



Bollettino informativo a cura del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

L'ANZIANO DEPRESSO: UN PROBLEMA DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

PAOLO SPOLAORE (DIRETTORE CRRC-SER)

Si stima che circa il 15% della popolazione generale sperimenti nell'arco della vita almeno un episodio di depressione maggiore. Questa proporzione varia grandemente in base alla presenza di altre patologie, all'età e all'ambiente di vita. La prevalenza di depressione maggiore può arrivare a superare il 40% nei soggetti istituzionalizzati con più di 65 anni.

Il senso di inadeguatezza nell'affrontare ogni situazione, accompagnato da un pervasivo senso di colpa per la propria incapacità sono alcuni dei sintomi tipici del paziente affetto da episodi depressivi maggiori. Nel corso dell'episodio depressivo, il sentimento prevalente è quello che la propria vita non valga la pena di essere vissuta, con un conseguente stato di apatia.

L'anziano affetto da depressione maggiore non solo risulta indifferente agli stimoli della vita, bensì attende la morte. Tuttavia questo suo stato lascia tracce evidenti e lancia deboli messaggi di aiuto alle persone vicine e alle istituzioni con cui viene a contatto.

Certo non ci si può attendere che l'anziano cerchi esplicitamente e di sua iniziativa un aiuto per risolvere la sua patologia. E anche nei momenti in cui emerge la volontà di vincere l'apatia, sono problemi molto concreti quali l'accessibilità al servizio, gli spostamenti, gli orari a spegnere queste deboli pulsioni positive.

Per cui accade spesso che la diagnosi di depressione maggiore venga posta solamente in occasione di un ricovero ospedaliero. Alla dimissione, però, il paziente torna nel suo isolamento. Eppure il caso

In questo numero:

- 1 • L'anziano depresso: un problema di continuità assistenziale
- 4 • La depressione negli anziani
- 6 • L'assistenza oncologica nel Veneto
- 8 • Lavoro e salute nel Veneto
- Notizie dal mondo dell'epidemiologia
- Nei prossimi numeri

dell'anziano con depressione maggiore appare il paradigma dell'orientamento attuale del sistema salute. Un sistema non soltanto centrato sull'uomo malato, ma che cerca e segue il soggetto debole.

Il contributo presentato in questo numero del bollettino, reso possibile grazie all'esistenza del flusso informativo relativo alla psichiatria territoriale, suggerisce che solo un terzo dei pazienti anziani dimessi in Veneto con diagnosi di depressione maggiore vengano "agganciati" dalla rete dei servizi territoriali.

Questa analisi risulta il primo passo verso una visione completa della presa in carico del paziente affetto da depressione maggiore mediante l'utilizzo integrato delle informazioni raccolte nei vari flussi informativi sanitari correnti.

LA DEPRESSIONE NEGLI ANZIANI

Analisi dell'ospedalizzazione e dei processi di cura territoriali

CRRC-SER

La senilità rappresenta una fase della vita di per sé delicata. L'uscita dal mondo del lavoro, la limitazione fisiologica dell'autonomia in molte delle attività quotidiane, la perdita di persone care e la conseguente necessità di adattarsi a nuovi assetti familiari e/o condizioni abitative, il rallentamento delle funzioni psichiche e motorie e l'incapacità di adattarsi ad un contesto sociale in veloce evoluzione sono solo alcuni dei fattori che necessitano di una notevole plasticità e capacità di adattamento da parte dell'anziano.

La conseguente modificazione di un equilibrio raggiunto nella precedente fase della vita può spesso sfociare in sintomi depressivi, o in veri episodi di depressione maggiore. È proprio la peculiarità delle situazioni che il soggetto si trova a dover affrontare in questa fase che rende difficile, da parte del medico, la corretta valutazione diagnostica dell'anziano depresso.

In aggiunta, la contemporanea presenza di altre patologie croniche tipiche dell'età avanzata ostacola non poco l'individuazione di situazioni che oltrepassano il limite del "fisiologico" disagio verso quello patologico di una condizione psichica mutata.

Per quanto sia difficile disporre di stime di prevalenza della depressione nella popolazione generale, ed ancor più negli anziani, recenti studi di popolazione indicano un

aumento di questa patologia negli ultimi anni, rendendola certamente rilevante in termini di sanità pubblica anche in considerazione delle proiezioni demografiche per i prossimi decenni.

Con le dovute cautele nella generalizzazione di stime provenienti da altri paesi, episodi depressivi maggiori sono stati riscontrati in una proporzione della popolazione generale che va dal 3% all'8%.^{1,2}

Quando ad essere presa in considerazione è la sola età anziana, le stime di prevalenza risultano ancora più difformi dipendendo dal contesto geografico e culturale dove lo studio è stato condotto, dalla metodologia diagnostica e di campionamento utilizzata, dalle fasce di età esaminate.

La prevalenza di depressione maggiore nelle persone over 65 oscilla tra lo 0,9% e il 9,4%, mentre sintomi depressivi sono stati rilevati in una proporzione generalmente più ampia, fino ad arrivare al 49% della popolazione anziana.³

Uno studio condotto in Veneto ha permesso inoltre di evidenziare la differente prevalenza dei sintomi depressivi nei due sessi, presenti nel 58% delle femmine e nel 34% dei maschi.⁴ Oltre al sesso femminile, altri importanti predittori sono risultati la presenza di altre forme morbide, di decadimento cognitivo e funzionale, la perdita o la riduzione di contatti sociali e la storia pregressa di depressione. Rispetto ai soggetti che vivono in un nucleo familiare privato, l'essere istituzionalizzati rappresenta anch'esso un fattore di rischio per la presenza di depressione: nelle case di riposo o residenze sanitarie assistite la depressione maggiore può colpire 4 soggetti su 10.^{3,5}

Nonostante il quadro che emerge dai dati di letteratura, nella pratica corrente la depressione nell'anziano continua a rimanere sottodiagnosticata e spesso la diagnosi viene posta in occasione di un ricovero ospedaliero.

Inoltre, il ricorso e l'utilizzo di specifici supporti terapeutici da parte dell'anziano risulta fino a quattro volte inferiore rispetto ai soggetti depressi di altre età.^{6,2}

Permane una rilevante quota di soggetti depressi che non ricevono nessuna forma di trattamento psicoterapico o farmacologico.⁷

In questo contesto, la continuità assistenziale tra strutture ospedaliere e territoriali per il paziente depressivo risulta quasi inesplorata, anche per difficoltà metodologiche legate spesso all'impossibilità di tracciare il percorso assistenziale del paziente.

L'esistenza nella Regione Veneto di un flusso nominativo della psichiatria territoriale relativo a tutti i processi di cura erogati dai Centri di Salute Mentale, dalle strutture residenziali e semiresidenziali in congiunzione con l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera permette una analisi in questo senso, da considerarsi come fase embrionale verso una completa valutazione dell'efficienza di diverse modalità assistenziali e, più in generale, in un'ottica di *clinical governance*.

Con il lavoro che viene qui presentato ci si è posti l'obiettivo di:

- valutare le modalità di utilizzo delle strutture ospedaliere e territoriali da parte dei soggetti anziani affetti da depressione (>65 anni);
- valutare la continuità assistenziale garantita da integrazione ospedale-territorio nei casi di depressione negli anziani.

Materiali e Metodi

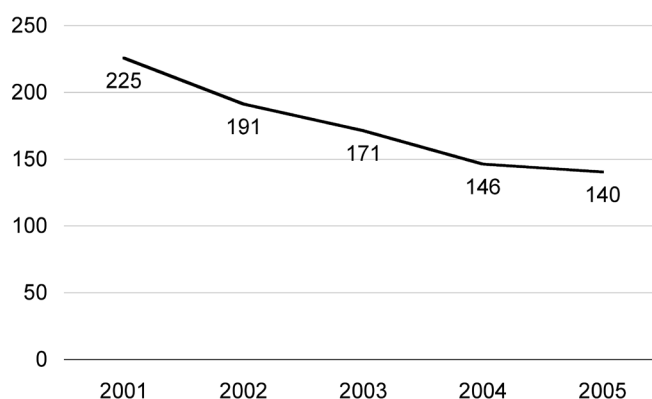
Sono stati utilizzati l'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) della Regione Veneto per gli anni

2001-2005, e l'archivio delle cartelle psichiatriche territoriali relativo al 2006 (processi di cura attivati dai Dipartimenti di Salute Mentale). Sia i ricoveri (relativamente alla diagnosi principale) sia i processi di cura sono stati selezionati in base all'età dei soggetti e ai codici ICD9 CM: Depressione maggiore (296.2, 296.3), Depressione nevrotica (300.4), Reazione depressiva di adattamento (309.0, 309.1). I dati relativi ai pazienti dimessi da una struttura ospedaliera per depressione nel primo semestre 2006 sono stati collegati a quelli disponibili per lo stesso soggetto nell'archivio della psichiatria territoriale nei 6 mesi successivi alla dimissione ospedaliera. In quest'ultima analisi sono state escluse due Aziende ULSS per le quali non erano disponibili i dati della psichiatria territoriale.

Risultati e Discussione

Nel 2005 si sono registrati 1246 ricoveri per depressione in soggetti di età >65 anni, pari al 34% di tutti i ricoveri per depressione in tutte le fasce di età. Dal 2001 al 2005 il tasso di ricovero negli over 65 si riduce del 15% all'anno fino al 2004 e successivamente del 4% per attestarsi su un valore di 140 ricoveri per 100.000 abitanti nel 2005 (Figura 1), in linea con il trend decrescente del tasso di ospedalizzazione registrato nella nostra Regione.

Figura 1. Tasso di ricovero per depressione per 100.000 abitanti in età >65 anni nel Veneto. Anni 2001-2005.



Analizzando il tasso di ricovero per depressione in relazione all'età (Figura 2), si evidenzia un picco di ospedalizzazione nella fascia 65-69, dove si registrano 160 ricoveri per 100.000 abitanti; in questa fascia di età il tasso presenta valori quasi tre volte superiori rispetto alla fascia 30-34.

Un andamento di ospedalizzazione crescente con l'aumentare dell'età si registra sia per la depressione maggiore che per quella nevrotica, mentre il ricovero per reazione depressiva di adattamento non sembra modificarsi con l'età. 3 soggetti su 4 vengono ricoverati nei reparti di psichiatria e neurologia, con una degenza media di circa 22 giorni; di rilievo appare la quota, pari al 13% dei soggetti, assistiti nei reparti di medicina generale, con una degenza media di 10 giorni (Tabella 1).

Analizzando i processi di cura per depressione in relazione all'età a partire dal flusso della psichiatria territoriale (Figura 3) si ottiene un andamento sovrapponibile, a quello dei tassi di ricovero.

Nella fascia 65-69, i Dipartimenti di Salute Mentale gestiscono 540 processi di cura su 100.000 abitanti, ovvero il numero dei soggetti seguiti territorialmente risulta essere circa tre volte quello dei pazienti assistiti presso reparti per acuzie.

Figura 2. Tasso di ricovero specifico per età e per tipo di depressione per 100.000 abitanti nel Veneto. Anno 2005.

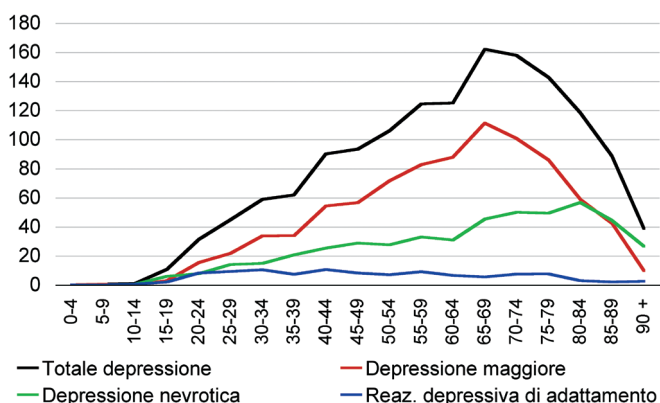
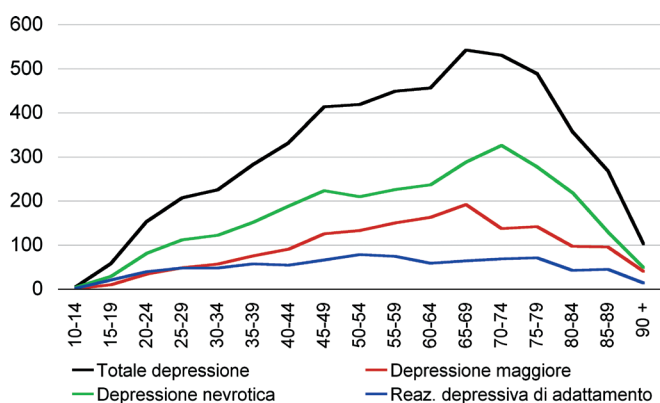


Tabella 1. Ricoveri ordinari per depressione in età >65 anni nel Veneto per specialità di dimissione. Anno 2005.

Specialità di dimissione	Ricoveri		Degenza media
	n.	%	giorni
Psichiatria	692	58,1	21,9
Neurologia	193	16,2	23,1
Medicina generale	160	13,4	10,4
Geriatria	114	9,6	11,5
Lungodegenza	32	2,7	24,7
Totale	1191	100,0	19,6

Figura 3. Pazienti per età e per tipo di depressione in cura presso i DSM per 100.000 abitanti nel Veneto. Anno 2006.



L'integrazione del flusso SDO con quello della psichiatria territoriale ha consentito di rilevare come solo il 19% dei pazienti dimessi da un reparto ospedaliero per depressione abbiano avuto un contatto con i Centri di Salute Mentale entro 14 giorni dalla dimissione e che tale percentuale salga al 31% entro i 60 giorni.

In quasi la metà dei casi è il medico di medicina generale ad inviare il paziente presso il Centro di Salute Mentale; nel 17% dei casi è il paziente stesso a chiedere l'intervento e nel 10% dei casi il soggetto inviante è il pronto soccorso (Tabella 2).

Sono proprio i dati resi disponibili grazie all'integrazione tra il flusso della psichiatria territoriale e le Schede di Dimissione Ospedaliera ad offrire i maggiori spunti di riflessione.

Tabella 2. Nuovi processi di cura per depressione attivati presso i DSM del Veneto, % per richiedente. Anno 2006.

Richiedente	Età >65	Tutte le età
Medico di medicina generale	46,7	46,1
Paziente medesimo	13,9	17,5
Reparto ospedaliero	12,7	7,2
Equipe curante del DSM	12,4	14,9
Pronto soccorso	9,3	10,1
Altro	5,0	4,2
Totale	100,0	100,0

Come evidenziato dal *World Health Report* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS, che nel 2001 è stato interamente dedicato alla salute mentale, la depressione ha carattere di cronicità, ed è caratterizzata da una alta percentuale di ricadute: il 35% dei pazienti hanno una ricaduta entro i primi 6 anni dalla guarigione del primo episodio e il 60% entro i 12 anni. A ciò si aggiunga che il suicidio, conseguenza frequente e potenzialmente evitabile della depressione, costituisce il termine della vita per il 15-20% dei soggetti depressi.⁸

Il modello di cura delle malattie croniche che vede la continuità assistenziale come condizione importante per il monitoraggio ed il trattamento della patologia, ben si adatta alla necessità di assistenza di questo disturbo mentale. I pazienti dimessi dalle corsie psichiatriche possono essere infatti efficacemente seguiti dalle strutture territoriali.

T trattare i disturbi mentali nell'ambito dell'assistenza primaria, erogare l'assistenza nell'ambito della comunità, promuovere modelli assistenziali *community based* sono alcune significative raccomandazioni proposte e ampiamente sviluppate nel Rapporto dell'OMS.

Il dato emerso nel corso del presente lavoro relativo alla consistente quota di processi di cura avviati dal Pronto Soccorso rappresenta un campanello d'allarme. Esso è indice della non ancora completa capacità della rete dei servizi territoriali di individuare i soggetti depressi prima che essi vengano segnalati alle strutture territoriali da un reparto di Pronto Soccorso.

Sempre nel *World Health Report* 2001 viene riportata la riforma delle cure psichiatriche avvenuta in Italia nel 1978 proprio come modello paradigmatico di un sistema che ha voluto la chiusura dei grandi ospedali psichiatrici a favore di un orientamento dell'assistenza psichiatrica in prevalenza territoriale.

Pur essendo passato un trentennio, l'integrazione tra ospedale e territorio, largamente sostenuta dall'OMS, appare nella nostra realtà ancora migliorabile, come evidenziato dal dato che solamente un terzo dei pazienti dimessi con diagnosi di depressione risulta fare ricorso ad una delle strutture territoriali specifiche nei due mesi successivi al ricovero.

Negli Stati Uniti un recente studio riporta che più dell'80% dei soggetti anziani depressi dimessi da un reparto ospedaliero effettuano una visita di *follow-up* presso le strutture territoriali entro le sei settimane successive alla dimissione.⁹ Tuttavia, una appropriata comparazione dei risultati statunitensi con quelli riportati nel nostro studio richiederebbe una ulteriore integrazione con altri flussi in-

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.¹⁰

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

BIBLIOGRAFIA

¹ 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.

² 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.

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

⁴ 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.

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

⁶ 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.

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

⁸ World Health Organization. *World Health Report 2001*. Disponibile all'indirizzo: www.who.int/whr/2001/en/.

⁹ 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.

¹⁰ 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
Ordinario	Medico	29348	25%	342291	36%	11,7
Ordinario	Chirurgico	31724	27%	297820	31%	9,4
Day Hospital	Medico	40322	34%	270247	29%	6,7
Day Hospital	Chirurgico	17396	15%	37084	4%	2,1
TOTALE		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