

soprattutto nel genere maschile, dove raggiunge circa il 15% già nella fascia 60-69 anni.

Il tasso di prevalenza di diabete negli stranieri è maggiore rispetto a quello degli italiani, tenuto conto della diversa struttura per età e genere delle due popolazioni. Particolare attenzione va posta alla prevenzione primaria, allo screening opportunistico ed all'assistenza sanitaria primaria del diabete nei residenti stranieri, in particolare per quelli originari dai Paesi dell'Asia centro meridionale.

Bibliografia

Istat. Annuario Statistico Italiano 2013. Roma, 2013.
Agenas. Scheda informativa del Progetto MATRICE (<http://www.agenas.it>)
Agenas. Scheda di patologia: diabete mellito II (<http://www.agenas.it>)
Studio Passi. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia.
Regione del Veneto. Legge regionale n. 24/2011. Norme per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito nell'età adulta e pediatrica.

Per informazioni:

Sistema Epidemiologico Regionale
veronica.casotto@regione.veneto.it

MORTALITÀ PER CAUSA NEL VENETO

Nella Regione del Veneto copia delle schede ISTAT di morte è inviata dalle Aziende ULSS al SER per la codifica della causa di morte ed il data entry. A partire dal 2007 la codifica viene effettuata secondo la decima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-10). A partire dal 2008, sono registrate nell'archivio elettronico tutte le patologie menzionate nel certificato, e la selezione della causa utilizzata nelle statistiche routinarie di mortalità è effettuata tramite il software ACME (Automated Classification of Medical Entities).

Una volta completate tali procedure, viene verificata la completezza dell'archivio, sia tramite confronto con i dati storici, sia controllando la presenza di eventuali schede mancanti tramite gli estremi dell'atto di morte. Viene quindi restituita alle singole Aziende ULSS la sezione dell'archivio provvisorio di propria competenza, richiedendo copia di eventuali atti illeggibili/schede mancanti, per poi procedere alla chiusura dell'archivio annuale definitivo, da restituire anch'esso alle ULSS. Attualmente sono disponibili i dati definitivi relativi al 2012, mentre sono state avviate le procedure per completare l'archivio provvisorio del 2013 (ora disponibile con una copertura pari ad almeno il 98% a livello regionale). Nel presente articolo sono riassunti i dati aggiornati al 2012 (Tabella 1). I dati provvisori del 2013 sono utilizzati per analisi relative all'andamento stagionale della mortalità, e per confermare recenti trend osservati nella mortalità per le principali sedi di neoplasia, per incidente stradale e per suicidio.

Le principali cause di morte sono rappresentate dalle malattie circolatorie (36,2% di tutti i decessi) e dai tumori (30,3%). In particolare, negli uomini la più frequente causa di morte è rappresentata dai tumori (35,5% di tutti i decessi, contro il 25,6% nelle donne), e nelle donne dalle malattie circolatorie (39,7% di tutti i decessi, contro il 32,4% negli uomini). Tra gli uomini, le neoplasie maligne che contribuiscono maggiormente alla mortalità sono il tumore del polmone (8,6% di tutti i decessi), seguito dai tumori del grosso intestino (3,7%), e da quelli di fegato, prostata e pancreas. Tra le donne, i tumori maligni della mammella causano ancora circa 1.000 decessi all'anno (4,1%), seguiti dal tumore del polmone (3,1%), del grosso intestino, e del pancreas.

Tabella 1: Mortalità per tutte le cause: numero di decessi (N) e tasso osservato (TO) di mortalità per causa (tasso per 100.000). Veneto, anno 2012

Cause di morte	Maschi		Femmine	
	N	TO	N	TO
ALCUNE MALATTIE INFETTIVE	456	19,3	490	19,7
TUMORI	7829	331,1	6311	253,2
Colon, retto e ano	811	34,3	646	25,9
Fegato e dotti biliari intraep.	570	24,1	252	10,1
Pancreas	490	20,7	481	19,3
Trachea, bronchi e polmone	1892	80,0	763	30,6
Mammella			1021	41,0
Prostata	528	22,3		
MAL. ENDOCRINE/METABOLICHE	797	33,7	1005	40,3
Diabete mellito	630	26,6	757	30,4
DISTURBI PSICHICI	610	25,8	1345	54,0
Demenza	544	23,0	1276	51,2
MAL. DEL SISTEMA NERVOSO	768	32,5	1065	42,7
Malattia di Parkinson	200	8,5	159	6,4
Malattia di Alzheimer	258	10,9	560	22,5
MAL. SISTEMA CIRCOLATORIO	7148	302,3	9770	392
Malattie ipertensive	825	34,9	1560	62,6
Cardiopatie ischemiche	2805	118,6	3031	121,6
Altre malattie cardiache	1653	69,9	2392	96,0
Malattie cerebrovascolari	1469	62,1	2388	95,8
MAL. SISTEMA RESPIRATORIO	1732	73,2	1735	69,6
Polmonite	463	19,6	593	23,8
Mal. croniche basse vie resp.	723	30,6	549	22,0
MAL. APPARATO DIGERENTE	870	36,8	946	38,0
Cirrosi, epatopatie croniche	404	17,1	226	9,1
MAL. APP. GENITOURINARIO	292	12,3	384	15,4
CAUSE ESTERNE	1092	46,2	722	29,0
Accidenti da trasporto	279	11,8	85	3,4
Autolesioni intenzionali	282	11,9	90	3,6
TUTTE LE CAUSE	22068	933,2	24619	987,7

I trend temporali rappresentati in Figura 1 includono anche i dati 2013, ancora provvisori e dunque leggermente sottostimati; si può comunque osservare una riduzione della mortalità per tumore del colon-retto in entrambi i sessi, e per tumore della mammella femminile. La mortalità per tumore del polmone, in forte riduzione negli uomini, è invece sostanzialmente stabile tra le donne.

Tra le malattie circolatorie, le più rappresentate sono le cardiopatie ischemiche (che includono l'infarto acuto del miocardio, altre cardiopatie ischemiche acute, e le cardiopatie ischemiche croniche). Un'altra importante classe di patologie circolatorie è costituita dalle malattie cerebrovascolari (ictus ed esiti di ictus), che rendono conto di una quota rilevante di decessi soprattutto tra le donne in età avanzata. Le malattie delle basse vie respiratorie (enfisema, bronchite cronica, asma), e le malattie del fegato (cirrosi ed altre epatopatie), pur presentando tassi di mortalità in riduzione nel tempo, costituiscono altre rilevanti cause di morte, soprattutto tra gli uomini. Si tratta di patologie (come anche il diabete e le demenze) spesso segnalate nella scheda di morte senza essere però selezionate come causa iniziale del decesso. Le demenze (senile o non specificata, inclusa nel capitolo ICD-10 dei disturbi psichici, e la demenza di Alzheimer, nel capitolo delle malattie del sistema nervoso) sono oramai una frequente causa di decesso soprattutto nel sesso femminile (dove rappresentano quasi l'8% della mortalità complessiva), in ragione dell'invecchiamento della popolazione: l'età mediana al decesso nel 2012 è stata infatti di 79 anni negli uomini e 86 anni nelle donne.

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.

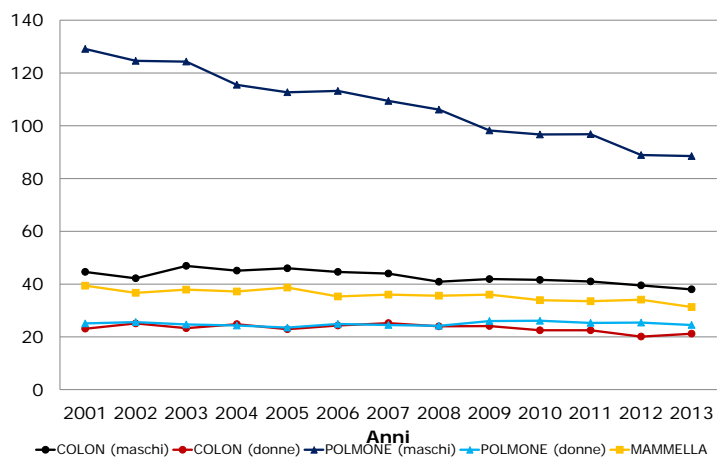


Figura 2: Mortalità per incidenti stradali e suicidi nel Veneto, 2001-2013: tasso standardizzato per sesso (per 100.000). Standardizzazione diretta, standard=Veneto al 1° gennaio 2007. Dati 2013 provvisori.

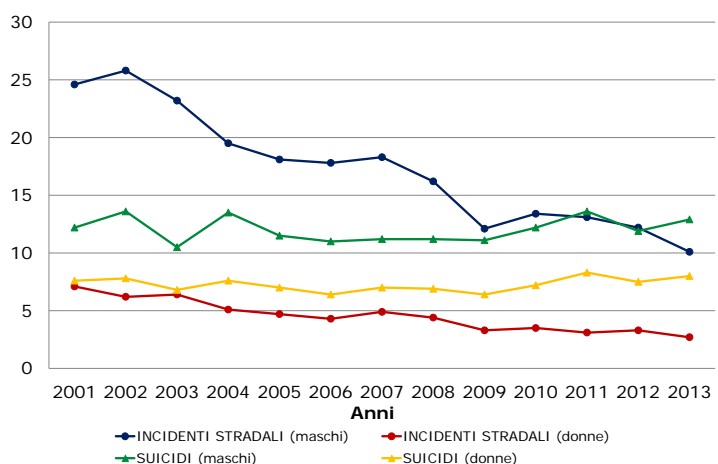
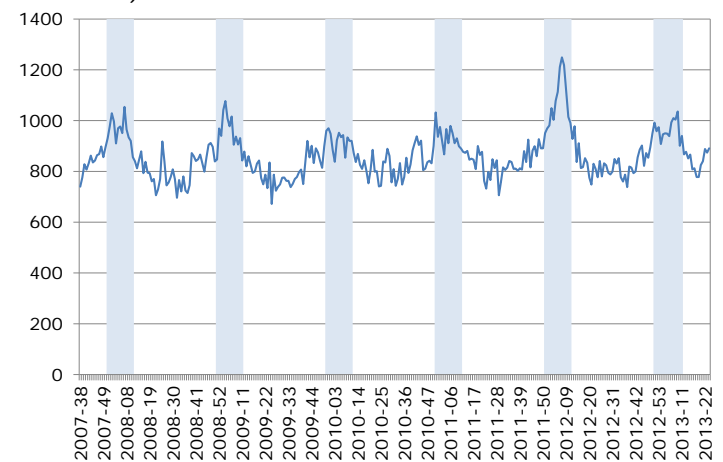


Figura 3: Numero settimanale di decessi osservati dall'autunno 2007 alla primavera 2013 tra i residenti nel Veneto. Le barre verticali sono disegnate in corrispondenza dell'inverno (settimana <12 o >50).



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