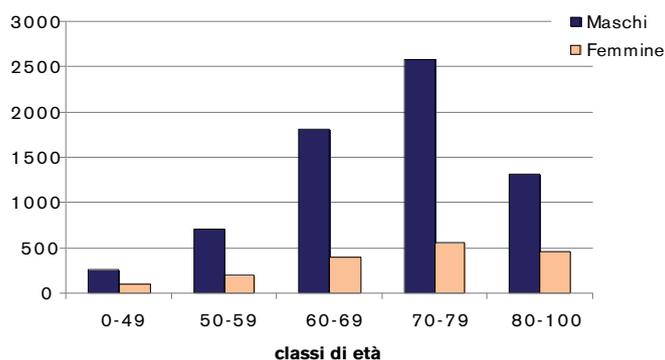


il tumore esaminato (trattamento o follow-up o persone per cui comunque la neoplasia ha inciso nell'assistenza erogata in un ricovero per altri motivi). Tale prevalenza grezza può essere interpretata come un indicatore dell'impegno di risorse ospedaliere giustificato dalla patologia. La prevalenza risulta pari a 178 per 100.000 residenti, ed è maggiore o simile a quella di tumori dall'incidenza circa doppia (polmone, colon-retto) e si spiega con l'elevata sopravvivenza media dei pazienti con neoplasia in stadio iniziale che, però, richiedono spesso trattamenti ripetuti nel tempo in caso di neoplasie multifocali o comunque follow-up in regime di ricovero mediante cistoscopia o altri accertamenti invasivi. La figura 1 mostra la distribuzione per età e sesso degli 8.437 soggetti così individuati: si tratta per lo più di maschi tra 60 e 79 anni.

Figura 1. Residenti in Veneto con almeno un ricovero per tumore della vescica nel 2006. Distribuzione per età e sesso.



Tra gli 8.437 residenti ricoverati nel 2006, la maggior parte (5.965 pari al 71%) aveva già avuto una prima ospedalizzazione per neoplasia vescicale nel periodo 2000-2005 (tabella 4), con una quota rilevante (21%) che continua ad avere necessità di assistenza ospedaliera per la patologia almeno dal 2000; dei 1.739 soggetti con primo ricovero identificato nel 2000, molti infatti presentavano il codice V10.51 in diagnosi principale, confermando che si trattava di persone probabilmente in follow-up già dagli anni '90.

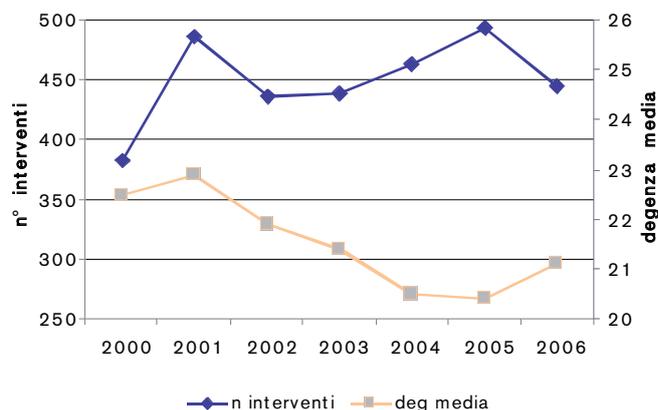
Tabella 4. Soggetti residenti in Veneto e ricoverati per neoplasia vescicale nel 2006 (tot = 8.437): anno di primo ricovero per neoplasia vescicale, e casi in cui nel primo ricovero era riportato la diagnosi principale V10.51.

	Primo ricovero per cancro alla vescica		Di cui diagnosi princ. V10.51
	n.	%	
2000	1.739	21%	685
2001	699	8%	95
2002	601	7%	49
2003	743	9%	28
2004	924	11%	37
2005	1.259	15%	45
2006	2.472	29%	135
Tot.	8.437	100%	1.074

Sono stati infine selezionati gli interventi di cistectomia radicale (codice intervento 57.71) eseguiti nelle strutture regionali (sia su residenti in Veneto che fuori regione). Nella figura 2 si vede come il loro numero oscilli intorno a 450/anno e la degenza media sia solo leggermente diminuita e si mantenga sopra i 20 giorni. È da notare come la propor-

zione di interventi in cui è segnalata nella SDO l'esecuzione di una linfoadenectomia sia cresciuta dal 63% nel 2000 al 77% nel 2006; in circa il 40% dei casi è riportato anche il codice 57.87 (creazione di una neovescica continente). Nel complesso la mortalità intraospedaliera è risultata del 2,5%. In conclusione, le neoplasie vescicali nella nostra regione, in considerazione della necessità di trattamenti ripetuti e follow-up a lungo termine, determinano un considerevole impegno di risorse ospedaliere. È da segnalare inoltre la notevole capacità di attrazione che le strutture ospedaliere venete esercitano sui residenti di altre regioni.

Figura 2. Cistectomie radicali eseguite nel Veneto: numero e degenza media nel periodo 2000-2006.



Per informazioni: **Ugo Fedeli**
ugo.fedeli@ulssasolo.ven.it

I SUICIDI NEL VENETO

Analisi delle schede di morte

CRRC-SER

Il 10 settembre 2008 si è celebrata la seconda 'Giornata mondiale per la prevenzione del suicidio', promossa dall'Associazione Internazionale per la Prevenzione del Suicidio (IASP) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO). I governi di tutte le nazioni del mondo sono impegnati nella lotta contro il suicidio, promuovendo la consapevolezza e migliorando gli interventi e le tecniche preventive. Premessa indispensabile alla messa in atto di tali politiche è la stima dell'ampiezza del fenomeno suicidario e a tal fine alcuni indicatori epidemiologici possono essere elaborati a partire dal flusso informativo delle schede di morte.

Si sono ricercati nel registro delle cause di morte del Veneto i decessi di cittadini residenti in Veneto attribuibili a causa violenta (codice ICD-IX da 800 a 999) avvenuti per suicidio o autolesione (codici E950-E959) dal 1999 al 2007, primo e ultimo anno disponibili. Si sono calcolati i tassi di mortalità per suicidio specifici per sesso, età (da 10 a 99 anni), modalità di attuazione (raggruppamenti di codici E), Azienda ULSS di residenza, mese e giorno della settimana. Nel Veneto si registrano ogni anno circa 327 suicidi, uno ogni cento decessi (0,8%). Si muore 15 volte di più per suicidio che per omicidio. La metà dei casi di suicidio si verifica oltre i 52 anni di età (51 anni per gli uomini, 54 per le donne). Tra coloro che muoiono in giovane età (da 20 a 39 anni) ben uno su dieci (10,2%) si è tolto la vita. Nella popolazione totale l'estremo gesto è compiuto per tre quarti (76%) da uomini; tale quota è più elevata tra i giovani e i grandi anziani.

Nel periodo 1999-2007 il tasso di suicidio nel Veneto è di 7,8 casi all'anno per 100.000 abitanti. Il tasso di suicidio è di 8,0 casi per 100.000 abitanti nel 1999 e 7,6 casi nel 2007, con una riduzione media dell'1,6% l'anno. La tendenza alla diminuzione del tasso di suicidio è maggiore tra i giovani da 25 a 34 anni (-6,6% l'anno). I suicidi attuati per inalazione di gas (soprattutto scarichi di veicoli) si sono notevolmente ridotti passando dal 10% di tutti i suicidi nel 1999 al 3% nel 2007.

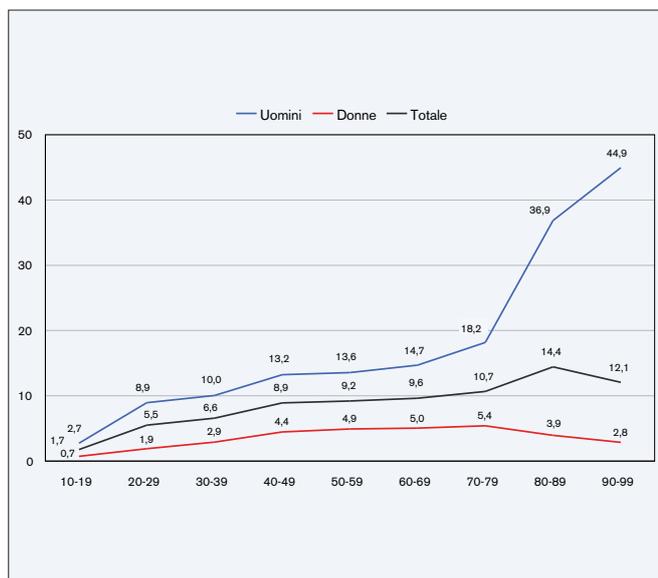
Il tasso di suicidio nella popolazione maschile è di 12,3 casi all'anno per 100.000 abitanti, tre volte il valore registrato nella popolazione femminile (3,7 casi).

Nella figura 1 si rappresentano i tassi di suicidio specifici per età negli uomini, nelle donne e nella popolazione totale. Si evidenzia un andamento in progressiva crescita, con un picco nei grandi anziani; quest'ultimo è imputabile esclusivamente agli uomini.

All'interno di ogni fascia di età il tasso di suicidio è sempre maggiore negli uomini, in particolare:

- negli anziani (80 anni e più) il tasso di suicidio negli uomini (37,8 casi all'anno per 100.000 abitanti) è dieci volte il valore osservato nelle donne (3,7 casi);
- nei giovani (da 15 a 29 anni) il tasso di suicidio negli uomini (7,9 casi) è cinque volte il valore osservato nelle donne (1,7 casi);
- e nelle altre età (da 30 a 79 anni) il tasso di suicidio negli uomini (13,2 casi) è tre volte il valore osservato nelle donne (4,4 casi).

Figura 1. Suicidi per 100.000 abitanti per classe di età e sesso. Veneto, anni 1999-2007.

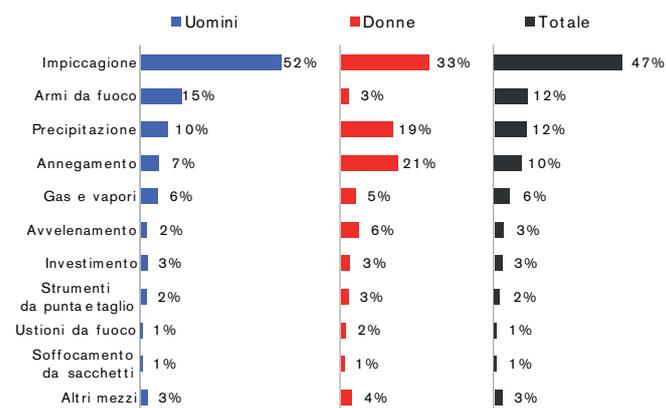


Nella figura 2 si riporta la distribuzione dei suicidi per modalità di attuazione. La metà dei suicidi avviene per impiccagione e circa uno su dieci rispettivamente per uso di armi da fuoco, precipitazione o annegamento.

Tale distribuzione si osserva anche negli uomini, mentre le donne ricorrono all'impiccagione solamente in uno ogni tre suicidi.

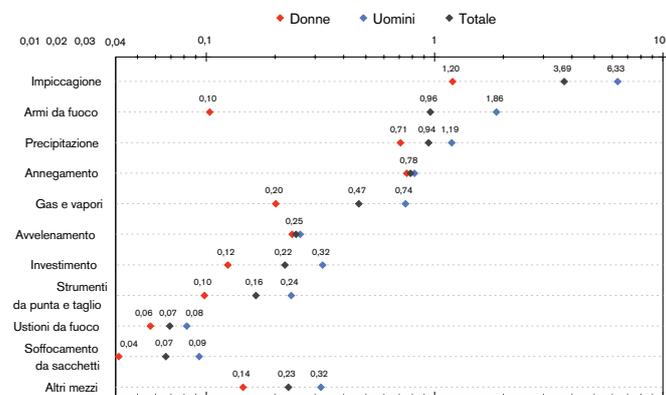
Nella figura 3 si riportano su scala logaritmica i tassi di suicidio per ciascuna modalità di attuazione negli uomini e nelle donne. Il tasso di suicidio risulta sempre superiore negli uomini ma la differenza con le donne varia a seconda della modalità. Per i suicidi con arma da fuoco il tasso negli uomini è venti volte il valore osservato nelle donne, per impiccagione cinque volte, per inalazione di gas quattro volte, per investimento tre volte e per precipitazione due volte.

Figura 2. Suicidi per modalità di attuazione (%) in uomini, donne e popolazione totale. Veneto, anni 1999-2007.



I tassi di suicidio per annegamento, avvelenamento e ustioni da fuoco negli uomini sono simili ai corrispondenti valori nelle donne, sebbene nei due sessi le percentuali di suicidi attuati con queste modalità siano differenti.

Figura 3. Suicidi per 100.000 abitanti per modalità di attuazione e sesso. Veneto, anni 1999-2007.

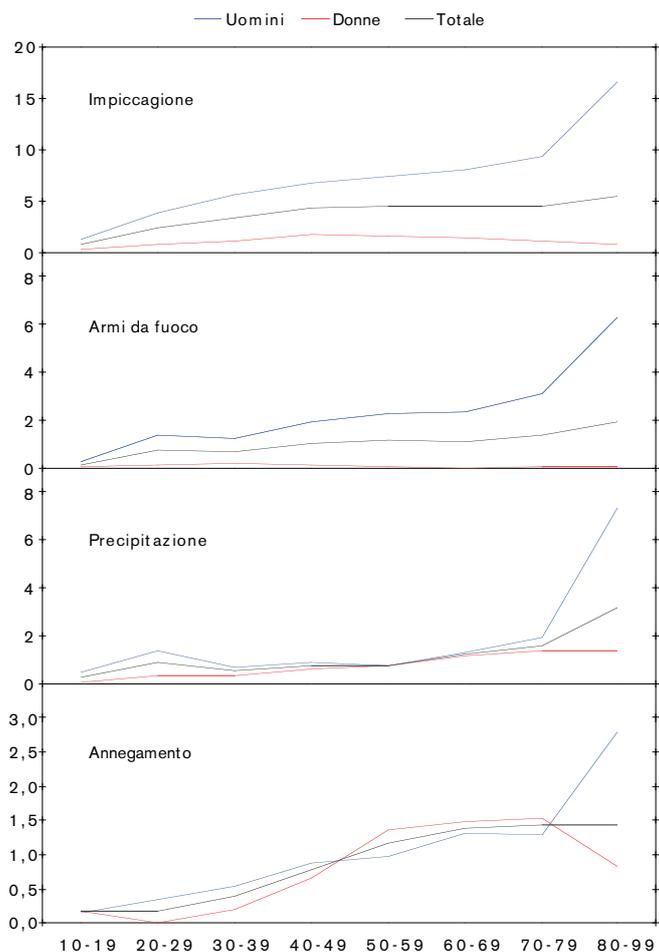


La modalità prevalente di suicidio in ciascuna classe di età è sempre l'impiccagione, seguita dalla precipitazione nei giovani e negli anziani. Anche negli uomini di ogni classe di età l'impiccagione è la prima modalità di suicidio; nella classe da 30 a 79 anni questa è seguita dall'uso di armi da fuoco piuttosto che dalla precipitazione. Nelle donne da 10 a 59 anni prevale l'impiccagione, da 60 a 79 anni l'annegamento e oltre gli 80 anni la precipitazione.

Nella figura 4 si rappresentano i tassi di suicidio specifici per età negli uomini, nelle donne e nella popolazione totale per le modalità più frequenti. Nella popolazione totale per ciascuna di queste modalità i tassi aumentano con l'età, ma l'andamento è diverso nei due sessi. I tassi di impiccagione e di suicidio con arma da fuoco negli uomini sono sempre superiori ai valori osservati nelle donne e crescono progressivamente con l'età per poi balzare a valori rilevanti nei grandi anziani; nelle donne il tasso di impiccagione raggiunge il valore massimo già da 40 a 49 anni, il tasso di suicidio con arma da fuoco già da 30 a 39 anni e poi entrambi diminuiscono. Il tasso di precipitazione negli uomini mostra un picco da 20 a 29 anni e un notevole aumento oltre 70 anni; invece, nelle donne il tasso di precipitazione cresce in modo progressivo con l'età e da 50 a 59 anni raggiunge il valore osservato negli uomini senza mai superarlo. Il tasso di annegamento aumenta con l'età e mostra valori simili negli uomini e nelle donne fino a 70 anni, per poi aumentare bruscamente negli uomini e diminuire nelle donne. Infine, il tasso di suicidio per inalazione di gas (non mostrato in

figura) a ogni età è maggiore negli uomini e presenta un forte calo oltre i 50 anni in entrambi i sessi.

Figura 4. Suicidi per 100.000 abitanti per classe di età e sesso. Impiccagione, uso di armi da fuoco, precipitazione e annegamento. Veneto, anni 1999-2007.



La composizione per età della popolazione residente differisce nelle Aziende ULSS e si è visto che la mortalità per suicidio varia con l'età. Pertanto, i valori di mortalità per suicidio osservati nelle Aziende ULSS riproducono le diverse composizioni per età delle popolazioni ivi residenti e l'effetto di altri fattori distribuiti diversamente nel territorio regionale viene mascherato. Per ridurre il confondimento dovuto all'età si confrontano in ciascuna Azienda ULSS i suicidi osservati con il numero di suicidi ottenuto sostituendo ai tassi specifici per età dell'Azienda ULSS quelli dell'intera Regione. Con questo metodo, chiamato 'standardizzazione indiretta', si calcola per ogni Azienda ULSS un indicatore, chiamato 'rapporto standardizzato di mortalità' interpretabile come il numero di suicidi osservati per Azienda ULSS ogni 100 casi previsti in base alla mortalità regionale.

Nella figura 5 si riportano su scala logaritmica per ciascuna Azienda ULSS i rapporti standardizzati di mortalità per suicidio rispetto all'intera regione con i relativi intervalli di confidenza al 95%. Si osserva un numero di suicidi superiore all'atteso per le Aziende ULSS n. 1 e n. 2, seguite dalle Aziende n. 4 e n. 5, e inferiore all'atteso per le Aziende n. 15, n. 12, n. 8, n. 9, n. 22 e n. 20.

dicembre. La mortalità per suicidio in marzo e in maggio è 1,5 volte più alta che in dicembre.

Figura 5. Suicidi osservati per Azienda ULSS ogni 100 casi previsti in base alla mortalità regionale specifica per età (rapporto standardizzato di mortalità) e corrispondente intervallo di precisione (intervallo di confidenza al 95%). Veneto, anni 1999-2007.

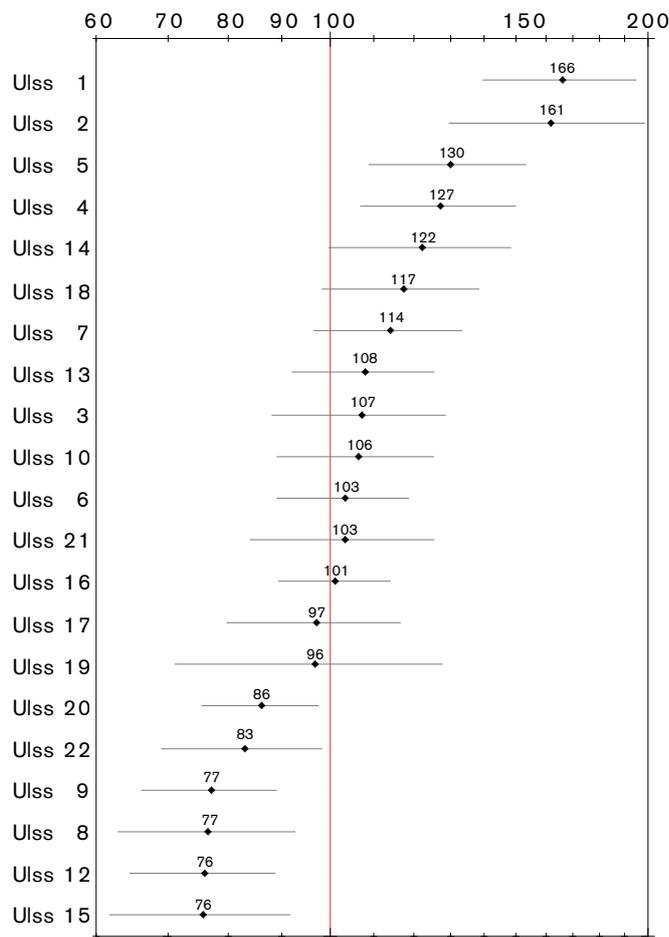
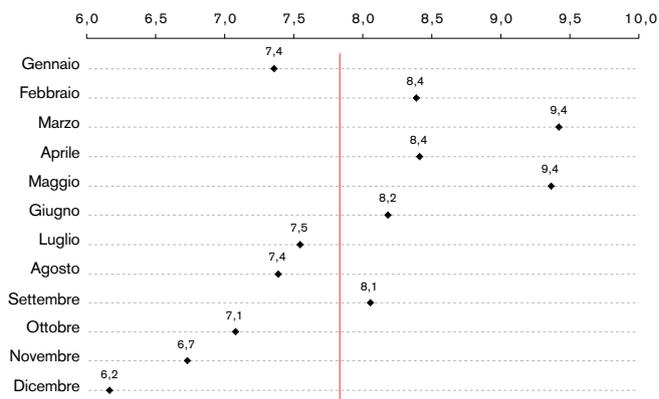
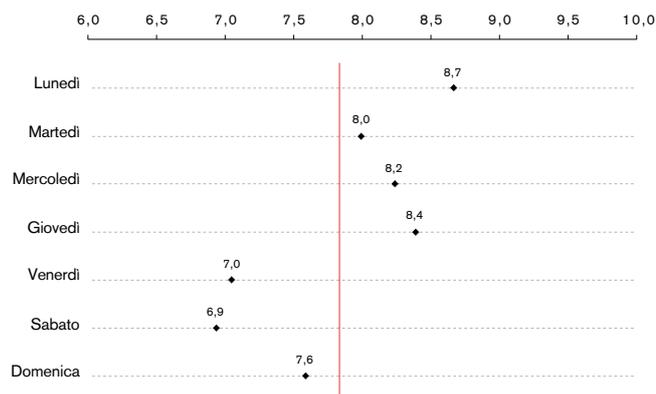


Figura 6. Suicidi per 100.000 abitanti per mese (ricondotti a un anno). In rosso i suicidi per anno (7,8). Veneto, anni 1999-2007.



Nella figura 7 si rappresentano i tassi di suicidio specifici per giorno della settimana corretti per la quota parte dell'anno che ciascuno di essi rappresenta così da renderli confrontabili tra loro e con il tasso annuale. I valori sono maggiori nella prima parte della settimana (da lunedì a giovedì) rispetto alla seconda (da venerdì a domenica). La mortalità per suicidio è più alta il lunedì e minima il sabato.

Figura 7. Suicidi per 100.000 abitanti per giorno della settimana (ricondotti a un anno). In rosso i suicidi per anno (7,8). Veneto, anni 1999-2007.



I dati del registro delle cause di morte del Veneto sono coerenti con le statistiche più recenti pubblicate dall'ISTAT relative all'Indagine sulle cause di morte del 2003, riportate nella tabella 1.

Tabella 1. Suicidi per 100.000 abitanti per regione e per sesso. Età da 10 a 99 anni, anno 2003. Dati: Indagine sulle cause di morte ISTAT. Elaborazione: CRRC-SER.

Ripartizione Regione	Uomini	Donne	Totale
Nord-Occidentale	12,7	4,2	8,2
<i>Piemonte</i>	16,6	5,5	10,9
<i>Valle d'Aosta</i>	26,0	12,4	19,0
<i>Liguria</i>	7,6	1,7	4,5
<i>Lombardia</i>	11,5	3,8	7,5
Nord-Orientale	14,4	4,9	9,3
<i>Trentino - Alto Adige</i>	18,2	4,8	11,3
Veneto*	11,2	3,8	7,4
<i>Friuli - Venezia Giulia</i>	13,9	5,2	9,4
<i>Emilia - Romagna</i>	16,6	5,9	11,1
Centro	11,6	3,7	7,4
<i>Toscana</i>	12,3	4,1	8,0
<i>Umbria</i>	17,1	4,0	10,3
<i>Marche</i>	18,6	3,6	10,8
<i>Lazio</i>	8,0	3,4	5,6
Meridione	8,8	2,3	5,5
<i>Abruzzo</i>	12,1	3,7	7,7
<i>Molise</i>	10,6	2,0	6,1
<i>Campania</i>	6,9	1,8	4,3
<i>Puglia</i>	9,9	2,2	5,9
<i>Basilicata</i>	12,9	2,9	7,8
<i>Calabria</i>	8,2	3,0	5,5
Isole	14,4	3,0	8,5
<i>Sicilia</i>	11,7	2,3	6,8
<i>Sardegna</i>	22,3	4,8	13,3
ITALIA	12,0	3,6	7,7

* Registro delle cause di morte del Veneto, anno 2003: uomini 11,0; donne 3,9; totale 7,8.

La mortalità per suicidio è più alta nell'Italia insulare e nord-orientale. I valori osservati in Veneto sono inferiori a quelli delle Regioni circostanti e prossimi alla media nazionale. Un'ulteriore fonte di informazioni sono le denunce di suicidio o di tentativo di suicidio trasmesse all'Autorità giudiziaria. I dati vengono pubblicati dall'ISTAT aggregati per circoscrizione giudiziaria, non per luogo di residenza della vittima. Nel 2007 in Veneto le denunce di suicidio sono 281 (5,8 per 100.000 abitanti) mentre i tentativi di suicidio sono 269 (5,6 per 100.000 abitanti). In Italia si osservano valori inferiori: 4,8 suicidi per 100.000 abitanti e 5,4 tentativi di suicidio per 100.000 abitanti.

Per informazioni: **Giovanni Milan**
giovanni.milan@ulssasolo.ven.it

NOTIZIE DAL MONDO DELL'EPIDEMIOLOGIA

Corso di Formazione. Il passaggio da ICD9 ad ICD10: impatto sulle statistiche di mortalità

La Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD10) costituisce lo standard attuale a livello nazionale per la produzione e l'analisi dei dati di mortalità. ICD10 rappresenta una forte ed inedita discontinuità rispetto alle edizioni precedenti in relazione all'impostazione formale e di contenuto e, soprattutto, alle istruzioni relative alla codifica delle cause di morte. Il CRRC-SER organizza un corso di formazione rivolto agli utilizzatori dei dati di mortalità nel contesto del Servizio Sanitario Regionale. L'obiettivo di questo corso è fornire degli strumenti concettuali ed operativi per l'analisi e l'interpretazione dei dati di mortalità con ICD10 e alcuni spunti di lettura per un appropriato confronto con i dati precedenti.

Il corso si svolgerà presso la nuova sede del CRRC-SER in due edizioni di una giornata ciascuna. Le date previste sono il 20 e il 27 novembre 2007. Per maggiori informazioni: stefano.brocco@ulssasolo.ven.it; www.ser-veneto.it.

Giornata di Studio. Flussi informativi e tutela della salute mentale

Organizzata dal CRRC-SER, il prossimo 3 novembre 2008 si terrà nella nuova Sala Convegni dell'Ospedale di Castelfranco Veneto la giornata di studi su Flussi informativi e tutela della salute mentale durante la quale verrà presentato il Rapporto 2007 e verranno proposti miglioramenti per la gestione del flusso dell'Assistenza Psichiatrica Territoriale.

NEI PROSSIMI NUMERI

Nei prossimi numeri parleremo di:

- Lo studio sulla prevalenza del diabete nella Regione Veneto;
- Attività di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere nella Regione Veneto;
- Contributi di altri centri della rete epidemiologica regionale.

Per ulteriori informazioni
sull'attività del S.E.R.
www.ser-veneto.it
ser@ulssasolo.ven.it

Notiziario trimestrale del CRRC del SER Veneto

Proprietario ed Editore: ULSS 8

Direttore Responsabile: Mariano Montagnin

Direttore Editoriale: Paolo Spolaore

Coordinatori di redazione: Stefano Brocco, Ugo Fedeli

Coordinatore Comitato Scientifico: Cesare Dal Palù

Comitato Scientifico: Francesco Avossa, Luigi Bertinato, Gianstefano Blengio, Stefano Brocco, Roberto Corrocher, Cesare Dal Palù, Roberto De Marco, Ugo Fedeli, Adriano Marcolongo, Giampietro Pellizzer, Mario Saugo, Paolo Spolaore, Renzo Trivello, Massimo Valsecchi, Felice Vian

Stanza: Grafiche Antiga - Crocetta del Montello (Tv)

Sede della Redazione: Centro Regionale di Riferimento per il Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale CRRC-SER - Azienda ULSS 8 c/o Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto - Via Ospedale 18 - 31033 Castelfranco Veneto (Tv)

Autorizzazione Tribunale di Treviso n. 39 del 08/08/2006
Iscrizione ROC collegata n. 10626 del 14/02/2002