

Aree di assistenza

Lo studio ha rilevato una elevata prevalenza di infezioni ospedaliere in Terapia Intensiva: questo dato conferma la necessità di interventi prioritari e specifici da attivare in queste unità operative.

Eziologia microbica

Si è rilevato un aumento dei Gram positivi nell'eziologia delle infezioni nosocomiali: questo dato si allinea con quanto riportato nell'epidemiologia internazionale delle IO ed è, probabilmente, correlato all'elevata prevalenza delle infezioni ematiche, nelle quali dominano i cocchi Gram positivi.

Fattori di rischio

L'analisi multivariata evidenzia che i fattori di rischio indipendenti per I.O. sono sovrapponibili a quelli riportati dalla letteratura internazionale.

Il fattore di rischio legato all'esposizione ad antibiotici è emerso come aspetto particolarmente critico per i seguenti fattori: 1) elevato numero di pazienti sottoposti a somministrazione di antibiotici 2) difficoltà a distinguere se tale somministrazione fosse riferibile a terapia o profilassi.

TUMORI ED OSPEDALIZZAZIONE

L'assistenza oncologica nel Veneto: analisi delle dimissioni ospedaliere del 2003.

CRRC-SER

L'attività di assistenza erogata a pazienti affetti da patologie neoplastiche si avvale di considerevoli risorse ospedaliere. L'analisi è stata condotta utilizzando l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera dell'anno 2003: sono stati presi in considerazione i ricoveri dei residenti nel Veneto nelle strutture regionali con diagnosi principale di neoplasia (codice ICD-9-CM compreso tra 140 e 239, v580-81, v671-672).

Nella tabella 1 sono descritti i volumi di attività oncologica generati dalla popolazione residente in regione nel corso del 2003, come numero di ricoveri e giornate di degenza, secondo il regime di ricovero (ordinario o day-hospital) e il tipo di DRG (medico o chirurgico). Il numero di ricoveri ordinari (63329, pari al 53.9% del totale) non è di molto superiore al numero di ricoveri in regime di day hospital (54149, 46.1%); tenendo conto invece delle giornate di ospedalizzazione, il 70.6% è rappresentato da degenze ordinarie.

Nonostante il crescente ricorso all'attività di day surgery, il peso più rilevante sul totale dell'attività di day hospital è relativo all'assistenza medica. Per quanto riguarda il tipo di DRG dei ricoveri ordinari, il numero è ripartito in modo pressoché equivalente tra medici e chirurgici, con una più lunga degenza media per quelli medici.

Tabella 1 Ricoveri per regime di ricovero e DRG: residenti nel Veneto, anno 2003.

REGIME	DRG	N	%	GG DEG	%	DEG MEDIA
Ordinario	Medico	31.081	26%	361.619	38%	11.63
Ordinario	Chirurgico	32.248	27%	311.748	33%	9.66
Day Hospital	Medico	39.291	33%	247.962	26%	6.30
Day Hospital	Chirurgico	14.858	13%	32.269	3%	2.17
Totale		117.478	100%	953.598	100%	8.11

E' stata poi analizzata la distribuzione dei ricoveri oncologici per tipo di tumore, tipo di DRG e regime di ricovero, sia in termini di frequenza che di numero delle giornate di ospedalizzazione.

Si nota come i ricoveri in regime di day hospital con DRG chirurgico siano soprattutto per tumori benigni e tumori della cute; seguono i ricoveri per neoplasie mammarie e della vescica.

Tra i day hospital medici, il 63% dei ricoveri e ben il 76% delle giornate di degenza riporta un codice di chemioterapia in prima diagnosi, ed una frazione non trascurabile (4%, 1404 ricoveri) un codice di trattamento radioterapico.

Per quanto riguarda i ricoveri in regime ordinario con DRG chirurgico, i tumori del colon e del retto rappresentano circa il 10% dei ricoveri, ma, con una degenza media maggiore di 17 gg, arrivano a giustificare il 18% delle giornate di degenza. Degenze medie di poco superiori ai 5 gg presentano invece i ricoveri chirurgici per neoplasie benigne (23% dei ricoveri, 13% delle giornate) e per tumore della mammella (12% dei ricoveri, 7% delle giornate). Infine, una quota rilevante è rappresentata dalle ospedalizzazioni per neoplasie di polmone, prostata e vescica.

Figura 1. DH chirurgici: distribuzione delle giornate di ricovero

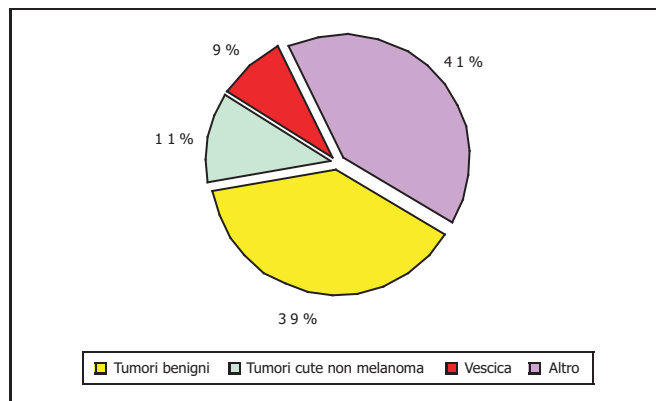


Figura 2. DH medici: distribuzione delle giornate di ricovero

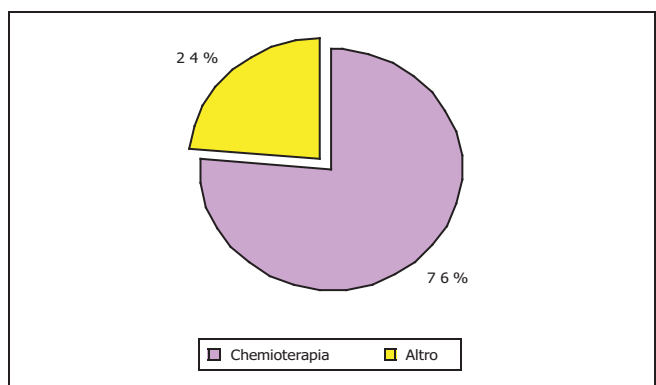


Figura 3. Ricoveri ordinari chirurgici: distribuzione delle giornate di ricovero

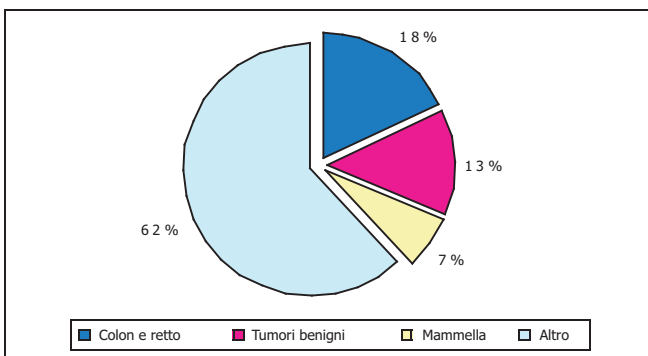
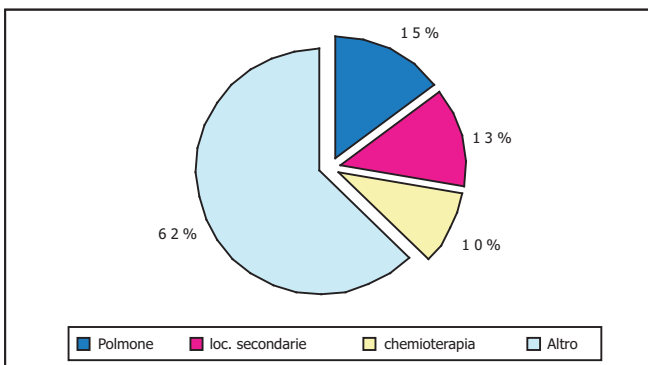


Figura 4. Ricoveri ordinari medici: distribuzione delle giornate di ricovero



Passando ai ricoveri ordinari con DRG medici, il 15% delle giornate di degenza è dovuto a neoplasie polmonari (4133 ricoveri, con una degenza media vicina ai 13 giorni). Seguono le dimissioni con diagnosi principale di chemioterapia e localizzazioni metastatiche. Infine, un numero elevato di ricoveri ed una lunga degenza media rendono conto del rilevante carico attribuibile a neoplasie del fegato e del pancreas (rispettivamente il 5% ed il 4% delle giornate di degenza).

Tabella 2 Tassi di ospedalizzazione (*1000) nella regione Veneto per ULSS di residenza (ricoveri oncologici e totali), anno 2003

ULSS di residenza	Ricoveri oncologici n	Ricoveri oncologici %	Tasso grezzo	Tasso standard.
1-Belluno	2751	13.0%	21.4	20.0
2-Feltre	1785	12.6%	21.8	20.3
3-Bassano	3593	12.8%	21.5	23.0
4-Thiene	3142	11.4%	17.8	18.4
5-Arzigiano	3549	11.3%	21.1	22.7
6-Vicenza	7348	13.1%	24.9	26.0
7-Pieve di Soligo	4673	13.4%	22.7	22.3
8-Asolo	4747	12.2%	20.8	22.7
9-Treviso	8606	12.4%	23.0	23.6
10-S.Donà	4593	13.4%	23.0	22.9
12-Venezia	9997	15.1%	33.2	28.6
13-Mirano	6838	14.5%	28.2	29.3
14-Chioggia	4989	18.2%	38.5	39.6
15-Cittadella	4869	11.8%	21.6	23.8
16-Padova	11676	14.9%	29.8	28.8
17-Este	4959	14.7%	27.8	27.3
18-Rovigo	3780	13.4%	22.2	20.2
19-Adria	2239	13.9%	29.9	27.6
20-Verona	12718	13.5%	28.7	28.3
21-Legnago	3513	12.6%	24.6	24.3
22-Bussolengo	7114	13.7%	28.1	29.9
TOT	117479	13.5%	25.7	

Il tasso di ospedalizzazione misura l'intensità dell'uso delle strutture ospedaliere da parte della popolazione. Per poter confrontare i tassi delle diverse ULSS bisogna tener conto della loro diversa struttura demografica. E' stata perciò applicata una procedura di standardizzazione diretta (per sesso ed età sulla popolazione regionale al 1 gennaio 2003, dati ISTAT), così che le differenze tra ULSS rispecchiano una diversa incidenza-prevalenza delle neoplasie o un diverso pattern di ospedalizzazione a parità di bisogni. Nella Tabella 2 sono presentati i tassi grezzi e standardizzati (per 1000 residenti) di ricoveri oncologici (ordinari e day hospital), e la percentuale dei ricoveri totali rappresentati dai ricoveri oncologici.

Il tasso medio regionale di ospedalizzazione per cause oncologiche è 25.7 per 1000 residenti, con una notevole variabilità tra ULSS, che solo in parte diminuisce dopo standardizzazione. I ricoveri oncologici complessivamente rappresentano il 13.5% dei ricoveri erogati alla popolazione residente.

L'andamento tra ULSS dell'ospedalizzazione per cause oncologiche non solo segue quello dell'ospedalizzazione generale, ma sembra esserne tra i principali determinanti. Infatti le ULSS che presentano il valore più elevato di ospedalizzazioni oncologiche tendono anche ad avere tassi maggiori di ricoveri totali con un'alta proporzione rappresentata proprio dai ricoveri oncologici. Nel complesso, la situazione sembra paragonabile a quella di altre regioni che hanno già condotto analoghe analisi (vedi CPO - Centro di riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte: Relazione 2003).

SCREENING MAMMOGRAFICO E PAP TEST

Stima della copertura a partire dai dati ambulatoriali.

*M. Vettorazzi, D. Monetti, C.F. Stocco
Registro Tumori del Veneto*

Questo breve rapporto presenta i risultati veneti di uno studio nazionale proposto alle Regioni nel 2004 dall'Osservatorio Nazionale Prevenzione Tumori Femminili. L'idea dello studio è nata dal fatto che a una parte notevole della popolazione italiana non vengono ancora offerti programmi di screening organizzati, e che anche dove questi sono attivi permane una quota importante di non adesione oppure di accesso spontaneo durante l'intervallo previsto tra i test. Da ciò l'ipotesi di interrogare gli archivi delle prestazioni ambulatoriali e, ove disponibili, gli archivi degli screening.

Lo studio aveva la finalità di verificare la validità di questo approccio per:

- stimare la copertura della popolazione con mammografia e pap test eseguiti sia nei programmi organizzati di screening che come prestazioni spontanee in donne nelle fasce d'età previste (50-69 e 25-64 rispettivamente);
- studiare i rapporti tra i programmi organizzati e gli accessi spontanei.