



**Il livello di istruzione influenza il ricorso all'isterectomia in Italia
(dati Passi, 2008-2015)**
*Educational level influences the use of hysterectomy in Italy
(PASSI data, 2008-2015)*

Valentina Minardi,¹ Valentina Possenti,¹ Maria Masocco,¹ Elisa Quarchioni,¹ Gianluigi Ferrante,¹ Stefania Salmaso,¹ Fabio Parazzini,² Paolo D'Argenio,³ Gruppo Tecnico PASSI⁴

¹ *Centro nazionale per l'epidemiologia, la sorveglianza e la promozione della salute (CNESPS), Istituto superiore di sanità, Roma*

² *Dipartimento di scienze cliniche e di comunità, Università degli Studi di Milano*

³ *Gruppo tecnico PASSI*

⁴ *www.epicentro.iss.it/passi*

In Italia si effettuano più di 50.000 ricoveri ospedalieri all'anno per isterectomia, che rappresenta il più frequente intervento ginecologico, secondo solo al taglio cesareo, tra le operazioni chirurgiche delle donne.¹ Le indicazioni che portano a effettuare un'isterectomia sono condizioni benigne quali i fibromi uterini la menometrorragia e le neoplasie maligne dell'apparato genitale invasive o preinvasive, l'endometriosi e il prolasso d'organo.²⁻⁵

L'isterectomia è importante non solo per la frequenza, ma anche per le complicanze che, nell'insieme, non sono rare: le più comuni sono le complicanze infettive della ferita. Più raramente si possono osservare complicanze tromboemboliche, complicanze a carico del tratto genitourinario in circa l'1% dei casi e, ancora più rare (meno dell'1%), quelle del tratto gastrointestinale, quelle emorragiche e quelle neuropatiche.⁷ Inoltre, quando l'isterectomia si accompagna a ooforectomia, aumenta il rischio di malattie cardiovascolari con possibile effetto sul rischio cardiovascolare, in particolare tra le donne operate prima dei 50 anni che non assumono una terapia sostitutiva con estrogeni.^{8,9}

Il tasso di isterectomie varia in base a diversi fattori (figura 1). Innanzitutto l'età della donna,¹⁰ in secondo luogo il tempo, con una riduzione in Italia del numero di ricoveri pari al 23%, dal 2000 al 2015¹ (figura 2). Elevata è anche la variabilità geografica: da 17 isterectomie per 10.000 donne in Spagna a valori doppi in Germania e Canada, fino a 60 per 10.000 donne negli Stati Uniti.^{4,10} In Italia si passa da 16 per 10.000 donne in Emilia-Romagna a più di 30 per 10.000 in Piemonte, Lombardia e altre regioni,¹ con evidenti differenze anche tra le province di una stessa regione.¹¹ È stata riportata anche una variabilità per ospedale e per medico.² Infine, si è notato che le donne in peggiori condizioni socioeconomiche hanno maggiori probabilità di sottoporsi all'intervento.^{12,13}

Figura 1. Tasso di donne sottoposte a isterectomia, per condizioni socioeconomiche.*
Dati PASSI 2008-2015.

*102.000 donne tra 25 e 64 anni intervistate nel periodo 2008-2015 riguardo allo screening per la cervice uterina hanno dichiarato di non aver mai effettuato un test, poiché avevano subito un'isterectomia parziale o totale in passato.

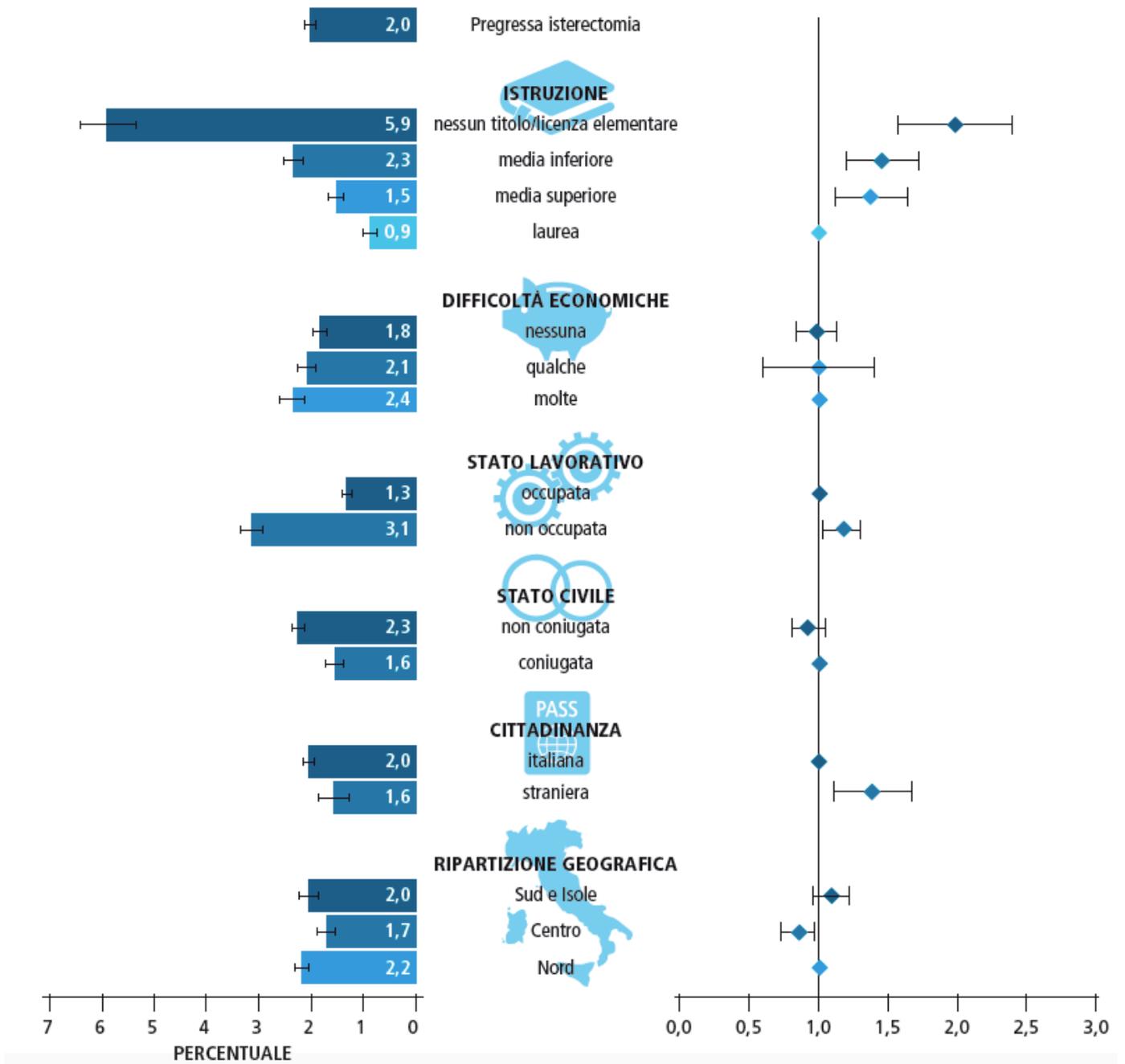
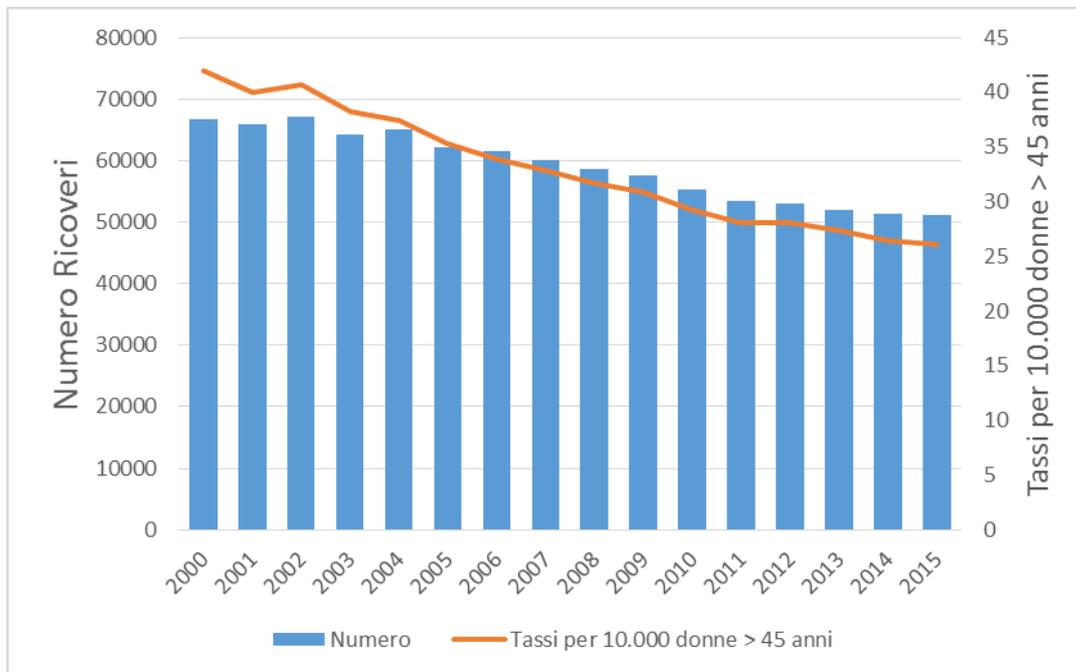


Figura 2. Isterectomie in Italia secondo i dati delle dimissioni ospedaliere. Periodo 2010-2015.



Fonte: Ministero della salute.¹

A causa dell'ampia variabilità, l'isterectomia è stata inclusa in alcune liste di trattamenti a rischio di uso inappropriato^{14,15} e il Ministero della salute include il tasso grezzo di isterectomie tra gli indicatori di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.¹

I dati PASSI mettono in evidenza l'associazione tra minori livelli di istruzione e la storia di isterectomia delle donne, indipendentemente dalle loro condizioni economiche. L'osservazione non è nuova, visto che la prevalenza di donne isterectomizzate è risultata legata al livello di istruzione tanto negli Stati Uniti¹⁶ quanto in Italia,¹⁷ associazione confermata da una recente revisione sistematica di studi osservazionali.¹⁸ Secondo gli autori di questa revisione, il basso livello di istruzione può influire negativamente sui livelli di alfabetizzazione sanitaria, la capacità di usare i servizi sanitari e le abilità di partecipare ai processi decisionali clinici. Inoltre, le donne con bassi livelli di istruzione potrebbero godere di minori tutele per cui sarebbero più propense a optare per trattamenti rapidamente risolutivi di sintomi disabilitanti, anche se causati da patologie benigne.¹⁸

I dati PASSI sono in grado di descrivere le condizioni di salute della popolazione, perché hanno una sufficiente numerosità e rappresentatività,¹⁹ ma, relativamente alla pregressa isterectomia, bisogna sottolineare alcuni limiti. C'è un deficit di sensibilità, perché l'accertamento si basa su quanto dichiarato dalle intervistate che alla domanda sull'effettuazione dello screening per il cancro della cervice uterina possono rispondere: «No, perché ho avuto un intervento di isterectomia». Il fatto che il dato sulla storia di isterectomia

sia riferito e ricavato indirettamente potrebbe diminuire l'affidabilità della stima sia della prevalenza sia dell'associazione.

Inoltre, bisogna sottolineare che non è stato possibile approfondire l'analisi dei dati a causa della mancanza dell'informazione sulla data dell'intervento.

In conclusione, l'analisi dei dati mostra che in Italia le donne con livello di istruzione basso sono a maggior rischio di isterectomia, forse per difficoltà di partecipare ai processi decisionali clinici e/o perché bisognose di soluzioni rapide e definitive dei sintomi. Si tratta di un risultato che andrebbe confermato con studi mirati. L'adozione di criteri e protocolli *evidence-based*, l'individuazione di obiettivi per Regioni, ASL e ospedali, accompagnata da un regolare *reporting* degli esiti, nonché la diffusione di strumenti che aiutino le pazienti a valutare benefici e rischi di diversi trattamenti sono metodi che potrebbero ridurre la variabilità non attribuibile a motivi strettamente medici.^{20,10}

RINGRAZIAMENTI

si ringrazia Silvano Gallus dell'Istituto "Mario Negri" di Milano per i suggerimenti.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute. I Rapporti annuali sul'attività di ricovero ospedaliero, consultabili all'indirizzo:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1237&area=ricoveriOspedali&menu=vuoto.
2. Schaffer J, Word A. Hysterectomy – still a useful operation. *N Eng J Med* 2002;347(17):1360-62.
3. Lefebvre G, Allaire C, Jeffrey J et al. SOGC clinical guidelines. Hysterectomy. *J Obstet Gynaecol Can* 2002;24(1):37-61.
4. Merrill RM. Hysterectomy surveillance in the United States, 1997 through 2005. *Med Sci Monit* 2008;14(1):CR24-31.
5. Lundholm C, Forsgren C, Johansson AL, Cnattingius S, Altman D. Hysterectomy on benign indications in Sweden 1987-2003: a nationwide trend analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88(1):52-58.
6. Maresh MJA, Metcalfe MA, McPherson K et al. The VALUE national hysterectomy study: description of the patients and their surgery. *BJOG* 2002;109:302-12.
7. Clarke-Pearson DL, Geller EJ. Complications of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2013;121(3):654-73.
8. Ingelsson E, Lundholm C, Johansson ALV, Altman D. Hysterectomy and risk of cardiovascular disease: a population-based cohort study. *Eur Heart J* 2011;32(6):745-50.
9. Parker WH, Feskanich D, Broder MS et al. Long-term mortality associated with oophorectomy compared with ovarian conservation in the nurses' health study. *Obstet Gynecol* 2013;121(4):709-16.
10. OECD. *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?* OECD Health Policy Studies. Paris, OECD Publishing, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>
11. Carinci F, Di Stanislao F, Moirano F, et al. Italy: geographic variations in health care. In: OECD. *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?* OECD Health Policy Studies. Paris, OECD Publishing,

2014; pp. 285-316.

12. Brett KM, Marsh JV, Madans JH. Epidemiology of hysterectomy in the United States: demographic and reproductive factors in a nationally representative sample. *J Womens Health* 1997;6(3):309-16.

13. Matera E, Rossi L, Spadea T et al. Hysterectomy and socioeconomic position in Rome, Italy. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(6):461-65.

14. Ministero Salute. Progetto Mattoni del Sistema Sanitario Nazionale. *Misura dell'appropriatezza*; pp. 52-53. Disponibile all'indirizzo:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_22_ActivitaMattoni_4_documenti_documento_5_fileAllegato.pdf

15. National Committee for Quality Assurance (NCQA). Measure summary. Frequency of selected procedures: summary of utilization of fourteen frequently performed procedures. In: National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) [web site]. Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2015. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summaries/summary/49822#Oct>

16. Erekson EA, Weitzen S, Sung VW, Raker CA, Myers DL. Socioeconomic indicators and hysterectomy status in the United States, 2004. *J Reprod Med* 2009;54(9):553-58.

17. Progetto Menopausa Italia Study Group. Determinants of hysterectomy and oophorectomy in women attending menopause clinics in Italy. *Maturitas* 2000;36(1):19-25.

18. Wilson LF, Mishra GD. Age at menarche, level of education, parity and the risk of hysterectomy: a systematic review and meta-analyses of population based observational studies. *PLoS One* 2016;11(3):e0151398.

19. Baldissera S, Campostrini S, Binkin N et al. Features and initial assessment of the Italian Behavioral Risk Factor Surveillance System (PASSI), 2007-2008. *Prev Chronic Dis* 2011;8(1):A24. Disponibile all'indirizzo:

http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/jan/10_0030.htm

20. Hinkle AJ, Zhou Q, Gayron M. Implementation of criteria sets to reduce inappropriate utilization of hysterectomy in a health plan. *J Clin Outcomes Manage* 2009;16(12):551-54.

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute-CCM