nella provincia di Vicenza a partire dal 2000.

Lo studio si articola in due analisi:

- il confronto fra la mortalità occorsa nella popolazione complessiva della Provincia e la mortalità della Regione Veneto nel quadriennio 2000-2003;
- il confronto fra la mortalità occorsa in ciascuna delle ULSS del Vicentino e la mortalità complessiva della Provincia nel periodo 2000-2005.

I confronti riguardano sia le principali cause e gruppi di cause sia la "mortalità evitabile". Quest'ultima va intesa come indicatore della performance dei servizi sanitari basato sull'occorrenza di cause di morte che possono essere considerate "non necessarie" in quanto virtualmente evitabili in presenza di interventi sanitari puntuali ed adeguati. Il rilievo di eventuali differenze nell'esperienza di mortalità registrata nelle diverse aree in esame può consentire, da un lato, di formulare ipotesi sulla presenza di fattori di rischio differenziati fra le diverse popolazioni e, dall'altro, di individuare eventuali difformità nella performance dei servizi sanitari locali rispetto a quella ottenuta in ambito provinciale e regionale.

La metodologia dello studio si basa in particolare sulla seguenti fonti bibliografiche:

- De Marco, Verlatto et al. - Atlante della Mortalità Evitabile della Regione Veneto (1969- 1991), 1997
- Saugo et al. – Priorità di Sanità Pubblica nella Provincia di Vicenza: spunti per la prevenzione da un'analisi di mortalità (anni 1995-2000).

La mortalità viene quantificata in termini di tassi annuali medi, specifici per le principali cause, standardizzati per età. La standardizzazione dei tassi è necessaria per compensare l'effetto confondente dovuto alla diversa composizione per età delle varie popolazioni poste a confronto.

I dati relativi alla mortalità provinciale sono tratti dai registri informatizzati delle cause di morte delle ULSS del Vicentino mentre i dati sulla mortalità regionale sono tratti dalle pubblicazioni del Sistema Epidemiologico Regionale. I dati vengono elaborati mediante il software "STATA" adottato dal Servizio Epidemiologico Regionale nei propri corsi di biostatistica.

Stato di avanzamento

Nel corso degli ultimi mesi del 2006 si è provveduto:

- all'acquisizione e valutazione dei dati di base relativi alla mortalità ed alla popolazione residente nelle aree territoriali oggetto di analisi; ad una prima elaborazione informatica dei dati relativi all'intero territorio provinciale ed al Veneto.

Cronogramma

- entro Febbraio '07:
completamento delle elaborazioni relative ai dati provinciali e regionali. Esecuzione dell'analisi relativa a ciascuna delle quattro ULSS provinciali;
- entro Marzo 07:
validazione delle elaborazioni e valutazione dei risultati;
- entro Aprile 07:
redazione e distribuzione del documento definitivo.