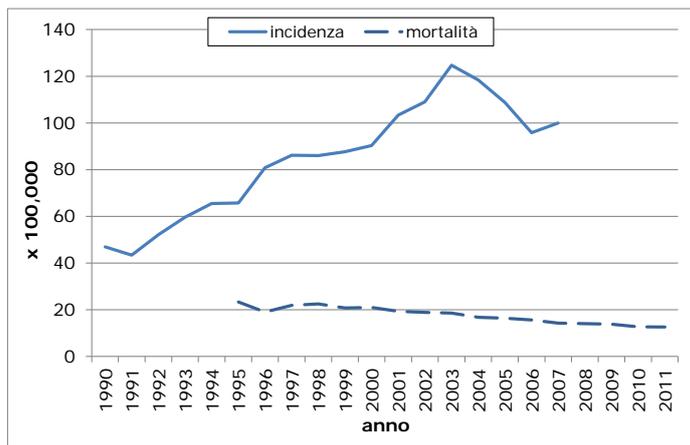
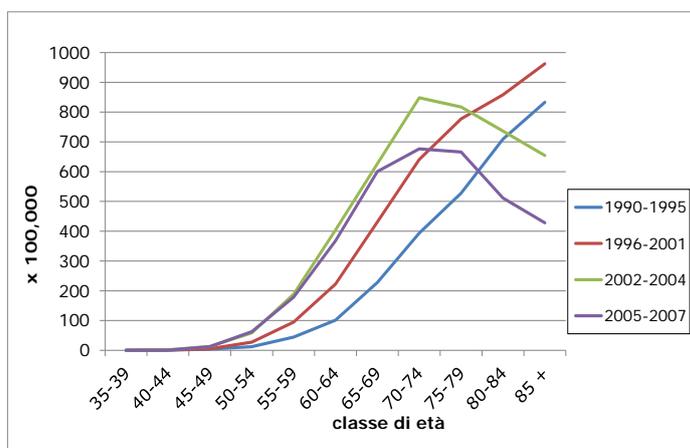


**Figura 1:** Andamento temporale dei tassi di incidenza (dal 1990 al 2007) e di mortalità (dal 1995 al 2011) del tumore della prostata, standardizzati sulla popolazione europea.



**Figura 2:** Grafico dei tassi età specifici di incidenza relativi ai casi di tumore della prostata incidenti nei periodi 1990-1995, 1996-2001, 2002-2004, 2005-2007.

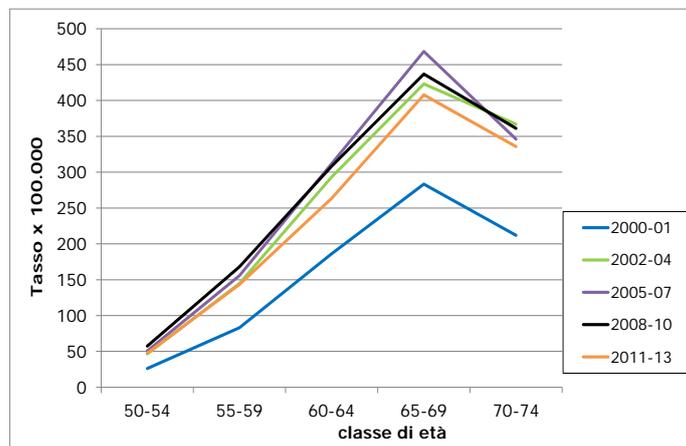


In figura 2 sono rappresentati i tassi età specifici dei casi diagnosticati in quattro periodi successivi: nel primo periodo (1990-1995), che precede la diffusione del PSA, l'incidenza aumenta con l'età, così come avviene nella maggior parte delle malattie neoplastiche; segue un periodo in cui il PSA si è largamente diffuso nella popolazione (1996-2001), caratterizzato da un aumento di incidenza in tutte le classi di età. Nel triennio 2002-2004 l'incidenza è aumentata ulteriormente fino ai 74 anni di età, sinonimo di un'ulteriore diffusione dell'utilizzo del PSA, mentre è diminuita nei soggetti più anziani; nel periodo 2005-2007 l'incidenza fino ai 70 anni è stabile, mentre si accentua la riduzione nelle età più avanzate.

Il calo dell'incidenza generale evidenziato in Figura 1 a partire dal 2004 va quindi attribuito esclusivamente alle classi di età ultrasessantenni. La riduzione dell'incidenza osservata negli anziani potrebbe essere associata sia ad un minor ricorso al PSA che all'effetto dell'anticipazione diagnostica avvenuta negli anni precedenti.

Sono stati analizzati i ricoveri con diagnosi di tumore maligno della prostata (ICD9-CM 185) ed intervento di prostatectomia radicale (60.5) dal 2000 al 2013. E' considerevole la capacità di attrazione delle strutture regionali, con una forte mobilità attiva ed una mobilità passiva trascurabile. Considerando solo i ricoveri dei residenti in Veneto, il numero assoluto di interventi è aumentato di circa il 140% dal 2000 al 2004 (da 741 a 1766, rispettivamente), per poi rimanere pressoché costante (1674 ricoveri annui nel triennio 2011-2013).

**Figura 3:** Tasso di prostatectomia radicale nei residenti in Veneto per classe di età e periodo di calendario



In Figura 3 si può osservare come i tassi età specifici di prostatectomia radicale siano aumentati nella prima parte dello scorso decennio, per poi rimanere relativamente stabili. I tassi riflettono la diffusione del test del PSA e il conseguente picco di incidenza raggiunto nel 2002-2004 nella fascia di età di 50-69 anni; dopo i 70 anni i tassi di intervento sono meno fortemente correlati a quelli di incidenza. Nel 2008-2010 si osserva una lieve riduzione dei tassi di prostatectomia radicale, limitata alla classe di età 65-69 anni, mentre per la prima volta nel periodo 2011-2013 si osserva una contenuta riduzione degli interventi estesa a tutte le classi di età. Quest'ultima potrebbe essere in parte dovuta sia ad una minore pressione diagnostica, ma anche all'affermarsi di opzioni diverse da quella chirurgica.

La sopravvivenza relativa (%) a 5 anni dalla diagnosi di tumore della prostata è andata aumentando nel corso degli anni fino ad arrivare al 94% per i casi con diagnosi nel triennio 2005-2007, rispetto al 68% registrato nei casi diagnosticati all'inizio degli anni '90. L'aumento riguarda tutte le classi di età, anche se permane una differenza significativa di sopravvivenza tra i soggetti di età 55-74 anni e i soggetti più anziani (rispettivamente 98% vs 82% nell'ultimo triennio).

Questo dato sembra ulteriormente confermare che, soprattutto nelle fasce di età meno anziane, una quota rilevante di casi sono sovra-diagnosticati, e in quanto tali caratterizzati da una sopravvivenza ottimale.

#### Per informazioni:

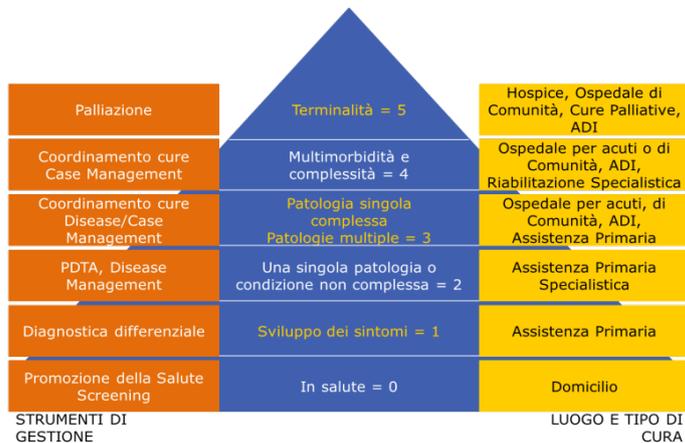
Registro Tumori del Veneto [manuel.zorzi@ioveneto.it](mailto:manuel.zorzi@ioveneto.it)

### IL SISTEMA ACG® A SUPPORTO DELLA PROGRAMMAZIONE DELLE CURE TERRITORIALI

Con il Convegno che si è tenuto a Padova lo scorso 10 aprile 2014 si è concluso il secondo anno di sperimentazione del Sistema ACG® in Veneto, che ha visto la partecipazione delle Aziende ULSS 2-Feltre, 4-Alto Vicentino, 6-Vicenza, 9-Treviso, 16-Padova, 20-Verona per un totale complessivo di 2 milioni di abitanti, pari a oltre il 40% dell'intera popolazione regionale. ACG, acronimo di Adjusted Clinical Groups, è un sistema di classificazione del case-mix di malattia nella popolazione sviluppato negli Stati Uniti dalla Johns Hopkins University di Baltimora; l'obiettivo è quello di misurare il carico di malattia presente nella popolazione e i costi dell'assistenza attraverso la categorizzazione della popolazione in gruppi omogenei per complessità

assistenziale. L'idea di sperimentare in Veneto questo strumento di misura e di governo del territorio nasce dal fatto che uno degli obiettivi prioritari del Piano Socio-Sanitario regionale (PSSR) 2012-2016 è quello di sviluppare l'assistenza sul territorio, nell'ottica dell'integrazione tra medico di medicina generale, distretto socio-sanitario, strutture intermedie e ospedale. Il modello concettuale di riferimento è quello della piramide del rischio (Figura 1) nella quale a diversi gradi di compromissione dello stato di salute di una popolazione (case-mix) corrispondono diversi strumenti di gestione della malattia o del complesso di malattie e diversi ambiti assistenziali.

Figura 1: La piramide del rischio



La classificazione per ACG si presta particolarmente bene a descrivere la multimorbilità, cioè l'insieme dei problemi di salute co-presenti nella stessa persona, in quanto le categorie vengono definite non tanto in base al danno d'organo, quanto piuttosto in base a numero, tipo, severità e durata delle patologie. Nella Figura 2 sono rappresentati i 10 ACG più frequenti nella popolazione delle sei ULSS partecipanti alla sperimentazione (dati anno 2012): la cronicità e la presenza simultanea di 2/3 patologie sono le condizioni di malattia più frequenti nella popolazione. Le categorie ACG possono essere a loro volta raggruppate in sei classi a complessità assistenziale crescente (RUBs, Resource Utilization Bands) che consentono una descrizione del carico di malattia della popolazione coerente alle fasce individuate dalla piramide del rischio. Le categorie RUB più frequenti sono quelle associate alla popolazione sana (RUB 0), che cioè non ha avuto nel periodo di osservazione contatti con i servizi sanitari, e quella denominata "Utilizzatori sani" (RUB 1) cioè persone che hanno avuto prestazioni sanitarie, ma per le quali non sono conosciute diagnosi (rispettivamente il 19% e il 41%).

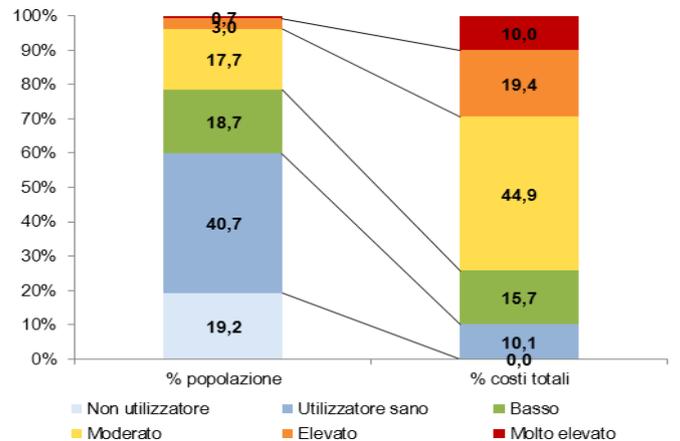
Le categorie che racchiudono i pazienti più complessi (RUB 4 e 5), per i quali è atteso un maggior consumo di risorse, sono meno del 5% del totale, ma sono associate a quasi il 30% dei costi (Figura 3).

Incrociando la classificazione per ACG con la nosografia tradizionale (malattie cardiache, malattie respiratorie, diabete, ecc...) è possibile descrivere in modo più accurato i bisogni assistenziali degli assistiti affetti da specifiche patologie: per i soggetti diabetici il diabete è risultato essere l'unica patologia solo per un terzo dei casi, mentre circa i due terzi sono affetti da altre patologie, un quarto da almeno 4 patologie.

Figura 2: ACG più frequenti – prevalenza per 1.000 residenti. Anno 2012, pool sei Aziende ULSS



Figura 3: Popolazione e costi per RUB (Resource Utilization Bands). Anno 2012, pool sei Aziende ULSS



La possibilità di poter graduare in base ad una valutazione di complessità assistenziale i soggetti affetti dalle diverse patologie offre un supporto informativo determinante anche nella definizione dei percorsi diagnostico assistenziali, che sempre più sono orientati ad un approccio "personalizzato" e di iniziativa del sistema assistenziale.

Sotto un profilo tecnico, questa sperimentazione è stata realizzata utilizzando i flussi informativi correnti prodotti sistematicamente dalle Aziende ULSS (Schede di dimissione ospedaliera, esenzioni ticket, accessi al Pronto Soccorso, malattie rare, ecc...): si è quindi dimostrato che è possibile integrare tutte le informazioni che sono a sistema centrandonole sul paziente e organizzandole all'interno di una logica strutturata di lettura delle condizioni di salute della popolazione. L'utilizzo integrato dei dati provenienti dai flussi correnti ha consentito da un lato di valorizzare il patrimonio informativo regionale e locale e dall'altro di evidenziare e documentare alcune lacune dei dati contribuendo così alle iniziative regionali ed aziendali di miglioramento continuo della qualità dei flussi informativi sanitari.

Nel biennio 2014-2015 il sistema ACG verrà esteso a tutte le Aziende ULSS del Veneto, dando particolare rilievo ai progetti di case management e di medicina di iniziativa.

<http://acg.regione.veneto.it>

**Per informazioni:**

Sistema Epidemiologico Regionale  
[francesco.avossa@regione.veneto.it](mailto:francesco.avossa@regione.veneto.it)