



# **Protocollo operativo per la gestione della Banca dati AIRTUM**

*aggiornamento: settembre 2020*

**a cura della Commissione qualità, procedure, audit**

## **Premessa**

L'evoluzione e l'aggiornamento della Banca dati AIRTUM è un obiettivo statutario dell'Associazione.

Ogni singolo Registro mantiene la titolarità e la proprietà scientifica dei propri dati, che sono affidati in gestione ad AIRTUM dai Direttori dei Registri, secondo un protocollo condiviso.

Questo protocollo aggiorna e specifica la struttura della Banca Dati e i criteri di controllo e accettazione dei dati trasmessi dai singoli registri.

In altro protocollo AIRTUM sono specificati i criteri e le regole di utilizzo dei dati della Banca Dati.

Entrambi i protocolli sono reperibili sul sito AIRTUM

(<https://www.registri-tumori.it/cms/contenuto/la-banca-dati-airtum>)

## **Casistica di interesse:**

La casistica che ogni Registro deve inviare alla Banca Dati per gli anni di interesse comprende:

- Dati di incidenza (tracciato A, tracciato B, tracciato C facoltativo);
- Popolazione di riferimento (tracciato D).
- Dati di mortalità (tracciato E);

Considerato il carattere dinamico della registrazione e la conseguente possibilità di aggiornare la casistica precedente, ad ogni invio in Banca Dati AIRTUM va trasmessa l'intera casistica di riferimento del Registro.

La casistica di interesse afferente alla Banca Dati risponde ai criteri esplicitati nel Manuale di tecniche di registrazione AIRTUM per quanto riguarda le lesioni oggetto di registrazione (cap. 3, fondamenti di tecniche di registrazione), la definizione delle singole variabili indicate nei tracciati record e i criteri di selezione dei casi (comprendenti anche i tumori multipli, il periodo di incidenza ecc.).

**I TRACCIATI-RECORD  
DELLA BANCA DATI NAZIONALE**

## TRACCIATO A – scheda paziente

CAMPO	DESCRIZIONE	DOMINIO	TIPO
IDRT	Identifica il Registro che trasmette il dato	Allegato 1	A2
IDPZ	Codice identificativo del paziente.	Codice assegnato dal Registro – deve essere invariato per gli invii successivi  (sarà sostituito da un codice ricavato dal CF al momento dell'implementazione dell'archivio nazionale ministeriale)	A12
SESSO	Indica il sesso del paziente	Valori ammessi: 1=maschio 2=femmina 9=non definito	A1
DATANAS	Data di nascita dell'assistito	Formato GG-MM-AAAA	A10
COMNAS	Comune/Stato estero di nascita del paziente  (Il Registro può indicare la sola provincia di nascita sostituendo le ultime 3 cifre del codice con '000')	Codifica ISTAT	A6
DATAMOR	Indica la data del decesso dell'assistito	Formato GG-MM-AAAA	A10
CAUSAMOR	Causa di morte (ReNCam)	Codifica ICD-10 <a href="http://www.salute.gov.it">http://www.salute.gov.it</a>	A4

## TRACCIATO B – scheda caso (tumore)

CAMPO	DESCRIZIONE	DOMINIO	TIPO
IDRT	Identifica il Registro che trasmette il dato	Allegato 1	A2
IDPZ	Codice identificativo del paziente. <i>Costituisce il campo chiave tra il tracciato A e il Tracciato B per l'attribuzione di ogni singolo caso al paziente corrispondente</i>	Codice assegnato dal Registro – deve essere invariato per gli invii successivi  (sarà sostituito da un codice ricavato dal CF al momento dell'implementazione e dell'archivio nazionale ministeriale)	A12
IDCASO	Codice identificativo univoco di ogni singolo caso registrato di tumore.	Codice assegnato dal Registro	A12
DATAINC	Data incidenza (Manuale tecniche di registrazione AIRTUM)	Formato GG-MM-AAAA	A10
COMRES	Comune di residenza del paziente (Il Registro può indicare la sola provincia di residenza, sostituendo le ultime 3 cifre del codice con "000")	Codifica ISTAT	A6
NUMSEQ	Indica la sequenza su base cronologica delle neoplasie multiple insorte nello stesso paziente a decorrere dal primo anno di registrazione del Registro (Manuale tecniche di registrazione AIRTUM)	Valori ammessi: 00: paziente con unico tumore 01: primo di n. tumori 02: secondo di n. tumori... ecc.  Calcolabile a livello di Archivio centrale	A2
ICDOT	Sede della lesione	Codifica ICD-O 3 (Cxxx)	A4
LATERAL	Indica il lato della lesione degli	Valori ammessi:	A1

<b>CAMPO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>DOMINIO</b>	<b>TIPO</b>
	organi pari (facoltativo)	1: destro 2: sinistro 9: non indicato/non attribuibile	
ICDOM	Morfologia della lesione	Codifica ICD-O 3 M (xxxxx)	A5
GICDO	Grado di differenziazione della lesione	Valori ammissibili: 01: Bene differenziato 02: Moderatamente differenziato 03: Scarsamente differenziato 04: Indifferenziato/anaplastico blank: Non indicato	A2
EDICDO	Edizione ICD-O utilizzata per la codifica	ICD - O International Classification of Diseases for Oncology <a href="https://apps.who.int">https://apps.who.int</a>	A1
ICCC	International Classification of Childhood Cancer 3, main classification	per casi <=19 anni (formato numerico, es: 011= Leucemia linfatica, 021 = linfoma di Hodgkin, ecc.). <u>Viene inserito automaticamente dalla Banca dati ricodificando i codici ICD-0</u>	A3
BASE	Base della diagnosi	Manuale tecniche di registrazione AIRTUM	A1
DCI	Caso non segnalato dalla rilevazione clinico-patologica di I livello e recuperato solo in seguito a riesame delle fonti (trace-back) indotto dalla causa di morte per tumore.	Valori ammessi 0:no 1:si	A1

CAMPO	DESCRIZIONE	DOMINIO	TIPO
	Rappresenta un indicatore di qualità del flusso informativo del Registro.		
DATAFU	Data ultimo controllo sullo stato in vita del paziente. Rappresenta la data di decesso nei pazienti deceduti	Formato: GG-MM-AAAA	A10
STATO	Stato in vita all'ultimo follow-up	1: vivente 2: deceduto 3: perso al f.u.	A1

### **TRACCIATO C – scheda variabili aggiuntive al caso (facoltative)**

CAMPO	DESCRIZIONE	DOMINIO	TIPO
IDRT	Identifica Il Registro che trasmette il dato	Allegato 1	A2
IDCASO	Codice identificativo univoco di ogni singolo caso registrato di tumore. Costituisce il campo chiave tra il tracciato B e il Tracciato C per l'attribuzione di ogni singolo caso al paziente corrispondente	Codice assegnato dal Registro	A12
CPROG	Codice identificativo univoco di ogni singola scheda aggiuntiva. Costituisce il campo chiave tra il tracciato A e il Tracciato B per l'attribuzione di ogni singolo caso al paziente corrispondente	Codice alfanumerico di 12 caratteri attribuito dal Centro di riferimento regionale	A1
STADIOT	T=topografia Descrive l'estensione del tumore nell'organo sede del tumore primitivo al momento della I diagnosi (incidenza).	Codici ammessi: v. manuali AJCC/UICC <a href="https://www.uicc.org">https://www.uicc.org</a>	A6
STADION	N=linfonodi regionali Segnala e quantifica la presenza di metastasi nei	Codici ammessi: v. manuali AJCC/UICC <a href="https://www.uicc.org">https://www.uicc.org</a>	A6

CAMPO	DESCRIZIONE	DOMINIO	TIPO
	linfonodi regionali dell'organo sede di tumore primitivo al momento della I diagnosi (incidenza).		
STADIOM	M=metastasi a distanza Segnala la presenza di metastasi a distanza rispetto all'organo sede di tumore primitivo, al momento della diagnosi (incidenza).	Codici ammessi: v. manuali AJCC/UICC <a href="https://www.uicc.org">https://www.uicc.org</a>	A1
TNM_COND	Stadio TNM condensato: Indica lo stadio della neoplasia riportata come diagnosi di dimissione principale (codici ICD-9-CM 140.0-190.9; 193-199.1) Ricavabile dalle SDO a partire dall'anno 2018	Rilevabile da SDO a decorrere dall'anno 2018 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine, 2 = infiltrazione locale extraorgano, 3 = metastasi ai linfonodi regionali, 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali, 5 = metastasi a distanza, 6 = metastasi ai linfonodi non regionali, 7 = non confinato all'organo di origine (ignoto se 2, 3, 4, 5 o 6), 8 = nessuna invasione degli organi distanti (ignoto se 1, 2, 3 o 4), 9 = ignoto	A1
EDITNM	Edizione del TNM utilizzata per la stadiazione del caso	TNM   UICC <a href="https://www.uicc.org">https://www.uicc.org</a>	A2
INV_NEUR	Rileva la presenza di invasione neurale del tumore	1=presente, 2=assente, 9=non noto	A1
INV-VASC	Rileva la presenza di invasione vascolare del tumore	1=presente, 2=assente, 9=non noto	A1
INV-LINF	Rileva la presenza di invasione linfatica del tumore	1=presente, 2=assente, 9=non noto	A1
BRESLOW	Stadiazione specifica utilizzata nei melanomi cutanei (mm spessore)	<a href="https://www.aiom.it/linee-guida-aiom/">https://www.aiom.it/linee-guida-aiom/</a>	A2
PATTERN_GLEASON_1	Identifica il punteggio assegnato al primo gruppo di cellule più numerose	(intervallo valori 1-5)	A1
PATTERN_GLEASON_2	Identifica punteggio assegnato al secondo gruppo di cellule più numerose	(intervallo valori 1-5)	A1

<b>CAMPO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>DOMINIO</b>	<b>TIPO</b>
SCORE GLEASON	Score (somma del punteggio assegnato ai due pattern)	(intervallo valori 2-10)	A2
BIO1	Identifica il primo parametro biologico di caratterizzazione della lesione (va indicato nel nome della variabile di volta in volta).  Es. % cellule con recettori estrogeni nel ca. mammario	Manuale tecniche di registrazione AIRTUM	A5
BIO2	Identifica il secondo parametro biologico di caratterizzazione della lesione (va indicato nel nome della variabile di volta in volta).  Es. % cellule con recettori progestinici nel ca. mammario	Manuale tecniche di registrazione AIRTUM	A5
BIO3	Identifica il terzo parametro biologico di caratterizzazione della lesione (va indicato nel nome della variabile di volta in volta).  Es. indice proliferativo nel ca. mammario	Manuale tecniche di registrazione AIRTUM	A5
BIO4	Identifica il quarto parametro biologico di caratterizzazione della lesione (va indicato nel nome della variabile di volta in volta)  Es. Oncogene c-erbB2/NEU nel ca. mammario	Manuale tecniche di registrazione AIRTUM	A5
BIO5	Identifica il quinto parametro biologico di caratterizzazione della lesione (va indicato nel nome della variabile di volta in volta)	Manuale tecniche di registrazione AIRTUM	A5
SCREEN	In presenza di un programma di screening di popolazione per il tumore in	Valori ammessi: 1: Diagnosi al I test di screening	A1

<b>CAMPO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>DOMINIO</b>	<b>TIPO</b>
	<p>questione, identifica la modalità diagnostica in base allo screening.</p> <p>È una variabile fondamentale per la valutazione di esito dei programmi di screening nel contesto territoriale in cui sono offerti</p>	<p>2: Diagnosi a test successivi</p> <p>3: Ignoto se I test o ripetuto</p> <p>4: Diagnosi extra-screening in pazienti con almeno un test di screening precedente negativo</p> <p>5: Non screen detected (NSD), in soggetti invitati e mai rispondenti</p> <p>6: NSD in soggetti non ancora invitati</p> <p>7: NSD, ignoto se precedentemente invitato</p> <p>9: Stato screening ignoto</p>	

### **TRACCIATO D – popolazione di riferimento (allegare a ogni invio)**

Devono essere inviati i dati relativi alle popolazioni per le quali il Registro contribuisce alla Banca dati. Devono essere inviate le popolazioni dei residenti al 31 dicembre, dall'anno precedente a quello di inizio del periodo di incidenza/mortalità, disponibile fino all'anno successivo.

<b>CAMPO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>DOMINIO</b>	<b>TIPO</b>
IDRT	Identifica il Registro che trasmette il dato	Allegato 1	A2
SESSO	Sesso	Valori ammessi: 1: maschi 2: femmine: 3: non definito	A1
ANNORES	Anno di riferimento della popolazione	Formato: AAAA	A4
ETA	Età nell'anno di residenza	Formato AAA	A3
CLETA	Classi di età nell'anno di residenza	Formato a 19 classi	A2
NUMERO	Numero di residenti al 31 dicembre	Intero senza punti	A6

### **TRACCIATO E – mortalità (allegare a ogni invio)**

Questo tracciato contiene i dati individuali relativi ai decessi per tutte le cause oncologiche (140-239 secondo l'ICD-9; C00-D48 secondo l'ICD-10) avvenuti tra i residenti nell'area di attività del Registro.

In caso di indisponibilità di dati individuali, è possibile inviare i dati in forma tabellare che riporti il numero di decessi disaggregati per anno di morte, età, sesso, causa di morte.

Dovrà essere inviata sempre la tabella comprendente tutti i dati di mortalità per tumore di tutti gli anni di attività del Registro.

<b>CAMPO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>DOMINIO</b>	<b>TIPO</b>
IDRT	Identifica il Registro che trasmette il dato	Allegato 1	A2
IDCASO	Codice assegnato dal Registro	Codice assegnato dal Registro	A12
SESSO	Sesso	Valori ammessi : 1: maschi 2: femmine: 3: non definito	A1
ANNOMOR	Anno di riferimento della mortalità	Formato: AAAA	A4
ETA	Età alla morte	Formato NNN	A3
CAUSA9	Causa di morte in ICD-9	Codifica ICD-9 (xxxx)	A4
CAUSA10	Causa di morte in ICD-10	Codifica ICD-10 (Cxxx)	A4

**LE PROCEDURE DI ACCETTAZIONE  
E DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI DATI**

## 2. ELENCO CONTROLLI ESSENZIALI

**2.1 ACCETTAZIONE DATI:** il mancato raggiungimento anche di uno solo dei seguenti parametri minimi di accettabilità dà luogo al re-invio dei dati al Registro per opportuni controlli di qualità e correzioni.

- Copertura di 3 anni di registrazione oppure 5 anni per popolazioni < 500.000 abitanti;
- %DCO sul totale dei tumori (esclusi carcinomi cutanei): < 3%;
- % verifiche microscopiche (MV) sul totale dei tumori (esclusi carcinomi cutanei) fra 80% e 95%;
- Controlli logico-formali superati;
- % Sedi mal definite: <5%;
- Totale del numero casi (esclusi i carcinomi cutanei) nell'ultimo anno di registrazione non inferiore o superiore a 5 punti percentuali, rispetto alla media dei 4 anni precedenti (2 nel caso di I invio di un triennio da parte di un Registro appena accreditato).

## 3. PROTOCOLLO DI VALUTAZIONE DELLA COMPLETEZZA E ACCURATEZZA DEI DATI DI INCIDENZA PRODOTTI DAI REGISTRI TUMORI ITALIANI

Lo scopo di questo documento è fornire i criteri per la valutazione della qualità dei dati di incidenza prodotti dai Registri Tumori Italiani raccolti e valutati dall'AIRTUM nell'ambito delle proprie competenze scientifiche e non sostituisce o vicaria criteri, decisioni e valutazioni operative di responsabilità istituzionale.

I criteri di valutazione dei dati sono idealmente divisi in criteri di valutazione della “completezza” della registrazione ed in criteri di “accuratezza” della registrazione [Bray F, Parkin DM. Evaluation of data quality in the cancer registry: principles and methods. Part I: comparability, validity and timeliness. Eur J Cancer 2009;45(5):747–55.] [Parkin DM, Bray F. Evaluation of data quality in the cancer registry: Principles and methods Part II. Completeness. Eur J Cancer 2009; 45:756–64.].

I confini fra le due definizioni potranno, nell'operatività, risultare non perfettamente separati, laddove, ad esempio, una diminuita accuratezza, andrà anche ad inficiare la completezza della registrazione.

- **Completezza:** per completezza qui si intende la capacità di un Registro di intercettare e registrare tutte le nuove diagnosi di cancro riferite ai residenti nella propria area di riferimento e, di conseguenza, la capacità dell'insieme di dati di produrre tassi di incidenza ed indicatori sovrapponibili ai valori reali della popolazione di riferimento.
- **Accuratezza:** per accuratezza qui si intende la capacità dell'insieme di dati di essere congruente ai criteri di classificazione indicati nel manuale di tecniche di registrazione.

Il documento è quindi articolato in questi due capitoli con ampie possibilità di “contaminazione” e *cross-reference*. Per ogni capitolo sono brevemente presentati gli indicatori utilizzati. L'ordine di presentazione non costituisce gerarchia fra gli indicatori, ma, come indicato al paragrafo 2.1, i criteri minimi e le soglie di accettazione richieste dovranno essere tutti superati perché i dati possano essere accettati in banca dati ed essere utilizzati per produrre gli indicatori di incidenza (per le misure di sopravvivenza saranno successivamente prodotti criteri e linee guida aggiuntive).

Alcuni indicatori, di uso comune, e qui presentati, non hanno criteri di soglia, ma contribuiscono alla valutazione generale sulla qualità dei dati.

**Per poter valutare le caratteristiche dei dati è infine necessario che essi coprano un periodo di almeno 3 anni, indipendentemente dalla numerosità della popolazione coperta.** Tale criterio temporale minimo è finalizzato alla valutazione della stabilità di alcuni indicatori nel breve periodo, come sarà presentato e discusso nel paragrafo relativo al criterio presentato. Nel caso di coperture di popolazioni di dimensioni limitate (al di sotto dei 500.000 abitanti), il numero di anni da registrare deve almeno essere di 5 [Zanetti R, Sera F, Sacchetto L, Coebergh JW, Rosso S. Power analysis to detect time trends on population-based cancer registries data: When size really matters. Eur J Cancer. 2013; 51(9): 1082-90.].

In ogni paragrafo è indicata una lista di aggregazioni di sedi che vengono utilizzate, anche a livello internazionale, per il calcolo degli indicatori per la valutazione della qualità dei dati.

### 3.1 COMPLETEZZA

**DCO/DCI (Death Certificate Only/Initiated).** La percentuale di DCO per il totale dei tumori, per sesso, classi di età e specifico per sedi permette di valutare eventuali perdite di informazioni o ritardi nella notificazione/raccolta delle segnalazioni cliniche (ricoveri, referti, ecc...) che potrebbero risolversi nella mancata registrazione di alcuni casi. Il rapporto DCO/DCI consente inoltre di individuare carenze e ritardi nelle fasi di processazione dei dati.

#### DCO

GRUPPI DIAGNOSTICI (ICD-10)	% DCO			
	0-64	65-74	75+	Totale (valori accettabili)
Labbro, cavità orale, faringe (C00-C14)				(3%)
Esofago (C15)				(3%)
Stomaco (C16)				(4%)
Colon (C18)				(3%)
Retto, ano (C19-C21)				(2%)
Fegato, v. biliari (C22-C23)				(10%)
Pancreas (C25)				(10%)
Laringe (C32)				(3%)
Trachea, bronchi, polmoni (C33-C34)				(6%)
Melanoma cutaneo (C43)				(2%)
Mammella femminile (C50)				(2%)
Cervice uterina (C53)				(1%)
Utero (C54-C55)				(4%)
Ovaio (C56)				(2%)
Prostata (C61)				(2%)
Testicolo (C62)				(1%)
Rene (C64)				(2%)
Vescica invasivi (C67)				(3%)
Vescica non invasivi (D09.0; D30.3; D41.4)				(3%)
Sistema Nervoso Centrale (C70-C72)				(3%)
Tiroide (C73)				(1%)
Linfoma di Hodgkin (C81)				(1%)

Linfomi non-Hodgkin (C82-C86, C96)				(1%)
Mieloma (C90)				(4%)
Leucemie (C91-C95)				(5%)
Altre mal. mieloprol. cron. e s. mielodisplastiche				(5%)
Sedi mal definite (C76-C80)				(25%)
Totale (esclusi carcinomi cutanei)				(3%)
Totale (esclusi carcinomi cutanei) 0-14 anni				(1%)

### **Livelli di accettabilità:**

I livelli di accettabilità sono stati individuati sulla base della letteratura e dalle precedenti analisi della Banca Dati. I valori saranno soggetti ad aggiornamento periodico da parte di AIRTUM

**MV (Verifiche Microscopiche).** La percentuale di casi sottoposti a verifica microscopica della diagnosi clinica, per sesso, classi di età e specifico per sedi permette di valutare una serie di elementi, tra cui i principali sono rappresentati dalla qualità delle procedure di acquisizione e gestione del flusso informativo riferito alle strutture di isto-citopatologia, dalla capacità del recupero della casistica diagnosticata a livello ambulatoriale; la valutazione delle VM permette di individuare possibili criticità riferite a sovra o sotto stima dei casi incidenti

### **Verifica microscopica**

GRUPPI DIAGNOSTICI (ICD-10)	% MV			
	0-64	65-74	75+	Totale (valori accettabili)
Labbro, cavità orale, faringe (C00-C14)				(>85%)
Esofago (C15)				(80-95%)
Stomaco (C16)				(80-95%)
Colon (C18)				(>95%)
Retto, ano (C19-C21)				(>95%)
Fegato, v. biliari (C22-C23)				(40-80%)
Pancreas (C25)				(50-80%)
Laringe (C32)				(>95%)
Trachea, bronchi, polmoni (C33-C34)				(80-95%)
Melanoma cutaneo (C43)				(>95%)
Mammella femminile (C50)				(>95%)
Cervice uterina (C53)				(>95%)
Utero (C54-C55)				(75-90%)
Ovaio (C56)				(>85%)
Prostata (C61)				(>95%)
Testicolo (C62)				(>95%)
Rene (C64)				(75-95%)
Vescica invasivi (C67)				(>85%)
Vescica non invasivi (D09.0; D30.3; D41.4)				(>85%)
Sistema Nervoso Centrale (C70-C72)				(45-80%)
Tiroide (C73)				(>95%)
Linfoma di Hodgkin (C81)				(>95%)
Linfomi non-Hodgkin (C82-C86, C96)				(>95%)
Mieloma (C90)				(>95%)
Leucemie (C91-C95)				(>95%)

Altre mal. mieloprol. cron. e s. mielodisplastiche				(>95%)
Sedi mal definite (C76-C80)				(20-40%)
Totale (esclusi carcinomi cutanei)				(80-95%)
Totale (esclusi i carcinomi cutanei) 0-14 anni				(>95%)

### **Livelli di accettabilità:**

I livelli di accettabilità sono stati individuati sulla base della letteratura e dalle precedenti analisi della banca dati. I valori saranno soggetti ad aggiornamento periodico da parte di AIRTUM

**M/I (Rapporto Mortalità/Incidenza).** Il rapporto mortalità/incidenza può essere calcolato facendo il rapporto fra il numero assoluto di casi ed i decessi registrati, oppure mediante i tassi standardizzati per età e sesso. Anche in questo caso l'indicazione è duplice: valori troppo alti possono indicare una incompletezza del denominatore (incidenza), mentre valori troppo bassi possono indicare una sovrastima dei casi incidenti.

Per il calcolo della mortalità si preferisce utilizzare la mortalità ISTAT, in modo da mantenere più omogenei i confronti sul territorio nazionale. Naturalmente, per alcune sedi dove si conosce la consueta imprecisa certificazione delle cause di decesso (es. utero, colon, ecc...), conviene utilizzare aggregati di sedi più ampi. Per il calcolo di questo rapporto è necessario confrontare, sia per la mortalità, che per l'incidenza, i soli casi maligni (codici "C" dell'ICD-10).

### **Rapporto mortalità/incidenza**

<b>GRUPPI DIAGNOSTICI (ICD-10)</b>	<b>M/I</b>	
	<b>Totale</b>	<b>(valori accettabili)</b>
Labbro, cavità orale, faringe (C00-C14)		-
Esofago (C15)		-
Stomaco (C16)		-
Colon (C18)		-
Retto, ano (C19-C21)		-
Fegato, v. biliari (C22-C23)		-
Pancreas (C25)		-
Laringe (C32)		-
Trachea, bronchi, polmoni (C33-C34)		-
Melanoma cutaneo (C43)		-
Mammella femminile (C50)		-
Utero (C53-C55)		-
Ovaio (C56)		-
Prostata (C61)		-
Testicolo (C62)		-
Rene (C64)		-
Vescica invasivi (C67)		-
Sistema Nervoso Centrale (C70-C72)		-
Tiroide (C73)		-
Linfoma di Hodgkin (C81)		-
Linfomi non-Hodgkin (C82-C86, C96)		-
Mieloma (C90)		-
Leucemie (C91-C95)		-
Sedi mal definite (C76-C80)		-
Totale (esclusi carcinomi cutanei)		(40-50)

### **Livelli di accettabilità:**

I livelli di accettabilità sono stati individuati sulla base della letteratura e dalle precedenti analisi della banca dati. I valori saranno soggetti ad aggiornamento periodico da parte di AIRTUM

**Stabilità dei tassi di incidenza nel breve periodo.** L'incidenza dei tumori mostra variabilità in archi temporali che in genere si distendono lungo periodi di almeno un decennio, tranne eccezioni dovute a variazioni locali legate alla introduzione di nuove pratiche o percorsi diagnostici (es. test del PSA, screening organizzati di popolazione, screening opportunistici ecc...). Nel breve periodo, che viene qui valutato (3 o 5 anni), l'incidenza oncologica mostra una sostanziale stabilità in particolare se si considerano i tassi riferiti al totale dei casi. In questo caso le variazioni tollerate sono dell'ordine di poche unità percentuali.

Ciò perché, mentre una graduale diminuzione o incremento nel corso degli anni possono rappresentare fenomeni reali (tumore del polmone nei due generi, tumore della prostata legato all'utilizzo/dismissione del PSA come test di screening melanomi etc.), una modifica dei tassi di incidenza repentina e significativa, non inserita in un trend temporale, esprime quasi sempre criticità nella registrazione, possibili sia sul versante della perdita di casistica (ultimo anno di registrazione o instabilità dei flussi informativi del periodo in esame) che per sovrastima dei casi di incidenza (inclusione di casi di prevalenza, bassa accuratezza nella registrazione).

Per il calcolo si procede semplicemente calcolando i tassi standardizzati per singolo anno e confrontandoli con un semplice grafico. Ciò non toglie che possano essere introdotti alcuni criteri oggettivi con l'uso di test statistici ad hoc.

**Confronti geografici.** I confronti geografici poggiano sulla considerazione che le variazioni fra aree geografiche contigue siano limitate. In realtà, proprio l'esperienza italiana mostra che spesso le differenze geografiche esistono per reali differenze nella distribuzione dei fattori di rischio e non per disomogeneità di registrazione. È buona norma, comunque, che variazioni significative fra aree geografiche contigue vadano sostenute da valutazioni epidemiologiche di accompagnamento.

**Tassi età specifici.** L'esame dei tassi età specifici (più facilmente con un confronto grafico, utilizzando una scala semi-logaritmica), consente di individuare eventuali fenomeni di sottoregistrazione, in particolare per le età più avanzate, dove questo fenomeno è più frequente.

## **3.2 ACCURATEZZA**

**Controlli logico-formali.** Questi controlli, di seguito elencati, individuano combinazioni di codifiche e dati incompatibili fra di loro e quindi NON sono ammessi in assoluto perché corrispondono ad una situazione impossibile.

- Ricerca di IDCASO doppi per casi incidenti
- Ricerca ID persona multipli con diversi dati di sopravvivenza/mortalità
- Valori non esistenti nelle librerie di codici utilizzati
- Compatibilità sesso / sede anatomica del tumore
- Compatibilità sesso / morfologia del tumore
- Compatibilità topografia / morfologia secondo le regole di codifica ICDO ver 3.2.
- Compatibilità verifica microscopica / clinica e morfologia codificata (con alcune eccezioni)
- Sequenza temporale delle date rilevanti: data di nascita → data di incidenza → (eventuali dati di eventi clinici/referti) → data di morte/fine follow-up.
- Concordanza stato in vita e data follow-up/morte

- Per DCO: concordanza tra data di incidenza e data di follow-up
- Compatibilità età/sede anatomica e morfologia del tumore
- Correttezza registrazione tumori multipli

Altri controlli non implicano una immediata esclusione dei casi dal calcolo degli indicatori, ma costituiscono un segnale d'allarme che deve innescare un controllo formale.

**Sede/morfologia maldefinite.** La percentuale di casi mal definiti (per sede e/o morfologia) può variare a seconda del tipo di rilevazione che si effettua (manuale, automatica, mista). Tuttavia, anche qui è possibile definire una soglia massima di accettabilità della proporzione di sedi mal definite (come indicato nel paragrafo 2.1) tollerabile senza che vengano alterati in modo significativo gli indicatori calcolati.

## Allegato 1

### CODICI REGISTRI TUMORI ASSEGNATI DALLA BANCA DATI

<b>Codice</b>	<b>Registro</b>
01.	Registro tumori della Regione autonoma della Valle d'Aosta
02.	Registro tumori Regione Piemonte
03.	Registro tumori ATS Insubria
04.	Registro tumori ATS Montagna
05.	Registro tumori Provincia di Pavia
06.	Registro tumori ATS Brianza
07.	Registro tumori ATS Milano
08.	Registro tumori ATS Valpadana
09.	Registro tumori ATS Brescia
10.	Registro tumori ATS Bergamo
11.	Registro tumori dell'Alto Adige
12.	Registro tumori della Provincia di Trento
13.	Registro tumori del Veneto
14.	Registro tumori del Friuli Venezia Giulia
15.	Registro tumori Regione Liguria
16.	Registro tumori Piacenza
17.	Registro tumori della Provincia di Parma
18.	Registro tumori reggiano
19.	Registro tumori di Modena
20.	Registro tumori della Romagna – sede di Ferrara
21.	Registro tumori della Romagna
22.	Registro tumori toscano
23.	Registro tumori Provincia di Macerata
24.	Registro tumori Umbria
25.	Registro tumori della Provincia di Viterbo
26.	Registro tumori della Provincia di Latina
27.	Registro tumori ASL di Caserta
28.	Registro tumori ASL Benevento
29.	Registro tumori ASL di Avellino
30.	Registro tumori ASL Napoli 3 Sud
31.	Registro tumori ALS Napoli 2 Nord
32.	Registro tumori Napoli 1 Centro
33.	Registro tumori di popolazione ASL di Salerno
34.	Registro tumori della Provincia di Foggia
35.	Registro tumori ASL Barletta, Andria, Trani
36.	Registro tumori ASL di Bari
37.	Registro tumori ASL di Brindisi
38.	Registro tumori della Provincia di Lecce
39.	Registro tumori ASL di Taranto
40.	Registro tumori Basilicata
41.	Registro tumori Cosenza e Crotona
42.	Registro tumori ASP Catanzaro
43.	Registro tumori ASP Reggio Calabria
44.	Registro tumori integrato Catania, Messina, Enna
45.	Registro tumori di Siracusa
46.	Registro tumori di Ragusa e Caltanissetta

47. Registro tumori di Palermo e Provincia
48. Registro tumori delle Province di Trapani e Agrigento
49. Registro tumori di Sassari
50. Registro tumori di Nuoro
  
90. Registro tumori infantili del Piemonte
91. Registro mesoteliomi Liguria
92. Registro tumori specialistico del Pancreas della Provincia di Reggio Emilia
93. Registro mesoteliomi Regione Emilia-Romagna
94. Registro dei tumori colo-rettali di Modena
95. Registro tumori infantili e negli adolescenti Regione Marche
96. Registro tumori infantili Campania