

La mortalità per incidenti da trasporto (in gran parte incidenti stradali), pur rappresentando ancora una rilevante causa di mortalità prematura soprattutto tra gli uomini, ha subito una notevole riduzione nel tempo, essendosi più che dimezzata rispetto agli inizi dello scorso decennio (Figura 2). La mortalità per suicidi, dopo una lieve riduzione osservata fino al 2006, ha mostrato invece una forte crescita nel biennio 2010-2011, seguita da una stabilizzazione dei tassi nel 2012-2013.

La mortalità per tutte le cause ha registrato nel 2012 un lieve aumento sia in termini di numero assoluto di decessi, che di tassi osservati e standardizzati. Tale aumento è in parte legato ad un picco di mortalità verificatosi nel febbraio 2012, in concomitanza con l'ondata di gelo che ha interessato gran parte del Paese. La Figura 3 riporta il numero settimanale di decessi tra i residenti nel Veneto dall'autunno 2007 alla primavera 2013: si può osservare come vi sia una forte stagionalità nella mortalità complessiva (ancora più marcata per alcune categorie nosologiche come le malattie respiratorie e quelle circolatorie), con un notevole aumento nel corso della stagione invernale. Tale incremento è dovuto alle condizioni metereologiche, all'inquinamento atmosferico, alle epidemie influenzali ed alla loro interazione con altri fattori, ed è stato particolarmente rilevante nei primi mesi del 2012.

Figura 1: Mortalità per tumore al polmone, colon-retto e della mammella nel Veneto, 2001-2013: tasso standardizzato con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Standardizzazione diretta, standard=Veneto al 1° gennaio 2007. Dati 2013 provvisori.

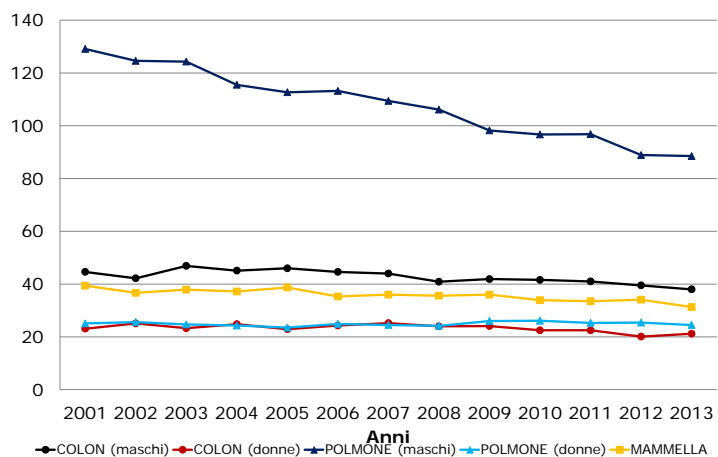


Figura 2: Mortalità per incidenti stradali e suicidi nel Veneto, 2001-2013: tasso standardizzato per sesso (per 100.000). Standardizzazione diretta, standard=Veneto al 1° gennaio 2007. Dati 2013 provvisori.

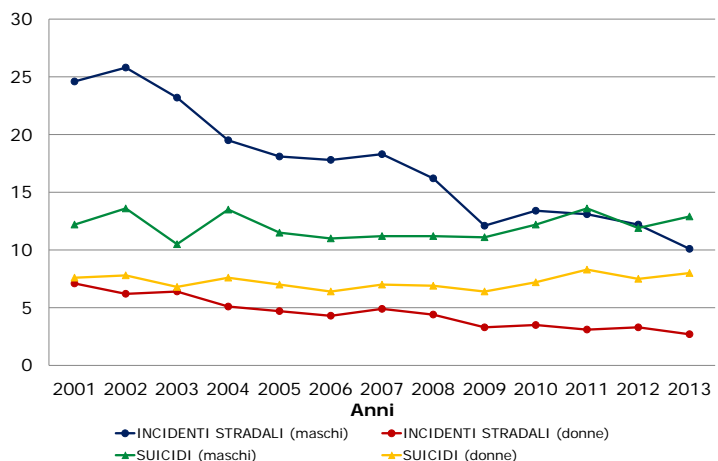
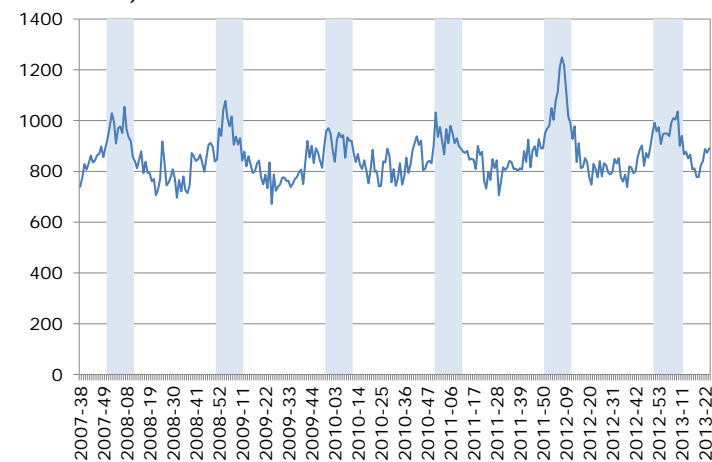


Figura 3: Numero settimanale di decessi osservati dall'autunno 2007 alla primavera 2013 tra i residenti nel Veneto. Le barre verticali sono disegnate in corrispondenza dell'inverno (settimana <12 o >50).



Per informazioni:

Sistema Epidemiologico Regionale
ugo.fedeli@regione.veneto.it

CURE PALLIATIVE DOMICILIARI NEI MALATI DI TUMORE NELLA REGIONE VENETO, 2013

L'attività di Cure Palliative (CP) viene svolta dal Nucleo di Cure Palliative in setting molto diversificati: in Ospedale, nell'ambulatorio di CP, in strutture residenziali, nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale (MMG) oppure a domicilio (Cure Palliative Domiciliari Oncologiche - CPDO); si può stimare che nel 2013 le persone di età superiore a 18 anni assistite in CPDO siano state circa 26,2 per 10.000 abitanti (circa 10.600 assistiti).

Di particolare interesse sono i pazienti che muoiono nell'anno in corso, certamente più impegnativi sul piano clinico, relazionale ed organizzativo. Il Decreto Ministeriale 43/2007 definisce per quest'ultimo gruppo di pazienti due standard assistenziali molto importanti:

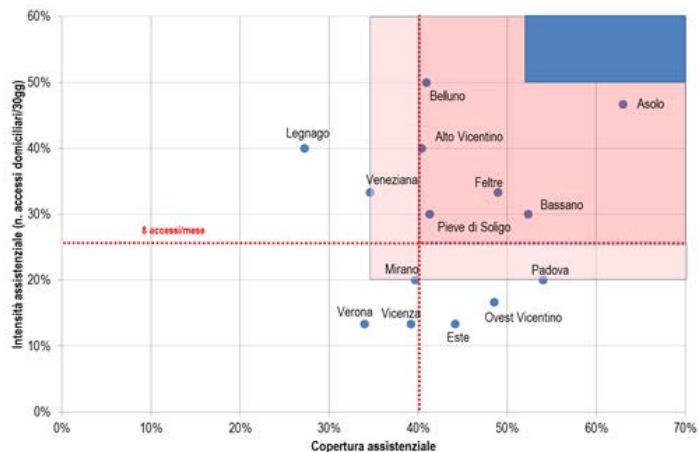
- Copertura assistenziale: rapporto tra il numero di assistiti in CPDO e/o in Hospice deceduti per tumore ed il numero di deceduti per tumore, che in termini assoluti in Veneto risultano circa 14.000 nel 2013 in età superiore o uguale a 18 anni. Lo standard è posto al 52% percentuale e sale al 65% se nell'ULSS è attivo anche un Hospice).
- Intensità assistenziale: rapporto tra il numero di giornate di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche erogate a deceduti per tumore ed il corrispondente numero dei pazienti presi in carico in CPDO. Lo standard è posto al 50% delle giornate in cui il paziente è in carico al Nucleo di Cure Palliative.

La rilevazione di questi indicatori richiede una corretta registrazione della codifica della patologia prevalente che motiva la presa in carico in CPDO e/o in Hospice e delle date in cui vengono effettuati gli accessi domiciliari. Per questo motivo la copertura assistenziale (con e senza Hospice) risulta attualmente calcolabile in 17/21 Aziende ULSS e l'intensità assistenziale in 14/21 Aziende ULSS. Si calcola che nel 2013 la copertura assistenziale della rete di Cure Palliative risulta pari al 51% nelle 13/17 ULSS che sono dotate di un servizio di Hospice ed al 46% nelle Aziende 4/17 ULSS che ne sono sprovviste.

Nella Figura 1 sono evidenziati in blu gli standard normativi per le CPDO, che costituiscono l'obiettivo da

raggiungere; con i dati del 2013 si possono proporre come standard accettabili a livello regionale una copertura del 40% ed una intensità assistenziale pari ad 8 accessi nell'ultimo mese di vita (l'area in rosa scuro nella Figura 1), in cui risultano incluse 6 Aziende ULSS. Questi dati empirici offrono un contributo utile anche a livello nazionale per un'analisi critica delle soglie minime di assistenza in cure palliative, auspicata anche dal più recente report dell'Agenas sulle Cure Palliative Domiciliari in Italia (Roma, 2010).

Figura 1: Copertura e intensità assistenziale per le Cure Palliative Domiciliari Oncologiche per i deceduti di età ≥ 18 anni - 14 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013. Standard normativo in blu e proposta di standard minimo accettabile per il Veneto in rosa scuro.



Le visite domiciliari effettuate nell'ultimo mese di vita sono state fatte nel 70% dei casi dall'infermiere e nel 30% dei casi dal MMG. Non è possibile misurare l'attività dei medici specialisti/palliativisti poiché le loro visite domiciliari vengono registrate soltanto in poche ULSS. Inoltre si deve considerare che il ruolo professionale degli specialisti/palliativisti non si esaurisce nell'erogazione di visite domiciliari, ma comprende anche attività di discussione dei casi con le UO di degenza (Oncologia, Medicina, Chirurgia) e con i MMG curanti, visite ambulatoriali, colloqui con il malato e i caregiver, attività di formazione.

Tabella 1: Giornate di ricovero medico ordinario nell'ultimo mese di vita (assistiti CPDO di età ≥ 18 anni): media, mediana, 3° quartile - 14 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013.

Azienda ULSS di residenza	Media	Mediana	3° quartile
101 - Belluno	4,4	0	7
102 - Feltre	2,8	0	2
103 - Bassano del Grappa	5,7	1	10
104 - Alto Vicentino	3,6	0	5
105 - Ovest Vicentino	5,1	1	9
106 - Vicenza	5,2	2	9
107 - Pieve di Soligo	4,6	0	8
108 - Asolo	4,9	0	8
112 - Veneziana	4,8	0	8
113 - Mirano	7,3	4	13
116 - Padova	6,7	4	12
117 - Este	6,1	1	10
120 - Verona	4,5	0	7
121 - Legnago	5,4	0	9

I pazienti seguiti in CPDO, specialmente in prossimità della morte, sono ad elevato rischio di ospedalizzazione. Questo fenomeno è spesso dovuto - oltre alla comparsa di veri quadri di acuzie - alla presenza di dolore e sintomi

stressanti, a fattori psicologici e socio-assistenziali legati alla consapevolezza ed all'accettazione della malattia neoplastica terminale da parte del malato e dei suoi familiari. Rispetto all'accesso in ospedale la letteratura documenta il ruolo importante che è assunto dall'offerta assistenziale ospedaliera e da quella territoriale. Nelle Aziende ULSS in grado di documentare un accettabile livello di copertura e intensità assistenziale (riportate in rosa scuro nelle Tabelle 1 e 2) si riscontra un numero medio di giornate di ricovero medico ordinario effettuate nell'ultimo mese di vita ed una percentuale di deceduti in ospedale alquanto diversificati e quindi influenzabili attraverso le scelte di programmazione delle Aziende.

Tabella 2: Numero assoluto e percentuale di assistiti in CPDO deceduti in Ospedale, età ≥ 18 - 17 Aziende ULSS della Regione del Veneto, anno 2013.

Azienda ULSS di residenza	Assistiti in CPDO deceduti in ospedale	%
101 - Belluno	35	19,8%
102 - Feltre	16	11,9%
103 - Bassano del Grappa	74	28,5%
104 - Alto Vicentino	39	19,8%
105 - Ovest Vicentino	89	43,8%
106 - Vicenza	119	37,1%
107 - Pieve di Soligo	76	29,5%
108 - Asolo	98	25,3%
112 - Veneziana	110	27,1%
113 - Mirano	129	46,7%
116 - Padova	260	35,6%
117 - Este	95	38,6%
120 - Verona	127	27,9%
121 - Legnago	38	32,5%

La disponibilità di flussi informativi con dati individuali fornisce importanti elementi per:

- dare conto agli operatori sanitari del territorio, dell'ospedale e alle associazioni di pazienti di un rilevante volume di attività svolta;
- fornire elementi di valutazione alla programmazione aziendale, regionale e nazionale, utili per la definizione di standard di assistenza realistici e migliorabili nel tempo;
- tracciare i percorsi individuali dei pazienti, valutando in maniera quantitativa l'impatto della presa in carico domiciliare e residenziale sui servizi ospedalieri: sulla base di alcuni risultati preliminari si può stimare che una presa in carico con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita sia associata ad un dimezzamento della percentuale di pazienti oncologici che muoiono in ospedale.

Bibliografia

Sistema Epidemiologico Regionale. Le Cure Domiciliari nella Regione Veneto - Anni 2012-2013. Padova, 2014
 Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Le Cure Palliative Oncologiche in Italia. Roma, 2010.

A cura di:

Settore Strutture di Ricovero Intermedie e Integrazione Socio-Sanitaria,
 Settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie,
 Coordinamento Regionale per le Cure Palliative e la Lotta al Dolore
 Gruppo di lavoro SER

Per informazioni:

Sistema Epidemiologico Regionale
elisabetta.pinato@regione.veneto.it