

formativi relativi a servizi/prestazioni erogati nel territorio. Un altro studio ha evidenziato come nel caso dei disturbi psichici, un contatto tra i professionisti sanitari territoriali e il paziente prima della sua dimissione dal reparto ospedaliero, sia determinante nell'aumentare la *compliance* del paziente verso il successivo trattamento.<sup>10</sup>

Lo stesso Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 ritiene necessaria la pianificazione di azioni volte ad assicurare la presa in carico e la continuità terapeutica del paziente con problemi di salute mentale, qualunque sia il punto di accesso al Sistema Sanitario Nazionale.

Altro obiettivo del Piano Sanitario Nazionale è lo sviluppo dell'integrazione e l'incremento della qualità dell'assistenza erogata, anche sperimentando modelli di integrazione tra settori specialistici confinanti per consentire una presa in carico multidisciplinare.

Ne discende una maggior capacità di coordinamento che passa anche per un maggior sviluppo e utilizzo di sistemi informativi adeguati nell'area psichiatrica, anch'essi ritenuti fondamentali sia nel Piano Sanitario Nazionale che nel *World Health Report 2001*.

Certamente il trattamento della malattia psichica è reso difficoltoso da ostacoli di natura sociale, quali lo stigma, l'esclusione e la vergogna, da ostacoli di natura tecnico-professionale, quali l'aggiornamento delle conoscenze, e da ostacoli di tipo economico, quali la limitazione del *budget* allocato alla salute mentale. In questo scenario, gli ostacoli di tipo organizzativo quali la difficile integrazione tra diversi settori di uno stesso sistema parzialmente evidenziati anche da questo lavoro, appaiono, paradossalmente, tra quelli più superabili.

Il decadimento delle funzioni motorie, cognitive e sociali dell'anziano suggeriscono inoltre come debba essere proprio il modello assistenziale proposto ad essere plasmato intorno al soggetto e non viceversa.

Per corrispondenza rivolgersi a:

**Dott. Francesco Avossa** [francesco.avossa@ulssasolo.ven.it](mailto:francesco.avossa@ulssasolo.ven.it)

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109(2): 96-103.

<sup>2</sup> Lamboy B, Léon C, Guilbert P. Depressive disorders and use of health services in the French population according to the Health Barometer 2005. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2007; 55(3): 222-7.

<sup>3</sup> Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113(5): 372-87.

<sup>4</sup> Minicuci N, Maggi S, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: the Veneto Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; 57(3): M155-M161.

<sup>5</sup> Kivelä SL, Pahkala K, Laippala P. Prevalence of depression in an elderly population in Finland. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 78(4): 401-13.

<sup>6</sup> Borson S, Barnes RA, Kukull WA, Okimoto JT, Veith RC, Inui TS, Carter W, Raskind MA. Symptomatic depression in elderly medical outpatients. Prevalence, demography, and health service utilization. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34(5): 341-7.

<sup>7</sup> Lamboy B. Use of health services and treatments for major depressive episode in France. *Encephale* 2006; 32: 705-12.

<sup>8</sup> World Health Organization. *World Health Report 2001*. Disponibile all'indirizzo: [www.who.int/whr/2001/en/](http://www.who.int/whr/2001/en/).

<sup>9</sup> Li H, Proctor E, Morrow-Howell N. Outpatient Mental Health Service Use by Older Adults After Acute Psychiatric Hospitalization. *J Behav Health Serv Res* 2005; 32(1): 74-84.

<sup>10</sup> Olsson M, Guardino M, Struening E. Barriers to the treatment of social anxiety. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 521-527.

## L'ASSISTENZA ONCOLOGICA NEL VENETO

*Dimissioni ospedaliere nel 2006 e trend 2000-2006*

**CRRC-SER**

L'attività di assistenza ospedaliera erogata a pazienti affetti da patologie neoplastiche nel 2003 è stata riassunta in uno di primi numeri del bollettino del SER (marzo 2005); con questo articolo presentiamo i dati relativi al 2006 ed alcune analisi di trend del periodo 2000-2006, seguendo la medesima metodologia. Sono stati dunque 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, V580-581, V671-672).

I ricoveri così selezionati costituiscono il 14.5% di tutte le ospedalizzazioni della popolazione residente in regione nel corso del 2006 e rendono conto del 16.3% delle giornate di degenza. Nella tabella 1 sono descritti i volumi di attività oncologica, secondo il regime di ricovero (ordinario o day-hospital) e il tipo di DRG (medico o chirurgico). Il numero di ricoveri ordinari (61072, pari al 51% del totale) è stato quasi raggiunto dai ricoveri in regime di day hospital (57718, 49%); tenendo conto invece delle giornate di ospedalizzazione, il 68% 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 simile 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 2006.

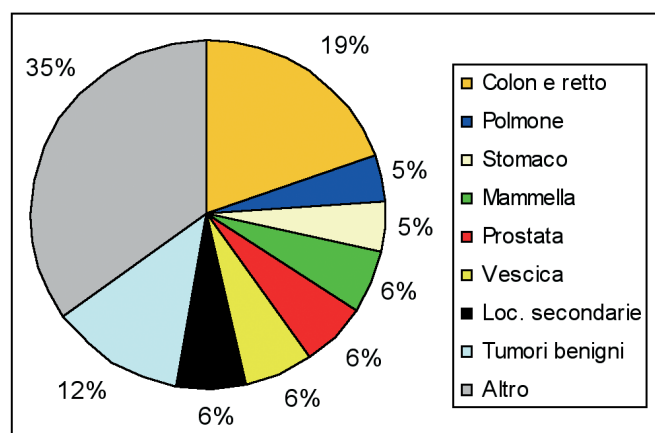
REGIME	DRG	N	%	GG DEG	%	GG MEDIA
<b>Ordinario</b>	Medico	29348	25%	342291	36%	11,7
<b>Ordinario</b>	Chirurgico	31724	27%	297820	31%	9,4
<b>Day Hospital</b>	Medico	40322	34%	270247	29%	6,7
<b>Day Hospital</b>	Chirurgico	17396	15%	37084	4%	2,1
<b>TOTALE</b>		118790	100%	947442	100%	8,0

È 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.

I ricoveri in regime di day hospital con DRG chirurgico sono soprattutto per tumori benigni e tumori della cute; seguono

di ricoveri per neoplasie mammarie e della vescica. Tra i day hospital medici, il 66% dei ricoveri e ben il 78% degli accessi totali riporta un codice di chemioterapia in prima diagnosi, ed una frazione non trascurabile (6%, 2461 DH) 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 l'11% dei ricoveri, ma, con una degenza media maggiore di 16 gg, arrivano a giustificare il 19% delle giornate di degenza. Degenze medie attorno ai 5 gg presentano invece i ricoveri chirurgici per neoplasie benigne (21% dei ricoveri, 12% delle giornate), per tumore della mammella (12% dei ricoveri, 6% delle giornate) e della vescica (10% dei ricoveri, 6% delle giornate). Infine, una quota rilevante è rappresentata dalle ospedalizzazioni per neoplasie di prostata, polmone e stomaco (Figura 1).

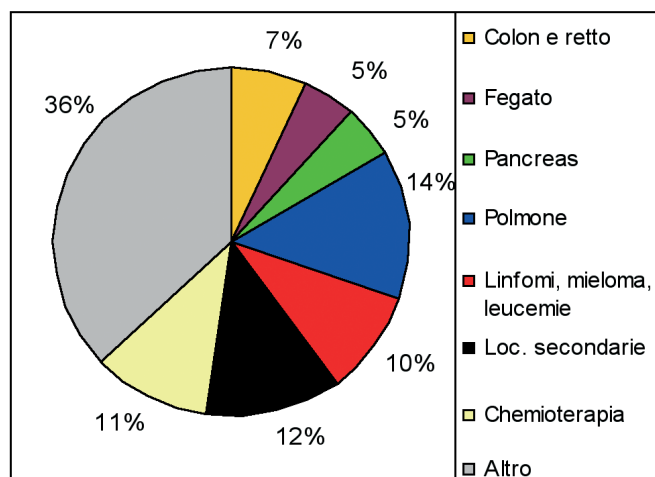
Figura 1. Ricoveri ordinari chirurgici: distribuzione delle giornate di ricovero.



Passando ai ricoveri ordinari con DRG medici, il 14% delle giornate di degenza è dovuto a neoplasie polmonari (3620 ricoveri, con una degenza media di 13 giorni). Seguono le dimissioni con diagnosi principale di chemioterapia e localizzazioni metastatiche. Considerate insieme tutte le neoplasie ematologiche (leucemie, linfomi e mieloma multiplo), rappresentano il 10% delle giornate di degenza.

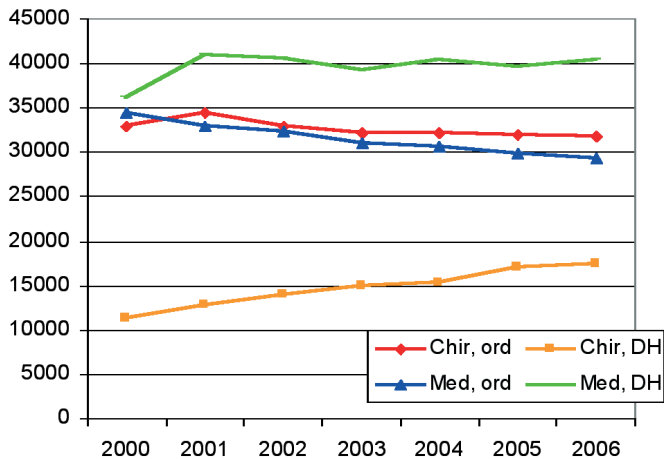
Infine, un numero elevato di ricoveri ed una lunga degenza media rendono conto del rilevante carico attribuibile a neoplasie del grosso intestino, fegato e del pancreas (Figura 2).

Figura 2. Ricoveri ordinari medici: distribuzione delle giornate di ricovero.



Nell'arco temporale dei sette anni considerati il numero totale di ricoveri per cause oncologiche è aumentato da 114933 a 118790 (+3.4%). Si è verificata una riduzione dei ricoveri ordinari (con DRG chirurgico ma soprattutto medico); i DH medici sono aumentati dal 2000 al 2001 per poi rimanere stabili negli anni successivi, mentre vi è un costante incremento dei DH chirurgici (Figura 3).

Figura 3. Numero di ospedalizzazioni per regime e DRG, residenti nel Veneto ricoverati in regione, 2000-2007.

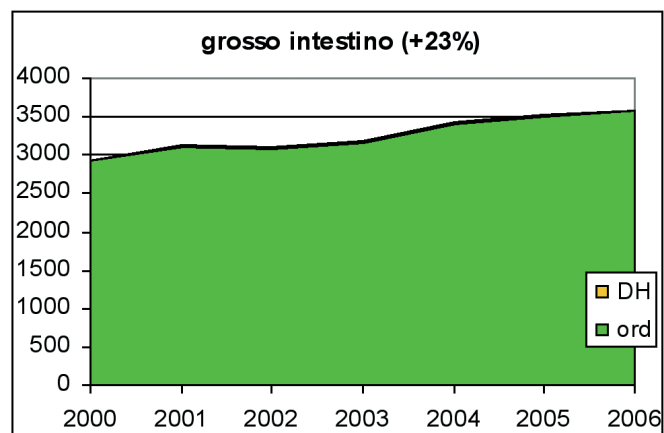


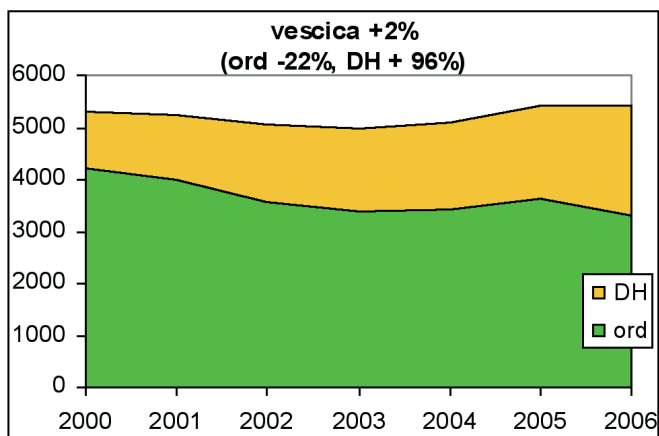
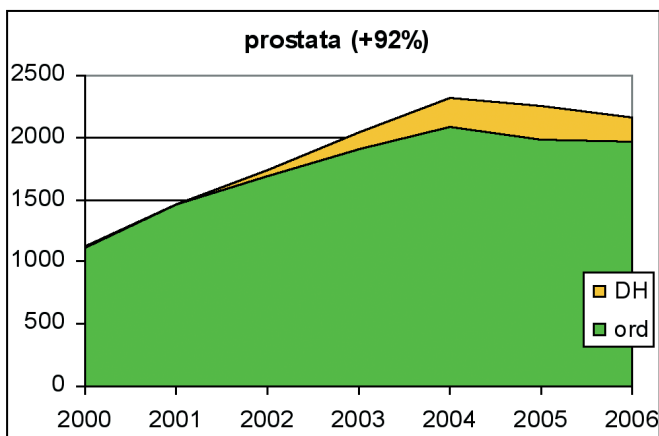
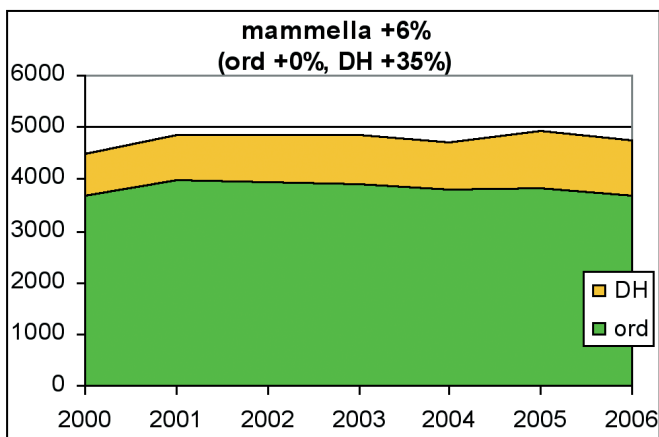
Infine abbiamo valutato trend temporali relativi alle principali cause di ricovero con DRG chirurgico.

Come si può vedere in Figura 4, si è verificata una costante crescita dei ricoveri chirurgici per neoplasie del grosso intestino, che può essere almeno in parte spiegata da un aumento di incidenza di questi tumori. Per quanto riguarda le neoplasie della mammella, i ricoveri sono aumentati dal 2000 al 2001 per poi rimanere abbastanza stabili nel tempo; il progressivo diffondersi del ricorso alla chirurgia conservativa (v. anche bollettino del dicembre 2005) è in piccola parte rispecchiato dall'incremento della quota di trattamenti eseguiti in DH.

Gli interventi per neoplasie della prostata sono più che raddoppiati dal 2000 al 2004, seguendo il diffondersi del ricorso allo screening opportunistico con PSA pur in assenza ancora di prove definitive sulla sua efficacia (bollettino del gennaio 2007); gli interventi si sono poi stabilizzati negli ultimi anni analizzati. Infine, i ricoveri chirurgici per neoplasie vescicali sono rimasti stabili nel complesso, ma con un evidente shift dai ricoveri ordinari all'assistenza in DH.

Figura 4. Ricoveri con DRG chirurgico per tumori di: colon e retto, mammella femminile, prostata e vescica.





In conclusione, si può vedere come un'analisi anche grossolana delle schede di dimissione possa evidenziare come le patologie oncologiche rappresentino una quota importante e complessivamente in crescita dall'assistenza ospedaliera (dal 13.5% del totale dei ricoveri nel 2000 al 14.5% nel 2006), e possa fornire indicazioni utili su cambiamenti nel carico e nei pattern assistenziali per le principali sedi di neoplasia.

Per corrispondenza rivolgersi a:  
**Dott. Ugo Fedeli** [ugo.fedeli@ulssasolo.ven.it](mailto:ugo.fedeli@ulssasolo.ven.it)

## LAVORO E SALUTE NEL VENETO

*Un'indagine pilota conoscitiva nei lavoratori di una regione italiana*

**GIUSEPPE MASTRANGELO**

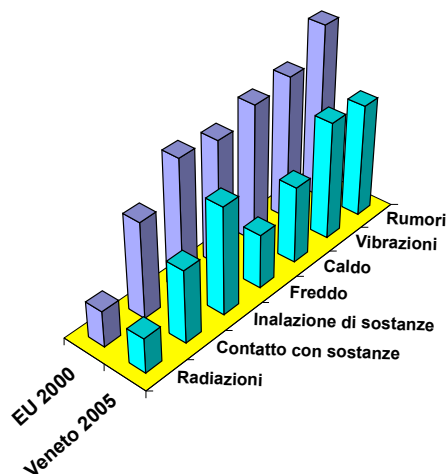
Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica,  
Università degli Studi di Padova

Obiettivo della ricerca era quello di sperimentare un modello di indagine che permettesse di fornire un quadro complessivo delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori di una regione italiana. Il Veneto fu scelto come regione pilota per la presenza sul territorio di un'ampia gamma di attività lavorative, oltre che per le vaste dimensioni demografiche ed economiche.

Il punto di partenza è stata l'indagine condotta dalla Fondazione Europea per il Miglioramento delle Condizioni di Vita e di Lavoro (acronimo inglese, ESWC) nei 15 Stati dell'Unione Europea nel 2000. Si decise che era opportuno ottenere anche nei lavoratori del Veneto un quadro d'insieme dei rischi lavorativi, delle condizioni di salute e delle azioni adottate per la prevenzione.

*Studio 1. Condizioni di lavoro e salute e azioni adottate per la prevenzione nei lavoratori del Veneto.* Sulla base del budget disponibile si stabilì di selezionare un campione di 5000 soggetti, rappresentativo dei lavoratori del Veneto, che fu estratto dalla lista regionale di utenti telefonici. Si usò lo stesso questionario ESWC, adattato per le necessità dell'intervista telefonica. Lo studio aveva l'intento di fornire una visione comparativa d'insieme del contenuto e della qualità del lavoro, e un confronto con i risultati della terza indagine ESWC del 2000.

### Fattori di rischio fisici e chimici



### Fattori di rischio organizzativi

