



## Bollettino informativo a cura del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

### FONTI INFORMATIVE PER L'EPIDEMIOLOGIA NEL VENETO

Questo numero del bollettino presenta dati su argomenti differenti ottenuti da diverse fonti informative: l'analisi generale della mortalità regionale aggiornata al 2008; dati di incidenza, mortalità ed ospedalizzazione per neoplasie ematologiche; dati sulla diffusione e l'attività dei Club degli Alcolisti in Trattamento. Il primo contributo rappresenta un esempio di come analisi descrittive sui dati di una singola fonte informativa possano già da sole fornire indicazioni preziose sullo stato complessivo di salute della popolazione regionale. Il secondo articolo, sempre a cura del SER, mette in evidenza come l'utilizzo integrato delle fonti informative correnti consente di approfondire la descrizione del quadro epidemiologico di una patologia. In quest'ambito, grazie anche allo sviluppo dei sistemi informativi e informatici, la ricerca applicata ai servizi sanitari è in forte evoluzione e ha contribuito a migliorare le conoscenze necessarie ad affrontare il complesso percorso della programmazione sanitaria. Tuttavia, c'è anche la consapevolezza che i dati di ospedalizzazione e di mortalità, seppure analizzati in modo integrato, consentono valutazioni epidemiologiche spesso parziali per alcune patologie; tra i vari motivi si possono annoverare l'incompletezza della cattura dei casi

#### In questo numero:

- 1** • Fonti informative per l'epidemiologia nel Veneto
- 1** • La mortalità nella popolazione del Veneto Anno 2008
- 3** • Neoplasie ematologiche nel Veneto
- 6** • La banca dati dei club degli alcolisti in trattamento in Veneto
- 8** • Notizie dal mondo dell'epidemiologia
- 8** • Nei prossimi numeri

negli archivi disponibili, differenze sostanziali tra i diversi sistemi di classificazione delle patologie, cambiamenti nel tempo dei profili assistenziali. Appare quindi sempre più evidente la necessità di promuovere il processo di integrazione di fonti informative differenti finalizzato a migliorare la descrizione dei profili di salute della popolazione: limitandosi ai flussi informativi del sistema sanitario regionale, e dando per acquisiti quelli più consolidati e utilizzati (dimissioni ospedaliere, mortalità), vanno esplorate le potenzialità informative dei flussi di più recente introduzione (esenzioni per patologie croniche, specialistica ambulatoriale, pronto soccorso, assistenza psichiatrica territoriale, certificati di assistenza al parto) od in via di costituzione-ridefinizione (farmaceutica territoriale, assistenza domiciliare, residenzialità socio-sanitaria). Non vanno inoltre sottovalutate le potenzialità informative di banche dati, come quella dell'Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento (alla quale si deve il contributo esterno di questo numero), che pur non essendo collocate all'interno di sistemi informativi sanitari strutturati, consentono di arricchire il quadro epidemiologico e sociale di rilevanti problemi di sanità pubblica. Il moltiplicarsi degli archivi disponibili introduce però nuove criticità in termini di allineamento delle banche dati, completezza ed accuratezza delle informazioni riportate, possibilità di record linkage nel rispetto della normativa riguardante la privacy. Lo sviluppo della tecnologia nella gestione e nell'analisi statistica dei dati da un lato e dall'altro l'avvio di analisi strutturate e sistematiche degli archivi sanitari, potrà dare un forte impulso alla produzione di dati di epidemiologia descrittiva e di accesso ai servizi a supporto alla programmazione sanitaria; inoltre, la circolazione delle informazioni ai vari livelli del sistema sanitario e verso la popolazione potrà generare un feedback adeguato per monitorare e migliorare la completezza e la qualità dei dati.

### LA MORTALITÀ NELLA POPOLAZIONE DEL VENETO. ANNO 2008.

*Coordinamento del SER*

Questo contributo fornisce un quadro generale della mortalità per causa nella popolazione residente in Veneto nell'anno 2008 e le tendenze rispetto agli anni precedenti. Per le principali cause di morte sono presentati inoltre parametri di confronto con altre aree italiane, utilizzando i dati di "Health for All", a cura di ISTAT, recentemente aggiornati con gli anni 2006 e 2007.

## La mortalità nel 2008

Tra i residenti nella Regione Veneto nel corso dell'anno 2008 si sono registrati 44.069 decessi, di cui 21.329 (48,4% del totale) in soggetti di sesso maschile e 22.740 (51,2%) in persone di sesso femminile. Sostanzialmente si è verificato meno di un decesso ogni 100 abitanti: il tasso grezzo di mortalità è infatti pari a 9,1 decessi per 1.000 abitanti (9,0 per 1.000 nei maschi e 9,2 per 1.000 nelle femmine).

La maggior parte dei decessi riguarda soggetti di età elevata: in 38.093 casi (86,4%) le persone decedute avevano un'età non inferiore a 65 anni e in 31.327 (71,1%) l'età era non inferiore a 75 anni. Nella Tabella 1 sono riportati il numero di decessi e il tasso di mortalità per sesso e classe di età tra i residenti in Veneto nel 2008. Si osserva un tasso di mortalità pari a circa 3 per mille nei maschi e 2 per mille nelle femmine nel primo anno di vita (dati tra i più bassi nel contesto nazionale). Nella fascia di età immediatamente successiva si registrano i tassi di mortalità più bassi, con un progressivo incremento all'aumentare dell'età. Per ciascuna fascia di età i tassi di mortalità nelle femmine sono nettamente inferiori rispetto ai corrispondenti tassi nei maschi. Il tasso grezzo nelle femmine è leggermente superiore a quello dei maschi per il fatto che la popolazione femminile è nettamente più spostata verso le fasce di età più elevate.

**Tabella 1 - Mortalità tra i residenti. Numero di decessi (N) e tassi di mortalità (per 100.000 residenti) per sesso e classe di età. Veneto. Anno 2008.**

Età	Maschi		Femmine	
	N	Tasso	N	Tasso
0	81	334,6	48	208,9
1-14	43	13,3	27	8,8
15-24	102	44,3	41	18,8
25-44	629	82,1	292	40,1
45-64	3.100	489,5	1.613	254,2
65-74	4.446	1.933,8	2.320	879,2
75 +	12.928	8.162,3	18.399	6.317,4
<b>Totale</b>	<b>21.329</b>	<b>900,9</b>	<b>22.740</b>	<b>922,2</b>

**Tabella 2 - Mortalità tra i residenti. Numero di decessi (N) e mortalità proporzionale per principali condizioni morbose. Veneto. Anno 2008.**

Causa di morte	Maschi		Femmine	
	N	%	N	%
<b>Tumori</b>	7.907	37,1	6.038	26,6
Tumore maligno di colon, retto e ano	782	3,7	709	3,1
Tumore maligno del fegato	578	2,7	281	1,2
Tumore maligno del pancreas	469	2,2	477	2,1
Tumore maligno del polmone	2.073	9,7	681	3,0
Tumore maligno della mammella	-	-	978	4,3
Tumore maligno della prostata	504	2,4	-	-
<b>Disturbi psichici</b>	487	2,3	1104	4,9
Demenza	412	1,9	1027	4,5
<b>Malattie del sistema nervoso</b>	631	3,0	957	4,2
Malattia di Alzheimer	215	1,0	484	2,1
<b>Malattie del sistema circolatorio</b>	7.120	33,4	9.446	41,5
Cardiopatia ischemica	3.035	14,2	3.395	14,9
Malattie cerebrovascolari	1.476	6,9	2.269	10,0
<b>Malattie dell'apparato respiratorio</b>	1.450	6,8	1.319	5,8
Malattie croniche delle basse vie resp	694	3,3	524	2,3
<b>Malattie dell'apparato digerente</b>	860	4,0	825	3,6
Cirrosi epatica e altre epatopatie	443	2,1	230	1,0
<b>Traumatismi e avvelenamenti</b>	1.121	5,3	695	3,1
Accidenti da trasporto	370	1,7	111	0,5
Suicidi	249	1,2	79	0,3
<b>Tutte le cause</b>	<b>21.329</b>		<b>22.740</b>	

Nella Tabella 2 sono riportati il numero di decessi e la mortalità proporzionale (rapporto tra numero di decessi per una causa e numero di decessi per tutte le cause) relativamente alle principali condizioni morbose.

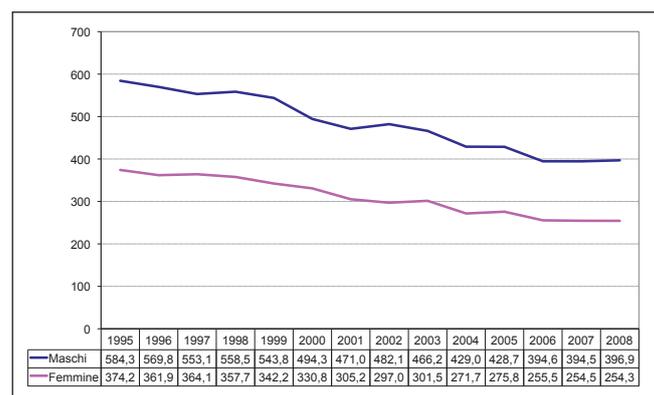
Le principali cause di morte sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori che insieme giustificano circa il 70% dei decessi. Nelle femmine sono nettamente prevalenti le malattie del sistema circolatorio, mentre nei maschi ormai da alcuni anni i decessi per tumore hanno superato quelli per malattie circolatorie.

### Principali cause di morte: andamento temporale e confronto con altre aree.

#### Malattie del sistema circolatorio

L'andamento nel tempo della mortalità per malattie del sistema circolatorio documenta i notevoli progressi della medicina negli ultimi decenni. La mortalità per questo gruppo di patologie infatti è in netta diminuzione sia nei maschi che nelle femmine (Figura 1), diminuzione determinata da miglioramenti in termini di prevenzione, diagnosi e cura delle condizioni morbose cardiovascolari.

**Figura 1 - Mortalità per malattie del sistema circolatorio: tasso standardizzato diretto per sesso (per 100.000). Veneto, anni 1995-2008. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2002.**



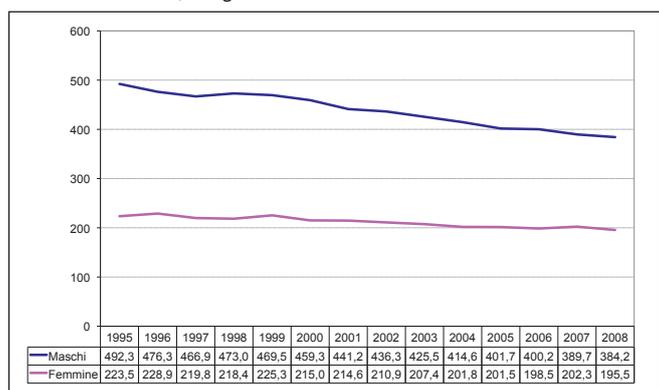
Le forme principali di malattie del sistema circolatorio sono le malattie ischemiche del cuore e i disturbi cerebrovascolari. La mortalità per cardiopatie ischemiche risulta in calo in entrambi i sessi fino al 2004, mentre successivamente mostra valori relativamente costanti. Invece, la mortalità per disturbi cerebrovascolari si conferma in diminuzione anche negli ultimi anni.

Rispetto ad altre regioni del territorio nazionale la mortalità per malattie del sistema circolatorio nella popolazione del Veneto è tra le più basse: più nel dettaglio, per quanto riguarda le malattie ischemiche del cuore nei maschi del Veneto si registra un valore lievemente più alto rispetto alla media nazionale (però con un calo più rapido negli ultimi anni rispetto ad altre aree), mentre nelle femmine l'ultimo dato disponibile (anno 2007) e l'andamento più recente è sovrapponibile alla media italiana; per i disturbi cerebrovascolari i dati calcolati per la popolazione del Veneto sono, in entrambi i generi, marcatamente inferiori rispetto al dato medio nazionale.

#### Tumori

Nella popolazione residente in Veneto, la mortalità per tumore negli ultimi anni è in calo in entrambi i sessi, in maggior misura nel sesso maschile (Figura 2).

**Figura 2 - Mortalità per tumori: tasso standardizzato diretto per sesso (per 100.000). Veneto, anni 1995-2008. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2002.**



Rispetto al contesto nazionale la mortalità per tumore nella popolazione del Veneto è leggermente superiore in entrambi i sessi, tuttavia va rilevato che la differenza con la media nazionale si sta progressivamente assottigliando.

Il tumore maligno del polmone è la principale causa neoplastica di morte nei maschi e la terza nelle femmine. Negli ultimi anni la mortalità per questo tumore è in graduale e costante diminuzione nei maschi mentre è sostanzialmente stazionaria nelle femmine. Nel confronto con i dati nazionali, per entrambi i sessi la mortalità nel Veneto è più elevata rispetto alla media italiana, peraltro con un andamento temporale più favorevole (un calo più accentuato nei maschi del Veneto rispetto all'Italia; nelle femmine a livello nazionale la mortalità per tumore del polmone è in lieve aumento mentre è stazionaria nel Veneto).

Il tumore maligno del colon-retto è la seconda causa di morte per neoplasia sia nei maschi che nelle femmine. La mortalità per questa causa mostra un andamento sostanzialmente stazionario in entrambi i sessi. Rispetto alla popolazione italiana, nei maschi del Veneto si registrano tassi di mortalità per tumore del colon più elevati, mentre per le femmine il confronto fra popolazione veneta e italiana mostra dati sovrapponibili.

Il tumore maligno della mammella è, tra le neoplasie, la principale causa di morte nelle femmine. La mortalità per questo tumore è in progressivo calo sia nel Veneto che nel contesto nazionale. Rispetto alla media nazionale, nella popolazione femminile del Veneto non si registrano differenze sostanziali.

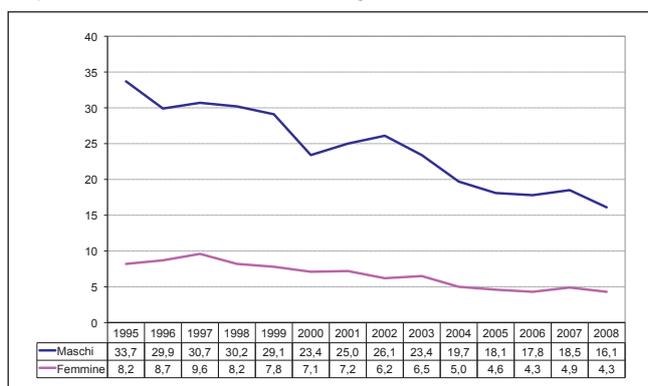
#### Incidenti stradali

Gli incidenti stradali hanno un rilievo estremamente importante in quanto molto spesso avvengono in popolazione di giovane età; per tale motivo costituiscono la prima causa di anni di vita potenziale perduti nei maschi e la seconda nelle femmine. L'andamento di lungo periodo della mortalità per incidente stradale mostra la tendenza a un progressivo calo, anche se in maniera relativamente discontinua (Figura 3). Concentrandosi negli ultimi anni, si può osservare nel periodo 2000-2002 un andamento in crescita, un calo fino al 2005 (effetto delle disposizioni legislative), una successiva stabilizzazione del fenomeno fino al 2007 e un dato del 2008 inferiore rispetto agli anni precedenti.

Il confronto con i dati nazionali nella mortalità per

incidenti stradali evidenzia ulteriormente la rilevanza come problematica di sanità pubblica di questi eventi: infatti nella popolazione del Veneto si registrano tassi decisamente più elevati rispetto alla media nazionale in entrambi i generi.

**Figura 3 - Mortalità per incidenti stradali: tasso standardizzato diretto per sesso (per 100.000). Veneto, anni 1995-2008. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2002.**



#### Conclusioni

I dati di mortalità per causa nel 2008 confermano alcune tendenze già in atto negli anni precedenti (progressivo incremento della mortalità proporzionale per tumori a scapito principalmente delle malattie del sistema circolatorio, tendenza alla stazionarietà o alla diminuzione dei tassi standardizzati di mortalità per le principali cause di morte). L'elemento più confortante, pur in un contesto di criticità, è rappresentato dalla mortalità per incidenti stradali, che, dopo un periodo di stazionarietà, mostra nel 2008 valori inferiori rispetto agli anni precedenti.

## NEOPLASIE EMATOLOGICHE NEL VENETO

Dati di incidenza, mortalità, ospedalizzazione e criticità nel tracciare un profilo epidemiologico

Coordinamento del SER

L'epidemiologia descrittiva delle neoplasie ematologiche (dati di incidenza, sopravvivenza, mortalità, prevalenza, ricorso ai servizi sanitari a livello di popolazione) si basa correntemente su sistemi generali di classificazione delle malattie (ICD9, ICD10, ICD-O), che sono solo parzialmente sovrapponibili alle classificazioni adottate in ambito clinico. Inoltre, le fonti informative disponibili utilizzano differenti sistemi di classificazione. Infatti i dati dell'archivio regionale delle cause di morte sono stati codificati in ICD9 fino al 2007, e in ICD10 successivamente. Le diagnosi di ospedalizzazione (archivio delle schede di dimissione ospedaliera- SDO) si basano sul sistema ICD9-CM (ICD9 cui è aggiunta la quinta cifra per un maggiore dettaglio), con differenti versioni nel corso del tempo (versione 1997 fino al 2005, versione 2002 per il 2006-2008, versione 2007 dal 2009). Il Registro Tumori raccoglie i dati SDO, di mortalità e delle anatomie patologiche; la registrazione dei tumori segue la classificazione ICD-O. Una criticità rilevante è costituita dal fatto che spesso la diagnosi clinica si basa su emocromo e aspirato midollare senza istopatologia, e su valutazione e trattamento ambulatoriali senza ricorso al ricovero, con possibile perdita di casi. Vi sono ulteriori difficoltà nella definizione delle seconde neoplasie ematologiche (se siano evoluzione o meno di una patologia preesistente); molte sono poi le patologie croniche

ad esordio insidioso, con i conseguenti problemi nel risalire ad una data di incidenza attendibile. Se si considerano poi i diversi sistemi di classificazione delle neoplasie ematologiche adottati nel tempo in ambito clinico, tra gli altri sono da menzionare Working Formulation, Kiel, FAB, REAL, WHO nelle successive versioni. Con queste premesse, è difficile tracciare un quadro epidemiologico completo di queste neoplasie; nell'articolo sono brevemente riassunte le specificità dei diversi sistemi di classificazione, e sono presentati i dati ad oggi disponibili a livello regionale.

#### Sistemi di classificazione dei dati epidemiologici

La classificazione ICD9 (dati di mortalità fino al 2007) include i linfomi con i codici 200-202 (200 Linfosarcoma e reticolosarcoma, 201 malattia di Hodgkin, 202 altri linfomi); mieloma multiplo e tumori immunoproliferativi con il codice 203; le leucemie con i codici 204-208 (204 linfoide, 205 mieloide, 206 monocitica, 207 altre leucemie specificate, 208 leucemie non specificate); le leucemie sono classificate come acute, subacute e croniche, con possibili conseguenti distorsioni nella codifica e difficoltà di classificazione). Tra i tumori a comportamento incerto è specificata la policitemia vera (238.4), mentre varie altre entità nosologiche sono codificate assieme (238.7: trombocitemia essenziale, mielodisplasie, etc). La classificazione ICD9-CM (dati SDO) consente un maggior dettaglio, ma solo nella versione più recente (adottata dal 2009) sono differenziati i codici 238.7x per trombocitemia essenziale, mielofibrosi con metaplasia mieloide, sindromi mielodisplastiche a basso ed alto grado.

La classificazione ICD10 (mortalità in Veneto dal 2007, ma adottata anche in numerosi report dei Registri Tumori Italiani) include i linfomi con i codici C81-C85 (C81 morbo di Hodgkin, C82 linfoma non Hodgkin follicolare, C83 linfomi non Hodgkin diffuso, C84 linfoma a cellule T periferiche e cutanee, C85 altri linfomi non Hodgkin); le malattie maligne immunoproliferative con il codice C88; il mieloma multiplo e tumori maligni plasmacellulari con il codice C90; le leucemie con i codici C91-C95 (C91 linfoide, C92 mieloide, C93 monocitica, C94 altre leucemie specificate, C95 leucemie non specificate). Tra i tumori di comportamento incerto o sconosciuto sono dettagliate la policitemia vera (D45), specifiche sindromi mielodisplastiche (D46.x), specifici tumori a comportamento incerto (D47.x).

La classificazione internazionale dei tumori (ICD-O, 3° edizione) include i linfomi con i codici 959-972 (959 NAS, 965-966 Linfoma di Hodgkin, 967-969 linfomi a cellule B mature, 970-971 linfomi a cellule T e NK mature, 972 linfoma linfoblastico); mieloma multiplo e tumori plasmacellulari col codice 973; le leucemie con i codici 980-994 (980 NAS, 982-983 leucemie linfoidi, 984-993 leucemie mieloidi, 994 altre leucemie); i disordini mieloproliferativi cronici con i codici 995-996, le sindromi mielodisplastiche con il codice 998. Inoltre, è resa esplicita la corrispondenza di leucemie linfatiche/linfomi all'interno di specifiche malattie linfoproliferative, e sono inseriti nella classificazione dati immunofenotipici e citogenetici.

Proprio per fornire dati epidemiologici secondo una classificazione più allineata con la realtà clinica, i registri Tumori hanno costituito il gruppo di lavoro HAEMACARE con il proposito di raggruppare le neoplasie ematologiche in base all'ICDO-3, allineandolo con la classificazione

WHO delle neoplasie ematologiche e linfoidi. Le principali categorie sono: Linfoma di Hodgkin, Linfoma non Hodgkin (a piccole cellule B / LLC, follicolare, diffuso, linfoblastico), Linfoma NAS (escluso Hodgkin NAS), Neoplasie plasmacellulari, Leucemie mieloidi acute, Sindromi mieloproliferative croniche (inclusa leucemia mieloide cronica), Sindromi mielodisplastiche. I dati del gruppo di lavoro evidenziano però come vi siano differenze di incidenza tra aree geografiche in parte attribuibili alla disomogeneità nell'adozione delle classificazioni più aggiornate.

#### Incidenza, mortalità e ricoveri nel Veneto

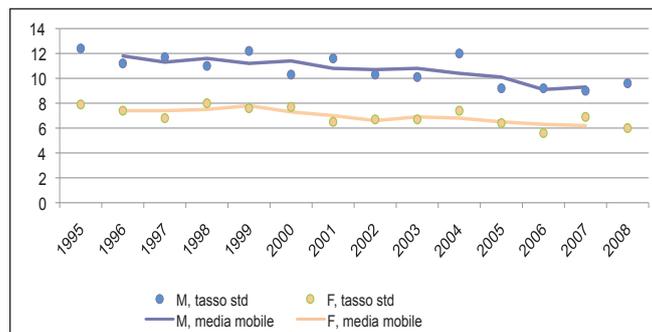
I dati disponibili dai registri Tumori Italiani mostrano come l'incidenza delle più frequenti neoplasie ematologiche sia sostanzialmente stabile nel periodo più recente (1998-2005), dopo gli aumenti di incidenza registrati fino agli anni '90. La Tabella 1 mostra i dati di incidenza forniti dal Registro Tumori del Veneto, che copre circa la metà della popolazione regionale.

**Tabella 1** - Tasso grezzo di incidenza (per 100.000) delle neoplasie ematologiche nel Veneto, anni 2000-2004. Fonte: Registro Tumori del Veneto.

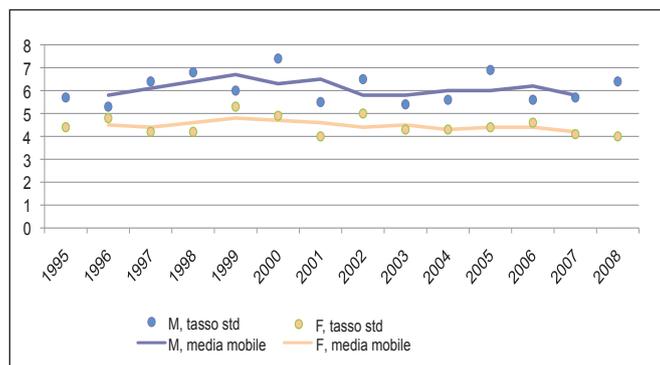
	ICD 10	Maschi	Femmine
Linfoma di Hodgkin	C81	3,8	2,9
Linfoma non Hodgkin	C82-85, C96	23,3	20,5
Mieloma	C88-90	9,3	8,9
Leucemie	C91-95	16,1	12,5
Leucemia linfatica	C91	8,1	5,2
Leucemia mieloide	C92	6,4	5,8
Leucemia monocitica	C93	0,2	0,3
Altre leucemie	C94	0,5	0,3
Leucemie NAS	C95	0,9	1,0
Mal. mieloproliferative	D45, D47	4,5	4,1
Sindr. mielodisplastiche	D46	3,0	1,9

I dati di mortalità, codificati dal SER, sono aggiornati al 2008, e sono ora elaborabili serie storiche che raccordano i due sistemi di classificazione utilizzati nel tempo (ICD9 e ICD10). Le Figure 1-3 mostrano una riduzione della mortalità per linfomi ed in parte per le leucemie, ed un quadro sostanzialmente stabile per il mieloma multiplo.

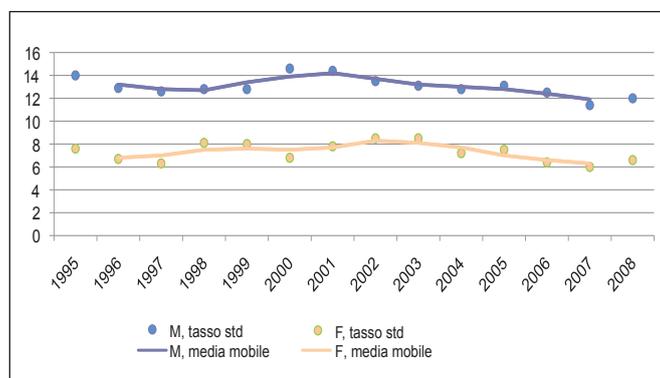
**Figura 1** - Mortalità per linfoma non Hodgkin (ICD9 200, 202; ICD10 C82-C85): tasso standardizzato (per 100.000; standard = popolazione regionale 2002), valori annuali e media mobile triennale. Veneto 1995-2008.



**Figura 2 - Mortalità per mieloma multiplo (ICD9 203; ICD10 C90): tasso standardizzato (per 100.000; standard = popolazione regionale 2002), valori annuali e media mobile triennale. Veneto 1995-2008.**

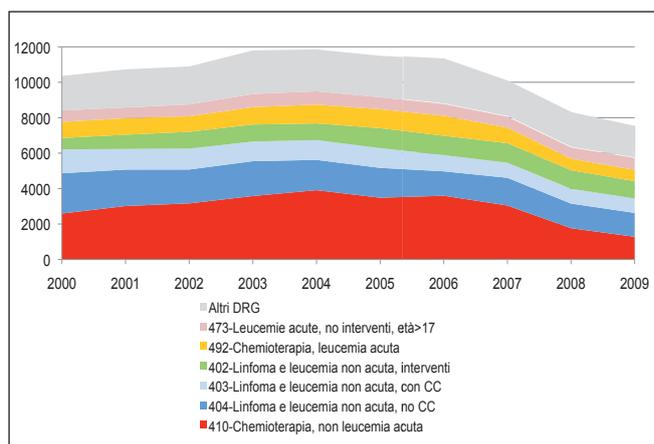


**Figura 3 - Mortalità per leucemie (ICD9 204-208; ICD10 C91-C95): tasso standardizzato (per 100.000; standard = popolazione regionale 2002), valori annuali e media mobile triennale. Veneto 1995-2008.**

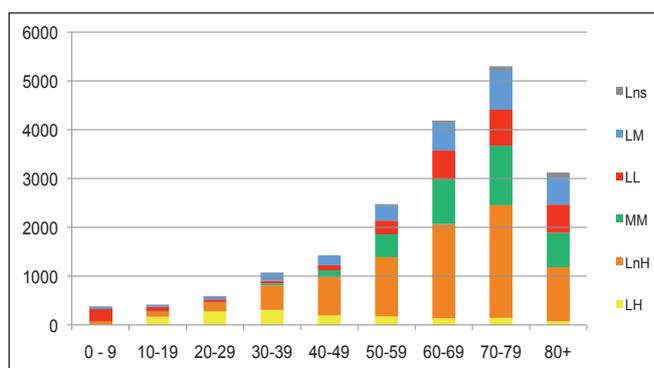


E' stato poi analizzato l'archivio SDO del periodo 2000-2009, limitatamente ai residenti in Veneto. Sono stati selezionati i codici ICD9-CM 200-208 (tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico), V10.6-V10.7 (anamnesi personale di leucemia, di altri tumori linfatici ed emopoietici) in diagnosi principale; tali codici sono stati considerati anche in diagnosi secondaria solo se era presente una delle seguenti diagnosi principali: 038.x (sepsi), 480-486 (polmonite), 780.6 (febbre), 196-199 (neoplasie metastatiche e disseminate), 996.85 (complicazioni di trapianto di midollo osseo), V42.81 (midollo sostituito da trapianto), v58.0 (sessione di radioterapia), v58.1 (chemioterapia), v58.2 (trasfusione di sangue senza indicazione della diagnosi), V67.1 (controllo dopo chemioterapia), V67.2 (controllo dopo radioterapia). La Figura 4 mostra che i ricoveri per neoplasie ematologiche sono aumentati fino al 2004 per poi stabilizzarsi; la riduzione registrata dopo il 2006 è da attribuire al crollo dei ricoveri per chemioterapia seguito all'introduzione del day-service (il DRG 410 è passato da 3600 ricoveri nel 2006 a meno di 1300 nel 2009). Considerando a partire dalla selezione delle SDO di cui sopra il primo ricovero di ogni soggetto nel periodo 2003-2006 (così da eliminare alcuni casi prevalenti e non risentire della diminuzione dell'ospedalizzazione negli anni più recenti), si può valutare la distribuzione per età dei primi ricoveri attribuibili a grossolane categorie diagnostiche (Figura 5). E' da ricordare come, secondo indagini di validazione condotte in altre Regioni negli anni passati, le SDO risultino la fonte più sensibile, ma meno specifica, per rintracciare i casi di malattie linfoproliferative.

**Figura 4 - Ricoveri per neoplasie ematologiche: andamento dei principali DRG nel periodo 2000-2009.**



**Figura 5 - Primi ricoveri per età, dati SDO residenti nel Veneto, 2003-2006: LH=Linfoma di Hodgkin, LnH= Linfoma non Hodgkin, MM=mieloma multiplo, LL=leucemie linfatiche, LM=leucemie mieloidi, Lns=leucemie non specificate.**



Per chi volesse approfondire gli argomenti riportati nell'articolo, dati di incidenza e sopravvivenza sono consultabili sul sito web dell'Associazione Italiana Registri Tumori (<http://www.registri-tumori.it/cms/>) e del Registro Tumori del Veneto (<http://www.registrotumoriveneto.it/>), mentre i dati del registro regionale delle cause di morte sono consultabili sul sito del SER (<http://www.ser-veneto.it/>).

**Prospettive**

I dati disponibili nel Veneto confermano un disallineamento tra le diverse fonti informative e le numerose criticità che si presentano nel tracciare un profilo epidemiologico delle neoplasie ematologiche. Tali difficoltà sono destinate ad aumentare nel tempo, con la costante diminuzione dei ricoveri ed il trasferimento di procedure diagnostiche e terapeutiche sempre più complesse all'assistenza ambulatoriale (peraltro nel flusso informativo dell'assistenza ambulatoriale non è registrata la diagnosi). Appare quindi sempre più auspicabile l'integrazione dei flussi informativi correnti con i dati raccolti nei centri specialistici, che catturano anche la quota di pazienti senza accertamenti istopatologici né necessità di ricovero, e consentono di allinearsi ad una classificazione delle patologie di maggiore rilevanza prognostica e terapeutica.

# LA BANCA DATI DEI CLUB DEGLI ALCOLISTI IN TRATTAMENTO IN VENETO

Associazione Regionale Club degli Alcolisti in  
Trattamento Veneto

NATALINO FILIPPINI<sup>1</sup>, Coordinamento del SER.  
<sup>1</sup>SERAT, Azienda ULSS 8.

Secondo l'ISTAT (*L'uso e l'abuso di alcol in Italia, Anno 2008*), le persone di età superiore a 10 anni con un elevato consumo giornaliero di bevande alcoliche (consumo non moderato e binge drinking) nel 2008 sono il 16% in Italia, mentre nel Veneto sono il 20%.

Secondo il sistema di sorveglianza PASSI (*PASSI. Rapporto Regionale 2009*), considerando il consumo giornaliero non moderato, il binge drinking e il consumo prevalente fuori pasto, i consumatori di alcol nella fascia d'età 18-69 anni nel 2009 sono il 18% in Italia e il 24% in Veneto.

Come si vede, entrambi i sistemi di sorveglianza sono concordi nell'indicare nella fascia 15-20% i bevitori a rischio nelle regioni italiane, con un 5% in più nel Veneto rispetto alla media nazionale.

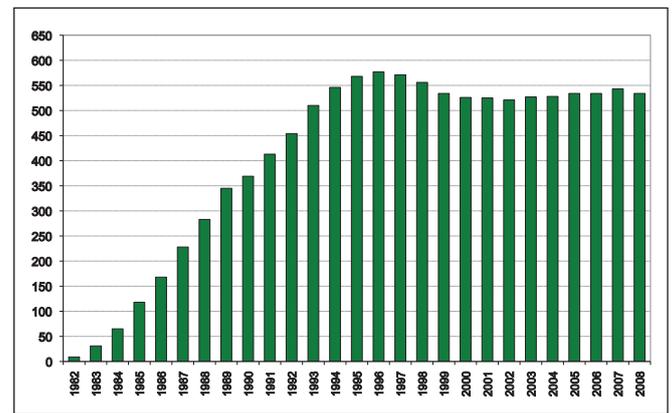
L'assunzione di bevande alcoliche in Italia, e in Veneto in modo particolare, rimane un'area comportamentale di confine tra un uso piacevole promosso dalla cultura enogastronomica e un abuso che provoca gravi problemi di salute e ha ripercussioni in vari ambiti di vita.

Negli ultimi trent'anni il sistema socio-sanitario veneto ha cercato di dare una risposta diffusa, concreta, efficace alle persone e alle famiglie che cercano aiuto in tale ambito proponendo un modello organizzativo basato sulla "rete alcolologica" costituita a un primo livello dai medici di medicina generale, quindi dai servizi specialistici (SerT e Alcologie) e infine dal privato sociale attraverso il moltiplicarsi dei Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT) e dei gruppi degli Alcolisti Anonimi. In tale contesto hanno un peso importante tutti gli operatori che lavorano nel privato sociale, nel pubblico e nel volontariato seguendo l'approccio ecologico-sociale (metodo di prevenzione e trattamento dei problemi alcol-correlati introdotto in Italia dallo psichiatra croato Vladimin Hudolin negli anni settanta) e in particolare i Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT). I CAT sono delle comunità multifamiliari, delle associazioni private, che si basano sulla pratica dell'auto-/mutuo aiuto e sulla solidarietà tra le famiglie che hanno problemi alcol-correlati e complessi. I CAT fanno capo ad associazioni zonali (ACAT) le quali a loro volta si riferiscono ad associazioni provinciali (APCAT) o regionali (ARCAT), confluenti a loro volta in un'associazione nazionale (AICAT). La banca dati dei CAT nasce con l'idea di "censire" questo sistema, ma anche con l'obiettivo di conoscerlo meglio per provocare i cambiamenti necessari alla sua crescita qualitativa.

I primi dati raccolti nel Veneto risalgono al 1998; nel tempo poi la banca dati è migliorata, si è innestata su quella nazionale e dal 2005 ha assunto l'organizzazione attuale.

I Club nel Veneto hanno avuto una notevole dinamica di diffusione: sono cresciuti da 9 nel 1982 fino a 577 nel 1996 in modo impetuoso, e nel 2008 si attestano a più di 530 gruppi che si incontrano una volta la settimana.

Figura 1 - Numero dei Club ARCAT nel Veneto dalla nascita (1982) al 2008.



Molti operatori, abituati alla crescita costante dei Club, hanno pensato che essa potesse procedere quasi all'infinito; naturalmente è umano pensare che qualsiasi movimento innovativo abbia una sua fase di espansione e una di stabilizzazione. Secondo il sociologo francese G. Tarde (1903) la diffusione delle idee avviene secondo una curva ad S con tre fasi: l'innovazione, la crescita e il periodo della maturità.

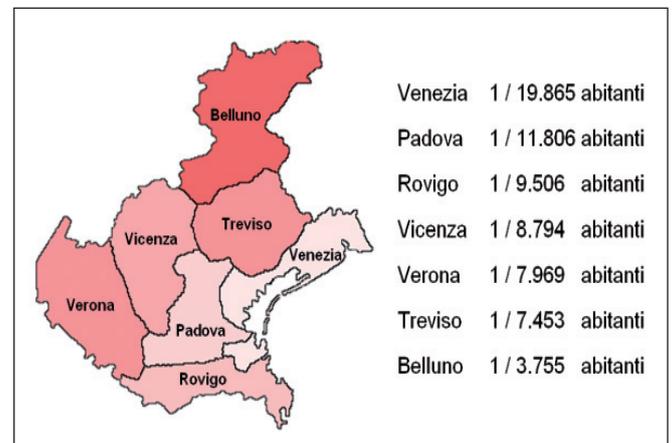
È probabile che i Club abbiano raggiunto la loro diffusione ottimale e quindi non sia più utile guardare a loro con l'obiettivo di farli crescere, ma piuttosto con l'obiettivo di migliorare la qualità e i collegamenti con gli altri nodi della rete.

Riassumiamo gli indici principali della banca dati ARCAT del Veneto a fine 2008:

- numero di Club: 534 (pari al 26% dei 2.050 Club presenti in Italia);
- numero di Club per abitanti: 1 per 9.149 abitanti (1 per 29.290 in Italia);
- famiglie che hanno frequentato i Club: 4.678 nel corso dell'anno;
- persone che hanno frequentato i Club: 8.187 nel corso dell'anno.

Nel Veneto la situazione non è omogenea in tutte le province: si va da un Club ogni 20.000 abitanti a Venezia ad un Club ogni 4.000 abitanti a Belluno.

Figura 2 - Rapporto Club/popolazione nelle province del Veneto.



L'universo coperto dalla banca dati nel 2008 è stato molto ampio: si è arrivati all'81% dei Club e degli operatori che facilitano il lavoro dei Club (definiti secondo l'approccio ecologico "servitori-insegnanti") e al 70% dei componenti

delle famiglie che partecipano ai Club. Di seguito, diamo alcune delle osservazioni più interessanti emerse in questi due ambiti.

### Gli operatori dei Club (servitori-insegnanti)

I servitori-insegnanti si dichiarano nella grande maggioranza soddisfatti della propria attività. In particolare, l'80-90% sono partecipi nelle attività di aggiornamento e formazione e almeno uno su tre si rende disponibile nei corsi di formazione denominati Scuole Territoriali. Esiste un buon mix tra persone con esperienza e persone che si affacciano per la prima volta in questo settore.

Tuttavia, si evidenziano le seguenti criticità:

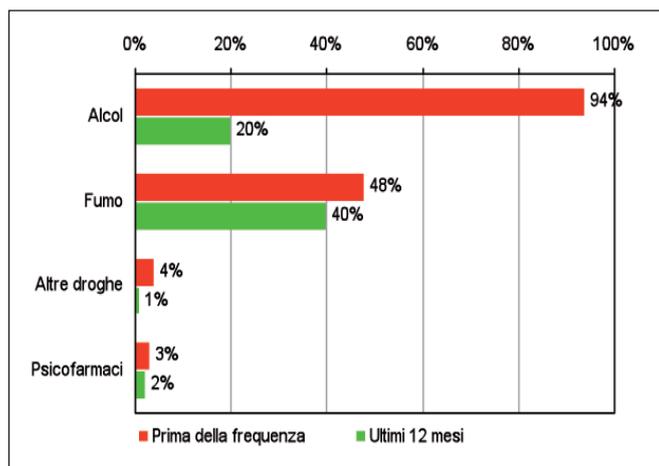
- 20-30 Club non hanno un servitore-insegnante;
  - il costante invecchiamento dei servitori-insegnanti, che hanno un'età media di 50 anni e nel 20% dei casi prestano servizio da più di 15 anni;
  - infine, quasi la metà dei servitori-insegnanti sono familiari o alcolisti che dopo un periodo di frequenza di Club si formano e diventano operatori; da una parte ciò è indice di una forte capacità del sistema nell'attivare nuovi ruoli, ma dall'altra è anche indicatore di chiusura del sistema.
- Non va poi trascurato che i servitori-insegnanti sono persone che "costano" poco: il 50% fa servizio gratuitamente, il 40% con un semplice rimborso spese e solamente il 10% opera in orario di lavoro o con compenso.

### Le famiglie dei Club

Le famiglie che partecipano ai Club formano un ampio movimento, molto diffuso nel territorio (pochi chilometri per trovare un Club), di persone e di famiglie che migliorano la propria salute e quella della comunità.

Frequentare le comunità multifamigliari dei Club ha un effetto positivo non solo sull'uso di alcol, ma anche di tabacco, psicofarmaci e droghe illegali per la persona maggiormente coinvolta e tutta la sua famiglia.

**Figura 3** - Assunzione di alcol e altre sostanze negli alcolisti prima della frequenza del Club e negli ultimi 12 mesi.



L'82% di coloro che frequentano i Club valuta positivamente il proprio cambiamento e l'effetto si estende su tutti gli aspetti umani, relazionali, fisici, esistenziali. Si tratta di un insieme di persone che partecipa attivamente a processi di formazione permanente: il 54% alla formazione di base per le famiglie nuove, il 20% alla formazione continua delle famiglie dei Club e il 54% agli incontri locali fra i Club.

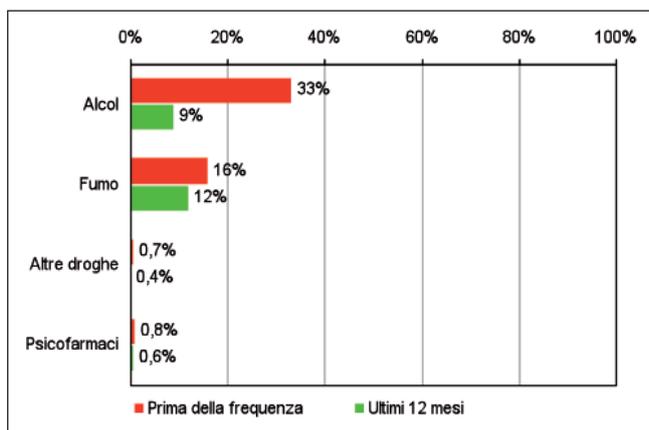
Gli aspetti critici naturalmente non mancano e proviamo ad elencarli:

- i canali d'entrata nei Club rimangono prevalentemente

ospedalieri o specialistici;

- il 20% non ha alcun tipo di preparazione prima di entrare nei Club;
- le fasce giovanili, nelle quali è diffuso il consumo di alcol, sono poco rappresentate: l'età media è di 54 anni e continua a crescere;
- il 29% di coloro che si iscrivono per problemi legati al proprio bere frequentano il Club da soli;
- il 30% non frequenta alcun momento di formazione o di incontro;
- la presenza di cittadini stranieri è molto scarsa.

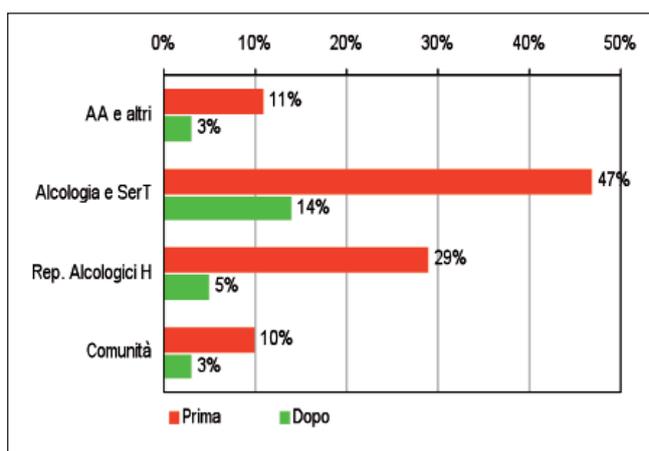
**Figura 4** - Assunzione di alcol e altre sostanze nei familiari prima della frequenza del Club e negli ultimi 12 mesi.



### Prospettive

La rete alcolologica territoriale è un ampio sistema che produce salute. Non sono solo 5.000 famiglie riunite in 534 Club, ma anche associazioni, cooperative sociali e servizi pubblici. Nella Figura 6 si mostra come il bisogno di ricorrere alle diverse strutture di sostegno della rete alcolologica si riduce dopo l'inizio della frequenza dei Club.

**Figura 5** - Ricorso alle strutture della rete alcolologica prima e dopo l'inizio della frequenza dei Club.



Come si vede, il ricorso ai reparti alcolologici in ospedale passa dal 29% a 5% e i contatti con i SerT o le Alcologie dal 47% al 14%.

Concludendo, ogni anno nella rete veneta dei Club vengono formate circa 200 persone attraverso i corsi di sensibilizzazione e le iniziative culturali, sociali, ricreative, formative e informative si rinnovano. È un capitale sociale, ma non è un capitale che produce un tasso d'interesse fisso. È un capitale che se promosso e sostenuto cresce e migliora, ma se lasciato a sé è destinato a faticare. Il servizio pubblico quindi deve scegliere se lasciare che

questo mondo viva di risorse proprie e quindi accontentarsi, accettare che i risultati nel tempo diminuiscono, oppure se vuole sostenere e dare il proprio contributo per migliorare tale rete.

Nel secondo caso questo sistema ha bisogno di risorse nel coordinamento, nella formazione e nella ricerca perché con le sole risorse proprie (volontariato e auto-finanziamento) questi settori non possono mantenere i livelli attuali o, a maggior ragione, crescere.

Referente: [natalino.filippin@ulssasolo.ven.it](mailto:natalino.filippin@ulssasolo.ven.it)

## NOTIZIE DAL MONDO DELL'EPIDEMIOLOGIA

### Documento OMS su attività fisica

L'OMS ha pubblicato il documento "Global recommendations on physical activity for health", che indica i livelli di attività fisica raccomandati per la salute nelle fasce di età 5-17 anni, 18-64 anni e oltre 65 anni. Le raccomandazioni sono orientate alla prevenzione primaria delle malattie cardiorespiratorie, metaboliche, muscolo-scheletriche, tumorali e dei disturbi depressivi, si rivolgono principalmente ai decisori politici e si propongono come uno strumento di orientamento per le politiche nazionali di sanità pubblica. L'inattività fisica è considerata il quarto principale fattore di rischio per la mortalità globale. I livelli di inattività fisica sono in aumento in molti Paesi, con implicazioni importanti per la prevalenza delle malattie croniche e la salute generale della popolazione mondiale.

Il documento è disponibile nella sezione dedicata del sito web dell'OMS <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>

### Notiziario trimestrale del Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

**Proprietario ed Editore:** ULSS 8

**Direttore Responsabile:** Mariano Montagnin.

**Direttore Editoriale:** Paolo Spolaore.

**Coordinatori di Redazione:** Stefano Brocco, Ugo Fedeli, Maria Marchesan.

**Coordinatore Comitato Scientifico:** Achille Cesare Pessina.

**Comitato Scientifico:** Francesco Avossa, Vincenzo Baldo, Gianstefano Blengio, Stefano Brocco, Sandro Cinquetti, Gianpiero Dalla Zuanna, Roberto De Marco, Ugo Fedeli, Lorenzo Gubian, Luciano Marchiori, Adriano Marcolongo, Tiziana Menegon, Giampietro Pellizzer, Achille Cesare Pessina, Giovanni Pizzolo, Giampietro Rupolo, Mario Saugo, Paolo Spolaore, Gaetano Thiene.

**Stampa:** L'Artegrafica - Casale sul Sile (TV)

**Sede della Redazione:** Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale - SER - Azienda ULSS 8 c/o Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto - Via dei Carpani 16/Z - 31033 Castelfranco Veneto (TV)

Autorizzazione Tribunale di Treviso n. 39 del 08/08/2006

Iscrizione ROC collegata n. 10626 del 14/02/2002

### Il Progetto Arzignano Salute

Si è tenuto lo scorso 24 settembre presso Villa Cordellina a Montecchio Maggiore il convegno conclusivo del "Progetto Arzignano Salute", progetto finanziato dalla Fondazione Città di Arzignano e che ha visto la collaborazione del SER, dell'ULSS 5, della Provincia di Vicenza, dell'ARPAV, del Comune di Arzignano. A partire dai dati disponibili, si è costruito un profilo di salute e di ricorso ai servizi sanitari dell'ULSS 5 nel suo complesso. Principalmente per l'analisi della mortalità, sono state condotte valutazioni a livello comunale e sub-comunale.

Si è evidenziato un eccesso di mortalità complessiva nei residenti nell'ULSS 5, limitato al sesso maschile. Tale eccesso è giustificato principalmente da patologie circolatorie, respiratorie, e dalle demenze. La mortalità per tumori risulta invece inferiore al riferimento regionale. L'eccesso di mortalità non interessa peraltro la parte centrale del territorio dell'ULSS (Arzignano e Comuni limitrofi); ad Arzignano la mortalità complessiva e per i principali gruppi di cause di morte risulta in linea od inferiore alla media regionale.

Il profilo di ospedalizzazione della popolazione dell'ULSS 5 riflette i grandi trend regionali di riduzione del ricorso al ricovero per acuti, e di spostamento di alcune prestazioni al regime ambulatoriale/day service. In questo contesto, appare in crescita la quota di mobilità passiva. Come per l'ospedalizzazione, anche i dati derivanti dall'analisi della farmaceutica territoriale e delle esenzioni risentono sia dell'incidenza/prevalenza delle patologie sul territorio, sia di variazioni dei profili assistenziali.

I risultati del progetto forniscono vari elementi che possono supportare le politiche di sanità pubblica a livello aziendale. Proseguire il monitoraggio di questi indicatori appare di particolare rilievo per le seguenti ragioni: l'attuale fase di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale e la conseguente esigenza di valutarne l'impatto; il contesto ambientale e la prospettiva di un allineamento dei sistemi di monitoraggio ambientale e sanitario in funzione del monitoraggio continuo dello stato di salute della popolazione.

## NEI PROSSIMI NUMERI

Nei prossimi numeri parleremo di:

- Ospedalizzazione generale nel Veneto, aggiornamento al 2009
- Contributi di altri centri della rete epidemiologica regionale.

Per ulteriori informazioni  
sull'attività del S.E.R.  
[www.ser-veneto.it](http://www.ser-veneto.it)  
[ser@ulssasolo.ven.it](mailto:ser@ulssasolo.ven.it)