



Registro dei Tumori del Veneto - Registro regionale di mortalità - Registro regionale dialisi e trapianto
 Registro Nord Est Italia delle malformazioni congenite - Registro regionale dei casi di mesotelioma asbesto correlati
 Registro Regionale per la Patologia Cardio-Cerebro-Vascolare

EPI Epidemiologia Programmazione Informazione

N. 5
 gennaio 2015

Il bollettino del Sistema Epidemiologico Regionale e dei Registri di Patologia



Comitato Scientifico: Mario Saugo, Ugo Fedeli, Francesco Avossa, Angelo Paolo Dei Tos, Stefano Guzzinati, Francesco Antonucci, Enzo Merler, Maurizio Clementi, Gaetano Thiene
 c/o SER Sistema Epidemiologico Regionale - Passaggio Luigi Gaudenzio, 1 - 35131 Padova - Telefono: 049 8778252 - Fax: 049 8778235 E-mail: ser@regione.veneto.it

In questo numero

Il Registro Veneto Dialisi e Trapianto

Trapianto di rene e incidenza di neoplasie maligne de novo

La popolazione diabetica in Veneto

Mortalità per causa nel Veneto

Cure Palliative Domiciliari nei malati di tumore nella Regione Veneto, 2013

IL REGISTRO VENETO DIALISI E TRAPIANTO

Il Registro Veneto Dialisi e Trapianto (RVDT) è stato fondato dalla Società Veneta di Nefrologia nei primi anni '90 e ufficializzato dalla Regione nel 1998.

Finalità del registro è l'archiviazione a scopo scientifico dei dati anagrafici e di alcuni parametri clinici dei pazienti residenti nel Veneto che perdono la funzione renale e necessitano di un trattamento sostitutivo: la dialisi e/o il trapianto. I dati vengono aggiornati annualmente, rendendo possibile conoscere l'evoluzione clinica di ogni paziente. Il database viene trasmesso con cadenza annuale al Registro Nazionale Dialisi e Trapianto che è alimentato da tutte le regioni italiane.

Il coinvolgimento di tutte le UO di Nefrologia-Dialisi della regione fin dalla fase iniziale ha promosso lo sviluppo di una rete collaborativa regionale che si è successivamente trasformata in una rete web con un software dedicato.

L'elemento basilare dell'organizzazione del RVDT è il referente di ogni ULSS, un nefrologo che ha l'incarico dell'immissione e del controllo di qualità dei dati; il secondo livello organizzativo è rappresentato dal Comitato Scientifico, composto da nefrologi esperti di epidemiologia delle malattie renali che hanno il compito di elaborare e pubblicare i report del registro. Il registro RVDT ha la peculiarità di non essere alimentato da flusso di dati amministrativi (ad esempio le Schede di Dimissione Ospedaliera), ma dall'acquisizione diretta dalla cartella dei dati clinici e laboratoristici di interesse, che vengono validati e caricati dal referente del registro; questo è un

La presente pubblicazione ha carattere scientifico e informativo ed è diffusa all'interno del Servizio Socio Sanitario Regionale. Non è una testata editoriale

fattore che si è dimostrato di particolare importanza nel garantire una migliore qualità dei dati e un alto livello di copertura territoriale.

La normativa sulla privacy richiede l'attribuzione di un incarico ufficiale per la funzione di referente, obbligandolo a richiedere il consenso informato al paziente per la raccolta e la trasmissione dei dati al server del registro e il rispetto delle relative norme di sicurezza. Nel 2014 si è concluso l'iter di adeguamento ai requisiti richiesti dal Garante della Privacy; è in fase di stesura il regolamento, che seguirà la falsariga di quello del Registro Tumori del Veneto, già approvato dal Garante.

Il RVDT fornisce annualmente il tasso di incidenza, prevalenza e mortalità di tutti i pazienti uremici cronici in trattamento sostitutivo residenti nella regione. I dati anagrafici e clinici di base (esami di laboratorio, diagnosi della nefropatia, comorbidità e tipo di trattamento) consentono di monitorare nel tempo le caratteristiche della popolazione dei pazienti in trattamento sostitutivo e di ricercare relazioni tra i parametri di base e l'esito clinico nelle diverse metodiche di trattamento (emodialisi, dialisi peritoneale e trapianto).

La completezza della copertura, sia a livello territoriale che di singolo centro, permette un analogo monitoraggio a livello di ULSS e di provincia: ne è risultata una mappa del rischio di uremia terminale che vede le provincie di Belluno e di Venezia presentare i valori più elevati.

Nel corso degli ultimi anni, nell'ottica di una gestione unitaria dei dati epidemiologici, la Regione ha ufficializzato come sezioni del RVDT altri due registri fondati dai nefrologi veneti: il Registro delle Biopsie renali e il Registro della Sindrome Nefrosica Pediatrica. Il primo registro archivia dati anagrafici, clinici e la diagnosi istopatologica dei soggetti che, colpiti da nefropatie potenzialmente evolutive verso l'uremia, vengono sottoposti a biopsia renale. Il secondo raccoglie dati anagrafici e clinici di soggetti che sviluppano una sindrome nefrosica in età pediatrica. Il modello organizzativo di questi due registri è lo stesso del RVDT: il software applicativo ed i database sono indipendenti, ma collegabili all'interno del RVDT.

Un salto di qualità organizzativo si è realizzato nel 2011 con l'inserimento del RVDT nel Sistema Epidemiologico Regionale, in seguito al quale esso ha acquisito una sede operativa a Padova e soprattutto la possibilità di collegare il proprio database a quello degli altri database regionali: Tumori, Farmaceutica, schede di dimissione ospedaliera e mortalità.

L'evoluzione funzionale e organizzativa del RVDT è un processo ancora in atto: il 2014 ha visto infatti l'avvio a livello nazionale dell'iter legislativo di istituzione del Registro Nazionale della Malattia Renale Cronica (MRC) del quale il Registro Dialisi e Trapianto sarà una componente. Sulla base di recenti ricerche sia italiane che internazionali si stima che circa il 10% della popolazione sia affetto da MRC, nella maggior parte dei casi misconosciuta. Numerose sono inoltre le evidenze della stretta correlazione fra MRC, anche nei suoi stadi iniziali, e la comparsa di eventi cardiovascolari.

Il Registro Italiano della MRC si articolerà su base regionale e comprenderà un database per tutti i pazienti nefropatici con MRC a partire dallo stadio di insufficienza renale di grado moderato ed un database per quelli con necessità di terapia sostitutiva. E' sul collegamento dei dati provenienti da questa duplice fonte informativa che si potrà in futuro contare per un efficace programma di prevenzione della MRC e delle sue complicanze cardiovascolari.

Il Responsabile del Registro Veneto Dialisi e Trapianto
francesco.antonucci@regione.veneto.it

Introduzione

Il trapianto di rene è, tra le opzioni terapeutiche per il trattamento dell'uremia, quella che offre al paziente la maggiore chance di sopravvivenza e la migliore qualità di vita, oltre a costituire la scelta più economica in termini di spesa sanitaria. Nella Regione Veneto il trapianto di rene è il fattore determinante dell'aumento progressivo della prevalenza registrato negli ultimi dieci anni dal Registro Veneto Dialisi e Trapianto (RVDT) nella popolazione dei nefropatici in trattamento sostitutivo (1).

Nonostante lo screening preoperatorio dei riceventi e il progresso delle terapie immunosoppressive, i tumori maligni contribuiscono in modo significativo alla morbilità e mortalità post-trapianto, con percentuali paragonabili alle complicanze infettive e cardiovascolari (2).

Un ampio studio americano del 2011, condotto su una popolazione di soggetti sottoposti a trapianto di organi solidi, ha mostrato come il rischio di tumore maligno post-trapianto sia aumentato di due-tre volte rispetto a quello della popolazione generale (3). Nel Veneto sono presenti cinque centri trapianto di rene, quattro dell'adulto e uno pediatrico. Considerando lo sviluppo della politica del trapianto di rene nella nostra regione, abbiamo ritenuto utile una verifica locale dell'incidenza di tumori maligni post-trapianto sia per le implicazioni cliniche, che per quelle organizzativo-assistenziali sulla selezione e sul follow-up dei pazienti.

Abbiamo scelto pertanto di procedere ad un record-linkage tra il database del RVDT in cui sono registrati la data di esecuzione del trapianto di rene e gli esiti clinici (fallimento del trapianto col rientro in dialisi o morte con rene funzionante), l'anagrafe regionale degli assistiti ed il database dei casi di neoplasia del Registro Tumori Veneto (RTV); quest'ultimo archivia le diagnosi di tumore secondo regole di registrazione internazionali insieme con il riscontro istopatologico, quando effettuato.

Materiali e metodi

Dal database del RVDT sono stati estratti i record di 1.380 trapianti di rene eseguiti nel decennio 1998-2007 e abbinati con l'anagrafe regionale storica degli assistiti utilizzata dal RTV. Sono risultati corrispondere a residenti in Veneto 1.233 record, relativi a 1.218 persone. Tra questi soggetti è stata individuata la coorte oggetto di studio, costituita da 563 persone che nel decennio in esame risiedevano nell'area coperta dal RTV. Il follow-up dell'incidenza neoplastica riguarda il periodo dall'1/1/1998 al 31/12/2007 (ultimo anno di disponibilità di dati del RTV).

Il numero di casi attesi nella coorte, in base all'incidenza della popolazione generale, è stato calcolato distintamente per due quinquenni 1998-2002 e 2003-2007 per tener conto delle variazioni dell'incidenza neoplastica verificatesi nel decennio considerato.

Si sono poi calcolati i rapporti d'incidenza standardizzati (SIR) dividendo il numero di casi osservati per il numero atteso. Gli indicatori sono stati calcolati distintamente per sesso, sia considerando tutti i tumori maligni sia escludendo i tumori maligni cutanei non melanocitici.

Risultati

Nella coorte considerata di 563 soggetti, si sono registrati 70 tumori maligni, corrispondenti a 63 persone (7 casi di tumore multiplo):

- 44 casi insorti successivamente al trapianto, corrispondenti a 40 persone;

- 26 casi insorti prima del trapianto, corrispondenti a 26 persone, di cui 3 con un successivo tumore dopo il trapianto (Tab. 1).

Tabella 1: Casi incidenti di tumore osservati nella coorte di soggetti trapiantati

	N. tumori
Tumore maligno insorto prima del trapianto	26
- non cutaneo o melanoma	19
- cutaneo non melanoma	7
Tumore maligno insorto dopo il trapianto	44
- non cutaneo o melanoma	24
- cutaneo non melanoma	20

Per valutare le differenze di rischio nella coorte dei trapiantati rispetto alla popolazione generale, si sono considerati come eventi i 44 casi di tumore insorto dopo il trapianto, senza escludere dalla coorte i 26 soggetti che avevano già avuto un tumore prima del trapianto.

Il follow-up medio per l'intera coorte è di 4 anni e 5 mesi; l'età media è $48,4 \pm 12$ anni.

I soggetti che hanno sviluppato un tumore maligno avevano un follow-up medio più lungo, di quasi 5 anni e 8 mesi.

I SIR sono sempre superiori a 100, quindi i casi osservati sono superiori all'atteso, ma la differenza risulta statisticamente significativa solo includendo i tumori maligni cutanei e limitatamente al sesso maschile (Tab. 2).

Tabella 2: Rapporto standardizzato di incidenza di tumore maligno nei soggetti trapiantati (SIR, valore atteso = 100)

Tumori maligni	Sesso	N. casi attesi	N. casi osservati	SIR	z
Esclusi cutanei	Maschi	11,5	16	139,3	1,33
	Femmine	4,7	6	126,4	0,57
Inclusi cutanei	Maschi	13,2	31	234,1	4,88 **
	Femmine	5,5	9	164,3	1,51

** SIR significativamente superiore a 100 con probabilità di errore <1%

L'analisi dei risultati per i singoli quinquenni mostra come l'aumento significativo dei SIR riguardi il secondo quinquennio del periodo di follow-up (Tab. 3).

Tabella 3: Rapporto standardizzato di incidenza (SIR) per sesso e periodo di follow-up

Tumori maligni	Periodo	Sesso	N. casi attesi	N. casi oss.	IC osservati Poisson 95%	SIR	z
Esclusi cutanei	1998-2002	Maschi	2,3	3	1,1 - 8	128,4	0,4
		Femmine	1	1	0,3 - 7,2	100,2	0
	2003-2007	Maschi	9,1	13	7,6 - 22	142,1	12,7
		Femmine	3,8	5	1,6 - 11,9	133,3	0,6
Inclusi cutanei	1998-2002	Maschi	2,7	6	2,2 - 13	219,1	19,7 *
		Femmine	1,2	1	0,3 - 7,2	86,7	-0,1
	2003-2007	Maschi	10,5	25	17 - oltre 30 *	238	44,7 **
		Femmine	4,3	8	4,1 - 16	185,1	17,7

* SIR significativamente superiore a 100 con probabilità di errore <5%

** SIR significativamente superiore a 100 con probabilità di errore <1%

Nella tabella 4 viene mostrata la distribuzione per sede delle neoplasie maligne insorte post-trapianto.

La tabella 5 mostra la mortalità al 31/12/2012 nell'intera coorte e in quella selezionata per lo studio con la suddivisione tra soggetti che hanno avuto e no una neoplasia post-trapianto.

Tabella 4: Tumori maligni diagnosticati dopo il trapianto

Tumori non cutanei o melanoma		Numero di casi	
Sede		Maschi	Femmine
C18	Colon - Tumore maligno	1	0
C34	Bronco o polmone - Tumore maligno	1	1
C43	Melanoma maligno	1	0
C46.0	Sarcoma di Kaposi della cute	2	0
C49	Parti molli - Tumore maligno	1	0
C50	Mammella - Tumore maligno	0	2
C61	Prostata - Tumore maligno	2	0
C64	Rene - Tumore maligno	2	0
C67	Vescica urinaria - Tumore maligno	4	0
C71.0	Cervello - Tumore maligno	1	0
C73	Ghiandola tiroide - Tumore maligno	0	2
C81	Malattia di Hodgkin	1	0
C83.3	Linfoma non Hodgkin diffuso a grandi cellule	0	1
C85	Linfoma non Hodgkin tipo non specificato	1	0
C90.0	Mieloma multiplo	1	0
Totale		18	6

Tumori cutanei non melanoma		Numero di casi	
Sede		Maschi	Femmine
C44.2	Cute dell'orecchio e del condotto uditivo esterno	2	0
C44.3	Cute di altre e non specificate parti della faccia	5	1
C44.7	Cute dell'arto inferiore e dell'anca	1	1
C44.9	Cute NAS, tumore maligno	8	2
Totale		16	4

Tabella 5: Decessi osservati nei soggetti con trapianto di rene inclusi (coorte RTV) ed esclusi dallo studio di incidenza tumorale

		Inclusi nella coorte RTV		Esclusi dalla coorte RTV	Totale
		Con incidenza successiva al trapianto	Senza incidenza successiva al trapianto		
Soggetti deceduti	Maschi	10	59	101	170
	Femmine	2	34	39	75
	Totale	12	93	140	245
Totale soggetti sottoposti a trapianto	Maschi	31	338	436	805
	Femmine	9	185	219	413
	Totale	40	523	655	1.218

Riepilogo soggetti deceduti al 31 ottobre 2012

Discussione

Nella letteratura trapiantologica è opinione comunemente accettata che il trapianto d'organo comporti un aumentato rischio di neoplasia, anche se la frequenza degli organi interessati varia con le casistiche; il fattore di rischio più importante è rappresentato dall'immunodepressione indotta dai farmaci antirigetto (2,3).

In accordo con lo studio americano di Engels et al. (3) e studi precedenti (4,5,6), un'indagine condotta da Piselli et al. sulla casistica di 15 Centri Trapianto italiani nel 2012 (7) ha confermato come i pazienti sottoposti a trapianto di rene abbiano un rischio significativamente maggiore di sviluppare neoplasie post-trapianto: è stato diagnosticato un tumore maligno in 382 su 7.217 soggetti trapiantati negli anni 1997-2009 (5,3%); i tumori più frequenti erano nell'ordine il Sarcoma di Kaposi, i tumori linfoproliferativi in generale e in particolare il Linfoma Non Hodgkin, i tumori del polmone, del rene e della prostata. La lunghezza mediana del follow-up era di 5,2 anni (2,9-7,8).

L'età media e la lunghezza del follow-up della coorte veneta sono simili a quella italiana. La percentuale complessiva di neoplasie nel Veneto è più elevata (7,8%) ma non tale da determinare un eccesso di rischio statisticamente significativo per i tumori maligni non cutanei, mentre un eccesso di rischio statisticamente

significativo si è osservato considerando anche i tumori cutanei e limitatamente al sesso maschile.

Non si può tuttavia escludere che un eccesso di rischio vi sia anche per le femmine analizzate separatamente, e per maschi e femmine per i tumori non cutanei, perché lo studio sconta il limite di una numerosità probabilmente insufficiente a garantire una potenza statistica adeguata a rilevare l'aumento di rischio.

Nella coorte veneta emerge una maggiore frequenza di tumori maligni cutanei, più elevata di quella rilevata da uno studio inglese del 2014 su una coorte di 709 trapiantati renali in cui è stato diagnosticato un tumore maligno cutaneo nel 7,5% dei casi (8).

La mortalità nei soggetti affetti da neoplasia maligna post-trapianto è elevata (9). Dai dati preliminari del nostro studio essa risulta del 30% rispetto al 17% dei soggetti non colpiti da neoplasia.

In conclusione è probabile che anche nel Veneto vi sia un'aumentata frequenza di tumori maligni, particolarmente di quelli cutanei, dopo trapianto di rene.

I dati del nostro studio sono preliminari ma sufficienti per suggerire l'opportunità di un protocollo di sorveglianza dei pazienti condiviso dai centri nefrologici e di trapianto, che consenta una diagnosi precoce ed il tempestivo inserimento in un appropriato protocollo terapeutico.

Bibliografia

- 1) Nordio M, Tessitore N, Feriani M, Rossi B, Amici G, Virga G, Abaterusso C, Antonucci F. Scientific Committee of Veneto Dialysis and Transplantation Registry : Prevalence of renal replacement therapy in Veneto for 2008, 2009 and 2010. J.Nephrol. 2013;26 Suppl. 20:S13-22.
- 2) Asra Karim et al. Recipient Age and Risk for Mortality After Kidney Transplantation in England ,Transplantation 2014;97: 832-838
- 3)Engels E.A.et al. : Spectrum of Cancer Risk Among US Solid Organ Transplant Recipients , JAMA November 2, 2011—Vol 306, No17
- 4) Kasiske BL, Snyder JJ, Gilbertson DL et al. :Cancer after kidney transplantation in the United States, Am J Transplant 2004; 4:905-913.
- 5) Vajdic CM, McDonald SP, McCredie MRE et al.: Cancer incidence before and after kidney transplantation, JAMA 2006; 296: 2823-2831.
- 6) Kyllonen L, Salmela K, Pukkala E. :Cancer incidence in a kidney transplanted Population, Transpl. Int 2000; 13(Suppl. 1): S394-S398
- 7) Piselli P. et al: Risk of de novo cancers after transplantation: results from a cohort of 7217 kidney transplant recipients, Italy 1997-2009, Eur.J. Cancer 2013 ,49(2):336-44
- 8) Roche CD et al: Malignant and noninvasive skin tumours in renal transplant recipients, Dermatology Research and Practice, . Vol 2014 (2014), Article ID 409058.
- 9) Asra Karim et al. :Recipient Age and Risk for Mortality After Kidney Transplantation in England ,Transplantation 2014;97: 832-838

Per informazioni:

Sandro Tognazzo, Carmen Stocco, Emanuela Bovo;
Registro Tumori del Veneto. sandro.tognazzo@ioveneto.it
Francesco Antonucci, Barbara Rossi; Registro Veneto
Dialisi e Trapianto. francesco.antonucci@regione.veneto.it

LA POPOLAZIONE DIABETICA IN VENETO

Introduzione

Il diabete è una malattia cronica complessa e molto comune. In Italia oltre tre milioni di persone hanno una diagnosi di diabete e accanto a questi si stima che una quota rilevante di assistiti abbia la malattia senza saperlo. Le cause del manifestarsi di questa patologia sono da ricercarsi in almeno quattro fattori fondamentali: (1) il diffondersi di abitudini alimentari scorrette, (2) la crescita del numero di persone obese o in sovrappeso, (3) l'affermarsi di stili di vita sempre più sedentari e (4) l'invecchiamento della popolazione.

Il Servizio Sanitario della Regione Veneto ha definito (LR 24/2011) un sistema integrato di interventi di prevenzione, diagnosi e cura della malattia diabetica attraverso la gestione integrata del paziente diabetico.

È necessario quindi, in primo luogo, caratterizzare la popolazione diabetica sia a livello regionale che locale.

Materiali e metodi

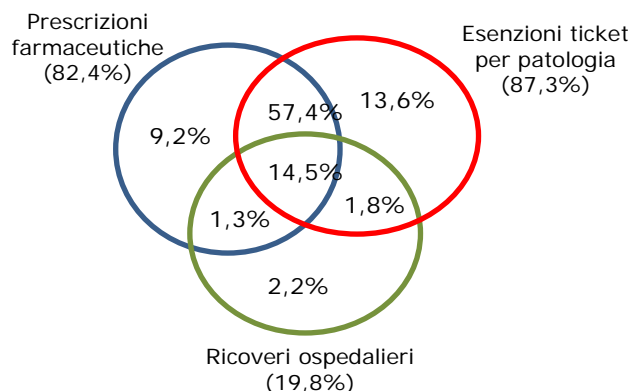
Per l'identificazione dei pazienti diabetici sono stati utilizzati i database amministrativi (esenzioni per patologia, schede di dimissione ospedaliera, farmaceutica convenzionata, farmaceutica ad erogazione diretta e anagrafe assistiti).

L'algoritmo di selezione si basa sull'esperienza nazionale del Progetto Matrice, coordinato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) in collaborazione con il Ministero della Salute. È stato definito paziente diabetico prevalente colui che nell'arco dell'ultimo anno solare ha avuto almeno due prescrizioni, in date distinte, di un farmaco con ATC A10 (farmaci per il diabete), presenta l'esenzione ticket attiva per diabete (codice esenzione 013) oppure ha avuto, negli ultimi quattro anni, almeno un ricovero per diabete mellito (codice ICD9-CM 250 in qualsiasi diagnosi di dimissione). L'accertamento dello stato in vita è stato possibile attraverso l'anagrafe unica regionale, aggiornata al mese di giugno 2014, completa di tutte le posizioni anagrafiche compresi i decessi ed i trasferimenti fuori regione.

La procedura di record linkage tra le diverse fonti informative ha permesso l'individuazione di 243.489 pazienti diabetici prevalenti al 01/01/2013 residenti in Veneto.

Complessivamente, la proporzione maggiore di casi è stata identificata dalle esenzioni ticket per patologia (87,3%), seguite dalle prescrizioni farmaceutiche (82,4%) e dai ricoveri ospedalieri (19,8%). Da sole le esenzioni ticket identificano come unica fonte informativa il 13,6% dei soggetti diabetici rispetto al 9,2% delle prescrizioni farmaceutiche e al 2,2% dei ricoveri ospedalieri (Figura 1).

Figura 1: Distribuzione dei pazienti diabetici prevalenti al 01/01/2013 e residenti in Veneto per fonte informativa.



La variabilità aziendale rilevata potrebbe essere indice di una diversa qualità dei flussi aziendali: il 94,5% dei pazienti diabetici individuati nell'Azienda Ulss di Chioggia sono esenti ticket rispetto all'81,4% dei pazienti diabetici dell'Azienda Ulss di Bussolengo. Per quanto riguarda i farmaci, l'Azienda Ulss di Mirano presenta l'87,0% di soggetti diabetici con prescrizioni di farmaci antidiabetici a fronte del 74,0% dell'Azienda Ulss di Bassano. Infine 3 diabetici su 10 residenti nell'Azienda Ulss di Asolo sono stati ricoverati almeno una volta negli ultimi quattro anni per problemi connessi al diabete, rispetto al 14,2% dei soggetti diabetici residenti nell'Azienda Ulss di Chioggia.

I pazienti diabetici individuati attraverso l'integrazione delle informazioni sono quelli "tracciabili" nei flussi sanitari; di conseguenza sono esclusi i soggetti diabetici non esenti ai quali non sono stati prescritti farmaci

antidiabetici con ricetta rossa e che non presentano una diagnosi di ricovero per diabete.

Risultati

La prevalenza di diabete in Regione Veneto al 01/01/2013 è del 5,0% con una ampia variabilità territoriale: tra il 6,3% (Azienda Ulss di Adria) e il 4,2% (Azienda Ulss di Belluno)(Figura 2).

La popolazione diabetica è una popolazione "adulta" (età media 68,3 anni; il 65,9% dei diabetici ha più di 65 anni) con una maggiore presenza maschile (54,4%).

L'età e il genere sono i due fattori demografici che incidono maggiormente sulla prevalenza per diabete: all'aumentare dell'età corrisponde un valore di prevalenza più elevato ed i maschi presentano in tutte le classi di età un maggiore tasso di prevalenza rispetto alle donne, ad eccezione della classe di età 20-39 anni, dove è possibile sia presente una quota di diabete gestazionale.

Il 4,4% dei diabetici prevalenti ha cittadinanza straniera. La presenza di pazienti diabetici stranieri come nella popolazione generale, è variabile tra le Aziende Sanitarie: si passa dall'1,1% nelle Aziende Ulss di Adria e Chioggia, all'8,1% nell'Azienda Ulss Ovest Vicentino. Si tratta principalmente di stranieri provenienti dai Paesi dell'Europa centro orientale e dell'Africa settentrionale (rispettivamente il 22,5% e il 22,4% dei pazienti diabetici con cittadinanza straniera).

Le Aziende Ulss Ovest Vicentino e Veneziana si contraddistinguono nel panorama regionale per la forte presenza di stranieri diabetici provenienti dai Paesi dell'Asia centro meridionale (il 52,6% e il 44,6% rispettivamente), in particolare bengalesi e indiani.

Tra i residenti stranieri (che rappresentano una popolazione nettamente più giovane rispetto ai residenti italiani) il tasso grezzo di prevalenza del diabete è maggiore per i migranti originari dai Paesi dell'Asia centro meridionale (4,5 ogni 100 residenti), in particolar modo Sri Lanka (6,2%), Bangladesh (4,8%), Pakistan (4,7%) e India (3,2%). Nel loro insieme i cittadini stranieri presentano tassi di prevalenza del diabete superiori a quelli degli italiani, in entrambi i generi, ad eccezione delle classi di età più giovani (Figura 3).

Nella caratterizzazione della popolazione diabetica è interessante studiare l'eventuale pregresso ricovero ospedaliero o particolari terapie farmacologiche (quali ad esempio il trattamento insulinico, antipertensivo, modificante il metabolismo lipidico) allo scopo di identificare specifici gruppi di interesse.

Per quanto concerne il ricovero ospedaliero, considerando il quadriennio precedente (2009-2012), il 15,5% dei diabetici prevalenti è stato dimesso almeno una volta per eventi cardiovascolari (cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco o malattia cerebrovascolare) o complicanze diabetiche (amputazione dell'arto inferiore, malattie renali o malattia vascolare periferica).

Circa 2 pazienti diabetici su 10 hanno assunto insulina (ATC=A10A nell'anno 2012) nel corso del 2012. La proporzione di diabetici in terapia insulinica varia con l'età: come prevedibile, in età pediatrica (0-17 anni) quasi tutti i pazienti diabetici sono in trattamento insulinico (91,7%), in quanto è molto probabile si tratti di diabete mellito di tipo I, mentre in età adulta la proporzione di trattati è molto inferiore e si attesta intorno al 20%.

Il trattamento antipertensivo riguarda complessivamente il 71,9% della popolazione diabetica ed in particolare gli adulti (si passa dal 33,0% dei trattati nella classe di età 35-49 anni, all'81,5% dei trattati ultra-75enni). Il trattamento modificante il metabolismo lipidico, invece, interessa circa metà dei pazienti diabetici (48,7%): anche in questo caso azienda sanitaria di residenza, genere, età e cittadinanza ne influenzano la distribuzione.

Figura 2: Tasso di prevalenza al 01/01/2013 standardizzato per genere ed età per Azienda sanitaria di residenza - Tassi per 100 residenti (Popolazione standard: popolazione residente in Regione Veneto al 01/01/2013; Fonte: ISTAT).

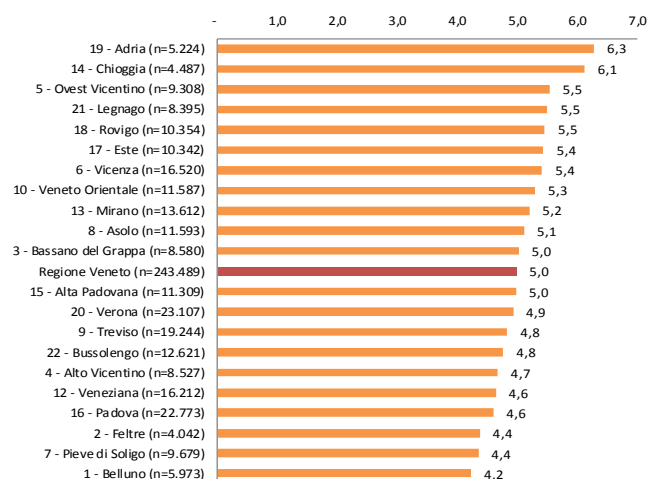
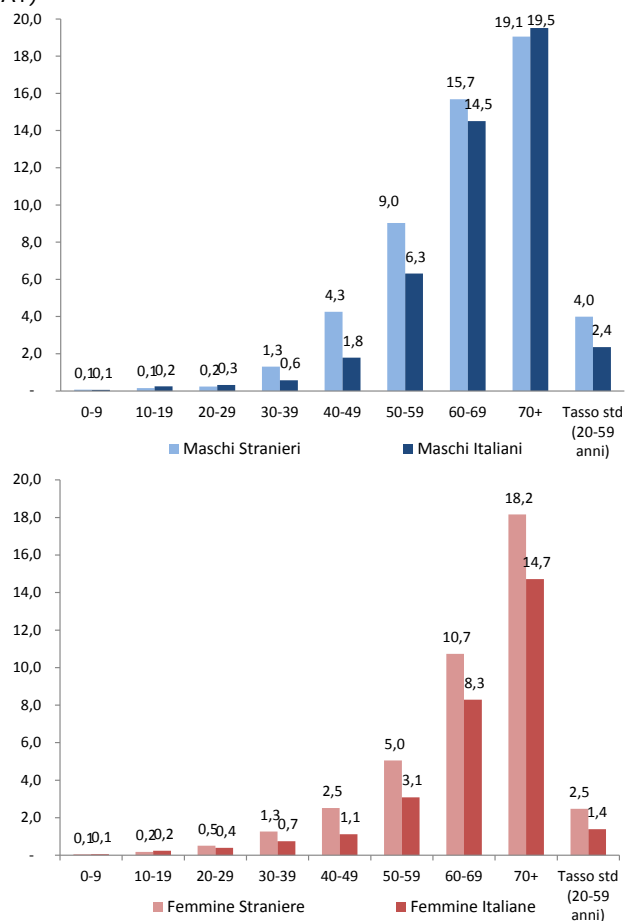


Figura 3: Tassi di prevalenza del diabete al 01/01/2013 specifici per genere, età e cittadinanza – Tassi per 100 residenti. Popolazione residente in Regione Veneto al 01/01/2013 (Fonte: ISTAT)



Conclusioni

L'entità del diabete in Veneto è rilevante: sono circa 250.000 i pazienti diabetici prevalenti al 01/01/2013 identificati dai flussi sanitari. La forte variabilità interaziendale, nonostante l'aggiustamento per genere ed età, potrebbe essere riconducibile alla qualità dei flussi sanitari oppure a particolari stili di vita (attività fisica, dieta). La prevalenza del diabete cresce con l'età

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.

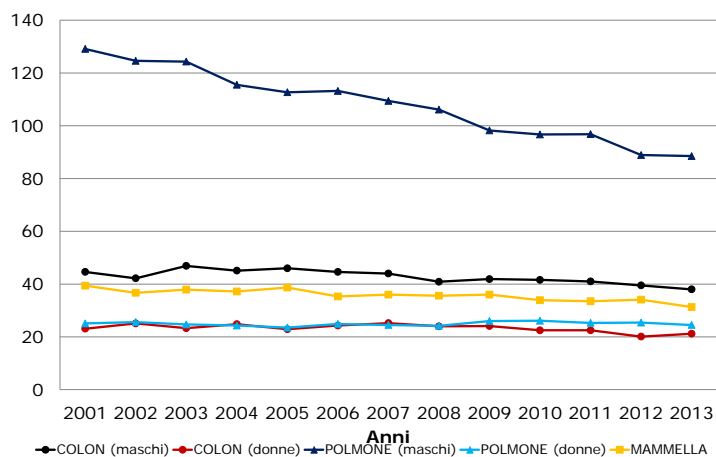


Figura 2: Mortalità per incidenti stradali e suicidi nel Veneto, 2001-2013: tasso standardizzato per sesso (per 100.000). Standardizzazione diretta, standard=Veneto al 1° gennaio 2007. Dati 2013 provvisori.

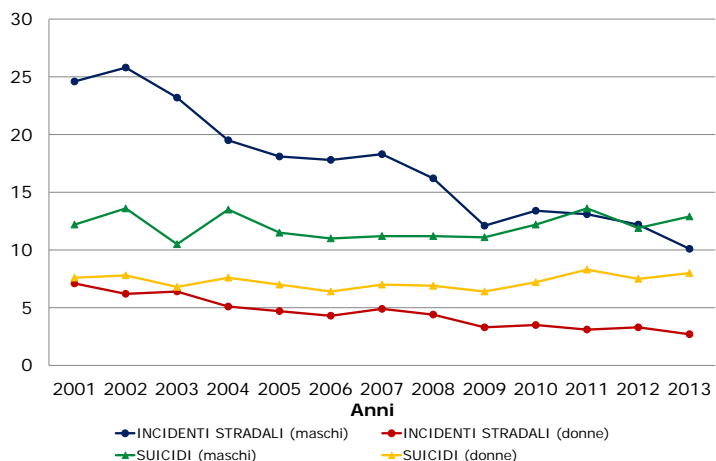
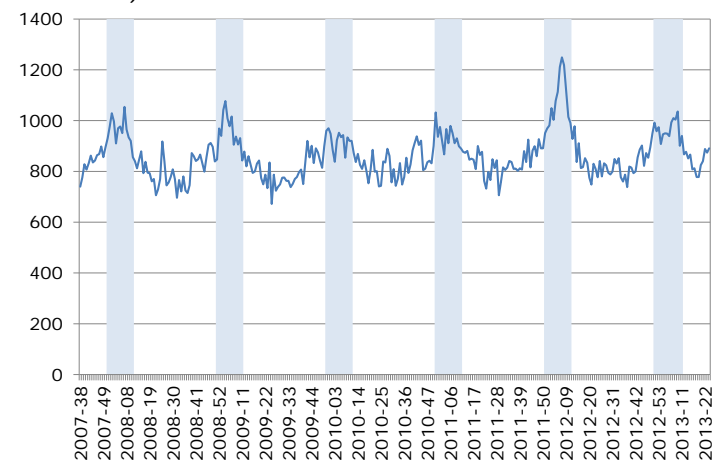


Figura 3: Numero settimanale di decessi osservati dall'autunno 2007 alla primavera 2013 tra i residenti nel Veneto. Le barre verticali sono disegnate in corrispondenza dell'inverno (settimana <12 o >50).



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:

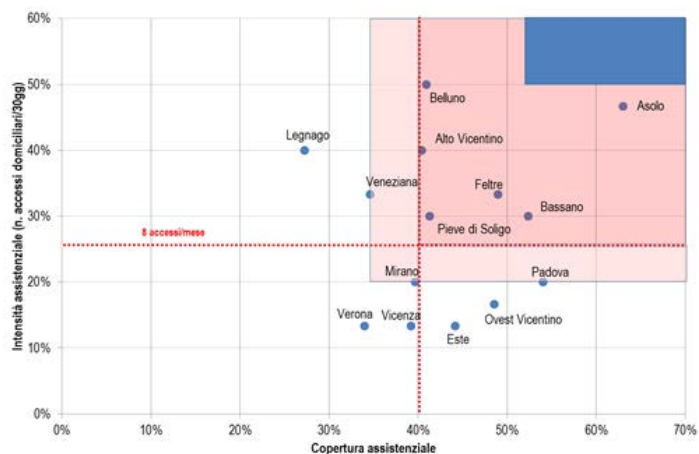
- Copertura assistenziale: rapporto tra il numero di assistiti in CPDO e/o in Hospice deceduti per tumore ed il numero di deceduti per tumore, che in termini assoluti in Veneto risultano circa 14.000 nel 2013 in età superiore o uguale a 18 anni. Lo standard è posto al 52% percentuale e sale al 65% se 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

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