

RICOVERI OSTETRICI IN VENETO

Confronto italiane-straniere, anni 2006-2007

SER

Mantenendo la stessa classificazione dei DRG ostetrici dell'articolo precedente, è stata condotta un'analisi sui ricoveri del biennio 2006-2007 a seconda della cittadinanza (italiana o straniera). Negli anni considerati, il 10% della popolazione femminile di età 15-49 residente in Veneto aveva cittadinanza straniera (con un picco del 16% tra i 25 ed i 29 anni). La popolazione residente, di cittadinanza italiana o straniera, può ovviamente rivolgersi a strutture regionali o fuori dal Veneto (mobilità passiva). I ricoveri in ospedali del Veneto di donne non residenti in Regione (mobilità attiva) sono di natura fondamentalmente diversa a seconda della cittadinanza: per le italiane si tratterà di ricoveri per lo più da regioni vicine che si rivolgono alle ULSS di confine, mentre per le straniere tale fenomeno è marginale e risultano invece preponderanti i ricoveri di donne con cittadinanza straniera residenti all'estero. Queste ultime rappresentano una popolazione eterogenea che comprende persone temporaneamente presenti per motivi turistici, di studio o di lavoro; soggetti con regolare permesso di soggiorno non ancora iscritti in anagrafe (presumibilmente una minoranza); straniere irregolari o clandestine (1° Rapporto sugli immigrati in Italia, Ministero dell'Interno, Dicembre 2007). La mancanza di una precisa conoscenza della consistenza sul territorio di questa popolazione impedisce il calcolo dei tassi di ricovero; nondimeno i soli dati SDO possono fornire indicazioni di massima sul loro stato di salute. La Tabella 1 sintetizza questi fenomeni: tra le donne con cittadinanza italiana, il bilancio tra mobilità attiva e passiva è negativo per i principali ricoveri ostetrici, in particolare per le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) per cui oltre il 15% delle residenti nel Veneto si rivolge a strutture ospedaliere fuori regione, a fronte di un numero esiguo di donne che da altre Regioni si ricovera in Veneto; risulta peraltro negativo, anche se in misura percentualmente di gran lunga inferiore, il bilancio della mobilità per parto. Per le residenti in Veneto con cittadinanza straniera, la mobilità verso ospedali extraregionali risulta inferiore alle italiane per le diverse categorie di ricovero (eccetto che per l'aborto spontaneo, che dà luogo a ricoveri in urgenza).

Tabella1. Ricoveri per parto, aborto spontaneo (ABS) ed interruzione volontaria di gravidanza (IVG), per cittadinanza, residenza e luogo del ricovero.

	PARTO	ABS	IVG
ITALIANE			
residenti ric. in Veneto	70488	11461	8093
mobilità passiva	2610	449	1477
mobilità attiva	1885	431	532
indice di fuga	3.6%	3.8%	15.4%
indice di attrazione	2.6%	3.6%	6.2%
STRANIERE			
residenti ric. in Veneto	18099	2679	4159
mobilità passiva	363	101	291
mobilità attiva	2170	751	1616
indice di fuga	2.0%	3.6%	6.5%
indice di attrazione	-	-	-

La mobilità attiva delle straniere non è invece interpretabile in termini di indice di attrazione proprio perché costituita in maggior parte da residenti all'estero che sono però più o meno stabilmente presenti nella nostra Regione.

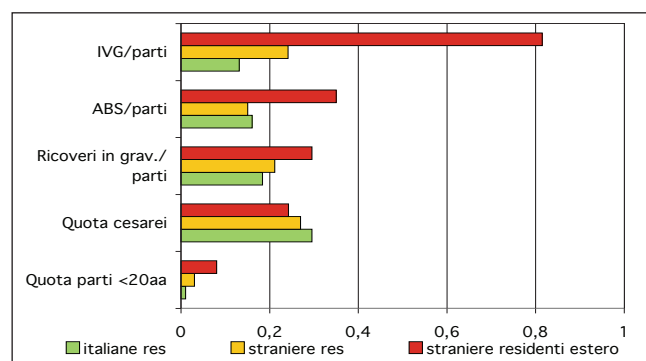
Si possono così individuare nell'ambito dei ricoveri ostetrici tre popolazioni: residenti in Veneto (indipendentemente dal luogo di ricovero, Veneto o altra Regione) con cittadinanza italiana e straniera, e straniere residenti all'estero. Prendendo come riferimento queste tre popolazioni, si può notare che i ricoveri ostetrici nella loro totalità sono giustificati per oltre i tre quarti da italiane residenti in Veneto (Tabella 2), per più del 20% da straniere residenti in Veneto (che peraltro costituiscono solo il 10% della popolazione residente in età fertile), e solo per il 3% da straniere residenti all'estero; quest'ultima percentuale sale però quasi al 10% per l'IVG.

Tabella 2. Distribuzione dei principali ricoveri ostetrici a seconda di residenza e cittadinanza della donna.

	parti	ABS	IVG	tot ostetrici
Italiane residenti	78.2%	77.6%	61.6%	75.9%
Straniere residenti	19.8%	18.1%	28.6%	20.8%
Straniere res. all'estero	2.0%	4.3%	9.8%	3.3%

Radicalmente differente è il profilo di ricovero di queste popolazioni: passando dalle italiane alle straniere residenti in Veneto alle straniere residenti all'estero, aumenta considerevolmente la percentuale di ricoveri per parto tra le donne con meno di 20 anni, diminuisce la quota di cesarei (anche in ragione della più giovane età), aumenta il rapporto tra ricoveri in gravidanza (considerando assieme minaccia di aborto o di parto prematuro e patologie in gravidanza) e ricoveri per parto, così come il rapporto tra aborti spontanei e parti, ed IVG e parti (Figura 1).

Figura 1. Proporzioni di ricoveri per parto in donne <20aa, tasso di parti cesarei, rapporto aborti spontanei (ABS), interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), ricoveri in gravidanza e ricoveri per parto, a seconda di residenza e cittadinanza.



Le straniere residenti all'estero, pur essendo una popolazione eterogenea ed in continuo scambio con le residenti in Veneto (che per la maggior parte hanno passato un periodo più o meno lungo in Regione prima di acquisire la residenza), hanno un profilo assistenziale specifico che si caratterizza per una maggiore criticità (soggetti più giovani, a maggior rischio di ricovero durante la gravidanza, con una maggiore abortività spontanea e volontaria).

Poiché mancano i dati sulla popolazione di riferimento, le analisi che seguono sono limitate alle residenti in Veneto, distinte per cittadinanza italiana o straniera. I dati nella classe di età 45-49 anni non vengono riportati per la

limitata consistenza, soprattutto tra le straniere. I tassi di ricovero per parto raggiungono un picco nella classe di età 20-24 anni tra le straniere (dove sono 9 volte superiori a quelli delle italiane), e nella classe 30-34 anni tra le italiane; sopra i 30 anni non si osservano differenze sostanziali per cittadinanza (Figura 2). La Figura 3 mostra come più della metà dei ricoveri per parto tra le residenti sotto i 25 anni, e circa un terzo tra le residenti di 25-29 anni, sia giustificato da donne con cittadinanza straniera.

Figura 2. Tassi di ricovero per parto (per 1000 residenti) per cittadinanza ed età, residenti Veneto 2006-2007.

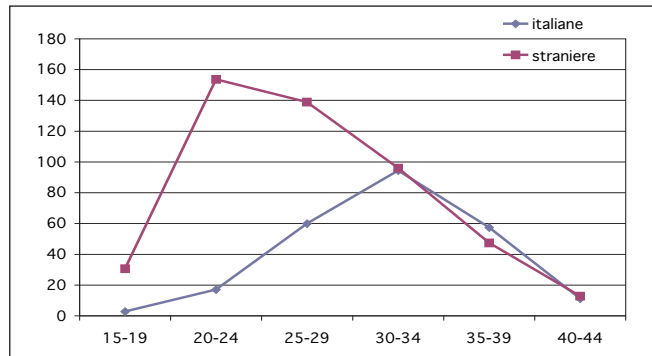
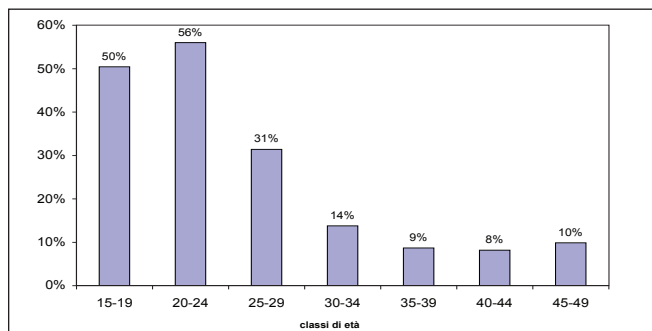


Figura 3. Percentuale del totale dei ricoveri per parto giustificato da donne straniere a seconda della classe di età: residenti Veneto, 2006-2007.

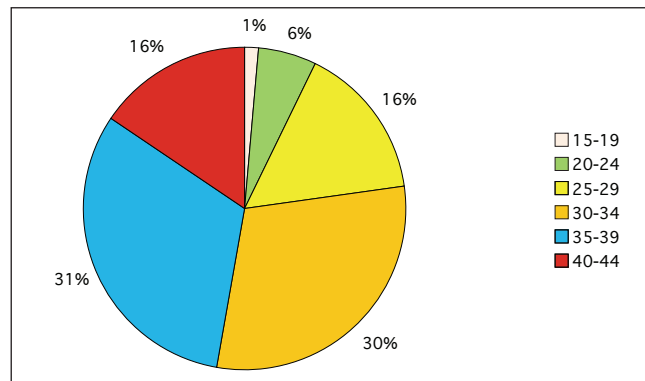


Le Tabelle 3 e 4 mostrano i tassi di ricovero per aborto spontaneo ed IVG (per mille residenti), ed i rispettivi rapporti con il totale dei ricoveri per parto. Il rischio di aborto spontaneo cresce esponenzialmente a partire dai 35 anni. Infatti, nonostante la diminuzione dei tassi di ricovero per parto tra le donne nelle classi di età più avanzate, il 47% dei ricoveri per aborto spontaneo avviene sopra i 35 anni (Figura 4). Tra le donne più giovani il rapporto aborti spontanei/parti non sembra variare sostanzialmente con la cittadinanza, mentre nelle classi di età più elevate risulta maggiore tra le residenti straniere. Quest'ultimo andamento è rispecchiato anche dai ricoveri per minaccia di aborto/parto prematuro, ed in parte dai ricoveri per patologie in gravidanza (dati non mostrati).

Tabella 3. Tasso di ricovero per aborto spontaneo (ABS) per 1000 residenti, e rapporto con i ricoveri per parto, a seconda di cittadinanza e classe di età.

	tasso ABS*1000		ABS/parti	
	italiane	straniere	italiane	straniere
15-19	0.5	4.6	0.19	0.15
20-24	1.9	16.7	0.11	0.11
25-29	6.6	14.8	0.11	0.11
30-34	11.3	15.1	0.12	0.16
35-39	11.3	13.3	0.20	0.28
40-44	5.5	7.6	0.49	0.60

Figura 4. Distribuzione per età dei ricoveri per aborto spontaneo, residenti in Veneto (italiane + straniere), 2006-2007.

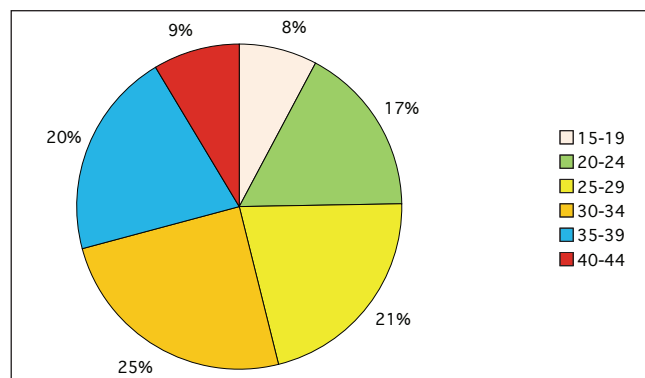


Completamente diverso è invece il profilo per le IVG: i tassi di ricovero sono più alti tra le straniere in tutte le classi di età ma, in considerazione dell'elevata fecondità tra le più giovani, il rapporto con i ricoveri per parto si mantiene simile o inferiore rispetto alle italiane fino ai 30 anni; sopra i 30 anni invece i rapporti di abortività si divaricano nettamente risultando molto più alti tra le straniere. E' da segnalare l'elevato numero di IVG sotto i 20 anni, che rappresentano l'8% del totale delle IVG (Figura 5); tale quota è ancora più consistente tra le italiane (9% del totale).

Tabella 4. Tasso di ricovero per interruzione volontaria di gravidanza (IVG) per 1000 residenti, e rapporto con i ricoveri per parto, a seconda di cittadinanza e classe di età.

	tasso IVG*1000		IVG/parti	
	italiane	straniere	italiane	straniere
15-19	4.5	12.1	1.62	0.40
20-24	7.9	29.1	0.46	0.19
25-29	7.5	25.5	0.13	0.18
30-34	7.0	24.5	0.07	0.25
35-39	5.8	19.0	0.10	0.40
40-44	2.7	7.4	0.24	0.57

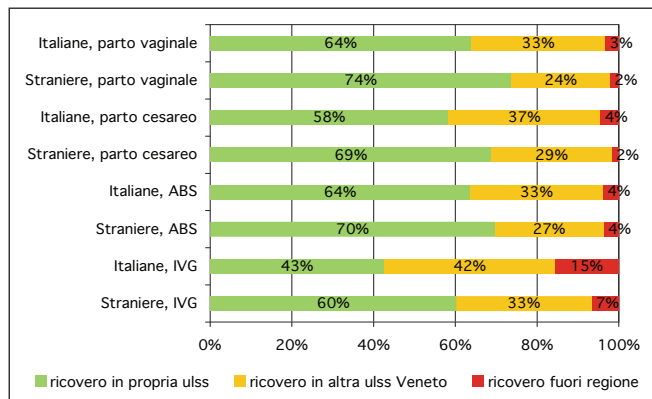
Figura 5. Distribuzione per età dei ricoveri per IVG, residenti in Veneto (italiane + straniere), 2006-2007.



La Figura 6 mostra i percorsi di ricovero per le italiane e straniere residenti. Nel complesso, la mobilità è massima per le interruzioni volontarie di gravidanza, intermedia per il taglio cesareo, inferiore per i parti vaginali e gli aborti spontanei; come visto in precedenza, per le IVG assume proporzioni considerevoli anche la mobilità fuori Regione. Secondo i dati ISTAT, riportati anche nelle relazioni annuali al Parlamento sull'IVG, i tempi di attesa nel Veneto risultano più lunghi di quelli registrati complessivamente nell'Italia

settecentrale (superiori alle 4 settimane nel 19% dei casi, vs 7% in Nord-Italia): questo è probabilmente alla base della fuga verso le regioni confinanti. Considerando il totale dei ricoveri ostetrici, le italiane mostrano una mobilità maggiore rispetto alle straniere, ricoverandosi nell'ULSS di residenza solo nel 60% dei casi (rispetto al 70% delle straniere).

Figura 6. Distribuzione dei ricoveri delle residenti in Veneto con cittadinanza italiana o straniera, biennio 2006-2007.



Per informazioni: Ugo Fedeli
ugo.fedeli@ulssasolo.ven.it

INFEZIONI POST-OPERATORIE

Indagine su misure di prevenzione e controllo

Dora Buonfrate, Paola Mantoan, Giampietro Pellizzer Malattie Infettive ULSS 6 – SER

Le infezioni del sito chirurgico si manifestano in circa il 2-5% degli interventi. Sono un'evenienza rilevante, comportando un aumento della durata della degenza, delle riammissioni in ospedale e della mortalità (che risulta 2-3 volte maggiore rispetto a quella degli interventi non complicati da infezione).

Nel 2008 è stato avviato un progetto nazionale di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, al quale hanno aderito diversi reparti chirurgici del Veneto, con il coordinamento del SER. Data l'importanza dell'ambito indagato e la larga partecipazione di strutture sia pubbliche che private, si sta proseguendo con la sorveglianza anche nel 2009.

Nel corso del 2008 il SER ha inoltre condotto un'indagine conoscitiva riguardante la diffusione delle "buone pratiche" per la prevenzione ed il controllo delle infezioni post-operatorie negli ospedali del Veneto, allo scopo di valutare l'aderenza alle linee guida nazionali ed internazionali e alle evidenze presenti in letteratura, rilevando eventuali aree di miglioramento nella gestione di questa problematica. E' stato a tal proposito inviato a tutte le Aziende ULSS/Ospedaliere della Regione un questionario rivolto alle Unità Operative di chirurgia generale, ginecologia, chirurgia cardiaca e vascolare, urologia, neurochirurgia, chirurgia plastica e ortopedia. L'adesione ottenuta a tale iniziativa è stata rilevante: hanno partecipato 129 Unità Operative,

appartenenti a 38 strutture ospedaliere, distribuite in 19 Aziende. Il questionario è stato impostato considerando 4 principali aree di "intervento" per la prevenzione delle infezioni post-operatorie: la preparazione dell'utente, la preparazione degli operatori, elementi organizzativi, la profilassi antibiotica. I risultati dell'indagine sono stati presentati e discussi nel corso del convegno "Le infezioni post-operatorie nel paziente chirurgico", svoltosi a Vicenza il 27 febbraio u.s. e organizzato dall'U.O. di Malattie Infettive e Tropicali dell'Ospedale San Bortolo in collaborazione con il SER.

Vengono qui riportati i principali risultati dell'indagine, in termini di aderenza alle indicazioni presenti nelle linee guida nazionali ed internazionali.

Preparazione dell'Utente

L'indagine ha evidenziato come, per le pratiche di preparazione dell'utente, siano più frequentemente seguite raccomandazioni interne alla singola UO (63%) rispetto a raccomandazioni aziendali.

Le linee guida internazionali concordano sul consigliare al paziente doccia o bagno il giorno prima o il giorno stesso dell'intervento. Dall'indagine è emersa un'ampia adesione a questa indicazione: infatti solo nell'8% dei reparti non viene consigliata al paziente una preparazione specifica. Le UO restanti si possono suddividere tra quelle che indirizzano l'utente verso una doccia con detergente comune (il 54%) e quelle che preferiscono l'utilizzo di un antisettico (il 36%; nel 73% dei casi è consigliato un prodotto a base di clorexidina). Si segnala una review curata dalla Cochrane, che non ha trovato evidenze a favore dell'utilizzo di clorexidina rispetto a detergenti comuni.

Per quanto riguarda la tricotomia, le principali linee guida internazionali (CDC, SHEA, NICE) concordano sul fatto che non vada praticata routinariamente, ma solo nel caso in cui vi sia interferenza con il sito di incisione. Qualora sia necessaria, viene consigliato l'utilizzo del clipper (le linee guida e le evidenze più recenti sconsigliano in maniera chiara l'impiego del rasoio). Le linee guida inoltre indicano come il timing più appropriato per l'esecuzione della tricotomia sia il giorno stesso dell'intervento. Dalla nostra indagine è emerso che in circa la metà delle chirurgie (46%), a discapito del forte sostegno delle linee guida, la tricotomia viene eseguita sempre, per tutti gli utenti e tutti gli interventi. La suddivisione per area chirurgica mostra un picco di applicazione di questa pratica nell'ambito cardiovascolare (90% di tali reparti), mentre l'urologia appare l'area nella quale viene adottata di meno (18%). Un 17% del totale delle UO esegue la tricotomia per interventi/utenti selezionati, e il rimanente 37% segue la "buona pratica" di eseguirla unicamente se vi è interferenza con il sito di incisione, con variabilità che va dal 10% dell'area cardiovascolare al 47% dell'urologia e al 44% delle chirurgie generali. Per quanto riguarda la metodica utilizzata, risalta il fatto che nel 37% dei reparti venga ancora utilizzata la pratica sconsigliata, cioè il rasoio; l'uso esclusivo del clipper avviene in circa la metà dei reparti (47%); in tabella 1 si vede la distribuzione dell'utilizzo delle diverse metodiche per area. Infine il timing dell'esecuzione: i reparti si suddividono praticamente a metà tra chi la esegue il giorno stesso (52%) e chi il giorno prima. Sebbene l'esecuzione il giorno stesso dell'intervento sia la pratica supportata dalle linee guida, si segnala che una recente review eseguita dalla Cochrane ha concluso che non vi sono chiare evidenze a sostenere questa indicazione.