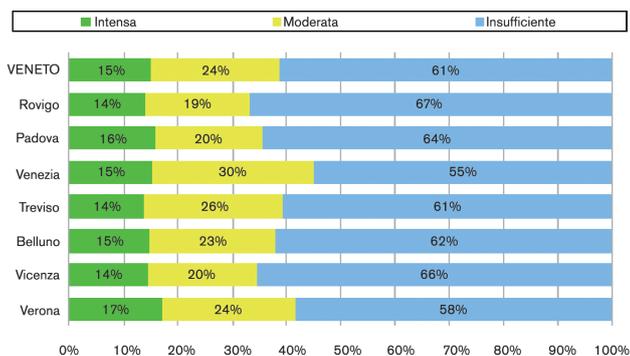


Figura 3. Grado di attività fisica per Province. Popolazione maschile, Regione Veneto. Anno 2005.



Fortemente legato alla dieta e al movimento è risultato il dato relativo all'indice di massa corporea (Figure 4 e 5). In base a quanto dichiarato dagli intervistati circa la metà degli uomini è in sovrappeso o francamente obesa, mentre meno di una donna su 3 riferisce di esserlo. Rovigo è la provincia in cui la prevalenza di uomini normopeso è minore (40%), mentre Vicenza è quella con la maggior prevalenza di donne normopeso (70%).

Figura 4. Indice di massa corporea per Province. Popolazione femminile. Regione Veneto. Anno 2005.

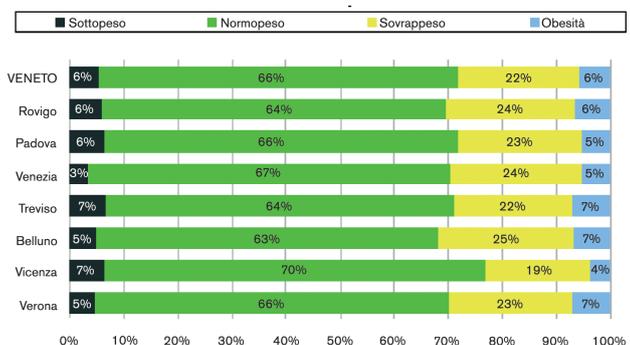
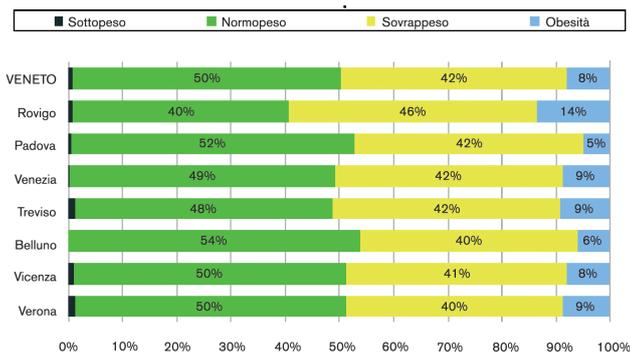


Figura 5. Indice di massa corporea per Province. Popolazione maschile. Regione Veneto. Anno 2005.



I risultati emersi dall'indagine non sono dissimili da quelli nazionali. Non a caso il progetto Guadagnare Salute presentato dal ministro Turco, frutto del lavoro integrato di nove ministeri, nasce per contrastare l'aumento dell'obesità e del sovrappeso nel nostro paese, promuovendo una sana alimentazione, incentivando l'attività fisica e scoraggiando invece il consumo di alcol, in particolare tra i giovani, e il fumo di sigaretta. Tutti stili di vita correlati in misura diversa all'insorgenza di patologie cronico-degenerative. A questo proposito un quarto della popolazione veneta riferisce di essere ipertesa, per lo più in trattamento farmacologico.

Una stessa percentuale di soggetti ha inoltre riferito di avere un elevato livello di colesterolo nel sangue, fattore di rischio per la cardiopatia ischemica, potenziato dalla con-

temporanea presenza di fumo di sigaretta e ipertensione. Per quel che riguarda i comportamenti legati alla sicurezza stradale, il 96% dei maschi e il 98% delle femmine hanno dichiarato di indossare sempre o quasi sempre le cinture di sicurezza anteriori. Ben diversa è la situazione nei sedili posteriori, dove non più di un passeggero su tre ha riferito di allacciare la cintura, forse influenzato dalla convinzione del tutto errata di occupare una posizione protetta all'interno del veicolo.

Infine, per quel che riguarda lo stato di salute percepita, più del 30% degli uomini ed il 45% delle donne hanno dichiarato di essersi sentiti male fisicamente o psicologicamente nell'ultimo mese, malessere che ha impedito lo svolgimento delle normali attività quotidiane in un quarto dei casi. Lo stato di salute è stato comunque giudicato buono o eccellente da 4 uomini su 10 e complessivamente accettabile dal 90% degli intervistati; le donne tuttavia sono risultate meno soddisfatte della propria salute. Molti dei risultati dell'indagine condotta dalla DOXA sono sovrapponibili a quelli dello Studio PASSI, ovvero dell'indagine di monitoraggio sugli stili di vita promossa dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie a cui aderivano nel 2005 cinque Aziende ULSS della Regione Veneto, e destinata, nel giro di breve tempo, ad una totale copertura e rappresentatività della popolazione veneta.

L'esecuzione di queste tipologie di indagini a cadenze regolari nel tempo e con una ampia copertura nel territorio permetterà il confronto tra diversi territori all'interno della Regione e consentirà di seguire la modificazione dei comportamenti nel tempo, fornendo un valido strumento per la programmazione sanitaria locale e valutando l'efficacia di interventi di prevenzione mirati messi in atto.

Per corrispondenza rivolgersi a:

Dott.ssa Maria Marchesan

maria.marchesan@ulssasolo.ven.it

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA AGLI ANZIANI CON FRATTURA DI FEMORE

Un confronto fra Lazio, Puglia, Toscana e Veneto

R. GINI (1), A. CAPON (2), E. COVIELLO (3), S. BROCCO (4)

Introduzione

La frattura di femore è un evento frequente nella popolazione anziana: ogni anno nel Veneto si registrano 7.700 ricoveri per questo problema e 300 decessi sono attribuiti direttamente alla frattura di femore. Le sue conseguenze sulla durata e sulla qualità di vita sono estremamente serie: ad un anno la mortalità dei soggetti con frattura di femore è superiore al 20%.

Pur in assenza di trial clinici randomizzati e controllati sul tema, l'intervento chirurgico tempestivo è considerato l'opzione terapeutica migliore per questa problematica. Rispetto ad altre opzioni terapeutiche, infatti, all'intervento chirurgico precoce sono stati associati un minor rischio di complicanze post-operatorie, una più rapida ripresa funzionale e un benefico effetto sulla mortalità a breve e medio termine (1).

Poco è noto sulla capacità dei sistemi sanitari di rispon-

dere in modo appropriato a questo problema.

L'Agenzia Socio-Sanitaria della Regione Toscana ha avviato da qualche anno un'attività di monitoraggio di indicatori sulla qualità dell'assistenza sanitaria erogata alla popolazione anziana (<http://www.arsanita.toscana.it/>). L'identificazione e la definizione di tali indicatori, basati sugli archivi di dati amministrativi, hanno comportato un notevole lavoro di carattere multidisciplinare.

L'utilizzo di archivi di dati ampiamente disponibili e standardizzati rende attuabile la riproposizione del processo nel tempo ed in altre realtà territoriali che abbiano a disposizione lo stesso tipo di archivi.

Riconoscendo l'importanza di confrontarsi con altre realtà in merito ai processi di cura, si è voluto sperimentare un modello operativo su indicatori che riguardano l'assistenza ai soggetti con frattura di femore al fine di valutare se è possibile implementare (e con quali risorse) una procedura condivisa e standardizzata di calcolo degli indicatori per ottenere risultati confrontabili.

Gli indicatori individuati sono:

- la proporzione di soggetti ricoverati per frattura di femore sottoposti ad intervento chirurgico sul totale dei pazienti ricoverati per frattura di femore
- la proporzione di soggetti in cui l'intervento chirurgico è stato eseguito entro i primi due giorni sul totale dei soggetti operati per frattura di femore
- la mortalità a 30 giorni dopo ricovero per frattura di femore

Le regioni informalmente coinvolte nel progetto sono finora 5: Toscana, Lazio, Puglia, Veneto e Piemonte.

Metodi

Le Agenzie socio-sanitarie di Toscana e Lazio hanno sviluppato le procedure informatiche per il calcolo degli indicatori utilizzando il software "Stata". Queste procedure sono poi state rese disponibili ai referenti della Puglia, del Veneto e del Piemonte, coinvolti in modo informale nel progetto. Gli archivi utilizzati sono relativi alle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e alle schede di morte degli anni 2001-2004 (per il Veneto fino al 2003).

I dati del Piemonte non sono ancora disponibili.

Gli indicatori sono stati calcolati sulla popolazione con età superiore a 64 anni. Sono stati individuati i ricoveri che presentavano in diagnosi principale i codici ICD9CM 820.- (frattura del collo del femore) o 821.- (frattura di altre e non specificate parti del femore).

Tramite linkage interno all'archivio SDO sono stati selezionati i casi "incidenti" (senza ospedalizzazioni per la stessa causa nei due anni precedenti).

Per ogni evento è stata quindi ricercata l'esecuzione di intervento chirurgico di riduzione di frattura del femore o di sostituzione totale o parziale dell'anca con la data corrispondente, utilizzata per il calcolo degli indicatori.

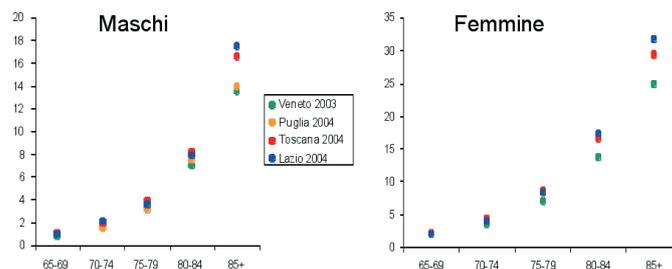
La mortalità a 30 giorni è stata accertata tramite linkage tra gli archivi SDO e gli archivi delle schede di morte, applicando un fattore di correzione calcolato sulla percentuale di linkage riscontrata nei due archivi.

Risultati

Nelle quattro Regioni che hanno calcolato gli indicatori (Toscana, Lazio, Puglia e Veneto) si verificano circa 23000 nuovi ricoveri per frattura di femore ogni anno, pari ad un tasso di 8 eventi ogni 1000 soggetti in età superiore a 64 anni. La frattura di femore è un fenomeno più frequente nel genere femminile e nelle età più avanzate.

Nella figura 1 sono evidenziati i tassi di ospedalizzazione per frattura di femore specifici per genere ed età.

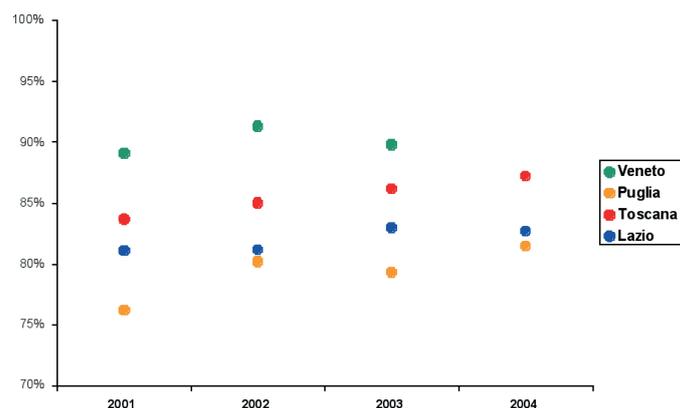
Figura 1. Tassi di ospedalizzazione per frattura di femore genere ed età specifici



La figura 2 riporta le proporzioni standardizzate per età di soggetti ricoverati per frattura di femore e sottoposti ad intervento chirurgico. Le percentuali sono molto vicine fra loro e oscillano in genere tra l'80 e il 90% (la scala utilizzata nel grafico amplifica le differenze).

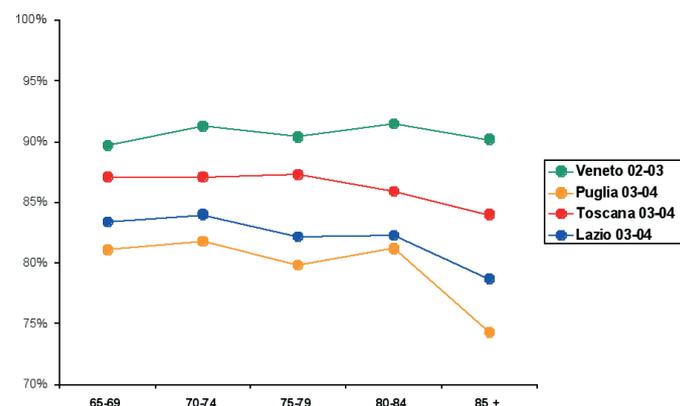
Sembra presente inoltre un trend temporale di progressivo lieve incremento di questo indicatore.

Figura 2. Proporzioni standardizzate di soggetti sottoposti ad intervento chirurgico tra i ricoverati per frattura di femore stratificata per regione e anno.



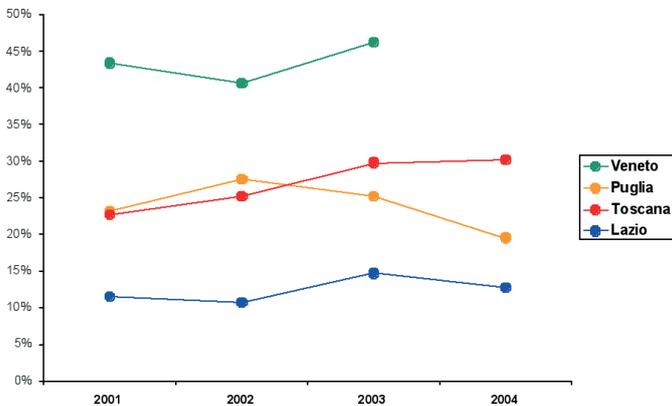
Nella figura 3 si può osservare la proporzione di soggetti ricoverati per frattura di femore sottoposti ad intervento chirurgico stratificata per fasce di età. Si nota come fino all'età di 84 anni la proporzione di soggetti sottoposti ad intervento chirurgico sia sostanzialmente costante, mentre tende a calare di alcuni punti percentuali nell'età più anziana in tutte le regioni esaminate ad eccezione del Veneto.

Figura 3. Proporzioni di soggetti sottoposti ad intervento chirurgico tra i ricoverati per frattura di femore stratificata per regione e classe di età.



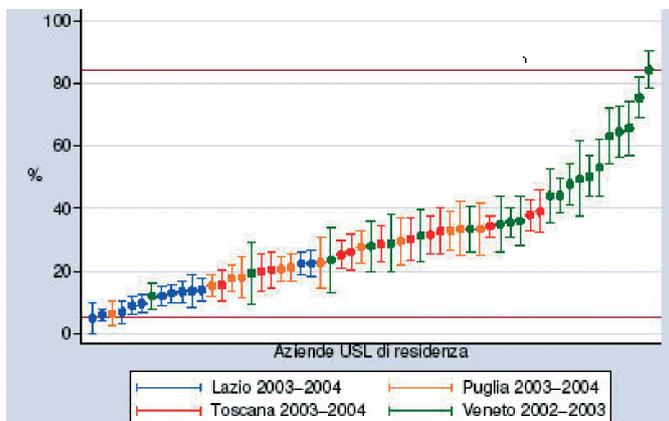
L'indicatore che riguarda la tempestività dell'intervento chirurgico evidenzia una forte variabilità fra le regioni: si va dall'11% del Lazio al 44% del Veneto (figura 4). Oltre che nei valori assoluti le regioni si differenziano anche per l'andamento temporale di questo indicatore: in aumento per la Toscana, in calo per la Puglia, con andamento altalenante per Lazio e Veneto. Non vi sono invece sostanziali differenze nella tempestività dell'intervento chirurgico in funzione dell'età.

Figura 4. Proporzione standardizzata per età di intervento chirurgico tempestivo (entro due giorni) tra gli operati per frattura di femore.



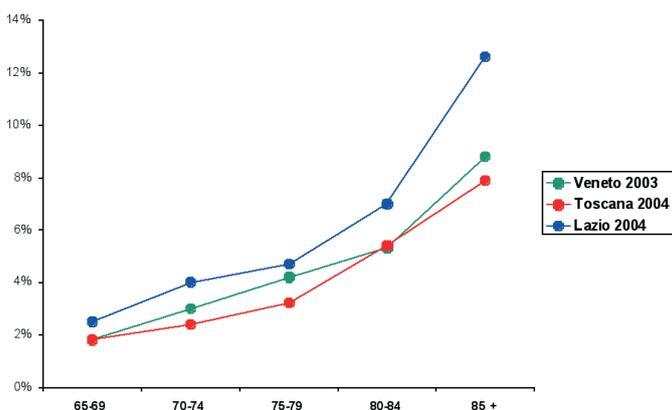
A livello di singola azienda ULSS, la variabilità nella tempestività dell'intervento chirurgico è molto elevata (figura 5): il range maggiore si evidenzia nel Veneto (minimo 11% massimo 85%).

Figura 5: proporzione standardizzata di soggetti operati entro 48 ore per frattura di femore per ASL di residenza.



La mortalità a 30 giorni dopo ricovero per frattura di femore è strettamente legata all'età del soggetto (figura 6, dati della Puglia non disponibili).

Figura 6. Mortalità a 30 giorni dopo ricovero per frattura di femore.



Discussione

I dati sul tasso di ospedalizzazione per frattura di femore appaiono abbastanza simili fra regioni, come pure la proporzione di soggetti che vengono sottoposti ad intervento chirurgico. Il dato più eclatante è la bassa performance sulla tempestività dell'intervento chirurgico rispetto a quanto è documentato nella letteratura scientifica (ove sono riscontrabili proporzioni che vanno dal 70% al 95%). Peraltro va rilevato come gli studi pubblicati riguardino spesso centri di eccellenza(2) o setting assistenziali particolari(3) e pertanto scarsamente rappresentativi di quanto avviene nel "mondo reale".

Tuttavia appare evidente come vi siano ampi margini di miglioramento in questo tipo di performance.

Il confronto fra regioni evidenzia una grossa differenza nella tempestività dell'intervento chirurgico, ancora più accentuata nell'analisi per ASL di residenza.

Quest'ultima peraltro evidenzia come sia possibile raggiungere livelli di eccellenza anche nel contesto italiano.

L'indicatore sulla tempestività è aggiustato esclusivamente per l'età del soggetto e non per altri fattori clinici che possono giustificare la dilazione dell'intervento chirurgico (condizioni generali scadenti, terapia anticoagulante). Tuttavia le differenze riscontrate sono tali da essere difficilmente giustificate da una diversa gravità dei soggetti. È più probabile che fattori di carattere organizzativo o che riguardano l'atteggiamento professionale siano più rilevanti nello spiegare tale variabilità.

Lo studio più recente pubblicato in cui sono state indagate le ragioni del ritardo operatorio ha rilevato che elementi di tipo organizzativo (tempestività e disponibilità del chirurgo o della sala operatoria) erano i principali responsabili della dilazione dell'intervento chirurgico per frattura di femore, mentre ragioni di tipo clinico erano presenti in una quota estremamente minoritaria di soggetti(4).

Il Veneto che come regione mostra la performance migliore nella tempestività dell'intervento chirurgico, presenta comunque la più ampia variabilità a livello di Azienda ASL. Il dato relativo alla mortalità è aggiustato esclusivamente per età e non tiene conto di altri fattori (inerenti alla gravità dell'evento e/o alla comorbosità) che possono spiegare almeno in parte le differenze riscontrate.

Pur con questi limiti, la sua relazione inversa con gli indicatori di performance assistenziale appare piuttosto chiara e coerente con quanto noto in letteratura.

Conclusioni

Alcuni indicatori di processo e di esito per particolari situazioni cliniche sono calcolabili in modo agevole e valido attraverso i dati amministrativi. In tal modo è possibile un loro confronto temporale e tra diverse realtà territoriali.

Il confronto permette di evidenziare i margini di possibile miglioramento e costituisce la base per identificare e modificare, con gli strumenti appropriati, le situazioni non ottimali.

Per corrispondenza rivolgersi a:

Dott. Stefano Brocco

stefano.brocco@ulssasolo.ven.it

- (1) Agenzia Regionale di Sanità della Toscana
- (2) Agenzia di Sanità Pubblica della regione Lazio
- (3) Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia
- (4) CRRC-SER Regione Veneto