

## L'utilizzo delle Schede di Dimissione Ospedaliera per fini statistico-epidemiologici: il punto di vista dell'ISTAT

Alessandra Burgio  
ISTAT



Roma, 17 novembre 2008

### L'indagine ISTAT sulle cause di morte

#### CARATTERISTICHE

Fonte privilegiata per analisi  
epidemiologiche su scala  
nazionale

Basata su uno standard  
internazionale raccomandato  
dall'Organizzazione Mondiale  
della Sanità

Qualità dell'informazione  
epidemiologica garantita da  
codifica centralizzata della  
causa di morte

Tutte le malattie, stati morbosi  
o traumatismi che hanno  
condotto al decesso (compilate  
dal medico)

#### POTENZIALITA' INFORMATIVE

Indicatore indiretto dello stato di  
salute della popolazione

Elevata confrontabilità dei dati a  
livello nazionale e internazionale.  
Univocità della scheda di morte su  
tutto il territorio nazionale.

80% circa delle schede codificate  
automaticamente; un'unica  
classificazione internazionale per la  
codifica della causa; regole di  
codifica indicate dall'OMS

Possibilità di analisi sulle cause  
multiple di morte



## La Scheda di Dimissione Ospedaliera del Ministero della Salute

### CARATTERISTICHE

Fonte nata per scopi  
amministrativo-gestionali

Set minimo di informazioni  
stabilito dalla normativa  
nazionale, ma facoltà delle  
Regioni di ampliare tale set  
minimo

Mancanza di una descrizione  
verbale della diagnosi.  
Codifica diretta della diagnosi.  
Definizione di diagnosi  
principale non di natura  
epidemiologica ma relativa  
all'evento "ricovero"

L'insieme delle diagnosi  
riportate nella SDO non è  
detto che sia esaustivo rispetto  
al quadro patologico del  
paziente

### POTENZIALITA' INFORMATIVE

L'utilizzo per fini statistico-  
epidemiologici richiede verifiche di  
qualità delle informazioni

Buona confrontabilità dei dati a  
livello nazionale, con eccezioni per  
alcune variabili.  
Difficoltà per confrontabilità a  
livello internazionale.

Possibile eterogeneità nei criteri di  
selezione dei codici delle diagnosi.  
Adozione di versioni diverse della  
ICD9CM a livello regionale.  
Diagnosi non indicate come  
secondarie se non rilevanti  
nell'ambito del ricovero

La completezza delle informazioni  
sulle diagnosi fondamentale per  
studi di multimorbidità

## La SDO come fonte di dati "epidemiologici"

### PUNTI DI FORZA

Copertura nazionale

Dati in serie storica

Qualità dei dati fortemente  
migliorata nel tempo sia per  
copertura che per coerenza  
delle informazioni

Disponibilità di variabili socio-  
demografiche utili (età, genere,  
cittadinanza, residenza)

Ricchezza di informazioni  
epidemiologiche (1 diagnosi  
principale e fino a 5 diagnosi  
secondarie; 1 intervento-  
procedura principale e fino a 5  
interventi-procedure secondari)

### PUNTI DI DEBOLEZZA

Minore accuratezza nella  
compilazione della SDO per case  
di cura non accreditate

Differenze regionali possono  
dipendere sia da diversi stati di  
salute delle popolazioni che da  
differenze organizzative

Mancanza di informazioni socio-  
economiche utili per analisi delle  
diseguaglianze nella salute

La diagnosi principale non  
necessariamente coincide con la  
patologia più rilevante del  
quadro morboso del paziente

Difficoltà di accedere al codice  
individuale per distinguere  
evento "ricovero" dal paziente

## Esempi di utilizzo delle SDO per fini epidemiologici

**L'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici**

Anni 1999-2002  
 Anno 2003  
 Anno 2004  
 Anno 2005



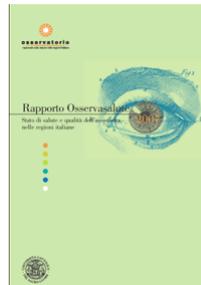
**I tumori negli adolescenti e nei giovani adulti**

Edizione 2001  
 Edizione 2006  
 Edizione 2008



**L'ospedalizzazione tra gli stranieri**

Utilizzo delle SDO per la stima della prevalenza alla nascita delle malformazioni congenite



**Malattia di Alzheimer**

Studio delle cause multiple di morte e della multimorbosità ospedaliera negli ultrasessantacinquenni



## Ulteriori potenzialità della SDO per fini epidemiologici

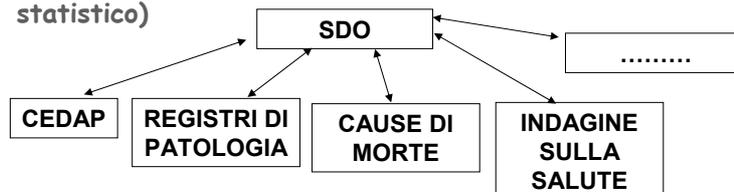
- **Necessità di distinguere l'evento "ricovero" dal paziente**
- **Possibilità di integrare fonti diverse**

### Ricovero - Paziente:

- Contare il numero di malati
- Ricostruire dati longitudinali
- Calcolare indicatori epidemiologici corretti

### Integrazione delle fonti:

- **A livello MACRO:** utilizzando informazioni di fonti diverse integrandole mediante variabili comuni (es. dello studio dei tumori negli adolescenti e giovani adulti)
- **A livello MICRO:** mediante record linkage (esatto o statistico)



## Limiti metodologici e normativi all'integrazione

### Aspetti metodologici:

- Buona qualità delle variabili di integrazione (es. CF)
- Utilizzo di stesse modalità a parità di variabile
- Utilizzo di classificazioni comuni
- Ottimo grado di copertura

### Aspetti normativi:

- Rispetto della normativa sulla privacy
- Limiti allo scambio di dati individuali tra istituzioni (nel Sistan o al di fuori del Sistan)
- Impossibilità dell'obbligo di risposta per dati sensibili
- Obbligo di ottenere dall'interessato il consenso informato quando una informazione rilevata per un determinato scopo viene utilizzata per scopi diversi (progetto statistici del Programma Statistico Nazionale)
- Contrasto tra obiettivi di salute pubblica (salvaguardia della collettività) e obiettivi di tutela dell'individuo (salvaguardia del singolo)

## Conclusioni

- Dati epidemiologici importanti per produrre conoscenza
- Complessità dei flussi di dati statistico-epidemiologici (registri di popolazione, cause di morte)
- Costi elevati per implementare nuovi fonti di dati in contrasto con scarsità di risorse per la statistica, la ricerca, l'epidemiologia
- Importanza crescente dell'utilizzo di fonti che, nate per scopi non statistici, possono con le dovute cautele essere utilizzati per scopi statistici (es. SDO)
- Importanza dell'integrazione delle fonti per potenziare il patrimonio informativo