



Dipartimento  
di Epidemiologia  
Struttura regionale  
di riferimento  
per l'epidemiologia



Azienda  
Sanitaria  
Locale  
**ROMA**



Regione  
Lazio

## **PDTA ONCOLOGICO**

**ASL RME**

**TUMORI MALIGNI**

### **Estratto del documento**

*“Bisogni di salute: Occorrenza di malattie nella popolazione - Elementi per la stima del fabbisogno di interventi sanitari nel Lazio”* curato dal Dipartimento di Epidemiologia, ASL Roma E – Struttura di riferimento per l'Epidemiologia della Regione Lazio - Roma, 10 Agosto 2006.

**a cura del Dipartimento di Epidemiologia ASL RME**

**Maggio 2009**

## **INDICE**

<b>1. Premessa</b>	<b>pag. 3</b>
<b>2. Metodologie</b>	<b>pag. 3</b>
<b>3. Schede tecniche</b>	
<b>3.1 Tumori maligni</b>	<b>pag. 9</b>
<b>3.2 Tumore della trachea, bronchi e polmoni</b>	<b>pag. 14</b>
<b>3.3 Tumore della mammella</b>	<b>pag. 18</b>
<b>3.4 Tumore del colon-retto</b>	<b>pag. 22</b>
<b>4. Dati epidemiologici</b>	
<b>4.1 Tumore della trachea, bronchi e polmoni</b>	<b>pag. 26</b>
<b>4.2 Tumore della mammella</b>	<b>pag. 61</b>
<b>4.3 Tumore del colon-retto</b>	<b>pag. 80</b>
<b>5. Appendice</b>	<b>pag. 117</b>

## 1.PREMESSA

**Il presente rapporto rappresenta un estratto del documento** “*Bisogni di salute: Occorrenza di malattie nella popolazione - Elementi per la stima del fabbisogno di interventi sanitari nel Lazio*” curato dal Dipartimento di Epidemiologia, ASL Roma E – Struttura di riferimento per l’Epidemiologia della Regione Lazio - Roma, 10 Agosto 2006, utilizzabile nell’ambito del **PDTA Oncologico ASL RME**.

Nella **sezione 2** sono riportate le metodologie utilizzate nel documento complessivo. Nella **sezione 3** sono riportate le schede tecniche relative ai **tumori maligni**.

## 2.METODOLOGIE

L’epidemiologia può studiare la frequenza delle varie condizioni patologiche nella popolazione in termini di incidenza e prevalenza, il ricorso al ricovero ospedaliero, e la mortalità per causa in ambiti geografici e temporali definiti. Tali dati possono avere utilità per una valutazione specifica di aspetti eziologici o assistenziali delle singole condizioni morbose e per scopi di programmazione sanitaria. La stima dei bisogni di salute che ne consegue è utile per stabilire e costruire indicatori di fabbisogno assistenziale. In questo quadro, il lavoro oggetto del documento complessivo è finalizzato a stimare la frequenza delle principali patologie nel Lazio tenendo conto dei dati di letteratura scientifica e dei dati osservazionali prodotti dai sistemi informativi della regione. Sono state prodotte schede specifiche per 27 condizioni patologiche che presentano la definizione di caso adottata e gli indicatori di incidenza, prevalenza, ricovero e mortalità rilevanti.

### **Le patologie descritte nel documento complessivo**

Sono state scelte condizioni patologiche che si presentano con particolare frequenza nella popolazione generale e per le quali vi è un notevole ricorso all’assistenza ospedaliera. Le condizioni in esame sono state individuate sulla base della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9-CM) e in ogni scheda sono definiti i codici specifici. La definizione operativa di caso tiene conto dei dati di letteratura relativa alla validità dei codici prescelti. Sono state individuate patologie ben caratterizzabili dal punto di vista diagnostico e con una definizione operativa adeguata. Si è scelto di omettere condizioni che, pur molto frequenti nella comunità, es. ipertensione, obesità ecc, non permettono una definizione operativa univoca.

La popolazione in studio in questo rapporto è rappresentata dai residenti del Lazio. Ovviamente, per ogni patologia le classi di età rilevanti sono diverse (neonati, infanzia, età adulta, anziani). Per ogni caso, sono stati elaborati gli indici per le età più appropriate.

### **Gli indicatori epidemiologici**

#### **Incidenza (per 100.000 abitanti)**

L’incidenza di una patologia è il tasso con cui i nuovi casi si manifestano nella popolazione in un dato periodo di tempo. Rappresenta la velocità di comparsa della malattia nella popolazione. E’ dato dal *numero di nuovi casi diagnosticati in un dato periodo (un anno) diviso la popolazione a rischio di contrarre la malattia nello stesso periodo*. E’ una misura epidemiologica molto utile per tutte quelle malattie la cui insorgenza nel tempo è ben definita (esempio, nuova diagnosi di tumore) ovvero malattie ad insorgenza acuta (esempio, sindrome coronarica acuta, ictus ecc). Per ogni condizione morbosa, si è esaminata la letteratura epidemiologica disponibile per disporre di dati di riferimento. Ove possibile, nel riportare i dati di incidenza si è fatto uso di dati provenienti da studi o osservazioni condotte nel Lazio. Come è possibile immaginare, non sempre tuttavia esistono nella regione (così come in altre realtà territoriali) sistemi osservazionali in grado di misurare la incidenza di diverse condizioni morbose. In questi casi si è fatto uso dei dati di letteratura o di dati raccolti in altri contesti.

### **Prevalenza (per 100 abitanti)**

La prevalenza di una patologia è la proporzione di una data popolazione che ha la malattia in un certo momento. Rappresenta il livello di malattia presente in una popolazione e si calcola come *numero di casi di malattia presenti diviso l'ammontare della popolazione in un dato momento*. È un indicatore che può essere applicato anche ad un arco temporale definito (un anno, cinque anni) e si parla in questo caso di *prevalenza di periodo*. Nel caso dei tumori, è stata calcolata la prevalenza su base quinquennale ad indicare la proporzione della popolazione a cui è stata diagnosticato un tumore negli ultimi cinque anni e viva alla fine del quinquennio. Le stime di prevalenza sono molto utili nel caso di malattie ad insorgenza lenta ed insidiosa e che si mantengono con caratteristiche di stabilità, è un indicatore meno utile nel caso di malattie acute per le quali l'incidenza è una misura più appropriata. Come nel caso della incidenza, si sono preferiti dati osservazionali da studi condotti nel Lazio, ma dove questi non erano disponibili, si è fatto ricorso all'indagine Multiscopo dell'ISTAT, ovvero a dati di letteratura scientifica.

### **Ospedalizzazione (per 1.000 abitanti)**

L'entità del ricorso alle cure ospedaliere in regime ordinario per acuti è una misura epidemiologica del bisogno assistenziale per una specifica patologia quando questa si manifesta come evento acuto ovvero quando le riacutizzazioni e le complicanze richiedono assistenza ospedaliera. Vi sono condizioni diverse, tuttavia, per le quali il ricovero ospedaliero può essere considerato un evento improprio perché l'assistenza sanitaria di base dovrebbe essere in grado di evitare l'ospedalizzazione. Per elaborare gli indici di ospedalizzazione si è fatto ricorso ai dati dei sistemi informativi correnti producendo indicatori relativi ai ricoveri (*per 1.000 abitanti*) in cui la *condizione morbosa appare come diagnosi principale*. In generale, questo indice approssima il *tasso di attacco di popolazione (numero di eventi per popolazione)* e prevede che la stessa persona possa essere ricoverata più volte in un anno per la stessa patologia (esempio, diversi episodi di ricovero per sindrome coronarica). Quando si considera il *tasso di ricoverati* per la singola patologia si eliminano i ricoveri ripetuti per la stessa malattia e gli individui ricoverati più volte per la stessa condizione durante un anno vengono considerati una volta sola. Il rapporto tra tasso di ricoveri e di ricoverati fornisce una indicazione sul fenomeno dei ricoveri ripetuti. Considerati gli attuali criteri per l'attribuzione alla diagnosi principale o secondaria, è spesso difficile stabilire quale è la condizione che ha veramente causato il ricovero ed è dunque utile valutare il tasso di ricoveri e di ricoverati a prescindere dalla posizione diagnostica. Abbiamo dunque considerato il caso in cui la particolare condizione in esame si presenti come *diagnosi secondaria in una qualsiasi posizione*. Tale misure forniscono una indicazione sulla prevalenza della malattia. Il rapporto tra tasso di ricoveri (e ricoverati) con la malattia in diagnosi principale e di ricoveri (e ricoverati) con la malattia in qualunque posizione fornisce una misura della diffusione della patologia.

### **Mortalità (per 100.000)**

La mortalità per una specifica condizione (*numero di decessi per quella condizione in un anno diviso la popolazione a rischio di morire in quell'anno*) è una misura sintetica dell'incidenza della malattia e allo stesso tempo dell'impatto della assistenza sanitaria erogata.

## **I dati**

### **Dati di prevalenza dall'indagine multiscopo dell'ISTAT**

Ogni 5 anni l'ISTAT effettua l'indagine multiscopo delle famiglie sulla condizione di salute e il ricorso ai servizi sanitari. L'indagine campionaria fornisce stime sull'intero territorio nazionale, sulle cinque ripartizioni geografiche e sulle singole regioni. In questo rapporto per molte condizioni sono stati utilizzati dati relativi alla Regione Lazio dell'indagine condotta da luglio 1999 a giugno 2000.

## **L'ospedalizzazione**

I dati di ospedalizzazione utilizzati sono i dati delle schede di dimissione ospedaliera del 2004 dei residenti nel Lazio. Sono stati selezionati i ricoveri per acuti in regime ordinario avvenuti in tutte le regioni italiane. Dei 746.778 record delle SDO provenienti da istituti del Lazio sono stati esclusi 35 record privi di identificativo personale; delle 51.745 dimissioni avvenute in altre regioni sono stati esclusi 2.698 record per mancanza di informazioni sulla ASL di residenza e 1.200 record per mancanza di un identificativo personale necessario per il calcolo del tasso di primo ricovero, la percentuale di esclusioni totale è 0,5%. Il numero di SDO analizzate è pari a 794.590. La tabella 1 illustra la numerosità totale dei ricoveri considerati nella analisi.

## **La mortalità**

I dati di mortalità utilizzati in questo rapporto si riferiscono ai dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) del 2004 dei residenti a Roma e ai dati ISTAT dei morti nel 2002 residenti nel Lazio in comuni diversi da Roma. In base al comune di residenza è stato possibile attribuire la ASL di residenza ai deceduti nei comuni diversi da Roma. Per i residenti a Roma, in base al municipio (circoscrizione) riportato sulla scheda di morte è stato possibile attribuire la ASL di residenza. Il file, costituito da 22.809 record del 2002 e da 24.397 record del 2004, contiene informazioni sul sesso del soggetto, l'età, e la causa iniziale di morte (codificata in ICD-9). La tabella 1 illustra la numerosità totale dei decessi considerati nella analisi.

**Tabella 1.** Numero di dimissioni per diagnosi principale e decessi per causa per maschi e femmine nelle età considerate. Lazio 2004.

	RICOVERI			MORTALITA'		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
AIDS	846	378	1.224	72	23	95
Tumori maligni	38.365	43.102	81.467	8.187	6.416	14.603
Tumori del polmone	4.221	1.469	5.690	2.425	784	3.209
Tumore della mammella	-	5.567	5.567	-	996	996
Tumore dello stomaco	1.058	776	1.834	519	426	945
Tumore del colon-retto	3.520	2.750	6.270	953	888	1.841
Diabete	1.972	2.405	4.377	694	928	1.622
Morbo di Parkinson	430	357	787	104	117	221
Malattia di Alzheimer	346	579	925	298	516	814
Disturbi dell'umore	1.240	1.819	3.059	193	71	264
Schizofrenia	2.485	2.117	4.602	-	-	-
Sindrome coronarica	10.969	5.581	16.550	3.645	3.169	6.814
Scompenso cardiaco	11.003	10.929	21.932	1.237	1.816	3.053
Eventi cardiovascolari acuti	4.595	4.507	9.102	1.360	1.784	3.144
Broncopneumopatia cronico-ostruttiva	8.010	5.239	13.249	861	577	1.438
Asma bronchiale nel bambino	807	476	1.283	1	-	1
Asma bronchiale nell'adulto	335	546	881	25	37	62
Infezioni respiratorie acute nel bambino	2.304	1.797	4.101	1	2	3
Infezioni respiratorie acute nell'adulto	9.582	6.534	16.116	197	230	427
Colelitiasi	5.151	7.640	12.791	29	44	73
Malattia di Crohn	563	579	1.142	10	5	15
Colite ulcerosa	611	536	1.147	6	7	13
Cirrosi	2.494	1.409	3.903	372	232	604
Emorragie del tratto digerente superiore	1.511	1.060	2.571	119	123	242
Dipendenza da sostanze stupefacenti	1.021	395	1.416	58	6	64
Insufficienza renale cronica	2.484	2.115	4.599	202	205	407
Frattura del femore	1.589	5.464	7.053	103	218	321
Malformazioni congenite	275	168	443	19	8	27
Traumatismi	30.248	19.574	49.822	1.011	768	1.779

### La popolazione di riferimento

La popolazione usata come denominatore per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione e mortalità è la popolazione residente nel Lazio al 1/1/2004, fonte ISTAT.

Il dato è suddiviso per sesso, anni d'età e ASL di residenza.

La popolazione per ASL è stata così ricavata:

- per Roma città (RMA/RMB/RMC/RMD/RME) la popolazione dell'ISTAT è stata ripartita per ASL riproporzionando il dato in base alla popolazione residente per circoscrizione ricavata dell'anagrafe di Roma e si è aggiunta quella del comune di Fiumicino (ASL RMD);
- per la provincia di Roma (RMF/RMG/RMH) è stata aggregata la popolazione ISTAT per comune in base alla ASL di appartenenza;
- per le altre province (VT/RI/LT/FR) si è utilizzata la popolazione ISTAT per provincia, che coincide con la ASL

La tabella 2 illustra la popolazione per ASL per maschi, femmine e classi di età.

**Tabella 2.** Popolazione residente nelle ASL della Regione Lazio per grandi classi d'età. Maschi e femmine, 1 Gennaio 2004.

	Maschi						TOT
	0-14	15-34	35-54	55-64	65-74	75+	
<b>ASL</b>							
101	26.721	51.452	64.237	29.143	22.620	16.621	210.794
102	46.208	83.393	93.084	35.277	28.904	15.846	302.712
103	33.014	59.612	72.848	30.413	25.617	17.379	238.883
104	35.704	62.523	73.183	30.159	24.959	13.357	239.885
105	33.109	56.124	69.804	27.746	23.708	15.722	226.213
106	21.068	34.886	41.192	15.468	11.561	6.912	131.087
107	33.203	57.527	64.473	23.384	18.587	11.458	208.632
108	36.606	63.236	71.004	26.369	19.617	11.641	228.473
109	19.127	37.029	42.889	18.138	15.367	11.451	144.001
110	9.983	18.572	21.695	8.919	8.267	6.522	73.958
111	39.981	71.994	73.009	29.062	22.537	13.877	250.460
112	35.480	66.553	69.065	27.175	22.995	16.996	238.264
<b>Totale</b>	<b>370.204</b>	<b>662.901</b>	<b>756.483</b>	<b>301.253</b>	<b>244.739</b>	<b>157.782</b>	<b>2.493.362</b>

	Femmine						TOT
	0-14	15-34	35-54	55-64	65-74	75+	
<b>ASL</b>							
101	25.469	51.389	71.836	35.110	30.206	31.933	245.943
102	44.046	82.338	98.322	40.344	35.974	26.938	327.962
103	31.528	59.472	80.188	36.754	34.065	31.663	273.670
104	34.160	62.712	78.711	36.849	30.417	23.768	266.617
105	31.845	58.631	78.291	34.762	31.286	27.507	262.322
106	20.093	35.004	41.764	16.485	13.020	11.259	137.625
107	31.270	56.405	64.431	24.363	21.227	18.604	216.300
108	35.077	63.032	73.089	28.261	22.629	18.809	240.897
109	17.966	36.359	42.640	18.683	17.730	18.323	151.701
110	9.436	18.147	21.218	9.270	9.297	10.456	77.824
111	37.722	70.639	76.200	30.227	25.186	21.702	261.676
112	33.343	65.250	70.484	27.132	26.424	26.607	249.240
<b>Totale</b>	<b>351.955</b>	<b>659.378</b>	<b>797.174</b>	<b>338.240</b>	<b>297.461</b>	<b>267.569</b>	<b>2.711.777</b>

### I tassi

Per le cause selezionate sono stati calcolati i tassi età specifici di incidenza (x 100.000 abitanti), prevalenza (x 1.000), ospedalizzazione (x 1.000) e mortalità (x 100.000) separatamente per uomini e donne. Per il complesso delle età è stato calcolato il tasso grezzo e quello standardizzato. I tassi standardizzati sono stati calcolati utilizzando la popolazione standard europea. E' da notare che la popolazione standard europea è considerevolmente più giovane di quella del Lazio e i tassi standardizzati sono di conseguenza più bassi di quelli grezzi. Per la maggior parte delle condizioni, i tassi di ospedalizzazione sono stati calcolati considerando sia i ricoveri ripetuti di ogni soggetto che solo un ricovero per soggetto. I tassi sono stati calcolati per tutta la regione e per ogni ASL.

## **Presentazione delle schede**

Per ogni condizione selezionata un testo introduttivo illustra la definizione della malattia e fornisce dei cenni sulla storia naturale e delle indicazioni specifiche sulla disponibilità dei dati di incidenza e prevalenza. Segue una tabella che riassume le misure di frequenza per maschi, femmine e per classe di età. I tassi grezzi e quelli specifici sono corredati da indicazioni sul range di variabilità nella regione (valore minimo e massimo delle ASL). Segue ancora una tabella che mostra per l'insieme di maschi e femmine i valori dei tassi di ricovero (solo in diagnosi principale) e di mortalità nelle ASL del Lazio.

## **I limiti**

Il presente lavoro intende fornire al governo regionale elementi utili per il processo programmatico. Tuttavia, nell'interpretazione dei dati relativi agli indicatori di occorrenza presentati è necessario tenere in considerazione alcuni possibili limiti. Il problema più importante è rappresentato dalla disponibilità dei dati di incidenza o prevalenza. La stima della incidenza e della prevalenza di malattia prevede la disponibilità di registri di patologia (i.e. AIDS e tumori), ma tale condizione non si realizza frequentemente. In alternativa, per quelle condizioni la cui gravità impone un ricovero ospedaliero (frattura del femore, emorragia del tratto digerente superiore, traumatismi), l'incidenza può essere approssimata utilizzando i tassi di ospedalizzazione o ancora può essere ottenuta combinando le informazioni relative alla ospedalizzazione e alla mortalità preospedaliera (infarto e incidenti cerebrovascolari acuti). Per altre condizioni si utilizzano, in particolare per la stima della prevalenza, indagini campionarie di popolazione, come l'indagine multiscope ISTAT (i.e. cirrosi, diabete, ...); i dati derivati da queste indagini richiedono che la persona sia a conoscenza della diagnosi e quindi è fortemente determinata dalla probabilità di far ricorso a strutture sanitarie, a sua volta dipendente dalla disponibilità e accessibilità di strutture sanitarie in un dato territorio. E' stato inoltre dimostrato che esistono forti eterogeneità nella propensione a "riferire" la presenza di una malattia, soprattutto in relazione alle caratteristiche culturali e socioeconomiche delle persone. In altri casi ancora si utilizzano dati di letteratura, che possono invece presentare problemi di generalizzabilità.

I dati relativi ai ricoveri, invece, risentono fortemente della eterogeneità nelle modalità di codifica. Per tale motivo, sebbene l'utilizzo dei tassi di ricovero per patologia definita come diagnosi principale dovrebbe rappresentare il miglior indicatore di ospedalizzazione, questo risente in realtà di problemi relativi alle modalità di codifica che possono essere più o meno accurate a seconda del reparto in cui il paziente si ricovera (reparti specialistici rispetto ai reparti di medicina generale) e della gravità del paziente stesso (gerarchia di diagnosi dipendente dalla gravità). Inoltre i sistemi di codifica per la remunerazione (DRG) e le modalità di remunerazione possono determinare variazioni della validità delle informazioni sull'ospedalizzazione.

Infine, sebbene i dati di mortalità siano quelli basati su metodologie di codifica più standardizzata e codificata, quindi più facilmente confrontabili, bisogna ricordare che la mortalità è un indicatore simultaneo di incidenza/prevalenza e letalità di una patologia e quindi a sua volta dipendente dalla disponibilità e accessibilità a cure efficaci.



### 3. SCHEDE TECNICHE

#### 3.1 TUMORI MALIGNI

##### *Definizione*

Il tumore maligno è formato da cellule anomale che si dividono in modo incontrollato e disordinato e così facendo possono invadere e danneggiare tessuti e organi circostanti.

##### *Epidemiologia*

E' stato di recente pubblicato *il Rapporto 2006* sui tumori in Italia realizzato dall'Associazione italiana registri tumori (Airt), in collaborazione con il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), l'Istituto superiore di sanità (Iss) e l'Istituto nazionale di statistica (Istat). Il rapporto, pubblicato come supplemento al numero di gennaio-febbraio 2006 di *Epidemiologia & Prevenzione*, è il frutto dell'analisi dei dati di mortalità dal 1970 al 2002 e dei dati di incidenza dal 1998 al 2002 [1].

Nel complesso in Italia sono diagnosticati 300.000 nuovi tumori ogni anno. I tumori colpiscono prevalentemente l'età adulto-avanzata, il tasso di incidenza nelle prime decenni della vita è infatti dell'ordine di decine di casi, intorno ai 40 anni si supera il centinaio e dai sessanta si supera il migliaio di casi ogni 100.000 persone. L'incidenza dei tumori, a parità di età, è in crescita sia tra gli uomini che tra le donne; questo aumento può essere conseguenza dell'aumentata esposizione ai fattori di rischio, della diffusione dei programmi di screening e di diagnosi precoce, ma anche della migliore capacità dei Registri tumori di raccogliere la casistica di loro pertinenza [2].

Nel periodo 1998-2002 i cinque tumori più frequentemente osservati sono risultati tra gli uomini i tumori della cute diversi dal melanoma (15,2%), il tumore della prostata (14,4%), il tumore del polmone (14,2%), il tumore della vescica (9,0%) e quello del colon (7,7%); tra le donne, il tumore della mammella (24,9%), i tumori cutanei diversi dal melanoma (14,8%), il tumore del colon (8,2%), il tumore del polmone (4,6%) e quello dello stomaco (4,5%) [2].

L'osservazione più importante che deriva dall'analisi dei dati del periodo 1970-2002 è l'inversione di tendenza dei tassi di mortalità, chiaramente in diminuzione dagli anni novanta del secolo scorso, dopo un continuo aumento nella seconda metà del secolo scorso. In Italia, nel 2002, su 556.000 decessi totali, 156.000 sono stati causati da un tumore (90.000 tra gli uomini e 66.000 tra le donne). I principali tumori per i maschi sono il cancro del polmone (28,3%), della prostata (8,1%), dello stomaco (8,0%), del colon (7,3%) e del fegato (6,4%). Per le donne al primo posto si è collocato il tumore della mammella (17,1%) seguito da quello del polmone (9,5%), del colon (9,1%) e dello stomaco (7,9%) [2].

Si osserva, inoltre, un processo di omogeneizzazione nella geografia della mortalità. Negli anni Settanta ad esempio il gradiente geografico Nord-Sud mostrava una frequenza di tumori nelle regioni del Nord doppia rispetto a quella delle regioni del Mezzogiorno; nell'ultimo periodo si è osservata una progressiva riduzione di tali differenze, anche in conseguenza della diffusione sul territorio nazionale di comportamenti e abitudini alimentari più simili [3].

La sopravvivenza a 5 anni per tutte le forme tumorali è del 53% tra le donne e del 38% tra gli uomini. Il miglior guadagno in termini di sopravvivenza si osserva tra gli anziani, che nel periodo 1987-1994 hanno avuto un miglioramento pari al 3,5% per gli uomini e al 3,2% per le donne. Più del 50% dei tumori diagnosticati in pazienti giovani è stato "curato", mentre tra gli anziani questa percentuale si abbassa del 15% tra gli uomini e del 25% tra le donne [4].

### ***Definizione operativa di caso, codici ICD-9 e classi di età***

Codici ICD-9: 140-239. Tutte le età

### ***Fonti dei dati per le stime di frequenza***

I dati di prevalenza si riferiscono alle stime prodotte per l'Italia dal progetto IARC "GLOBOCAN 2002" [5]. I dati di incidenza sono quelli *pooled* della banca dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT) [6].

### ***Risultati***

Nella popolazione del Lazio si attendono ogni anno, 34.900 nuovi casi di tumore, 93.700 casi prevalenti, 81.467 ricoveri ospedalieri e 14.603 decessi. Nel Lazio ogni anno, su 100.000 abitanti, vengono diagnosticati 577 nuovi tumori negli uomini e 400 nuovi tumori nelle donne con un chiaro aumento dei tassi di incidenza con l'età. La prevalenza di persone viventi che negli ultimi cinque anni hanno avuto una diagnosi di tumore maligno (esclusi i carcinomi della pelle) è pari al 2% e 1,8% (maschi e femmine, rispettivamente), con il tasso più elevato tra i maschi sopra i 65 anni (10,4%). I tassi di ricovero e di persone ricoverate per tumore sono molto simili nei maschi e nelle femmine (circa 12 e 9 per 1.000 abitanti). La mortalità tumorale è tra le più frequenti cause di morte con valori pari a 241 per 100.000 nei maschi e 139 per 100.000 nelle femmine. Esiste un'ampia variabilità nei tassi di ricovero e di mortalità tumorale nel Lazio con valori più elevati nelle ASL di Roma e della sua provincia.

**Tabella 3.** Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **tumori maligni**. Popolazione del Lazio, tutte le età.

	Incidenza (x 100.000)	Prevalenza <sup>6</sup> (x 100)	Diagnosi principale				Qualsiasi posizione				Mortalità (x 100.000)
			Ricoveri		Ricoverati		Ricoveri		Ricoverati		
<b>Maschi</b>											
Età (anni)											
0-14	19	n.r.	2,2	1,5	4,1	1,8	4				
15-34	51	0.13 <sup>3</sup>	2,3	1,7	3,2	2,0	8				
35-54	273	0.73 <sup>4</sup>	6,9	5,1	10	6,1	71				
55-64	1.247	2,7	26	19	38	22	428				
65-74	2.718	10.4 <sup>5</sup>	52	37	73	45	1049				
75+	3.905		65	50	93	65	2365				
Tutte le età											
Tasso grezzo	764	1,8	15	11	22	14	328				
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			13 20	10 14	19 27	12 17					
Tasso standardizzato <sup>2</sup>	577	2,0	12	9	18	11	241				
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			9 14	7 10	14 20	9 12					
Età 35+ anni											
Tasso grezzo			25	18	35	22	556				
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			21 30	15 21	31 41	20 26					
Tasso standardizzato <sup>2</sup>			22	16	32	20	476				
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			17 26	12 18	25 36	16 22					
<b>Femmine</b>											
Età (anni)											
0-14	16	n.r.	1,9	1,3	3,3	1,6	4				
15-34	66	0.25 <sup>3</sup>	4,9	4,2	6,4	5,1	7				
35-54	397	1.3 <sup>4</sup>	17	14	23	17	78				
55-64	886	3,4	24	18	34	21	260				
65-74	1.343	6.5 <sup>5</sup>	29	22	42	26	535				
75+	1.939		32	27	46	34	1221				
Tutte le età											
Tasso grezzo	584	1,8	16	13	22	15	237				
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			13 22	10 17	18 29	13 19					
Tasso standardizzato <sup>2</sup>	400	1,8	13	10	18	12	139				
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			10 16	8,4 12	14 21	10 14					
Età 35+ anni											
Tasso grezzo			23	18	32	22	374				
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			19 29	16 22	27 38	19 26					
Tasso standardizzato <sup>2</sup>			22	17	30	21	274				
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			18 27	15 20	24 35	18 24					

1. *Minimo e Massimo* sono i valori minimi e massimi dei tassi osservati nelle 12 ASL del Lazio.

2. Standardizzazione diretta con popolazione europea come standard.

3. Per la prevalenza la classe di età è 15-44

4. Per la prevalenza la classe di età è 45-54

5. Per la prevalenza la classe di età è 65+

6. La prevalenza esclude i carcinomi cutanei ed è una prevalenza di periodo (cinque anni)

**Tabella 4.** Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **tumore maligno** per ASL di residenza. Maschi e femmine.

	RICOVERI (x 1.000)				MORTALITA' (x 100.000)								
	Tutte le età		35+		Tutte le età		35+						
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)					
<b>ASL</b>													
Roma A	20,9	14,7	14,4 - 15,1	29,6	25,9	25,4 - 26,5	337	178	169 - 188	507	352	333 - 371	
Roma B	16,1	13,0	12,7 - 13,3	24,8	22,9	22,5 - 23,4	294	210	200 - 220	489	412	393 - 431	
Roma C	17,1	12,2	11,9 - 12,5	25,1	21,9	21,4 - 22,4	348	192	182 - 201	540	378	360 - 397	
Roma D	15,8	12,2	12,0 - 12,5	23,9	21,7	21,2 - 22,2	301	199	189 - 209	485	390	371 - 411	
Roma E	18,0	13,2	12,9 - 13,5	26,5	23,4	22,8 - 23,9	317	188	178 - 198	500	373	353 - 393	
Roma F	14,1	11,7	11,4 - 12,1	22,1	20,9	20,2 - 21,7	236	172	159 - 186	400	341	314 - 369	
Roma G	13,5	11,3	11,0 - 11,6	21,3	20,0	19,5 - 20,6	245	179	168 - 191	422	357	335 - 380	
Roma H	14,0	12,0	11,7 - 12,3	22,2	21,3	20,7 - 21,8	231	178	168 - 190	395	350	329 - 372	
Viterbo	15,8	11,3	11,0 - 11,7	23,6	20,1	19,4 - 20,7	299	173	161 - 185	472	339	316 - 364	
Rieti	13,5	9,7	9,2 - 10,1	19,9	17,1	16,3 - 17,9	281	152	137 - 168	444	300	271 - 333	
Latina	12,9	10,8	10,5 - 11,1	20,6	19,0	18,6 - 19,5	227	169	159 - 179	392	329	310 - 349	
Frosinone	13,7	11,0	10,7 - 11,2	21,3	19,2	18,7 - 19,7	228	148	139 - 157	383	289	272 - 308	
<b>Totale</b>	<b>15,7</b>	<b>12,2</b>	<b>12,1 - 12,2</b>	<b>23,8</b>	<b>21,5</b>	<b>21,4 - 21,7</b>	<b>281</b>	<b>181</b>	<b>178 - 184</b>	<b>458</b>	<b>357</b>	<b>351 - 363</b>	

### ***Bibliografia essenziale***

- [1] Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002 Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC CancerBase No.5, version 2.0 IARC press, Lyon, 2004.
- [2] AIRT working group. I dati di incidenza e mortalità dei Registri Tumori generali, 1998-2002. Epidemiologia e Prevenzione 2006; 30 suppl 2.
- [3] ISTAT. Nuove evidenze nell'evoluzione della mortalità per tumori in Italia Anni 1970-1999. Indicatori statistici: n.5-2005.
- [4] Inghelmann R, Grande E, Francisci S et al. National estimates of cancer patients survival in Italy: a model-based method. Tumori. 2005 Mar-Apr;91(2):109-15.
- [5] <http://www-dep.iarc.fr/globocan/database.htm>.
- [5] <http://www.registri-tumori.it/incidenza1998-2002/main.htm>.

## 3.2 TUMORI DELLA TRACHEA, DEI BRONCHI E DEI POLMONI

### *Definizione*

In base a criteri topografici, i tumori broncopolmonari possono essere distinti in due grandi gruppi: forme ilari o centrali che rappresentano circa il 70-75% del totale e interessano prevalentemente l'ilo, le porzioni mediali e paramediastiniche del polmone e le forme periferiche o parenchimali (25-30% dei tumori) che hanno un aspetto simile a quelli delle forme ilari e per le quali, pur originando dai bronchi e bronchioli periferici, è impossibile determinare l'esatto punto di origine del tumore. Dal punto di vista anatomico-patologico i tumori broncopolmonari possono essere suddivisi in quattro istotipi che rappresentano il 90-95% di tutte le neoplasie polmonari: carcinoma epidermoide (o squamoso), carcinoma a grandi cellule, adenocarcinoma, carcinoma a piccole cellule (o microcitoma).

### *Epidemiologia*

Nel periodo 1998-2002 il tumore del polmone è risultato al 3° posto in termini di frequenza tra le neoplasie diagnosticate nel sesso maschile (14,2% di tutti i tumori), mentre è risultato al 4° posto per il sesso femminile (4,6% di tutti i tumori) [1]. Le stime per l'Italia indicano 30.384 nuovi casi tra i maschi e 6.784 tra le femmine; per quanto riguarda la mortalità, nel 2002 si sono verificati 25.639 decessi tra i maschi e 6.495 tra le femmine. Esiste una certa variabilità geografica nell'incidenza del tumore del polmone nel nostro Paese, in generale i tassi più elevati sono rilevati nelle aree settentrionali e i più bassi nel Meridione. Nel corso del tempo il tumore del polmone ha mostrato una tendenza alla riduzione sia dell'incidenza sia della mortalità nel sesso maschile, mentre è presente una crescita costante nelle donne.

Il fattore di rischio più importante per il tumore del polmone è il fumo di sigaretta. Si stima che il tabagismo sia responsabile in media di circa l'80% dei casi di tumore al polmone. Esiste una correlazione fra insorgenza di neoplasie polmonari, non solo in generale con il fumo di sigaretta, ma anche con il numero di sigarette fumate e la durata all'abitudine al fumo; anche il fumo passivo è associato ad un aumento del rischio nei non fumatori.

### *Definizione operativa di caso, codici ICD-9 e classi di età*

Tumori maligni della trachea bronchi e polmoni: 162. Tutte le età

### *Fonti dei dati per le stime di frequenza*

I dati di prevalenza si riferiscono alle stime prodotte per l'Italia dal progetto IARC "GLOBOCAN 2002" [2]. I dati di incidenza sono quelli *pooled* della banca dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT) [3].

### *Risultati*

Nella popolazione del Lazio si attendono ogni anno, 3.400 nuovi casi di tumore, 4.100 casi prevalenti, 5.690 ricoveri ospedalieri e 3.209 decessi. Nel Lazio ogni anno, su 100.000 abitanti, vengono diagnosticati 81 nuovi tumori polmonari negli uomini e 17 nuovi tumori polmonari nelle donne con un chiaro aumento dei tassi di incidenza con l'età. Data l'elevata letalità della condizione, la prevalenza di persone viventi che negli ultimi cinque anni hanno avuto una diagnosi di tumore polmonare è molto bassa, pari allo 0,14% e 0,03% (maschi e femmine, rispettivamente), con il tasso più elevato tra i maschi sopra i 65 anni (0,88%). I tassi di ricovero e di persone ricoverate per tumore sono molto diversi nei maschi (1,3 e 0,91 per 1.000 abitanti) rispetto alle femmine (0,38 e 0,26 per 1.000 abitanti). La mortalità tumorale (su tutte le età) presenta valori pari a 70 per 100.000 nei maschi e 18 per 100.000 nelle femmine. Esiste un'ampia variabilità nei tassi di ricovero e di mortalità nel Lazio con valori più elevati nelle ASL di Roma, intermedi nella provincia e a Latina e più bassi nelle altre province.

**Tabella 5.** Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **tumore al polmone**. Popolazione del Lazio, tutte le età.

	Incidenza (x 100.000)	Prevalenza <sup>6</sup> (x 100)	Diagnosi principale				Qualsiasi posizione				Mortalità (x 100.000)
			Ricoveri		Ricoverti		Ricoveri		Ricoverti		
			(x 1.000)								
<b>Maschi</b>											
Età (anni)											
0-14	0,1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	
15-34	0,6	0,00 <sup>3</sup>	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0	
35-54	30	0,05 <sup>4</sup>	0,48	0,34	0,89	0,44	0,44	0,44	0,44	17	
55-64	190	0,28	2,9	2,0	5,4	2,6	2,6	2,6	2,6	142	
65-74	442	0,88 <sup>5</sup>	6,9	5,0	12,0	6,5	6,5	6,5	6,5	366	
75+	524		8,3	6,4	12,8	8,4	8,4	8,4	8,4	615	
Tutte le età											
Tasso grezzo	109	0,13	1,7	1,2	2,9	1,6	1,6	1,6	1,6	97	
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			1,1 2,2	0,8 1,4	2,2 4,0	1,2 1,8	1,2 1,8	1,2 1,8	1,2 1,8		
Tasso standardizzato <sup>2</sup>	81	0,14	1,3	0,91	2,2	1,2	1,2	1,2	1,2	70	
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			0,7 1,5	0,5 1,1	1,4 2,7	0,8 1,4	0,8 1,4	0,8 1,4	0,8 1,4		
Età 35+ anni											
Tasso grezzo			2,9	2,1	5,0	2,8	2,8	2,8	2,8	166	
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			1,8 3,4	1,3 2,4	3,6 6,6	2,0 3,1	2,0 3,1	2,0 3,1	2,0 3,1		
Tasso standardizzato <sup>2</sup>			2,5	1,8	4,4	2,4	2,4	2,4	2,4	141	
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			1,4 3,0	1,0 2,2	2,8 5,5	1,6 2,8	1,6 2,8	1,6 2,8	1,6 2,8		
<b>Femmine</b>											
Età (anni)											
0-14	0	0	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0	
15-34	0,7	0,00 <sup>3</sup>	0,02	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0	
35-54	12	0,02 <sup>4</sup>	0,32	0,21	0,62	0,29	0,29	0,29	0,29	11	
55-64	40	0,07	1,0	0,65	1,9	0,90	0,90	0,90	0,90	41	
65-74	76	0,15 <sup>5</sup>	1,5	1,0	2,4	1,3	1,3	1,3	1,3	75	
75+	95		1,6	1,3	2,5	1,8	1,8	1,8	1,8	125	
Tutte le età											
Tasso grezzo	26	0,03	0,54	0,39	0,94	0,52	0,52	0,52	0,52	29	
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			0,25 0,96	0,20 0,67	0,52 1,5	0,30 0,84	0,30 0,84	0,30 0,84	0,30 0,84		
Tasso standardizzato <sup>2</sup>	17	0,03	0,38	0,26	0,67	0,35	0,35	0,35	0,35	18	
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			0,17 0,60	0,13 0,38	0,36 0,98	0,21 0,49	0,21 0,49	0,21 0,49	0,21 0,49		
Età 35+ anni											
Tasso grezzo			0,86	0,61	1,5	0,83	0,83	0,83	0,83	46	
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			0,41 1,4	0,33 0,95	0,84 2,2	0,50 1,2	0,50 1,2	0,50 1,2	0,50 1,2		
Tasso standardizzato <sup>2</sup>			0,74	0,51	1,3	0,69	0,69	0,69	0,69	36	
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			0,34 1,2	0,27 0,74	0,71 1,8	0,41 0,96	0,41 0,96	0,41 0,96	0,41 0,96		

1. *Minimo e Massimo* sono i valori minimi e massimi dei tassi osservati nelle 12 ASL del Lazio.

2. Standardizzazione diretta con popolazione europea come standard

3. Per la prevalenza la classe di età è 15-44

4. Per la prevalenza la classe di età è 45-54

5. Per la prevalenza la classe di età è 65+

6. Prevalenza di periodo (cinque anni)

**Tabella 6.** Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per tumore al polmone per ASL di residenza. Maschi e femmine.

	RICOVERI (x 1.000)				MORTALITA' (x 100.000)								
	Tutte le età		35+		Tutte le età		35+						
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)					
<b>ASL</b>													
Roma A	1,51	0,94	0,87 - 1,02	2,28	1,86	1,72 - 2,01	73	40	35 - 44	111	79	71 - 89	
Roma B	1,13	0,82	0,76 - 0,88	1,89	1,63	1,51 - 1,75	73	52	47 - 57	122	103	94 - 113	
Roma C	1,15	0,72	0,66 - 0,78	1,79	1,43	1,31 - 1,56	73	41	37 - 45	114	82	73 - 91	
Roma D	1,15	0,79	0,72 - 0,85	1,87	1,57	1,44 - 1,71	71	46	42 - 52	115	93	83 - 103	
Roma E	1,39	0,91	0,84 - 0,99	2,19	1,80	1,66 - 1,95	76	46	41 - 51	119	91	82 - 101	
Roma F	1,11	0,89	0,79 - 1,00	1,89	1,77	1,58 - 1,99	54	39	33 - 47	92	79	67 - 93	
Roma G	0,96	0,74	0,67 - 0,82	1,65	1,47	1,33 - 1,63	53	40	35 - 45	91	79	69 - 91	
Roma H	0,91	0,72	0,65 - 0,79	1,56	1,43	1,30 - 1,57	50	39	34 - 44	87	78	69 - 89	
Viterbo	1,05	0,67	0,60 - 0,76	1,68	1,34	1,19 - 1,51	59	34	29 - 40	94	69	59 - 81	
Rieti	0,76	0,45	0,37 - 0,54	1,20	0,90	0,74 - 1,09	48	28	22 - 36	76	56	44 - 72	
Latina	0,87	0,67	0,61 - 0,73	1,51	1,32	1,20 - 1,45	49	36	31 - 41	85	71	63 - 81	
Frosinone	0,89	0,62	0,56 - 0,68	1,51	1,24	1,12 - 1,37	43	29	25 - 34	74	59	51 - 67	
<b>Totale</b>	<b>1,09</b>	<b>0,76</b>	<b>0,74 - 0,78</b>	<b>1,79</b>	<b>1,51</b>	<b>1,47 - 1,55</b>	<b>62</b>	<b>40</b>	<b>39 - 42</b>	<b>101</b>	<b>80</b>	<b>78 - 83</b>	



### ***Bibliografia essenziale***

- [1] AIRT working group. *I dati di incidenza e mortalità dei Registri Tumori generali, 1998-2002* .  
Epidemiologia e Prevenzione 2006; 30 suppl 2.
- [2] <http://www-dep.iarc.fr/globocan/database.htm>.
- [3] <http://www.registri-tumori.it/incidenza1998-2002/main.htm>.

### 3.3 TUMORE DELLA MAMMELLA

#### *Definizione*

Il tumore della mammella origina dalle cellule epiteliali della ghiandola mammaria. Presenta due varianti principali, il tumore duttale più frequente e quello globulare più raro.

#### *Epidemiologia*

Il tumore della mammella è la neoplasia di gran lunga più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10% (una donna su cento si ammala entro i 45 anni, due su cento entro i 50 anni, e altre 7-8 su cento fra i 50 e gli 80 anni, cioè entro la speranza di vita di questi paesi). Nella maggior parte dei paesi poveri l'incidenza del cancro della mammella è 6-7 volte più bassa. In Italia si ammalano ogni anno circa 33.000 donne, corrispondenti al 20-25% di tutti i tumori maligni femminili, ne muoiono 11.000 e vi vivono ormai 300.000 donne che hanno avuto in passato una diagnosi di cancro mammario, di cui quasi la metà negli ultimi 5 anni. L'incidenza è più alta nel Nord, intermedia nel Centro e più bassa nel Sud del Paese, ma queste differenze tenderanno ad attenuarsi perché il numero di casi sta crescendo più rapidamente al Sud che al Nord. Il tumore della mammella ha una prognosi relativamente buona. In Italia, delle donne ammalatesi nella prima metà degli anni novanta, circa l'80% era viva dopo 5 anni dalla diagnosi, e il tasso di sopravvivenza continua ad aumentare. Oggi in Italia circa la metà della popolazione vive in aree dove sono stati organizzati programmi di screening mammografico; la sopravvivenza è una delle più alte in Europa, dove la sopravvivenza relativa media è del 76%.

Le cause del tumore mammario sono note solo in parte. I principali fattori di rischio dipendono dalla vita riproduttiva (la gravidanza precoce prima dei 30 anni e l'allattamento conferiscono una certa protezione), dalla costituzione ormonale (le donne che hanno le prime mestruazioni molto presto, che vanno in menopausa tardi, e con livelli plasmatici di ormoni sessuali piuttosto alti si ammalano di più), dalla dieta abituale e dallo stato nutrizionale (chi ha una dieta ricca di grassi e di prodotti animali, chi aumenta più di peso in età adulta e chi ha una vita molto sedentaria si ammala di più), dall'esposizione ad alte dosi di radiazioni ionizzanti (incluse le radiazioni a scopo diagnostico o terapeutico) in età infantile o adolescenziale, dall'uso della terapia ormonale sostitutiva con estrogeni e progestinici di sintesi in menopausa. Una piccola frazione dei tumori della mammella ha cause genetiche (circa il 5% del totale dei tumori, ma fino al 15-20% dei casi che insorgono entro i 35-40 anni) nel senso che alcune donne ereditano mutazioni genetiche che predispongono allo sviluppo del carcinoma mammario [1].

#### *Definizione operativa di caso, codici ICD-9 e classi di età*

Tumore maligno della mammella: 174. Tutte le età

#### *Fonti dei dati per le stime di frequenza*

I dati di prevalenza si riferiscono alle stime prodotte per l'Italia dal progetto IARC "GLOBOCAN 2002" [2]. I dati di incidenza sono quelli *pooled* della banca dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT) [3].

#### *Risultati*

Nella popolazione del Lazio si stimano ogni anno 4.000 nuovi casi di tumore, 16.500 casi prevalenti, 5.567 ricoveri ospedalieri e 996 decessi. La maggior parte dei casi si verifica sopra i 55 anni. La prevalenza di donne viventi che negli ultimi cinque anni hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella è pari al 0,55%, con un tasso più elevato tra le donne sopra i 65 anni (2,25%). I tassi di ricovero e di persone ricoverate per tumore sono molto simili (1,6 e 1,3 per 1.000 abitanti). La mortalità tumorale è pari 24 per 100.000 donne. Esiste una certa variabilità nei tassi di ricovero con valori più elevati tra le residenti nella ASL Roma A e tassi più bassi a Latina e

Frosinone. Anche la mortalità per tumore alla mammella mostra valori più bassi a Latina e Frosinone.

**Tabella 7.** Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **tumore della mammella**. Popolazione del Lazio, tutte le età. Femmine.

	Incidenza (x 100.000)	Prevalenza <sup>6</sup> (x 100)	Diagnosi principale				Qualsiasi posizione				Mortalità (x 100.000)
			Ricoveri		Ricoverati		Ricoveri		Ricoverati		
<b>Femmine</b>											
Età (anni)											
0-14	0	0	0,00		0,00		0,00		0,00		0
15-34	11	0.12 <sup>3</sup>	0,20		0,16		0,29		0,18		1
35-54	161	0.63 <sup>4</sup>	2,4		2,0		3,1		2,2		21
55-64	284	1,52	3,9		3,3		5,4		3,8		57
65-74	314	2.25 <sup>5</sup>	4,2		3,6		5,9		4,3		82
75+	298		3,5		3,2		4,6		4,0		144
Tutte le età											
Tasso grezzo	149	0,61	2,1		1,7		2,8		2,0		37
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			1,3	3,4	1,1	2,5	1,9	4,4	1,3	2,9	
Tasso standardizzato <sup>2</sup>	114	0,55	1,6		1,3		2,2		1,5		24
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			1,1	2,5	0,9	1,8	1,6	3,2	1,1	2,0	
Età 35+ anni											
Tasso grezzo			3,2		2,7		4,3		3,2		58
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			2,1	4,8	1,9	3,6	3,1	6,3	2,2	4,2	
Tasso standardizzato <sup>2</sup>			3,1		2,6		4,2		3,0		48
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			2,1	4,8	1,8	3,5	3,1	6,3	2,1	4,0	

1. *Minimo e Massimo* sono i valori minimi e massimi dei tassi osservati nelle 12 ASL del Lazio.

2. Standardizzazione diretta con popolazione europea come standard

3. Per la prevalenza la classe di età è 15-44

4. Per la prevalenza la classe di età è 45-54

5. Per la prevalenza la classe di età è 65+

6. Prevalenza di periodo (cinque anni)

**Tabella 8.** Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **tumore alla mammella** per ASL di residenza. Femmine.

	RICOVERI (x 1.000)				MORTALITA' (x 100.000)								
	Tutte le età		35+		Tutte le età		35+						
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)					
<b>ASL</b>													
Roma A	3,40	2,48	2,31 - 2,66	4,85	4,84	4,50 - 5,20	48	27	22 - 33	70	54	44 - 66	
Roma B	2,06	1,65	1,53 - 1,78	3,23	3,17	2,93 - 3,43	40	28	24 - 34	64	55	46 - 66	
Roma C	2,20	1,57	1,44 - 1,71	3,25	3,07	2,82 - 3,35	48	26	22 - 32	71	52	43 - 62	
Roma D	2,41	1,87	1,72 - 2,02	3,73	3,67	3,38 - 3,98	44	29	24 - 35	68	56	47 - 68	
Roma E	2,55	1,82	1,68 - 1,97	3,81	3,54	3,26 - 3,84	46	28	23 - 34	70	55	46 - 67	
Roma F	1,66	1,41	1,23 - 1,61	2,62	2,66	2,32 - 3,05	31	22	16 - 30	51	44	32 - 60	
Roma G	1,60	1,34	1,21 - 1,50	2,60	2,59	2,32 - 2,89	32	25	19 - 32	54	49	39 - 63	
Roma H	1,78	1,53	1,39 - 1,68	2,93	2,97	2,69 - 3,28	31	23	18 - 30	51	46	36 - 58	
Viterbo	2,04	1,56	1,39 - 1,75	3,10	3,03	2,69 - 3,41	36	22	16 - 29	53	40	30 - 54	
Rieti	1,90	1,42	1,20 - 1,69	2,89	2,77	2,32 - 3,30	42	26	18 - 38	66	51	35 - 75	
Latina	1,38	1,15	1,03 - 1,27	2,31	2,24	2,01 - 2,50	19	15	12 - 20	33	31	23 - 41	
Frosinone	1,28	1,07	0,95 - 1,20	2,06	2,07	1,84 - 2,33	22	15	11 - 19	36	29	22 - 39	
<b>Totale</b>	<b>2,05</b>	<b>1,61</b>	<b>1,57 - 1,65</b>	<b>3,20</b>	<b>3,13</b>	<b>3,04 - 3,21</b>	<b>37</b>	<b>24</b>	<b>23 - 26</b>	<b>58</b>	<b>48</b>	<b>45 - 51</b>	

### ***Bibliografia essenziale***

[1] AIRT working group. I dati di incidenza e mortalità dei Registri Tumori generali, 1998-2002  
Epidemiologia e Prevenzione 2006; 30 suppl 2.

[2] <http://www-dep.iarc.fr/globocan/database.htm>.

[3] <http://www.registri-tumori.it/incidenza1998-2002/main.htm>.

## 3.4 TUMORE DEL COLON-RETTO

### 9.1 *Definizione*

I tumori del colon-retto derivano dalla trasformazione delle cellule epiteliali della parete interna dell'intestino crasso (tonaca mucosa). A seconda del loro comportamento biologico, vengono definiti adenomi (forme benigne) o adenocarcinomi (forme maligne). I tumori del colon-retto sono distribuiti variamente lungo il decorso del grosso intestino, preferendo il colon sinistro (tratto discendente e sigma) e il retto, in una percentuale di casi variabile fra il 50 e il 70 per cento. La maggioranza dei tumori maligni del colon-retto insorge a partire da lesioni, spesso inizialmente del tutto benigne, dette polipi adenomatosi.

### 9.2 *Epidemiologia*

Nel periodo 1998-2002 il tumore del colon-retto, come sede aggregata, è risultato al 4° posto in termini di frequenza tra le neoplasie diagnosticate tra gli uomini rappresentando l'11,3% del totale dei tumori, e al 3° posto tra le donne rappresentando l'11,5% del totale. Le stime per l'Italia indicano un totale di 20.457 nuovi casi diagnosticati tra i maschi ogni anno e 17.276 tra le femmine, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 15.740 decessi tra i maschi e 13.994 tra le femmine. Il 90 per cento dei tumori riguarda individui sopra i cinquant'anni di età. La malattia colpisce uomini e donne con uguale frequenza, sebbene i tumori del retto mostrino una maggiore prevalenza nel sesso maschile. Esiste una certa variabilità geografica nell'incidenza del tumore del colon-retto nel nostro Paese con un rapporto tra le aree con i tassi più alti e quelle con i più bassi, generalmente quelle dell'Italia meridionale e insulare, intorno a 2 sia tra gli uomini che tra le donne [1].

Un andamento temporale di mortalità abbastanza costante è stato rilevato in Italia nonostante l'incidenza sia in crescita. Ciò è una conseguenza diretta dell'aumento di sopravvivenza nello stesso periodo [2].

La dieta è ritenuta il principale fattore esogeno identificato sino ad oggi nell'eziologia del tumore del colon, è stato infatti stimato che il 70% dei tumori del colon potrebbe essere prevenuto con un intervento nutrizionale [3]. L'attività fisica è risultata invece associata con riduzione del rischio di tumore del colon in studi riguardanti l'attività occupazionale, le attività nel tempo libero e le attività complessive [4].

### 9.3 *Definizione operativa, codici ICD-9 e classi di età*

Tumore maligno del colon-retto: 153-154, 159.0. Tutte le età

### 9.4 *Fonti dei dati per le stime di frequenza*

I dati di prevalenza si riferiscono alle stime prodotte per l'Italia dal progetto IARC "GLOBOCAN 2002" [5]. I dati di incidenza sono quelli *pooled* della banca dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT) [6].

### 9.5 *Risultati*

Nella popolazione del Lazio si stimano ogni anno 3.900 nuovi casi di tumore, 10.900 casi prevalenti, 6.270 ricoveri ospedalieri e 1.841 decessi. Nel Lazio ogni anno, su 100.000 abitanti, vengono diagnosticati 64 nuovi tumori del colon negli uomini e 41 nuovi tumori del colon nelle donne con un chiaro aumento dei tassi di incidenza con l'età. La prevalenza di persone viventi che negli ultimi cinque anni hanno avuto una diagnosi di tumore del colon retto può essere stimata pari allo 0,24% e 0,18% (maschi e femmine, rispettivamente), con il tasso più elevato tra i maschi sopra i 65 anni (1,6%). I tassi di ricovero e di persone ricoverate per tumore sono circa il doppio nei maschi (1,1 e 0,78 per 1.000 abitanti) rispetto alle femmine (0,65 e 0,50 per 1.000 abitanti). La mortalità per tumore del colon (su tutte le età) presenta valori pari a 28 per 100.000 nei maschi e

17,6 per 100.000 nelle femmine. I tassi di ricovero sono più elevati per le ASL di Roma, in particolare tra i residenti della ASL RM A, mentre la mortalità non presenta una variabilità di rilievo.

**Tabella 9.** Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **tumore del colon-retto**. Popolazione del Lazio, tutte le età.

	Incidenza (x 100.000)	Prevalenza <sup>6</sup> (x 100)	Diagnosi principale				Qualsiasi posizione		Mortalità (x 100.000)
			Ricoveri		Ricoverati		Ricoveri	Ricoverati	
<b>Maschi</b>									
età (anni)									
0-14	0	0	0,00		0,00		0,00	0,00	0,0
15-34	1,7	0.01 <sup>3</sup>	0,02		0,02		0,03	0,02	0,5
35-54	28	0.10 <sup>4</sup>	0,49		0,31		0,75	0,37	7,1
55-64	144	0,44	2,7		1,8		4,2	2,2	51
65-74	314	1.6 <sup>5</sup>	5,1		3,7		7,2	4,5	108
75+	466		6,8		5,6		9,6	6,9	304
Tutte le età									
Tasso grezzo	86	0,23	1,4		1,0		2,1	1,3	38
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			1,02 2,35		0,77 1,33		1,5 3,0	0,96 1,6	
Tasso standardizzato <sup>2</sup>	64	0,24	1,1		0,78		1,6	0,94	28
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			0,71 1,6		0,59 0,88		1,1 2,1	0,75 1,1	
età 35+ anni									
Tasso grezzo			2,4		1,8		3,5	2,1	65
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			1,8 3,7		1,3 2,1		2,6 4,8	1,7 2,5	
Tasso standardizzato <sup>2</sup>			2,1		1,5		3,1	1,9	56
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			1,4 3,3		1,2 1,8		2,2 4,2	1,5 2,1	
<b>Femmine</b>									
età (anni)									
0-14	0,1	0	0,00		0,00		0,01	0,01	0,0
15-34	1,7	0.01 <sup>3</sup>	0,03		0,02		0,03	0,02	0,3
35-54	26	0.09 <sup>4</sup>	0,33		0,27		0,57	0,34	7,4
55-64	94	0,36	1,8		1,3		2,7	1,5	25
65-74	168	1.08 <sup>5</sup>	2,8		2,1		3,9	2,5	67
75+	280		3,8		3,2		5,0	3,8	203
Tutte le età									
Tasso grezzo	66	0,19	1,0		0,79		1,4	0,94	32,7
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			0,73 1,5		0,64 1,0		1,1 2,0	0,75 1,23	
Tasso standardizzato <sup>2</sup>	41	0,18	0,65		0,50		0,95	0,59	17,6
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			0,48 0,83		0,37 0,56		0,69 1,24	0,44 0,66	
età 35+ anni									
Tasso grezzo			1,6		1,3		2,3	1,5	52,1
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			1,2 2,2		1,1 1,5		1,8 3,1	1,2 1,8	
Tasso standardizzato <sup>2</sup>			1,3		0,99		1,9	1,2	35,1
<i>Minimo e Massimo</i> <sup>1</sup>			0,95 1,6		0,75 1,1		1,4 2,5	0,88 1,3	

1. *Minimo e Massimo* sono i valori minimi e massimi dei tassi osservati nelle 12 ASL del Lazio.

2. Standardizzazione diretta con popolazione europea come standard

3. Per la prevalenza la classe di età è 15-44

4. Per la prevalenza la classe di età è 45-54

5. Per la prevalenza la classe di età è 65+

6. Prevalenza di periodo (cinque anni)

**Tabella 10.** Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **tumore al colon-retto** per ASL di residenza. Maschi e femmine.

	RICOVERI (x 1.000)						MORTALITA' (x 100.000)							
	Tutte le età			35+			Tutte le età			35+				
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)			
<b>ASL</b>														
Roma A	1,89	1,18	1,10 - 1,27	2,86	2,35	2,19 - 2,52	42	21	18 - 25	63	42	36 - 49		
Roma B	1,12	0,81	0,75 - 0,87	1,87	1,61	1,49 - 1,73	32	22	19 - 25	53	44	38 - 50		
Roma C	1,31	0,79	0,73 - 0,85	2,03	1,55	1,43 - 1,68	46	25	22 - 28	72	49	43 - 56		
Roma D	1,19	0,83	0,76 - 0,90	1,93	1,66	1,52 - 1,80	36	23	20 - 26	58	45	39 - 53		
Roma E	1,47	0,93	0,87 - 1,01	2,32	1,86	1,73 - 2,01	40	23	20 - 27	63	46	39 - 53		
Roma F	0,87	0,66	0,58 - 0,75	1,48	1,31	1,15 - 1,49	26	19	15 - 24	44	37	29 - 48		
Roma G	1,08	0,83	0,75 - 0,91	1,85	1,64	1,50 - 1,81	30	20	17 - 24	52	41	34 - 49		
Roma H	0,95	0,76	0,69 - 0,84	1,63	1,49	1,36 - 1,64	28	21	18 - 25	48	42	35 - 50		
Viterbo	1,19	0,74	0,66 - 0,82	1,90	1,47	1,32 - 1,65	45	24	20 - 29	71	49	41 - 58		
Rieti	1,03	0,57	0,48 - 0,68	1,64	1,15	0,96 - 1,36	42	19	15 - 25	66	38	29 - 50		
Latina	1,01	0,78	0,71 - 0,85	1,73	1,51	1,38 - 1,66	33	24	20 - 28	58	48	41 - 56		
Frosinone	1,11	0,78	0,71 - 0,85	1,88	1,55	1,42 - 1,70	30	18	16 - 22	50	37	31 - 43		
<b>Totale</b>	<b>1,20</b>	<b>0,83</b>	<b>0,81 - 0,85</b>	<b>1,97</b>	<b>1,65</b>	<b>1,61 - 1,69</b>	<b>35</b>	<b>22</b>	<b>21 - 23</b>	<b>58</b>	<b>44</b>	<b>42 - 46</b>		



### ***Bibliografia essenziale***

- [1] AIRT working group. I dati di incidenza e mortalità dei Registri Tumori generali, 1998-2002 *Epidemiologia e Prevenzione* 2006; 30 suppl 2.
- [2] ISTAT. Nuove evidenze nell'evoluzione della mortalità per tumori in Italia Anni 1970-1999. *Indicatori statistici*: n.5-2005.
- [3] Stewart BW, Kleihus P, Editors. *World Cancer Report*. Lyon: IARC Press. 2003.
- [4] WCRF& AICR. *World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research, Food, Nutrition and Prevention of Cancer: a Global Perspective*. American Institute of Cancer Research, Washington. 1997.
- [5] <http://www-dep.iarc.fr/globocan/database.htm>.
- [6] <http://www.registri-tumori.it/incidenza1998-2002/main.htm>.



Dipartimento  
di Epidemiologia  
Struttura regionale  
di riferimento  
per l'epidemiologia



Azienda  
Sanitaria  
Locale  
**ROMA**

## PDTA ONCOLOGICO

ASL RME



Regione  
Lazio

## TUMORI DELLA TRACHEA, DEI BRONCHI E DEI POLMONI

**Dati epidemiologici e di ricorso all'assistenza per i residenti della asl RME**

**a cura del Dipartimento di Epidemiologia ASL RME**

**Maggio 2009**

### **Fonti dei dati:**

*“Bisogni di salute: Occorrenza di malattie nella popolazione - Elementi per la stima del fabbisogno di interventi sanitari nel Lazio”*, Dipartimento di Epidemiologia, ASL Roma E – Struttura di riferimento per l'Epidemiologia della Regione Lazio - Roma, 10 Agosto 2006.

*“Informazioni sulla salute della popolazione ASL Roma E, 2001-2005”*, Dipartimento di Epidemiologia, ASL Roma E – <http://www.asl-rme.it/>

## **INDICE**

<b>1 – Scheda informativa</b>	<b>pag. 3</b>
<b>2 – Commento generale ai dati</b>	<b>pag. 4</b>
<b>3 – Ospedalizzazioni</b>	<b>pag. 5</b>
<b>3.1 - Dimissioni e dimessi</b>	
<b>3.2 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione</b>	
<b>3.3 - Analisi socio-economica dell'ospedalizzazione</b>	
<b>3.4 - Rappresentazione geografica dei rischi</b>	
<b>4. Mortalità</b>	<b>pag. 27</b>
<b>4.1 - Analisi socio-economica della mortalità</b>	
<b>4.2 - Rappresentazione geografica dei rischi</b>	
<b>5. Stima della prevalenza e dell'incidenza</b>	<b>pag. 33</b>

## **1.SCHEDA INFORMATIVA**

### **TUMORI DELLA TRACHEA, DEI BRONCHI E DEI POLMONI**

#### **Definizione**

In base a criteri topografici, i tumori broncopolmonari possono essere distinti in due grandi gruppi: forme ilari o centrali che rappresentano circa il 70-75% del totale e interessano prevalentemente l'ilo, le porzioni mediali e paramediastiniche del polmone e le forme periferiche o parenchimali (25-30% dei tumori) che hanno un aspetto simile a quelli delle forme ilari e per le quali, pur originando dai bronchi e bronchioli periferici, è impossibile determinare l'esatto punto di origine del tumore. Dal punto di vista anatomico-patologico i tumori broncopolmonari possono essere suddivisi in quattro istotipi che rappresentano il 90-95% di tutte le neoplasie polmonari: carcinoma epidermoide (o squamoso), carcinoma a grandi cellule, adenocarcinoma, carcinoma a piccole cellule (o microcitoma).

#### **Epidemiologia**

Nel periodo 1998-2002 il tumore del polmone è risultato al 3° posto in termini di frequenza tra le neoplasie diagnosticate nel sesso maschile (14,2% di tutti i tumori), mentre è risultato al 4° posto per il sesso femminile (4,6% di tutti i tumori) [1]. Le stime per l'Italia indicano 30.384 nuovi casi tra i maschi e 6.784 tra le femmine; per quanto riguarda la mortalità, nel 2002 si sono verificati 25.639 decessi tra i maschi e 6.495 tra le femmine. Esiste una certa variabilità geografica nell'incidenza del tumore del polmone nel nostro Paese, in generale i tassi più elevati sono rilevati nelle aree settentrionali e i più bassi nel Meridione. Nel corso del tempo il tumore del polmone ha mostrato una tendenza alla riduzione sia dell'incidenza sia della mortalità nel sesso maschile, mentre è presente una crescita costante nelle donne.

Il fattore di rischio più importante per il tumore del polmone è il fumo di sigaretta. Si stima che il tabagismo sia responsabile in media di circa l'80% dei casi di tumore al polmone. Esiste una correlazione fra insorgenza di neoplasie polmonari, non solo in generale con il fumo di sigaretta, ma anche con il numero di sigarette fumate e la durata all'abitudine al fumo; anche il fumo passivo associato ad un aumento del rischio nei non fumatori.

Per patologie ad alta letalità, come il tumore del polmone, lo studio dei ricoverati (dimessi) unito a quello della mortalità fornisce una buona misura dell'incidenza della malattia nella popolazione. L'entità del ricorso alle cure ospedaliere (dimissioni), fornisce invece una misura del bisogno assistenziale, influenzata, oltre che dallo stato di salute, anche da altri fattori quali le modalità di accesso ai servizi, l'offerta di assistenza, la disponibilità di strutture sul territorio.

#### **Definizione operativa di caso, codici ICD-9-CM (ospedalizzazione) e ICD-9 (mortalità), classi da**

Tumori maligni della trachea bronchi e polmoni: 162.

Tutte le età

#### **Bibliografia essenziale**

[1] AIRT working group. I dati di incidenza e mortalità dei Registri Tumori generali, 1998-2002. *Epidemiologia e Prevenzione* 2006; 30 suppl 2.

## **2 – COMMENTO GENERALE AI DATI**

### **PUNTI CHIAVE**

Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni.

#### **Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione 2001-2005**

Stazionario tra gli uomini, in aumento tra le donne sia per le dimissioni che per i dimessi.

Leggera diminuzione della durata della degenza sia per gli uomini che per le donne.

#### **Analisi per Stato Socio-economico (SES)**

**Uomini:** Eccesso di ospedalizzazione di circa il 40% nel SES V (basso) rispetto al SES I (alto).

Per la mortalità l'eccesso di rischio per il SES V vs SES I è del 50%.

**Donne:** Nessuna differenza statisticamente significativa sia per le ospedalizzazioni che per la mortalità.

#### **Analisi geografica dell'ospedalizzazione e della mortalità**

**Uomini:**In generale non ci sono differenze tra l'ospedalizzazione dei residenti della Roma E rispetto al comune di Roma (dimissioni e dimessi), mentre la mortalità risulta più bassa del 6%.

Nel territorio non si osserva una grande eterogeneità dei tassi di ospedalizzazione (dimissioni e dimessi) anche se spicca l'eccesso di ospedalizzazione (dimissioni) di Val Cannuta (+41%) e la minore ospedalizzazione (dimissioni e dimessi) della Giustiniana (RR rispetto a Roma pari a circa 0.40).

Per la mortalità è da rilevare l'eccesso di rischio di Casalotti-Boccea (tasso di 108 per 100.000) con un RR rispetto a Roma pari a 1.34. Mentre l'area con la mortalità più bassa è quella del Trionfale (tasso di 52 per 100.000) con un RR pari a 0.64.

**Donne:** Per le ospedalizzazioni, si osserva un eccesso di dimissioni del 20% rispetto al comune di Roma, tale differenza scompare passando dalle dimissioni ai dimessi. Il tasso di mortalità risulta simile a quello comunale.

Nel territorio non si osserva una rilevante eterogeneità dei tassi di ospedalizzazione (dimissioni e dimessi) anche se spiccano gli eccessi per le dimissioni di Labaro, Prati e Tor di Quinto (RR rispetto a Roma pari a 2.56, 2.85 e 2.29 rispettivamente), e la minore ospedalizzazione della Giustiniana (RR rispetto a Roma pari a 0.37 per le dimissioni e 0.61 per i dimessi).

Per la mortalità non si osservano differenze statisticamente significative tra le zone.

### **COMMENTI**

**DIFFERENZE DI GENERE:** Questa patologia colpisce più gli uomini che le donne e nei primi infatti sia il tasso di ospedalizzazione (dimessi) che il tasso di mortalità risultano molto più elevati. **DIFFERENZE DI SES:** Una mortalità più elevata nel livello sociale più basso si osserva solo per gli uomini.

**DIFFERENZE DI AREA:** Non si rileva una sostanziale eterogeneità sia per l'ospedalizzazione che per la mortalità.



### 3 - OSPEDALIZZAZIONI

#### 3.1 – Dimissioni e dimessi

Dimissioni e durata media della degenza per regime di ricovero. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Uomini. Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni.

	ANNO									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE
Regime ordinario	439	686	450	713	378	650	419	670	358	652
Degenza media	12.8	11.5	11.5	10.5	12.0	10.4	11.1	9.8	12.0	10.3
Regime Day Hospital	86	154	90	231	77	212	145	299	98	237
Accessi per dimissione	11.5	11.6	9.3	10.2	10.3	11.5	2.9	6.4	3.0	7.0

Dimessi in qualsiasi regime, in regime ordinario e in regime day hospital. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Uomini. Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni.

	ANNO									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE
Regime ordinario	274	334	297	360	268	339	280	354	265	350
giornate pro-capite	20.5	23.6	17.4	20.9	16.9	20.0	16.7	18.6	16.2	19.3
Regime Day Hospital	71	128	74	164	64	166	57	161	66	166
giornate pro-capite	14.0	14.0	11.3	14.4	12.4	14.7	7.4	12.0	4.5	10.0
Numero di pazienti	308	371	326	414	301	398	313	409	299	405
giornate pro-capite	21.5	26.1	18.4	23.9	17.7	23.2	16.3	20.8	15.3	20.7

Dimissioni e durata media della degenza per regime di ricovero. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Donne. Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni.

	ANNO									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE
Regime ordinario	164	222	158	238	204	311	199	325	169	296
Degenza media	12.9	12.9	14.0	14.0	11.3	10.9	8.9	8.9	11.6	10.2
Regime Day Hospital	37	65	27	71	65	138	44	128	56	133
Accessi per dimissione	9.1	11.4	7.8	11.0	3.8	7.8	3.0	6.4	3.1	8.0

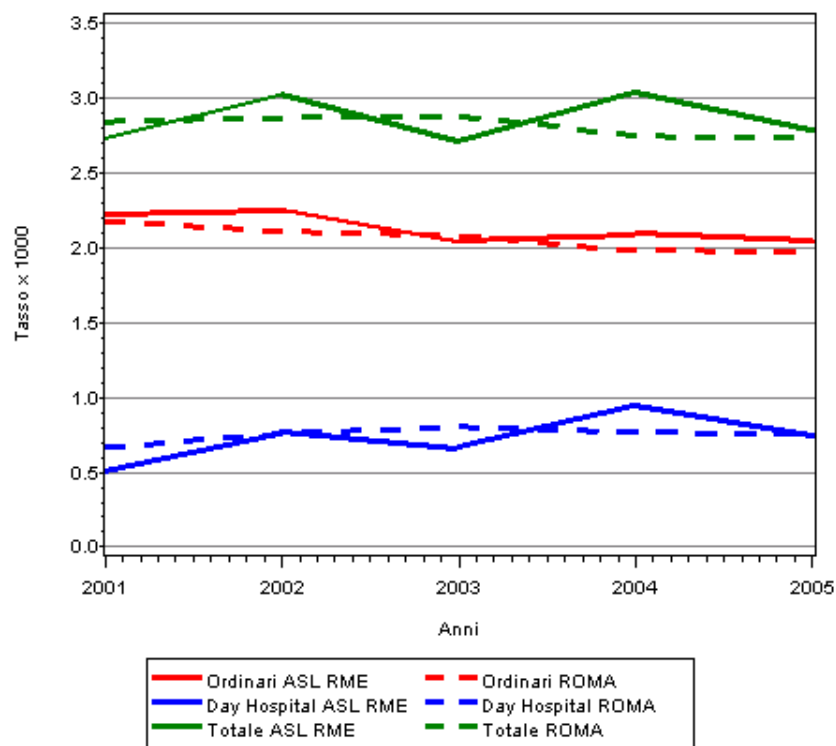
Dimessi in qualsiasi regime, in regime ordinario e in regime day hospital. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Donne. Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni.

	ANNO									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE
Regime ordinario	94	114	121	147	130	166	130	168	130	170
giornate pro-capite	22.5	25.1	18.2	22.6	17.7	20.5	13.7	17.3	15.0	17.8
Regime Day Hospital	27	49	20	55	36	80	24	70	23	78
giornate pro-capite	12.5	15.2	10.5	14.2	6.8	13.5	5.4	11.8	7.6	13.6
Numero di pazienti	102	127	127	169	156	204	141	192	144	208
giornate pro-capite	24.0	28.4	19.0	24.3	16.3	22.0	13.5	19.4	14.8	19.6



### 3.2 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione

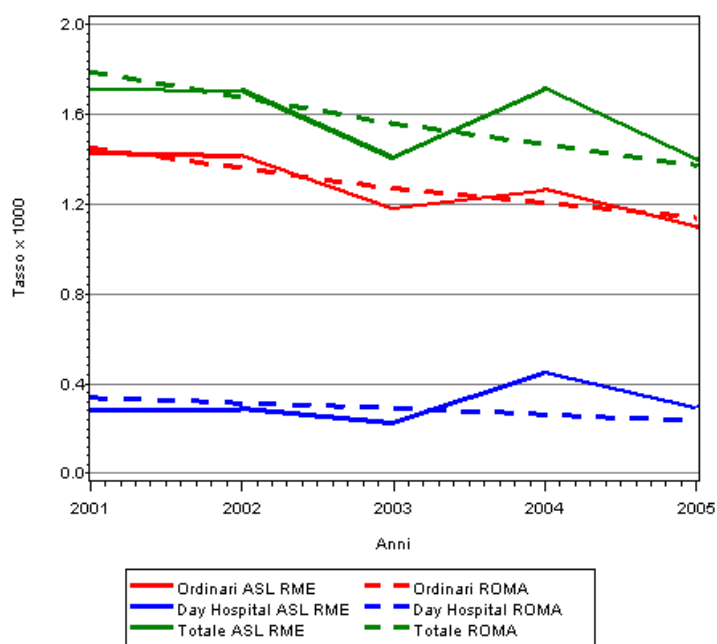
Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimissioni (DPR e diagnosi secondarie).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Uomini.  
Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni



Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	686	2.2	2.1	2.4	154	0.5	0.4	0.6	840	2.7	2.5	2.9
2002	713	2.3	2.1	2.4	231	0.8	0.7	0.9	944	3.0	2.8	3.2
2003	650	2.0	1.9	2.2	212	0.7	0.6	0.8	862	2.7	2.5	2.9
2004	670	2.1	1.9	2.3	299	0.9	0.8	1.1	969	3.0	2.8	3.2
2005	652	2.0	1.9	2.2	237	0.7	0.7	0.9	889	2.8	2.6	3.0

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	3523	2.2	2.1	2.3	1047	0.7	0.6	0.7	4570	2.8	2.8	2.9
2002	3435	2.1	2.0	2.2	1206	0.8	0.7	0.8	4641	2.9	2.8	3.0
2003	3432	2.1	2.0	2.2	1319	0.8	0.8	0.8	4751	2.9	2.8	3.0
2004	3285	2.0	1.9	2.1	1237	0.8	0.7	0.8	4522	2.7	2.7	2.8
2005	3298	2.0	1.9	2.0	1229	0.8	0.7	0.8	4527	2.7	2.7	2.8

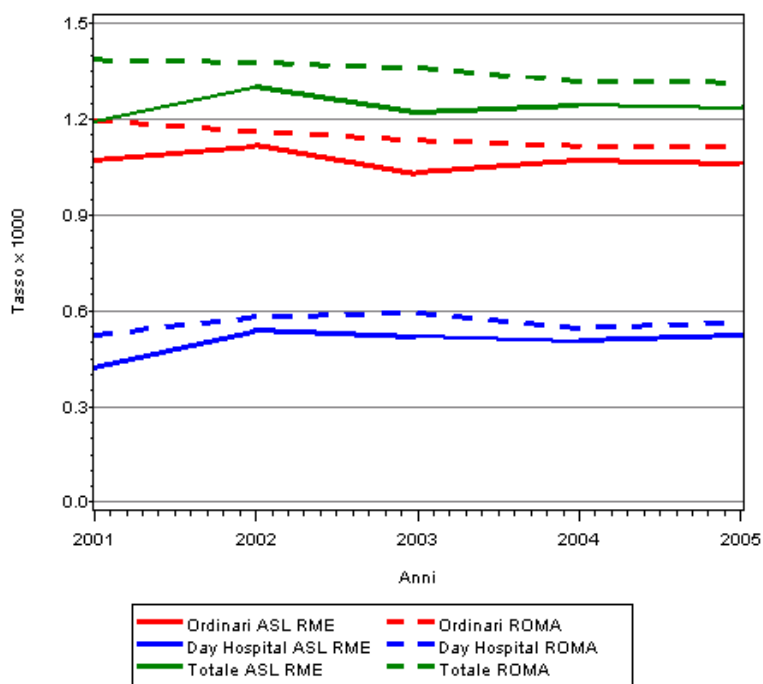
Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimissioni (DPR).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Uomini.  
Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni



Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%	IC 95%	Oss	Tasso	IC 95%	IC 95%	Oss	Tasso	IC 95%	
2001	439	1.4	1.3	1.6	86	0.3	0.2	0.3	525	1.7	1.6	1.9
2002	450	1.4	1.3	1.6	90	0.3	0.2	0.4	540	1.7	1.6	1.9
2003	378	1.2	1.1	1.3	77	0.2	0.2	0.3	455	1.4	1.3	1.5
2004	419	1.3	1.1	1.4	145	0.5	0.4	0.5	564	1.7	1.6	1.9
2005	358	1.1	1.0	1.2	98	0.3	0.2	0.4	456	1.4	1.3	1.5

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%	IC 95%	Oss	Tasso	IC 95%	IC 95%	Oss	Tasso	IC 95%	
2001	2344	1.5	1.4	1.5	542	0.3	0.3	0.4	2886	1.8	1.7	1.9
2002	2226	1.4	1.3	1.4	509	0.3	0.3	0.3	2735	1.7	1.6	1.7
2003	2114	1.3	1.2	1.3	490	0.3	0.3	0.3	2604	1.6	1.5	1.6
2004	2023	1.2	1.2	1.3	431	0.3	0.2	0.3	2454	1.5	1.4	1.5
2005	1919	1.1	1.1	1.2	392	0.2	0.2	0.3	2311	1.4	1.3	1.4

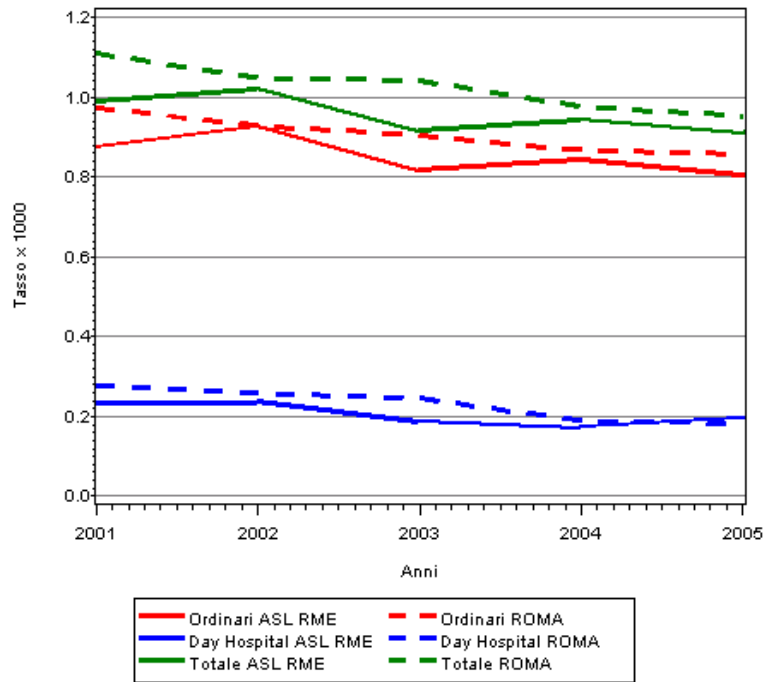
Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimessi (DPR e diagnosi secondarie).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Uomini.  
Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni



Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	334	1.1	1.0	1.2	128	0.4	0.4	0.5	371	1.2	1.1	1.3
2002	360	1.1	1.0	1.2	164	0.5	0.5	0.6	414	1.3	1.2	1.4
2003	339	1.0	0.9	1.2	166	0.5	0.4	0.6	398	1.2	1.1	1.3
2004	354	1.1	1.0	1.2	161	0.5	0.4	0.6	409	1.2	1.1	1.4
2005	350	1.1	1.0	1.2	166	0.5	0.4	0.6	405	1.2	1.1	1.4

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	1950	1.2	1.1	1.3	830	0.5	0.5	0.6	2251	1.4	1.3	1.4
2002	1909	1.2	1.1	1.2	932	0.6	0.5	0.6	2254	1.4	1.3	1.4
2003	1913	1.1	1.1	1.2	977	0.6	0.6	0.6	2285	1.4	1.3	1.4
2004	1887	1.1	1.1	1.2	889	0.5	0.5	0.6	2220	1.3	1.3	1.4
2005	1883	1.1	1.1	1.2	921	0.6	0.5	0.6	2217	1.3	1.3	1.4

Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimessi (DPR).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Uomini.  
Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni

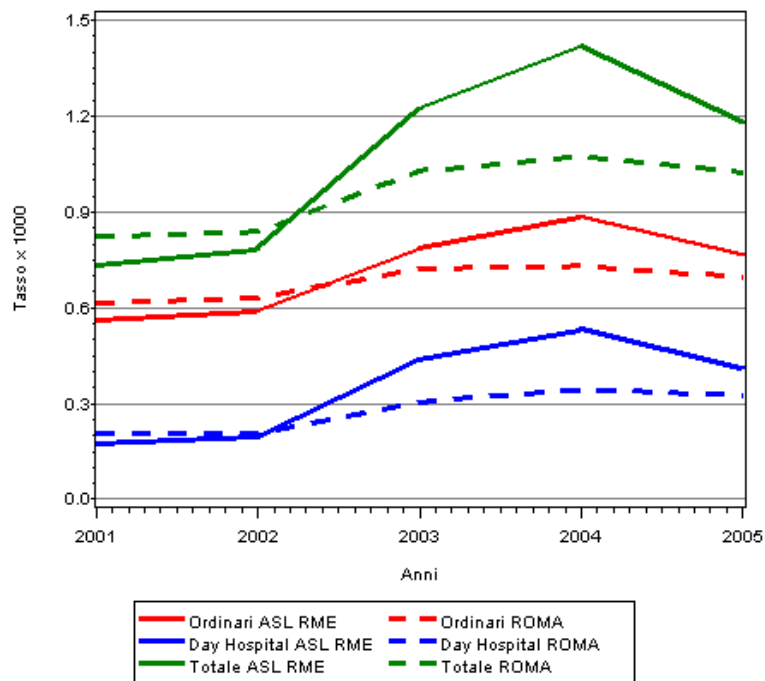


Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	274	0.9	0.8	1.0	71	0.2	0.2	0.3	308	1.0	0.9	1.1
2002	297	0.9	0.8	1.0	74	0.2	0.2	0.3	326	1.0	0.9	1.1
2003	268	0.8	0.7	0.9	64	0.2	0.1	0.2	301	0.9	0.8	1.0
2004	280	0.8	0.7	1.0	57	0.2	0.1	0.2	313	0.9	0.8	1.1
2005	265	0.8	0.7	0.9	66	0.2	0.2	0.3	299	0.9	0.8	1.0

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	1585	1.0	0.9	1.0	447	0.3	0.3	0.3	1803	1.1	1.1	1.2
2002	1526	0.9	0.9	1.0	417	0.3	0.2	0.3	1721	1.0	1.0	1.1
2003	1524	0.9	0.9	1.0	413	0.2	0.2	0.3	1753	1.0	1.0	1.1
2004	1472	0.9	0.8	0.9	311	0.2	0.2	0.2	1649	1.0	0.9	1.0
2005	1452	0.9	0.8	0.9	309	0.2	0.2	0.2	1614	1.0	0.9	1.0

Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimissioni (DPR e diagnosi secondarie).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Donne.

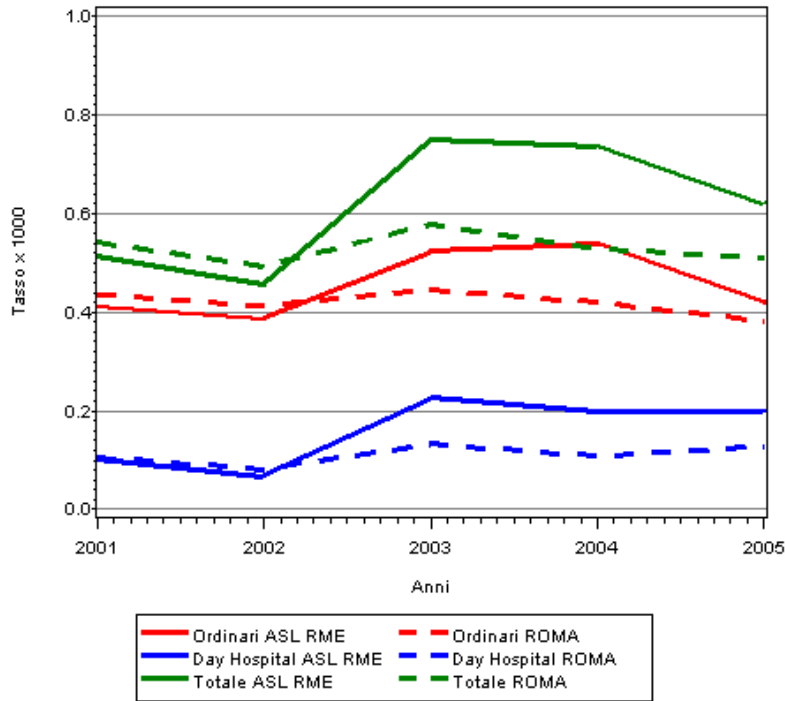
Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni



Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	222	0.6	0.5	0.6	65	0.2	0.1	0.2	287	0.7	0.7	0.8
2002	238	0.6	0.5	0.7	71	0.2	0.2	0.2	309	0.8	0.7	0.9
2003	311	0.8	0.7	0.9	138	0.4	0.4	0.5	449	1.2	1.1	1.4
2004	325	0.9	0.8	1.0	128	0.5	0.4	0.6	453	1.4	1.3	1.6
2005	296	0.8	0.7	0.9	133	0.4	0.3	0.5	429	1.2	1.1	1.3

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	1193	0.6	0.6	0.7	382	0.2	0.2	0.2	1575	0.8	0.8	0.9
2002	1279	0.6	0.6	0.7	393	0.2	0.2	0.2	1672	0.8	0.8	0.9
2003	1435	0.7	0.7	0.8	544	0.3	0.3	0.3	1979	1.0	1.0	1.1
2004	1434	0.7	0.7	0.8	582	0.3	0.3	0.4	2016	1.1	1.0	1.1
2005	1390	0.7	0.7	0.7	588	0.3	0.3	0.4	1978	1.0	1.0	1.1

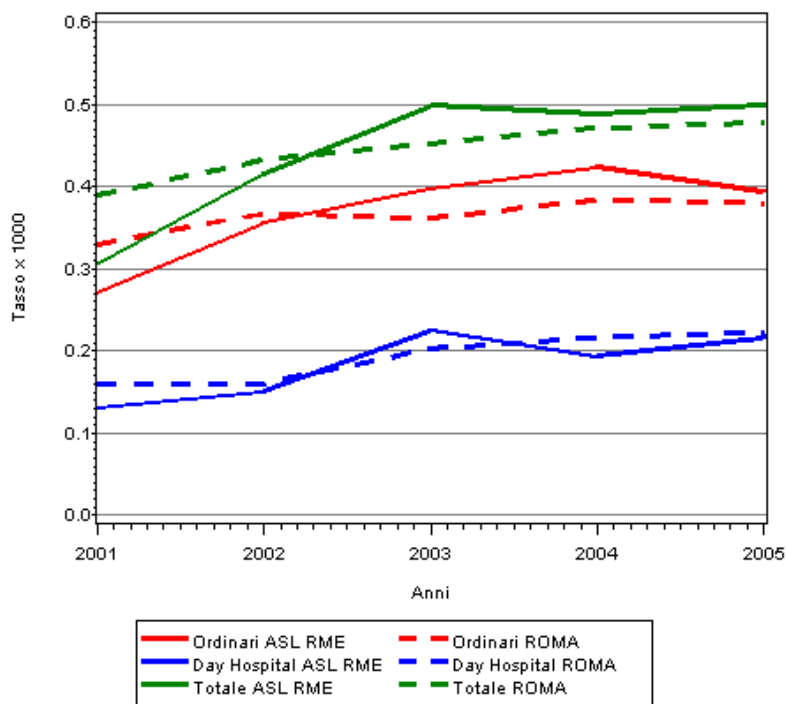
Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimissioni (DPR).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Donne.  
Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni



Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	164	0.4	0.4	0.5	37	0.1	0.1	0.1	201	0.5	0.4	0.6
2002	158	0.4	0.3	0.5	27	0.1	0.0	0.1	185	0.5	0.4	0.5
2003	204	0.5	0.5	0.6	65	0.2	0.2	0.3	269	0.7	0.7	0.9
2004	199	0.5	0.5	0.6	44	0.2	0.1	0.3	243	0.7	0.6	0.8
2005	169	0.4	0.4	0.5	56	0.2	0.2	0.3	225	0.6	0.5	0.7

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	851	0.4	0.4	0.5	199	0.1	0.1	0.1	1050	0.5	0.5	0.6
2002	838	0.4	0.4	0.4	156	0.1	0.1	0.1	994	0.5	0.5	0.5
2003	903	0.4	0.4	0.5	235	0.1	0.1	0.2	1138	0.6	0.5	0.6
2004	846	0.4	0.4	0.5	182	0.1	0.1	0.1	1028	0.5	0.5	0.6
2005	797	0.4	0.4	0.4	226	0.1	0.1	0.1	1023	0.5	0.5	0.5

Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimessi(DPR e diagnosi secondarie).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Donne.  
Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni

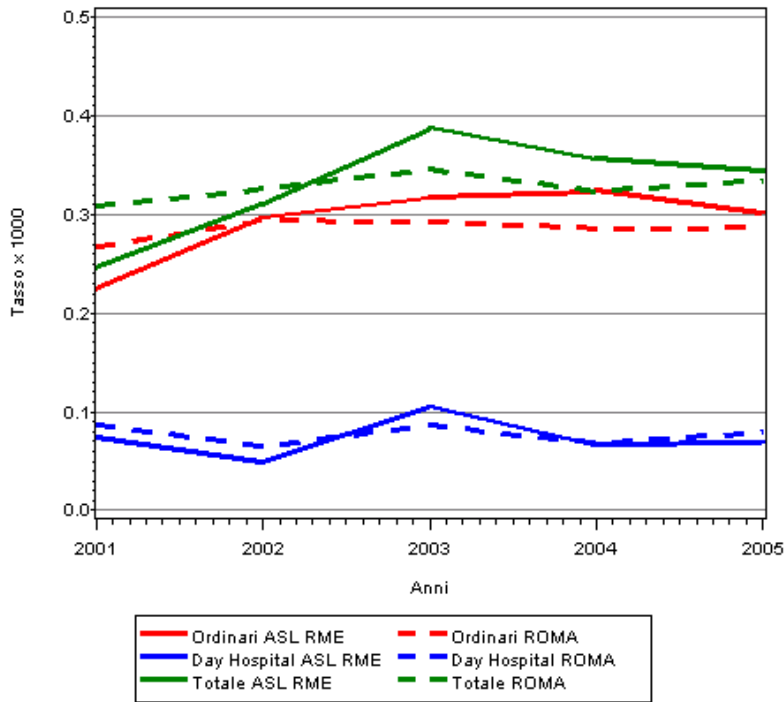


Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	114	0.3	0.2	0.3	49	0.1	0.1	0.2	127	0.3	0.3	0.4
2002	147	0.4	0.3	0.4	55	0.2	0.1	0.2	169	0.4	0.4	0.5
2003	166	0.4	0.3	0.5	80	0.2	0.2	0.3	204	0.5	0.4	0.6
2004	168	0.4	0.4	0.5	70	0.2	0.2	0.2	192	0.5	0.4	0.6
2005	170	0.4	0.3	0.5	78	0.2	0.2	0.3	208	0.5	0.4	0.6

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	677	0.3	0.3	0.4	298	0.2	0.1	0.2	792	0.4	0.4	0.4
2002	768	0.4	0.3	0.4	303	0.2	0.1	0.2	897	0.4	0.4	0.5
2003	764	0.4	0.3	0.4	375	0.2	0.2	0.2	933	0.5	0.4	0.5

2004	807	0.4	0.4	0.4	413	0.2	0.2	0.2	974	0.5	0.4	0.5
2005	821	0.4	0.4	0.4	420	0.2	0.2	0.2	1014	0.5	0.4	0.5

Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimessi (DPR).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Donne.  
Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni



Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	94	0.2	0.2	0.3	27	0.1	0.1	0.1	102	0.2	0.2	0.3
2002	121	0.3	0.2	0.4	20	0.0	0.0	0.1	127	0.3	0.3	0.4
2003	130	0.3	0.3	0.4	36	0.1	0.1	0.1	156	0.4	0.3	0.5
2004	130	0.3	0.3	0.4	24	0.1	0.0	0.1	141	0.4	0.3	0.4
2005	130	0.3	0.3	0.4	23	0.1	0.0	0.1	144	0.3	0.3	0.4

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	546	0.3	0.2	0.3	165	0.1	0.1	0.1	627	0.3	0.3	0.3
2002	609	0.3	0.3	0.3	125	0.1	0.1	0.1	674	0.3	0.3	0.4
2003	616	0.3	0.3	0.3	161	0.1	0.1	0.1	717	0.3	0.3	0.4

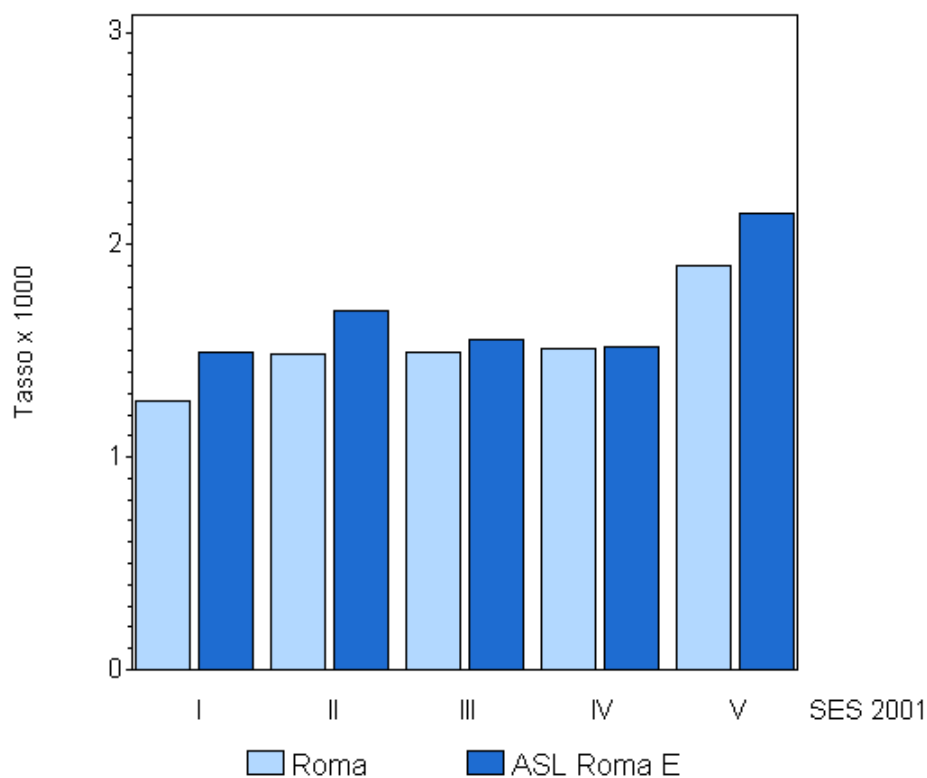


2004	603	0.3	0.3	0.3	135	0.1	0.1	0.1	675	0.3	0.3	0.4
2005	618	0.3	0.3	0.3	152	0.1	0.1	0.1	714	0.3	0.3	0.4

### 3.3 Analisi socio-economica dell'ospedalizzazione

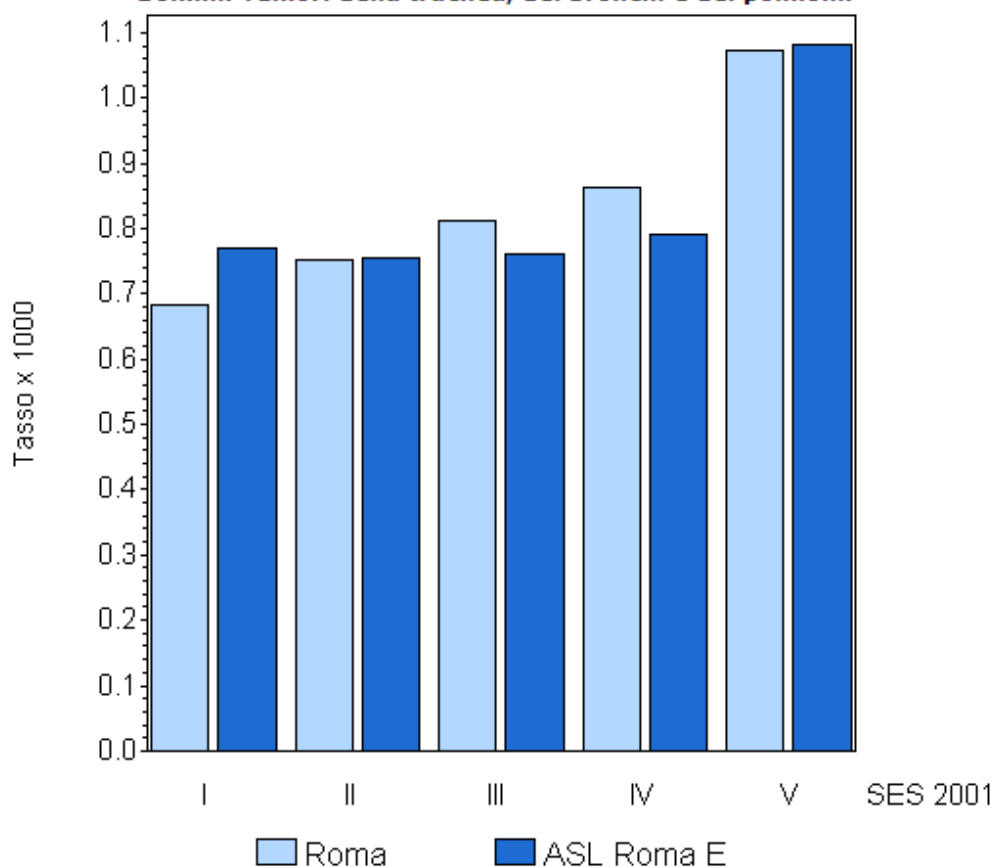
SES 2001: Indicatore socio-economico basato sui dati del Censimento 2001 a 5 livelli : I i più ricchi, V i più poveri (vedi scheda tecnica per dettagli sul metodo)

**Dimissioni per Stato Socio Economico (SES) - 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Uomini. Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni.**



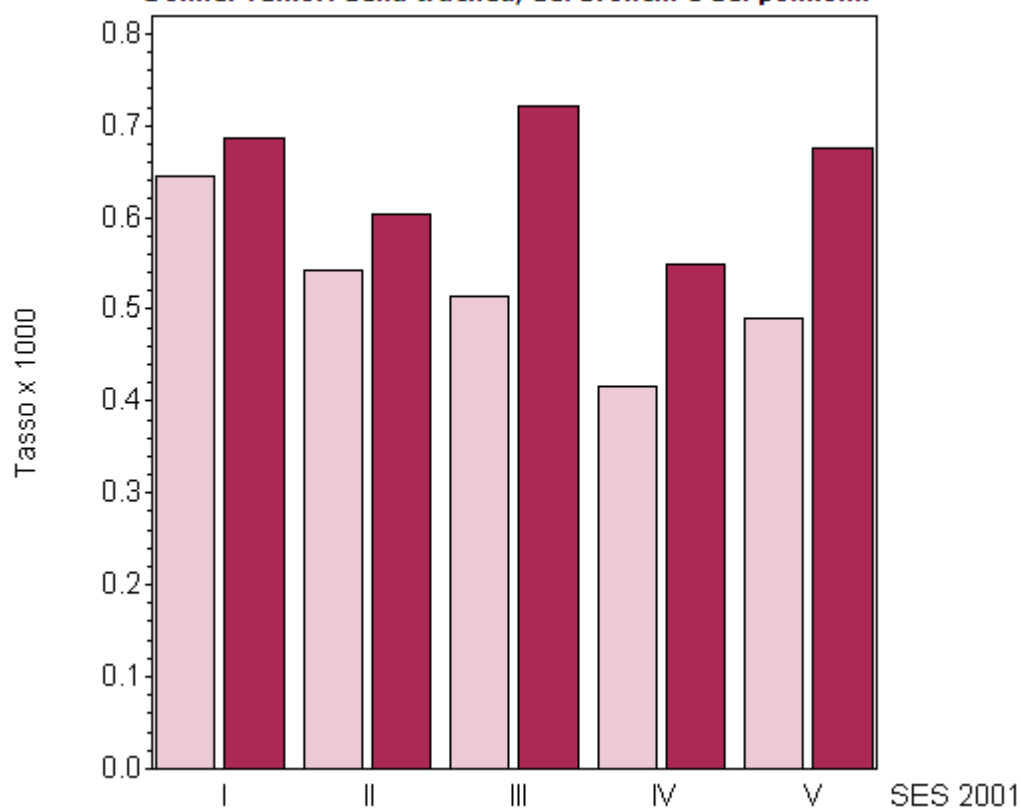
SES 2001	Roma			ASL RM/E		
	Tasso	RR	p-value	Tasso	RR	p_value
I	1.3	1.00	1.000	1.5	1.00	1.000
II	1.5	1.18	0.000	1.7	1.13	0.049
III	1.5	1.18	0.000	1.6	1.04	0.541
IV	1.5	1.19	0.000	1.5	1.02	0.770
V	1.9	1.50	0.000	2.1	1.44	0.000

**Dimessi per Stato Socio Economico (SES) - 2001-2005, ASL Roma E, Roma.  
Uomini. Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni.**



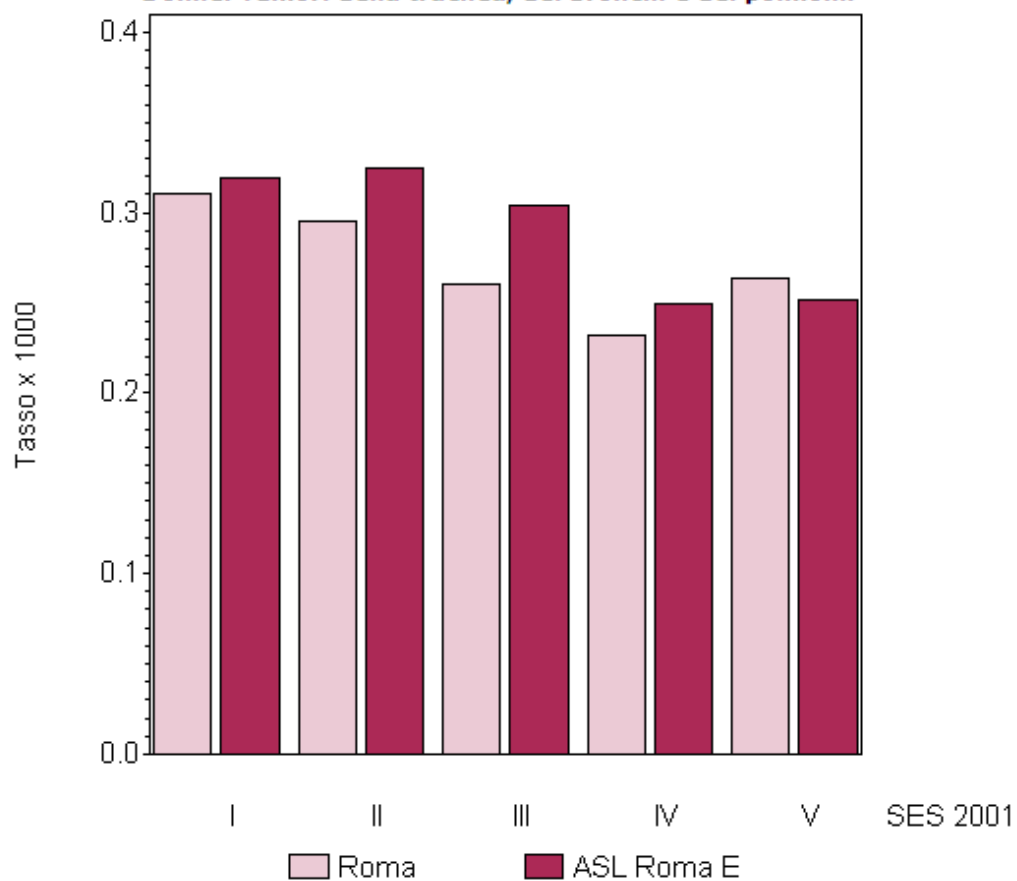
SES 2001	Roma			ASL RM/E		
	Tasso	RR	p-value	Tasso	RR	p_value
I	0.7	1.00	1.000	0.8	1.00	1.000
II	0.8	1.10	0.017	0.8	0.98	0.836
III	0.8	1.19	0.000	0.8	0.99	0.903
IV	0.9	1.27	0.000	0.8	1.03	0.773
V	1.1	1.57	0.000	1.1	1.40	0.000

**Dimissioni per Stato Socio Economico (SES) - 2001-2005, ASL Roma E, Roma.  
Donne. Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni.**



SES 2001	Roma			ASL RM/E		
	Tasso	RR	p-value	Tasso	RR	p_value
I	0.6	1.00	1.000	0.7	1.00	1.000
II	0.5	0.84	0.000	0.6	0.88	0.161
III	0.5	0.80	0.000	0.7	1.05	0.602
IV	0.4	0.64	0.000	0.5	0.80	0.021
V	0.5	0.76	0.000	0.7	0.98	0.864

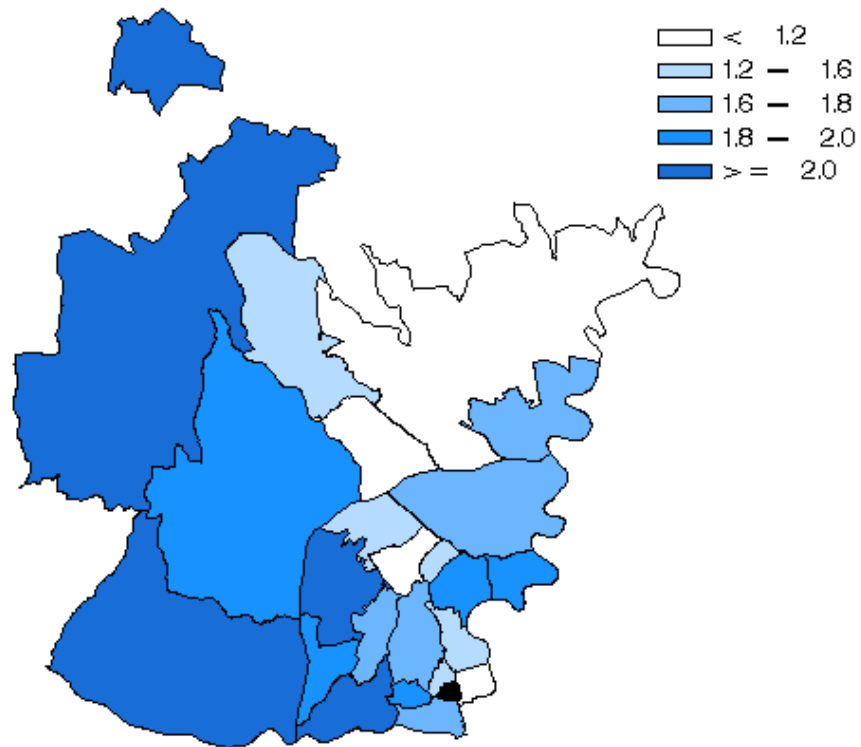
**Dimessi per Stato Socio Economico (SES) - 2001-2005, ASL Roma E, Roma.  
Donne. Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni.**



SES 2001	Roma			ASL RM/E		
	Tasso	RR	p-value	Tasso	RR	p_value
I	0.3	1.00	1.000	0.3	1.00	1.000
II	0.3	0.95	0.421	0.3	1.02	0.901
III	0.3	0.84	0.004	0.3	0.95	0.710
IV	0.2	0.75	0.000	0.2	0.78	0.078
V	0.3	0.85	0.010	0.3	0.79	0.116

### 3.4 - Rappresentazione geografica dei rischi

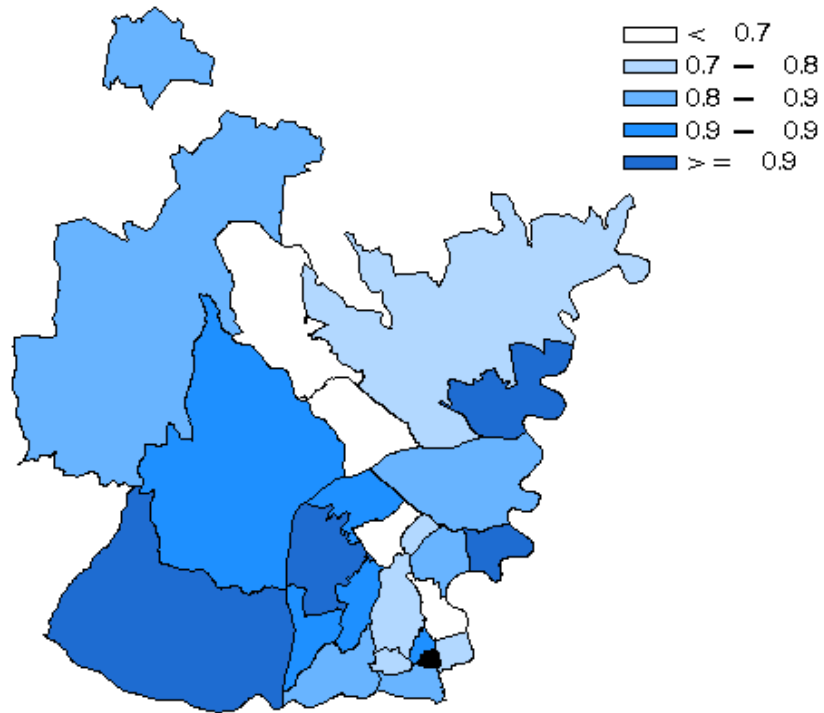
Dimissioni: Tasso standardizzato per 1000 residenti. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Uomini.  
Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni



Dimissioni: tasso standardizzato per 1000 residenti, limiti di confidenza al 95%, rischio relativo rispetto al comune di Roma. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.

Territorio	Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni					
	Uomini					
	Oss	Tasso	IC 95%		RR	p_value
Acquatraversa	29	1.4	1.0	2.0	0.87	0.441
Aurelia Nord	122	1.8	1.5	2.1	1.10	0.308
Aurelia Sud	162	1.7	1.4	2.0	1.06	0.483
Casalotti-Boccea	98	2.0	1.6	2.4	1.26	0.026
Castelluccia	68	1.8	1.4	2.4	1.16	0.245
Cesano-S. Maria di Galeria	69	2.1	1.7	2.7	1.32	0.025
Della Vittoria	123	1.3	1.1	1.6	0.83	0.047
Eroi	118	1.6	1.3	1.9	1.01	0.948
Farnesina	132	1.8	1.5	2.2	1.15	0.139
Fogaccia	128	2.0	1.7	2.3	1.23	0.019
Giustiniana	11	0.5	0.3	0.9	0.31	0.000
La Storta	48	1.2	0.9	1.6	0.76	0.056
Labaro	90	1.7	1.4	2.1	1.05	0.666
Medaglie d'Oro-Pineto	236	1.6	1.4	1.8	1.01	0.881
Ottavia	60	1.6	1.2	2.0	0.98	0.854
Prati	62	1.0	0.8	1.3	0.62	0.000
Primavalle	344	1.7	1.6	2.0	1.09	0.117
S. Cornelia-Prima Porta	26	1.1	0.8	1.7	0.71	0.076
Santa Maria della Piet	72	2.1	1.6	2.6	1.29	0.039
Tomba di Nerone-Grottarossa	172	1.7	1.4	2.0	1.05	0.502
Tor di Quinto	80	1.8	1.4	2.3	1.12	0.314
Trionfale	62	1.1	0.9	1.4	0.70	0.005
Val Cannuta	228	2.3	2.0	2.6	1.41	0.000
Municipio 17	303	1.3	1.2	1.5	0.83	0.002
Municipio 18	738	1.9	1.8	2.1	1.22	0.000
Municipio 19	885	1.7	1.6	1.8	1.06	0.086
Municipio 20	614	1.5	1.4	1.7	0.97	0.439
Roma E	2540	1.7	1.6	1.7	1.04	0.076
ROMA	12990	1.6	1.6	1.6	1.00	1.000

Dimessi: Tasso standardizzato per 1000 residenti. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Uomini.  
Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni

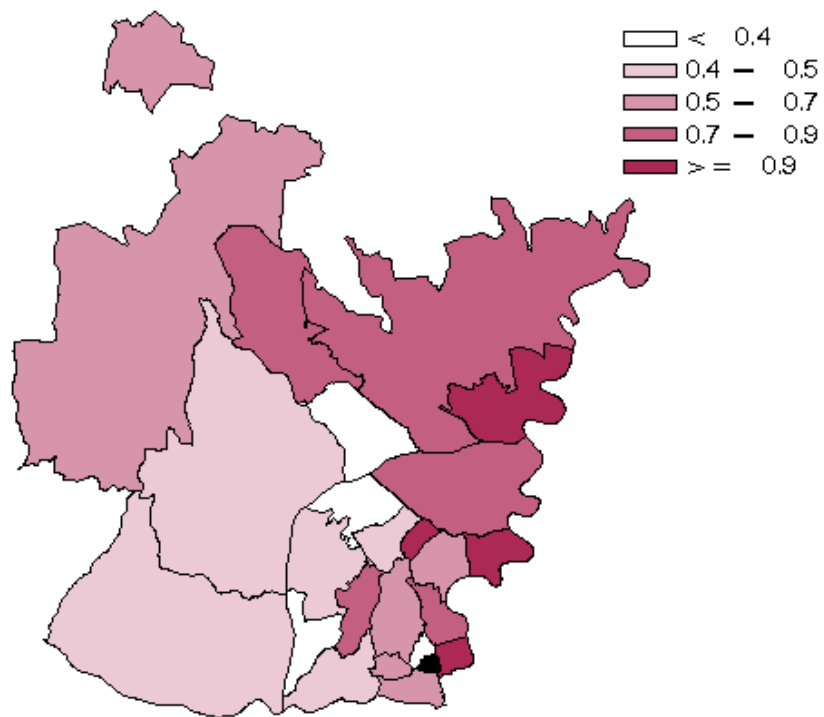


Dimessi: tasso standardizzato per 1000 residenti, limiti di confidenza al 95%, rischio relativo rispetto al comune di Roma. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.

Territorio	Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni					
	Uomini					
	Oss	Tasso	IC 95%		RR	p_value
Acquatraversa	15	0.7	0.4	1.2	0.82	0.460
Aurelia Nord	56	0.7	0.6	1.0	0.84	0.229
Aurelia Sud	84	0.9	0.7	1.1	1.00	0.989
Casalotti-Boccea	51	1.1	0.8	1.4	1.21	0.176
Castelluccia	33	0.9	0.7	1.3	1.07	0.701
Cesano-S. Maria di Galeria	26	0.8	0.5	1.2	0.92	0.658
Della Vittoria	64	0.7	0.5	0.9	0.78	0.056
Eroi	69	0.9	0.7	1.2	1.05	0.712
Farnesina	59	0.8	0.6	1.1	0.92	0.564
Fogaccia	59	0.9	0.7	1.2	1.06	0.655
Giustiniana	9	0.4	0.2	0.8	0.46	0.021
La Storta	22	0.6	0.4	0.9	0.66	0.051
Labaro	52	0.9	0.7	1.2	1.09	0.545
Medaglie d'Oro-Pineto	114	0.8	0.6	0.9	0.86	0.144
Ottavia	34	0.9	0.6	1.2	1.02	0.908
Prati	48	0.7	0.6	1.0	0.85	0.288
Primavalle	181	0.9	0.8	1.1	1.06	0.455
S. Cornelia-Prima Porta	16	0.7	0.4	1.2	0.81	0.395
Santa Maria della Piet	40	1.2	0.9	1.6	1.35	0.065
Tomba di Nerone-Grottarossa	84	0.8	0.6	1.0	0.92	0.484
Tor di Quinto	43	0.9	0.7	1.3	1.08	0.616
Trionfale	33	0.6	0.4	0.8	0.67	0.026
Val Cannuta	83	0.8	0.7	1.0	0.95	0.644
Municipio 17	181	0.8	0.7	0.9	0.88	0.113
Municipio 18	333	0.9	0.8	1.0	0.99	0.834
Municipio 19	446	0.9	0.8	0.9	0.98	0.652
Municipio 20	315	0.8	0.7	0.9	0.90	0.059
Roma E	1275	0.8	0.8	0.9	0.94	0.058
ROMA	7153	0.9	0.9	0.9	1.00	1.000



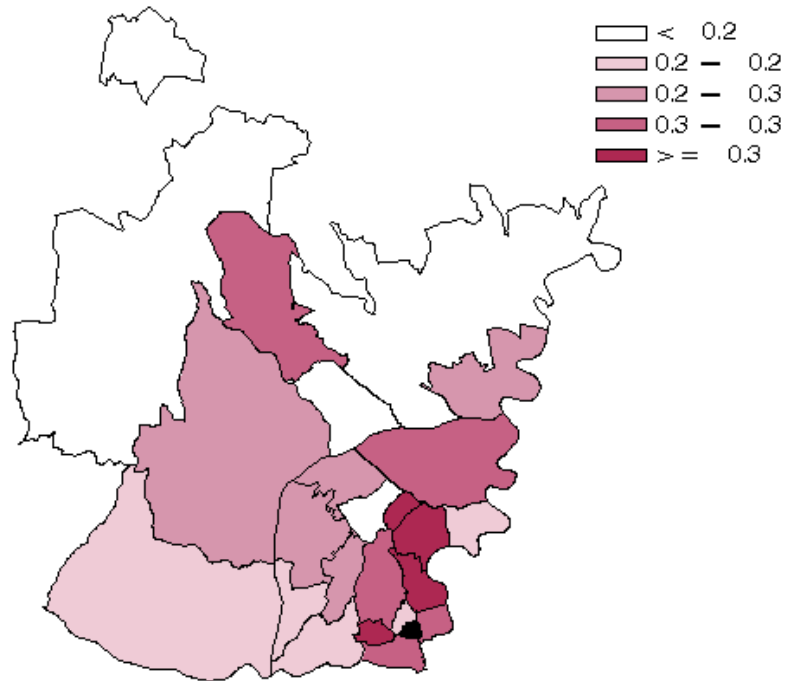
Dimissioni: Tasso standardizzato per 1000 residenti. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Donne.  
Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni



Dimissioni: tasso standardizzato per 1000 residenti, limiti di confidenza al 95%, rischio relativo rispetto al comune di Roma. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.

Territorio	Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni					p_value
	Oss	Tasso	IC 95%		RR	
Acquatrasversa	24	0.9	0.6	1.4	1.73	0.008
Aurelia Nord	50	0.5	0.4	0.7	0.99	0.946
Aurelia Sud	64	0.5	0.4	0.7	0.98	0.859
Casalotti-Boccea	31	0.5	0.4	0.7	0.93	0.704
Castelluccia	16	0.4	0.2	0.7	0.73	0.211
Cesano-S. Maria di Galeria	18	0.5	0.3	0.8	0.94	0.808
Della Vittoria	75	0.7	0.5	0.8	1.20	0.165
Eroi	42	0.3	0.2	0.5	0.64	0.009
Farnesina	55	0.6	0.5	0.8	1.12	0.422
Fogaccia	28	0.4	0.3	0.5	0.69	0.054
Giustiniana	5	0.2	0.1	0.5	0.37	0.030
La Storta	30	0.7	0.5	1.0	1.29	0.172
Labaro	59	1.4	1.1	1.8	2.56	0.000
Medaglie d'Oro-Pineto	114	0.6	0.5	0.7	1.11	0.324
Ottavia	16	0.3	0.2	0.5	0.58	0.034
Prati	92	1.6	1.3	1.9	2.85	0.000
Primavalle	155	0.7	0.6	0.8	1.22	0.019
S. Cornelia-Prima Porta	16	0.7	0.4	1.1	1.20	0.471
Santa Maria della Piet	19	0.5	0.3	0.8	0.90	0.634
Tomba di Nerone-Grottarossa	77	0.7	0.5	0.8	1.22	0.094
Tor di Quinto	56	1.2	0.9	1.6	2.29	0.000
Trionfale	29	0.5	0.3	0.7	0.89	0.532
Val Cannuta	52	0.4	0.3	0.6	0.79	0.120
Municipio 17	209	0.8	0.7	0.9	1.48	0.000
Municipio 18	225	0.5	0.4	0.5	0.88	0.071
Municipio 19	351	0.6	0.5	0.6	1.05	0.430
Municipio 20	338	0.8	0.8	0.9	1.55	0.000
Roma E	1123	0.7	0.6	0.7	1.21	0.000
ROMA	5233	0.5	0.5	0.6	1.00	1.000

Dimessi: Tasso standardizzato per 1000 residenti. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Donne.  
Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni



Dimessi: tasso standardizzato per 1000 residenti, limiti di confidenza al 95%, rischio relativo rispetto al comune di Roma. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.

Territorio	Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni					
	Donne					
	Oss	Tasso	IC 95%		RR	p_value
Acquatrasversa	11	0.4	0.2	0.8	1.53	0.161
Aurelia Nord	33	0.3	0.2	0.5	1.16	0.446
Aurelia Sud	41	0.3	0.2	0.4	1.12	0.520
Casalotti-Boccea	14	0.2	0.1	0.4	0.82	0.463
Castelluccia	12	0.3	0.2	0.6	1.11	0.718
Cesano-S. Maria di Galeria	8	0.2	0.1	0.4	0.77	0.463
Della Vittoria	47	0.4	0.3	0.5	1.31	0.099
Eroi	31	0.2	0.2	0.3	0.83	0.354
Farnesina	33	0.3	0.2	0.5	1.23	0.274
Fogaccia	18	0.2	0.1	0.4	0.84	0.450
Giustiniana	4	0.2	0.1	0.5	0.61	0.322
La Storta	14	0.3	0.2	0.5	1.14	0.617
Labaro	15	0.3	0.1	0.4	0.90	0.686
Medaglie d'Oro-Pineto	62	0.3	0.2	0.4	1.12	0.427
Ottavia	13	0.2	0.1	0.4	0.87	0.637
Prati	28	0.3	0.2	0.5	1.13	0.574
Primavalle	69	0.3	0.2	0.4	1.05	0.711
S. Cornelia-Prima Porta	4	0.2	0.1	0.5	0.64	0.374
Santa Maria della Piet	12	0.3	0.2	0.5	1.10	0.748
Tomba di Nerone-Grottarossa	38	0.3	0.2	0.4	1.14	0.437
Tor di Quinto	14	0.2	0.1	0.4	0.82	0.505
Trionfale	13	0.2	0.1	0.4	0.77	0.366
Val Cannuta	30	0.2	0.2	0.4	0.85	0.401
Municipio 17	106	0.3	0.3	0.4	1.11	0.359
Municipio 18	136	0.3	0.2	0.3	0.98	0.853
Municipio 19	182	0.3	0.2	0.3	1.02	0.815
Municipio 20	140	0.3	0.3	0.4	1.06	0.538
Roma E	564	0.3	0.3	0.3	1.03	0.483

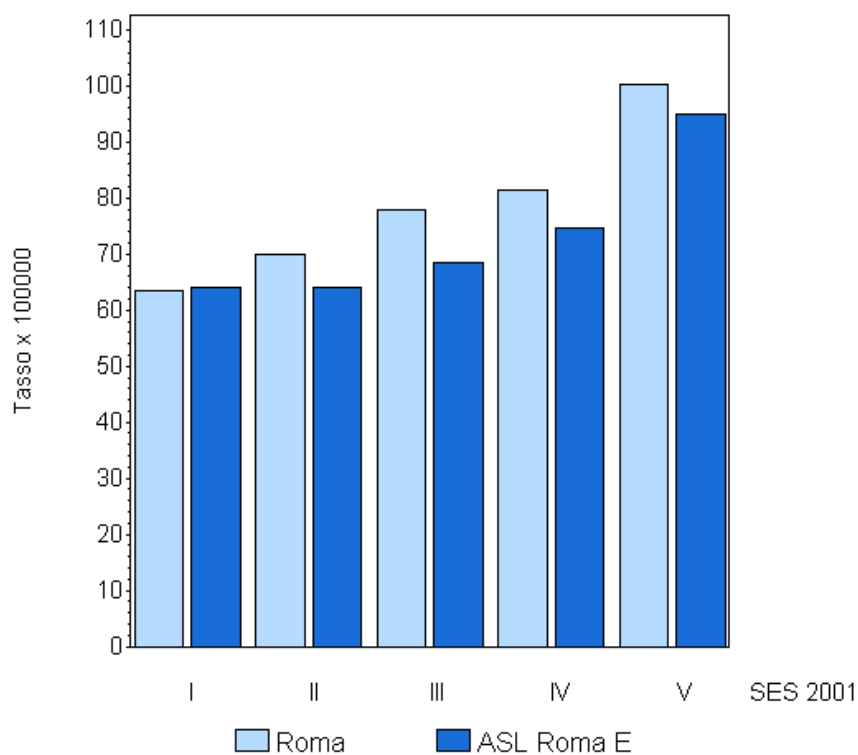
ROMA	2885	0.3	0.3	0.3	1.00	1.000
------	------	-----	-----	-----	------	-------

#### 4. Mortalità

##### 4.1 - Analisi socio-economica della mortalità

**SES 2001: Indicatore socio-economico basato sui dati del Censimento 2001 a 5 livelli : I i più ricchi, V i più poveri (vedi scheda tecnica per dettagli sul metodo)**

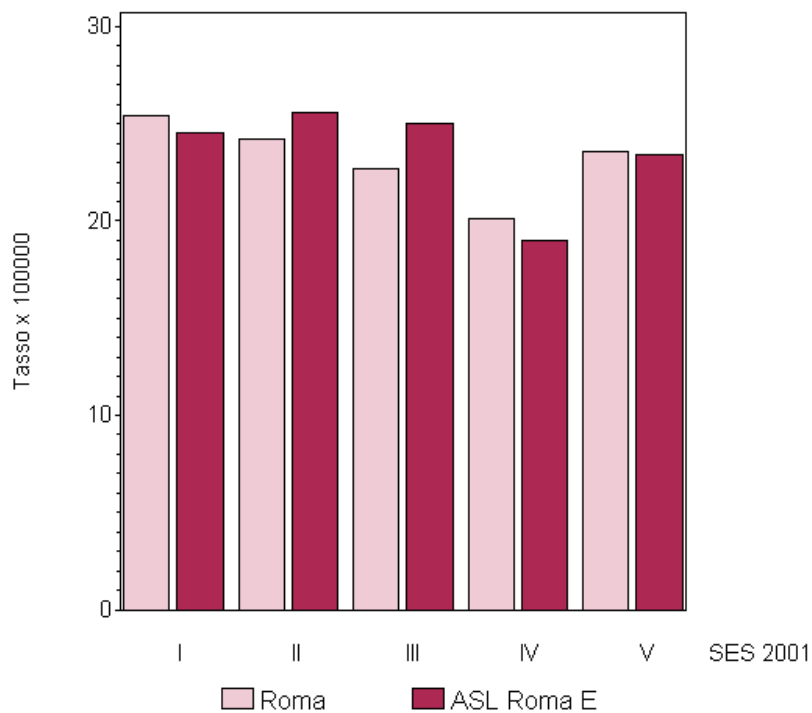
Decessi per Stato Socio Economico (SES). 2001-2005. ASL Roma E, Roma.  
Uomini. Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni.



SES 2001	Roma			ASL RM/E		
	Tasso	RR	p-value	Tasso	RR	p_value
I	63.5	1.00	1.000	64.1	1.00	1.000
II	70.0	1.10	0.021	63.9	1.00	0.973
III	78.0	1.23	0.000	68.5	1.07	0.500

IV	81.3	1.28	0.000	74.6	1.16	0.114
V	100.1	1.58	0.000	95.0	1.48	0.000

Decessi per Stato Socio Economico (SES). 2001-2005. ASL Roma E, Roma.  
Donne. Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni.

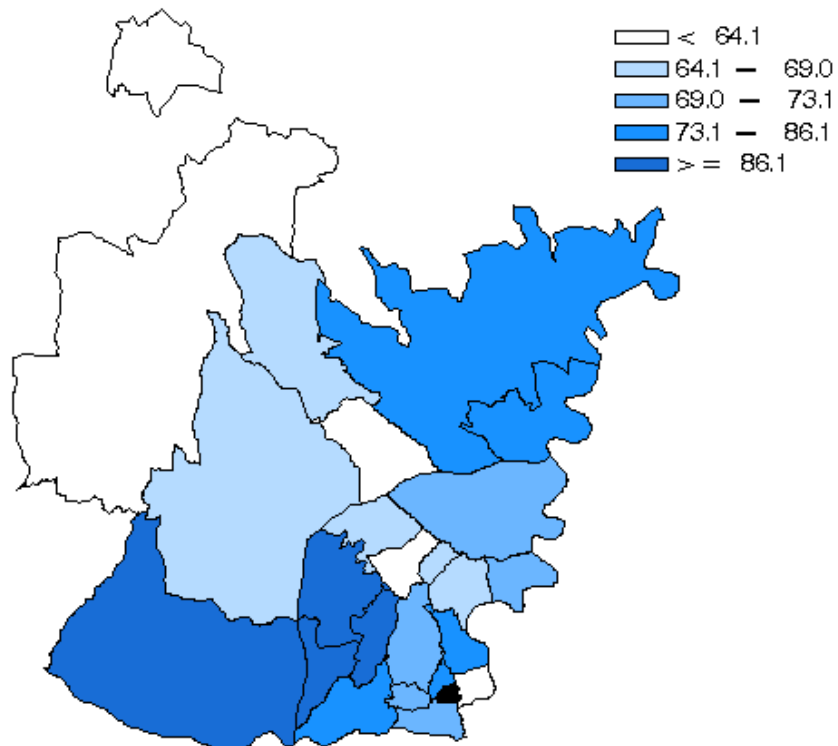


SES 2001	Roma			ASL RM/E		
	Tasso	RR	p-value	Tasso	RR	p_value
I	25.4	1.00	1.000	24.5	1.00	1.000
II	24.2	0.95	0.442	25.6	1.04	0.748
III	22.7	0.89	0.070	25.0	1.02	0.887
IV	20.1	0.79	0.000	19.0	0.78	0.095
V	23.6	0.93	0.249	23.4	0.96	0.775



#### 4.2 - Rappresentazione geografica dei rischi

Decessi: Tasso standardizzato per 100000 residenti. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Uomini.  
Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni

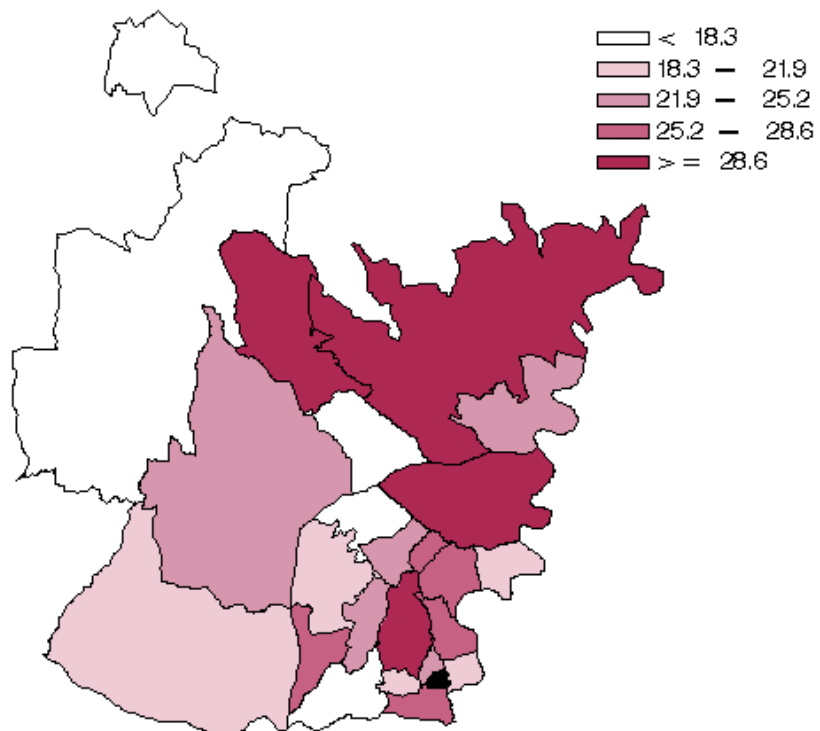




MORTALITA': tasso standardizzato per 100000 residenti, limiti di confidenza al 95%, rischio relativo rispetto al comune di Roma. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.

Territorio	Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni					p_value
	Oss	Tasso	Uomini		IC 95%	
Acquatrasversa	14	66.5	38.7	114.3	0.83	0.492
Aurelia Nord	58	69.2	52.7	90.8	0.86	0.280
Aurelia Sud	73	72.6	57.2	92.1	0.90	0.402
Casalotti-Boccea	52	107.9	81.9	142.0	1.34	0.037
Castelluccia	24	67.8	45.1	102.0	0.84	0.414
Cesano-S. Maria di Galeria	17	51.9	32.0	84.1	0.65	0.076
Della Vittoria	71	73.1	57.2	93.5	0.91	0.450
Eroi	59	74.0	56.5	97.0	0.92	0.548
Farnesina	46	64.1	47.4	86.7	0.80	0.143
Fogaccia	57	90.2	69.4	117.3	1.12	0.392
Giustiniana	8	36.5	18.2	73.2	0.45	0.026
La Storta	26	68.5	46.5	101.0	0.85	0.420
Labaro	41	74.8	54.9	102.0	0.93	0.650
Medaglie d'Oro-Pineto	110	69.0	56.5	84.3	0.86	0.137
Ottavia	25	65.5	44.1	97.4	0.81	0.313
Prati	40	60.7	44.2	83.4	0.76	0.084
Primavalle	169	86.1	73.6	100.7	1.07	0.400
S. Cornelia-Prima Porta	17	76.5	47.4	123.4	0.95	0.839
Santa Maria della Piet	34	107.4	75.5	152.9	1.34	0.108
Tomba di Nerone-Grottarossa	76	71.1	56.7	89.3	0.88	0.293
Tor di Quinto	33	70.7	49.1	101.8	0.88	0.489
Trionfale	29	51.7	35.6	75.0	0.64	0.020
Val Cannuta	76	75.7	60.1	95.4	0.94	0.612
Municipio 17	170	69.7	59.6	81.6	0.87	0.079
Municipio 18	316	80.0	71.5	89.5	0.99	0.925
Municipio 19	396	75.2	68.0	83.2	0.94	0.204
Municipio 20	273	66.9	59.3	75.4	0.83	0.003
Roma E	1155	73.3	69.1	77.7	0.91	0.004
ROMA	6709	80.4	78.5	82.4	1.00	1.000

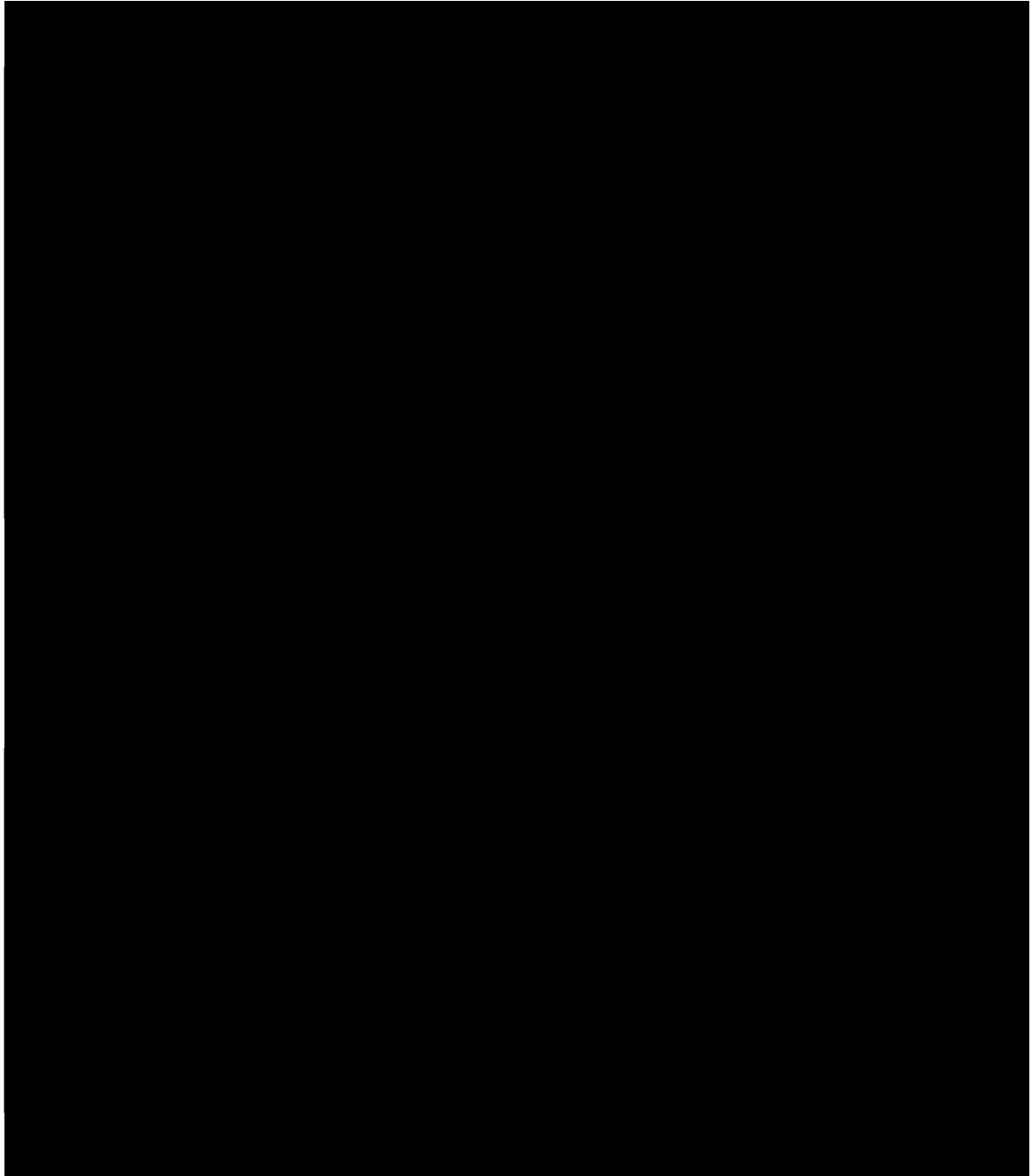
Decessi: Tasso standardizzato per 100000 residenti. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Donne.  
Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni.



MORTALITA': tasso standardizzato per 100000 residenti, limiti di confidenza al 95%, rischio relativo rispetto al comune di Roma. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.

Territorio	Oss	Tasso	Donne		RR	p_value
			IC 95%			
Acquatraversa	7	28.2	13.4	59.3	1.19	0.654
Aurelia Nord	21	19.5	12.2	31.2	0.82	0.410
Aurelia Sud	36	28.6	19.7	41.4	1.20	0.340
Casalotti-Boccea	13	21.4	12.4	36.9	0.90	0.699
Castelluccia	9	23.3	12.1	45.1	0.98	0.952
Cesano-S. Maria di Galeria	4	10.5	3.9	28.0	0.44	0.102
Della Vittoria	46	25.8	18.6	35.7	1.08	0.630
Eroi	31	21.9	14.8	32.6	0.92	0.688
Farnesina	26	26.1	16.9	40.3	1.10	0.677
Fogaccia	20	25.2	16.2	39.2	1.06	0.800
Giustiniana	3	11.8	3.7	37.3	0.50	0.233
La Storta	14	32.6	19.2	55.2	1.37	0.245
Labaro	14	22.3	13.1	38.1	0.94	0.813
Medaglie d'Oro-Pineto	71	28.6	21.7	37.5	1.20	0.197
Ottavia	8	15.2	7.5	30.9	0.64	0.217
Prati	20	18.8	11.2	31.7	0.79	0.377
Primavalle	63	23.9	18.5	30.9	1.00	0.985
S. Cornelia-Prima Porta	8	36.0	18.0	72.1	1.51	0.245
Santa Maria della Piet	8	20.4	10.1	40.9	0.86	0.661
Tomba di Nerone-Grottarossa	39	32.0	23.1	44.2	1.34	0.077
Tor di Quinto	15	18.3	10.7	31.2	0.77	0.335
Trionfale	16	22.4	13.4	37.3	0.94	0.811
Val Cannuta	26	17.6	11.7	26.4	0.74	0.148
Municipio 17	97	22.6	18.0	28.3	0.95	0.657
Municipio 18	116	22.3	18.4	27.1	0.94	0.527
Municipio 19	176	24.2	20.7	28.3	1.02	0.840
Municipio 20	129	26.3	22.0	31.4	1.10	0.293
Roma E	518	24.1	22.0	26.4	1.01	0.805
ROMA	2663	23.8	22.9	24.8	1.00	1.000

**5. Stima della prevalenza (per 100 abitanti) e dell'incidenza (per 100.000 abitanti) –  
Confronto con numero decessi e ricoveri**





Dipartimento  
di Epidemiologia  
Struttura regionale  
di riferimento  
per l'epidemiologia



Azienda  
Sanitaria  
Locale  
**ROMA**



Regione  
Lazio

## PDTA ONCOLOGICO

ASL RME

## TUMORE DELLA MAMMELLA

**Dati epidemiologici e di ricorso all'assistenza per i residenti della asl RME**

**a cura del Dipartimento di Epidemiologia ASL RME**

**Maggio 2009**

### **Fonti dei dati:**

*“Bisogni di salute: Occorrenza di malattie nella popolazione - Elementi per la stima del fabbisogno di interventi sanitari nel Lazio”*, Dipartimento di Epidemiologia, ASL Roma E – Struttura di riferimento per l'Epidemiologia della Regione Lazio - Roma, 10 Agosto 2006.

*“Informazioni sulla salute della popolazione ASL Roma E, 2001-2005”*, Dipartimento di Epidemiologia, ASL Roma E – <http://www.asl-rme.it/>

## **INDICE**

<b>1 – Scheda informativa</b>	<b>pag. 3</b>
<b>2 – Commento generale ai dati</b>	<b>pag. 4</b>
<b>3 – Ospedalizzazioni</b>	<b>pag. 5</b>
<b>3.1 - Dimissioni e dimessi</b>	
<b>3.2 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione</b>	
<b>3.3 - Analisi socio-economica dell'ospedalizzazione</b>	
<b>3.4 - Rappresentazione geografica dei rischi</b>	
<b>4. Mortalità</b>	<b>pag. 16</b>
<b>4.1 - Analisi socio-economica della mortalità</b>	
<b>4.2 - Rappresentazione geografica dei rischi</b>	
<b>5. Stima della prevalenza e dell'incidenza</b>	<b>pag. 19</b>

## TUMORE DELLA MAMMELLA

### 1 - SCHEDE INFORMATIVA

#### *Definizione*

Il tumore della mammella origina dalle cellule epiteliali della ghiandola mammaria. Presenta due varianti principali, il tumore duttale più frequente e quello globulare più raro.

#### *Epidemiologia*

Il tumore della mammella è la neoplasia di gran lunga più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10% (una donna su cento si ammala entro i 45 anni, due su cento entro i 50 anni, e altre 7-8 su cento fra i 50 e gli 80 anni, cioè entro la speranza di vita di questi paesi). Nella maggior parte dei paesi poveri l'incidenza del cancro della mammella è 6-7 volte più bassa. In Italia si ammalano ogni anno circa 33.000 donne, corrispondenti al 20-25% di tutti i tumori maligni femminili, ne muoiono 11.000 e vi vivono ormai 300.000 donne che hanno avuto in passato una diagnosi di cancro mammario, di cui quasi la metà negli ultimi 5 anni. L'incidenza è più alta nel Nord, intermedia nel Centro e più bassa nel Sud del Paese, ma queste differenze tenderanno ad attenuarsi perché il numero di casi sta crescendo più rapidamente al Sud che al Nord. Il tumore della mammella ha una prognosi relativamente buona. In Italia, delle donne ammalatesi nella prima metà degli anni novanta, circa l'80% era viva dopo 5 anni dalla diagnosi, e il tasso di sopravvivenza continua ad aumentare. Oggi in Italia circa la metà della popolazione vive in aree dove sono stati organizzati programmi di screening mammografico; la sopravvivenza è una delle più alte in Europa, dove la sopravvivenza relativa media è del 76%.

Le cause del tumore mammario sono note solo in parte. I principali fattori di rischio dipendono dalla vita riproduttiva (la gravidanza precoce prima dei 30 anni e l'allattamento conferiscono una certa protezione), dalla costituzione ormonale (le donne che hanno le prime mestruazioni molto presto, che vanno in menopausa tardi, e con livelli plasmatici di ormoni sessuali piuttosto alti si ammalano di più), dalla dieta abituale e dallo stato nutrizionale (chi ha una dieta ricca di grassi e di prodotti animali, chi aumenta più di peso in età adulta e chi ha una vita molto sedentaria si ammala di più), dall'esposizione ad alte dosi di radiazioni ionizzanti (incluse le radiazioni a scopo diagnostico o terapeutico) in età infantile o adolescenziale, dall'uso della terapia ormonale sostitutiva con estrogeni e progestinici di sintesi in menopausa. Una piccola frazione dei tumori della mammella ha cause genetiche (circa il 5% del totale dei tumori, ma fino al 15-20% dei casi che insorgono entro i 35-40 anni) nel senso che alcune donne ereditano mutazioni genetiche che predispongono allo sviluppo del carcinoma mammario [1].

#### **Definizione operativa di caso, codici ICD-9-CM (ospedalizzazione) e ICD-9 (mortalità), classi di età**

Tumore maligno della mammella: 174. Tutte le età.

#### Bibliografia essenziale

[1] AIRT working group. I dati di incidenza e mortalità dei Registri Tumori generali, 1998-2002 Epidemiologia e Prevenzione 2006; 30 suppl 2.

## 2 – COMMENTO GENERALE AI DATI

Tumore della mammella

### PUNTI CHIAVE

#### **Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione 2001-2005**

Sostanzialmente stabile; in diminuzione la durata della degenza.

#### **Analisi per Stato Socio-economico**

Le donne delle classi di SES più svantaggiate sono a rischio minore di ospedalizzazione per questa patologia. Nessuna associazione SES-mortalità.

#### **Analisi geografica dell'ospedalizzazione e della mortalità:**

Tra i quartieri dell'area esiste una discreta eterogeneità del tasso di ospedalizzazione (dimissioni) che variano dallo 0.9 per 1000 di S. Cornelia-Prima Porta al 3.2 per 1000 di Della Vittoria.

Rispetto a Roma, si registra un eccesso di ospedalizzazioni ad Acquatraversa (+ 32%), Aurelia Nord (+ 19%), Della Vittoria (+ 48%), Medaglie d'Oro - Pineto (+ 23%), Prati (+ del 19%), Tor di Quinto (+ 39%). Le dimissioni sono invece inferiori a quelle del comune di Roma a Castelluccia (RR 0.73), Cesano - S. Maria di Galeria (RR 0.57), Giustiniana (RR 0.70), Labaro (RR 0.80) e S. Cornelia-Prima Porta (RR 0.43). Un eccesso di dimessi si osserva solo a Della Vittoria e a Medaglie d'Oro-Pineto (rispettivamente +27 e +17%); il rischio relativo rispetto a Roma risulta significativamente più basso invece tra le donne residenti nei quartieri S. Cornelia-Prima Porta e Tomba di Nerone-Grottarossa (RR di 0.44 e 0.83 rispettivamente). Un eccesso di mortalità si osserva solo a della Vittoria (tasso di 40.4 per 100.000, RR rispetto a Roma di 1.42)

**Differenze di SES:** chiaro trend di associazione con le ospedalizzazioni.

**Differenze di Area:** Si rileva una eterogeneità tra quartieri solo nel tasso di ospedalizzazione, mentre per i dimessi e per la mortalità non si osservano differenze significative ad eccezione del quartiere Della Vittoria dove si osserva un eccesso di rischio sia per le ospedalizzazioni che per l'età.



### 3 - OSPEDALIZZAZIONI

#### 3.1 – Dimissioni e dimessi

**Dimissioni e durata media della degenza per regime di ricovero. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Donne. Tumori della mammella.**

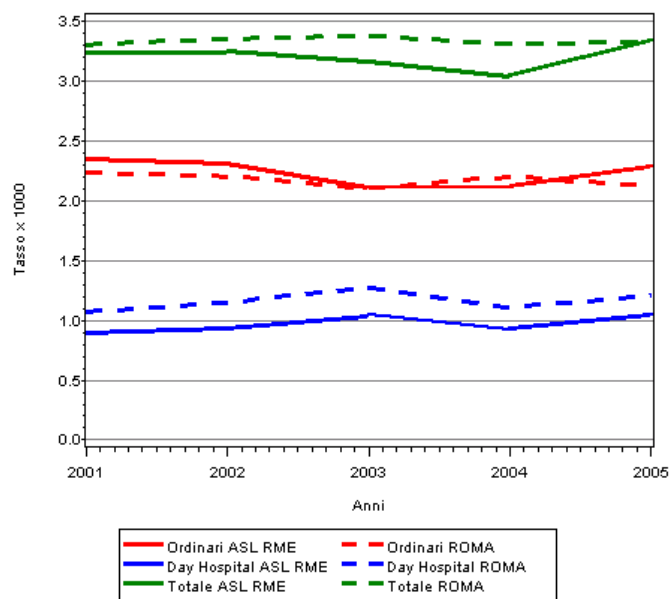
	ANNO									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE
Regime ordinario	604	814	607	815	547	758	592	777	605	817
Degenza media	7.4	7.3	6.2	6.2	7.2	7.3	6.2	6.5	5.9	5.9
Regime Day Hospital	159	284	134	299	162	362	150	324	140	366
Accessi per dimissione	9.4	9.9	5.1	8.4	5.0	7.7	3.2	6.5	3.4	7.1

**Dimessi in qualsiasi regime, in regime ordinario e in regime day hospital. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Donne. Tumori della mammella.**

	ANNO									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE
Regime ordinario	470	517	475	531	452	532	469	549	484	568
giornate pro-capite	9.5	11.5	7.9	9.5	8.7	10.4	7.9	9.3	7.3	8.5
Regime Day Hospital	140	241	114	253	135	292	108	241	121	295
giornate pro-capite	10.7	11.6	6.0	9.9	5.9	9.6	4.5	8.8	4.0	8.8
Numero di pazienti	550	643	541	670	534	684	532	675	568	721
giornate pro-capite	10.8	13.6	8.2	11.3	8.9	12.2	7.8	10.7	7.1	10.3

### 3.2 – Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione

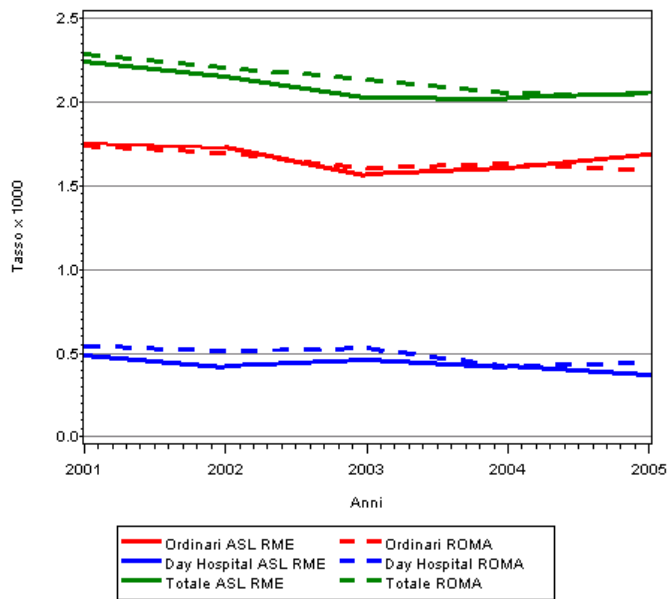
Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimissioni (DPR e diagnosi secondarie).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Donne.  
Tumori della mammella



Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	814	2.3	2.2	2.5	284	0.9	0.8	1.0	1098	3.2	3.0	3.4
2002	815	2.3	2.2	2.5	299	0.9	0.8	1.1	1114	3.2	3.1	3.5
2003	758	2.1	2.0	2.3	362	1.0	0.9	1.2	1120	3.2	3.0	3.4
2004	777	2.1	2.0	2.3	324	0.9	0.8	1.0	1101	3.1	2.9	3.2
2005	817	2.3	2.1	2.5	366	1.0	0.9	1.2	1183	3.3	3.1	3.5

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	3941	2.2	2.2	2.3	1791	1.1	1.0	1.1	5732	3.3	3.2	3.4
2002	3926	2.2	2.1	2.3	1914	1.1	1.1	1.2	5840	3.4	3.3	3.4
2003	3844	2.1	2.0	2.2	2198	1.3	1.2	1.3	6042	3.4	3.3	3.5
2004	3984	2.2	2.1	2.3	1927	1.1	1.1	1.2	5911	3.3	3.2	3.4
2005	3882	2.1	2.1	2.2	2119	1.2	1.2	1.3	6001	3.3	3.2	3.4

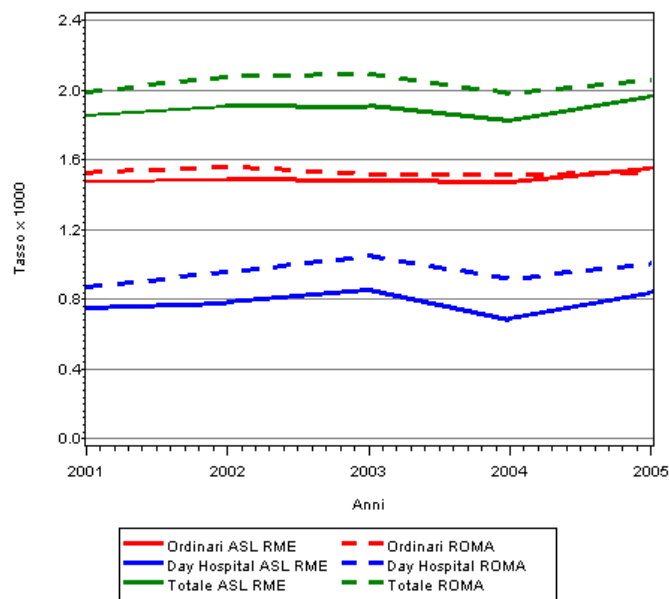
Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimissioni (DPR).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Donne.  
Tumori della mammella



Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	604	1.8	1.6	1.9	159	0.5	0.4	0.6	763	2.2	2.1	2.4
2002	607	1.7	1.6	1.9	134	0.4	0.4	0.5	741	2.2	2.0	2.3
2003	547	1.6	1.4	1.7	162	0.5	0.4	0.5	709	2.0	1.9	2.2
2004	592	1.6	1.5	1.7	150	0.4	0.4	0.5	742	2.0	1.9	2.2
2005	605	1.7	1.6	1.8	140	0.4	0.3	0.4	745	2.1	1.9	2.2

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	3063	1.7	1.7	1.8	922	0.5	0.5	0.6	3985	2.3	2.2	2.4
2002	3008	1.7	1.6	1.8	872	0.5	0.5	0.5	3880	2.2	2.1	2.3
2003	2926	1.6	1.5	1.7	936	0.5	0.5	0.6	3862	2.1	2.1	2.2
2004	2960	1.6	1.6	1.7	750	0.4	0.4	0.5	3710	2.1	2.0	2.1
2005	2909	1.6	1.5	1.7	810	0.4	0.4	0.5	3719	2.0	2.0	2.1

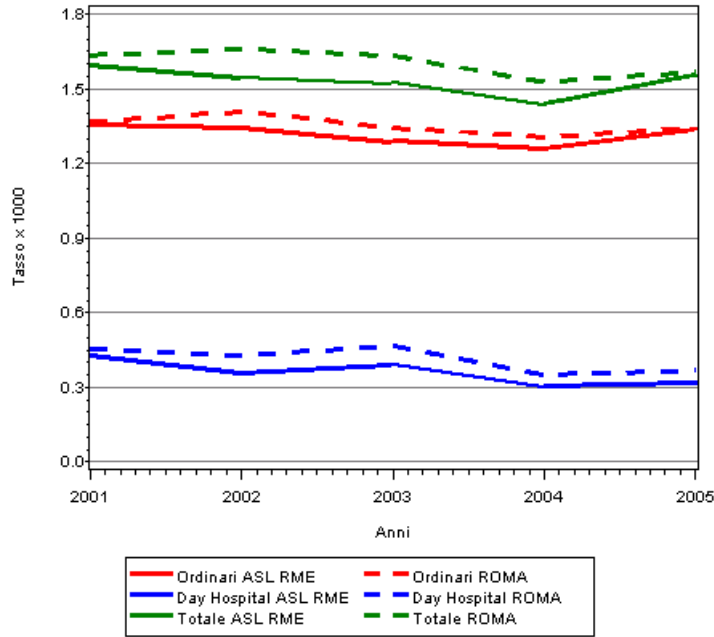
Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimessi(DPR e diagnosi secondarie).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Donne.  
Tumori della mammella



Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	517	1.5	1.3	1.6	241	0.8	0.7	0.9	643	1.9	1.7	2.0
2002	531	1.5	1.4	1.6	253	0.8	0.7	0.9	670	1.9	1.8	2.1
2003	532	1.5	1.4	1.6	292	0.9	0.8	1.0	684	1.9	1.8	2.1
2004	549	1.5	1.3	1.6	241	0.7	0.6	0.8	675	1.8	1.7	2.0
2005	568	1.6	1.4	1.7	295	0.8	0.7	1.0	721	2.0	1.8	2.1

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	2768	1.5	1.5	1.6	1460	0.9	0.8	0.9	3561	2.0	1.9	2.1
2002	2834	1.6	1.5	1.6	1610	1.0	0.9	1.0	3725	2.1	2.0	2.2
2003	2819	1.5	1.5	1.6	1810	1.0	1.0	1.1	3831	2.1	2.0	2.2
2004	2816	1.5	1.5	1.6	1610	0.9	0.9	1.0	3663	2.0	1.9	2.0
2005	2860	1.5	1.5	1.6	1776	1.0	1.0	1.1	3825	2.1	2.0	2.1

Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimessi (DPR).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Donne.  
Tumori della mammella



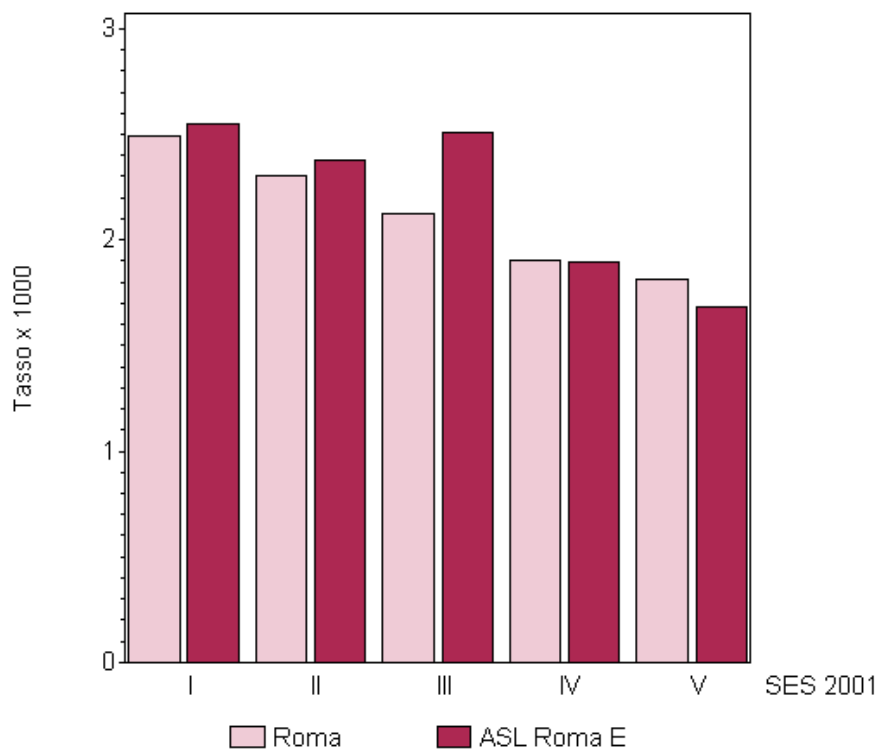
Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	470	1.4	1.2	1.5	140	0.4	0.4	0.5	550	1.6	1.5	1.7
2002	475	1.3	1.2	1.5	114	0.4	0.3	0.4	541	1.5	1.4	1.7
2003	452	1.3	1.2	1.4	135	0.4	0.3	0.5	534	1.5	1.4	1.7
2004	469	1.3	1.1	1.4	108	0.3	0.2	0.4	532	1.4	1.3	1.6
2005	484	1.3	1.2	1.5	121	0.3	0.3	0.4	568	1.6	1.4	1.7

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	2450	1.4	1.3	1.4	772	0.5	0.4	0.5	2915	1.6	1.6	1.7
2002	2524	1.4	1.4	1.5	738	0.4	0.4	0.5	2970	1.7	1.6	1.7
2003	2462	1.3	1.3	1.4	824	0.5	0.4	0.5	2977	1.6	1.6	1.7
2004	2406	1.3	1.3	1.4	634	0.4	0.3	0.4	2820	1.5	1.5	1.6
2005	2479	1.3	1.3	1.4	681	0.4	0.3	0.4	2906	1.6	1.5	1.6

### 3.3 – Analisi socio-economica dell'ospedalizzazione

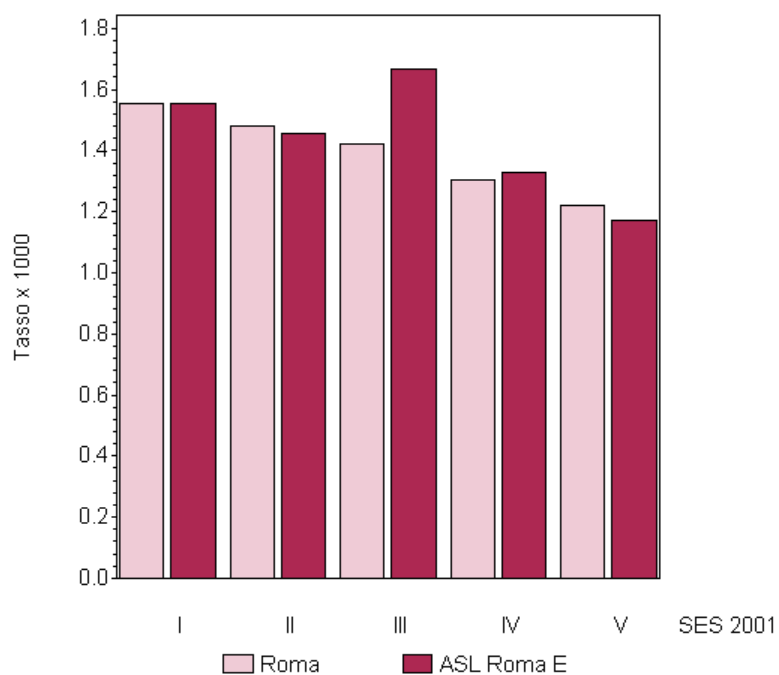
SES 2001: Indicatore socio-economico basato sui dati del Censimento 2001 a 5 livelli : I i più ricchi, V i più poveri (vedi scheda tecnica per dettagli sul metodo)

Dimissioni per Stato Socio Economico (SES) - 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Donne. Tumori della mammella.



SES 2001	Roma			ASL RM/E		
	Tasso	RR	p-value	Tasso	RR	p-value
I	2.5	1.00	1.000	2.6	1.00	1.000
II	2.3	0.93	0.001	2.4	0.93	0.150
III	2.1	0.85	0.000	2.5	0.98	0.727
IV	1.9	0.76	0.000	1.9	0.74	0.000
V	1.8	0.73	0.000	1.7	0.66	0.000

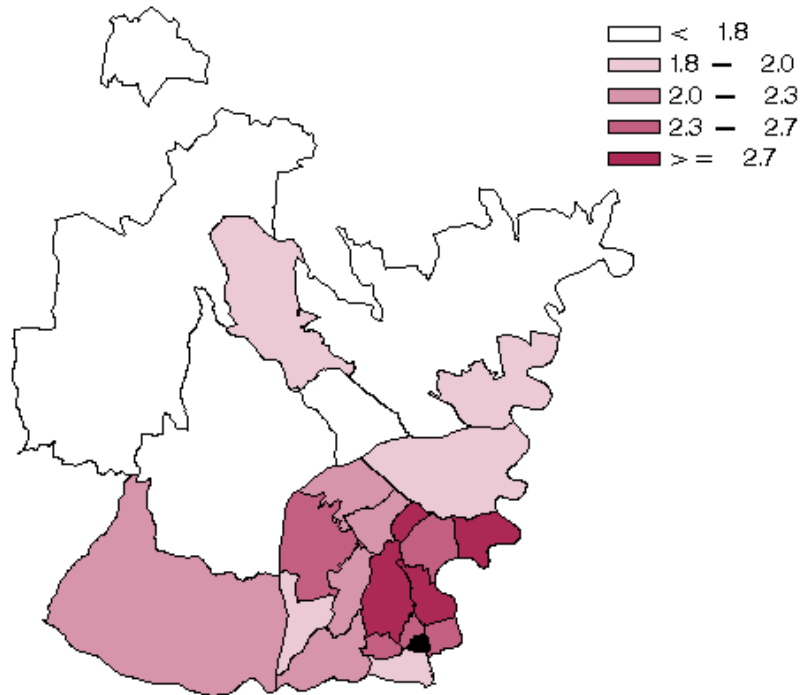
**Dimessi per Stato Socio Economico (SES)- 2001-2005, ASL Roma E, Roma.  
Donne. Tumori della mammella.**



SES 2001	Roma			ASL RM/E		
	Tasso	RR	p-value	Tasso	RR	p_value
I	1.6	1.00	1.000	1.6	1.00	1.000
II	1.5	0.95	0.099	1.5	0.94	0.312
III	1.4	0.92	0.002	1.7	1.07	0.260
IV	1.3	0.84	0.000	1.3	0.85	0.017
V	1.2	0.79	0.000	1.2	0.75	0.000

### 3.4 – Rappresentazione geografica dei rischi

Dimissioni: Tasso standardizzato per 1000 residenti. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Donne.  
Tumori della mammella

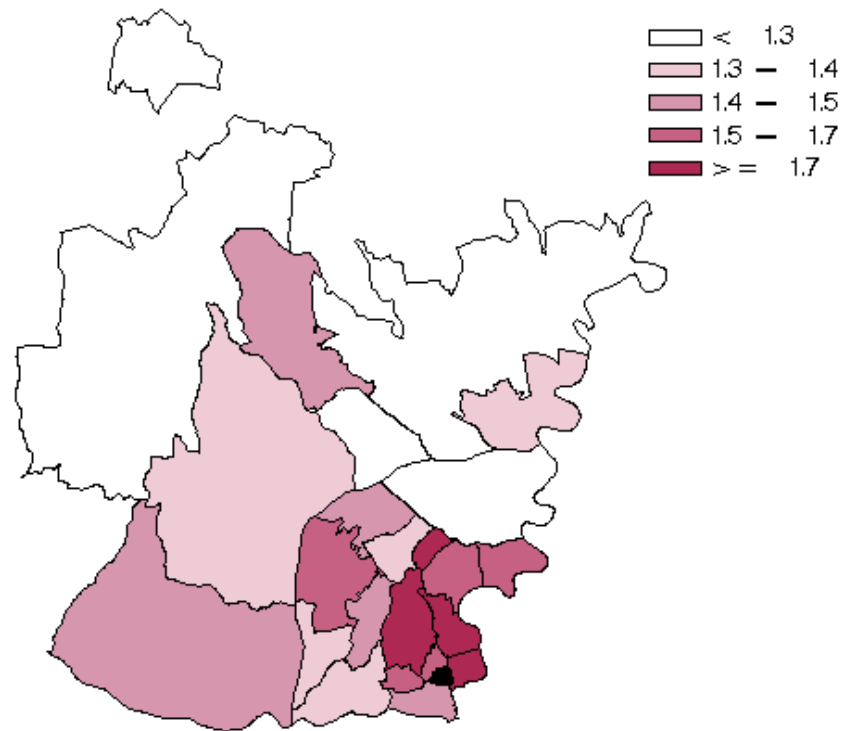




**Dimissioni: tasso standardizzato per 1000 residenti, limiti di confidenza al 95%, rischio relativo rispetto al comune di Roma. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.**

Territorio	Tumori della mammella					
	Donne					
	Oss	Tasso	IC 95%		RR	P value
Acquatrasversa	74	2.9	2.3	3.6	1.32	0.019
Aurelia Nord	185	2.6	2.2	3.1	1.19	0.033
Aurelia Sud	195	1.9	1.6	2.2	0.87	0.085
Casalotti-Boccea	113	2.1	1.7	2.5	0.95	0.595
Castelluccia	62	1.6	1.3	2.1	0.73	0.016
Cesano-S. Maria di Galeria	40	1.2	0.9	1.7	0.57	0.000
Della Vittoria	348	3.2	2.9	3.7	1.48	0.000
Eroi	201	2.5	2.1	2.9	1.13	0.122
Farnesina	170	2.3	2.0	2.7	1.06	0.489
Fogaccia	142	1.9	1.6	2.2	0.87	0.093
Giustiniana	34	1.5	1.1	2.1	0.70	0.037
La Storta	75	1.8	1.5	2.3	0.83	0.109
Labaro	108	1.8	1.5	2.2	0.81	0.033
Medaglie d'Oro-Pineto	418	2.7	2.4	3.0	1.23	0.000
Ottavia	89	2.0	1.6	2.4	0.89	0.302
Prati	184	2.6	2.2	3.1	1.19	0.030
Primavalle	428	2.1	1.9	2.3	0.94	0.240
S. Cornelia-Prima Porta	22	0.9	0.6	1.4	0.43	0.000
Santa Maria della Piet	103	2.5	2.1	3.0	1.14	0.191
Tomba di Nerone-Grottarossa	210	2.0	1.7	2.2	0.89	0.104
Tor di Quinto	156	3.1	2.6	3.6	1.39	0.000
Trionfale	129	2.3	1.9	2.7	1.03	0.723
Val Cannuta	214	2.1	1.9	2.5	0.97	0.676
Municipio 17	733	2.8	2.6	3.1	1.29	0.000
Municipio 18	849	2.1	2.0	2.3	0.97	0.334
Municipio 19	1241	2.3	2.1	2.4	1.03	0.389
Municipio 20	877	2.0	1.9	2.2	0.93	0.039
Roma E	3700	2.3	2.2	2.3	1.02	0.201
ROMA	19156	2.2	2.2	2.2	1.00	1.000

**Dimessi: Tasso standardizzato per 1000 residenti. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Donne.  
Tumori della mammella**



**Dimessi: tasso standardizzato per 1000 residenti, limiti di confidenza al 95%, rischio relativo rispetto al comune di Roma. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.**

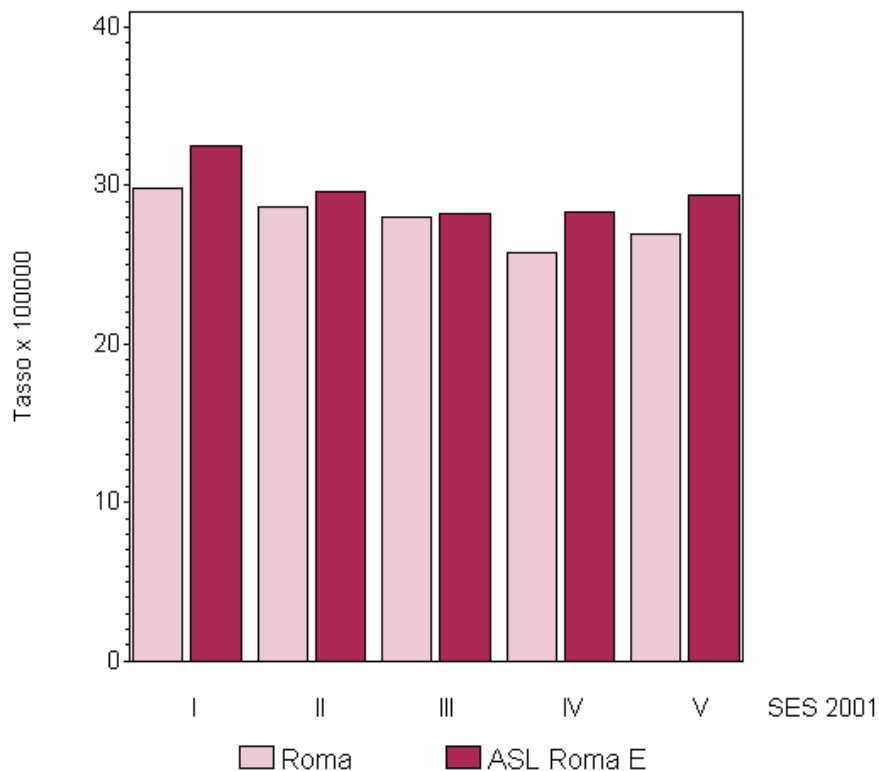
Territorio	Tumori della mammella					
	Donne					
	Oss	Tasso	IC 95%		RR	p_value
Acquatraversa	49	1.9	1.4	2.5	1.32	0.053
Aurelia Nord	120	1.6	1.3	2.0	1.12	0.266
Aurelia Sud	148	1.4	1.2	1.7	0.99	0.911
Casalotti-Boccea	75	1.4	1.1	1.7	0.95	0.668
Castelluccia	49	1.3	1.0	1.7	0.89	0.421
Cesano-S. Maria di Galeria	31	1.0	0.7	1.4	0.67	0.025
Della Vittoria	200	1.8	1.6	2.1	1.27	0.002
Eroi	140	1.7	1.4	2.0	1.16	0.122
Farnesina	111	1.5	1.2	1.9	1.06	0.568
Fogaccia	98	1.3	1.1	1.6	0.90	0.330
Giustiniana	24	1.1	0.7	1.6	0.74	0.135
La Storta	59	1.4	1.1	1.8	0.99	0.950
Labaro	79	1.3	1.1	1.7	0.92	0.451
Medaglie d'Oro-Pineto	269	1.7	1.5	1.9	1.17	0.022
Ottavia	66	1.4	1.1	1.8	0.99	0.952
Prati	125	1.8	1.5	2.1	1.22	0.040
Primavalle	289	1.4	1.2	1.6	0.96	0.475
S. Cornelia-Prima Porta	15	0.6	0.4	1.1	0.44	0.002
Santa Maria della Piet	65	1.6	1.2	2.0	1.11	0.417
Tomba di Nerone-Grottarossa	128	1.2	1.0	1.4	0.83	0.048
Tor di Quinto	73	1.6	1.2	2.0	1.08	0.555
Trionfale	80	1.3	1.1	1.7	0.93	0.532
Val Cannuta	135	1.3	1.1	1.6	0.94	0.469
Municipio 17	465	1.8	1.6	1.9	1.22	0.000
Municipio 18	576	1.4	1.3	1.5	0.98	0.645
Municipio 19	828	1.5	1.4	1.6	1.02	0.540
Municipio 20	559	1.3	1.2	1.4	0.91	0.041
Roma E	2428	1.5	1.4	1.5	1.01	0.571
ROMA	12776	1.4	1.4	1.5	1.00	1.000

#### 4. Mortalità

##### 4.1 – Analisi socio-economica della mortalità

**SES 2001: Indicatore socio-economico basato sui dati del Censimento 2001 a 5 livelli : I i più ricchi, V i più poveri (vedi scheda tecnica per dettagli sul metodo)**

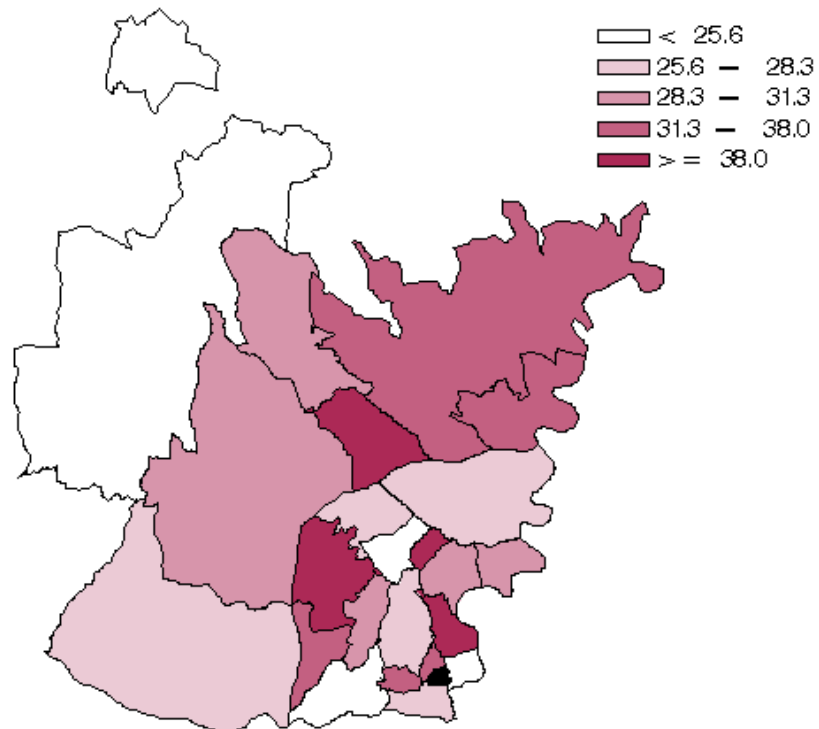
**Decessi per Stato Socio Economico (SES). 2001-2005. ASL Roma E, Roma. Donne. Tumori della mammella.**



SES 2001	Roma			ASL RM/E		
	Tasso	RR	p-value	Tasso	RR	p_value
I	29.8	1.00	1.000	32.5	1.00	1.000
II	28.6	0.96	0.485	29.7	0.91	0.477
III	28.0	0.94	0.279	28.2	0.87	0.280
IV	25.8	0.86	0.019	28.4	0.87	0.308
V	27.0	0.90	0.106	29.4	0.90	0.480

#### 4.2 – Rappresentazione geografica dei rischi di mortalità

Decessi: Tasso standardizzato per 100000 residenti. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.  
Donne.  
Tumori della mammella



**MORTALITA': tasso standardizzato per 100000 residenti, limiti di confidenza al 95%, rischio relativo rispetto al comune di Roma. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.**

Territorio	Tumori della mammella					
	Donne					
	Oss	Tasso	IC 95%		RR	p_value
Acquatrasversa	10	39.0	21.0	72.6	1.37	0.324
Aurelia Nord	35	34.3	23.4	50.3	1.20	0.346
Aurelia Sud	36	28.1	19.3	40.7	0.98	0.926
Casalotti-Boccea	15	27.6	16.6	46.0	0.97	0.898
Castelluccia	11	30.4	16.8	55.0	1.06	0.841
Cesano-S. Maria di Galeria	7	19.5	9.2	41.2	0.68	0.318
Della Vittoria	57	40.4	30.0	54.6	1.42	0.024
Eroi	37	32.4	22.5	46.7	1.14	0.495
Farnesina	27	28.5	18.7	43.5	1.00	0.996
Fogaccia	25	31.3	21.1	46.5	1.10	0.647
Giustiniana	9	38.0	19.7	73.3	1.33	0.397
La Storta	12	28.3	16.0	50.0	0.99	0.972
Labaro	21	37.6	24.3	58.2	1.32	0.217
Medaglie d'Oro-Pineto	65	27.2	20.5	35.9	0.95	0.728
Ottavia	14	25.6	15.0	43.8	0.90	0.694
Prati	26	25.1	16.2	38.7	0.88	0.558
Primavalle	70	29.1	22.7	37.2	1.02	0.885
S. Cornelia-Prima Porta	8	34.2	17.1	68.5	1.20	0.608
Santa Maria della Piet	17	43.0	26.6	69.4	1.51	0.095
Tomba di Nerone-Grottarossa	35	27.2	19.3	38.3	0.95	0.784
Tor di Quinto	17	31.2	18.5	52.4	1.09	0.740
Trionfale	15	21.5	12.6	36.6	0.75	0.298
Val Cannuta	33	24.9	17.4	35.7	0.87	0.459
Municipio 17	120	34.0	27.7	41.7	1.19	0.100
Municipio 18	144	29.2	24.5	34.7	1.02	0.815
Municipio 19	195	29.0	25.0	33.6	1.01	0.854
Municipio 20	143	30.6	25.9	36.3	1.07	0.428
<b>Roma E</b>	<b>602</b>	<b>30.3</b>	<b>27.8</b>	<b>33.0</b>	<b>1.06</b>	<b>0.218</b>
ROMA	3017	28.6	27.5	29.7	1.00	1.000

## 5. Stima della prevalenza e dell'incidenza – confronto con numero decessi e ricoveri

Stima annuale casi di tumore e numero decessi tra i residenti ASL RME (età 15+).

		mammella			
	popolazione		incidenti	prevalenti	decessi
			<i>stima</i>	<i>stima</i>	<i>numero</i>
Municipio 17	62792		32	363	22
Municipio 18	116171		105	560	33
Municipio 19	161480		137	728	34
Municipio 20	125060		109	562	31
<b>ASL RM E</b>	<b>465503</b>		<b>383</b>	<b>2213</b>	<b>120</b>

I dati di incidenza sono quelli pooled della banca dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT).

<http://www.registri-tumori.it/incidenza1998-2002/main.htm>.

I dati di prevalenza si riferiscono alle stime prodotte per l'Italia dal progetto IARC "GLOBOCAN 2002".

<http://www-dep.iarc.fr/globocan/database.htm>.

I decessi sono quelli osservati nel 2005 (fonte ReNCaM).

Dati del Sistema Informativo Ospedaliero. Anno 2005.

				mammella	
	ricoveri/anno				
Municipio 17				152	
Municipio 18				212	
Municipio 19				228	
Municipio 20				186	
<b>ASL RM E</b>				<b>778</b>	
	<b>pazienti ricoverati</b>				
<b>ASL RME</b>	<i>tutte le diagnosi</i>			<b>721</b>	
	<i>diagnosi principale</i>			<b>568</b>	



Dipartimento  
di Epidemiologia  
Struttura regionale  
di riferimento  
per l'epidemiologia



Azienda  
Sanitaria  
Locale  
**ROMA**



Regione  
Lazio

**PDTA ONCOLOGICO**  
**ASL RME**  
**TUMORE DEL COLON E DEL RETTO**

**Dati epidemiologici e di ricorso all'assistenza per i residenti della asl RME**

**a cura del Dipartimento di Epidemiologia ASL RME**

**Maggio 2009**

**Fonte dei dati:**

*“Bisogni di salute: Occorrenza di malattie nella popolazione - Elementi per la stima del fabbisogno di interventi sanitari nel Lazio”*, Dipartimento di Epidemiologia, ASL Roma E – Struttura di riferimento per l'Epidemiologia della Regione Lazio - Roma, 10 Agosto 2006.

*“Informazioni sulla salute della popolazione ASL Roma E, 2001-2005”*, Dipartimento di Epidemiologia, ASL Roma E –. <http://www.asl-rme.it/>



## **INDICE**

<b>1 – Scheda informativa</b>	<b>pag. 3</b>
<b>2 – Commento generale ai dati</b>	<b>pag. 4</b>
<b>3 – Ospedalizzazioni</b>	<b>pag. 5</b>
<b>3.1 - Dimissioni e dimessi</b>	
<b>3.2 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione</b>	
<b>3.3 - Analisi socio-economica dell'ospedalizzazione</b>	
<b>3.4 - Rappresentazione geografica dei rischi</b>	
<b>4. Mortalità</b>	<b>pag. 26</b>
<b>4.1 - Analisi socio-economica della mortalità</b>	
<b>4.2 - Rappresentazione geografica dei rischi</b>	
<b>5. Stima della prevalenza e dell'incidenza</b>	<b>pag. 32</b>

## **Tumore del colon e del retto**

### **1 – Scheda informativa**

#### ***Definizione***

I tumori del colon-retto derivano dalla trasformazione delle cellule epiteliali della parete interna dell'intestino crasso (tonaca mucosa). A seconda del loro comportamento biologico, vengono definiti adenomi (forme benigne) o adenocarcinomi (forme maligne). I tumori del colon-retto sono distribuiti variamente lungo il decorso del grosso intestino, preferendo il colon sinistro (tratto discendente e sigma) e il retto, in una percentuale di casi variabile fra il 50 e il 70 per cento. La maggioranza dei tumori maligni del colon-retto insorge a partire da lesioni, spesso inizialmente del tutto benigne, dette polipi adenomatosi.

#### ***Epidemiologia***

Nel periodo 1998-2002 il tumore del colon-retto, come sede aggregata, è risultato al 4° posto in termini di frequenza tra le neoplasie diagnosticate tra gli uomini rappresentando l'11,3% del totale dei tumori, e al 3° posto tra le donne rappresentando l'11,5% del totale. Le stime per l'Italia indicano un totale di 20.457 nuovi casi diagnosticati tra i maschi ogni anno e 17.276 tra le femmine, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 15.740 decessi tra i maschi e 13.994 tra le femmine. Il 90 per cento dei tumori riguarda individui sopra i cinquant'anni di età. La malattia colpisce uomini e donne con uguale frequenza, sebbene i tumori del retto mostrino una maggiore prevalenza nel sesso maschile. Esiste una certa varietà geografica nell'incidenza del tumore del colon-retto nel nostro Paese con un rapporto tra le aree con i tassi più alti e quelle con i più bassi, generalmente quelle dell'Italia meridionale e insulare, intorno a 2 sia tra gli uomini che tra le donne [1].

Un andamento temporale di mortalità abbastanza costante è stato rilevato in Italia nonostante l'incidenza sia in crescita. Ciò è una conseguenza diretta dell'aumento di sopravvivenza nello stesso periodo [2].

La dieta è ritenuta il principale fattore esogeno identificato sino ad oggi nell'eziologia del tumore del colon è stato infatti stimato che il 70% dei tumori del colon potrebbe essere prevenuto con un intervento nutrizionale [3]. L'attività fisica è risultata invece associata con riduzione del rischio di tumore del colon in studi riguardanti l'attività occupazionale, le attività nel tempo libero e le attività complessive [4].

#### ***Definizione operativa di caso, codici ICD-9-CM (ospedalizzazione) e ICD-9 (mortalità), classi di età***

Tumore maligno del colon-retto: 153-154, 159.0. Tutte le età

#### **Bibliografia essenziale**

[1] AIRT working group. I dati di incidenza e mortalità dei Registri Tumori generali, 1998-2002 Epidemiologia e Prevenzione 2006; 30 suppl 2.

[2] ISTAT. Nuove evidenze nell'evoluzione della mortalità per tumori in Italia Anni 1970-1999. Indicatori statistici: n.5-2005.

[3] Stewart BW, Kleihus P, Editors. World Cancer Report. Lyon: IARC Press. 2003.

[4] WCRF& AICR. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research, Food, Nutrition and Prevention of Cancer: a Global Perspective. American Institute of Cancer Research, Washington. 1997.

## 2 – COMMENTO GENERALE AI DATI

### Tumori del colon e del retto

#### *Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione 2001-2005*

Per gli uomini diminuiscono dal 2003 le dimissioni e dimessi con diagnosi principale di tumore del colon-retto, in aumento invece le dimissioni quando per la definizione di caso vengono considerate anche le diagnosi secondarie. Per le donne il tasso di ospedalizzazione (dimissioni e dimessi) è in leggero aumento.

La durata della degenza non mostra variazioni tra gli uomini, mentre è in aumento tra le donne

#### *Analisi per Stato Socio-economico (SES)*

##### *Uomini e donne:*

Non si osserva nessuna associazione con le ospedalizzazioni e con la mortalità.

#### **Analisi geografica dell'ospedalizzazione e della mortalità**

##### *Uomini:*

Il tasso di dimissioni è dell'8% superiore a quello del comune di Roma, mentre non ci sono differenze per quanto riguarda le persone ricoverate (dimessi) e per la mortalità.

Rispetto a Roma, i quartieri con eccesso di ospedalizzazione (dimissioni) sono: Acquatraversa (RR 1.69), Aurelia Nord (RR 1.32), Aurelia Sud (RR 1.35), Della Vittoria (RR 1.26), Eroi (RR 1.25), Giustiniana (RR 1.82), Val Cannuta (RR 1.34). Un minore ricorso alle cure ospedaliere si registra invece tra i residenti a Castelluccia (RR 0.52), Cesano-Santa Maria di Galeria (RR 0.67), Ottavia (RR 0.69), Primavalle (RR 0.84), Santa Maria della Pietà (RR 0.66).

Labaro è il quartiere in cui i residenti hanno rispetto a Roma un eccesso di dimessi del 33% e di deceduti del 66%, mentre a La Storta il tasso di dimessi è la metà quello osservato a Roma.

##### *Donne:*

Il tasso di dimissioni è del 12% superiori a quello del comune di Roma, mentre non ci sono differenze per quanto riguarda il numero di dimessi e per la mortalità.

L'analisi per quartiere evidenzia un eccesso di rischio per le dimissioni rispetto a Roma a: Aurelia Sud (RR 1.46), Castelluccia (RR 1.50), Cesano-S. Maria di Galeria (RR 1.97), Giustiniana (RR 2.58), La Storta (RR 1.67), Medaglie d'Oro-Pineto (RR 1.26), Val Cannuta (RR 1.22). Un tasso di ospedalizzazione più basso si osserva invece mentre a Della Vittoria (RR 0.68). Val Cannuta è l'unico quartiere dell'area in cui il tasso di donne ricoverate (dimessi) risulta più elevato di quello di Roma (RR 1.35).

## COMMENTI

**DIFFERENZE DI GENERE:** I tassi di ricovero, di persone ricoverate e di mortalità sono circa il doppio negli uomini rispetto alle donne.

**DIFFERENZE DI SES:** non osservate

**DIFFERENZE DI AREA:** Discreta eterogeneità per i ricoveri (uomini) e per la mortalità (uomini e donne)

### 3 - OSPEDALIZZAZIONI

#### 3.1 – Dimissioni e dimessi

**Dimissioni e durata media della degenza per regime di ricovero. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Uomini. Tumori del colon e del retto.**

	ANNO									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE
Regime ordinario	288	396	381	505	397	554	373	559	342	544
Degenza media	13.3	12.1	12.7	11.7	13.3	11.3	13.9	12.1	14.3	11.4
Regime Day Hospital	63	114	39	105	57	148	58	149	47	146
Accessi per dimissione	13.3	15.6	4.7	12.5	3.8	13.3	4.6	10.3	2.6	11.1

**Dimessi in qualsiasi regime, in regime ordinario e in regime day hospital. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Uomini. Tumori del colon e del retto.**

	ANNO									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE
Regime ordinario	186	212	238	266	240	278	248	289	242	283
giornate pro-capite	20.6	22.6	20.4	22.2	22.0	22.6	20.9	23.5	20.2	21.8
Regime Day Hospital	53	89	37	84	46	109	47	107	39	116
giornate pro-capite	15.8	19.9	4.9	15.6	4.7	18.1	5.7	14.4	3.2	14.0
Numero di pazienti	209	245	253	294	258	317	271	333	265	332
giornate pro-capite	22.3	26.8	19.9	24.6	21.3	26.0	20.1	25.0	18.9	23.5

**Dimissioni e durata media della degenza per regime di ricovero. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Donne. Tumori del colon e del retto.**

	ANNO									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE
Regime ordinario	270	386	298	406	272	425	269	433	286	486
Degenza media	14.7	12.9	14.5	13.3	15.7	12.9	16.5	12.7	22.7	15.6
Regime Day Hospital	75	118	36	92	55	118	64	153	85	191
Accessi per dimissione	7.8	10.2	5.2	13.0	3.1	10.3	4.1	11.2	1.9	10.1

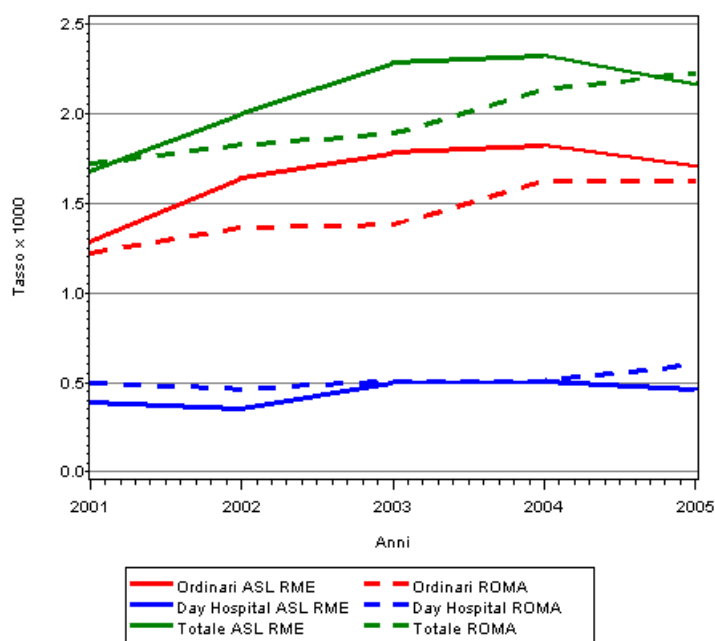
**Dimessi in qualsiasi regime, in regime ordinario e in regime day hospital. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Donne. Tumori del colon e del retto.**

	ANNO									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE	DPR	TUTTE
Regime ordinario	188	218	204	240	205	254	210	253	233	275
giornate pro-capite	21.1	22.8	21.2	22.4	20.8	21.5	21.1	21.8	27.8	27.6
Regime Day Hospital	58	90	33	77	49	98	49	111	46	115
giornate pro-capite	10.0	13.4	5.7	15.5	3.4	12.4	5.3	15.5	3.5	16.7

Numero di pazienti	215	262	225	282	231	294	238	302	259	320
giornate pro-capite	21.2	23.6	20.1	23.3	19.2	22.7	19.7	24.0	25.7	29.8

### 3.2 – Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione

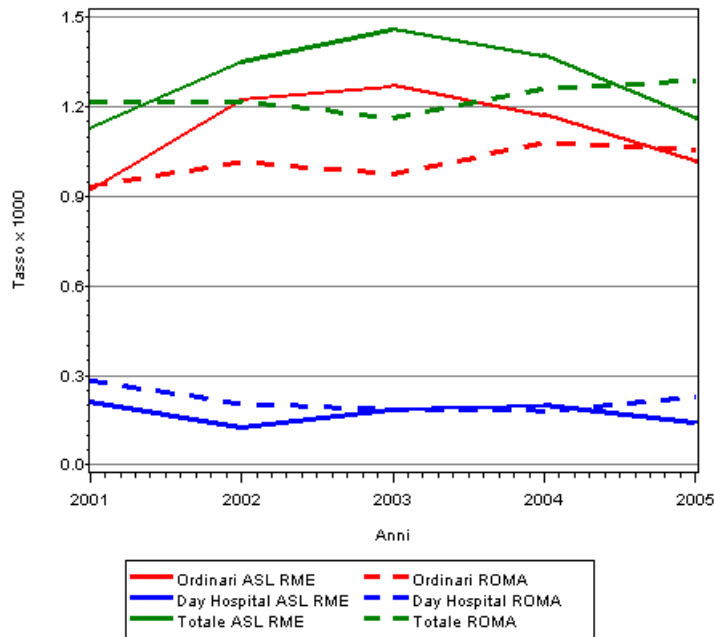
Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimissioni (DPR e diagnosi secondarie).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Uomini.  
Tumori del colon e del retto



Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	396	1.3	1.2	1.4	114	0.4	0.3	0.5	510	1.7	1.5	1.8
2002	505	1.6	1.5	1.8	105	0.4	0.3	0.4	610	2.0	1.8	2.2
2003	554	1.8	1.6	1.9	148	0.5	0.4	0.6	702	2.3	2.1	2.5
2004	559	1.8	1.7	2.0	149	0.5	0.4	0.6	708	2.3	2.2	2.5
2005	544	1.7	1.6	1.9	146	0.5	0.4	0.5	690	2.2	2.0	2.3

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	1947	1.2	1.2	1.3	768	0.5	0.5	0.5	2715	1.7	1.7	1.8
2002	2182	1.4	1.3	1.4	718	0.5	0.4	0.5	2900	1.8	1.8	1.9
2003	2247	1.4	1.3	1.4	802	0.5	0.5	0.5	3049	1.9	1.8	2.0
2004	2623	1.6	1.6	1.7	805	0.5	0.5	0.5	3428	2.1	2.1	2.2
2005	2684	1.6	1.6	1.7	957	0.6	0.6	0.6	3641	2.2	2.2	2.3

Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimissioni (DPR).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Uomini.  
Tumori del colon e del retto

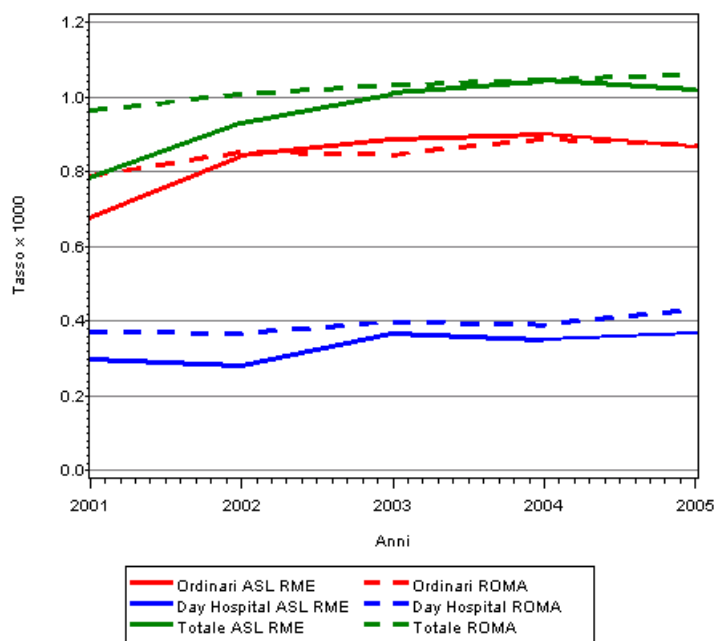


Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	288	0.9	0.8	1.0	63	0.2	0.2	0.3	351	1.1	1.0	1.3
2002	381	1.2	1.1	1.4	39	0.1	0.1	0.2	420	1.4	1.2	1.5
2003	397	1.3	1.1	1.4	57	0.2	0.1	0.2	454	1.5	1.3	1.6
2004	373	1.2	1.1	1.3	58	0.2	0.2	0.3	431	1.4	1.2	1.5
2005	342	1.0	0.9	1.1	47	0.1	0.1	0.2	389	1.2	1.1	1.3

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	1500	0.9	0.9	1.0	436	0.3	0.3	0.3	1936	1.2	1.2	1.3
2002	1631	1.0	1.0	1.1	319	0.2	0.2	0.2	1950	1.2	1.2	1.3
2003	1599	1.0	0.9	1.0	299	0.2	0.2	0.2	1898	1.2	1.1	1.2
2004	1764	1.1	1.0	1.1	289	0.2	0.2	0.2	2053	1.3	1.2	1.3
2005	1781	1.1	1.0	1.1	364	0.2	0.2	0.3	2145	1.3	1.2	1.3



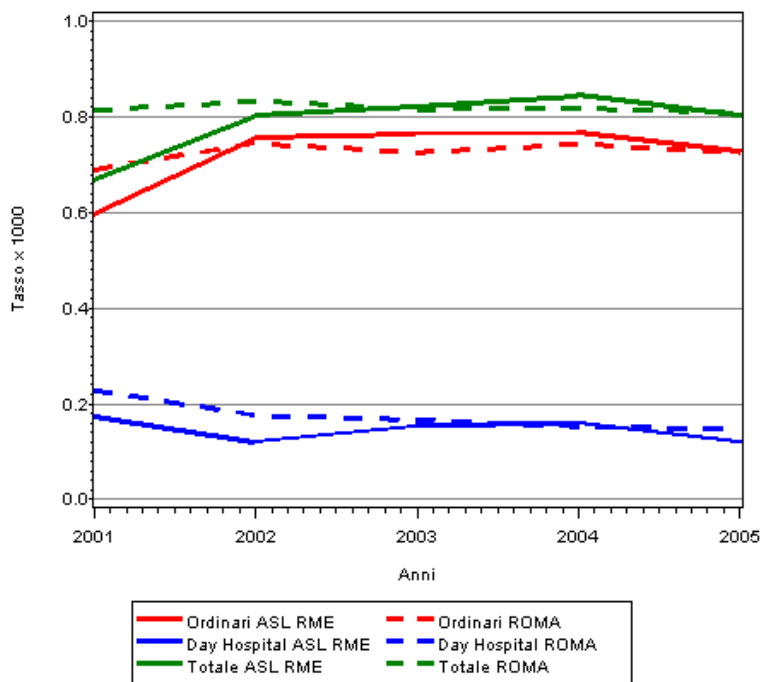
Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimessi (DPR e diagnosi secondarie).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Uomini.  
Tumori del colon e del retto



Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	212	0.7	0.6	0.8	89	0.3	0.2	0.4	245	0.8	0.7	0.9
2002	266	0.8	0.7	1.0	84	0.3	0.2	0.3	294	0.9	0.8	1.0
2003	278	0.9	0.8	1.0	109	0.4	0.3	0.4	317	1.0	0.9	1.1
2004	289	0.9	0.8	1.0	107	0.4	0.3	0.4	333	1.0	0.9	1.2
2005	283	0.9	0.8	1.0	116	0.4	0.3	0.4	332	1.0	0.9	1.1

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	1282	0.8	0.7	0.8	580	0.4	0.3	0.4	1559	1.0	0.9	1.0
2002	1385	0.9	0.8	0.9	575	0.4	0.3	0.4	1632	1.0	1.0	1.1
2003	1398	0.8	0.8	0.9	630	0.4	0.4	0.4	1692	1.0	1.0	1.1
2004	1473	0.9	0.8	0.9	623	0.4	0.4	0.4	1727	1.0	1.0	1.1
2005	1458	0.9	0.8	0.9	701	0.4	0.4	0.5	1771	1.1	1.0	1.1

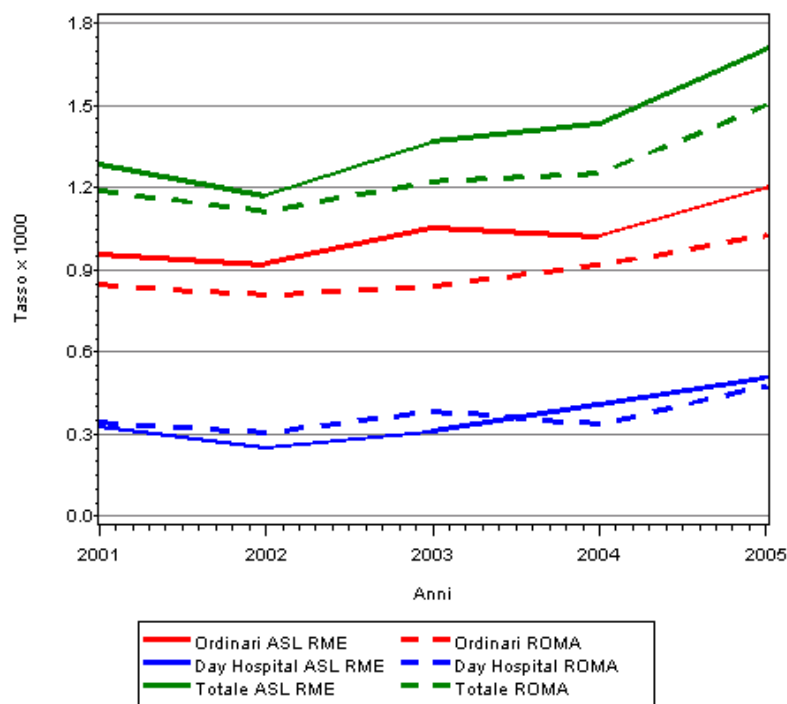
Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimessi (DPR).  
 2001 - 2005, ASL RME, Roma. Uomini.  
 Tumori del colon e del retto



Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	186	0.6	0.5	0.7	53	0.2	0.1	0.2	209	0.7	0.6	0.8
2002	238	0.8	0.7	0.9	37	0.1	0.1	0.2	253	0.8	0.7	0.9
2003	240	0.8	0.7	0.9	46	0.2	0.1	0.2	258	0.8	0.7	0.9
2004	248	0.8	0.7	0.9	47	0.2	0.1	0.2	271	0.8	0.7	1.0
2005	242	0.7	0.6	0.8	39	0.1	0.1	0.2	265	0.8	0.7	0.9

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	1119	0.7	0.7	0.7	358	0.2	0.2	0.3	1315	0.8	0.8	0.9
2002	1209	0.7	0.7	0.8	276	0.2	0.2	0.2	1348	0.8	0.8	0.9
2003	1198	0.7	0.7	0.8	265	0.2	0.1	0.2	1343	0.8	0.8	0.9
2004	1236	0.7	0.7	0.8	243	0.2	0.1	0.2	1356	0.8	0.8	0.9
2005	1223	0.7	0.7	0.8	244	0.1	0.1	0.2	1359	0.8	0.8	0.9

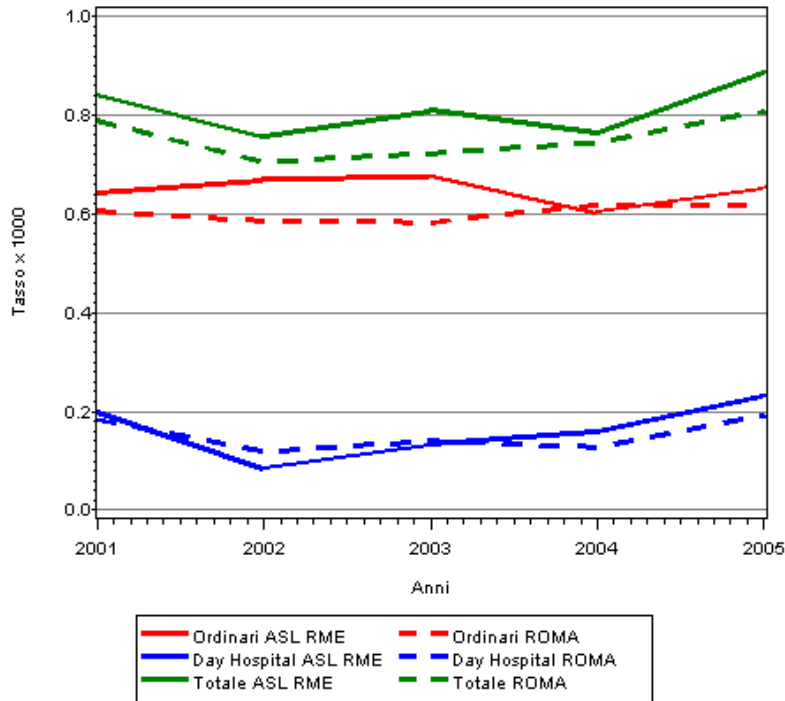
Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimissioni (DPR e diagnosi secondarie).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Donne.  
Tumori del colon e del retto



Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	386	1.0	0.9	1.1	118	0.3	0.3	0.4	504	1.3	1.2	1.4
2002	406	0.9	0.8	1.0	92	0.2	0.2	0.3	498	1.2	1.1	1.3
2003	425	1.1	1.0	1.2	118	0.3	0.3	0.4	543	1.4	1.2	1.5
2004	433	1.0	0.9	1.1	153	0.4	0.3	0.5	586	1.4	1.3	1.6
2005	486	1.2	1.1	1.3	191	0.5	0.4	0.6	677	1.7	1.6	1.9

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	1782	0.8	0.8	0.9	638	0.3	0.3	0.4	2420	1.2	1.1	1.2
2002	1752	0.8	0.8	0.8	588	0.3	0.3	0.3	2340	1.1	1.1	1.2
2003	1801	0.8	0.8	0.9	722	0.4	0.4	0.4	2523	1.2	1.2	1.3
2004	2002	0.9	0.9	1.0	656	0.3	0.3	0.4	2658	1.3	1.2	1.3
2005	2187	1.0	1.0	1.1	898	0.5	0.4	0.5	3085	1.5	1.4	1.6

Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimissioni (DPR).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Donne.  
Tumori del colon e del retto

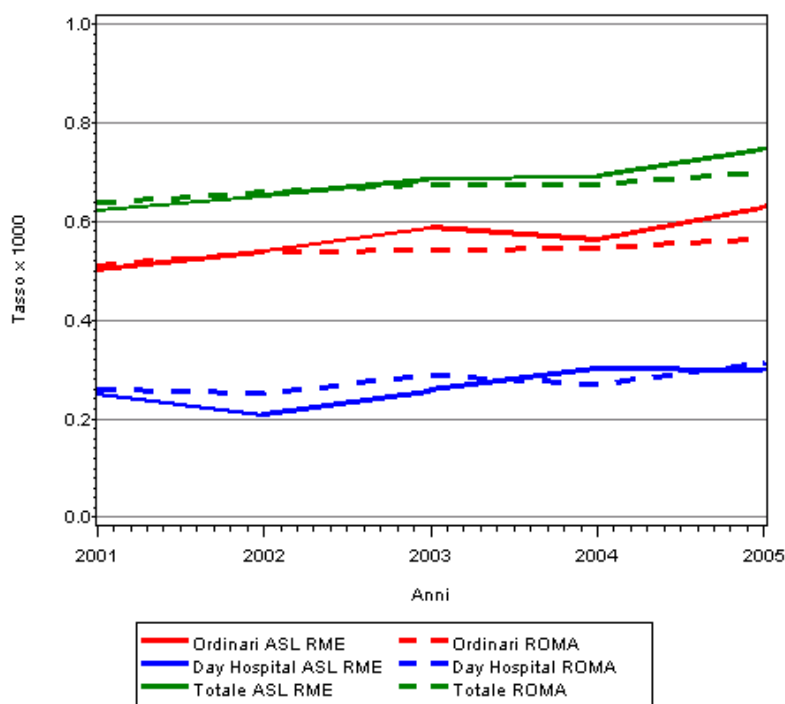


Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	270	0.6	0.6	0.7	75	0.2	0.2	0.3	345	0.8	0.8	0.9
2002	298	0.7	0.6	0.8	36	0.1	0.1	0.1	334	0.8	0.7	0.8
2003	272	0.7	0.6	0.8	55	0.1	0.1	0.2	327	0.8	0.7	0.9
2004	269	0.6	0.5	0.7	64	0.2	0.1	0.2	333	0.8	0.7	0.9
2005	286	0.7	0.6	0.7	85	0.2	0.2	0.3	371	0.9	0.8	1.0

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	1306	0.6	0.6	0.6	346	0.2	0.2	0.2	1652	0.8	0.7	0.8

2002	1300	0.6	0.6	0.6	245	0.1	0.1	0.1	1545	0.7	0.7	0.7
2003	1288	0.6	0.5	0.6	274	0.1	0.1	0.2	1562	0.7	0.7	0.8
2004	1392	0.6	0.6	0.7	256	0.1	0.1	0.1	1648	0.7	0.7	0.8
2005	1382	0.6	0.6	0.7	351	0.2	0.2	0.2	1733	0.8	0.8	0.8

Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimessi(DPR e diagnosi secondarie).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Donne.  
Tumori del colon e del retto

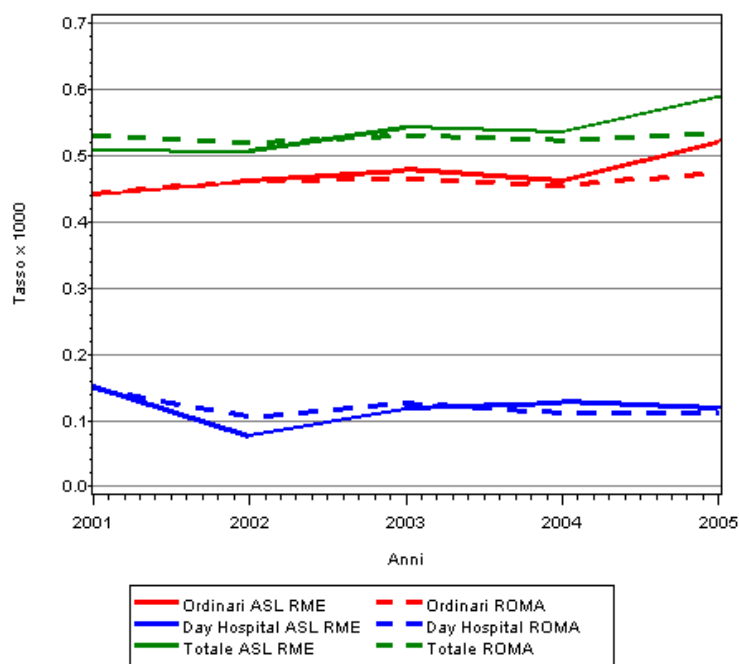


Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	218	0.5	0.4	0.6	90	0.2	0.2	0.3	262	0.6	0.5	0.7
2002	240	0.5	0.5	0.6	77	0.2	0.2	0.3	282	0.7	0.6	0.7
2003	254	0.6	0.5	0.7	98	0.3	0.2	0.3	294	0.7	0.6	0.8
2004	253	0.6	0.5	0.6	111	0.3	0.2	0.4	302	0.7	0.6	0.8
2005	275	0.6	0.6	0.7	115	0.3	0.2	0.4	320	0.7	0.7	0.8

Anno	Roma											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	1140	0.5	0.5	0.5	488	0.3	0.2	0.3	1382	0.6	0.6	0.7
2002	1200	0.5	0.5	0.6	490	0.3	0.2	0.3	1440	0.7	0.6	0.7

2003	1219	0.5	0.5	0.6	562	0.3	0.3	0.3	1484	0.7	0.6	0.7
2004	1247	0.5	0.5	0.6	531	0.3	0.2	0.3	1500	0.7	0.6	0.7
2005	1297	0.6	0.5	0.6	625	0.3	0.3	0.3	1567	0.7	0.7	0.7

Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione: dimessi (DPR).  
2001 - 2005, ASL RME, Roma. Donne.  
Tumori del colon e del retto



Anno	Roma E											
	Regime Ordinario				Regime Day Hospital				Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%		Oss	Tasso	IC 95%	
2001	188	0.4	0.4	0.5	58	0.2	0.1	0.2	215	0.5	0.4	0.6
2002	204	0.5	0.4	0.5	33	0.1	0.1	0.1	225	0.5	0.4	0.6
2003	205	0.5	0.4	0.6	49	0.1	0.1	0.2	231	0.5	0.5	0.6
2004	210	0.5	0.4	0.5	49	0.1	0.1	0.2	238	0.5	0.5	0.6
2005	233	0.5	0.5	0.6	46	0.1	0.1	0.2	259	0.6	0.5	0.7

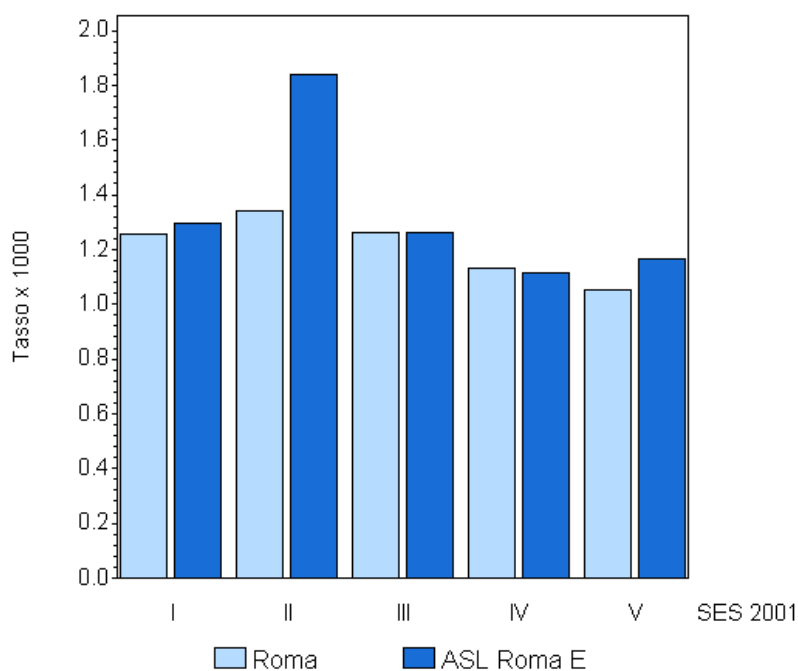
Anno	Roma									
	Regime Ordinario			Regime Day Hospital			Totale			
	Oss	Tasso	IC 95%	Oss	Tasso	IC 95%	Oss	Tasso	IC 95%	

2001	983	0.4	0.4	0.5	284	0.1	0.1	0.2	1149	0.5	0.5	0.6
2002	1033	0.5	0.4	0.5	220	0.1	0.1	0.1	1154	0.5	0.5	0.6
2003	1045	0.5	0.4	0.5	248	0.1	0.1	0.1	1175	0.5	0.5	0.6
2004	1043	0.5	0.4	0.5	223	0.1	0.1	0.1	1180	0.5	0.5	0.6
2005	1089	0.5	0.4	0.5	228	0.1	0.1	0.1	1210	0.5	0.5	0.6

### 3.3 - Analisi socio-economica dell'ospedalizzazione

SES 2001: Indicatore di stato socioeconomico basato sul Censimento 2001 (vedi appendice per metodologia) a cinque livelli: I i più ricchi, V i più poveri

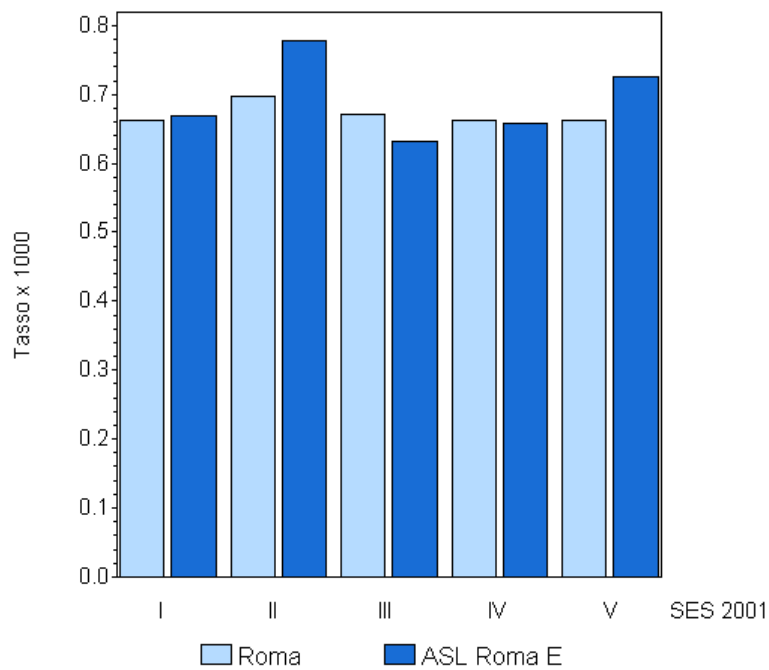
Dimissioni per Stato Socio Economico (SES)-2001-2005, ASL Roma E, Roma. Uomini. Tumori del colon e del retto.



SES 2001	Roma			ASL RM/E		
	Tasso	RR	p-value	Tasso	RR	p_value
I	1.3	1.00	1.000	1.3	1.00	1.000
II	1.3	1.07	0.031	1.8	1.42	0.000
III	1.3	1.00	0.898	1.3	0.98	0.743
IV	1.1	0.90	0.002	1.1	0.86	0.045

V	1.1	0.84	0.000	1.2	0.90	0.186
---	-----	------	-------	-----	------	-------

Dimessi per Stato Socio Economico (SES) - 2001-2005, ASL Roma E, Roma.  
Uomini. Tumori del colon e del retto.

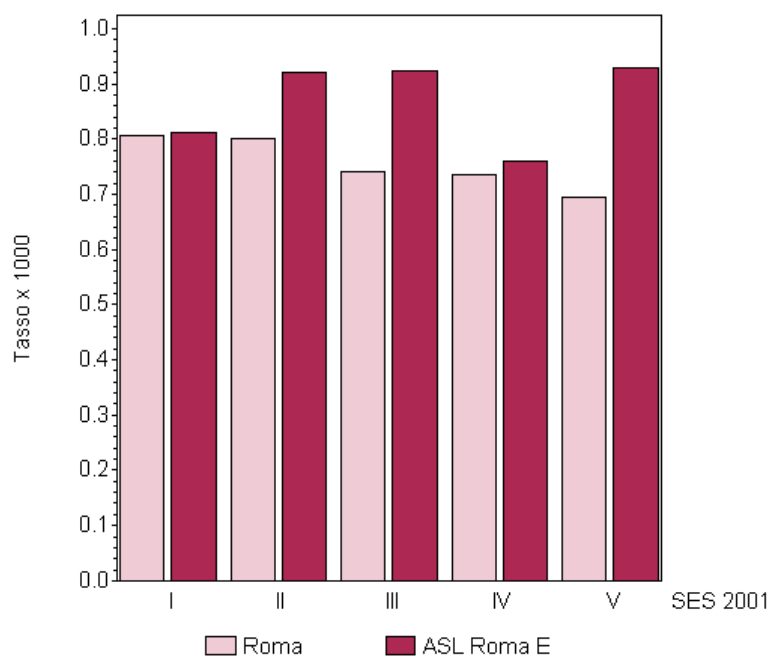


SES 2001	Roma			ASL RM/E		
	Tasso	RR	p-value	Tasso	RR	p_value
I	0.7	1.00	1.000	0.7	1.00	1.000
II	0.7	1.05	0.225	0.8	1.16	0.106
III	0.7	1.01	0.800	0.6	0.95	0.575



IV	0.7	1.00	0.981	0.7	0.98	0.865
V	0.7	1.00	0.962	0.7	1.09	0.427

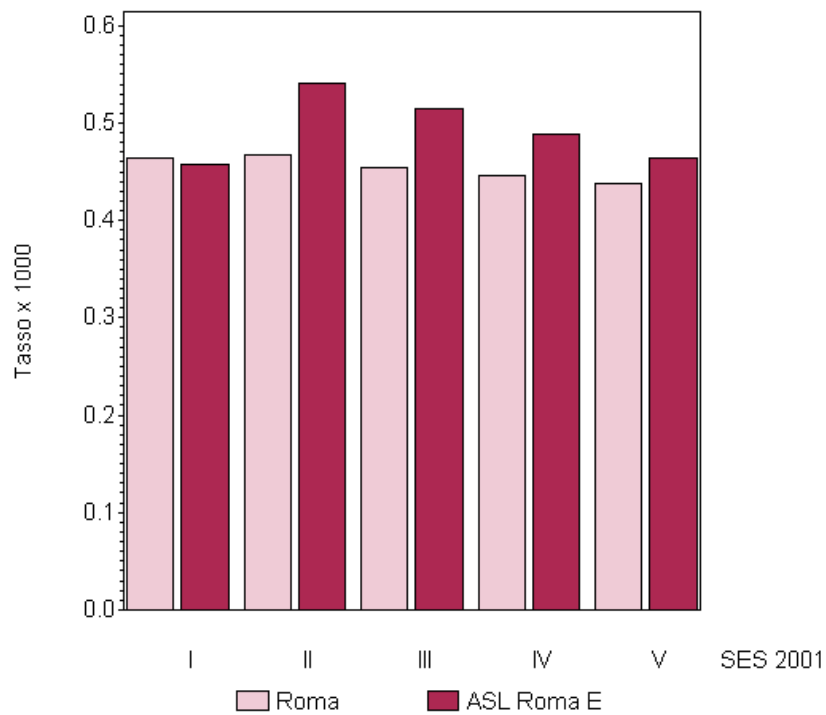
Dimissioni per Stato Socio Economico (SES) - 2001-2005, ASL Roma E, Roma.  
Donne. Tumori del colon e del retto.



SES 2001	Roma			ASL RM/E		
	Tasso	RR	p-value	Tasso	RR	p_value
I	0.8	1.00	1.000	0.8	1.00	1.000
II	0.8	0.99	0.823	0.9	1.14	0.096
III	0.7	0.92	0.022	0.9	1.14	0.091
IV	0.7	0.91	0.015	0.8	0.94	0.425

V	0.7	0.86	0.000	0.9	1.15	0.106
---	-----	------	-------	-----	------	-------

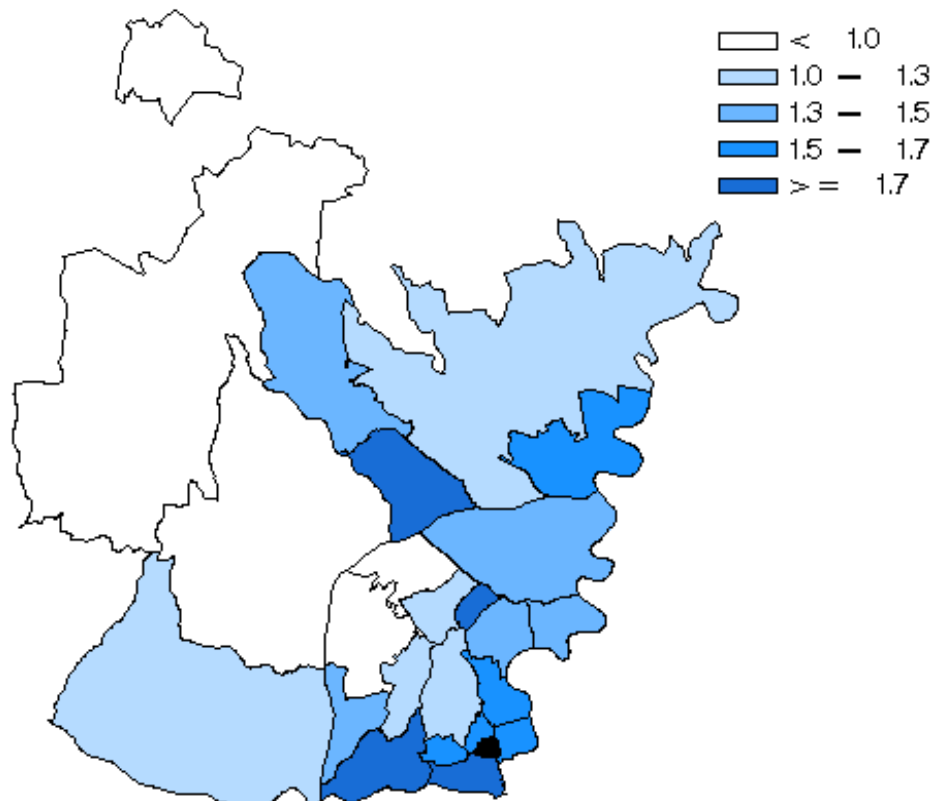
Dimessi per Stato Socio Economico (SES) - 2001-2005, ASL Roma E, Roma.  
Donne. Tumori del colon e del retto.



SES 2001	Roma			ASL RM/E		
	Tasso	RR	p-value	Tasso	RR	p_value
I	0.5	1.00	1.000	0.5	1.00	1.000
II	0.5	1.01	0.843	0.5	1.18	0.093
III	0.5	0.98	0.640	0.5	1.13	0.241
IV	0.4	0.96	0.434	0.5	1.07	0.525
V	0.4	0.94	0.240	0.5	1.02	0.889

### 3.4 - Rappresentazione geografica dei rischi

Dimissioni: Tasso standardizzato per 1000 residenti. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Uomini.  
Tumori del colon e del retto

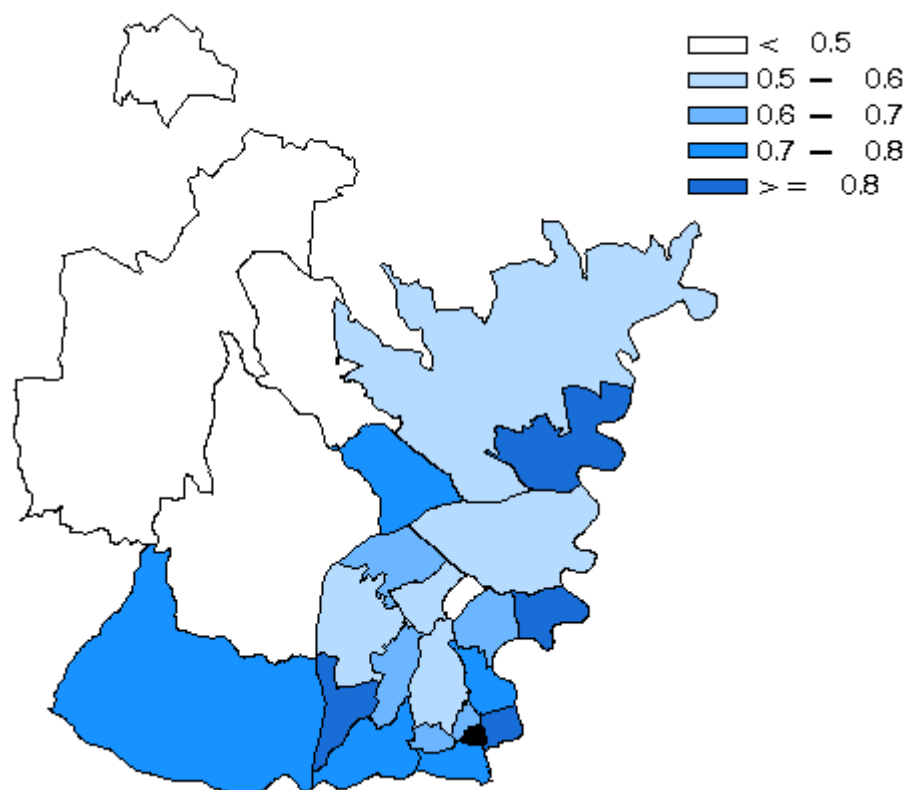




Dimissioni: tasso standardizzato per 1000 residenti, limiti di confidenza al 95%, rischio relativo rispetto al comune di Roma. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.

Territorio	Tumori del colon e del retto					
	Uomini					p_value
	Oss	Tasso	IC 95%		RR	
Acquatraversa	50	2.1	1.6	2.8	1.69	0.000
Aurelia Nord	116	1.6	1.4	2.0	1.32	0.005
Aurelia Sud	158	1.7	1.4	2.0	1.35	0.000
Casalotti-Boccea	62	1.3	1.0	1.7	1.04	0.775
Castelluccia	22	0.7	0.4	1.0	0.52	0.004
Cesano-S. Maria di Galeria	25	0.8	0.6	1.2	0.67	0.045
Della Vittoria	151	1.6	1.3	1.9	1.26	0.006
Eroi	102	1.6	1.3	1.9	1.25	0.034
Farnesina	103	1.3	1.1	1.6	1.08	0.469
Fogaccia	93	1.4	1.2	1.8	1.16	0.156
Giustiniana	50	2.3	1.7	3.0	1.82	0.000
La Storta	55	1.3	1.0	1.7	1.06	0.650
Labaro	77	1.5	1.2	1.8	1.16	0.191
Medaglie d'Oro-Pineto	187	1.1	1.0	1.3	0.91	0.231
Ottavia	32	0.9	0.6	1.2	0.69	0.040
Prati	94	1.6	1.3	1.9	1.24	0.042
Primavalle	211	1.0	0.9	1.2	0.84	0.015
S. Cornelia-Prima Porta	23	1.0	0.7	1.6	0.83	0.365
Santa Maria della Piet	28	0.8	0.6	1.2	0.66	0.032
Tomba di Nerone-Grottarossa	147	1.4	1.2	1.7	1.14	0.128
Tor di Quinto	54	1.3	1.0	1.8	1.07	0.631
Trionfale	59	1.2	0.9	1.6	0.96	0.740
Val Cannuta	146	1.7	1.4	2.0	1.34	0.001
Municipio 17	347	1.6	1.4	1.7	1.25	0.000
Municipio 18	575	1.6	1.5	1.7	1.27	0.000
Municipio 19	545	1.0	0.9	1.1	0.83	0.000
Municipio 20	578	1.5	1.3	1.6	1.17	0.000
Roma E	2045	1.4	1.3	1.4	1.08	0.001
ROMA	9982	1.2	1.2	1.3	1.00	1.000

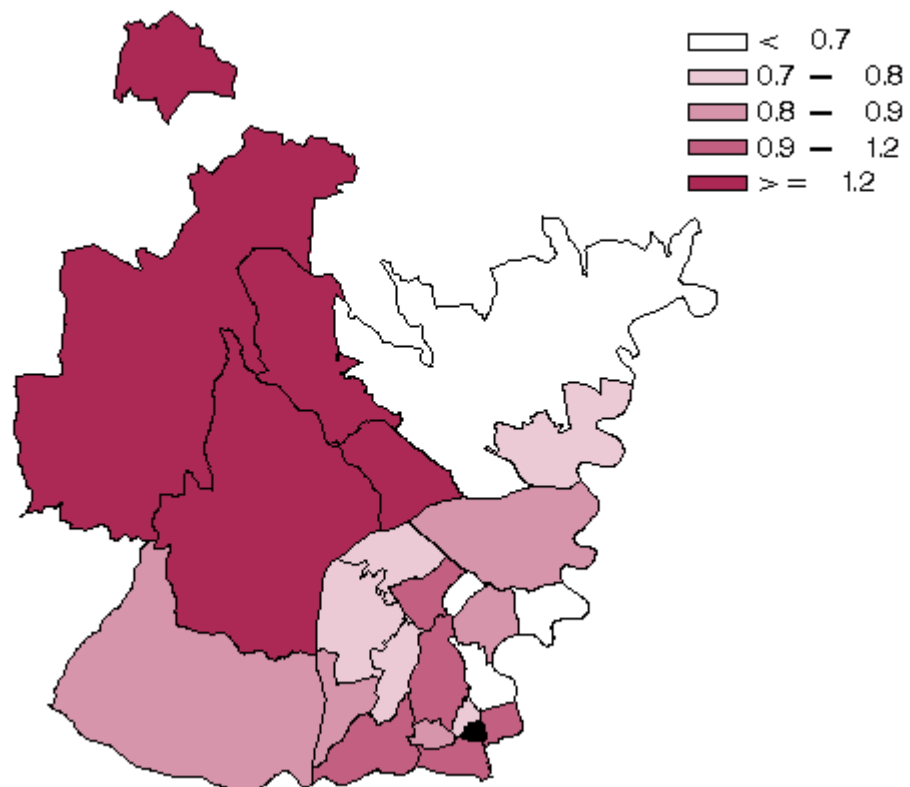
Dimessi: Tasso standardizzato per 1000 residenti. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Uomini.  
Tumori del colon e del retto



Dimessi: tasso standardizzato per 1000 residenti, limiti di confidenza al 95%, rischio relativo rispetto al comune di Roma. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.

Territorio	Tumori del colon e del retto					
	Oss	Tasso	Uomini		RR	p_value
Acquatraversa	12	0.5	0.3	0.9	0.76	0.339
Aurelia Nord	50	0.7	0.5	1.0	1.03	0.837
Aurelia Sud	71	0.7	0.6	1.0	1.08	0.557
Casalotti-Boccea	38	0.8	0.6	1.1	1.15	0.392
Castelluccia	17	0.5	0.3	0.9	0.74	0.253
Cesano-S. Maria di Galeria	16	0.5	0.3	0.9	0.75	0.255
Della Vittoria	74	0.8	0.6	1.0	1.09	0.491
Eroi	52	0.7	0.5	1.0	1.05	0.716
Farnesina	49	0.7	0.5	0.9	1.00	0.990
Fogaccia	52	0.8	0.6	1.1	1.17	0.276
Giustiniana	16	0.8	0.5	1.3	1.13	0.634
La Storta	15	0.4	0.2	0.6	0.55	0.020
Labaro	49	0.9	0.7	1.2	1.33	0.047
Medaglie d'Oro-Pineto	93	0.6	0.5	0.7	0.85	0.161
Ottavia	24	0.6	0.4	1.0	0.94	0.751
Prati	56	0.9	0.7	1.2	1.27	0.086
Primavalle	134	0.7	0.6	0.8	0.97	0.774
S. Cornelia-Prima Porta	14	0.6	0.4	1.1	0.91	0.731
Santa Maria della Piet	18	0.5	0.3	0.9	0.78	0.312
Tomba di Nerone-Grottarossa	66	0.6	0.5	0.8	0.93	0.557
Tor di Quinto	35	0.8	0.6	1.2	1.22	0.262
Trionfale	31	0.6	0.4	0.9	0.91	0.604
Val Cannuta	76	0.8	0.6	1.0	1.12	0.331
Municipio 17	182	0.8	0.7	0.9	1.12	0.139
Municipio 18	287	0.8	0.7	0.9	1.11	0.105
Municipio 19	320	0.6	0.6	0.7	0.89	0.049
Municipio 20	269	0.7	0.6	0.8	0.99	0.828
Roma E	1058	0.7	0.7	0.7	1.00	0.933
ROMA	5612	0.7	0.7	0.7	1.00	1.000

Dimissioni: Tasso standardizzato per 1000 residenti. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Donne.  
Tumori del colon e del retto

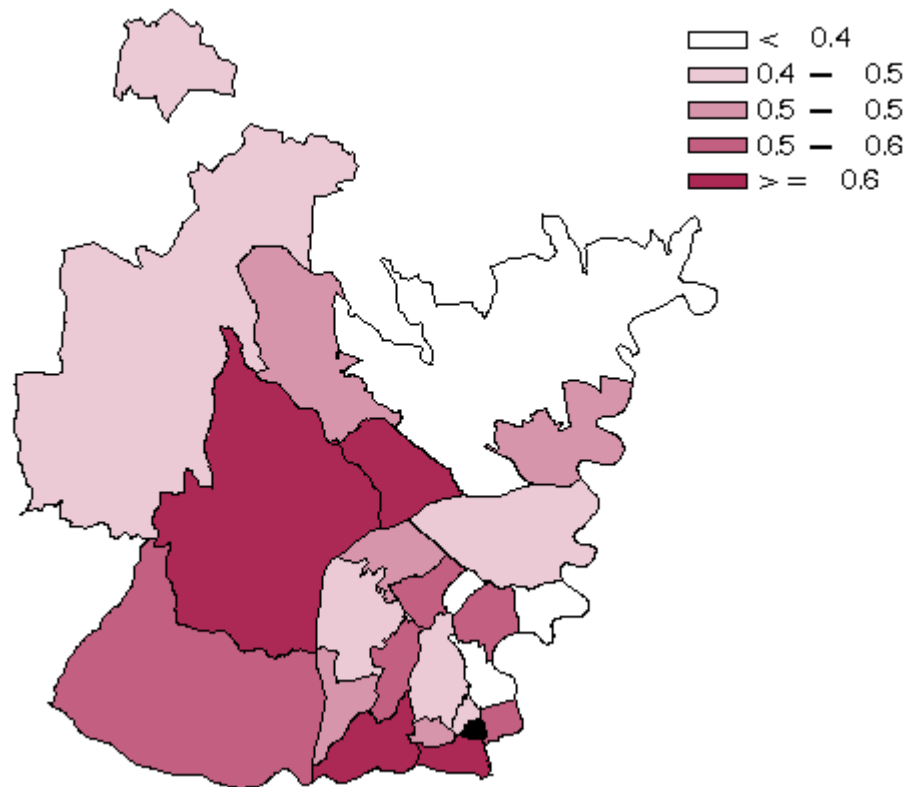




Dimissioni: tasso standardizzato per 1000 residenti, limiti di confidenza al 95%, rischio relativo rispetto al comune di Roma. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.

Territorio	Tumori del colon e del retto					
	Donne					
	Oss	Tasso	IC 95%		RR	p_value
Acquatrasera	17	0.7	0.4	1.1	0.86	0.525
Aurelia Nord	84	0.8	0.7	1.1	1.07	0.581
Aurelia Sud	139	1.1	1.0	1.4	1.46	0.000
Casalotti-Boccea	48	0.9	0.6	1.1	1.09	0.539
Castelluccia	42	1.2	0.9	1.6	1.50	0.009
Cesano-S. Maria di Galeria	48	1.5	1.2	2.0	1.97	0.000
Della Vittoria	87	0.5	0.4	0.7	0.68	0.002
Eroi	87	0.7	0.6	0.9	0.96	0.749
Farnesina	72	0.8	0.7	1.1	1.08	0.560
Fogaccia	63	0.8	0.6	1.0	1.04	0.776
Giustiniana	45	2.0	1.5	2.7	2.58	0.000
La Storta	54	1.3	1.0	1.7	1.67	0.000
Labaro	45	0.7	0.5	0.9	0.86	0.325
Medaglie d'Oro-Pineto	219	1.0	0.8	1.1	1.26	0.003
Ottavia	33	0.7	0.5	1.0	0.93	0.677
Prati	84	0.9	0.7	1.2	1.16	0.238
Primavalle	194	0.8	0.7	0.9	1.01	0.916
S. Cornelia-Prima Porta	14	0.6	0.4	1.0	0.78	0.351
Santa Maria della Piet	30	0.7	0.5	1.0	0.94	0.734
Tomba di Nerone-Grottarossa	98	0.8	0.7	1.0	1.06	0.548
Tor di Quinto	34	0.6	0.4	0.9	0.77	0.173
Trionfale	60	0.9	0.7	1.2	1.14	0.338
Val Cannuta	113	1.0	0.8	1.2	1.22	0.048
Municipio 17	258	0.7	0.6	0.8	0.90	0.160
Municipio 18	447	0.9	0.8	1.0	1.20	0.000
Municipio 19	615	0.9	0.9	1.0	1.20	0.000
Municipio 20	390	0.8	0.7	0.9	1.06	0.236
Roma E	1710	0.9	0.8	0.9	1.12	0.000
ROMA	8140	0.8	0.8	0.8	1.00	1.000

Dimessi: Tasso standardizzato per 1000 residenti. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Donne.  
Tumori del colon e del retto



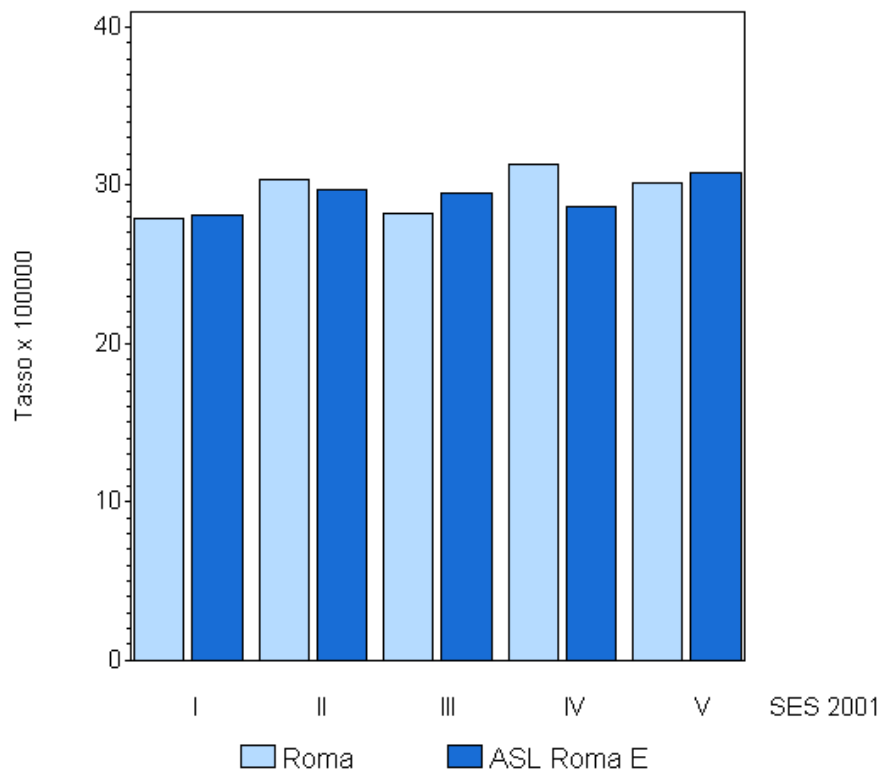
Dimessi: tasso standardizzato per 1000 residenti, limiti di confidenza al 95%, rischio relativo rispetto al comune di Roma. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.

Territorio	Tumori del colon e del retto					
	Oss	Tasso	Donne IC 95%		RR	p_value
Acquatrasversa	9	0.3	0.2	0.7	0.74	0.365
Aurelia Nord	50	0.5	0.4	0.6	1.01	0.928
Aurelia Sud	75	0.6	0.5	0.7	1.24	0.098
Casalotti-Boccea	28	0.5	0.3	0.7	1.06	0.752
Castelluccia	22	0.6	0.4	0.9	1.31	0.213
Cesano-S. Maria di Galeria	16	0.5	0.3	0.8	0.98	0.951
Della Vittoria	62	0.4	0.3	0.5	0.78	0.103
Eroi	55	0.5	0.3	0.6	0.99	0.942
Farnesina	48	0.6	0.4	0.7	1.17	0.314
Fogaccia	37	0.5	0.3	0.7	1.02	0.896
Giustiniana	14	0.6	0.4	1.0	1.29	0.346
La Storta	19	0.5	0.3	0.7	0.99	0.983
Labaro	31	0.5	0.3	0.7	0.99	0.977
Medaglie d'Oro-Pineto	107	0.5	0.4	0.6	0.97	0.815
Ottavia	22	0.5	0.3	0.7	1.04	0.847
Prati	55	0.6	0.4	0.8	1.22	0.208
Primavalle	135	0.5	0.4	0.6	1.15	0.140
S. Cornelia-Prima Porta	10	0.4	0.2	0.8	0.93	0.819
Santa Maria della Piet	19	0.5	0.3	0.7	0.98	0.936
Tomba di Nerone-Grottarossa	53	0.4	0.3	0.6	0.96	0.757
Tor di Quinto	23	0.4	0.2	0.6	0.78	0.272
Trionfale	38	0.5	0.4	0.8	1.17	0.364
Val Cannuta	78	0.6	0.5	0.8	1.35	0.015
Municipio 17	172	0.5	0.4	0.5	0.96	0.681
Municipio 18	268	0.5	0.5	0.6	1.16	0.022
Municipio 19	349	0.5	0.5	0.6	1.10	0.116
Municipio 20	217	0.5	0.4	0.5	0.97	0.685
Roma E	1006	0.5	0.5	0.5	1.06	0.106
ROMA	5084	0.5	0.5	0.5	1.00	1.000

## 4. Mortalità

### 4.1 - Analisi socio-economica della mortalità

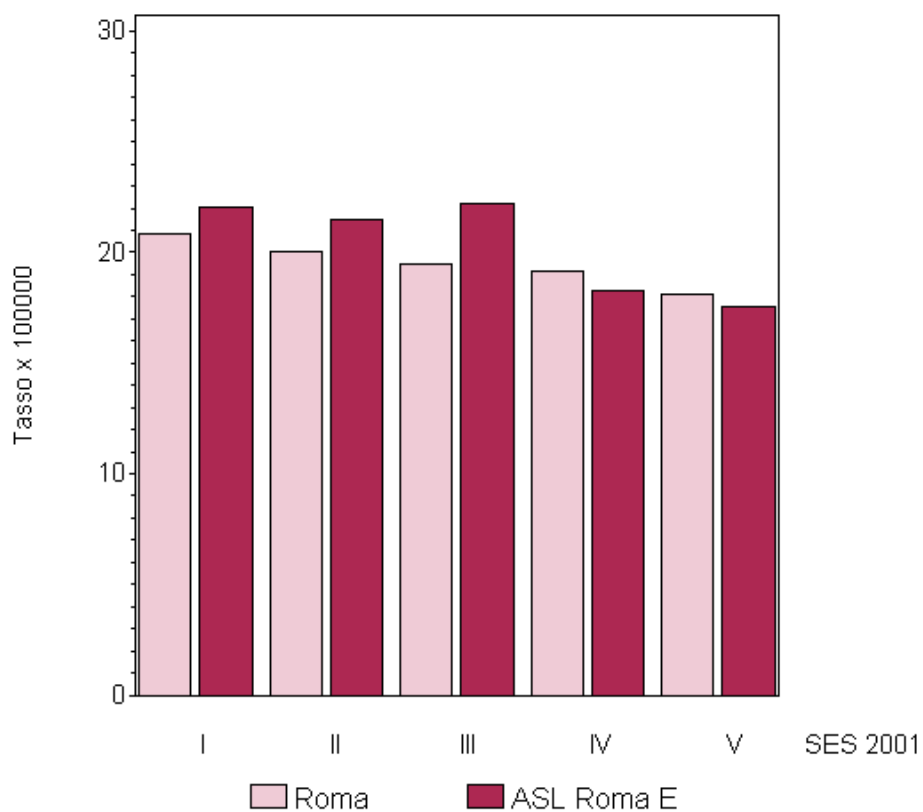
SES 2001: Indicatore di stato socioeconomico basato sul Censimento 2001 (vedi appendice per metodologia) a cinque livelli: I i più ricchi, V i più poveri



SES 2001	Roma			ASL RM/E		
	Tasso	RR	p-value	Tasso	RR	p_value
I	27.9	1.00	1.000	28.2	1.00	1.000
II	30.4	1.09	0.182	29.7	1.05	0.713

III	28.2	1.01	0.874	29.5	1.05	0.749
IV	31.4	1.12	0.069	28.7	1.02	0.900
V	30.2	1.08	0.235	30.8	1.09	0.566

Decessi per Stato Socio Economico (SES). 2001-2005. ASL Roma E, Roma.  
Donne. Tumori del colon e del retto

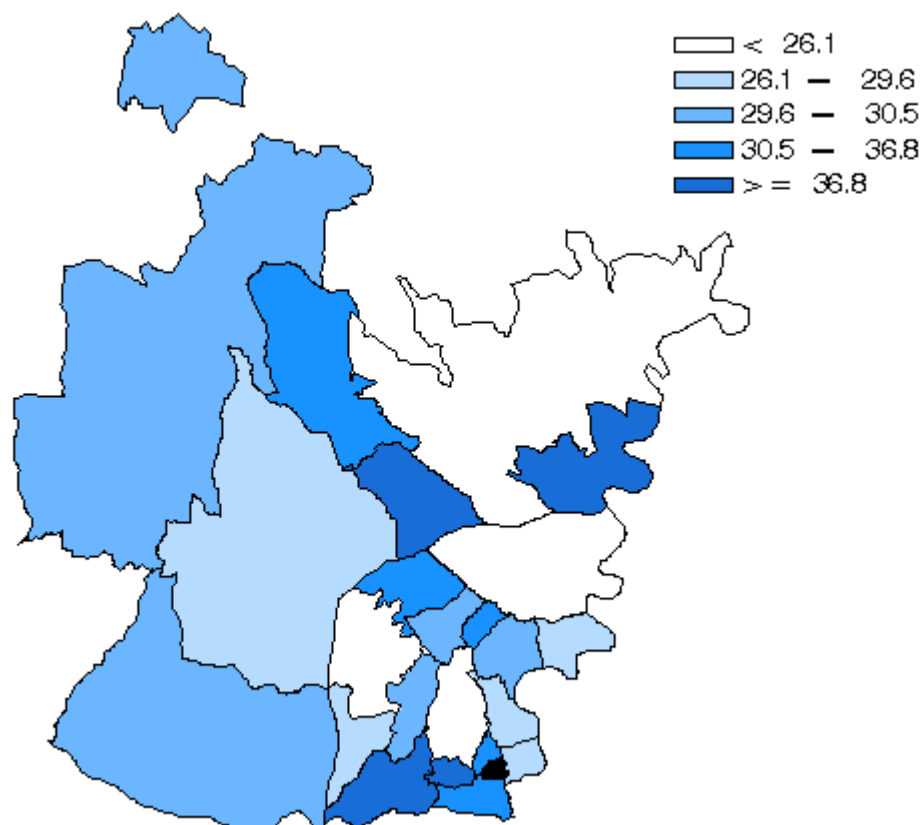


SES 2001	Roma			ASL RM/E		
	Tasso	RR	p-value	Tasso	RR	p_value
I	20.8	1.01	0.874	22.2	1.05	0.749
II	19.8	1.12	0.069	21.5	1.02	0.900
III	19.2	1.08	0.235	22.5	1.09	0.566
IV	18.8			18.0		
V	17.8			17.2		

I	20.8	1.00	1.000	22.0	1.00	1.000
II	20.0	0.96	0.527	21.5	0.98	0.866
III	19.5	0.94	0.309	22.2	1.01	0.948
IV	19.2	0.92	0.211	18.2	0.83	0.222
V	18.1	0.87	0.042	17.6	0.80	0.176

## 4.2 - Rappresentazione geografica dei rischi

Decessi: Tasso standardizzato per 100000 residenti. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Uomini.  
Tumori del colon e del retto

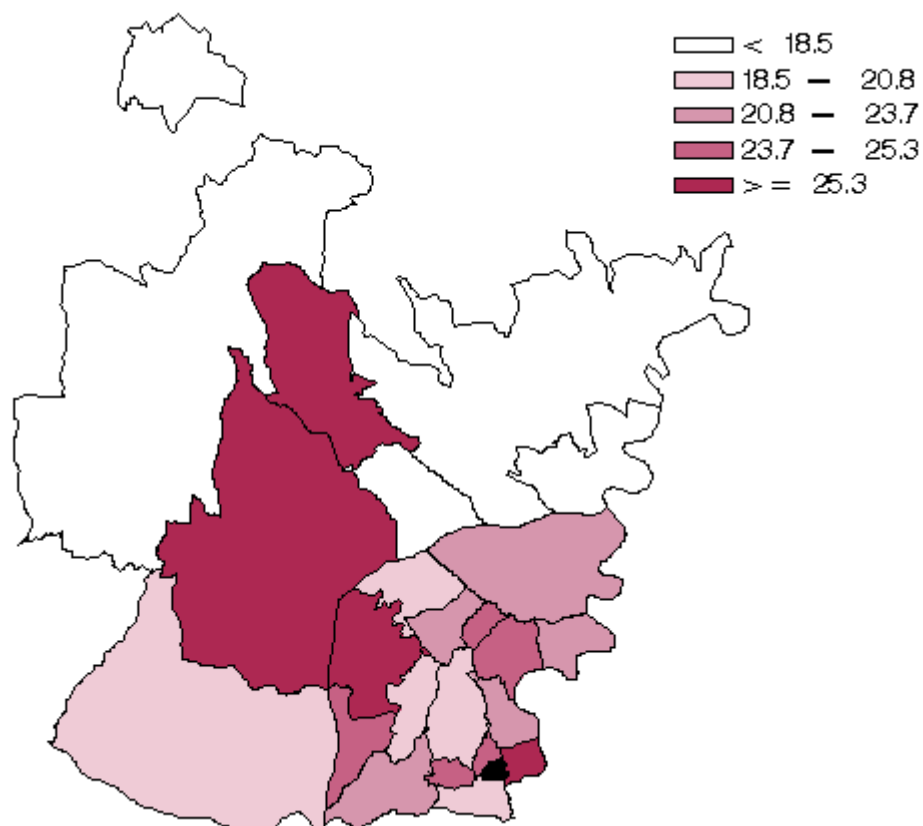


MORTALITA': tasso standardizzato per 100000 residenti, limiti di confidenza al 95%, rischio relativo rispetto al comune di Roma. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.

Tumori del colon e del retto						
Territorio	Uomini					
	Oss	Tasso	IC 95%		RR	p_value
Acquatrasversa	6	32.7	14.3	74.9	1.07	0.866
Aurelia Nord	31	44.4	30.4	64.8	1.46	0.052
Aurelia Sud	35	35.6	25.1	50.4	1.17	0.384
Casalotti-Boccea	14	29.9	17.6	50.9	0.98	0.947
Castelluccia	8	28.2	13.3	59.8	0.92	0.839
Cesano-S. Maria di Galeria	9	30.1	15.5	58.4	0.99	0.973
Della Vittoria	32	28.0	19.3	40.5	0.92	0.655
Eroi	29	33.6	22.9	49.3	1.10	0.614
Farnesina	24	29.6	19.7	44.4	0.97	0.887
Fogaccia	17	26.5	16.3	42.9	0.87	0.573
Giustiniana	7	36.8	17.3	78.3	1.21	0.625
La Storta	11	30.5	16.6	56.0	1.00	0.996
Labaro	26	50.7	34.4	74.7	1.66	0.010
Medaglie d'Oro-Pineto	37	22.1	15.7	31.1	0.73	0.069
Ottavia	12	32.2	18.1	57.3	1.06	0.853
Prati	21	28.4	18.2	44.1	0.93	0.755
Primavalle	60	30.2	23.3	39.2	0.99	0.952
S. Cornelia-Prima Porta	4	20.5	7.5	56.1	0.67	0.444
Santa Maria della Piet	3	10.1	3.2	32.0	0.33	0.061
Tomba di Nerone-Grottarossa	23	22.7	15.0	34.5	0.75	0.170

Tor di Quinto	13	26.1	14.8	46.1	0.86	0.598
Trionfale	15	30.4	18.2	50.8	1.00	0.995
Val Cannuta	39	39.6	28.6	55.0	1.30	0.117
Municipio 17	82	30.0	23.9	37.7	0.99	0.909
Municipio 18	136	36.1	30.4	42.9	1.19	0.059
Municipio 19	137	25.9	21.9	30.7	0.85	0.072
Municipio 20	121	30.2	25.2	36.2	0.99	0.943
Roma E	476	30.3	27.6	33.2	0.99	0.909
ROMA	2519	30.4	29.3	31.7	1.00	1.000

Decessi: Tasso standardizzato per 100000 residenti. 2001-2005, ASL Roma E, Roma. Donne.  
Tumori del colon e del retto.





MORTALITA': tasso standardizzato per 100000 residenti, limiti di confidenza al 95%, rischio relativo rispetto al comune di Roma. 2001-2005, ASL Roma E, Roma.

Territorio	Tumori del colon e del retto					
	Donne					
	Oss	Tasso	IC 95%		RR	p_value
Acquatrasversa	6	23.9	10.7	53.4	1.19	0.673
Aurelia Nord	28	23.8	15.7	36.2	1.19	0.429
Aurelia Sud	33	20.6	14.1	30.3	1.03	0.892
Casalotti-Boccea	11	19.5	10.7	35.3	0.97	0.917
Castelluccia	10	28.1	15.1	52.3	1.40	0.291
Cesano-S. Maria di Galeria	5	13.7	5.6	33.5	0.68	0.402
Della Vittoria	48	21.4	15.3	29.9	1.07	0.712
Eroi	38	24.1	16.9	34.2	1.20	0.318
Farnesina	27	23.7	15.7	35.8	1.18	0.431
Fogaccia	20	23.9	15.4	37.1	1.19	0.444
Giustiniana	3	11.6	3.7	36.1	0.58	0.345
La Storta	11	25.3	14.0	45.9	1.26	0.444
Labaro	6	9.4	4.2	21.1	0.47	0.066
Medaglie d'Oro-Pineto	51	19.5	14.3	26.7	0.97	0.863
Ottavia	10	18.7	9.9	35.2	0.93	0.827
Prati	30	27.7	18.4	41.6	1.38	0.124
Primavalle	53	18.5	14.0	24.4	0.92	0.555
S. Cornelia-Prima Porta	3	12.5	4.0	38.8	0.62	0.411
Santa Maria della Piet	10	25.7	13.8	47.9	1.28	0.440
Tomba di Nerone-Grottarossa	32	23.4	16.4	33.5	1.17	0.402

Tor di Quinto	15	22.4	12.7	39.6	1.12	0.705
Trionfale	16	20.8	12.4	34.6	1.03	0.902
Val Cannuta	31	21.2	14.6	30.7	1.05	0.780
Municipio 17	116	24.1	19.5	29.7	1.20	0.098
Municipio 18	123	21.7	18.0	26.2	1.08	0.419
Municipio 19	153	19.9	16.9	23.5	0.99	0.921
Municipio 20	105	19.4	15.9	23.6	0.97	0.739
Roma E	497	21.0	19.1	23.0	1.04	0.408
ROMA	2527	20.1	19.3	20.9	1.00	1.000

**5. Stima della prevalenza (per 100 abitanti) e dell'incidenza (per 100.000)**

**Stima annuale casi di tumore e numero decessi tra i residenti ASL RME (età 15+).**

	<b>colonretto</b>			
	<b>popolazione</b>	<b>incidenti</b>	<b>prevalenti</b>	<b>decessi</b>
		<i>stima</i>	<i>stima</i>	<i>numero</i>
Municipio 17	62792	65	264	36
Municipio 18	116171	101	412	45
Municipio 19	161480	130	529	59
Municipio 20	125060	100	406	59
<b>ASL RM E</b>	<b>465503</b>	<b>396</b>	<b>1611</b>	<b>199</b>

I dati di incidenza sono quelli pooled della banca dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT) <http://www.registri-tumori.it/incidenza1998-2002/main.htm>.

I dati di prevalenza si riferiscono alle stime prodotte per l'Italia dal progetto IARC "GLOBOCAN 2002" <http://www-dep.iarc.fr/globocan/database.htm>.

I decessi sono quelli osservati nel 2005.

**Dati del Sistema Informativo Ospedaliero. Anno 2005.**

		<b>colon retto</b>
	<b>ricoveri/anno</b>	
Municipio 17		121
Municipio 18		197
Municipio 19		236
Municipio 20		230
<b>ASL RM E</b>		<b>784</b>
	<b>pazienti ricoverati</b>	
<b>ASL RME</b>	<i>tutte le diagnosi</i>	652
	<i>diagnosi principale</i>	524



Dipartimento  
di Epidemiologia  
Struttura regionale  
di riferimento  
per l'epidemiologia



Azienda  
Sanitaria  
Locale  
**ROMA E**



Regione  
Lazio

## **PDTA ONCOLOGICO**

**ASL RME**

**METODOLOGIE**

**APPENDICE ai documenti per i singoli tumori**

**a cura del Dipartimento di Epidemiologia ASL RME**

**Maggio 2009**

### **Fonti:**

*“Bisogni di salute: Occorrenza di malattie nella popolazione - Elementi per la stima del fabbisogno di interventi sanitari nel Lazio”*, Dipartimento di Epidemiologia, ASL Roma E – Struttura di riferimento per l'Epidemiologia della Regione Lazio - Roma, 10 Agosto 2006.

*“Informazioni sulla salute della popolazione ASL Roma E, 2001-2005”*, Dipartimento di Epidemiologia, ASL Roma E – <http://www.asl-rme.it/>

## APPENDICE

Di seguito alcune note sulle metodologie applicate per la realizzazione dei documenti sul tumore del polmone, mammella e colon-retto nell'ambito del PDTA Oncologico ASL RME.

### **A. La popolazione ed il territorio della ASL RME**

#### **Distribuzione per genere e classi d'età della popolazione residente**

La [Tabella](#) mostra la popolazione residente nella ASL Roma E al Censimento 2001, e la sua distribuzione per genere e classi d'età per municipio e quartiere.

La percentuale di femmine residenti (53,2% della popolazione) varia dal 50,4% a Prima Porta al 56% nei quartieri Della Vittoria e Prati. Questo dipende dalla differente distribuzione per età nel territorio della ASL Roma E: il 20° municipio è caratterizzato da una popolazione giovane (il 14,4% dei residenti al di sotto dei 15 anni), mentre il è caratterizzato da una popolazione più anziana, con il 7,4% di ultraottantenni.

La percentuale per genere è stata calcolata facendo il rapporto percentuale del numero di residenti maschi sul numero di residenti e del numero di residenti femmine sul numero di residenti nella stessa aggregazione territoriale. Allo stesso modo la percentuale di residenti in una classe d'età è stata calcolata facendo il rapporto percentuale dei residenti appartenenti alla classe d'età considerata sulla popolazione residente di tutte le classi d'età.

#### **Metodi**

I dati utilizzati in questa sezione sono i dati del Censimento della popolazione 2001. I dati sui municipi presenti nel rapporto sono stati calcolati aggregando le informazioni sugli individui residenti nei singoli municipi in base alla suddivisione territoriale del 2001. I dati sui quartieri sono stati calcolati aggregando delle zone urbanistiche definite nel 1991. Per questo motivo i totali della popolazione residente nei quartieri considerati potrebbe non coincidere con tutta la popolazione residente nel territorio della ASL Roma E. La percentuale per genere è stata calcolata facendo il rapporto percentuale del numero di residenti maschi sul numero di residenti e del numero di residenti femmine sul numero di residenti nella stessa aggregazione territoriale. Allo stesso modo la percentuale di residenti in una classe d'età è stata calcolata facendo il rapporto percentuale dei residenti appartenenti alla classe d'età considerata sulla popolazione residente di tutte le classi d'età, separatamente per i due generi.

#### **Ripartizione del territorio della ASL Roma E: sezioni di censimento, municipi e quartieri**

I livelli di disaggregazione spaziale in cui è stato suddiviso il [territorio della ASL Roma E](#) sono costituiti dai quattro Municipi che costituiscono il bacino di utenza della azienda e da 23 aree diverse, chiamate per semplicità quartieri, costituiti da zone urbanistiche o loro aggregazioni; in particolare sono state aggregate le zone urbanistiche con meno di 7.000 residenti all'ultimo Censimento, rispettando i vincoli di contiguità geografica, livello socioeconomico omogeneo e localizzazione entro o fuori dal GRA. Dai dati del censimento della popolazione 2001 nel territorio della ASL risultano essere residenti in abitazioni private 465.505 individui.

Popolazione residente nella ASL RME, distribuzione per genere e classi d'età.								
	Popolazione Totale	Distribuzione per genere (%)		Distribuzione per classi d'età (%)				
		M	F	0-14	15-29	30-64	65-79	80+
Totale ASL RME	465.503	46,8	53,2	13,2	16,6	50,8	15,1	4,2
Municipi								
17	62.792	44,5	55,5	10,1	14,8	49,7	18,0	7,4
18	116.171	47,0	53,0	12,9	16,9	50,8	15,5	3,9
19	161.480	47,2	52,8	13,8	17,0	50,6	14,9	3,8
20	125.060	47,2	52,8	14,4	16,9	51,6	13,7	3,4
Quartieri								
ACQUATRAVERSA	7.824	47,0	53,0	15,3	16,1	54,8	11,6	2,1
AURELIA NORD	18.308	45,5	54,5	9,9	14,8	49,1	20,4	5,8
AURELIA SUD	24.364	45,3	54,7	10,9	14,3	50,0	18,7	6,1
CASALOTTI-BOCCEA	19.543	49,1	50,9	16,1	19,7	51,7	10,6	2,0
CASTELLUCCIA	15.564	50,2	49,8	18,3	19,6	52,2	8,6	1,3
CESANO-S. MARIA DI GALERIA	11.068	49,3	50,7	16,0	19,1	50,6	11,7	2,6
DELLA VITTORIA	25.420	44,2	55,8	10,3	14,2	49,4	18,1	8,0
EROI	20.253	44,9	55,1	9,5	14,9	49,5	19,1	7,0
FARNESINA	17.692	45,5	54,5	12,8	14,6	49,4	17,8	5,4
FOGACCIA	25.539	48,3	51,7	15,5	20,0	51,5	10,8	2,2
GIUSTINIANA	7.293	47,0	53,0	15,0	16,3	54,5	11,8	2,4
LA STORTA	14.070	48,0	52,0	16,2	18,0	52,6	11,0	2,2
LABARO	19.605	48,4	51,6	15,9	17,8	51,9	12,2	2,2
MEDAGLIE D'ORO-PINETO	39.291	44,9	55,1	11,9	14,3	48,4	18,5	6,8
OTTAVIA	14.448	47,5	52,5	14,7	19,7	51,2	11,6	2,7
PRATI	17.119	44,5	55,5	10,4	15,5	50,4	16,6	7,1
PRIMAVALLE	58.616	47,2	52,8	12,5	16,5	51,2	16,4	3,4
S. CORNELIA-PRIMA PORTA	8.421	49,6	50,4	16,6	20,3	51,3	10,0	1,9
SANTA MARIA DELLA PIETA'	15.442	48,9	51,1	17,8	21,0	51,0	8,6	1,6
TOMBA DI NERONE-GROTTAROSSA	30.011	46,9	53,1	12,4	16,8	52,5	14,7	3,6
TOR DI QUINTO	12.093	44,8	55,2	13,4	15,0	48,7	17,0	5,9
TRIONFALE	15.736	47,3	52,7	13,3	16,0	50,9	15,9	3,9
VAL CANNUTA	27.785	46,9	53,1	12,1	15,6	51,4	17,1	3,8

## Il Territorio della ASL Roma E



## **B. Metodi e definizione degli indicatori**

### **1 - Ospedalizzazione**

#### 1.1 Dimissioni e dimessi

**Numero di dimissioni  $O$ :**

Numero totale di dimissioni per la patologia in studio, osservato in ciascun anno per regime di ricovero (ricovero ordinario o day hospital) e campo della diagnosi nella scheda SDO: diagnosi principale (DPR) o in qualsiasi posizione.

**Degenza media (giorni):**

E' la durata media in giorni del ricovero in regime ordinario. Il valore è riportato per anno e campo di diagnosi nella scheda SDO: diagnosi principale (DPR) o in qualsiasi posizione.

$$DM = \frac{\sum_{i=1}^O deg_i}{O}$$

dove:

$deg_i$  è il numero di giorni di degenza relativi alla generica dimissione in regime ordinario e  $O$  è il numero totale di dimissioni in regime ordinario.

Accessi per ricovero in regime day hospital:

Questo dato esprime il numero medio di accessi in un ricovero in regime di day hospital.

$$A = \frac{\sum_{i=1}^{DH} a_i}{DH}$$

dove:

$a_i$  è il numero di accessi che caratterizza il generico ricovero in day hospital e  $DH$  è il numero totale di dimissioni in regime day hospital.

Il valore è riportato per anno e campo della diagnosi nella scheda SDO: diagnosi principale (DPR) o in qualsiasi posizione.

**Numero di dimessi**

Numero di persone che, per ciascun anno, hanno avuto almeno una dimissione per la patologia in studio. Il numero totale di dimessi è dato da tutte le persone che nell'anno considerato hanno avuto almeno una dimissione in regime ordinario o in regime di day hospital per la patologia in studio.



Il valore è riportato per anno e campo della diagnosi nella scheda SDO: diagnosi principale (DPR) o in qualsiasi posizione.

### Giornate pro-capite

L'indicatore esprime il numero medio di giornate di degenza per ciascun individuo.

$$GP_j = \frac{\sum_{i=1}^{N_j} deg_{ij}}{D_j}$$

dove:

$J$  rappresenta il regime di ricovero: regime ordinario o day hospital o totale

$deg_{ij}$  è il numero di giorni di degenza relativi alla generica dimissione in regime  $J$

$N_j$  è il numero di dimissioni per la causa in oggetto, in regime  $J$

$D_j$  è il numero di persone dimesse per la causa in oggetto, in regime  $J$

Il dato è riportato per anno e campo della diagnosi nella scheda SDO: diagnosi principale (DPR) o in qualsiasi posizione.

### 1.2 - Andamento temporale del tasso di ospedalizzazione

Sono stati calcolati i tassi standardizzati per le dimissioni e per i dimessi, suddivisi per anno, regime di ricovero, e campo della diagnosi nella scheda SDO: diagnosi principale (DPR) o in qualsiasi posizione.

Il grafico rappresenta l'andamento temporale del ricorso all'assistenza ospedaliera per la patologia in studio. In ascissa sono indicati gli anni di calendario, dal 2001 al 2005, mentre in ordinata sono riportati i tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti, distintamente per regime di ricovero. Al fine di avere anche un termine di confronto, nei grafici sono riportati anche gli andamenti per il comune di Roma.

Le tabelle di questa sezione riportano, separatamente per la ASL Roma E e per il comune di Roma, i valori degli osservati, il tasso standardizzato e il relativo intervallo di confidenza, per regime di ricovero e campo della diagnosi nella scheda SDO: diagnosi principale (DPR) o in qualsiasi posizione.

#### Tasso di ospedalizzazione standardizzato

I tassi standardizzati con il metodo diretto sono una media ponderata dei tassi specifici per età, con pesi forniti da una popolazione esterna e sono interpretabili come il tasso che si osserverebbe nella popolazione in studio, se questa avesse la stessa distribuzione peà della popolazione di riferimento.

$$Txstd = \frac{\sum_{i=1}^m w_i * T_i}{\sum_{i=1}^m w_i} * k$$

dove  $T_i = \text{casi}_i / \text{pop}_i$  è il tasso specifico per età relativo all'i-ma classe di età nella popolazione in studio,

$\text{casi}_i$  rappresenta il numero di eventi (dimissioni o dimessi) osservati nella popolazione in studio nella classe di età i-ma

$\text{pop}_i$  rappresenta la numerosità della popolazione in studio nella i-ma classe di età

$w_i$  rappresenta il peso che ciascuna classe di età assume nella popolazione di riferimento

$m$  è il numero di classi di età che vengono considerate nel calcolo del tasso e dipende dalla patologia in studio

$k$  è una costante moltiplicativa che è stata posta pari a 1.000.

### Intervallo di confidenza per il tasso di ospedalizzazione

Un intervallo di confidenza (IC) è un range di valori che al livello di confidenza prestabilito (95% in questo caso) contiene il vero valore del parametro considerato (tasso di dimissioni o di dimessi). L'ampiezza di questo intervallo dipenderà dalla numerà dei casi e dalla vaà del fenomeno.

Un IC molto ampio implica cautela nell'interpretazione dei risultati (la stima si basa su una bassa numerosità di casi osservati);

Gli intervalli sono stati calcolati secondo la seguente formula:

$$IC95\% = \exp(\log Txstd \pm 1.96 * se(\log Txstd)) * 1000$$

dove l'errore standard (se) del logaritmo del tasso standardizzato è dato dal rapporto tra l'errore standard del tasso e il suo valore:

$$se(\log Txstd) = se(Txstd) / Txstd, \text{ in cui}$$

$$se(Txstd) = \sqrt{\sum_i w_i^2 \frac{\text{casi}_i}{\text{pop}_i^2}}$$

Si assume dunque che il logaritmo del tasso standardizzato segua una distribuzione di tipo normale.

### 1.3 - Analisi per Stato Socio Economico (SES)

Dopo aver attribuito ad ogni ricovero l'indice di Stato Socio Economico (SES) mediano della sezione di censimento di residenza dell'assistito, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione per dimissioni e dimessi, relativi all'intero periodo in studio (2001-2005) considerando esclusivamente il caso in cui il codice della patologia sia riportato nella scheda SDO in diagnosi principale.

Sono stati quindi calcolati, sia per la ASL Roma E che per il comune di Roma, i Rischi Relativi di ciascun livello di SES (II, III, IV, V) confrontato con il livello di SES I (alto) e i relativi valori di  $p$ .

Si precisa che nel calcolo del tasso di ospedalizzazione del comune di Roma è inclusa anche la ASL Roma E; questo comporta una possibile diluizione di eventuali differenze osservate tra la ASL Roma E ed il Comune di Roma.

#### Tasso di ospedalizzazione standardizzato

I tassi standardizzati con il metodo diretto sono una media ponderata dei tassi specifici per età, con pesi forniti da una popolazione esterna e sono interpretabili come il tasso che si osserverebbe nella popolazione in studio, se questa avesse la stessa distribuzione peà della popolazione di riferimento.

$$Txstd = \frac{\sum_{i=1}^m w_i * T_i}{\sum_{i=1}^m w_i} * k$$

dove  $T_i = \mathit{casi}_i / \mathit{pop}_i$  è il tasso specifico per età relativo all'i-ma classe di età nella popolazione in studio,

$\mathit{casi}_i$  rappresenta il numero di eventi (dimissioni o dimessi) osservati nella popolazione in studio nella classe di età i-ma

$\mathit{pop}_i$  rappresenta la numerosità della popolazione in studio nella i-ma classe di età

$w_i$  rappresenta il peso che ciascuna classe di età assume nella popolazione di riferimento

$m$  è il numero di classi di età che vengono considerate nel calcolo del tasso e dipende dalla patologia in studio

$k$  è una costante moltiplicativa che è stata posta pari a 1.000.

## Rischio relativo

Il Rischio Relativo (RR) è stato calcolato come rapporto tra due tassi standardizzati ed esprime, l'eccesso (o il difetto) di rischio del gruppo posto al numeratore del rapporto rispetto al gruppo posto al denominatore. Per esempio se per il livello di SES IV il RR rispetto al SES I risulta pari a 1.38 possiamo dire che i residenti appartenenti alla classe di SES IV hanno per la patologia in esame un eccesso di rischio pari al 38%. Viceversa se per il livello di SES II il RR rispetto al SES I risulta uguale a 0.25 significa che i residenti appartenenti alla classe di SES II hanno un rischio quattro volte più piccolo di quello osservato nel riferimento (SES I).

$$RR = Txstd_A / Txstd_B$$

## valore di p

Per verificare se esistono differenze legate al livello di SES tra i tassi di ospedalizzazione è stato condotto un test statistico; l'ipotesi nulla sottoposta a verifica è che la probabilità di ospedalizzarsi sia la stessa nei due gruppi posti a confronto, cioè che il Rischio Relativo sia pari all'unità:

$$H_0 \quad RR = 1$$

Il test è stato costruito assumendo che il logaritmo del Rischio Relativo segua una distribuzione di tipo normale in cui l'errore standard (se) è calcolato come segue:

$$se(\log RR) = \sqrt{(se(\log Txstd)_A)^2 + (se(\log Txstd)_B)^2}$$

Dove

$$se(\log Txstd) = se(Txstd) / Txstd, \text{ in cui}$$

$$se(Txstd) = \sqrt{\sum_i w_i^2 \frac{casi_i}{pop_i^2}}$$

Il valore di p rappresenta la probabilità che il Rischio Relativo osservato differisca dall'ipotesi nulla solo per effetto del caso. Un valore di p prossimo all'unità indica quindi che il RR osservato non è diverso da 1 e quindi la probabilità di ospedalizzarsi nei due sottogruppi posti a confronto non è dal punto di vista statistico significativamente diversa. Un valore di p basso, al contrario indica che è plausibile che la differenza osservata tra i due sottogruppi sia imputabile esclusivamente all'effetto del caso. Valori di p minori o uguali a 0.05 indicano che l'eccesso o il difetto di rischio espressi dal valore del Rischio Relativo sono statisticamente significativi.

## 1.4 - Analisi geografica

I tassi di ospedalizzazione calcolati in questa sezione sono relativi all'intero periodo in studio (2001-2005) e prendono in considerazione esclusivamente il caso in cui la condizione patologica è riportata in diagnosi principale (DPR). Il livello di disaggregazione territoriale min è il quartiere di residenza; nella tabella sono riportati anche i tassi a livello di municipio e per tutto il territorio della ASL Roma E. Per ogè stato calcolato il Rischio Relativo di ospedalizzazione rispetto al comune di Roma e il relativo valore di p; si precisa che nel calcolo del tasso di ospedalizzazione del comune di Roma è inclusa anche la ASL Roma E; questo comporta una possibile diluizione di eventuali differenze osservate tra la ASL Roma E ed il Comune di Roma.

I tassi standardizzati sono riportati in una mappa in cui il territorio della ASL Roma E è suddiviso in 23 quartieri. Per definire la scala cromatica di ciascuna mappa sono stati utilizzati i quintili della distribuzione del tasso standardizzato.

Nella legenda sono specificati gli estremi di ciascuna classe del tasso standardizzato.

La scala cromatica in uso associa tonalità più scure ai quartieri dove il rischio è più alto.

Per ogni patologia viene presentata una mappa e la tabella dei valori associati.

### Tasso di ospedalizzazione standardizzato

I tassi standardizzati con il metodo diretto sono una media ponderata dei tassi specifici per età, con pesi forniti da una popolazione esterna e sono interpretabili come il tasso che si osserverebbe nella popolazione in studio, se questa avesse la stessa distribuzione peà della popolazione di riferimento.

$$Txstd = \frac{\sum_{i=1}^m w_i \cdot T_i}{\sum_{i=1}^m w_i} \cdot k$$

dove  $T_i = \text{casi}_i / \text{pop}_i$  è il tasso specifico per età relativo all'i-ma classe di età nella popolazione in studio,

$\text{casi}_i$  rappresenta il numero di eventi (dimissioni o dimessi) osservati nella popolazione in studio nella classe di età i-ma

$\text{pop}_i$  rappresenta la numerosità della popolazione in studio nella i-ma classe di età

$w_i$  rappresenta il peso che ciascuna classe di età assume nella popolazione di riferimento

$m$  è il numero di classi di età che vengono considerate nel calcolo del tasso e dipende dalla patologia in studio

$k$  è una costante moltiplicativa che è stata posta pari a 1.000.

## 2. Mortalità

### 2.1 Analisi socio-economica della mortalità

## Analisi per Stato Socio Economico (SES)

Dopo aver attribuito ad ogni decesso l'indice di Stato socio economico (SES) mediano della sezione di censimento di residenza dell'assistito, sono stati calcolati i tassi di mortalità, relativi all'intero periodo in studio (2001-2005).

Sono stati quindi calcolati, sia per la ASL Roma E che per il comune di Roma, i Rischi Relativi di ciascun livello di SES (II, III, IV, V) confrontato con il livello di SES I (alto) e i relativi valori di p.

Si precisa che nel calcolo del tasso di ospedalizzazione del comune di Roma è inclusa anche la ASL Roma E; questo comporta una possibile diluizione di eventuali differenze osservate tra la ASL Roma E ed il Comune di Roma.

### Tasso di mortalità standardizzato

I tassi standardizzati con il metodo diretto sono una media ponderata dei tassi specifici per età, con pesi forniti da una popolazione esterna e sono interpretabili come il tasso che si osserverebbe nella popolazione in studio, se questa avesse la stessa distribuzione peà della popolazione di riferimento.

$$Txstd = \frac{\sum_{i=1}^m w_i * T_i}{\sum_{i=1}^m w_i} * k$$

dove  $T_i = \mathit{casi}_i / \mathit{pop}_i$  è il tasso specifico per età relativo all'i-ma classe di età nella popolazione in studio,

$\mathit{casi}_i$  rappresenta il numero di eventi osservati nella popolazione in studio nella classe di età i-ma

$\mathit{pop}_i$  rappresenta la numerosità della popolazione in studio nella i-ma classe di età

$w_i$  rappresenta il peso che ciascuna classe di età assume nella popolazione di riferimento

$m$  è il numero di classi di età che vengono considerate nel calcolo del tasso e dipende dalla patologia in studio

$k$  è una costante moltiplicativa che è stata posta pari a 100.000.

### Rischio relativo

Il Rischio Relativo (RR) è stato calcolato come rapporto tra due tassi standardizzati ed esprime, l'eccesso (o il difetto) di rischio del gruppo posto al numeratore del rapporto rispetto al gruppo posto al denominatore. Per esempio se per il livello di SES IV il RR rispetto al SES I risulta pari a 1.38 possiamo dire che i residenti appartenenti alla classe di SES IV hanno per la patologia in

esame un eccesso di rischio pari al 38%. Viceversa se per il livello di SES II il RR rispetto al SES I risulta uguale a 0.50 significa che i residenti appartenenti alla classe di SES II hanno un rischio pari alla metà di quello osservato nel riferimento (SES I).

$$RR = Txstd_A / Txstd_B$$

### P-value

Per verificare se tra i tassi esistono differenze legate allo stato socio-economico, è stato condotto un test statistico; l'ipotesi nulla sottoposta a verifica è che la probabilità di decesso sia la stessa nei due gruppi posti a confronto, cioè che il rischio relativo sia pari all'unità:

$$H_0 \quad RR = 1$$

Il test è stato costruito assumendo che il logaritmo del rischio relativo segua una distribuzione di tipo normale in cui lo standar error (se) è calcolato come segue:

$$se(\log RR) = \sqrt{(se(\log Txstd)_A)^2 + (se(\log Txstd)_B)^2}$$

Dove

$$se(\log Txstd) = se(Txstd) / Txstd, \text{ in cui}$$

$$se(Txstd) = \sqrt{\sum_i w_i^2 \frac{casi_i}{pop_i^2}}$$

Il valore di p rappresenta la probabilità che il rischio relativo osservato differisca dall'ipotesi nulla solo per effetto del caso. Un valore di p prossimo all'unità indica quindi che il RR osservato non è diverso da 1 e quindi la probabilità di decesso nei due sottogruppi posti a confronto non è dal punto di vista statistico significativamente diversa. Un valore di p basso, al contrario indica che è plausibile che la differenza osservata tra i due sottogruppi sia imputabile esclusivamente all'effetto del caso, in particolare valori di p minori o uguali a 0.05 indicano che l'eccesso o il difetto di rischio espressi dal valore del rischio relativo sono statisticamente significativi.

## 2.2 Rappresentazione geografica dei rischi



### Analisi geografica

I tassi di mortalità calcolati in questa sezione sono relativi all'intero periodo in studio (2001-2005). Il livello di disaggregazione territoriale minimo è il quartiere di residenza; sono stati poi calcolati anche i tassi a livello di municipio e per tutta la ASL Roma E. Per ogni area è stato calcolato il rischio relativo di decesso rispetto al comune di Roma e il relativo valore di p; si precisa che nel

calcolo del tasso di ospedalizzazione del comune è inclusa anche la ASL Roma E; questo comporta una possibile diluizione di eventuali differenze osservate tra la ASL Roma E ed il Comune di Roma.

I tassi standardizzati sono riportati in una mappa in cui il territorio della ASL Roma E è suddiviso in 23 quartieri. Per definire la scala cromatica di ciascuna mappa sono stati utilizzati i quintili della distribuzione del tasso standardizzato.

Nella legenda sono specificati gli estremi di ciascuna classe del tasso standardizzato.

La scala cromatica in uso associa tonalità più scure ai quartieri dove il rischio è più alto.

Per ogni patologia viene presentata una mappa e la tabella dei valori associati per quartieri.

### Tasso di mortalità standardizzato

I tassi standardizzati con il metodo diretto sono una media ponderata dei tassi specifici per età, con pesi forniti da una popolazione esterna e sono interpretabili come il tasso che si osserverebbe nella popolazione in studio, se questa avesse la stessa distribuzione peà della popolazione di riferimento.

$$Txstd = \frac{\sum_{i=1}^m w_i * T_i}{\sum_{i=1}^m w_i} * k$$

dove  $T_i = \mathit{casi}_i / \mathit{pop}_i$  è il tasso specifico per età relativo all'i-ma classe di età nella popolazione in studio,

$\mathit{casi}_i$  rappresenta il numero di eventi osservati nella popolazione in studio nella classe di età i-ma

$\mathit{pop}_i$  rappresenta la numerosità della popolazione in studio nella i-ma classe di età

$w_i$  rappresenta il peso che ciascuna classe di età assume nella popolazione di riferimento

$m$  è il numero di classi di età che vengono considerate nel calcolo del tasso e dipende dalla patologia in studio

$k$  è una costante moltiplicativa che è stata posta pari a 100.000.



### **3. Stima della prevalenza (per 100 abitanti) e dell'incidenza (per 100.000)**

La prevalenza di una patologia è la proporzione di una data popolazione che ha la malattia in un certo momento. Rappresenta il livello di malattia presente in una popolazione e si calcola come numero di casi di malattia presenti diviso l'ammontare della popolazione in un dato momento. E' un indicatore che può essere applicato anche ad un arco temporale definito (un anno, cinque anni) e si parla in questo caso di prevalenza di e stime di prevalenza sono molto utili nel caso di malattie ad insorgenza lenta ed insidiosa e che si mantengono con caratteristiche di stabilità, è un indicatore meno utile nel caso di malattie acute per le quali l'incidenza è una misura più appropriata. L'incidenza misura quanti nuovi casi di una specifica condizione patologica si verificano in una determinata popolazione in un definito periodo temporale, ed è, ai fini delle stime di bisogno, una misura appropriata per le condizioni patologiche ad insorgenza acuta.

Per il tumore del polmone, mammella e colon-retto, i dati di prevalenza si riferiscono alle stime prodotte per l'Italia dal progetto IARC "GLOBOCAN 2002" <http://www-dep.iarc.fr/globocan/database.htm>. I dati di incidenza sono quelli pooled della banca dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT). <http://www.registri-tumori.it/incidenza1998-2002/main.htm>.