

Versione estesa
disponibile solo online

Inserto **BEN**

Bollettino Epidemiologico Nazionale

IL MONITORAGGIO DELLA SALUTE DEI DETENUTI NEL CARCERE DI TRENTO. L'INDAGINE PASSI IN CARCERE, ANNO 2016

Pirous Fateh-Moghadam¹, Laura Battisti¹, Stefania Pancher², Pierino Anesin², Chiara Mazzetti², Claudio Ramponi² e Silvio Fedrigotti¹

¹Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale, Provincia Autonoma di Trento;

²Distaccamento presso la Casa circondariale di Trento dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

SUMMARY (*Prison health in Trento (Italy): the 2016 health and behavioural risk factor survey among inmates of the local prison*) - The United Nations basic principles for the treatment of prisoners states that "prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation". In Italy this principle has been implemented by a national law that assigns the responsibility for prisoners' health directly to the National Health Service, establishing therefore the equal treatment of citizens inside and outside prison walls. As a matter of fact, since the Local Health Unit is in charge of prisons' health in Trento, high quality medical assistance is indeed guaranteed at the local prison. However, prisoners suffer a disproportionate burden of health problems and their health needs related to the possibility to adopt healthy lifestyles inside the prison facility are often neglected. In May 2016 in order to monitor health status and to inform and stimulate health promotion efforts, we conducted a cross sectional survey on prisoners' health performing face-to-face interviews with a representative sample of 239 male inmates of the local prison using a standardized questionnaire adopted from the Italian behavioural risk factor surveillance system PASSI. Not surprisingly one of the main results of the survey is the relatively high proportion of symptoms of depression (42%), measured by PHQ-9, particularly among the younger age groups, the foreign born prisoners and among those with financial problems or with problems in maintaining regular contacts with friends and family members. Other important findings are the high prevalence of smokers (72%), non smokers exposed to second hand smoke in their cells (44%), sedentary lifestyle (40%), low fruit and vegetable consumption (13% of "five-a-day"). Furthermore 65% of prisoners declared heavy alcohol consumption prior to incarceration. Results were disseminated among stakeholders and it has been agreed to establish a health promotion action plan based on the study findings.

Key words: prison; health promotion; public health surveillance

pirous.fatehmoghadam@provincia.tn.it

Introduzione

La maggior parte dei cittadini italiani, anche se vive in una città in cui è presente un carcere, non sa praticamente nulla del tipo di attività che si svolge all'interno di un istituto penitenziario. Nell'ambito delle esperienze personali, il carcere rimane un mondo sconosciuto, poco esplorato*. Perché? Un motivo è rappresentato dalla difficoltà di accesso a questo ambiente, separato dal resto della società e caratterizzato da regole ferree e vincoli imposti per "ragioni di sicurezza", i quali, anche se ovvi e in gran parte coerenti con la logica carceraria, possono a volte essere strumentalizzati per il quieto vivere di tutti. Un secondo motivo è la mancanza di committenti di indagini sul mondo carcerario: i detenuti non hanno chiaramente una lobby alle spalle, politicamente non "paga" adoperarsi per chi ha commesso reati, non ci sono margini di guadagno per investitori privati. Un terzo motivo, più profondo, è che sembra normale, e tutto sommato accettabile, che si soffra in prigione, purché tale sofferenza non superi certi livelli (e conduca, ad esempio, al suicidio).

Per questa serie di motivi il monitoraggio e la promozione della salute tra i detenuti rimangono negletti, nonostante il legislatore abbia definito, con un decreto del 2008 (1), che dal punto di vista della salute e della sanità "il trattamento della popolazione carceraria debba essere equiparabile a quello della popolazione generale". I detenuti dovrebbero vivere in un ambiente che favorisca la salute e renda possibile l'adesione alle raccomandazioni sui corretti stili di vita. Il suddetto decreto prevede, inoltre, l'attivazione in tutte le regioni di una rilevazione sistematica sullo stato di salute e sui fattori di rischio individuali dei detenuti presenti negli istituti di pena del territorio di riferimento.

Obiettivo della presente indagine è, quindi, rispondere ai bisogni conoscitivi esplicitati nel decreto e impostare e testare un metodo di rilevazione sistematica sulla salute dei detenuti, con particolare attenzione a quella mentale, facilmente replicabile nel tempo e in altre regioni italiane, al fine di guidare, in maniera razionale, la programmazione degli interventi di promozione della salute in carcere. ►

(*) Su PubMed ("Prisons"[Mesh] AND "Surveys and Questionnaires"[Mesh] AND Italy) risultano solo sette studi epidemiologici pubblicati in Italia negli ultimi 10 anni, di cui due sulla salute del personale di custodia

Materiali e metodi

Partendo dal questionario del sistema di sorveglianza PASSI (2), è stato sviluppato il questionario PASSI-Carcere, con le seguenti caratteristiche:

- sono state aggiunte domande specifiche sulla vita in carcere (permanenza in cella e numero di detenuti per cella, attività lavorative e di formazione, isolamento, rapporto con familiari e altri detenuti, violenza, percezione di qualità dell'assistenza);
- è stata ampliata la sezione relativa alla salute mentale utilizzando il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) per la diagnosi e il monitoraggio della depressione (3);
- è stato inserito un modulo sulla salute orale.

Il questionario è stato perfezionato dopo un pre-test su 17 soggetti ed è stato somministrato *vis-à-vis* alla popolazione carceraria da 10 intervistatori formati appositamente. È stato estratto un campione casuale di 239 detenuti maschi dall'elenco dei presenti nella casa circondariale di Trento a fine aprile 2016, stratificando per sezione del carcere (che identifica specifiche caratteristiche dei detenuti e dei reati). La significatività delle associazioni è stata verificata tramite regressione logistica. Per l'inserimento/archiviazione dei dati è stato sviluppato, usando lo stesso sistema in uso nel PASSI, il software PASSI-Carcere. Le analisi statistiche sono state condotte con il programma SAS 9.13.

Risultati

Sono stati intervistati 239 detenuti maschi presso la casa circondariale di Trento (su 317 presenti al momento del campionamento), con un tasso di rispondenza del 96%. Nove detenuti hanno rifiutato di partecipare all'indagine. Il 66% (IC 95%: 60%-72%) degli intervistati ha cittadinanza straniera, ma solo 6 non sono riusciti a rispondere alle domande per problemi di comprensione linguistica e quindi esclusi dal campione, perché non eleggibili, insieme a 3 detenuti scarcerati prima dell'intervista. Il tempo medio per intervista è stato di 31 minuti (da 12 a 132, mediana 26). Le interviste sono state eseguite in 12 giornate dai 10 intervistatori nei locali dell'infermeria e negli ambulatori medici collocati in aree diverse della casa circondariale. L'età media dei detenuti era di 37,6 anni (range: 19-70 anni). Il 69% aveva un titolo di studio basso (10% nessun titolo, 9% licenza elementare, 50% media inferiore) e il 23% ha avuto (prima dell'ingresso in carcere) molte difficoltà economiche, il 22% qualche difficoltà.

Il 54% (IC 95%: 48%-60%) dei detenuti ha dichiarato di sentirsi molto bene o bene, il 24% (IC 95%: 18%-29%) discretamente e il 22% (IC 95%: 17%-28%) male o molto male. La media di giorni di vita vissuta in cattiva salute (fisica e/o mentale) era di 15,5 giorni al mese (deviazione standard 13,0). Il 32% (IC 95%: 26%-38%) dei detenuti non presentava sintomi di depressione, il 26% (IC 95%: 20%-31%) sintomi lievi, il 17% (IC 95%: 12%-22%) moderati, il 17% (IC 95%: 12%-22%) moderatamente gravi e l'8% (IC 95%: 5%-12%) gravi, per un complessivo 42% (IC 95%: 36%-49%) di detenuti con sintomi di depressione. Particolarmente a rischio sono risultati i detenuti più giovani (53%, 18-24 anni; 47%, 25-34 anni; 48%, 35-49 anni; 12%, 50 anni e più), gli stranieri (49% vs 28% italiani), chi riportava difficoltà economiche (67% vs 35% con nessuna) e chi aveva problemi nel mantenere i rapporti familiari e amicali (51% vs 22% molto/abbastanza facile mantenere i rapporti). Il 46% (IC 95%: 37%-56%) dei detenuti che presentava sintomi depressivi non parlava con nessuno delle proprie difficoltà (Figura).

Sono stati messi in evidenza aspetti rilevanti per la salute: il 72% dei detenuti fuma (IC 95%: 67%-78%) al momento dell'indagine e di questi il 47% è desideroso di smettere; il 44% di non fumatori è esposto al fumo passivo nella propria cella (IC 95%: 32%-56%); il 40% è sedentario (IC 95%: 34%-47%); i detenuti non mangiano abbastanza frutta e verdura: solo il 13% (IC 95%: 9%-18%) mangia in carcere le 5 porzioni giornalieri raccomandate.

Discussione

Alcune criticità emerse dall'indagine sono più difficilmente affrontabili con interventi di promozione della salute, mentre altri problemi sono più gestibili:

- i fumatori desiderosi di liberarsi dalla dipendenza da tabacco potrebbero essere sostenuti attraverso l'offerta di corsi che l'azienda sanitaria già offre alla popolazione generale;
- i detenuti con problemi legati all'alcol potrebbero essere messi in contatto con i servizi di alcologia e le associazioni degli Alcolisti Anonimi presenti sul territorio in modo che al momento della scarcerazione abbiano già dei punti di riferimento consolidati (quest'ultimo tipo di intervento è stato nel frattempo implementato);
- l'attività fisica potrebbe essere maggiormente promossa attraverso l'uso più efficiente della palestra e organizzando regolarmente partite di calcio, di basket ecc, negli spazi all'aperto della casa circondariale con ripercussioni positive sulla salute mentale. Alcune attività fisiche attualmente praticate dai detenuti (esercizi con pesi fai-da-te in cella) sono vietate, ma potrebbero essere autorizzate e incoraggiate;
- una sana alimentazione potrebbe essere promossa attraverso corsi di cucina per i detenuti che si preparano regolarmente i pasti in cella.

Per quanto riguarda le relazioni con i familiari o gli amici, più difficilmente affrontabili dalla sanità pubblica, ma che risultano così importanti nella prevenzione dei sintomi di depressione, possono essere facilitate rimuovendo alcuni ostacoli burocratici (necessità di riavviare le pratiche dopo un trasferimento, considerare come familiare anche fidanzate/i non conviventi, permettere l'utilizzo di software per videochiamate).

I contatti con il mondo esterno potrebbero essere incrementati in occasione di spettacoli teatrali realizzati dai detenuti, aprendoli non solo agli operatori carcerari e ai loro familiari, ma anche al pubblico esterno.

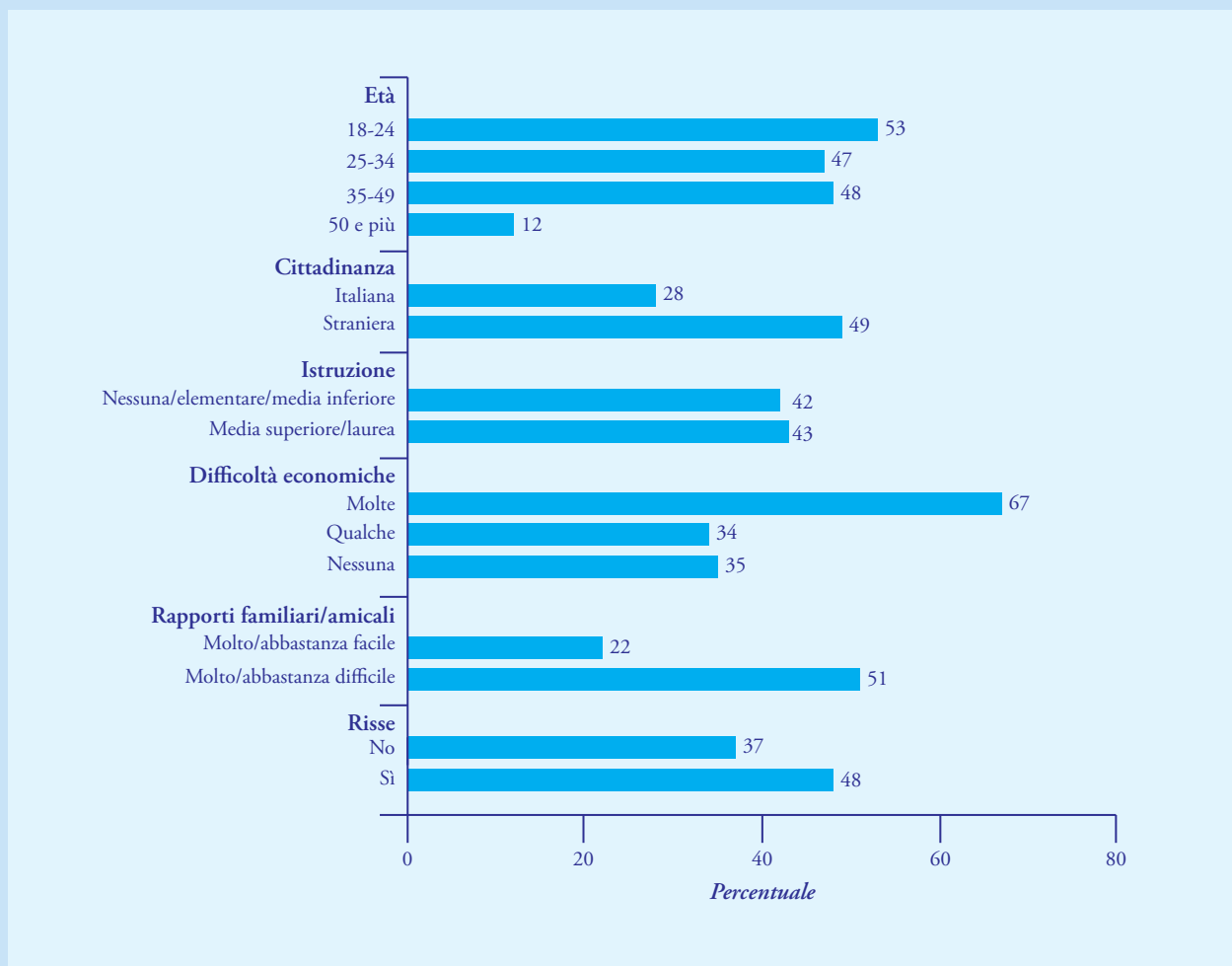


Figura - Sintomi di depressione per caratteristiche socio-demografiche

Come trasformare queste raccomandazioni in azioni concrete? Alla fine del 2016 si   tenuto un incontro con la direzione del carcere e il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria per il Triveneto che ha definito: realizzazione di un piano di azione sulla promozione della salute in carcere; attivit  di monitoraggio sullo stato di salute anche attraverso tecniche pi  "qualitative" (focus group) e per raccogliere anche le opinioni e i bisogni di salute del personale di custodia o altrimenti operativo all'interno del carcere.

Conclusioni

  stata realizzata un'indagine sulla salute in carcere attraverso la somministrazione di un questionario standardizzato a un campione rappresentativo di detenuti della casa circondariale di Trento. L'indagine   risultata gradita sia ai detenuti sia agli intervistatori. I risultati dell'indagine possono essere affiancati ai dati di assistenza ai detenuti nell'ambito di un profilo di salute dei detenuti, rispondendo cos  ai requisiti stabiliti dal legislatore e fornendo preziose informazioni per la programmazione di interventi di promozione di salute. I risultati dell'indagine forniscono infatti una solida base per l'avvio di un gruppo di lavoro sulla promozione della salute in carcere. Grazie all'incardinamento nel sistema PASSI, l'indagine pu  essere facilmente replicata nel tempo e in altre regioni o ASL.

Riferimenti bibliografici

1. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008. Modalit  e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanit  penitenziaria (*Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 126, 30 maggio 2008).
2. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". *Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)*. Roma: Istituto Superiore di Sanit ; 2007 (Rapporti ISTISAN 07/30).
3. Barry LC, Wakefield DB, Trestman RL, *et al.* Disability in prison activities of daily living and likelihood of depression and suicidal ideation in older prisoners. *Int J Geriatr Psychiatry* 2017;32(10):1141-9.

UN ATLANTE SANITARIO PER L'ANALISI DELLA PATOLOGIA ONCOLOGICA IN SICILIA (2003-11)

Antonella Usticano, Achille Cernigliaro, Gabriella Dardanoni, Salvatore Scodotto
e Gruppo Referenti Rete Regionale dei Registri Tumori della Sicilia*

Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Assessorato della Salute, Regione Siciliana, Palermo

SUMMARY (*An Atlas for the analysis of cancer pathology in Sicily in the years 2003-11*) - An integrated database of the Network of Cancer Registries, within the regional information system, has been structured allowing an update of the first Atlas to 2011. The Atlas presents data on cancer incidence, prevalence and survival, in order to represent the impact of oncological diseases on regional population classified by gender, age, residence and other characteristics. This Network consists of the Cancer Registries of Palermo, Ragusa, Siracusa, Trapani and Catania-Messina, accredited by the AIRTUM (Italian Association of Cancer Registries) that certifies the quality in terms of completeness, timeliness, comparability and validity. The remaining provinces are assigned to the already recognized territorially contiguous Registries: the province of Agrigento to the Cancer Registry of Trapani, the province of Caltanissetta to the Registry of Ragusa and the province of Enna to the Registry of Catania. Based on the periods previously covered by the Registries, the study takes into account the incident cases recorded between 2003 and 2011. The standardized incidence rates on the European population show higher values in males (396.3 per 100,000) than in women (304.0 per 100,000).

Key words: tumors; incidence; atlas

antonella.usticano@asp.rg.it

Introduzione

La Rete Siciliana dei Registri Tumori coordinata dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione è costituita dai Registri Tumori di Palermo, Ragusa, Siracusa, Trapani e Catania-Messina, accreditati presso l'AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori) che ne certifica la qualità in termini di completezza, tempestività, confrontabilità e validità, e che forniscono una copertura del territorio della regione pari al 91%, dato di gran lunga superiore alla media nazionale. Le restanti province fanno riferimento ai Registri territorialmente attigui già riconosciuti: la provincia di Agrigento al Registro di Trapani, la provincia di Caltanissetta al Registro di Ragusa, la provincia di Enna al Registro di Catania.

Sulla base del tracciato record condiviso dai singoli Registri è stata creata una base dati integrata della rete Registri Tumori, all'interno della piattaforma regionale del sistema informativo, che ha permesso l'aggiornamento del primo Atlante Sanitario, con riferimento al periodo 2003-11, con i dati di incidenza, prevalenza, sopravvivenza, mortalità e ospedalizzazione della patologia oncologica in Sicilia.

Nell'Atlante i dati vengono presentati per singola sede tumorale e per sesso; vengono, inoltre, presentati mappe tematiche che illustrano la distribuzione spaziale dei tassi standardizzati diretti (TSD) per distretto di residenza, il diagramma dei TSD con i relativi intervalli di confidenza per ciascuna delle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) e infine i grafici che mostrano l'andamento dei tassi di incidenza specifici per età (per 100.000 abitanti). I dati di incidenza della provincia di Agrigento, disponibili dal 2012, sono riportati separatamente (1). Il volume viene, inoltre, integrato dai principali risultati emersi dalle analisi di mortalità prodotti dal ReNCaM (Registro Nominativo delle Cause di Morte) per cause tumorali per il periodo 2007-15 e dall'analisi dell'ospedalizzazione per alcune sedi tumorali più importanti per il periodo 2011-13, al fine di rappresentare l'impatto che le patologie oncologiche hanno sulla popolazione regionale distinta per sesso, età e residenza.

I dati sono stati pubblicati sul nuovo Atlante Sanitario della Sicilia (2) e sul Sistema di Interrogazione Rapida di Indicatori Epidemiologici (SIRIE) (3).

Obiettivi

Descrivere sinteticamente i dati d'incidenza dei Registri Tumori della Rete Siciliana con riferimento al periodo 2003-11.

Metodi

Per rispondere alle esigenze di omogeneità e confrontabilità dei dati si è proceduto alla definizione di un tracciato record (sul modello della base dati AIRTUM) che prevede campi che identificano univocamente e in modo anonimo i dati anagrafici dei pazienti, la topografia, la morfologia, il comportamento e la base della diagnosi della patologia oncologica e infine le date del follow up.

Sono stati considerati tutti i casi incidenti registrati tra il 2003 e il 2011 dai Registri Tumori Siciliani, ognuno dei quali ha contribuito per gli anni di copertura della registrazione. I registri che non coprono per intero il periodo considerato sono il registro di Caltanissetta (2007-11), il registro di Enna (2006-11) e il registro di Trapani (2003-09) (Tabella 1).

Le sedi tumorali sono riportate secondo la 10^a Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati (ICD-10). Questi codici, che sono derivati dalla transcodifica dei codici secondo la classificazione ICDO-03, descrivono sia la sede sia il tipo istologico delle malattie tumorali (4).

(* Gruppo Referenti Rete Regionale dei Registri Tumori della Sicilia: Giuseppa Candela, Maria Lia Contino, Rosanna Cusimano, Anselmo Madeddu, Salvatore Sciacca, Adele Traina, Rosario Tumino, Francesco Vitale.

Tabella 1 - Periodi coperti dalla registrazione e periodi oggetto di analisi dei Registri Tumori della Rete Regionale

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
Agrigento																																		
Caltanissetta																																		
Catania																																		
Enna*																																		
Messina																																		
Palermo																																		
Ragusa																																		
Siracusa																																		
Trapani																																		

Periodi coperti dalla registrazione
 Periodi oggetto di analisi

(*) Poiché i dati risultano più stabili solo a partire dal 2006 si è preferito escludere dallo studio gli anni dal 2003 al 2005

Sono stati calcolati il numero medio annuale dei casi incidenti, il tasso grezzo, il rischio cumulativo 0-74 anni, i tassi specifici per età e quelli standardizzati con il metodo diretto sulla popolazione europea per fasce di età con i rispettivi intervalli di confidenza al 95% (5, 6). Relativamente alla distribuzione proporzionale il calcolo è stato effettuato considerando, per ciascuna patologia, il totale dei casi osservati rapportato al totale dei tumori (escluso la pelle non melanomi) osservati nell'arco di tempo considerato.

Tutte le elaborazioni degli indicatori di incidenza sono state eseguite utilizzando il software SEER*Stat 8.0 (6). Sono stati selezionati gli indicatori per le sedi che mostrano una numerosità elevata o per quelle di cui si è ritenuto di particolare interesse mettere in evidenza i risultati. Dal calcolo degli indicatori sono stati esclusi i tumori *in situ* e borderline (codici di comportamento 2 e 1) che sono stati considerati solo per la vescica e la mammella (Tabella 2).

Risultati

Relativamente al periodo 2003-11, la Rete dei Registri Tumori ha registrato 178.039 record con codici di neoplasia maligna, escludendo il codice ICD-10 C44 relativo al tumore della pelle non melanomi, 96.480 per gli uomini (54,2%) e 81.559 per le donne (45,8%).

Tabella 2 - Codici ICD-10 delle cause tumorali analizzate

Cause tumorali analizzate	Codice ICD 10*
<i>Tutti i tumori maligni escluso la pelle non melanomi</i>	
Esofago	C15
Stomaco	C16
Colon-retto	C18-C21
Fegato	C22
Colecisti e delle vie biliari	C23-C24
Pancreas	C25
Laringe	C32
Polmone	C33-C34
Osso	C40-C41
Melanoma maligno della pelle	C43
Mesotelioma	C45
Sarcoma dei tessuti molli	C47, C49
Tessuti molli	C47, C49
Mammella	C50
Utero	C53-C55
Collo dell'utero	C53
Corpo dell'utero	C54
Ovaio	C56
Prostata	C61
Testicolo	C62
Rene e altre vie urinarie	C64-C66, C68
Vescica	C67, D09.0-D30.3-D41.4
Encefalo ed altre parti del sistema nervoso	C70-C72
Tiroide	C73
Emolinfopoietici	C81-C96
Linfomi di Hodgkin	C81
Linfomi non Hodgkin	C82-C85, C96
Mieloma	C88-C90
Leucemie	C91-C95
Leucemia linfatica acuta	C91.0
Leucemia linfatica cronica	C91.1
Leucemia mieloide acuta	C92.0
Leucemia mieloide cronica	C92.1

Sulla base dei dati analizzati nel periodo considerato e dei casi attesi calcolati applicando il tasso regionale alla popolazione della provincia di Agrigento, si può stimare che siano stati diagnosticati in media ogni anno 22.667 casi di tumori escluso la pelle, di cui 12.183 (53,7%) fra gli uomini e 10.484 (46,3%) tra le donne.

Tra gli uomini di tutte le età le sedi tumorali a più alta incidenza sono risultate la prostata (16,8% di tutti i tumori), il polmone (15,7%), la vescica (13,5%) e il colon-retto (13,0%). Per le donne di tutte le età, invece, le sedi tumorali più frequenti risultano la mammella (28,7% di tutti i tumori), il colon-retto (13,3%), la tiroide (6,6%) e il corpo dell'utero (5,4%).

L'incidenza di tumori maligni è più elevata negli uomini, come evidenziato dal rapporto tra i tassi grezzi, che per l'intera popolazione regionale è pari a 1,2. Anche i rapporti calcolati per le varie province mostrano la stessa tendenza con il valore più alto nella provincia di Trapani (1,3). Il rischio di ammalarsi di tumore entro i 75 anni è più elevato negli uomini (28,0 su 100) che nelle donne (21,9 su 100). L'incidenza per fasce di età cresce notevolmente all'aumentare dell'età, con tassi più elevati per le donne nella fascia di età 40-55 anni dovuti al tumore della mammella (Figura 1). Negli uomini l'andamento vede la curva spostata verso le fasce d'età più elevate per effetto dei casi di tumore della prostata e del polmone.

I dati relativi ai trend temporali sono calcolati al netto dell'invecchiamento della popolazione ed evidenziano, per gli uomini, un andamento costante per quasi tutto il periodo fino a mostrare una tendenza alla diminuzione in corrispondenza dell'ultimo biennio, mentre, per le donne, l'andamento è lievemente in crescita per quasi tutto il periodo (Figura 2).

I tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea mostrano valori più elevati tra gli uomini (396,3 su 100.000) rispetto alle donne (304,0 su 100.000). A livello provinciale, per tutti i tumori escluso la pelle non melanomi, i tassi standardizzati più elevati in entrambi i sessi si registrano nell'ASP di Catania (uomini 410,1; donne 329,6). A livello distrettuale i tassi più elevati si osservano nel distretto di Catania Metropolitana sia tra gli uomini (465,7) che tra le donne (363,3). Inoltre, sempre a livello provinciale, per tutti i tumori escluso la pelle non melanomi, i tassi standardizzati presentano differenze significative rispetto alla media regionale per gli uomini dell'ASP di Palermo e per le donne dell'ASP di Caltanissetta (Tabella 3).

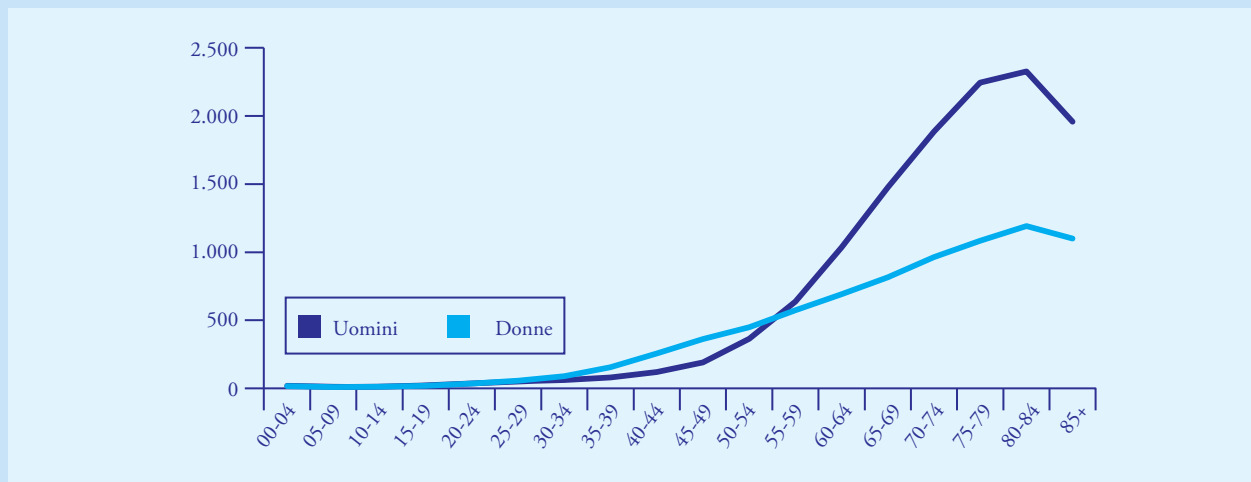


Figura 1 - Tassi di incidenza/100.000 per fasce di età 2003-11
Tutti i tumori (escluso la cute non melanomi)

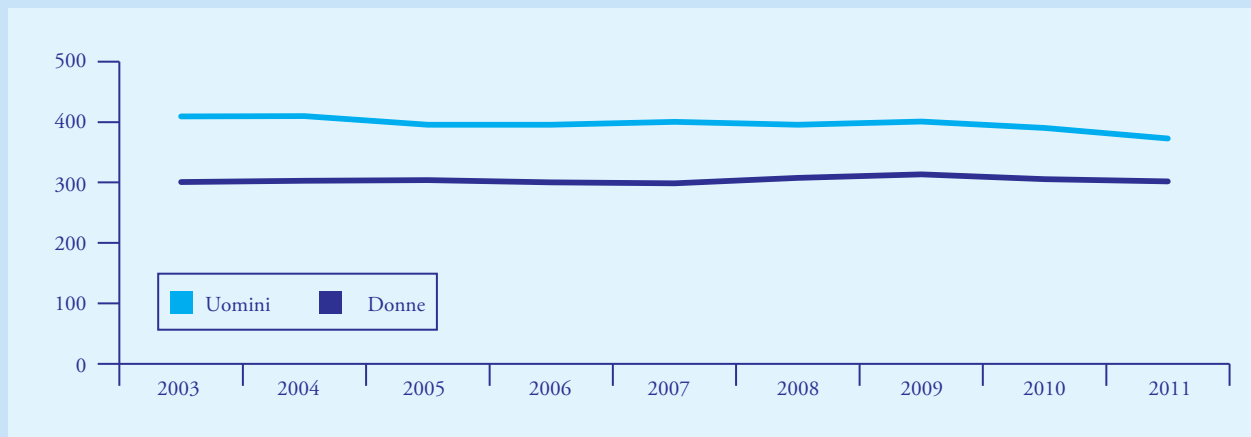


Figura 2 - Trend tassi standardizzati di incidenza/100.000 aggiustati per età. Tutti i tumori 2003-11 (escluso la pelle non melanomi).
Tutti i tumori (escluso la pelle non melanomi)

Tabella 3 - Indicatori di incidenza. Tutti i tumori - escluso la pelle non melanomi (C00-C96) anni 2003-11

UOMINI							
Azienda Sanitaria Provinciale	Numero medio annuale	Tasso grezzo x100.000	Rischio 0-74 anni x100	Tasso std EU x 100.000	RSI ^a	IC al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore
ASP 1 Agrigento ^b	1.089,0	501,9	-	-	-	-	-
ASP 2 Caltanissetta	683,6	521,6	28,4	401,0	100,4	97,1	103,9
ASP 3 Catania	2.559,3	492,0	28,8	410,1	103,7	102,4	105,0
ASP 4 Enna	442,2	520,2	27,4	381,8	94,2	90,7	97,9
ASP 5 Messina	1.645,4	525,4	27,3	385,0	96,6	95,0	98,1
ASP 6 Palermo	2998,9	501,5	28,8	407,9	102,9	101,7	104,2
ASP 7 Ragusa	749,3	492,9	26,6	380,7	97,5	95,1	99,8
ASP 8 Siracusa	973,0	496,4	27,8	388,5	98,3	96,2	100,4
ASP 9 Trapani	1.042,6	490,0	26,0	366,2	92,6	90,4	94,7
Regione Siciliana	12.183,4	501,9	28,0	396,3			

DONNE							
Azienda Sanitaria Provinciale	Numero medio annuale	Tasso grezzo x100.000	Rischio 0-74 anni x100	Tasso std EU x 100.000	RSI ^a	IC al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore
ASP 1 Agrigento ^b	939,9	405,3	-	-	-	-	-
ASP 2 Caltanissetta	564,6	399,7	21,5	299,5	118,5	114,2	123,0
ASP 3 Catania	2.342,3	420,5	23,4	329,6	108,4	106,9	109,0
ASP 4 Enna	366,5	399,0	20,4	282,1	92,9	89,1	96,9
ASP 5 Messina	1.447,3	426,8	21,9	302,4	97,3	95,6	99,0
ASP 6 Palermo	2.582,1	400,9	22,0	304,7	101,0	99,6	102,2
ASP 7 Ragusa	630,1	400,2	20,8	294,6	100,3	97,7	102,9
ASP 8 Siracusa	779,6	382,1	20,9	287,4	94,8	92,6	97,0
ASP 9 Trapani	831,3	367,9	19,5	267,5	88,1	85,9	90,4
Regione Siciliana	10.483,7	405,3	21,9	304,0			

(a) Rapporti standardizzati di incidenza. In grassetto gli RSI significativi ($p < 0,05$); (b) Numero medio annuale di casi stimati sulla base del tasso regionale

Conclusioni

L'Atlante Sanitario della Sicilia descrive, con elevato livello di dettaglio, la distribuzione geografica dei principali indicatori di impatto dei tumori su una ampia popolazione e permette di effettuare confronti tra aree differenti dell'isola.

Da una valutazione dei risultati emersi dai dati pubblicati sulla nuova edizione dell'Atlante si osserva che l'incidenza della patologia neoplastica nell'insieme delle aree coperte e nel periodo di osservazione, anche se in crescita, rimane ancora al di sotto della media nazionale (7). Inoltre, la Sicilia presenta una distribuzione proporzionale delle cause tumorali molto simile a quella dell'Italia, soprattutto per gli uomini, mentre la distribuzione per le donne presenta come terzo tumore più frequente il tumore della tiroide, seguito dal tumore del corpo dell'utero (8).

Poiché la Rete di Registri Tumori siciliani copre il 91% della regione (la più alta percentuale di copertura a livello nazionale), si è tentato di descrivere la distribuzione spaziale del cancro attraverso i principali indicatori epidemiologici, fornendo una esposizione di facile comprensione per l'intera comunità e per gli operatori del settore, come già fatto in passato con la prima pubblicazione dell'Atlante Sanitario, edizione 2013 (9).

Il persistere di un leggero disallineamento degli anni di registrazione tra i registri della Rete, rispetto ai dati pubblicati nel precedente Atlante aggiornato al 2009, rappresenta un limite del presente lavoro. L'allineamento dei periodi di osservazione consentirà in un prossimo futuro di disporre di una base dati abbastanza omogenea che sia in grado di fornire un dato più rispondente alla realtà siciliana con sufficiente tempestività.

Ci auguriamo che l'Atlante possa fornire un utile strumento per la pianificazione sanitaria e per la diffusione capillare di dati epidemiologici affidabili.

Riferimenti bibliografici

1. www.registri-tumori.it/cms/it/system/files/Rapporto_tp-ag.pdf
2. Usticano A, Dardanoni G, Marras A, Pollina Addario S, Scondotto S (Ed.). Atlante Sanitario della Sicilia - Incidenza, prevalenza, sopravvivenza, mortalità, ospedalizzazione della patologia oncologica. Edizione 2016 - Supplemento monografico Notiziario OE (<https://goo.gl/nz67TC>).
3. <http://sirie.regione.sicilia.it>
4. Ferretti S, Giacomini A, Gruppo di lavoro AIRTUM (Ed.). *Manuale di Tecniche di Registrazione dei Tumori*. AIRTUM; dicembre 2007.
5. Istat. Bilancio demografico e popolazione residente nei comuni italiani (<http://demo.istat.it/index.html>).
6. <https://seer.cancer.gov/seerstat/>
7. Istat. Tassi standardizzati diretti di incidenza e prevalenza Sicilia, Mezzogiorno e Italia (www.istat.it/it/files/2011/02/HELP.zip).
8. AIOM - AIRTUM. I numeri del cancro in Italia - 2016. AIRTUM - AIOM, 4^a Edizione.
9. Usticano A, Dardanoni G, Marras A, Pollina Addario S, Scondotto S (Ed.). Atlante Sanitario della Sicilia - Incidenza, prevalenza, sopravvivenza, mortalità, ospedalizzazione della patologia oncologica. Edizione 2013. Supplemento monografico Notiziario OE.

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori del presente fascicolo dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Comitato scientifico, ISS

A. Bella, C. Donfrancesco, C. Faralli, A. Fila, L. Galluzzo, C. Giambi, I. Lega, L. Penna, P. Luzi,
M. Maggini, S. Mallone, L. Nisticò, L. Palmieri, P. Barbariol, P. Scardetta, S. Spila Alegiani, A. Tavilla, M. Torre

Comitato editoriale, ISS

P. De Castro, C. Faralli, M. Maggini, A. Spinelli

Istruzioni per gli autori

www.epicentro.iss.it/ben/come-preparare.asp

e-mail: ben@iss.it