

2006 sono state poste in essere iniziative sul flusso regionale di mortalità finalizzate a migliorarne l'efficienza e la reportistica per favorire l'utilizzo in sede centrale e periferica di tale patrimonio informativo.

È stato prodotto e divulgato un rapporto relativo alla mortalità in Regione Veneto dal 1995 al 2002, successivamente integrato con i dati relativi al 2003, una volta resisi disponibili. È stato sviluppato uno strumento web per l'analisi multidimensionale e la reportistica dei dati di mortalità, accessibile a ciascuna azienda ULSS. È stato sperimentato un modello organizzativo "centralizzato" per la gestione del flusso di mortalità, per cui sono già disponibili per la Regione e per le ASL i dati relativi al primo semestre 2006. Tutte queste attività hanno reso disponibili dati "inediti" nel contesto regionale e sono state possibili grazie al contributo di ciascuna ASL, in particolare dei Dipartimenti di Prevenzione, e grazie al grosso coinvolgimento sinergico del CRRC-SER, della Direzione Regionale Risorse Socio-Sanitarie e della Direzione Regionale per la Prevenzione per le rispettive competenze. Riteniamo che la strada intrapresa abbia dato finora risultati preziosi, come evidenziato anche da alcuni dati preliminari presentati successivamente, e che quindi sia necessario proseguire in tal senso.

FLUSSO REGIONALE DI MORTALITÀ

*Sperimentazione di una nuova modalità
organizzativa*

CRRC-SER

In questo contributo si presentano i principali risultati emersi dall'analisi dei dati di mortalità relativi al primo semestre del 2006, frutto della sperimentazione di una modalità organizzativa centralizzata descritta nell'editoriale.

Dal confronto con gli anni precedenti al momento disponibili (fino al 2003) emergono degli elementi di estremo interesse per la sanità pubblica e per il governo del sistema sanitario. Sono stati registrati circa 21000 decessi, di cui il 98% di residenti in Regione. Le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio (che giustificano il 40% dei decessi) e le neoplasie (31%).

La tabella 1 evidenzia la percentuale di decessi per le principali cause di morte in generale e distinte per sesso. Globalmente la principale causa di morte è costituita dalle malattie del sistema circolatorio (circa 40%) seguita dalle neoplasie.

È interessante notare come per il genere maschile i decessi per neoplasia abbiano superato quelli per malattie del sistema circolatorio. Questo particolare profilo epidemiologico accomuna l'Italia alla Francia, mentre nei paesi anglosassoni (Germania, Gran Bretagna, USA) le malattie del sistema circolatorio giustificano anche nei maschi un numero maggiore di decessi rispetto alle neoplasie.

I decessi per eventi traumatici sono il 5,2% nei maschi e il 2,9% nelle femmine (rispettivamente al 4° e 7° posto). La differenza è ancora più rilevante se si considera che nel genere maschile gli incidenti stradali e gli infortuni sul lavoro sono particolarmente frequenti ed avvengono in età giovanile, mentre al contrario nel genere femminile prevalgono i traumatismi da cadute accidentali (per esempio la frattura di femore), di solito legati a fasce di età avanzate.

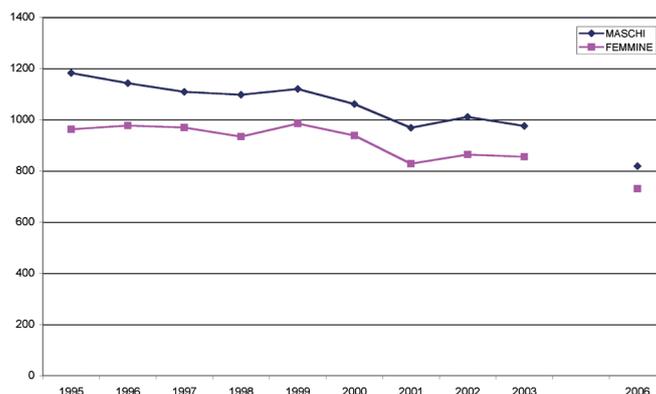
Tabella 1. Distribuzione delle principali cause di morte per tutta la popolazione e distinte per genere.

	Totale		Maschi		Femmine	
	%	Rango	%	Rango	%	Rango
MAL. SIST. CIRC.	39,7	1	34,8	2	44,5	1
NEOPLASIE	31,3	2	37,2	1	25,7	2
MAL. APP. RESP.	7,6	3	7,9	3	7,3	3
MAL. APP. DIG.	4,5	4	4,4	5	4,7	4
TRAUMI/AVVEL.	4,1	5	5,2	4	2,9	7
DIST. PSICHICI	3,4	6	2,1	8	4,7	5
MAL. SIST. NERVOSO	2,8	7	2,6	6	3,0	6
MAL. GH. ENDOCRINE	2,4	8	2,2	7	2,7	8
ALTRE	4,2		3,6		4,5	

Un elemento di notevole interesse è il forte aumento dell'età media al decesso: nel 1995 l'età media al decesso era di 70,8 anni per i maschi e di 78,4 anni per le femmine, mentre nel 2006 è di 74,4 anni per i maschi e 81,6 per le femmine, un aumento di oltre 3 anni in entrambi i generi.

L'aumento dell'età media al decesso è il risultato di un calo rilevante della mortalità avvenuto negli ultimi anni (figura 1).

Figura 1: Tasso annuale standardizzato (per 100.000) di mortalità per tutte le cause dal 1995 al 2006 nei maschi e nelle femmine (dati riferiti ai primi sei mesi di ogni anno).

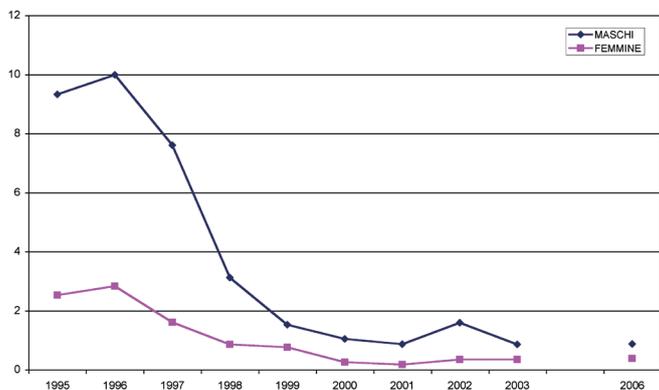


L'analisi per cause specifiche mostra come per i maschi il calo della mortalità sia determinato principalmente da un drastico calo della mortalità per malattie ischemiche del cuore e per malattie cerebrovascolari, e, sebbene in misura minore, da un rilevante calo della mortalità per neoplasie (in primis per neoplasie del polmone). Per quanto riguarda le femmine, il trend delle cause di morte presenta alcune analogie e alcune differenze rispetto ai maschi. I decessi per malattie cardio- e cerebrovascolari sono in calo notevole, meno evidente, anche se presente è il calo dei decessi da neoplasie. In particolare, per quest'ultimo aspetto, si rileva come i decessi per neoplasie della mammella (principale causa di morte per tumore nella donna) mostrino un andamento altalenante ma tendenzialmente in calo, mentre nelle donne si mantiene costante la mortalità per neoplasia del polmone.

Vi sono due situazioni che come numero assoluto di decessi incidono in misura minima ma che sono estremamente rilevanti, in quanto sono le principali cause di morte in età giovanile: l'AIDS e gli incidenti stradali.

La mortalità per AIDS (figura 2) si è ridotta di 10 volte dal 1996 al 2000, mantenendosi successivamente stabile. Rappresenta il risultato degli enormi progressi fatti in questo ambito dal punto di vista preventivo e terapeutico.

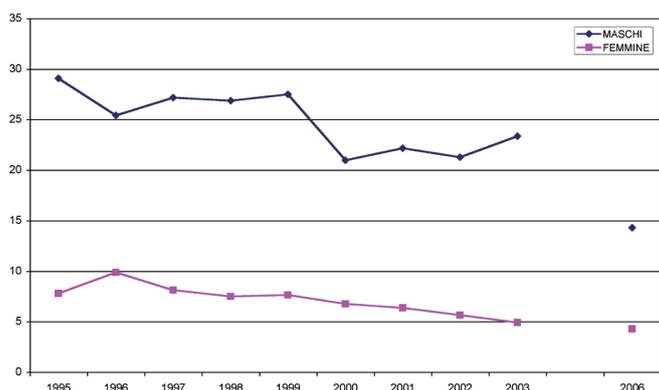
Figura 2: Tasso annuale standardizzato (per 100.000) di mortalità per AIDS dal 1995 al 2006 nei maschi e nelle femmine (dati riferiti ai primi sei mesi di ogni anno).



La mortalità per incidenti stradali (figura 3) evidenzia un notevole calo dei decessi per questa causa soprattutto nei maschi.

Ovviamente i dati sono preliminari, e soprattutto la mancanza dei dati relativi al 2004 e al 2005 rende indispensabile prudenza nella loro interpretazione. Comunque l'ipotesi di un notevole impatto dell'intervento legislativo (patente a punti) è fortemente suggestiva.

Figura 3: Tasso annuale standardizzato (per 100.000) di mortalità per incidente stradale dal 1995 al 2006 nei maschi e nelle femmine (dati riferiti ai primi sei mesi di ogni anno).



In conclusione si sono voluti presentare alcuni dati preliminari che paiono essere particolarmente significativi ed importanti a fini di sanità pubblica. Essi testimoniano l'utilità e l'esigenza di poter disporre in modo tempestivo di dati di mortalità a livello regionale.

TUMORE DELLA PROSTATA

Ricorso alla prostatectomia radicale nella Regione Veneto, 1999-2005

CRRC-SER

I dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori indicano come nel nostro Paese il tumore della prostata sia ormai nel sesso maschile la seconda neoplasia per frequenza dopo i tumori cutanei. Il crescente ricorso al dosaggio dell'antigene prostatico (PSA) ha portato i tassi di incidenza a raddoppiare dal 1988-1992 al 1998-2002 (AIRT Working Group: I Tumori in Italia-Rapporto 2006). L'incidenza mostra una notevole eterogeneità soprattutto in funzione della diffusione del ricorso al PSA nelle diverse aree geografiche. È da ricordare che nel maggio 2003 è stato stilato un documento italiano di consenso, in cui si afferma che non esiste al momento indicazione all'esecuzione del PSA come screening in soggetti asintomatici; l'opportunità del ricorso al test deve essere valutata nel singolo paziente in occasione di consultazione medica. Sono ancora in corso sia in Europa che negli USA trial di dimensioni adeguate con cui si potrà finalmente valutare l'utilità dello screening con PSA nell'aumentare la sopravvivenza; alcuni risultati provvisori indicano un effetto positivo nel ridurre i casi metastatici, al costo però di quasi raddoppiare i casi diagnosticati (e di conseguenza le procedure chirurgiche maggiori). Infatti, parallelamente alla crescente incidenza della neoplasia, l'intervento di prostatectomia radicale si è affermato come la terapia di prima scelta in presenza di neoplasia localizzata. D'altra parte, la procedura è gravata da possibili complicanze (tra le altre, incontinenza ed impotenza), ed almeno in tempi passati da un seppur limitato rischio di morte. Secondo i dati relativi alle ospedalizzazioni consultabili sul sito del Ministero della Salute, la Regione Veneto si classifica al secondo posto dopo la Lombardia per numero di ricoveri con prostatectomia radicale segnalata come intervento principale. Scopo dell'articolo è valutare il trend nel tempo del ricorso alla prostatectomia radicale nella popolazione regionale ed esaminare le caratteristiche principali dei relativi ricoveri. Dall'archivio regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) disponibile presso il SER, sono state dunque estratte le dimissioni dei residenti nel Veneto (compresi i ricoveri fuori Regione) dal 1999 al 2005 con codice ICD-9 185 (carcinoma della prostata) in qualunque posizione diagnostica. Tra queste, sono stati selezionati i ricoveri con codice di intervento corrispondente a prostatectomia radicale (ICD9-CM 60.5).

La Tabella 1 mostra come nel periodo considerato il numero di residenti ricoverati con una diagnosi di tumore della prostata è rimasto sostanzialmente stabile; la percentuale di ricoveri effettuata fuori Regione è trascurabile.

Tabella 1. Ricoveri con codice 185 in qualunque posizione ed in diagnosi principale, e percentuale di ricoveri effettuati fuori Regione: residenti nel Veneto, 1999-2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ricoverati totali	7019	6019	6797	7099	6908	6768	6740
Diagnosi principale	4059	2995	3201	3266	3257	3374	3220
% fuori Regione	2,1%	2,7%	2,3%	2,1%	2,0%	2,0%	2,6%