

Evidenze di buone pratiche nel governo clinico

Teresa Spadea

SCaDU Servizio Sovrazonale di Epidemiologia
ASL TO3 Piemonte

- **Il caso screening in Toscana, Emilia-Romagna e Torino**
- **Il caso diabete a Torino**
- **Il caso Chronic Care Model in Toscana**
- **Il caso PReVaIE nel Lazio**

- **Il caso screening in Toscana, Emilia-Romagna e Torino**
- **Il caso diabete a Torino**
- **Il caso Chronic Care Model in Toscana**
- **Il caso PReVaIE nel Lazio**

Incidenza e mortalità per tumore della mammella, per titolo di studio. Torino, 1985-2006, età 30-84 anni.

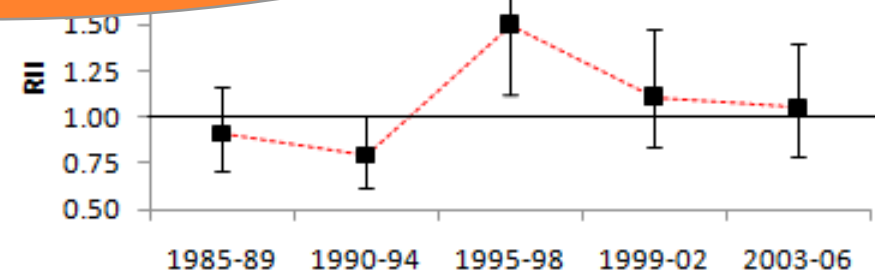
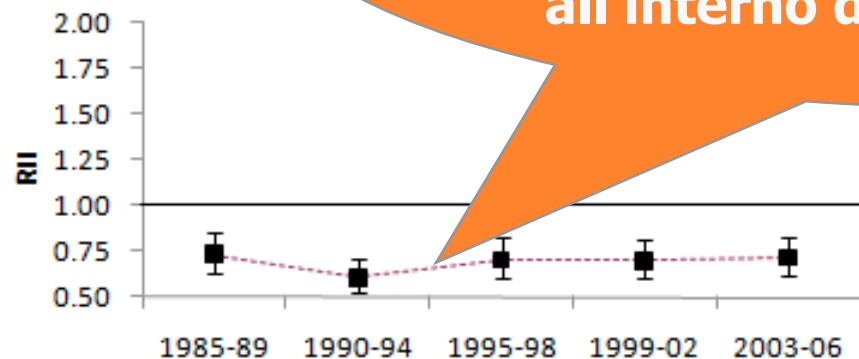
	INCIDENCE				MORTALITY			
	n	RR	IC 95%		n	RR	IC 95%	
University	1131	1			229	1		
High school	1920	0.97	0.90	1.04	506	1.23	1.05	1.44
Middle School	4875	0.92	0.87	0.99	1540	1.35	1.18	1.56
Primary school	5226	0.76	0.71	0.81	2142	1.31	1.14	1.50
No education	1099						0.97	1.35

Differenze tra i gradienti sociali nell'incidenza e nella mortalità dimostrano che c'è un potenziale per la riduzione delle disuguaglianze all'interno del sistema sanitario

IC 95%
1.19

Donne

p=0.0593



original article

Annals of Oncology
doi:10.1093/annonc/mdr121

Does an organised screening programme reduce the inequalities in breast cancer survival?

D. Puliti¹, G. Miccinesi¹, G. Manneschi¹, C. Buzzoni¹, E. Crocetti¹, E. Paci¹ & M. Zappa^{1*}

¹Clinical and Descriptive Epidemiology Unit, ISPO-Cancer Prevention and Research Institute, Florence, Italy

Table 2. Hazard ratios (HRs) and (95% confidence intervals) of deprived versus reference women stratified for age class and calendar period

	HR adjusted for age and year	HR adjusted for age, year, pT and pN
<50 years old		
1985–1986	1.45 (0.54–3.87)	1.28 (0.45–3.67)
1991–1995	1.71 (1.05–2.79)	1.34 (0.81–2.22)
1996–2000	1.95 (1.09–3.49)	2.02 (1.12–3.63)
50–69 years old		
1985–1986	1.36 (0.91–2.04)	1.16 (0.76–1.77)
1991–1995	1.22 (0.87–1.70)	1.13 (0.81–1.58)
1996–2000	0.98 (0.63–1.53)	1.08 (0.68–1.70)

pT, pathological T; pN, pathological nodes.

Table 2. Hazard ratios (HRs) and (95% confidence intervals) of deprived versus reference women stratified for age class and calendar period

	HR adjusted for age and year	HR adjusted for age, year, pT and pN
<50 years old		
1985–1986	1.45 (0.54–3.87)	1.28 (0.45–3.67)
1991–1995	1.71 (1.05–2.79)	1.34 (0.81–2.22)
1996–2000	1.95 (1.09–3.49)	2.02 (1.12–3.63)
50–69 years old		
1985–1986	1.36 (0.91–2.04)	1.16 (0.76–1.77)
1991–1995	1.22 (0.87–1.70)	1.13 (0.81–1.58)
1996–2000	0.98 (0.63–1.53)	1.08 (0.68–1.70)

pT, pathological T; pN, pathological nodes.

Conclusion: The organised breast cancer screening implemented in the Florentine area achieved the goal of reducing inequalities in breast cancer survival.

Does breast cancer screening level health inequalities out? A population-based study in an Italian region

Barbara Pacelli¹, Elisa Carretta^{2,3}, Teresa Spadea⁴, Nicola Caranci¹, Enza Di Felice³,
Elisa Stivanello², Silvio Cavuto³, Luca Cisbani¹, Silvia Candela³, Rossana De Palma¹,
Maria P. Fantini²

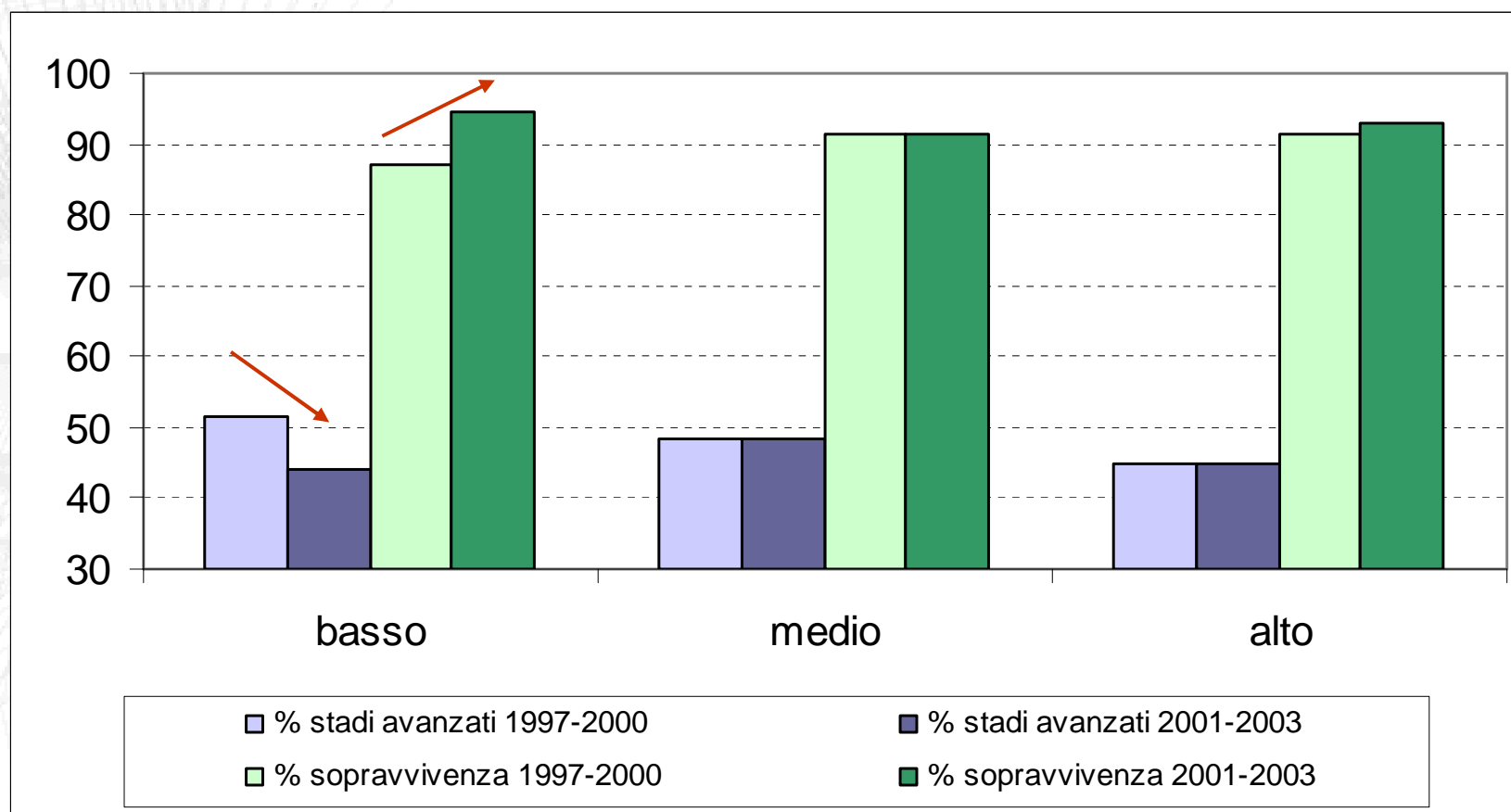
1 Regional Health and Social Care Agency of Emilia-Romagna, Bologna 40127, Italy

2 Department of Medicine and Public Health, Alma Mater Studiorum University of Bologna, Bologna 40126, Italy

3 Epidemiology Service, Reggio Emilia Local Health Authority, Reggio Emilia 42122, Italy

4 Epidemiology Unit, ASL TO3 Piedmont Region, Grugliasco (TO) 10095, Italy

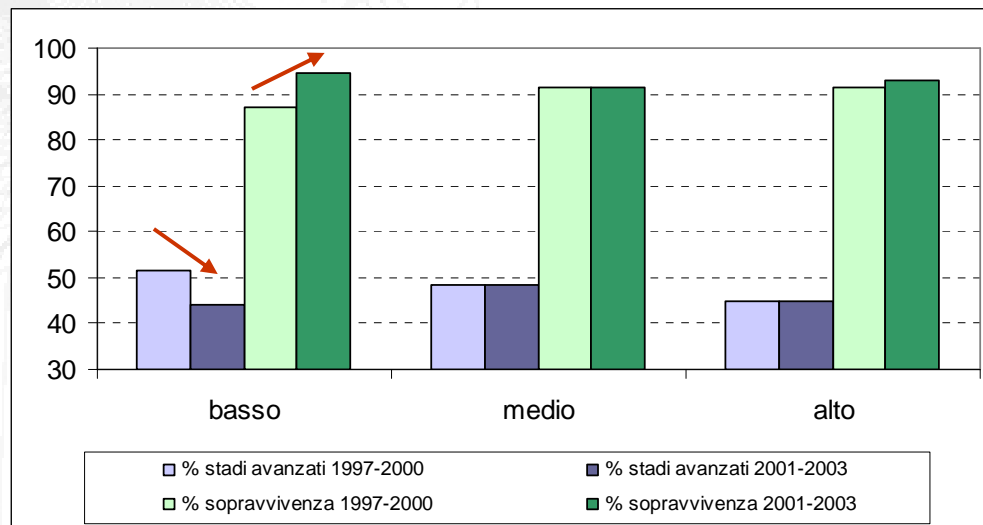
Effetto del programma di screening mammografico ad inviti in Emilia-Romagna: percentuale di stadi avanzati alla diagnosi e di sopravvivenza a 5 anni, per livello d'istruzione e periodo di calendario, nelle donne di 50-69 anni



1997-2000 = introduzione del programma di screening
2001-2003 = piena copertura

What this study adds?

- Among the breast screening age-groups, differences in survival favouring more educated women disappeared after full screening implementation.
- A broad screening coverage and a free facilitated care pathway for screened positive subjects could be effective in reducing survival inequalities in good prognosis cancers.



Indicatori di qualità del trattamento per tumore della mammella a Torino, in donne diagnosticate allo screening (SQTM).

Rischio di "insuccesso" per istruzione

	Education	n	Model 1*	Model 2**	Model 3***	Model 4****
Operation within 30 days after decision of surgery	High	485	1	1	1	1
	Medium	857	1.04 (1.00-1.07)	1.05 (1.01-1.08)	1.03 (1.00-1.07)	1.03 (1.00-1.07)
	Low	959	1.06 (1.02-1.09)	1.07 (1.04-1.11)	1.05 (1.01-1.08)	1.04 (1.01-1.08)
Operation within 60 days after screening mammogram	High	491	1	1	1	1
	Medium	870	1.00 (0.97-1.03)	1.01 (0.98-1.05)	1.00 (0.97-1.04)	1.00 (0.97-1.04)
	Low	966	1.02 (0.99-1.05)	1.04 (1.01-1.07)	1.02 (0.99-1.06)	1.02 (0.99-1.06)
Pre-operative cyto\histological diagnosis	High	494	1	1	1	1
	Medium	881	0.99 (0.95-1.03)	0.98 (0.94-1.01)	0.97 (0.94-1.01)	0.98 (0.94-1.01)
	Low	972	1.01 (0.97-1.04)	0.99 (0.95-1.02)	0.99 (0.95-1.03)	0.99 (0.95-1.02)
Sentinel lymph node technique only in PNO	High	242	1	1	1	1
	Medium	422	1.03 (0.98-1.08)	0.98 (0.95-1.02)	0.97 (0.93-1.01)	0.97 (0.93-1.01)
	Low	486	1.06 (1.01-1.12)	1.00 (0.96-1.03)	0.99 (0.95-1.02)	0.99 (0.95-1.03)
Breast conservation surgery in pT1 cases	High	278	1	1	1	1
	Medium	507	1.00 (0.97-1.03)	1.00 (0.96-1.03)	0.99 (0.95-1.03)	0.99 (0.96-1.03)
	Low	572	1.00 (0.97-1.03)	0.99 (0.96-1.03)	0.99 (0.95-1.02)	0.99 (0.95-1.02)
Breast conservation surgery in situ <= 2cm	High	80	1	1	1	1
	Medium	108	0.98 (0.93-1.04)	0.99 (0.93-1.05)	0.99 (0.93-1.05)	0.99 (0.93-1.05)
	Low	124	1.04 (0.97-1.11)	1.04 (0.97-1.12)	1.03 (0.96-1.11)	1.03 (0.96-1.11)
Immediate reconstruction done	High	84	1	1	1	1
	Medium	114	1.05 (0.98-1.14)	1.04 (0.97-1.12)	1.03 (0.96-1.11)	1.03 (0.95-1.11)
	Low	128	1.06 (0.99-1.15)	1.06 (0.99-1.13)	1.06 (0.99-1.14)	1.06 (0.99-1.14)
Single operation following diagnosis	High	325	1	1	1	1
	Medium	601	1.00 (0.97-1.03)	1.00 (0.97-1.03)	1.00 (0.97-1.03)	1.00 (0.97-1.03)
	Low	645	1.03 (1.00-1.06)	1.03 (1.00-1.06)	1.02 (0.99-1.06)	1.02 (0.99-1.06)
Clear margins (>1 mm) after last operation	High	373	1	1	1	1
	Medium	697	1.03 (0.99-1.07)	1.03 (0.99-1.07)	1.03 (0.99-1.07)	1.03 (0.99-1.07)
	Low	779	1.05 (1.01-1.09)	1.05 (1.01-1.09)	1.04 (1.00-1.08)	1.04 (1.00-1.08)
Carcinoma IS without axillary dissection	High	102	1	1	1	1
	Medium	145	0.97 (0.93-1.02)	0.97 (0.92-1.01)	0.98 (0.94-1.02)	0.98 (0.94-1.02)
	Low	173	0.98 (0.94-1.04)	0.98 (0.93-1.03)	1.00 (0.95-1.05)	0.99 (0.94-1.04)

- Il caso screening in Toscana, Emilia-Romagna e Torino
- **Il caso diabete a Torino**
- Il caso Chronic Care Model in Toscana
- Il caso PReVaIE nel Lazio

Eccesso di mortalità tra i meno istruiti rispetto ai più istruiti, in persone con diabete e senza diabete per causa di morte Torino, 1991-99 - Uomini

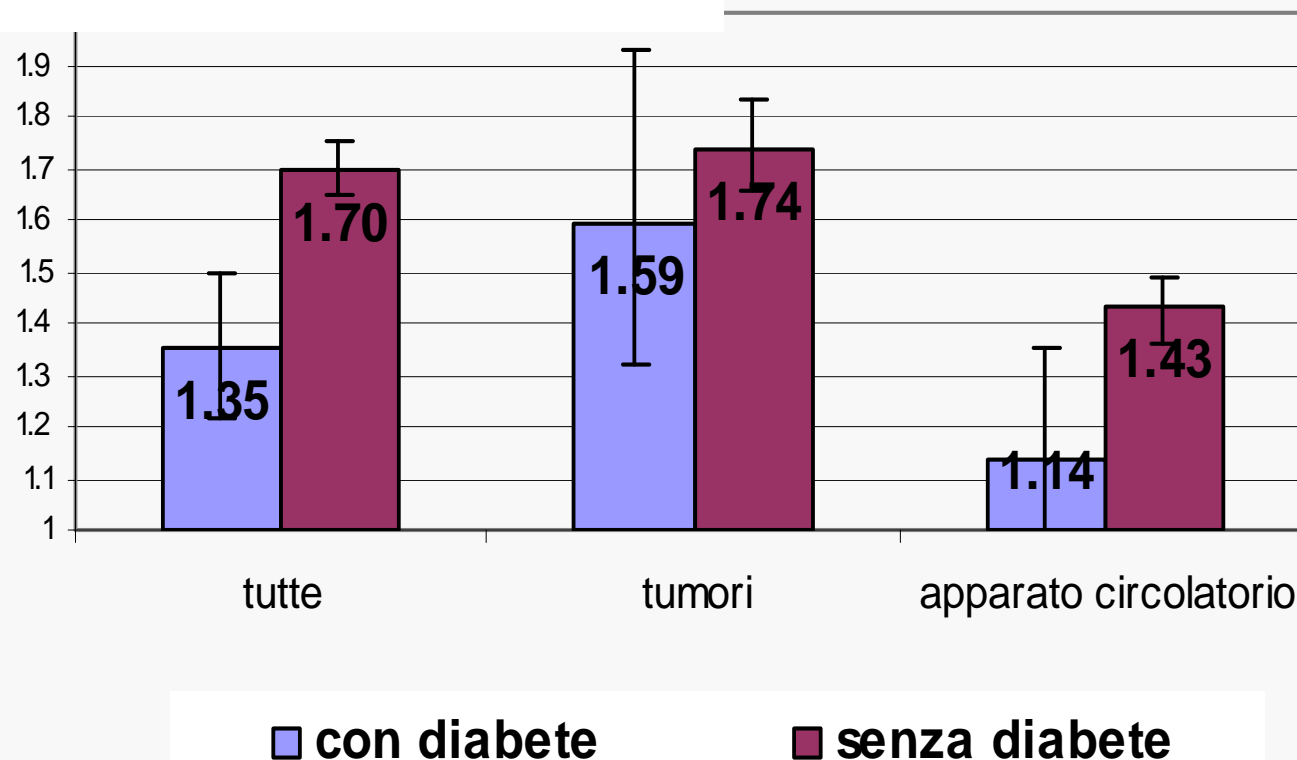
Int. J. Epidemiol. Advance Access published May 6, 2004

IJE © International Epidemiological Association 2004; all rights reserved.

International Journal of Epidemiology 2004;33:1-8
DOI: 10.1093/ije/dyh089

Mortality and educational level among diabetic and non-diabetic population in the Turin Longitudinal Study: a 9-year follow-up

Roberto Gnani,¹ Alessio Petrelli,¹ Moreno Demaria,² Teresa Spadea,¹ Quirico Carta,³
and Giuseppe Costa⁴

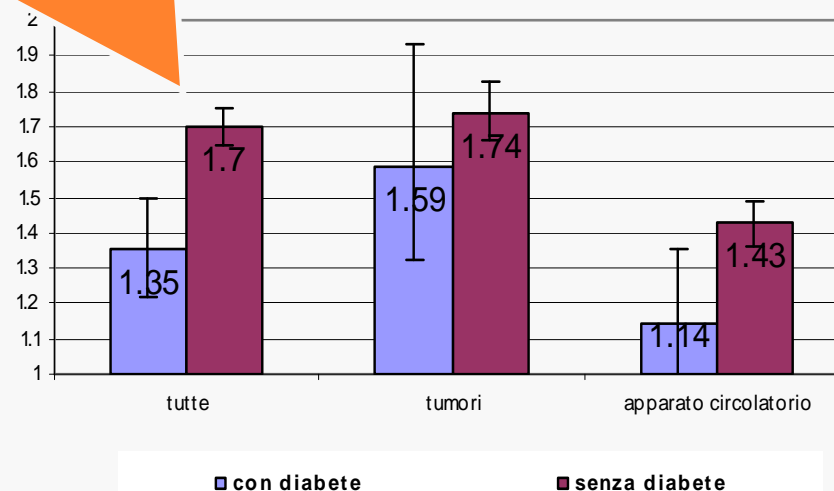


Gnani et al., 2004



**Eccesso di mortalità tra i meno istruiti rispetto ai più istruiti,
in persone con diabete e senza diabete per causa di morte
Torino, 1991-99 - Uomini**

**Esempio virtuoso:
i soggetti diabetici più
vulnerabili beneficiano di
un'assistenza diabetologica
intensiva che li protegge
dalle complicazioni?**



Gnavi et al., 2004



available at www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/nmcd

Nutrition,
Metabolism &
Cardiovascular Diseases

UTILIZZO EPIDEMIOLOGICO DI ARCHIVI SANITARI ELETTRONICI

Stima della prevalenza di diabete basata su dati sanitari correnti mediante un algoritmo comune in differenti aree italiane

Diabetes prevalence estimated using a standard algorithm based on electronic health data in various areas of Italy

Socio-economic differences in the prevalence of diabetes in Italy: The population-based Turin study[☆]

Roberto Gnani^a, Ludmila Karaghiosoff^a, Giuseppe Costa^{a,b},
Franco Merletti^c, Graziella Bruno^{d,*}

Roberto Gnani,¹ Ludmila Karaghiosoff,¹ Daniela Balzi,² Alessandro Barchielli,² Cristina Canova,³ Moreno Demaria,⁴ Michele Pellizzari,⁵ Stefano Rigo,⁵ Roberta Tessari,^{3,6} Lorenzo Simonato³

Determinants of Quality in Diabetes Care Process

The population-based Torino Study

ROBERTO GNANI, MD¹
ROBERTA PICARIELLO, BSC¹
LUDMILA KARAGHIOSSOFF, BSC¹

GIUSEPPE COSTA, MD^{1,2}
CARLO GIORDA, MD³

DIABETES CARE, VOLUME 32, NUMBER 11, NOVEMBER 2009

DIABETES RESEARCH AND CLINICAL PRACTICE 92 (2011) 205–212



Contents lists available at ScienceDirect

Diabetes Research
and Clinical Practice

journal homepage: www.elsevier.com/locate/diabres



International
Diabetes
Federation



Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases (2012) 22, 684–690

available at www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/nmcd

Nutrition,
Metabolism &
Cardiovascular Diseases

Mortality, incidence of cardiovascular diseases, and educational level among the diabetic and non-diabetic populations in two large Italian cities

R. Gnani^{a,*}, C. Canova^b, R. Picariello^a, R. Tessari^c, C. Giorda^d, L. Simonato^b, G. Costa

The Impact of Adherence to Screening Guidelines and of Diabetes Clinics Referral on Morbidity and Mortality in Diabetes

Carlo Giorda^{1,*}, Roberta Picariello², Elisa Nada³, Barbara Tartaglino³, Lisa Marafetti¹, Giuseppe Costa^{2,4},
Roberto Gnani²

OPEN ACCESS Freely available online April 2012 | Volume 7 | Issue 4 | e33839 PLOS one

Direct costs in diabetic and non diabetic people: The population-based Turin study, Italy

G. Bruno^{a,*}, R. Picariello^b, A. Petrelli^b, F. Panero^a, G. Costa^c,
P. Cavallo-Perin^a, M. Demaria^d, R. Gnani^b



Valutare il ruolo della condizione sociale in differenti modelli assistenziali per mortalità e incidenza dei maggiori eventi cardiovascolari della popolazione diabetica

Materiali e Metodi – Identificazione della coorte

SDO 1997-2001
Dimissioni con
diagnosi ICD9CM
250

**Prescrizioni
Farmaceutiche 2001**
Almeno 2 prescrizioni di
antidiabetici

RRD 1998-2001
Esenzioni per farmaci e
prestazioni specialistiche
per diabete

**Anagrafe Comune
di Torino/Censimento 2001**

- Posizione anagrafica
- Data di nascita
- Genere
- **Titolo di studio**

Diabetici residenti a Torino
al 1/1/2002 >20 anni

N=32964

MODELLI ASSISTENZIALI

(1/1/2002-31/12/2002)

MMG

MMG + Diabetologia

MMG + GCI*

**MMG + Diabetologia +
GCI***

MODELLI ASSISTENZIALI

(1/1/2002-31/12/2002)

MMG

MMG + Diabetologia

MMG + GCI*

**MMG + Diabetologia +
GCI***

**GCI (Guidelines
Composite Indicator):**

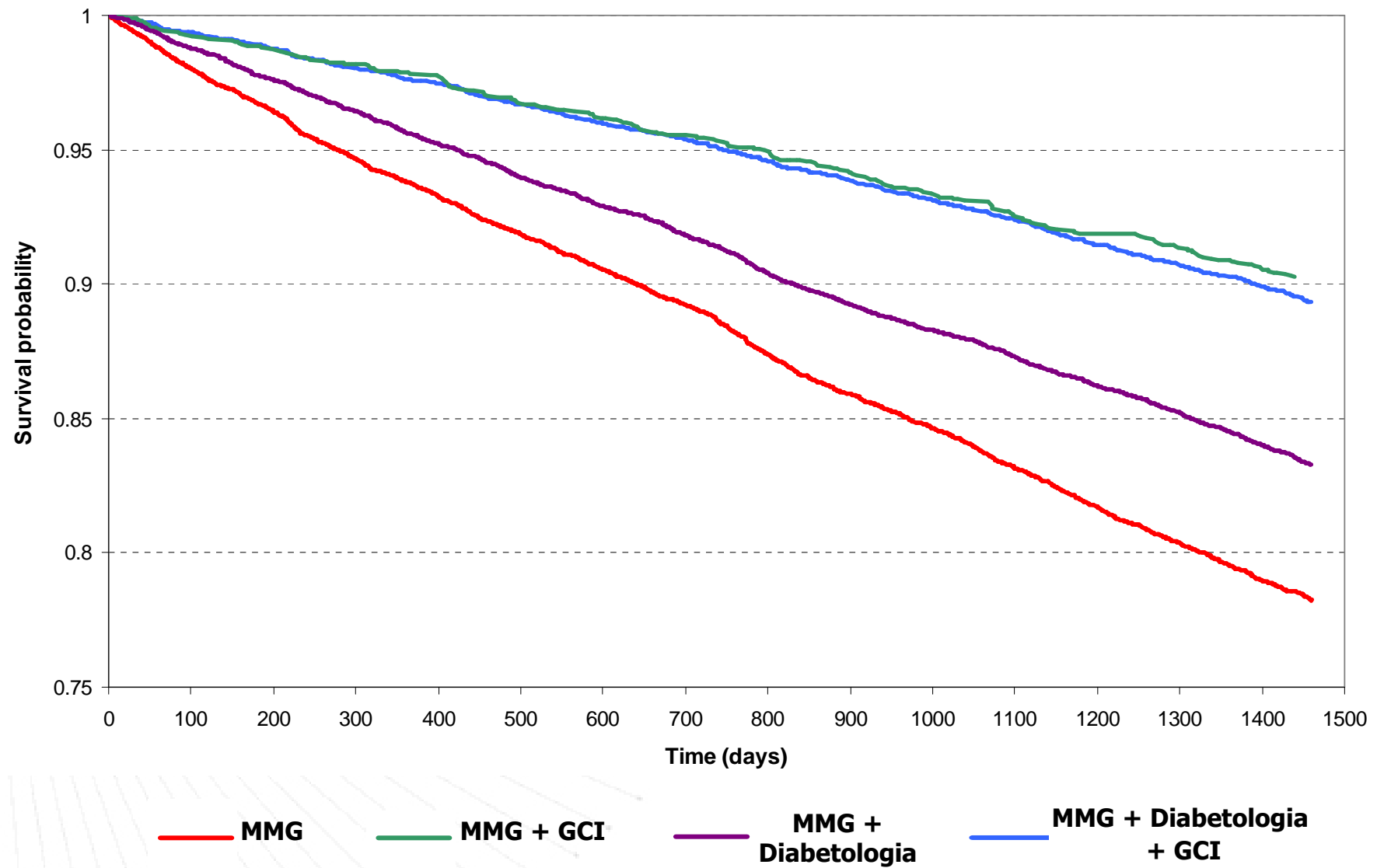
HbA1C

+

almeno 2 tra

**colesterolo -
microalbuminuria -
valutazione oculistica**

Sopravvivenza per modello di assistenza



Rischi relativi di mortalità e incidenza di eventi cardiovascolari per modalità di assistenza; 2003-2006

Table 3. Rates ratios (RR) and 95% confidence intervals for mortality and for incidence of major cardiovascular events by level of care; 2003–2006.

		Level of care			
		Specialist and GP, with GCI	Specialist and GP, without GCI	GP and GCI, without Specialist	Only GP
		RR	RR (95% CI)	RR (95% CI)	RR (95% CI)
Mortality	All causes	1	1.29 (1.17–1.41)	0.95 (0.81–1.12)	1.72 (1.57–1.89)
	Cardiovascular disease	1	1.19 (1.03–1.38)	1.06 (0.82–1.37)	1.74 (1.50–2.01)
	CHD	1	1.16 (0.93–1.46)	1.31 (0.91–1.88)	1.48 (1.18–1.86)
	Stroke		1.04 (0.76–1.40)	0.77 (0.43–1.38)	1.93 (1.44–2.57)
	Cancer	1	1.26 (1.07–1.50)	0.86 (0.63–1.17)	1.35 (1.14–1.61)
Incidence	AMI	1	1.24 (1.04–1.47)	1.22 (0.92–1.60)	1.31 (1.10–1.55)
	Stroke	1	1.14 (0.95–1.38)	0.77 (0.54–1.09)	1.32 (1.09–1.59)
	LEA	1	1.57 (0.99–2.50)	1.15 (0.51–2.56)	2.03 (1.26–3.28)

doi:10.1371/journal.pone.0033839.t003

Risultati – Modello di Poisson per MORTALITÀ

			MMG		MODELLI ASSISTENZIALI						MMG + Diab + GCI		
					MMG + GCI			MMG + Diab					
	n		RR	95% CI	n	RR	95% CI	n	RR	95% CI	n	RR	95% CI
Mortalità - Tutte le cause													
Livello d'istruzione	Alto	329	1		24	1		185	1		67	1	
	Medio	593	1.27	1.11 1.46	54	1.15	0.71 1.86	393	1.03	0.87 1.23	148	0.99	0.74 1.32
	Basso	1634	1.30	1.15 1.47	107	1.44	0.91 2.29	1220	1.15	0.98 1.34	423	1.11	0.85 1.45
Mortalità - CV													
Livello d'istruzione	Alto	124	1		11	1		58	1		27	1	
	Medio	240	1.36	1.09 1.70	20	0.91	0.43 1.92	155	1.23	0.91 1.67	58	1.00	0.63 1.59
	Basso	690	1.34	1.10 1.64	46	1.29	0.65 2.55	444	1.17	0.88 1.54	150	0.96	0.63 1.48
Mortalità - CHD													
Livello d'istruzione	Alto	49	1		7	1		20	1		11	1	
	Medio	93	1.34	0.94 1.90	11	0.81	0.31 2.12	70	1.66	1.01 2.74	27	1.21	0.59 2.46
	Basso	207	1.10	0.79 1.52	24	1.17	0.49 2.81	177	1.56	0.97 2.50	65	1.13	0.58 2.20
Mortalità - Stroke													
Livello d'istruzione	Alto	38	1		1	1		17	1		8	1	
	Medio	66	1.23	0.82 1.83	4	2.19	0.24 20.03	37	1.02	0.57 1.81	15	0.85	0.36 2.03
	Basso	235	1.39	0.97 1.98	9	2.00	0.24 16.61	98	0.82	0.48 1.39	35	0.71	0.32 1.59
Mortalità - Tumori													
Livello d'istruzione	Alto	66	1		7	1		55	1		19	1	
	Medio	152	1.65	1.23 2.21	14	1.06	0.42 2.65	113	1.06	0.77 1.47	54	1.21	0.71 2.05
	Basso	318	1.46	1.11 1.92	30	1.55	0.66 3.64	316	1.20	0.90 1.62	122	1.16	0.70 1.91

Modello di Poisson, aggiustato per genere, età, terapia, CVD, ASL residenza

Risultati – Modello di Poisson per INCIDENZA

			MODELLI ASSISTENZIALI												
			MMG		MMG + GCI			MMG + Diab			MMG + Diab + GCI				
					n	RR	95% CI	n	RR	95% CI				n	
			n												
Infarto															
Livello d'istruzione	Alto	65	1		11	1		53	1		18	1			
	Medio	128	1.31	0.97 1.78	24	1.17	0.57 2.42	106	0.95	0.68 1.32	52	1.25	0.73 2.14		
	Basso	274	1.30	0.98 1.73	35	1.15	0.56 2.36	292	0.99	0.73 1.35	122	1.27	0.76 2.12		
Ictus															
Livello d'istruzione	Alto	61	1		7	1		47	1		15	1			
	Medio	87	0.95	0.68 1.32	12	0.90	0.35 2.31	90	0.92	0.65 1.32	41	1.12	0.62 2.04		
	Basso	304	1.31	0.98 1.74	20	0.85	0.34 2.10	244	0.90	0.65 1.24	107	1.20	0.69 2.09		
Amputazioni															
Livello d'istruzione	Alto	11	1		1	1		7	1		1	1			
	Medio	25	1.61	0.78 3.29	5	2.76	0.31 24.83	19	1.43	0.60 3.40	9	4.61	0.58 36.86		
	Basso	31	0.93	0.46 1.92	2	1.42	0.12 17.17	44	1.73	0.76 3.93	14	2.90	0.37 22.87		

Modello di Poisson, aggiustato per genere, età, terapia, CVD, ASL residenza

aderenza a linee guida
e un modello
assistenziale integrato
tra specialisti e MMG
portano ad esiti di
salute più favorevoli

**Modello
assistenziale**

MMG+Diab+LG

MMG+Diab

MMG+LG

MMG

Mortalità

Equità

mortalità
(istruzione alta vs.bassa)

Spesa

RR

maggiore equità
negli esiti di
salute

1

1,11

1

1,29

1,15

1,14

0,95

1,44

1,00

1,03

esiti di salute migliori
costano come (o meno)
di quelli peggiori

- Il caso screening in Toscana, Emilia-Romagna e Torino
- Il caso diabete a Torino
- **Il caso Chronic Care Model in Toscana**
- Il caso PReVaIE nel Lazio



**PREVENIRE LE COMPLICANZE DEL DIABETE: DALLA RICERCA DI BASE
ALL'ASSISTENZA**

Equità nell'accesso alle cure e disuguaglianze socio-economiche in una popolazione affetta da Diabete, Il Ruolo del Chronic Care Model

**Manuele Falcone - Agenzia Regionale di Sanità della Toscana
Stefania Arniani, Evaristo Giglio - Direzione aziendale USL 8
Paolo Francesconi - ARS Toscana**

Per Gruppo di lavoro: USL8 – ESTAV SUD EST - ARS – Lilly

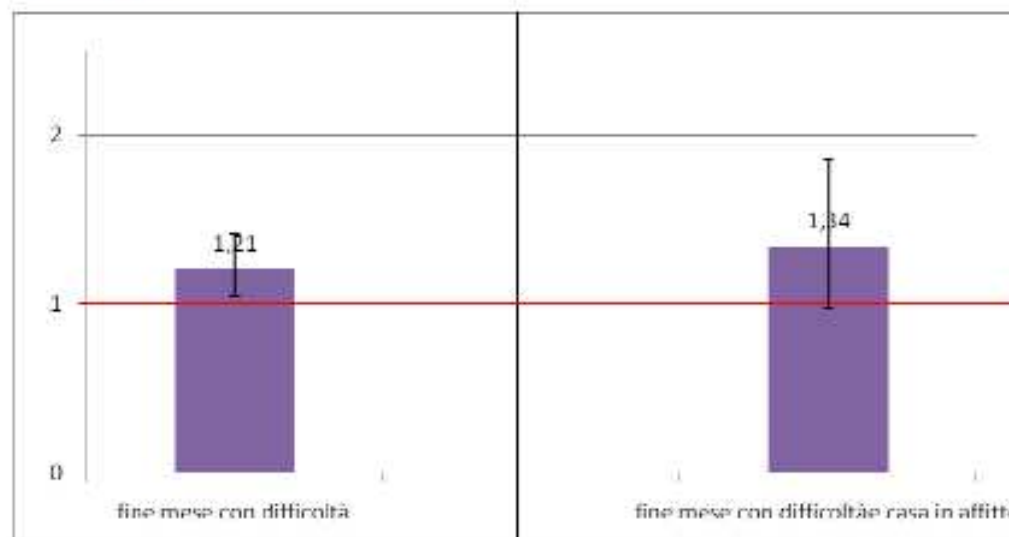
VI Convegno IGEA, ROMA 6 Marzo 2012

Adesione a specifiche raccomandazioni cliniche per la cura del diabete per condizione socio-economica riferita

Almeno un esame di microalbuminuria anno

**58% non hanno fatto almeno una microalbuminuria nel 2009:
Maschi 58% Femmine 57%**

Rischi relativi di non avere effettuato almeno 1
microalb./anno per situazione economica aggiustati per età
e sesso.

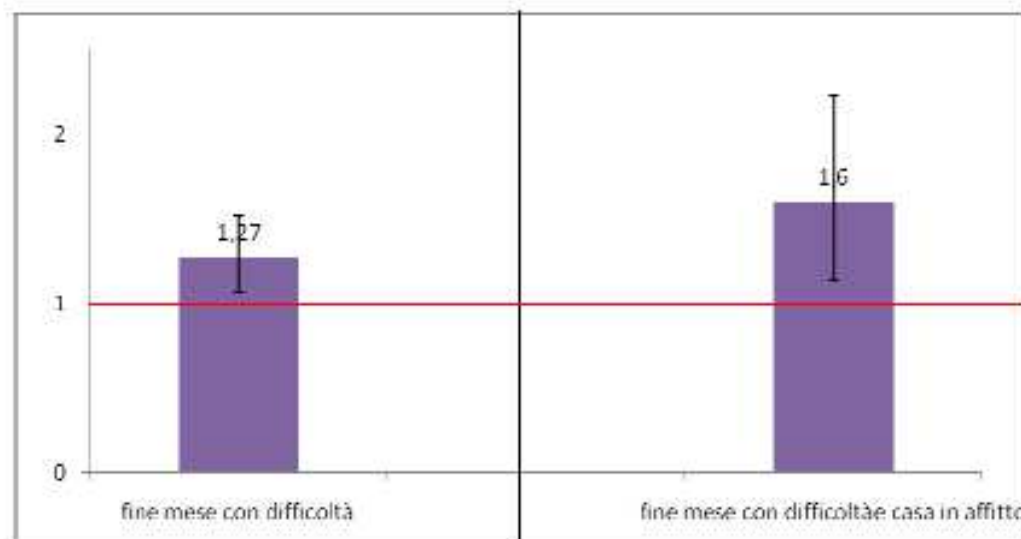


2. Focus sul diabete: indagine telefonica

Adesione a specifiche raccomandazioni cliniche per la cura del diabete per condizione socio-economica riferita
Almeno un esame di emoglobina glicata anno

24% non hanno fatto almeno una emoglobina glicata nel 2009: Maschi 25% Femmine 22%

Rischi relativi di non avere effettuato almeno 1 emoglobina glic./anno per situazione economica aggiustati per età e sesso.



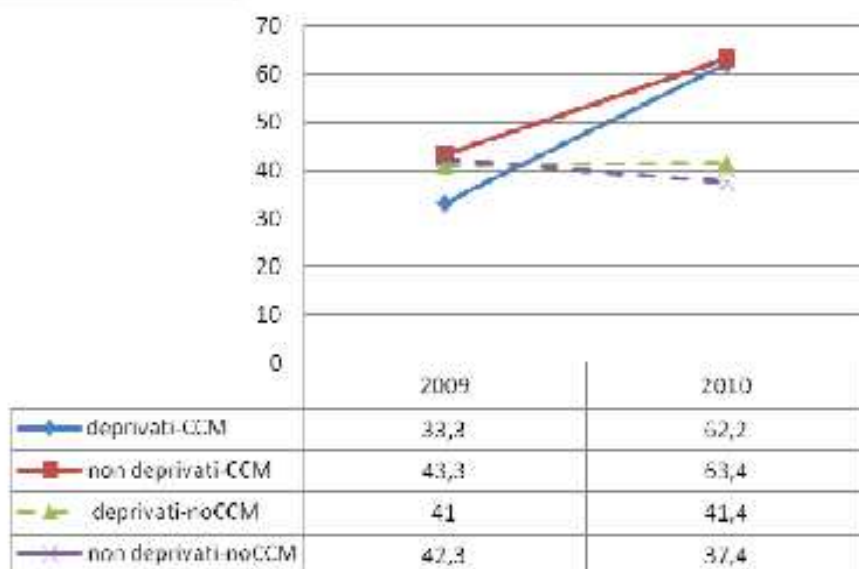
2. Focus sul diabete: indagine telefonica

A DISTANZA DI UN ANNO DALL'APPLICAZIONE DEL CCM.....

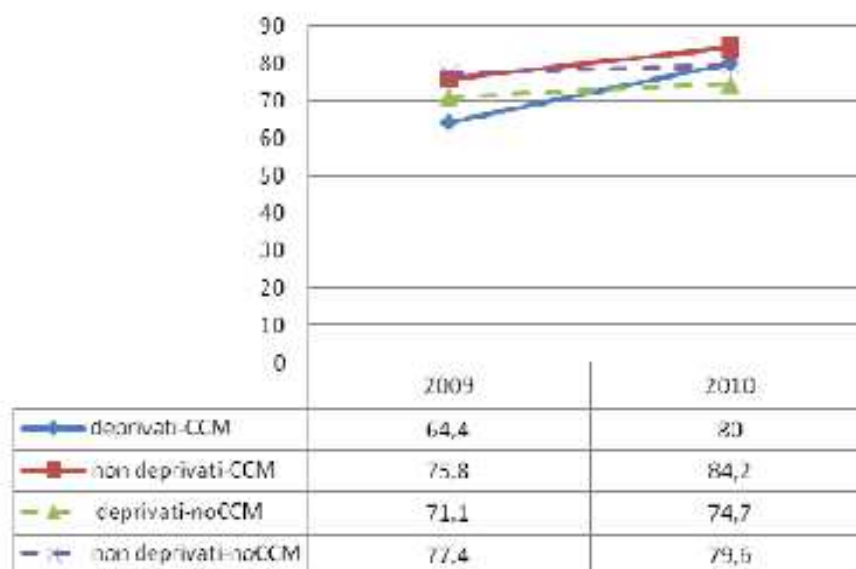
Percentuali di assistiti che nel 2009 e 2010 hanno effettuato almeno un esame per condizione economica e adesione al CCM

"Deprivati": chi dichiara di arrivare con difficoltà a fine mese e vive in casa non di proprietà

MICROALBUMINURIA

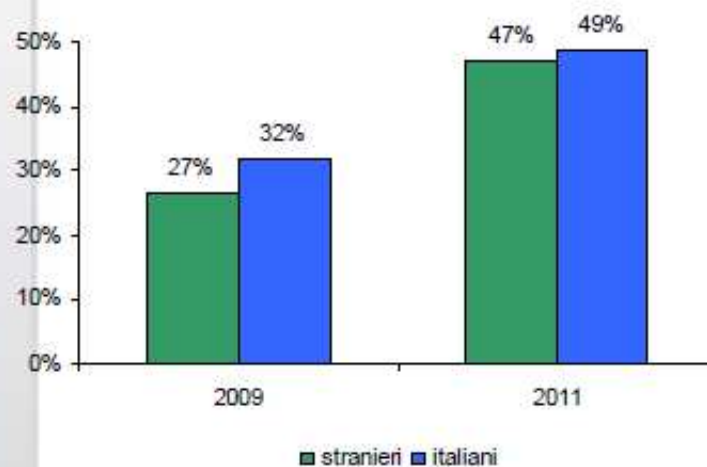


EMOGLOBINA GLICATA

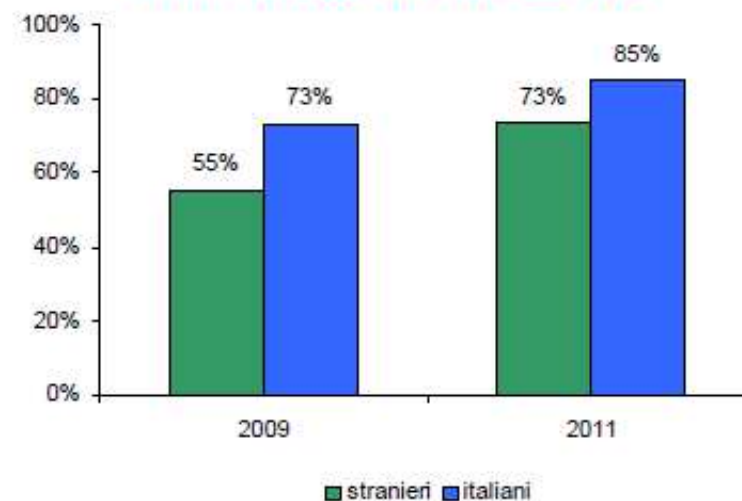


Percentuali di assistiti diabetici (15-74 anni) i cui MMG hanno partecipato nel 2010 alla fase di sperimentazione del CCM per cittadinanza e aver effettuato almeno un esame in un anno

MICROALBUMINURIA



EMOGLOBINA GLICATA



- Il caso screening in Toscana, Emilia-Romagna e Torino
- Il caso diabete a Torino
- Il caso Chronic Care Model in Toscana
- **Il caso PReVale nel Lazio**

P.Re.Val.E.**Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2012**

Introduzione

Fonti informative

Metodi statistici

Appendice

www.epidemiologia.lazio.it**Analisi per**

▲ Struttura Ospedaliera

▲ Area di Residenza

▲ Implementazione Programma
Regionale

**Programma regionale approvato con DGR
n. 301 del 24 aprile 2008, in cui si prevede
di definire ed elaborare indicatori di esito e
fornire gli strumenti necessari ad un loro
possibile impiego sistematico nel SSR**


**RISULTATI IN CHIARO
ACCESSO LIBERO**▶ L'accesso ad alcune sezioni dei risultati è riservato agli
utenti autorizzati

Username

Password

EntraPer una corretta visualizzazione del sito è necessario Google Chrome. **Potete scaricarlo cliccando su questo link**

Aggiungi tab

Cerca  Segnalibri 61 bloccati Controllo Traduci Invia a

home stampa


P.Re.Val.E. - Risultati 2006-2008

Risultati per indicatore

SELEZIONA UN INDICATORE:

- Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero**
- Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal primo accesso
- Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni dal primo accesso
- Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 48 ore: mortalità a 30 giorni dal primo accesso
- Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA oltre 48 ore dal primo accesso: mortalità a 30 giorni dall'intervento
- Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore
- STEMI: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- STEMI: mortalità a 30 giorni dal primo accesso
- STEMI senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni dal primo accesso
- STEMI con esecuzione di PTCA entro 48 ore: mortalità a 30 giorni dal primo accesso
- STEMI con esecuzione di PTCA oltre 48 ore dal primo accesso: mortalità a 30 giorni dall'intervento
- STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore
- PTCA eseguita per condizione diverse dall'Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni
- Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni
- Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni dal primo accesso
- Riparazione di aneurisma dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni
- Rivascolarizzazione carotidea: riammissioni ospedaliere per ictus entro 30 giorni
- Ictus: mortalità a 30 giorni dal primo accesso
- Ictus: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
- Ictus: proporzione di ricoveri seguiti entro 30 giorni da un ricovero in riabilitazione
- BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal primo accesso
- BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
- Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni dal primo accesso
- Colecistectomia: proporzione di colecistectomie laparoscopiche
- Colecistectomia laparoscopica: degenza totale
- Colecistectomia laparoscopica: degenza post-operatoria
- Colecistectomia laparoscopica: degenza post-operatoria entro 4 giorni

oltre 70 indicatori di esito (80% assistenza ospedaliera)



Effects of socioeconomic position on 30-day mortality and wait for surgery after hip fracture

ANNA PATRIZIA BARONE, DANILO FUSCO, PAOLA COLAIS, MARIANGELA D'OVIDIO, VALERIA BELLEUDI, NERA AGABITI, CHIARA SORGE, MARINA DAVOLI AND CARLO ALBERTO PERUCCI

Department of Epidemiology, Local Health Authority RME, Via di S. Costanza, 53, Rome 00198, Italy

International Journal for Quality in Health Care Advance Access published January 18, 2013

International Journal for Quality in Health Care 2013; pp. 1–9

10.1093/intqhc/mzs082

Inequality in 30-day mortality and the wait for surgery after hip fracture: the impact of the regional health care evaluation program in Lazio (Italy)

P. COLAIS¹, N. AGABITI¹, D. FUSCO¹, L. PINNARELLI¹, C. SORGE¹, C.A. PERUCCI² AND M. DAVOLI¹

¹Department of Epidemiology, Regional Health Service, Lazio Region, Italy, and ²National Agency of Regional Health Services, Rome, Italy
Address reprint requests to: Paola Colais, Department of Epidemiology, Regional Health Service, Lazio Region Via Santa Costanza 53, 00198 Rome, Italy; Tel: +39-06-83060352; Fax: +39-06-83060374; E-mail: p.colais@deplazio.it



Table 2 Crude and adjusted 30-day mortality, wait for surgery and intervention within 48 h

Outcomes	Period 1 (2006-2007 years)	
	n (admissions)	Crude proportion
30-day mortality	5880	7.7
Intervention within 48 hours	5844	13.9
Wait for surgery (median)	5844	7

Accesso all'intervento di frattura di femore entro 48 ore minore tra i più svantaggiati e maggiore mortalità a 30 gg

Table 2 Thirty-day mortality rate and crude and adjusted relative risks by socioeconomic **30-day-mortality**

Socioeconomic position	Admissions (n)	30-day mortality rate (%)	Crude relative risk	P-value	Adjusted relative risk ^a	P-value
I (high)	1187	5.0	1		1	
II (intermediate)	3122	6.2	1.24	0.143	1.24	0.14
III (low)	742	7.7	1.55	0.019	1.51	0.03

^aAdjusted for: age, gender, COPD, diabetes, cerebrovascular diseases, cerebrovascular diseases current admission (CA), dementias, dementias CA, chronic renal diseases, chronic renal diseases CA.

Table 3 Proportion of interventions within 48 h and crude and adjusted HRs by socioeconomic **wait for surgery**

Socioeconomic position	Admissions (n)	Interventions within 48 h (%)	Crude HR	P-value	Adjusted HR ^a	P-value
I (high)	1187	9.0	1		1	
II (intermediate)	3122	6.1	0.66	0.001	0.69	0.002
III (low)	742	2.8	0.31	0.000	0.32	0.000

^aAdjusted for: age, gender, COPD, other forms of chronic ischemic heart diseases, blood disorders, blood disorders current admission (CA), cerebrovascular diseases, cerebrovascular diseases CA.

Azioni 2008:

1. Condivisione dei risultati con i clinici
2. Adozione di protocolli condivisi di audit clinico
3. Delibera regionale di istituzione del percorso/linee guida per la frattura del femore
4. Delibera regionale per la rideterminazione delle tariffe
5. Pubblicazione online dei risultati per struttura

Colais et al.

Table 2 Crude and adjusted 30-day mortality, wait for surgery and intervention within 48 h in periods 1 and 2

Outcomes	Period 1 (2006-2007 years)		Period 2 (2009-2010 years)	
	n (admissions)	Crude proportion	n (admissions)	Crude proportion
30-day mortality	5880	7.7	5701	7.5
Intervention within 48 hours	5844	13.9	5665	20.3
Wait for surgery (median)	5844	7	5665	6



Frattura di femore: mortalità a 30 giorni

Confronto tra bienni 2006-07 e 2009-2010 / anno 2008: pubblicazione risultati

SEP 2001

Roma, SIO età 65+ anni

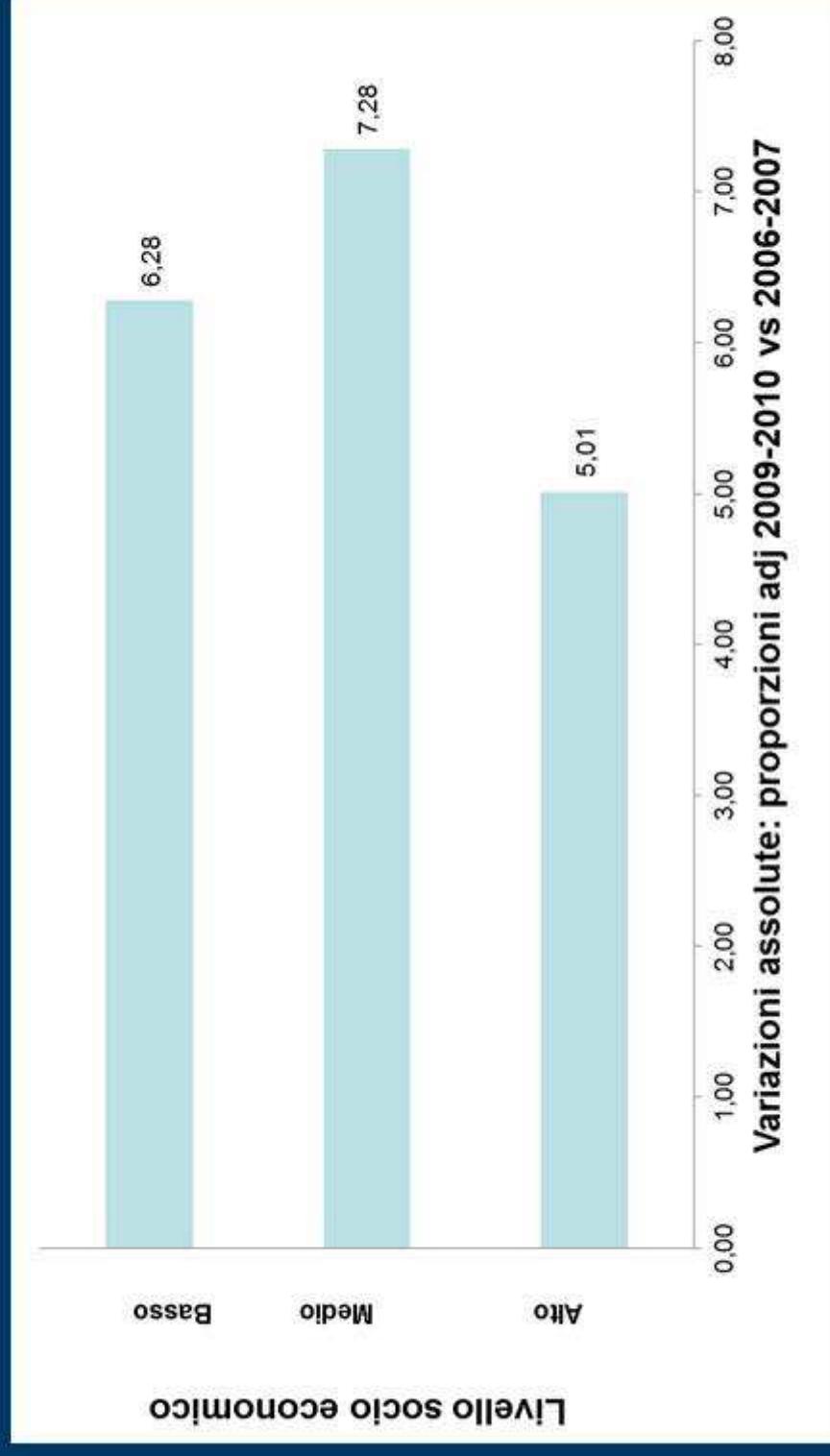
Livello socio economico	Biennio 2006-2007			Biennio 2009-2010		
	N	tasso adj [§]	rr adj [§]	N	tasso adj [§]	rr adj [§]
Alto	1324	6.74	1.00	1247	7.20	1.00
Medio	3616	7.77	1.15	3497	7.27	1.01
Basso	898	9.54	1.42 *	916	7.37	1.02

[§]Adjusted for: age, gender, and other comorbidities

Frattura di femore: proporzione intervento chirurgico entro 48 ore

Confronto tra bienni 2006-07 e 2009-10 anno 2008: pubblicazione risultati

Livello socio economico



- **Approcci alla diagnosi/cura pro-attivi e modelli di gestione integrata del paziente appaiono efficaci nel ridurre le disuguaglianze negli esiti**
- **Un intervento di assunzione di responsabilità a livello centrale e di diffusione dei risultati si è rivelato efficace nel migliorare la qualità delle cure e nel ridurre disuguaglianze di accesso ed esiti**
- **Poche evidenze sulla valutazione di impatto di interventi sanitari sull'equità**

A large, stylized graphic of a human eye is positioned on the left side of the slide. The eye is composed of numerous thin, grey lines that form the iris, pupil, and eyelashes, giving it a digital or wireframe appearance. The lines radiate from the center of the eye, creating a sense of depth and focus.

Grazie per l'attenzione!

teresa.spadea@epi.piemonte.it