

In conclusione, la regione Veneto nel panorama nazionale si caratterizza per un elevato ricorso alla chirurgia adenotonsillare in età pediatrica, in particolare per l'elevato numero di adenoidectomie isolate, nonostante quest'ultimo intervento sia sostanzialmente diminuito nel periodo 2000-2006. Vi è una considerevole variabilità nei tassi di intervento a seconda della cittadinanza e soprattutto dell'ULSS di residenza. Per quanto riguarda l'appropriatezza delle modalità organizzative, la regione si distingue per l'elevato ricorso al regime di ricovero diurno. Tutte queste dinamiche sembrano peraltro precedere l'introduzione delle linee guida nazionali nel 2003.

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

TUMORE DELLA VESCICA

Dati di ospedalizzazione nel Veneto
 Anni 2000-2006

CRRC-SER

Il tumore della vescica, con 1.689 casi/anno stimati dal Registro Tumori del Veneto nel periodo 1998-2001, è la quinta sede di neoplasia dopo mammella, polmone, colon-retto e prostata (<http://www.registrotumoriveneto.it/>).

L'incidenza regionale grezza si attesta sui 60 casi per 100.000 residenti tra i maschi e 16 tra le donne; l'incidenza stimata negli uomini è inferiore alla media nazionale. L'incidenza aumenta con l'età e raggiunge negli uomini un picco di 350/100.000 nell'età 75-84, e nelle donne >70/100.000 sopra gli 85 anni; nel complesso l'incidenza si è mantenuta stabile nel periodo 1987-2001. La sopravvivenza relativa a 5 anni per tumore alla vescica nel Veneto è maggiore rispetto alla media nazionale e supera il 75%.

Di seguito sono presentati i dati relativi all'assistenza ospedaliera per tumore della vescica seguendo una metodologia già adottata dal SER per analisi simili condotte su altre sedi tumorali. Sono state dunque selezionate le SDO con codici 188 (tumori maligni della vescica) e 233.7 (cancro in situ della vescica) in qualunque posizione diagnostica. Inoltre, sono state incluse le SDO con codice V10.51 (anamnesi personale di tumore della vescica) esclusivamente se presente in diagnosi principale o con una diagnosi principale di metastasi, neoplasia senza indicazione di sede, chemioterapia, radioterapia (196-199, V58.0, V58.1, V67.1, V67.2). È stato utilizzato l'archivio regionale delle SDO degli anni 2000-2006, analizzando sia le dimissioni da strutture ospedaliere del Veneto (residenti e non residenti in regione) sia i ricoveri fuori regione di residenti nel Veneto. Sono stati così analizzati il trend complessivo dei ricoveri, gli indici di attrazione (frazione sul totale delle dimissioni da ospedali del Veneto giustificata da non residenti) e di fuga (frazione sul totale delle dimissioni dei residenti nel Veneto giustificata da ricoveri fuori regione).

Come si vede nella tabella 1, i ricoveri dei residenti in regione sono complessivamente aumentati nel periodo considerato (+11%).

È da menzionare come il codice 233.7 sia in realtà poco rappresentato e sempre meno utilizzato nel tempo, rendendo conto di circa il 2% dei ricoveri nel 2000-2003 e solo dell'1% nel 2004-2006. L'indice di fuga è trascurabile, nettamente inferiore a quello relativo al totale dei ricoveri dei residenti nel Veneto, mentre l'indice di attrazione è molto elevato e stabile nel tempo.

Tabella 1. Dimissioni con diagnosi di tumore della vescica: indici di attrazione e fuga. Anni 2000 e 2006.

	Anno	
	2000	2006
Non residente in Veneto	2.451	2.422
Residente e ricoverato in Veneto	12.849	14.242
Residente in Veneto e ricoverato fuori regione	189	178
Indice di attrazione	16%	15%
Indice di fuga	1%	1%

In tabella 2 si può notare come nel 2006 tra i ricoveri ordinari prevalgono quelli con DRG chirurgico; i ricoveri in DH, sia con DRG medico che chirurgico, sono caratterizzati da un limitato numero medio di accessi.

Tabella 2. Ricoveri in strutture regionali, anno 2006: distribuzione per regime di ricovero e tipo di DRG, numero, giorni di degenza (o accessi) e degenza media (o numero medio di accessi).

REGIME	DRG	n	%	gg deg	%	deg media
Ordinario	Chir	5.134	31	28.077	44	5
	Med	2.033	12	16.122	25	8
DH	Chir	3.964	24	6.248	10	2
	Med	5.533	33	13.448	21	2
TOTALE		16.664	100	63.895	100	4

Nella tabella 3 è evidenziato l'andamento temporale dei 10 DRG numericamente più rappresentati, che insieme costituiscono ben il 94% del totale dei ricoveri per tumore della vescica: risultano sostanzialmente stabili nel tempo i ricoveri per interventi per via trans uretrale (DRG 311 e 310), in forte crescita quelli per follow-up di pazienti con tumore (DRG 412, 408, 407 e 411), in riduzione i DRG medici di neoplasie delle vie urinarie (DRG 319 e 318).

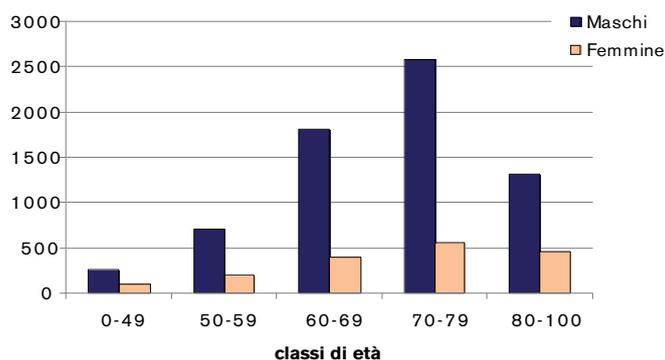
Tabella 3. DRG più frequenti (confronto 2000-2006) e percentuale sul totale dei ricoveri per tumore della vescica nel 2006.

DRG	2000	2006	% 2006
311- Interventi per via transuretrale no cc	4.980	5.110	31
412-Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	2.353	3.678	22
319-Neoplasie rene, vie urinarie no cc	2.505	2.011	12
408-Alterazioni mieloprol. e/o neoplasie poco diffuse con altri interventi	1.174	2.262	14
310-Interventi per via transuretrale con cc	812	577	3
303-Interventi rene, uretere e int. maggiori vescica per neoplasia	515	562	3
318-Neoplasie rene, vie urinarie con cc	616	424	3
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	445	547	3
407- Alterazioni mieloprol. e/o neoplasie poco diffuse con intervento maggiore no cc	132	180	1
411- Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	162	189	1

Inoltre, sono state selezionate le dimissioni nel 2006 dei residenti (inclusi i ricoveri fuori regione) per ricostruire il numero di persone con almeno un ricovero correlato alla neoplasia; rapportando tale numero alla popolazione residente si è ottenuto un tasso grezzo di prevalenza di soggetti che nel 2006 sono ricorsi a cure ospedaliere per

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.

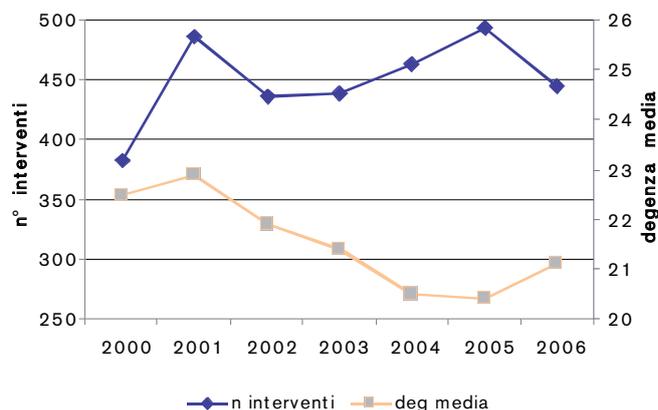
Tabella 4. Soggetti residenti in Veneto e ricoverati per neoplasia vescicale nel 2006 (tot = 8.437): anno di primo ricovero per neoplasia vescicale, e casi in cui nel primo ricovero era riportato la diagnosi principale V10.51.

	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.