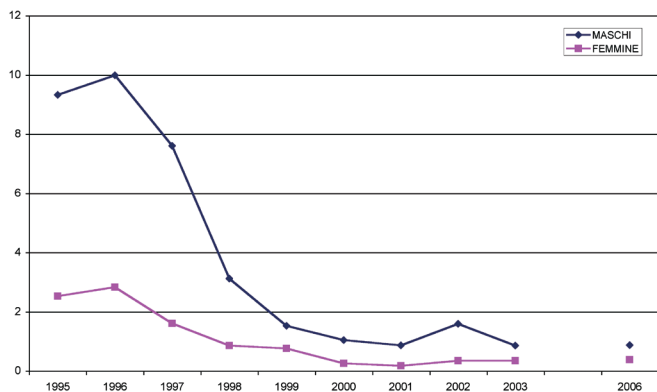


Vi sono due situazioni che come numero assoluto di decessi incidono in misura minima ma che sono estremamente rilevanti, in quanto sono le principali cause di morte in età giovanile: l'AIDS e gli incidenti stradali.

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.

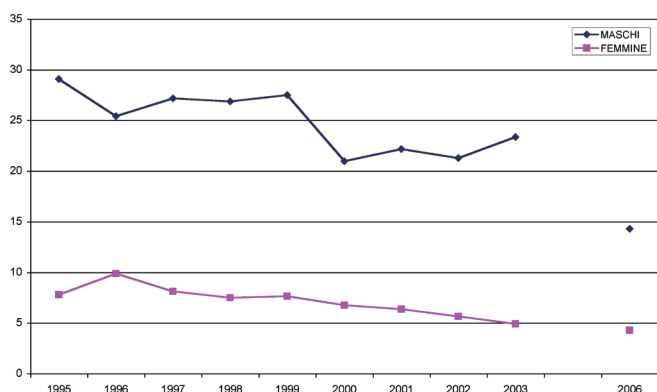
Figura 2: Tasso annuale standardizzato (per 100.000) di mortalità per AIDS dal 1995 al 2006 nei maschi e nelle femmine (dati riferiti ai primi sei mesi di ogni anno).



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.

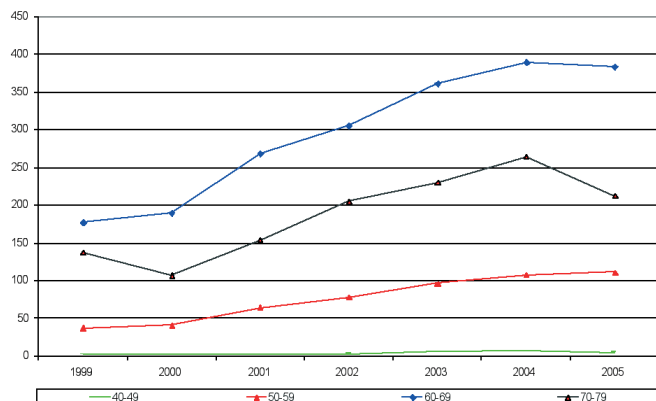
Tabella 1. Ricoveri con codice 185 in qualunque posizione ed in diagnosi principale, e percentuale di ricoveri effettuati fuori Regione: residenti nel Veneto, 1999-2005

	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%

Sono stati quindi identificati 8.916 interventi di prostatectomia radicale eseguiti su residenti nel Veneto nei sette anni esaminati, con una fortissima crescita dai 732 del 1999 ai 1.767 del 2004; solo nell'ultimo anno di osservazione si è registrata una lieve flessione, con 1.693 interventi effettuati nell'anno 2005.

Solo 2 interventi sono stati effettuati in residenti con meno di 40 anni e 5 in soggetti con più di 80 anni. I tassi di prostatectomia radicale sono aumentati in tutte le classi di età fino al 2004; nel 2005 si osserva una stabilizzazione nelle età più giovani ed una flessione sopra i 70 anni (Figura 1).

Figura 1: Tassi di prostatectomia radicale età-specifici per 100.000 residenti: Regione Veneto, 1999-2005.



Nella classe quinquennale di età dove il tasso di prostatectomia radicale è più elevato (65-69 anni), nel 2005 si è comunque registrato il valore record di 465 interventi/100.000 residenti, un dato simile al picco verificatosi negli USA agli inizi degli anni '90, prima che iniziasse ad essere osservata una flessione degli interventi, almeno nelle classi di età più anziane.

I tassi di prostatectomia radicale risultano più elevati di quelli registrati in altri Paesi come il Canada alla fine degli anni '90, soprattutto per quanto riguarda la classe di età più anziana, probabilmente anche in conseguenza di un consensus degli urologi canadesi nel limitare il ricorso alla procedura sopra i 70 anni.

Per quanto riguarda gli altri Paesi europei, i dati sono limitati e la situazione si presenta eterogenea: nonostante l'aumento nel corso degli anni '90, i tassi registrati in Inghilterra erano nel 1999 ancora estremamente bassi, anche per le restrizioni nell'accesso al dosaggio del PSA attraverso il National Health System.

Invece in Austria, pur non essendo disponibili dati sui tassi di intervento, il numero di prostatectomie radicali è cresciuto fino a raggiungere i 2.640 interventi nel 2003, che rapportati alla popolazione del paese, probabilmente corrispondono ad un ricorso a tale procedura di entità simile a quello registrato nel Veneto.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale dei tassi di intervento, abbiamo aggregato gli interventi per provincia di residenza e per il biennio 1999-2000 ed il triennio 2003-2005 così da rendere più stabili i confronti tra aree geografiche all'inizio ed alla fine del periodo di osservazione (Tabella 2). Si può osservare come la provincia che registra nel 2003-2005 i tassi più elevati in tutte e tre le classi di età, avesse nel 1999-2000 meno interventi della media regionale: difficilmente questo può essere attribuito a reali cambiamenti nell'incidenza di base della patologia, ma più probabilmente riflette profondi cambiamenti nei profili di diagnosi e cura.

Tabella 2. Tassi di prostatectomia radicale (per 100.000 residenti) per provincia: confronto 1999-2000 e 2003-2005.

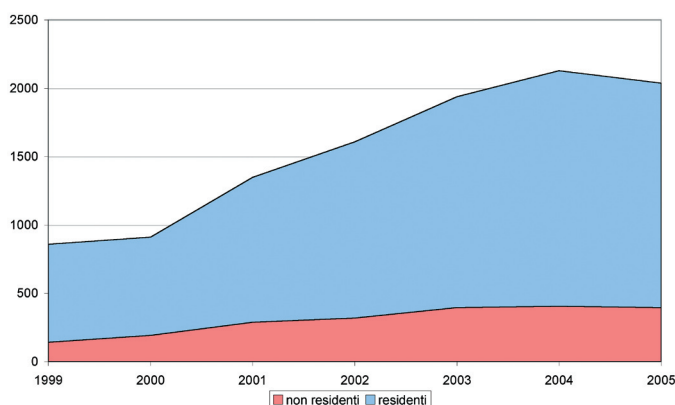
	1999-2000			2003-2005		
	Classe di età			Classe di età		
	50-59	60-69	70-79	50-59	60-69	70-79
Belluno	24	224	230	98	255	138
Padova	48	198	138	99	386	288
Rovigo	29	93	25	68	238	85
Treviso	56	218	117	120	386	215
Venezia	43	200	126	95	340	216
Vicenza	26	138	136	91	393	239
Verona	31	181	101	137	466	300
Regione	39	184	123	105	379	236

Per descrivere i profili di attività abbiamo considerato tutti gli interventi effettuati in Regione (incluso dunque anche i non residenti). Le prostatectomie radicali sono aumentate da 874 nel 1999 a 2128 nel 2004, per attestarsi a 2.037 nel 2005 (Figura 2). In totale sono state eseguite 10.829 prostatectomie radicali, con una notevole capacità di attrazione: ben 2.134 interventi nei sette anni analizzati sono stati eseguiti su pazienti di altre Regioni, (24.5%), mentre solo 221 residenti in Veneto si sono rivolti a strutture extra-regionali.

È confortante il fatto che nell'archivio regionale SDO siano stati registrati solo 15 decessi durante il ricovero, corrispondenti ad una mortalità intra-ospedaliera inferiore allo 0,2%.

Tale dato, pur essendo incompleto rispetto a misure più appropriate di esito a breve termine (mortalità a 30 giorni), risulta comunque contenuto e compatibile con quanto registrato in altri Paesi europei.

Figura 2: Interventi eseguiti nelle strutture regionali su residenti e non residenti nel Veneto, 1999-2005.



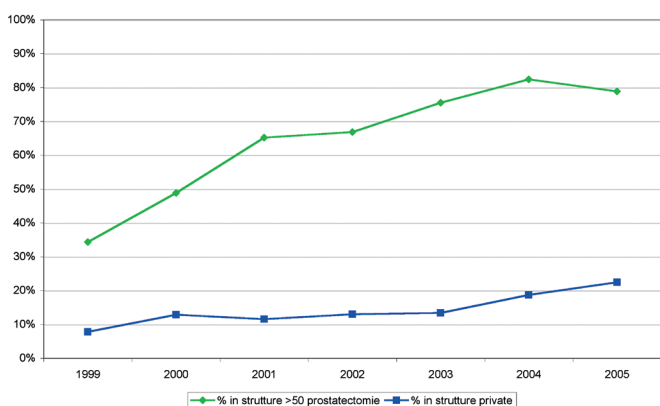
Il 94% delle dimissioni avviene da reparti specialistici (Urologia), ed il 6% dalle Chirurgie generali. Nel periodo di osservazione la degenza media si è ridotta del 30% circa (Tabella 3).

Il numero di strutture in cui si esegue la procedura è rimasto sostanzialmente stabile; dato il considerevole aumento degli interventi, la percentuale di quelli eseguiti in ospedali in cui si effettuano almeno 50 prostatectomie all'anno è salita da un terzo del totale all'80% circa (Figura 3).

Tabella 3. Caratteristiche dei ricoveri con prostatectomia radicale: Regione Veneto, 1999-2005.

ANNO	N interventi	Degenza media (giorni)	Tot giorni degenza	N strutture con almeno un intervento
1999	859	13,3	11.464	32
2000	911	12,1	11.050	35
2001	1.348	11,3	15.176	41
2002	1.608	10,2	16.414	37
2003	1.938	9,8	18.934	39
2004	2.128	9,3	19.730	37
2005	2.037	9,2	18.772	38

Figura 3: Prostatectomie radicali nel Veneto 1999-2005: caratteristiche e volume di attività delle strutture.



REGISTRO REGIONALE VENETO DEI CASI DI MESOTELIOMA

Risultati relativi alla frequenza in Veneto del Mesotelioma Maligno (MM) e alla frequenza e caratteristiche dell'esposizione ad amianto nei casi approfonditi

ENZO MERLER, SARA ROBERTI
E IL GRUPPO REGIONALE
SUI MESOTELIOMI MALIGNI

Premessa

Il Registro regionale veneto dei casi di mesotelioma è stato istituito dalla Regione Veneto nel 2001 e risponde alla legislazione europea e nazionale che chiede di identificare ogni nuovo caso di mesotelioma – neoplasia maligna ad esito infausto che origina dalle cellule dei foglietti che rivestono pleura, peritoneo e pericardio – che insorge nella popolazione generale e valutare se possa essere rapportabile ad esposizioni lavorative, ambientali o domestiche ad amianto, il fattore di rischio principale di questa patologia. Per attuare questa attività è stato istituito, a livello nazionale, un Registro Nazionale dei mesoteliomi (ReNaM), che ha sede presso l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro (ISPESL) che viene alimentato dall'attività di Registri regionali (denominati Centri Operativi

Regionali, COR). Legislazione di riferimento è, a livello nazionale, il DPCM 308 del 2002, a livello regionale la Delibera della Giunta Regione Veneto 538 del 2001 e 1980 del 2003. Estrazione, commercializzazione e uso dell'amianto sono stati banditi in Italia nel 1992.

Negli esposti ad amianto il periodo che può intercorrere tra inizio dell'esposizione e insorgenza del mesotelioma è particolarmente lungo, di fatto mai inferiore a 10 ma spesso superiore anche a 50 anni.

Questa lunga latenza comporta che una riduzione della frequenza di questa patologia sia osservata finora solamente in quei paesi "industrializzati" che hanno attivato politiche di controllo e abbandono dell'amianto più precocemente, cioè con gli anni '70.

In Italia, invece, una tendenza alla diminuzione di frequenza non è ancora stata osservata e non è stato ipotizzato che possa avvenire per almeno un altro decennio.

Descrizione della frequenza della malattia e andamento nel tempo

Una sintesi delle informazioni raggiunte è rappresentata dai due successivi Report intitolati "Il ruolo dell'esposizione lavorativa ed ambientale ad amianto nella genesi dei casi di mesotelioma insorti in residenti del Veneto" pubblicati dal Registro il primo del 2001, il secondo ora a fine 2006. Tra i diversi COR quello del Veneto ha identificato, approfondito e pubblicato la più ampia casistica di mesoteliomi. Questo risultato deriva dall'ampia ricostruzione retrospettiva svolta identificando tutti i nuovi casi di malattia insorti dal 1987, con una completezza che si ritiene esaustiva per il periodo dal 1990 in avanti.

Per ricercare le informazioni sono state essenziali le collaborazioni con le strutture di diagnosi e cura dei mesoteliomi (Anatomie Patologiche, Chirurgie Toraciche in primis), con il Registro Tumori del Veneto, e con le strutture regionali che dispongono delle informazioni sui ricoveri ospedalieri e sulle cause di decesso.

Dal 1987 a maggio 2005 (data a cui si riferisce il secondo Report) si erano registrati in Veneto circa 1100 nuovi casi di malattia, circa 800 in persone di genere maschile, quasi 1000 a sede pleurica (i mesoteliomi insorti in sedi diverse dalla pleura sono, con rare eccezioni, mesoteliomi del peritoneo).

La frequenza del MM rilevata in Veneto risulta simile, in Nord Italia, a quella della Lombardia e Piemonte, inferiore a quella della Liguria e del Friuli Venezia Giulia, più elevata di quella di tutte le Regioni del Centro e Sud Italia: il tasso è di circa 2 nuovi casi ogni 100.000 residenti nel genere maschile, di circa 0,7 casi ogni 100.000 nel genere femminile (Tabella 1).

Emergono in Veneto frequenze differenziate per area territoriale: si osserva una frequenza quasi doppia, rispetto alla media regionale, tra i residenti di Venezia e comuni limitrofi nei maschi e una frequenza marcata in entrambi i generi tra i residenti di Padova e comuni limitrofi.

In tutto l'intervallo di tempo esaminato l'andamento temporale della patologia è risultato in aumento, tanto che il numero di casi a fine periodo risulta raddoppiato rispetto ai dati di partenza. Per il Veneto, quindi, non risulta ancora osservabile un raffreddamento della frequenza determinato dall'abbandono dell'amianto. In Veneto la maggior parte dei casi di mesotelioma viene diagnosticata e trattata in tre ospedali: l'Azienda Ospedaliera di Padova, il Presidio Ospedaliero Umberto I di Mestre-Venezia e quello di Castelfranco Veneto, aspetto determinato dall'attività di Unità di Chirurgia Toracica. All'importante numero di casi