

Chirurgia protesica dell'anca: la mobilità interregionale

Interregional mobility and hip replacement

E. Romanini^{1 2}

M. Torre³

V. Manno³

G. Baglio⁴

S. Conti³

¹ Casa di Cura "San Feliciano", Roma; ² GLOBE, Gruppo di Lavoro "Ortopedia basata su prove di efficacia";

³ Istituto Superiore di Sanità Ufficio di Statistica, Roma;

⁴ ASP, Laziosanità, Roma

Indirizzo per la corrispondenza:

Dott. Ing. Marina Torre
Ufficio di Statistica
CNESPS, Istituto Superiore di Sanità
viale Regina Elena 299
00161 Roma, Italy
Tel. +39 06 49904147
Fax +39 06 49904185
E-mail: marina.torre@iss.it

Ricevuto il 14 febbraio 2008

Accettato il 2 aprile 2008

RIASSUNTO

Background. In Italia nel 2004 sono stati effettuati oltre 50.000 interventi di chirurgia primaria dell'anca in elezione, con ampia distribuzione su tutto il territorio nazionale. Tuttavia appare ancora diffuso in questo campo il riferimento a strutture di eccellenza distanti dalla propria residenza, con conseguente mobilità interregionale.

Obiettivi. Scopo del lavoro è descrivere il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale in chirurgia protesica dell'anca in Italia e analizzare le potenziali cause che lo determinano.

Metodi. A partire dall'archivio SDO sono stati calcolati per ogni regione il numero delle dimissioni di residenti e non residenti, la capacità di una regione di attrarre pazienti da altre (indice di attrazione) e la tendenza della popolazione ad allontanarsi dalla propria regione (indice di fuga). L'analisi ha riguardato il periodo 2001-2004.

Risultati. Soltanto 7 regioni presentano un indice di attrazione superiore a quello di fuga. Tra queste, 4 sono al Nord, 2 al Centro e 1 al Sud. In nessun caso si osserva migrazione dal Nord e dal Centro verso il Sud.

Conclusioni. La mobilità interregionale per chirurgia protesica dell'anca è consistente. Il fenomeno è simile a quello descritto per altri settori dell'assistenza ospedaliera, in particolare la presenza di un flusso migratorio diretto dal Sud verso il Nord. Appare necessaria un'attenta valutazione delle cause che stanno alla base del fenomeno, al fine di promuovere politiche volte all'ottimizzazione delle risorse e al potenziamento delle strutture centro-meridionali.

Parole chiave: mobilità interregionale, protesi anca, epidemiologia, registro

SUMMARY

Background. Over 50.000 primary total hip replacements were performed in Italy in 2004, with large distribution all over the country. However, referral to centers of excellence far from the area of residency is still common with massive interregional mobility.

Objectives. Aim of this study is to define this issue both in quantitative and qualitative terms, and to analyze the potential causes.

Methods. The SDO database was used to calculate the number of discharges of both residents and non residents for each Region and for each year, and the ability of each region to attract patients from other regions or the tendency of the resident population to migrate.

Results. Only 7 Regions present an attraction index better than the escape index. Among those 4 are located in the North of Italy, 2 in the Center and 1 in the South. Migration from the North or Center to the South was never observed.

Conclusions. Interregional mobility for hip replacement is noteworthy. Such phenomenon is comparable to migration for other major procedures, especially the steady tendency of a south to north mobility. An accurate analysis of potential causes of migration as well as the empowering of southern and central centers is needed.

Key words: interregional mobility, hip arthroplasty, epidemiology, register

INTRODUZIONE

La chirurgia protesica dell'anca di primo impianto rappresenta lo stato dell'arte nel trattamento delle gravi malattie degenerative dell'articolazione coxo-femorale^{1,2}. Tecnica chirurgica, modalità di gestione peri-operatoria e protocolli riabilitativi sono ampiamente condivisi a livello nazionale e internazionale e la prevalenza di questo tipo di interventi è in continuo aumento. In Italia nel 2004 sono stati effettuati 55.812 interventi di chirurgia primaria dell'anca in elezione, con un incremento pari al 19% rispetto al 2001 (n = 46.839)³. Siamo dunque ben distanti dalle esperienze iniziali degli anni sessanta e settanta, quando la chirurgia protesica articolare era riservata a pochi Centri di eccellenza, in grado di garantire un volume adeguato di attività e standard qualitativi elevati. Oggi si può affermare che tale pratica chirurgica sia largamente disponibile su tutto il territorio nazionale, in risposta alla crescente domanda dettata dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumentata aspettativa di vita, oltre che alla evoluzione delle conoscenze specifiche in quest'area della chirurgia ortopedica.

Scopo di questo studio è la valutazione della mobilità interregionale per la chirurgia in oggetto, per descrivere le direttrici principali del flusso migratorio e determinare se, e in quale misura, sia ancora diffuso il riferimento a strutture nazionali di (presunta) eccellenza.

MATERIALI E METODI

Per quantificare il volume di attività chirurgica protesica primaria dell'anca in Italia sono stati selezionati dall'ar-

chivio nazionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) i ricoveri con codice ICD9-CM 81.51, relativo alla sostituzione protesica totale di primo impianto, in almeno uno dei cinque campi che identificano gli interventi effettuati³. L'analisi ha riguardato gli anni dal 2001 al 2004. Gli interventi sono stati ripartiti per regione in base alla residenza del paziente e alla collocazione geografica della struttura presso la quale l'intervento è stato effettuato. In particolare, per ogni anno considerato, sono stati calcolati, escludendo i cittadini stranieri e di nazionalità sconosciuta: il numero di dimissioni relative a pazienti residenti e non residenti, per regione di erogazione della prestazione, e il numero di dimissioni relative a pazienti trattati nella propria regione o altrove, per regione di residenza.

Al fine di quantificare la capacità di una determinata regione di attrarre pazienti da altre aree geografiche (mobilità attiva) e la tendenza della popolazione ad allontanarsi dalla propria regione per avvalersi delle prestazioni mediche erogate altrove (mobilità passiva), sono stati calcolati, per ciascuna regione, l'indice di attrazione (IA) e l'indice di fuga (IF)^{4,5}.

L'indice di attrazione è calcolato come rapporto percentuale tra le dimissioni di pazienti non residenti e il totale delle dimissioni da strutture presenti sul territorio della regione. L'indice di fuga è calcolato come rapporto percentuale tra le dimissioni effettuate fuori della regione di residenza e il totale delle dimissioni di residenti della regione effettuati ovunque sul territorio nazionale.

Per valutare complessivamente il fenomeno della migrazione sanitaria, è stato inoltre utilizzato un indice sintetico di mobilità, calcolato come rapporto tra IA e IF⁵. Al fine di evidenziare eventuali peculiarità proprie della chirurgia protesica dell'anca rispetto all'offerta complessiva di assistenza ospedaliera, sono stati confrontati per ciascuna regione gli indici sintetici di mobilità specifici per l'impianto di protesi d'anca con quelli relativi a tutti i ricoveri per acuti in regime ordinario, relativamente all'anno di attività 2004⁶.

RISULTATI

L'analisi dei dati disponibili evidenzia innanzitutto il continuo aumento del numero totale degli interventi tra il 2001 e il 2004, pari al 6% per anno. Nella Tabella I sono riportati gli interventi suddivisi per regione di appartenenza della struttura nel periodo di tempo considerato. La regione con il più alto numero di interventi è

Tab. I. Interventi di sostituzione protesica dell'anca primaria (ICD9-CM: 81.51) per regione di erogazione.

Regione di erogazione	2001	2002	2003	2004
Piemonte	3.651	3.872	4.580	5.394
Valle d'Aosta	78	102	86	79
Lombardia	10.119	10.769	11.063	11.526
PA Bolzano	670	688	743	734
PA Trento	246	260	291	331
Veneto	5.240	5.550	5.819	6.119
Friuli	1.378	1.496	1.549	1.593
Liguria	1.918	1.931	1.906	1.962
Emilia-Romagna	5.121	5.101	5.538	5.854
Toscana	4.021	4.361	4.625	4.604
Umbria	897	945	939	1.021
Marche	1.098	1.154	1.145	1.299
Lazio	3.710	4.086	4.220	4.535
Abruzzo	1.148	1.284	1.270	1.379
Molise	237	193	203	194
Campania	2.427	2.619	2.787	2.931
Puglia	1.872	2.098	2.010	2.234
Basilicata	276	219	287	285
Calabria	580	725	683	728
Sicilia	1.573	1.691	2.127	2.314
Sardegna	579	656	678	696
Totale	46.839	49.800	52.549	55.812

la Lombardia, che concentra circa 1/5 dell'intera casistica nazionale; seguono il Veneto e l'Emilia-Romagna, con percentuali intorno all'11%.

Nella Tabella II è presentata la distribuzione dei ricoveri per regione di residenza dei pazienti, ivi compresi i residenti all'estero sottoposti a intervento in strutture italiane.

L'analisi della mobilità interregionale condotta attraverso il calcolo degli indici di attrazione e di fuga per l'anno 2004 è riassunta nella Figura 1. Si evidenzia che soltanto sette regioni presentano un indice di attrazione superiore a quello di fuga. Tra queste, quattro sono al Nord (Lombardia, P.A. Bolzano, Veneto, Emilia-Romagna), 2 al Centro (Toscana e Umbria) e 1 al Sud (Abruzzo). In nessun caso si osserva una migrazione dal Nord e dal Centro verso il Sud.

Le regioni con la maggiore attrazione sono la Lombardia e l'Emilia-Romagna. Alcuni valori che, a prima vista, potrebbero sembrare eclatanti in termini percentuali, ad esempio l'indice di fuga calcolato per la Valle d'Aosta e la P.A. Trento, presentano in realtà basse numerosità in

termini assoluti; in questi casi, inoltre, è stato possibile osservare che la mobilità è esclusivamente tra regioni limitrofe (migrazione transfrontaliera, vedi più avanti). È importante anche sottolineare come la presenza in una regione di un indice di attrazione elevato non esclude la possibilità di avere un indice di fuga altrettanto elevato. Per questo motivo può risultare utile l'analisi dell'indice sintetico di mobilità (vedi Figura 2, colonna in bianco): ad esempio, in Lombardia l'attrazione è 4 volte maggiore della fuga mentre in Molise, ad un alto valore dell'indice di attrazione corrisponde un ancor più alto valore dell'indice di fuga.

Nella Figura 2 sono riportati, per confronto, gli indici sintetici di mobilità calcolati per tutti i ricoveri per acuti in regime ordinario nel 2004. Anche in questo caso la Lombardia e l'Emilia Romagna spiccano sulle altre regioni, anche se in maniera meno pronunciata rispetto all'ambito specifico della chirurgia protesica. Questo dato conferma il ruolo preminente assunto da queste due regioni all'interno delle migrazioni interregionali per

Tab. II. Interventi di sostituzione protesica dell'anca primaria (ICD9-CM: 81.51) per regione di residenza del paziente.

Regione di residenza del paziente	2001	2002	2003	2004
Piemonte	3.943	4.243	4.852	5.555
Valle d'Aosta	142	183	183	196
Lombardia	9.079	9.313	9.435	9.808
PA Bolzano	604	627	671	694
PA Trento	455	462	484	549
Veneto	4.868	5.145	5.457	5.789
Friuli	1.481	1.621	1.704	1.720
Liguria	1.801	2.039	2.148	2.247
Emilia-Romagna	4.357	4.315	4.678	4.759
Toscana	3.784	4.207	4.449	4.401
Umbria	806	848	879	919
Marche	1.268	1.368	1.382	1.552
Lazio	3.772	4.235	4.378	4.815
Abruzzo	1.090	1.120	1.110	1.211
Molise	236	205	205	219
Campania	2.880	3.102	3.242	3.419
Puglia	2.261	2.436	2.410	2.723
Basilicata	394	341	410	418
Calabria	864	998	976	1.099
Sicilia	2.027	2.163	2.635	2.838
Sardegna	631	715	738	754
Estero	96	114	123	127
Totale	46.839	49.800	52.549	55.812

chirurgia primaria dell'anca, in quanto baricentri di attrazione dei flussi sanitari provenienti dal Centro-Sud. Si osserva, inoltre, come le regioni caratterizzate da maggiore capacità di attrazione (colore più scuro per i valori più alti) siano situate prevalentemente al Nord.

DISCUSSIONE

L'analisi della mobilità interregionale rappresenta un eccellente strumento di valutazione dei servizi sanitari e delle complesse dinamiche che regolano la dialettica tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie. In quanto espressione della libertà di scelta dei pazienti e della loro percezione della qualità dell'assistenza, può fornire indicazioni significative in fase di programmazione sanitaria⁵⁷.

Ciò premesso, si tratta anche di un fenomeno di complessa interpretazione, a causa dei differenti aspetti che regolano i flussi migratori. Nel tentativo di definire le potenziali situazioni in grado di influenzare il ricorso alle prestazioni in mobilità, è utile distinguere almeno tre diverse categorie di spostamenti:

1. le migrazioni volontarie, dovute a situazioni di attrazione o di fuga più direttamente riconducibili alle caratteristiche dell'offerta sanitaria, effettive o percepite;
2. le migrazioni transfrontaliere, da e verso regioni confinanti, che possono essere spiegate dalla contiguità geografica e dalla dislocazione territoriale dei servizi sanitari;
3. le migrazioni apparenti, che dipendono dalla presenza di persone in un luogo diverso dalla residenza, per motivi non collegati all'effettuazione delle prestazioni sanitarie (ad esempio per studio, lavoro o turismo)⁵.

Nella valutazione dei risultati sopra presentati è necessa-

rio dunque considerare una quota di situazioni ascrivibili alle condizioni descritte ai punti 2 e 3, che sfuggono alla programmazione del Servizio Sanitario; mentre in altri casi la migrazione può ascrivere alla carenza di strutture, alla loro inaccessibilità o alla sfiducia dei pazienti nei confronti delle strutture medesime.

Un'indagine Censis 2005, su un campione di 2.524 utenti

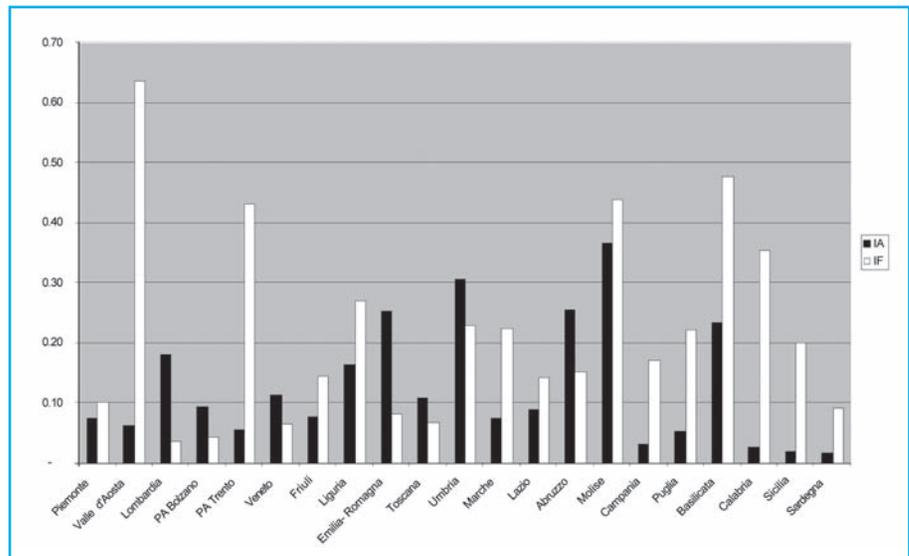


Fig. 1. Distribuzione regionale degli indici di attrazione (IA) e di fuga (IF) per la chirurgia protesica dell'anca (ICD9-CM: 81.51) – anno 2004.

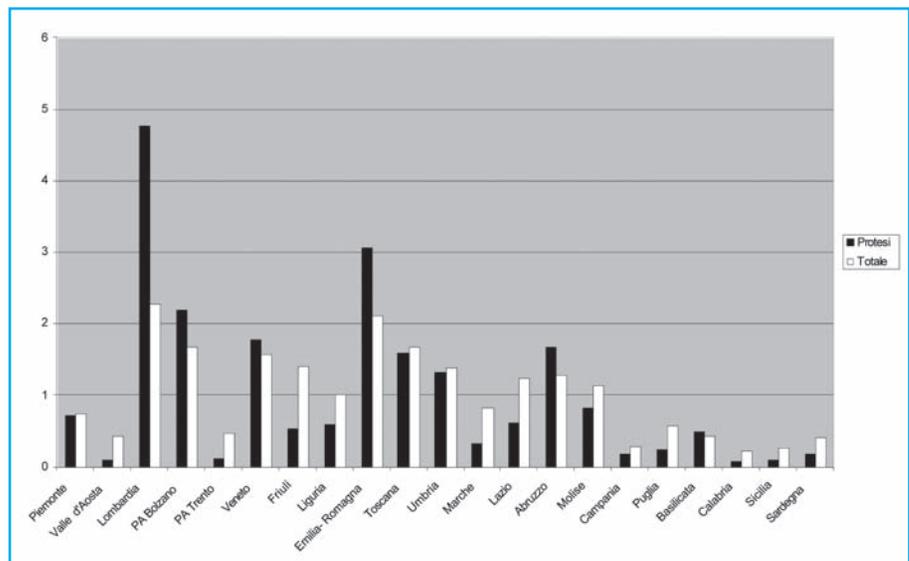


Fig. 2. Confronto della distribuzione regionale dell'indice sintetico di mobilità per la chirurgia protesica dell'anca primaria (ICD9-CM: 81.51) e per tutti i ricoveri per acuti in regime ordinario – anno 2004.

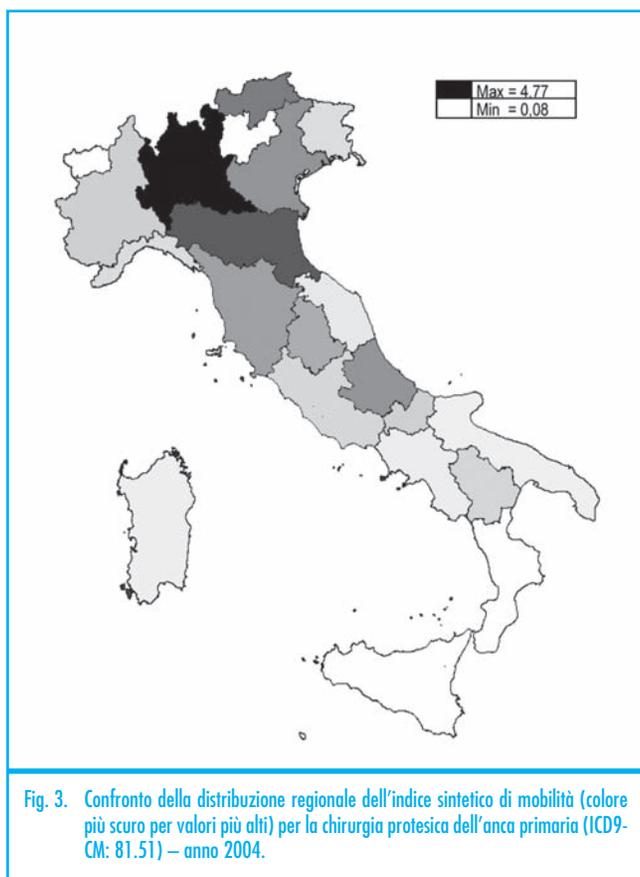


Fig. 3. Confronto della distribuzione regionale dell'indice sintetico di mobilità (colore più scuro per valori più alti) per la chirurgia protesica dell'anca primaria (ICD9-CM: 81.51) – anno 2004.

ospedalieri migrati da sette Regioni italiane (Umbria, Calabria, Molise, Veneto, Marche, Piemonte e Toscana), permette un'analisi delle motivazioni di cittadini che hanno optato per il ricovero in un ospedale al di fuori della loro regione di residenza. Nel 91% dei casi si tratta di una libera scelta e solo nel 9% di una decisione legata a fattori contingenti. In più della metà dei casi la scelta avviene su indicazione del medico di famiglia, mentre il 30% degli intervistati riferisce di aver seguito il consiglio di parenti e amici. Quanto all'interpretazione che gli intervistati danno a posteriori della prestazione erogata, sebbene la quasi totalità dei pazienti si dichiarò soddisfatta delle cure ricevute, la metà del campione riporta difficoltà di varia natura ascrivibili alla trasferta (costi, problemi psicologici e difficoltà negli spostamenti)⁸. Tale dato assume particolare rilievo se si considera che, per la procedura analizzata nel nostro studio, le regioni a maggiore attrazione di pazienti del Sud per la chirurgia dell'anca sono al Nord (nel 2004, dei 2.709 pazienti residenti nel Meridione che non si sono operati nella propria

regione, il 52% si è operato in Lombardia e in Emilia) e che la degenza media per la tipologia di interventi è superiore a 10 giorni³.

Inoltre questi dati risultano di elevata utilità in fase di programmazione e organizzazione dei registri degli impianti protesici. Attualmente infatti in Italia sono attivi solo registri organizzati su base regionale (Lombardia, Emilia Romagna, Puglia) che raccolgono gli interventi eseguiti nella regione indipendentemente dalla residenza del paziente. Risulta evidente che, in ragione della elevata mobilità interregionale descritta, la misura della sopravvivenza degli impianti per singola regione rischia di diventare un dato poco attendibile, specialmente laddove la mobilità passiva è maggiore. Si riafferma pertanto la necessità di disporre di una struttura su base nazionale che coordini e permetta l'inter-operabilità dei registri regionali⁹.

CONCLUSIONI

Il fenomeno della mobilità interregionale per la chirurgia protesica dell'anca di primo impianto è consistente e, almeno teoricamente, anacronistico in quanto nel tempo si è diffusa la presenza sul territorio nazionale di strutture in grado di erogare prestazioni con un buon livello di qualità. I dati esaminati dimostrano che il fenomeno è simile a quello descritto a livello nazionale per tutti i ricoveri e proprio la costante presenza di una direttrice Sud-Nord suggerisce la necessità di effettuare un'attenta valutazione delle cause che lo determinano. Se è vero che esistono tipologie di mobilità dipendenti da fattori peculiari (temporanea lontananza dalla propria regione per motivi di lavoro o di studio) o proprie di patologie e procedure medico-chirurgiche estremamente rare, per le quali può ritenersi giustificato il ricorso a Centri di eccellenza, altrettanto non può dirsi per la chirurgia protesica primaria dell'anca. Si tratta, nel caso specifico, di mobilità in larga parte evitabile, legata all'inadeguatezza dell'offerta, ma anche a sfiducia e disinformazione; tali problematiche potrebbero essere adeguatamente contrastate favorendo politiche volte all'ottimizzazione delle risorse e al potenziamento delle strutture centro-meridionali e promuovendo, anche attraverso una corretta e completa informazione ai cittadini, l'attività delle strutture sanitarie già in grado di offrire elevati standard qualitativi.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Learmonth ID, Young C, Rorabeck C. *The operation of the century: total hip replacement*. Lancet 2007;27;370:1508-19.
- ² Romanini E, Villani C, Torre M. *Qualità di vita e protesi di anca*. Rapporti ISTISAN 2006;06/4.
- ³ Ministero della Salute. Archivio nazionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) (2001-2004).
- ⁴ DM 12 settembre 2001. “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”. GU 9 febbraio 2002, n. 27.
- ⁵ Villeggia M, Baglio G, Guasticchi G. *Rapporto sulla mobilità sanitaria interregionale. Anno 2001*. Roma: Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Monografie ASP, 2004.
- ⁶ ISTAT. *Dimissioni dagli Istituti di Cura*. Roma: Collana Informazioni, anni vari.
- ⁷ Di Pietro GA, Grassi G. *Analisi della mobilità sanitaria della Regione Puglia*. Progetto Sanità 2006;4:1-80.
- ⁸ CENSIS. *Strumenti per il monitoraggio e la razionalizzazione della mobilità ospedaliera interregionale – Aspetti motivazionali*. Roma 2005.
- ⁹ Torre M. *Progetto per l’istituzione di un registro nazionale degli interventi di protesi di anca*. Rapporti ISTISAN 2005;05/18.

Questo lavoro è stato condotto nell’ambito dell’Accordo di collaborazione “Organizzazione di un flusso multi regionale in tema di protesi di anca”, tra il Ministero della Salute – Direzione Generale dei Farmaci e Dispositivi Medici e l’Istituto Superiore di Sanità.