PARTE I

ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE E DEGLI ASSESSORI

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 giugno 2007, n. **419.**

Adempimenti di cui all'intervento 1.1.1 del Piano di Rientro. Approvazione del documento di Laziosanità - ASP «Stima dei bisogni di salute e dei fabbisogni sanitari della Regione Lazio».

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Sanità;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale "e successive modificazioni;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta" e successive modificazioni;

VISTA la DGR del 6 marzo 2007 n.149 "Presa d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180 della legge n.311/04, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di rientro",

PRESO ATTO che tra gli obbiettivi generali specifici indicati nel Piano di rientro al punto 1.1 viene indicata la "individuazione dei bisogni, ridefinizione e riqualificazione dell'offerta";

VALUTATO che il citato documento prodotto da Laziosanità –ASP costituisce adempimento a quanto richiesto al punto 1.1.1 del piano di rientro;

RITENUTO che occorre procedere ad una ulteriore precisazione dei fabbisogni per le attività di riabilitazione estensiva e di mantenimento nonché per le attività residenziali correlate all'assistenza pschiatrica;

RITENUTO necessario che il presente atto venga pubblicato sul BURL;

RITENUTO che il presente atto non è soggetto alla procedura di concertazione con le parti sociali

All'unanimità

DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa che si intendono integralmente recepite:

- di approvare l'allegato documento "Stima dei bisogni di salute e dei fabbisogni sanitari della Regione Lazio";

- di dare mandato alla Direzione Regionale TS e SSR di attivare nei tempi utili più brevi due tavoli di lavoro finalizzati alla ulteriore definizione dei fabbisogni per le attività di riabilitazione estensiva e di mantenimento e per le attività residenziali correlate all'assistenza psichiatrica;

- di definire nel 15 settembre 2007, la scadenza entro la quale i suddetti tavoli dovranno provvedere a redigere la relazione finale dei lavori;

- di definire che entro il 30 settembre la Giunta adotterà, anche sulla base del lavoro dei tavoli di cui al punto precedente, il dispositivo che definisce la specifica dei fabbisogni per le seguenti aree di attività: riabilitazione estensiva e di mantenimento e per le attività residenziali correlate all'assistenza psichiatrica;

- di prevedere entro il 30 novembre 2007 una specificazione dei fabbisogni inerenti alla rete strutturale per l'assistenza specialistica ambulatoriale e l'attività laboratoristica sulla base di quanto verrà definito in sede di attuazione dell'articolo 1 comma 796 lettera o) della legge 296/2006"

di pubblicare il presente atto sul BURL.

LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

Stima dei bisogni di salute e dei fabbisogni sanitari della Regione Lazio

Giugno 2007

INDICE

A. DATI E SISTEMI INFORMATIVI
La popolazione di riferimento ed i dati ISTAT
Dati di prevalenza dall'indagine multiscopo dell'ISTAT
I dati relativi all'assistenza ambulatoriale specialistica ed il Sistema Informativo SIAS
i. Oggetto della rilevazione e soggetti interessati
ii. Il flusso informativo
iii. Il controllo di qualità dei dati
I dati relativi all'assistenza Ospedaliera per ricoveri in acuto – le SDO ed il sistema informativo SIPLET
I dati dell'attività assistenziale del paziente disabile ed il sistema informativo SIS RAD-R
I dati di mortalità - ReNCaM
B. OCCORRENZA DI MALATTIA E BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE
Testo redatto dal Dipartimento di Epidemiologia ASL RM EPremessa
Premessa
Quadro generale
AIDS.
Tumori maligni
Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni
Tumore della mammella
Tumore dello stomaco
Tumore del colon-retto
Diabete di tipo 2 (non insulino-dipendente)
Morbo di Parkinson
Malattia di Alzheimer
Disturbi dell'umore
Schizofrenia
Sindrome coronarica acuta
Scompenso cardiaco
Eventi cerebrovascolari acuti
Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (bpco)
Asma bronchiale
Infezioni acute delle basse vie respiratorie
Colelitiasi
Malattie infiammatorie croniche intestinali
Cirrosi
Emorragia del tratto digerente superiore
Dipendenza da sostanze stupefacenti
Insufficenza renale cronica
Neonati altamente pretermine
Frattura del collo del femore nell'anziano
Malformazioni congenite compatibili con la vita
Traumatismi (diversi da frattura del collo del femore)
C. FABBISOGNO DI POSTI LETTO PER ACUTI
Introduzione
Calcolo del fabbisogno
a. Calcolo del fabbisogno per specialità di media/bassa complessità
b. Calcolo del fabbisogno di posti letto per specifici ambiti assistenziali

i. Cardiochirurgia .....
ii. Neurochirurgia .....
iii. Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) .....
iv. Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) .....
v. Neonatologia .....
vi. Medicina d'urgenza .....
vii. Altre specialità (Allergologia, Angiologia, Medicina sportiva, Immunologia, Medicina del lavoro, Grandi ustioni, Medicina nucleare, Reumatologia) .....
viii. Terapia Intensiva .....
c. Calcolo del fabbisogno per le reti assistenziali di alta specialità .....
i. Rete dell'emergenza cardiologica (UTIC) .....
ii. Rete dell'ictus cerebrale acuto (UTN) .....
iii. Rete del Trauma grave .....
Riepilogo dei risultati .....
D. FABBISOGNO PER LA RIABILITAZIONE POST-ACUZIE E PER LA LUNGODEGENZA .....
Offerta riabilitazione intensiva ospedaliera .....
Fabbisogno di riabilitazione intensiva .....
Fabbisogno di posti letto di Lungodegenza .....
E. FABBISOGNO DI POSTI LETTO PER ALTRE FORME DI RESIDENZIALITA' .....
Fabbisogno di posti letto presso le Case di Cura Neuropsichiatriche .....
Offerta riabilitazione estensiva e di mantenimento (ex art. 26) .....
Fabbisogno di riabilitazione estensiva e di mantenimento (ex art. 26) .....
Fabbisogno di posti letto presso le residenze sanitarie assistenziali .....
Fabbisogno di posti letto presso le residenze sanitarie assistenziali .....
Fabbisogno di posti letto per le cure palliative .....
Tabella riepilogativa .....
F. FABBISOGNO DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE .....

A. DATI E SISTEMI INFORMATIVI

La popolazione di riferimento ed i dati ISTAT

La popolazione usata come denominatore per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione e mortalità e per l'analisi dei fabbisogni 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 1 illustra la popolazione per ASL per maschi, femmine e classi di età.Popolazione residente nelle ASL della Regione Lazio per grandi classi d'età. Maschi e femmine, 1 Gennaio 2004.

Tab.A.1	Maschi						TOT
	0-14	15-34	35-54	55-64	65-74	75+	
ASL							
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
Totale	**370.204**	**662.901**	**756.483**	**301.253**	**244.739**	**157.782**	**2.493.362**
	Femmine						**TOT**
	0-14	**15-34**	**35-54**	**55-64**	**65-74**	**75+**	
ASL							
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
Totale	**351.955**	**659.378**	**797.174**	**338.240**	**297.461**	**267.569**	**2.711.777**

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 sono stati utilizzati dati relativi alla Regione Lazio dell'indagine condotta da luglio 1999 a giugno 2000. Nella "sezione malattie croniche" del questionario autocompilato i rispondenti dichiarano di soffrire delle seguenti condizioni: diabete; infarto del miocardio; trombosi, embolia ed emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema e insufficienza respiratoria; asma bronchiale; ulcera gastrica o duodenale; calcolosi della colecisti o delle vie biliari; cirrosi epatica; tumori maligni; Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia o perdita della memoria.

I dati relativi all'assistenza ambulatoriale specialistica ed il Sistema Informativo SIAS

La DGR 1165/97 affida all'OER (oggi Lazio Sanità - ASP) il compito di progettare, sperimentare ed organizzare il Sistema Informativo per l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (S.I.A.S.) che pertanto diventa l'unico flusso di informazioni sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali a carattere regionale, che garantisce una modalità di rilevazione unica ed omogenea nel formato e nella descrizione dei dati quanti/qualitativi, utile alla produzione ed alla diffusione di tutte le elaborazioni finalizzate al monitoraggio dell'attività svolta, al finanziamento delle strutture erogatrici ed alla programmazione sanitaria.

i. Oggetto della rilevazione e soggetti interessati

Le prestazioni sanitarie che vengono rilevate attraverso il SIAS sono tutte le prestazioni previste dal livello di assistenza specialistica ambulatoriale, e cioè le visite e le prestazioni specialistiche effettuate in regime ambulatoriale, le attività di consultorio materno-infantile e le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonchè tutte le prestazioni, sia diagnostiche che terapeutiche, previste dal nomenclatore di cui al D.M. 22/7/96 e successive modificazioni ed integrazioni, svolte presso presidi ambulatoriali (anche di ospedali e case di cura), laboratori di diagnostica strumentale e studi medici specialistici, sia pubblici che privati provvisoriamente accreditati.

Non rientrano per il momento in questo sistema informativo le prestazioni di assistenza psichiatrica effettuate presso i Dipartimenti di Salute Mentale, le prestazioni di assistenza a tossicodipendenti effettuate presso i SERT, le prestazioni di emodialisi e le vaccinazioni. Le suddette prestazioni sono oggetto di sistemi di sorveglianza o registri di popolazione distinti. Non rientrano altresì in questa rilevazione le prestazioni erogate dal Servizio di Pronto Soccorso e quelle erogate ambulatorialmente in regime di pre-ospedalizzazione.

I soggetti erogatori che possono effettuare le prestazioni specialistiche ambulatoriali per conto ed a carico del Sistema Sanitario Regionale, sono tutti quelli pubblici e privati provvisoriamente accreditati.

ii. Il flusso informativo

Le ASL provvedono:

- ad accettare i dati dai singoli soggetti erogatori e ad effettuare i controlli automatici sulle modalità di registrazione e di codifica dei dati stessi;
- a produrre l'archivio definitivo, che va a costituire la base dati di azienda e ad alimentare i flussi informativi verso i livelli centrali,
- a produrre l'archivio contenente le informazioni aggregate da trasmettere a Lazio Sanità ed infine gli archivi contenenti le informazioni analitiche aggregate per residenza del paziente da inviare alle rispettive ASL (mobilità inter-aziendale).

Per quanto riguarda le strutture aziendalizzate (IRCCS, Policlinici Universitari, Aziende Ospedaliere), le informazioni analitiche vengono consegnate da queste direttamente a Lazio Sanità ove sono svolte, analogamente a quanto previsto presso le ASL, le attività di protocollo e di controllo automatico dei dati.

iii. Il controllo di qualità dei dati

Il controllo sulla qualità ed il contenuto delle informazioni, relative alle prestazioni erogate dai presidi ambulatoriali, viene effettuato attraverso un programma informatico denominato "QUASIAS". Il programma, prodotto da Lazio Sanità, permette alle ASL, dopo la verifica formale e sostanziale dei dati, di creare un archivio completo di tutte le informazioni necessarie per la gestione economico-finanziaria, nonché per l'effettuazione dei controlli analitici sulle ricette/prescrizioni.

I dati relativi all'assistenza Ospedaliera per ricoveri in acuto – le SDO ed il sistema informativo SIPLET

I dati di ospedalizzazione utilizzati sono i dati delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) 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 4 illustra la numerosità totale dei ricoveri considerati nella analisi . La dotazione di posti letto della rete ospedaliera regionale, è desunta dal SIPLET che costituisce la forma di archivio più aggiornata dei dati sulla dotazione dei posti letto accreditati dei singoli soggetti erogatori, rilevata dalle Direzioni Generali Aziendali e sottoposta a valutazione di regolarità dall'amministrazione competente (direzione regionale PSTS).

I dati dell'attività assistenziale del paziente disabile ed il sistema informativo SIS RAD-R

La Regione Lazio non dispone ancora di un unico sistema informativo in grado di valutare in maniera organica l'insieme dell'offerta riabilitativa e i bisogni di salute della popolazione disabile.

Ad oggi sono attivi i seguenti flussi informativi finalizzati al monitoraggio della disabilità complessa:

- Sistema Informativo RAD-Riabilitazione (RAD-R), attivo da maggio 2005, ed a cui aderiscono tutti gli istituti di ricovero della regione Lazio con reparti identificati dai codici ministeriali 28 (unità spinale), 56 (recupero e rieducazionale funzionale) e 75 (neuroriabilitazione). A partire dal 1-1-2006 il RAD-R è l'unico sistema informativo deputato a raccogliere informazioni sui ricoveri ordinari e diurni da questi reparti. In precedenza le informazioni erano raccolte dal Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO), ritenuta però insufficiente per descrivere la complessità dei pazienti ricoverati in reparti di riabilitazione successivamente ad un evento acuto. Il RAD-R, basato su informazioni raccolte attraverso una specifica scheda, dovrebbe essere in grado di cogliere adeguatamente la specificità clinica del paziente e la peculiarità dell'intervento riabilitativo.

  La scheda RAD-R raccoglie informazioni: sulla patologia oggetto dell'intervento riabilitativo oltre alla patologia di base; su un numero di patologie associate fino a 8; sulle modalità di accesso in riabilitazione e il tempo trascorso tra evento acuto e ricovero in post-acuzie; sulla presenza di compromissioni (cognitiva, del comportamento, della comunicazione/linguaggio, sensoriale, della manipolazione, dell'equilibrio, della locomozione, cardiovascolare prevalente, dell'apparato respiratorio, del controllo sfinterico, dell'apparato urinario, dell'area della nutrizione) e di altre condizioni, quali la presenza di ulcere, di tracheostomia; sulla definizione di paziente come post-comatoso, come mieloleso; sui risultati della somministrazione di scale di valutazione misurate all'accettazione ed alla dimissione (Indice di Barthel, Six minute walk test, Glasgow Outcome Scale, Levels of Cognitive Functioning, Disability Rating Scale, Spinal Cord Independence Measure); sulla tipologia di protesi/ortesi/ausili prescritti, sul programma riabilitativo proposto, sulla condizione abitativa alla dimissione; sulle eventuali patologie intercorse durante il ricovero.
- Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa (SIAR), attivo dal 1° gennaio 2003, che raccoglie informazioni sull'attività riabilitativa di tipo estensivo e di mantenimento, cioè sull' attività rivolta al trattamento della disabilità complessa. Questa tipologia di riabilitazione prevede una "presa in carico globale" del paziente che vi accede, attraverso la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale.

A differenza delle informazioni sui ricoveri in reparti di riabilitazione, quelle sui ricoveri in reparti di lungodegenza (individuati dal codice 60) sono state ottenute dalla SDO.

I dati di mortalità - ReNCaM

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 4 illustra la numerosità totale dei decessi considerati nell'analisi.

Tab. A.2 Numero di dimissioni per diagnosi principale e decessi per causa per maschi e femmine nelle età considerate.

	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

B. OCCORRENZA DI MALATTIA E BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

Testo redatto dal Dipartimento di Epidemiologia ASL RM E

Premessa

I "bisogni" di salute nella popolazione sono teoricamente infiniti o almeno indefiniti, comunque sono tanto più grandi e sofisticati quanto più elevati sono i livelli di salute nella popolazione.

Devono essere considerati pertinenti al sistema sanitario, solo quei bisogni di salute rispetto ai quali il sistema sanitario ha interventi efficaci e disponibili. La maggioranza dei bisogni reali di salute della popolazione non è pertinente rispetto al sistema sanitario e può/dovrebbe essere affrontata da altre politiche (economiche, occupazionali, ambientali, sociali, etc).

Pertanto, la definizione teorica dei bisogni di salute per il sistema sanitario, non dipende solamente dalle condizioni reali di salute nella popolazione, ma soprattutto, dalla definizione degli interventi efficaci disponibili nel sistema sanitario.

La conoscenza dei bisogni di salute dipende dalla loro misura. Sono pertanto bisogni conoscibili di salute nella popolazione, solo quelle condizioni di salute misurabili e per le quali sono disponibili e misurabili interventi efficaci del sistema sanitario.

Lo svolgimento di interventi inefficaci ed inappropriati da parte del sistema sanitario può talora consentire la individuazione e la misura di bisogni di salute che possono/debbono essere soddisfatti da altri sistemi di servizi.

Di seguito per bisogni di salute si intenderanno quindi le condizioni di salute misurabili per le quali il sistema sanitario ha disponibili interventi efficaci misurabili. Sarebbero i LEA a definire gli intereventi efficaci disponibili nel SSN, se i LEA fossero definiti esplicitamente in modo positivo.

La misura dei bisogni di salute può essere fatta attraverso la stima dell'occorrenza (incidenza e/o prevalenza, mortalità) di eventi/condizioni/ malattie e della sua variabilità nella popolazione.

Per la effettuazione di queste stime possono essere utilizzate informazioni già disponibili nella letteratura scientifica, e possono essere integrate, con metodi di stima appropriati, le informazioni da sistemi informativi correnti (mortalità, dimissioni ospedaliere, prestazioni specialistiche, farmaceutiche, riabilitative, registri); possono inoltre essere condotti studi ad hoc.

La "traduzione" dei bisogni di salute così stimati, già di per se dipendente dalle caratteristiche generali e specifiche del sistema sanitario, in fabbisogni di assistenza (comprendente interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) da parte del sistema sanitario è completamente condizionata dalla definizione delle caratteristiche organizzative, strutturali, di processo e di esito degli interventi e dei servizi specifici per ciascuna condizione/malattia.

In altre parole la stima del fabbisogno di assistenza sanitaria per ciascuna malattia è determinata dalle caratteristiche dell'offerta di servizi.

Non è possibile quindi alcuna determinazione del "fabbisogno" di assistenza sanitaria, in assenza di definizione delle caratteristiche che deve avere l'offerta di servizi.

Pertanto la definizione dei requisiti organizzativi e soprattutto di processo e di esito dei servizi che fanno interventi è preliminare alla stima dei fabbisogni di assistenza associati a bisogni specifici di salute.

Non è paradossale affermare che la stima del fabbisogno di assistenza dipende dalle caratteristiche determinate dell'offerta di servizi.

Le norme, a livello nazionale e regionale (LR 3/2003), che regolano il SSR forniscono riferimenti complessi in relazione alla stima del fabbisogno. Prescindendo da considerazioni di ordine giuridico, che non sono nelle competenze

dell'epidemiologia, la definizione del fabbisogno "complessivo" si distingue da quella del fabbisogno riconosciuto appropriato a garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

Il fabbisogno complessivo riguarda anche le tipologie di assistenza non incluse nei LEA ed un "surplus" di fabbisogno, necessario per garantire una adeguata possibilità di turnover e di competizione nell'accreditamento per le prestazioni LEA.

Per quanto riguarda gli interventi fuori LEA, proprio perchè questi sono individuati per bassa efficacia ed appropriatezza rispetto ai costi, la stima del fabbisogno risulta rilevante per il SSR, solo per quei servizi che possono indurre domanda (inappropriata) sui servizi accreditati.

Per quanto riguarda invece la quota di fabbisogno "extra" rispetto a quello per l'accreditamento, per le prestazioni LEA, la sua quantificazione è totalmente secondaria a quella del fabbisogno per l'accreditamento, ed ha unicamente l'obiettivo di mantenere una quota di servizi/prestazioni/erogatori non accreditati candidabile all'accreditamento. Ciò presuppone che l'accreditamento sia dinamico, cioè che prestazioni, servizi, erogatori, pubblici e privati, possano e debbano entrare ed uscire dall'accreditamento in rapporto alla verifica del mantenimento degli "ulteriori requisiti" (soprattutto processo ed esito) definiti per l'accreditamento.

La definizione degli "ulteriori requisiti" per l'accreditamento è condizione indispensabile per definire il fabbisogno per l'accreditamento. Di conseguenza anche il fabbisogno "complessivo", ai fini delle autorizzazioni all'esercizio, dipende dalla definizione degli "ulteriori requisiti" per i soggetti accreditati.

Pertanto il processo di definizione del fabbisogno dovrebbe prevedere:

- Definizione dei bisogni di salute pertinenti al SSR e loro stima in termini di occorrenza di malattie e sua variabilità nella popolazione;
- Definizione esplicita degli interventi inclusi nei LEA per i quali si vuole stimare il fabbisogno(e integrativi) e degli "ulteriori requisiti" dei servizi/erogatori/prestazioni da accreditare;
- Stima dei fabbisogni per l'accreditamento (incluso un eccesso di prestazioni per assicurare competizione tra accreditati)
- Definizione di una quota proporzionale "fabbisogno aggiuntivo" per l'autorizzazione all'esercizio per prestazioni incluse nei LEA, per soggetti non accreditati
- Definizione di un fabbisogno complessivo per autorizzazione all'esercizio di servizi extra LEA (che non hanno impatto su prestazioni LEA).

Da tener presente che molte autorizzazioni ed accreditamenti, soprattutto di nuove tipologie di interventi, possono riguardare servizi e/o prestazioni che sostituiscono o integrano servizi e prestazioni precedentemente autorizzati e/o accreditati. Di conseguenza ogni nuova stima di fabbisogni deve determinare la revisione delle stime dei fabbisogni precedenti.

L'analisi dei fabbisogni intende fornire al governo regionale elementi utili per il processo programmatorio. Tuttavia, nell'interpretazione dei dati relativi agli indicatori di occorrenza, di seguito 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 multiscopo 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.

Quadro generale

Gli indicatori demografici disponibili delineano per il Lazio una situazione caratterizzata da:

- un progressivo invecchiamento della popolazione (l'indice di vecchiaia è incrementato da un valore pari a 130 nel 2002 a 135 nel 2005), soprattutto in alcune zone di Roma e nelle province di Viterbo e Rieti;
- un forte incremento della quota di popolazione immigrata, soprattutto a Roma (dove nel 2003 ha raggiunto il 4,5%) e a Viterbo (3,4%), mentre nel resto della regione la presenza è molto inferiore alla media nazionale (2% rispetto a 3,4%);
- qualche segnale di ripresa della dinamica demografica (il tasso di natalità dal 2001 al 2004 è passato da 9,3/1.000 a 9,9/1.000), probabilmente legato al fenomeno di cui al punto precedente, che però non sembra confermato dai dati del 2005 (9,6/1.000).

Di conseguenza, lo stato di salute appare fortemente influenzato dall'occorrenza di malattie cronico-degenerative, che, pur presentando caratteristiche e storie naturali diverse, danno luogo a bisogni assistenziali per i quali le risposte territoriali sono maggiormente efficaci (medici di medicina generale, cure domiciliari, integrazione sociosanitaria), ma che

richiedono la garanzia di accesso rapido alle cure ospedaliere, anche di tipo intensivo, in occasione della comparsa di eventi acuti, complicanze e riacutizzazioni

La correlazione esistente tra innalzamento dell'età media della popolazione e la probabilità decrescente espressa in termini percentuali di non incorrere in gradi di disabilità sempre più invalidanti viene illustrata nella seguente tabella:

TIPO DI DISABILITÀ		ETA'							
		15		45		65		75	
	Anno	*Maschi*	*Femmine*	*Maschi*	*Femmine*	*Maschi*	*Femmine*	*Maschi*	*Femmine*
Libera da disabilità	1994	57,3	61,1	29,2	32,0	12,7	14,2	6,6	6,9
	1999/2000	58,8	62,3	30,5	33,2	13,7	15,2	7,3	7,7
Confinati	1994	59,1	66,3	30,8	37,2	14,2	19,2	8,1	11,5
	1999/2000	60,5	65,1	32,1	35,9	15,1	17,8	8,6	10,0
Nelle funzioni quotidiane (a)	1994	58,4	63,1	30,1	33,9	13,5	15,8	7,3	8,1
	1999/2000	60,0	64,3	31,6	35,1	14,6	16,9	8,1	9,0
Difficoltà nel movimento	1994	59,0	63,8	30,7	34,6	14,1	16,7	8,0	9,2
	1999/2000	60,3	65,1	31,9	35,8	15,0	17,7	8,6	10,0

Tabella B.1 Speranza di vita libera da disabiltà a diverse età per tipo di disabilità e sesso; **Anni 1994, 1999-2000**

(a) Sono esclusi i quesiti Q15: "Riesce a masticare senza difficoltà?" e Q19: "Ha problemi di incontinenza?".
(Fonte: ISTAT - Servizio "Sanità e assistenza".
fonte Istat - Servizio "Sanità e assistenza"

La tabella B.2 riassume per le principali condizioni morbose di tipo acuto e cronico per le quali è risultato possibile produrre conoscenze sufficientemente valide,, la stima per anno dei casi incidenti o prevalenti nella Regione, il numero di ricoveri e dei decessi. riguardante per classi di età rilevanti . Le condizioni esaminate rappresentano circa il 40% dei ricoveri ospedalieri complessivi e circa l'80% dei decessi che si verificano in un anno nella Regione

Tabella B.2 Stima del numero annuale di casi incidenti e prevalenti nel Lazio per varie patologie e numero di ricoveri e di decessi osservati nell'anno 2004.

Condizione	Età	Casi Incidenti	Casi Prevalenti	Ricoveri	Decessi
AIDS	0-65	*237*	*2.900*	1.224	95
Tumori maligni	Tutte le età	*34.900*	*93.700*	81.467	14.603
Tumori del polmone	Tutte le età	*3.400*	*4.100*	5.690	3.209
Tumore della mammella	Tutte le età	*4.000*	*16.500*	5.567	996
Tumore dello stomaco	Tutte le età	*1.700*	*2.900*	1.834	945
Tumore del colon-retto	Tutte le età	*3.900*	*10.900*	6.270	1.841
Diabete	35+	-	*114.300*	4.377	1.622
Morbo di Parkinson	35+	-	*26.800* [1]	787	221
Malattia di Alzheimer	35+	-		925	814
Disturbi dell'umore	15+	-	*358.600*	3.059	264
Schizofrenia	15+	-	*67.200*	4.602	-
Sindrome coronarica acuta	35+	*20.000*	-	16.550	6.814
Scompenso cardiaco	35+	-	*63.000*	21.932	3.053
Eventi cerebrovascolari acuti	35+	*10.000*	-	9.102	3.144
Broncopneumopatia cronico-ostruttiva	15+	-	*222.700*	13.249	1.438
Asma bronchiale nel bambino	0-14	-	*16.900*	1.283	1
Asma bronchiale nell'adulto	15+	-	*147.700*	881	62
Infezioni respiratorie acute nel bambino	0-14	*500*	-	4.101	3
Polmoniti e broncopolmoniti nell'adulto	15+	*7.600*	-	16.116	427
Colelitiasi	15+	-	*394.000* [2]	12.791	73
Malattia di Crohn	Tutte le età	*100*	*1.000*	1.142	15
Colite ulcerosa	Tutte le età	*300*	*2.600*	1.147	13
Cirrosi	35+	-	*19.600*	3.903	604
Emorragie del tratto digerente superiore	35+	*2.600*	-	2.571	242
Dipendenza da sostanze stupefacenti	15-64	-	*13.300*	1.416	64
Insufficienza renale cronica	Tutte le età	-	*3921* [3]	4.599	407
Frattura del femore	65+	*7.100*	-	7.053	321
Neonati altamente pretermine	alla nascita	*500*	-	-	99
Malformazioni congenite	alla nascita	-	*1.300*	443	27
Traumatismi	Tutte le età	*49.800*	-	49.822	1.779

nota: i valori in corsivo sono valori stimati

1. Prevalenza di Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria nel Lazio derivante dall' Indagine Multiscopo sullo Stato di Salute della Popolazione 1999-2000. ISTAT
2. Età 35-74
3. Pazienti in trattamento dialitico

Considerando i tassi di incidenza (Tabella B.3), nei maschi la patologia a maggiore frequenza è la sindrome coronarica acuta, seguita dai tumori maligni e dagli eventi cerebrovascolari acuti. Nelle femmine l'ordine è invertito per cui l'incidenza maggiore si osserva per i tumori maligni seguiti dalla sindrome coronarica acuta e quindi dagli eventi cerebrovascolari acuti. In entrambi i sessi, la frattura del femore è molto frequente sopra i 65 anni. Sia nei maschi che nelle femmine la condizione patologica più frequente dal punto di vista della prevalenza (Tabella B.4), tra quelle considerate in questo rapporto, è la colelitiasi, seguita dai disturbi dell'umore dallo scompenso cardiaco, la BPCO, il diabete e l'asma bronchiale.

Tabella B.3 Tassi standardizzati di incidenza (x 100.000).

Condizione		Età	Maschi	Femmine
AIDS (<65 anni)		0-65	7,6	2,5
Tumori maligni (tutti)		Tutte le età	577	400
	Tumore mammella	Tutte le età	-	114
	Tumore polmone	Tutte le età	81	17
	Tumore stomaco	Tutte le età	29	14
	Tumore colon-retto	Tutte le età	64	41
Sindrome coronarica		35+	781	278
Eventi cerebrovascolari acuti		35+	273	187
Emorragia del tratto digerente superiore*		35+	88	42
Frattura del femore (>65 anni)*		65+	405	797

* tassi di ospedalizzazione

Tabella B.4 Tassi standardizzati di prevalenza (x 100.000).

Condizione	Età	Maschi	Femmine
Diabete	34+	5,2	4,7
M. di Parkinson/M. di Alzehimer	34+	0,94	1
Disturbi dell'umore	15+	8.0	8.0
Schizofrenia	15+	1,5	1,5
Scompenso cardiaco	65-84	5,4	7,3
Broncopneumopatia cronica ostruttiva	15+	5,0	3,4
Asma bronchiale	15+	3,1	2,7
Colelitiasi	30-69	9,5	18,9
Malattia di Crohn	Tutte le età	0,02	0,02
Colite ulcerosa	Tutte le età	0,05	0,05
Cirrosi	34+	0,04	0,04

La causa principale di ricovero sopra i 35 anni è rappresentata dai traumatismi, seguiti dalla sindrome coronarica e lo scompenso cardiaco nei maschi (Figura 1), dallo scompenso cardiaco e dalla colelitiasi nelle femmine (Figura 2). Le cause principali di morte (Figura 3 e 4) sono ovviamente le condizioni cardiovascolari e il tumore del polmone nei maschi e il tumore della mammella nelle femmine. Particolare rilevanza ha infine la frattura femore, che è stata studiata solo in età maggiore di 65 anni, e che per questa classe d'età rappresenta una condizione ad alta incidenza. I neonati altamente pretermine e i bambini nati con malformazioni congenite costituiscono il carico assistenziale più rilevante nell'area della neonatologia. Le schede specifiche per malattia forniscono anche i dati disaggregati per ASL.

Figura 1: Tassi standardizzati di ricovero
Maschi età 35+ (x 1.000)

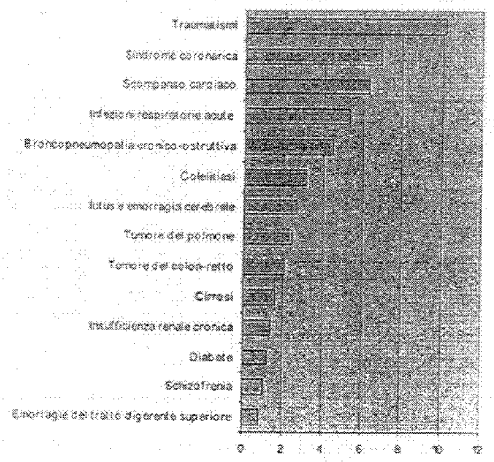


Figura 2: Tassi standardizzati di ricovero
Femmine età 35+ (x 1.000)

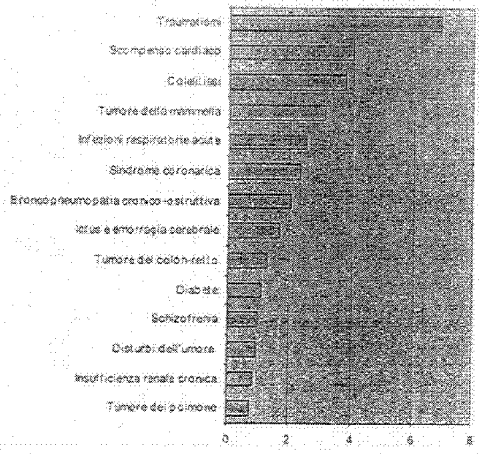


Figura 3: Tassi standardizzati di mortalità
Maschi età 35+ (x 100.000)

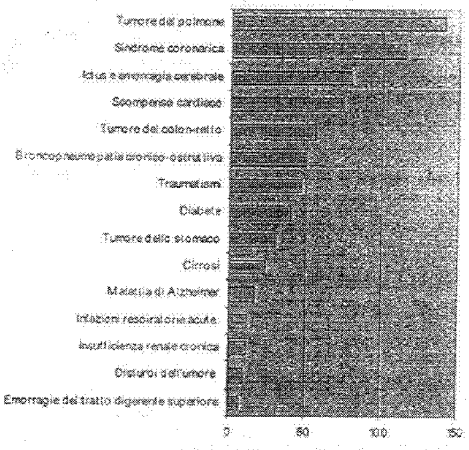
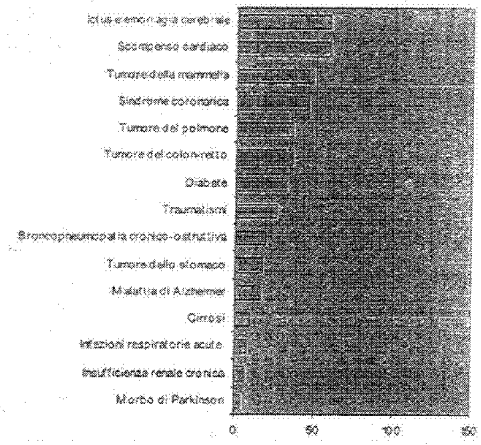


Figura 4: Tassi standardizzati di mortalità
Femmine età 35+ (x 100.000)



Sulla base dei dati raccolti attraverso i sistemi informativi, è stata, inoltre, sviluppata un'analisi sulla stima del bisogno di salute specifico per quelle 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).

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.

AIDS.

Definizione

La Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) è una patologia del sistema immunitario con distruzione progressiva delle linfociti T CD4+ provocata dall'infezione con il virus dell'Immunodeficienza umana (HIV).

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

Il virus HIV viene trasmesso tramite contatti sessuali, per via parenterale, e per via perinatale da madre a figlio. Il virus si lega ai linfociti T che presentano il recettore CD4 e ne provocano una graduale e progressiva distruzione fino all'annullamento delle difese immunitarie. L'infezione primaria, che è solitamente asintomatica, viene seguita da una lunga fase di latenza clinica, inizialmente asintomatica e poi caratterizzata da una linfoadenopatia persistente e dalla diminuzione più accentuata dei CD4+. Quando i livelli immunitari si abbassano sotto i 200 CD4+/mm^3 la sintomatologia si complica con l'insorgenza di infezioni opportunistiche e/o di neoplasie che definiscono la fase di AIDS conclamata e che poi portano al decesso. La storia naturale di questa malattia, che prevedeva un tempo mediano di incubazione di circa 10 anni, e un tempo di sopravvivenza dopo la diagnosi di AIDS di pochi mesi, è stata profondamente modificata dall'introduzione di terapie antiretrovirali nel 1996-97, che ha prolungato i tempi mediani di incubazione fino a 22-23 anni e ha diminuito il rischio di morte fino all'85% [1], [2]. Questo ha provocato un aumento nella prevalenza di persone con infezione da HIV e una diminuzione dell'incidenza di AIDS. Soprattutto a partire dall'introduzione delle nuove terapie antiretrovirali, la principale fonte di assistenza alle persone con infezione da HIV prima della diagnosi di AIDS è rappresentata dalle prestazione ambulatoriali e di day-hospital per la gestione delle terapie stesse. Prima dell'AIDS il ricorso al ricovero in regime ordinario non è di particolare rilevanza. L'accesso ai ricoveri diventa invece necessario quando si manifestano le patologie associate all'AIDS, e quindi complicazioni di tipo neurologico, polmonare, tumorale.

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

I casi di AIDS sono definiti sulla presenza della infezione da HIV e di almeno una delle patologie AIDS correlate. Per questo motivo sono stati considerati tutti i ricoveri con uno dei codici specifici per HIV e almeno uno dei codici delle patologie AIDS correlate (vedi tabella). I dati sono stati riportati per la età inferiore a 65 anni.

CODICI specifici per HIV	
042-043	Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)
2791	Malattie dovute a deficit dell'immunità cellulo mediata
patologie AIDS correlate	
112	Candidosi
114	Coccidioidomicosi disseminata
117.5	Criptococcosi extrapolmonare
078.5	Malattia da Cytomegalovirus e retinite
348.3	Encefalopatia da HIV, Leucoencefalopatia multifocale progressiva
054	Herpes simplex: ulcera/e croniche o bronchite, polmonite o esofagite
007.2	Isosporidiosi cronica intestinale
115	Istoplasmosi disseminata
200.2	Linfoma di Burkitt (o equivalente)
200.8	Linfoma immunoblastico (o equivalente)
010-018	Micobatteriosi disseminata o extrapolmonare da:
	M. tubercolosis
	M. avium e M. Kansasii
	M. da altre specie o da specie non identificata
	Tubercolosi polmonare
136.3	Polmonite da Pneumocystis carinii
486	Polmonite ricorrente
176	Sarcoma di Kaposi
130	Toxoplasmosi cerebrale
7832	Wasting Syndrome da HIV

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Incidenza: i dati sono stati ricavati dal registro di sorveglianza regionale

Ricoveri: Sistema Informativo Ospedaliero della Regione Lazio

Mortalità: Registro Nominativo delle cause di morte di Roma e del Lazio

Risultati

Nel Lazio si sono osservati nell'ultimo anno, nella popolazione di età inferiore ai 65 anni, 237 nuovi casi, 1.224 ricoveri ospedalieri e 95 decessi per AIDS. L'incidenza al di sotto dei 65 anni è molto più elevata negli uomini (7,6 per 100.000) rispetto alle donne (2,5 per 100.000). I tassi di incidenza sono molto bassi nell'età pediatrica e nelle donne con età maggiore di 54 anni. La classe di età più colpita e quella compresa tra 35 e 44 anni sia per i maschi che per le femmine. I dati di prevalenza non sono disponibili a livello regionale, ma è disponibile una stima totale di casi prevalenti di AIDS pari a 2.908 persone, dal Registro Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità [3]. I tassi di ospedalizzazione sono relativamente bassi e maggiori tra i maschi. I tassi di mortalità risultano pari a 2,97 (maschi) e 0,9 (femmine), con un

valore più alto nella classe 35-54 anni tra i maschi. Sia per i ricoveri che per la mortalità si osservano tassi più elevati nelle ASL di Roma rispetto alle altre province del Lazio.

Tabella B.5 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **AIDS**. Popolazione del Lazio, età 0-65 anni.

	Incidenza	**Prevalenza**	**Ricoveri**	**Ricoverati**	**Mortalità**
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)		(x 100.000)
Maschi					
Età (anni)					
0-14	0,54	n.d. [3]	0,02	0,02	0,00
15-34	5,58		0,17	0,11	0,45
35-54	15,47		0,86	0,52	8,59
55-64	6,64		0,24	0,11	1,33
Età 0-65 anni					
Tasso grezzo	8,42		0,40	0,24	3,44
Minimo e Massimo[1]			*0,07 0,88*	*0,03 0,45*	
Tasso standardizzato[2]	7,58		0,35	0,21	2,97
Minimo e Massimo[1]			*0,06 0,74*	*0,03 0,37*	
Femmine					
Età (anni)					
0-14	0,28	n.d. [3]	0,01	0,01	0,28
15-34	2,27		0,13	0,08	0,45
35-54	5,02		0,36	0,18	2,38
55-64	0,89		0,02	0,01	0,00
Età 0-65 anni					
Tasso grezzo	2,84		0,18	0,09	1,1
Minimo e Massimo[1]			*0,02 0,43*	*0,02 0,16*	
Tasso standardizzato[2]	2,47		0,15	0,08	0,9
Minimo e Massimo[1]			*0,00 0,33*	*0,00 0,14*	

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. Dati non disponibili. Secondo l'ISS sono 2908 le persone affette da AIDS al 31 - 12 - 2005

Tabella B.6 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **AIDS** per ASL di residenza. Maschi e femmine, età 0-65 anni.

	RICOVERI (x 1.000) 0-65			MORTALITA' (x 100.000) 0-65		
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	
ASL						
Roma A	0,58	0,48	0,42 - 0,55	4,78	4,20	2,57 - 6,89
Roma B	0,35	0,30	0,25 - 0,34	1,91	1,61	0,87 - 3,01
Roma C	0,44	0,36	0,31 - 0,41	2,23	1,92	0,99 - 3,69
Roma D	0,47	0,39	0,34 - 0,45	3,62	2,99	1,79 - 4,99
Roma E	0,50	0,40	0,34 - 0,46	3,07	2,65	1,50 - 4,68
Roma F	0,13	0,11	0,08 - 0,16	0,89	0,67	0,17 - 2,69
Roma G	0,23	0,20	0,16 - 0,25	1,41	1,12	0,47 - 2,69
Roma H	0,18	0,15	0,12 - 0,19	3,03	2,48	1,40 - 4,38
Viterbo	0,15	0,12	0,09 - 0,17	1,29	1,14	0,37 - 3,54
Rieti	0,06	0,06	0,03 - 0,13	1,71	1,48	0,37 - 5,92
Latina	0,07	0,06	0,04 - 0,09	1,40	1,20	0,54 - 2,67
Frosinone	0,04	0,03	0,02 - 0,05	0,51	0,45	0,11 - 1,81
Totale	**0,29**	**0,24**	**0,23 - 0,26**	**2,24**	**1,92**	**1,57 - 2,36**

Bibliografia essenziale

[1] Porta D, Rapiti E, Forastiere F, Pezzotti P, Perucci CA. Changes in survival among people with AIDS in Lazio, Italy from 1993 to 1998. Lazio AIDS Surveillance Collaborative Group. AIDS 1999; 13:2125-31.

[2] Artzrouni M. Back-calculation and projection of the HIV/AIDS epidemic among homosexual/bisexual men in three European countries: evaluation of past projections updates allowing for treatment effects. Eur J Epidemiol 2004; 19: 171-9.

[3] Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV aggiornato al 31 dicembre 2005. Volume 19. N°6 Supplemento 1-2006 (www.iss.it).

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 decadi 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 B.7 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **tumori maligni**. Popolazione del Lazio, tutte le età.

	Incidenza	Prevalenza[6]	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
0-14	19	n.r.	2,2	1,5	4,1	1,8	4
15-34	51	0.13 [3]	2,3	1,7	3,2	2,0	8
35-54	273	0.73 [4]	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 [5]	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
Minimo e Massimo[1]			*13 20*	*10 14*	*19 27*	*12 17*	
Tasso standardizzato[2]	577	2,0	12	9	18	11	241
Minimo e Massimo[1]			*9 14*	*7 10*	*14 20*	*9 12*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo			25	18	35	22	556
Minimo e Massimo[1]			*21 30*	*15 21*	*31 41*	*20 26*	
Tasso standardizzato[2]			22	16	32	20	476
Minimo e Massimo[1]			*17 26*	*12 18*	*25 36*	*16 22*	
Femmine							
Età (anni)							
0-14	16	n.r.	1,9	1,3	3,3	1,6	4
15-34	66	0.25 [3]	4,9	4,2	6,4	5,1	7
35-54	397	1.3 [4]	17	14	23	17	78
55-64	886	3,4	24	18	34	21	260
65-74	1.343	6.5 [5]	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
Minimo e Massimo[1]			*13 22*	*10 17*	*18 29*	*13 19*	
Tasso standardizzato[2]	400	1,8	13	10	18	12	139
Minimo e Massimo[1]			*10 16*	*8,4 12*	*14 21*	*10 14*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo			23	18	32	22	374
Minimo e Massimo[1]			*19 29*	*16 22*	*27 38*	*19 26*	
Tasso standardizzato[2]			22	17	30	21	274
Minimo e Massimo[1]			*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 B.8 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%)	
ASL												
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
Totale	**15,7**	**12,2**	**12,1 - 12,2**	**23,8**	**21,5**	**21,4 - 21,7**	**281**	**181**	**178 - 184**	**458**	**357**	**351 - 363**

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, 1998-002 . 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.

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 anatomo-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 B.9 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **tumore al polmone**. Popolazione del Lazio, tutte le età.

	Incidenza	Prevalenza[6]	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
0-14	0,1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0
15-34	0,6	0.00 [3]	0,01	0,01	0,01	0,01	0
35-54	30	0.05 [4]	0,48	0,34	0,89	0,44	17
55-64	190	0,28	2,9	2,0	5,4	2,6	142
65-74	442	0.88 [5]	6,9	5,0	12,0	6,5	366
75+	524		8,3	6,4	12,8	8,4	615
Tutte le età							
Tasso grezzo	109	0,13	1,7	1,2	2,9	1,6	97
Minimo e Massimo[1]			*1,1 2,2*	*0,8 1,4*	*2,2 4,0*	*1,2 1,8*	
Tasso standardizzato[2]	81	0,14	1,3	0,91	2,2	1,2	70
Minimo e Massimo[1]			*0,7 1,5*	*0,5 1,1*	*1,4 2,7*	*0,8 1,4*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo			2,9	2,1	5,0	2,8	166
Minimo e Massimo[1]			*1,8 3,4*	*1,3 2,4*	*3,6 6,6*	*2,0 3,1*	
Tasso standardizzato[2]			2,5	1,8	4,4	2,4	141
Minimo e Massimo[1]			*1,4 3,0*	*1,0 2,2*	*2,8 5,5*	*1,6 2,8*	
Femmine							
Età (anni)							
0-14	0	0	0,01	0,00	0,02	0,00	0
15-34	0,7	0.00 [3]	0,02	0,01	0,02	0,02	0
35-54	12	0.02 [4]	0,32	0,21	0,62	0,29	11
55-64	40	0,07	1,0	0,65	1,9	0,90	41
65-74	76	0.15 [5]	1,5	1,0	2,4	1,3	75
75+	95		1,6	1,3	2,5	1,8	125
Tutte le età							
Tasso grezzo	26	0,03	0,54	0,39	0,94	0,52	29
Minimo e Massimo[1]			*0,25 0,96*	*0,20 0,67*	*0,52 1,5*	*0,30 0,84*	
Tasso standardizzato[2]	17	0,03	0,38	0,26	0,67	0,35	18
Minimo e Massimo[1]			*0,17 0,60*	*0,13 0,38*	*0,36 0,98*	*0,21 0,49*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo			0,86	0,61	1,5	0,83	46
Minimo e Massimo[1]			*0,41 1,4*	*0,33 0,95*	*0,84 2,2*	*0,50 1,2*	
Tasso standardizzato[2]			0,74	0,51	1,3	0,69	36
Minimo e Massimo[1]			*0,34 1,2*	*0,27 0,74*	*0,71 1,8*	*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 B.10 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%)	
ASL												
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
Totale	**1,09**	**0,76**	**0,74 - 0,78**	**1,79**	**1,51**	**1,47 - 1,55**	**62**	**40**	**39 - 42**	**101**	**80**	**78 - 83**

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.

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 B.11 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **tumore della mammella**. Popolazione del Lazio, tutte le età. Femmine.

	Incidenza	Prevalenza[6]	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Femmine							
Età (anni)							
0-14	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0
15-34	11	0.12 [3]	0,20	0,16	0,29	0,18	1
35-54	161	0.63 [4]	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 [5]	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
Minimo e Massimo[1]			*1,3 3,4*	*1,1 2,5*	*1,9 4,4*	*1,3 2,9*	
Tasso standardizzato[2]	114	0,55	1,6	1,3	2,2	1,5	24
Minimo e Massimo[1]			*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
Minimo e Massimo[1]			*2,1 4,8*	*1,9 3,6*	*3,1 6,3*	*2,2 4,2*	
Tasso standardizzato[2]			3,1	2,6	4,2	3,0	48
Minimo e Massimo[1]			*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 B.12 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%)	
ASL												
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
Totale	**2,05**	**1,61**	**1,57 - 1,65**	**3,20**	**3,13**	**3,04 - 3,21**	**37**	**24**	**23 - 26**	**58**	**48**	**45 - 51**

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.

Tumore dello stomaco

Definizione

Il tumore dello stomaco si origina, nel 90% dei casi, dal rivestimento interno dell'organo. Dal punto di vista istologico si distinguono due tipi principali di cancro allo stomaco. Il tumore dello stomaco di tipo intestinale è il più frequente e colpisce in prevalenza gli uomini di età superiore a 50 anni. Esso si associa alla cosiddetta metaplasia intestinale, cioè alla trasformazione dell'epitelio gastrico in un altro tipo di epitelio, molto simile a quello dell'intestino. Il tumore dello stomaco di tipo diffuso è solo di poco meno frequente e colpisce in modo indifferente uomini e donne di età media sui 45 anni.

Epidemiologia

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma più comune di cancro in Europa, dove si verificano circa 192.000 nuovi casi ogni anno che rappresentano circa il 23% di tutte le neoplasie [1]. Le stime per l'Italia indicano un totale di 9.850 nuovi casi diagnosticati tra i maschi e 6.604 tra le femmine, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 6.238 decessi tra i maschi e 4.659 tra le femmine [2]. L'incidenza per età aumenta rapidamente da 1,5 per 100.000/anno in pazienti con meno di 30 anni a 40 per 100.000/anno nella fascia di età 45-64 anni per raggiungere i 140 per 100.000/anno nei pazienti con più di 75 anni [1].

Esiste una notevole variabilità geografica nell'incidenza di questo tumore in Italia, con un rapporto tra le aree con i tassi più alti (generalmente nel Centro Italia) e quelle con i più bassi (nel Meridione) di circa 3 per entrambi i sessi.

L'incidenza del carcinoma gastrico è maggiore tra le classi sociali più basse; alcune evidenze suggeriscono che il 66-75% del rischio associato a cancro gastrico potrebbe essere ridotto con un maggiore consumo di frutta e vegetali nella dieta e con un minor consumo di cibi salati [3]; è stato infine riscontrato che in paesi ad alta incidenza di tumore dello stomaco vi era un'alta prevalenza di infezione da Helicobacter pilori [4].

Per quanto riguarda gli andamenti temporali, per entrambi i sessi si osserva una continua riduzione sia dell'incidenza che della mortalità; ciò è in gran parte dovuto sia al miglioramento nelle modalità di conservazione degli alimenti sia all'aumento del consumo di frutta e verdura.

In Europa, negli anni 1990-94 la sopravvivenza relativa al carcinoma dello stomaco è stata modesta in entrambi i sessi: 42% ad un anno e 23% a 5 anni. La sopravvivenza a 5 anni è stata più alta nella popolazione sotto i 45 anni (35%), anche se in questa fascia d'età il tumore gastrico è stato poco frequente. La sopravvivenza diminuisce lentamente con l'aumentare dell'età fino a 74 anni e si riduce fortemente nei pazienti con più di 74 anni (17%) [5].

Diversi sono i fattori chiamati in causa per spiegare la nascita e lo sviluppo del tumore dello stomaco; tra essi, l'alimentazione gioca un ruolo importante: una dieta ricca di amidi, grassi e cibi affumicati o salati ne può favorire l'insorgenza, così come il consumo di alcol e il fumo di sigaretta, che possono contribuire alla trasformazione del tessuto gastrico in senso tumorale. Di recente, inoltre, ha assunto sempre maggiore importanza il ruolo svolto dall'Helicobacter pylori, un batterio responsabile anche dell'ulcera gastrica e duodenale: la sua presenza nello stomaco, infatti, può alterare - nel corso di anni - i delicati equilibri che esistono a livello dell'organo. È stato poi dimostrato che esiste una

predisposizione familiare che contribuisce alla genesi della malattia; alcune alterazioni a carico di determinati geni (tra i quali p53 e APC) sono causa dell'insorgenza di tumori in diversi organi, tra i quali lo stomaco.

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

Tumore maligno dello stomaco: 151. 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" [6]. I dati di incidenza sono quelli pooled della banca dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT) [7].

Risultati

Nella popolazione del Lazio si stimano ogni anno 1.700 nuovi casi di tumore, 2.900 casi prevalenti, 1.834 ricoveri ospedalieri e 945 decessi. Nel Lazio ogni anno, su 100.000 abitanti, vengono diagnosticati 29 nuovi tumori dello stomaco negli uomini e 14 nuovi tumori dello stomaco 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 dello stomaco è molto bassa, pari allo 0,07% e 0,04% (maschi e femmine, rispettivamente), con il tasso più elevato tra i maschi sopra i 65 anni (0,41%). I tassi di ricovero e di persone ricoverate per tumore sono più alti nei maschi (0,32 e 0,25 per 1.000 abitanti) rispetto alle femmine (0,18 e 0,14 per 1.000 abitanti). La mortalità per tumore gastrico (su tutte le età) presenta valori pari a 15 per 100.000 nei maschi e 8,7 per 100.000 nelle femmine. La variabilità nei tassi di ricovero e di mortalità nel Lazio è modesta, con valori più elevati della mortalità al di fuori del comune di Roma.

Tabella B.13 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **tumore allo stomaco**. Popolazione del Lazio, tutte le età.

	Incidenza	Prevalenza[6]	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
0-14	0	0	0	0	0	0	0
15-34	0,7	0.00 [3]	0,01	0,00	0,01	0,00	0,2
35-54	12	0.03 [4]	0,16	0,12	0,25	0,14	5,8
55-64	55	0,13	0,70	0,53	1,03	0,64	24
65-74	137	0.41 [5]	1,5	1,2	2,3	1,4	67
75+	250		2,2	1,8	2,8	2,2	152
Tutte le età							
Tasso grezzo	40	0,06	0,42	0,33	0,60	0,39	21
Minimo e Massimo[1]			*0,31 0,57*	*0,24 0,46*	*0,40 0,94*	*0,30 0,55*	
Tasso standardizzato[2]	29	0,07	0,32	0,25	0,46	0,30	15
Minimo e Massimo[1]			*0,23 0,37*	*0,17 0,30*	*0,34 0,63*	*0,22 0,36*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo			0,72	0,57	1,02	0,67	35
Minimo e Massimo[1]			*0,54 0,92*	*0,42 0,74*	*0,69 1,53*	*0,52 0,89*	
Tasso standardizzato[2]			0,63	0,49	0,91	0,59	30
Minimo e Massimo[1]			*0,45 0,73*	*0,34 0,59*	*0,67 1,23*	*0,45 0,71*	
Femmine							
Età (anni)							
0-14	0	0	0	0	0	0	0
15-34	0,8	0.00 [3]	0,01	0,01	0,02	0,01	0,30
35-54	7,7	0.02 [4]	0,12	0,09	0,19	0,10	4,9
55-64	25	0,08	0,40	0,33	0,59	0,38	12
65-74	57	0.26 [5]	0,70	0,58	0,93	0,68	33
75+	137		1,2	1,0	1,6	1,2	92
Tutte le età							
Tasso grezzo	25	0,05	0,29	0,23	0,40	0,28	16
Minimo e Massimo[1]			*0,19 0,44*	*0,16 0,36*	*0,29 0,75*	*0,20 0,42*	
Tasso standardizzato[2]	14	0,04	0,18	0,14	0,25	0,17	8,7
Minimo e Massimo[1]			*0,12 0,28*	*0,10 0,20*	*0,19 0,42*	*0,12 0,23*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo			0,45	0,37	0,62	0,44	25
Minimo e Massimo[1]			*0,30 0,68*	*0,25 0,54*	*0,45 1,16*	*0,31 0,64*	
Tasso standardizzato[2]			0,35	0,28	0,49	0,33	17
Minimo e Massimo[1]			*0,25 0,55*	*0,21 0,41*	*0,37 0,83*	*0,24 0,47*	

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 B.14 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **tumore allo stomaco** 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%)	
ASL												
Roma A	0,38	0,23	0,20 - 0,27	0,57	0,46	0,39 - 0,54	15,5	7,5	5,8 - 9,6	23,5	15,0	11,7 - 19,2
Roma B	0,36	0,26	0,23 - 0,30	0,61	0,51	0,45 - 0,59	16,2	11,0	9,0 - 13,4	27,0	21,7	17,8 - 26,6
Roma C	0,30	0,18	0,15 - 0,21	0,47	0,36	0,30 - 0,42	19,5	10,8	8,8 - 13,4	30,4	21,7	17,6 - 26,7
Roma D	0,30	0,21	0,17 - 0,24	0,48	0,41	0,35 - 0,48	15,2	10,3	8,2 - 12,9	24,7	20,5	16,4 - 25,8
Roma E	0,38	0,24	0,21 - 0,28	0,60	0,49	0,42 - 0,57	17,8	10,3	8,3 - 12,8	28,2	20,6	16,6 - 25,6
Roma F	0,27	0,21	0,16 - 0,26	0,46	0,41	0,33 - 0,52	18,6	13,4	10,1 - 17,7	31,7	26,7	20,2 - 35,4
Roma G	0,38	0,28	0,24 - 0,33	0,66	0,57	0,48 - 0,66	17,9	12,7	10,0 - 16,0	30,8	25,3	20,0 - 32,0
Roma H	0,29	0,23	0,19 - 0,27	0,50	0,46	0,38 - 0,54	18,3	13,3	10,7 - 16,5	31,7	26,6	21,4 - 33,0
Viterbo	0,50	0,30	0,25 - 0,35	0,79	0,59	0,49 - 0,70	24,3	13,5	10,5 - 17,3	38,9	27,0	21,1 - 34,6
Rieti	0,44	0,26	0,20 - 0,34	0,68	0,49	0,37 - 0,63	28,3	15,5	11,1 - 21,4	45,0	30,9	22,3 - 42,9
Latina	0,33	0,25	0,21 - 0,29	0,58	0,50	0,43 - 0,58	15,8	11,7	9,4 - 14,7	27,4	23,1	18,5 - 29,0
Frosinone	0,38	0,25	0,22 - 0,30	0,64	0,51	0,43 - 0,59	20,5	13,2	10,7 - 16,2	34,5	26,0	21,1 - 32,0
Totale	**0,35**	**0,24**	**0,23 - 0,25**	**0,58**	**0,47**	**0,45 - 0,50**	**18,2**	**11,5**	**10,7 - 12,3**	**29,8**	**22,8**	**21,4 - 24,4**

Bibliografia essenziale

[1] Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide, version 1.0. Lyon: IARC Press. IARC Cancer Base No. 5. 2001.

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

[3] Gonzalez CA. For the EPIC working group on gastriccancer. Vegetable, fruit and cereal consumption and gastric cancer risk. In: Riboli E, Lambert R, editors. Nutrition and lifestyle: opportunities. Lyon: IARC Press. IARC Sc Publ No 156. 2002.

[4] ESG. The EUROGAST Study Group. An international association between Helicobacter pylori infection and gastric cancer. The EUROGAST Study Group Lancet 1993; 341: 1359-1362.

[5] Berrino F, Capocaccia R, Coleman MP, Esteve J, Gatta G, Hakulinen T, et al. Survival of cancer patients in Europe: the EUROCARE-3 study. Ann Oncol 2003; 14 Suppl 5.

[6] http://www-dep.iarc.fr/globocan/database.htm.

[7] http://www.registri-tumori.it/incidenza1998-2002/main.htm.

Tumore del colon-retto

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 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 à 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, codici ICD-9 e classi di età

Tumore maligno del colon-retto: 153-154, 159.0. 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 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 B.15 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **tumore del colon-retto.** Popolazione del Lazio, tutte le età.

	Incidenza	Prevalenza[6]	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
età (anni)							
0-14	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
15-34	1,7	0.01 [3]	0,02	0,02	0,03	0,02	0,5
35-54	28	0.10 [4]	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 [5]	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
Minimo e Massimo[1]			*1,02 2,35*	*0,77 1,33*	*1,5 3,0*	*0,96 1,6*	
Tasso standardizzato[2]	64	0,24	1,1	0,78	1,6	0,94	28
Minimo e Massimo[1]			*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
Minimo e Massimo[1]			*1,8 3,7*	*1,3 2,1*	*2,6 4,8*	*1,7 2,5*	
Tasso standardizzato[2]			2,1	1,5	3,1	1,9	56
Minimo e Massimo[1]			*1,4 3,3*	*1,2 1,8*	*2,2 4,2*	*1,5 2,1*	
Femmine							
età (anni)							
0-14	0,1	0	0,00	0,00	0,01	0,01	0,0
15-34	1,7	0.01 [3]	0,03	0,02	0,03	0,02	0,3
35-54	26	0.09 [4]	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 [5]	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
Minimo e Massimo[1]			*0,73 1,5*	*0,64 1,0*	*1,1 2,0*	*0,75 1,23*	
Tasso standardizzato[2]	41	0,18	0,65	0,50	0,95	0,59	17,6
Minimo e Massimo[1]			*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
Minimo e Massimo[1]			*1,2 2,2*	*1,1 1,5*	*1,8 3,1*	*1,2 1,8*	
Tasso standardizzato[2]			1,3	0,99	1,9	1,2	35,1
Minimo e Massimo[1]			*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 B.16 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%)	
ASL												
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
Totale	**1,20**	**0,83**	**0,81 - 0,85**	**1,97**	**1,65**	**1,61 - 1,69**	**35**	**22**	**21 - 23**	**58**	**44**	**42 - 46**

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.

Diabete di tipo 2 (non insulino-dipendente)

Definizione

Il diabete di tipo 2, noto come diabete mellito non insulino-dipendente o dell'adulto, è la forma più frequente di diabete, rappresentando circa il 90% dei casi di diabete diagnosticato. È caratterizzato da resistenza all'azione dell'insulina e da un'inadeguata risposta secretoria compensatoria. Si manifesta tipicamente dopo i 40 anni, anche se risulta in aumento tra gli adolescenti.

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

Inizia di solito come un insulino-resistenza che con il tempo porta ad iperglicemia per incapacità del pancreas di produrre insulina in quantità sufficiente a superare la resistenza. La malattia nei primi anni è spesso asintomatica e non di rado la diagnosi viene posta in occasione di ricoveri per complicanze già in atto. Tali pazienti hanno infatti un aumentato rischio di sviluppare complicanze macro e microvascolari, analogamente al diabete di tipo 1 (insulino-dipendente): complicanze cardio-cerebrovascolari e vascolari periferiche, nefropatia, neuropatia e retinopatia diabetica. Il rischio di malattia macrovascolare aumenta ulteriormente se il soggetto è affetto da sindrome metabolica che include, oltre ad alterata regolazione del glucosio o insulino-resistenza, almeno 2 dei seguenti disordini: ipertensione, ipertrigliceridemia e/o basso colesterolo HDL, obesità centrale e/o BMI elevato, microalbuminuria. Il diabete di tipo 2 può evolvere verso l'insulino-dipendenza.

Definizione operativa di caso, codici ICD-9 e classi d'età

Le stime di prevalenza e di mortalità si riferiscono al diabete in generale; i dati di ricovero e le stime di incidenza si riferiscono al diabete di tipo 2.

Codici ICD-9-CM che individuano il diabete di tipo 2 (compensato e scompensato, senza e con complicanze acute e croniche): 250.x0, 250.x2.

Codice ICD-9 per diabete: 250 (i codici ICD-9 non consentono la distinzione tra diabete di tipo 1 e 2).

Le stime sono riportate per età 35 e più.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Per le stime di prevalenza del diabete: indagine multiscopo ISTAT sullo Stato di Salute della Popolazione 1999-2000 (dati relativi alla Regione Lazio). Per le stime di incidenza del diabete di tipo 2: dati da letteratura internazionale (studio prospettico di popolazione ZODIAC-1) [2].

Per i dati di ricovero per diabete di tipo 2: archivio SDO relativo ai ricoveri acuti ordinari effettuati nel Lazio nell'anno 2004. Per le stime di mortalità per diabete: archivio ReNCaM 2004 per i deceduti delle ASL di Roma (ASL Roma A-E) e dati ISTAT 2002 per i deceduti delle ASL fuori Roma (ASL Roma F-H, ASL Viterbo, Rieti, Latina, Frosinone).

Risultati

Nel Lazio, nella popolazione 35+ anni, si stimano ogni anno 114.300 casi prevalenti di diabete, 4.377 ricoveri ospedalieri e 1.622 decessi per questa malattia. Il tasso grezzo di incidenza del diabete di tipo 2 (incidenza totale: 2,2 casi per anno per 100.000 abitanti) come stimato da una indagine epidemiologica, è lievemente più alto nel genere femminile. La prevalenza del diabete aumenta con l'età, con valori approssimativamente simili tra i due generi e pari al 5,2% negli uomini e 4,7% nelle donne. I tassi di ospedalizzazione per diabete di tipo 2 in diagnosi principale, sia grezzi sia

standardizzati per età, non mostrano sostanziali differenze tra i due generi. Da notare il grande numero di ricoveri in cui la diagnosi di diabete risulta in posizione secondaria. Quando il diabete di tipo 2 viene ricercato in qualsiasi posizione, i tassi di ospedalizzazione grezzi, standardizzati e specifici per età mostrano valori più alti nei maschi. La mortalità per diabete, prevalentemente a carico della fascia d'età >74 anni, è più alta nei maschi. I tassi di ospedalizzazione standardizzati vanno da un minimo di 0,78 per 1.000 nella ASL di Viterbo ad un massimo di 1.54 nella ASL di Latina. I tassi standardizzati di mortalità tendono ad essere più bassi nelle ASL di Roma.

Tabella B.17 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **diabete mellito non insulino dipendente**. Popolazione del Lazio, età 35+ anni.

	Incidenza[4]	Prevalenza[3]	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
35-54		1,8	0,5	0,5	3,3	2,6	3
55-64		6,1	1,5	1,4	17	13	17
65-74		11	2,5	2,3	38	28	77
75+		17	3,3	3,1	55	42	274
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	2,2	3,4	1,4	1,2	18	13	48
Minimo e Massimo[1]			*0,9 1,7*	*0,8 1,5*	*15 21*	*11 15*	
Tasso standardizzato[2]		5,2	1,2	1,1	15	12	40
Minimo e Massimo[1]			*0,8 1,5*	*0,7 1,4*	*12 18*	*9 14*	
Femmine							
Età (anni)							
35-54		2,1	0,28	0,26	1,9	1,5	1
55-64		5,7	1,2	1,1	9,6	7,7	12
65-74		6,5	2,6	2,4	25	20	50
75+		17,5	3,7	3,5	45	35	272
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	2,3	3,8	1,4	1,3	14	11	55
Minimo e Massimo[1]			*1,0 2,2*	*0,9 2,1*	*12 19*	*8,9 14*	
Tasso standardizzato[2]		4,7	1,1	1,0	10	8,1	32
Minimo e Massimo[1]			*0,7 1,6*	*0,7 1,4*	*8,1 14,2*	*6,3 11*	

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. Dati relativi alla Regione Lazio. Indagine Multiscopo sullo Stato di Salute della Popolazione 1999-2000. ISTAT
4. Tasso grezzo di incidenza del diabete di tipo 2 (studio prospettico di popolazione Zodiac-1-Paesi Bassi).

Nota

Le stime di incidenza del diabete nelle varie popolazioni risultano estremamente varie. Non è stata inoltre individuata una fonte che utilizzasse le stesse fasce d'età scelte per l'indicatore.

Si fornisce il tasso grezzo di incidenza del diabete di tipo 2, distinto per maschi e femmine.

Tabella B.18 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **diabete mellito non insulino-dipendente** per ASL di residenza. Maschi e femmine, età 35+ anni.

	RICOVERI (x 1.000) 35+			MORTALITA' (x 100.000) 35+		
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	
ASL						
Roma A	1,48	1,15	1,04 - 1,27	47	27	23 - 32
Roma B	1,29	1,16	1,05 - 1,27	48	39	33 - 45
Roma C	1,05	0,85	0,76 - 0,95	54	33	29 - 39
Roma D	1,07	0,91	0,81 - 1,01	46	35	29 - 41
Roma E	1,51	1,25	1,14 - 1,37	43	27	23 - 32
Roma F	1,57	1,44	1,26 - 1,63	50	41	33 - 52
Roma G	1,52	1,36	1,22 - 1,51	58	45	38 - 53
Roma H	1,24	1,15	1,03 - 1,28	49	41	34 - 48
Viterbo	0,96	0,78	0,66 - 0,91	51	31	25 - 38
Rieti	1,89	1,38	1,18 - 1,62	81	44	35 - 56
Latina	1,81	1,54	1,41 - 1,68	49	37	31 - 44
Frosinone	1,60	1,29	1,17 - 1,42	62	41	36 - 48
Totale	**1,38**	**1,17**	**1,13 - 1,20**	**51**	**36**	**34 - 37**

Bibliografia essenziale

[1] WHO Consultation. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. World Health Organization, Geneva. WHO/NCD/NCS/99.2, 1999.

[2] Indagine multiscopo sullo Stato di Salute della Popolazione 1999-2000. ISTAT.

[3] Ubink-Veltmaat LJ, Bilo HJ, Groenier KH, Houweling ST, Rischen RO, Meyboom-de Jong B. Prevalence, incidence and mortality of type 2 diabetes mellitus revisited: a prospective population-based study in The Netherlands (ZODIAC-1). Eur J Epidemiol. 2003;18(8):793-800.

Morbo di Parkinson

Definizione

Il morbo di Parkinson è una patologia neurodegenerativa progressiva derivante dall'alterazione dei processi di degradazione delle proteine nei neuroni dopaminergici della sostanza nera di Sömmering, con conseguente morte dei neuroni per stress proteolitico e grave deficit nella produzione di dopamina. Insorge abitualmente sopra i 40 anni. Il Parkinson idiopatico è la forma più frequente di parkinsonismo; la sua eziologia è sconosciuta, a differenza del parkinsonismo secondario in cui la causa è nota o sospetta.

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

I sintomi classici di Parkinson compaiono quando è danneggiato almeno il 50% delle cellule della sostanza nera e si ha una diminuzione del 75-80% della dopamina nello striatum. La malattia è caratterizzata da tremore a riposo, rigidità muscolare, bradicinesia e acinesia, instabilità posturale, disturbi della parola e della scrittura, turbe vegetative (scialorrea, disfagia, disfunzioni vescico-sfinteriche, etc), depressione e, in una percentuale variabile di casi, sintomi demenziali. Il decorso è variabile ma nella maggior parte dei casi si ha una lenta ed inarrestabile progressione. In base alla prevalenza di alcuni sintomi e segni si possono distinguere due forme di evoluzione: 1) forma ipercinetica dominata dal tremore, con età di esordio più precoce, evoluzione meno invalidante e più lenta; 2) forma acinetico-ipertonica dominata da rigidità ed acinesia, più rapidamente invalidante.

Definizione operativa di caso, codici ICD-9 e classi d'età

Le stime di prevalenza si riferiscono ad un insieme di condizioni considerate congiuntamente: Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia e perdita della memoria; i dati di ricovero, incidenza e mortalità si riferiscono al morbo di Parkinson.

Codice ICD-9 per il morbo di Parkinson: 332. Tale codice comprende sia il Parkinson/parkinsonismo idiopatico sia il parkinsonismo secondario.

Le stime sono riportate per età 35 e più.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Per le stime di prevalenza di Alzheimer, Parkinsonismo, epilessia e perdita della memoria: indagine multiscopo ISTAT sullo Stato di Salute della Popolazione 1999-2000 (dati relativi alla Regione Lazio).

Per le stime di incidenza del Parkinson: dati da letteratura nazionale (studio longitudinale di popolazione ILSA).

Per i dati di ricovero per Parkinson; archivio SDO relativo ai ricoveri acuti ordinari effettuati nel Lazio nell'anno 2004.

Per le stime di mortalità: archivio ReNCaM 2004 per i deceduti delle ASL di Roma (ASL Roma A-E) e dati ISTAT 2002 per i deceduti delle ASL fuori Roma (ASL Roma F-H, ASL Viterbo, Rieti, Latina, Frosinone).

Risultati

Nel Lazio, nella popolazione 35+ anni, si stimano ogni anno 26.800 casi prevalenti di morbo di Parkinson, 787 ricoveri ospedalieri e 221 decessi per questa malattia. L'incidenza del morbo di Parkinson nei soggetti di età 65-84 anni è pari a 411 per 100.000 negli uomini e 217 per 100.000 nelle donne. La prevalenza dai dati della indagine multiscopo ISTAT dell'insieme di condizioni considerate congiuntamente- Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia e perdita della memoria- mostra un notevole aumento nella fascia d'età >74 anni, con valori più elevati nelle femmine. I tassi di ospedalizzazione

per morbo di Parkinson -ricercato in diagnosi principale -, standardizzati per età, mostrano lievi differenze tra i generi; con valori pari 0,25 per 1.000 nei maschi e 0,16 per 1.000 nelle donne. Quando il morbo di Parkinson viene ricercato in qualsiasi posizione delle diagnosi di ricovero, i tassi di ospedalizzazione mostrano valori 2-3 volte più alti. Il tasso standardizzato di mortalità è più alto nei maschi (5,7 per 100.000) rispetto alle femmine (4,0 per 100.000). I tassi di ospedalizzazione standardizzati vanno da un minimo di 0,08 per 1.000 nella ASL di Rieti ad un massimo di 0,25 per 1.000 nelle ASL Roma A e Roma C. Il tasso standardizzato di mortalità non presenta grande variabilità nella regione.

Note

- La prevalenza della malattia di Parkinson nelle diverse popolazioni risulta estremamente variabile, in relazione alla diversa definizione di caso, al tipo di studio e al range di età dei pazienti. In uno studio che ha stimato e confrontato la prevalenza di Parkinson in cinque popolazioni europee, compresa l'Italia, indagate con metodologia e criteri diagnostici simili, la prevalenza totale aggiustata per età era 1,6%. Dopo aggiustamento per età e genere, non sono state evidenziate significative differenze tra le nazioni europee, così come tra i due generi (rapporto donne: uomini 0,94) (EuroParkinson collaborative study, de RijK et al., 1997). Gli studi condotti in Italia evidenziano una estrema variabilità di risultati; la prevalenza media stimata per l'Italia è 0,16% (von Campenhausen et al, 2005), con un range compreso tra 0,07% in Sardegna (Rosati et al., 1980) e 0,26% in Sicilia (Morgante et al., 1992).
- Gli studi di incidenza del Parkinson sono meno numerosi rispetto a quelli di prevalenza; l'incidenza grezza in Europa è estremamente variabile, ma gli studi di migliore qualità forniscono un'incidenza tra 11 e 19 per 100.000 (von Campenhausen et al, 2005); in Italia i tassi variano da 4,9 x 100.000 (Rosati et al., 1980) a 10 x 100.000 (Granieri et al., 1991). In uno studio più recente, condotto su individui di età 65-84 anni, il tasso di incidenza grezzo era di 346 per 100.000 anni-persona, mentre i tassi sesso-specifici erano 411 x 100.000 anni-persona nei maschi e 217 x 100.000 nelle femmine (Baldereschi et al., 2000).
- Non è stata individuata una fonte che utilizzasse le stesse fasce d'età scelte per l'indicatore. Si forniscono i tassi di incidenza del Parkinson derivanti dallo studio di Baldereschi et al, 2000.

Tabella B.19 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **Morbo di Parkinson** e Parkinsonismo. Popolazione del Lazio, età 35+ anni.

	Incidenza	Prevalenza[3]	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
35-54		0,25	0,03	0,03	0,07	0,05	0,0
55-64		0,23	0,29	0,24	0,49	0,39	1,7
65-74	411 [4]	1,85	0,65	0,61	2,28	1,88	6,1
75+		6,10	1,01	0,96	6,16	5,15	53,2
Età 35+ anni							
Tasso grezzo		0,67	0,29	0,27	1,18	0,98	7,1
Minimo e Massimo[1]			*0,1 0,4*	*0,1 0,4*	*0,8 1,6*	*0,6 1,4*	
Tasso standardizzato[2]		0,94	0,25	0,23	0,95	0,79	5,7
Minimo e Massimo[1]			*0,1 0,3*	*0,1 0,3*	*0,5 1,2*	*0,5 1,1*	
Femmine							
Età (anni)							
35-54		0,11	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3
55-64		0,85	0,2	0,2	0,3	0,3	0,9
65-74	217 [4]	1,33	0,4	0,3	1,2	1,0	6,7
75+		7,43	0,6	0,6	3,8	3,3	34,4
Età 35+ anni							
Tasso grezzo		1,0	0,21	0,19	0,91	0,77	6,9
Minimo e Massimo[1]			*0,1 0,4*	*0,1 0,3*	*0,6 1,2*	*0,6 1,0*	
Tasso standardizzato[2]		1,0	0,16	0,14	0,57	0,48	4,0
Minimo e Massimo[1]			*0,1 0,3*	*0,1 0,2*	*0,4 0,7*	*0,4 0,6*	

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. Prevalenza di Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria nel Lazio. Dati Indagine Multiscopo sullo Stato di Salute della Popolazione 1999-2000. ISTAT
4. Baldereschi et al 2000, per età 65-84

Tabella B.20 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **Morbo di Parkinson** per ASL di residenza. Maschi e femmine, età 35+ anni.

	RICOVERI (x 1.000) 35+			MORTALITA' (x 100.000) 35+		
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	
ASL						
Roma A	0,34	0,25	0,20 - 0,31	10,6	5,4	3,8 - 7,7
Roma B	0,26	0,23	0,19 - 0,28	7,7	6,1	4,2 - 8,8
Roma C	0,32	0,25	0,20 - 0,31	8,5	4,5	3,1 - 6,6
Roma D	0,26	0,20	0,16 - 0,26	5,1	3,6	2,2 - 6,0
Roma E	0,33	0,22	0,18 - 0,27	8,4	5,6	3,7 - 8,3
Roma F	0,17	0,14	0,09 - 0,20	3,2	2,8	1,2 - 6,8
Roma G	0,13	0,12	0,08 - 0,17	6,1	4,6	2,7 - 7,6
Roma H	0,21	0,20	0,15 - 0,26	8,1	6,3	4,1 - 9,6
Viterbo	0,22	0,16	0,11 - 0,22	8,6	4,9	2,9 - 8,2
Rieti	0,14	0,08	0,05 - 0,15	8,4	5,0	2,3 - 10,5
Latina	0,24	0,21	0,17 - 0,27	3,4	2,4	1,3 - 4,5
Frosinone	0,20	0,16	0,12 - 0,21	4,9	3,1	1,8 - 5,3
Totale	**0,25**	**0,20**	**0,19 - 0,21**	**7,0**	**4,6**	**4,0 - 5,2**

Bibliografia essenziale

[1] Harrison. Principi di Medicina Interna. McGraw Hill, 15esima edizione, settembre 2002

Steece-Collier K., Maries E., Kordower J.H. Etiology of Parkinson's disease: Genetics and environment revisited. Proc Natl Acad Sci U S A. 2002; 99(22): 13972-13974.

[2] Indagine multiscopo sullo Stato di Salute della Popolazione 1999-2000. ISTAT.

[3] Baldereschi M, Di Carlo A, Rocca W, Vanni P, Maggi S, Perissinotto E, Grigoletto F, Amaducci L, & Inzitari D. Parkinson's disease and parkinsonism in a longitudinal study: two-fold higher incidence in men. ILSA Working Group. Italian Longitudinal Study on Aging. Neurology. 2000; 55 (9):1358-1363.

[4] Von Campenhausen S, Bornschein B, Wick R, Botzel K, Sampaio C, Poewe W, Oertel W, Siebert U, Berger K, Dodel R. Prevalence and incidence of Parkinson's disease in Europe. Eur Neuropsychopharmacol. 2005;15(4):473-90.

Malattia di Alzheimer

Definizione

La malattia di Alzheimer è una patologia neurodegenerativa progressiva caratterizzata da una lenta e progressiva atrofia della corteccia cerebrale con perdita di neuroni causata principalmente dalla deposizione di una sostanza di natura proteica chiamata beta amiloide. Colpisce prevalentemente le persone anziane e rappresenta la più grave e frequente forma di demenza primaria irreversibile.

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

La malattia si manifesta inizialmente con perdita di memoria, soprattutto quella a breve termine, ed evolve verso una progressiva ed ingravescente disabilità cognitiva (compromissione del linguaggio, dell'ideazione, difficoltà nel riconoscere gli oggetti usuali, disorientamento spazio-temporale), cui si associano sintomi di tipo comportamentale e psichico quali agitazione, depressione, deliri e allucinazioni. Lo stadio finale è caratterizzato da totale perdita dell'autonomia e necessità di assistenza continua. Dalla comparsa dei sintomi la malattia ha una decorso medio di 8-10 anni. La gravità del quadro demenziale aumenta la probabilità di insorgenza di altre patologie organiche quali la polmonite, la disidratazione o la malnutrizione.

Nelle forme più avanzate la malattia di Alzheimer è una malattia cronica invalidante che richiede spesso il ricovero in strutture di lungodegenza o in RSA, alcune delle quali dispongono di nuclei Alzheimer. I ricoveri per acuti rappresentano solo una piccola proporzione dei ricoveri effettuati da questi pazienti in seguito per lo più ad aggravamento delle loro condizioni o all'insorgenza di patologie concomitanti.

Definizione operativa di caso, codici ICD-9 e classi d'età

Le stime di prevalenza si riferiscono ad un insieme di condizioni considerate congiuntamente: Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia e perdita della memoria; i dati di ricovero, le stime di incidenza e mortalità si riferiscono alla malattia di Alzheimer.

Codici ICD-9 che individuano la malattia di Alzheimer e la demenza presenile-senile: 331.0, 290.0, 290.1, 290.2.

Le stime sono riportate per età 35 e più.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Per le stime di prevalenza di Alzheimer, Parkinsonismo, epilessia e perdita della memoria: indagine multiscopo ISTAT sullo Stato di Salute della Popolazione 1999-2000 (dati relativi alla Regione Lazio).

Per le stime di incidenza dell'Alzheimer: studio ILSA, Italia.

Per i dati di ricovero per la malattia di Alzheimer: archivio SDO relativo ai ricoveri acuti ordinari effettuati nel Lazio nell'anno 2004.

Per le stime di mortalità per Alzheimer: archivio ReNCaM 2004 per i deceduti delle ASL di Roma (ASL Roma A-E) e dati ISTAT 2002 per i deceduti delle ASL fuori Roma (ASL Roma F-H, ASL Viterbo, Rieti, Latina, Frosinone).

Risultati

Nel Lazio, nella popolazione 35+ anni, si stimano ogni anno 26.800 casi prevalenti di Malattia di Alzheimer, 925 ricoveri ospedalieri e 814 decessi per questa malattia. L'incidenza dell'Alzheimer in soggetti di età 65-84 anni è stimabile in 7,0 casi per 1.000 anni-persona ed è più alta nel genere femminile. Come già indicato, la prevalenza dell'insieme di condizioni considerate congiuntamente- Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia e perdita della memoria- mostra un notevole aumento nella fascia d'età >74 anni, con valori più elevati nelle femmine. I tassi di ospedalizzazione per Alzheimer -ricercato in diagnosi principale o in qualsiasi posizione-, standardizzati per età, mostrano lo stesso valore per i due generi, mentre i tassi specifici per età mostrano un ricorso al ricovero lievemente più alto nelle femmine di >74 anni rispetto ai maschi. I valori del tasso di ospedalizzazione non presentano grandi variazioni nella regione. La mortalità per Alzheimer, prevalentemente a carico della fascia d'età >74 anni, è più alta nelle femmine; dopo standardizzazione per età il tasso di mortalità risulta approssimativamente uguale tra i due generi. Non si è osservata una grande variabilità nei tassi di mortalità per ASL, con la sola eccezione della ASL di Viterbo.

Tabella B.21 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **Morbo di Alzheimer**. Popolazione del Lazio, età 35+ anni.

	Incidenza	Prevalenza[3]	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
35-54		0,25	0,01	0,01	0,01	0,01	0,4
55-64		0,23	0,09	0,08	0,25	0,22	2,0
65-74		1,9	0,38	0,36	1,2	1,1	19
75+		6,1	1,4	1,4	6,6	6,1	154
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	497	0,67	0,24	0,23	0,97	0,90	20
Minimo e Massimo[1]			*0,1 0,4*	*0,1 0,4*	*0,4 1,7*	*0,4 1,6*	
Tasso standardizzato[2]	424 [4]	0,94	0,19	0,18	0,78	0,72	17
Minimo e Massimo[1]			*0,1 0,3*	*0,1 0,3*	*0,4 1,2*	*0,4 1,0*	
Femmine							
Età (anni)							
35-54		0,11	0,00	0,00	0,02	0,02	0,1
55-64		0,85	0,11	0,10	0,20	0,19	1,5
65-74		1,3	0,33	0,32	1,09	0,99	15
75+		7,4	1,6	1,6	7,8	7,2	173
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	935	1,0	0,34	0,32	1,5	1,4	30
Minimo e Massimo[1]			*0,1 0,5*	*0,1 0,4*	*1,1 2,5*	*1,0 2,3*	
Tasso standardizzato[2]	903 [4]	1,0	0,20	0,19	0,81	0,74	16
Minimo e Massimo[1]			*0,1 0,3*	*0,1 0,2*	*0,6 1,1*	*0,6 1,0*	

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. Prevalenza di Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria nel Lazio. Dati Indagine Multiscopo sullo Stato di Salute della Popolazione 1999-2000. ISTAT
4. Tasso standardizzato alla popolazione italiana 1995 (studio longitudinale ILSA)

Note

- In Italia, a partire dal 1987, sono stati condotti alcuni studi di popolazione per stimare la prevalenza e l'incidenza della malattia di Alzheimer. Non è stata tuttavia individuata una fonte che utilizzasse le stesse fasce d'età scelte per l'indicatore.
- Le stime di prevalenza variano da 2,5% a 6,8%. In una survey condotta a Vescovato (Ferini-Strambi et al., 1997) la prevalenza nei soggetti di 60+ anni è risultata pari al 5,2%, più elevata nelle femmine (6,4%) che nei maschi (3,4%); in una survey door-to-door condotta ad Appignano (Rocca et al., 1990) la prevalenza nei soggetti di 60+ anni è risultata più bassa, pari al 2.6%; in un altro studio condotto a Buttapietra (Benedetti et al., 2002), la prevalenza nei soggetti >74 anni è risultata pari al 6.7%, più alta nelle femmine (7,0%) che nei maschi (6,2%).
- Riguardo all'incidenza, lo studio ILSA è l'unico studio che l'ha valutata in Italia (età dei soggetti: 65- 84 anni) e che ha fornito un tasso grezzo di 7,0 casi per 1.000 anni-persona (IC 95% 5,3-8,7), con valori più elevati nelle donne (9,3; IC 95% 6,5-12,2) rispetto agli uomini (5,0; IC 95% 3,0-6,9).

Non è stata individuata una fonte che utilizzasse le stesse fasce d'età scelte per l'indicatore. Si forniscono i tassi di incidenza dell'Alzheimer grezzi e aggiustati per età, in cui il denominatore sono gli anni-persona.

Tabella B.22 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **Morbo di Alzheimer** per ASL di residenza. Maschi e femmine, età 35+ anni.

	RICOVERI (x 1.000) 35+			MORTALITA' (x 100.000) 35+		
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	
ASL						
Roma A	0,37	0,21	0,17 - 0,26	34	17	14 - 21
Roma B	0,26	0,20	0,16 - 0,24	16	13	10 - 17
Roma C	0,39	0,24	0,20 - 0,28	32	18	15 - 22
Roma D	0,30	0,21	0,17 - 0,26	21	15	12 - 20
Roma E	0,39	0,24	0,20 - 0,29	31	18	15 - 22
Roma F	0,28	0,22	0,16 - 0,29	23	17	13 - 24
Roma G	0,20	0,15	0,11 - 0,20	26	19	15 - 25
Roma H	0,14	0,12	0,08 - 0,16	18	14	11 - 19
Viterbo	0,25	0,14	0,10 - 0,19	40	24	19 - 31
Rieti	0,39	0,21	0,15 - 0,30	37	19	13 - 26
Latina	0,34	0,24	0,20 - 0,29	23	16	13 - 21
Frosinone	0,22	0,14	0,11 - 0,18	19	11	9 - 15
Totale	**0,29**	**0,20**	**0,18 - 0,21**	**26**	**17**	**16 - 18**

Bibliografia essenziale

[1] Cinzia Gonfalone. Alzheimer: la malattia e le cure disponibili. Redazione Ministerosalute.it settembre 2002. http://www.ministerosalute.it.

[2] Indagine multiscopo sullo Stato di Salute della Popolazione 1999-2000. ISTAT.

[3] Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L et al. Incidence of dementia, Azheimer's disease, and vascular dementia in Itay. The ILSA study. J Am Geriatr Soc 2002;50:41-8.

Disturbi dell'umore

Definizione

Gruppo di malattie eterogenee, tipicamente ricorrenti, che comprende i disturbi monopolari (depressivi) e quelli bipolari (maniaco-depressivi), caratterizzati da alterazioni pervasive dell'umore, disfunzioni psicomotorie e sintomi vegetativi.

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

I disturbi dell'umore sono una patologia multifattoriale causata da molteplici e interagenti fattori di rischio di tipo ambientale, genetico e di sviluppo. Possono insorgere a qualsiasi età e circa il 50-60% delle persone che hanno sofferto di depressione, e più del 90% delle persone che hanno sofferto di un episodio maniacale che ha preceduto o seguito un episodio depressivo, avranno delle ricadute nel corso della vita. L'ideazione suicidaria ed i tentativi di suicidio sono spesso presenti nel corso della malattia. Durante gli episodi maniacali si possono presentare comportamenti violenti.

Epidemiologia

I disturbi depressivi sono comuni, con prevalenza di depressione maggiore tra il 5% e il 10% dei soggetti valutati in ambito di medicina generale [1]. Le donne sono affette da depressione con frequenza circa doppia rispetto agli uomini [1]. I disturbi depressivi sono la quarta causa di disabilità al mondo [2]. In uno studio condotto su scala nazionale che ha coinvolto 191 medici di medicina generale la prevalenza della depressione nella popolazione di età superiore ai 14 anni andava dal 7,8% al 9%, senza differenze significative tra regioni settentrionali, centrali e meridionali [3]. Si stima che siano circa 5 milioni gli italiani che soffrono di depressione, anche se il bilancio è sicuramente superiore se si considera che il 50% dei casi non viene diagnosticato. Gli antidepressivi sono, insieme agli ansiolitici, ai primi posti nella classifica dei farmaci più venduti: 27 milioni le confezioni di antidepressivi vendute nel 2002 (dati Eurispes; Federfarma).

Definizione operativa di caso, codici ICD-9 e classi d'età

Codici ICD-9 per stima ricoveri e mortalità: 295, 297, 298, per la mortalità anche: E 950-959 (suicidio e autolesione). Le stime sono riportate per età 15 e più.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Indagini italiane [4] ed internazionali che hanno coinvolto medici di medicina generale [5].

Risultati

Nel Lazio, nella popolazione 15+ anni, si stimano ogni anno 358.600 casi prevalenti di disturbi dell'umore, 3.059 ricoveri ospedalieri e 264 decessi per questa malattia. I tassi di ospedalizzazione sono coerenti con i dati di letteratura, indicando una maggiore frequenza nelle donne e nella classe di età 30-54 anni. La mortalità per suicidio è pari a 9,3 (per 100.000) nei maschi e 2,7 (per 100.000) nelle donne. Non si osservano sostanziali differenze nei tassi di ricovero e di mortalità per ASL, ad eccezione della ASL Roma F che presenta i tassi di ricovero più bassi.

Tabella B.23 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **disturbi dell'umore**. Popolazione del Lazio, età 15+ anni.

	Incidenza	Prevalenza7	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
15-34	n.d.	7 [3]	0,56	0,41	0,65	0,49	7,2
35-54		11,9 [4]	0,66	0,51	0,85	0,67	7,1
55-64			0,66	0,53	0,99	0,81	7,6
65-74		4,1 [5]	0,51	0,40	1,03	0,87	12,7
75+			0,27	0,23	1,17	1,07	23,5
Età 15+ anni							
Tasso grezzo		8 [6]	0,58	0,45	0,85	0,69	9,1
Minimo e Massimo[1]			*0,31 0,88*	*0,25 0,62*	*0,52 1,22*	*0,42 0,93*	
Tasso standardizzato[2]			0,58	0,45	0,82	0,66	8,4
Minimo e Massimo[1]			*0,31 0,89*	*0,25 0,63*	*0,50 1,17*	*0,41 0,88*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo			0,60	0,46	0,94	0,78	9,9
Minimo e Massimo[1]			*0,31 0,88*	*0,24 0,66*	*0,56 1,34*	*0,45 1,09*	
Tasso standardizzato[2]			0,62	0,48	0,94	0,77	9,3
Minimo e Massimo[1]			*0,31 0,90*	*0,25 0,67*	*0,58 1,35*	*0,46 1,09*	
Femmine							
Età (anni)							
15-34	n.d.	7 [3]	0,55	0,44	0,69	0,54	1,7
35-54		11,9 [4]	1,07	0,85	1,36	1,09	2,5
55-64			0,92	0,73	1,54	1,28	5,0
65-74		4,1 [5]	0,70	0,58	1,55	1,39	3,0
75+			0,32	0,30	1,42	1,38	5,2
Età 15+ anni							
Tasso grezzo		8 [6]	0,77	0,62	1,2	1,03	3,0
Minimo e Massimo[1]			*0,40 1,02*	*0,33 0,84*	*0,79 1,71*	*0,65 1,40*	
Tasso standardizzato[2]			0,79	0,63	1,2	0,96	2,7
Minimo e Massimo[1]			*0,41 1,08*	*0,34 0,83*	*0,74 1,61*	*0,60 1,31*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo			0,86	0,69	1,4	1,2	3,5
Minimo e Massimo[1]			*0,44 1,20*	*0,38 0,99*	*0,97 2,01*	*0,82 1,74*	
Tasso standardizzato[2]			0,93	0,75	1,4	1,2	3,4
Minimo e Massimo[1]			*0,48 1,25*	*0,41 1,02*	*0,95 1,99*	*0,78 1,70*	

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. Classe d'eta 14-25 anni, maschi e femmine insieme
4. Classe d'età 30-49 anni, maschi e femmine insieme
5. Classe d'età >60 anni, maschi e femmine insieme
6. Maschi e femmine insieme
7. Dati provenienti da: Dubini A, Mannheimer R, Pancheri P. Depression in the community: results of the first Italian survey. Int Clin Psychopharmacol 2001;16:49-53.

Tabella B.24 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **disturbi dell'umore** per ASL di residenza. Maschi e femmine.

	RICOVERI (x 1.000)						MORTALITA' (x 100.000)					
	15+			35+			15+			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%)	
ASL												
Roma A	0,78	0,78	0,70 - 0,87	0,73	0,77	0,68 - 0,89	6,9	6,6	4,4 - 9,8	7,0	6,6	4,2 - 10,4
Roma B	0,77	0,79	0,71 - 0,87	0,83	0,88	0,78 - 0,98	4,6	4,3	2,9 - 6,5	5,9	5,9	3,8 - 9,0
Roma C	0,67	0,70	0,62 - 0,78	0,72	0,79	0,69 - 0,90	5,1	4,9	3,2 - 7,4	5,2	5,2	3,1 - 8,5
Roma D	0,66	0,65	0,58 - 0,73	0,72	0,75	0,65 - 0,85	7,1	6,2	4,3 - 9,1	7,1	6,2	4,0 - 9,6
Roma E	0,96	0,99	0,90 - 1,10	0,91	0,97	0,86 - 1,09	8,0	7,3	5,1 - 10,4	9,4	8,6	5,9 - 12,6
Roma F	0,36	0,36	0,29 - 0,45	0,37	0,40	0,31 - 0,51	6,2	5,9	3,4 - 10,1	7,0	6,8	3,7 - 12,3
Roma G	0,54	0,54	0,47 - 0,63	0,62	0,65	0,56 - 0,77	2,8	2,2	1,2 - 4,2	3,7	2,8	1,4 - 5,5
Roma H	0,86	0,84	0,76 - 0,94	1,05	1,08	0,96 - 1,21	5,0	4,7	3,0 - 7,3	5,5	5,4	3,2 - 9,0
Viterbo	0,65	0,69	0,59 - 0,81	0,69	0,76	0,63 - 0,90	7,3	5,8	3,6 - 9,3	8,1	6,4	3,7 - 11,0
Rieti	0,79	0,84	0,69 - 1,02	0,91	1,03	0,83 - 1,28	3,0	3,7	1,4 - 9,8	3,1	4,1	1,3 - 12,6
Latina	0,44	0,45	0,39 - 0,52	0,49	0,52	0,44 - 0,61	6,7	6,3	4,3 - 9,1	7,2	6,7	4,3 - 10,4
Frosinone	0,61	0,62	0,55 - 0,70	0,69	0,75	0,65 - 0,86	6,4	6,0	4,1 - 8,9	7,0	6,6	4,2 - 10,4
Totale	**0,68**	**0,69**	**0,67 - 0,72**	**0,74**	**0,78**	**0,75 - 0,81**	**5,9**	**5,4**	**4,7 - 6,1**	**6,5**	**6,0**	**5,2 - 6,9**

Bibliografia essenziale

[1] Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry 1992;14:237-247.

[2] Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. Lancet 1997;349:1498-1504.

[3] Berardi D, Leggieri G, Ceroni GB, et al. Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. Fam Pract 2002;19:397-400.

[4] Dubini A, Mannheimer R, Pancheri P. Depression in the community: results of the first Italian survey. Int Clin Psychopharmacol 2001;16:49-53.

[5] Berardi D, Leggieri G, Ceroni GB, et al. Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. Fam Pract 2002;19:397-400

Schizofrenia

Definizione

La schizofrenia rappresenta la più comune delle psicosi, è caratterizzata dalla presenza di specifici sintomi sia positivi come allucinazioni uditive, deliri e disturbi del pensiero che negativi, come mancanza di motivazioni, trascuratezza e riduzione dell'affettività [1].

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

Il corso della malattia è variabile, con individui che alternano fasi di remissione a quelle di recrudescenza dei sintomi, mentre altri rimangono cronicamente malati. La remissione totale dei sintomi è poco comune (12%). L'esordio della malattia è più precoce nei maschi è (tra i 15 e i 25 anni) che nelle femmine (tra i 25 e i 35 anni). I fattori di rischio sono legati a caratteristiche socio-demografiche (classe sociale, etnicità, stato civile), fattori predisponesti (background familiare e genetico), e fattori precipitanti (stress, abuso di sostanze) [2].

Epidemiologia

Nel mondo la prevalenza è compresa tra 2 e 4/1.000. Secondo le stime più recenti, in Italia soffrono di schizofrenia circa 600 mila persone. In base ai dati diffusi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ogni anno si registra un numero di nuovi casi che va dai 7 ai 14 per 100 mila abitanti di età compresa tra i 15 e i 54 anni [4].

Definizione operativa di caso, codici ICD-9 e classi d'età

Codici ICD-9 per stima ricoveri e mortalità: 295, 297, 298. Le stime sono riportate per età 15 e più.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Studio longitudinale italiano [3]. Vi sono pochi dati di prevalenza ed incidenza poiché è difficile condurre indagini di popolazione su questo tipo di popolazione in cui la mancanza di coscienza di malattia è una delle caratteristiche della patologia.

Risultati

Nel Lazio, nella popolazione 15+ anni, si stimano ogni anno 67.200 casi prevalenti affetti da schizofrenia, 4.602 ricoveri ospedalieri. I decessi per questa malattia sono difficilmente calcolabili. La prevalenza stimata è pari a 1,5%, non esistono dati di incidenza. I tassi di ospedalizzazione sono coerenti con i dati disponibili in letteratura ed indicano un tasso (per 1.000) pari a 1,17 nei maschi e 0,92 nelle donne con valori più elevati sotto i 55 anni. I tassi di ricovero per ASL sono variabili con le ASL Roma D e Roma F che presentano i tassi più bassi. I tassi di sulla mortalità (non presentati) sono sicuramente sottostimati perché molti dei decessi di questi pazienti vengono codificati come causa violenta (suicidi ed autolesioni).

Tabella B.25 Tassi di incidenza, prevalenza e ospedalizzazione per **schizofrenia**. Popolazione del Lazio, età 15+anni.

	Incidenza	Prevalenza	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione	
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)			
Maschi						
Età (anni)						
15-34	n.d.		1,39	0,96	1,48	1,02
35-54			1,64	1,04	1,91	1,23
55-64			0,59	0,45	0,86	0,67
65-74			0,36	0,33	0,65	0,59
75+			0,37	0,37	0,87	0,85
Età 15+ anni						
Tasso grezzo		1.5 [3]	1,17	0,80	1,41	0,98
Minimo e Massimo[1]			*0,74 1,44*	*0,53 1,06*	*0,94 1,67*	*0,68 1,25*
Tasso standardizzato[2]			1,17	0,80	1,39	0,97
Minimo e Massimo[1]			*0,77 1,50*	*0,55 1,11*	*0,95 1,71*	*0,68 1,29*
Età 35+ anni						
Tasso grezzo			1,07	0,73	1,37	0,97
Minimo e Massimo[1]			*0,74 1,36*	*0,49 0,90*	*0,97 1,63*	*0,67 1,12*
Tasso standardizzato[2]			1,10	0,75	1,40	0,98
Minimo e Massimo[1]			*0,80 1,38*	*0,53 0,95*	*1,03 1,72*	*0,70 1,18*
Femmine						
Età (anni)						
15-34	n.d.		0,82	0,57	0,88	0,61
35-54			1,34	0,92	1,53	1,06
55-64			0,80	0,60	1,08	0,82
65-74			0,45	0,40	0,78	0,69
75+			0,38	0,37	0,83	0,81
Età 15+ anni						
Tasso grezzo		1.5 [3]	0,90	0,65	1,11	0,82
Minimo e Massimo[1]			*0,59 1,25*	*0,44 0,93*	*0,71 1,54*	*0,55 1,17*
Tasso standardizzato[2]			0,92	0,66	1,10	0,80
Minimo e Massimo[1]			*0,60 1,30*	*0,45 0,95*	*0,69 1,53*	*0,52 1,14*
Età 35+ anni						
Tasso grezzo			0,93	0,68	1,20	0,91
Minimo e Massimo[1]			*0,66 1,26*	*0,48 0,93*	*0,82 1,61*	*0,61 1,22*
Tasso standardizzato[2]			1,02	0,73	1,27	0,93
Minimo e Massimo[1]			*0,72 1,42*	*0,52 1,03*	*0,86 1,74*	*0,63 1,28*

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. Maschi e femmine insieme. Fonte dati:. Berti Ceroni G, Berti Ceroni F, Bivi R, Corsino MA, De Marco P, Gallo E, Giovannini G, Gherardi S, Pezzoli A, Rucci P, et al. DSM-III mental disorders in general medical sector: a follow-up and incidence study over a two-year period. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1992;27:234-41.

Tabella B.26 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero per **schizofrenia** per ASL di residenza. Maschi e femmine.

	RICOVERI (x 1.000)					
	15+			35+		
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	
ASL						
Roma A	1,33	1,40	1,29 - 1,53	1,23	1,36	1,23 - 1,51
Roma B	1,09	1,09	1,00 - 1,18	1,07	1,11	1,01 - 1,23
Roma C	1,15	1,21	1,11 - 1,33	1,12	1,25	1,13 - 1,39
Roma D	0,73	0,73	0,65 - 0,82	0,72	0,77	0,68 - 0,88
Roma E	1,16	1,19	1,09 - 1,31	1,07	1,15	1,03 - 1,29
Roma F	0,79	0,77	0,67 - 0,90	0,80	0,80	0,67 - 0,96
Roma G	1,08	1,06	0,96 - 1,18	1,07	1,09	0,97 - 1,24
Roma H	0,97	0,96	0,87 - 1,06	0,94	0,96	0,85 - 1,09
Viterbo	0,75	0,80	0,69 - 0,92	0,81	0,92	0,78 - 1,08
Rieti	0,83	0,92	0,76 - 1,12	0,88	1,04	0,84 - 1,29
Latina	1,03	1,05	0,96 - 1,16	1,00	1,04	0,93 - 1,17
Frosinone	1,06	1,11	1,01 - 1,22	0,96	1,04	0,92 - 1,17
Totale	**1,03**	**1,05**	**1,02 - 1,08**	**0,99**	**1,06**	**1,02 - 1,10**

Bibliografia essenziale

[1] Andreasen NC. Symptoms, signs and diagnosis of schizophrenia. Lancet 1995;346:477-481.

[2] Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organisation ten-country study. Psychol Med 1992; monograph supplement 20:1-97.

[3] Berti Ceroni G, Berti Ceroni F, Bivi R, Corsino MA, De Marco P, Gallo E, Giovannini G, Gherardi S, Pezzoli A, Rucci P, et al. DSM-III mental disorders in general medical sector: a follow-up and incidence study over a two-year period. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1992;27:234-41.

Sindrome coronarica acuta

Definizione

La sindrome coronarica acuta (SCA) comprende un insieme di manifestazioni cliniche acute della patologia ischemica del cuore, dovuta principalmente ad aterosclerosi delle coronarie. Per la elevata diffusione e le conseguenze sullo stato di salute, la SCA ha un grandissimo impatto socio-sanitario.

La SCA nasce da uno squilibrio tra richieste funzionali del miocardio e capacità dei vasi coronarici di assicurare un sufficiente apporto di sangue. Nel contesto di un dolore toracico acuto, si distinguono due differenti presentazioni di SCA:

1) SCA con permanente elevazione del tratto ST a livello elettrocardiografico; generalmente conducono ad un infarto caratterizzato da un onda Q all'ECG e richiedono una riperfusione urgente (IMA- STEMI).

2) SCA senza elevazione permanente del tratto ST. Possono essere ulteriormente suddivise in:

a) infarto non Q (subendocardico o non transmurale), caratterizzato dal rilascio di marcatori di necrosi miocardia.

b) angina instabile, caratterizzata dal mancato rilascio di marcatori di necrosi miocardia.

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

L'IMA-STEMI è una condizione ad alta letalità: il 20-30% dei pazienti muore entro poche ore dall'esordio dei sintomi prima ancora di giungere all'osservazione del medico; il 50% decede entro il primo mese. Tra i sopravvissuti al primo mese, l'8% decede entro il primo anno e circa il 4% presenta un nuovo episodio entro l'anno. Età avanzata e genere femminile caratterizzano sottopopolazioni a rischio particolarmente elevato. L'infarto non Q ha una prognosi grave che giustifica una terapia medica impegnativa, un'angiografia coronarica precoce e, dove possibile, la rivascolarizzazione. L'angina instabile ha una prognosi è più favorevole e permette, quindi, un trattamento meno aggressivo.

In molti casi la comparsa di sintomi tipici inducono il paziente (o i suoi familiari) a raggiungere al più presto il più vicino ospedale, coinvolgendo principalmente i Servizi di Emergenza (118) ed il personale del PS/DEA (fase pre-ospedaliera). Più raramente viene chiamato il medico di famiglia. Il trattamento avviene in regime di ricovero per acuti ed è finalizzato a stabilire e mantenere una riperfusione a livello dell'arteria coronaria; consiste in farmaci trombolitici e/o procedure cardiologiche invasive (es: angioplastica percutanea). Successivamente il paziente infartuato viene curato in regime di riabilitazione.

Definizione operativa di caso e codici ICD-9 e classi di età

La SCA è identificata dai seguenti codici ICD-9-CM: 410 "infarto acuto del mio cardio" (IMA) e 411 "altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica" (incluse angina pre-infartuale e angina instabile). Nel Registro Nazionale degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari la definizione di caso ospedalizzato e di evento fatale (evento coronarico) utilizza il codice ICD-9-CM 410 in diagnosi principale nella fascia di età tra 35 e 74 anni [1], [2], [3]. Nell'ambito del progetto EUROCISS (European Cardiovascular Indicators Surveillance Set), finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del Health Monitoring Programme e avviato nel 2000, viene suggerito di considerare come unica entità la SCA (codici ICD-9-CM e 410 e 411) [4]. Nel presente rapporto è stata considerata la classe di età 35+ anni.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Per la stima dell'incidenza nelle differenti classi di età sono state eseguite procedure di record linkage tra il SIO ed il ReNCaM per i residenti a Roma nell'anno 2004, secondo metodologie standardizzate nell'ambito di registri nazionali ed internazionali ed utilizzando i codici ICD-9-CM 410 e 411 per la definizione di caso. I casi incidenti comprendono i casi fatali pre-ospedalieri (codici ICD-9-CM 410 e 414) e gli episodi di ricovero ospedaliero (inclusi i ricoveri ripetuti) (attack rate). E' possibile che i valori siano sottostimati perché non sono stati considerati i residenti a Roma deceduti fuori Roma (14% del totale dei deceduti residenti a Roma).

Per la stima della prevalenza nel Lazio per classi di età è stata utilizzata l'indagine multiscopo ISTAT 1999-2000. La domanda del questionario si riferisce solo all'infarto del miocardio. L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC, curato da Istituto Superiore di Sanità e Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) fornisce stime di prevalenza sulle patologie cardiovascolari per la classe di età 35-74 anni (Infarto 1,5% uomini e 0-4% donne; Angina pectoris 3,3% uomini e 3,9% donne) e per la classe di età 65-74 anni (Infarto: 3,6% uomini e 1,1% nelle donne; Angina pectoris: 6,4% uomini e 6,6% donne) [5].

Per il tasso di ospedalizzazione la definizione di caso si basa sui codici ICD-9-CM 410 e 411. Per il tasso di mortalità: codici ICP-9-CM 410 e 414. Il caso di IMA ospedalizzato è definito: 410 in principale oppure 410 in secondaria e uno dei seguenti codici indicanti complicanze in principale ICD-9-CM = 414.1, 423.0, 427.1, 427.4, 427.5, 428.1, 429.5-429.8, 518.4, 780.2, 785.5. L'evento fatale pre-ospedaliero è identificato dai codici ICD-9-CM 410-414 [6].

Risultati

Nel Lazio, nella popolazione 35+ anni, si stimano ogni anno 20.000 casi incidenti di SCA, 16.550 ricoveri ospedalieri e 6.814 decessi per questa patologia.

L'incidenza stimata è di 781 e 278 (per 100.000 abitanti) per maschi e femmine, rispettivamente. Il rapporto dei tassi di incidenza tra uomini e donne (M/F) è di 3 a 1 circa e si osserva un andamento crescente dei tassi all'aumentare dell'età. Tra le donne la patologia diventa più importante a partire dall'età 65+ anni rispetto agli uomini.

Nel Lazio circa 3 uomini su 100 risultano aver avuto l'infarto del miocardio nella fascia di età oltre 35 anni. La stima di prevalenza più alta rispetto ai dati dell'OEC è possibile sia dovuta alle differenti classi di età esaminate (OER 35-74 anni, ISTAT oltre 35 anni).

Anche nei tassi di ospedalizzazione (7 per 1000 nei maschi e 2,3 per 1.000 nelle femmine) si osserva la differenza dei valori tra uomini e donne e l'incremento all'aumentare dell'età. Il tasso di ospedalizzazione aumenta di circa il 20% se la definizione di caso utilizza tutte le posizioni invece della solo diagnosi principale. La proporzione di eventi identificati con il singolo codice 411 in diagnosi principale nella coorte di ricoveri è pari al 37%.

I tassi di mortalità (217 per 100.000 nei maschi e 106 per 100.000 nelle femmine) sono più alti tra gli uomini con un rapporto M/F di 2 a 1; nelle donne la mortalità per SCA incide maggiormente in età più avanzata rispetto agli uomini.

I tassi di ospedalizzazione per ASL mostrano una certa variabilità con un valore massimo nella ASL Roma H e un minimo nella ASL Roma A. Esiste una omogeneità nei tassi di mortalità tra ASL se si fa eccezione per la ASL di Rieti e la ASL Roma B che mostrano valori più alti.

Tabella B.27 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **sindrome coronarica acuta**. Popolazione del Lazio, età 35+ anni.

	Incidenza	Prevalenza	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
35-54	260	1,4	2,7	2,2	2,9	2,3	29
55-64	946	3,3	9,1	7,5	10,2	8,2	134
65-74	1.522	6,3	13,6	11,2	15,8	12,8	347
75+	2.678	7,6	18,3	15,4	22,2	18,5	1379
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	884	3,2	7,5	6,2	8,6	7,0	250
Minimo e Massimo[1]			*5,9 9,4*	*4,9 7,4*	*6,5 10,4*	*5,4 8,1*	
Tasso standardizzato[2]	781	3,0	7,0	5,7	8,0	6,4	217
Minimo e Massimo[1]			*5,9 8,9*	*4,8 6,8*	*6,5 10,3*	*5,3 7,6*	
Femmine							
Età (anni)							
35-54	40	0,30	0,45	0,38	0,50	0,41	5
55-64	226	0,28	2,3	1,9	2,6	2,2	30
65-74	563	2,1	5,4	4,5	6,3	5,2	119
75+	1.581	5,2	10,6	9,2	12,8	11,0	1001
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	419	1,3	3,3	2,8	3,9	3,3	186
Minimo e Massimo[1]			*2,4 5,6*	*2,0 4,6*	*2,8 6,2*	*2,3 5,1*	
Tasso standardizzato[2]	278	0,94	2,3	2,0	2,7	2,3	106
Minimo e Massimo[1]			*1,8 3,7*	*1,4 2,9*	*2,1 4,1*	*1,7 3,2*	

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

Tabella B.28 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **sindrome coronarica** per ASL di residenza. Maschi e femmine, età 35+ anni.

	RICOVERI (x 1.000) 35+			MORTALITA' (x 100.000) 35+		
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	
ASL						
Roma A	4,6	3,6	3,4 - 3,8	240	138	128 - 150
Roma B	5,1	4,6	4,4 - 4,8	215	179	167 - 192
Roma C	5,4	4,3	4,1 - 4,5	233	150	139 - 162
Roma D	5,6	4,8	4,5 - 5,0	198	154	142 - 166
Roma E	4,5	3,7	3,5 - 3,9	218	145	134 - 157
Roma F	4,1	3,9	3,6 - 4,2	168	139	123 - 157
Roma G	5,5	4,8	4,6 - 5,1	196	156	142 - 171
Roma H	6,4	5,9	5,6 - 6,2	190	157	144 - 171
Viterbo	5,2	4,1	3,9 - 4,4	262	166	152 - 183
Rieti	7,4	5,8	5,4 - 6,3	353	204	182 - 229
Latina	5,8	5,2	4,9 - 5,4	196	154	142 - 167
Frosinone	4,3	3,8	3,6 - 4,0	198	130	119 - 142
Totale	**5,2**	**4,5**	**4,4 - 4,5**	**216**	**153**	**150 - 157**

Bibliografia essenziale

[1] Ferrario M, Giampaoli S, Vancheri F, et al. Registro per gli eventi coronarici e cebrovascolari, protocollo dello studio. Istituto Superiore di Sanità, rapporti ISTISAN 1/8. Roma 2001.

[2] Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Amouyel P, et al. Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization Monica Project. Circulation 1994; 90: 583-612.

[3] Barchielli A, Balzi D, Marchionni N, Carrabba N, Margheri M, Santoro GM, Olivotto I, Buiatti E; the AMI-Florence Working Group. Early discharge after acute myocardial infarction in the current clinical practice. Community data from the AMI-Florence Registry, Italy. Int J Cardiol. 2006 May 16; [Epub ahead of print].

[4] EUROCISS. Cardiovascular indicators surveillance set, final report 2003. www.cuore.iss.it/eurociss/rapporto03/rapporto03.htm.

[5] Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. http://www.cuore.iss.it.

[6] Forastiere F, Stafoggia M, Picciotto S, Bellander T, D'Ippoliti D, Lanki T, von Klot S, Nyberg F, Paatero P, Peters A, Pekkanen J, Sunyer J, Perucci CA. A case-crossover analysis of out-of-hospital coronary deaths and air pollution in Rome, Italy. Am J Respir Crit Care Med 2005; 172:1549-55.

Scompenso cardiaco

Definizione

Lo scompenso cardiaco (SC) – o insufficienza cardiaca - è una sindrome clinica complessa caratterizzata da sintomi di insufficienza cardiaca – tra cui dispnea e astenia - sia a riposo sia sotto sforzo, e da evidenza obiettiva di disfunzione cardiaca a riposo. Lo SC è considerato lo stadio terminale di malattie cardiovascolari, principalmente l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia ischemica e le valvulopatie. E' la più importante causa di ospedalizzazione nella fascia di età oltre i 65 anni.

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

Esistono due tipologie di manifestazioni cliniche dello SC: la forma cronica (chronic heart failure) e la forma acuta (acute decompensated heart failure). Le riacutizzazioni della forma cronica, che richiedono ospedalizzazione, possono essere classificate in: 1) nuovo SC dovuto a fattori scatenanti quali, ad esempio, infarto del miocardio, 2) destabilizzazione acuta di una forma cronica, 3) stadio terminale dello SC o refrattarietà alla terapia medica. La terapia è principalmente farmacologia; sono usati anche strumenti terapeutici (es: pacemaker). E' considerata una sindrome ad alta letalità: dal Framingham Study (40 anni di follow up in una coorte di individui di età 45-94 anni), solo il 25% tra gli uomini ed il 38% tra le donne sopravvive a 5 anni.

L'assistenza sanitaria di base (Medico di Medicina Generale e Specialisti Ambulatoriali) è il principale livello di assistenza per i pazienti con SC cronico ed è mirata a garantire il controllo farmacologico della malattia, il monitoraggio clinico e la prevenzione delle riacutizzazioni. La forma acuta di SC è trattata in regime di ricovero per acuti.

Definizione operativa di caso e codici ICD-9 e classi di età

La diagnosi si basa sul riscontro - anche attraverso esami strumentali e di laboratorio - di sintomi riferibili ad una elevata pressione polmonare e pressione venosa sistemica di origine cardiaca e ad una riduzione della pompa cardiaca specie sotto sforzo. L'uso di diversi criteri diagnostici in studi epidemiologici (Framingham, Boston, Gothenburg, Minnesota) rende difficile il confronto tra i risultati. In letteratura il codice ICD-9-CM che identifica lo SC è il 428, con buoni livelli di accuratezza. Nell'ambito del progetto EUROCISS (European Cardiovascular Indicators Surveillance Set), finanziato dalla Commissione Europea e avviato nel 2000, viene suggerito di validare una definizione più ampia che comprenda anche la cardiopatia ipertensiva, il cuore polmonare cronico e le cardiomiopatie. In particolare, i codici ICD-9-CM suggeriti sono i seguenti: 428 (insufficienza cardiaca), 402 (cardiopatia ipertensiva), 416 (malattia cardiopolmonare cronica), 425.4 (altre cardiomiopatie primitive), 425.5 (cardiomiopatia alcolica), 425.9 (altre cardiomiopatie) [1]. L'età considerata è 35+ anni.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Sono molto pochi gli studi condotti in Italia per stimare la frequenza di SC. Lo studio epidemiologico ILSA (Italian Longitudinal Study of Aging), condotto negli anni '90 su un campione di 5.632 individui anziani, fornisce stime di prevalenza per la fascia di età 65-84 anni [2]. Informazioni sulla validità di diversi criteri diagnostici derivano dallo studio sulla comunità di circa 900 anziani di Dicomano (Firenze) [3]. L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC, curato da Istituto Superiore di Sanità e Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) fornisce stime di

prevalenza della ipertrofia ventricolare sinistra (segno clinico dello SC): nella classe di età 35-74 anni 2,6% uomini e 1% donne; nella classe di età 65-74 anni: 3,8% negli uomini e 2,1% nelle donne [4].

Stime di incidenza di SC nel Lazio per fasce di età sono state dedotte dalla letteratura internazionale (Framingham study). Stime di prevalenza sono state invece ricavate a partire dai dati dello studio ILSA (nelle fascia di età 65-84 anni).

Per il tasso di ospedalizzazione e per il tasso di mortalità la definizione di caso si basa sui codici ICD-9-CM suggeriti dall'EUROCISS: 428 (insufficienza cardiaca), 402 (cardiopatia ipertensiva), 416 (malattia cardiopolmonare cronica), 425.4 (altre cardiomiopatie primitive), 425.5 (cardiomiopatia alcolica), 425.9 (altre cardiomiopatie).

Risultati

Nel Lazio, nella popolazione 35+ anni, si stimano ogni anno 63.000 casi prevalenti di scompenso cardiaco, 21.932 ricoveri ospedalieri e 3.053 decessi per questa patologia.

L'incidenza è maggiore tra gli uomini (550 e 354 per 100.000 nei maschi e nelle femmine, rapporto M/F circa 1,5); il rapporto M/F è maggiore nelle età più giovani. Si osserva un andamento crescente dei tassi all'aumentare dell'età. La prevalenza invece è maggiore tra le donne (7,3% F vs 5,4% M in età 65-84 anni) in rapporto con la maggiore letalità tra gli uomini.

Il tasso di ospedalizzazione aumenta con il crescere dell'età fino a raggiungere valori di circa 30 x 1.000 tra le persone di 75+ anni. I valori sono più alti tra gli uomini in tutte le fasce di età. La proporzione di persone che si ricoverano più di una volta per SC è pari a circa 20%, maggiore tra gli uomini. Il tasso di ospedalizzazione aumenta di oltre il doppio se la definizione di caso utilizza tutte le posizioni invece della sola diagnosi principale. La proporzione di eventi identificati con singoli codici, ICD–9-CM, è il seguente: 70 % codice 428 (insufficienza cardiaca), 16% codice 402 (cardiopatia ipertensiva), 8% codice 425 (altre cardiomiopatie), altri codici 6%.

Il tasso di mortalità è più alto tra gli uomini fino all'età di 74 anni, mentre oltre tale età il valore è maggiore tra le donne. Nel complesso il rapporto M/F è di 1,2. In entrambi i generi la mortalità è rilevante a partire dai 75 anni. La proporzione di eventi identificati con singoli codici è la seguente: 59% codice 402, 26 % codice 428, 11% codice 425, altri codici 4%.

I tassi di ospedalizzazione per ASL mostrano una certa variabilità con un valori più elevati nelle, ASL di Rieti, Latina e Roma H. La mortalità è abbastanza omogenea anche se si osserva un valore più elevato a Frosinone.

Tabella B.29 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **scompenso cardiaco**. Popolazione del Lazio, età 35+ anni.

	Incidenza	Prevalenza	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
35-54	200 [3]		1,1	0,9	2,5	2,0	8
55-64	500		5,0	4,0	12,1	9,8	26
65-74	1.000	5.4 [4]	13,5	10,7	33,0	26,0	97
75+	2.350		34,0	28,3	81,3	65,3	544
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	628		7,5	6,1	18,1	14,5	85
Minimo e Massimo[1]			*5,2 10,8*	*4,4 9,1*	*12,9 26,3*	*10,5 21,7*	
Tasso standardizzato[2]	550		6,4	5,2	15,3	12,2	75
Minimo e Massimo[1]			*4,8 8,1*	*4,0 6,6*	*12,0 21,0*	*9,8 16,8*	
Femmine							
Età (anni)							
35-54	100 [3]		0,4	0,4	1,1	0,9	1
55-64	300		2,2	1,9	6,0	5,2	10
65-74	800	7.3 [4]	7,8	6,7	21,1	17,6	48
75+	1.500		28,1	23,7	67,1	55,1	608
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	423		6,4	5,5	16,0	13,2	107
Minimo e Massimo[1]			*5,0 9,6*	*4,1 8,3*	*12,9 25,0*	*10,2 20,9*	
Tasso standardizzato[2]	354		4,0	3,4	10,1	8,4	59
Minimo e Massimo[1]			*3,4 5,2*	*2,9 4,4*	*8,3 14,3*	*6,8 11,9*	

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. Stime riferite a fascia di età 45-54 anni (studio Framingham).
4. Stime riferite alla fascia di età 65-84 anni (studio ILSA).

Tabella B.30 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **scompenso cardiaco** per ASL di residenza. Maschi e femmine, età 35+ anni.

	RICOVERI (x 1.000) 35+			MORTALITA' (x 100.000) 35+		
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	
ASL						
Roma A	7,0	4,5	4,3 - 4,7	123	66	59 - 73
Roma B	6,8	5,5	5,3 - 5,7	82	69	61 - 77
Roma C	7,0	4,7	4,5 - 4,9	108	66	60 - 74
Roma D	5,9	4,5	4,3 - 4,7	89	68	60 - 77
Roma E	6,3	4,4	4,2 - 4,6	98	63	56 - 70
Roma F	5,1	4,2	3,9 - 4,5	63	51	42 - 62
Roma G	6,4	5,0	4,7 - 5,2	87	68	59 - 77
Roma H	7,6	6,5	6,2 - 6,8	82	67	59 - 77
Viterbo	7,7	5,1	4,8 - 5,3	100	60	52 - 70
Rieti	10,1	6,3	5,9 - 6,7	96	52	42 - 64
Latina	8,2	6,4	6,1 - 6,6	81	62	55 - 71
Frosinone	7,0	4,8	4,6 - 5,1	136	83	75 - 92
Totale	**6,9**	**5,1**	**5,0 - 5,1**	**97**	**66**	**64 - 69**

Bibliografia essenziale

[1] EUROCISS. Cardiovascular indicators surveillance set, final report 2003. www.cuore.iss.it/eurociss/rapporto03/rapporto03.htm

[2] The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group. Prevalence of chronic diseases in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group. Int J Epidemiol 1997; 26:995-1002.

[3] Dicomano: Di Bari M, Marchionni N et al. Heart failure in community-dwelling older persons: aims, design and adherence rate of the ICARe Dicomano project: an epidemiologic study. Insufficienza Cardiaca negli Anziani Residenti a Dicomano. J Am Geriatr Soc. 1999; 47:664-71.

[4] Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. http://www.cuore.iss.it.

Eventi cerebrovascolari acuti

Definizione

Gli eventi cerebrovascolari acuti (ictus cerebrale) sono così definiti : "segni clinici a rapido sviluppo di disturbo della funzione cerebrale focale o globale che dura più di 24 ore o porta a morte senza causa apparentemente diversa dall'origine vascolare; ... la definizione comprende malati che presentano segni clinici e sintomi riconducibili a emorragia subaracnoidea o intracerebrale o necrosi cerebrale ischemica" [1], [2].

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

Esistono diversi tipi di ictus cerebrale con diversa patogenesi. Nel caso dell' ictus ischemico, la più frequente causa è l'occlusione trombotica di un vaso arterioso oppure l'occlusione da parte di un embolo a partenza da altre sede (es: carotide o. cuore). Cause più rare: vasculiti, malattie genetiche, malattie ematologiche. Nella maggior parte dei casi di emorragia all'interno del parenchima cerebrale la patogenesi è riferibile alla rottura di un vaso arterioso su base ipertensiva (emorragia cerebrale o ictus emorragico). L'emorragia subaracnoidea, più frequente tra i giovani, è dovuta a rottura di un aneurisma vascolare oppure a una malformazione artero-venosa nello spazio tra la dura madre e la leptomeninge.

Sintomatologia e prognosi dipendono dall'estensione e dalla sede della lesione. Le forme emorragiche sono in genere a prognosi peggiore rispetto alle forme ischemiche. L'ictus ischemico ha una letalità a 30 giorni oscillante nei vari studi tra 10% e 15%; la mortalità a 1 anno è pari a circa il 30% mentre la frequenza di recidive è tra 10% e 15% nel primo anno e tra 4 e 9% nei primi 5 anni dopo l'evento iniziale. Nel 35% dei casi residua una grave invalidità e una marcata riduzione nelle attività della vita quotidiana [2].

Nella fase acuta viene coinvolto principalmente il sistema dell'emergenza (Servizio 118 e PS/DEA) (fase pre-ospedaliera). In regime di ricovero per acuti – possibilmente in unità dedicata stroke unit - avviene il completo inquadramento diagnostico clinico, la terapia della fase acuta ed il monitoraggio e controllo delle complicanze (neurotiche e generali). Particolare importanza riveste la continuità assistenziale offerta al paziente con ictus nella fase post-acuzie, mirata al recupero funzionale ed alla prevenzione delle complicanze e delle recidive. Trattamenti riabilitativi in regime di lungodegenza (es: assistenza residenziale) oppure ambulatoriale, terapia medica ed eventualmente terapia chirurgica (endoarterectomia carotidea) hanno un ruolo fondamentale nella prognosi a lungo termine del paziente con ictus.

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

I codici ICD-9-CM 430-438 identificano i disturbi cerebro-vascolari: 430 emorragia subaracnoidea, 431 emorragia cerebrale 432 altri tipi di emorragia cerebrale, 433 occlusione e stenosi arterie pre-cerebrali, 434 ictus ischemico (434.0 trombosi cerebrale, 434.1 embolia cerebrale), 435 ischemia cerebrale transitoria (TIA), 436 vasculopatie cerebrali maldefinite, 437 altre maldefinite croniche, 438 postumi. Nel Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari (ISS) – basato su record linkage tra archivi delle dimissioni e archivi di mortalità – la definizione di caso ospedalizzato fa riferimento ai codici 430-432 (emorragia subaracnoidea e cerebrale), 434 (trombosi/embolia) e 436 (maldefinito) per le fasce di età 35-74 anni [1]; l'evento fatale pre-ospedaliero è identificato dal gruppo di codici ICD-9-

CM 430-438 [1]. Nel progetto EUROCISS (Cardiovascular Indicators Surveillance Set) vengono indicate definizioni sovrapponibili a quelle del Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari per quanto riguarda l'attack rate, mentre per il tasso di mortalità si suggerisce di valutare i singoli sottotipi di ictus [3]. In altri studi l'ictus è identificato dai codici ICD-9-CM 431, 434, 436 in pazienti con età > 20 anni [4]. L'età considerata nel presente rapporto è 35+ anni.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Per la stima della prevalenza nel Lazio per classi di età 35-54 e 55-64 anni è stata utilizzata l'indagine multiscopo ISTAT 1999-2000. La domanda del questionario si riferisce alla trombosi, embolia ed emorragia cerebrale. Per le fasce di età 65-74 e 75+ anni è stata anche utilizzata la stima prodotta nello studio ILSA (Italian Longitudinal Study of Aging) (campione di 5.632 individui età 65-84 anni) [5]. I tassi di prevalenza grezzo e standardizzato tengono conto delle due fonti e pertanto forniscono dei range. L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC, curato dall'ISS) fornisce, invece, stime di prevalenza di ictus più vicine a quelle dell'ISTAT (età 35-74 anni: 1,1% uomini e 0,8% donne; età 65-74 anni: ictus 2,4% uomini e 1,9% donne) [6].

Per la stima dell'incidenza sono state eseguite procedure di record linkage tra il SIO ed il ReNCaM per i residenti a Roma secondo metodologie standardizzate nell'ambito di registri nazionali ed internazionali [1], [3]. I casi incidenti comprendono i casi fatali pre-ospedalieri e gli episodi di ricovero ospedaliero (inclusi i ricoveri ripetuti) (attack rate). Il caso ospedaliero di ictus cerebrale è definito dai seguenti codici: 431 (emorragia cerebrale), 434 (trombosi/embolia), 436 (maldefinito). L'evento fatale pre-ospedaliero è definito dai codici ICD-9-CM 430-438.

Sulla base di studi longitudinali nella popolazione anziana in Italia l'incidenza di ictus nella fascia di età 65-74 anni oscilla tra 7,2 e 8,2 x 1000 ed aumenta nelle età successive (tra 28,7 x 1.000 e 34,1 x 1.000 nella fascia di età 85+ anni) [2].

Per il tasso di ospedalizzazione e per il tasso di mortalità la definizione di caso è data dai seguenti codici: 431 (emorragia cerebrale), 434 (trombosi/embolia) e 436 (maldefinito).

Risultati

Nel Lazio, nella popolazione 35+ anni, si stimano ogni anno 10.000 eventi cerebrovascolari acuti incidenti, 9.102 ricoveri ospedalieri e 3.144 decessi per questa patologia. Il rapporto dei tassi di incidenza (273 e 187 per 100.000) tra uomini e donne (M/F) è di 1,5; si osserva un andamento crescente dei tassi all'aumentare dell'età. Tra le donne la patologia diventa più importante a partire dall'età 65+ anni rispetto agli uomini. Nel Lazio circa 1 persona su 100 nella fascia di età oltre 35 anni tra gli uomini riferisce di aver avuto un evento cerebrovascolare; si conferma la differenza tra uomini e donne e l'andamento crescente con l'età. La stima di prevalenza più bassa rispetto ad altri studi è possibile sia dovuta alle differenze metodologiche nella raccolta dati e nella definizione di caso. Anche nei tassi di ospedalizzazione (2,7 uomini e 1,7 donne per 1.000) si osserva la differenza dei valori tra uomini e donne e l'incremento all'aumentare dell'età, specialmente a partire dall'età 75+ anni. Il tasso di ospedalizzazione aumenta di circa il 20% se la definizione di caso utilizza tutte le posizioni invece della solo diagnosi principale. La proporzione di eventi identificati con singoli codici in diagnosi principale è la seguente: 17,6% codice 431 (emorragia cerebrale), 41,3% codice 434 (trombosi/embolia), 41,1% codice 436 (maldefinito).

I tassi di mortalità sono più alti tra gli uomini (80 per 100.000) rispetto alle donne (59 per 100.000) con un rapporto M/F di 1,4; nelle donne la mortalità incide maggiormente in età più avanzata rispetto agli uomini. La proporzione di decessi identificati con singoli codici in diagnosi principale è la seguente: 24,9% codice 431 (emorragia), 12,6% codice 434 (trombosi/embolia), 62,5% codice 436 (maldefinito).

I tassi di ospedalizzazione per ASL tendono ad essere inferiori alla media regionale a Roma mentre valori superiori si osservano a Viterbo e Rieti. Un pattern simile si riscontra per i dati di mortalità con valori più elevati a Frosinone e a Viterbo.

Tabella B.31 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **eventi cerebrovascolari acuti**. Popolazione del Lazio, età 35+ anni.

	Incidenza	Prevalenza	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
35-54	50	0,49	0,49	0,45	0,58	0,53	5
55-64	226	0,64	2,3	2,2	2,7	2,5	28
65-74	519	2.11- 6.35[4]	5,5	5,2	6,8	6,4	100
75+	1.532	2.90- 9.75[4]	13,8	13,1	16,8	15,9	631
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	329	range 1.05-2.50	3,1	3,0	3,8	3,6	93
Minimo e Massimo[1]			*2,5 5,1*	*2,5 4,9*	*3,1 5,5*	*3,0 5,2*	
Tasso standardizzato[2]	273	range 0.94-2.08	2,7	2,6	3,3	3,1	79,8
Minimo e Massimo[1]			*2,3 4,0*	*2,1 3,8*	*2,8 4,4*	*2,6 4,1*	
Femmine							
Età (anni)							
35-54	29	0,16	0,30	0,28	0,36	0,34	3
55-64	89	0,28	0,85	0,83	1,09	1,05	14
65-74	301	1.11-4.55[4]	3,1	3,0	3,7	3,5	58
75+	1.365	3.72- 8.80[4]	11,4	11,0	14,0	13,3	574
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	303	range 0.91-2.31	2,7	2,5	3,2	3,1	105
Minimo e Massimo[1]			*2,1 4,5*	*2,0 4,3*	*2,5 5,0*	*2,4 4,7*	
Tasso standardizzato[2]	187	range 0.60-1.49	1,7	1,6	2,1	2,0	59
Minimo e Massimo[1]			*1,4 2,5*	*1,3 2,4*	*1,7 2,7*	*1,6 2,6*	

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. Prevalenze da studio ILSA

Tabella B.32 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **eventi cerebrovascolari acuti** per ASL di residenza. Maschi e femmine, età 35+ anni.

	RICOVERI (x 1.000) 35+			MORTALITA' (x 100.000) 35+		
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	
ASL						
Roma A	2,9	1,9	1,8 - 2,0	106	57	51 - 64
Roma B	2,6	2,1	2,0 - 2,3	78	64	57 - 72
Roma C	2,7	1,9	1,8 - 2,0	92	55	49 - 62
Roma D	2,6	2,0	1,9 - 2,2	79	60	53 - 68
Roma E	2,4	1,8	1,6 - 1,9	81	54	48 - 62
Roma F	2,3	1,9	1,7 - 2,1	75	61	51 - 73
Roma G	2,6	2,0	1,9 - 2,2	100	73	65 - 83
Roma H	2,9	2,4	2,3 - 2,6	84	69	61 - 79
Viterbo	4,8	3,2	3,0 - 3,5	141	82	72 - 93
Rieti	4,2	2,6	2,3 - 2,9	140	75	63 - 89
Latina	3,0	2,4	2,2 - 2,5	95	72	63 - 81
Frosinone	2,9	2,1	1,9 - 2,2	162	99	90 - 109
Totale	**2,9**	**2,1**	**2,1 - 2,2**	**99**	**67**	**65 - 70**

Bibliografia essenziale

[1] Ferrario M, Giampaoli S, Vancheri F, et al. Registro per gli eventi coronarici e cebrovascolari, protocollo dello studio. Istituto Superiore di Sanità, rapporti ISTISAN 1/8. Roma 2001.

[2] SPREAD Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento, 2001.

[3] EUROCISS. Cardiovascular indicators surveillance set, final report 2003. www.cuore.iss.it/eurociss/rapporto03/rapporto03.htm.

[4] Kapral MK, Wang H, Mamdani M, Tu JV. Effect of socioeconomic status on treatment and mortality after stroke. Stroke. 2002 Jan;33(1):268-73.

[5] Di Carlo A, Baldereschi M, Gandolfo C, et al. ILSA Working Group. Stroke in an elderly population: incidence and impact on survival and daily function. The Italian Longitudinal Study on Aging. Cerebrovasc Dis. 2003;16(2):141-50.

[6] Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. http://www.cuore.iss.it.

Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (bpco)

Definizione

La BPCO è una malattia caratterizzata dalla riduzione del volume espiratorio forzato in un secondo (FEV1) e dei flussi espiratori ed è usualmente associata ad una anormale risposta infiammatoria delle vie respiratorie a gas ad agenti esterni. I sintomi sono tosse cronica, espettorazione, dispnea e sibili respiratori [1].

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

L'esordio della malattia è insidioso, il decorso è abitualmente progressivo e la riduzione del volume espiratorio non è mai completamente reversibile [2]. La gravità della malattia è definita dalla riduzione % del FEV1 (da 80% a <30% dell'atteso) cui si aggiungono aumento del BMI, dispnea, riduzione della capacità di esercizio fisico [3]. Sono frequenti le riacutizzazioni sotto forma di bronchiti acute e broncopolmoniti. Insufficienza respiratoria, scompenso cardiaco cronico, infarto del miocardio, embolia polmonare e aritmie cardiache, sono complicanze che aumentano il rischio di morte. In altri paesi, è stata riportata una mortalità per BPCO di 82,6/100.000 per i maschi e 56,7/100.000 per le femmine [4].

La BPCO può essere controllata in ambiente ambulatoriale, dal medico di base. Le prestazioni specialistiche sono essenziali per una buona diagnosi della malattia. Al ricovero ospedaliero si fa ricorso, usualmente, in caso di esacerbazioni infettive o di insufficienza respiratoria. Uno studio internazionale condotto in Nord America e in Europa riporta stime del 12,8% di ospedalizzazione per anno tra i pazienti con BPCO; il ricorso a strutture di emergenza è del 13,8% [5].

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

La BPCO viene identificata mediante i codici ICD-9 = 490 (bronchite non specificata), 491 (bronchite cronica), 492 (enfisema), 494 (bronchiectasie), 496 (altre ostruzioni croniche delle vie respitarorie). La maggior parte degli studi più recenti include nella definizione di BPCO, i codici ICD-9 per l'insufficienza respiratoria 518.5, 518.8, 786.0 in diagnosi principale se accompagnati da uno qualunque dei codici di BPCO in diagnosi secondaria.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

La prevalenza è la misura di frequenza più utilizzata per la BPCO; essa viene stimata mediante indagini campionarie di popolazione. In Italia sono disponibili i dati dell'indagine ISTAT sullo stato di salute della popolazione; sono state condotte anche indagini, su base locale, con l'utilizzo di questionari standardizzati per la valutazione della sintomatologia respiratoria e prove di funzionalità polmonare, che forniscono stime di prevalenza di 18%, più elevate di quelle ottenute dalle indagini campionarie [6]. In altri paesi, la prevalenza è stimata nel periodo 1999-2000 in un range di 6% (Stati Uniti e Inghilterra) – 8,8 % (Olanda) [5].

La incidenza della BPCO è una misura difficile da ottenere a livello di popolazione, a causa dell'esordio insidioso della malattia. In una indagine condotta in Spagna, il 78% dei soggetti cui è stata diagnosticata la malattia non avevano mai avuto prima una diagnosi. L'incidenza viene più di frequente stimata in coorti di popolazione per analizzare l'impatto sulla malattia di fattori di rischio, quali il fumo [7].

Fonte dei dati per le stime di frequenza

Per i ricoveri e i trattamenti riabilitativi: Schede di dimissione ospedaliera (SDO, RAD-R), ricoveri ordinari, per acuti. Sistema Informativo Assistenza Riabilitativa (SIAR)

Mortalità: Registro nominativo delle cause di morte (ReNCaM).

In questo rapporto è stata considerata solo la popolazione di età 15+ anni.

Risultati

Nel Lazio, nella popolazione 15+ anni, si stimano 222.700 casi prevalenti di BPCO, 13.249 ricoveri ospedalieri e 1.438 decessi per questa patologia.

Le prevalenza della BPCO è più elevata nei maschi (5,0%) che nelle femmine (3,45%) e presenta incrementi proporzionali all'età, con le stime più elevate oltre i 75 anni. I tassi di ospedalizzazione sono pari a 2,9 e 1,3 per 1.000, per maschi e femmine rispettivamente. Il 5% dei pazienti maschi e il 4% delle femmine fa ricorso all'ospedalizzazione nell'arco di un anno per problemi legati alla BPCO, ma ricorso all'assistenza ospedaliera nell'anno, da parte di questi pazienti, è 4 volte più elevato. Il ricorso alle cure ospedaliere aumenta al crescere dell'età, coerentemente all'incremento della prevalenza. La mortalità è più elevata nei maschi (32 per 100.000) che nelle femmine (12,3 per 100.000) e presenta incrementi rilevanti al di sopra dei 65 anni.

I residenti a Viterbo presentano un basso ricorso all'ospedalizzazione per BPCO, che è invece più elevato nelle Aziende Roma B ed H. La mortalità è tendenzialmente più elevata nelle ASL di Roma.

Tabella B.33 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **broncopneumopatia cronico-ostruttiva.** Popolazione del Lazio, tutte le età.

	Incidenza	Prevalenza[3]	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
15-34	n.d.	0,9	0,11	0,10	0,28	0,21	0,0
35-54		2,5	0,54	0,47	1,6	1,4	1,2
55-64		7,3	3,2	2,6	10,0	8,2	13
65-74		17,1	10,8	8,5	33,2	25,8	67
75+		23,5	24,8	19,9	78,4	60,9	411
Età 15+							
Tasso grezzo		5,6	3,8	3,0	11,7	9,2	41
Minimo e Massimo[1]			*2,9 5,6*	*2,5 4,7*	*9,8 18,0*	*7,7 14,0*	
Tasso standardizzato[2]		5,0	2,9	2,4	9,1	7,2	32
Minimo e Massimo[1]			*2,0 3,9*	*1,7 3,1*	*6,8 11,3*	*5,5 8,9*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo		7,9	5,4	4,3	16,9	13,3	59
Minimo e Massimo[1]			*4,0 7,9*	*3,5 6,6*	*14,1 25,3*	*11,2 19,7*	
Tasso standardizzato[2]		7,3	4,5	3,6	14,0	11,1	50
Minimo e Massimo[1]			*3,1 6,1*	*2,6 4,8*	*10,5 17,5*	*8,5 13,7*	
Femmine							
Età (anni)							
15-34	n.d.	0,5	0,08	0,08	0,21	0,14	0,2
35-54		2,3	0,31	0,28	0,80	0,70	0,6
55-64		5,7	1,5	1,4	3,9	3,3	5,0
65-74		7,2	4,7	3,9	12,7	10,6	20
75+		18,3	11,3	9,7	35,4	29,7	185
Età 15+							
Tasso grezzo		4,4	2,2	1,9	6,5	5,5	24,5
Minimo e Massimo[1]			*1,5 2,9*	*1,3 2,5*	*4,4 8,2*	*3,7 7,1*	
Tasso standardizzato[2]		3,4	1,3	1,2	3,8	3,2	12,3
Minimo e Massimo[1]			*0,9 2,0*	*0,8 1,8*	*2,6 5,5*	*2,2 4,6*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo		6,0	3,0	2,6	9,0	7,5	33,9
Minimo e Massimo[1]			*2,1 4,1*	*1,9 3,6*	*6,2 11,4*	*5,3 9,6*	
Tasso standardizzato[2]		5,0	2,0	1,8	5,8	4,9	19,0
Minimo e Massimo[1]			*1,3 3,1*	*1,2 2,7*	*3,8 8,4*	*3,4 7,0*	

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. Dati Indagine Multiscopo sullo Stato di Salute della Popolazione 1999-2000. ISTAT

Tabella B.34 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **broncopneumopatia cronico-ostruttiva** per ASL di residenza. Maschi e femmine.

	RICOVERI (x 1.000)						MORTALITA' (x 100.000)					
	15+			35+			15+			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%)	
ASL												
Roma A	2,9	1,7	1,6 - 1,8	3,8	2,6	2,4 - 2,8	39	18	15 - 21	52	28	24 - 33
Roma B	3,1	2,4	2,2 - 2,5	4,4	3,6	3,4 - 3,8	33	25	21 - 29	48	39	34 - 45
Roma C	2,7	1,7	1,6 - 1,8	3,6	2,5	2,4 - 2,7	42	22	19 - 26	58	35	30 - 40
Roma D	3,1	2,2	2,1 - 2,3	4,4	3,3	3,2 - 3,5	34	23	19 - 27	48	35	30 - 41
Roma E	3,1	2,0	1,9 - 2,1	4,3	3,0	2,8 - 3,2	38	20	17 - 24	51	31	27 - 37
Roma F	2,4	1,9	1,7 - 2,0	3,4	2,8	2,6 - 3,1	20	15	11 - 20	29	24	18 - 32
Roma G	2,6	1,9	1,8 - 2,1	3,7	3,0	2,8 - 3,2	27	20	16 - 24	39	31	25 - 38
Roma H	3,6	2,8	2,7 - 3,0	5,3	4,3	4,1 - 4,6	26	20	16 - 24	38	31	25 - 38
Viterbo	2,2	1,4	1,2 - 1,5	3,1	2,1	1,9 - 2,3	30	17	13 - 21	42	25	20 - 31
Rieti	4,2	2,4	2,2 - 2,6	5,7	3,6	3,3 - 4,0	39	19	14 - 25	54	29	22 - 39
Latina	3,0	2,2	2,1 - 2,4	4,4	3,5	3,3 - 3,7	23	16	13 - 20	35	26	21 - 31
Frosinone	2,8	1,9	1,8 - 2,0	4,1	2,8	2,7 - 3,0	30	18	15 - 21	44	27	23 - 33
Totale	**3,0**	**2,0**	**2,0 - 2,0**	**4,2**	**3,1**	**3,0 - 3,1**	**32**	**20**	**19 - 21**	**45**	**31**	**29 - 32**

Bibliografia essenziale

[1] WHO. The GOLD global strategy for the management and prevention of COPD. www.goldcopd.com.

[2] Pauwels RA, Rabe KF. Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease. Lancet 2004; 364: 613-620.

[3] Celli BR, Cot CJ, Marin JM et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. New Engl J Med 2004; 350: 1005-12.

[4] Mannino DM, Homa DM, Akimbami MD, Ford ES, Redd SC. Chronic obstructive pulmonary disease surveillance, United States, 1971-2000. MMWR Surveill Summary 2002; 51: 1-16.

[5] Rennard S, Decramer M, Calverley PMA et al. Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects' perspective of confronting COPD international survey. Eur Respir J 2002; 20: 799-805.

[6] Viegi G, Pedreschi M, Pistelli F et al. Prevalence of airway obstruction in a general population sample. European Respiratory Society vs American Thoracic Society definition. Chest 2000; 117: 339s-45s.

[7] Lindberg A, Jonsson A-C, Ronmark E et al. Ten-year cumulative incidence of COPD and risk factors for incident disease in a symptomatic cohort. Chest 2005; 127:1544-1552.

Asma bronchiale

Definizione

L'asma è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree. Negli individui suscettibili, l'infiammazione causa attacchi ricorrenti di sibili, dispnea, difficoltà di respiro e tosse, e aumenta l'ipereattività bronchiale agli stimoli esterni [1].

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

L'asma inizia di solito nell'infanzia, associata spesso con atopia, ma si può manifestare anche nell'adulto, con minore coinvolgimento della componente allergica. L'asma è una malattia trattabile, con una prognosi relativamente buona; tuttavia, nonostante la disponibilità di efficaci terapie, alcuni pazienti sviluppano una ostruzione progressiva delle vie aeree che può diventare irreversibile [1].

L'asma è una malattia cronica agevolmente ed efficacemente controllabile a livello ambulatoriale. L'ospedalizzazione può essere più elevata durante i picchi delle infezioni virali acute e le stagioni in cui abbondano gli allergeni. Il ricorso ospedaliero per i pazienti affetti da asma è di circa il 5% l'anno [2].

Definizione di caso, codici ICD-9, e classi di età

Asma bronchiale. Codici ICD-9 = 493.X. Età 0-14 e 15+

Fonti dei dati per le stime di frequenza

La prevalenza dell'asma viene rilevata mediante indagini campionarie di popolazione o indagini su base locale, con l'utilizzo di questionari standardizzati per la valutazione della sintomatologia respiratoria e prove di funzionalità polmonare. In Italia sono disponibili dati da entrambe le fonti. In particolare, per quanto riguarda la popolazione in età scolare è stato condotto lo studio SIDRIA [3] mentre per i giovani adulti sono disponibili i dati dello studio ISAYA [4]. Anche in questo caso, come per la BPCO, le indagini su base locale forniscono stime di prevalenza più elevate di quelle ottenute dalle indagini campionarie, con valori del 5,3%-6,5% [5]. L'incidenza dell'asma sia pediatrico che ad insorgenza nell'adulto viene rilevata in studi longitudinali, mirati ad analizzare le condizioni o le esposizioni associate all'insorgenza della malattia [6].

Fonte dei dati per le stime di frequenza

Ricoveri: Schede di dimissione ospedaliera (SDO), ricoveri in regime ordinario.

Mortalità: Registro nominativo delle cause di morte (ReNCaM).

Nel rapporto sono stati inclusi i pazienti di tutte le età; tuttavia gli indicatori sono stati calcolati separatamente per i soggetti di età 0-14 anni e quelli di 15+ anni.

Risultati

Su tutta la popolazione del Lazio si stimano 16.900 casi prevalenti di asma bronchiale, 1.283 ricoveri nei soggetti al di sotto dei 15 anni e 881 ricoveri per i soggetti di 15+ anni. In un anno si osservano 63 decessi per asma.

Le prevalenza dell'asma in età pediatrica, come da dati della indagine multiscopo ISTAT, è abbastanza simile nei bambini e nelle bambine. Presenta i valori più elevati nei bambini e nei giovani adulti, ma si riduce nelle classi di età più

avanzate. Il ricorso all'ospedalizzazione è più elevato tra i bambini (2,3 e 1,45 per 1.000 maschi e femmine, rispettivamente) rispetto agli adulti (0,15 e 0,22 per 1.000). La mortalità per asma è più bassa sia rispetto alla mortalità della BPCO che a quella delle infezioni respiratorie acute. Cresce, secondo l'atteso, al crescere dell'età, mentre non presenta importanti differenze tra maschi e femmine nelle età adulte.

Non si osservano grandi differenze tra le ASL per il ricorso all'ospedalizzazione in età adulta mentre, nei bambini, tassi di ricovero più elevati si registrano nelle ASL Roma H, Roma G e Frosinone.

Tabella B.35 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **asma bronchiale.** Popolazione del Lazio, tutte le età.

	Incidenza	Prevalenza[3]	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
0-4		2,2	4,98	4,76	6,41	6,01	0,00
5-14		2,0	0,81	0,78	1,14	1,07	0,00
15-34		1,9	0,15	0,14	0,25	0,24	0,00
35-54	n.d.	1,7	0,13	0,12	0,26	0,24	0,40
55-64		3,8	0,14	0,14	0,39	0,37	0,33
65-74		10,1	0,18	0,18	0,61	0,58	1,63
75+		8,0	0,33	0,31	1,15	1,05	10,77
Età 0-15 anni							
Tasso grezzo		2,1	2,2	2,1	2,9	2,7	0,00
Minimo e Massimo[1]			*0,40 2,92*	*0,40 2,81*	*1,50 3,75*	*1,50 3,52*	
Tasso standardizzato[2]		2,1	2,3	2,2	3,1	2,9	0,00
Minimo e Massimo[1]			*0,46 3,30*	*0,46 3,14*	*1,55 4,28*	*1,55 4,04*	
Età 15+ anni							
Tasso grezzo		3,4	0,16	0,15	0,38	3,81	1,18
Minimo e Massimo[1]			*0,07 0,26*	*0,07 0,26*	*0,23 0,50*	*2,99 5,89*	
Tasso standardizzato[2]		3,1	0,15	0,14	0,35	2,93	1,02
Minimo e Massimo[1]			*0,08 0,22*	*0,08 0,22*	*0,22 0,47*	*2,24 3,89*	
Femmine							
Età (anni)							
0-4		2,5	3,18	3,03	4,19	3,97	0,00
5-14		2,7	0,45	0,45	0,68	0,65	0,42
15-34		2,0	0,20	0,19	0,32	0,30	0,00
35-54	n.d.	2,0	0,22	0,20	0,42	0,39	0,25
55-64		2,9	0,25	0,24	0,67	0,64	0,89
65-74		4,4	0,28	0,28	0,87	0,83	2,02
75+		10,0	0,27	0,27	0,90	0,87	9,72
Età 0-15 anni							
Tasso grezzo		2,6	1,4	1,3	1,8	1,8	0,28
Minimo e Massimo[1]			*0,42 2,14*	*0,42 2,11*	*0,85 2,69*	*0,85 2,54*	
Tasso standardizzato[2]		2,6	1,45	1,39	1,96	1,86	0,28
Minimo e Massimo[1]			*0,46 2,27*	*0,46 2,24*	*0,91 2,90*	*0,91 2,73*	
Età 15+ anni							
Tasso grezzo		3,2	0,23	0,22	0,25	2,35	1,57
Minimo e Massimo[1]			*0,12 0,37*	*0,12 0,35*	*0,38 0,50*	*1,50 3,61*	
Tasso standardizzato[2]		2,7	0,22	0,21	0,48	1,37	0,91
Minimo e Massimo[1]			*0,14 0,37*	*0,14 0,35*	*0,31 0,74*	*0,97 2,29*	

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. Dati Indagine Multiscopo sullo Stato di Salute della Popolazione 1999-2000. ISTAT

Tabella B.36 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **asma bronchiale** per ASL di residenza. Maschi e femmine.

	RICOVERI (x 1.000)						MORTALITA' (x 100.000)		
	0-14			15+			15+		
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	
ASL									
Roma A	1,46	1,54	1,23 - 1,93	0,23	0,22	0,17 - 0,27	0,7	0,4	0,1 - 1,4
Roma B	1,76	1,87	1,60 - 2,19	0,20	0,19	0,15 - 0,23	0,7	0,4	0,2 - 1,2
Roma C	1,52	1,59	1,30 - 1,93	0,15	0,16	0,12 - 0,20	2,0	1,4	0,7 - 2,7
Roma D	2,03	2,07	1,75 - 2,44	0,15	0,16	0,13 - 0,21	1,4	1,2	0,5 - 2,8
Roma E	1,71	1,77	1,47 - 2,14	0,20	0,20	0,16 - 0,25	1,2	0,7	0,3 - 1,8
Roma F	1,04	1,09	0,81 - 1,47	0,16	0,16	0,12 - 0,23	1,8	1,2	0,5 - 3,3
Roma G	2,16	2,35	1,99 - 2,77	0,15	0,15	0,11 - 0,19	1,9	1,4	0,6 - 2,9
Roma H	2,54	2,67	2,31 - 3,09	0,27	0,27	0,23 - 0,33	0,8	0,6	0,2 - 1,9
Viterbo	1,16	1,28	0,95 - 1,72	0,11	0,11	0,08 - 0,16	2,3	1,5	0,6 - 3,6
Rieti	0,41	0,46	0,23 - 0,92	0,13	0,14	0,08 - 0,22	0,8	0,3	0,0 - 2,4
Latina	1,56	1,71	1,43 - 2,05	0,23	0,22	0,18 - 0,27	1,4	1,1	0,5 - 2,5
Frosinone	2,34	2,70	2,31 - 3,15	0,29	0,24	0,20 - 0,29	1,9	1,2	0,6 - 2,4
Totale	**1,78**	**1,90**	**1,80 - 2,01**	**0,20**	**0,19**	**0,18 - 0,20**	**1,4**	**0,9**	**0,7 - 1,2**

Bibliografia essenziale

[1] National Asthma Education and Prevention Program. Export panel report 2: guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda, MD: National Institute of Health, April 1997; Publication 97-4051; 1-4.

[2] Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance for Asthma – United States, 1980-1999. MMWR 2002; 51: 1-13.

[3] Galassi C, De Sario M, Biggeri A, Bisanti L, Chellini E, Ciccone G, Petronio MG, Piffer S, Sestini P, Rusconi F, Viegi G, Forastiere F. Changes in prevalence of asthma and allergies among children and adolescents in Italy: 1994-2002. Pediatrics. 2006 Jan;117(1):34-42.

[4] Verlato G, Corsico A, Villani S, Cerveri I, Migliore E, Accordini S, Carolei A, Piccioni P, Bugiani M, Lo Cascio V, Marinoni A, Poli A, de Marco R. Is the prevalence of adult asthma and allergic rhinitis still increasing? Results of an Italian study. J Allergy Clin Immunol. 2003 Jun;111(6):1232-8.

[5] Viegi G, Matteelli G, Angino A et al. The proportional Venn diagram of obstructive lung disease in the Italian general population. Chest 2004; 126: 1093-1101.

[6] Thomsen SF, Ulrich CS, Kyvic KO et al. The incidence of asthma in young adults. Chest 2005; 127: 1928-1934

Infezioni acute delle basse vie respiratorie

Tra le infezioni respiratorie acute sono state considerate quelle delle basse vie respiratorie (Lower Respiratory Tract Infections, LRTI) perché presentano il più alto impatto sanitario in termini di gravità e ricorso all'assistenza ospedaliera. Le patologie incluse sono: polmoniti, broncopolmoniti e riacutizzazioni della broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO) per l'adulto [1]; polmoniti e bronchioliti per i bambini [2].

Definizione

Polmoniti e broncopolmoniti sono infezioni acute del parenchima polmonare, con o senza interessamento bronchiale. Il quadro clinico delle polmoniti presenta febbre elevata (o ipotermia), brividi, tosse, dolore toracico o dispnea, compromissione dello stato generale [3]. L'80% circa delle infezioni delle basse vie respiratorie è causato dai batteri e lo pneumococco è responsabile della maggior parte di esse (range 30%-70%); i batteri gram-negativi e gli stafilococchi meticillino-resistenti [MRSA] sono gli agenti identificati con sempre maggiore frequenza nelle infezioni ospedaliere. La bronchiolite è una malattia acuta, dovuta ad una infiammazione del tratto terminale dei bronchi, caratterizzata da ispessimento della parete e occlusione del lume alveolare. Più frequente nei bambini, la malattia ha prevalentemente una eziologia virale; il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) è responsabile fino al 70% dei casi [4]. La bronchiolite presenta un quadro clinico drammatico con febbre elevata, dispnea, tachipnea e tachicardia intense, cianosi.

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

Nonostante il quadro clinico, la bronchiolite ha, nella maggior parte dei casi, un decorso rapido (1-3 giorni) e un esito favorevole; poche sono le forme gravi che richiedono l'ospedalizzazione. Dati epidemiologici suggeriscono che 1/3 delle bronchioliti da VRS sono associate al successivo sviluppo di asma [4], [5]; inoltre, le co-infezioni da parte dei batteri possono provocare polmoniti (42% dei casi), aumentando il rischio di morte fino al 6,6% [6]. Il decorso clinico delle polmoniti può essere complicato da pleurite, empiema, ascesso polmonare e sepsi. La mortalità per polmonite è in media del 14% [3], con un range compreso tra 9,4% per le infezioni di comunità e 29,3% per le infezioni ospedaliere [7].
L'assistenza terapeutica delle forme cliniche più lievi e non complicate può essere gestita dal medico di base. A questo livello assistenziale è affidata in alcuni paesi anche la prevenzione di alcune forme virali e batteriche mediante la vaccinazione antinfluenzale e anti-pneumococcica degli anziani e dei gruppi a rischio. Il ricorso al ricovero ospedaliero dovrebbe essere limitato ai casi complicati da patologie croniche sottostanti o ai casi che non rispondono ad una adeguata terapia antibiotica. Il ricorso alle terapie ospedaliere è stato stimato pari al 10%-26% dei casi nei bambini [8] e al 32% circa per gli adulti [9]. In UK e in USA il ricorso a strutture di emergenza o al ricovero ospedaliero per le infezioni acute delle basse vie respiratorie sono utilizzati quali indicatori di buona assistenza ambulatoriale e di base; mentre le polmoniti ospedaliere rappresentano un indicatore di qualità dell'assistenza ospedaliera.

Definizione operativa di caso, codici ICD-9, classi di età

Codici ICD-9 = 480.X-486.X; 487.0-487.1; 466.1X per i soggetti 0-14 anni; Codici ICD-9 = 480.X-486.X; 487.0-487.1; 491.21 per le persone 15+ anni. I dati di mortalità riportati nel rapporto non includono la BPCO riacutizzata, perchè il codice identificativo a 5 cifre non è disponibile nel registro delle cause di morte.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Ci sono pochi studi epidemiologici sulla frequenza delle infezioni delle basse vie respiratorie e non sono disponibili dati di sorveglianza. Le stime riportate nella letteratura internazionale per i paesi occidentali suggeriscono incidenze annue pari a 10-15 casi /1.000 nei bambini di età < 5 anni, con un ricorso all'ospedale di 1- 4 casi/1.000 [8]; per gli adulti, le stime riportate in letteratura riguardano più di frequente una parte delle LRTI, le polmoniti di comunità; 2,58/1.000 sono i casi ospedalizzati negli USA [3]; 4,7 - 11,6/1000 sono i casi incidenti nel Nord Europa e 2/1.000 quelli stimati nel Sud d'Europa (1,7/1.000 in Italia) [9]. L'incidenza delle infezioni respiratorie acute cresce con l'età, i valori più alti si osservano al di sopra dei 65 anni.

Fonte dei dati per ricoveri e mortalità.

Schede di dimissione ospedaliera (SDO), ricoveri in regime ordinario.

Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM).

In questo rapporto sono stati inclusi i pazienti di tutte le età.

Risultati

Nel Lazio, nella popolazione 15+ anni, si stimano 7.600 casi incidenti di infezioni acute delle basse vie respiratorie, 16.116 ricoveri ospedalieri e 427 decessi all'anno.

Per stimare i casi incidenti nella regione è stata considerato il tasso derivante dallo studio italiano citato [9] (1,7 per 1.000). Ne consegue che il numero di casi incidenti di popolazione è minore del numero di ricoveri per questa patologia. Tale differenza è dovuta, almeno in parte, alla inclusione tra i ricoveri del Lazio delle riacutizzazioni della BPCO, che sono in numero di 6.662 e delle polmoniti ospedaliere, che rappresentano, nella nostra regione, circa 1/3 di tutte le polmoniti [7]. I ricoveri regionali attribuibili alle sole polmoniti di comunità, e quindi confrontabili con le stime di prevalenza riportate, sono 6.603. Il rapporto tra casi incidenti e casi ricoverati rimane comunque elevato, se si tiene conto che solo il 30% delle polmoniti richiederebbe un ricovero ospedaliero [9]. Questo dato indicherebbe che il ricorso alla ospedalizzazione è più frequente nella nostra regione; tuttavia, in assenza di stime reali di incidenza, non si può escludere che la frequenza delle polmoniti sia più elevata nella nostra regione rispetto alla situazione nazionale.

La mortalità rientra nell'atteso per gli adulti (7,8/100.000 nei maschi e 4,9/100.000 nelle femmine) con un incremento proporzionale all'età in entrambe i sessi; è da rilevare che le donne muoiono ad età più avanzata rispetto agli uomini.

I residenti di Roma H presentano un elevato ricorso all'ospedalizzazione per patologie respiratorie acute sia tra i bambini che tra gli adulti; le aziende Roma A, Viterbo e Frosinone presentano invece tassi di ospedalizzazione inferiori alla media regionale per entrambi i gruppi di popolazione adulta e infantile. La mortalità è più elevata rispetto alla media regionale nelle aziende Viterbo, Roma G ed F, per la popolazione di età superiore ai 14 anni.

Tabella B.37 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **infezioni respiratorie acute nel bambino ed polmoniti e broncopolmoniti nell'adulto**. Popolazione del Lazio, tutte le età.

	Incidenza[3]	Prevalenza	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
0-4	73,4 [4]		15,03	14,34	16,57	15,58	0,0
5-14			1,92	1,84	2,15	2,02	0,4
15-34	91,5 [5]		0,71	0,64	0,95	0,81	0,6
35-54		n.a.	1,37	1,27	2,17	1,91	1,6
55-64	162,7 [6]		3,62	3,18	6,27	5,29	5,3
65-74	333,8 [7]		10,91	9,30	19,30	15,66	12,7
75+			27,33	23,39	50,49	41,55	84,9
Età 0-15 anni							
Tasso grezzo			6,22	5,95	6,89	6,47	0,3
Minimo e Massimo[1]			*4,18 9,15*	*4,08 8,71*	*4,97 9,83*	*4,81 9,23*	
Tasso standardizzato[2]			6,71	6,40	7,42	6,97	0,3
Minimo e Massimo[1]			*4,75 9,67*	*4,63 9,21*	*5,61 10,40*	*5,44 9,76*	
Età 15+ anni							
Tasso grezzo	170 [8]		4,51	3,91	7,94	6,58	9,3
Minimo e Massimo[1]			*3,34 6,74*	*3,08 6,00*	*6,12 11,61*	*5,14 9,86*	
Tasso standardizzato[2]			3,67	3,20	6,38	5,31	7,8
Minimo e Massimo[1]			*2,45 4,77*	*2,25 4,10*	*4,87 7,90*	*4,25 6,44*	
Femmine							
Età (anni)							
0-4	73,4 [4]		12,11	11,68	13,23	12,71	0,9
5-14			1,64	1,60	1,83	1,78	0,4
15-34	91,5 [5]		0,56	0,50	0,76	0,65	0,2
35-54		n.a.	0,75	0,70	1,18	1,05	0,5
55-64	162,7 [6]		1,92	1,79	3,15	2,82	1,8
65-74	333,8 [7]		4,83	4,35	8,35	7,13	4,0
75+			13,02	11,79	24,38	21,22	77,4
Età 0-15 anni							
Tasso grezzo			5,11	4,94	5,60	5,40	0,6
Minimo e Massimo[1]			*3,84 8,41*	*3,69 7,93*	*4,17 9,18*	*4,06 8,58*	
Tasso standardizzato[2]			5,47	5,28	5,99	5,77	0,6
Minimo e Massimo[1]			*4,12 8,85*	*3,96 8,33*	*4,62 9,66*	*4,37 9,03*	
Età 15+ anni							
Tasso grezzo	170 [8]		2,77	2,52	4,88	4,24	9,7
Minimo e Massimo[1]			*2,01 4,05*	*1,88 3,82*	*3,30 7,33*	*2,99 6,58*	
Tasso standardizzato[2]			1,82	1,66	3,11	2,71	4,9
Minimo e Massimo[1]			*1,28 2,75*	*1,20 2,47*	*2,16 4,57*	*1,94 3,92*	

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. I dati si riferiscono alla popolazione italiana di entrambi i sessi, come stimati da Viegi G et al. [7]
4. Classe di età 0-14
5. Classe di età 15-44
6. Classe di età 45-64
7. Classe di età 65+
8. La stima dell'incidenza è riferita a tutta la popolazione, inclusi i soggetti di 0-14 anni.

Tabella B.36 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **infezioni respiratorie acute nel bambino ed polmoniti e broncopolmoniti nell'adulto** per ASL di residenza. Maschi e femmine.

	RICOVERI (x 1.000)								MORTALITA' (x 100.000)							
	0-14			15+			35+		15+			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%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)			
ASL																
Roma A	4,6	4,9	4,3 - 5,5	3,7	2,4	2,2 - 2,5	4,7	3,3	3,5 - 4,5	8,9	4,0	2,9 - 5,6	11,9	6,3	4,5 - 8,8	
Roma B	5,9	6,2	5,7 - 6,8	3,9	3,1	3,0 - 3,2	5,3	4,4	4,6 - 5,1	4,6	3,5	2,3 - 5,2	6,7	5,4	3,6 - 8,1	
Roma C	5,5	5,8	5,2 - 6,4	3,3	2,1	2,0 - 2,3	4,3	3,1	3,3 - 4,0	5,4	2,8	1,9 - 4,3	7,3	4,4	2,9 - 6,7	
Roma D	5,9	6,0	5,4 - 6,6	3,6	2,6	2,5 - 2,7	4,8	3,8	4,0 - 4,6	7,6	5,4	3,8 - 7,6	10,6	8,4	5,9 - 11,8	
Roma E	6,4	6,7	6,1 - 7,4	3,8	2,7	2,5 - 2,8	5,0	3,7	3,9 - 4,7	6,6	4,1	2,8 - 6,1	8,4	5,7	3,8 - 8,4	
Roma F	6,0	6,5	5,7 - 7,4	2,8	2,3	2,1 - 2,5	3,7	3,1	3,4 - 3,4	12,7	9,4	6,5 - 13,6	18,4	14,6	10,1 - 21,1	
Roma G	5,6	6,1	5,5 - 6,8	3,4	2,7	2,5 - 2,8	4,8	4,0	4,2 - 4,5	12,5	9,5	7,0 - 12,8	17,8	14,2	10,5 - 19,3	
Roma H	8,8	9,3	8,6 - 10	4,4	3,6	3,4 - 3,8	6,1	5,2	5,5 - 5,8	10,6	8,5	6,3 - 11,5	15,5	13,2	9,8 - 18,0	
Viterbo	4,0	4,5	3,8 - 5,3	2,7	1,8	1,7 - 1,9	3,6	2,5	2,8 - 3,4	21,7	12,2	9,3 - 16,0	29,7	18,4	14,0 - 24,2	
Rieti	5,8	6,5	5,4 - 7,8	5,3	3,1	2,9 - 3,4	7,1	4,4	4,8 - 6,6	17,4	7,4	4,8 - 11,3	24,0	11,5	7,5 - 17,7	
Latina	4,6	5,1	4,6 - 5,6	3,8	3,0	2,9 - 3,2	5,3	4,3	4,6 - 5,1	8,3	6,4	4,6 - 9,0	12,0	9,7	6,9 - 13,6	
Frosinone	4,2	4,9	4,4 - 5,5	2,8	2,0	1,9 - 2,1	3,8	2,8	3,0 - 3,6	11,9	7,7	5,8 - 10,3	17,4	12,0	9,0 - 16,1	
Totale	**5,7**	**6,1**	**5,9 - 6,3**	**3,6**	**2,6**	**2,6 - 2,6**	**4,8**	**3,7**	**3,8 - 4,8**	**9,5**	**6,2**	**5,6 - 6,8**	**13,4**	**9,4**	**8,6 - 10,4**	

Bibliografia essenziale

[1] Ortqvist A. Treatment of community acquired lower respiratory tract infections in adults. Eur Respir J Suppl 2002; 36: 40s-53-s.

[2] CDC. Bronchiolitis-associated outpatient visit and hospitalisations among American Indian and Alaska native children, United States, 1990-2000. MMWR 2003; 52: 707-710.

[3] Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA, File TM Jr, Musher DM, Fine MJ Practise guidelines for the management of Community-Acquired Pneumonia in adults. Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2000; 31:347-382.

[4] Openshaw PJ, Dean GS, Culley FJ. Links between respiratory syncytial virus bronchiolitis and childhood asthma: clinical and research approaches. Pediatr Infect Dis J 2003; 22: S58-64.

[5] Kotaniemi-Syrjanen A, Reijonen TM, Korhonen K, Korppi M. Wheezing requiring hospitalization in early childhood: predictive factors for asthma in a six-year follow-up. Pediatr Allergy Immunol 2002; 13: 418-425.

[6] Thorburn K, Harigopal S, Reddy V, Taylor N, van Saene HK. High incidence of pulmonary bacterial co-infection in children with severe respiratory syncytial virus (RSV) bronchiolitis. Thorax 2006; 61 611-615.

[7] Giorgi Rossi P, Agabiti N, Faustini A et al. The burden of hospitalised pneumonia in Lazio, Italy, 1997-1999. Int J Tuberc Lung Dis 2004; 8: 528-536.

[8] Farha T, Thomson AH. The burden of pneumonia in children in the developed world. Paediatr Respir Rev 2005; 6: 76-82.

[9] Viegi G, Pistelli R, Cazzola M et al. Epidemiological survey on incidence and treatment of community acquired pneumonia in Italy. Respir Med 2006; 100: 46-55.

Colelitiasi

Definizione

La colelitiasi (calcolosi della colecisti e delle vie biliari) è una condizione molto diffusa caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari; costituisce una importante causa di ricorso alla chirurgia addominale.

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

Nella maggior parte dei casi la colelitiasi è asintomatica e viene diagnosticata accidentalmente. Si stima che i sintomi compaiano nel 20-30% dei casi. Le complicanze della colelitiasi sono la colecistite acuta, la pancreatite acuta e la colestasi extraepatica.

Definizione di caso, codici ICD-9 e classi d'età

Gli studi di prevalenza si riferiscono a colelitiasi senza complicanze; i dati di ricovero e mortalità si riferiscono a colelitiasi con e senza complicanze. Codici ICD-9 per stima ricoveri e mortalità: 574, 575.3,575.4, 575.5, 576.1, 576.4. Le stime sono riportate per età 15 e più.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Gli studi di prevalenza ed incidenza risentono della difficoltà di identificare una condizione nella maggior parte dei casi asintomatica; gli studi basati su interviste, quindi, sottostimano la prevalenza; gli studi di popolazione che utilizzano la diagnosi ecografica, invece, risentono di bassi tassi di rispondenza, quindi di un possibile effetto di distorsione per selezione. In Italia sono stati condotti diversi studi di popolazione mediante ecografia [1], [2].

Risultati

Nel Lazio, nella popolazione 35-74 anni, si stimano 394.500 casi prevalenti di colelitiasi. Nella classe di età 15+ sono stati osservati 12.791 ricoveri ospedalieri e 73 decessi per questa patologia.

A fronte di una alta prevalenza di popolazione (9,5% nei maschi e 18,9% nelle femmine), come atteso, i tassi di ospedalizzazione sono più contenuti (2,2 per 1.000 e 2,9 per 1.000), con un andamento crescente per età. Il rapporto tra prevalenza nelle femmine e nei maschi è circa 2:1, nei tassi di ospedalizzazione invece la differenza è molto meno marcata. La mortalità, prevalentemente a carico della fascia d'età >74 anni, è lievemente più alta nei maschi.

Non si osservano sostanziali differenze nei tassi di ricovero per ASL, ad eccezione della ASL di Frosinone che presenta i tassi i più alti. Nella mortalità invece si osserva una certa variabilità che può essere attribuita alla ridotta numerosità.

Tabella B.39 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **colelitiasi**. Popolazione del Lazio, età 15+ anni.

	Incidenza	Prevalenza[3]	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
15-34		2,3	0,5	0,4	0,6	0,5	0,0
35-54		7,0	2,1	1,9	2,8	2,4	0,1
55-64		11.0-15.0	3,3	2,9	4,8	4,1	1,0
65-74		14.7-19.4	5,3	4,6	8,7	7,3	1,6
75+			6,2	5,4	13,5	11,7	13,3
Età 15+ anni							
Tasso grezzo		9.5 [5]	2,4	2,1	3,9	3,3	1,4
Minimo e Massimo[1]			*2,0 2,7*	*1,8 2,4*	*3,3 4,3*	*2,9 3,7*	
Tasso standardizzato[2]			2,2	1,9	3,4	2,9	1,1
Minimo e Massimo[1]			*1,8 2,4*	*1,6 2,1*	*3,0 3,8*	*2,6 3,2*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo[4]			3,3	2,9	5,3	4,6	2,0
Minimo e Massimo[1]			*2,8 3,9*	*2,4 3,3*	*4,6 6,1*	*4,0 5,0*	
Tasso standardizzato[2]			3,2	2,8	4,9	4,3	1,7
Minimo e Massimo[1]			*2,7 3,6*	*2,4 3,0*	*4,4 5,5*	*3,8 4,6*	
Femmine							
Età (anni)							
15-34		7,4	1,4	1,3	1,6	1,4	0,0
35-54		12.6-16.0	3,1	2,8	3,6	3,3	0,0
55-64		26,0	4,2	3,9	5,4	4,9	0,3
65-74		27.5-31.6	4,8	4,4	7,7	6,9	1,7
75+			5,4	4,8	12,1	10,7	14,2
Età 15+ anni							
Tasso grezzo		18.9 [5]	3,2	3,0	4,8	4,3	1,9
Minimo e Massimo[1]			*2,9 4,1*	*2,6 3,6*	*4,0 5,7*	*3,6 4,9*	
Tasso standardizzato[2]			2,9	2,6	3,9	3,5	0,9
Minimo e Massimo[1]			*2,7 3,6*	*2,4 3,2*	*3,6 4,6*	*3,1 4,0*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo[4]			4,0	3,6	6,0	5,4	2,6
Minimo e Massimo[1]			*3,6 5,2*	*3,3 4,6*	*5,2 7,5*	*4,6 6,4*	
Tasso standardizzato[2]			3,8	3,5	5,3	4,7	1,5
Minimo e Massimo[1]			*3,4 4,8*	*3,1 4,3*	*4,8 6,4*	*4,2 5,5*	

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. Indagini campionarie condotte mediante ecografia sulla popolazione italiana (1,2)
4. Età 30-69

Tabella B.40 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **colelitiasi** per ASL di residenza. Maschi e femmine.

	RICOVERI (x 1.000)						MORTALITA' (x 100.000)					
	15+			35+			15+			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%)	
ASL												
Roma A	2,7	2,3	2,2 - 2,5	3,3	3,2	3,0 - 3,4	0,49	0,23	0,06 - 0,91	0,66	0,35	0,09 - 1,42
Roma B	2,8	2,5	2,4 - 2,7	3,7	3,5	3,3 - 3,7	1,11	0,76	0,33 - 1,74	1,60	1,19	0,52 - 2,72
Roma C	2,9	2,4	2,3 - 2,6	3,6	3,4	3,2 - 3,6	1,34	0,76	0,34 - 1,71	1,82	1,19	0,53 - 2,67
Roma D	2,7	2,4	2,3 - 2,6	3,4	3,2	3,1 - 3,5	1,60	1,09	0,52 - 2,31	2,25	1,71	0,81 - 3,60
Roma E	2,9	2,5	2,4 - 2,7	3,5	3,4	3,2 - 3,6	0,71	0,45	0,14 - 1,46	0,97	0,70	0,21 - 2,28
Roma F	2,4	2,3	2,1 - 2,5	3,2	3,1	2,9 - 3,4	3,96	2,93	1,52 - 5,67	5,71	4,57	2,36 - 8,84
Roma G	2,6	2,4	2,3 - 2,6	3,4	3,3	3,1 - 3,6	1,94	1,33	0,63 - 2,81	2,84	2,07	0,98 - 4,39
Roma H	2,8	2,6	2,4 - 2,7	3,6	3,6	3,4 - 3,8	1,76	1,37	0,64 - 2,95	2,58	2,14	1,00 - 4,61
Viterbo	3,0	2,5	2,3 - 2,7	3,8	3,5	3,2 - 3,7	0,77	0,37	0,09 - 1,46	1,08	0,57	0,14 - 2,28
Rieti	2,9	2,4	2,2 - 2,7	3,6	3,2	2,8 - 3,5	3,02	1,36	0,50 - 3,70	4,18	2,12	0,78 - 5,78
Latina	3,0	2,7	2,6 - 2,9	3,9	3,8	3,5 - 4,0	2,07	1,35	0,69 - 2,63	3,08	2,11	1,08 - 4,10
Frosinone	3,4	3,0	2,8 - 3,2	4,6	4,2	4,0 - 4,4	2,63	1,71	0,92 - 3,18	3,83	2,67	1,43 - 4,97
Totale	**2,9**	**2,5**	**2,5 - 2,6**	**3,7**	**3,5**	**3,4 - 3,5**	**1,63**	**1,01**	**0,80 - 1,28**	**2,31**	**1,58**	**1,25 - 2,00**

Bibliografia essenziale

[1] Angelico F et al. L'epidemiologia della colelitiasi in Italica: dati di prevalenza e di incidenza. Epidemiol Prev 1991;Sep-Dec 13 (48-49):91-3.

[2] Attili AF et al. Epidemiology of gallstone disease in Italy: Prevalence data of the multicenter italian study on cholelithiasis (MICOL). Am J Epidemiol 1995; 141:158-65.

Malattie infiammatorie croniche intestinali

Definizione

Le malattie infiammatorie croniche intestinali comprendono la colite ulcerosa, il Morbo di Crohn e la colite indeterminata. La Colite ulcerosa è una malattia caratterizzata da un processo infiammatorio limitato al colon; il Morbo di Crohn può interessare qualunque segmento del tubo digerente.

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

Il Morbo di Crohn ha una localizzazione segmentaria che interessa l'ileo e il colon, mentre la colite ulcerosa interessa solo il colon con una estensione variabile da proctite a colite totale. Al momento non esiste una cura, ma terapie che controllano l'attività della malattia e trattano le complicanze. Il Morbo di Crohn tende a recidivare dopo gli interventi chirurgici di resezione intestinale, mentre l'esito del primo episodio di colite ulcerosa dipende dalla severità, quindi dalla estensione.

Definizione operativa di caso, codici ICD-9 e classi d'età

I criteri di diagnosi sono ben codificati : ICD-9: 555 (Morbo di Crohn) e 556 (Colite ulcerosa). Le stime sono riportate per tutte le età.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Non esiste un registro di patologia; sono stati pubblicati due studi di popolazione, uno condotto in 8 città italiane nel periodo 1989-92 [1] e uno a Firenze nel periodo 1978-87 [2]; i risultati sono stati riportati in tabella. La distribuzione per età dell'incidenza di malattie infiammatorie croniche intestinali mostra due picchi tra i 20-30 anni e 50-60 per il Morbo di Crohn e tra 30- 40 e 60-70 per la Colite ulcerosa.

Risultati

Nell'intera popolazione del Lazio, si stimano almeno 1.000.casi prevalenti di Morbo di Chron e 2.600 casi di Colite ulcerosa in un anno; i ricoveri per queste patologie sono pari a 1.142 e 1.147, mentre il numero dei decessi (15 e 13) è molto contenuto.

I tassi di ospedalizzazione rispecchiano lo stesso andamento per genere osservato dai dati di incidenza nella popolazione generale, uguale tra maschi e femmine per la Morbo di Crohn, con un rapporto di circa 2:1 per maschi:femmine nella Colite ulcerosa. Non si evidenziano differenze significative nei tassi di ospedalizzazione per ASL, il tasso più alto si osserva nella ASL di Viterbo e il più basso a Frosinone. La mortalità è molto bassa e non è possibile fare confronti tra ASL.

Tabella B.41 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per il **Morbo di Crohn**. Popolazione del Lazio, tutte le età.

	Incidenza[3]	Prevalenza[4]	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
0-14			0,15	0,05	0,16	0,05	0,00
15-34			0,30	0,17	0,36	0,21	0,00
35-54			0,26	0,17	0,34	0,21	0,00
55-64			0,14	0,11	0,26	0,18	1,00
65-74			0,16	0,14	0,30	0,24	1,23
75+			0,18	0,13	0,32	0,25	2,54
Tutte le età							
Tasso grezzo	2,26	0,02	0,23	0,14	0,30	0,19	0,40
Minimo e Massimo[1]			*0,16 0,42*	*0,11 0,22*	*0,20 0,56*	*0,13 0,28*	
Tasso standardizzato[2]			0,22	0,13	0,29	0,17	0,30
Minimo e Massimo[1]			*0,14 0,44*	*0,10 0,21*	*0,18 0,56*	*0,12 0,26*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo			0,21	0,15	0,32	0,21	0,68
Minimo e Massimo[1]			*0,10 0,34*	*0,09 0,24*	*0,15 0,50*	*0,12 0,32*	
Tasso standardizzato[2]			0,21	0,15	0,32	0,21	0,60
Minimo e Massimo[1]			*0,10 0,38*	*0,10 0,26*	*0,15 0,54*	*0,12 0,33*	
Femmine							
Età (anni)							
0-14			0,08	0,03	0,09	0,04	0,00
15-34			0,34	0,16	0,40	0,18	0,00
35-54			0,21	0,15	0,30	0,20	0,38
55-64			0,22	0,15	0,31	0,20	0,00
65-74			0,16	0,14	0,26	0,22	0,00
75+			0,12	0,11	0,22	0,19	0,75
Tutte le età							
Tasso grezzo			0,21	0,13	0,29	0,18	0,18
Minimo e Massimo[1]			*0,12 0,35*	*0,09 0,17*	*0,17 0,48*	*0,12 0,23*	
Tasso standardizzato[2]	2,30	0,02	0,22	0,12	0,28	0,16	0,14
Minimo e Massimo[1]			*0,12 0,42*	*0,09 0,16*	*0,18 0,54*	*0,12 0,21*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo			0,19	0,14	0,29	0,20	0,29
Minimo e Massimo[1]			*0,08 0,28*	*0,07 0,20*	*0,14 0,43*	*0,09 0,28*	
Tasso standardizzato[2]			0,20	0,14	0,29	0,20	0,28
Minimo e Massimo[1]			*0,07 0,28*	*0,07 0,23*	*0,15 0,43*	*0,10 0,28*	

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. Studio di popolazione mediante endoscopia ed istologia in diverse città italiane, (1)
4. Stima da studio di popolazione per maschi e femmine tutte le età, 1978-87(2)

Tabella B.42 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per la **colite ulcerosa**. Popolazione del Lazio, tutte le età.

	Incidenza[3]	Prevalenza[4]	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
0-14			0,07	0,05	0,08	0,06	0,00
15-34			0,21	0,16	0,25	0,19	0,00
35-54			0,26	0,20	0,39	0,29	0,13
55-64			0,28	0,23	0,44	0,35	0,00
65-74			0,38	0,31	0,74	0,59	1,23
75+			0,44	0,39	0,90	0,74	1,27
Tutte le età							
Tasso grezzo			0,25	0,20	0,38	0,30	0,24
Minimo e Massimo[1]			*0,11 0,32*	*0,09 0,24*	*0,22 0,51*	*0,19 0,39*	
Tasso standardizzato[2]	6,59	0,05	0,22	0,18	0,33	0,26	0,17
Minimo e Massimo[1]			*0,10 0,30*	*0,09 0,23*	*0,18 0,42*	*0,16 0,31*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo			0,31	0,25	0,51	0,40	0,41
Minimo e Massimo[1]			*0,13 0,43*	*0,11 0,32*	*0,27 0,70*	*0,25 0,54*	
Tasso standardizzato[2]			0,30	0,22	0,49	0,38	0,34
Minimo e Massimo[1]			*0,14 0,42*	*0,14 0,30*	*0,25 0,66*	*0,24 0,49*	
Femmine							
Età (anni)							
0-14			0,07	0,05	0,11	0,07	0,00
15-34			0,19	0,15	0,22	0,18	0,00
35-54			0,17	0,15	0,25	0,21	0,00
55-64			0,21	0,18	0,33	0,29	0,30
65-74			0,26	0,25	0,41	0,37	0,00
75+			0,36	0,31	0,58	0,49	2,24
Tutte le età							
Tasso grezzo			0,20	0,17	0,28	0,24	0,26
Minimo e Massimo[1]			*0,14 0,24*	*0,12 0,22*	*0,19 0,36*	*0,17 0,32*	
Tasso standardizzato[2]	3,85	0,05	0,17	0,14	0,24	0,20	0,12
Minimo e Massimo[1]			*0,13 0,22*	*0,11 0,19*	*0,18 0,29*	*0,15 0,26*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo			0,22	0,20	0,34	0,30	0,41
Minimo e Massimo[1]			*0,14 0,30*	*0,13 0,27*	*0,16 0,51*	*0,16 0,46*	
Tasso standardizzato[2]			0,21	0,18	0,31	0,27	0,24
Minimo e Massimo[1]			*0,12 0,28*	*0,12 0,25*	*0,13 0,45*	*0,13 0,41*	

1. *Minimo e Massimo* sono i valori minimi e massimi dei tassi osservati nelle 12 ASL del Lazio.
2. La standardizzazione diretta con popolazione europea come standard. I tassi età specifici sono grezzi.
3. Studio di popolazione mediante endoscopia ed istologia in diverse città italiane, (1)
4. Stima da studio di popolazione per maschi e femmine tutte le età, 1978-87(2)

Tabella B.43 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **Morbo di Chron** per ASL di residenza. Maschi e femmine.

	RICOVERI (x 1.000)					
	Tutte le età			35+		
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	
ASL						
Roma A	0,30	0,32	0,26 - 0,38	0,28	0,29	0,23 - 0,36
Roma B	0,19	0,18	0,15 - 0,21	0,20	0,20	0,16 - 0,25
Roma C	0,19	0,18	0,15 - 0,22	0,21	0,22	0,17 - 0,28
Roma D	0,28	0,30	0,25 - 0,36	0,22	0,22	0,17 - 0,28
Roma E	0,23	0,24	0,20 - 0,29	0,22	0,24	0,19 - 0,31
Roma F	0,21	0,20	0,15 - 0,26	0,22	0,22	0,15 - 0,31
Roma G	0,17	0,16	0,13 - 0,21	0,19	0,20	0,15 - 0,26
Roma H	0,22	0,21	0,17 - 0,26	0,20	0,20	0,15 - 0,26
Viterbo	0,32	0,33	0,27 - 0,40	0,28	0,32	0,24 - 0,43
Rieti	0,14	0,14	0,09 - 0,22	0,15	0,15	0,09 - 0,26
Latina	0,18	0,17	0,14 - 0,21	0,14	0,14	0,10 - 0,19
Frosinone	0,20	0,22	0,18 - 0,26	0,11	0,12	0,08 - 0,16
Totale	**0,22**	**0,22**	**0,21 - 0,23**	**0,20**	**0,21**	**0,19 - 0,22**

Tabella B.44 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **colite ulcerosa** per ASL di residenza. Maschi e femmine.

	RICOVERI (x 1.000)					
	Tutte le età			35+		
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	
ASL						
Roma A	0,28	0,24	0,20 - 0,29	0,33	0,32	0,26 - 0,39
Roma B	0,21	0,18	0,15 - 0,22	0,24	0,23	0,19 - 0,29
Roma C	0,20	0,17	0,14 - 0,21	0,23	0,22	0,17 - 0,28
Roma D	0,22	0,19	0,16 - 0,23	0,27	0,25	0,20 - 0,32
Roma E	0,20	0,17	0,14 - 0,21	0,24	0,23	0,18 - 0,29
Roma F	0,19	0,16	0,12 - 0,22	0,20	0,18	0,13 - 0,26
Roma G	0,24	0,22	0,18 - 0,26	0,29	0,29	0,23 - 0,37
Roma H	0,26	0,23	0,19 - 0,27	0,34	0,32	0,26 - 0,39
Viterbo	0,23	0,21	0,16 - 0,27	0,26	0,24	0,18 - 0,33
Rieti	0,13	0,13	0,08 - 0,21	0,14	0,13	0,07 - 0,23
Latina	0,28	0,25	0,21 - 0,30	0,32	0,31	0,25 - 0,38
Frosinone	0,17	0,16	0,13 - 0,20	0,20	0,20	0,15 - 0,26
Totale	**0,22**	**0,20**	**0,18 - 0,21**	**0,26**	**0,25**	**0,23 - 0,27**

Bibliografia essenziale

[1] Tragnone A et al. Incidence of inflammatory bowel disease disease in Italy: a nationwide population-based study. Int J Epidemiol 1996; 25(5):1044-1052.

[2] Trallori G et al. Epidemiology of inflammatory bowel disease over a 10-year period in Florence (1978-87). Ital J Gastroenterol 1991 Dec;23(9):559-63.

Cirrosi

Definizione

La cirrosi epatica consiste nell'alterazione delle funzioni epatiche normali a causa di una degenerazione delle cellule epatiche; è un esito patologico comune a molti tipi di disturbi che interessano il fegato. Si inserisce nel quadro clinico di pazienti affetti da epatiti B, C e D, epatopatia alcolica, epatite autoimmune, parassitosi, stasi biliare e scompenso cardiaco congestizio, ma può essere anche la conseguenza dell'esposizione a sostanze tossiche.

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

Circa il 50 per cento di coloro che sono affetti da cirrosi avanzata muore entro due anni, e il 35 per cento entro cinque. Non è disponibile una terapia efficace per la cirrosi ma solo trattamenti di supporto; le complicanze della cirrosi sono l'ipertensione portale, il sanguinamento da varici, la splenomegalia, l'ascite, la peritonite batterica spontanea, la sindrome epatorenale, l'encefalopatia epatica e la coagulopatia.

Definizione operativa di caso, codici ICD-9 e classi d'età

I codici utilizzati sono: 571.2 e 571.5; le stime sono riportate per età 35 e più.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Non si è a conoscenza di indagini epidemiologiche affidabili e rappresentative della popolazione generale in grado di fornire stime attendibili dell'incidenza della cirrosi epatica in Italia (Commissione Epidemiologia dell'Associazione italiana per lo studio del fegato, 1997). Stime indirette dei tassi di incidenza e di prevalenza possono essere ottenute sulla base di metodi che usano dati di mortalità e di sopravvivenza [1] oltre alle indagini ISTAT sullo stato di salute.

Risultati

Nel Lazio, nella popolazione 35+ anni, si stimano 19.600 casi prevalenti di cirrosi epatica, si osservano in un anno 3.903 ricoveri ospedalieri e 604 decessi per questa patologia.

I tassi di ospedalizzazione, così come la mortalità per cirrosi, sono più alti nei maschi (1,7 per 1.000) che nelle femmine (0,67 per 1.000). Tassi di ospedalizzazione più alti si osservano nella ASL di Latina e Roma H, i tassi più bassi a Rieti e nella RM F. Il tasso di mortalità più alto si osserva nella Roma G, mentre quelli più bassi si osservano nella Roma A e nella Roma C.

Tabella B.45 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **cirrosi**. Popolazione del Lazio, età 35+ anni.

	Incidenza[3]	Prevalenza[3]	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
35-54		0,09	1,0	0,7	1,7	1,1	9,5
55-64		1,13	2,2	1,3	3,7	2,1	25,9
65-74		0,70	2,7	1,8	5,8	3,4	44,9
75+		0,21	2,5	1,8	5,3	3,7	71,0
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	78	0,04	1,7	1,1	3,2	1,9	25,5
Minimo e Massimo[1]			*1,3 1,9*	*0,86 1,38*	*2,6 3,6*	*1,7 2,2*	
Tasso standardizzato[2]			1,7	1,1	3,1	1,8	23,5
Minimo e Massimo[1]			*1,3 1,9*	*0,81 1,35*	*2,6 3,5*	*1,6 2,1*	
Femmine							
Età (anni)							
35-54		0,17	0,2	0,2	0,4	0,23	2,6
55-64		0,60	0,8	0,6	1,3	0,80	8,0
65-74		1,26	1,6	1,1	3,2	2,01	20,2
75+		1,40	1,8	1,4	3,7	2,50	46,3
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	78	0,04	0,83	0,60	1,56	1,01	13,6
Minimo e Massimo[1]			*0,56 1,00*	*0,40 0,70*	*1,06 2,13*	*0,63 1,30*	
Tasso standardizzato[2]			0,67	0,48	1,22	0,78	9,7
Minimo e Massimo[1]			*0,45 0,86*	*0,38 0,58*	*0,85 1,84*	*0,54 1,10*	

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. Incidenza e prevalenza stimata su tutte le età, maschi e femmine, usando dati di mortalità e sopravvivenza.

Tabella B.46 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **cirrosi** per ASL di residenza. Maschi e femmine, età 35+ anni.

	RICOVERI (x 1.000) 35+			MORTALITA' (x 100.000) 35+		
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	
ASL						
Roma A	1,15	1,04	0,93 - 1,16	13,3	9,9	7,1 - 13,8
Roma B	1,32	1,21	1,11 - 1,33	19,5	16,2	12,8 - 20,6
Roma C	1,28	1,13	1,02 - 1,25	13,7	10,1	7,4 - 13,9
Roma D	1,11	1,02	0,91 - 1,14	15,1	13,5	10,0 - 18,2
Roma E	1,18	1,07	0,96 - 1,19	16,5	13,9	10,4 - 18,5
Roma F	0,94	0,91	0,77 - 1,07	20,3	18,2	12,7 - 25,9
Roma G	1,18	1,15	1,02 - 1,30	27,6	25,2	19,8 - 32,2
Roma H	1,41	1,31	1,19 - 1,45	20,6	18,5	14,2 - 24,2
Viterbo	1,31	1,17	1,03 - 1,34	24,8	19,1	14,1 - 26,0
Rieti	0,95	0,89	0,72 - 1,11	26,1	19,1	12,5 - 29,2
Latina	1,43	1,34	1,21 - 1,48	16,8	15,3	11,5 - 20,4
Frosinone	1,25	1,18	1,06 - 1,32	25,1	21,0	16,5 - 26,8
Totale	**1,23**	**1,13**	**1,10 - 1,17**	**19,1**	**15,9**	**14,7 - 17,3**

Bibliografia essenziale

[1] Corrao G et al. Epidemiology of chronic liver disease in Italy. It J Gastroenterol 1994; 26:44-9.

Emorragia del tratto digerente superiore

Definizione

Le cause più frequenti di emorragie dell'apparato digerente superiore sono la malattia ulcerosa peptica, la gastrite erosiva spesso associata all'assunzione di farmaci gastrolesivi e le varici esofagee e gastriche nel paziente cirrotico o con ipertensione portale.

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

In un'alta percentuale di casi (80%) la risoluzione è spontanea. La prognosi dipende dalla gravità della lesione emorragica valutabile attraverso l'esame endoscopico e i parametri obiettivi e biochimici. La mortalità per emorragia del tratto digerente superiore varia tra il 6 e il 12% ed è maggiore nelle emorragie da varici esofagee.

Definizione di caso, codici ICD-9 e classi d'età

Per l'ospedalizzazione sono stati utilizzati i codici ICD-9 descritti per la mortalità più i seguenti codici ICD-9 CM: 53.082, 53.501, 53.511, 53.521', 53.531, 53.541, 53.551, 53.561, 53.783, 56.202, 56.203

Per la mortalità: 5.307, 5.780-5.781, 5.310, 5.312, 5.314, 5.316, 5.320, 5.322, 5.324, 5.326, 5.330, 5.332, 5.334, 5.336, 5.340, 5.342, 5.344, 5.346, 5.789. Le stime sono riportate per età 15 e più.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

I dati disponibili in letteratura, in particolare per quanto riguarda l'Italia, sono scarsi; tutte le stime d'incidenza fanno riferimento ad uno studio principale condotto in Gran Bretagna basato sulle diagnosi di ricovero in pronto soccorso [1]. Una analisi condotta per un periodo di 27 mesi nella provincia di Treviso ha evidenziato una incidenza sovrapponibile a quella inglese [2]. In considerazione della gravità della condizione, i tassi di ospedalizzazione rappresentano una buona stima dell'incidenza.

Risultati

Nel Lazio, nella popolazione 15+ anni, si osservano 2.571 ricoveri ospedalieri per emorragia del tratto digerente superiore e 242 decessi per questa patologia.

I dati di popolazione disponibili sull'incidenza di emorragia del tratto digestivo superiore sono scarsi e poco indicativi. I tassi di ospedalizzazione mostrano un rapporto maschi femmine di 2:1 che si osserva anche nella mortalità. I tassi di ospedalizzazione non mostrano sostanziali differenze tra ASL. Non si osservano differenze significative di mortalità per ASL.

Tabella B.47 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **emorragie del tratto digerente superiore**. Popolazione del Lazio, età 15+ anni.

	Incidenza[3]	Prevalenza	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
15-34			0,13	0,13	0,16	0,16	0,0
35-54			0,40	0,39	0,55	0,52	0,9
55-64		n.a.	0,84	0,82	1,22	1,16	2,0
65-74	214		1,49	1,43	2,21	2,10	9,0
75+	485		3,17	3,07	4,58	4,43	53,2
Età 15+ anni							
Tasso grezzo			0,71	0,69	1,01	0,97	5,6
Minimo e Massimo[1]			*0,55 0,81*	*0,53 0,81*	*0,80 1,16*	*0,76 1,11*	
Tasso standardizzato[2]			0,61	0,59	0,86	0,83	4,5
Minimo e Massimo[1]			*0,46 0,71*	*0,44 0,69*	*0,72 1,08*	*0,69 1,03*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	103-112[4]		0,98	0,94	1,40	1,34	8,1
Minimo e Massimo[1]			*0,76 1,10*	*0,72 1,07*	*1,09 1,66*	*1,04 1,56*	
Tasso standardizzato[2]			0,88	0,85	1,26	1,20	7,1
Minimo e Massimo[1]			*0,65 1,04*	*0,62 1,02*	*1,03 1,62*	*0,98 1,53*	
Femmine							
Età (anni)							
15-34			0,07	0,07	0,10	0,09	0,0
35-54			0,14	0,13	0,21	0,20	0,1
55-64		n.a.	0,32	0,31	0,49	0,47	0,0
65-74	214		0,70	0,68	1,07	1,03	2,7
75+	485		2,21	2,11	3,11	2,97	42,6
Età 15+ anni							
Tasso grezzo			0,45	0,43	0,66	0,63	5,2
Minimo e Massimo[1]			*0,29 0,63*	*0,28 0,59*	*0,40 0,84*	*0,38 0,78*	
Tasso standardizzato[2]			0,29	0,28	0,43	0,42	2,5
Minimo e Massimo[1]			*0,21 0,37*	*0,21 0,34*	*0,30 0,54*	*0,28 0,52*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	103-112[4]		0,60	0,57	0,87	0,84	7,2
Minimo e Massimo[1]			*0,40 0,80*	*0,38 0,74*	*0,55 1,07*	*0,53 1,00*	
Tasso standardizzato[2]			0,42	0,40	0,62	0,60	3,8
Minimo e Massimo[1]			*0,31 0,51*	*0,30 0,49*	*0,43 0,78*	*0,41 0,74*	

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. Incidenza stimata su maschi e femmine, Gran Bretagna, 1993 (1).
4. Incidenza stimata su maschi e femmine, Gran Bretagna-Italia (Treviso) (2)

Tabella B.48 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **emorragie del tratto digerente superiore** per ASL di residenza. Maschi e femmine.

	RICOVERI (x 1.000)						MORTALITA' (x 100.000)					
	15+			35+			15+			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%)	
ASL												
Roma A	0,59	0,41	0,35 - 0,47	0,75	0,58	0,51 - 0,67	5,7	2,6	1,7 - 4,1	7,6	4,1	2,6 - 6,3
Roma B	0,61	0,51	0,45 - 0,57	0,83	0,74	0,66 - 0,83	4,6	3,4	2,3 - 5,1	6,7	5,3	3,6 - 7,9
Roma C	0,71	0,49	0,44 - 0,55	0,91	0,68	0,61 - 0,77	8,3	4,7	3,3 - 6,5	11,2	7,3	5,2 - 10,1
Roma D	0,63	0,49	0,43 - 0,55	0,83	0,69	0,60 - 0,78	6,4	4,1	2,8 - 6,0	9,0	6,4	4,4 - 9,3
Roma E	0,60	0,44	0,38 - 0,50	0,77	0,61	0,54 - 0,70	5,4	2,9	1,9 - 4,5	7,4	4,6	3,0 - 7,0
Roma F	0,48	0,40	0,33 - 0,49	0,63	0,55	0,45 - 0,67	3,5	2,6	1,3 - 5,2	5,1	4,0	2,0 - 8,1
Roma G	0,49	0,40	0,34 - 0,47	0,69	0,59	0,51 - 0,69	6,9	4,8	3,2 - 7,1	10,1	7,4	5,0 - 11,1
Roma H	0,60	0,51	0,44 - 0,58	0,83	0,74	0,65 - 0,84	3,3	2,4	1,4 - 4,2	4,8	3,8	2,2 - 6,6
Viterbo	0,56	0,40	0,34 - 0,47	0,78	0,62	0,52 - 0,73	3,9	2,2	1,1 - 4,1	5,4	3,4	1,7 - 6,5
Rieti	0,62	0,41	0,33 - 0,52	0,85	0,63	0,49 - 0,80	6,8	3,6	1,7 - 7,3	9,4	5,6	2,7 - 11,4
Latina	0,44	0,37	0,32 - 0,43	0,61	0,53	0,46 - 0,62	4,6	3,4	2,2 - 5,3	6,9	5,3	3,4 - 8,2
Frosinone	0,52	0,39	0,34 - 0,45	0,71	0,55	0,48 - 0,64	5,0	2,9	1,9 - 4,5	7,3	4,6	3,0 - 7,1
Totale	**0,57**	**0,44**	**0,42 - 0,46**	**0,77**	**0,63**	**0,61 - 0,66**	**5,4**	**3,3**	**2,9 - 3,8**	**7,7**	**5,2**	**4,6 - 5,9**

Bibliografia essenziale

[1] Rockall TA et al. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. BMJ 1995;311:222-226.

[2] Loperfido S. Incidence of gastrointestinal bleeding in Italy is similar to that in Britain. BMJ 1995;311:874 (Letter).

Dipendenza da sostanze stupefacenti

Definizione

La definizione di dipendenza da sostanze segue criteri ben definiti, descritti nel DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Desorders) basati sulla frequenza di assunzione nell'ultimo anno [1].

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

La storia naturale della dipendenza patologica da sostanze è estremamente variabile a seconda della sostanza d'uso, della modalità di assunzione e del contesto socio-culturale. I tossicodipendenti hanno una maggiore probabilità di ospedalizzazione e di morte, rispetto alla popolazione generale, a parità di genere e classe di età. La maggior parte delle conoscenze disponibili è relativa alla dipendenza da eroina. I tassi di mortalità per tutte le cause dei tossicodipendenti da eroina sono pari a 0,12/100.000 per i maschi e 0,08/100.000 nelle femmine [2]. Le principali cause di morte sono overdose, cause violente e malattie infettive.

Definizione di caso, codici ICD-9 e classi d'età

(292.0, 304.0, 304.2, 304.4, 304.5, 304.7, 304.9, 305.3, 305.5, 305.6, 305.7, 305.9, 965.0, 968.5, 969.6, 969.7, E850.0, E855.2). Le stime di prevalenza sono riportate per le età comprese tra 15 e 64 anni, le stime di ospedalizzazione e mortalità riguardano la classe 0-64 anni.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Le stime di prevalenza, ottenute utilizzando metodi indiretti (cattura-ricattura, moltiplicatore) sono disponibili solo a livello nazionale, per tutte le età e non separatamente per maschi e femmine. La stima della prevalenza misurata sulla base delle persone in trattamento presso i servizi specialistici rappresenta circa un terzo della stima complessiva.

Risultati

Nel Lazio, nel 2004, nella fascia d'età 15-64 anni sono presenti 13.300 tossicodipendenti in trattamento; si osservano ogni anno 1.416 ricoveri ospedalieri e 64 decessi per questa condizione. La prevalenza misurata sulla base delle persone in trattamento rappresenta una sottostima della prevalenza "vera" di circa la metà.

I tassi di ospedalizzazione e mortalità considerano esclusivamente le cause strettamente associate all'uso di sostanze. Si osservano forti differenza nell'ospedalizzazione e nella mortalità nei due generi, con rapporti maschi:femmine di circa 3:1 e 9:1 rispettivamente. I tassi più elevati si registrano in corrispondenza della classe di età 35-54 anni. La distribuzione dei ricoveri per ASL mostra tassi più elevati a Roma rispetto alle altre province. Tassi di mortalità più alti sono presenti nella Roma B e nella Roma E.

Tabella B.49 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **dipendenza da sostanze stupefacenti**. Popolazione del Lazio, età 0-65 anni.

	Incidenza[3]	Prevalenza[4]	Diagnosi principale		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)		(x 100.000)
Maschi					
Età (anni)					
0-14			0,01	0,01	0,00
15-34		0,80	0,53	0,45	3,77
35-54		0,80	0,84	0,57	3,97
55-64		0,06	0,09	0,05	1,00
Età 0-65 anni					
Tasso grezzo[4]	0,09	0,67	0,42	0,31	2,77
Minimo e Massimo[1]			*0,08 0,69*	*0,08 0,52*	
Tasso standardizzato[2]		0,68	0,36	0,27	2,35
Minimo e Massimo[1]			*0,08 0,57*	*0,08 0,44*	
Femmine					
Età (anni)					
0-14			0,01	0,01	0,00
15-34		0,14	0,19	0,18	0,61
35-54		0,11	0,31	0,20	0,25
55-64		0,01	0,05	0,04	0,00
Età 0-65 anni					
Tasso grezzo[4]	0,09	0,10	0,13	0,08	0,28
Minimo e Massimo[1]			*0,02 0,24*	*0,02 0,15*	
Tasso standardizzato[2]		0,08	0,11	0,07	0,25
Minimo e Massimo[1]			*0,01 0,20*	*0,01 0,14*	

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. Incidenza calcolata con il metodo della back-calculation, Italia anno 2004; denominatore popolazione italiana 1° Gennaio 2004 range età 15-54 anni
4. Utenti in carico presso i Sert e gli enti del Privato Sociale. Lazio anno 2004; denominatore popolazione del Lazio al 1° Gennaio 2004 range età 15-64 anni

Tabella B.50 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **dipendenza da sostanze stupefacenti** per ASL di residenza. Maschi e femmine, età 0-65 anni.

	RICOVERI (x 1.000) 0-65				**MORTALITA' (x 100.000) 0-65**			
	Tasso Grezzo	**Tasso standardizzato (IC 95%)**			**Tasso Grezzo**	**Tasso standardizzato (IC 95%)**		
ASL								
Roma A	0,53	0,45	0,39	- 0,52	1,41	1,08	0,45	- 2,61
Roma B	0,49	0,42	0,37	- 0,47	2,68	2,21	1,30	- 3,75
Roma C	0,36	0,31	0,26	- 0,37	1,73	1,40	0,66	- 2,94
Roma D	0,45	0,37	0,32	- 0,43	1,69	1,84	0,86	- 3,92
Roma E	0,53	0,45	0,39	- 0,52	2,82	2,32	1,28	- 4,20
Roma F	0,18	0,16	0,11	- 0,21	1,77	1,40	0,53	- 3,74
Roma G	0,23	0,19	0,16	- 0,24	0,84	0,74	0,24	- 2,32
Roma H	0,28	0,24	0,20	- 0,30	1,01	0,85	0,31	- 2,31
Viterbo	0,11	0,10	0,07	- 0,15	2,58	2,14	0,96	- 4,77
Rieti	0,13	0,12	0,07	- 0,21	0,85	0,73	0,10	- 5,15
Latina	0,22	0,19	0,16	- 0,23	0,23	0,20	0,03	- 1,44
Frosinone	0,16	0,14	0,11	- 0,18	0,25	0,22	0,03	- 1,54
Totale	**0,33**	**0,29**	**0,27**	**- 0,30**	**1,51**	**1,28**	**1,00**	**- 1,64**

Bibliografia essenziale

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

[2] Monografie, pubblicazioni studio VEDeTTE – www.studio-vedette.it.

[3] Relazione Annuale sullo Stato delle Tossicodipendenze in Italia, anno 2004 – http://www.unicri.it/wwk/publications/dacp/.

[4] Pasqualini F et al. Sistema di Sorveglianza sulle Tossicodipendenze Regione Lazio, 2004. Dipartimento di Epidemiologia ASL RM E

Insufficenza renale cronica

Definizione

L'insufficienza renale cronica (IRC) è una patologia evolutiva a carattere degenerativo che conduce progressivamente ad un danno d'organo irreversibile e, negli stadi più avanzati, richiede trattamento sostitutivo della funzione renale un programma di dialisi o trapianto di rene.

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

L'insufficienza renale cronica può essere causata da molte, differenti patologie: ipertensione arteriosa ed arteriosclerosi, diabete, glomerulonefriti; nefropatie, infettive o tossiche, anche da abuso di farmaci. Le principali complicanze dell'insufficienza renale cronica, specie se scompensata, sono rappresentate dall'ipertensione, scompenso cardiaco, pericardite, malnutrizione e anemia, osteite fibrosa. Il trattamento è mirato principalmente a ridurne la progressione la condizione di insufficienza renale cronica terminale che determina la necessità del trattamento dialitico o del trapianto di rene. I pazienti con insufficienza renale cronica vengono assistiti in regime specialistico ambulatoriale e di ricovero ospedaliero (day hospital e ordinari). Il trattamento dialitico presenta un elevato impegno assistenziale.

Definizione operativa di caso, codici ICD-9 e classi d'età

La diagnosi di caso non distingue la fase pre-dialitica dalla fase terminale dialitica, si tratta genericamente di insufficienza renale cronica (Codice ICD -9: 585) e insufficienza renale non specificata (codice ICD-9: 586); le stime sono riportate per tutte le età.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Nel Lazio sono disponibili i dati del Registro Dialisi [1] che riporta, per il 2004, una prevalenza di pazienti in trattamento dialitico pari a 0,076% della popolazione residente nel Lazio e un'incidenza di nuovi pazienti in trattamento dialitico di 16,3/100.000 [1]. Sono invece limitate le evidenze sulla dimensione della insufficienza renale cronica nella fase pre-dialitica. Due recenti revisioni di letteratura internazionale [2], [3] riportano stime di prevalenza nei vari stadi di insufficienza renale cronica, da 1 a 5, da cui è possibile estrapolare stime di prevalenza riferite alla popolazione residente nella regione Lazio.

Risultati

Dai dati di letteratura si stima nel Lazio una prevalenza complessiva di persone con insufficienza renale cronica (tutti gli stadi, da pre-dialitico a terminale) pari a 410.000. Dai dati del registro regionale dialisi, nel Lazio vi sono ogni anno 841 nuovi casi incidenti di insufficienza renale cronica in trattamento dialitico mentre la prevalenza è pari a 3.921 casi. I ricoveri ospedalieri sono pari a 4.599 mentre la mortalità è di 407 persone.

I tassi di ospedalizzazione per insufficienza renale cronica sono il doppio nei maschi rispetto alle femmine; la ASL in cui si osservano i tassi di ospedalizzazione più bassi sono la ASL Roma G e Roma F, mentre la ASL con i tassi più alti è la

ASL di Frosinone. La mortalità mostra una certa variabilità tra ASL, con il tasso più basso osservato nella ASL di Rieti ed un tasso circa sei volte più alto nella ASL Roma B.

Tabella B.51 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **insufficienza renale cronica**. Popolazione del Lazio, tutte le età.

	Incidenza	Prevalenza	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
0-14			0,11	0,07	0,2	0,1	0,0
15-34			0,16	0,11	0,3	0,2	0,0
35-54			0,41	0,34	1,0	0,7	1,5
55-64			1,18	0,91	4,0	2,9	4,3
65-74			2,58	2,12	11,8	8,8	12,7
75+			6,59	5,60	35,8	28,0	93,2
Tutte le età							
Tasso grezzo	16,30	0,08	1,00	0,81	4,3	3,3	8,1
Minimo e Massimo[1]			*0,55 1,42*	*0,45 1,14*	*3,1 6,1*	*2,2 4,7*	
Tasso standardizzato[2]			0,77	0,62	3,2	2,4	5,9
Minimo e Massimo[1]			*0,48 1,12*	*0,38 0,91*	*2,5 4,0*	*1,8 2,9*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo			1,6	1,3	7,2	5,5	13,8
Minimo e Massimo[1]			*0,81 2,21*	*0,69 1,81*	*5,2 9,7*	*3,8 7,6*	
Tasso standardizzato[2]			1,4	1,1	6,1	4,6	11,8
Minimo e Massimo[1]			*0,76 2,09*	*0,63 1,70*	*4,7 7,7*	*3,4 5,7*	
Femmine							
Età (anni)							
0-14			0,06	0,04	0,1	0,1	0,0
15-34			0,10	0,08	0,2	0,1	0,0
35-54			0,23	0,20	0,6	0,4	0,4
55-64			0,73	0,57	1,9	1,3	3,5
65-74			1,61	1,31	5,5	4,0	9,1
75+			4,17	3,57	18,3	14,7	60,9
Tutte le età							
Tasso grezzo	16,30	0,08	0,78	0,65	2,9	2,2	7,6
Minimo e Massimo[1]			*0,37 1,13*	*0,32 0,93*	*2,1 5,4*	*1,7 4,2*	
Tasso standardizzato[2]			0,46	0,38	1,5	1,2	3,5
Minimo e Massimo[1]			*0,27 0,79*	*0,23 0,64*	*1,3 2,3*	*0,9 1,7*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo			1,2	1,0	4,5	3,5	12,1
Minimo e Massimo[1]			*0,54 1,83*	*0,50 1,49*	*3,4 8,2*	*2,7 6,4*	
Tasso standardizzato[2]			0,8	0,7	2,9	2,2	7,1
Minimo e Massimo[1]			*0,43 1,50*	*0,40 1,20*	*2,3 4,4*	*1,8 3,3*	

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

Tabella B.52 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **insufficienza renale cronica** 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%)	
ASL												
Roma A	0,95	0,49	0,44 - 0,55	1,41	0,92	0,83 - 1,02	10,5	4,3	3,2 - 5,8	15,9	8,6	6,4 - 11,6
Roma B	0,81	0,59	0,54 - 0,65	1,30	1,11	1,01 - 1,21	9,2	6,5	5,0 - 8,5	15,5	13,0	10,0 - 16,9
Roma C	0,82	0,48	0,43 - 0,53	1,23	0,88	0,79 - 0,97	10,0	4,4	3,3 - 5,8	15,5	8,8	6,6 - 11,7
Roma D	0,72	0,51	0,46 - 0,56	1,12	0,95	0,85 - 1,05	8,9	5,7	4,3 - 7,7	14,5	11,5	8,5 - 15,5
Roma E	0,85	0,52	0,47 - 0,58	1,28	0,93	0,84 - 1,03	9,0	4,7	3,5 - 6,4	14,2	9,4	7,0 - 12,8
Roma F	0,53	0,40	0,34 - 0,48	0,84	0,72	0,60 - 0,86	4,5	3,1	1,7 - 5,5	7,6	6,2	3,4 - 11,0
Roma G	0,46	0,37	0,32 - 0,43	0,67	0,59	0,50 - 0,69	7,5	4,9	3,4 - 6,9	13,0	9,7	6,8 - 13,9
Roma H	1,22	0,93	0,86 - 1,02	2,01	1,75	1,60 - 1,90	3,2	2,4	1,4 - 4,0	5,5	4,7	2,8 - 7,9
Viterbo	1,27	0,74	0,66 - 0,82	1,92	1,29	1,16 - 1,45	7,8	3,5	2,3 - 5,4	12,4	7,0	4,6 - 10,8
Rieti	1,17	0,68	0,58 - 0,80	1,76	1,25	1,06 - 1,48	2,6	1,1	0,4 - 2,9	4,2	2,1	0,8 - 5,8
Latina	0,87	0,66	0,60 - 0,73	1,38	1,14	1,03 - 1,27	6,4	4,4	3,1 - 6,2	11,3	8,7	6,1 - 12,4
Frosinone	1,12	0,77	0,71 - 0,84	1,86	1,46	1,33 - 1,60	8,6	4,8	3,5 - 6,6	14,6	9,6	7,0 - 13,2
Totale	**0,88**	**0,59**	**0,57 - 0,61**	**1,38**	**1,08**	**1,04 - 1,11**	**7,8**	**4,5**	**4,0 - 4,9**	**12,9**	**8,9**	**8,1 - 9,9**

Bibliografia essenziale

[1] Di Napoli A, Di Lallo D, Pezzotti P et al. Registro Dialisi Lazio. Rapporto 2004. Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio.

[2] Stigani C et al. Nephrology: 4. Strategies for the care of adults with chronic kidney disease. CMAJ 2003; 168(12): 1553-60.

[3]. Meguid A et al. Chronic kidney disease: the global challenge. The Lancet 2005; 365: 333-40.

Neonati altamente pretermine

Definizione

I nati altamente pre-termine (età gestazionale tra 22 e 31 settimane), e di conseguenza con un peso alla nascita minore di 1.500 grammi, contribuiscono per circa il 40% alla mortalità nel primo anno di vita [1], [2]. Insieme alle malformazioni congenite, la prematurità rappresenta la prima causa di morbosità neonatale e perinatale (17,5%).

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

Le cause della prematurità non sono completamente note. Tra queste ci sono le gravidanze multiple, l'infezione delle membrane fetali e il distacco della placenta. La percentuale di bambini nati prima delle 37 settimane è aumentata nel corso degli anni, dal 9% degli anni '80 al 12% del 2000 [3]. I bambini di basso peso, nati con un elevato livello di prematurità, hanno un rischio di mortalità molto elevato [4]. La mortalità, oltre che la gravità clinica, sembra essere influenzata anche da fattori assistenziali/organizzativi come il volume dei parti e la grandezza della terapia intensiva neonatale (TIN). I nati altamente pre-termine che vengono dimessi vivi dalle TIN hanno dei rischi di ospedalizzazione nel primo anno di vita maggiore dei bambini nati a termine. Le principali complicanze che richiedono l'ospedalizzazione sono le infezioni respiratorie, e le malattie polmonari croniche. Questi neonati vengono assistiti in Terapia intensiva neonatale (TIN) al momento della nascita, e successivamente con ricoveri per complicanze successive alla dimissione dalla TIN, in particolare nel primo anno di vita.

Definizione operativa di caso e classi di età.

Sono stati considerati i bambini nati con una età gestazionale <32 settimane.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Nel periodo 2003-2004 è stato realizzato uno studio collaborativo tra i 57 reparti di ostetricia e di neonatologia del Lazio, finalizzato a descrivere, tra le altre cose, le caratteristiche dei nati vivi di età gestazionale fra 22 e 31 settimane. Per i nati vivi sono stati inclusi anche i bambini con peso alla nascita <= 1.500 grammi. Lo studio si inserisce all'interno di due progetti di ricerca multicentrici, di cui uno europeo con 10 paesi partecipanti (MOSAIC) e l'altro, a livello nazionale, che rappresenta la realtà di 6 regioni italiane.

Da questo studio sono stati derivati:

- La proporzione di nati vivi per età gestazionale tra 22 e 31 settimane
- il tasso di mortalità per classe di età gestazionale
- gli esiti alla dimissione predittivi di disabilità per classe di età gestazionale
- i tassi di ospedalizzazione nel primo anno di vita dei 361 bambini nati nel 2003 e dimessi vivi dall'unità intensiva neonatale

Risultati

Nello studio di popolazione su bambini molto prematuri nati nel Lazio nel periodo 2003-2004 sono stati osservati in due anni 1.012 bambini per una proporzione di nati con età gestazionale tra 22 e 31 settimane pari allo 0,9%. Questa proporzione aumenta dallo 0,03% nella classe 22-23 settimane allo 0,38% nella classe 30-31 settimane. Dei 1.012 bambini studiati, il 19,8% è deceduto, il 15,1% è stato dimesso con esiti predittivi di disabilità e il 65% è stato dimesso senza esiti sfavorevoli. Queste percentuali variano molto per classe di età gestazionale con un aumento della mortalità al diminuire della classe di età gestazionale (da 3,8% nella classe 30-31 a 86,2% nella classe 22-23), un aumento della dimissione con esiti predittivi di disabilità al diminuire della classe (da 8,9% nella classe 30-31 a 21,52% nella classe 23-24), ad eccezione della classe 22-23 che mostra una percentuale di esiti minore, dovuta all'alto tasso di mortalità della classe stessa. La percentuale di bambini dimessi sani aumenta invece da 6,9% nella classe 22-23 settimane a 87,3% nella classe 30-31.

Per 361 dei nati altamente pre-termine nel 2003 è stato eseguito un follow-up di ospedalizzazione nei 12 mesi successivi alla nascita in cui il 19% dei bambini era stato ricoverato una sola volta e l'11,6% di bambini due o più volte per un totale del 30,6% di bambini ricoverati almeno una volta nel primo anno di vita.

Tabella B.53 Età gestazionale, mortalità e ricoveri ospedalieri in **neonati altamente pre-termine**

Età gestazionale (settimane)	Prevalenza alla nascita		Deceduti	Dimessi senza esiti	Dimessi con esiti[1]	Ricoverati[2]
	%	(N)	%	%	%	%
22-23	0,03	(38)	86,2	6,9	6,9	0
24-25	0,1	(114)	67,3	21,5	11,2	43,8
26-27	0,17	(195)	28,3	24,1	47,6	36,4
28-29	0,21	(237)	12,3	17	70,6	25,6
30-31	0,38	(428)	3,8	8,9	87,3	30,5
Totale (22-31)	0,9	(1012)	19,8	15,1	65,1	30,7

1. Esiti predittivi di disabilità
2. % di ricoverati almeno 1 volta nei 12 mesi successivi alla dimissione tra i 361 bambini nati nel 2003 dimessi vivi dalla TIN.

Bibliografia essenziale

[1] Mc Cormick MC. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. N Engl J Med 1985; 312: 82-90.

[2] Le Nascite nel Lazio. Anno 2003. A cura di A. Spinelli, A. Polo, D. Di Lallo, P. Papini, G. Guasticchi. Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. Luglio 2005.

[3] Hoyert DL, Mathews TJ, Menacker F, strobino DM, Guyer B. Annual summary of vital statistics: 2004. Pediatrics 2006; 117: 2338.

[4] Hack M, Horbar JD, Malloy MH, et al. Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Network. Pediatrics 1991; 87: 587-597.

Frattura del collo del femore nell'anziano

Definizione

Le fratture del femore, più precisamente del collo del femore, sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana; si dividono in mediali o intracapsulari (sottocapitate e mediocervicali con rischio di necrosi asettica della testa) e laterali o extracapsulare (basicervicali, pertrocanteriche e sottotroncanteriche). Nella maggior parte dei casi sono causate da patologie croniche dell'osso (es. osteoporosi senile) e si verificano per traumi a bassa energia (cadute accidentali in ambiente domiciliare) prevalentemente a donne che alle elevate condizioni di osteoporosi grave associano molto spesso patologie internistiche e della coordinazione motoria.

Epidemiologia

Si stima che in Italia le fratture del collo del femore siano circa 90.000 all'anno, responsabili di una spesa di oltre 800 milioni di Euro solo per l'assistenza ospedaliera,e, nelle persone sopra i 65 anni, il numero è aumentato del 10% negli ultimi anni [1]. Le conseguenze legate alle fratture del femore sono pesanti, sia in termini di morbidità che di impatto socio-economico. La mortalità è del 15-25% e la disabilità motoria colpisce più della metà dei pazienti nell'anno successivo all'evento. Inoltre, in circa il 20% la possibilità di camminare indipendentemente è persa completamente e solo il 30-40% riprende piena autonomia nelle attività quotidiane [2]. I pazienti con frattura del collo del femore vengono assistiti principalmente in regime di ricovero per acuti.

Definizione operativa di caso, codici ICD-9 e classi d'età

Codice ICD-9 per stima ricoveri e mortalità: 820.xx; per lo studio delle ospedalizzazioni sono stati esclusi i ricoveri per politrauma (DRG 484-487) e quelli con diagnosi concomitante di tumore maligno (codici ICD-9 140-239). Le stime sono riportate per età 65 e più.

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Considerata la gravità dell'evento, il tasso di ospedalizzazione per frattura del collo del femore può essere considerato un'ottima approssimazione dell'incidenza.

Risultati

La frattura del collo del femore è una condizione ad elevato impatto socio-sanitario tra la popolazione anziana; ogni anno si ospedalizzano nel Lazio per questa patologia circa 7.000 persone ultrasessantacinquenni, con un tasso standardizzato pari a 4 ricoveri su 1.000 tra i maschi e circa 8 ricoveri su mille tra le femmine. Esiste una discreta variabilità geografica nel tasso di ospedalizzazione, con valori più elevati osservati nelle ASL di Roma rispetto alle altre ASL del Lazio. Il tasso di mortalità della frattura del collo del femore osservato nel Lazio è per entrambi i sessi di circa 30 decessi su 100.000 abitanti. Anche per la mortalità, tra i residenti nelle ASL di Roma si osserva un tasso di mortalità che è circa 2 volte quello dei residenti nelle altre ASL del Lazio.

Tabella B.54 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **frattura del femore**. Popolazione del Lazio, età 64+ anni.

	Incidenza	Prevalenza	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
65-74		n.a.	1,52	1,37	1,65	1,45	5,3
75+			7,71	7,28	8,08	7,55	57,0
Età 64+ anni							
Tasso grezzo			3,95	3,69	4,17	3,84	25,59
Minimo e Massimo[1]			*2,83 4,84*	*2,60 4,43*	*2,93 5,02*	*2,70 4,59*	
Tasso standardizzato[2]	4,05		4,05	3,79	4,28	3,96	28,52
Minimo e Massimo[1]			*2,81 4,88*	*2,56 4,50*	*3,20 5,17*	*2,79 4,70*	
Femmine							
Età (anni)							
65-74		n.a.	3,00	2,81	3,10	2,88	3,0
75+			17,09	16,03	17,76	16,58	78,1
Età 64+ anni							
Tasso grezzo			9,67	9,07	10,04	9,37	38,6
Minimo e Massimo[1]			*8,17 12,04*	*7,58 11,09*	*8,53 12,52*	*7,88 11,44*	
Tasso standardizzato[2]	7,97		7,97	7,48	8,27	7,71	30,5
Minimo e Massimo[1]			*6,66 8,91*	*6,28 8,23*	*6,91 9,23*	*6,44 8,47*	

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

Tabella B.55 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **frattura del femore** per ASL di residenza. Maschi e femmine.

	RICOVERI (x 1.000) 65+			MORTALITA' (x 100.000) 65+		
	Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)		Tasso Grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	
ASL						
Roma A	9,3	7,4	6,9 - 7,9	45	34	25 - 45
Roma B	6,5	6,5	6,0 - 7,0	33	37	26 - 51
Roma C	7,9	6,9	6,5 - 7,4	48	41	31 - 54
Roma D	7,4	7,1	6,6 - 7,6	43	43	31 - 59
Roma E	8,2	7,2	6,7 - 7,8	39	34	25 - 47
Roma F	6,6	6,1	5,4 - 6,9	23	23	13 - 44
Roma G	6,5	6,0	5,5 - 6,6	21	20	12 - 34
Roma H	7,6	7,1	6,5 - 7,7	22	20	12 - 33
Viterbo	6,7	5,8	5,2 - 6,4	40	36	24 - 53
Rieti	7,1	5,6	5,0 - 6,4	20	15	7 - 32
Latina	6,1	5,7	5,2 - 6,2	18	18	11 - 29
Frosinone	6,5	5,5	5,0 - 5,9	23	19	12 - 29
Totale	**7,3**	**6,5**	**6,4 - 6,7**	**33**	**30**	**27 - 33**

Bibliografia essenziale

[1] Maggi S., Farchi G., Crepaldi G: Le malattie muscolo-scheletriche. In Rapporto Stato di Salute della popolazione 2001. Ministero della Salute, 2002.

[2] European Commission. Report on osteoporosis in the European community. Action for prevention. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1998.

Malformazioni congenite compatibili con la vita

Definizione

Le malformazioni congenite sono difetti caratterizzati da un'anomalia della forma o della struttura di una parte del corpo attribuibili ad un mancato sviluppo o a una deformazione. Considerati singolarmente sono eventi piuttosto rari, la cui frequenza varia da 1 caso si 300 nati per le cardiopatie ad un caso su 20.000 nati nel caso della gastroschisi. Possono essere diagnosticate immediatamente dopo la nascita o successivamente. Nel loro insieme colpiscono circa il 3-5% di tutti i nati e sono associate a disabilità più o meno gravi. Le malformazioni congenite rappresentano, insieme alle nascite molto premature, la principale causa di morbosità neonatale e mortalità perinatale [1], [2].

Cenni sulla storia naturale della malattia e le sue complicanze

Le malformazioni congenite si sviluppano in una fase precoce della gravidanza e possono causare aborti spontanei, tanto che solo una piccola parte dei feti con malformazioni sopravvive fino alla nascita. Per questo motivo la proporzione di nati vivi affetti da malformazioni congenite è minore dell'incidenza reale e viene definita "Prevalenza alla nascita".

Le cause delle malformazioni congenite sono di natura genetica e ambientale. Nella maggior parte dei casi (80%) vi è una interazione tra fattori esogeni ed endogeni. Una piccola quota dei casi è imputabile all'esposizione a sostanze teratogene note.

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

Sono state considerate le malformazioni congenite compatibili con la vita, i cui codici sono riportati in tabella. Per la prevalenza sono stati considerati i bambini che presentavano uno dei codici in diagnosi principale o secondaria nella scheda della nascita. Sono poi stati considerati i ricoveri successivi alla nascita e la mortalità nel 1° anno di vita.

Malformazioni	Codici ICD-IX CM
Spina bifida	741
Encefalocele	742.0
Idrocefalo congenito	742.3
Palatoschisi senza labioschisi	749.0
Labioschisi, palatoschisi con labioschisi	749.1; 749.2
Anomalie congenite del cuore	745 e 746
Fistola tracheoesofagea, atresia esofagea e stenosi	750.3
Atresia e stenosi dell'intestino tenue	751.1
Atresia e stenosi dell'intestino crasso, del retto e del canale anale	751.2
Sesso indeterminato e pseudoermafroditismo	752.7
Anomalie congenita del sistema urinario*	753.1-753.9
Anomalie del cranio e delle ossa della faccia	756.0
Condrodistrofia e osteodistrofie	756.4 e 756.5
Anomalie del diaframma	756.6
Anomalie della parete addominale:onfalocele	756.70
Anomalie della parete addominale:gastroschisi	756.71
Sindrome di Down	758.0
Sindromi da delezione autosomica	758.3 e 758.5
Anomalie congenite multiple e altre anomalie	759.7 e 759.8

* escluso agenesia e disgenesia del rene

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Prevalenza alla nascita: Sistema Informativo Ospedaliero Regionale.

Ricoveri: Sistema Informativo Ospedaliero della Regione Lazio, ricoveri successivi alla nascita.

Mortalità: Registro Nominativo delle cause di morte di Roma e del Lazio.

Risultati

Nel Lazio si stimano ogni anno 1.300 malformazioni congenite alla nascita, 443 ricoveri ospedalieri e 27 Decessi. La prevalenza alla nascita è del 2,69% nei maschi e del 2,41% nelle femmine [3]. Ci potrebbe essere una sovrastima dovuta ad un impreciso accertamento diagnostico di alcune malformazioni congenite del cuore, come i difetti del setto interventricolare o del setto striale tipo ostium secundum. I tassi di ricovero sono del 10,7 e del 6,8 per 1.000. Si osserva una variabilità nei tassi di ospedalizzazione per ASL, con tassi più elevati nelle province di Latina e Viterbo e nella Roma G.

Tabella B.56 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per **malformazioni congenite**. Popolazione del Lazio, età 0-1 anno.

	Incidenza[2]	Prevalenza[3]	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età 0-1anno	n.a.						
Tasso grezzo		2,69	10,7	8,7	18,4	14,1	74,0
Minimo e Massimo[1]			*7,0 15,0*	*6,2 12,5*	*13,5 24,1*	*9,8 19,5*	
Femmine							
Età 0-1anno	n.a.						
Tasso grezzo		2,41	6,8	5,9	11,8	9,5	32,5
Minimo e Massimo[1]			*3,0 12,4*	*3,0 10,0*	*8,2 17,2*	*6,7 12,4*	

1. *Minimo e Massimo* sono i valori minimi e massimi dei tassi osservati nelle 12 ASL del Lazio.
2. Non applicabile
3. Prevalenza dei nati con malformazioni sui nati vivi

Tabella B.57 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **malformazioni congenite** per ASL di residenza. Maschi e femmine, età 0-1 anno.

	RICOVERI (x 1.000) 0-1 anno
	Tasso grezzo (IC 95%)
ASL	
Roma A	7,9 (6,9 - 8,9)
Roma B	8,3 (7,6 - 9,1)
Roma C	6,5 (5,6 - 7,4)
Roma D	6,5 (5,7 - 7,4)
Roma E	9,7 (8,8 - 10,5)
Roma F	7,2 (6,1 - 8,4)
Roma G	12,2 (11,3 - 13,2)
Roma H	8,8 (8,0 - 9,7)
Viterbo	11,7 (10,4 - 13,0)
Rieti	7,9 (6,1 - 9,8)
Latina	10,8 (10,0 - 11,7)
Frosinone	8,8 (7,8 - 9,8)
Totale	**8,8 (8,5 - 9,1)**

Bibliografia essenziale

[1] Contribution of birth defects to infant mortality – United States, 1986. In: MMWR, Vol 38, 1989, pp 633-5.

[2] Cordero JF. Finding the causes of birth defect. N Engl J Med 1994; 331: 48-49.

[3] The Epidemiology of childhood disorders. Edited by Ivan Barry Pless. 1994 Oxford University Press.

Traumatismi (diversi da frattura del collo del femore)

Definizione

Questo raggruppamento di cause, cosiddetto delle 'cause violente', comprende tutte quelle condizioni fisiche determinate da un trauma, ovvero danni seri o shock fisici come quelli dovuti a violenze o incidenti [1]: dalla semplice caduta casalinga, all'incidente stradale, agli infortuni sul lavoro, al suicidio, ecc... I traumatismi possono essere sia involontari (come ad esempio quelli causati da incidenti stradali, avvelenamenti, annegamenti, cadute, incendi e ustioni) che volontari (causati da violenza diretta su sé stessi o su altri).

Epidemiologia

A livello europeo l'insieme dei traumatismi costituisce la prima causa di morte [2] per le persone al di sotto dei 45 anni. In particolare, i traumatismi sono responsabili di 28 000 vittime all'anno fra i bambini al di sotto dei 15 anni (il 36% di tutte le morti in questa fascia di età). Chi vive in paesi a reddito medio e basso ha una probabilità circa quattro volte più alta di morire per traumatismi rispetto a chi vive in paesi ad alto reddito.

Indipendentemente dalla ricchezza del paese, i bambini, gli anziani e i poveri hanno un rischio maggiore di morire per traumatismi. In particolare, per i bambini provenienti da famiglie indigenti il rischio è 3-4 volte più alto rispetto ai bambini provenienti da famiglie agiate. L'uso di alcol e sostanze stupefacenti è considerato tra i più importanti fattori di rischio [2].

Per ogni caso fatale, si stima che 30 persone siano ospedalizzate e 300 richiedano cure a livello ambulatoriale. Tradotto in termini numerici per la regione Lazio, a fronte di 1.779 decessi per traumatismi in un anno, si verificherebbero 53.000 ricoveri [3] e 533.000 prestazioni ambulatoriali per la stessa causa. In effetti, nel 2004 sono 49.822 i ricoveri registrati dal SIO con diagnosi principale di traumatismo.

Definizione operativa di caso, codici ICD-9 e classi d'età

CODICI specifici per Traumatismi ed Avvelenamenti	
800-829 *(escluso 820)*	Frattura
830-839	Lussazioni
840-848	Distorsioni e Distrazioni delle articolazioni e dei muscoli adiacenti
850-854 e 860-869	Traumatismi intracranici esclusi quelli associati a fratture del cranio
870-897	Ferite aperte
900-904	Traumatismi dei vasi sanguigni
905-909	Postumi di traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici ed altre cause esterne
910-919	Traumatismi superficiali
920-924	Contusioni senza soluzioni di continuo
925-929	Schiacciamento
930-939	Corpo estraneo penetrato attraverso orifizio naturale
940-949	Ustioni
950-957	Traumatismi dei nervi e del midollo spinale
958-959	Alcune complicazioni traumatiche e traumatismi non specificati

Fonti dei dati per le stime di frequenza

Incidenza: stimata a partire dai dati di ricovero [3].

Ricoveri: Sistema informativo ospedaliero della regione Lazio.

Mortalità: Registro nominativo delle cause di morte di Roma e del Lazio.

Risultati

Nel Lazio ogni anno si ricoverano 49.800 persone per traumi e muoiono 1.779 individui. Il tasso di ricovero è pari a 12,3 per 1.000 nei maschi e 6,5 per 1.000 nelle femmine. I tassi sono più elevati nella classe 15-34 (e 74 e +) anni negli uomini e al di sopra dei 64 anni nelle donne. La mortalità è del 36 per 100.000 negli uomini e del 26 per 100.000 nelle donne. Tassi di ricovero più elevati si registrano nelle ASL Roma E ed F e di Rieti e Latina. La mortalità non mostra grande variabilità nella regione anche se la ASL di Rieti mostra il tasso più elevato. Se confrontato con le altre regioni italiane, il Lazio si pone nelle posizioni più alte per mortalità per traumatismi, sia nei maschi che nelle femmine [4].

Tabella B.58 Tassi di incidenza, prevalenza, ospedalizzazione e mortalità per i **traumatismi (esclusa frattura del femore)**. Popolazione del Lazio, tutte le età.

	Incidenza[3]	Prevalenza	Diagnosi principale		Qualsiasi posizione		Mortalità
			Ricoveri	Ricoverati	Ricoveri	Ricoverati	
	(x 100.000)	(x 100)	(x 1.000)				(x 100.000)
Maschi							
Età (anni)							
0-14	981		10,4	9,8	11,3	10,3	3
15-34	12.694		17,1	15,7	18,2	16,5	38
35-54	8.637		10,7	9,8	11,7	10,5	26
55-64	9.421	n.a.	8,5	7,8	9,7	8,8	29
65-74	16.046		9,4	8,8	11,6	10,7	49
75+	71.529		13,0	12,2	18,1	16,7	217
Tutte le età							
Tasso grezzo	13.381		12,1	11,2	13,5	12,3	41
Minimo e Massimo[1]			*10,9 14,0*	*10,1 13,0*	*12,2 15,8*	*11,2 14,6*	
Tasso standardizzato[2]	11.209		12,3	11,4	13,6	12,3	36
Minimo e Massimo[1]			*11,0 14,2*	*10,3 13,3*	*12,1 15,7*	*11,1 14,5*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	16.836		10,3	9,5	12,0	10,9	51
Minimo e Massimo[1]			*9,3 12,6*	*8,6 11,6*	*10,9 15,1*	*9,9 13,8*	
Tasso standardizzato[2]	14.878		10,2	9,3	11,7	10,6	47
Minimo e Massimo[1]			*9,3 12,3*	*8,6 11,3*	*10,8 14,3*	*9,8 13,0*	
Femmine							
Età (anni)							
0-14	656		6,4	6,1	6,9	6,4	2
15-34	2.602		5,4	5,0	5,8	5,4	8
35-54	2.194		4,4	4,1	4,9	4,5	7
55-64	3.512	n.a.	7,1	6,6	8,1	7,5	11
65-74	7.766		10,5	9,8	12,6	11,7	24
75+	67.833		17,7	16,7	24,0	22,3	206
Tutte le età							
Tasso grezzo	9.346		7,2	6,8	8,5	7,9	28
Minimo e Massimo[1]			*5,9 8,9*	*5,6 8,5*	*7,0 10,7*	*6,5 10,2*	
Tasso standardizzato[2]	5.131		6,5	6,1	7,3	6,8	16
Minimo e Massimo[1]			*5,6 8,0*	*5,3 7,7*	*6,4 9,0*	*6,0 8,6*	
Età 35+ anni							
Tasso grezzo	13.759		8,1	7,6	9,9	9,1	42
Minimo e Massimo[1]			*6,7 9,6*	*6,3 9,0*	*8,2 12,0*	*7,7 11,3*	
Tasso standardizzato[2]	8.515		6,9	6,4	8,2	7,6	26
Minimo e Massimo[1]			*5,9 7,8*	*5,5 7,2*	*7,2 9,1*	*6,7 8,5*	

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. Dato stimato a partire dai dati di mortalità in base al rapporto decessi/ricoveri/prestazioni ambulatoriali riportato nel testo (3)

Tabella B.59 Tassi grezzi e standardizzati (con IC 95%) di ricovero e di mortalità per **traumatismi (esclusa frattura del femore)** 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%)	
ASL												
Roma A	9,8	9,3	9,0 - 9,7	9,8	8,9	8,6 - 9,3	40	23	20 - 28	53	33	28 - 39
Roma B	8,5	8,4	8,2 - 8,7	8,1	7,8	7,5 - 8,0	29	24	21 - 28	38	34	29 - 41
Roma C	9,2	8,8	8,6 - 9,1	9,0	8,2	7,9 - 8,5	34	20	17 - 24	47	32	27 - 38
Roma D	8,5	8,5	8,2 - 8,8	8,0	7,6	7,3 - 7,9	30	22	18 - 26	40	34	29 - 41
Roma E	10,5	10,5	10,2 - 10,8	9,9	9,2	8,9 - 9,6	37	27	23 - 31	50	38	32 - 45
Roma F	10,7	10,8	10,4 - 11,2	9,8	9,4	8,9 - 9,9	31	26	21 - 33	39	33	26 - 43
Roma G	8,6	8,6	8,3 - 8,9	8,0	7,7	7,4 - 8,1	37	29	25 - 34	51	42	35 - 50
Roma H	10,0	9,9	9,6 - 10,2	9,6	9,2	8,8 - 9,5	33	28	24 - 33	44	40	33 - 47
Viterbo	9,2	8,7	8,3 - 9,0	9,4	8,7	8,3 - 9,1	37	24	19 - 30	49	34	27 - 42
Rieti	11,4	11,2	10,6 - 11,8	10,9	9,9	9,3 - 10,5	45	32	24 - 41	60	44	33 - 59
Latina	10,7	10,5	10,3 - 10,8	9,9	9,5	9,1 - 9,8	33	28	24 - 32	43	36	30 - 43
Frosinone	9,5	9,3	9,1 - 9,6	8,9	8,3	8,0 - 8,6	35	24	21 - 28	49	36	30 - 43
Totale	**9,6**	**9,4**	**9,3 - 9,5**	**9,1**	**8,6**	**8,4 - 8,7**	**34**	**25**	**24 - 26**	**46**	**36**	**34 - 38**

Bibliografia essenziale

[1]. The American Heritage® Dictionary of the English Language: Fourth Edition.
http://www.bartleby.com/61/91/T0329100.html.

[2]. Dinesh Sethi, Francesca Racioppi, Inge Baumgarten and Patrizia Vida Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. Violence and Injury Prevention - WHO European Centre for Environment and Health, Rome. WHO Regional Office for Europe - 2006.

[3]. Country classification: classification of economies. Washington, DC, World Bank, 2002 (http://www.worldbank.org/data/countryclass/countryclass.html).

[4]. Istituto Nazionale di Statistica - Stime preliminari della mortalità per causa – Anni 2001 e 2003. (http://www.istat.it/dati/dataset/20050922_00).

C. FABBISOGNO DI POSTI LETTO PER ACUTI

Introduzione

Il Piano di rientro della Regione Lazio indica come obiettivo la riduzione dei posti letto entro il 2009 fino ad un rapporto di 4,5 per 1000 abitanti, di cui uno per mille di riabilitazione post-acuzie e lungodegenza.
Strumento istituzionale privilegiato per raggiungere tale traguardo è costituito dalle procedure di accreditamento delle funzioni sanitarie di ricovero per acuti che non può prescindere da un'attenta valutazione del fabbisogno della popolazione della Regione Lazio, riportata nel dettaglio nel presente documento.
A fronte del fabbisogno stimato, l'offerta ospedaliera può configurarsi:

- a livello di singola ASL per l'offerta ospedaliera di bassa o media complessità per cui ogni azienda attiva un'offerta di strutture e servizi sufficiente a rispondere autonomamente al bisogno dei propri residenti.

- a livello regionale/sovraziendale per l'offerta ospedaliera per specifici ambiti assistenziali per cui la Regione Lazio concentra l'offerta in centri specificamente individuati.

- a livello regionale/sovraziendale per l'offerta ospedaliera di alta specialità per cui la Regione Lazio articola l'offerta in aree territoriali che fanno riferimento a centri di eccellenza.

Calcolo del fabbisogno

a. ***Calcolo del fabbisogno per specialità di media/bassa complessità***

Principi e assunzioni

- La stima del fabbisogno dei posti letto per acuti è stata effettuata sulla base dell'attuale organizzazione e suddivisione per specialità della offerta ospedaliera.
- La stima è stata effettuata, per le principali specialità di ricovero esistenti, a partire dai tassi osservati di dimissione per ASL di residenza con inclusione della mobilità passiva (ricoveri di residenti nel Lazio effettuati fuori regione).
- Il tasso complessivo di dimissione per specialità è stato ripartito tra regime ordinario e di day hospital per mezzo di un indicatore che tiene conto dell'appropriatezza della performance organizzativa. Tale approccio è stato mutuato dalla metodologia APPRO, utilizzata nel Lazio per l'applicazione della DGR 864/02 e, in ambito nazionale, per la determinazione della tariffa unica per la compensazione della mobilità interregionale (TUC) che tiene conto dei livelli di appropriatezza [1].
- Per quanto riguarda il day hospital si è assunta come inappropriata, sulla base di una stima conservativa derivante dagli studi empirici effettuati nel Lazio [2], una quota pari a circa al 25% degli accessi.

---

[1] Documento approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome il 4 Dicembre 2003.

[2] Filocamo A, Prota F, Materia E, Guasticchi G. Valutazione dell'appropriatezza dei day hospital attribuiti ai DRG esclusi dai LEA. *Tendenze Nuove* 2005: 6: 461-78.

Fonte dei dati

- Archivio SIO 2006
- Mobilità passiva 2005
- Posti letto esistenti per specialità (ultimo aggiornamento SIPLET al 31/12/2006)
- Popolazione residente Lazio 2006 (ISTAT).

Metodologia

1. Il fabbisogno dei posti letto per acuti è stato stimato, relativamente alle specialità di dimissione riportate in Tabella 1, a partire dai tassi di ospedalizzazione dei ricoveri ospedalieri ad onere SSN e tipologia per acuti [3], documentati nel Lazio nell'anno 2006 con inclusione della mobilità passiva (ultimo anno disponibile: 2005). Per onere SSN si intendono le dimissioni assegnate dal SIO a carico del SSN, incluse quelle effettuate in regime di intramoenia, con rimborso alberghiero o assistenza indiretta

2. Sono stati effettuati accorpamenti per specialità affini e sono state escluse dalla stima del fabbisogno le specialità di dimissione riportate in Tabella 2 per le quali si è ritenuto opportuno procedere con metodologie differenti riportate di seguito nel presente documento.

3. Per ciascuna specialità di dimissione è stata analizzata la distribuzione dei tassi dei ricoveri per acuti, per ASL di residenza, standardizzati per età, utilizzando tre fasce di età (0 – 14, 15 – 64, > 64 anni) e come popolazione di riferimento quella regionale.

4. Sono stati individuati, per ciascuna specialità di dimissione, i tassi standardizzati corrispondenti al terzo valore più basso della distribuzione dei tassi per ASL, che si assume possa corrispondere al tasso ottimale a fronte dell'esigenza di riduzione del tasso di ospedalizzazione.

5. I tassi età-specifici relativi a tre fasce d'età (0 – 14, 15 – 64, > 64 anni) delle ASL di cui sono stati individuati i tassi standardizzati di cui al punto 4, sono stati utilizzati nelle fasi successive.

6. Nell'ambito di ciascuna specialità è stata individuata, separatamente per le tre fasce d'età considerate, la performance organizzativa di riferimento (p). Tale valore è stato definito come il 50° percentile della distribuzione del rapporto tra i ricoveri ordinari di durata > 1 giorno e il totale della attività per istituto, limitatamente alle strutture erogatrici della Regione Lazio con casistica non inferiore alle 20 dimissioni per anno.

7. Per ciascuna specialità sono stati successivamente calcolati i tassi di ospedalizzazione per fascia d'età e per regime di ricovero, ordinario e DH, moltiplicando il tasso ottimale per fascia d'età con la specifica performance organizzativa di riferimento, in accordo con la formula seguente

   $T_O = T * p$
   $T_{DH} = T * (1-p)$

8. Per ciascuno dei tassi per specialità, per due regimi di ricovero e tre fasce d'età, sono state calcolate le dimissioni attese per ASL (tasso età specifico x popolazione residente).

9. Dal numero di dimissioni ordinarie attese si è risalito al fabbisogno di posti letto utilizzando la degenza media dei dimessi per specialità (DM) osservata nel 2006 e un tasso di occupazione (TO) pari al 75%. Per due specialità (cardiologia e neurologia), sulla base di considerazioni empiriche, è stata calcolata ed impiegata la degenza media reale che tiene conto dei trasferimenti interni.
   Per i ricoveri ordinari, è stato moltiplicato il numero atteso di dimissioni per la DM.
   Per i ricoveri in day hospital la degenza totale è stato calcolato utilizzando il numero medio di accessi (a) ridotto del 25%, per tener conto dell'inappropriatezza della degenza in day hospital. Questo numero non può comunque risultare inferiore ad uno.

[3] Con esclusione dei ricoveri in riabilitazione, lungodegenza e dei neonati.

Tenendo conto delle indicazioni della DGR 423/05[4] relativamente all'efficienza dei reparti di day surgery, si considerano 250 giorni lavorativi per i reparti di DH/DS e una rotazione pari a due passaggi al giorno per posto letto

Ordinari:
Dimissioni * DM = DT
DT / 365 = PL con TO 100%
PL / 0.75 = PL con TO 75%

Day hospital:
Dimissioni * (a * 0.75) = DT
DT / 500 = PL con TO 100%
PL / 0.75 = PL con TO 75%

Tabella C.1 - Elenco delle specialità incluse nella stima del fabbisogno con accorpamenti

Codice	Specialità
08	CARDIOLOGIA (con o senza servizio di emodinamica)
09	CHIRURGIA GENERALE
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
11	CHIRURGIA PEDIATRICA
12	CHIRURGIA PLASTICA
13	CHIRURGIA TORACICA
14	CHIRURGIA VASCOLARE
18 / 66	EMATOLOGIA e ONCOEMATOLOGIA
19	MALATTIE. ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE.
21	GERIATRIA
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI
26	MEDICINA GENERALE
29 / 48	NEFROLOGIA e NEFROLOGIA ABILITAZ. TRAPIANTO RENE
32	NEUROLOGIA
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
34	OCULISTICA
35	ODONTOSTOMATOLOGIA
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA[5]
38	OTORINOLARINGOIATRIA
39	PEDIATRIA
43	UROLOGIA
52	DERMATOLOGIA
58	GASTROENTEROLOGIA
64	ONCOLOGIA
68	PNEUMOLOGIA
70 / 74	RADIOTERAPIA e RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
78	UROLOGIA PEDIATRICA

[4] Presa d'atto dell'accordo tra Ministero della Salute e Regioni di approvazione delle linee guida per la regolamentazione delle attività chirurgiche effettuabili in regime di ricovero diurno (day surgery)

[5] Il metodo appare performante in particolare per la ginecologia escludendo dai dimessi dalla specialità quelli con DRG compreso tra 370 e 375 relativi al parto cesareo e vaginale. Per l'ostetricia si può invece assumere il fabbisogno di 10 posti letto ogni 1.000 nati l'anno per un totale di 550 posti letto (fonte dati: Sio 2006);

Tabella C.2 - Elenco delle specialità escluse dalla stima del fabbisogno

Discipline	Motivo dell'esclusione
UNITÀ CORONARIA, TERAPIA INTENSIVA, TERAPIA INTENSIVA NEONATALE, UNITÀ SPINALE, GRANDI USTIONI, EMODIALISI, BREVE OSSERVAZIONE, CARDIOCHIRURGIA, CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA, NEUROCHIRUGIA, NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	reparti in cui una quota importante di pazienti viene dimessa da altri reparti.
PSICHIATRIA	mix di ricoveri per acuti nei SPDC pubblici, e cronici nei presidi privati
IMMUNOLOGIA, ALLERGOLOGIA, ANGIOLOGIA, EMODIALISI, MEDICINA DELLO SPORT, MEDICINA DEL LAVORO, MEDICINA NUCLEARE, REUMATOLOGIA	non rappresentativi (pari a 1.4% dell'attività complessiva per i residenti del Lazio)
RIABILITAZIONE, NEONATOLOGIA, NEURORIABILITAZIONE, UNITÀ SPINALE E LUNGODEGENTI	per definizione non reparti per acuti

Tasso ottimale= Terzo Migliore	Ricoveri attesi (stimati con il metodo)			Posti letto attesi (stimati con il metodo)		
ASL	Attesi Ordinari	Attesi DH	Attesi Totale	Attesi Ordinari	Attesi DH	Attesi Totale
RM_A	45.688	31.223	76.912	1.301	183	1.484
RM_B	58.436	42.442	100.878	1.659	245	1.904
RM_C	50.538	34.947	85.485	1.436	204	1.640
RM_D	48.208	34.536	82.745	1.370	200	1.570
RM_E	47.495	33.289	80.785	1.354	193	1.547
RM_F	24.823	18.339	43.162	698	105	803
RM_G	39.526	29.034	68.560	1.113	167	1.280
RM_H	43.532	32.286	75.818	1.230	185	1.415
VT	29.420	20.381	49.801	828	119	947
RI	15.435	10.517	25.952	434	62	496
LT	47.141	34.631	81.772	1.326	199	1.525
FR	46.562	33.016	79.578	1.310	191	1.501
Totale	**496.806**	**354.641**	**851.446**	**14.059**	**2.053**	**16.112**

Tasso ottimale= Terzo Migliore	Ricoveri attesi (stimati con il metodo)			Posti letto attesi (stimati con il metodo)		
Specialità	Attesi Ordinari	Attesi DH	Attesi Totale	Attesi Ordinari	Attesi DH	Attesi Totale
08 CARDIOLOGIA	44.392	7.020	51.412	892	22	914
09 CHIRURGIA GENERALE	94.224	52.941	147.165	2.477	250	2.728
10 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	2.408	731	3.139	48	4	52
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	3.180	2.659	5.839	53	8	61
12 CHIRURGIA PLASTICA	3.153	5.430	8.582	66	25	91
13 CHIRURGIA TORACICA	1.649	81	1.730	55	-	55
14 CHIRURGIA VASCOLARE	5.842	2.441	8.284	191	17	208
18 / 66 EMATOLOGIA E ONCOEMAT.	4.846	10.760	15.606	239	82	321
19 MALAT. ENDOC. DEL RIC. E DELLA NUTR.	604	12.127	12.731	20	48	68
21 GERIATRIA	8.062	1.748	9.810	279	23	301
24 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	9.871	5.450	15.321	426	54	480
26 MEDICINA GENERALE	109.718	34.911	144.630	3.743	235	3.977
29 / 48 NEFROLOGIA E NEFROL. TRAP. RENE	5.315	2.695	8.010	170	11	181
32 NEUROLOGIA	6.750	7.114	13.864	291	32	323
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	159	7.484	7.642	4	49	53
34 OCULISTICA	6.668	35.637	42.306	63	171	234
35 ODONTOSTOMATOLOGIA	258	3.345	3.603	4	19	23
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	61.707	27.639	89.346	1.943	142	2.085
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	32.796	33.611	66.407	1.009	133	1.142
38 OTORINOLARINGOIATRIA	21.201	11.106	32.306	370	48	418
39 PEDIATRIA	27.198	19.436	46.634	394	48	442
43 UROLOGIA	20.076	11.490	31.566	516	59	575
52 DERMATOLOGIA	2.277	12.408	14.685	48	80	128
58 GASTROENTEROLOGIA	5.730	7.734	13.464	174	27	200
64 ONCOLOGIA	10.195	28.519	38.714	256	368	624
68 PNEUMOLOGIA	6.991	5.132	12.123	307	30	337
70 / 74 RADIOTERAPIA E RAD. ONCOL.	-	2.816	2.816	-	62	62
78 UROLOGIA PEDIATRICA	1.536	2.175	3.711	22	5	27
Totale	**496.806**	**354.641**	**851.446**	**14.059**	**2.053**	**16.112**

b. Calcolo del fabbisogno di posti letto per specifici ambiti assistenziali

i. Cardiochirurgia

Metodo di calcolo degli interventi e dei posti letto attesi

La stima del fabbisogno di interventi cardiochirurgici e dei posti letto dedicati è stata effettuata utilizzando l'algoritmo di seguito riportato:

- Tasso di ospedalizzazione pari a 10,0 per 10.000 residenti, riportato in letteratura internazionale per i ricoveri di cardiochirurgia (tale valore è peraltro in linea con il dato medio regionale).
- Degenza media ottimale (DM) calcolata come valore mediano delle degenze al netto del transito nei reparti di terapia intensiva (stima calcolata sui ricoveri effettuati da strutture del Lazio) e stimata pari a 11 giorni.
- Tasso di occupazione ottimale (TO) calcolato come rapporto tra la degenza al netto del transito in terapia intensiva e la degenza complessiva (viene tollerato il mancato utilizzo del posto letto per un periodo pari al transito nelle terapie intensive) e stimato pari a 0,84.
- Fabbisogno di interventi cardiochirurgici e posti letto a livello regionale calcolato come segue:
  interventi attesi = Tasso di ospedalizzazione per Popolazione residente
  giornate di degenza attese = interventi attesi x *DM*
  posti letto attesi = giornate di degenza attese / (TO x *365.25)*

Risultati

Il fabbisogno di interventi cardiochirurgici per la popolazione residente nel Lazio è risultato pari a 4.414 (10,0/10.000 x 4.413.795 residenti nel Lazio di età 18+ anni), mentre il fabbisogno di posti letto è stimabile in 158 unità, di cui 50 per ricoveri in emergenza. Per la cardiochirurgia pediatrica si stima un fabbisogno aggiuntivo di 10 posti letto, compatibile con lo standard di 10 posti letto per milione di abitanti 0-17 anni previsto dal Progetto Obiettivo Materno Infantile per l'alta specialità chirurgica.

L'attuale dotazione regionale (pari a 167 posti letto attivi nel 2005) appare dunque complessivamente adeguata a fronteggiare la richiesta di interventi da parte della popolazione residente.

Di seguito si riporta il numero atteso di interventi cardiochirurgici per la popolazione residente nelle diverse ASL del Lazio:

Tabella 1: Numero atteso di interventi cardiochirurgici per la popolazione residente nelle ASL del Lazio

ASL	Interventi attesi
RM A	393
RM B	521
RM C	433
RM D	429
RM E	411
RM F	232
RM G	363
RM H	406
VT	257
RI	131
LT	430
FR	408
Lazio	4.414

ii. Neurochirurgia

Metodo di calcolo degli interventi e dei posti letto attesi

La stima del fabbisogno di posti letto per l'attività neurochirurgica è stata effettuata utilizzando l'algoritmo di seguito riportato:

1. Selezione dei ricoveri effettuata in base ai codici ICD-9-CM di prestazione neurochirurgica (casistica residenti nel Lazio 2006 + mobilità passiva 2005) riportati in Tabella 5

2. Assunzione del tasso medio regionale come migliore stima del fabbisogno (nell'ipotesi che la domanda indotta e quella inespressa siano trascurabili)

3. Calcolo della degenza media ottimale (DM) come valore mediano delle degenze al netto del transito nei reparti di terapia intensiva (stima calcolata solo sui ricoveri effettuati da strutture del Lazio)

4. Stima del tasso di occupazione ottimale (TO) pari al rapporto tra la degenza al netto del transito in terapia intensiva e la degenza complessiva (viene tollerato il mancato utilizzo del posto letto per un periodo pari al transito nelle terapie intensive)

5. Calcolo del fabbisogno di posti letto a livello regionale come segue:
   giornate di degenza attese = ricoveri x *DM*
   posti letto attesi = giornate di degenza attese / (TO x *365.25)*

Il numero di ricoveri effettuati ovunque (autoproduzione e mobilità passiva) da residenti nel Lazio è risultato pari a 8.637, valore corrispondente a un tasso medio regionale di 16,3 per 10.000.
La degenza mediana è stata stimata pari a 8 giorni e il tasso di occupazione ottimale pari a 0,83 (87.034 giornate al netto del transito in terapia intensiva sulla degenza totale di 104.907giornate).
Il fabbisogno stimato di posti letto è risultato pari a 228 (Tabella 4).

Tabella 2: Stima di posti letto NCH suddivisi per Asl

ASL	Popolazione	Ricoveri attesi	Stima PL
RMA	456914	911	20
RMB	634114	1153	27
RMC	512297	749	22
RMD	513499	703	22
RME	490226	686	21
RMF	291256	426	12
RMG	450439	776	19
RMH	483214	766	21
VT	302547	541	13
RI	154406	230	7
LT	524533	894	23
FR	491333	803	21
LAZIO	**5304778**	**8637**	**228**

Tabella 3: Codici ICD-9-CM relativi alle prestazioni specifiche per la neurochirurgia

Codici ICD-9-CM	Tipologia di prestazione
01- 05	Interventi sul sistema nervoso centrale*
3951 ; 3881	Clipping e coling
8051	Asportazione del disco intervertebrale
esclusi: (0111 - 0115; 0332;0411 - 0412;0511; 0118 - 0119) biopsie; (0118 - 0119) altre procedure diagnostiche e i seguenti:	
038	Iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale
0532	Iniezione di agenti neurolitici nei nervi simpatici
0531	Iniezione di anestetico nei nervi simpatici per analgesia
0234	Anastomosi fra ventricolo cavità addominale e suoi organi
0481	Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia
0489	Iniezione di altre sostanze esclusi i neurolitici
0399	Altri interventi sul midollo spinale e sulle strutture del canale vertebrale
0390	Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative
0393	Collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale
0407	Altra resezione o asportazione dei nervi cranici e periferici
0392	Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale
0391	Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia
044	Separazione di aderenze e decompressione dei nervi cranici e periferici
0331	Rachicentesi

iii. Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN)

Premessa

Ogni anno nel Lazio nascono circa 52.000 neonati, con un atteso lieve incremento nei prossimi anni legato alla quota crescente di nascite da donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria (attualmente rappresentano circa il 16%). Di questi, circa il 3% (1500/anno) necessitano di cure intensive per problemi legati alla estrema prematurità (1% di tutte le nascite) o per altre patologie complesse (ad es. malformazioni congenite).

Nel Lazio sono presenti 13 Unità di Terapia Intensiva Neonatale; di queste, una è collocata presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù che non ha maternità ed una è collocata presso l'Istituto di Clinica Pediatrica dell'Università "Sapienza", separata come edificio dal reparto di ostetricia dove è invece presente un'altra UTIN. Complessivamente i posti letto accreditati nelle 13 UTIN sono 148 (56 di intensiva e 92 di sub-intensiva) mentre quelli effettivamente operativi (situazione aggiornata al 3 aprile 2007 dal sistema OTPTIN) sono 133 (54 di intensiva e 79 di subintensiva).

La rete delle Unità di Assistenza Perinatale si avvale di un Servizio Trasporto ed Emergenza Neonatale (STEN) funzionalmente inserito nell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria (ARES 118). Questo Servizio ha un Centro di Coordinamento presso la Clinica Pediatrica che raccoglie le richieste di trasferimento ed organizza il trasporto disponendo di tre ambulanze attrezzate, due presso la Clinica Pediatrica con personale dedicato ed una presso l'Ospedale Bambino Gesù con personale della UTIN. Nel 2006 lo STEN ha effettuato 1448 trasporti: 1326 di sola andata, 93 di andata e ritorno e 29 back-transport. Il tasso di trasferimenti di sola andata per 100 nati vivi è pari al 2,6%, valore stabile negli ultimi anni.

Fabbisogno posti letto

L'offerta attuale di posti letto per l'assistenza intensiva risultano inadeguati. L'offerta complessiva va dimensionata rispettando il rapporto di 1,33 posto letto ogni 1000 nati previsto dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (DM del 24 aprile 2000). Applicando tale rapporto ai 52.000 nati del Lazio il fabbisogno di posti letto di Terapia Intensiva Neonatale è pari a 70 a cui vanno aggiunti 8 pl necessari per rispondere ad una domanda assistenziale di nati gravidanze plurime, con patologie estremamente complesse e provenienti da altre regioni. Sulla base di una indagine condotta nel 2003 si stima che il fabbisogno di posti letto di sub-intensiva deve essere pari a quello dei pl di intensiva. Pertanto nella regione, rispetto ai pl attualmente operativi, vanno attivati 24 posti di terapia intensiva.

iv. Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)

Nel 2005, nel Lazio la dotazione di posti letto in SPDC sulla popolazione residente di età superiore a 14 anni era pari a 0,59 pl per 10.000 abitanti, raggiungendo livelli marcatamente inferiori allo standard nazionale tendenziale di 1 pl per 10.000 abitanti nelle aree territoriali corrispondenti alle Asl RM B, RM D, RM E, RM F e di Viterbo (Tabella 6).

Tabella 4: Dimensione dell'offerta dei reparti psichiatrici in regime di degenze e di day hospital. Lazio, 2005

ASL	RM A	RM B	RM C	RM D	RM E	RM F	RM G	RM H	VT	RI	LT	FR	Lazio
SPDC	**3**	**1**	**2**	**2**	**3**	**1**	**2**	**2**	**1**	**1**	**2**	**3**	**23**
PL SPDC	*28*	*15*	*31*	*25*	*29*	*12*	*23*	*23*	*15*	*12*	*20*	*37*	*270*
PL/10.000 residenti	*0,69*	*0,27*	*0,69*	*0,56*	*0,68*	*0,51*	*0,61*	*0,55*	*0,57*	*0,89*	*0,45*	*0,87*	*0,59*
DH Ospedalieri	**2**			**2**	**3**				**1**	**1**	**2**	**1**	**12**
PL DH Osp.	*4*			*5*	*6*				*2*	*2*	*4*	*1*	*24*
Rep. Privati Accreditati*		**3**		**2**	**5**		**1**	**1**	**1**		**1**		**14**
PL Rep Privati Accr.		*101*		*246*	*295*		*200*	*70*	*49*		*135*		*1.096*
DH in Casa di cura					**1**								**1**
PL DH in Casa di cura					*5*								*5*
Rep. Universitari*	**1**	**1**											**2**
PL Rep. Universitari	*6*	*16*											*22*
DH Universitari*	**1**	**1**			**1**								**3**
PL DH Universitari	*13*	*5*			*6*								*24*

* Per la ASL Roma B il conteggio include un rep. privato autorizzato ma non accreditato, con 26 pl.

** I reparti collocati in strutture universitarie non hanno un territorio di competenza specifico.

Ai fini della determinazione del fabbisogno di p.l. nei SPDC occorre considerarne la collocazione funzionale nell'ambito di un dipartimento intramurario come è il DSM (unitamente alla tipologia e alle caratteristiche degli altri servizi che del DSM fanno parte: Centro di Salute Mentale, Comunità Terapeutico-Riabilitative, altre strutture residenziali assistite). Occorre inoltre tener conto che, a fronte di uno standard nazionale normato per gli S.P.D.C di 1 p.l. per 10.000 ab., nella regione Lazio l'offerta complessiva di p.l. in Case di cura private Neuropsichiatriche provvisoriamente accreditate è pari a quasi tre volte il fabbisogno teorico di p.l. in SPDC. I SPDC hanno caratteristiche assistenziali e di intensità di intervento peculiari in quanto: a) sono collocati in ospedali che possano offrire risposte articolate e complesse e il supporto di altre specialità ad alta intensità assistenziale, quali la rianimazione; b) sono integrati nel circuito dell'emergenza regionale e l'accesso avviene sempre attraverso il Pronto Soccorso.

Allo stato attuale si ritiene pertanto opportuno adeguare l'offerta di pl in questi reparti: uno studio della mobilità e dei tassi di dimissione per ASL di residenza evidenzia l'opportunità di potenziare l'offerta a partire dalla capitale, solo secondariamente estendendo tale offerta al resto della Regione.

Questa scelta, tenendo conto della sistematica migrazione dei ricoveri effettuati negli SPDC della capitale verso strutture molto distanti dal territorio di residenza — talvolta fuori regione — richiede l'attivazione di posti letto a cominciare da quei territori che maggiormente "esportano" i propri ricoveri (ASL Roma A e ASL Roma B). Il necessario potenziamento dell'offerta può essere pertanto raggiunto in primo luogo tramite l'apertura di nuovi SPDC presso le Aziende Ospedaliere sede di Università, aumentando il n. di pl per quegli SPDC che ne contano meno di 12, ed eventualmente portando a due il n. di SPDC (il cui n. di pl è fissato a non più di 16) presso Aziende Ospedaliere di rilevanza nazionale. A tal proposito, si rileva che dal 2005 si è avuto un potenziamento dell'offerta con l'apertura di nuovi SPDC presso l'Azienda Ospedaliera S. Andrea e il policlinico Umberto I. È inoltre in programma l'apertura di un nuovo SPDC presso la Azienda Universitaria Policlinico Tor Vergata, che dreni particolarmente la domanda relativa al territorio di pertinenza dell'Azienda RM B.

Tabella 5: Fabbisogno posti letto in SPDC

ASL di presidio	Posti letto		Ricoveri		Incremento % atteso	% ricoveri di non residenti	% domanda di residenti soddisfatta
	osservati	attesi	osservati	attesi			
RM A	28	41	1063	1192	12,1	53,5	63,4
RM B	15	55	474	1607	238,9	26,4	36,7
RM C	31	45	938	1319	40,7	29,3	78,8
RM D	20	45	698	1303	86,7	22,6	74,8
RM E	29	43	976	1254	28,5	36,0	77,2
RM F	12	24	200	691	245,4	28,9	54,7
RM G	23	37	614	1094	78,1	20,4	84,9
RM H	23	42	852	1217	42,9	33,1	86,0
FR	15	27	455	774	70,2	17,7	94,0
LT	12	14	385	395	2,6	13,6	94,8
RI	20	45	818	1308	59,9	14,0	91,5
VT	37	43	1136	1246	9,7	18,1	97,9
LAZIO	265	459	8609	13400	55,6		

Nota: **Dati 2005**. Per la stima del fabbisogno è stata utilizzata la degenza media nel periodo (10,2 gg.), e un indice di occupazione pari all' 80%

Queste considerazioni autorizzano a ipotizzare, anche sulla base dell'accordo citato, che il numero di posti letto derivanti dallo standard nazionale per gli SPDC (1 pl per 10.000 abitanti) sia superiore a quanto necessario per il Lazio, stimabile verosimilmente in circa 400 posti, con un incremento atteso di circa il 50% nel numero di dimissioni (Tabella 7). Appare inoltre opportuno, nel raggiungimento di tale obiettivo, tener conto prioritariamente della distanza che separa ciascun soggetto ricoverato dalla propria area di residenza.

v. Neonatologia

In base al numero di nati si può determinare il fabbisogno regionale dei posti letto della disciplina di neonatologia (codice 62), riferendosi agli standard nazionali del Progetto obiettivo materno infantile, adottato con DM del 24 aprile 2000 (GU 131 del 07/06/2000 SO n. 89 (P.O.M.I.)); in tale documento sono previsti 4,5 posti letto ogni 1000 nati-anno.

In tabella è riportata la stima del numero di posti letto per ASL. Per il calcolo è stata considerata la residenza della madre, per le donne residenti nel Lazio, ed è stata attribuita la ASL territorialmente competente della struttura in cui hanno partorito alle donne non residenti nel Lazio.

Tabella 6: Stima del fabbisogno posti letto neonatologia (codice 62) - dati anno 2006

ASL	Nati per residenza della madre	Stima del fabbisogno posti letto
RM A	4.501	20
RM B	7.608	34
RM C	5.188	23
RM D	5.979	27
RM E	5.730	26
RM F	2.946	13
RM G	4.577	21
RM H	5.745	26
VT	2.201	10
RI	1.000	5
LT	5.253	24
FR	4.244	19
Totale	54.972	248

vi. Medicina d'urgenza

Principi e assunzioni

- La DGR n. 424 del 14 luglio 2006, vista la legge regionale 3 marzo 2003 n.4, individua i requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie. Per quanto riguarda la Medicina d'Urgenza vengono indicati:
    - Per i Dea di I Livello: una dotazione di 10/20 posti letto
    - Per i Dea di II Livello: una dotazione di 16/30 posti letto
- Al momento della pubblicazione della DGR n. 424 del 14 luglio 2006 relativa ai requisiti minimi erano presenti nel Lazio:
    - 18 Dea di I Livello
    - 6 Dea di II Livello[6]

Metodo

- Ad ogni Dea di I livello e II livello è stato attribuito un numero medio tra il numero minimo ed il numero massimo di posti letto previsti per la Medicina d'Urgenza dalla DGR n. 424 del 14 luglio 2006 (15 per i DEA di II livello, 23 per i DEA di II livello);
- Il fabbisogno regionale è stato calcolato come somma del numero medio di posti letto previsti per singolo Dea di I o II livello.

Risultati

- Il fabbisogno di posti letto di medicina d'urgenza a livello regionale è pari a 408 posti letto.

vii. Altre specialità (Allergologia, Angiologia, Medicina sportiva, Immunologia, Medicina del lavoro, Grandi ustioni, Medicina nucleare, Reumatologia)

Per le specialità di Allergologia, Angiologia, Medicina sportiva, Immunologia, Medicina del lavoro, Grandi ustioni, Medicina nucleare e Reumatologia è stato ipotizzato che l'attuale dotazione di posti letto per acuti al 31/12/2006 corrisponda al fabbisogno regionale di posti letto.

Tabella 7: Distribuzione posti letto e ricoveri acuti, ordinari e day hospital, suddivisi per reparto di dimissione (fonte dati: Siplet 2006-SIO 2006)

	POSTI LETTO			DIMISSIONI		
SPECIALITA'	ORD	DH	TOT	ORD	DH	TOT
01 Allergologia	0	9	9	0	1600	1600
05 Angiologia	40	36	76	1069	2111	3180
15 Medicina sportiva	5	5	10	280	2811	3091
20 Immunologia	12	19	31	103	131	234
25 Medicina del lavoro	15	0	15	415	0	415
47 Grandi ustioni	26	0	26	339	0	339
61 Medicina nucleare	17	0	17	909	0	909
71 Reumatologia	56	16	72	1740	2333	4073
Totale	171	85	256	4855	8986	13841

viii. Terapia Intensiva

Per il calcolo del fabbisogno delle terapie intensive si fa riferimento alle linee guida del 1996 sull'attività di emergenza (MINISTERO DELLA SANITA' Gazzetta Ufficiale N. 114 Serie Generale del 17 maggio1996"Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992") che prevedono una quota pari al 3% del totale dei posti letto disponibili.

Sulla base del fabbisogno complessivo stimato di posti letto per acuti, comprensivo di quello delle reti riportate nel paragrafo 2.3, il fabbisogno di terapia intensiva è pari a 557 posti letto.

c. *Calcolo del fabbisogno per le reti assistenziali di alta specialità*

i. *Rete dell'emergenza cardiologica (UTIC)*

Premessa

La rete per l'emergenza cardiologica è basata sull'integrazione funzionale delle strutture cardiologiche (UTIC e servizi di emodinamica) e cardiochirurgiche deputate all'assistenza dei pazienti con patologie cardiache in emergenza (infarto, scompenso cardiaco, aritmie). Tale rete si basa su collegamenti veloci tra territorio, centri periferici (spoke) e centri di riferimento (hub), consentendo di orientare opportunamente l'assistenza in un contesto sovraospedaliero secondo le caratteristiche di rischio del paziente e i tempi previsti di intervento. La rete per la gestione delle emergenze cardiologiche è quindi costituita da strutture con diverse complessità assistenziale così definite:

Hub

Reparto di UTIC, in struttura sede di DEA di II livello, collegato con un laboratorio di emodinamica interventistica con le seguenti caratteristiche tecnico-organizzative: reperibilità h 24 e 7 giorni su 7; alto volume di attività per centro e operatori: almeno 200 procedure per struttura/anno (400 numero ottimale); almeno 80 angioplastiche per operatore/anno; almeno 36 angioplastiche primarie per centro; supporto di anestesista-rianimatore in caso di necessità; collegamento mediante teleconsulto con la centrale di ascolto del 118.

Spoke III livello

struttura sede di DEA di I livello o PS, dotata di cardiologia, UTIC ed emodinamica interventistica H24 e 7 giorni su 7.

Spoke II livello

struttura sede di PS con cardiologia, UTIC ed emodinamica interventistica non H24.

Spoke I livello

struttura sede di PS, con cardiologia e senza UTIC.

Tabella 8: Aree di afferenza per i centri *hub* di riferimento per la rete

Centro *hub*	**Area di afferenza**
Policlinico Umberto I	**Area 1:** ASL RMA (Distretto 1 - area S. Giacomo, Distretti 2, 3, 4), ASL RM B (Distretto 1), ASL RMG
Policlinico Tor Vergata	**Area 2:** ASL RM B (Distretti 2, 3, 4), ASL RMH (Distretti 1, 3 e 5), ASL FR
A.O.S. Camillo-Forlanini	**Area 3:** ASL RMC (Distretti 9, 11 e 12), ASL RMD
A.O.S. Filippo Neri	**Area 4:** ASL RM E, ASL RMF
Pol. A. Gemelli	**Area 5:** ASL VT, ASL RI
A.O. San Giovanni Addolorata	**Area 6:** ASL RMA (Distretto 1- area S. Giovanni Calibita-FBF), ASL RM C (Distretto 6), ASL RMH (Distretti 2, 4 e 6), ASL LT

Stima dei posti letto per la rete dell'emergenza cardiologica

Per calcolare il fabbisogno di PL nella regione Lazio si è tenuto conto del valore di riferimento nazionale di 1 PL UTIC ogni 20.000 abitanti (FIC – ANMCO 2003).
Per ciascuna aree di afferenza dei centri di riferimento è stato stimato il numero di PL utilizzando lo standard su indicato.

Tabella 9: Stima dei posti letto per area di afferenza

Aree di afferenza	UTIC	Popolazione totale	Stima p.l. UTIC	Posti letto siplet 2006	Differenza tra osservato e atteso	N. dimissioni con diagnosi principale 410,413,427,428 residenti nel Lazio, ordinari, acuti, SSN (Dati SIO 2006)*	N. dimissioni con diagnosi principale 410,413,427,428 mobilità passiva, ordinari, acuti, SSN (Dati mobilità 2005)*	Dimissioni totali
Area 1	6	1.012.720	51	50	-1	8.644	456	**9.100**
Area 2	8	1.181.402	59	38	-21	10.084	532	**10.616**
Area 3	4	910.778	46	34	-12	7.774	410	**8.184**
Area 4	7	773.600	39	51	12	6.603	349	**6.952**
Area 5	3	456.953	23	18	-5	3.900	206	**4.106**
Area 6	8	969.325	48	49	1	8.274	437	**8.710**
TOTALE	**36**	**5.304.778**	**266**	**240**	-26	**45.279**	**2.390**	**47.669**

* *Codici diagnosi ICD-9-CM: 410=Infarto miocardico acuto; 413=angina pectoris; 427=aritmie cardiache; 428=insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco).*

Il fabbisogno totale di PL di UTIC per il trattamento delle emergenze cardiologiche nella regione è 266. Attualmente sono presenti nelle strutture 240 posti letto di UTIC con un difetto di 26 PL rispetto alla stima effettuata.

La distribuzione per area di afferenza della rete dell'emergenza cardiologica mostra una differenza significativa in difetto di PL di UTIC per l'area 2 dove l'hub di riferimento è il policlinico Tor Vergata, che ad oggi ha solo 2 posti letto; mentre l'area 4 è quella con un numero in eccesso di 12 PL di UTIC rispetto al fabbisogno stimato.

Emergenza cardiochirurgica

Per quanto riguarda l'emergenza cardiochirurgica si riporta nella seguente tabella il numero stimato di interventi cardiochirurgici in urgenza con il relativo fabbisogno in termini di posti letto, per le diverse aree di afferenza della rete dell'emergenza cardiologica.

Tabella 10: Numero stimato di interventi cardiochirurgici in urgenza con relativo fabbisogno in termini di posti letto, per le diverse aree di afferenza

Area	Zone di afferenza	Centro di riferimento	Ricoveri in emergenza	
			Interventi attesi	Stima fabbisogno posti letto
Area 1	ASL RMA (Distretto 1 - area S. Giacomo, Distretti 2, 3, 4), ASL RM B (Distretto 1), ASL RMG	Policlinico Umberto I	272	10
Area 2	ASL RM B (Distretti 2, 3, 4) ASL RMH (Distretti 1, 3 e 5) ASL FR	Policlinico Tor Vergata	319	11
Area 3	ASL RMC (Distretti 9, 11 e 12), ASL RMD	San Camillo - Forlanini	245	9
Area 4	ASL RM E, ASL RMF	San Filippo Neri	206	7
Area 5	ASL VT, ASL RI	Policlinico Gemelli	124	4
Area 6	ASL RMA (Distretto 1- area S. Giovanni Calibita-FBF), ASL RM C (Distretto 6), ASL RMH (Distretti 2, 4 e 6), ASL LT	Policlinico Tor Vergata	251	9
Totale			1417	50

ii. Rete dell'ictus cerebrale acuto (UTN)

L'assistenza efficace ed efficiente a pazienti con ictus cerebrale acuta è garantita se organizzata in un sistema integrato di strutture dedicate (Stroke Unit o Unità di trattamento neurovascolare - UTN).
Studi di letteratura accreditati mostrano, infatti, che i pazienti con ictus traggono beneficio non solo dall'azione di un farmaco, ma anche e soprattutto dalla gestione globale del paziente in "aree/strutture dedicate" da parte di un'équipe multidisciplinare specializzata e formata secondo linee guida standardizzate, sulla stretta monitorizzazione clinica e strumentale del paziente (Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2004).
Pertanto, il modello organizzativo per la gestione dei pazienti con ictus cerebrale è quello definito hub e spoke, in cui è prevista l'organizzazione in rete delle UTN suddivise in tre tipologie (Unità di trattamento neurovascolare di I e II livello – UTN I, UTN II; Team neurovascolare – TNV).

In questo modello di rete le UTN II, indicate a trattare pazienti iperacuti a più alta complessità assistenziale, sono i centri di riferimento (hub) del territorio e delle altre strutture con livello di complessità assistenziale inferiore (spoke), organizzate secondo 4 aree di afferenza:

Tabella 11: Aree di afferenza per le unità di trattamento neurovascolare di II livello (UTN II) nella rete

UTN II	Area di afferenza
Pol. Umberto I	**Area 1**: ASL RMA, ASL RM B (Distretto 1), ASL RMG, ASL FR
Pol. Tor Vergata	**Area 2**: ASL RM B (Distretti 2, 3, 4) , ASL RMH (Distretti 1, 2, 3 e 5), ASL RM C (Distretto 6)
A.O. S. Camillo-Forlanini	**Area 3**: ASL RMC (Distretti 9, 11 e 12), ASL RMD; ASL RM H (Distretti 4 e 6), ASL LT
Pol. Gemelli	**Area 4**: ASL RM E, ASL RM F, ASL VT, ASL RI

Stima del fabbisogno dei posti letto per la rete

Per poter stimare il fabbisogno di posti letto delle UTN sono stati utilizzati riferimenti di letteratura e quanto riportato nella Delibera di Giunta Regionale n° 424 del 14 luglio 2006 riguardante i requisiti minimi per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie. Tali riferimenti indicano 2 - 4 PL per le UTN II livello e 10 - 12 PL per le UTN I livello.
Quindi, per ciascuna area di afferenza è stato stimato il numero di PL necessari per la gestione dei pazienti con ictus cerebrale.

Tabella 12: Stima dei posti letto per area di afferenza

Aree di afferenza	UTN 1	P.I. x utn 1	UTN 2	P.I. x utn 2	Pop. totale	N. dimissioni con diagnosi principale tra 430 e 436 residenti nel Lazio, ordinari, acuti, SSN (Dati SIO 2006)*	N. dimissioni con diagnosi principale tra 430 e 436 mobilità passiva, ordinari, acuti, SSN (Dati mobilità 2005)*	Dimissioni totali
Area 1	5	55	1	6	1.559.195	5.453	237	5.689
Area 2	2	32	1	3	906.846	3.171	138	3.309
Area 3	4	57	1	6	1.608.184	5.624	244	5.868
Area 4	6	43	1	5	1.230.553	4.303	187	4.490
TOTALE	**17**	**187**	**4**	**20**	**5.304.778**	**18.551**	**805**	**19.356**

**Codici ICD-9-CM 430-436: Malattie cerebrovascolari; esclusi i postumi.*

La distribuzione del fabbisogno di posti letto all'interno delle aree, nella maggior parte dei casi, corrisponde ai riferimenti su indicati. Nell'area 4 è descritta una carenza di PL per UTN I livello spiegata dalla presenza di un numero di centri più elevato rispetto alle altre aree.
La collocazione di tali posti letto può essere prevista all'interno di specialità già esistenti, quali la neurologia, la medicina d'urgenza e la medicina interna. In alternativa, viste le caratteristiche strutturali ed organizzative dell'UTN, tali posti letto possono essere collocati in reparti di nuova istituzione.

iii. Rete del Trauma grave

Premessa

La gestione efficace del trauma grave avviene in un sistema integrato di assistenza, "Trauma System" o Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma - SIAT, che consente una riduzione dei decessi evitabili per trauma.
Il SIAT è costituito da una rete di strutture ospedaliere tra di loro funzionalmente connesse e classificate sulla base delle risorse e delle competenze disponibili in: Centri Traumi di Alta Specializzazione (CTS), Centri Traumi di Zona (CTZ), Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST).
Il CTS funge da ospedale di riferimento per i traumi della sua area di competenza e deve essere in grado di accogliere pazienti provenienti dal resto del SIAT con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità (neurochirurgia, cardiochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica, terapia intensiva), qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST).
Poiché sulla base delle valutazioni epidemiologiche il 20% dei traumi maggiori interessano pazienti in età pediatrica (0-17 anni), ma solo il 4% riguardano bambini in età pre-adolescenziale, è opportuno che un CTS ogni 4 milioni di abitanti venga designato con il "Pediatric Commitment", per garantire un ulteriore livello di centralizzazione e quindi di "expertise" per i piccoli traumatizzati.

I CTS sono stati identificati nelle seguenti strutture ospedaliere:

- Az. Universitaria Policlinico Umberto I
- Az. Universitaria Policlinico Tor Vergata
- AO S.Camillo Forlanini
- Az. Universitaria Policlinico Gemelli.

CTS con pediatric commitment:

- Az. Universitaria Policlinico Gemelli
- IRCSS Bambino Gesù

Tabella 13: Aree di afferenza per i Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS) della rete

CTS	Popolazione dell'area di riferimento	Area di riferimento
Pol. Umberto I	1.549.832	**Area 1**: ASL RMA, ASL RM B (Distretto 1), ASL RMG, ASL FR
Pol. Tor Vergata	903.648	**Area 2**: ASL RM B (Distretti 2, 3, 4) , ASL RMH (Distretti 1, 2, 3 e 5), ASL RM C (Distretto 6)
A.O. S. Camillo	1.596.722	**Area 3**: ASL RMC (Distretti 9, 11 e 12), ASL RMD; ASL RM H (Distretti 4 e 6), ASL LT
Pol. Gemelli	1.219.770	**Area 4**: ASL RM E, ASL RM F, ASL VT, ASL RI

Stima del fabbisogno dei posti letto

Il calcolo per la stima dei posti letto per i pazienti che potenzialmente possono beneficiare delle cure presso le strutture della rete è così eseguito:

PL= stima del numero di dimissioni per traumi gravi X degenza mediana di riferimento / 365 giorni dell'anno) / tasso di occupazione di riferimento

Sulla base delle considerazioni contenute in premessa, l'analisi del fabbisogno dei posti letto è stata eseguita per area di riferimento dei CTS e gli elementi necessari per il calcolo del fabbisogno dei posti letto sono stati così ottenuti:

1. **Numero dimissioni per traumi gravi**: sono state selezionate tutte le dimissioni di pazienti ordinari, acuti, SSN, anno 2006 dei residenti nel Lazio con diagnosi principale compresa fra i codici presenti in tabella.

Tipo trauma[7]	Codici ICD-9-CM	Descrizione
	805;807-829	Frattura
	860-862	Traumatismi interni del torace
	863-869	Traumatismi interni dell'addome
	880-887	Ferite Aperte dell'arto superiore
	890-897	Ferite Aperte dell'arto inferiore
	900-904	Traumatismi dei vasi sanguigni
	925-929	Schiacciamento
	940-949	Ustioni
TCE	800-804; 806	Fratture cranio e midollo spinale
TCE	850-854	Traumatismi intracranici
TCE	950-957	Traumatismi dei nervi e del midollo spinale

A questa coorte sono stati aggiunti i pazienti ordinari, acuti, SSN, anno 2005 in mobilità passiva con la diagnosi principale compresa fra gli stessi codici. Si sono ottenute 39.979 dimissioni totali.

2. **Degenza mediana**: si è scelto di utilizzare il valore mediano della degenza (6 gg), rispetto alla media, perché meno sensibile ai valori estremi

3. **Tasso di occupazione:** è stato scelto un tasso d'occupazione di riferimento pari a 0,85

Nella tabella seguente sono riportati per ciascuna area i posti letto stimati

	Dimissioni	Popolazione	Fabbisogno posti letto
AREA 1	11354	1559195	220
AREA 2	6311	906846	122
AREA 3	11896	1608184	230
AREA 4	10418	1230553	201
Totale	**39979**	**5304778**	**773**

Per potere identificare il fabbisogno dei posti letto per le due strutture identificate come CTS pediatrici è stata usata la stessa metodologia su indicata. Nella Regione Lazio sono stati stimati 20 posti letto per il trattamento dei traumi pediatrici (0-14 anni).

Visto che il trattamento del paziente traumatizzato comporta l'utilizzo di posti letto di diverse specialità si è provveduto a stimare la percentuale di attribuzione dei posti letto alle singole specialità. Si è così stimato il peso di ogni specialità

[7] TCE sta per traumi cranioencefalici.

(P_{spec}), calcolando il numero di giornate di degenza complessive trascorse in una data specialità (d_{spec}) da tutti i dimessi selezionati, in rapporto percentuale con il totale di giornate di degenza complessive su tutte le specialità d_{tot}.
La formula per il peso di specialità P_{spec} è:

$$P_{spec} = 100 \times \frac{d_{spec}}{d_{tot}}$$

Sulla base della stima effettuata l'88% dei posti letto totali (680) sono stati attribuiti alla specialità ortopedia e traumatologia, il 5% (39) alla terapia intensiva, il 5% (39) alla neurochirurgia, il 2% (15) alla chirurgia maxillo-facciale. La stima effettuata potrebbe essere un punto di riferimento per attribuire la quota di posti letto all'interno delle aree individuate per la rete.

Riepilogo dei risultati

SPECIALITA' DI RICOVERO	RMA	RMB	RMC	RMD	RME	RMF	RMG	RMH	VT	RI	LT	FR	Totale
06 CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	10												**10**
07 CARDIOCHIRURGIA	158												**158**[8]
08 CARDIOLOGIA	88	106	96	88	89	44	70	77	56	30	84	86	**914**
09 CHIRURGIA GENERALE	252	322	277	265	260	136	217	239	162	84	259	255	**2.728**
10 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	5	6	5	5	5	3	4	5	3	2	5	5	**52**[9]
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	4	8	5	6	6	3	5	6	3	2	6	6	**61**
12 CHIRURGIA PLASTICA	7	11	9	9	8	5	8	9	5	3	9	8	**91**
13 CHIRURGIA TORACICA	5	6	6	5	5	3	4	5	3	2	5	5	**55**
14 CHIRURGIA VASCOLARE	20	24	22	20	20	10	16	17	13	7	19	20	**208**
18 / 66 EMATOLOGIA E ONCOEMAT.	28	39	32	31	30	17	26	29	18	9	32	30	**321**
19 MALAT. ENDOC. DEL RIC. E DELLA NUTR.	5	8	6	7	6	4	6	7	4	2	7	6	**68**
21 GERIATRIA	31	34	33	29	30	14	22	24	19	10	27	29	**301**
24 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	41	58	46	47	44	25	40	45	27	14	48	44	**480**
26 MEDICINA GENERALE	386	458	421	384	389	190	305	331	244	131	363	376	**3.977**
29 / 48 NEFROLOGIA E NEFROL. TRAP. RENE	17	21	18	18	17	9	14	16	11	6	17	17	**181**
30/76 NEUROCHIRURGIA	20	27	22	22	21	12	19	21	13	7	23	21	**228**[10]
32 NEUROLOGIA	29	38	32	31	31	16	26	29	19	10	31	30	**323**
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4	7	5	5	5	3	5	5	3	1	6	5	**53**
34 OCULISTICA	22	27	25	23	23	11	18	20	14	8	22	22	**234**
35 ODONTOSTOMATOLOGIA	2	3	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	**23**
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	192	246	212	202	199	104	166	183	123	64	198	195	**2.085**[11]
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	96	148	109	118	112	60	95	112	56	27	112	97	**1.142**
38 OTORINOLARINGOIATRIA	35	51	40	41	39	22	35	39	23	12	42	39	**418**
39 PEDIATRIA	33	55	40	43	40	25	39	45	23	12	47	41	**442**
43 UROLOGIA	54	67	59	56	55	28	45	50	35	18	54	54	**575**
49 TERAPIA INTENSIVA	557												**557**[12]
50 UTIC	266												**266**
51 OSSERVAZIONE BREVE	408												**408**
52 DERMATOLOGIA	12	15	13	12	12	7	10	11	7	4	12	12	**128**
58 GASTROENTEROLOGIA	18	24	20	19	19	10	16	18	12	6	19	19	**200**
62 NEONATOLOGIA	20	34	23	27	26	13	21	26	10	5	24	19	**248**
64 ONCOLOGIA	57	73	63	61	60	31	50	55	37	19	59	58	**624**
68 PNEUMOLOGIA	32	39	35	33	33	17	26	29	20	11	31	32	**337**
70 / 74 RADIOTERAPIA E RAD. ONCOL.	6	7	6	6	6	3	5	5	4	2	6	6	**62**
78 UROLOGIA PEDIATRICA	2	3	2	3	2	2	2	3	1	1	3	3	**27**
SPDC	530												**530**
UTIN	156												**156**
UTN	207												**207**
ALTRE SPECIALITA' [13]	256												**256**
Totale													[illegible]

[8] di cui 50 per rete cardiologica
[9] di cui 15 per rete trauma grave
[10] di cui 39 per rete trauma grave
[11] di cui 680 per rete trauma grave
[12] di cui 39 per rete trauma grave
[13] Allergologia, Angiologia, Medicina sportiva, Immunologia, Medicina del lavoro, Grandi ustioni, Medicina nucleare e Reumatologia

D. FABBISOGNO PER LA RIABILITAZIONE POST-ACUZIE E PER LA LUNGODEGENZA

Offerta riabilitazione intensiva ospedaliera

Attualmente l'offerta di riabilitazione in regime di ricovero è rappresentata da:

- 50 Istituti accreditati con reparto codice 56 (riabilitazione post-acuzie). I posti letto ordinari sono 3.507, di cui 527 pubblici e 2.980 privati; i posti letto DH sono 379, di cui 98 pubblici e 291 privati. Le dimissioni in regime ordinario da strutture accreditate (anno 2005) sono state 29.763 (4.884 da reparti pubblici e 24.879 da reparti privati); le dimissioni in DH sono state 17.584 (1.299 da reparti pubblici e 16.285 da privati).
- 1 istituto accreditato per la neuroriabilitazione (codice 75). I posti letto ordinari sono 296 e quelli in DH 24. Le dimissioni in regime ordinario (anno 2005) sono state 1.789 e quelle in DH sono state 937.
- 2 reparti di Unità Spinale (codice 28). I posti letto sono 50 per il regime ordinario ed 1 di DH. Le dimissioni in regime ordinario (anno 2005) sono state 95 e quelle in DH sono state 21.

Nell'ambito di tale offerta 4 strutture sono autorizzate al trattamento di pazienti "RAI" (Riabilitazione ad Alta Intensità), ma l'offerta non è definita in quanto non ci sono posti letto accreditati per la RAI. Nel 2005 ci sono state 87 dimissioni RAI. Inoltre, 8 strutture sono autorizzate al trattamento di pazienti "LAI" (Lungodegenza Assistenziale Intensiva); come per la RAI, non ci sono reparti accreditati e quindi non è definita l'offerta di posti letto. Nel 2005 ci sono state 1.067 dimissioni LAI.

Fabbisogno di riabilitazione intensiva

La Legge 537/1993 ha fissato complessivamente per la lungodegenza e la riabilitazione post-acuzie un fabbisogno di 1 posto letto per 1000 abitanti (popolazione residente 2006: 5.304.778). Tale standard di riferimento è stato fatto proprio dalla Regione Lazio, ribadito dalla DGR 143/2006 e dal Piano di rientro dell'*extra deficit* sanitario (DGR n. 149/2007). Non esiste però nessuna indicazione, né nazionale né regionale, sulla proporzione fra posti di riabilitazione e lungodegenza, né sulla quota di posti letto da dedicare alla riabilitazione in regime di DH. In generale, nelle diverse regioni italiane il rapporto di posti letto per riabilitazione e per lungodegenza è rispettivamente di 0,7 e 0,3 per mille abitanti.

Applicando lo standard dell'1 per mille per la lungodegenza e la riabilitazione post-acuzie alla popolazione del Lazio si ottiene un fabbisogno di posti letto pari a 5.305; il numero di posti letto per la riabilitazione post-acuzie, ivi inclusa l'alta specialità (ad esempio unità spinale), risulta pari a 3.818.

È difficile produrre una stima affidabile del bisogno di riabilitazione post-acuzie, in quanto i sistemi informativi correnti mancano di informazioni accurate che associno all'evento acuto il grado di disabilità, non consentendo di stimare l'effettivo fabbisogno di riabilitazione intensiva post-acuzie.

Per alcune patologie ad alta predittività di disabilità e a notevole impatto, trattabili nella fase di post-acuzie in regime di ricovero è possibile effettuare delle stime del fabbisogno di riabilitazione. Fra queste si riporta una stima dei soggetti che nel 2006 sono stati ricoverati e dimessi vivi per ictus, frattura di femore e cardiopatia trattata con intervento chirurgico e cardiopatie con complicanze maggiori.

Tale stima è stata elaborata a partire dai dati della SDO.

- 7926 casi di ictus cerebrale, individuati utilizzando i codici ICD-IX-CM 430, 431, 434, 436 in diagnosi principale; assumendo che non più del 60% necessita di riabilitazione post-acuzie, una durata media della degenza in post-acuzie di 40 giorni, con un indice di occupazione pari all'85% si stima un fabbisogno di 613 posti letto;
- 9577 casi di frattura del femore, individuati utilizzando i codici ICD-IX-CM 820, 821 in diagnosi principale; assumendo che non più del 60% necessita di riabilitazione post-acuzie, una durata media della degenza in post-acuzie di 30 giorni, con un indice di occupazione pari all'85% si stima un fabbisogno di 556 posti letto;
- 7039 tra interventi complessi sul cuore (by-pass aorto-coronarico e interventi sulle valvole cardiache) individuati utilizzando i DRG 103-111 e malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto o insufficienza cardiaca con complicanze maggiori, individuate tra persone con età fino a 75 anni con DRG 121 o 127 e una prima diagnosi secondaria con codice 402 o 403 o 404 o 411 o 414; assumendo che quasi la totalità necessita di riabilitazione post-acuzie, una durata media della degenza in post-acuzie di 20 giorni, con un indice di occupazione pari all'85% si stima un fabbisogno di 454 posti letto.

Pertanto per le tre condizioni patologiche valutate si è stimato un fabbisogno complessivo di 1623 posti letto.

A questa stima vanno aggiunti i casi di altre condizioni patologiche che necessitano di interventi riabilitativi in regime di ricovero ma di difficile individuazione solo attraverso la classificazione nosologica registrata dalla SDO.

Fabbisogno di posti letto di Lungodegenza

La lungodegenza è definibile quale attività erogata in reparti ospedalieri a medio-bassa intensità assistenziale e rivolta a pazienti che, superata la fase acuta, necessitino di un ulteriore periodo di degenza per completare il ciclo di cure in un ambiente protetto.

Il complesso di cure erogate ha prevalente carattere internistico, seppure accompagnato da programmi di riattivazione motoria. Il termine di "Medicina Post-Acuzie", da più parti proposto per una più puntuale denominazione del servizio, individua in modo abbastanza coerente la specificità delle prestazioni da erogare in questo regime assistenziale.

È' evidenza consolidata la definizione, per tale livello assistenziale, di un fabbisogno complessivo di 0,3 p.l. per 1000 abitanti, pari dunque a 1.591 p.l. .

Ad oggi nel Lazio i pl di lungodegenza sono 1.500 e presentano una irregolare distribuzione sul territorio regionale con circa un terzo dei posti letto concentrati nella ASL RM H e nessun posto letto nelle ASL RMB Rieti e Latina.

Considerando, pertanto, sostanzialmente appropriata l'attuale dotazione di p.l. di lungodegenza, risulta comunque necessaria un'azione di riequilibrio della loro distribuzione territoriale, nonché una chiara definizione delle attività previste per tale tipologia di ricovero ed una più netta separazione di tale percorso da quello dell'assistenza riabilitativa post-acuzie.

E. FABBISOGNO DI POSTI LETTO PER ALTRE FORME DI RESIDENZIALITA'

Fabbisogno di posti letto presso le Case di Cura Neuropsichiatriche

Nel Lazio, l'istituzione di servizi territoriali di salute mentale (Legge 833/78) non è stata accompagnata da una riduzione dei posti letto (pl) già esistenti presso le Case di Cura neuropsichiatriche provvisoriamente accreditate (CdC NP). Nel 2005 l'offerta di pl in queste strutture era pari a 2,9 pl per 10.000 residenti.

L'offerta di pl presso CdC NP presenta una distribuzione sul territorio regionale non omogenea, che non risponde ad una valutazione del fabbisogno e dell'ottimale utilizzazione delle risorse.

Per quanto attiene alle caratteristiche strutturali e di funzionamento delle CdC NP, occorre considerare che:

- Dati raccolti nell'ambito del Progetto Progres Acuti hanno evidenziato una elevata variabilità rispetto alla dotazione di posti letto (range: 30-200) e alle caratteristiche strutturali delle CdC NP rispetto ad una maggiore omogeneità nei SPDC (dove il n. di pl è normato per un massimo di 15 pl). Si produce in questo modo un'elevata concentrazione di degenti con disturbi psichici in una stessa struttura, che ripropone modelli aboliti espressamente dalla normativa vigente per la salute mentale.
- Pur compilando regolarmente la scheda di dimissione ospedaliera (poiché erroneamente classificati come pl per acuti), i pazienti ricoverati presso le CdC NP sono remunerati per giornata di degenza e non secondo il sistema dei DRG.
- Il monitoraggio dell'attività delle CdC NP (Tabella) ha evidenziato notevoli differenze nei confronti dei SPDC relativamente ad un importante indicatore di attività quale è la durata mediana della degenza, che in questi di assistenza è pari a 30 gg. (a fronte di 8 gg. negli SPDC). Nel 2005 la quota di dimissioni con durata della degenza inferiore o uguale a 10 gg. era pari al 16% vs. 64% nei SPDC mentre si apprezzava una quota molto elevata di dimissioni con durata della degenza compresa tra gli 11 e i 90 gg. (68,8% vs. 36,3% in SPDC). Le dimissioni con durata della degenza superiore ai 90 gg. costituivano il 15,4% delle dimissioni da CdC NP mentre rappresentano una quota trascurabile nei SPDC (0,1%).
- Per l'attività delle CdC NP, la presenza di ricoveri con durate della degenza particolarmente elevate, e talvolta superiori ad un anno, comporta una sottostima del numero dei ricoverati calcolato a partire dai dati SIO, dell'indice di occupazione e delle effettive giornate di degenza consumate nel periodo. Nel 2003 il "Censimento Progres Acuti" ha fornito un dato di prevalenza puntuale, indicando una percentuale di pl occupati in un giorno pari al 93,8%, mentre l'analisi dei dati SIO nello stesso giorno indicava una percentuale di posti letto occupati pari al 57,8% (considerando un "orizzonte" sino a sei mesi dopo per la dimissione).
- Nell'attività delle CdC NP la classe di età costituita da ultra-sessantacinquenni è la più rappresentata, e nel 2005 raggiungeva fra le donne il 25,3% contro il 9,0% nel settore pubblico. Questo dato, che mostra la presenza di una quota rilevante in questi di assistenza di soggetti anziani con condizioni di

rilevanza psichiatrica croniche e stabilizzate e bisogni assistenziali primariamente a carattere riabilitativo e residenziale di lungo periodo.

- Una stima dei lungodegenti presenti e non dimessi per tutto il corso dell'anno ha rilevato per il 2005 la presenza di 145 soggetti. La maggior quota di questi pazienti risultava ricoverata nelle CdC NP a maggior dotazione di posti letto.
- L'analisi del tempo intercorrente per il percorso SPDC-Privato ha evidenziato un brevissimo intervallo di tempo, che riflette il ricorso al "trasferimento" in CdC NP nell'ambito di progetti integrati estesi alla fase successiva all'acuzie per persone dimesse da un SPDC.

Le più recenti disposizioni normative hanno avuto come obiettivo la ridefinizione di questo settore dell'assistenza, ed anche il "Piano di rientro della regione Lazio", approvato con DGR n. 149 del 6/03/2007, indica all'obiettivo specifico 1.2 "Riconduzione del numero di posti letto agli standard nazionali", *"la riclassificazione e la riduzione di 1026 posti letto anagrafici afferenti a 13 strutture accreditate, che erogano assistenza di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico che, per un'anomalia, ad oggi non sanata, sono erroneamente codificati e letti dal sistema informativo sanitario (SIS) come posti letto per acuti in quanto censiti dalle ASL col flusso HSP13"*.

Precedentemente, l'accordo per la riconversione delle case di cura neuropsichiatriche, in attuazione del DGR n° 1375 del 18.10.2002 definisce per queste strutture la riconversione degli allora 1200 pl esistenti in: 200 pl per acuti e 400 per post-acuti in rapporto 1:2, 400 pl per "Area socio-assistenziale con residenzialità protetta" e 200 pl come "Area clinica per le patologie di confine e doppia diagnosi" specificando come dai primi debbano però essere esclusi i trattamenti in regime di TSO. La DGR N° 412 del 9.05.2003 *"fissa la diaria alle prestazioni effettuate nell'Area clinica, suddivise in Acuzie e Post-Acuzie in € 170,4 per l'acuzie e € 138,91 per la post-acuzie, e rinvia a successive determinazioni del Direttore regionale il recepimento delle intese con le singole Case di cura neuropsichiatriche di cui alla DGR n° 1375/02"*.

Ai fini della determinazione del fabbisogno di pl in in CdC NP occorre considerare i seguenti punti che descrivono il contesto dell'assistenza neurospichiatrica regionale:

- Nella regione Lazio sono operanti sul territorio regionale 12 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) che comprendono tutte le componenti organizzative (servizi territoriali e servizi ospedalieri) e gestiscono le risorse e le attività per la tutela della salute mentale esistenti nel territorio dell'Azienda
- Il modello organizzativo è quello della struttura a rete integrata di servizi specialistici, in collegamento con gli altri servizi delle Aziende Sanitarie Locali, con i servizi sociali, gli Enti locali, le associazioni di familiari e il volontariato
- L'attuale sistema dei servizi di salute mentale prevede pertanto un'assistenza centrata sul territorio, e il trattamento ospedaliero si configura come una presa in carico intensiva della situazione di crisi.
- L'ospedalizzazione psichiatrica coincide infatti con un'interruzione della normale continuità della vita, delle relazioni familiari e sociali, e ha senso solo se inserita all'interno di una rete di servizi che ne garantisca la specificità e l'utilità clinica. Anche in considerazione dei costi elevati, il trattamento ospedaliero dovrebbe configurarsi pertanto non come strategia terapeutica, ma esclusivamente come episodio assistenziale all'interno di programmi terapeutico-riabilitativi di tipo psichiatrico.

- I SPDC hanno caratteristiche assistenziali e di intensità di intervento peculiari in quanto: a) sono collocati in ospedali che possano offrire risposte articolate e complesse e il supporto di altre specialità ad alta intensità assistenziale, quali la rianimazione; b) sono integrati nel circuito dell'emergenza regionale, richiedono la presenza di un Pronto Soccorso.
- Nel Lazio, la dotazione di pl nei SPDC è pari a 0,6 pl per 10.000 abitanti, valore questo notevolmente inferiore allo standard nazionale tendenziale indicato in 1 pl per 10.000 abitanti. In particolare, si rileva un numero di pl inferiore all'atteso nelle aree territoriali corrispondenti alle ASL Roma B e Roma F; dal 2005 si è avuto un potenziamento dell'offerta con l'apertura di nuovi SPDC presso l'Azienda Ospedaliera S. Andrea e il policlinico Umberto I.

La stima del fabbisogno regionale di pl presso CdC NP nasce, pertanto, da un'analisi contestuale delle attività regionali dei SPDC e delle RSA e basa il suo intervento sull'attribuzione, alle CdC NP, di uno specifico ruolo assistenziale indirizzato a:

- pazienti nella fase immediatamente successiva a quella del ricovero in emergenza/urgenza psichiatrica, di pertinenza dei SPDC , assicurando loro la continuità di assistenza e cure
- pazienti (per lo più anziani) lungodegenti con problematiche NP.

A tale riguardo, si programma di allocare:

- 400 pl che richiedono l'autorizzazione del ricovero da parte del Centro di Salute Mentale competente per area territoriale; di questi 200 saranno destinati al trattamento esclusivo di pazienti che siano trasferiti in CdC NP alla dimissione da SPDC.
- 400 pl per il trattamento di soggetti per lo più anziani, con problematiche NP e bisogni assistenziali primariamente a carattere riabilitativo e residenziale di lungo periodo

L'adeguamento dell'offerta di pl presso CdC NP prevede, pertanto, una riduzione della quota eccedente gli 800 pl e deve essere messo in atto secondo criteri che tengano conto delle migliori opportunità esistenti, dell'impegno economico necessario e delle risorse effettivamente disponibili nel territorio.

In particolare, si ritiene opportuno:

- Definire il modello operativo per le CdC NP, favorendo una maggiore integrazione di queste strutture all'interno dei Dipartimento di Salute Mentale e rendendo possibile per pazienti dimessi da SPDC, che necessitano di un ulteriore periodo di degenza a minore intensità assistenziale, la definizione di:
  - permanenza massima autorizzata e criteri che il CSM può considerare per un'eventuale proroga;
  - un progetto terapeutico condiviso con gli operatori del CSM competente per area di residenza del paziente o in alternativa per territorio.
- Assicurare, per i progetti terapeutici di lunga durata (con una permanenza complessiva superiore a 90 giorni), una valutazione multidimensionale dei bisogni e la sistematica verifica degli esiti. A tal fine saranno individuati presso i CSM il responsabile medico del caso e gli operatori di riferimento che assicurano la continuità, la personalizzazione, l'integrazione degli interventi e l'utilizzo delle risorse del territorio.
- Mantenere per tutti i pl attualmente presenti nelle CdC NP il debito informativo attualmente raccolto con la scheda di dimissione ospedaliera, eventualmente mediante altro sistema informativo, introducendo ulteriori variabili

che consentano di monitorare e valutare le caratteristiche cliniche dei pazienti promuovendo allo stesso tempo l'utilizzo di strumenti di valutazione clinica standardizzata.

Promuovere nelle CdC NP l'implementazione di trattamenti psicoeducazionali diretti alle famiglie e basati su modelli di comprovata efficacia per favorire la riduzione del carico familiare dei pazienti ricoverati in CdC NP.

Tabella - CdC NP per n° di posti letto, n° di dimissioni, degenza, n° di ricoveri ed indicatori di attività. Lazio, 2005

Istituto	Comune	posti letto	PL / res[1]	DIMISSIONI 2005					CARICO DEGENTI 2005				
					degenza						indicatori di attività[4]		
				N	media	mediana	deg. 2005	deg. tot.[2]	N	gg.deg. corrette[3]	IO (%)	IT (gg.)	IR (pp.)
Mendicini	Roma	45		161	56,5	42	9090	21511	179	9789	59,6	37,1	4,0
Castello della Quiete	Roma	30	1,84	77	44,6	14	3434	77666	87	4144	37,8	78,2	2,9
S. Alessandro	Roma	26		130	13,0	10	1688	1727	134	1814	19,1	57,3	5,2
Villa Giuseppina	Roma	150	5,51	685	32,5	28	22247	25535	741	23978	43,8	41,5	4,9
Villa Armonia Nuova	Roma	96		678	42,3	33	28671	33423	764	32092	91,6	3,9	8,0
Villa Armonia	Roma	35		137	71,6	44	9815	16027	144	9903	77,5	19,9	4,1
Villa Maria Pia	Roma	48		301	46,9	34	14103	17179	345	15519	88,6	5,8	7,2
Villa dei Fiori	Roma	90	5,19	519	44,4	31	23046	39325	590	25258	76,9	12,9	6,6
Samadi	Roma	72		698	28,5	19	19902	24124	760	22606	86,0	4,8	10,6
S. Valentino	Roma	50		357	35,4	26	12649	15400	394	14692	80,5	9,0	7,9
Colle Cesarano	Tivoli	200	5,34	744	48,0	34	35714	50475	845	40468	55,4	38,5	4,2
Nuova Villa Von Siebenthal	Genzano	70	1,68	482	45,6	34	21981	26413	552	25322	99,1	0,4	7,9
Villa Rosa	Viterbo	49	1,85	351	39,0	33	13681	19159	401	15450	86,4	6,1	8,2
Sorriso sul Mare	Formia	135	3,01	676	62,4	49	42203	51583	808	48167	97,8	1,4	6,0
		1096	2,39	5996	43,1	30	258224	419547	6744	289202	72,3	16,4	6,2

Nota: Il Carico Degenti per il 2005 è stato calcolato includendo le dimissioni effettuate da soggetti presenti nel 2005 ma dimessi nell'anno successivo (sino al 31/06/2006)

1) Posti letto totali per ASL, per 100.000 ab. E' stata utilizzata la popolazione residente nel Lazio 2005 di età >= 14 aa.

2) Le gg. totali di degenza includono quelle prodotte prima del 01/01/2005 da soggetti dimessi nel 2005

3) Giornate di degenza consumate nel 2005 da soggetti che si trovavano ricoverati nel 2005 e con dimissione successiva al 31/12/2005 (verificata sino al 30/06/2006)

4) IO = indice di occupazione, IT = intervallo di turnover in giorni, IR = indice di rotazione dei posti letto.

Offerta riabilitazione estensiva e di mantenimento (ex art. 26)

L'attività di riabilitazione estensiva e di mantenimento nel Lazio viene erogata prevalentemente da 85 strutture private accreditate, già denominate centri di riabilitazione ex articolo 26 Legge 833/78. In *regime residenziale* sono presenti 1.860 posti letto di cui 685 in modalità estensiva e 1.175 in modalità di mantenimento; in *regime semi-residenziale* sono presenti 2.841 posti, di cui 1.597 in modalità estensiva e 1.244 in modalità di mantenimento; in *regime non residenziale* sono accreditati 10.443 trattamenti di cui 6.486 in modalità estensiva e 3.957 in modalità di mantenimento.

Fabbisogno di riabilitazione estensiva e di mantenimento (ex art. 26)

Anche per questa area, è difficile produrre una stima affidabile del bisogno di riabilitazione, in mancanza di affidabili conoscenze epidemiologiche e in presenza di sistemi informativi correnti che non contengono per l'evento acuto il grado di disabilità.

I dati contenuti nel SIAR (Sistema Informativo Assistenza Riabilitativa) ci permettono comunque di valutare la presenza di volumi di attività a rischio di inappropriatezza. Nel corso del 2006 sono stati avviati 41.195 progetti, di cui il 54,2% trattati con modalità estensiva ed il 45,8% di mantenimento; l'impegno riabilitativo richiesto è stato elevato nel 28,2%, medio nel 46,3%, lieve nel 25,5%. I progetti sono stati erogati in regime residenziale nel 7,7%, in semiresidenziale nell'8,7%, nell'ambulatoriale nel 52,2%, nel domiciliare nel 31,4%.

Nel corso del 2006 i progetti riferiti a *persone con età <18 anni* sono stati erogati prevalentemente in regime ambulatoriale (85,6%) e con minor frequenza in domiciliare (10,9%), semiresidenziale (2,7%), residenziale (0,8%); nel 94,3% dei casi la modalità assistenziale è stata di tipo estensivo. Le disabilità derivanti da patologie classificate nei capitoli ICD-IX-CM Disturbi psichici, Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo e malformazioni congenite, rappresentano nel complesso il 95,5% per le patologie trattate. Nello specifico, le patologie trattate con una frequenza superiore al 5% del totale sono state i Ritardi specifici dello sviluppo (42,3%), le Deviazioni della colonna vertebrale (9,1%), la Paralisi cerebrale infantile (8,1%), Altri ritardi mentali specificati (5,7%).

Nel corso del 2006 i progetti riferiti a *persone con età >=18 anni* sono stati erogati prevalentemente in regime ambulatoriale (39,8%) e domiciliare (38,5%), con minor frequenza in semiresidenziale (11,2%) e residenziale (10,5%); nel 62,4% dei casi la modalità assistenziale è stata di tipo mantenimento. Le disabilità derivanti da patologie classificate nei capitoli ICD-IX-CM *Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, Disturbi psichici, Malattie del sistema circolatorio, Traumatismi e avvelenamenti, Sintomi segni e stati morbosi mal definiti* rappresentano nel complesso il 91,8% delle patologie trattate. Nello specifico, le patologie trattate con una frequenza superiore al 5% del totale sono state *Emiplegia e emiparesi* (11,9%), *Altri ritardi mentali specificati* (11,0%), *Altre sindromi paralitiche* (7,0%), *Artrosi* (6,2%), *Sclerosi multipla* (5,5%). Per le persone in età adulta sono disponibili delle scale di valutazione: l'Indice di Barthel, per la valutazione delle capacità funzionali di base, lo Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), la Scheda di Valutazione Multidimensionale Adulto Anziano (SVAMA). Il valore mediano dell'indice di Barthel all'ingresso in riabilitazione è stato di 76 per

la totalità dei progetti, 78 in modalità estensiva e 75 in mantenimento; tali valori sono compresi nella categoria dipendenza lieve (75-90); da notare che mentre i progetti avviati in regime semiresidenziale e ambulatoriale hanno un valore mediano all'ingresso di 79 e 88 rispettivamente (dipendenza lieve), quelli avviati in regime residenziale e domiciliare hanno un valore mediano all'ingresso di 64 e 53 rispettivamente, collocandosi nella categoria della dipendenza moderata. Il valore mediano dell'SPMSQ è stato pari a 0 (assenza di deterioramento, range 0-2); l'assenza di deterioramento cognitivo si conferma per il regime semiresidenziale (valore mediano 2), ambulatoriale e domiciliare (0). Per i progetti avviati in regime residenziale il valore mediano è stato di 4 (deterioramento lieve, 3-4). Tenendo conto di tutti gli indici disponibili si è osservato che il regime residenziale presentava mediamente progetti con 3 indici con compromissioni, il semiresidenziale ed il domiciliare con 2, mentre l'ambulatoriale non ne presentava.

In definitiva si conferma la differenza tra profili per i progetti trattati nei diversi regimi assistenziali; da notare che il regime domiciliare si colloca ad un livello di complessità non dissimile dal residenziale, mentre quello ambulatoriale si presenta con livelli di complessità apparentemente minimi che potrebbero indicare la presenza di una quota consistente di trattamenti meglio riconducibile nell'ambito della specialistica ambulatoriale.

Fabbisogno di posti letto presso le residenze sanitarie assistenziali

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono strutture destinate all'assistenza di soggetti adulti e/o anziani non autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie stabilizzate di natura fisica, psichica, sensoriale o mista; garantiscono un livello "alto" di assistenza tutelare ed alberghiera ed un livello di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa modulate in base alla normativa regionale vigente. Possono garantire una ospitalità permanente, previa valutazione periodica dei criteri di accesso, o temporanea nei casi in cui si renda necessario un sollievo alla famiglia o il completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi del SSR. La loro capacità recettiva è indicata come non inferiore a 20 posti e non superiore, in via eccezionale, a 120 posti, articolata in nuclei da 10/20 soggetti.

Ad oggi, nelle more della piena attuazione della Legge regionale 4 del 3 marzo 2003 in materia di autorizzazione ed accreditamento istituzionale, le RSA sono organizzate in tre livelli assistenziali a crescente impiego di risorse infermieristiche e riabilitative.

Attualmente nel Lazio sono presenti 79 strutture per un totale di 5.239 posti attivi con altre 18 in corso di realizzazione per un totale di 876 posti. In tabella E.1 sono riportati i dati distinti per singola ASL.

Tabella E.1 - *Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): strutture attivate ed in corso di attivazione per ASL (dati aggiornati al 15 maggio 2006).*

#RSA esistenti			°RSA in corso di realizzazione ex art. 20		Totale	
ASL	Numero	Posti	numero	Posti	Numero	posti
RM A	1	60	0	0	1	60
RM B	8	329	0	0	8	329
RM C	1	40	1	32	2	72
RM D	6	374	0	0	6	374
RM E	7	§470	1	60	8	530
Tot RM A-E	23	1.273	2	92	25	1.365
RM F	9	534	1	60	10	594
RM G	9	§864	0	0	9	864
RM H	12	§908	2	92	14	1.000
Tot RM F-G	30	2.306	3	152	33	2.458
VT	11	703	3	120	14	823
RI	1	40	6	292	7	332
FR	12	737	1	40	13	777
LT	2	^180	3	180	5	360
Tot VT-RI-FR-LT	26	1.660	13	632	39	2.292
Lazio	79	5.239	18	876	97	6.115

#Dati direttamente raccolti dall'ASP e aggiornati al maggio 2006

° Dati forniti dall'Assessorato alla Sanità aggiornati al giugno 2006

§ In tale conteggio non sono stati inclusi i p.l. in residenze per Alzheimer (120 complessivamente), presenti solo in queste Asl

^ In tale conteggio sono stati inclusi 10 p.l. in regime semiresidenziale

Fabbisogno di posti letto presso le residenze sanitarie assistenziali

Nella definizione del fabbisogno di RSA, le diverse Regioni hanno utilizzato criteri, parametri e standard spesso difformi, facenti riferimento a fasce d'età di popolazione variabili; alcune regioni hanno ritenuto opportuno stimare la necessità di posti residenziali e semiresidenziali all'interno di un modello organizzativo più ampio che tenesse in conto la rete dei servizi territoriali. E' evidente infatti come il fabbisogno di assistenza residenziale sia direttamente determinato dal numero di soggetti in situazione di non autosufficienza più o meno grave affetti da malattie cronico degenerative in fase non acuta e dall'offerta dei servizi di assistenza domiciliare e dalla capacità di questi di rispondere compiutamente ai loro bisogni. Al momento non esistono nella nostra regione stime attendibili su tale numero se non applicando alla popolazione del Lazio i parametri messi a punto da Buiatti, Ferrucci et al. per la popolazione anziana della Toscana. Applicando tali stime sulla popolazione del Lazio, l'universo di anziani disabili in almeno 2 delle ADL (disabilità grave) sarebbe poco più di 29.000 unità, di cui 19.000 con disabilità molto grave (3 ADL perse); parte di questi potrebbero ricadere in una assistenza residenziale erogata dalle RSA.

Applicando l'attuale standard programmatorio regionale - che prevede 2,5 posti residenza per ogni 100 abitanti ultrasettantacinquenni (DGR n° 2499/1997 e DGR n°1988/2001) - alla popolazione residente nel Lazio all'1/01/2006 (Fonte ISTAT), il fabbisogno totale regionale di posti in RSA risulterebbe pari a 11.402 p.r. (vedi Tabella 2).

Secondo tale stima, considerando i limiti delle informazioni disponibili, il complesso dei 5.239 posti già attivi rappresenta attualmente poco meno della metà (46,9%) del fabbisogno; considerando anche i posti in corso di realizzazione, fatta eccezione per le ASL RMF, RMG , RMH e Viterbo, sarebbe necessario attivare ulteriori posti in RSA nel resto dell'intero territorio regionale. Per il 2005 la Regione Lazio aveva disposto, con la DGR 432 del 25/03/2005, un incremento dei posti residenza, rispetto a quanto già programmato con la DGR 1988/2001 in riferimento all'incremento della popolazione anziana utrasettantacinquenne, destinando, in particolare per i centri urbani, il 10% globale dei posti residenziali in semiresidenzialità e stabilendo almeno una RSA per Distretto.

Una valutazione più adeguata della stima del fabbisogno dovrebbe basarsi sulla conoscenza delle caratteristiche degli ospiti e delle strutture (prestazioni effettivamente erogate; durata della degenza; indice di rotazione dei posti letto), sull'appropriatezza di utilizzo dei comparti ospedalieri - con particolare riferimento alla lungodegenza e alla riabilitazione post-acuzie - e dei comparti residenziali già attivi nonché sull'offerta di assistenza domiciliare integrata.

Tabella E.2 - ***Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): stima del Fabbisogno sulla base dello standard regionale; dati disaggregati per Asl.***

ASL	Totale posti	Pop. 75+ 1/1/06 (dati ISTAT)	Posti attesi da standard (2,5% >75 a)	Posti in difetto rispetto a standard
RM A	60	50.931	1.273	-1.213
RM B	329	46.304	1.158	-829
RM C	72	51.935	1.298	-1.226
RM D	374	40.033	1.001	-627
RM E	530	46.003	1.150	-620
Tot. RM A-E	**1.365**	**235.206**	**5.880**	**-4.515**
RM F	594	19.620	491	103
RM G	864	32.820	821	43
RM H	1.000	33.739	843	157
Tot. RM F-H	**2.458**	**86.179**	**2.155**	**303**
VT	823	31.133	778	45
RI	332	17.935	448	-116
FR	777	46.951	1.174	-397
LT	360	38.691	967	-607
Tot. altre Prov.	**2.292**	**134.710**	**3.367**	**-1.075**
Tot. Lazio	**6.115**	**456.095**	**11.402**	**-5.287**

Fabbisogno di posti letto per le cure palliative

Il numero di posti letto in Hospice dedicati ai pazienti con tumore in fase terminale è stato definito pari a 1 pl ogni 56 deceduti a causa di tumore (DM n. 43 del 22-02-2007). Applicando questo rapporto ai 14.600 decessi per tumore avvenuti nella regione Lazio nel 2005, si ottiene un fabbisogno di 263 posti letto, inferiore di 65 unità rispetto all'offerta esistente (=198).

Tabella riepilogativa

Offerta e fabbisogno posti letto di residenzialità riabilitativa, sanitaria, neuropsichiatrica e per le cure palliative Regione Lazio							
Centri ex art. 26 residenziali		RSA		Cdc Neuropsichiatriche		Cure palliative	
Offerta	Fabbisogno	Offerta	Fabbisogno	Offerta	Fabbisogno	Offerta	Fabbisogno
1.860	1.860	6.115	11.402	1.096	800	198	263

F. FABBISOGNO DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Il presente documento descrive la metodologia per la stima del fabbisogno della specialistica ambulatoriale basata sulla determinazione per ciascuna ASL e per ciascuna branca della quota di offerta eccedente o carente la domanda espressa dalla popolazione di riferimento e sulla determinazione dei punti di specialità per ciascuna ASL e per ciascuna branca.

Si precisa che la stima effettuata si basa sui dati di consumo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte della popolazione residente così come registrate nel Sistema informativo dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (SIAS) per l'anno 2006.

Le prestazioni registrate dal SIAS , sono solo quelle erogate all'interno del Servizio Sanitario Regionale, e non ricomprendono quelle che, a vario titolo (per scelta, a causa di lunghi tempi di attesa, ecc.), vengono richieste e soddisfatte in un regime non a carico del SSR (privatamente, in intramoenia, a carico di assicurazioni private, ecc.).

La valutazione di completezza dei dati forniti dai soggetti erogatori, calcolata attraverso il rapporto tra il numero di presidi che hanno inviato dati ed il numero di questi, in attività, censiti risulta essere del 84,2% per il comparto pubblico e del 98,7% per quello privato provvisoriamente accreditato e classificato.

Nelle tabelle allegate viene riportato, per ciascuna Asl, il numero complessivo dei presidi pubblici, privati provvisoriamente accreditati, classificati e aziendalizzati ubicati nel territorio considerato.

Tabella - S0 — **ASL XXX**

BRANCHE SPECIALISTICHE	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti della Asl stessa	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti fuori regione	Volume totale di prestazioni erogate ai residenti della Asl da strutture ubicate in altre Asl	Saldo	Punti di specialità	Punti di specialità pesati	DAO	DOP
Branca 1	A1	B1	C1	D1	E1	F1	G1	H1	I1
Branca 2	A2	B2	C2	D2	E2	F2	G2	H2	I2
...	....	....	....	....	....	....	....	....	....
...	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Branca n	An	Bn	Cn	Dn	En	Fn	Gn	Hn	In
Totale	**[A]**	**[B]**	**[C]**	**[D]**	**[E]**	**[F]**	**[G]**	**[H]**	**[I]**

Inoltre, per ciascuna branca specialistica, vengono riportati:

- il volume totale di prestazioni erogate dalle strutture ubicate nel territorio della Asl [A];
- il volume totale di prestazioni erogate dalle strutture ubicate nel territorio della Asl ai residenti della Asl stessa [B];
- il volume totale di prestazioni erogate dalle strutture ubicate nel territorio della Asl ai residenti di altre regioni [C];
- il volume totale di prestazioni erogate dalle strutture ubicate in altre Asl della Regione ai residenti della Asl considerata [D];
- il saldo delle prestazioni [E];
- il numero dei punti di specialità [F];
- il numero dei punti di specialità pesati [G];
- la densità assoluta di offerta (DAO) [H];
- la densità dell'offerta pesata (DOP) [I];

Il saldo delle prestazioni si ottiene a partire dalle informazioni descritte. Per tale calcolo è opportuno effettuare alcune considerazioni.

Nell'analisi è stata esclusa la mobilità extra-regionale in quanto per la mobilità passiva si presentano delle criticità quali: disponibilità dei dati con uno sfasamento di un anno impossibilità di identificare la branca di erogazione; impossibilità di identificare ed escludere le prestazioni erogate in Pronto Soccorso non seguite da ricovero; presenza di un 25% di prestazioni per le quali non è possibile identificare la Asl di residenza.

Al fine di rendere omogenei i dati considerati è stata esclusa anche la mobilità attiva. Si fa inoltre presente che complessivamente il fenomeno della mobilità extra-regionale presenta un volume simile tra le sue due componenti, attiva passiva.

Il volume di prestazioni erogate dalle strutture della Asl considerata si può intendere come produzione totale a carico del SSR. Da tale volume si esclude quindi la quota di prestazioni erogate ai residenti fuori regione. Il volume di prestazioni erogate dalle strutture della Asl considerata ai residenti della Asl stessa si può intendere come autoproduzione.

Il volume di prestazioni erogate dalle strutture ubicate in altre Asl della Regione ai residenti della Asl considerata si può teoricamente intendere come domanda espressa dai residenti della Asl considerata non soddisfatta dalla Asl stessa.

Il saldo è quindi calcolato come E = (A - C) - (B + D) dove:

(A - C) è il totale delle prestazioni erogate dalla Asl considerata ai residenti della regione Lazio;

(B + D) è il totale delle prestazioni erogate ai residenti della Asl considerata da tutte le Asl della regione, compresa la Asl considerata. (Tale quota corrisponde alla domanda soddisfatta degli assistiti della Asl considerata, all'interno della Regione).

Per ciascuna Asl e branca specialistica, quindi, un saldo [E] positivo indicherà un'eccedenza di offerta rispetto a quanto consumato dai propri residenti, mentre un saldo negativo indicherà una carenza di offerta.

Per ciascuna ASL e per ciascuna branca viene poi riportata la Densità Assoluta di Offerta (DAO) che rappresenta il numero dei punti di offerta in rapporto alla popolazione e la Densità di Offerta Pesata (DOP) ottenuta ponendo uguale ad 1 la media regionale di produzione per ogni branca e ricavando i punti di offerta pesata per ogni ASL e per ciascuna branca. La pesatura dei punti di offerta consente di valutare in modo diverso punti di specialità con volumi molto diversi tra loro.

Confrontando il saldo, la DAO e la DOP è possibile verificare se un saldo negativo o positivo sia esclusivamente legato ad una carenza o un eccesso di punti di offerta assoluti o se sia anche legato ad una produzione dei singoli punti di offerta inferiore o superiore alla media regionale.

Le tabelle S1- S12, di seguito riportate, mostrano per ciascuna ASL la stima dei fabbisogni per branca specialistica.

ASL RM A
Tabella - S1

BRANCHE SPECIALISTICHE	ASL RMA - 154 PRESIDI (pubblici, privati provvisoriamente accreditati, classificati, aziendalizzati)								
	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti della Asl stessa	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti fuori regione	Volume totale di prestazioni erogate ai residenti della Asl da strutture ubicate in altre Asl	Saldo	Punti di specialità	Punti di specialità pesati	DAO	DOP
00 Laboratorio Analisi	7.652.216	4.131.978	211.758	1.109.004	2.199.476	92	83,7	20	18
05 Ch.Vascolare-Angiologia	62.766	15.428	1.100	16.673	29.567	16	24,4	4	5
08 Cardiologia	260.043	83.607	9.338	47.743	119.355	35	46,7	8	10
09 Chirurgia generale	73.808	15.071	4.830	11.081	42.826	14	33,1	3	8
12 Chirurgia plastica	12.685	2.360	1.190	5.480	3.655	9	13,4	2	3
15 Medicina sportiva	6.562	1.055	5	663	4.839	3	3,5	1	1
19 Endocrinologia	49.797	8.761	1.721	11.603	27.712	15	20,9	3	5
29 Nefrologia	22.479	7.090	438	13.893	1.058	6	3,8	1	1
30 Neurochirurgia	4.184	569	296	1.253	2.064	3	4,1	1	1
32 Neurologia	151.599	30.019	4.770	28.372	88.438	20	41,0	4	9
34 Oculistica	230.269	54.961	8.176	37.177	129.955	24	41,4	5	9
35 Odontoiatria-Stomatologia	153.852	29.580	6.281	6.879	111.112	20	43,6	4	10
36 Odopedia e Traumatologia	83.152	27.639	2.724	22.059	40.730	25	31,3	5	7
37 Ostetricia e Ginecologia	109.847	18.678	11.430	15.392	64.447	20	50,2	4	11
38 Otorinolaringoiatria	94.184	24.037	3.208	15.333	51.606	21	31,5	5	7
40 Psichiatria	47.965	12.305	2.234	6.508	26.918	16	37,2	4	8
43 Urologia	28.673	11.150	1.084	7.814	8.625	15	21,8	3	5
52 Dermasifilopatia	85.651	18.255	3.004	28.253	36.139	19	27,4	4	6
56 Med.fisica-Riabilitazione	3.029.806	2.225.680	52.243	201.890	549.995	49	70,9	11	16
58 Gastroenterologia	51.397	10.827	2.175	11.956	27.339	18	21,5	4	5
61 Medicina nucleare	47.920	10.172	1.826	12.017	23.905	8	8,0	2	2
64 Oncologia	21.983	5.076	1.322	6.604	8.961	9	11,8	2	3
68 Pneumologia	51.967	11.349	1.155	11.034	28.429	11	24,5	2	5
69 Radiologia Diagnostica	451.840	183.535	11.705	105.808	150.792	48	47,1	11	10
70 Radioterapia	66.227	12.466	3.549	28.748	21.464	4	3,0	1	1
79 Risonanza magnetica	37.083	16.797	1.192	25.550	-6.456	5	4,9	1	1
80 Chirdiagnostica invasiva	21.801	5.442	960	3.903	11.496	4	5,9	1	1
82 Anestesia	24.217	3.232	803	1.978	18.204	8	22,8	2	5
99 Altro	378.838	83.794	20.331	44.628	230.085	22	79,9	5	17
Totale	13.323.115	7.060.913	370.850	1.838.396	4.052.956	559	864,2	123	190

Fonte dati: Laziosanità - ASP - Sias - Anno 2006

ASL RM B
Tabella - S2

BRANCHE SPECIALISTICHE	ASL RMB 120 PRESIDI (pubblici, privati provvisoriamente accreditati, classificati, aziendalizzati)								
	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti della Asl stessa	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti fuori regione	Volume totale di prestazioni erogate ai residenti della Asl da strutture ubicate in altre Asl	Saldo	Punti di specialità	Punti di specialità pesati	DAO	DOP
00 Laboratorio Analisi	7.729.648	6.236.019	101.057	1.730.776	-338.204	61	84,5	10	13
05 Ch.Vascolare-Angiologia	73.700	46.697	817	27.825	-1.639	16	28,7	3	5
08 Cardiologia	231.259	176.539	1.846	97.954	-45.070	27	41,5	4	7
09 Chirurgia generale	40.355	24.463	1.524	32.101	-17.733	14	20,8	2	3
12 Chirurgia plastica	8.087	4.848	281	9.921	-6.963	6	8,4	1	1
15 Medicina sportiva	2.068	1.674	0	2.942	-2.608	1	1,1	0	0
19 Endocrinologia	49.646	36.415	444	27.946	-15.159	11	20,8	2	3
29 Nefrologia	59.527	39.362	2.967	13.441	3.757	10	10,0	2	2
30 Neurochirurgia	5.716	3.064	107	1.908	637	4	5,7	1	1
32 Neurologia	113.280	68.778	1.563	66.363	-23.424	18	30,7	3	5
34 Oculistica	134.074	97.911	2.607	92.254	-58.096	17	24,1	3	4
35 Odontostatria-Stomatologia	82.298	57.147	767	33.339	-8.955	11	23,3	2	4
36 Ortopedia e Traumatologia	99.231	54.898	1.097	45.339	-2.103	21	33,3	3	5
37 Ostetricia e Ginecologia	117.519	99.160	977	41.167	-23.785	26	53,6	4	6
38 Otorinolaringoiatria	68.329	51.783	764	36.973	-21.191	17	22,9	3	4
40 Psichiatria	18.261	12.429	280	18.272	-12.720	13	14,2	2	2
43 Urologia	29.526	20.936	512	14.173	-6.095	15	22,4	2	4
52 Dermasifilopatia	72.815	49.491	1.668	55.997	-34.341	14	23,3	2	4
56 Med.fisica-Riabilitazione	2.673.611	2.358.198	21.736	735.623	-441.746	27	62,6	4	10
58 Gastroenterologia	40.027	24.842	1.144	22.485	-8.444	9	16,7	1	3
61 Medicina nucleare	27.877	11.445	1.105	21.479	-6.152	5	4,7	1	1
64 Oncologia	5.900	3.320	186	12.618	-10.224	6	3,2	1	1
68 Pneumologia	23.762	16.217	314	34.645	-27.414	9	11,2	1	2
69 Radiologia Diagnostica	542.416	376.207	7.643	172.122	-13.556	41	56,6	6	9
70 Radioterapia	59.283	26.370	5.652	38.618	-11.357	3	2,7	0	0
79 Risonanza magnetica	37.789	18.647	956	43.190	-25.004	4	5,0	1	1
80 Chirdiagnostica invasiva	85	10	19	7.979	-7.923	1	0,0	0	0
82 Anestesia	12.324	6.642	260	7.610	-2.188	6	11,6	1	2
99 Altro	152.906	96.570	3.898	131.455	-78.017	17	32,2	3	5
Totale	12.511.469	10.019.082	161.591	3.576.515	-1.245.719	432	675,7	68	109

Fonte dati: Laziosanità - ASP - Sias - Anno 2006

ASL RM C
Tabella - S3

BRANCHE SPECIALISTICHE	ASL RMC 124 PRESIDI (pubblici, privati provvisoriamente accreditati, classificati, aziendalizzati)								
	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti della Asl stessa	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti fuori regione	Volume totale di prestazioni erogate ai residenti della Asl da strutture ubicate in altre Asl	Saldo	Punti di specialità	Punti di specialità pesati	DAO	DOP
00 Laboratorio Analisi	5.305.069	4.308.045	81.387	1.909.793	-994.156	75	58,0	15	11
05 Ch.Vascolare-Angiologia	40.195	20.533	680	37.786	-18.804	13	15,6	3	3
08 Cardiologia	138.440	101.881	1.232	91.367	-56.040	37	24,9	7	5
09 Chirurgia generale	42.729	16.884	2.088	21.704	-2.053	25	22,0	5	4
12 Chirurgia plastica	34.016	10.384	1.192	4.752	-17.688	6	35,4	1	7
15 Medicina sportiva	3.667	2.984	0	2.484	-1.801	2	1,9	0	0
19 Endocrinologia	61.253	33.882	528	20.504	-6.339	17	25,7	3	5
29 Nefrologia	9.692	6.140	229	12.705	9.382	2	1,6	0	0
30 Neurochirurgia	2.099	609	99	1.670	-479	3	2,1	1	0
32 Neurologia	50.101	26.817	1.041	62.995	-40.753	21	13,6	4	3
34 Oculistica	105.122	62.451	1.116	78.897	-37.342	23	18,9	4	4
35 Odontoiatria-Stomatologia	23.050	17.659	255	33.006	-27.870	11	6,5	2	1
36 Ortopedia e Traumatologia	83.863	47.385	1.742	47.365	-12.632	28	28,2	5	6
37 Ostetricia e Ginecologia	49.610	29.853	1.745	32.160	-14.148	32	22,6	6	4
38 Otorinolaringoiatria	51.423	35.066	1.172	37.744	-22.559	19	17,2	4	3
40 Psichiatria	32.459	23.353	597	12.254	-3.745	27	25,2	5	5
43 Urologia	28.761	14.091	990	12.637	1.043	13	21,9	3	4
52 Dermasifilopatia	126.737	47.676	4.144	33.454	-41.463	20	40,5	4	8
56 Med.fisica-Riabilitazione	2.355.590	2.007.267	25.698	405.878	-83.243	48	55,1	9	11
58 Gastroenterologia	21.651	9.597	610	19.217	-7.773	9	9,0	2	2
61 Medicina nucleare	42.050	9.572	1.792	16.534	14.152	4	7,0	1	1
64 Oncologia	49.385	10.691	3.603	5.596	29.495	5	26,5	1	5
68 Pneumologia	16.929	8.800	378	23.604	-15.853	8	8,0	2	2
69 Radiologia Diagnostica	336.402	217.640	5.312	182.229	-68.779	41	35,1	8	7
70 Radioterapia	149.596	26.980	14.061	27.980	80.575	2	6,7	0	1
79 Risonanza magnetica	45.805	18.754	1.232	28.541	-2.722	11	6,1	2	1
80 Chirdiagnostica invasiva	767	289	6	6.878	-6.406	3	0,2	1	0
82 Anestesia	6.108	2.444	161	10.977	-7.474	5	5,7	1	1
99 Altro	62.839	37.477	1.231	95.029	-70.898	25	13,3	5	3
Totale	9.275.468	7.155.204	154.311	3.275.944	-1.310.051	535	554,7	104	107

Fonte dati: Laziosanità - ASP - Sias - Anno 2006

ASL RM D
Tabella - S4

BRANCHE SPECIALISTICHE	ASL RMD 97 PRESIDI (pubblici, privati provvisoriamente accreditati, classificati, aziendalizzati)								
	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti della Asl stessa	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti fuori regione	Volume totale di prestazioni erogate ai residenti della Asl da strutture ubicate in altre Asl	Saldo	Punti di specialità	Punti di specialità pesati	DAO	DOP
00 Laboratorio Analisi	5.691.241	4.678.874	55.499	1.023.963	-67.115	51	62,2	10	12
05 Ch.Vascolare-Angiologia	76.354	41.704	848	14.702	19.300	12	29,7	2	6
08 Cardiologia	211.421	143.360	1.911	41.170	24.980	24	38,0	5	7
09 Chirurgia generale	29.445	18.395	450	14.531	-3.931	15	15,2	3	3
12 Chirurgia plastica	12.951	8.044	230	6.581	-1.904	10	13,5	2	3
15 Medicina sportiva	2.171	1.770	5	1.573	-1.177	3	1,2	1	0
19 Endocrinologia	45.261	31.365	380	15.071	-1.535	14	19,0	3	4
29 Nefrologia	69.883	64.101	620	4.245	917	5	11,6	1	2
30 Neurochirurgia	4.220	2.424	160	1.059	577	3	4,2	1	1
32 Neurologia	113.402	64.172	1.613	26.594	20.723	16	30,7	3	6
34 Oculistica	147.678	94.926	2.643	45.370	4.739	17	26,5	3	5
35 Odontoiatria-Stomatologia	45.312	36.059	333	22.883	-13.963	13	12,8	3	2
36 Ortopedia e Traumatologia	74.921	52.248	966	28.277	-6.570	20	25,2	4	5
37 Ostetricia e Ginecologia	66.209	45.591	798	21.000	-4.180	29	30,2	6	6
38 Otorinolaringoiatria	111.839	70.722	1.184	16.830	23.103	18	37,4	3	7
40 Psichiatria	13.799	8.381	587	7.976	-3.145	21	10,7	4	2
43 Urologia	25.366	16.005	278	6.451	2.632	14	19,3	3	4
52 Dermasifilopatia	77.764	46.172	1.008	34.213	-3.609	18	24,9	3	5
56 Med.fisica-Riabilitazione	1.498.416	1.379.787	8.633	245.731	-135.735	45	35,1	9	7
58 Gastroenterologia	25.875	13.057	535	13.314	-1.031	6	10,8	1	2
61 Medicina nucleare	20.562	9.940	328	13.995	-3.701	4	3,4	1	1
64 Oncologia	5.888	3.850	105	10.286	-8.353	8	3,2	2	1
68 Pneumologia	60.204	26.483	1.049	6.195	26.477	17	28,4	3	6
69 Radiologia Diagnostica	426.848	282.323	3.778	95.426	45.321	34	44,5	7	9
70 Radioterapia	18.283	7.527	448	39.751	-29.443	1	0,8	0	0
79 Risonanza magnetica	74.197	35.160	1.567	13.240	24.230	9	9,9	2	2
80 Chirdiagnostica invasiva	24.275	13.653	295	1.902	8.425	2	6,5	0	1
82 Anestesia	14.134	10.966	111	3.691	-656	7	13,3	1	3
99 Altro	86.001	45.913	1.725	58.305	-19.942	25	18,1	5	4
Totale	9.073.960	7.255.994	87.887	1.834.645	-104.566	461	586,4	91	116

Fonte dati: Laziosanità - ASP - Sias - Anno 2006

ASL RM E
Tabella - S5

BRANCHE SPECIALISTICHE	ASL RME 114 PRESIDI (pubblici, privati provvisoriamente accreditati, classificati, aziendalizzati)								
	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti della Asl stessa	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti fuori regione	Volume totale di prestazioni erogate ai residenti della Asl da strutture ubicate in altre Asl	Saldo	Punti di specialità	Punti di specialità pesati	DAO	DOP
00 Laboratorio Analisi	7.443.848	5.136.800	220.739	741.481	1.344.828	82	61,4	17	17
05 Ch.Vascolare-Angiologia	54.815	31.017	1.284	10.178	12.336	22	21,3	4	4
08 Cardiologia	266.361	156.274	5.608	25.256	79.223	38	47,8	8	10
09 Chirurgia generale	55.307	25.079	3.090	6.915	20.223	26	28,5	5	6
12 Chirurgia plastica	10.745	3.393	653	2.322	4.377	12	11,2	2	2
15 Medicina sportiva	8.925	7.271	25	828	701	3	4,7	1	1
19 Endocrinologia	51.848	29.896	1.370	5.179	15.403	20	21,7	4	4
29 Nefrologia	43.907	20.415	753	3.112	19.627	7	7,4	1	2
30 Neurochirurgia	5.865	2.176	156	505	3.028	5	5,6	1	1
32 Neurologia	133.593	63.606	7.929	19.918	42.140	23	36,1	5	7
34 Oculistica	233.181	105.855	10.433	17.212	99.681	24	41,9	5	9
35 Odontoiatria-Stomatologia	51.526	31.619	1.522	14.595	3.882	13	14,6	3	3
36 Ortopedia e Traumatologia	86.375	47.533	2.397	11.904	24.541	28	29,0	6	6
37 Ostetricia e Ginecologia	106.125	57.731	3.496	10.598	36.300	41	49,3	8	10
38 Otorinolaringoiatria	86.345	55.086	2.712	10.181	18.366	22	28,9	4	6
40 Psichiatria	37.683	19.555	1.244	5.012	11.872	23	29,3	6	6
43 Urologia	30.277	14.868	1.113	3.084	11.212	22	23,0	4	5
52 Dermasifilopatia	106.189	43.426	4.800	14.196	43.765	28	33,9	6	7
56 Med.fisica-Riabilitazione	1.529.354	1.147.594	17.436	149.692	214.632	32	35,6	7	7
58 Gastroenterologia	60.674	25.945	3.532	5.804	25.393	16	25,4	3	5
61 Medicina nucleare	41.597	12.782	3.162	9.357	16.296	5	7,0	1	1
64 Oncologia	16.540	7.498	558	4.454	4.130	9	8,9	2	2
68 Pneumologia	45.880	23.700	1.742	7.696	12.742	17	21,6	3	4
69 Radiologia Diagnostica	478.314	291.442	13.585	65.097	108.190	45	49,9	9	10
70 Radioterapia	128.316	40.839	21.316	16.612	49.549	4	5,8	1	1
79 Risonanza magnetica	94.952	29.938	2.973	10.384	51.657	8	12,7	2	3
80 Chirdiagnostica invasiva	8.603	3.531	201	2.292	2.579	4	2,3	1	0
82 Anestesia	9.584	6.662	226	2.108	588	10	9,0	2	2
99 Altro	312.526	120.773	28.978	27.273	135.502	41	65,9	8	13
Totale	11.541.257	7.562.304	363.033	1.203.157	2.412.763	636	760,2	129	154

Fonte dati: Laziosanità - ASP - Sias - Anno 2006

ASL RM F
Tabella - S6

BRANCHE SPECIALISTICHE	ASL RMF 37 PRESIDI (pubblici, privati provvisoriamente accreditati, classificati, aziendalizzati)								
	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti della Asl stessa	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti fuori regione	Volume totale di prestazioni erogate ai residenti della Asl da strutture ubicate in altre Asl	Saldo	Punti di specialità	Punti di specialità pesati	DAO	DOP
00 Laboratorio Analisi	1.764.200	1.620.874	12.992	880.038	-749.704	24	19,3	9	7
05 Ch.Vascolare-Angiologia	6.863	6.244	30	8.176	-7.587	5	2,7	2	1
08 Cardiologia	37.544	34.470	257	39.595	-36.778	13	6,7	5	2
09 Chirurgia generale	5.418	4.899	73	9.886	-9.440	6	2,8	2	1
12 Chirurgia plastica	160	149	0	2.029	-2.018	2	0,2	1	0
15 Medicina sportiva	0	0	0	357	-357	0	0,0	0	0
19 Endocrinologia	2.962	2.771	8	8.869	-8.686	4	1,2	1	0
29 Nefrologia	50.834	35.125	1.063	7.492	7.154	5	8,6	2	3
30 Neurochirurgia	390	346	5	954	-915	2	0,4	1	0
32 Neurologia	6.269	5.471	55	23.320	-22.577	8	1,7	3	1
34 Oculistica	22.059	19.551	199	27.954	-25.645	8	4,0	3	1
35 Odontoiatria-Stomatologia	13.741	12.312	123	10.767	-9.461	5	3,9	2	1
36 Ortopedia e Traumatologia	14.362	12.651	120	17.719	-15.128	6	4,8	2	2
37 Ostetricia e Ginecologia	6.019	5.197	159	17.760	-17.097	6	2,7	2	1
38 Otorinolaringoiatria	10.642	9.911	57	14.167	-13.493	9	3,6	3	1
40 Psichiatria	4.340	3.726	67	4.748	-4.201	7	3,4	2	1
43 Urologia	4.540	4.053	22	4.382	-3.917	5	3,5	2	1
52 Dermasifilopatia	13.953	13.009	77	26.403	-25.536	11	4,5	4	2
56 Med.fisica-Riabilitazione	92.505	86.096	234	103.019	-96.644	10	2,2	4	1
58 Gastroenterologia	3.143	2.772	33	10.281	-9.943	3	1,3	1	0
61 Medicina nucleare	0	0	0	9.297	-9.297	0	0,0	0	0
64 Oncologia	1.122	1.029	9	4.360	-4.276	3	0,6	1	0
68 Pneumologia	5.448	5.067	23	7.209	-6.857	7	2,6	2	1
69 Radiologia Diagnostica	104.074	85.199	836	77.571	-59.532	16	10,9	6	4
70 Radioterapia	0	0	0	24.380	-24.380	0	0,0	0	0
79 Risonanze magnetica	9.421	5.976	1.710	17.017	-15.282	1	1,3	0	0
80 Chirdiagnostica invasiva	4.105	3.709	54	1.955	-1.613	2	1,1	1	0
82 Anestesia	8.766	8.207	32	1.703	-1.176	7	8,2	2	3
99 Altro	0	0	0	38.150	-38.150	0	0,0	0	0
Totale	**2.192.889**	**1.983.814**	**18.244**	**1.399.558**	**-1.213.736**	**175**	**101,9**	**62**	**34**

Fonte dati: Laziosanità - ASP - Sias - Anno 2006

ASL RM G
Tabella - S7

BRANCHE SPECIALISTICHE	ASL RMG 44 PRESIDI (pubblici, privati provvisoriamente accreditati, classificati, aziendalizzati)								
	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti della Asl stessa	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti fuori regione	Volume totale di prestazioni erogate ai residenti della Asl da strutture ubicate in altre Asl	Saldo	Punti di specialità	Punti di specialità pesati	DAO	DOP
00 Laboratorio Analisi	3.569.942	3.340.436	15.754	785.423	-571.671	33	39,0	7	9
05 Ch.Vascolare-Angiologia	8.297	7.821	14	13.547	-13.085	12	3,2	3	1
08 Cardiologia	73.128	68.414	226	42.114	-37.626	13	13,1	3	3
09 Chirurgia generale	17.717	16.579	66	13.242	-12.170	11	9,1	2	2
12 Chirurgia plastica	2.284	2.153	5	4.397	-4.271	8	2,4	2	1
15 Medicina sportiva	11.681	11.054	10	588	29	6	6,2	1	1
19 Endocrinologia	25.053	23.705	42	10.841	-9.535	12	10,5	3	2
29 Nefrologia	22.039	20.347	71	7.221	-5.600	6	3,7	1	1
30 Neurochirurgia	0	0	0	1.860	-1.860	0	0,0	0	0
32 Neurologia	24.702	22.843	84	33.432	-31.657	11	6,7	2	2
34 Oculistica	49.908	48.056	127	42.660	-40.935	10	9,0	2	2
35 Odontoiatria-Stomatologia	12.308	11.860	42	18.800	-18.394	7	3,5	2	1
36 Ortopedia e Traumatologia	40.000	35.889	177	14.382	-10.448	12	13,4	3	3
37 Ostetricia e Ginecologia	17.005	15.564	126	17.963	-18.648	10	7,8	2	2
38 Otorinolaringoiatria	26.988	25.507	83	13.515	-12.117	10	9,6	2	2
40 Psichiatria	4.325	4.020	34	6.484	-6.213	6	3,4	1	1
43 Urologia	8.010	7.415	9	6.207	-5.621	10	6,1	2	1
52 Dermasifilopatia	14.110	13.415	47	25.378	-24.730	12	4,5	3	1
56 Med.fisica-Riabilitazione	1.826.939	1.697.992	7.090	99.357	82.560	19	42,7	4	10
58 Gastroenterologia	6.875	6.196	28	11.702	-11.051	9	2,9	2	1
61 Medicina nucleare	0	0	0	15.661	-15.661	0	0,0	0	0
64 Oncologia	3.063	2.770	12	6.567	-6.286	4	1,6	1	0
68 Pneumologia	9.648	9.197	14	10.402	-9.965	12	4,5	3	1
69 Radiologia Diagnostica	137.678	127.041	608	81.949	-71.920	18	14,4	4	3
70 Radioterapia	0	0	0	29.306	-29.306	0	0,0	0	0
79 Risonanza magnetica	48.823	26.151	1.355	11.883	9.334	4	6,5	1	1
80 Chir/diagnostica invasiva	4.422	3.563	84	6.771	-5.896	3	1,2	1	0
82 Anestesia	356	308	3	1.839	-1.794	7	0,3	2	0
99 Altro	16.761	15.571	41	61.570	-60.421	13	3,5	3	1
Totale	5.982.062	5.503.807	26.152	1.395.161	-943.058	278	228,4	62	52

Fonte dati: Laziosanità - ASP - Sias - Anno 2006

ASL RM H
Tabella - S5

BRANCHE SPECIALISTICHE	ASL RMH 65 PRESIDI (pubblici, privati provvisoriamente accreditati, classificati, aziendalizzati)								
	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti della Asl stessa	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti fuori regione	Volume totale di prestazioni erogate ai residenti della Asl da strutture ubicate in altre Asl	Saldo	Punti di specialità	Punti di specialità pesati	DAO	DOP
00 Laboratorio Analisi	4.614.355	4.109.805	25.918	727.586	-248.954	37	50,4	7	10
05 Ch.Vascolare-Angiologia	10.142	8.721	44	14.325	-12.961	10	3,9	2	1
08 Cardiologia	112.663	95.798	479	33.362	-16.970	24	20,2	5	4
09 Chirurgia generale	31.785	27.053	232	11.511	-7.011	11	16,4	2	3
12 Chirurgia plastica	1.254	1.091	5	5.599	-5.441	6	1,3	1	0
15 Medicina sportiva	9.744	8.645	5	400	694	5	5,2	1	1
19 Endocrinologia	17.055	13.225	98	10.726	-6.994	12	7,1	2	1
29 Nefrologia	36.517	32.264	245	7.140	-3.132	5	6,2	1	1
30 Neurochirurgia	13	13	0	1.437	-1.437	1	0,0	0	0
32 Neurologia	52.380	37.816	568	26.965	-12.969	21	14,2	4	3
34 Oculistica	51.957	44.778	294	40.422	-33.537	17	9,3	3	2
35 Odontoiatria-Stomatologia	12.596	11.265	37	19.035	-17.741	11	3,6	2	1
36 Ortopedia e Traumatologia	49.958	41.586	389	24.207	-16.224	16	16,8	3	3
37 Ostetricia e Ginecologia	41.012	36.638	258	17.644	-13.528	23	18,7	5	4
38 Otorinolaringoiatria	30.468	27.040	131	15.124	-11.827	17	10,2	3	2
40 Psichiatria	40.954	38.818	229	6.255	-4.348	24	31,8	5	6
43 Urologia	17.907	13.855	72	5.389	-1.409	15	13,6	3	3
52 Dermasifilopatia	42.503	36.762	130	28.880	-23.269	18	13,6	4	3
56 Med.fisica-Riabilitazione	1.393.778	1.219.080	6.945	114.129	53.624	31	32,6	6	7
58 Gastroenterologia	16.340	11.608	164	9.222	-4.654	10	6,8	2	1
61 Medicina nucleare	20.705	10.834	206	9.158	507	4	3,5	1	1
64 Oncologia	7.902	6.168	63	5.993	-4.322	9	4,2	2	1
68 Pneumologia	28.410	20.793	106	6.977	534	15	13,4	3	3
69 Radiologia Diagnostica	234.700	198.035	1.442	73.381	-38.156	26	24,5	5	5
70 Radioterapia	0	0	0	27.104	-27.104	0	0,0	0	0
79 Risonanza magnetica	34.001	18.017	364	19.444	-3.824	4	4,5	1	1
80 Chirdiagnostica invasiva	13.501	7.156	185	2.637	3.523	2	3,6	0	1
82 Anestesia	8.044	7.168	45	3.560	-2.729	9	7,6	2	2
99 Altro	46.359	41.592	278	47.663	-43.174	29	9,8	6	2
Totale	**6.977.009**	**6.125.624**	**38.932**	**1.315.278**	**-502.825**	**414**	**353,1**	**81**	**72**

Fonte dati: Laziosanità - ASP - Sias - Anno 2006

ASL VITERBO
Tabella - S9

BRANCHE SPECIALISTICHE	ASL VT 55 PRESIDI (pubblici, privati provvisoriamente accreditati, classificati, aziendalizzati)								
	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti della Asl stessa	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti fuori regione	Volume totale di prestazioni erogate ai residenti della Asl da strutture ubicate in altre Asl	Saldo	Punti di specialità	Punti di specialità pesati	DAO	DOP
00 Laboratorio Analisi	2.606.259	2.459.607	40.792	152.569	-54.709	25	28,5	8	9
05 Ch.Vascolare-Angiologia	5.129	4.118	79	1.534	-602	9	2,0	3	1
08 Cardiologia	87.259	80.480	865	6.602	-688	22	15,7	7	5
09 Chirurgia generale	15.445	13.986	427	3.126	-2.094	15	8,0	5	3
12 Chirurgia plastica	2.442	2.264	60	576	-458	8	2,5	3	1
15 Medicina sportiva	0	0	0	35	-35	0	0,0	0	0
19 Endocrinologia	26.472	24.564	248	1.804	-144	16	11,1	5	4
29 Nefrologia	36.344	34.455	97	9.294	-7.502	6	6,1	2	2
30 Neurochirurgia	856	800	20	385	-349	2	0,8	1	0
32 Neurologia	60.054	52.803	3.745	5.031	-2.526	18	16,2	6	5
34 Oculistica	36.698	34.066	1.620	8.408	-7.396	17	6,6	6	2
35 Odontoiatria-Stomatologia	13.975	13.194	329	3.569	-3.027	10	4,0	3	1
36 Ortopedia e Traumatologia	37.394	34.667	846	3.393	-1.312	24	12,6	8	4
37 Ostetricia e Ginecologia	29.128	24.979	1.304	3.103	-258	25	13,3	8	4
38 Otorinolaringoiatria	21.866	20.866	285	2.606	-1.891	20	7,3	7	2
40 Psichiatria	9.774	9.361	98	1.057	-742	14	7,6	5	3
43 Urologia	7.792	7.294	96	1.295	-893	16	5,9	5	2
52 Dermasifilopatia	53.842	32.754	4.188	2.845	14.055	23	17,2	8	6
56 Med.fisica-Riabilitazione	317.406	308.556	2.607	33.428	-27.185	23	7,4	8	2
58 Gastroenterologia	15.090	12.601	293	2.040	156	11	6,3	4	2
61 Medicina nucleare	5.582	4.934	136	2.466	-1.954	1	0,9	0	0
64 Oncologia	4.492	4.116	76	976	-575	10	2,4	3	1
68 Pneumologia	9.979	9.260	74	1.838	-1.193	10	4,7	3	2
69 Radiologia Diagnostica	185.703	164.384	5.673	17.231	-1.585	21	19,4	7	6
70 Radioterapia	32.577	27.125	1.818	4.248	-614	4	1,5	1	0
79 Risonanza magnetica	8.683	7.666	215	10.711	-9.909	4	1,2	1	0
80 Chirdiagnostica invasiva	0	0	0	921	-921	0	0,0	0	0
82 Anestesia	4.396	4.074	121	728	-527	9	4,1	3	1
99 Altro	13.813	11.760	467	9.000	-7.414	3	2,9	1	1
Totale	3.650.450	3.465.644	66.380	300.818	-122.392	366	216,3	121	69

Fonte dati: Laziosanità - ASP - Sias - Anno 2006

ASL RIETI
Tabella - S10

BRANCHE SPECIALISTICHE	ASL RI 29 PRESIDI (pubblici, privati provvisoriamente accreditati, classificati, aziendalizzati)								
	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti della Asl stessa	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti fuori regione	Volume totale di prestazioni erogate ai residenti della Asl da strutture ubicate in altre Asl	Saldo	Punti di specialità	Punti di specialità pesati	DAO	DOP
00 Laboratorio Analisi	1.348.660	1.250.393	13.552	109.861	-25.143	14	14,7	9	10
05 Ch.Vascolare-Angiologia	10.225	9.136	101	1.249	-261	6	4,0	4	3
08 Cardiologia	43.225	39.827	455	5.891	-2.948	9	7,8	5	5
09 Chirurgia generale	14.646	13.347	164	2.064	-929	9	7,5	6	5
12 Chirurgia plastica	613	560	0	502	-449	5	0,5	3	0
15 Medicina sportiva	0	0	0	55	-55	0	0,0	0	0
19 Endocrinologia	6.504	6.058	39	1.256	-849	8	2,7	5	2
29 Nefrologia	34.917	34.067	21	3.160	-2.331	4	5,9	3	4
30 Neurochirurgia	0	0	0	243	-243	0	0,0	0	0
32 Neurologia	17.549	16.472	139	3.653	-2.315	9	4,9	6	3
34 Oculistica	31.416	28.058	319	3.498	-459	11	5,6	7	4
35 Odontoiatria-Stomatologia	12.051	11.378	67	1.926	-1.320	8	3,4	5	2
36 Ortopedia e Traumatologia	21.470	19.206	253	2.392	-383	9	7,2	6	5
37 Ostetricia e Ginecologia	11.151	10.441	90	2.205	-1.585	14	5,1	9	3
38 Otorinolaringoiatria	18.515	17.277	135	1.366	-263	8	6,2	5	4
40 Psichiatria	8.979	8.222	28	798	-69	10	7,0	6	5
43 Urologia	7.752	7.216	41	727	-232	6	5,9	4	4
52 Dermasifilopatia	9.338	8.793	73	3.425	-2.953	8	3,0	5	2
56 Med.fisica-Riabilitazione	326.781	306.322	1.651	30.963	-14.155	18	7,6	12	5
58 Gastroenterologia	12.039	10.699	247	1.326	-233	6	5,0	4	3
61 Medicina nucleare	4	3	0	2.679	-2.678	1	0,0	1	0
64 Oncologia	5.408	5.066	41	1.016	-715	2	2,9	1	2
68 Pneumologia	13.152	12.580	90	1.292	-800	6	6,2	4	4
69 Radiologia Diagnostica	76.356	70.523	890	12.993	-8.050	8	8,0	5	5
70 Radioterapia	14.598	11.687	302	2.768	-357	2	0,7	1	0
79 Risonanza magnetica	3.448	3.289	36	5.170	-5.047	1	0,5	1	0
80 Chirdiagnostica invasiva	8.010	6.852	103	388	667	2	2,2	1	1
82 Anestesia	3.917	3.708	101	326	-218	5	3,7	3	2
99 Altro	15.162	12.476	272	7.076	-4.662	18	3,2	12	2
Totale	2.076.299	1.825.858	19.210	210.266	-79.035	207	131,5	134	85

Fonte dati: Laziosanità - ASP - Sias - Anno 2006

ASL LATINA
Tabella - S11

BRANCHE SPECIALISTICHE	ASL LT 105 PRESIDI (pubblici, privati provvisoriamente accreditati, classificati, aziendalizzati)								
	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti della Asl stessa	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti fuori regione	Volume totale di prestazioni erogate ai residenti della Asl da strutture ubicate in altre Asl	Saldo	Punti di specialità	Punti di specialità pesati	DAO	DOP
00 Laboratorio Analisi	4.688.490	4.527.868	64.609	385.764	-289.751	59	51,3	11	10
05 Ch.Vascolare-Angiologia	14.667	14.164	89	4.742	-4.328	11	5,7	2	1
08 Cardiologia	121.276	117.363	1.038	21.296	-18.421	33	21,8	6	4
09 Chirurgia generale	30.652	29.215	388	7.321	-6.272	18	15,8	3	3
12 Chirurgia plastica	3.307	3.222	35	2.658	-2.608	10	3,4	2	1
15 Medicina sportiva	4.268	4.115	20	240	-107	2	2,3	0	0
19 Endocrinologia	28.851	26.119	123	5.736	-3.129	13	12,1	2	2
29 Nefrologia	9.822	9.461	318	2.974	-2.931	8	1,7	2	0
30 Neurochirurgia	934	761	14	574	-415	1	0,9	0	0
32 Neurologia	30.003	27.488	236	12.970	-10.693	21	8,1	4	2
34 Oculistica	60.386	57.486	715	24.233	-22.048	21	10,9	4	2
35 Odontoiatria-Stomatologia	16.771	16.253	227	9.008	-8.717	8	4,7	2	1
36 Ortopedia e Traumatologia	74.145	61.142	2.411	9.995	4.597	24	24,9	5	5
37 Ostetricia e Ginecologia	51.342	46.911	686	7.587	-5.842	32	23,4	6	4
38 Otorinolaringoiatria	40.365	38.803	918	7.514	-6.870	18	13,5	3	3
40 Psichiatria	54.763	53.785	254	2.769	-2.045	33	42,5	6	8
43 Urologia	9.962	9.582	100	4.554	-4.274	13	7,6	2	1
52 Dermasifilopatia	45.540	44.269	464	15.411	-14.604	26	14,6	5	3
56 Med.fisica-Riabilitazione	974.699	940.110	5.859	80.428	-51.698	48	22,6	9	4
58 Gastroenterologia	12.494	11.795	333	7.304	-6.938	9	5,2	2	1
61 Medicina nucleare	6.774	6.241	61	11.096	-10.624	1	1,1	0	0
64 Oncologia	6.826	6.484	90	4.336	-4.084	3	3,7	1	1
68 Pneumologia	23.289	22.703	155	4.075	-3.644	17	11,0	3	2
69 Radiologia Diagnostica	235.045	221.592	2.494	37.537	-26.578	30	24,5	6	5
70 Radioterapia	20.401	18.183	287	17.305	-15.374	1	0,9	0	0
79 Risonanza magnetica	14.699	11.620	263	20.206	-17.390	4	2,0	1	0
80 Chirdiagnostica invasiva	176	128	16	6.740	-6.708	1	0,0	0	0
82 Anestesia	1.174	1.100	26	1.219	-1.171	7	1,1	1	0
99 Altro	66.485	62.790	1.403	26.231	-23.939	34	14,0	6	3
Totale	6.647.606	6.392.753	83.634	737.825	-566.606	506	351,5	94	66

Fonte dati: Laziosanità - ASP - Sias - Anno 2006

ASL FROSINONE
Tabella - S12

BRANCHE SPECIALISTICHE	ASL FR 62 PRESIDI (pubblici, privati provvisoriamente accreditati, classificati, aziendalizzati)								
	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti della Asl stessa	Volume totale di prestazioni erogate da strutture della Asl ai residenti fuori regione	Volume totale di prestazioni erogate ai residenti della Asl da strutture ubicate in altre Asl	Saldo	Punti di specialità	Punti di specialità pesati	DAO	DOP
00 Laboratorio Analisi	3.835.481	3.765.472	34.327	250.579	-204.897	62	41,9	13	9
05 Ch.Vascolare-Angiologia	14.772	14.196	122	2.398	-1.946	15	5,7	3	1
08 Cardiologia	93.948	90.724	916	11.325	-9.017	26	16,9	5	3
09 Chirurgia generale	16.736	16.125	283	5.850	-5.522	29	8,6	6	2
12 Chirurgia plastica	1.579	1.541	10	1.836	-1.808	12	1,6	2	0
15 Medicina sportiva	0	0	0	123	-123	0	0,0	0	0
19 Endocrinologia	12.343	12.021	81	3.664	-3.423	16	5,2	3	1
29 Nefrologia	31.281	30.343	614	1.959	-1.635	7	5,3	1	1
30 Neurochirurgia	0	0	0	608	-608	0	0,0	0	0
32 Neurologia	37.587	34.959	168	6.847	-4.387	28	10,2	6	2
34 Oculistica	54.559	51.644	1.051	10.779	-8.915	19	9,8	4	2
35 Odontoiatria-Stomatologia	14.552	14.193	167	5.738	-5.546	11	4,1	2	1
36 Ortopedia e Traumatologia	36.620	35.389	404	4.895	-4.068	26	12,3	5	3
37 Ostetricia e Ginecologia	33.017	31.507	490	4.696	-3.676	32	15,1	7	3
38 Otorinolaringoiatria	33.361	32.175	396	3.654	-2.864	20	11,2	4	2
40 Psichiatria	21.864	21.070	239	1.917	-1.562	29	16,8	6	3
43 Urologia	15.874	15.239	181	1.525	-1.071	19	12,1	4	2
52 Dermasifilopatia	24.029	23.287	115	7.007	-6.380	18	7,7	4	2
56 Med.fisica-Riabilitazione	393.188	379.280	8.921	55.192	-50.205	34	9,2	7	2
58 Gastroenterologia	19.090	17.777	241	3.693	-2.821	13	8,0	3	2
61 Medicina nucleare	7.977	6.210	289	6.271	-4.793	4	1,3	1	0
64 Oncologia	7.334	6.935	115	3.955	-3.671	5	3,9	1	1
68 Pneumologia	10.578	10.272	142	2.620	-2.456	12	5,0	2	1
69 Radiologia Diagnostica	202.980	195.699	3.395	20.031	-16.145	28	21,2	6	4
70 Radioterapia	34	30	1	13.656	-13.653	1	0,0	0	0
79 Risonanza magnetica	33.554	26.587	1.003	5.551	413	4	4,5	1	1
80 Chir/diagnostica invasiva	29.416	24.351	1.406	782	2.877	7	7,9	1	2
82 Anestesia	605	595	4	865	-859	8	0,6	2	0
99 Altro	52.594	51.044	566	19.954	-18.970	27	11,1	5	2
Totale	5.034.753	4.898.667	55.647	458.170	-377.731	512	257,1	104	52

Fonte dati: Laziosanità - ASP - Sias - Anno 2006