

# La misurazione della disuguaglianza nell'assistenza agli anziani: il portale ISA 65+

Rosa Gini (1), Paolo Francesconi (1), Alessandro Barchielli (2), Eva Buiatti (1)

(1) Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

(2) Unità di epidemiologia, Asl 10 Firenze

## Introduzione

La disponibilità dei dati amministrativi del servizio sanitario è uno stimolo per la costruzione di strumenti di sorveglianza in grado di eseguire misure in modo sistematico e automatico, quindi sufficientemente tempestivo.

Puntare lo sguardo sull'assistenza agli anziani è atto motivato non solo dagli aspetti quantitativi e qualitativi dei bisogni sanitari presenti in questo gruppo di popolazione, ma anche dalla possibilità che nei confronti degli anziani si verificano fenomeni di discriminazione nell'accesso ad alcune prestazioni. Questo fenomeno, denominato *ageism* nella letteratura anglosassone (1), è documentato da un'ampia letteratura scientifica (2,3,4,5), ha cause profonde, alimentate dall'inconsapevole confusione tra la necessità di *razionalizzare* la spesa sanitaria e un malinteso imperativo a *razionarla*, escludendo da utili interventi una sezione della popolazione che non solo ne ha diritto ma che può beneficiarne altrettanto e più della popolazione più giovane, evitando esiti catastrofici (non solo maggiore mortalità ma anche maggiore disabilità).

L'Agenzia regionale di sanità della Toscana mantiene dal 2004 il portale ISA 65+, un sistema di informazioni integrate che permette di individuare margini di disuguaglianza nella qualità dell'assistenza agli anziani, in particolare mettendo in evidenza le disuguaglianze per età.

## Fonti di dati e selezione degli indicatori

Le fonti di dati sono principalmente i flussi di dati amministrativi del sistema sanitario regionale (ricoveri, prestazioni ambulatoriali, prestazioni riabilitative, erogazione diretta e indiretta di farmaci). Accanto a queste l'Agenzia ha a disposizione i dati di popolazione dell'ISTAT e il Registro di mortalità regionale. I dati sono nominativi, e gli archivi vengono incrociati per mezzo del codice fiscale dei pazienti.

La selezione del primo nucleo di 15 indicatori è avvenuta nel 2002 per mezzo della consultazione di un ampio panel di esperti (clinici, gestori ed organizzatori dei servizi per anziani, specialisti in formazione dell'area di sanità pubblica e geriatrica) tramite un processo Delphi. In seguito all'aumentata disponibilità di dati (dati farmaceutici) i ricercatori dell'Agenzia hanno selezionato altri 7 indicatori sulla base di una revisione bibliografica.

Gli indicatori che vengono calcolati sono:

- 5 indicatori sull'*infarto*:
  - Infarto miocardico acuto con ricovero in UTIC
  - Riabilitazione cardiologica dopo infarto miocardico acuto
  - Terapia farmacologica dopo infarto (casi incidenti, dopo un anno, dopo due anni)
- 4 indicatori sullo *scompenso cardiaco*:
  - Ricovero ripetuto entro 12 mesi per scompenso cardiaco
  - Terapia farmacologica dopo scompenso (casi incidenti, dopo un anno, dopo due anni)
- 3 indicatori sull'*ictus*:
  - Recidiva ospedalizzata entro 12 mesi da un precedente ictus
  - Ricovero per ictus entro 12 mesi dal ricovero per TIA
  - Soggetti con ictus sottoposti a riabilitazione entro 30 giorni
- 1 indicatore sul *diabete*:
  - Emoglobina glicata in soggetti con diabete

- 4 indicatori sulla *frattura al femore*:
  - Pazienti deceduti entro 30 giorni da una frattura del femore
  - Pazienti deceduti entro 90 giorni da una frattura del femore
  - Chirurgia della frattura del femore con intervento entro 2 giorni
  - Ricoverati per frattura del femore e sottoposti a intervento chirurgico
- 2 indicatori sui *tumori*:
  - Uso della chirurgia conservativa nei tumori del retto
  - Uso della chirurgia conservativa nei tumori della mammella
- 2 indicatori sulla *cataratta*:
  - Trattamento della cataratta in day hospital o ambulatoriale
  - Tasso di popolazione di operati per cataratta
- 1 indicatore sull'*ernia inguinale*:
  - Durata media ricovero per intervento chirurgico di ernia inguinale

## Misure degli indicatori

L'insieme dei 22 indicatori viene misurato sui dati di tutti gli anni a partire dal 1999 (ultimi dati disponibili al momento: 2005) per i residenti in Toscana di età maggiore o uguale a 45 anni, disaggregati per fasce d'età (una fascia giovane: 45-64 anni; tre fasce anziane: 65-74; 75-84, 85+) e per azienda USL di residenza (12 in tutto in Toscana). Aggregando i dati per triennio viene calcolata anche la disaggregazione geografica per Zona socio-sanitaria di residenza.

Il confronto territoriale viene eseguito sulla base della standardizzazione diretta.

Il confronto tra fasce d'età viene eseguito in due fasi: anzitutto viene calcolata la differenza tra i valori dell'indicatore osservati nelle fasce d'età e il valore atteso nell'ipotesi di uguaglianza (V di Cramer). Poiché per molti indicatori l'ipotesi di uguaglianza non è necessariamente plausibile, e le differenze possono essere riconducibili a differenze incompribili tra le fasce d'età (per esempio alla maggiore comorbilità degli anziani, che può condizionare l'erogazione di alcune prestazioni), l'attenzione si appunta sugli indicatori in cui il valore della V di Cramer è variabile tra i diversi territori: il sospetto di disuguaglianza non giustificabile, ovvero di discriminazione per età, viene sollevata in questo caso nei territori in cui la V è alta.

## Risultati

Gli indicatori che sono risultati maggiormente a rischio di disuguaglianza per età stando ai dati del 2005 sono:

1. Uso della chirurgia conservativa nei tumori della mammella
2. Terapia farmacologica a due anni dall'infarto
3. Emoglobina glicata in soggetti con diabete
4. Terapia farmacologica a due anni dallo scompenso

A titolo di esempio illustriamo i dati relativi al primo indicatore. La chirurgia conservativa per tumore alla mammella è possibile laddove la diagnosi del tumore sia sufficientemente tempestiva. I programmi di screening sono normalmente limitati alle donne al di sotto di una fissata soglia di età, e vengono applicati con gradi di successo differenti a seconda dell'organizzazione di ciascuna ASL. L'indicatore mostra nel biennio 2004-2005 una V di Cramer (standardizzata) variabile tra il 4% di una ASL e il 19% di un'altra. Le donne operate per tumore alla mammella e residenti nella prima di queste due ASL hanno un intervento conservativo nel 78,0%, 82,9%, 71,2% e 78,8% nelle 4 fasce d'età; quelle residenti nella seconda ASL hanno percentuali pari rispettivamente a 75,1%, 72,9%, 31,7% e 40,0%, quindi dei valori non solo maggiormente diseguali ma anche complessivamente più bassi (figura 1).

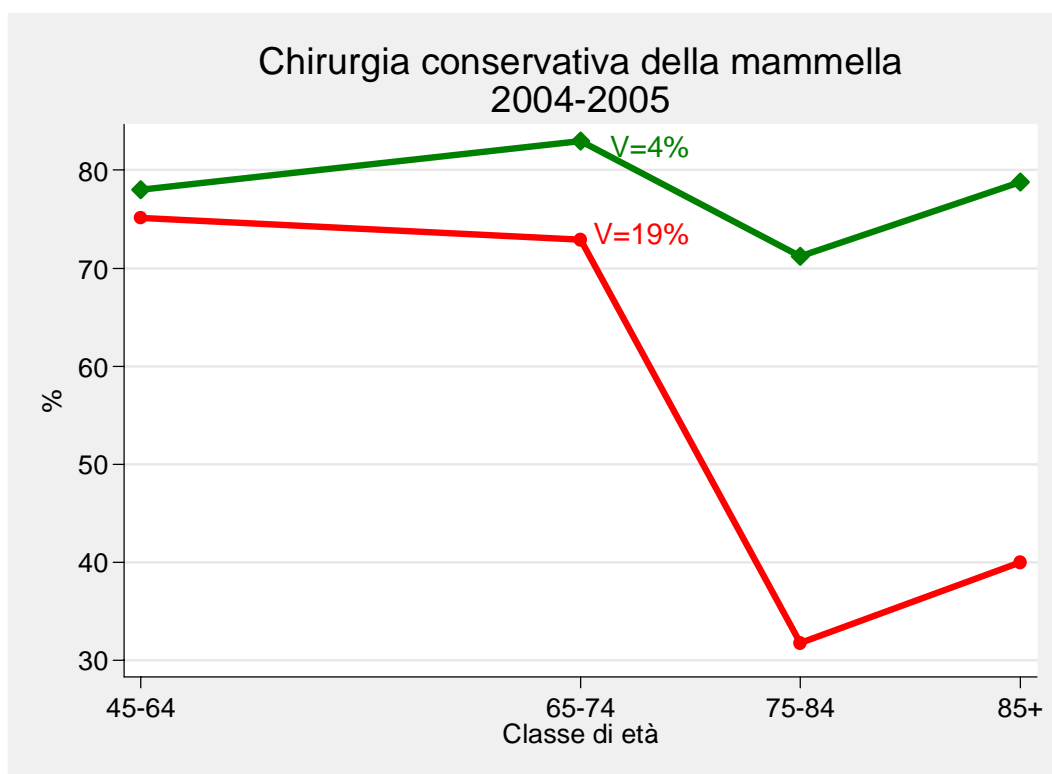


Figura 1: Chirurgia conservativa della mammella nelle due ASL con valori minimo e massimo della V di Cramer

Riportiamo in tabella 1 i dati relativi a tutti e quattro gli indicatori sull'intero territorio regionale. Dalla tabella risulta chiaro che il grosso peggioramento nei valori degli indicatori si ha per i pazienti maggiori di 75 anni.

E' rilevante osservare come in tutti e quattro i casi si tratti di indicatori riferiti ad azioni preventive (la diagnosi precoce di tumore alla mammella e la rilevazione dell'emoglobina glicata nei diabetici) o terapeutiche (dopo infarto o ricovero per scompenso cardiaco) che presentano nessuna o scarse controindicazioni nei pazienti più anziani, e che comportano un carico di costo basso o bassissimo.

|  | età 45-64 | età 65-74 | età 75-84 | età 85+ |
|--|-----------|-----------|-----------|---------|
| Chirurgia conservativa nei tumori della mammella | 77.8%     | 75.8%     | 57.9%     | 66.2%   |
| Terapia farmacologica a due anni dall'infarto    | 76.9%     | 72.7%     | 63.8%     | 48.6%   |
| Emoglobina glicata nei diabetici                 | 49.4%     | 52.8%     | 45.0%     | 31.1%   |
| Terapia farmacologica a due anni dallo scompenso | 71.2%     | 66.2%     | 57.1%     | 40.2%   |

Tabella 1: Indicatori a maggior rischio di discriminazione per età. Dati Toscana anno 2005.

### Publicazione dei risultati

La pubblicazione degli indicatori avviene per mezzo di un portale accessibile via Internet, aggiornato annualmente. Il portale presenta, da un lato, una sintesi dei risultati dli indicatori, presentando la dispersione territoriale dei vari indicatori e, per ciascun territorio aziendale, la lista

degli indicatori migliori e di quelli peggiori rispetto al valore regionale. In un'altra sezione del portale è possibile accedere alle misure degli indicatori nel massimo dettaglio, in modo da permettere l'approfondimento.

## **Conclusioni**

E' possibile monitorare la qualità dell'assistenza agli anziani con l'uso di dati routinari. In particolare è possibile misurare le disuguaglianze per età segnalando i rischi di discriminazione.

## **Riferimenti bibliografici**

- (1) Roberts E, Robinson J, Seymour L. Old habits die hard. London: King's Fund, 2002.
- (2) Dudley N, Burns E. The influence of age on policies for admission and thrombolysis in coronary care units in the UK. *Age Ageing* 1992;21: 95-8.
- (3) Turner NJ, Haward RA, Mulley GP, Selby PJ. Cancer in older age—is it adequately investigated and treated? *BMJ* 1999;319: 309-12.
- (4) Young J, Ageism in services for transient ischaemic attack and stroke, *BMJ* 2006;333:508-509
- (5) Rudd AG et al., Access to stroke care in England, Wales and Northern Ireland: the effect of age, gender and weekend admission, *Age Ageing* 2007; 36: 247-255