



Rapporto Registro Tumori 2014



Provincia BT



Prefazione

Un punto di partenza

La stanchezza e gli sforzi degli ultimi anni gradirebbero gli onori dei grandi risultati, soprattutto se sono stati raggiunti “nonostante tutto”. Nonostante i tagli lineari governativi che avrebbero suggerito altre priorità nel reclutamento di nuove risorse umane, nonostante i disagi logistici degli addetti ai lavori, nonostante le difficoltà (o insensibilità?) burocratiche, nonostante qualche deficit di adesione alla causa da parte di colleghi e istituzioni.

Nonostante tutto questo, siamo riusciti ad ottenere prima del previsto l’accreditamento AIRTUM del Registro Tumori - terzo in Puglia - e a completare il presente Rapporto.

Eppure sono costretto a destinare l’intera emozione della circostanza alla gratitudine verso chi ha permesso tutto questo senza serbarne sotto forma di soddisfazione personale o istituzionale: perché, nonostante tutto, il presente lavoro è e deve essere un punto di partenza. Difficilmente un traguardo.

Perché, mentre meritoriamente la nostra Azienda cominciava a dotarsi di essenziali e attendibili strumenti di conoscenza, i tumori, da molto più tempo e con minori ostacoli, rendevano più pregiudicate le condizioni di salute del nostro territorio.

Con la conoscenza testimoniata dal Rapporto abbiamo ristabilito una qualche parità con l’avversario.

La lotta con questo avversario instancabile va vinta su più fronti: la riduzione della mortalità, magari cronicizzando la malattia, la guarigione vera e propria e la riduzione dell’incidenza. Sui primi due fronti la scienza e la medicina ufficiali hanno fatto tanto negli ultimi decenni e sono sempre di più le forme tumorali per le quali si può ottenere un controllo o una eradicazione definitiva; sul terzo fronte - quello a monte, la madre di tutte le battaglie - ancora poco si è fatto e le società sviluppate registrano inesorabilmente un incremento degli ammalati in un momento in cui i sistemi sanitari sono sempre più a corto di risorse e avrebbero bisogno di migliorare piuttosto la qualità di vita di cittadini sempre più anziani e sempre meno autosufficienti.

Il problema è che la riduzione dell’incidenza tumorale richiede due ingredienti indispensabili e complicati da padroneggiare: sforzo corale da parte di più soggetti per l’individuazione delle cause e coraggio intellettuale (o etico?) per la rimozione delle stesse, quando non già note...

Le conseguenze del deficit di corallità degli sforzi le abbiamo sperimentate già con il nostro Registro Tumori tutte le volte che è stato arduo accedere a

cartelle cliniche o referti istologici custoditi in altri e non tanto lontani centri di cura o quando si è avuta la percezione di avere gravemente disobbedito a qualche ordine supremo di contenimento della spesa sanitaria per avere investito in risorse umane o formative necessari al Registro.

Sul coraggio intellettuale della rimozione delle cause note ho l’obbligo etico di essere politicamente molto scorretto denunciando l’incoerenza e l’ipocrisia di certe scelte con cui, a titolo di esempio, si conducono crociate contro la sigaretta elettronica (“forse” cancerogena), si tutela la sigaretta tradizionale (“sicuramente” cancerogena) per salvaguardare l’erario pubblico, si prescrive alle amministrazioni sanitarie - finanziate da quell’erario - il razionamento della spesa per farmaci innovativi anticancro. Per non parlare delle mancate tutele ambientali o alimentari in nome di una crescita sfrenata - verso dove, poi?

Confido molto nell’intelligenza del lettore cui lascio le riflessioni del caso.

Non posso però coltivare il timore di apparire catastrofista se cito le recenti statistiche secondo cui, senza una decisa sterzata sul modo con cui viviamo e tuteliamo la nostra salute, entro pochi anni un cittadino su due avrà vissuto l’esperienza devastante di queste malattie.

Non è tardissimo ma serve la consapevolezza che la lotta contro il cancro è forse l'unico intervento sociale e sanitario che richiede "sforzi di sistema" e non lasciati al solo Servizio Sanitario o, peggio, alla singola azienda sanitaria. E nessuno, cittadino incluso, può sentirsi escluso dalla partita.

Il presente lavoro non è solo un prodotto per addetti ai lavori. E il fatto che abbiamo voluto anche una parte semanticamente più divulgativa e comprensibile del testo non è casuale. Consideriamo il Rapporto Tumori come uno strumento per stimolare idee e interventi da parte di tutti sul contrasto dell'insorgenza dei tumori.

Ho iniziato parlando di "punto di partenza". Chiudo invitando a "fare insieme", d'ora in poi.

Giovanni Gorgoni

Direttore Generale Asl Bt

Ringraziamenti

A tutte le Unità Operative e ai Servizi Aziendali si esprimono i più sentiti ringraziamenti per aver contribuito all'accreditamento del Registro Tumori della Asl BT.

Registri Tumori

Si ringraziano i responsabili e gli operatori delle sezioni provinciali dei registri tumori per il supporto fornito nella raccolta della documentazione necessaria. In particolare i Registri Tumori di Bari (Dr. E. Caputo), Brindisi (Dr. A. Ardizzone e Dr. G. Spagnolo), Foggia (Dr. F. Palma), Lecce (Dr. F. Quarta e Dr.ssa A. Melcarne) e Taranto (Dr. S. Minerba e dr.ssa A. Micuzzi)

Raccolta della casistica

Un ringraziamento ai presidi sanitari, alle istituzioni e ai professionisti che hanno consentito al registro di definire con celerità e completezza la casistica incidente. In particolare un ringraziamento a:

- Anatomia Patologica Ospedale Bonomo - Andria: dr. C. D. Inchingolo.
- Anatomia Patologica Ospedale Dimiccoli - Barletta: dr. G. Palumbieri
- Ematologia Ospedale Dimiccoli – Barletta : dr. G. Tarantini
- Medicina Nucleare Ospedale Dimiccoli - Barletta: dr. P. Di Fazio
- Oncologia Ospedale Dimiccoli - Barletta: dr. M. Brandi
- Radioterapia Ospedale Dimiccoli - Barletta: dr. S. Bambace
- Oncoematologia Ospedale Pellegrino - Trani: dr. D. Santorsola
- Al Direttore Sanitario e al personale della Direzione Sanitaria degli ospedali Bonomo – Andria; Dimiccoli – Barletta; Bisceglie-Trani; Caduti di tutte le guerre – Canosa di Puglia
- Al sig. A. Somma del servizio di Radiologia dell'ospedale Vittorio Emanuele II – Bisceglie
- Al dr Riccardo Matera, Direttore del Servizio Igiene Pubblica Asl BT, ai Presidenti e ai Segretari delle Commissioni Invalidi Civili di Andria, Barletta, Bisceglie, Canosa di Puglia, Trani e Trinitapoli.
- Ai Direttori dei Distretti Socio Sanitari:
 - Distretto 01 – Margherita di Savoia-Trinitapoli-San Ferdinando
 - Distretto 02 - Andria
 - Distretto 03 – Canosa di Puglia
 - Distretto 04 - Barletta
 - Distretto 05 – Trani-Bisceglie
- Al Direttore Sanitario e direzione sanitaria della Casa della Divina Provvidenza – Bisceglie
- Al Registro Nominativo delle Cause di Morte – Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) – Bari

- Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Bari

- AIRTUM – Associazione Italiana Registri Tumori.

- Ai Medici di Medicina Generale: dr. C. Cirillo – Barletta; dr. V. Gambatesa - Margherita di Savoia; dr. D. Leonetti – Andria; dr. M. Mastrodonato – Trani

Un particolare ringraziamento al dr. D. Leonetti e a tutti i componenti della Associazione Andria Città Sana.

- Agli Uffici Stato Civile e Anagrafe dei comuni di Andria, Barletta, Bisceglie, Canosa di Puglia, Margherita di Savoia, Minervino Murge, San Ferdinando di Puglia, Spinazzola, Trani e Trinitapoli.

- Alle Associazioni:

- AIL BAT – Associazione Italiana contro le Leucemie-Linfomi e Mieloma

- ANT – Associazione Nazionale Tumori - sezione BT

- LILT – Lega italiana per la Lotta contro i Tumori - sezione provinciale BT

Struttura organizzativa



7

Direttore

Enzo Coviello

Gruppo di lavoro

Angela Calabrese

Grazia Antonella Cannone

Francesco Cuccaro

Maria Altomare Di Lorenzo

Angela Pinto

Maria Elena Vitali

Centro di Coordinamento – RT Puglia

Lucia Bisceglia

Danila Bruno

Vanna Burgio Lo Monaco

Antonio Chieti

Ida Chiara Galise

Pietro Milella

Anna Maria Nannavecchia

Ivan Rashid

Cinzia Tanzarella

Comitato Tecnico-scientifico

Presidente

Giorgio Assennato

Contatti

**Registro Tumori della provincia
Barletta-Andria-Trani**

ASL BT

Piazza Principe Umberto, 1

Tel. 0883 577329

Fax 0883 577288

76121 Barletta

✉ vincenzo.coviello@aslbat.it

 facebook.com/aslbat

 twitter.com/Aslbt

 youtube.com/user/ASLBT

 issuu.com/aslbt

Indice Rapporto Registro Tumori

Prefazione	3	12. Melanoma cutaneo	89
Ringraziamenti	5	13. Mammella femminile (solo F)	95
Struttura organizzativa	7	14. Collo dell'utero (solo F)	101
Indice	9	15. Corpo dell'utero (solo F)	107
Introduzione	10	16. Ovaio (solo F)	113
Sintesi complessiva dei risultati	12	17. Prostata (solo M)	119
Guida alla lettura delle schede	16	18. Testicolo (solo M)	125
 Schede specifiche:	22	19. Rene	129
1. Tutti i tumori Maschi	23	20. Vescica	135
2. Tutti i tumori Femmine	29	21. Encefalo e SNC	141
3. Tumori infantili	35	22. Tiroide	147
4. Testa e collo	41	23. Linfomi di Hodgkin	153
5. Stomaco	47	24. Linfomi non Hodgkin	159
6. Colon-retto	53	25. Mielomi	165
7. Fegato	59	26. Leucemie	171
8. Colecisti e vie biliari	65	 Materiali e metodi	177
9. Pancreas	71	Appendice	185
10. Polmone	77	Bibliografia	190
11. Mesotelioma	83	Crediti	192

Introduzione

Le osservazioni isolate, le impressioni soggettive sulla diffusione dei tumori in una popolazione, seppur spesso motivate dall'intento di promuovere interventi di tutela e miglioramento della salute, non sono in grado di rappresentare la reale dimensione di questo fenomeno, di coglierne i cambiamenti e le anomalie e quindi di orientare efficacemente la ricerca delle cause e gli interventi possibili per la prevenzione e la cura dei tumori. Per rispondere a queste esigenze, è necessario il Registro Tumori, uno strumento in grado di raccogliere con completezza e qualità i dati relativi a tutti i casi di tumore che si verificano in una popolazione. Su questa base di dati è possibile in modo oggettivo stabilire confronti, rilevare variazioni, studiare le specifiche caratteristiche che possono indirizzare la ricerca delle cause e la lotta contro il cancro.

Il Registro Tumori è stato realizzato nella Asl Bt ad aprile 2014. Disponiamo perciò nel nostro territorio di una base di dati solida, con caratteristiche qualitative valide e accreditate dall'AIRTUM, l'associazione di tutti i registri tumori italiani. E' una risorsa che ci consente di dare le prime risposte alle preoccupazioni che intorno a questa malattia ci sono da sempre.

Per la prima volta possiamo delineare con accuratezza la diffusione delle singole neoplasie nella nostra popolazione, confrontare i nostri dati con

quelli italiani e di altre parti del territorio nazionale, valutare le differenze che connotano il nostro territorio al suo interno.

L'intento di questo Rapporto è quello di divulgare le prime notizie ottenute dall'elaborazione dei dati raccolti. Possiamo affermare che nel nostro territorio e per il periodo temporale indagato molti tumori hanno una diffusione e un impatto in termini di mortalità confrontabile, se non minore, rispetto a quanto rilevabile nel territorio nazionale e nelle altre regioni del sud Italia.

Emergono comunque alcuni eccessi meritevoli di attenzione per alcuni tumori. I tumori del fegato, in primis, registrano nella nostra Asl una diffusione più alta di quanto si rileva nelle popolazioni sopra indicate scelte come confronto. È un dato importante, perché molto è noto sulle cause di questo tumore ed è possibile pianificare iniziative coordinate per contrastare l'insorgenza di nuovi casi, curare e assistere con i migliori presidi disponibili quelli che si manifestano, farsi partecipi e promotori di ricerche per una lotta sempre più efficace contro questo tumore.

Tra gli altri tumori che nel nostro territorio meritano un'attenzione particolare c'è il mieloma. Diversamente dal tumore del fegato, il rilievo di un'alta incidenza di questo tumore nella nostra Asl non

è confermato dal dato della mortalità che invece appare in linea con i dati nazionali. Questo risultato va pertanto visto come un primo segnale di cui cercare conferme in ulteriori studi e specifici approfondimenti.

È chiaro, comunque, che ogni tipo di tumore, come pure l'argomento delicatissimo e coinvolgente dei tumori che insorgono in età pediatrica, merita attenzione e uno specifico sforzo di studio partendo dai dati finora raccolti, aggiungendone di nuovi e collaborando alle iniziative di ricerca più promettenti per ampliarne la conoscenza.

Il raggiungimento di questo importante risultato è stato possibile grazie alla sinergia tra diverse figure professionali di un'organizzazione che insieme ha raccolto e integrato tutte le informazioni disponibili, ha attivato vaste ricerche di documentazione e minuziose verifiche che hanno coinvolto direzioni sanitarie, unità operative e servizi dentro e fuori la nostra regione. Insieme a questo agire comune e motivato c'è stato anche un impegno intenso nella formazione. Infatti, la realizzazione di basi di dati accurate e confrontabili passa attraverso l'applicazione di regole e standard internazionali. Supporto decisivo in tutto questo è stato il materiale e la partecipazione ai percorsi formativi predisposti dall'AIRTUM. Bisogna aggiungere anche il clima virtuoso di interesse e di studio che si è creato tra

tutti gli operatori impegnati nella registrazione dei tumori in Puglia. Possiamo essere legittimamente soddisfatti di quanto abbiamo raggiunto: l'esito delle verifiche e i valori degli indicatori di qualità dei nostri dati ci confortano in questa conclusione.

Molto resta ancora da fare. Dobbiamo certamente lavorare perché la registrazione dei tumori da noi e in tutta la Puglia si consolidi e si estenda a considerare gli anni dal 2009 in poi. La raccolta di nuovi dati riferibili ad anni più recenti consentirà un ulteriore salto qualitativo. Avremo infatti la possibilità di iniziare a delineare le variazioni temporali dell'incidenza dei tumori nel nostro territorio e coglierne gli andamenti in aumento o in diminuzione. Al momento abbiamo realizzato la prima istantanea dettagliata della situazione epidemiologica dei tumori nella nostra Asl. L'obiettivo futuro è quello di filmare una sequenza che ci faccia capire la direzione verso cui questa situazione sta evolvendo.

L'estendersi della registrazione dei casi di tumore ad anni più recenti consentirà anche ai registri di diventare più tempestivi riducendo il ritardo tra l'insorgenza di nuovi casi e la disponibilità di un'informazione completa e accurata. In questo modo si accrescerà l'utilità dei dati dei registri tumori per le indagini in risposta alla segnalazione di eccessi di tumori in aree circoscritte o gruppi di popolazione e per le scelte di programmazione.

I miglioramenti da apportare al sistema finora costituito sono molti e tutti devono complessivamente tendere a consolidare e ampliare la rete di collaborazioni e relazioni dei registri, supporto indispensabile alla loro attività.

La realizzazione di una rete delle anatomie patologiche e di una base di dati regionale che raccolga i loro referti è il primo di questi obiettivi. Per la qualità e l'aggiornamento dei dati dei registri è essenziale che le iniziative già avviate nella nostra regione in tal senso siano portate a definitivo e stabile compimento.

La collaborazione con gli oncologi e gli ematologi, già in atto a livello nazionale tra AIRTUM e AIOM (Associazione Nazionale di Oncologia Medica), deve trovare attuazione e sviluppo anche nel nostro contesto, per sfruttare al meglio la virtuosa complementarità tra dati e ricerca clinica e la conoscenza dei tumori a livello di popolazione.

Lo screening organizzato dei tumori della mammella, colon-retto e cervice uterina è un'attività sulla quale la Puglia è impegnata in uno sforzo per raggiungere quei risultati che in altre parti d'Italia sono già consolidati. Prevedere un apposito canale informativo per la segnalazione ai registri dei casi rilevati dallo screening consentirà ai registri tumori di monitorare i cambiamenti nell'incidenza e negli

esiti di questi tumori e di dimostrare la loro utilità come insostituibili strumenti per valutare i risultati conseguiti da questo imponente sforzo della sanità pubblica pugliese. In Italia lo studio Impatto è un esempio di quanto può essere produttiva la collaborazione tra centri screening e registri tumori, uno studio prestigioso a cui il nostro sistema sanitario deve aderire avendone adesso a disposizione tutti gli strumenti.

Importante per il lavoro dei registri è anche la collaborazione con le associazioni di volontariato. Con alcune di esse – Andria Città Sana, ANT, AIL E LILT – l'attiva interazione ha già dato importanti risultati e in alcuni casi si è trasformata in una vera e propria partnership. Il ruolo delle associazioni è fondamentale per creare quel tessuto di positiva interazione tra cittadini e pazienti da una parte e istituzioni e strutture sanitarie dall'altra. La pubblicazione di questo Rapporto è un primo risultato che si spera possa essere apprezzato da queste Associazioni e per il loro tramite possa essere valorizzato come strumento per la diffusione di un'informazione corretta ai loro soci e alla collettività più in generale.

Si è quindi vinta una tappa importante. Resta ancora un percorso per fare del Registro Tumori della Asl BT, un presidio fondamentale a supporto della conoscenza e della lotta ai tumori nel nostro territorio.

Sintesi dei risultati

Premessa

Il tumore, o neoplasia, è una proliferazione incontrollata di cellule, originata da una o, molto più frequentemente, molteplici mutazioni di geni coinvolti nella proliferazione o differenziazione cellulare a carico di un'unica cellula (clonalità).

Le cause che determinano le mutazioni sono in parte note e in parte sconosciute. In alcuni casi, piuttosto rari, le cause del tumore sono ereditarie, già "scritte" nei geni alla nascita, ma nella maggior parte dei casi sono esterne, ambientali (radiazioni ionizzanti, radiazioni ultraviolette, agenti chimici, virus) e spesso la predisposizione genetica è una concausa.

I tumori possono avere comportamento benigno se tendono a rimanere localizzati e ad accrescersi in modo espansivo, oppure maligno, se tendono a infiltrare i tessuti adiacenti e a diffondersi a distanza.

I tumori maligni contendono alle malattie cardiovascolari il triste primato delle cause di morte e sono connotati da un grande impatto anche emotivo, legato alla prognosi, in una parte almeno dei casi, infausta, alla debilitazione generale che accompagna la fase terminale della malattia, alla complessità delle terapie spesso gravate da effetti collaterali impegnativi.

I registri tumori sono lo strumento più efficace per definire l'incidenza dei tumori, il numero di nuovi tumori che insorgono nella popolazione in un periodo di tempo definito (generalmente un anno solare) e possono in molti casi contribuire alla ricerca etiological, oltre che alla programmazione sanitaria.

Il Registro Tumori della ASL BT, a copertura provinciale, è stato istituito con Delibera della ASL BT 880/2010 come sezione dell'Unità Complessa di Statistica ed Epidemiologia della ASL BT ed è sezione del registro tumori della Puglia istituito con Delibera di Giunta Regionale 1500/2008.

I dati del registro relativi al triennio 2006-2008, oggetto del presente rapporto, sono stati recentemente accreditati dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM).

In questo rapporto sono illustrati i dati di incidenza, mortalità e sopravvivenza neoplastiche riferiti al triennio suddetto con un'attenzione anche alle differenze geografiche tra i comuni della provincia, che devono comunque essere prese *cum grano salis*, dato il numero esiguo di comuni.

Incidenza

Nel triennio 2006-2008 nella provincia BT sono stati diagnosticati 5308 nuovi casi di tumore maligno, dei quali 2903 tra i maschi e 2405 tra le femmine.

I tassi di incidenza grezzi sono pari a 504.2 per 100.000 abitanti nei maschi e 407.9 per 100.000 abitanti nelle femmine e i tassi standardizzati per età, utilizzando la popolazione standard europea, sono rispettivamente 434.2 per 100.000 e 325.6 per 100.000 nei due sessi.

Il rischio cumulativo di ammalarsi di un tumore maligno prima dei 75 anni è pari al 29% per un uomo e al 22.7% per una donna residenti nella provincia BT. Gli anziani di entrambi i sessi, come atteso, sperimentano i tassi di incidenza più elevati.

Non si rilevano grandi differenze geografiche se si osserva l'incidenza complessiva dei tumori maligni.

I tumori più frequenti nel sesso maschile sono quello della prostata (16.5% di tutti i tumori maschili), del polmone (15.2%), del colon-retto (11.2%), della vescica (10.5%) e del fegato (7.8%). Nel sesso femminile i tumori più frequenti sono quelli della mammella (28.5% di tutti i tumori femminili), del colon-retto (11.9%), della tiroide (5.5%) e del corpo dell'utero (4.9%).

Mortalità

L'incidenza di tumore maligno in entrambi i sessi è più bassa di quella italiana, ma è più alta di quella registrata nel sud Italia, e tali differenze sono statisticamente significative.

I tumori per i quali si riscontra in entrambi i sessi un'incidenza significativamente più alta sia di quella riscontrata a livello nazionale che di quella del sud Italia includono il tumore maligno del fegato e il mieloma multiplo.

Nel triennio 2006-2008 nella provincia BT sono stati registrati 2275 decessi per tumore maligno, dei quali 1309 tra i maschi e 966 tra le femmine.

I tassi di mortalità grezzi sono pari a 227.3 per 100.000 abitanti nei maschi e 163.8 per 100.000 abitanti nelle femmine e i tassi standardizzati per età, utilizzando la popolazione standard europea, sono rispettivamente 188.2 per 100.000 e 112.6 per 100.000 nei due sessi.

Il rischio cumulativo di morire per un tumore maligno prima dei 75 anni è pari al 11.7% per un uomo e al 7.5% per una donna residenti nella provincia BT.

Nel sesso maschile il tumore del polmone ha rappresentato la causa più frequente (27.8% della mortalità per causa oncologica), seguito da quelli del fegato (12.2%), della prostata (9.1%), della vescica (6.4%) e del colon-retto (6.2%). Tra le donne la mortalità per tumore della mammella è stata la causa più frequente (18.1% della mortalità per causa oncologica), seguita da quella per tumore del colon-retto (10%), del fegato (9.5%), del polmone (7.0%) e dello stomaco (6.1%).

Nei maschi la mortalità per tumore maligno nella provincia BT è più bassa sia di quella italiana sia di

quella del sud Italia, e tali differenze sono statisticamente significative; nelle femmine è più bassa di quella italiana, ma in linea con quella del sud.

Quello del fegato è il principale tumore per il quale si riscontra una mortalità più alta di quella del sud Italia e nazionale con differenza statisticamente significativa.

Sopravvivenza

La sopravvivenza è un indicatore importante sia dal punto di vista clinico che epidemiologico. Una sopravvivenza alta può dipendere da diversi fattori: caratteristiche biologiche dei tumori, diagnosi precoce e approcci terapeutici tempestivi ed efficaci.

Per il complesso della patologia neoplastica, sia nei maschi che nelle femmine, la sopravvivenza della provincia BT coincide con quella stimata nel centro-nord Italia ed è più alta di quella del sud. Anche per i tumori infantili la sopravvivenza è in linea con l'atteso nazionale. Guardando le singole sedi, è stata stimata una sopravvivenza più alta rispetto a entrambi i riferimenti nazionali (sud e centro-nord) per mieloma, mesotelioma, leucemie, linfoma non Hodgkin, tumore del testicolo, dell'ovaio, del colon-retto, del fegato, della tiroide. Va anche considerato che la sopravvivenza provinciale si riferisce a casi incidenti circa un quinquennio dopo rispetto a quelle utilizzate per i confronti nazionali e quindi una differenza può essere dovuta in parte anche a eventuali miglioramenti terapeutici.

Spiccano invece per una sopravvivenza più bassa dell'atteso i tumori del collo dell'utero, quelli delle vie biliari e il melanoma cutaneo.

Indicatori di qualità

Nel complesso i dati del Registro Tumori BT possono essere considerati di alta qualità, sia per le modalità di controllo dell'accuratezza, completezza e confrontabilità assunte in tutte le fasi di registrazione (fonti di dati, record linkage e generazione della casistica, ricerca attiva di documentazione, revisione collettiva dei casi complessi) sia perché l'output dei controlli di qualità può essere considerato soddisfacente: percentuale di DCO 1.7% (0.2% negli infraseessantacinquenni, 2.8% nella popolazione anziana), percentuale di verifiche microscopiche 82.8% (94.5% negli infraseessantacinquenni, 74.9% nella popolazione anziana), rapporto mortalità/incidenza 42.9%. Per quanto riguarda la tempestività, dopo il periodo di avvio del registro e la fase del primo accreditamento dei dati, le capacità tecniche, relazionali e organizzative acquisite, se supportate da sistemi informativi efficaci, permetteranno di ridurre l'intervallo temporale tra pubblicazione dei dati e riferimento temporale degli stessi.

Commenti

I dati illustrati nel presente rapporto sono i primi a definire in modo certo e validato l'impatto del fenomeno oncologico nel territorio provinciale BT. L'incidenza dei tumori maligni è nel complesso più bassa di quella italiana (-11% negli uomini e -8% nelle donne statisticamente significativo), ma più alta di quella del pool dei registri tumori meridionali (rispettivamente +9% e +10% statisticamente significativo), mentre la mortalità nei maschi è significativamente più bassa sia di quella nazionale che di quella registrata al sud, laddove nelle femmine è in linea con quella del sud e più bassa di quella nazionale.

Il dato di incidenza per sede più interessante è quello relativo al tumore del fegato, in particolare l'epatocarcinoma, per cui si riscontra un eccesso significativo in tutti i confronti nazionali (+68% vs Italia e +86% vs sud nei maschi e rispettivamente +125% e +116% nelle femmine). Questo dato era già parzialmente noto dalle casistiche di mortalità ISTAT e RENCAM, ma è molto importante la conferma attraverso dati di incidenza che sono di comprovata qualità e riducono, sebbene non annullino, la possibilità che siano male interpretate come tumori primitivi, lesioni invece secondarie, in un organo che è comune sede di metastasi. Dal momento che la principale causa degli epatocarcinomi è l'infezione cronica da virus epatitici B e C, con una latenza di alcuni decenni, sarebbe interessante indagare il

fenomeno attraverso la sinergia di epidemiologi, oncologi e infettivologi, al fine di studiare la prevalenza di tali infezioni e l'eventuale esistenza di ceppi virali dotati di maggior potere oncogeno, ovvero di altri cofattori di rischio.

Anche per il mieloma si registra un'incidenza più alta rispetto all'atteso in entrambi e sessi, a fronte però di una mortalità non in eccesso e una sopravvivenza particolarmente alta. Dati discordanti come questi meritano un approfondimento per la possibilità che ci sia una particolare attenzione dei clinici e dei patologi nei confronti di questa neoplasia ematologica o che siano particolarmente elevate le forme indolenti e a buona prognosi. Anche in questo caso è necessario un lavoro congiunto con ematologi, oncologi e patologi.

Per gli altri tumori la situazione è tendenzialmente in linea con quella del sud Italia, sebbene ad esempio per tumore della mammella femminile e melanoma cutaneo l'incidenza sia più bassa di quella italiana, ma più alta di quella del sud.

I dati di mortalità seguono solo in parte i dati di incidenza, ma ad esempio nel sesso maschile si attestano nel complesso su valori più bassi di quelli italiani e del sud, mentre nel sesso femminile sono in linea

con quelli del sud. Questa apparente discrepanza sembra essere avvalorata dalla buona performance della sopravvivenza che si approssima a quella stimata dai registri del centro-nord piuttosto che a quella del sud e che può dipendere da diagnosi precoce, efficacia della terapia e caratteristiche intrinseche del case-mix dei tumori (stadio alla diagnosi, sottotipi, tipi istologici e biomolecolari).

In ogni caso la mortalità per fegato si conferma superiore a quella registrata nelle altre aree (+58% vs Italia e + 47% vs sud nei maschi e rispettivamente +86% e +59% nelle femmine).

Nel complesso delle neoplasie non si osservano grandi eterogeneità nella distribuzione comunale, mentre la distribuzione per singola sede è riportata nelle schede specifiche, attraverso le differenze interdistrettuali e le mappe geografiche.

Guida alla lettura delle schede

Nelle 26 schede che compongono questo rapporto viene fornito un quadro dettagliato dell'incidenza e della mortalità per tumori nella Asl BT. I dati si riferiscono alla popolazione residente nella nostra provincia e comprendono il periodo dall'inizio del 2006 alla fine del 2008.

La tabella 1

La tabella 1 è divisa in due parti. La prima, a sinistra, riporta dati di **incidenza**, riferiti cioè ai nuovi casi di tumore diagnosticati nella Asl nel periodo in esame. La seconda, a destra, riporta dati di **mortalità** cioè dei decessi avvenuti nella Asl a causa di un tumore. In entrambe le parti i dati sono riferiti al totale e ai due sessi separatamente.

Nella prima riga della tabella c'è il **numero di nuovi casi e di decessi**. La seconda mostra la **percentuale** ottenuta dal rapporto del numero di casi o di decessi per il tumore in esame rispetto al totale dei tumori maligni moltiplicato 100. Questo indicatore dà un'idea di quanto sia frequente osservare un nuovo caso o un decesso per questo tipo di tumore rispetto al totale delle malattie tumorali.

Nella terza compare il **tasso grezzo**, misura che indica il numero di nuovi casi o di decessi che si

verificano ogni anno riferito a 100.000 soggetti. Nella nostra Asl risiedono circa 400.000 persone. Un tasso di incidenza pari a 10 per 100.000 significa che in un anno sono rilevati nella nostra popolazione circa 40 nuovi casi di questo tumore.

La frequenza dei tumori varia considerevolmente, in genere aumenta, con l'età. In una popolazione composta prevalentemente da anziani il tasso tenderà ad essere superiore a quello rilevato in una popolazione di soggetti più giovani. Per confrontare la frequenza dei tumori tra due popolazioni, eliminando l'effetto della loro diversa struttura per età, si ricorre alla standardizzazione. Il **tasso standardizzato**, riportato nella quarta riga della tabella, è quindi una misura che consente di confrontare la frequenza dei tumori nella nostra Asl

rispetto a quella rilevata in Italia o in altre popolazioni. Le eventuali differenze tra tassi standardizzati non possono essere attribuite alla diversa struttura per età delle popolazioni a confronto, ma sono un primo indizio di un diverso rischio di ammalarsi di tumore.

Il **rischio cumulativo** 0-74 anni, nella quinta riga della tabella, esprime la probabilità che un soggetto ha di ammalarsi o di morire per uno specifico tumore nell'arco di tempo che va dalla nascita a 74 anni. Un rischio cumulativo pari all'1% vuol dire che in base ai dati rilevati si stima che una persona su cento di quella popolazione si ammalerà o morirà per quel determinato tumore prima di compiere 75 anni.

	● Incidenza				● Mortalità		
	M+F	M	F		M+F	M	F
Numero casi	124	104	20		57	47	10
Percentuale sul totale	2,3	3,6	0,8		2,5	3,6	1,0
Tasso grezzo	10,6	18,1	3,4		4,9	8,2	1,7
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	9,2	16,5	2,8		4,0	7,4	1,3
Rischio cumulativo 0-74 anni	0,8	1,4	0,3		0,3	0,6	0,1

(1) Popolazione standard europea

Tabella 1

La tabella 2

Gruppo morfologico	Casi	%
Squamocellulare	103	85,1
Adenocarcinoma	1	0,8
Carcinoma NAS	7	5,8
Altri	9	7,4
Non specificato	1	0,8

Sottosede	Casi	%
Lingua	22	17,7
Bocca	14	11,3
Faringe	21	16,9
Cavità Nasale	4	3,2
Laringe	63	50,8

Tabella 2

Un organo è composto da diversi tipi di cellule e i tumori che interessano un organo possono avere origine da ciascuna di esse. Di conseguenza i tumori di uno stesso organo possono essere di tipi morfologici diversi e tale dettaglio ha in genere rilevanza per la ricerca delle cause, la scelta della terapia e la prognosi dei tumori.

La tabella 2 nella parte sinistra indica **le morfologie** più frequenti tra i casi rilevati nella Asl BT per i quali esiste una conferma istologica.

Le schede si riferiscono ai tumori che interessano una specifica **sede** cioè un organo o un raggruppamento di organi. Ad esempio un raggruppamento piuttosto eterogeneo, ma clinicamente significativo, è quello riportato nell'esempio relativo ai tumori della testa e del collo. In questo caso la parte destra della tabella 2 mostra in dettaglio il numero e la percentuale dei casi di ogni singolo organo che compone questo raggruppamento. Per altre sedi la parte destra della tabella 2 precisa numero e percentuale dei casi di una specifica parte dell'organo considerato nella scheda.

La figura 1

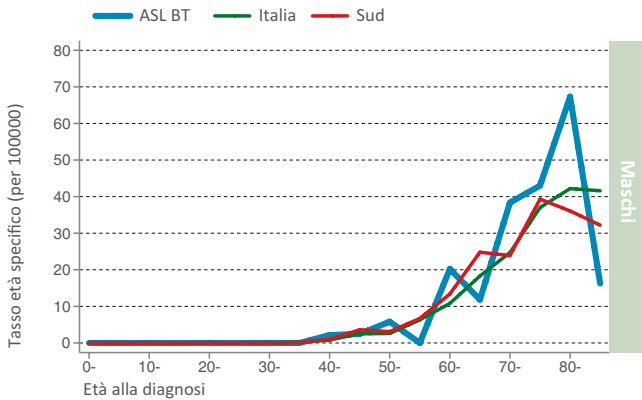


Figura 1

L'andamento dell'incidenza per classi quinquennali di età nei due sessi è illustrato nella figura 1. Per ognuna delle 18 classi quinquennali di età, da 0-4 anni a 85+, il grafico riporta il tasso per 100.000, cioè la frequenza dei tumori calcolata in 100.000 soggetti di quella fascia di età.

La curva fa vedere che nella maggior parte dei tumori la frequenza aumenta considerevolmente con l'età. In pochi tumori è possibile invece osservare che essi possono insorgere anche in età precoci o addirittura nell'infanzia. Insieme ai tassi età specifici calcolati nella Asl BT la figura mostra per confronto gli stessi tassi rilevati nel sud e in tutta Italia.

La figura 2

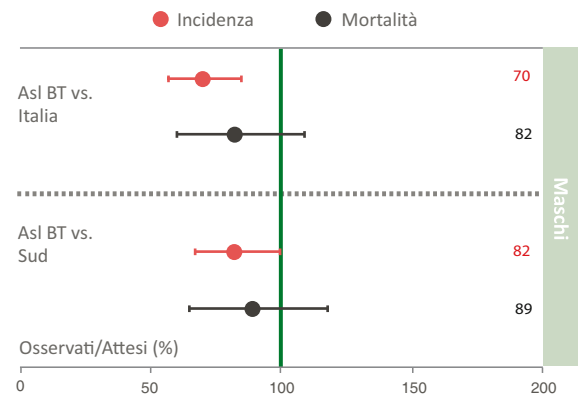


Figura 2

Nella Asl BT la probabilità di ammalarsi o di morire a causa di un tumore è superiore, simile o inferiore a quella delle altre regioni meridionali o del resto d'Italia? Per rispondere a questa domanda è stato calcolato il rapporto tra il numero dei casi osservati nella Asl BT e il numero dei casi attesi, cioè il numero dei casi che si sarebbero verificati nella nostra Asl se la probabilità di ammalarsi o di morire per uno specifico tumore fosse esattamente la stessa di quella rilevata nelle regioni meridionali o in tutta Italia.

Questo rapporto sarà 1 se nella nostra Asl il rischio è simile a quello del sud e dell'Italia, sarà superiore a 1 nel caso in cui il rischio è più alto e inferiore a 1 se il rischio è più basso. La figura 2 illustra questi confronti.

Come si legge la figura 2

Nella figura 2 il rapporto osservati/attesi è moltiplicato per 100. Il valore 1, che indica equivalenza della probabilità di ammalarsi o morire di tumore tra le popolazioni a confronto, è trasformato in 100. In corrispondenza di questo valore di riferimento è stata tracciata sul grafico una linea verde.

Nella metà in alto del grafico è riportato il confronto tra la Asl BT e l'Italia. Nella metà in basso il confronto è effettuato con le regioni del sud.

● Questo simbolo indica che il confronto si riferisce all'incidenza cioè alla diagnosi di nuovi casi di tumore. In questo esempio entrambi i simboli di color rosso sono a sinistra della linea verde. Il valore preciso del rapporto osservati/attesi è indicato nel grafico a destra con lo stesso colore ed è, in questo caso, 70 (in alto, confronto con l'Italia) e 82 (in basso, confronto con il sud). Questo significa che nella nostra Asl il rischio di ammalarsi di questo specifico tumore è inferiore a quello rilevato nelle altre regioni meridionali e in tutta Italia.

● Con questo simbolo si indica il confronto con i dati di mortalità cioè tra il numero di morti a causa di questo tumore osservati nella nostra Asl e quelli attesi se la probabilità di morire fosse stata la stessa dell'Italia o del sud. In questo esempio il rapporto

osservati/attesi relativo alla mortalità è 82 (numero nero in alto, confronto con l'Italia) e 89 (numero nero in basso, confronto con il sud). Questo significa che nella nostra Asl il rischio di morire di questo specifico tumore è inferiore a quello rilevato nelle altre regioni meridionali e in tutta Italia.

E' importante considerare che questi confronti sono delle stime con un margine di incertezza statistica dovuta al fatto che i casi osservati nella popolazione della nostra Asl sono poco numerosi.

Nella figura 2 questa incertezza è espressa dalle linee orizzontali a destra e sinistra di ciascun simbolo. Ritornando all'esempio precedente non possiamo dire con certezza che poiché il rapporto d'incidenza osservati/attesi tra Asl BT e sud Italia è 82 (pallino rosso nella metà in basso) il rischio di ammalarsi per questo tumore è più basso nella nostra Asl rispetto al resto del meridione.

La linea orizzontale rossa indica infatti che i dati osservati sono compatibili anche con un rapporto pari a circa 60, limite della linea a sinistra, o pari a 100, limite della linea a destra. In particolare quest'ultimo valore significa che a causa dell'incertezza statistica la probabilità di ammalarsi di questo tumore nella nostra Asl può essere del tutto simile, e non inferiore, a quella rilevata nelle altre regioni meridionali.

La figura 3

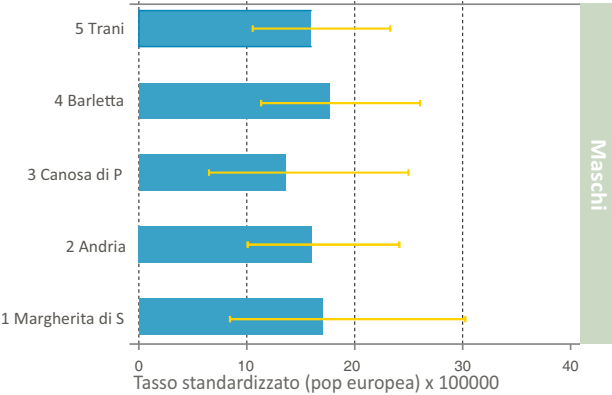


Figura 3

E' possibile che in alcuni comuni della Asl BT la frequenza di un certo tipo di tumore sia più alta di quanto si rileva negli altri comuni. Per indagare questa possibilità questo rapporto presenta in figura 3 i tassi standardizzati di incidenza calcolati per ciascuno dei 5 distretti in cui è divisa la Asl e in figura 5 una mappa in cui è rappresentato un indicatore di rischio di malattia calcolato a livello di ogni singolo comune.

Nella figura 3 i tassi standardizzati di incidenza per ogni singolo distretto sono illustrati da barre orizzontali. Nell'esempio possiamo vedere che nei 5 distretti della ASL la frequenza di questo tumore è abbastanza omogenea essendo compresa tra i valori approssimativi di 14 per 100.000 nel distretto 3 di Canosa di Puglia, comprendente i comuni

di Minervino M. e Spinazzola, e 17 per 100.000 nel distretto 4 di Barletta e 5 di Margherita di Savoia, comprendente i comuni di Trinitapoli e San Ferdinando di P.

Avendo calcolato questi tassi su popolazioni più piccole dell'intera Asl l'incertezza statistica è purtroppo notevole e viene riportata nel grafico dalle linee orizzontali di colore più chiaro. Ad esempio il tasso standardizzato stimato nel distretto 5 di Trani, comprendente anche Bisceglie, è pari a 15 per 100.000, ma a causa dell'incertezza statistica il suo valore vero può essere compreso tra 11 e 23 per 100.000. E' importante in questo esempio osservare la sovrapposizione delle linee orizzontali relative alle stime di ciascun distretto, un'indicazione che le piccole differenze trovate tra i tassi d'incidenza dei 5 distretti sono compatibili con l'incertezza statistica e che quindi non c'è evidenza di una frequenza di ammalarsi per questo tipo di tumore diversa tra le parti della Asl considerate a questo livello di analisi.

La figura 4

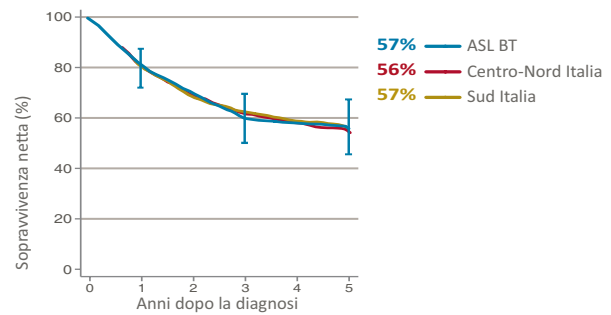


Figura 4

I clinici impegnati nella cura dei tumori e i pazienti colpiti da questa malattia sono interessati a conoscere la probabilità di sopravvivere alla malattia decorso un certo tempo dalla diagnosi. La figura 4 mostra l'andamento della sopravvivenza rilevato fino a 5 anni dalla diagnosi nei casi di tumore diagnosticati nella nostra Asl (linea blu). Per confronto sono riportati gli analoghi andamenti della sopravvivenza dei casi di tumore diagnosticati nelle regioni del centro-nord (linea rossa) e del sud Italia (linea gialla).

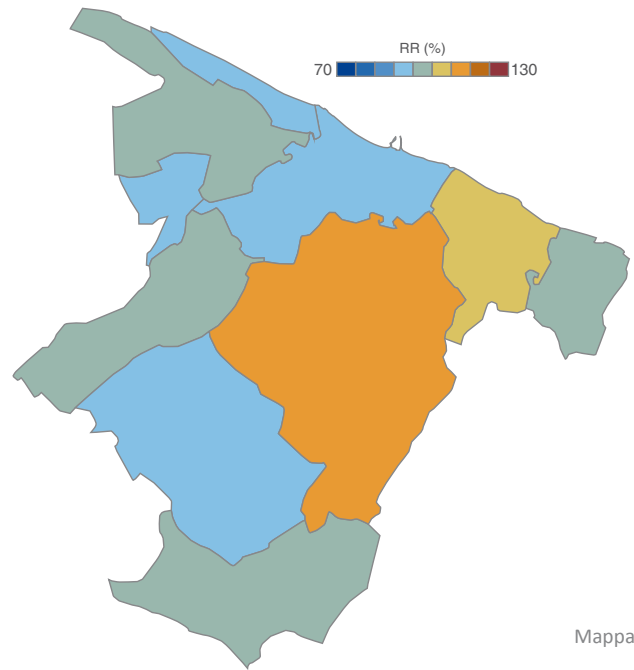
Come si legge la figura 4

Nell'esempio si può vedere che nella Asl BT dopo 1 anno dalla diagnosi sopravvive circa l'80% dei casi diagnosticati, dopo 3 approssimativamente il 60% e

La figura “mappa”

dopo 5 il 57%. La probabilità di sopravvivere dopo 5 anni dalla diagnosi nella Asl BT, nelle regioni del centro-nord e del sud Italia è riportata nella legenda a destra. In questo caso non si osserva alcuna differenza tra la sopravvivenza rilevata nella Asl BT, rispetto a quella delle altre regioni italiane.

Le linee verticali riportate nel grafico indicano l'incertezza statistica associata alla stima della probabilità di sopravvivenza a 1, 3 e 5 anni dalla diagnosi nella nostra Asl. Come nel caso dei tassi di incidenza tale incertezza dipende dalla bassa numerosità dei casi su cui queste stime sono calcolate. Nell'esempio la linea verticale a 5 anni dalla diagnosi indica che la stima della sopravvivenza dei casi della Asl BT può essere approssimativamente compresa tra il 45% e il 67%. Queste linee consentono una prima valutazione delle differenze eventualmente riscontrate tra la sopravvivenza rilevata nella Asl BT e quella delle altre regioni italiane. Se la linea rossa o quella gialla si discostassero dalla linea blu, ma rimanessero comprese all'interno degli intervalli delimitati dalle linee verticali questo significherebbe che in base ai dati a disposizione non si può escludere che nella nostra Asl la sopravvivenza dopo una diagnosi di tumore sia diversa da quella delle altre regioni per il solo effetto dell'incertezza statistica.



Per indagare se la frequenza di un determinato tumore sia diversa nei comuni che compongono la Asl BT si è calcolato il rapporto tra la sua incidenza in ciascun comune e quella rilevata in tutta la Asl. Il risultato di questa operazione è un rischio relativo (RR). Esso sarà uguale a 100 se nel comune l'incidenza di quel tumore è uguale a quella rilevata in tutta la Asl, maggiore di 100 se l'incidenza è superiore o minore di 100 nel caso opposto.

Come si legge la mappa

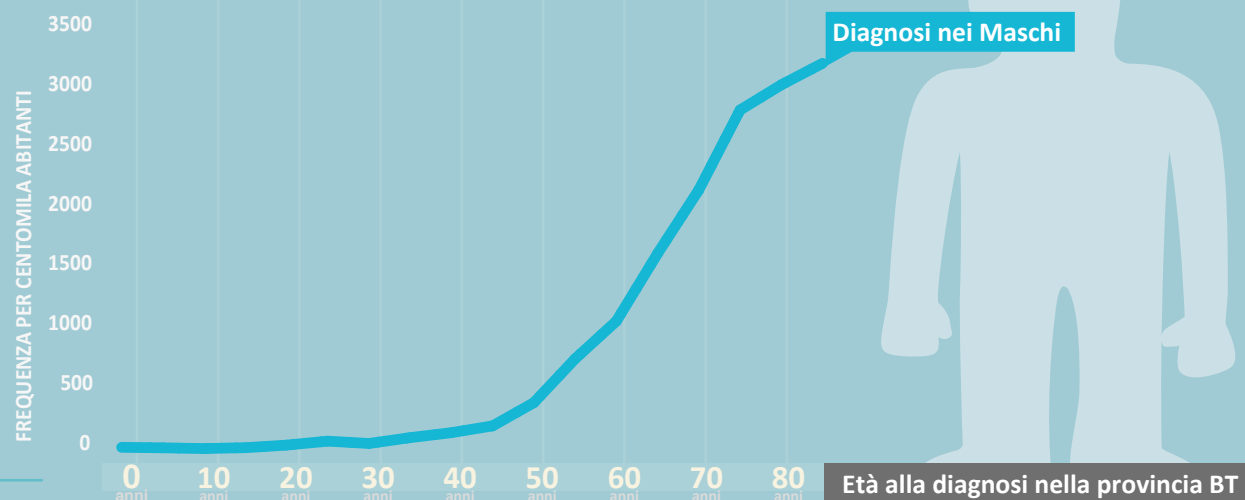
Il valore del RR calcolato per ciascun comune della Asl BT è stato rappresentato in una mappa (figura mappa) colorando il corrispondente territorio con un'appropriata sfumatura di azzurro-rosso. Nella mappa raffigurata come esempio si può osservare che i territori dei comuni di Barletta, Margherita di Savoia, Minervino Murge e Trinitapoli sono colorati in grigio molto chiaro che corrisponde nella scala dei colori, in alto a destra nella mappa, a un RR di circa 100. Questo significa che nei suddetti comuni l'incidenza del tumore indagato è uguale a quella rilevata nell'intero territorio della Asl. I territori di Andria e Bisceglie sono colorati con due diverse tonalità di azzurro. Questo indica che nei due comuni il RR è inferiore a 100 e cioè che l'incidenza di questo tumore è più bassa rispetto a quanto rilevato in tutta la Asl. Il RR del comune di Andria, colorato in azzurro chiaro, è abbastanza vicino al valore 100 mentre quello del comune di Bisceglie, colorato con un azzurro più deciso, si discosta maggiormente da questo valore verso valori più bassi della media della ASL. I territori dei comuni di Canosa di Puglia, San Ferdinando di P., Spinazzola e Trani sono colorati con la stessa tonalità del rosso. In tali comuni il RR calcolato è superiore a 100 e questo indica un'incidenza del tumore indagato superiore a quella rilevata in tutta la Asl.

E' importante interpretare con estrema cautela queste mappe e leggere i dati riportati solo come una prima indicazione di cui ricercare ulteriori conferme nei successivi rapporti o in altre indagini. Oltre alle considerazioni esposte nella sezione Materiali e metodi, si deve anche osservare che la stima del RR rappresentata nella mappa è associata anch'essa all'incertezza statistica connessa al procedimento di stima. A causa dell'incertezza statistica il RR di un comune stimato superiore a 100 (rappresentato in mappa con una gradazione del rosso) può esser compreso entro un intervallo che in molti casi include il valore 100. Nell'esempio precedente i 4 comuni colorati in rosso hanno un RR pari a circa 106 corrispondente a un'incidenza del tumore del 6% più alta di quella di tutta la Asl. L'intervallo di credibilità del loro RR, però, include 100 essendo compreso approssimativamente tra 86 e 130. Questo significa che con i dati a disposizione non si può escludere che l'incidenza in questi comuni sia in realtà 86 e cioè inferiore del 14% a quella della Asl. Pertanto la maggiore incidenza di un tumore rilevata in un comune e rappresentata nella mappa potrebbe essere in molti casi spiegata dalla sola variabilità casuale e non essere confermata in successive indagini.



Focus 01

TUTTI I TUMORI MASCHI



I trend nazionali dei tassi standardizzati, cioè al netto dell'invecchiamento della popolazione, mostrano nei maschi una stabilità dell'incidenza per l'insieme dei tumori e una moderata riduzione della mortalità.

Nella provincia BT nel triennio 2006-2008 sono stati registrati 2903 casi e 1309 decessi.

L'incidenza è più bassa di quella italiana ma più alta di quella del Sud mentre la mortalità è più bassa in entrambi i confronti. Infatti, l'incidenza è di 11 punti percentuali più bassa di quella del

Centro-Nord e di 9 punti percentuali più alta di quella del Meridione mentre la mortalità è più bassa di 14 punti percentuali rispetto all'Italia e di 9 punti percentuali rispetto al Sud. Nella Asl Bt il tumore più frequente è quello della prostata seguito da polmone, colon-retto, vescica e fegato. Quindi il tumore del fegato è al quinto posto per incidenza mentre nelle casistiche nazionali al quinto posto si trova il tumore della vescica.

I tumori con il più alto numero di decessi sono polmone, fegato, prostata, vescica, colon-retto.

La casistica italiana rispetto alla mortalità è differente: polmone, colon-retto, prostata, fegato, stomaco.

La sopravvivenza registrata nel territorio provinciale BT è uguale a quella del Centro-Nord e più alta di quella delle altre regioni meridionali: a cinque anni dalla insorgenza della patologia la sopravvivenza è di 54 punti percentuali sia nella Asl Bt che nelle regioni del Centro e del Nord mentre il Sud registra una sopravvivenza di 48 punti percentuali.



TUTTI I TUMORI MASCHI

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

968

uomini scoprono di avere la malattia

L l'11% in meno rispetto all'Italia*,
M il 9% in più rispetto al Sud*.

Mortalità

436

uomini non ce la fanno

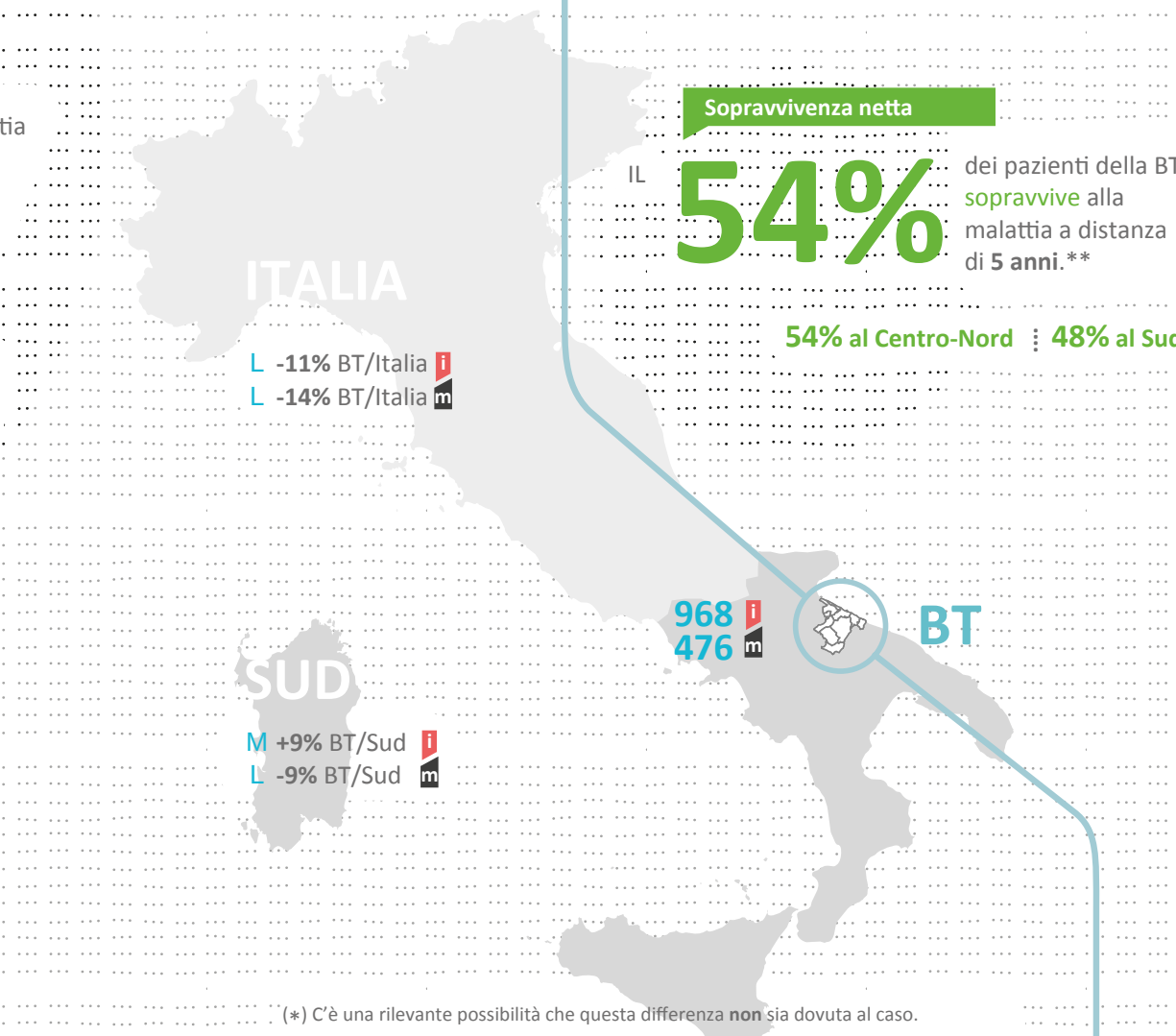
L il 14% in meno rispetto all'Italia*,
L il 9% in meno rispetto al Sud*.

Sopravvivenza netta

54%

dei pazienti della BT
sopravvive alla
malattia a distanza
di 5 anni.**

54% al Centro-Nord | 48% al Sud



(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza non sia dovuta al caso.

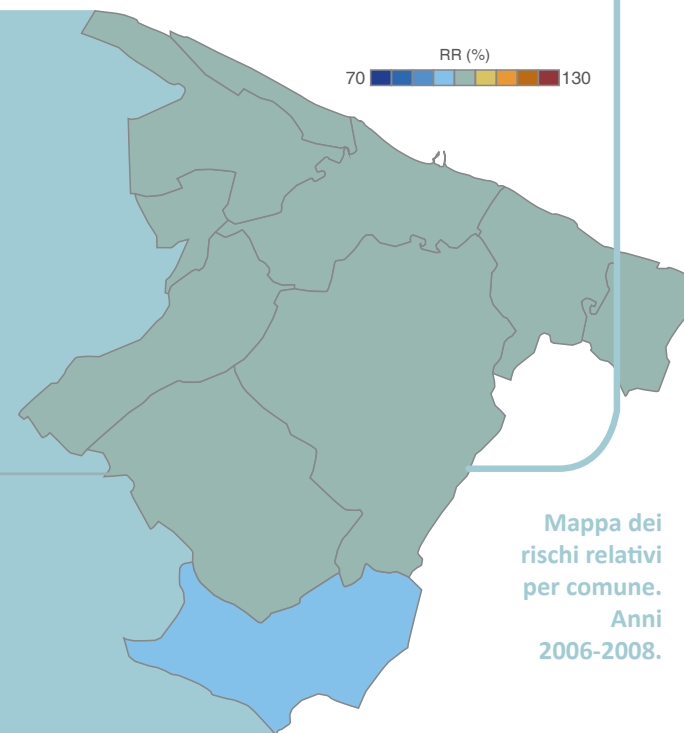
(**) Si intende sopravvivenza netta, cioè correlata soltanto al tumore.

Scheda

01

TUTTI I TUMORI MASCHI

Sedi ICD-O-3 escluse: cute (C44) a eccezione delle seguenti morfologie: melanomi e nevi (8720-8790), sarcoma di Kaposi (9140), leucemie, linfomi e mielomi (9590-9989).
Per i confronti della Figura C sono esclusi anche i tumori non infiltranti dell'encefalo e del sistema nervoso centrale (C70-72).



Mappa dei
rischi relativi
per comune.
Anni
2006-2008.

La categoria “tutti i tumori” è impropria dal punto di vista nosologico poiché pur essendo accomunati da una proliferazione afinalistica di cellule, ciascun tumore riconosce una sua specificità etiologica, genetica, biologica e clinica.

Dal punto di vista conoscitivo generale e di sanità pubblica, però, è opportuno che accanto alla trattazione dei tumori insorti nei diversi organi, sia descritta anche la situazione complessiva del fenomeno neoplastico. Il tumore maligno infatti rappresenta nell'immaginario collettivo una malattia molto particolare, connotata anche da un grande impatto emoti-

vo sia per la sua storia naturale che per le “cause” talvolta rimuovibili. Inoltre la previsione del carico di malattia è importante per i decisori politici e gli amministratori per l'allocazione di risorse sia in campo diagnostico (diagnostica per immagini, anatomia patologica, laboratori) che terapeutico (oncologia, chirurgia, radioterapia, medicina nucleare, ematologia). È ormai ben noto che i tumori sono legati a mutazioni del DNA e che sia cause genetiche che cause ambientali contribuiscono al loro determinismo. Si ritiene che molti tumori sarebbero evitabili se si intervenisse sui loro fattori di rischio: al fumo di

tabacco, alimentazione scorretta, obesità, inattività fisica, abuso di bevande alcoliche, esposizioni occupazionali, infezioni, esposizione a radiazioni ionizzanti e ultraviolette, inquinamento ambientale sarebbero attribuibili circa l'80% dei tumori. Questo spiega l'importanza della prevenzione primaria. Inoltre sono ben note le attività di screening di popolazione e di diagnosi precoce che hanno come principale obiettivo la riduzione della mortalità causa-specifica.

I trend nazionali dei tassi standardizzati, dunque al netto dell'invecchiamento della popolazione, mostrano nei maschi una stabilità dell'incidenza per

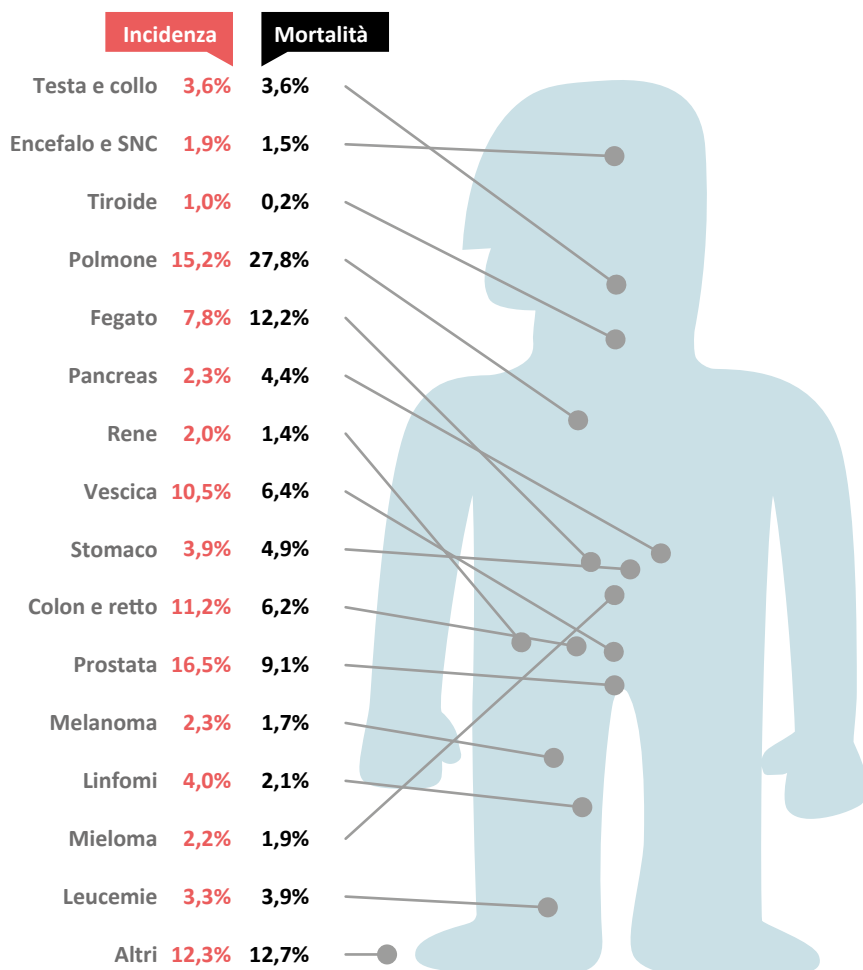


Figura 1 Distribuzione percentuale del numero dei casi per sede di tumore.

l'insieme dei tumori a fronte di una moderata riduzione della mortalità.

Nella provincia BT, nel triennio 2006-2008 sono stati registrati 2903 casi incidenti, a fronte di 1309 decessi per neoplasia (Tab.1). Il rischio cumulativo di ammalarsi di un tumore maligno entro i 74 anni è del 29%: quasi un terzo degli uomini sviluppa un tumore maligno entro questa età, in linea con quanto riportato in Italia e in altri paesi europei.

Il tumore maligno più frequente nei maschi è quello della prostata, seguito da polmone, colon-retto, vescica e fegato. Il tumore del fegato è quindi il quinto per incidenza, laddove nelle casistiche nazionali il quinto tumore è quello vescicale. Per quanto riguarda la mortalità si osserva il ranking polmone, fegato, prostata, vescica, colon-retto, mentre quello nazionale è polmone, colon-retto, prostata, fegato, stomaco. L'incidenza dei tumori maligni dei

	● Incidenza	● Mortalità
Numero casi	2903	1309
Percentuale sul totale M+F	54,7	57,5
Tasso grezzo (per 100000)	504,2	227,3
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100000)	434,2	188,2
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	29,0	11,7

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Tabella 1. Incidenza e mortalità. Anni 2006-2008.

maschi nella provincia segue l'andamento di quella del sud per tutte le fasce d'età fino ai settant'anni, per poi raggiungere i tassi età specifici italiani (Fig. 4). L'incidenza di tumore nella provincia BT è significativamente più bassa di quella italiana, ma significativamente più alta di quella del sud Italia, laddove la mortalità è significativamente più bassa in entrambi i confronti (Fig. 6). La figura 5 e la mappa mostrano una omogeneità della distribuzione complessiva del fenomeno neoplastico sul territorio provinciale. La sopravvivenza per tumore nella provincia BT è significativamente più alta di quella del sud Italia e si allinea con quella del centro-nord.

	0-49	50-69	70+
1°	Testicolo 10.7%	Prostata 19.7%	Prostata 20.5%
2°	Colon e retto 9.9%	Polmone 16.0%	Polmone 19.6%
3°	Melanoma 9.5%	Colon e retto 11.8%	Vescica 13.7%
4°	Leucemie 8.4%	Vescica 10.2%	Colon e retto 13.3%
5°	Vescica 7.2%	Fegato 8.9%	Fegato 9.3%

Figura 2. Incidenza. Primi 5 tumori in termini di frequenza per età. Anni 2006-2008.

	0-49	50-69	70+
1°	Polmone 18.6%	Polmone 34.8%	Polmone 30.6%
2°	Stomaco 15.3%	Fegato 17.0%	Prostata 13.6%
3°	Leucemie 11.9%	Pancreas 6.7%	Fegato 12.8%
4°	Melanoma 11.9%	Stomaco 5.6%	Vescica 10.1%
5°	Testa e collo 8.5%	Testa e collo 5.6%	Colon e retto 8.0%

Figura 3. Mortalità. Primi 5 tumori in termini di frequenza per età. Anni 2006-2008.

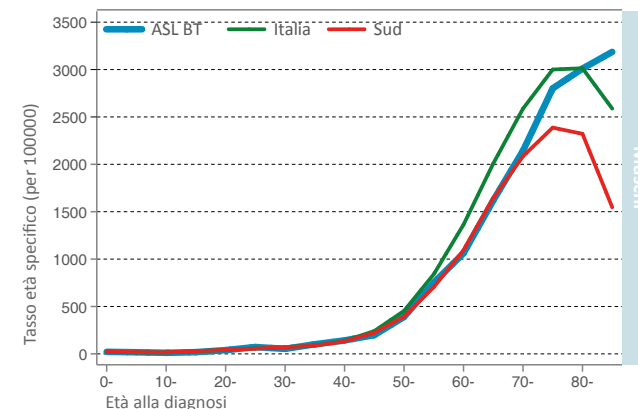


Figura 4. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale⁽²⁾. Anni 2006-2008.

(2) Per i confronti sono escluse le morfologie M9950-M9989

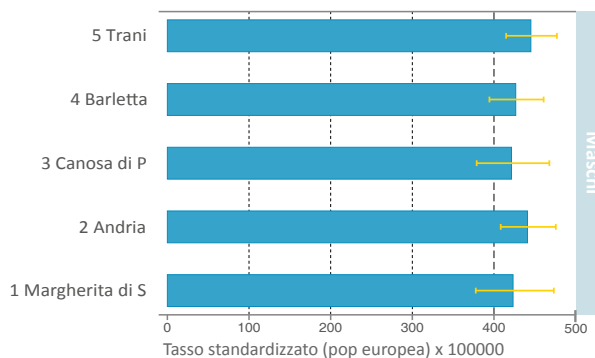


Figura 5. Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

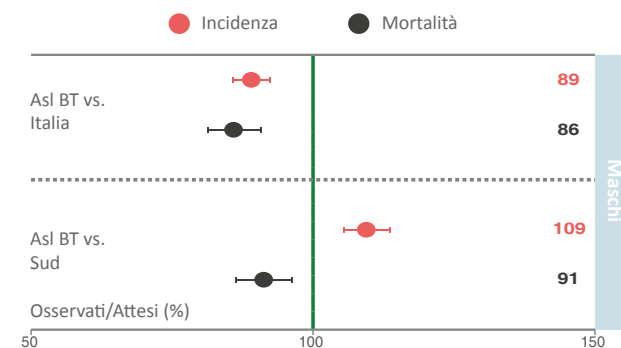


Figura 6. Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale⁽²⁾. Anni 2006-2008.

(2) Per i confronti sono escluse le morfologie M9950-M9989

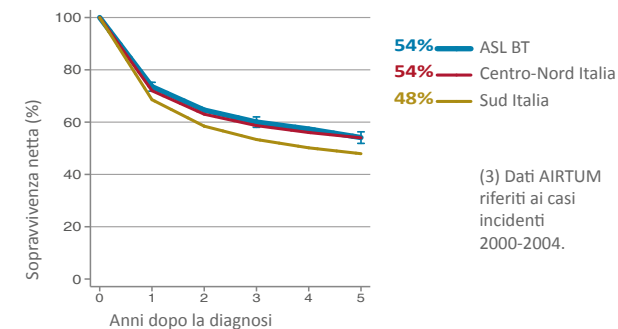
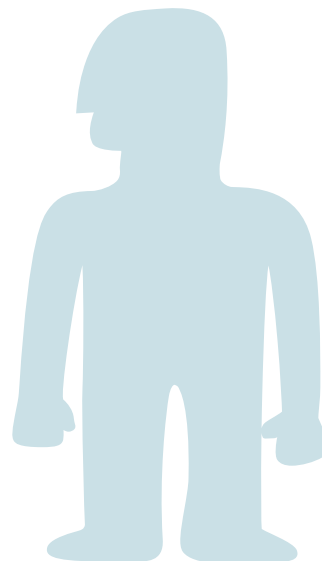


Figura 7. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽³⁾. Anni 2006-2008.

(3) Dati AIRTUM riferiti ai casi incidenti 2000-2004.

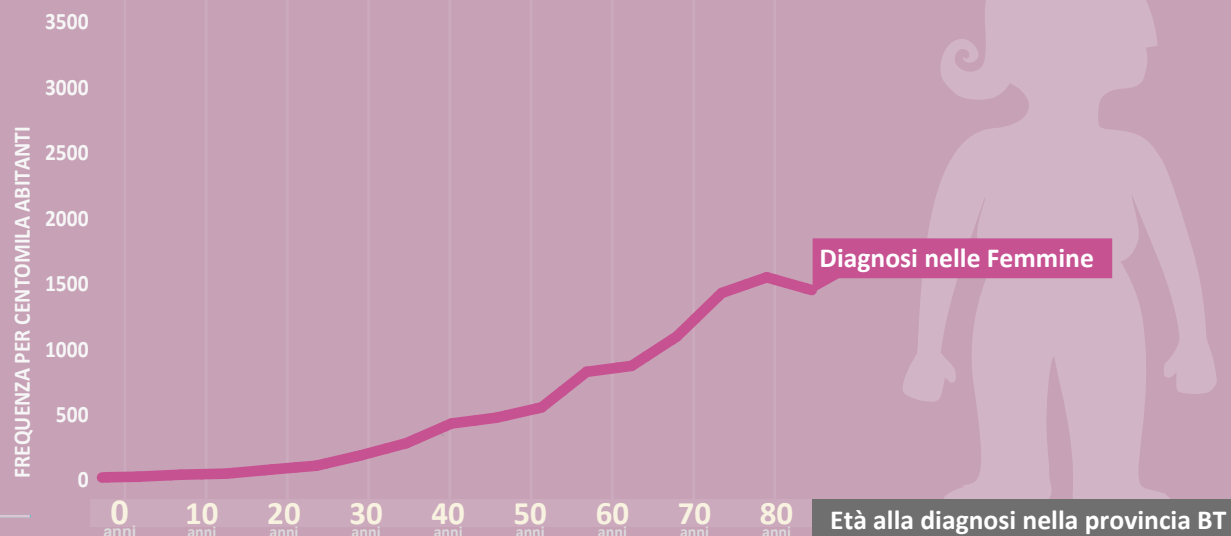
TUTTI I TUMORI MASCHI



appunti e annotazioni

Focus 02

TUTTI I TUMORI *FEMMINE*



I trend nazionali dei tassi standardizzati, cioè al netto dell'invecchiamento della popolazione, mostrano una stabilità dell'incidenza per l'insieme dei tumori a fronte di una moderata riduzione della mortalità.

Nel sesso femminile i tumori maligni sono meno frequenti rispetto al sesso maschile: una donna su quattro è destinata ad ammalarsi di tumore nel corso della vita a fronte di un uomo su tre. Il tumore della mammella rappresenta un terzo delle neoplasie maligne. Nella provincia BT nel triennio 2006-2008 sono stati registrati 2405 casi

incidenti a fronte di 966 decessi: il rischio di ammalarsi di tumore entro i 74 anni è del 23 per cento, in linea con l'atteso.

Il tumore più frequente è quello della mammella, seguito da colon-retto, tiroide, fegato e corpo dell'utero. Rispetto alla casistica italiana, nei primi cinque tumori non compare la neoplasia del polmone ma il tumore del fegato a riprova della maggiore incidenza di questo tumore nel territorio provinciale anche nel sesso femminile. Per quanto riguarda la mortalità, il primo tumore in ordine di frequenza è quello della

mammella, seguito da colon-retto, fegato, polmone e stomaco: in questo caso il fegato sostituisce il pancreas. L'incidenza dei tumori femminili è più bassa di 8 punti percentuali rispetto all'Italia ma più alta del 10 per cento rispetto al Sud.

La mortalità è in linea con il Sud ma più bassa dell'8 per cento rispetto all'Italia. La sopravvivenza è in linea con il Centro-Nord: a cinque anni dalla insorgenza della patologia la sopravvivenza è del 61 per cento (il dato del Centro-Nord è lo stesso) mentre nelle regioni meridionali è del 59 per cento.



TUTTI I TUMORI *FEMMINE*

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

802

donne scoprono di avere la malattia

L l'8% in meno rispetto all'Italia*,
M il 10% in più rispetto al Sud*.

Mortalità

322

donne non ce la fanno

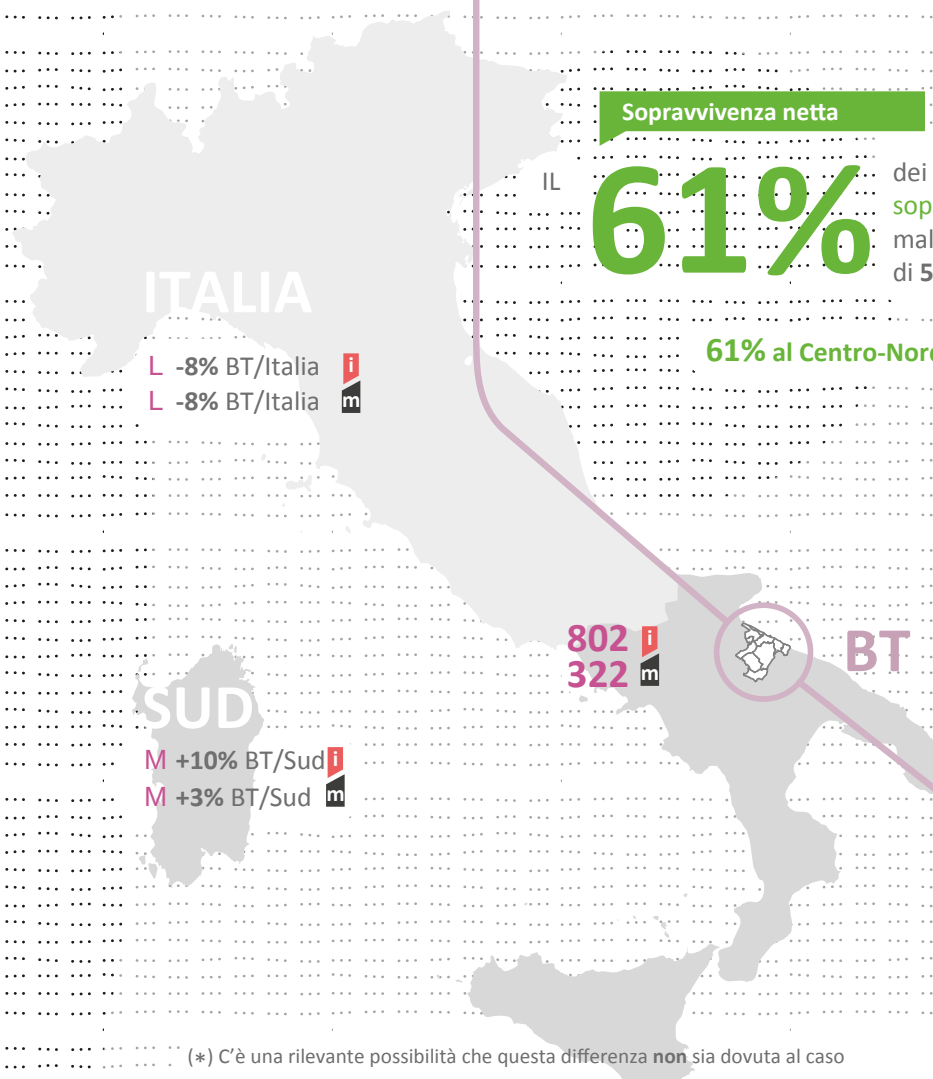
L l'8% in meno rispetto all'Italia*,
M il 3% in più rispetto al Sud.

Sopravvivenza netta

61%

dei pazienti della BT
sopravvive alla
malattia a distanza
di **5 anni**.**

61% al Centro-Nord | **59% al Sud**



(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza **non** sia dovuta al caso

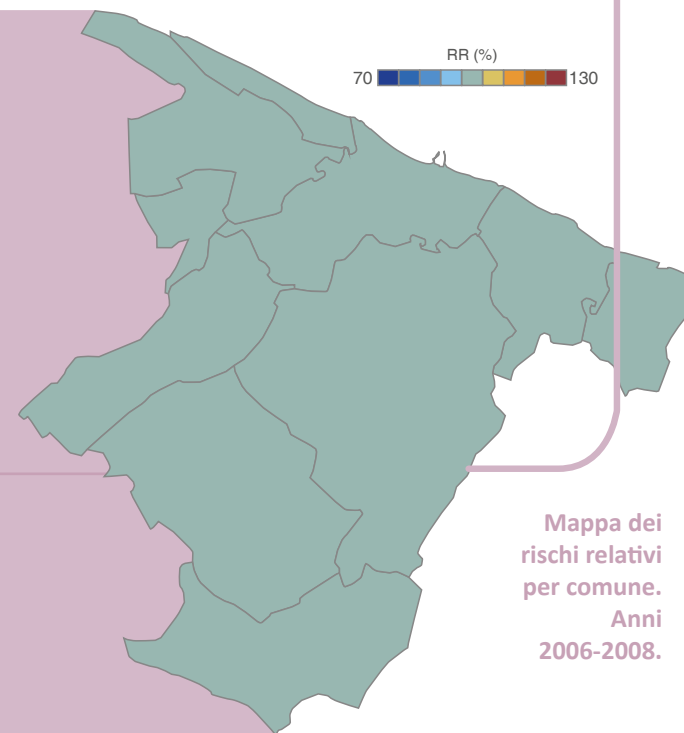
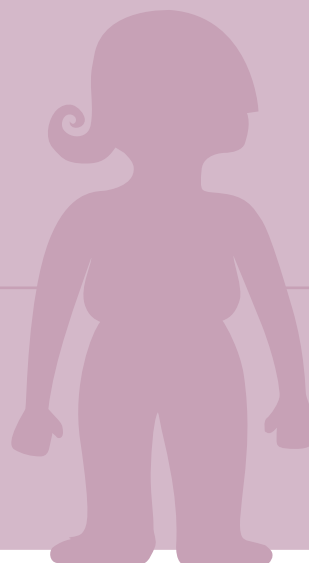
(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.

Scheda

02

TUTTI I TUMORI FEMMINE

Sedi ICD-O-3 escluse: cute (C44) a eccezione delle seguenti morfologie: melanomi e nevi (8720-8790), sarcoma di Kaposi (9140), leucemie, linfomi e mielomi (9590-9989).
Per i confronti della Figura C sono esclusi anche i tumori non infiltranti dell'encefalo e del sistema nervoso centrale (C70-72).



Nel sesso femminile i tumori maligni sono meno frequenti rispetto al sesso maschile: una donna su quattro è destinata ad ammalarsi di tumore nel corso della propria vita a fronte di un terzo degli uomini.

E' anche peculiare che nel sesso femminile ad un tumore, quello della mammella, sia ascrivibile quasi un terzo delle diagnosi complessive di neoplasia maligna. Per quanto riguarda tutti i tumori insieme, anche tra le donne i trend temporali nazionali dei tassi standardizzati mostrano una stabilità dell'incidenza per l'insieme dei tumori a fronte di una moderata riduzione della mortalità.

Nella provincia BT, nel triennio 2006-2008 sono stati registrati 2405 casi incidenti, a fronte di 966 decessi per neoplasia (Tab.1). Il rischio cumulativo di ammalarsi di un tumore maligno entro i 74 anni è del 23%, in linea con l'atteso. Il tumore maligno più frequente nelle femmine è quello della mammella, seguito da colon-retto, tiroide, fegato e corpo dell'utero.

Rispetto a quanto avviene a livello nazionale, si osserva come tra i primi cinque tumori per frequenza, non compaia quello del polmone, ma sia invece rappresentato quello epatico, a riprova del fatto che esiste sul territorio provinciale uno specifico eccesso di

tumori del fegato in entrambi i sessi. Per quanto riguarda la mortalità si osserva il ranking mammella, colon-retto, fegato, polmone, stomaco. In questo caso il fegato sostituisce il pancreas tra le cinque più frequenti per mortalità neoplastica. L'incidenza dei tumori maligni delle femmine nella provincia, similmente a quanto avviene dei maschi, segue l'andamento di quella del sud per tutte le fasce d'età fino ai settant'anni, per poi raggiungere i tassi età specifici italiani (Fig. 4).

L'incidenza di tumore nella provincia BT è significativamente più bassa di quella italiana, ma significativa-



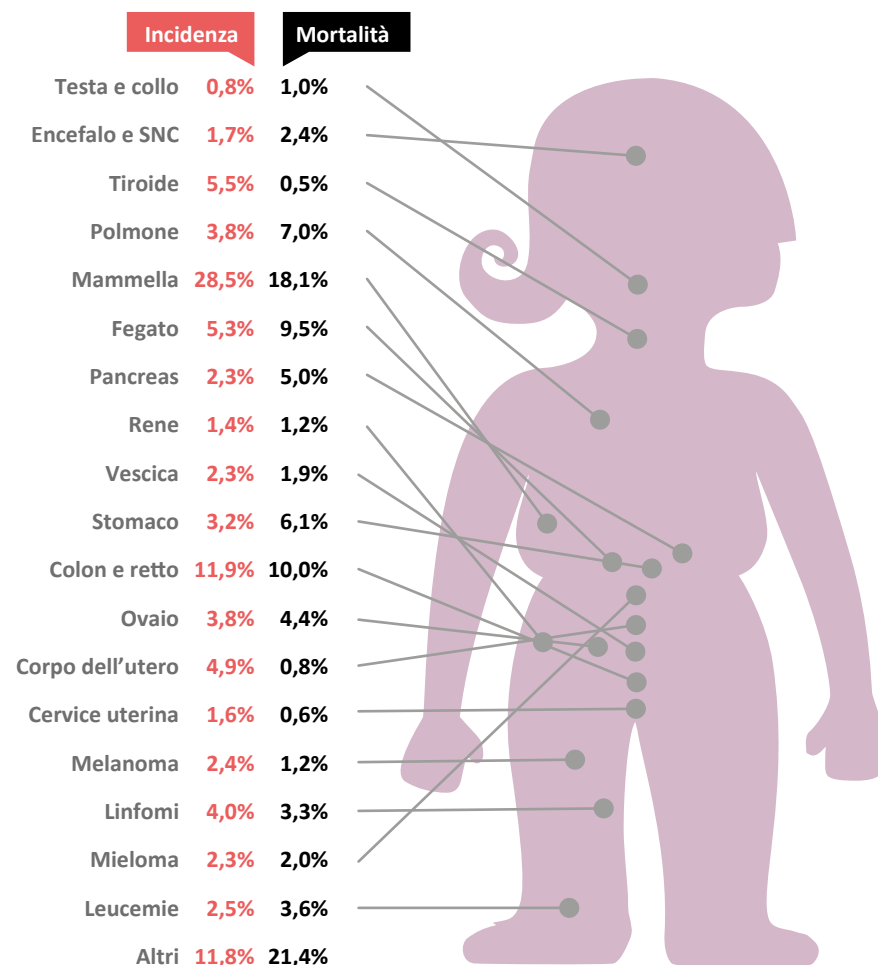


Figura 1 Distribuzione percentuale del numero dei casi per sede di tumore.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	2405	966
Percentuale sul totale M+F	45,3	42,5
Tasso grezzo (per 100000)	407,9	163,8
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100000)	325,6	112,6
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	22,7	7,5

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Tabella 1. Incidenza e mortalità. Anni 2006-2008.

mente più alta di quella del sud Italia, laddove la mortalità è significativamente più bassa di quella italiana e non si discosta significativamente da quella del sud (Fig. 6).

La figura 5 e la mappa mostrano un'omogeneità della distribuzione complessiva del fenomeno neoplastico sul territorio provinciale.

La sopravvivenza per tumore nella provincia BT è allineata con quella del centro-nord, che non si discosta significativamente da quella del sud.

	0-49	50-69	70+
1°	Mammella 42.6%	Mammella 37.7%	Mammella 20.5%
2°	Tiroide 17.2%	Colon e retto 11.6%	Colon e retto 19.6%
3°	Melanoma 6.2%	Corpo utero 9.1%	Fegato 11.6%
4°	Ovaio 5.3%	Tiroide 5.2%	Polmone 5.3%
5°	Colon e retto 4.0%	Ovaio 4.7%	Stomaco 4.8%

Figura 2. Incidenza. Primi 5 tumori in termini di frequenza per età. Anni 2006-2008.

	0-49	50-69	70+
1°	Mammella 42.4%	Mammella 28.1%	Mammella 17.2%
2°	Ovaio 6.8%	Colon e retto 10.7%	Fegato 15.4%
3°	Encefalo 6.8%	Ovaio 8.9%	Colon e retto 13.8%
4°	Stomaco 6.8%	Polmone 7.6%	Polmone 9.3%
5°	Colon e retto 5.1%	Fegato 6.3%	Stomaco 8.1%

Figura 3. Mortalità. Primi 5 tumori in termini di frequenza per età. Anni 2006-2008.

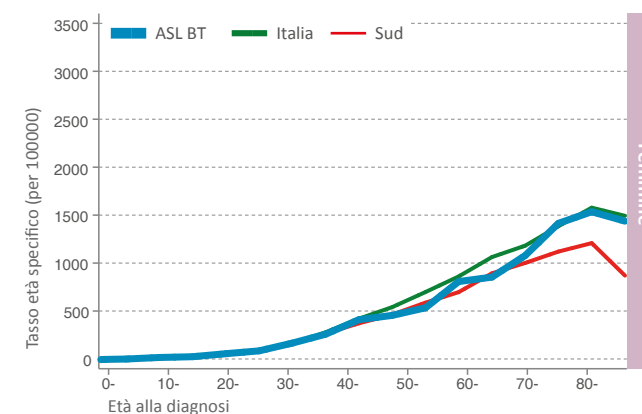


Figura 4. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

(1) Per i confronti sono escluse le morfologie M9950-M9989

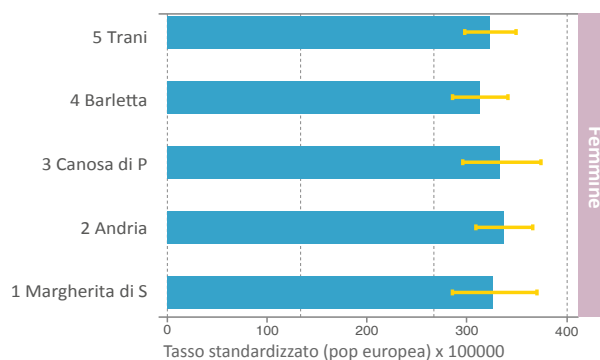


Figura 5. Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

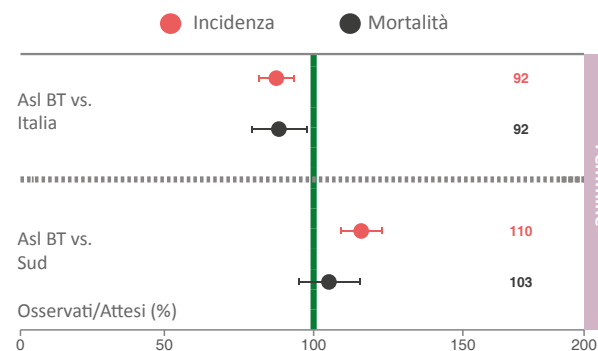


Figura 6. Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

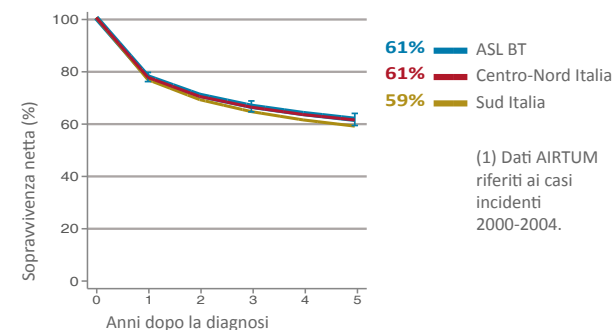
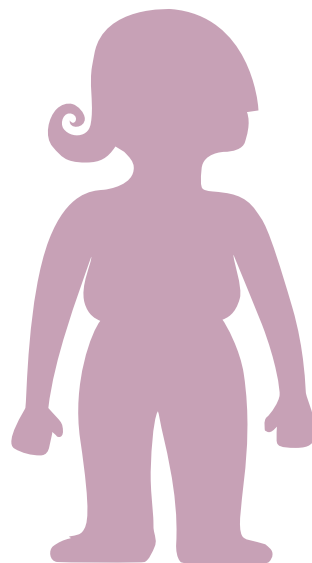


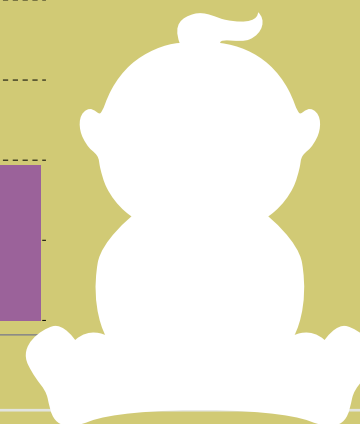
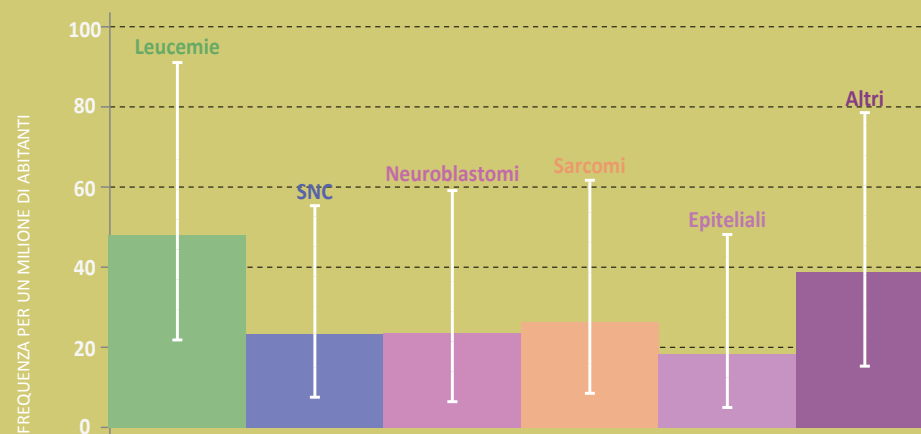
Figura 7. Sopravvivenza netta. Confronto tra ASL BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

(1) Dati AIRTUM riferiti ai casi incidenti 2000-2004.

TUTTI I TUMORI FEMMINE



appunti e annotazioni

TUTTI I TUMORI *INFANTILI*

In Europa i tumori maligni sono la prima causa di morte per malattia tra 1 e 14 anni d'età, escludendo dunque traumatismi e complicanze del parto (tipicamente perinatali e quindi riguardanti il primo anno di vita) e rappresentano la prima causa di morte in assoluto in Italia in questa stessa fascia d'età.

Tra gli anni '90 e il 2000 si è osservato un trend in aumento dell'incidenza che recentemente sembra essersi arrestato con il raggiungimento di un plateau.

Nel territorio della Provincia Bt le leucemie sono i tumori più frequenti tra 0 e 4 anni, i tumori del sistema nervoso centrale sono maggiormente presenti nella fascia di età che va dai 5 ai 9 anni mentre successivamente diventano più frequenti i tumori epiteliali.

Il confronto tra Provincia, regione Puglia e Italia mette in evidenza un eccesso di sarcomi e tumori epiteliali senza che però sia raggiunta una differenza statisticamente significativa, a fronte dell'assenza di linfomi.

L'incidenza di tumori nel nostro territorio è più alta di un punto percentuale rispetto al resto della regione

Puglia, di 13 punti percentuali rispetto al Sud-Italia e di 5 punti percentuali rispetto all'Italia.

La sopravvivenza, invece, è perfettamente in linea con il dato nazionale: a cinque anni dalla insorgenza della patologia la sopravvivenza nella Asl Bt è pari all'82,4 per cento e nel resto del Paese registra l'81,6 per cento.



TUTTI I TUMORI *INFANTILI*

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

14 bambini scoprono di avere la malattia
M il 5% in più rispetto all'Italia,
M il 13% in più rispetto al Sud.
M l'1% in più rispetto alla Puglia senza BT.

213,3

Tasso standard popolazione
europea incidenza per 1.000.000

203,7

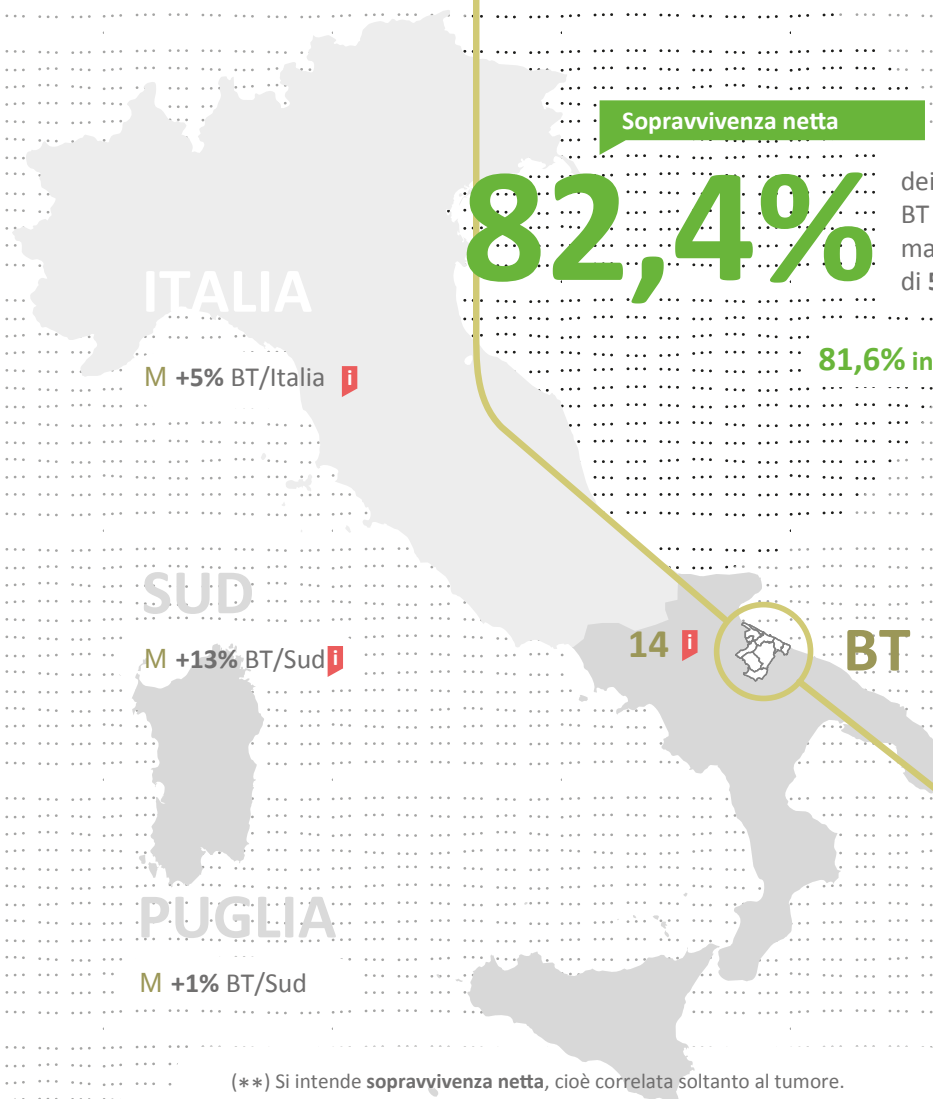
Tasso grezzo incidenza per 1.000.000

Sopravvivenza netta

82,4%

dei pazienti della
BT **sopravvive** alla
malattia a distanza
di 5 anni. **

81,6% in Italia (AIRTUM)

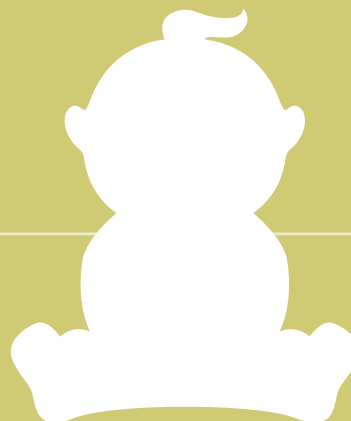


(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.

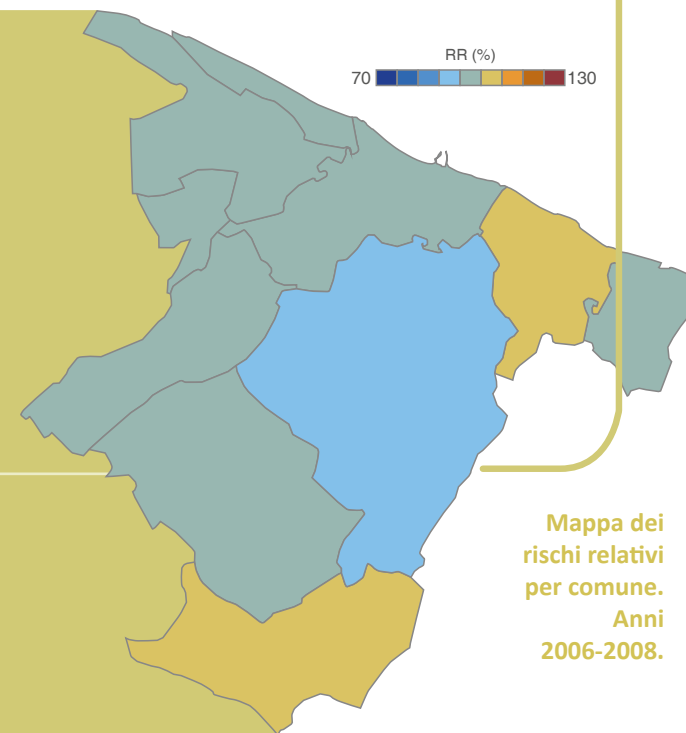
Scheda

03

TUTTI I TUMORI INFANTILI



La definizione delle sedi fa riferimento alla classificazione dei tumori infantili ICC-3. Sono inclusi tutti i tumori compresi i tumori benigni del SNC. Per i confronti con la Puglia e l'Italia sono esclusi i tumori benigni del SNC.

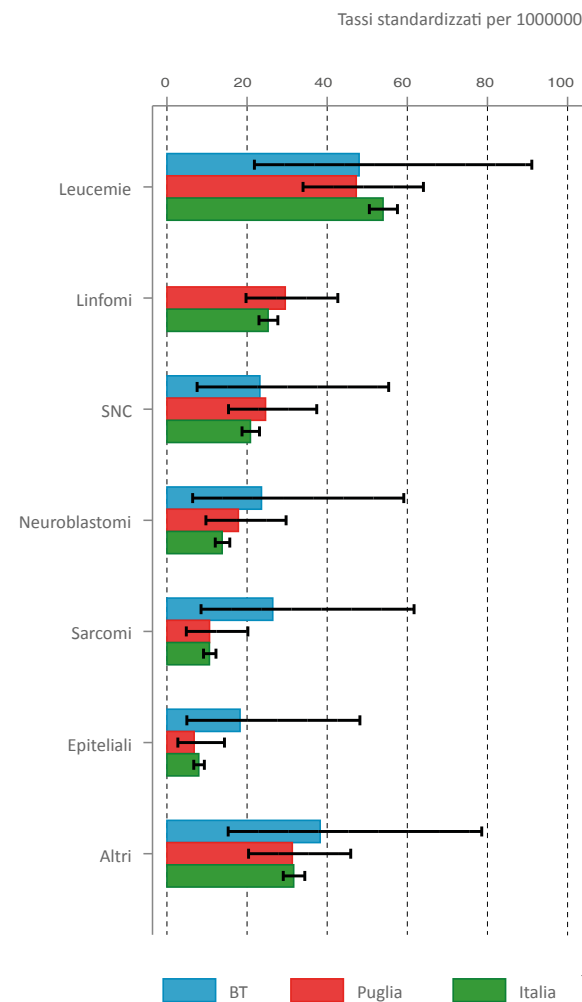


Mappa dei
rischi relativi
per comune.
Anni
2006-2008.

I tumori maligni sono la prima causa di morte per malattia in Europa tra 1 e 14 anni d'età, con esclusione di traumatismi, incidenti e sinistri e in Italia sono la prima causa di morte in assoluto in questa stessa fascia d'età. I tumori pediatrici hanno peculiarità distintive che li differenziano da quelli degli adulti, ad esempio per quanto riguarda i tempi di latenza, i tempi di accrescimento, le sedi di insorgenza, gli istotipi più frequenti, la risposta alle terapie. I tumori infantili, anche se relativamente rari rispetto a quelli dell'adulto, hanno un grande impatto emotivo e destano allarme nella cittadinanza e tra le associazioni, anche in

relazione alle possibili cause ambientali. A cavallo degli anni '90 – 2000 si è osservato un trend in aumento dell'incidenza, che recentemente sembra essersi arrestato col raggiungimento di un plateau. Un fattore di rischio noto e accertato sia per le leucemie e i linfomi che per alcuni tumori solidi è dato dalle radiazioni ionizzanti, sia per esposizioni durante la fase del concepimento che dopo la nascita. Per quanto riguarda le radiazioni non ionizzanti, alcuni studi hanno riportato un'associazione tra esposizione a campi elettromagnetici a frequenze estremamente bassa (ELF) e leucemie infantili. Più controverse sono le

possibili associazioni con le radiofrequenze. Il fumo di sigaretta dei genitori risulta associato con sufficiente evidenza agli epatoblastomi infantili e con limitata evidenza alle leucemie. Diversi studi hanno evidenziato l'importanza dell'esposizione a cancerogeni ambientali di origine industriale o da traffico veicolare o all'esposizione professionale da parte dei genitori nel determinare eccessi di incidenza neoplastica tra i bambini. Alcuni studi hanno posto l'attenzione sui pesticidi nel determinare neoplasie del sistema nervoso centrale e dei tessuti molli. Tra le cause infettive il virus di Epstein-Barr è correlato a diversi tipi



(1) I dati nazionali si riferiscono agli anni 2003-2008. I tassi relativi alla Puglia sono calcolati escludendo i casi della Asl BT. Standardizzazione con popolazione standard europea.

Figura 1 Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per i principali gruppi morfologici ⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

	● Incidenza		
	M+F	M	F
Numero casi	41	21	20
Percentuale sul totale	0,8	0,7	0,8
Tasso grezzo (per 1000000)	203,7	202,6	204,9
Tasso standardizzato (per 1000000)	213,3	206,3	221,8
Rischio cumulativo (per 1000)	3,1	3,1	3,2

(2) Popolazione standard europea

Tabella 1. Incidenza. Sintesi dei risultati⁽²⁾. Anni 2006-2008.

linfoma, e un'ipotesi infettiva, sebbene non ancora perfettamente spiegata nei meccanismi patogenetici, sembra spiegare molti casi di leucemia linfoblastica acuta infantile, infine l'infezione da HIV aumenta il rischio di sviluppare altri tumori su base infettiva e neoplasie emolinfopoietiche. Tra le cause ereditarie è noto che i bambini affetti da sindrome di Down hanno un rischio elevato di sviluppare leucemie, altre sindromi che determinano eccessi di rischio per tumori diversi sono l'ataxia teleangectasia, l'anemia di Fanconi, la sindrome di Li-Fraumeni e la neurofibromatosi di I tipo. Per quanto riguarda i dati della provincia BT riferiti alla fascia di età 0-14 anni, nella Tab. 1 sono riportati indicatori epidemiologici di base, nella Tab.2 la distribuzione per i principali raggruppamenti della specifica classificazione ICCC da

Gruppo morfologico	Casi	%
I Leucemie	9	22,0
II Linfomi	0	0
III Tumori del SNC	12	29,3
IV Neuroblastoma	4	9,7
IX Sarcomi	5	12,2
XI Epteliali	4	9,7
Altri tumori	7	17,1

Tabella 2. Distribuzione per gruppo di neoplasie. Anni 2006-2008.

cui si evince l'assenza di linfomi nel triennio 2006-2008. La Tab. 3 illustra la frequenza dei primi tre tumori in tre fasce d'età e si evince che le leucemie sono i tumori più frequenti tra 0 e 4 anni, i tumori del SNC tra 5 e 9 anni e successivamente diventano più frequenti i tumori epiteliali. Nella Fig. 1 sono riportati i confronti tra provincia, regione e Italia e si nota un eccesso di sarcomi e tumori epiteliali, senza che sia raggiunta però la significatività statistica, a fronte dell'assenza, già segnalata, di linfomi. Nei confronti con la regione e con l'Italia si osserva che l'incidenza dei tumori infantile è più alta per la prima fascia d'età (Fig. 2), ma nel complesso non si discosta di molto dal dato regionale e nazionale (Fig.3). La sopravvivenza per i tumori infantile è alta e perfettamente in linea con il riferimento nazionale.

	0-4	5-9	10-14	Totale
1°	Leucemie 29%	SNC 64%	Epiteliali 44%	SNC 29%
2°	Neuroblastoma 19%	Sarcomi 18%	Leucemie e SNC 22%	Leucemie 22%
3°	SNC, Renali e Sarcomi 14%	Leucemie e Osso 9%	Germinali 11%	Sarcomi 12%

Tabella 3. Incidenza. Primi 3 tumori in termini di frequenza per età. Anni 2006-2008.

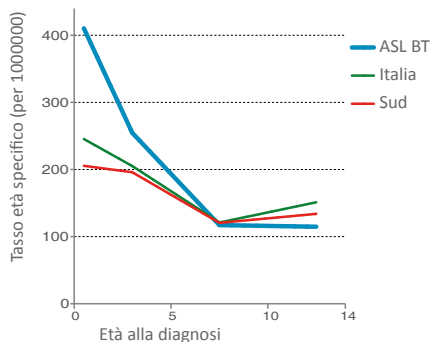


Figura 2. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale⁽³⁾. Anni 2006-2008.

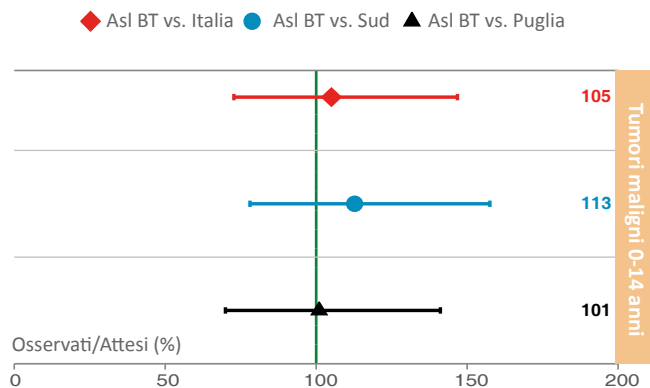


Figura 3. Rapporto tra casi osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale⁽⁴⁾. Anni 2006-2008.

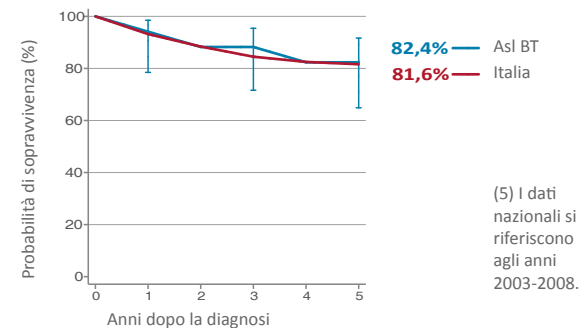
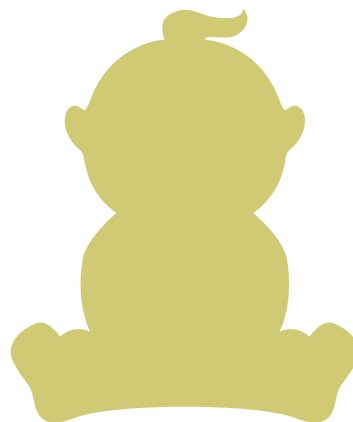


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra ASL BT e Italia⁽⁵⁾. Anni 2006-2008.

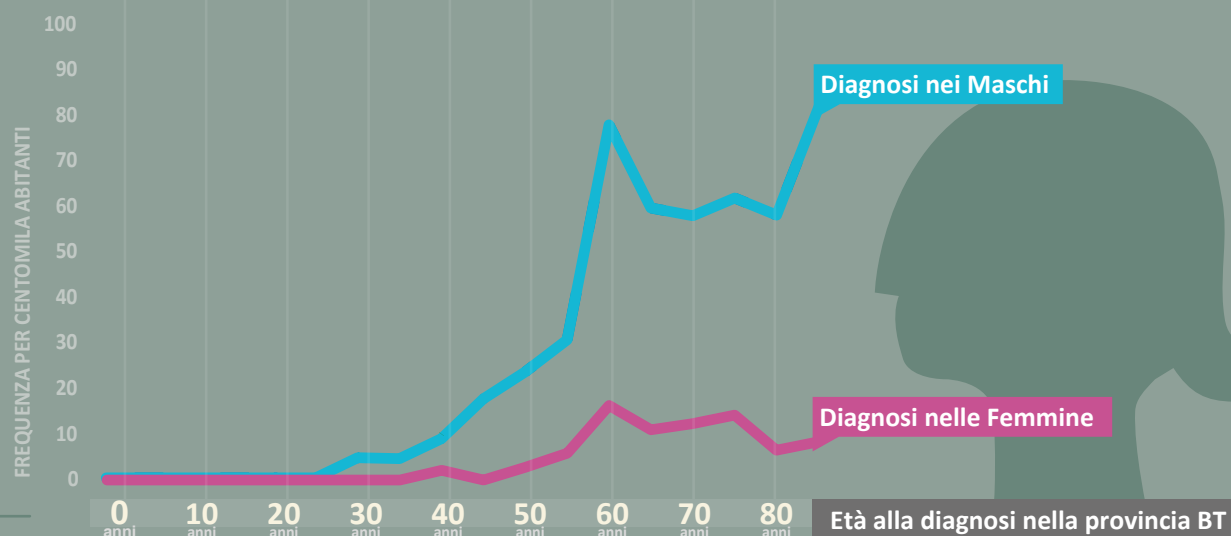
(4) I dati nazionali si riferiscono agli anni 2003-2008.
I tassi relativi alla Puglia sono calcolati escludendo i casi della Asl BT.

TUTTI I TUMORI INFANTILI



appunti e annotazioni

TESTA e COLLO



Di tumore della testa e del collo si ammalano più gli uomini che le donne, ma nella Asl Bt con tassi più bassi che nel resto del Sud e dell'Italia.

Nel triennio considerato si sono ammalati in media 35 uomini (a fronte di 7 donne all'anno), il 30 per cento in meno rispetto al resto d'Italia e il 18 per cento in meno rispetto al Sud. La percentuale più alta registrata tra i maschi rispetto alle donne segue quanto accade anche per altre patologie legate al fumo di sigaretta.

I picchi più alti di insorgenza della malattia si

registrano per gli uomini a 60 e oltre gli 80 anni mentre per le donne il valore più alto si ha a 60 anni. I dati relativi alla sopravvivenza seguono gli stessi andamenti registrati nel resto del Paese: dopo un anno dalla diagnosi la sopravvivenza si assesta sull'80 per cento, a tre anni scende al 60 per cento, a cinque anni dalla insorgenza della malattia la sopravvivenza è del 57 per cento.

Anche i dati di mortalità registrati nella nostra Asl rispetto al resto del Paese sono più bassi: per i maschi i decessi annui sono stati in media 16 mentre per le

donne 3. I dati registrati mettono in evidenza che per gli uomini la mortalità è più bassa del 18 per cento rispetto all'Italia e dell'11 per cento rispetto al Sud; nel caso delle donne le differenze percentuali diminuiscono al 22 per cento rispetto all'Italia e fanno registrare un tasso più alto del 9 per cento rispetto al Sud.

Tuttavia, va precisato che le differenze di mortalità evidenziate nel paragone con il Sud e con il resto dell'Italia non sono statisticamente rilevanti: i casi osservati nella nostra Asl sono infatti poco numerosi.

TESTA e COLLO

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

35

uomini scoprono di avere la malattia

- L il **30% in meno** rispetto all'Italia*,
- L il **18% in meno** rispetto al Sud*.

Mortalità

16

uomini non ce la fanno

- L il **18% in meno** rispetto all'Italia*,
- L il **11% in meno** rispetto al Sud.

Incidenza

7

donne scoprono di avere la malattia

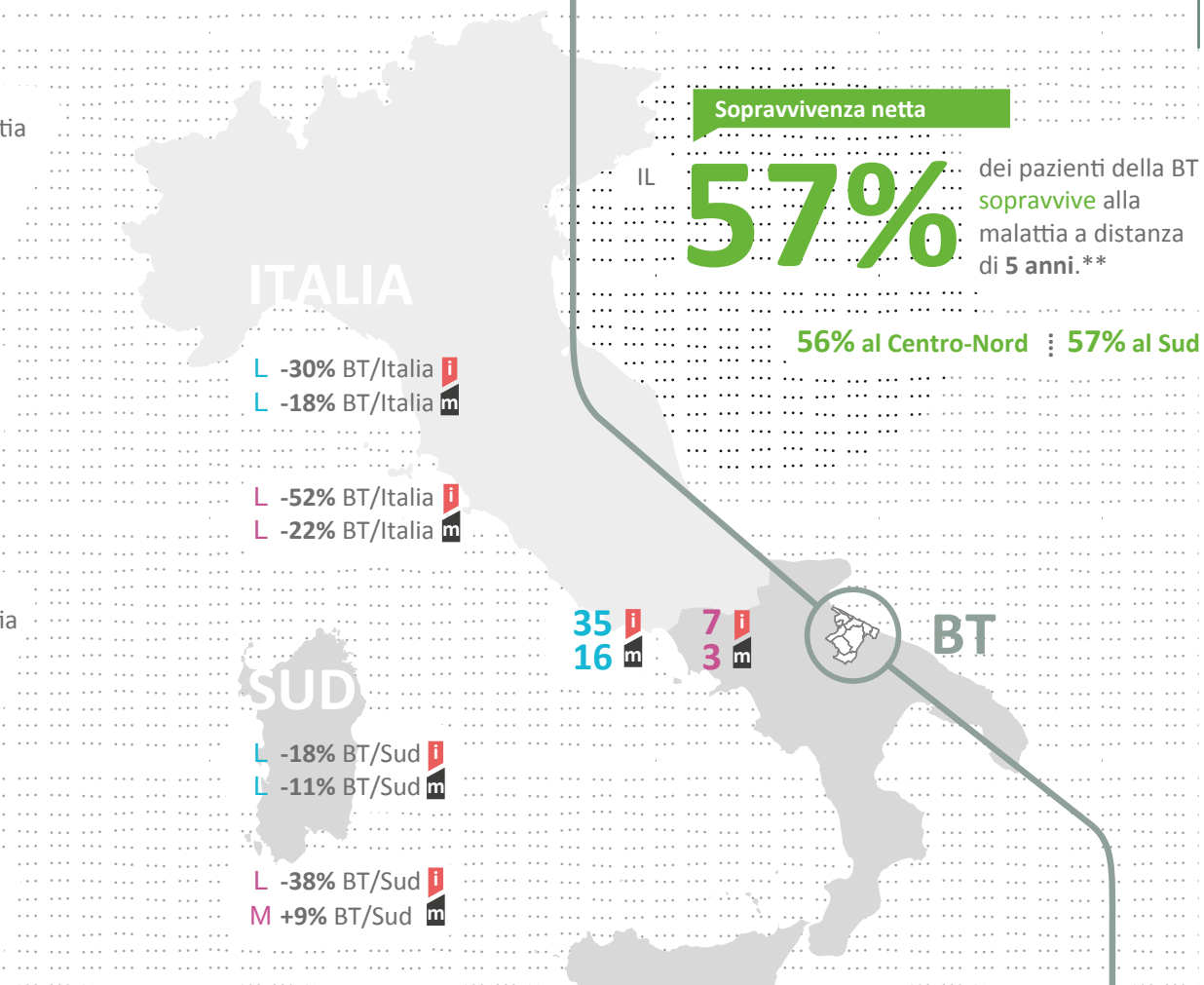
- L il **52% in meno** rispetto all'Italia*,
- L il **38% in meno** rispetto al Sud*.

Mortalità

3

donne non ce la fanno

- L il **22% in meno** rispetto all'Italia*,
- M il **9% in più** rispetto al Sud.



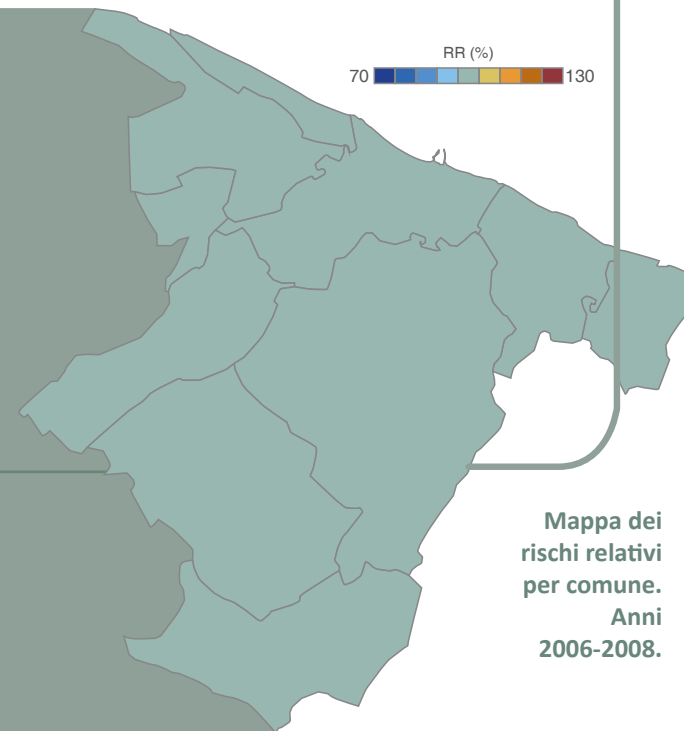
(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza **non** sia dovuta al caso.

(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.

Sedi ICD-O-3:

C01-06,
C09-14,
C30-32

Morfologie ICD-O-3:

escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989RR (%)
70 130

Mappa dei
rischi relativi
per comune.
Anni
2006-2008.

I tumori della testa e del collo sono un raggruppamento eterogeneo di neoplasie prevalentemente epiteliali, originate dalle mucose della bocca, del faringe, del laringe, del naso e cavità paranasali o dalle ghiandole annesse.

Il fattore di rischio più importante è il fumo di sigaretta. Come per altri tumori correlati al fumo si riconosce una maggiore incidenza nel sesso maschile (rapporto 5:1— 6:1). Altri fattori di rischio sono l'alcol (soprattutto superalcolici), il ridotto apporto di vitamine con l'alimentazione, l'infezione da Human Papilloma Virus (HPV), l'infezione da Epstein Barr Virus (EBV) per il

carcinoma rinofaringeo, fattori genetici come l'anemia di Fanconi. Questi tumori sono più frequenti in fasce di popolazione socio-economicamente deprivate.

I dati della provincia BT sono in linea con quanto atteso con un rapporto tra l'incidenza nei maschi rispetto alle femmine maggiore di cinque a uno (Tab.1 e Fig.1).

Sul totale dei casi morfologicamente confermati, come atteso, la gran parte è ascrivibile alla tipologia squamocellulare. Poi sono presenti carcinomi non specificati e altre morfologie (un melanoma, un linfoma e altri).

L'incidenza è più bassa rispetto a quella italiana e al pool dei registri meridionali, sia nei maschi che nelle femmine.

Anche la mortalità è più bassa, ma in questo caso la differenza non è statisticamente significativa (Fig. 2). Non si rilevano differenze significative tra i comuni della provincia, sebbene nei distretti dell'entroterra sembra esserci un'incidenza più bassa.

La sopravvivenza per questi tumori nella BT è sovrapponibile a quella riscontrata nel sud e nel centro-nord (Fig. 4).

	● Incidenza		
	M+F	M	F
Numero casi	124	104	20
Percentuale sul totale	2,3	3,6	0,8
Tasso grezzo	10,6	18,1	3,4
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	9,2	16,5	2,8
Rischio cumulativo 0-74 anni	0,8	1,4	0,3

(1) Popolazione standard europea

	● Mortalità		
	M+F	M	F
	57	47	10
	2,5	3,6	1,0
	4,9	8,2	1,7
	4,0	7,4	1,3
	0,3	0,6	0,1

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

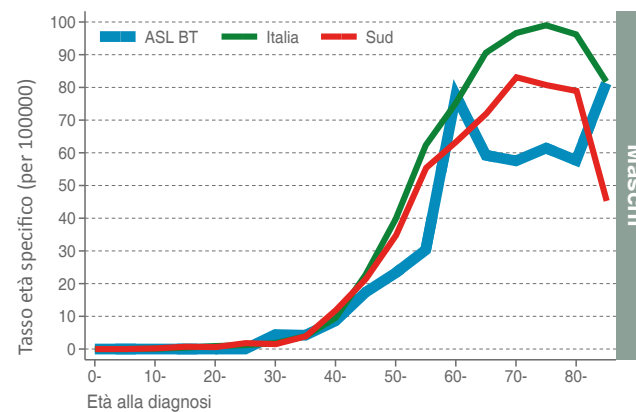


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

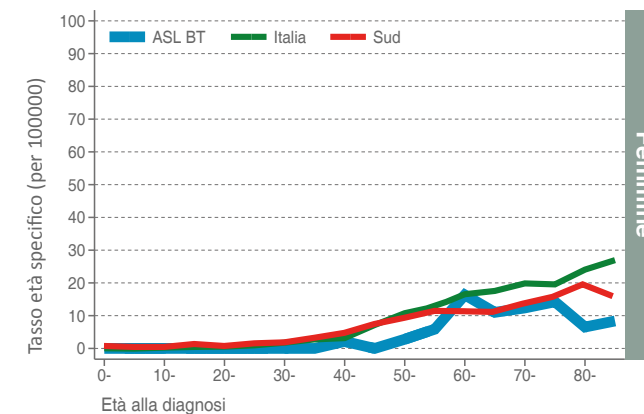


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

Gruppo morfologico	Casi	%
Squamocellulare	103	85,1
Adenocarcinoma	1	0,8
Carcinoma NAS	7	5,8
Altri	9	7,4
Non Specificato	1	0,8

Sottosede	Casi	%
Lingua	22	17,7
Bocca	14	11,3
Faringe	21	16,9
Cavità Nasale	4	3,2
Laringe	63	50,8

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2008.

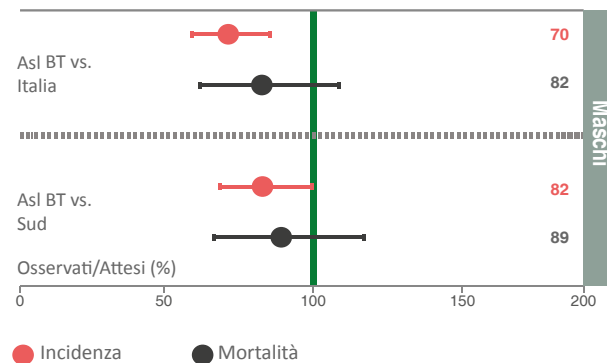


Figura 2M (a sinistra) e **Figura 2F** (a destra). Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

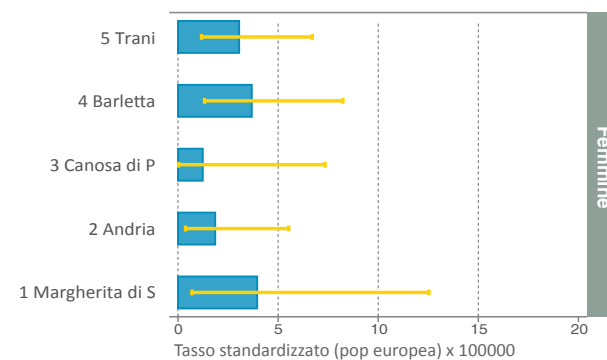
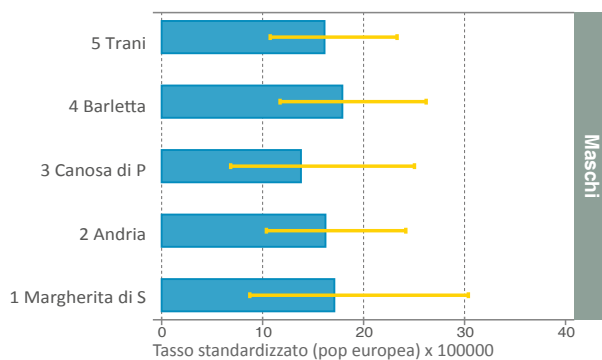
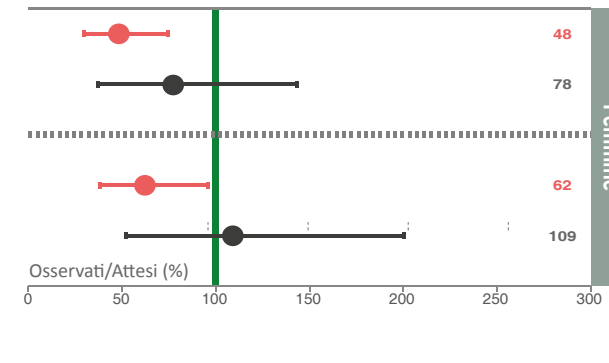


Figura 3M (a sinistra) e **Figura 3F** (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

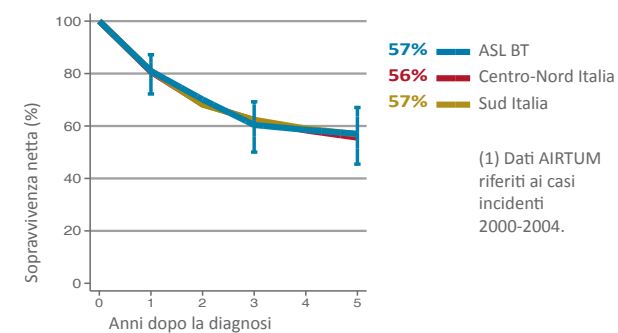


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

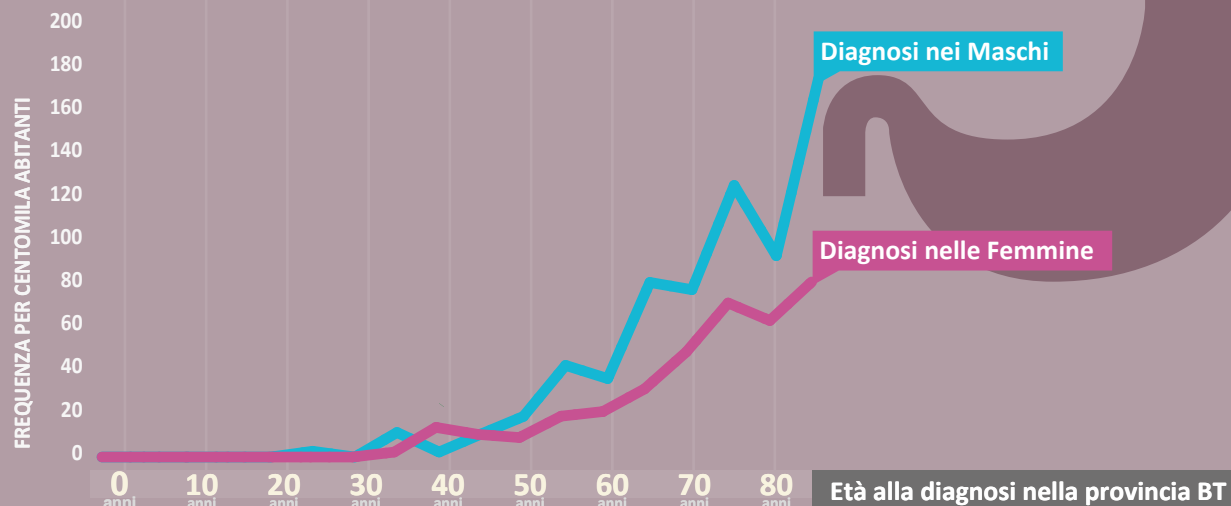
TESTA e COLLO



appunti e annotazioni

Focus 05

STOMACO



Nella provincia Barletta-Andria-Trani di tumore allo stomaco si ammalano più gli uomini delle donne anche se i dati relativi ai nuovi casi annui degli uomini sono inferiori a quelli italiani e simili a quelli del Sud Italia mentre le donne del territorio BT si ammalano di più di quelle del resto del Sud ma con differenze non statisticamente significative rispetto al resto del Paese.

Gli uomini fanno registrare un numero di nuovi casi annui medio di 37, inferiore di 21 punti percentuali rispetto al resto d'Italia e in linea con quanto avviene al Sud. Il segno meno si registra

anche sulla mortalità: i decessi annui sono 21 con una frequenza rispetto al resto dell'Italia di meno 35 punti percentuali e rispetto al Sud di meno 24 punti percentuali.

Il quadro generale delle donne è invece differente: con 26 nuovi casi medi annui la percentuale di frequenza rispetto al Sud è più alta di 29 punti percentuali. Non sono invece statisticamente rilevanti i dati relativi alle differenze di mortalità delle donne nei confronti nazionali: i casi osservati sono poco numerosi. Il paragone tra la Asl Bt e l'Italia e il Sud non

fa registrare variazioni troppo significative quando l'analisi si concentra sui tassi di sopravvivenza: a 5 anni dall'insorgenza della patologia la percentuale di sopravvivenza è del 30 per cento, mentre il dato italiano è del 29 per cento e quello del Sud è di poco inferiore (28 punti percentuali).

Nella Asl Bt dopo un anno dall'insorgenza della malattia il tasso di sopravvivenza è di poco inferiore al 60 per cento mentre a distanza di tre anni si assesta sul 40 per cento.



STOMACO

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

37 **uomini** scoprono di avere la malattia
L il 21% in meno rispetto all'Italia*,
M il 12% in più rispetto al Sud.

Mortalità

21 **uomini** non ce la fanno
L il 35% in meno rispetto all'Italia*,
L il 24% in meno rispetto al Sud*.

Incidenza

26 **donne** scoprono di avere la malattia
L il 14% in meno rispetto all'Italia,
M il 29% in più rispetto al Sud*.

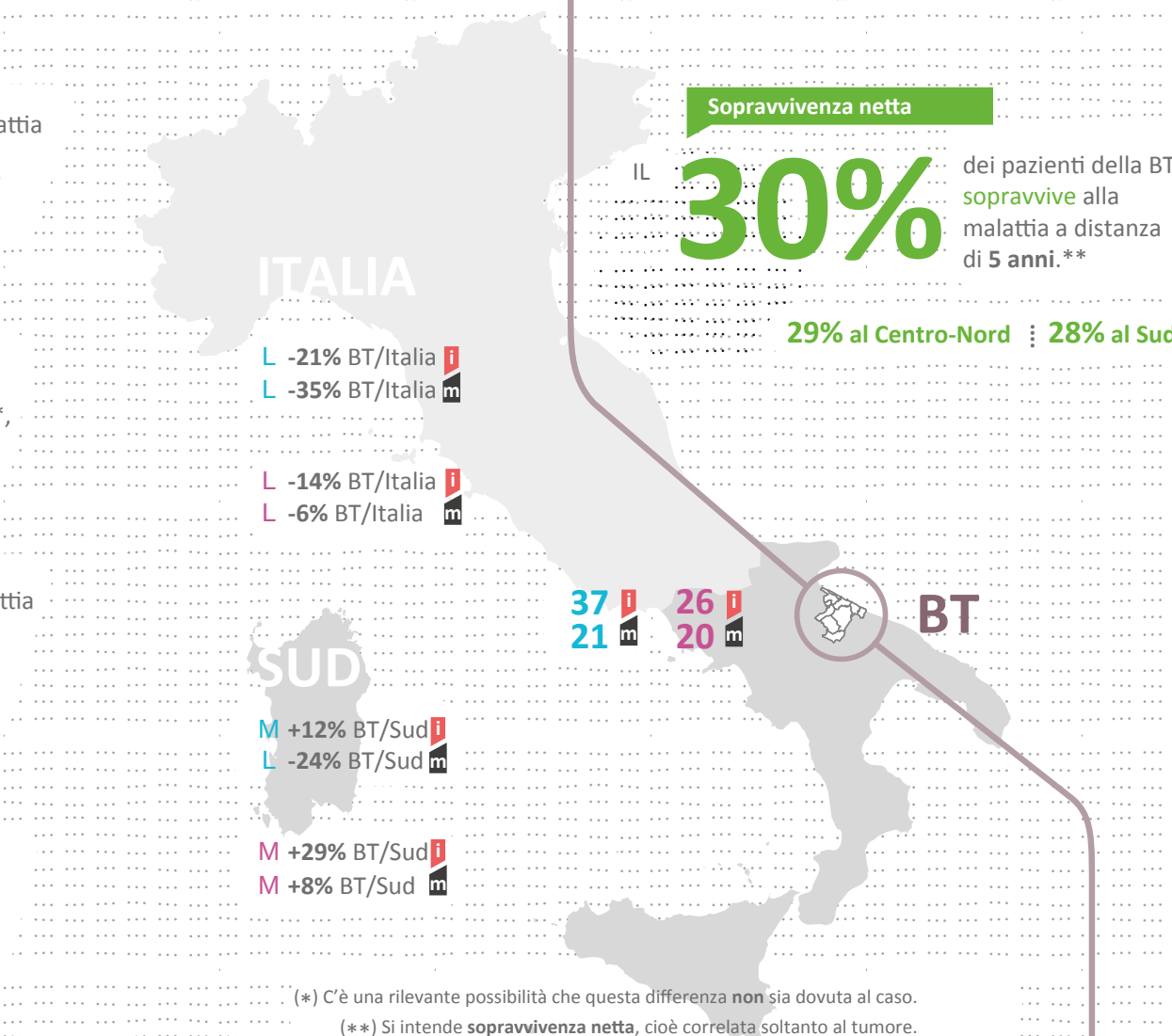
Mortalità

20 **donne** non ce la fanno
L il 6% in meno rispetto all'Italia,
M l'8% in più rispetto al Sud.

Sopravvivenza netta

30% dei pazienti della BT sopravvivono alla malattia a distanza di 5 anni.**

29% al Centro-Nord : 28% al Sud



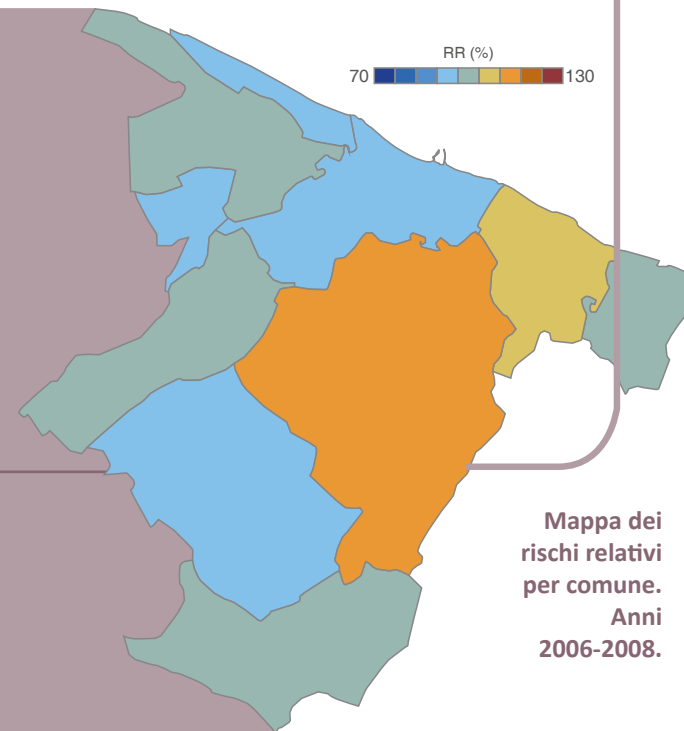
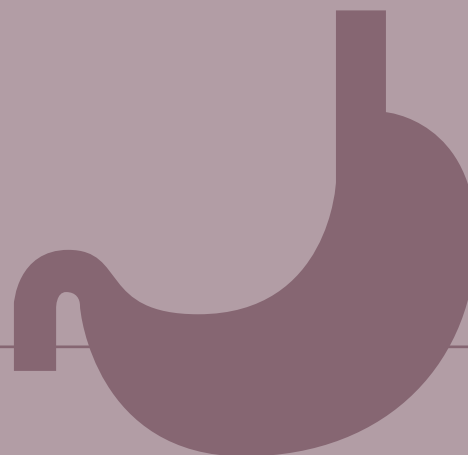
Scheda

05

STOMACO

Sedi ICD-O-3: C16

Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



**Mappa dei
rischi relativi
per comune.
Anni
2006-2008.**

Nei Paesi occidentali, compresa l'Italia, negli ultimi anni si è osservata una riduzione dell'incidenza di tumore maligno dello stomaco, probabilmente legata al miglioramento dei sistemi di conservazione degli alimenti e a una maggiore attenzione all'alimentazione in generale, oltre che alla terapia contro l'*Helicobacter pylori* (HP).

Tra i principali fattori di rischio per il tumore maligno dello stomaco si annoverano infatti l'alimentazione scorretta, soprattutto se caratterizzata da una dieta ricca di carboidrati raffinati, grassi e cibi affumicati o sotto sale (che contengono nitriti e nitrati, precursori

delle nitrosamine con potenzialità cancerogene) e l'infezione appunto da HP.

Esiste anche una predisposizione familiare e si riscontra un incremento di rischio nei resecati gastrici per altra patologia, come l'ulcera, a livello del moncone.

Non esistono forme di screening efficace per il tumore maligno gastrico e questo, insieme alla tardività e alla aspecificità dei sintomi, spiega la sopravvivenza relativamente bassa per questo tumore (inferiore al 30% a 5 anni dalla diagnosi). Nella provincia BT il tumore dello stomaco nei maschi ha una incidenza simile a

quella del resto del sud Italia e più bassa di quella registrata a livello nazionale, mentre la mortalità è più bassa di entrambe; nelle femmine si evidenzia invece un'incidenza più alta di quella del sud, ma leggermente più bassa di quella italiana (Figg. 2).

A livello geografico l'incidenza più alta si registra nel comune, e dunque nel distretto, di Andria (Figg. 3 e mappa).

La sopravvivenza è in linea con quello che avviene nel resto d'Italia essendo appena più alta, ma in modo non statisticamente significativo.

	● Incidenza				● Mortalità		
	M+F	M	F		M+F	M	F
Numero casi	189	112	77		123	64	59
Percentuale sul totale	3,6	3,9	3,2		5,4	4,9	6,1
Tasso grezzo	16,2	19,5	13,1		10,6	11,1	10,0
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	13,0	17,0	9,6		8,1	9,6	6,8
Rischio cumulativo 0-74 anni	1,0	1,3	0,7		0,5	0,6	0,4

(1) Popolazione standard europea

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

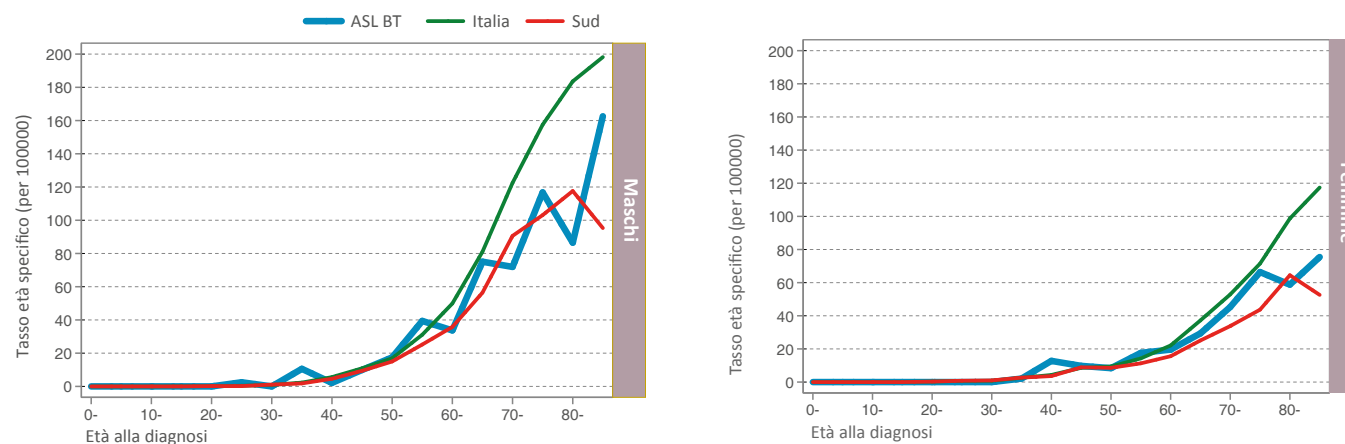


Figura 1M (a sinistra) Figura 1F (a destra). Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

Gruppo morfologico	Casi	%
Carcinoma ad anello con castone	29	16,8
Adenocarcinoma, tipo intestinale	40	23,1
Altri adenocarcinomi specificati	22	12,7
Adenocarcinoma NAS	73	42,2
Altre morfologie	4	2,3
Carcinoma NAS	5	2,9

Sottosede	Casi	%
Antro gastrico	39	20,6
Cardias	28	14,8
Corpo	24	12,7
Fondo	10	5,3
Grande curva	2	1,1
Lesione sconfinante del colon	13	6,9
Piccola curva	18	9,5
Piloro	3	1,6
Stomaco NAS	52	27,5

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede Anni 2006-2008.

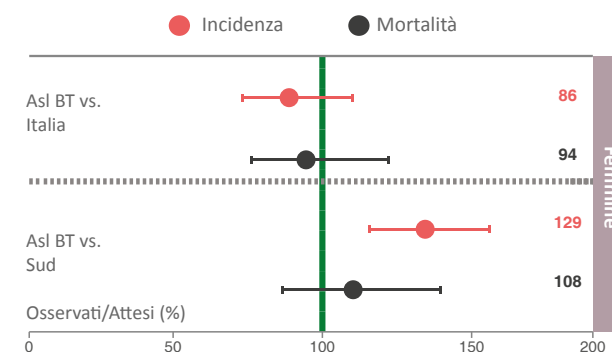
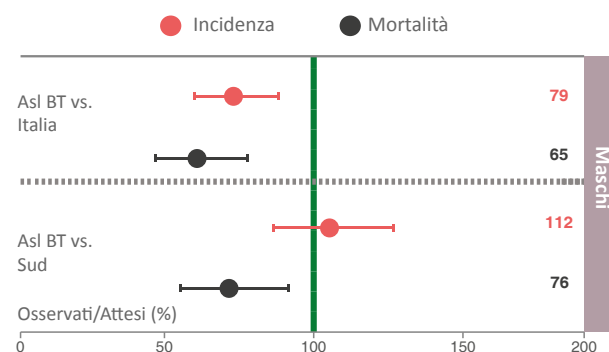


Figura 2M (a sinistra) e **Figura 2F** (a destra). Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

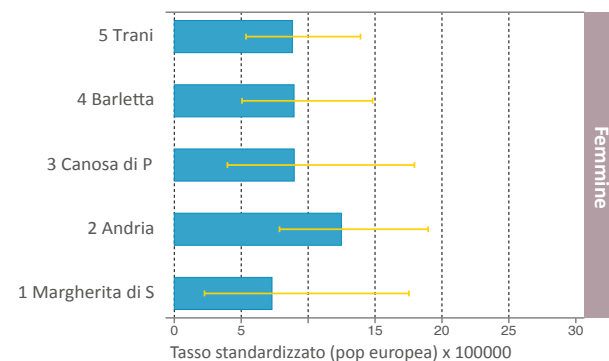
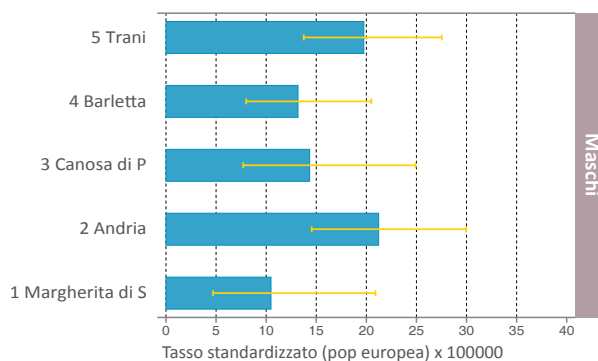


Figura 3M (a sinistra) e **Figura 3F** (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

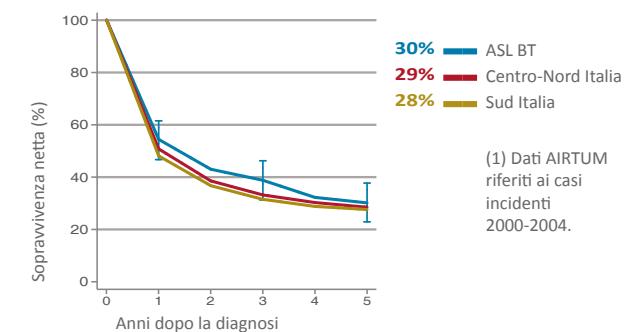
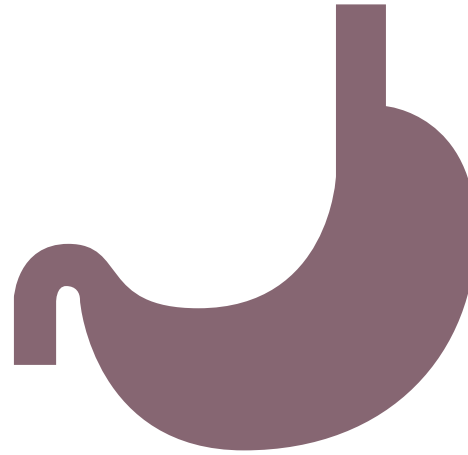


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra ASL BT, centro-nord e sud Italia¹. Anni 2006-2008.

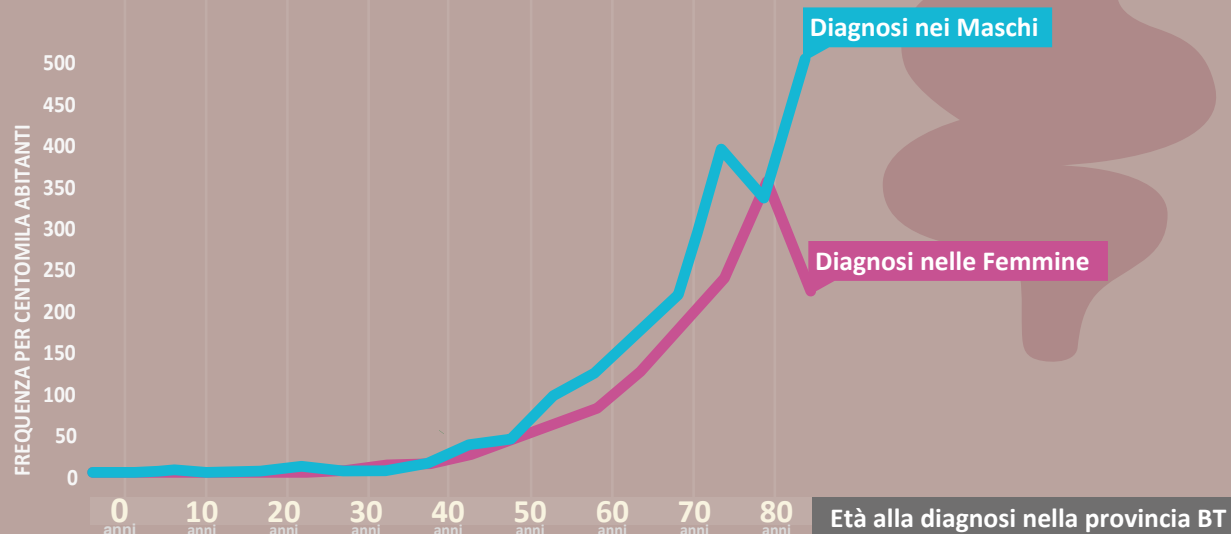
STOMACO



appunti e annotazioni

Focus 06

COLON-RETTO



Il tumore del colon-retto è per i maschi il terzo più frequente per incidenza (esattamente come avviene nel resto dell'Italia) dopo quelli di prostata e polmoni, ma i dati di mortalità sono più bassi.

I dati relativi alle donne, sia per incidenza che per mortalità, seguono invece l'andamento italiano: è al secondo posto dopo il tumore della mammella.

Il numero medio di nuovi casi annui nei maschi è 108: si registra una frequenza più bassa rispetto al dato italiano di 25 punti percentuali. L'andamento non cambia quando si analizzano i dati di

mortalità: 27 casi annui determinano una frequenza più bassa di 49 punti percentuali rispetto all'Italia e 44 punti percentuali rispetto al Sud. Per le donne invece non ci sono differenze statisticamente significative da mettere in evidenza rispetto al resto del Paese e al Sud: il numero medio dei nuovi casi annui è 96.

L'unico dato che merita attenzione è la mortalità rispetto all'Italia: le morti medie annue sono 32, cioè nella Asl Bt c'è una frequenza più bassa di 21 punti percentuali rispetto al Centro-Nord.

La sopravvivenza dopo cinque anni dalla diagnosi è

del 60 per cento nel territorio BT mentre si mantiene del 54 per cento al Sud e del 57 per cento al Centro-Nord.

Va però considerato che i dati confrontati appartengono ad anni differenti: i dati Asl Bt si riferiscono a casi incidenti cinque anni dopo rispetto ai dati Airtum (Associazione Italiana dei Registri Tumori) relativi al resto del Paese.

Questo significa che la maggiore sopravvivenza può dipendere anche da miglioramenti terapeutici.

COLON-RETTO

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

108 **uomini** scoprono di avere la malattia
L il 25% in meno rispetto all'Italia*,
L il 1% in meno rispetto al Sud.

Mortalità

27 **uomini** non ce la fanno
L il 49% in meno rispetto all'Italia*,
L il 44% in meno rispetto al Sud*.

Incidenza

96 **donne** scoprono di avere la malattia
L il 11% in meno rispetto all'Italia*,
M il 10% in più rispetto al Sud.

Mortalità

32 **donne** non ce la fanno
L il 21% in meno rispetto all'Italia*,
L il 16% in più rispetto al Sud.

Sopravvivenza netta

60% dei pazienti della BT sopravvivono alla malattia a distanza di 5 anni.**

57% al Centro-Nord | 54% al Sud

L -25% BT/Italia
L -49% BT/Italia

L -11% BT/Italia
L -21% BT/Italia

L -1% BT/Sud
L -44% BT/Sud

M +10% BT/Sud
L -16% BT/Sud

108
27

96
32

BT

(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza non sia dovuta al caso.

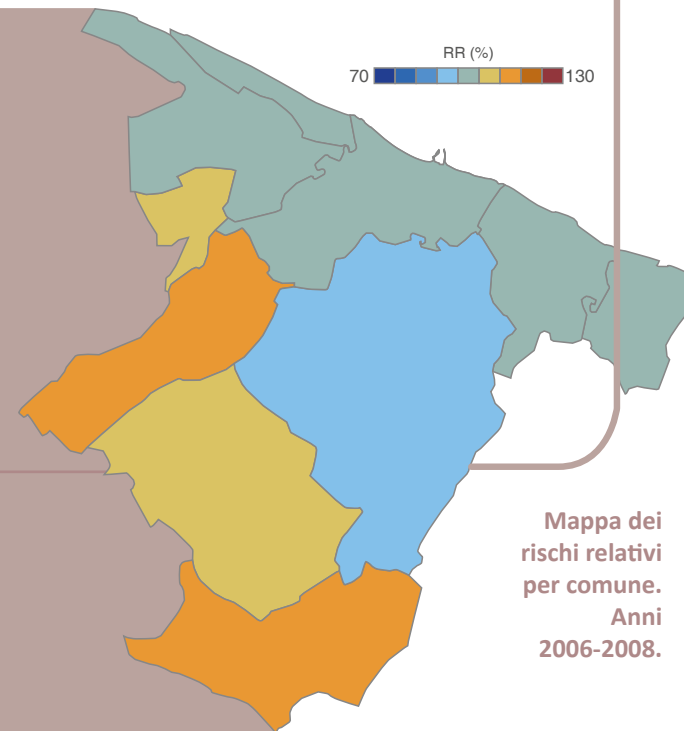
(**) Si intende sopravvivenza netta, cioè correlata soltanto al tumore.

Scheda

06

COLON-RETTO

Sedi ICD-O-3: C18-C21 Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



I tumori maligni del colon e del retto dal punto di vista biologico rappresentano una unità nosologica, in quanto riconoscono fattori di rischio e patogenesi simili, ma spesso vengono tenuti distinti, soprattutto per i differenti approcci terapeutici. In Italia quello del colon-retto è il tumore più frequente considerando i due sessi insieme e senza considerare i tumori cutanei: si posiziona infatti al terzo posto per incidenza nei maschi (dopo quelli di prostata e polmone) e al secondo posto nelle femmine (dopo quello della mammella). Inoltre è al secondo posto per mortalità in entrambi i sessi. Si riconosce una grande importanza alla familiarità: la presenza di un

parente di 1° grado affetto da tale patologia raddoppia il rischio di sviluppare un tumore nel corso della vita. Esistono forme familiari nell'ambito della poliposi adenomatosa del colon (FAP) di tipo monogenico (mutazione APC) e del carcinoma del colon non poliposico (HNPCC) legata a difetti nei geni deputati alla riparazione del DNA e caratterizzata citogeneticamente da instabilità dei microsatelliti. Altre patologie genetiche più rare comprendono la sindrome di Peutz-Jeghers. Complessivamente circa nel 10% dei casi di carcinoma del colon-retto si riconosce prioritariamente una causa genetica. Tra i fattori di rischio ambientali, i più importanti sono

quelli nutrizionali, laddove una dieta ricca di carni rosse, grassi saturi, zuccheri raffinati aumenta il rischio, mentre una ricca di frutta e verdura, fibre, pesce lo riduce. Il fumo di sigaretta è un fattore di rischio secondario per questo tumore. Accanto a misure di prevenzione primaria che incidano sugli stili di vita (in primis l'alimentazione) esiste per il tumore del colon-retto un'efficace misura di prevenzione che è lo screening di popolazione con possibilità di evidenziare attraverso la ricerca del sangue occulto nelle feci e, nel caso di positività, la colonscopia, lesioni precancerose come i polipi adenomatosi, tumori in situ o lesioni invasive in stadio precoce.

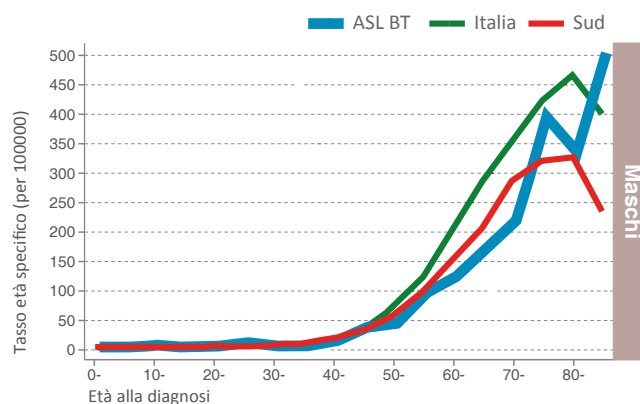


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

	● Incidenza		
	M+F	M	F
Numero casi	611	324	287
Percentuale sul totale	11,5	11,2	11,9
Tasso grezzo	53,4	56,3	48,7
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	40,6	48,3	34,4
Rischio cumulativo 0-74 anni	3,0	3,4	2,6

(1) Popolazione standard europea

	● Mortalità		
	M+F	M	F
	178	81	97
	7,8	6,2	10,0
	15,3	14,1	16,5
	10,7	11,0	10,5
	0,6	0,6	0,6

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

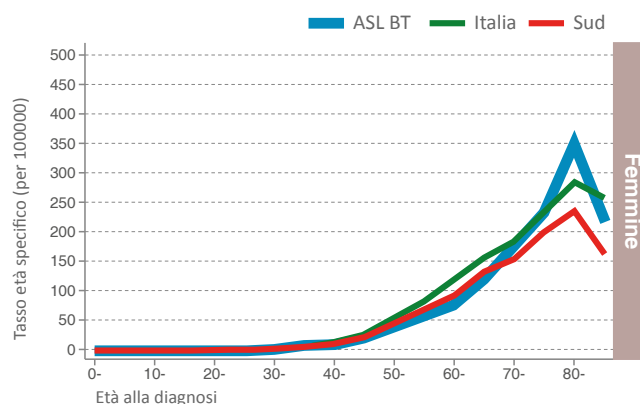


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

Osservando i dati della provincia BT si nota che nei maschi il tumore del colon-retto è, come atteso, il terzo più frequente per incidenza, ma si situa al quarto posto per mortalità, preceduto non solo dal tumore del polmone, ma anche da quello della prostata e del fegato. Nelle femmine invece è secondo per incidenza e mortalità, così come atteso. Il 90% dei tumori maligni del colon registrati è un adenocarcinoma o una sua variante e prevalgono i tumori delle sezioni sinistre del colon e quelli del retto. Nell'analisi dei tassi specifici per età (Figg.1) si osserva nei maschi un'incidenza elevata anche nelle classi più avanzate, a differenza di quanto riscontrato nel resto d'Italia, mentre nelle femmine il dato è,

come atteso, in diminuzione sopra gli 85 anni. Nei maschi si osservano un'incidenza e una mortalità più basse di quelle nazionali, mentre l'incidenza è in linea con quella del sud Italia a fronte di una mortalità più bassa; tale riscontro è meno evidente nelle femmine (Figg. 2). La sopravvivenza dei pazienti della provincia BT è buona anche quando confrontata col centro-nord Italia (Fig.4), ma è opportuno tener conto del fatto che i dati di sopravvivenza della provincia BT sono relativi a un quinquennio successivo a quelli disponibili attraverso l'AIRTUM. Si riscontra un'eterogeneità spaziale con incidenza più alta nei comuni dell'entroterra (Mappa).

Gruppo morfologico	Casi	%
Adenocarcinoma NAS	443	77,0
Adenocarcinoma specificato	67	11,7
Carcinoma NAS	4	0,7
Altri	58	10,1
Non Specificato	3	0,5

Sottosede	Casi	%
Appendice	2	0,3
Cieco	51	8,3
Colon ascendente	92	15,1
Flessura epatica	16	2,6
Colon trasverso	28	4,6
Flessura splenica	6	1,0
Colon discendente	38	6,2
Sigma	141	23,1
Lesione sconfinante del colon	3	0,5
Colon NAS	43	7,0
Giunzione rettosigmoidea	67	11,0
Retto	110	18,0
Ano e canale anale	14	2,3

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2008.

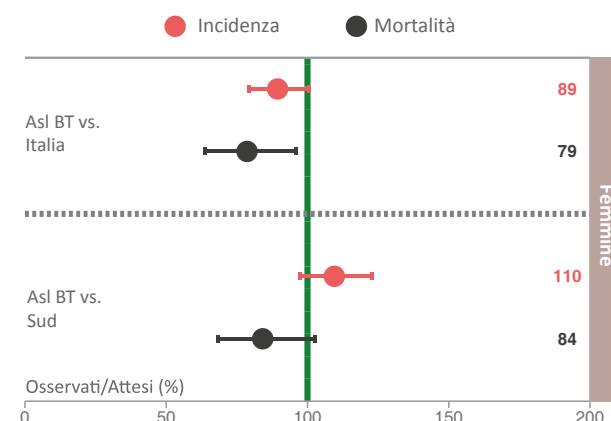
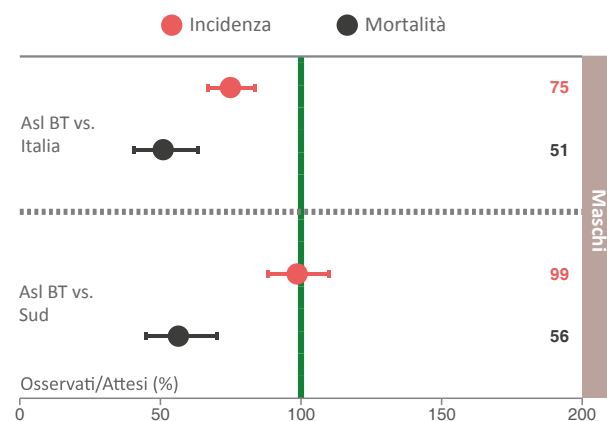


Figura 2M (a sinistra) e Figura 2F (a destra). Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

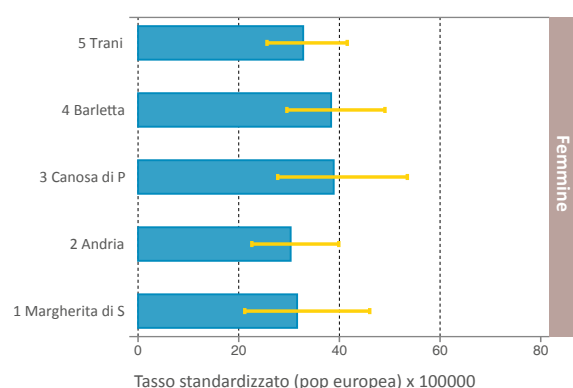
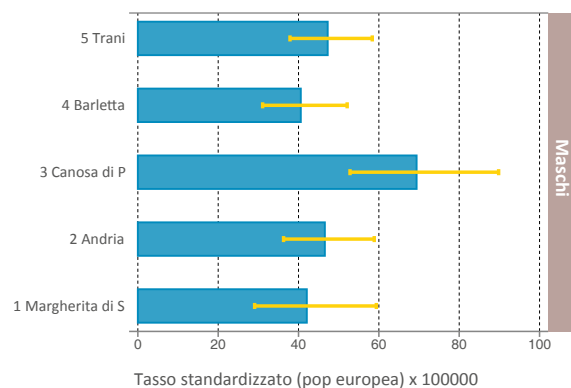


Figura 3M (a sinistra) e Figura 3F (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

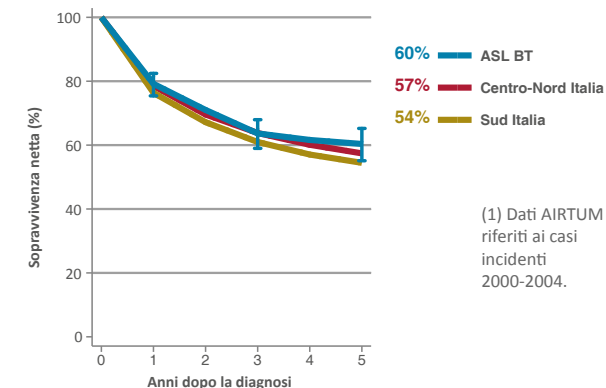
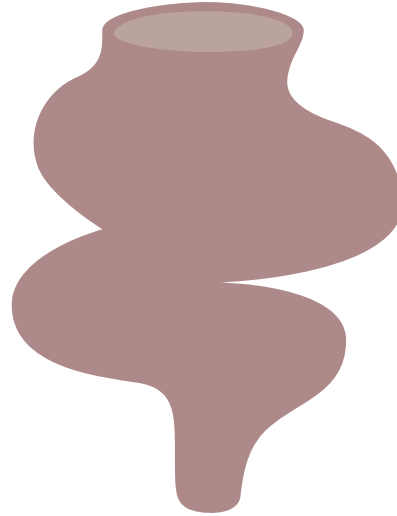


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

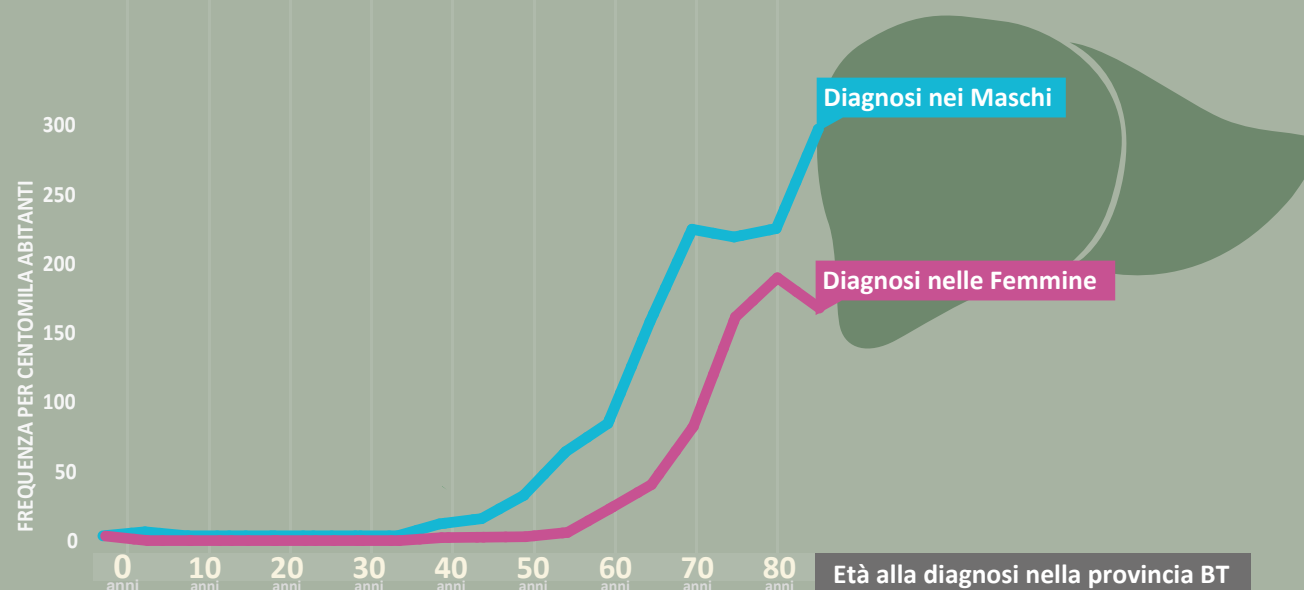
COLON-RETTO



appunti e annotazioni

Focus 07

FEGATO



Nella Asl Bt si registra un eccesso di tumori del fegato sia nei maschi che nelle femmine: nei maschi si pone al quinto posto per incidenza e al secondo posto per mortalità mentre nelle femmine è al quarto posto per incidenza e al terzo posto per mortalità.

Tutti i dati registrati hanno un segno positivo davanti nel paragone con il Sud e con l'Italia. Nei maschi il numero medio annuo di nuovi casi è 75: la frequenza rispetto all'Italia è maggiore di 68 punti percentuali mentre rispetto al Sud è maggiore di 85 punti percentuali.

L'andamento non cambia con la mortalità: i casi annui in media sono 53 quindi la frequenza è maggiore del 56 per cento rispetto all'Italia e del 47 per cento rispetto al Sud. Le percentuali peggiorano per la nostra Asl quando si parla di femmine.

Nel triennio sono stati osservati in media 42 casi con una frequenza maggiore rispetto all'Italia di 125 punti percentuali e rispetto al Sud di 116 punti percentuali.

Il dato di mortalità media annuale è 31, anche questo più alto dell'86 per cento rispetto al Centro-Nord e del 59 per cento rispetto al Sud.

La sopravvivenza è un po' più alta nella BT rispetto al resto dell'Italia: a un anno dalla insorgenza è di poco oltre il 50 per cento, a tre anni è del 30 per cento circa e a 5 anni è del 16 per cento.

Nel Centro-Nord la sopravvivenza a 5 anni è del 14 per cento mentre al Sud si ferma al 12 per cento, ma i dati Asl Bt si riferiscono a casi incidenti cinque anni dopo rispetto ai dati Airtum (Associazione Italiana dei Registri Tumori) relativi al resto del Paese. Questo significa che la maggiore sopravvivenza può dipendere anche da miglioramenti terapeutici.

FEGATO

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

75 **uomini** scoprono di avere la malattia
M il 68% in più rispetto all'Italia*,
M il 85% in più rispetto al Sud*.

Mortalità

53 **uomini** non ce la fanno
M il 56% in più rispetto all'Italia*,
M il 47% in più rispetto al Sud*.

Incidenza

42 **donne** scoprono di avere la malattia
M il 125% in più rispetto all'Italia*,
M il 116% in più rispetto al Sud*.

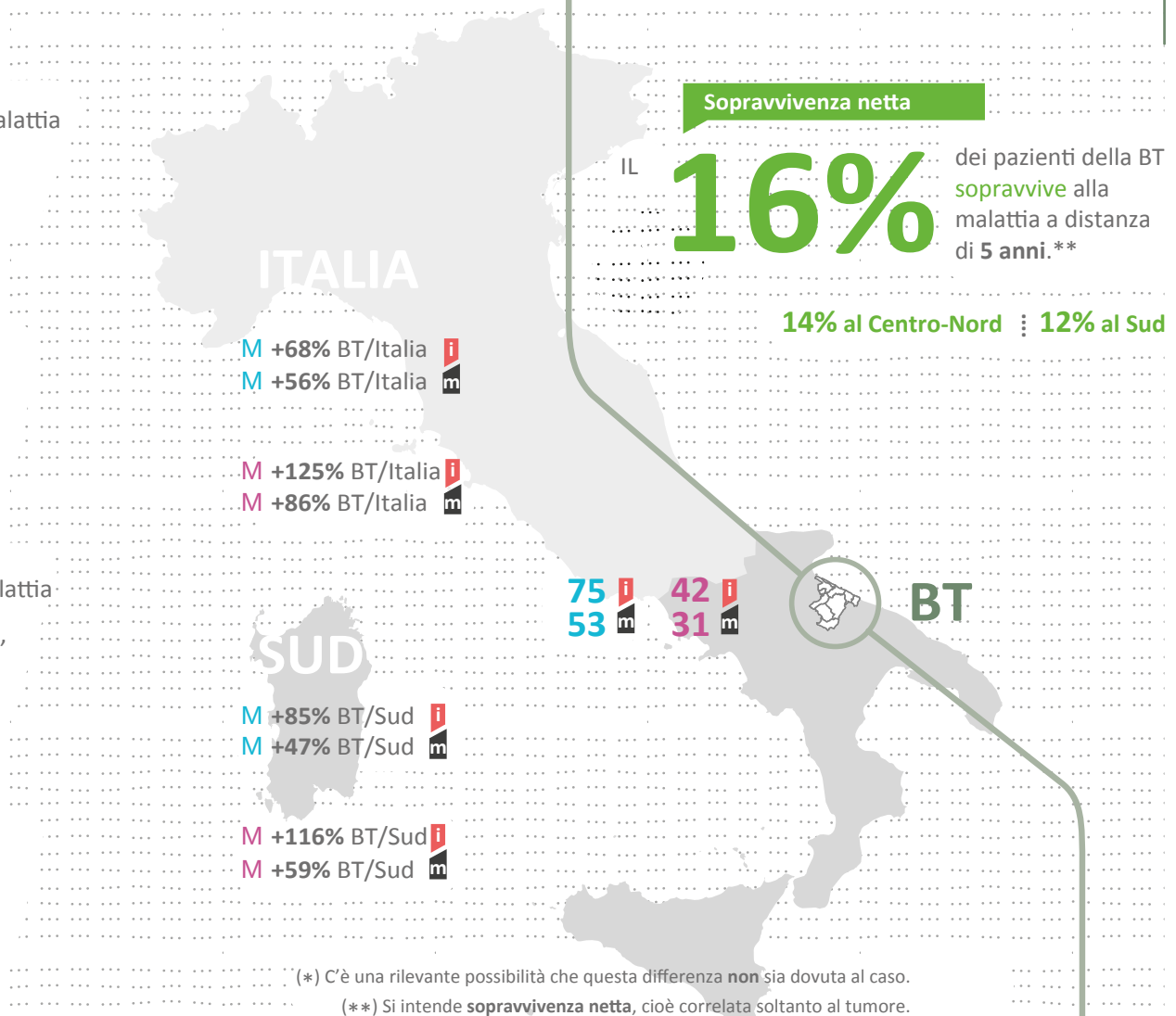
Mortalità

31 **donne** non ce la fanno
M il 86% in più rispetto all'Italia*,
M il 59% in più rispetto al Sud*.

Sopravvivenza netta

16% dei pazienti della BT sopravvive alla malattia a distanza di 5 anni.**

14% al Centro-Nord : 12% al Sud



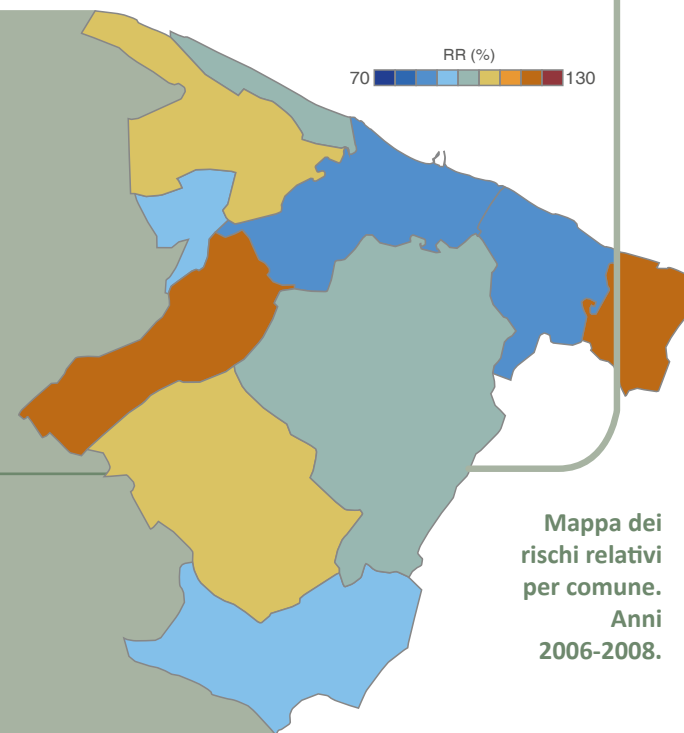
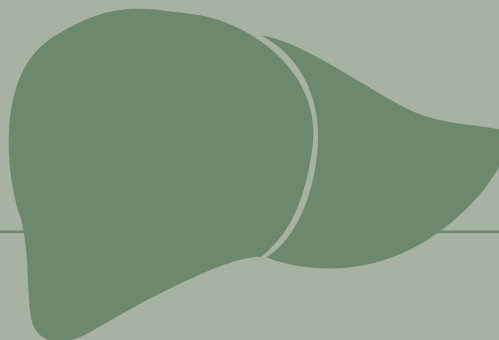
Scheda

07

FEGATO

Sedi ICD-O-3: C22

Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



Mappa dei
rischi relativi
per comune.
Anni
2006-2008.

I tumori maligni del fegato costituiscono circa il 4% dei nuovi casi di tumore e a livello nazionale si registra un rapporto maschi/femmine di 3:1, legato alla diversa prevalenza dei fattori di rischio tra i sessi e forse a fattori protettivi genere-specifici. Il principale fattore di rischio è costituito dall'infezione cronica da parte di virus epatitici quali HCV e HBV.

Mentre per il secondo virus è disponibile un vaccino efficace già dal 1978, per il primo non lo è, per cui l'incidenza di epatocarcinoma rispecchia la prevalenza di epatite cronica HCV correlata.

L'alcol e la cirrosi alcolica sono considerati possibili fattori di rischio, sebbene non sia chiaro se agiscono anche in assenza di infezione virale. E' ipotizzabile in ogni caso un comportamento dell'alcol quale fattore promotore. Pur essendo un tumore relativamente poco frequente a livello nazionale, nel sesso maschile è la quinta causa di morte per neoplasia, data la bassa sopravvivenza (circa 15% a 5 anni).

I dati di mortalità avevano già evidenziato nella provincia BT un eccesso di tumori del fegato e i dati di incidenza avvalorano questa tesi.

Nei maschi, il tumore maligno del fegato si pone al 5° posto per incidenza e addirittura al 2° per mortalità. Nelle femmine, al 4° per incidenza e al 3° per mortalità. Il 66% dei tumori epatici con verifica cito-istologica è morfologicamente un epatocarcinoma, il 17% un colangiocarcinoma (Tab.2).

Si conferma un'incidenza più alta nel sesso maschile, ma il rapporto maschi/femmine si attesta intorno a 1,8:1 rispetto al 3:1 nazionale.

Dai 65 anni in poi, sia nei maschi che nelle femmine si osservano tassi età specifici sistematicamente più alti

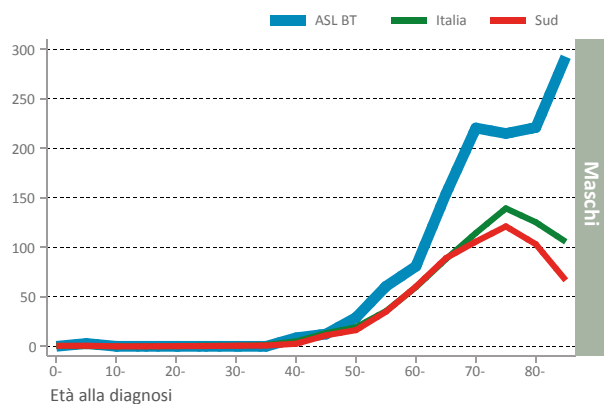


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

	● Incidenza		
	M+F	M	F
Numero casi	352	225	127
Percentuale sul totale	6,6	7,8	5,3
Tasso grezzo	30,2	39,1	21,5
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	22,8	33,6	13,2
Rischio cumulativo 0-74 anni	1,8	2,8	0,8

(1) Popolazione standard europea

	● Mortalità		
	M+F	M	F
Numero casi	252	160	92
Percentuale sul totale	11,1	12,2	9,5
Tasso grezzo	21,6	27,8	15,6
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	15,8	23,5	9,4
Rischio cumulativo 0-74 anni	1,2	1,8	0,6

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

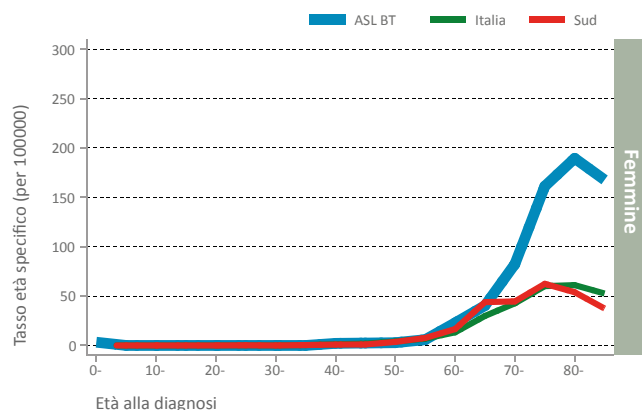


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

di quelli italiani e del sud Italia, nei maschi si osserva inoltre un aumento di incidenza anche nelle classi di età più avanzate (Fig.1).

Le Figg. 2 mostrano in modo inequivocabile come sia l'incidenza che la mortalità siano più alte in modo statisticamente significativo rispetto a quelle dell'Italia e del Sud, in entrambi i sessi e in modo ancor più marcato nel sesso femminile.

Si riscontra eterogeneità spaziale con l'incidenza più alta a Bisceglie e Canosa (Mappa).

La sopravvivenza è un po' più alta nella provincia BT rispetto al resto d'Italia (Fig.4), ma almeno una parte di questo eccesso può essere attribuito alla differenza dei periodi di riferimento.

Gruppo morfologico	Casi	%
Epatocarcinoma	55	66,3
Colangiocarcinoma	14	16,9
Carcinoma NAS	2	2,4
Altre morfologie	10	12,0
Non Specificato	2	2,4

Sottosede	Casi	%
Fegato	332	94,3
Dotti biliari intraepatici	20	5,7

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2008.

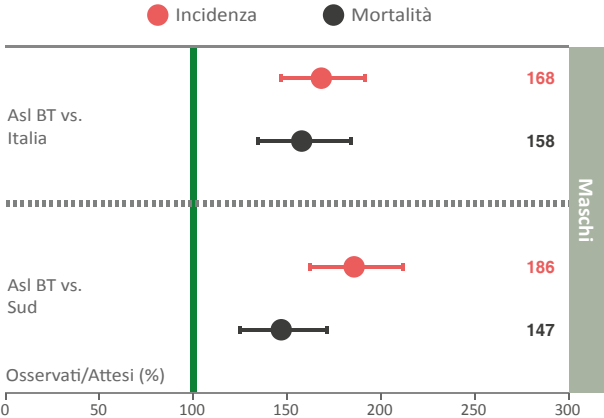


Figura 2M (a sinistra) e **Figura 2F** (a destra). Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

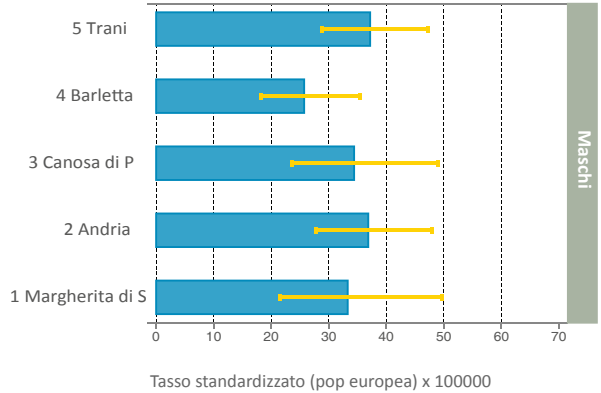
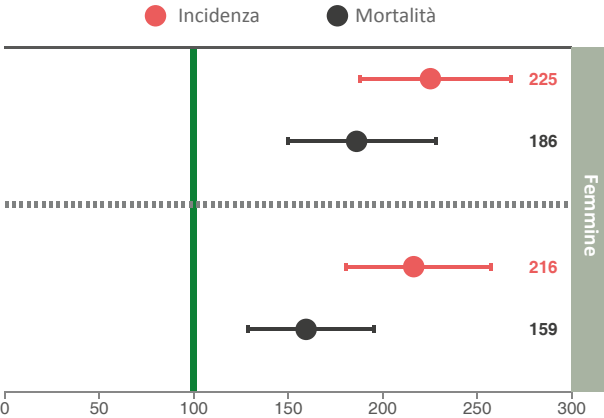


Figura 3M (a sinistra) e **Figura 3F** (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

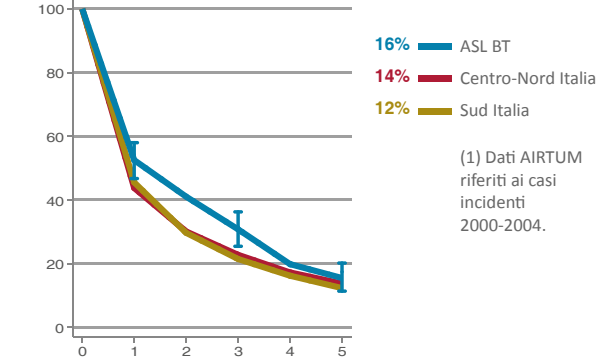
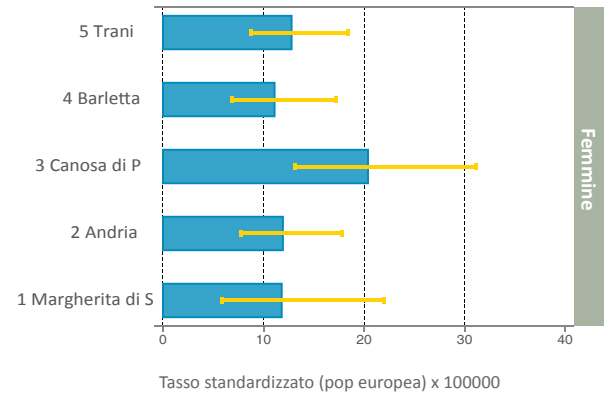
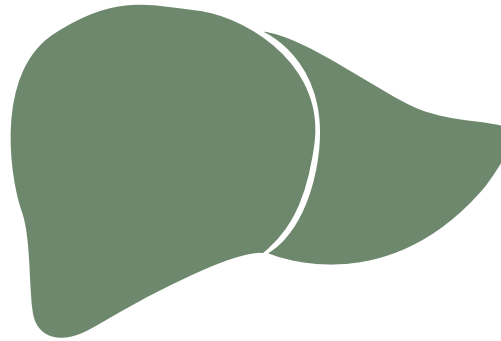


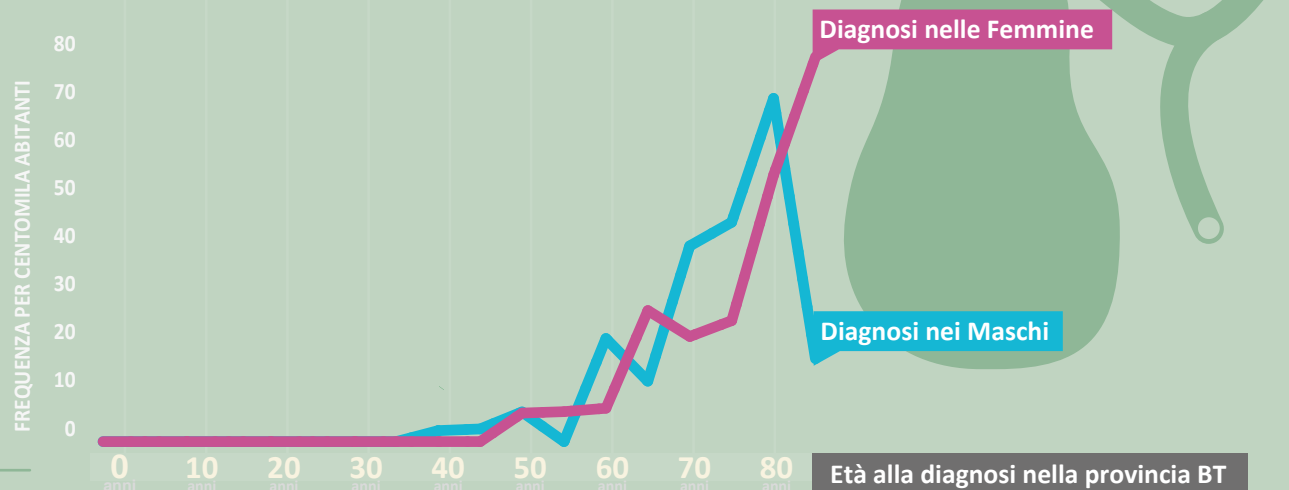
Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

FEGATO



appunti e annotazioni

COLECISTI E VIE BILIARI



I tumori della colecisti e delle vie biliari sono piuttosto rari nei Paesi occidentali e i dati di incidenza e di mortalità registrati sul territorio della Asl Bt non si discostano da quelli rilevati nel Sud Italia e nel Centro-Nord.

Solo il rapporto tra maschi e femmine è differente, infatti mentre in Italia è di 3:1, nella Asl Bt è prossimo all'unità. Nel triennio si sono osservati in media 12 nuovi casi annui per i maschi e 13 nuovi casi annui per le femmine mentre rispetto alla mortalità per i maschi i decessi medi annui sono 6 e per le donne sono 8: in nessun caso le differenze

di incidenza e mortalità rispetto al Sud e al Centro-Nord sono statisticamente rilevanti.

La sopravvivenza nella Asl Bt risulta tuttavia particolarmente più bassa rispetto al Sud e al Centro-Nord: nel nostro territorio a un anno dalla insorgenza della malattia la sopravvivenza è del 20 per cento, a tre anni scende ad un valore molto simile a quello registrato a cinque anni quando la percentuale di sopravvivenza è del 7 per cento.

I dati che raccontano gli andamenti di sopravvivenza nel panorama italiano sono invece differenti: al Sud la

percentuale registrata a cinque anni è dell'11 per cento mentre la sopravvivenza nel resto del Paese arriva al 13 per cento.

I valori della Asl Bt non si discostano dal resto dell'Italia quando invece si analizzano i dati che mettono a confronto l'incidenza per fascia d'età: esattamente come avviene su tutto il territorio nazionale l'incidenza aumenta con l'età e il picco si registra intorno ai 70 anni.



COLECISTI E VIE BILIARI

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

12 **uomini** scoprono di avere la malattia
M il **18% in più** rispetto all'Italia,
L il **10% in più** rispetto al Sud.

Mortalità

6 **uomini** non ce la fanno
L il **-18% in meno** rispetto all'Italia,
L il **-19% in meno** rispetto al Sud.

Incidenza

13 **donne** scoprono di avere la malattia
M il **6% in più** rispetto all'Italia,
L il **2% in meno** rispetto al Sud.

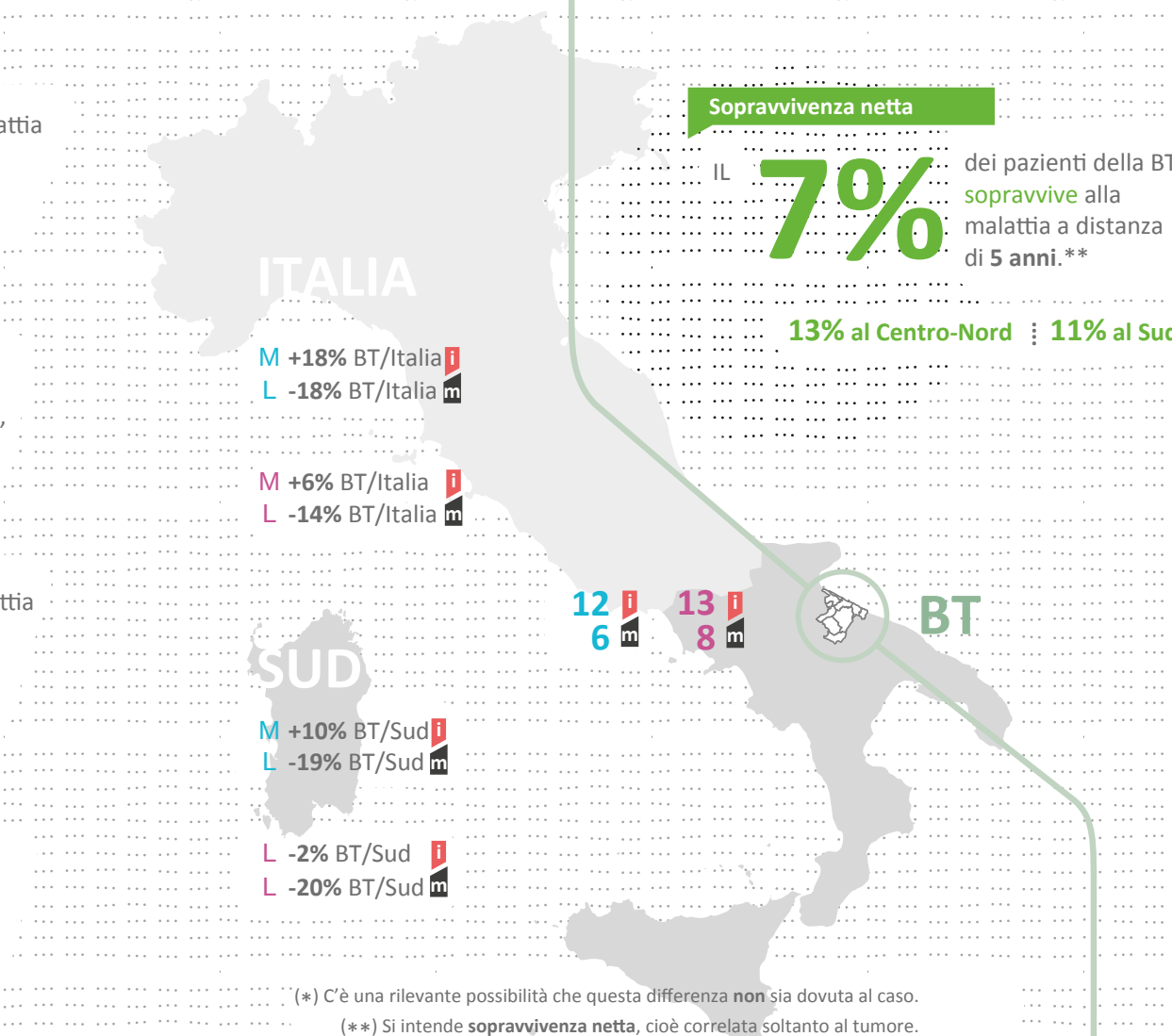
Mortalità

8 **donne** non ce la fanno
L il **14% in meno** rispetto all'Italia,
L il **20% in meno** rispetto al Sud.

Sopravvivenza netta

IL **7%** dei pazienti della BT sopravvive alla malattia a distanza di **5 anni**.**

13% al Centro-Nord ; **11% al Sud**



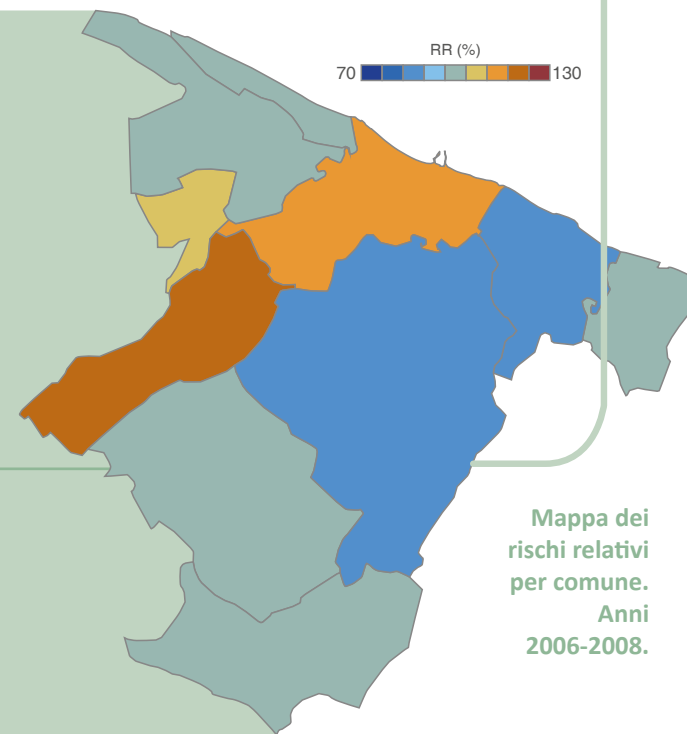
Scheda

08

COLECISTI e VIE BILIARI



Sedi ICD-O-3: C23-C24 Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



I tumori maligni della colecisti e quelli delle vie biliari sono piuttosto rari nei Paesi occidentali e sono più frequenti nelle donne che negli uomini con rapporto 3-4:1. L'incidenza aumenta con l'età e il picco è intorno ai 70 anni. L'eziologia di questi tumori non è ben nota, ma per il tumore della colecisti sono stati presi in considerazione come fattori di rischio l'infiammazione cronica in presenza di calcolosi, la colecisti "a porcellana", la presenza di adenomi e cisti, anomalie della giunzione bilio-pancreatica.

Per i tumori delle vie biliari si ritiene possano essere fattori di rischio la colangite sclerosante, altre colangiti

croniche, la rettocolite ulcerosa. In entrambe le sedi tumorali si riconosce una componente ereditaria e l'importanza di una alimentazione corretta come fattore protettivo. Non esistono comunque strategie di prevenzione primaria e secondaria specifiche per questi tumori.

Nella provincia BT sono stati registrati 36 casi nei maschi e 40 nelle femmine, per cui il rapporto maschi:femmine è prossimo all'unità (Tab 1).

Il 41% dei tumori interessa la colecisti, il 34% i dotti biliari extraepatici e il 12% l'ampolla di Vater e come

atteso la maggior parte dei tumori è un adenocarcinoma (Tab. 2).

Anche i dati provinciali confermano un aumento dell'incidenza dopo i 70 anni (Fig. 1).

Incidenza e mortalità non si discostano da quanto atteso nei confronti con i dati italiani e del Sud (Fig. 2). I SIR smoothed più alti si rilevano nei comuni di Barletta e di Canosa (Mappa).

La sopravvivenza (7% a 5 anni) risulta particolarmente bassa anche in confronto a quella delle altre aree italiane (Fig. 4).

	● Incidenza			● Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	76	36	40	43	18	25
Percentuale sul totale	1,4	1,2	1,7	1,9	1,4	2,6
Tasso grezzo	6,5	6,3	6,8	3,7	3,1	4,2
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	4,8	5,1	4,5	2,7	2,7	2,7
Rischio cumulativo 0-74 anni	0,4	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2

(1) Popolazione standard europea

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

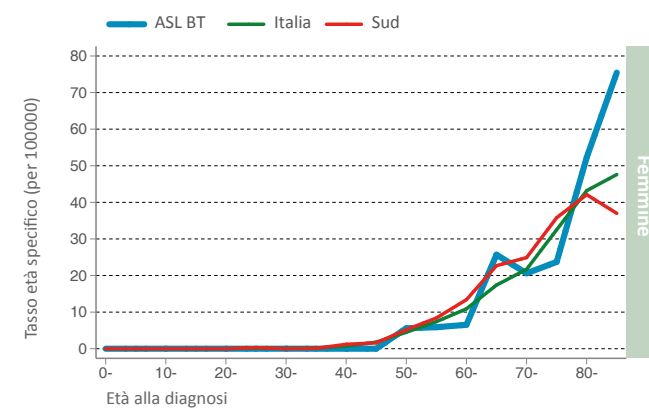
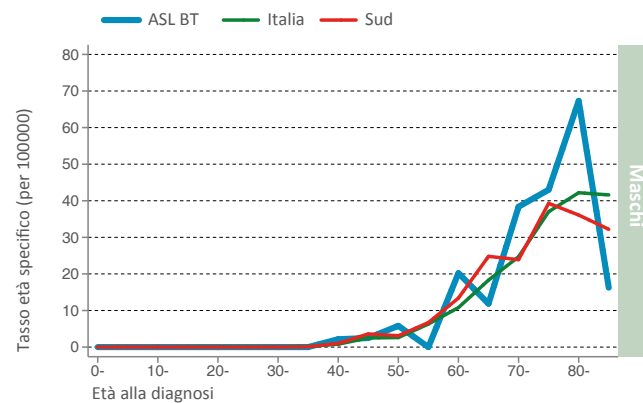


Figura 1M (a sinistra) **Figura 1F** (a destra). Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

Gruppo morfologico	Casi	%
Adenocarcinoma	29	80,6
Altre morfologie	3	8,3
Carcinoma NAS	2	5,6
Non specificato	2	5,6

Sottosede	Casi	%
Colecisti	31	40,8
Dotto biliare extraepatico	26	34,2
Ampolla di Vater	9	11,8
Lesione sconfinante	1	1,3
Non specificato	9	11,8

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2008.

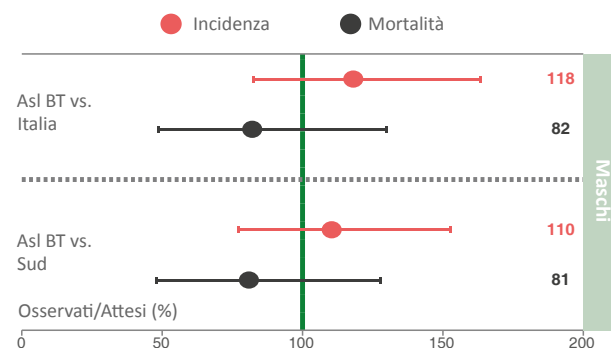


Figura 2M (a sinistra) e **Figura 2F** (a destra). Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

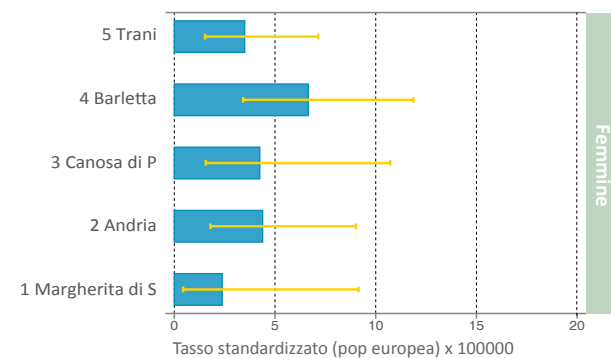
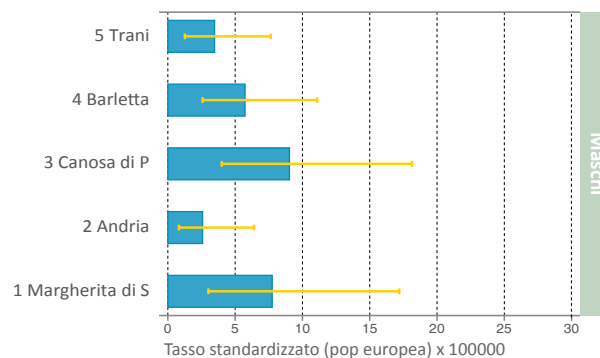
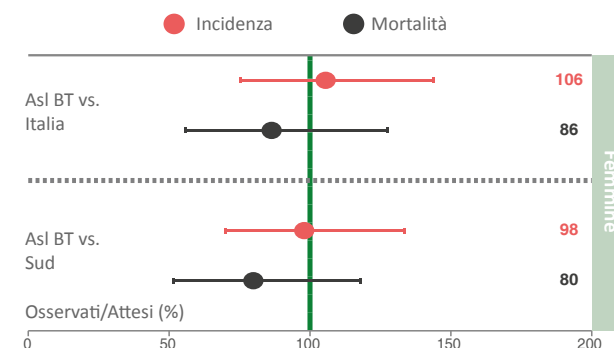


Figura 3M (a sinistra) e **Figura 3F** (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

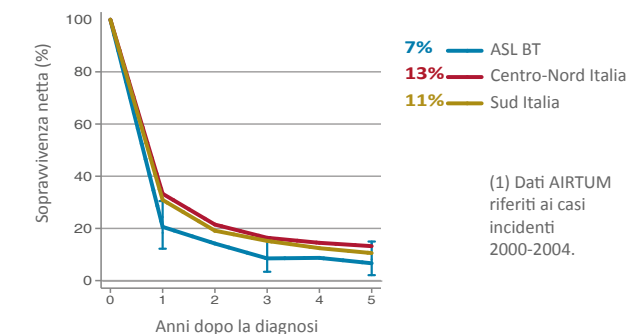
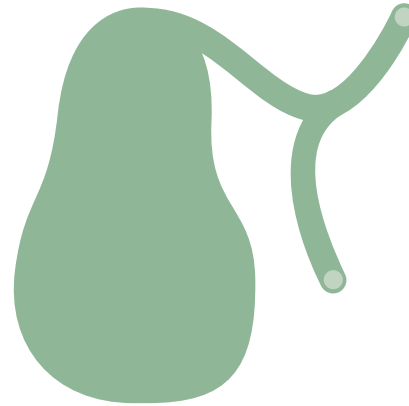


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

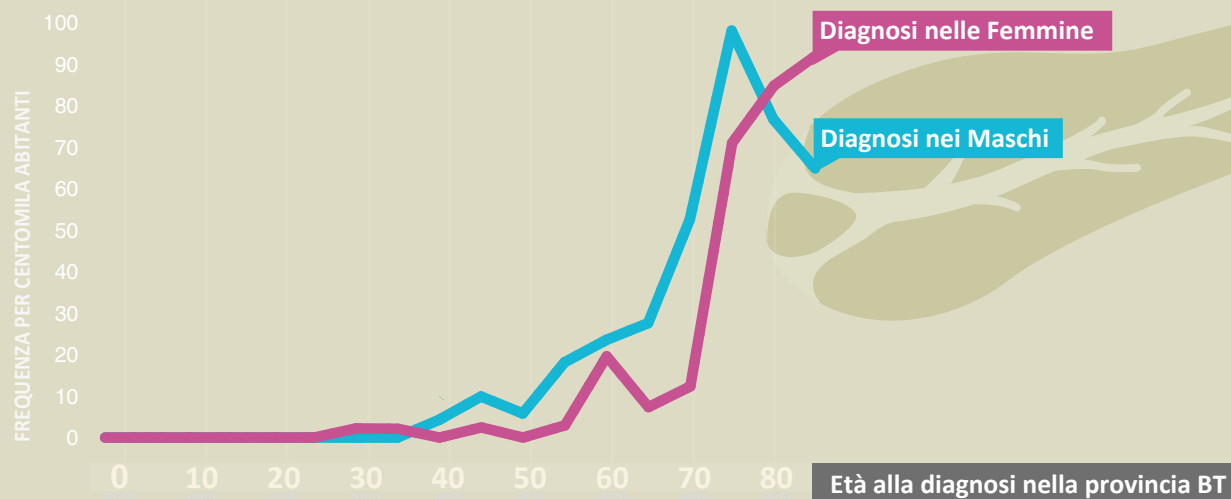
COLECISTI e VIE BILIARI



appunti e annotazioni

Focus 09

PANCREAS



Rispetto al tumore del pancreas – patologia abbastanza rara ma caratterizzata da una sopravvivenza bassa – la Asl Bt risulta in linea con quanto avviene nelle altre regioni del Sud Italia. Rispetto a quanto invece accade nel resto del Paese, le femmine fanno registrare dati più bassi sia per incidenza che per mortalità.

Per i maschi nel triennio si sono osservati in media 22 nuovi casi annui: la differenza con il Sud e con il Centro-Nord non è statisticamente rilevante. Rispetto alla mortalità i 19 casi medi annui sono invece in linea con il Sud Italia ma determinano

una frequenza più bassa di 27 punti percentuali rispetto all'Italia.

Il panorama cambia quando si osservano i dati del sesso femminile: il numero medio dei nuovi casi annui è 18 mentre il dato medio di mortalità annuale è 16 con una frequenza rispetto all'Italia più bassa di 34 punti percentuali sia per incidenza che per mortalità.

Il picco di incidenza si osserva - come ci si aspetta - oltre i 65-70 anni sia per il genere maschile che per quello femminile.

Anche i dati relativi alla percentuale di sopravvivenza sono perfettamente in linea con le altre zone analizzate: a cinque anni dalla insorgenza della patologia tumorale la percentuale di sopravvivenza anche nei dieci comuni della Asl Bt è del 5 per cento.

Gli andamenti non cambiano, da una zona all'altra del Paese, neanche quando si osservano i dati di sopravvivenza a uno e a tre anni: le curve sono infatti ampiamente sovrapposte.



PANCREAS

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

22

uomini scoprono di avere la malattia

L il 21% in meno rispetto all'Italia,
M il 1% in più rispetto al Sud.

Mortalità

19

uomini non ce la fanno

L il 27% in meno rispetto all'Italia*,
L il 14% in meno rispetto al Sud.

Incidenza

18

donne scoprono di avere la malattia

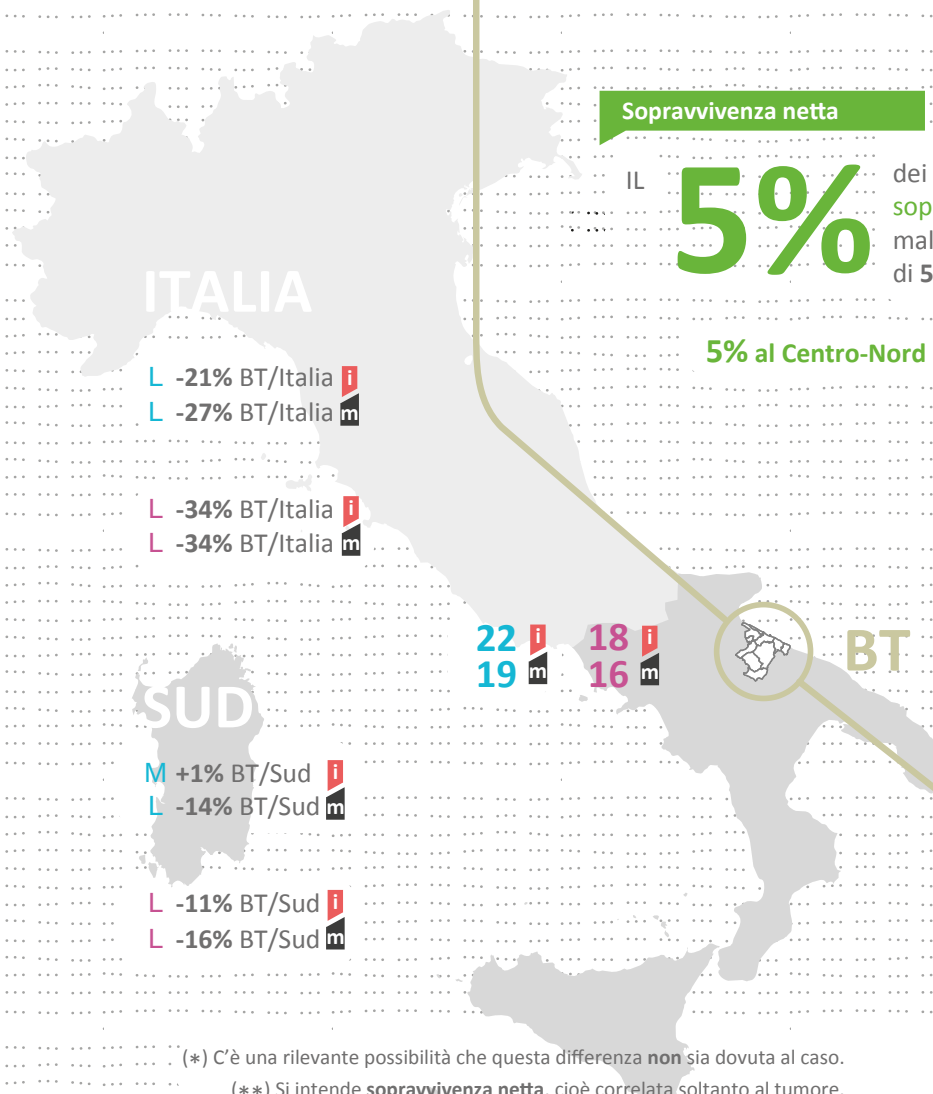
L il 34% in meno rispetto all'Italia*,
L l'11% in meno rispetto al Sud.

Mortalità

16

donne non ce la fanno

L il 34% in meno rispetto all'Italia*,
L il 16% in meno rispetto al Sud.



Sopravvivenza netta

IL **5%**

dei pazienti della BT
sopravvive alla
malattia a distanza
di 5 anni.**

5% al Centro-Nord : 5% al Sud

(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza non sia dovuta al caso.

(**) Si intende sopravvivenza netta, cioè correlata soltanto al tumore.

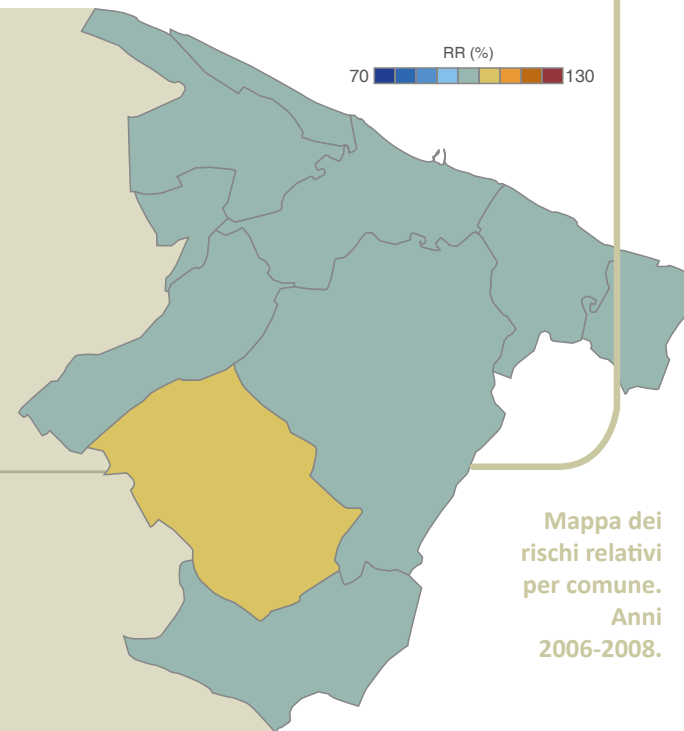
Scheda

09

PANCREAS

Sedi ICD-O-3: C25

Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



Il tumore maligno del pancreas è un tumore abbastanza raro, ma caratterizzato da una sopravvivenza molto bassa.

Nelle fasi iniziali non dà molti sintomi e quando nasce il sospetto in genere è già gravato da diffusione agli organi vicini. Non esistono dunque forme di screening o di diagnosi precoce.

La terapia chirurgica oltre che essere possibile in un numero esiguo di casi, è gravata da molte complicanze.

Il fattore di rischio più noto è il fumo di sigaretta, per cui è stimato un rischio triplo rispetto ai non fumatori. Altri possibili fattori di rischio sono la pancreatite cronica, l'obesità, il diabete mellito, un'alimentazione ricca di grassi saturi e povera di frutta e verdure, l'alcol ed è riconosciuta una familiarità. Nella provincia BT l'incidenza e la mortalità sono più basse rispetto a quelle italiane, ma in linea con quelle del sud in entrambi i sessi (Figg. 2). La localizzazione più frequente è alla testa del pancreas e l'istotipo prevalente è l'adenocarcinoma.

La distribuzione per età è quella attesa con un aumento di incidenza che si registra al di sopra dei 65-70 anni (Figg. 1). Non si rileva una particolare eterogeneità geografica. La curva di sopravvivenza ricalca quella delle altre aree italiane e si attesta su valori del 5% a 5 anni (Fig. 4).

	● Incidenza		
	M+F	M	F
Numero casi	121	67	54
Percentuale sul totale	2,3	2,3	2,2
Tasso grezzo	10,4	11,6	9,2
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	7,6	9,7	5,5
Rischio cumulativo 0-74 anni	0,5	0,7	0,2

(1) Popolazione standard europea

	● Mortalità		
	M+F	M	F
	105	57	48
	4,6	4,4	5,0
	9,0	9,9	8,1
	6,6	8,2	5,1
	0,4	0,6	0,3

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

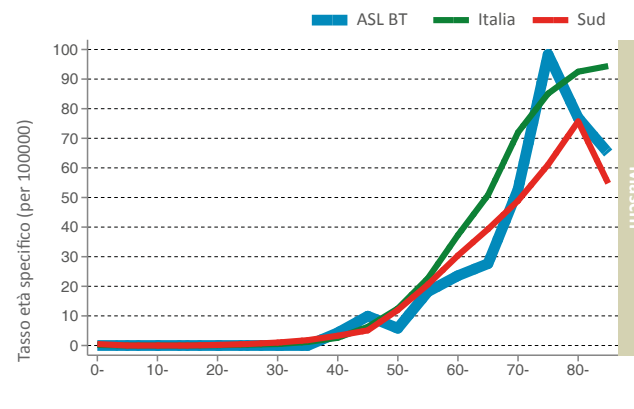


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

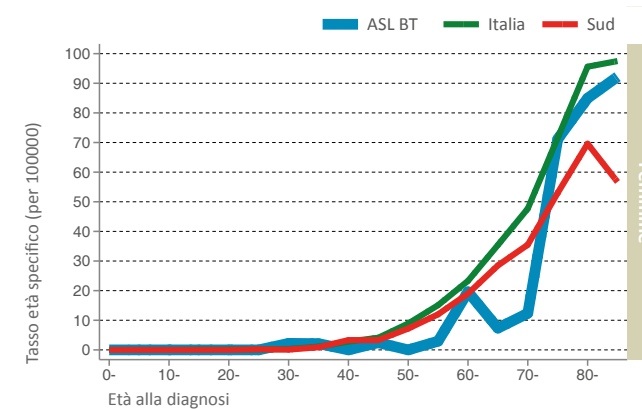


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

Gruppo morfologico	Casi	%
Adenocarcinoma	29	69,0
Altre morfologie	8	19,0
Carcinoma NAS	4	9,5
Non Specificato	1	2,4

Sottosede	Casi	%
Testa del pancreas	78	64,5
Corpo del pancreas	8	6,6
Coda del pancreas	7	5,8
Isole di Langherans	0	0,0
Altre parti specificate del pancreas	1	0,8
Lesione sconfinante	2	1,7
Non specificato	25	20,7

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2008.

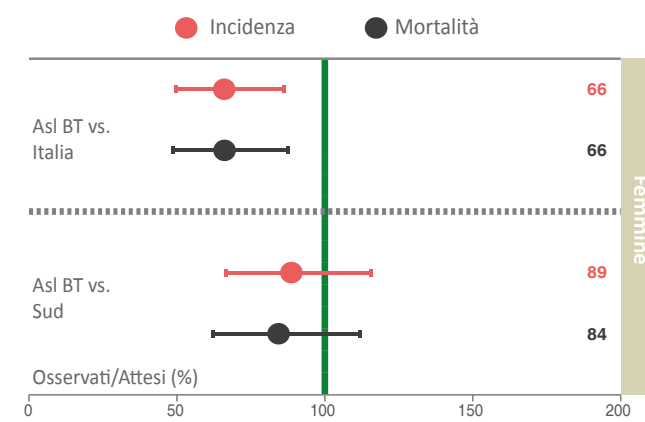
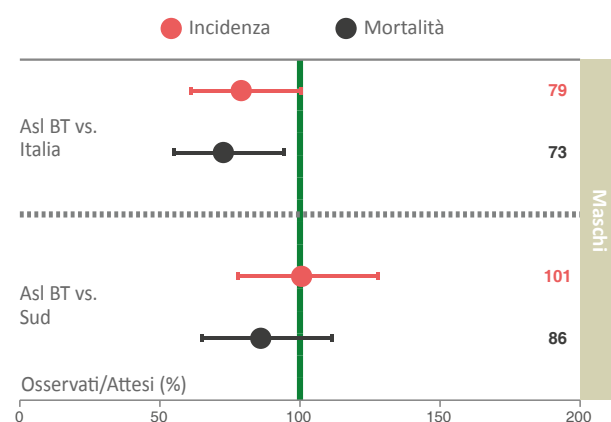


Figura 2M (a sinistra) e **Figura 2F** (a destra). Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

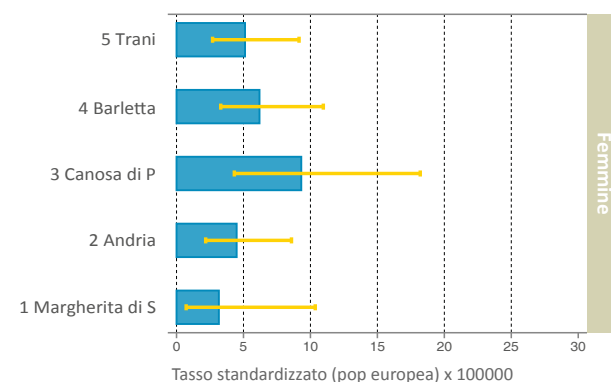
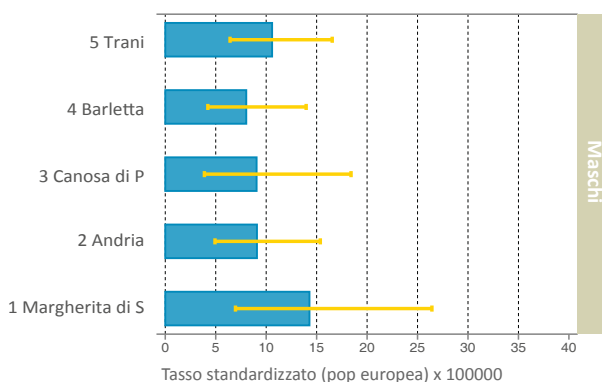


Figura 3M (a sinistra) e **Figura 3F** (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

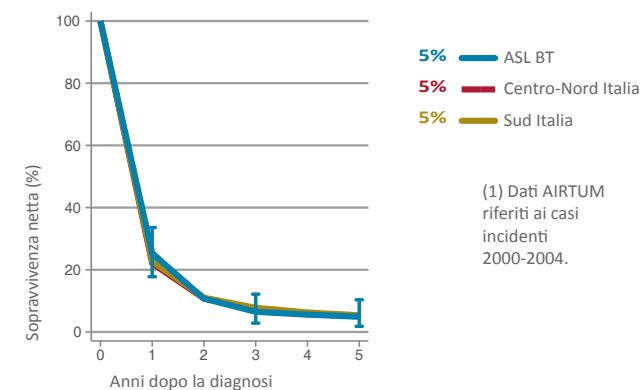
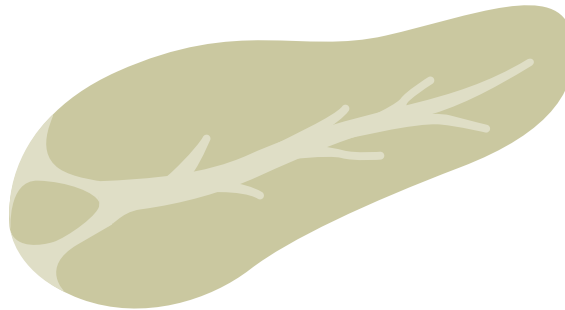


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra ASL BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008..

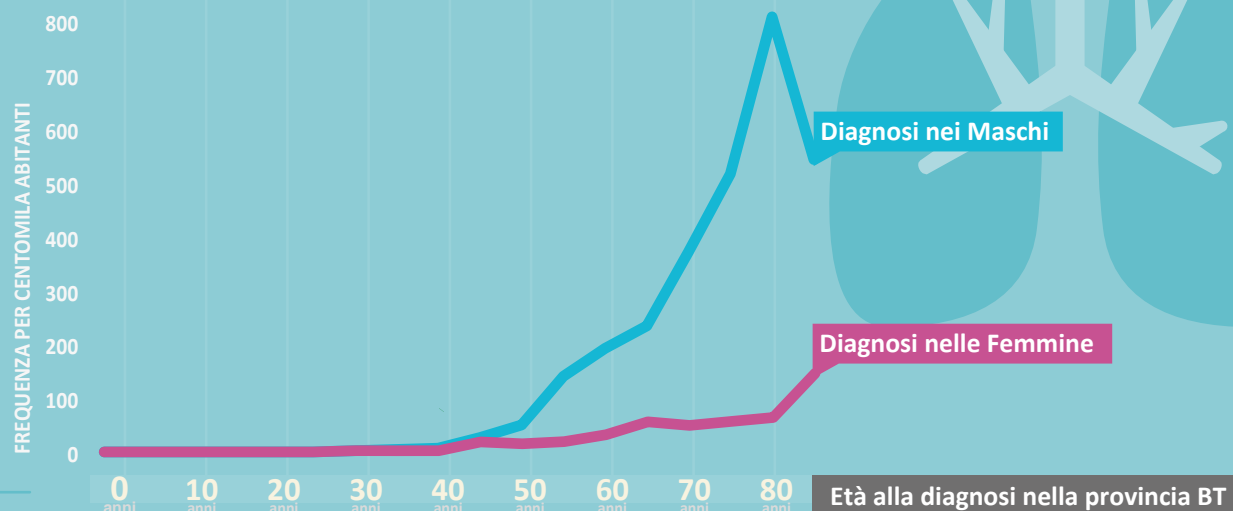
PANCREAS



appunti e annotazioni

Focus 10

POLMONE



Le donne della Asl Bt si ammalano di meno di tumore al polmone rispetto al resto del Paese. In Italia il tumore maligno del polmone è il secondo per incidenza e il primo per mortalità per i maschi mentre è il terzo per incidenza e per mortalità per le donne.

Nella Asl Bt mentre il genere maschile segue gli stessi andamenti italiani, per il sesso femminile il tumore del polmone è come atteso il terzo per mortalità, ma solo il sesto per incidenza.

Il dettaglio del genere maschile mette in evidenza

che nel triennio ci sono stati in media 147 nuovi casi e 121 decessi all'anno: solo la mortalità fa registrare una frequenza più bassa di 12 punti percentuali rispetto all'Italia. Gli altri dati sono in linea con il Sud e con il Centro-Nord.

I dati del genere femminile seguono invece un andamento diverso: i nuovi casi medi annui sono 30 mentre i decessi medi annui sono 22 con, rispettivamente e rispetto all'Italia, una frequenza più bassa di 37 punti percentuali e 41 punti percentuali.

Il dato potrebbe essere legato a una minor prevalenza

del fumo di sigaretta nelle donne della provincia Bat rispetto a quelle del resto del Paese.

La sopravvivenza è in linea sia con quella delle altre regioni del Sud che con quella del Centro-Nord. A un anno dall'insorgenza della patologia la sopravvivenza è del 40 per cento, a tre anni il dato scende poco al di sotto del 20 per cento e a cinque anni si assesta sul 14 per cento. Al Sud la percentuale di sopravvivenza a cinque anni è del 12 per cento mentre nel Centro-Nord è del 13 per cento.



POLMONE

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

147 **uomini** scoprono di avere la malattia
L il 7% **in meno** rispetto all'Italia*,
L il 4% **in meno** rispetto al Sud.

Mortalità

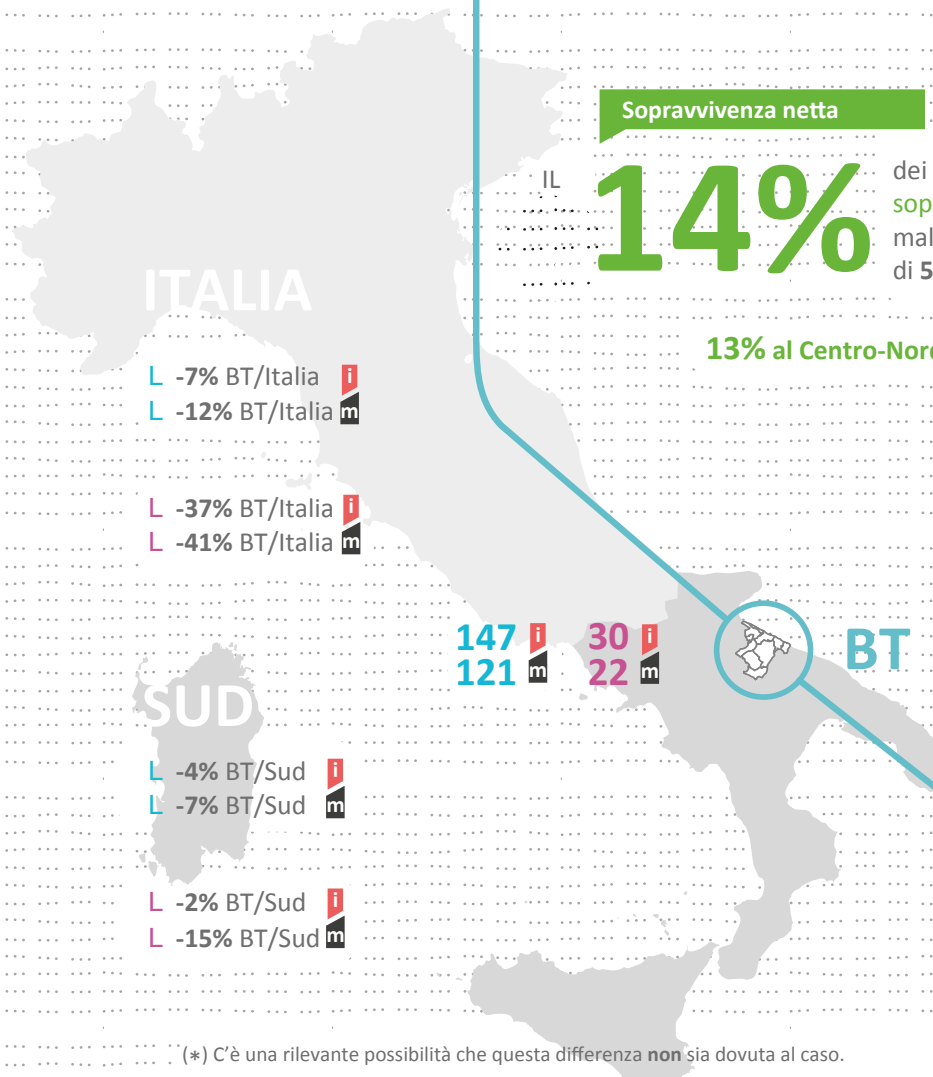
121 **uomini** non ce la fanno
L il 12% **in meno** rispetto all'Italia*,
L il 7% **in meno** rispetto al Sud.

Incidenza

30 **donne** scoprono di avere la malattia
L il 37% **in meno** rispetto all'Italia*,
L il 2% **in meno** rispetto al Sud.

Mortalità

22 **donne** non ce la fanno
L il 41% **in meno** rispetto all'Italia*,
L il 15% **in meno** rispetto al Sud.



Sopravvivenza netta

14% dei pazienti della BT sopravvive alla malattia a distanza di 5 anni.**

13% al Centro-Nord | 12% al Sud

(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza **non** sia dovuta al caso.

(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.

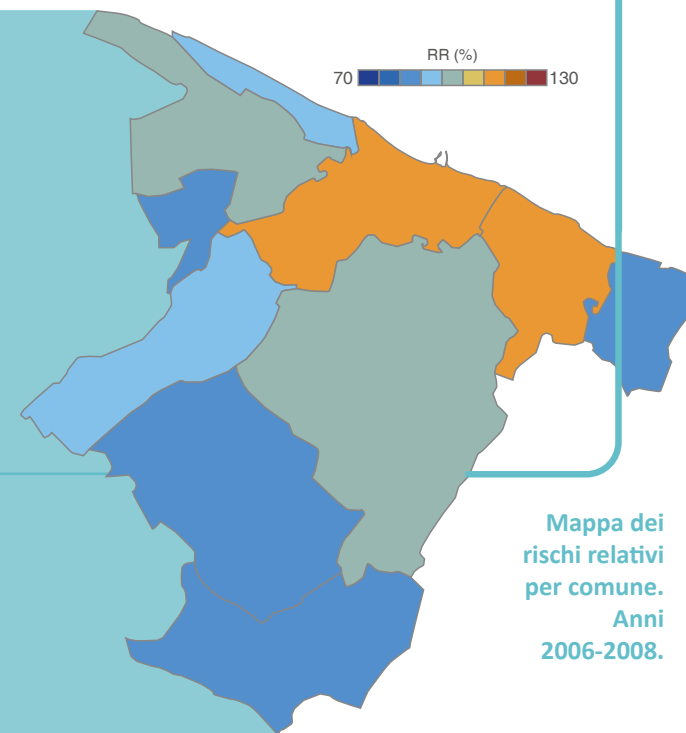
Scheda

10

POLMONE

Sedi ICD-O-3: C34

Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



Il tumore maligno del polmone in Italia, come nella maggior parte dei paesi occidentali, è il secondo per incidenza e il primo per mortalità nei maschi, mentre è il terzo per incidenza e per mortalità nelle donne.

I tassi di incidenza sono circa quattro-cinque volte più alti negli uomini che nelle donne e questo è storicamente legato alla diversa distribuzione tra i due sessi del principale fattore di rischio, il fumo di sigaretta. Nei maschi si osserva un trend di incidenza in discesa, al contrario nelle femmine si conferma negli ultimi anni una tendenza all'aumento. Il tumore maligno del polmone ha una cattiva prognosi, con una sopravvi-

venza relativa a 5 anni pari al 14% nei maschi e al 18% nelle femmine.

Non esistono programmi di screening organizzato, sebbene alcuni studi suggeriscano il possibile utilizzo della TAC spirale ad alta risoluzione nelle coorti di grandi fumatori. Il fumo di sigaretta correla con un rischio da 2 a 40 volte più alto rispetto alla sua assenza in dipendenza di numero di sigarette, frequenza, modalità di aspirazione, tipologia di tabacco. Altri fattori di rischio comprendono il fumo passivo, il radon ed esposizioni professionali (asbesto, idrocarburi policiclici aromatici, cromo esavalente, cadmio,

arsenico, nickel, nitrosamine).

Nella provincia BT la morfologia più frequente è l'adenocarcinoma (40%), seguito dal carcinoma spinocellulare (19%), dal carcinoma non a piccole cellule (15%) e dal carcinoma a piccole cellule (12%).

Laddove nel sesso maschile il tumore del polmone segue lo stesso rango esistente in Italia sia per incidenza che per mortalità, nel sesso femminile è come atteso il terzo per mortalità, ma solo il sesto in ordine di incidenza (3.8% dei tumori maligni esclusa la cute, contro il 6% a livello nazionale).

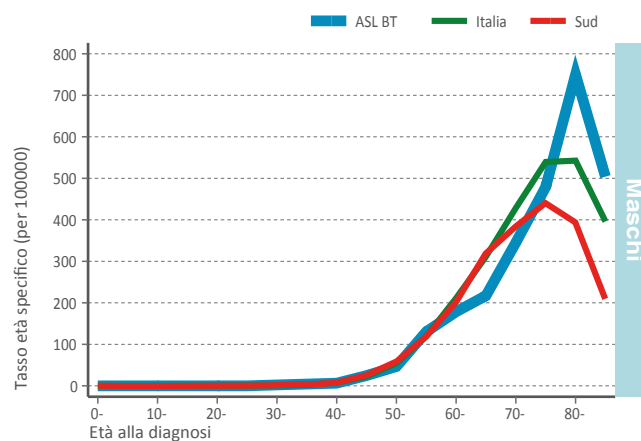


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

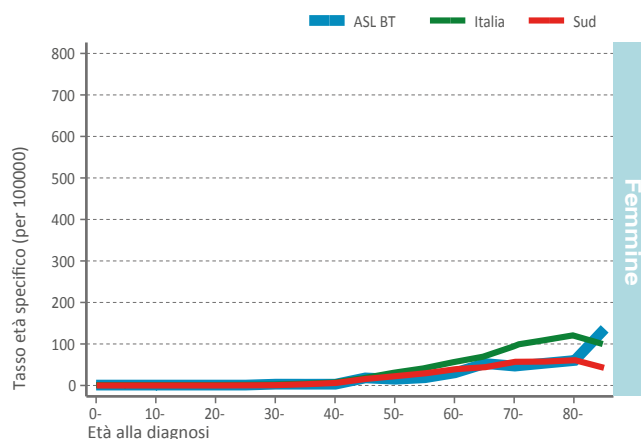


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

	● Incidenza		
	M+F	M	F
Numero casi	533	442	91
Percentuale sul totale	10,0	15,2	3,8
Tasso grezzo	45,7	76,8	15,4
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	35,3	63,8	11,5
Rischio cumulativo 0-74 anni	2,7	4,7	0,9

(1) Popolazione standard europea

	● Mortalità		
	M+F	M	F
	431	364	67
	18,9	27,8	6,9
	37,0	63,2	11,4
	27,5	51,7	7,7
	1,9	3,4	0,5

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

Questa discrepanza potrebbe essere legata a una minor prevalenza del fumo di sigaretta nelle donne della provincia BT rispetto al resto d'Italia.

Le curve per età mostrano per la provincia BT uno spostamento dei picchi di incidenza nelle fasce di età più avanzate (sopra i 70 anni).

La mortalità per tumore del polmone nella provincia BT è più bassa di quella riscontrata in Italia nei maschi, mentre nelle femmine è più bassa sia la mortalità che l'incidenza, sempre nel confronto con l'Italia.

I dati sono invece in linea per entrambi i sessi con quelli del sud (Figg. 2).

Nei confronti interni intercomunali i SIR smoothed più alti si riscontrano a Trani e Barletta (Mappa) e potrebbe suggerire una più alta prevalenza di fumo di sigaretta in questi due comuni.

La sopravvivenza nella provincia BT è in linea con quella del resto d'Italia (Fig.4).

Gruppo morfologico	Casi	%
Squamocellulare	67	19,5
Adenocarcinoma	138	40,2
Grandi cellule	9	2,6
Non a piccole cellule	51	14,9
Piccole cellule	42	12,2
Carcinoma NAS	21	6,1
Altre morfologie	5	1,5
Non Specificato	10	2,9

Sottosede	Casi	%
Trachea	0	0,0
Bronco principale	43	8,1
Lobo superiore	177	33,2
Lobo medio	19	3,6
Lobo inferiore	88	16,5
Lesione sconfinante	10	1,9
Non specificato	196	36,8

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2008.

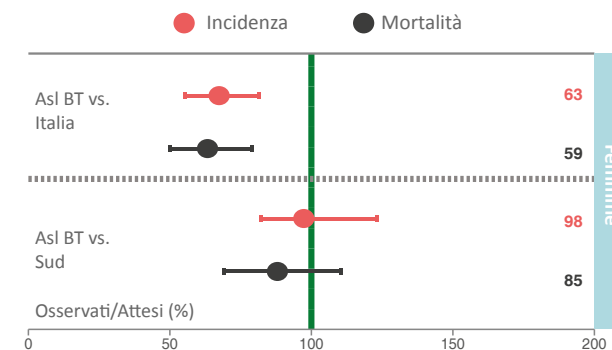
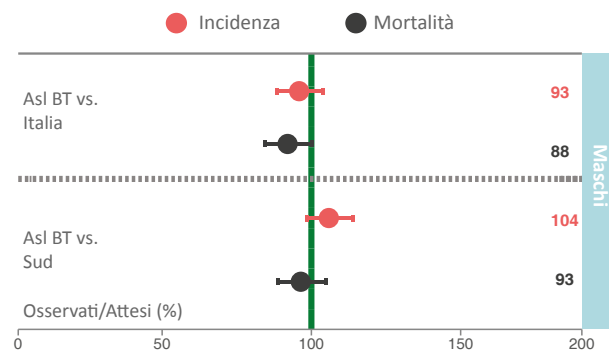


Figura 2M (a sinistra) e **Figura 2F** (a destra). Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

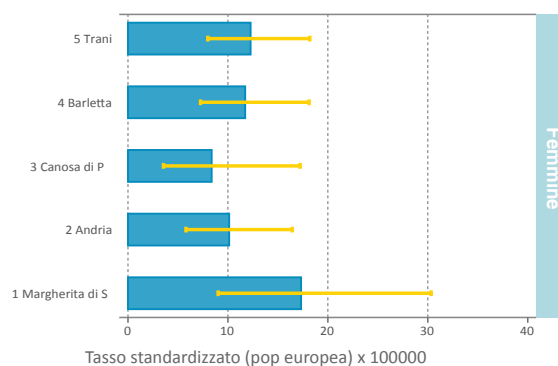
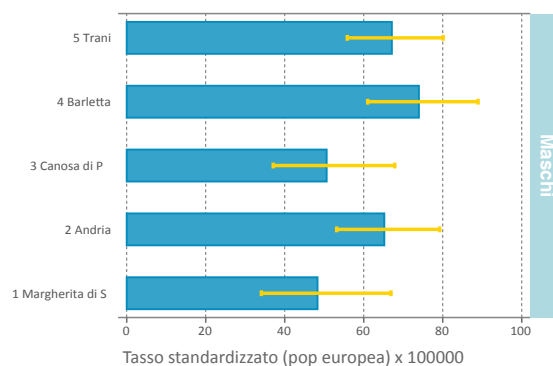


Figura 3M (a sinistra) e **Figura 3F** (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

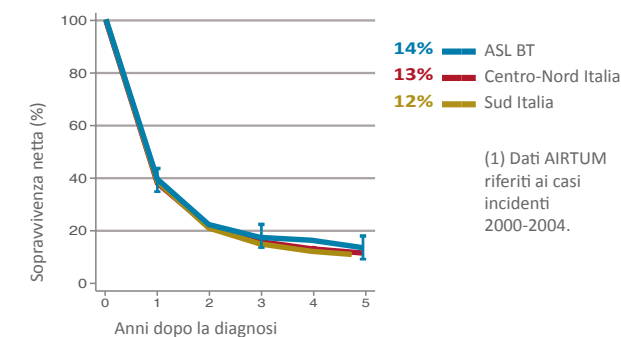
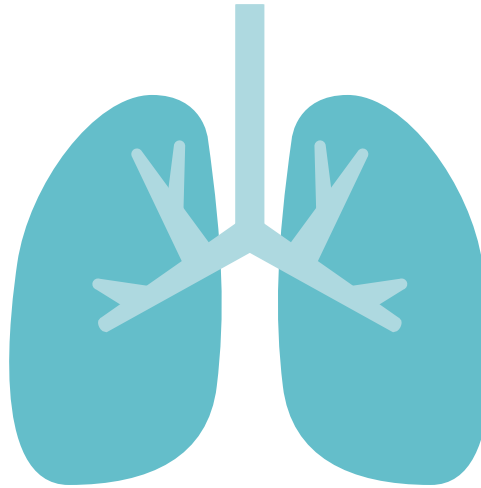


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

POLMONE

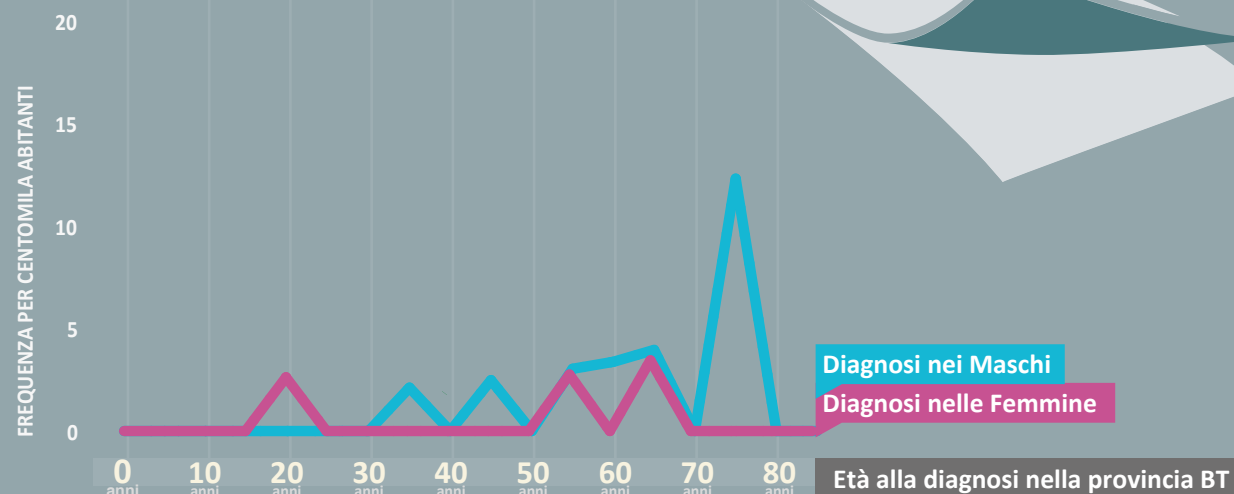


appunti e annotazioni

Focus

11

MESOTELIOMA



Nella provincia Barletta-Andria-Trani nel triennio 2006-2008 preso in esame con questo rapporto sono stati registrati 10 casi di mesotelioma, un tumore maligno che colpisce le membrane sierose.

Per i maschi nel triennio si sono osservati in media 2 casi all'anno sia per incidenza che per mortalità: l'incidenza è più bassa rispetto all'Italia del 51 per cento e rispetto al Sud del 67 per cento. Le differenze nella mortalità con le altre aree italiane non sono statisticamente significative.

Per le femmine, per le quali è stato registrato un dato medio annuo di 1 caso, sia incidenza che mortalità sono inferiori rispetto all'Italia e al Sud ma senza che si raggiunga la significatività statistica.

La curva di sopravvivenza per questo tumore mostra valori molto più alti per la Asl Bt rispetto sia al Sud che al Centro-Nord, sia a un anno che a tre e a cinque anni dalla insorgenza. Tuttavia, è necessario sottolineare che a cinque anni la differenza non è statisticamente rilevante poiché i numeri assoluti sono troppo bassi.

Il principale fattore di rischio del mesotelioma è l'amianto che rappresenta un tipico fattore di rischio professionale anche se ora il livello di attenzione e di controllo è aumentato in tutti i Paesi occidentali, compresa l'Italia.

Già da molti anni l'amianto è vietato e i mesoteliomi attuali sono legati a esposizioni lontane nel tempo.



MESOTELIOMA

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

2 **uomini** scoprono di avere la malattia
L il **-51% in meno** rispetto all'Italia*,
L il **-47% in meno** rispetto al Sud.

Mortalità

2 **uomini** non ce la fanno
L il **-67% in meno** rispetto all'Italia*,
L il **-46% in meno** rispetto al Sud.

Incidenza

1 **donne** scoprono di avere la malattia
L il **-55% in meno** rispetto all'Italia,
L il **-10% in meno** rispetto al Sud.

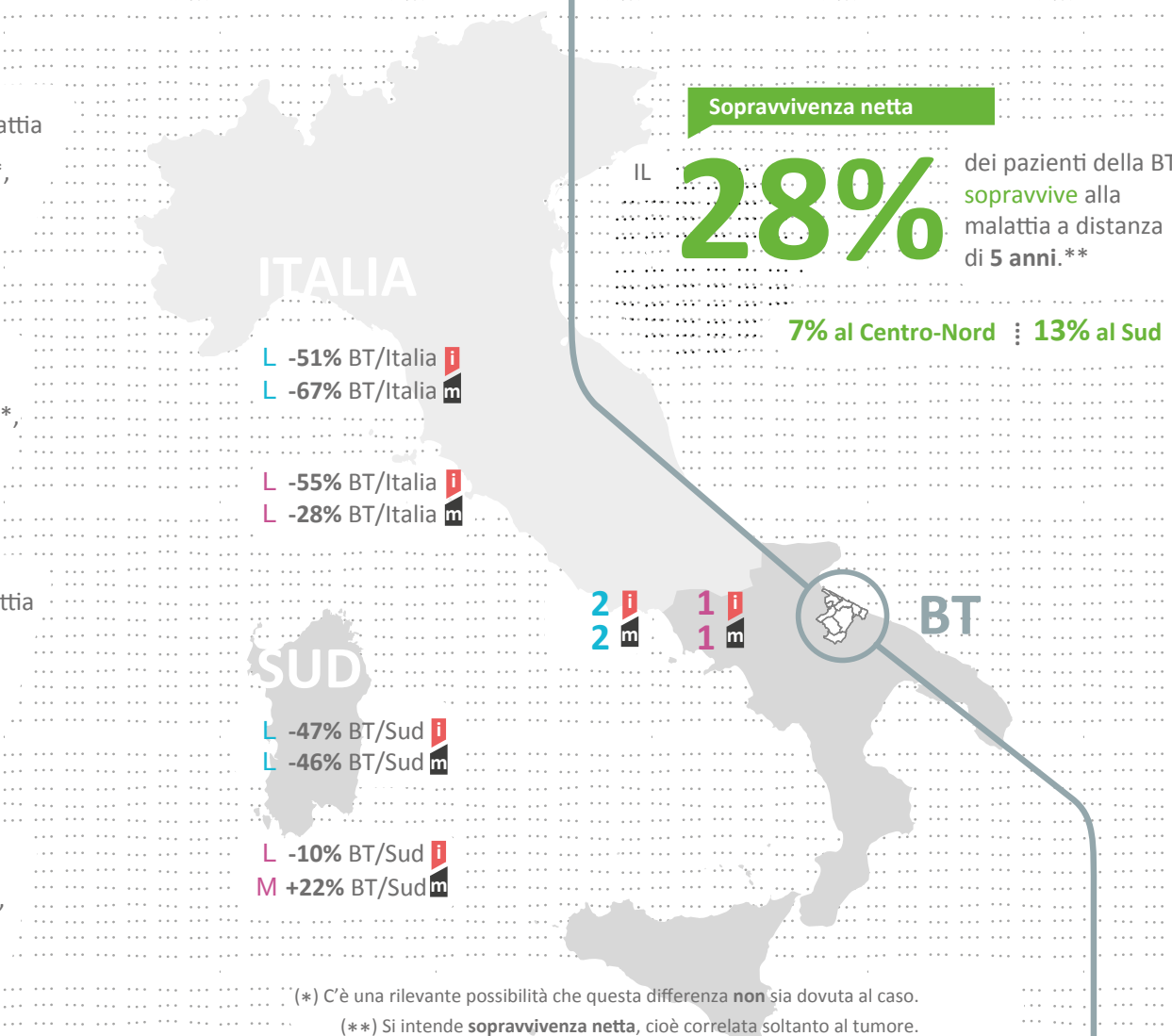
Mortalità

1 **donne** non ce la fanno
L il **-28% in meno** rispetto all'Italia,
M il **+22% in più** rispetto al Sud.

Sopravvivenza netta

IL **28%** dei pazienti della BT sopravvive alla malattia a distanza di 5 anni.**

7% al Centro-Nord : 13% al Sud



(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza **non** sia dovuta al caso.

(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.

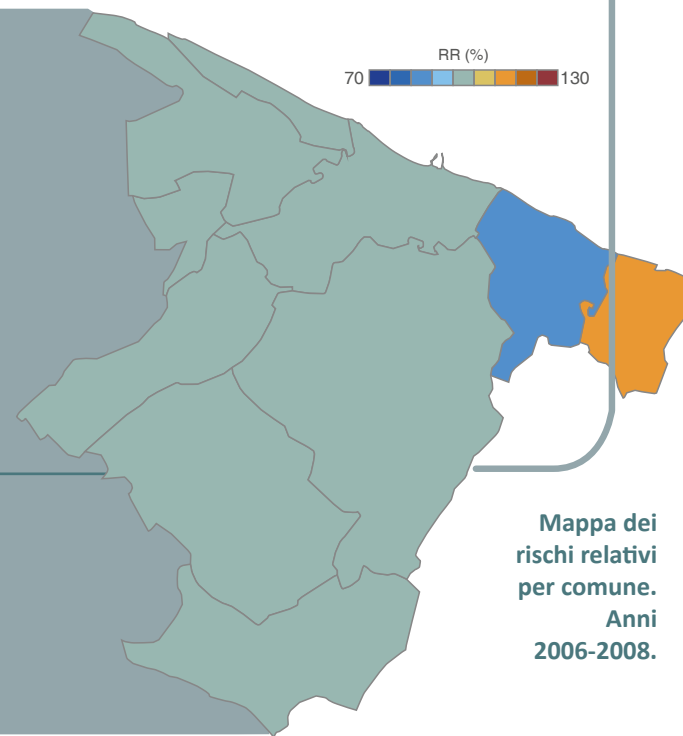
Scheda

11

MESOTELIOMA

Sedi ICD-O-3: tutte

Morfologie ICD-O-3:
M9050-9055



Il mesotelioma è un tumore maligno che colpisce le membrane sierose, in ordine di frequenza la pleura, il peritoneo, il pericardio e la tunica vaginale del testicolo. E' un tumore a cattiva prognosi, che dà all'inizio pochi sintomi aspecifici. Il principale fattore di rischio è l'amianto o asbesto, nelle diverse forme, anfiboli (es. crocidolite, amosite) e serpentino (es. crisotilo).

L'amianto è un tipico fattore di rischio professionale, attualmente bandito dalla maggior parte dei Paesi occidentali (in Italia dal 1992), ma nel passato sono state possibili anche esposizioni professionali indirette (lavaggio delle tute di lavoro di operai da parte delle

mogli) o ambientali per dispersione di fibre in ambiente di vita. Anche pietre naturali come gli zeoliti e l'erionite hanno effetti simili a quelli dell'amianto. L'incidenza di mesotelioma in assenza di una pregressa esposizione occupazionale è molto bassa, inferiore a 1 su un milione, ma può essere 100 – 1000 volte più alta nelle popolazioni che sono state esposte professionalmente.

Non è ipotizzabile uno screening a livello di popolazione generale, mentre negli ex esposti la legislazione prevede una sorveglianza sanitaria ed epidemiologica.

Nella provincia BT nel triennio 2006-2008 sono stati registrati 10 casi di mesotelioma, 5 pleurici, 3 peritoneali, 1 pericardico e 1 a carico della tunica vaginale del testicolo (Tab. 2).

Nella provincia BT si osservano nei maschi un'incidenza e una mortalità inferiori a quelle dell'Italia e tale differenza è statisticamente significativa, mentre rispetto a quelle del sud sono inferiori, ma senza che si raggiunga la significatività statistica.

Nelle femmine si riscontrano invece incidenza e mortalità simili a quelle italiane e del sud (Fig. 2).



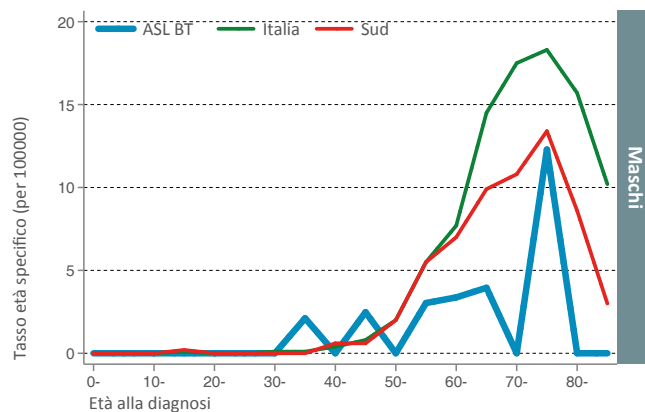


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

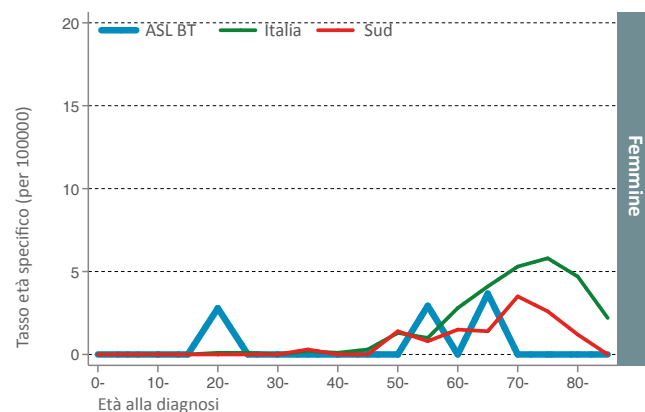


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

	● Incidenza		
	M+F	M	F
Numero casi	10	7	3
Percentuale sul totale	0,2	0,2	0,1
Tasso grezzo	0,9	1,2	0,5
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	0,8	1,1	0,5
Rischio cumulativo 0-74 anni	0,1	0,1	<0.1

(1) Popolazione standard europea

	● Mortalità		
	M+F	M	F
Numero casi	9	5	4
Percentuale sul totale	0,4	0,4	0,4
Tasso grezzo	0,8	0,9	0,7
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	0,6	0,6	0,5
Rischio cumulativo 0-74 anni	<0.1	<0.1	<0.1

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

Per quanto riguarda la distribuzione spaziale, si riscontra un SIR smoothed più alto nel comune di Bisceglie (Mappa).

La curva di sopravvivenza (Fig.4) mostra valori più alti a 1, 3 e 5 anni rispetto al resto d'Italia, sebbene a 5 anni la differenza non sia statisticamente significativa anche per l'imprecisione di stime su numeri assoluti così bassi.

D'altronde parte della differenza nella sopravvivenza potrebbe essere anche attribuita al differente case mix (nella provincia BT il 50% dei casi è extrapleurico) e al diverso periodo temporale considerato, in quanto i dati di sopravvivenza della provincia BT si riferiscono a quinquennio successivo a quelli disponibili per l'Italia.

Sottosede	Casi	%
Pleura	5	50,0
Pericardio	1	10,0
Peritoneo	3	30,0
Tunica vaginale del testicolo	1	10,0

Tabelle 2. Distribuzione per morfologia e sottosede Anni 2006-2008.

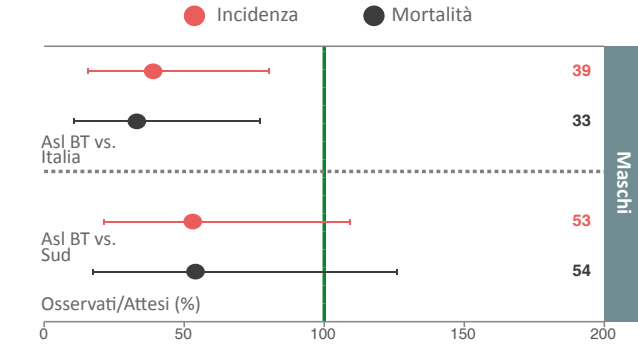


Figura 2M. Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

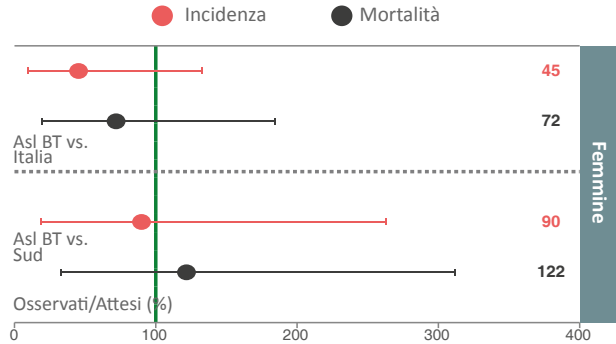


Figura 2F. Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

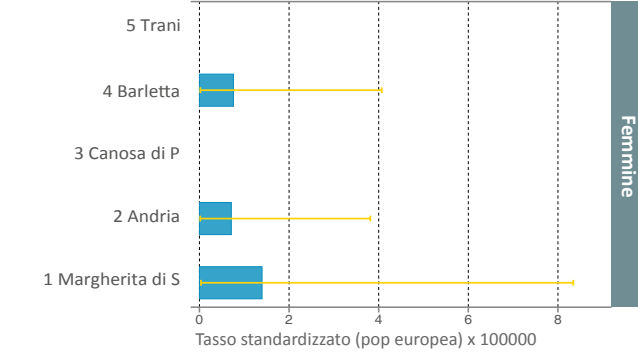
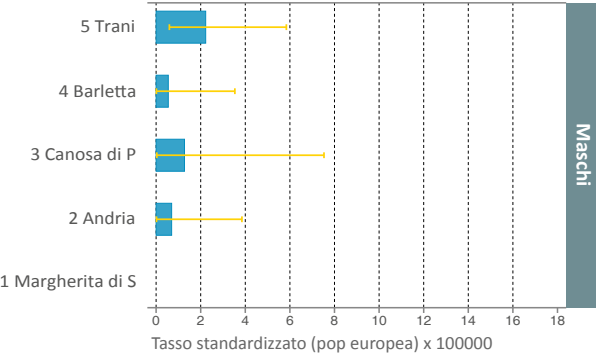


Figura 3M (a sinistra) e Figura 3F (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

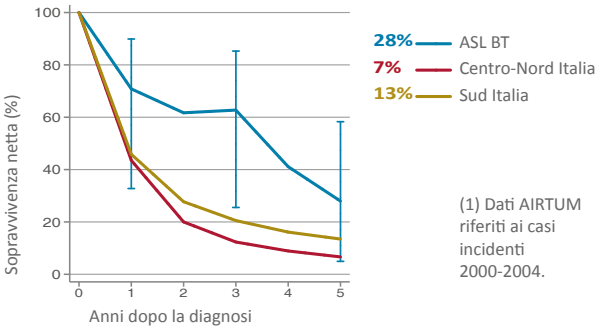
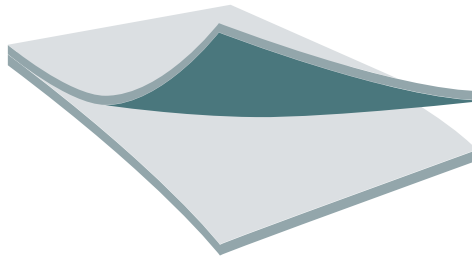


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

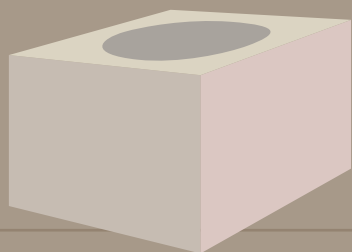
MESOTELIOMA



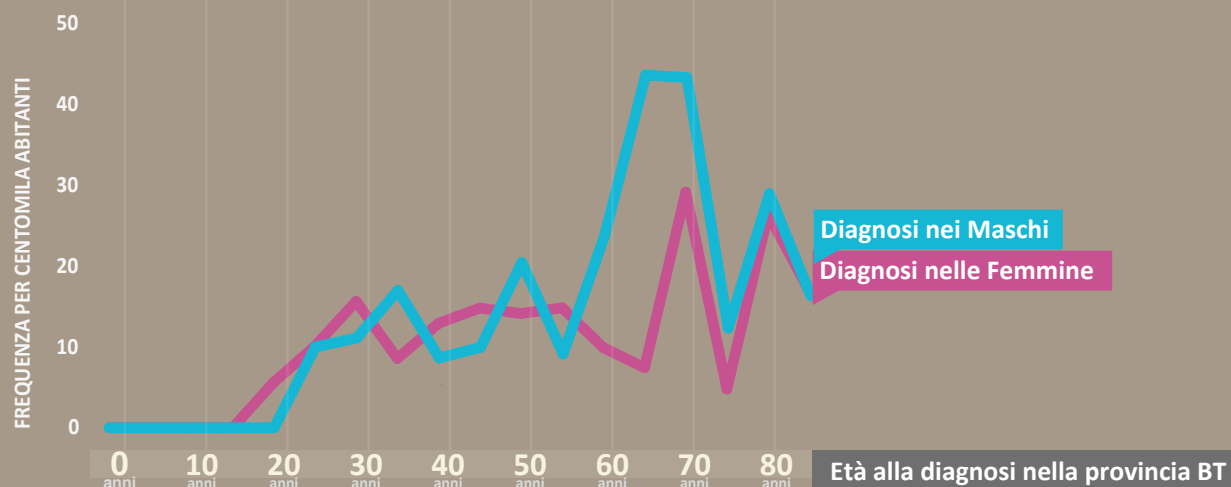
appunti e annotazioni

Focus

12



MELANOMA CUTANEO



È il terzo tumore più frequente al di sotto dei 50 anni sia per i maschi che per le femmine e negli ultimi anni l'incidenza è aumentata a fronte di un trend di mortalità piatto.

Nel territorio della Asl Bt per i maschi nel triennio 2006-2008 si sono osservati in media 23 nuovi casi e 7 decessi: rispetto all'Italia le differenze non sono statisticamente significative, ma rispetto al Sud l'incidenza è più alta di 53 punti percentuali e la mortalità di 69.

Per le donne le differenze di incidenza sono sempre rilevanti: la media di 19 nuovi casi annui fa registrare una frequenza di 23 punti percentuali più bassa rispetto al resto del Paese, ma una frequenza di 34 punti percentuali più alta quando si confrontano i dati con le altre regioni meridionali.

Cambia il senso quando si passa all'analisi della mortalità: i 4 casi annui medi fanno registrare una mortalità di 12 punti percentuali più alta di quella italiana e di 29 punti percentuali più alta di quella del Sud ma questi dati non sono statisticamente significativi.

La sopravvivenza registrata è in linea con quella del Sud Italia mentre è più bassa di quella italiana: a cinque anni da insorgenza della patologia la sopravvivenza nei dieci comuni della provincia Barletta-Andria-Trani è del 75 per cento, nelle altre regioni del Sud Italia è del 77 per cento mentre nel resto del Paese si assesta sull'85 per cento.





MELANOMA CUTANEO

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

23

uomini scoprono di avere la malattia

L il 10% in meno rispetto all'Italia,
M il 53% in più rispetto al Sud*.

Mortalità

7

uomini non ce la fanno

M il 40% in più rispetto all'Italia,
M il 69% in più rispetto al Sud*.

Incidenza

19

donne scoprono di avere la malattia

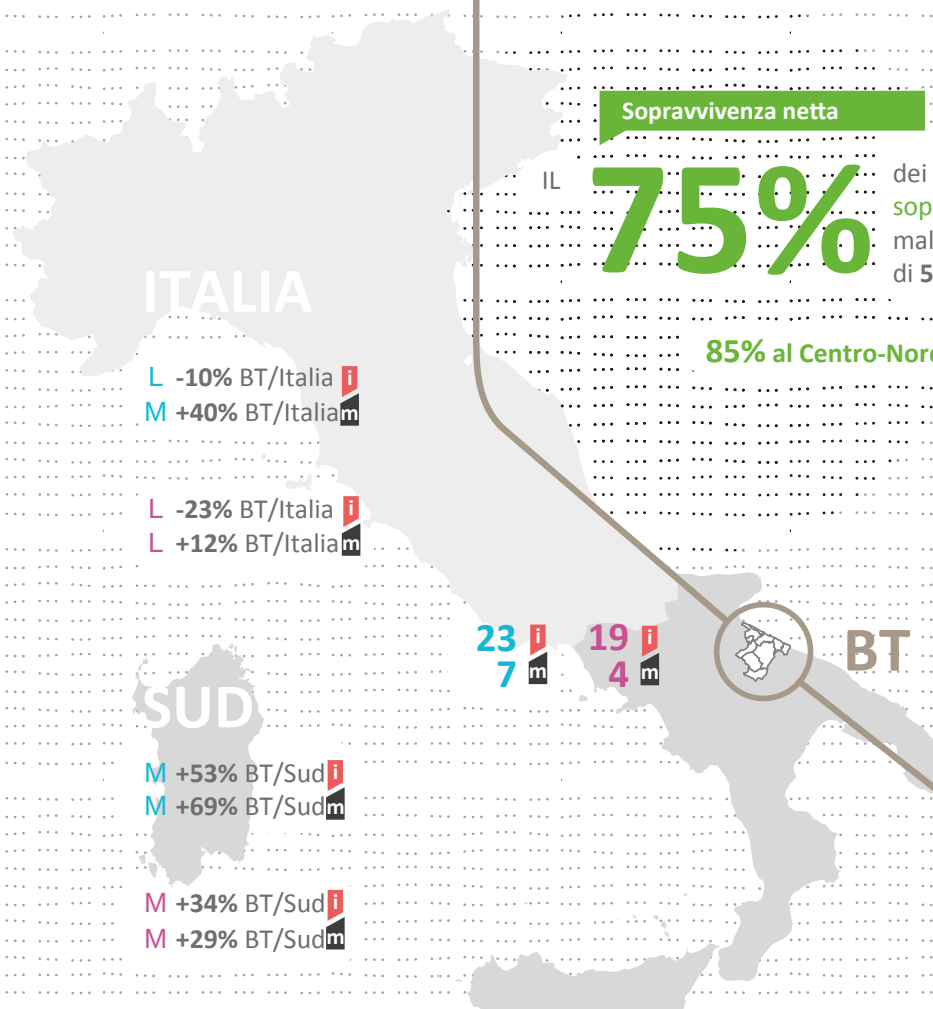
L il 23% in meno rispetto all'Italia*,
M il 34% in più rispetto al Sud*.

Mortalità

4

donne non ce la fanno

M il +12% in più rispetto all'Italia,
M il +29% in più rispetto al Sud.



Sopravvivenza netta

75%

dei pazienti della BT
sopravvive alla
malattia a distanza
di 5 anni.**

85% al Centro-Nord : 77% al Sud

(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza **non** sia dovuta al caso.

(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.

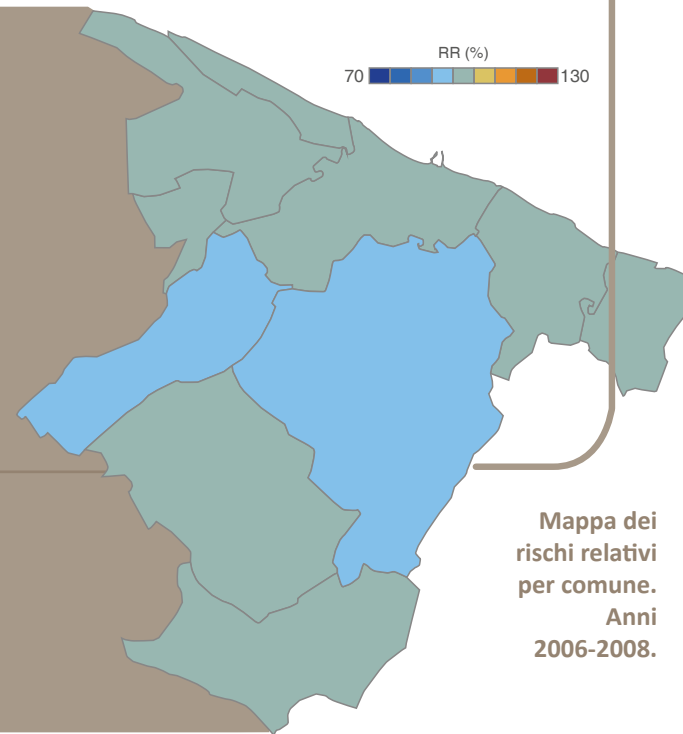
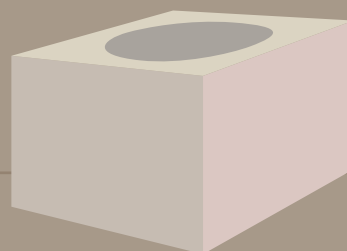
Scheda

12

MELANOMA CUTANEO

Sedi ICD-O-3: C44

Morfologie ICD-O-3:
M8720-8790



Mappa dei
rischi relativi
per comune.
Anni
2006-2008.

Il melanoma cutaneo è un tumore maligno che deriva dalla trasformazione dei melanociti. L'incidenza e la prevalenza di melanoma sono dipendenti da fattori genetici, fenotipici e ambientali e tali tumori sono molto più frequenti nelle popolazioni caucasiche.

Sia nei maschi che nelle femmine è il terzo tumore più frequente al di sotto dei 50 anni. In entrambi i sessi inoltre si rileva nel corso degli ultimi decenni un costante aumento dell'incidenza, a fronte di un trend di mortalità piatto e tale fenomeno sembra essere legato da un lato all'aumento dell'attenzione e della pressione diagnostica, dall'altro a un effettivo aumen-

to dell'esposizione cumulativa a radiazioni UV naturali e artificiali anche connessa alla riduzione dello strato di ozono nell'atmosfera. In Italia si rileva un netto gradiente geografico con incidenza più alta al Nord e più bassa al Sud.

Tra i fattori di rischio genetici ricordiamo la mutazione dei geni oncosoppressori CDKN2A e CDK4 e di geni implicati nella riparazione del DNA. Tra i fattori di rischio fenotipici si ricorda il fototipo cutaneo chiaro, il numero totale di nevi e in particolare il numero di nevi displasici. Il fattore ambientale più importante è l'esposizione a raggi UV: l'esposizione intermittente,

quella in età infantile-adolescenziale, il numero di ustioni solari, l'esposizione a radiazioni UV artificiali sembrano avere un ruolo più importante.

Clinicamente si distinguono quattro forme di melanoma cutaneo, quello a diffusione superficiale che è il più frequente, il melanoma su lentigo maligna, il melanoma acrale lentiginoso e il melanoma nodulare che essendo caratterizzato da crescita verticale ab initio è gravato da una prognosi peggiore.

Le strategie di prevenzione primaria prevedono di esporsi al sole moderatamente, evitando le ore



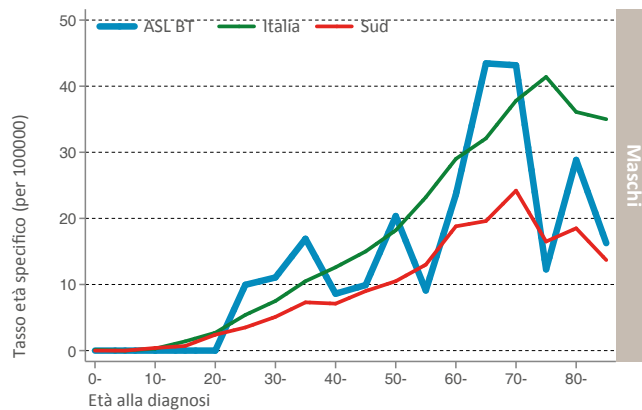


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

	● Incidenza		
	M+F	M	F
Numero casi	126	68	58
Percentuale sul totale	2,4	2,3	2,4
Tasso grezzo	10,8	11,8	9,8
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	9,7	10,8	8,7
Rischio cumulativo 0-74 anni	0,8	1,0	0,7

(1) Popolazione standard europea

	● Mortalità		
	M+F	M	F
	34	22	12
	1,5	1,7	1,2
	2,9	3,8	2,0
	2,5	3,3	1,8
	0,2	0,2	0,2

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

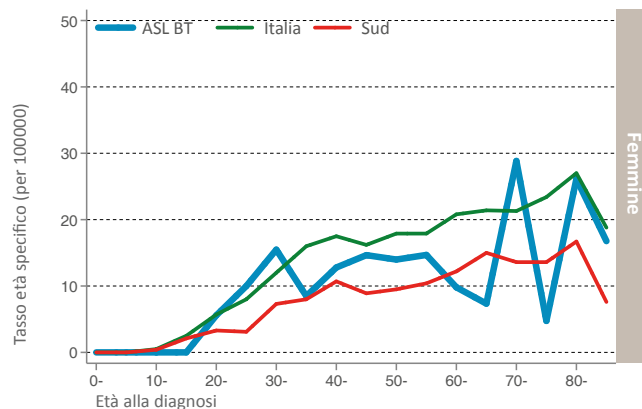


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

comprese tra le 12.00 e le 15.00, di utilizzare creme protettive adatte al fototipo, di non esporre bambini piccoli al sole, di evitare le lampade e i lettini abbronzanti.

La diagnosi precoce prevede un autocontrollo dei nevi (regola ABCDE, con A = asimmetria; B = irregolarità dei bordi; C = variabilità del colore; D=diametro $\geq 5\text{mm}$; E= evoluzione della lesione), visita dermatologica con microscopia ad epiluminescenza/dermatoscopia in presenza di lesioni sospette.

Nella provincia BT dal punto di vista topografico prevalgono i melanomi del tronco, che da soli rappresentano quasi la metà dei casi, seguiti da quelli degli

arti inferiori e superiori. Soprattutto nei maschi si rileva un'incidenza e una mortalità per melanoma cutaneo più alta rispetto a quella del sud (Figg. 2), mentre nelle femmine l'eccesso statisticamente significativo è limitato all'incidenza.

La sopravvivenza è in linea con quella del sud Italia, ma è decisamente più bassa di quella riscontrata nel centro-nord (75% vs 85%), probabilmente per una diversa propensione alla diagnosi precoce (Fig. 4).

Gruppo morfologico	Casi	%
Melanoma diffusione superficiale	71	57,3
Melanoma nodulare	30	24,2
Lentigo maligna melanoma	2	1,6
Acralle lentiginoso	2	1,6
Altre morfologia	15	12,1
Melanoma NAS	4	3,2

Sottosede	Casi	%
Cute del labbro	0	0,0
Palpebra	0	0,0
Orecchio esterno	1	0,8
Cute della testa e del collo	4	3,2
Cute del tronco	60	47,6
Cute dell'arto superiore e spalla	18	14,3
Cute dell'arto inferiore e anca	27	21,4
Cute di altre parti della faccia	6	4,8
Lesione sconfinante della cute	4	3,2
Non specificato	6	4,8

Tabelle 2. Distribuzione per morfologia e sottosede Anni 2006-2008.

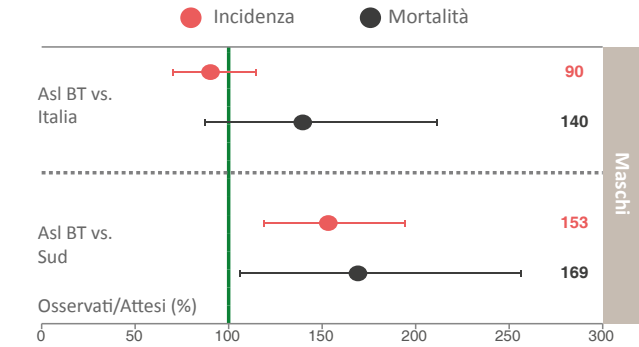


Figura 2M. Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

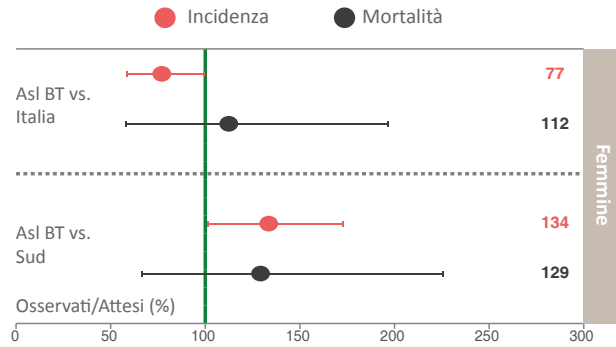


Figura 2F. Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

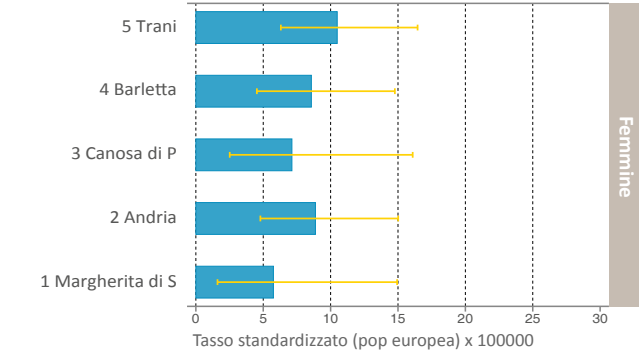
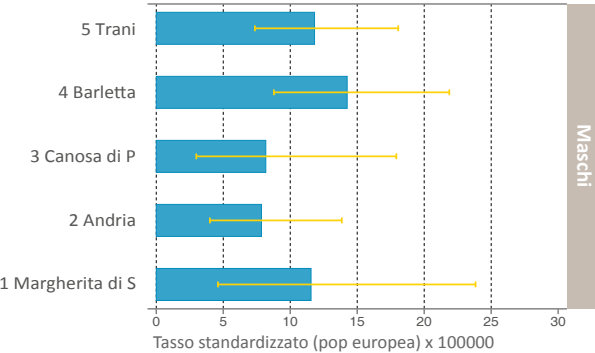


Figura 3M (a sinistra) e Figura 3F (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

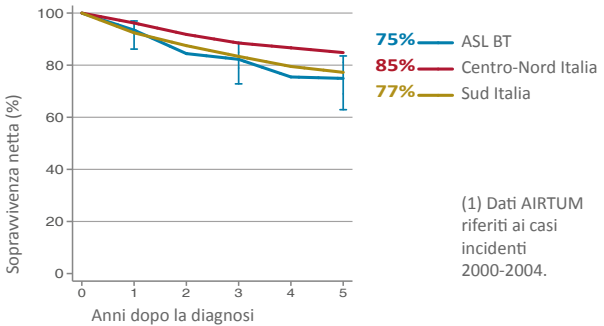
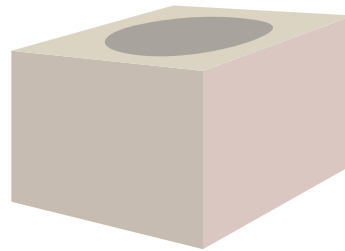


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

12. MELANOMA CUTANEO



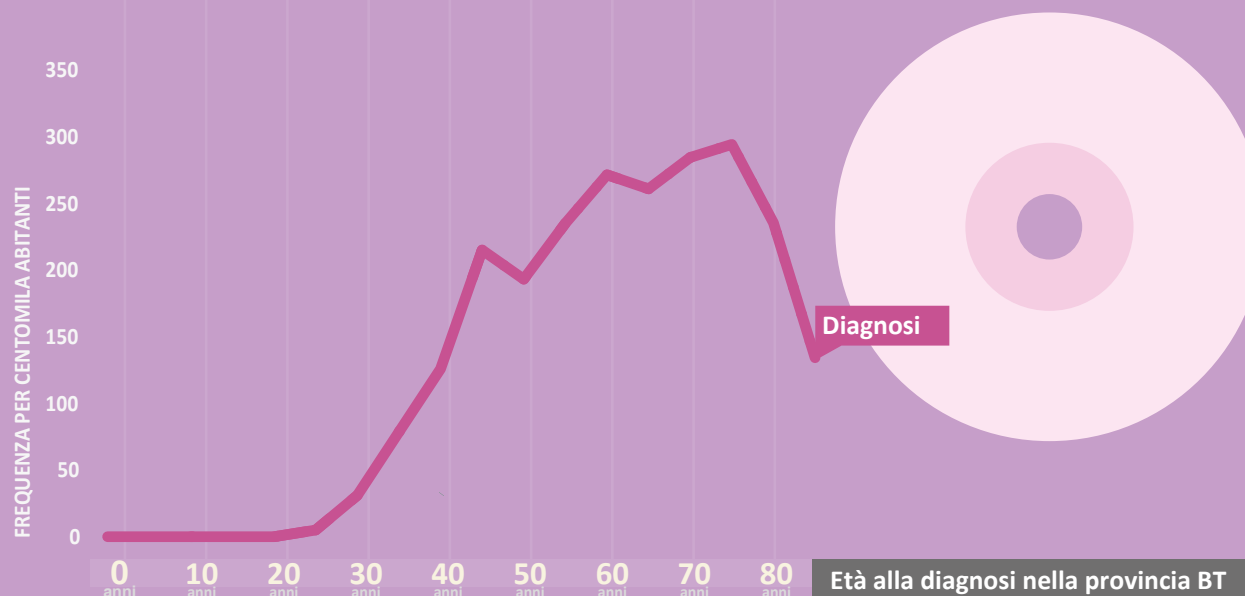
MELANOMA CUTANEO



appunti e annotazioni

Focus 13

MAMMELLA



Di tumore alla mammella nel territorio della Asl Bt ci si ammala più che al Sud ma meno che nel resto d'Italia.

Il tumore maligno della mammella è il più frequente tra le donne e anche i tassi di mortalità sono al primo posto nella classifica delle neoplasie più comuni, anche se negli ultimi anni in Italia i numeri hanno registrato un calo sia per incidenza che per mortalità e si è ridotta la storica differenza tra Nord e Sud.

Nel territorio della Asl Bt nel triennio 2006-2008 si

sono registrati in totale 686 casi con una media annua di 229 nuovi casi e di 58 decessi.

La frequenza di incidenza risulta più bassa di 10 punti percentuali rispetto al Centro-Nord, ma più alta di 11 punti percentuali rispetto alle altre regioni del meridione. Le differenze relative alla mortalità invece non sono statisticamente rilevanti.

La curva dell'età in cui insorge la patologia mostra che il rischio di ammalarsi di tumore alla mammella aumenta con l'età con un andamento che cresce rapidamente fino agli anni che precedono la meno-

pausa per poi rallentare in corrispondenza della menopausa e ritornare a crescere dopo i 60 anni.

Rispetto alla sopravvivenza bisogna mettere in evidenza una sostanziale uguaglianza di percentuali nel paragone con il Sud, ma un valore più basso rispetto al resto dell'Italia: mentre nella Asl Bt il tasso di sopravvivenza a cinque anni dalla insorgenza della patologia è dell'84 per cento, al Sud si assesta sull'83 per cento e al Centro-Nord raggiunge l'87 per cento.

MAMMELLA

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

229 **donne** scoprono di avere la malattia
L il **10% in meno** rispetto all'Italia*,
M il **11% in più** rispetto al Sud*.

Sopravvivenza netta

84% dei pazienti della BT
sopravvive alla
malattia a distanza
di **5 anni**.**

87% al Centro-Nord | **83% al Sud**

Mortalità

58 **donne** non ce la fanno
L il **4% in meno** rispetto all'Italia,
M il **5% in più** rispetto al Sud.

L **-10% BT/Italia**
L **-4% BT/Italia**

M **+11% BT/Sud**
M **+5% BT/Sud**

229
58

BT

(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza **non** sia dovuta al caso.

(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.

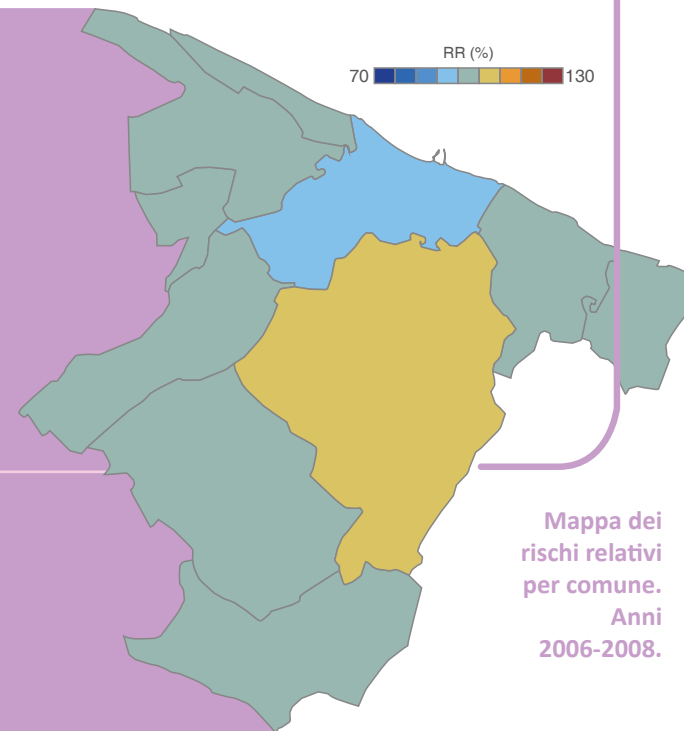
Scheda

13

MAMMELLA

Sedi ICD-O-3: C50

Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



Mappa dei
rischi relativi
per comune.
Anni
2006-2008.

Il tumore maligno della mammella è al primo posto sia per incidenza neoplastica che per mortalità nel sesso femminile. Negli ultimi anni in Italia si è registrata una riduzione dell'incidenza e della mortalità per tumore della mammella femminile e si è ridotta la storica differenza di incidenza tra il Sud e il Nord del Paese, legata soprattutto alla differente alimentazione e al differente tasso di fecondità.

Il rischio di ammalarsi di tumore della mammella aumenta con l'età, con una curva che cresce rapidamente fino agli anni perimenopausali, per poi rallentare e raggiungere un plateau dopo la

menopausa, e ritornare a crescere linearmente dopo i 60 anni. La forma di tale curva è da ascrivere al ruolo giocato dagli ormoni femminili nell'etiopatogenesi e alla copertura dei programmi di screening mammografico. Il profilo ormonale e in particolare il tempo e l'intensità di esposizione agli estrogeni e al progesterone sono un importante fattore di rischio, per cui il menarca precoce, la menopausa tardiva, la nulliparità o la parità tardiva, il mancato allattamento al seno e l'uso di contraccettivi orali, aumentano l'incidenza di tumore della mammella fra le donne. Altri fattori di rischio ben noti sono l'obesità,

l'alimentazione ricca di zuccheri semplici, grassi saturi, carni rosse e povera di frutta e verdura, l'abuso di alcolici, la scarsa attività fisica, poiché incidono sul profilo ormonale e metabolico. Le radiazioni ionizzanti (anche a uso diagnostico o soprattutto terapeutico) e il fumo di sigaretta sono un altro fattore di rischio.

Un ruolo importante lo gioca anche la familiarità: le donne con un parente di primo grado affetto, hanno un rischio doppio di ammalarsi dello stesso tumore e si ritiene che circa il 5-7% dei tumori maligni della mammella siano ereditari e la maggior parte di

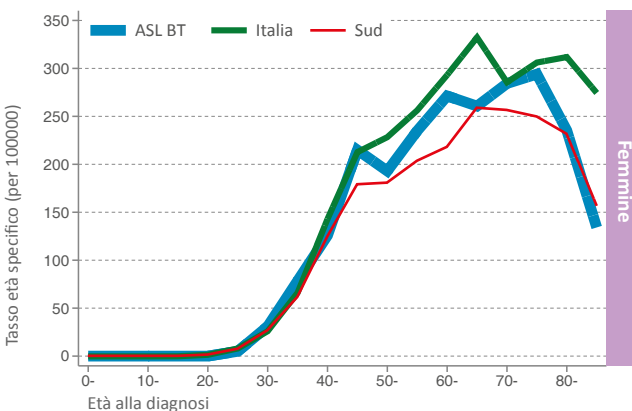


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

	● Incidenza				● Mortalità		
	M+F	M	F		M+F	M	F
Numero casi			686				175
Percentuale sul totale			28,5				18,1
Tasso grezzo			116,3				29,7
Tasso standardizzato (1) (per 100000)			101,6				22,8
Rischio cumulativo 0-74 anni			8,1				1,8

(1) Popolazione standard europea

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

questo risulta legato alla mutazione di due singoli geni, BRCA-1 BRCA-2, correlati anche al tumore dell'ovaio. Si ricorda inoltre che a parte le forme invasive, esistono a carico del parenchima mammario tumori in situ con capacità evolutiva e lesioni precancerose che aumentano il rischio di sviluppare forme invasive. La prevenzione primaria passa attraverso un'alimentazione corretta, l'esercizio fisico costante, l'astensione dal fumo di sigaretta.

Per il tumore della mammella esistono su tutto il territorio nazionale programmi di screening mammografico che permettono di intercettare forme non invasive o lesioni invasive in stadi precoci nei quali la terapia chirurgica con o senza radio/chemio terapia può

essere risolutiva.

Nella provincia BT si sono registrati 686 casi di tumore maligno invasivo della mammella femminile e di questi il 74% è della forma duttale, il 9% di quella lobulare, il 6% di forma mista (Tab. 2F).

L'incidenza è più bassa di quella nazionale, ma più alta di quella del Sud Italia, mentre per la mortalità non si registrano differenze statisticamente significative (Fig. 2F).

La sopravvivenza per tumore della mammella è in linea con quella del Sud Italia (Fig. 4).

Gruppo morfologico	Casi	%
Duttale	497	74,2
Lobulare	61	9,1
Duttale e Lobulare	38	5,7
Mucinoso	8	1,2
Tubulare	18	2,7
Papillare	6	0,9
Altre morfologie	33	4,9
Carcinoma NAS	3	0,4
Non Specificato	6	0,9

Sottosede	Casi	%
Capezzolo	5	0,7
Parte centrale	39	5,7
Quadrante supero-interno	72	10,5
Quadrante infero-interno	30	4,4
Quadrante supero-esterno	239	34,8
Quadrante infero-esterno	33	4,8
Prolungamento ascellare	2	0,3
Lesione sconfinante	22	3,2
Non specificato	244	35,6

Tabelle 2F. Distribuzione per morfologia e sottosede Anni 2006-2008.

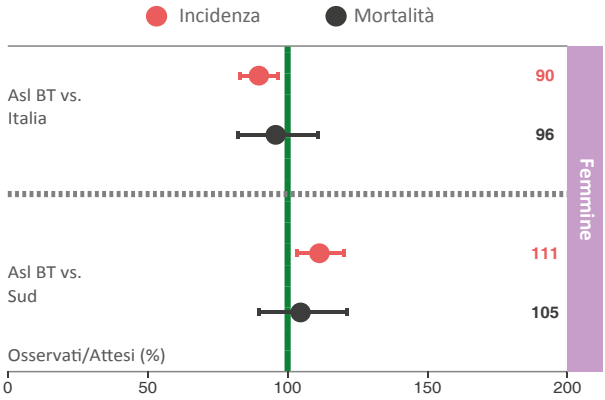


Figura 2F. Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

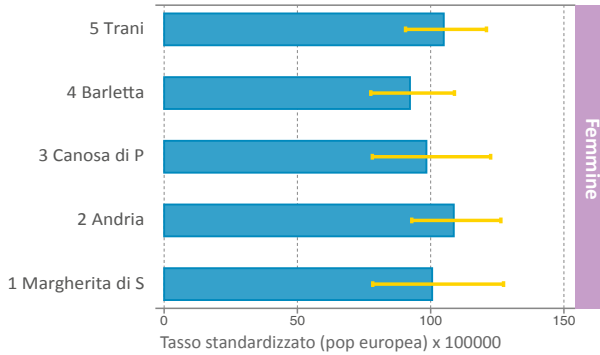


Figura 3F. Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

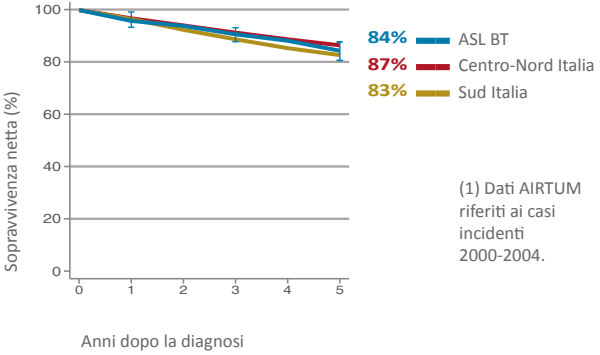
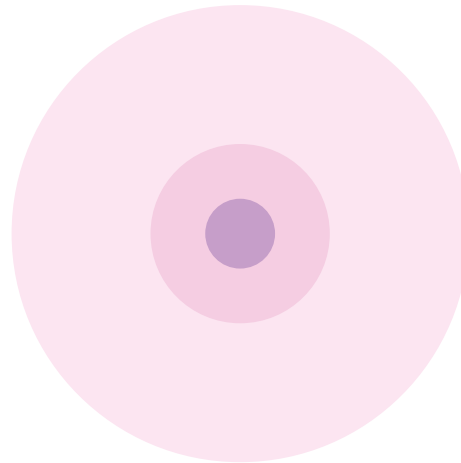


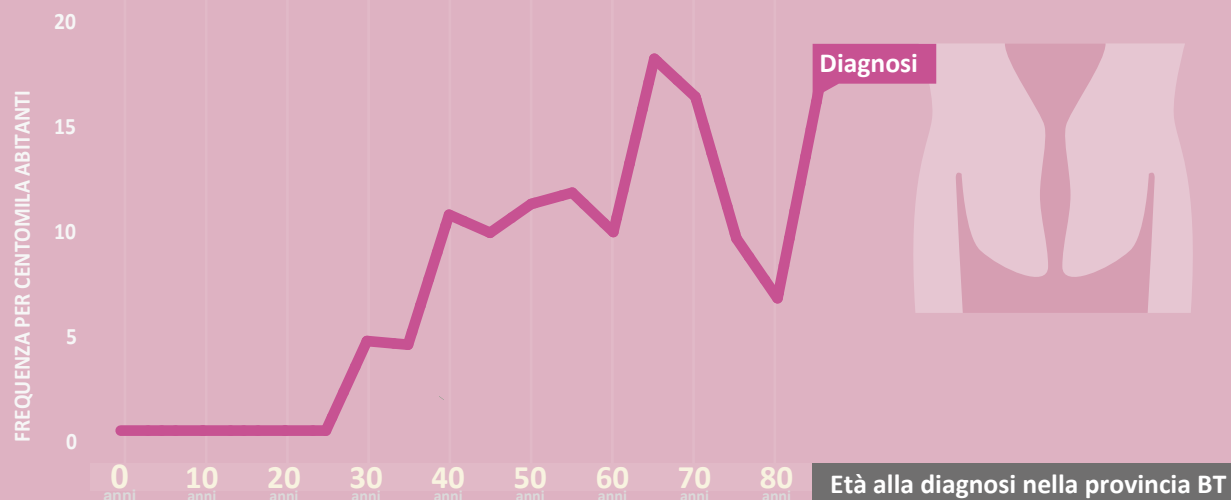
Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia. Anni 2006-2008.

MAMMELLA



appunti e annotazioni

COLLO DELL'UTERO



Di tumore maligno della cervice (o collo) dell'utero ci si ammala nel territorio della Asl Bt come nel resto del Sud Italia e nelle regioni del Centro-Nord: le differenze di frequenze registrate per incidenza e mortalità non sono statisticamente rilevanti.

Nel triennio 2006-2008 si sono osservati in media 13 nuovi casi e 2 decessi: come nel resto del Paese e negli altri paesi occidentali, infatti, il tumore maligno del collo dell'utero è diventato un tumore a bassa incidenza e ad ancor più bassa mortalità.

Nella provincia di Barletta-Andria-Trani questo tumore maligno rappresenta l'1,6 per cento di tutti i tumori maligni incidenti nelle donne e lo 0,6 per cento per quanto riguarda la mortalità.

Il grafico relativo all'età di insorgenza della patologia mette in evidenza che i picchi più alti si registrano tra i 60 e i 70 anni. Non sono invece in linea con i dati italiani le percentuali di sopravvivenza.

Dopo cinque anni dalla insorgenza della patologia si registra nella Asl Bt una percentuale di sopravvivenza del 58 per cento.

Nelle altre regioni del Meridione il dato arriva al 64 per cento mentre nelle aree del Centro-Nord si registra un 66 per cento.

È possibile che questa differenza indichi una non adeguata copertura dello screening della cervice uterina o una scarsa adesione allo stesso.



COLLO DELL'UTERO

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

13

donne scoprono di avere la malattia

- L il 10% in meno rispetto all'Italia,
- L il 5% in meno rispetto al Sud.

Mortalità

2

donne non ce la fanno

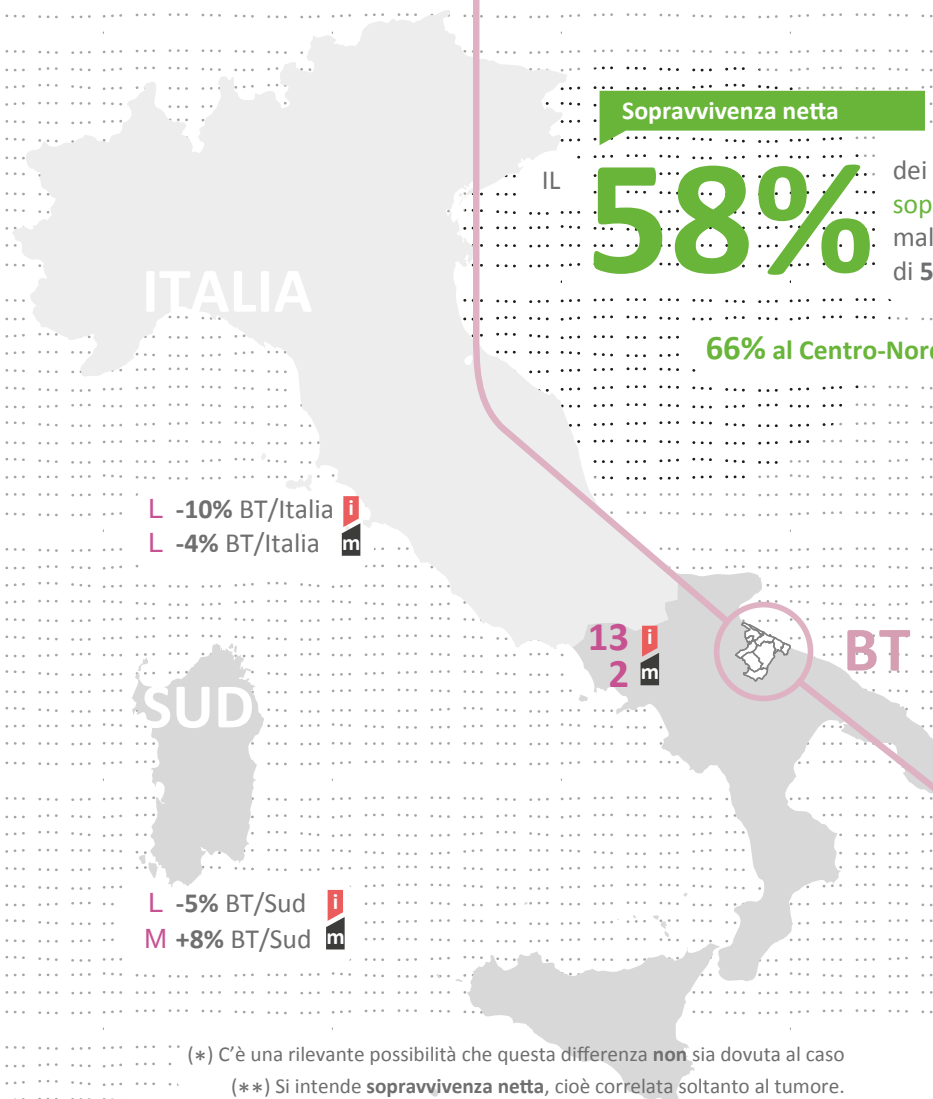
- L il 4% in meno rispetto all'Italia,
- M il 8% in più rispetto al Sud.

Sopravvivenza netta

58%

dei pazienti della BT
sopravvive alla
malattia a distanza
di 5 anni.**

66% al Centro-Nord : 64% al Sud



(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza **non** sia dovuta al caso

(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.

Scheda

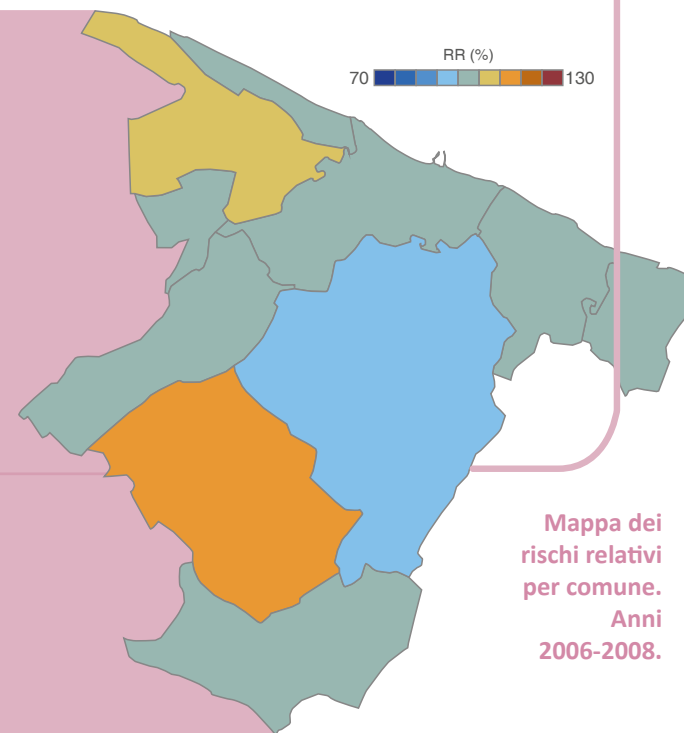
14

COLLO DELL'UTERO



Sedi ICD-O-3: C53

Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



Il tumore maligno della cervice (o collo) dell'utero è diventato un tumore a bassa incidenza e ad ancor più bassa mortalità nei paesi occidentali. Anche nella provincia BT esso rappresenta l'1.6% dei tumori maligni incidenti nelle donne e lo 0.6% per quanto riguarda la mortalità.

Il principale fattore di rischio è l'infezione da Human Papilloma Virus, soprattutto da ceppi ad alto rischio oncogeno (HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 68). Esistono dunque strumenti efficaci di prevenzione primaria (limitazione della promiscuità sessuale, utilizzo del preservativo, vaccinazione

anti-HPV) e secondaria (screening, che permette l'individuazione di lesioni preneoplastiche o in fase pre-invasiva, ovvero diagnosi precoce di lesioni invasive). Altri fattori di rischio riconosciuti sono il fumo di sigaretta, la dieta povera di frutta e verdure, l'obesità e la familiarità. Come atteso, i dati provinciali mostrano una preponderanza della sottosede esocervicale (63%) rispetto a quella endocervicale (24%) e come morfologia prevale il carcinoma squamocellulare (78%) seguito dall'adenocarcinoma (14%). L'incidenza e la mortalità nella provincia BT sono pressoché sovrapponibili a quelle italiane (Fig. 2F) e c'è una

variabilità interdistrettuale con incidenza più bassa nel distretto di Andria e più alta in quello di Margherita di Savoia (Fig. 3F e Mappa), ma le differenze non sono statisticamente significative.

Dalla mappa si evince che a livello comunale l'SMR smoothed più alto si registra a Minervino Murge.

La sopravvivenza è un po' più bassa di quella del resto del sud Italia e ancor di più di quella del centro-nord, il che potrebbe indicare una non adeguata copertura dello screening o una scarsa adesione allo stesso (Fig. 4).

	● Incidenza				● Mortalità		
	M+F	M	F		M+F	M	F
Numero casi			38				6
Percentuale sul totale			1,6				0,6
Tasso grezzo			6,4				1,0
Tasso standardizzato (1) (per 100000)			5,7				0,8
Rischio cumulativo 0-74 anni			0,5				0,1

Popolazione standard europea

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

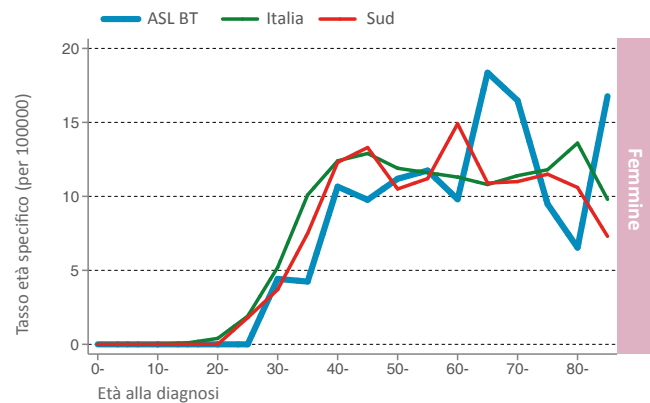


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

Gruppo morfologico	Casi	%
Squamocellulare	28	77,8
Adenocarcinoma	5	13,9
Carcinoma NAS	1	2,8
Altri	2	5,5
Non specificato	0	0,0

Sottosede	Casi	%
Endocervice	9	23,7
Esocervice	24	63,2
Lesione sconfinante	1	2,6
Non specificato	4	10,5

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2008.

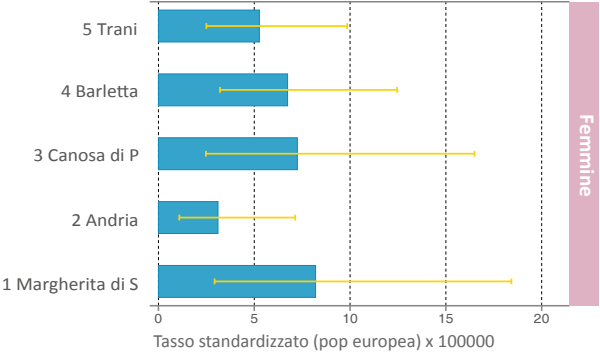


Figura 3F. Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

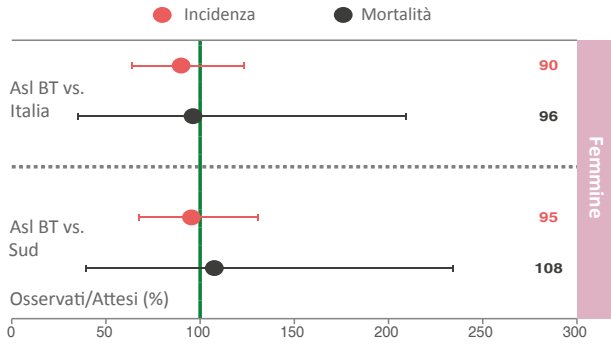


Figura 2F. Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

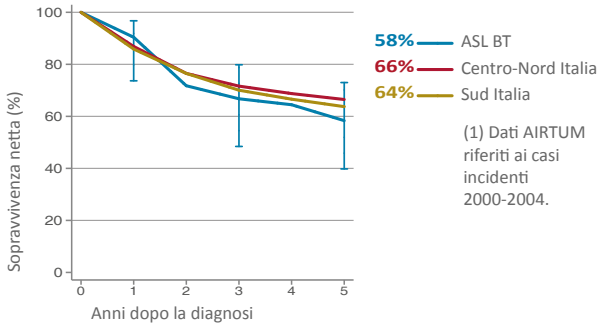
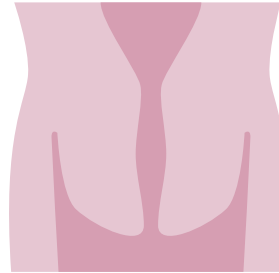


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

COLLO DELL'UTERO

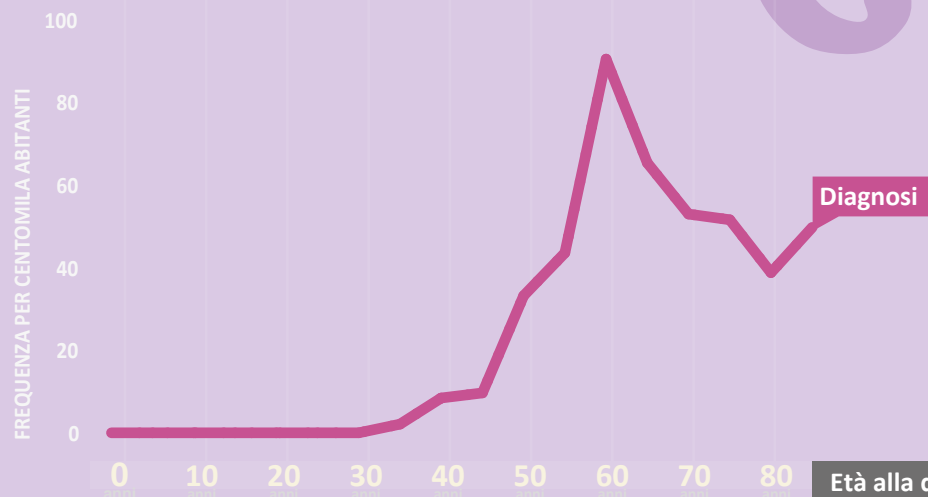


appunti e annotazioni

Focus

15

CORPO dell'UTERO



Età alla diagnosi nella provincia BT

È al sesto posto tra i tumori più frequenti nelle donne, ma di tumore maligno del corpo dell'utero ci si ammala nel territorio della Asl Bt come nel resto del Sud Italia e nelle regioni del Centro-Nord: le differenze di frequenze registrate per incidenza e mortalità non sono statisticamente rilevanti.

Nel triennio 2006-2008 si sono osservati in media 39 nuovi casi annui e 3 decessi: in nessun caso i dati Asl Bt si discostano molto da quelli rilevati nel resto del Paese.

Anche una mortalità inferiore a quella italiana di

20 punti percentuali non risulta statisticamente significativa perché il dato Asl Bt si pone in un intervallo troppo ampio.

Il grafico relativo all'età di insorgenza della patologia mette in evidenza che il tumore del corpo dell'utero colpisce prevalentemente le donne anziane con un picco dopo i 60 anni.

I dati di sopravvivenza avvicinano la Asl Bt alle regioni del Centro-Nord piuttosto che a quelle del Sud: a cinque anni dalla insorgenza della patologia il tasso di sopravvivenza nella provincia Barletta-Andria-Trani è

al 78 per cento mentre nelle altre regioni del Meridione si ferma al 74 per cento. Il resto d'Italia registra un 77 per cento.

La quasi totalità dei tumori del corpo dell'utero è rappresentato dal carcinoma dell'endometrio.



CORPO DELL'UTERO

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

39

donne scoprono di avere la malattia

L il **3% in meno** rispetto all'Italia,
M il **4% in più** rispetto al Sud.

Sopravvivenza netta

78%

dei pazienti della BT
sopravvive alla
malattia a distanza
di **5 anni**. **

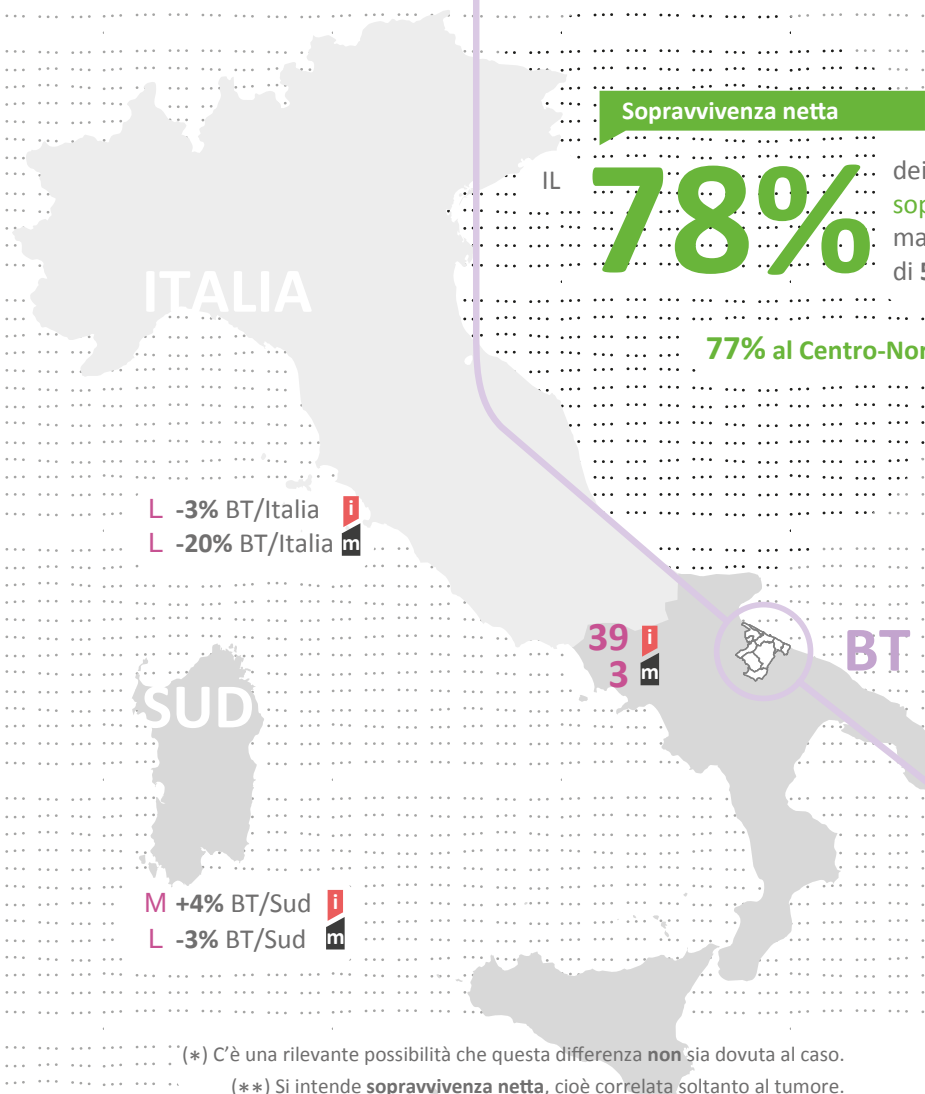
77% al Centro-Nord | **74% al Sud**

Mortalità

3

donne non ce la fanno

L il **20% in meno** rispetto all'Italia,
L il **3% in meno** rispetto al Sud.



(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza **non** sia dovuta al caso.

(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.

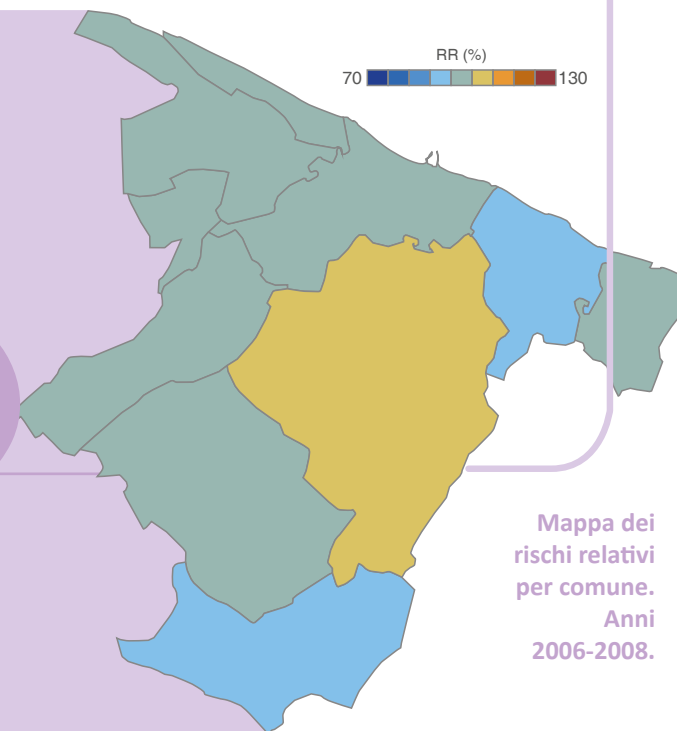
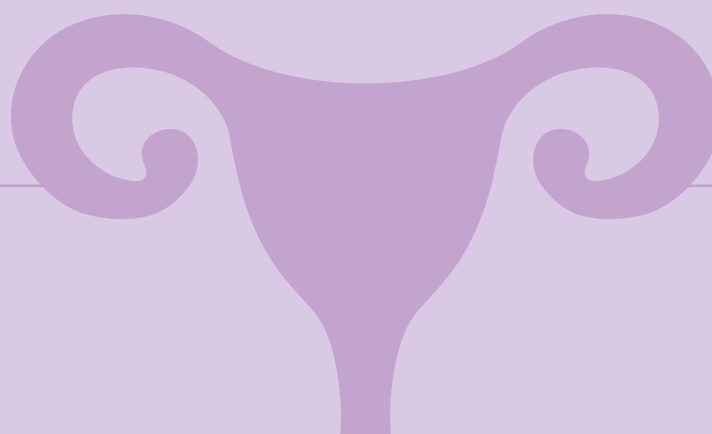
Scheda

15

CORPO dell'UTERO

Sedi ICD-O-3: C54

Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



Mappa dei
rischi relativi
per comune.
Anni
2006-2008.

Il carcinoma dell'endometrio, che rappresenta la quasi totalità dei tumori del corpo uterino è al sesto posto tra i tumori più frequenti nelle donne; colpisce prevalentemente le donne anziane, con un picco dopo i 60 anni.

Oltre all'età, sono fattori di rischio l'obesità e il diabete e tutte le situazioni che inducono una esposizione prolungata a estrogeni, quali menarca precoce, menopausa tardiva, assenza di gravidanze.

Gli anticoncezionali orali in cui sono presenti anche progestinici sembrano avere un'azione protettiva,

mentre la terapia sostitutiva post-menopausa con soli estrogeni aumenta il rischio.

Non esistono strategie di prevenzione specifiche per il tumore dell'utero oltre al consiglio di seguire stili di vita salutari.

Per quanto riguarda la provincia BT, si osserva una più alta frequenza di tumori dell'endometrio (81%) e dal punto di vista morfologico di adenocarcinomi (84%), sebbene si segnali un 8% di sarcomi.

L'incidenza e la mortalità sono in linea con quelle italiane e del sud (Fig. 2).

Non si rileva una grande eterogeneità spaziale, sebbene si segnali un SIR smoothed lievemente più alto ad Andria (Mappa).

La sopravvivenza si attesta sui valori del centro-nord Italia (Fig.4).

	● Incidenza				● Mortalità		
	M+F	M	F		M+F	M	F
Numero casi			118				8
Percentuale sul totale			4,9				0,8
Tasso grezzo			20,0				1,4
Tasso standardizzato (1) (per 100000)			17,2				1,1
Rischio cumulativo 0-74 anni			1,5				0,1

Popolazione standard europea

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

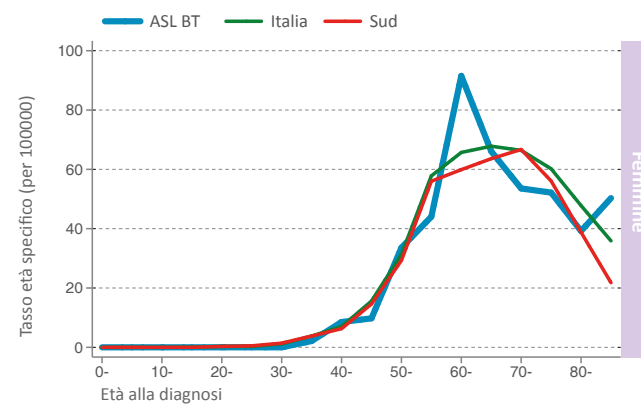


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

Gruppo morfologico	Casi	%
Adenocarcinoma	97	83,6
Sarcoma	9	7,8
Altre morfologie	10	8,6
Non specificato	0	0,0

Sottosede	Casi	%
Istmo uterino	1	0,8
Endometrio	96	81,4
Miometrio	1	0,8
Fondo dell'utero	2	1,7
Lesione sconfinante	1	0,8
Non specificato	17	14,4

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2008.

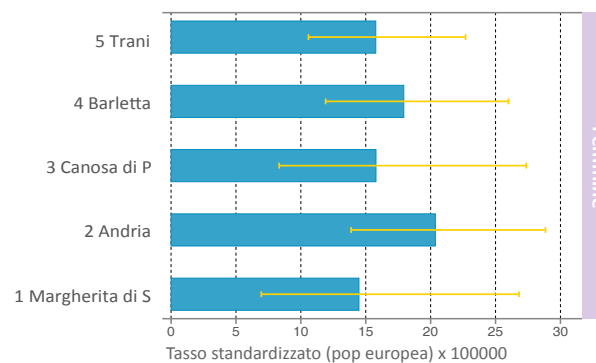


Figura 3F. Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

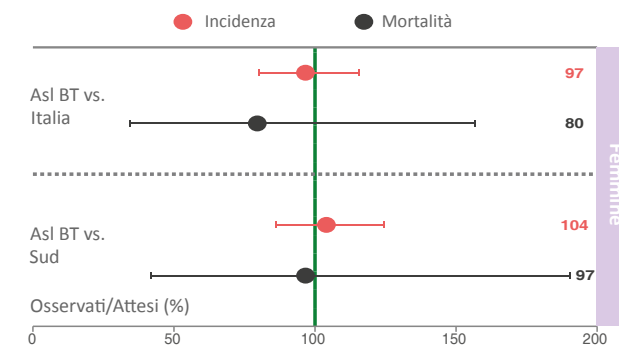


Figura 2F. Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

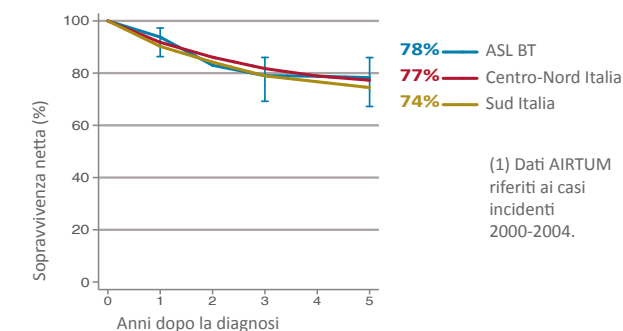
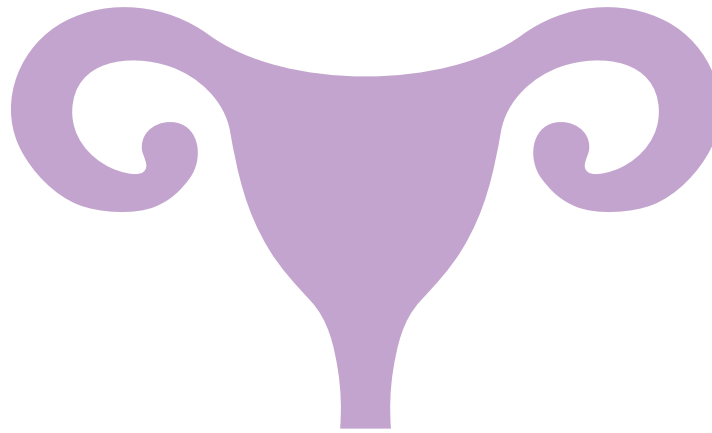


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

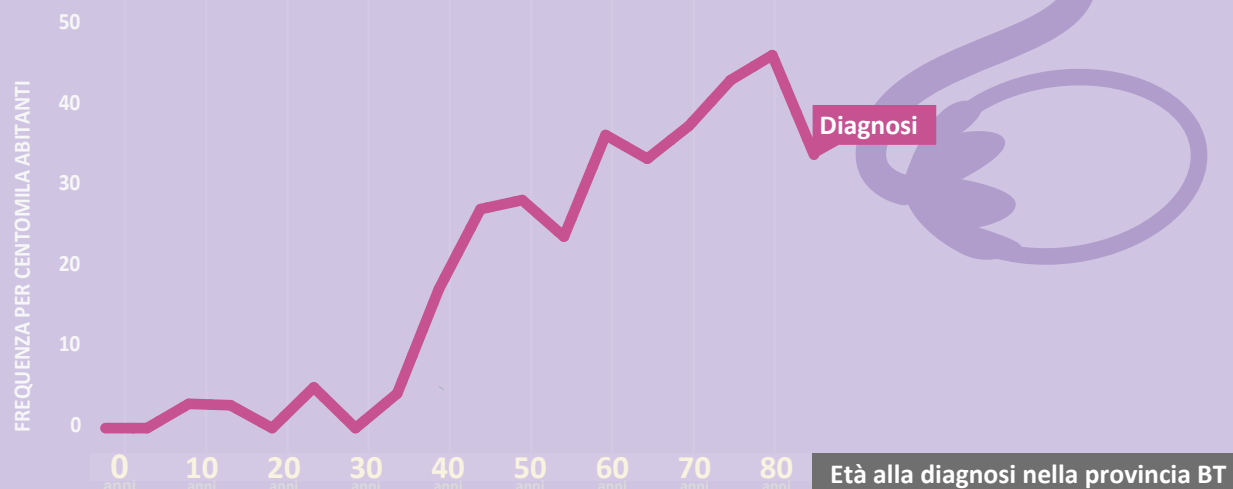
CORPO dell'UTERO



appunti e annotazioni

Focus 16

OVAIO



L'analisi dei dati relativi al tumore dell'ovaio mette in evidenza che nella Asl Bt non si registrano variazioni significative rispetto alle altre regioni italiane e al Sud Italia.

Il tumore maligno dell'ovaio è un tumore relativamente poco frequente e rappresenta infatti il 3 per cento delle diagnosi di tumore nelle donne.

Va inoltre sottolineato che negli ultimi anni il trend di incidenza ha registrato una discesa.

Nel territorio della Asl della Provincia Barletta - Andria - Trani nel triennio preso in esame si sono

osservati in media 31 nuovi casi annui e 14 decessi: in nessun caso i dati Asl Bt si discostano troppo da quelli rilevati nel resto del Paese e nelle regioni del Meridione.

I dati di sopravvivenza registrati nel territorio BT sono però migliori di quelli del Sud e del Centro-Nord: a cinque anni dalla insorgenza della patologia la sopravvivenza nella Asl Bt è del 47 per cento mentre al Sud si ferma al 41 per cento.

Nelle regioni del Centro-Nord viene registrato un dato di sopravvivenza a cinque anni del 40 per cento.

Nell'analisi di questi dati, però, è necessario considerare che i dati provinciali si riferiscono a un quinquennio successivo rispetto ai dati Aiurtum (Associazione italiana Registri Tumori) utilizzati per il paragone.



OVAIO

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

31

donne scoprono di avere la malattia

M il **13% in più** rispetto all'Italia,

M il **23% in più** rispetto al Sud-14.

Mortalità

14

donne non ce la fanno

L il **14% in meno** rispetto all'Italia,

L il **2% in meno** rispetto al Sud.

Sopravvivenza netta

IL
47%

dei pazienti della BT
sopravvive alla
malattia a distanza
di **5 anni.****

40% al Centro-Nord ; **41% al Sud**

M **+13% BT/Italia**
L **-14% BT/Italia**

M **+23% BT/Sud**
L **-2% BT/Sud**

31
14



BT

(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza **non** sia dovuta al caso.

(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.

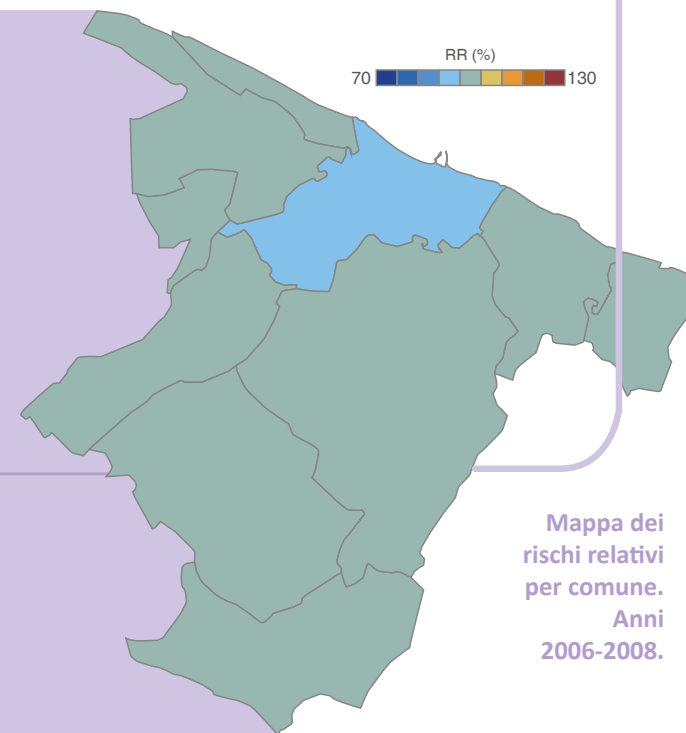
Scheda

16

OVAIO

Sedi ICD-O-3: C56

Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



Mappa dei
rischi relativi
per comune.
Anni
2006-2008.

Il tumore maligno dell'ovaio è un tumore relativamente poco frequente (circa il 3% delle diagnosi di tumore nelle donne) e in cui si riconosce un trend di incidenza in discesa negli ultimi anni.

I fattori di rischio comprendono la familiarità, in quanto il 10% dei tumori ovarici sembra essere associato a mutazioni genetiche in particolare a carico dei geni BRCA1 e BRCA2 (gli stessi coinvolti nell'eziopatogenesi dei tumori mammari ereditari) i fattori ormonali - per cui aumentano il rischio le condizioni che protraggono l'esposizione a estrogeni quali la nulliparità - il menarca precoce, la menopausa

tardiva, mentre risulta protettivo l'uso di contraccettivi estroprogestinici.

Non sono previsti programmi di screening per questo tumore, ma è stato suggerito che una visita ginecologica annuale, con palpazione ovarica bilaterale e ecografia transvaginale possano aumentare i casi di diagnosi precoce.

Il marcatore sierico CA125 è utile in fase di monitoraggio post-terapia, ma non in fase diagnostica.

Nella provincia BT prevale come morfologia il cistoadenocarcinoma sieroso (Tab.2).

Per quanto riguarda i dati della provincia BT l'incidenza di tumori ovarici risulta moderatamente più alta di quella riscontrata nel pool sud, mentre è in linea con quella italiana (Fig.2).

Non si riscontrano eterogeneità geografiche degne di nota.

La sopravvivenza per tumore ovarico nell'area BT è leggermente più alta di quella stimata in altre aree italiane (Fig.4), ma occorre considerare in tale valutazione il fatto che i dati provinciali sono riferiti a un quinquennio successivo a quelli AIRTUM.



	● Incidenza				● Mortalità		
	M+F	M	F		M+F	M	F
Numero casi			92				42
Percentuale sul totale			3,8				4,3
Tasso grezzo			15,6				7,1
Tasso standardizzato (1) (per 100000)			13,4				5,6
Rischio cumulativo 0-74 anni			1,1				0,4

(1) Popolazione standard europea

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

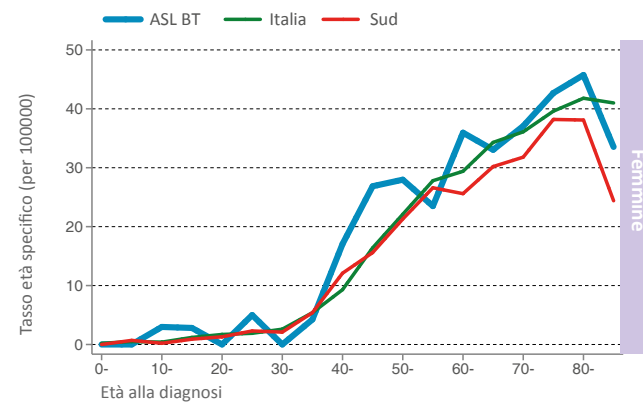


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

Gruppo morfologico	Casi	%
Cistoadenoca. sieroso	43	53,1
Cistoadenoca. mucinoso	3	3,7
Cistoadenoca. endometriode	10	12,3
Altri adenocarcinomi	8	9,9
Altre morfologie	11	13,6
Non specificato	6	7,4

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2008.

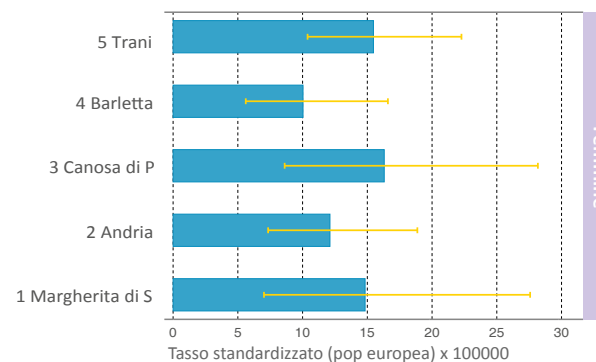


Figura 3F. Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

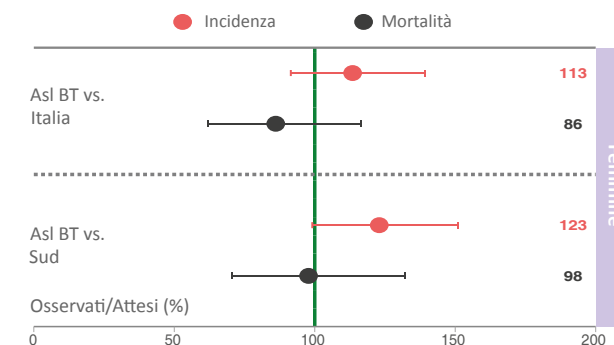


Figura 2F. Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

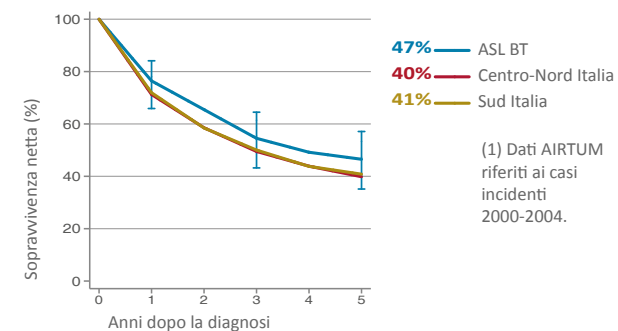
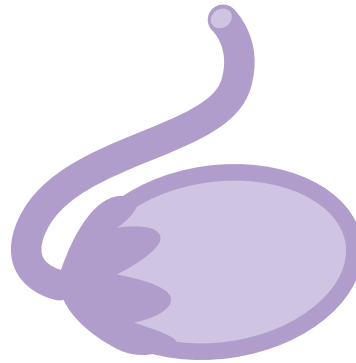


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

OVAIO

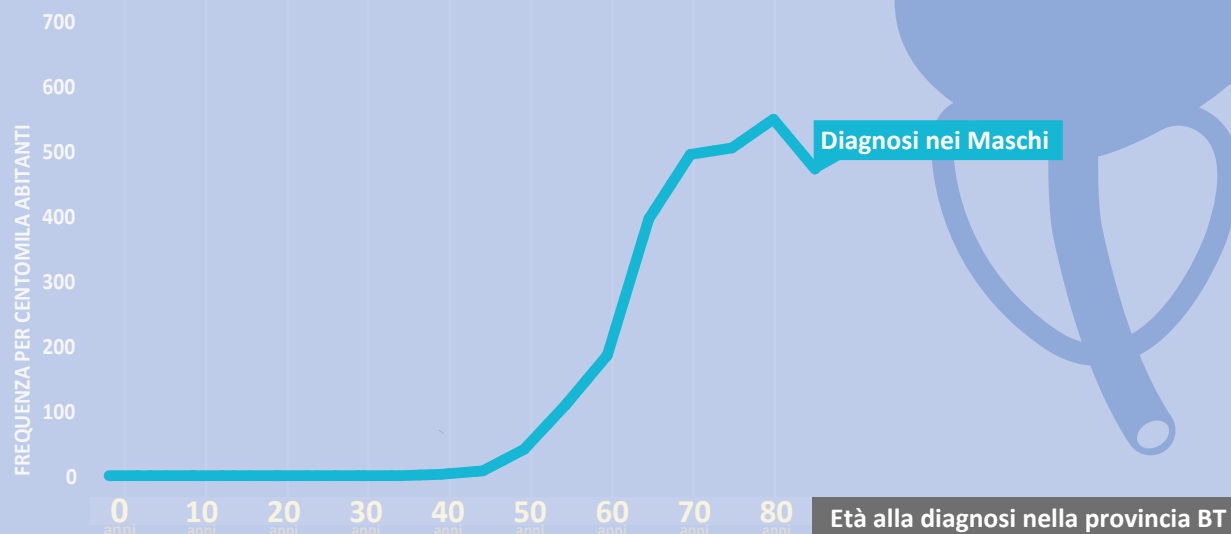


appunti e annotazioni

Focus

17

PROSTATA



Nella provincia BT il tumore della prostata è il primo per incidenza nei maschi e il terzo per mortalità, preceduto da tumore del polmone e del fegato mentre in Italia è sempre il terzo ma preceduto da tumore del polmone e del colon-retto.

Di tumore alla prostata nella Asl Bt ci si ammala di meno che nel resto d'Italia, ma di più rispetto al Sud.

L'incidenza del tumore della prostata in tutto il Paese come nel resto dei paesi occidentali è

cresciuta progressivamente a partire dagli anni '90 fino a stabilizzarsi negli ultimi anni, questo anche per una maggiore tendenza a effettuare controlli periodici.

Nel territorio BT nel triennio 2006-2008 si sono osservati in media 160 nuovi casi annui e 40 decessi: i dati di incidenza registrano una frequenza minore rispetto alle regioni del Centro-Nord di 22 punti percentuali, ma più alta rispetto al Sud di 17 punti percentuali.

I dati di mortalità non fanno invece registrare differenze statisticamente significative rispetto all'Italia e al

meridione.

Come avviene nel resto del Paese i picchi più alti di insorgenza si hanno attorno ai 70 anni, ma la sopravvivenza è più alta di quella stimata per il Sud Italia e vicina a quella del resto del Paese.

A cinque anni dalla insorgenza della patologia, infatti, la sopravvivenza nella Asl Bt è dell'89 per cento, al Sud è del 78 per cento e nel Centro-Nord dell'88 per cento.



PROSTATA

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

160 **uomini** scoprono di avere la malattia
L il 22% **in meno** rispetto all'Italia*,
M il 17% **in più** rispetto al Sud*.

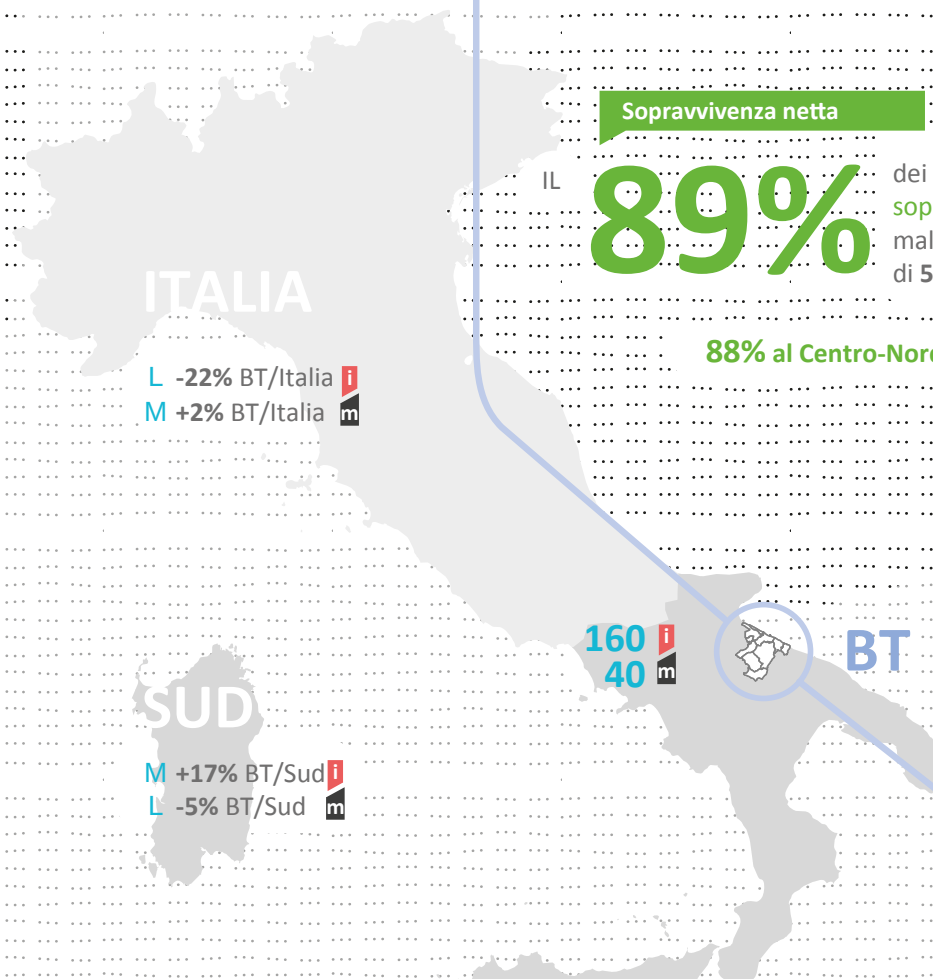
Sopravvivenza netta

89% dei pazienti della BT
sopravvive alla
malattia a distanza
di 5 anni.**

88% al Centro-Nord : 78% al Sud

Mortalità

40 **uomini** non ce la fanno
M il 2% **in più** rispetto all'Italia,
L il 5% **in meno** rispetto al Sud.



(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza **non** sia dovuta al caso.

(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.

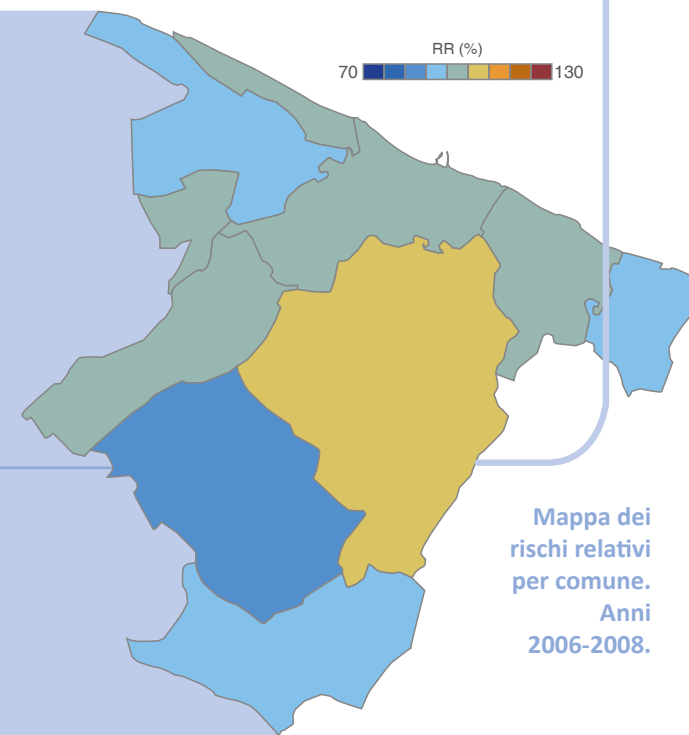
Scheda

17

PROSTATA

Sedi ICD-O-3: C61

Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



L'incidenza del tumore della prostata in Italia e negli altri paesi occidentali è incrementata progressivamente a partire dagli anni '90 fino a raggiungere un plateau negli anni più recenti. Tale andamento è legato prevalentemente alla diffusione della pratica di effettuare dosaggi ematochimici del Prostate Specific Antigen (PSA). Il PSA può aumentare oltre che in presenza di carcinoma prostatico, anche nelle prostatiti e ipertrofie prostatiche benigne, inoltre, pur avendo indiscutibilmente portato alla diagnosi di un numero maggiore di carcinomi prostatici, ne ha rilevati molti che avrebbero un comportamento indolente;

questo spiega anche come al trend in aumento dell'incidenza non sia corrisposto un trend in discesa della mortalità, che al contrario è rimasto tendenzialmente piatto.

In realtà recenti trial hanno dimostrato che con un certo differimento nel tempo, si inizia ad assistere anche a una riduzione della mortalità. Tali rilievi però non sono stati considerati sufficienti a livello di sanità pubblica per implementare politiche di screening organizzato attraverso il PSA. I fattori di rischio, accanto all'età - essendo il tumore della prostata raro sotto i 50 anni - comprendono la familiarità, i livelli elevati

di testosterone, fattori professionali/ambientali come il cadmio e altri metalli pesanti, alimentazione ricca di grassi saturi, obesità, mancanza di esercizio fisico.

Nella provincia BT il tumore della prostata è il primo per incidenza nei maschi ed il terzo per mortalità, preceduto da tumore del polmone e del fegato (nel resto d'Italia è sempre il terzo, ma preceduto da tumore del polmone e del colon-retto).

Prevalgono le forme scarsamente differenziate (61%), seguite da quelle moderatamente differenziate (28%), solo il 5% quelle ben differenziate.



	● Incidenza				● Mortalità		
	M+F	M	F		M+F	M	F
Numero casi		480				119	
Percentuale sul totale		16,5				9,1	
Tasso grezzo		83,4				20,7	
Tasso standardizzato (1) (per 100000)		70,2				16,5	
Rischio cumulativo 0-74 anni		6,0				0,6	

(1) Popolazione standard europea

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

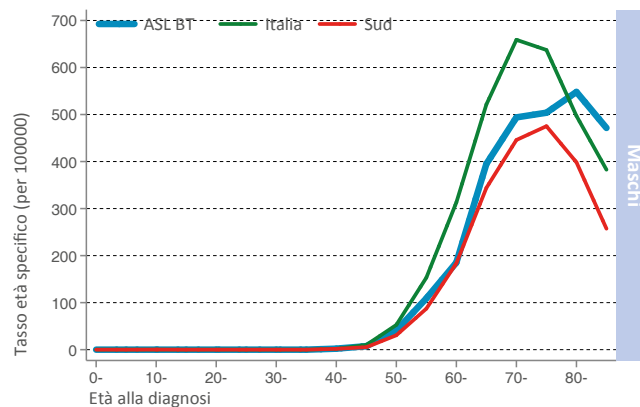


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

L'incidenza per tumore della prostata nella provincia BT è più bassa di quella italiana, ma più alta di quella del sud, mentre la mortalità è in linea con entrambi (Figg. 2).

Nei confronti interni intraprovinciali emerge un SIR smoothed più alto ad Andria (Mappa).

La sopravvivenza è più alta di quella stimata per il sud Italia, mentre è in linea con quella del centro-nord (Fig. 4).

Gruppo morfologico	Casi	%
Ca. ben differenziati	21	4,9
Ca. moderatamente differenziato	122	28,4
Ca. scarsamente differenziato	263	61,3
Carcinomi NAS	2	0,5
Altre morfologie	13	3,0
Non specificato	8	1,9

Tabella 2. Distribuzione per morfologia. Anni 2006-2008.

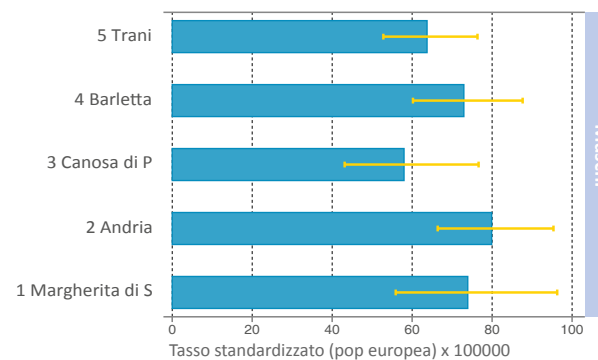


Figura 3M. Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

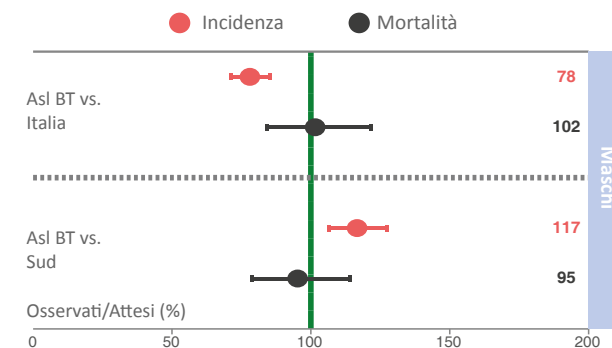


Figura 2M. Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

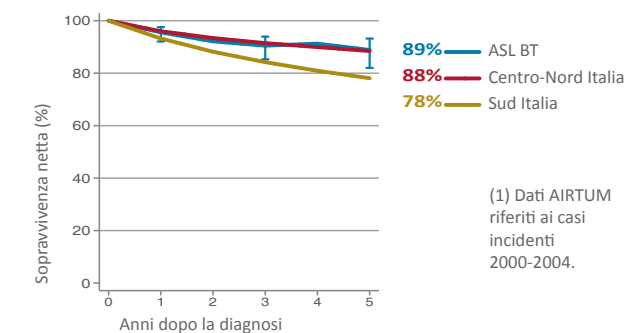
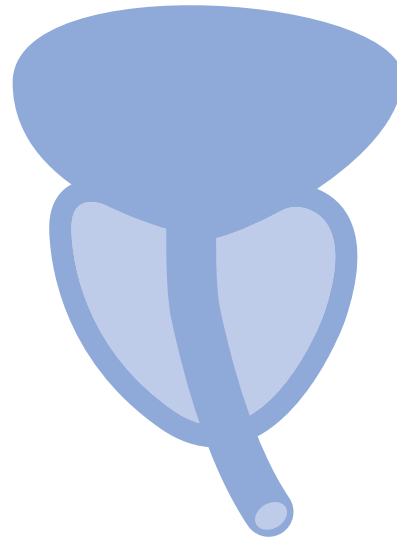


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.



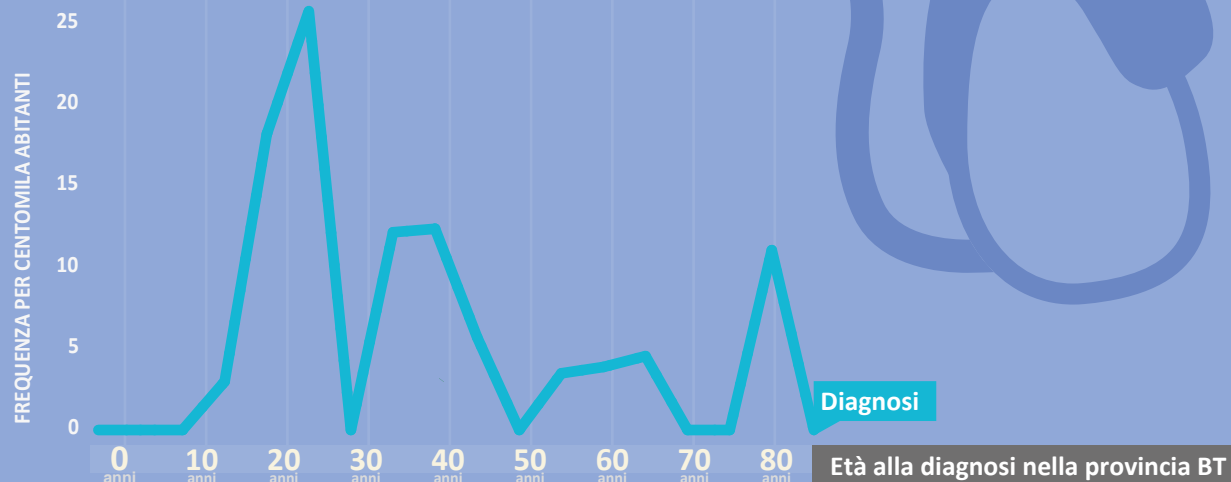
PROSTATA



appunti e annotazioni

Focus 18

TESTICOLO



In linea con quanto avviene nel Sud Italia e nel resto del Paese i tumori del testicolo sono circa l'1 per cento di tutti i tumori del maschio, sono quindi piuttosto rari e colpiscono soprattutto la popolazione giovane: sono il primo tumore per frequenza nella classe di età 0-49.

Nel triennio 2006-2008 nella Asl Bt si sono osservati 11 casi medi annui e un solo decesso: in nessun caso le frequenze si discostano da quelle

registrate nel Sud Italia e nelle regioni del Centro-Nord.

Mentre su tutto il territorio nazionale si è osservato negli ultimi anni un lieve aumento dell'incidenza, la sopravvivenza e la mortalità per tumore del testicolo sono scese drasticamente dagli anni '70 ad oggi.

Lo confermano i dati di sopravvivenza a cinque anni: nella Asl Bt si raggiunge il 100 per cento mentre il dato di sopravvivenza del Sud è del 94 per cento.

Le regioni del Centro-Nord registrano un 95 per cento.

Va tuttavia specificato che la totalità della sopravvivenza a cinque anni dalla insorgenza della patologia può dipendere dai bassi numeri assoluti registrati nel territorio provinciale, oltre che dalla differenza nel periodo di riferimento.



TESTICOLO

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

11

uomini scoprono di avere la malattia

- L il 17% in meno rispetto all'Italia,
- L il 10% in meno rispetto al Sud.

Mortalità

1

uomini non ce la fanno

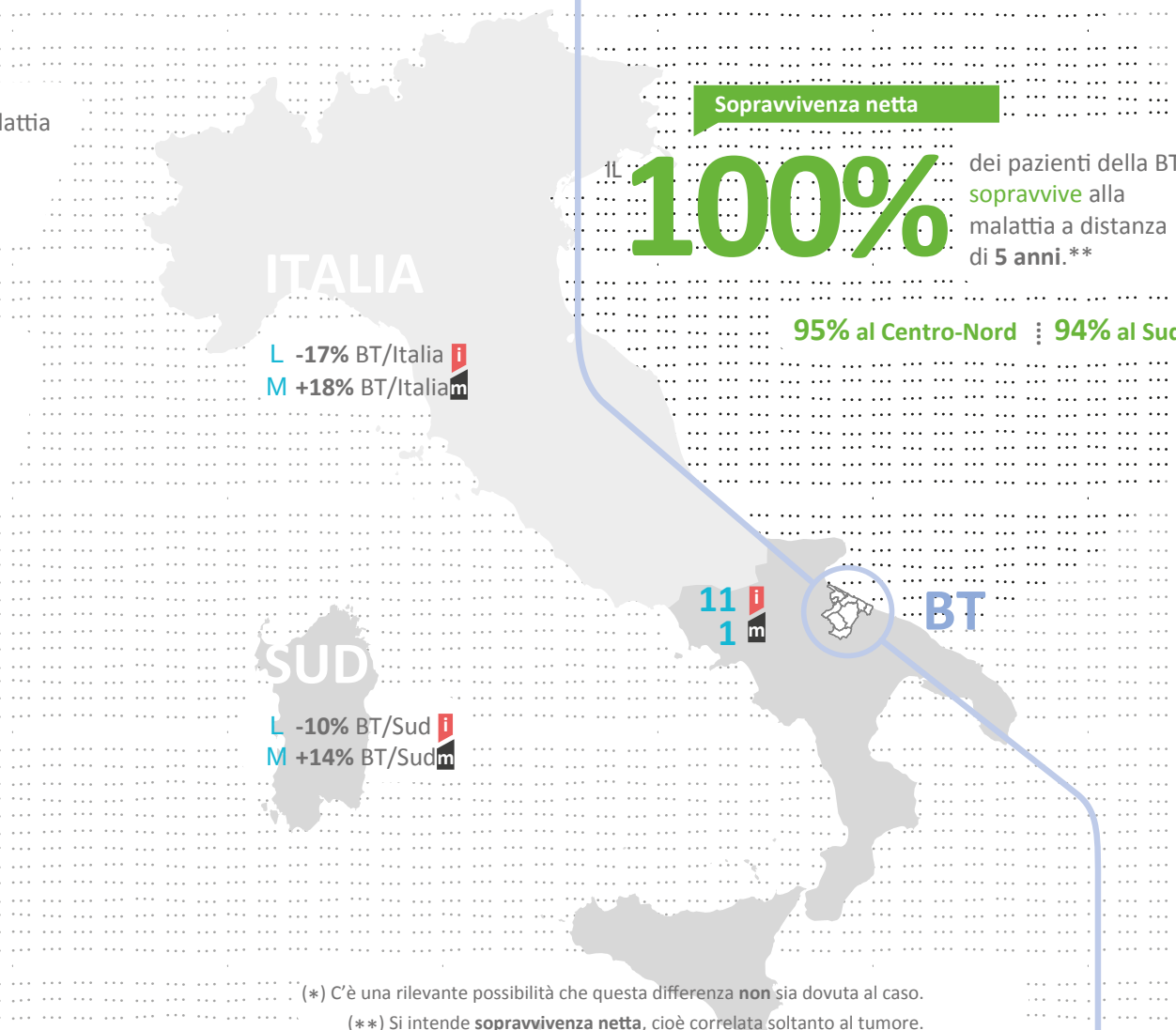
- M il 18% in più rispetto all'Italia,
- M il 14% in più rispetto al Sud.

Sopravvivenza netta

100%

dei pazienti della BT
sopravvive alla
malattia a distanza
di 5 anni.**

95% al Centro-Nord : 94% al Sud



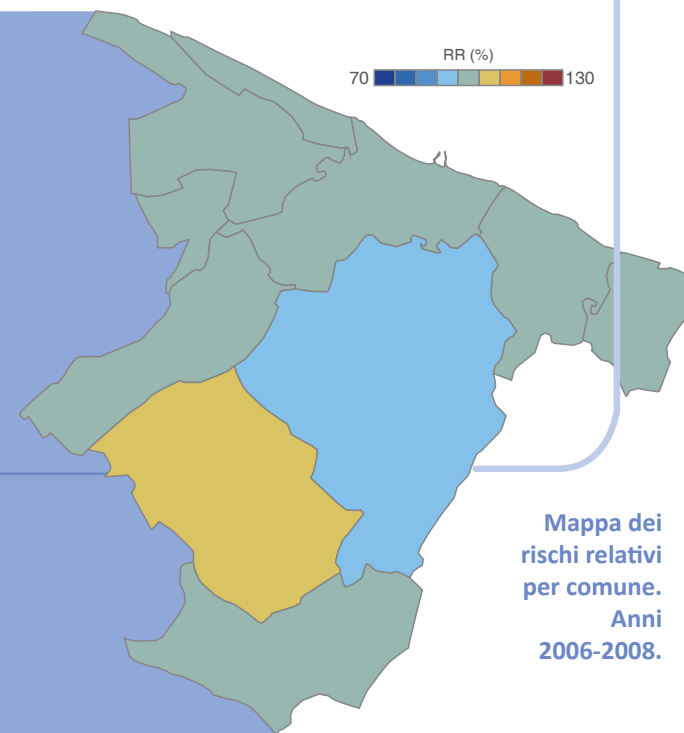
Scheda

18

TESTICOLO

Sedi ICD-O-3: C62

Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



I tumori del testicolo sono circa l'1% di tutti i tumori del maschio, sono dunque piuttosto rari e colpiscono soprattutto la popolazione giovane, essendo il primo tumore per frequenza nella classe di età 0-49 anni.

Mentre si è osservato un lieve aumento dell'incidenza, la sopravvivenza e la mortalità per tumore del testicolo sono scese drasticamente dagli anni '70 ad oggi.

Non esistono programmi di screening organizzati, ma alcune società scientifiche suggeriscono la diffusione della pratica di autopalpazione del testicolo per la ricerca di modificazioni di anatomia e forma dello

scroto in adolescenti e giovani, soprattutto dopo la soppressione della visita di leva.

Non sono note le cause precise, ma tra i fattori di rischio si annovera il criptorchidismo, la sindrome di Klinefelter, la familiarità, la presenza di un precedente tumore al testicolo controlaterale, l'esposizione professionale o ambientale a interferenti endocrini come i pesticidi, l'infertilità, il fumo di sigaretta.

Nella provincia BT, dal punto di vista delle specifiche morfologie, prevale il seminoma (55%), seguito dal teratoma (23%) e dal carcinoma embrionale (13%).

La curva di incidenza per età mostra un picco atteso tra i 15 ai 45 anni e un secondo picco meno evidente in età avanzata (Fig.1).

Incidenza e mortalità sono in linea con quanto atteso a livello d'Italia e sud (Fig.2). E' stata stimata una sopravvivenza del 100% a cinque anni (Fig.4) che può risentire dei bassi numeri assoluti.

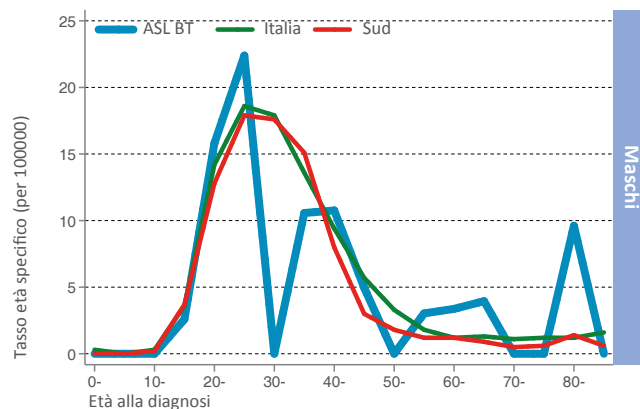


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

Gruppo morfologico	Casi	%
Seminoma	17	54,8
Carcinoma embrionale	4	12,9
Teratoma	7	22,6
Coriocarcinoma	1	3,2
Altre morfologie	2	6,5

Tabella 2. Distribuzione per morfologia. Anni 2006-2008.

Numero casi

Percentuale sul totale

Tasso grezzo

Tasso standardizzato
(1) (per 100000)

Rischio cumulativo
0-74 anni

	Incidenza		
	M+F	M	F
Numero casi		32	
Percentuale sul totale		1,1	
Tasso grezzo		5,6	
Tasso standardizzato (1) (per 100000)		5,3	
Rischio cumulativo 0-74 anni		0,4	

(1) Popolazione standard europea

	Mortalità		
	M+F	M	F
Numero casi		2	
Percentuale sul totale		0,2	
Tasso grezzo		0,3	
Tasso standardizzato (1) (per 100000)		0,4	
Rischio cumulativo 0-74 anni		<0,1	

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

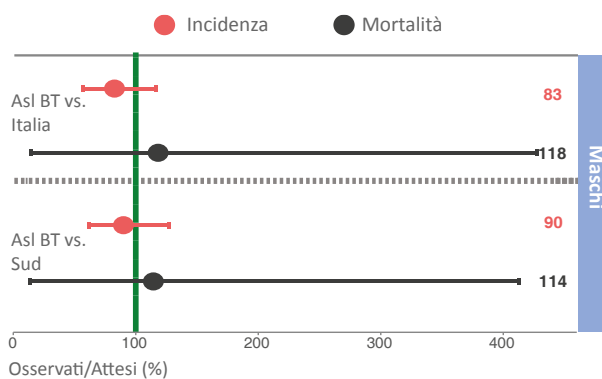


Figura 2M. Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

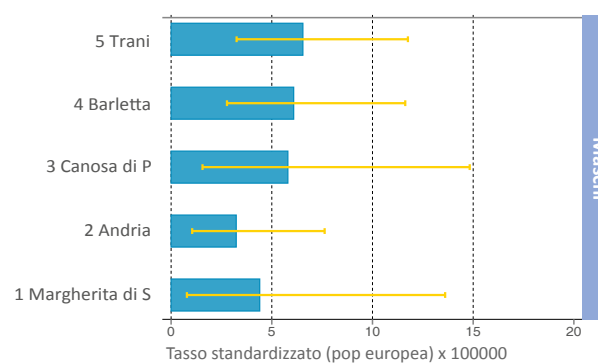


Figura 3M. Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

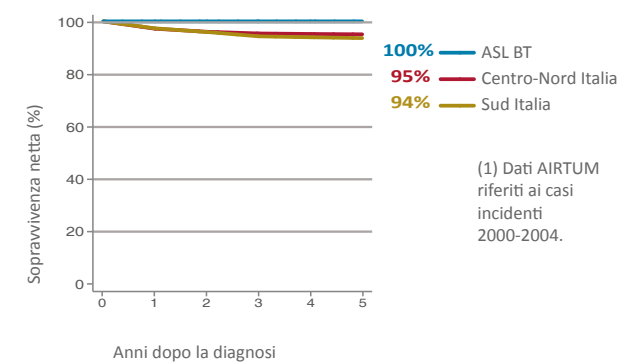
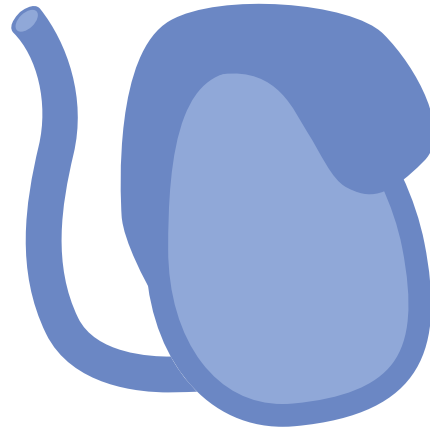


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

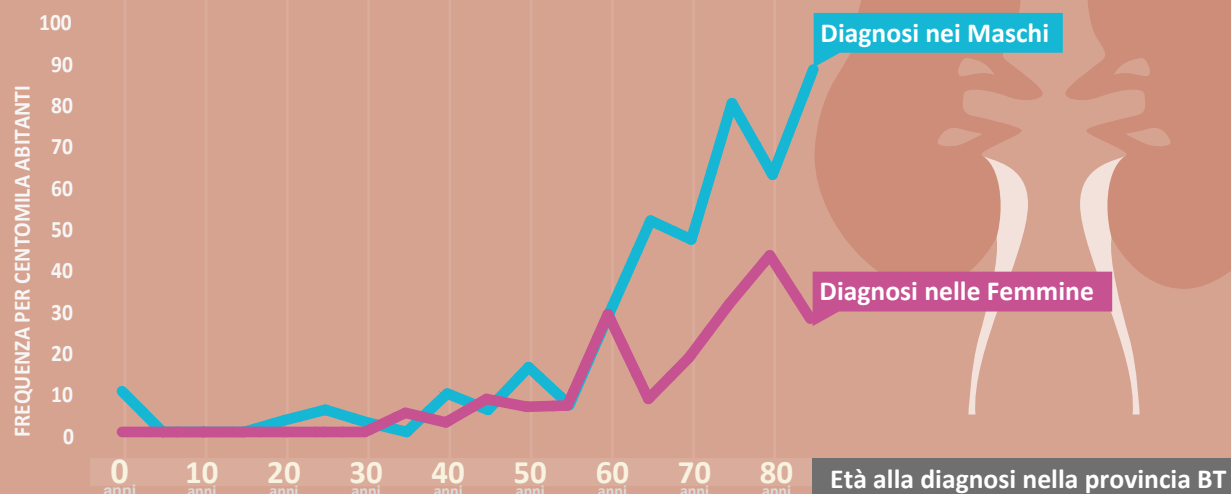
TESTICOLO



appunti e annotazioni

Focus 19

RENE



L'incidenza e la mortalità nei maschi sono statisticamente più basse di quelle italiane e tendenzialmente più basse di quelle del Sud. Per le femmine, invece, i dati sono simili a quelli registrati nelle altre regioni del Meridione.

Il tumore maligno del rene è una neoplasia relativamente poco frequente (rappresenta il 2-3 per cento di tutti i tumori) con un picco di incidenza intorno ai 60 anni.

Per i maschi nel triennio preso in esame si sono osservati 19 nuovi casi medi annui e 6 decessi: l'incidenza è più bassa di 40 punti percentuali rispetto a quella italiana e di 54 punti percentuali rispetto a quella del Sud.

La mortalità è 38 punti percentuali più bassa di quella del Sud, ma è simile a quella italiana.

Nelle donne invece sono stati registrati 11 nuovi casi annui e 4 decessi, in linea con quanto accade nelle

altre regioni meridionali e l'incidenza è del 35 per cento più bassa rispetto al Centro-Nord.

La sopravvivenza è simile quella riscontrata nel Centro-Nord e più alta di quella del Sud: a cinque anni dalla insorgenza della patologia il dato di sopravvivenza nella Asl Bt è del 70 per cento mentre le regioni del centro e del nord Italia hanno registrato un 68 per cento di sopravvivenza. Il dato del Sud si ferma al 63 per cento.



RENE

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

19 **uomini** scoprono di avere la malattia
L il 40% in meno rispetto all'Italia*,
L il 9% in meno rispetto al Sud.

Mortalità

6 **uomini** non ce la fanno
L il 54% in meno rispetto all'Italia*,
L il 38% in meno rispetto al Sud*.

Incidenza

11 **donne** scoprono di avere la malattia
L il 35% in meno rispetto all'Italia*,
M il 6% in più rispetto al Sud.

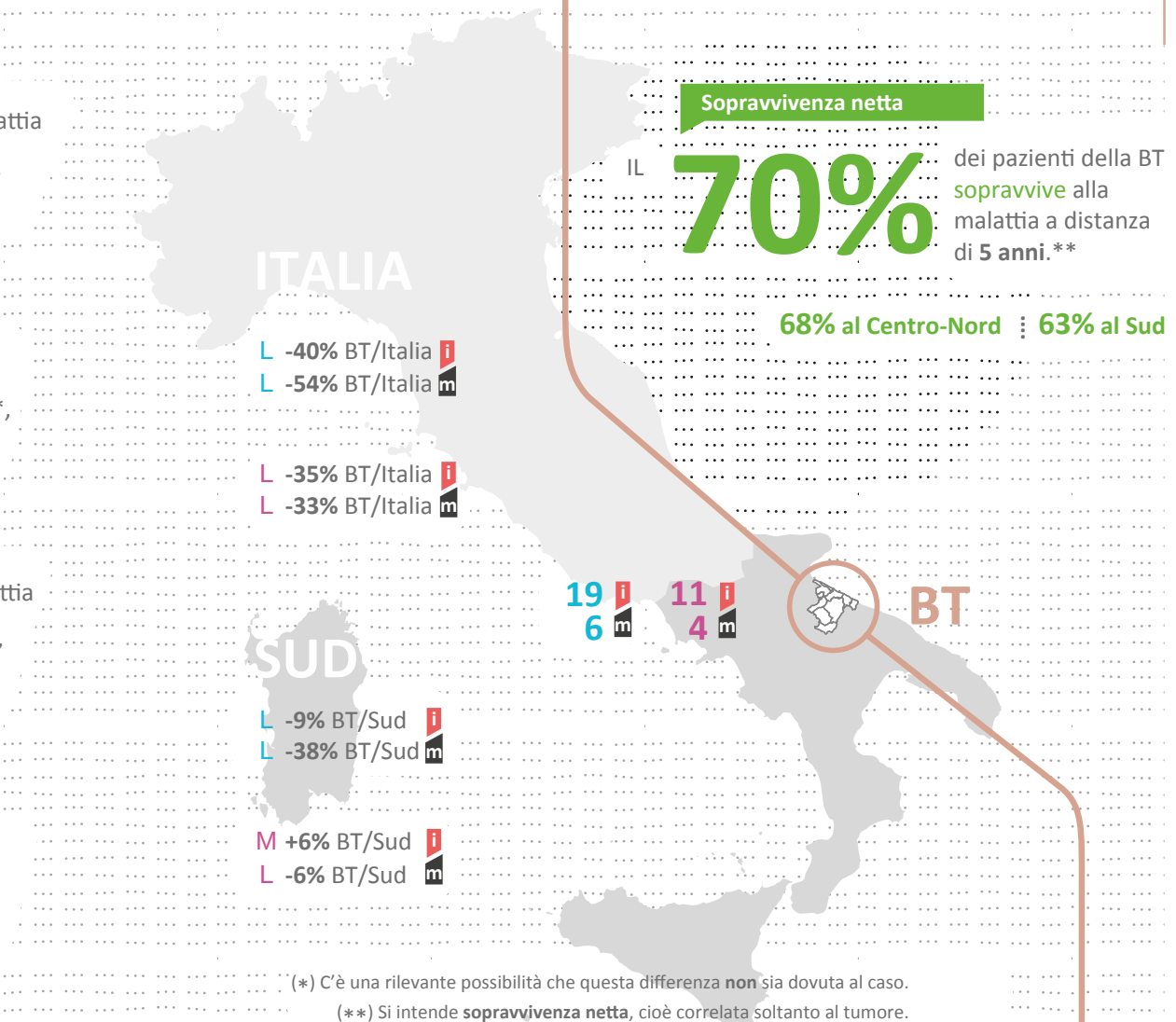
Mortalità

4 **donne** non ce la fanno
L il 33% in meno rispetto all'Italia,
L il 6% in meno rispetto al Sud.

Sopravvivenza netta

70% dei pazienti della BT sopravvivono alla malattia a distanza di 5 anni.**

68% al Centro-Nord | 63% al Sud



(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza **non** sia dovuta al caso.

(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.

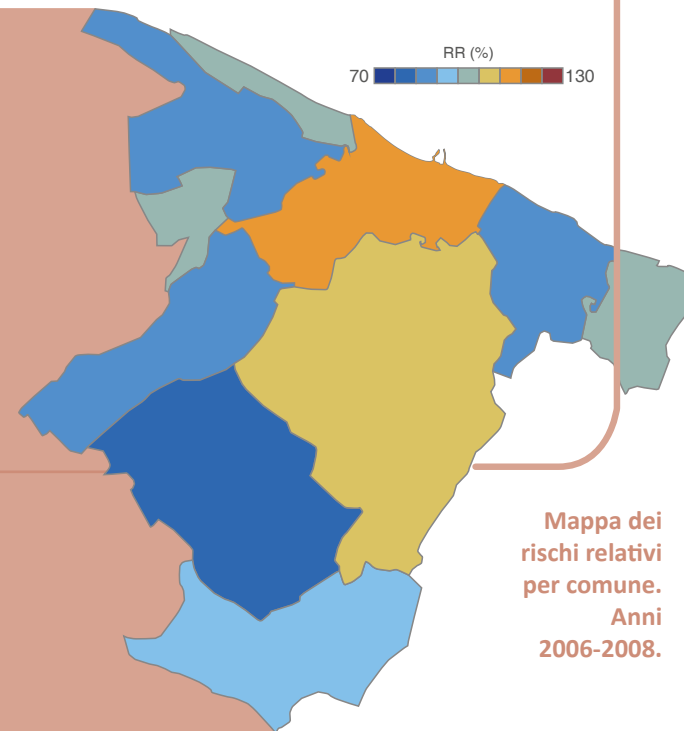
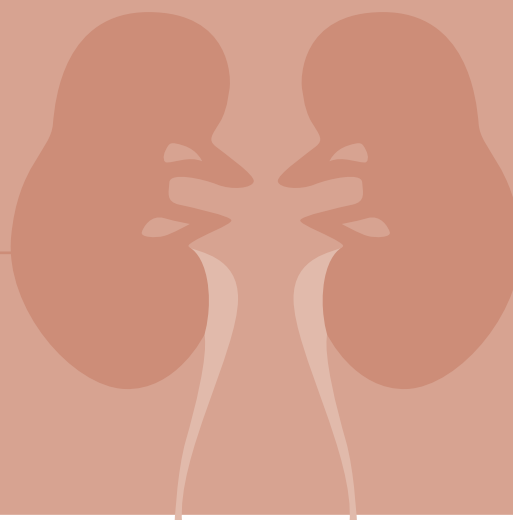
Scheda

19

RENE

Sedi ICD-O-3: C64
(fig 1 e 2: C64,
C65-C66, C68)

Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



Mappa dei
rischi relativi
per comune.
Anni
2006-2008.

Il tumore maligno del rene è una neoplasia relativamente poco frequente (2-3% di tutti i tumori), con un picco di incidenza intorno ai 60 anni e per cui si rileva un rapporto maschi/femmine di circa 2:1.

Gli adenocarcinomi del parenchima renale (con le varianti a cellule chiare, a cellule granulose e a cellule sarcomatose) costituiscono la maggior parte dei tumori renali. In età infantile si può presentare il tumore di Wilms o nefroblastoma.

Esistono poi sarcomi renali che originano da capsula e tessuto connettivo.

Distinti dai tumori renali propriamente detti, esistono tumori della pelvi renale e delle vie escrettrici che originano dall'urotelio e condividono gli stessi fattori di rischio dei tumori uroteliali della vescica. In questo rapporto questi ultimi tumori sono considerati insieme a quelli renali per i confronti.

I carcinomi del parenchima renale hanno come primo fattore di rischio il fumo di sigaretta a cui si attribuisce il 40% dei casi nei maschi. Altri fattori di rischio sono l'arsenico, il cadmio, altri metalli pesanti, soprattutto per esposizioni professionali.

Anche obesità, diabete, soprattutto se associati nella sindrome metabolica all'ipertensione arteriosa, sono possibili fattori di rischio. In circa il 4% dei casi si riconosce una familiarità e una delle sindromi genetiche maggiormente associate ai carcinomi renali, anche in età giovanile, è la sindrome di Von Hippel Lindau.

Nella provincia BT, la maggior parte dei tumori renali maligni è istologicamente un adenocarcinoma a cellule chiare.

	● Incidenza				● Mortalità		
	M+F	M	F		M+F	M	F
Numero casi	90	58	32		30	18	12
Percentuale sul totale	1,7	2,0	1,3		1,3	1,4	1,2
Tasso grezzo	7,7	10,1	5,4		2,6	3,1	2,0
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	6,6	9,2	4,4		2,2	2,9	1,5
Rischio cumulativo 0-74 anni	0,5	0,7	0,4		0,2	0,2	0,1

(1) Popolazione standard europea

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

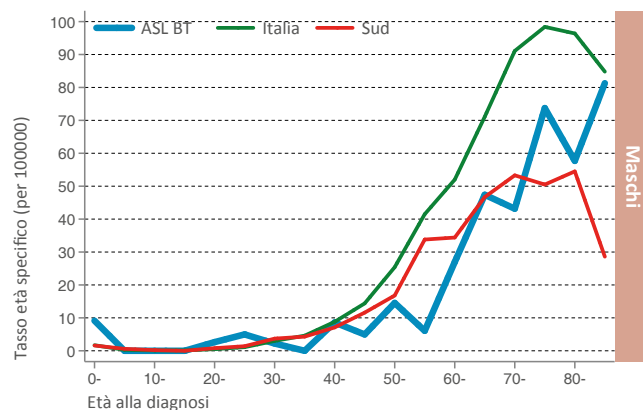


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

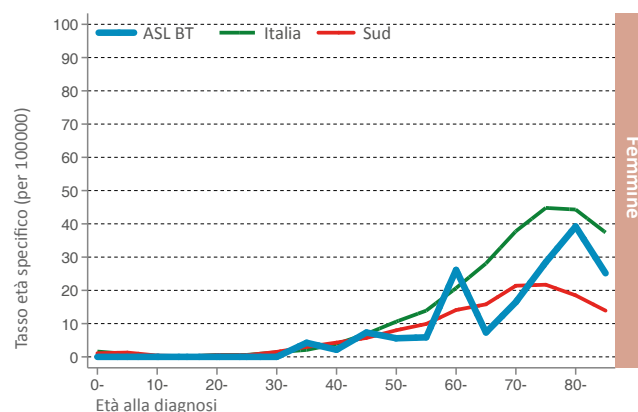


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

(1) Per i confronti sono inclusi i tumori di altre vie urinarie, esclusa la vescica.

L'incidenza e la mortalità nei maschi sono statisticamente più basse di quelle italiane, e tendenzialmente anche più basse di quelle del sud. Per le femmine i dati si approssimano a quelli attesi nel sud Italia (Figg. 2). Nei confronti intraprovinciali si evince che l'incidenza più alta si riscontra a Barletta, soprattutto nei maschi (figg. 3 e Mappa).

La sopravvivenza è simile a quella riscontrata nel centro-nord Italia e più alta di quella del sud.

Gruppo morfologico	Casi	%
Carcinoma a cellule chiare	47	63,5
Adenocarcinoma papillare	3	4,1
Carcinoma renale cromofobo	7	9,5
Altri carcinomi a cellule renali	11	14,9
Carcinoma NAS	1	1,4
Altre morfologie	4	5,4
Non specificato	1	1,4

Tabella 2. Distribuzione per morfologia. Anni 2006-2008.

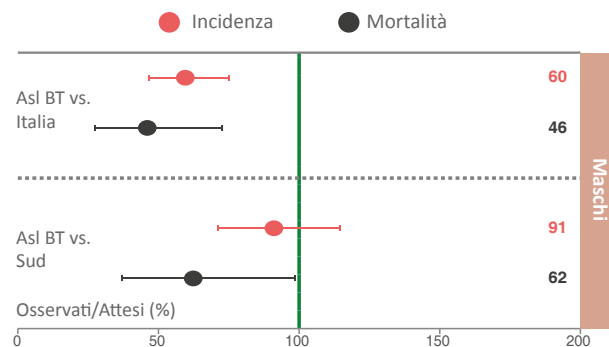


Figura 2M. Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

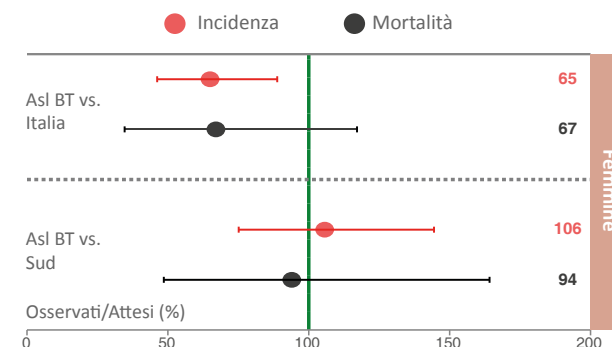


Figura 2F. Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

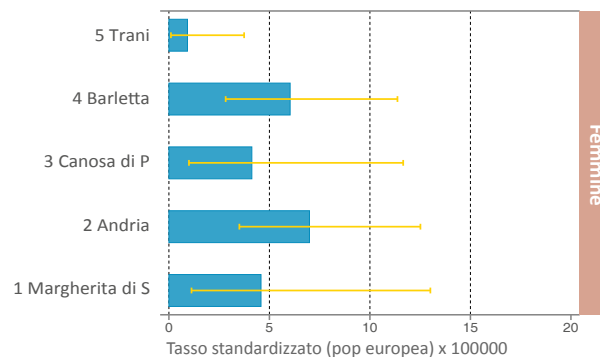
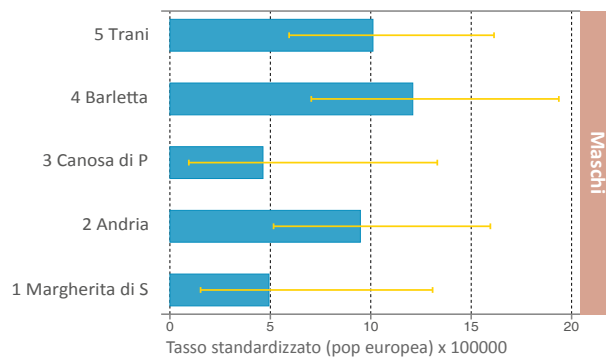


Figura 3M (in alto) e **Figura 3F** (in basso). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

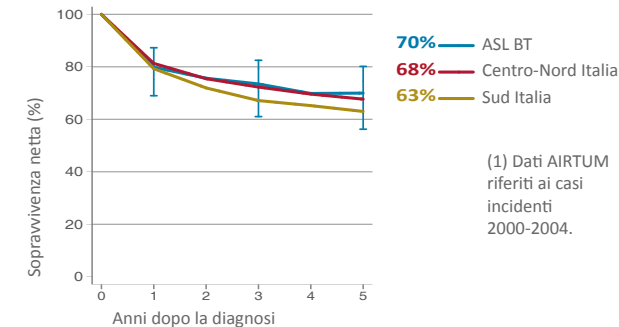
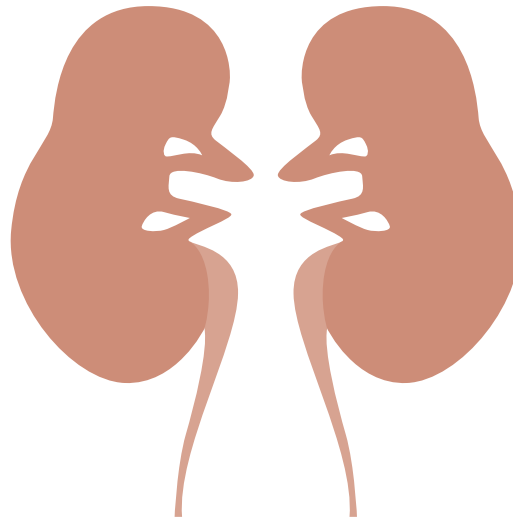


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

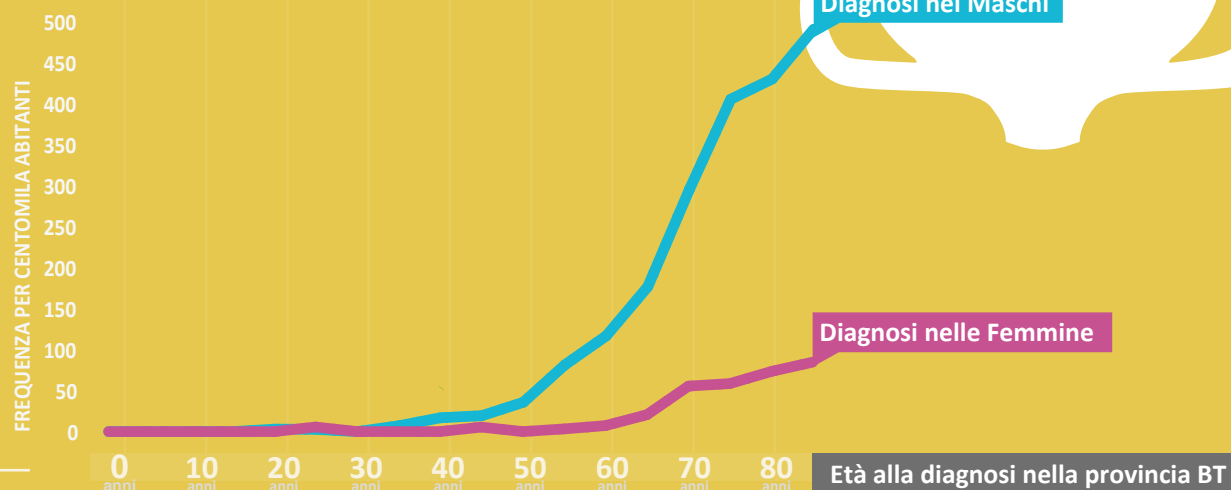
RENE



appunti e annotazioni

Focus 20

VESCICA



Nella Asl Bt il tumore maligno della vescica per i maschi è al quarto posto per incidenza e mortalità (nella classifica italiana è al quinto posto) e le variazioni di frequenza rispetto al Centro-Nord e al Sud non sono statisticamente significative. Per le femmine invece i dati di incidenza sono più bassi di quelli italiani.

Il trend di incidenza del Paese negli ultimi anni è rimasto stabile mentre si è osservata una lieve riduzione della mortalità.

Nel triennio preso in esame si sono osservati nei maschi 102 nuovi casi annui e 28 decessi. Nello stesso periodo per le donne sono stati registrati 18 nuovi casi annui e 6 decessi con una frequenza di incidenza del 24 per cento più bassa rispetto a quella italiana.

La sopravvivenza per tumore della vescica è in linea con quella riscontrata sia nelle regioni meridionali che nel Centro-Nord: nei dieci comuni che costituiscono la Asl Bt a cinque anni dalla insorgenza della patologia si registra una sopravvivenza del 73 per cento mentre è del 75 per cento quando si prendono in considerazione i dati del resto del Paese.



VESCICA

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

102

uomini scoprono di avere la malattia

- L il 6% in meno rispetto all'Italia,
- L il 7% in meno rispetto al Sud.

Mortalità

28

uomini non ce la fanno

- M il 6% in più rispetto all'Italia,
- L il 3% in meno rispetto al Sud.

Incidenza

18

donne scoprono di avere la malattia

- L il 24% in meno rispetto all'Italia*,
- L il 10% in meno rispetto al Sud.

Mortalità

6

donne non ce la fanno

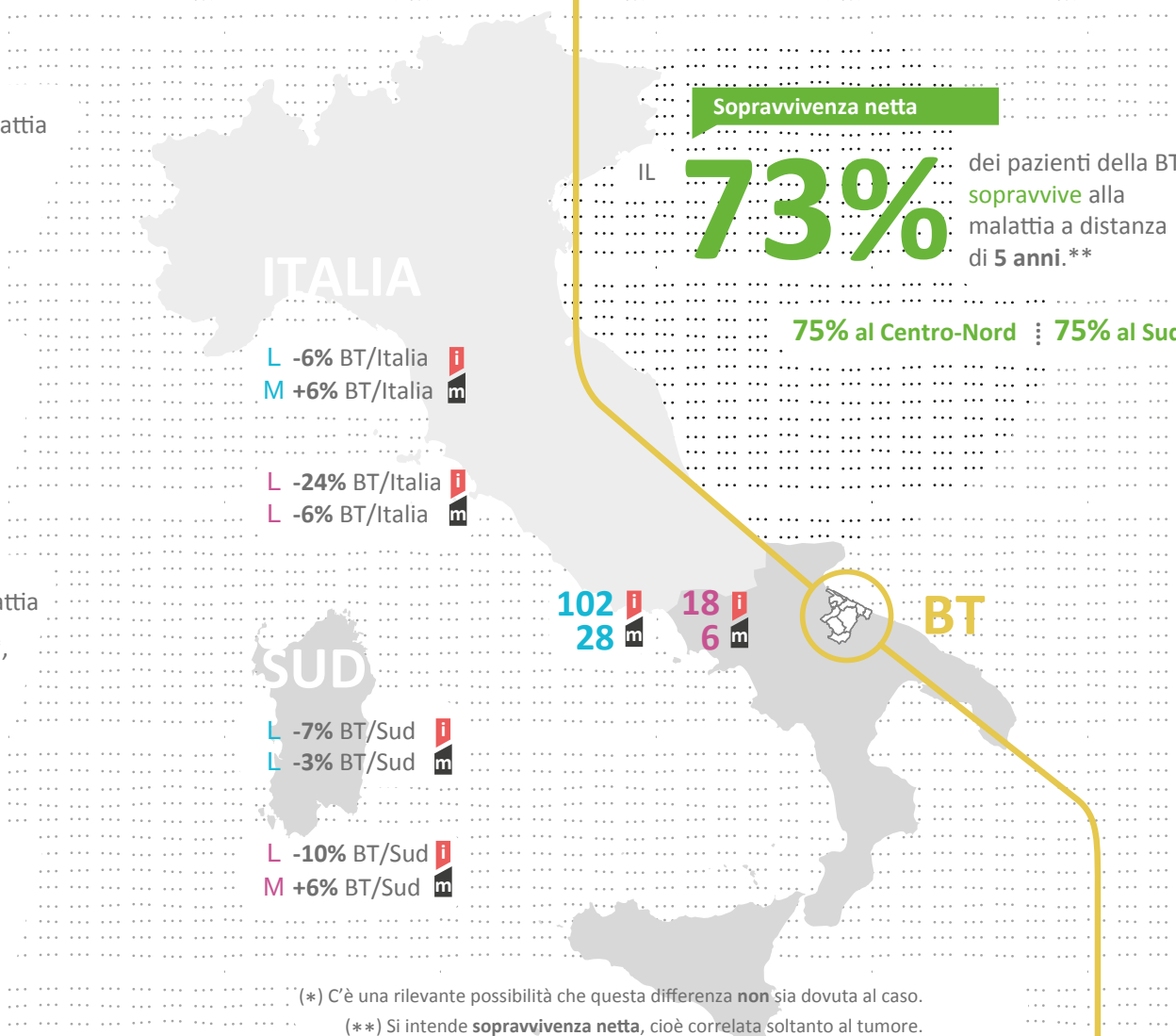
- L il 6% in meno rispetto all'Italia,
- M il 6% in più rispetto al Sud.

Sopravvivenza netta

73%

dei pazienti della BT
sopravvive alla
malattia a distanza
di 5 anni.**

75% al Centro-Nord | 75% al Sud



(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza non sia dovuta al caso.

(**) Si intende sopravvivenza netta, cioè correlata soltanto al tumore.

Scheda

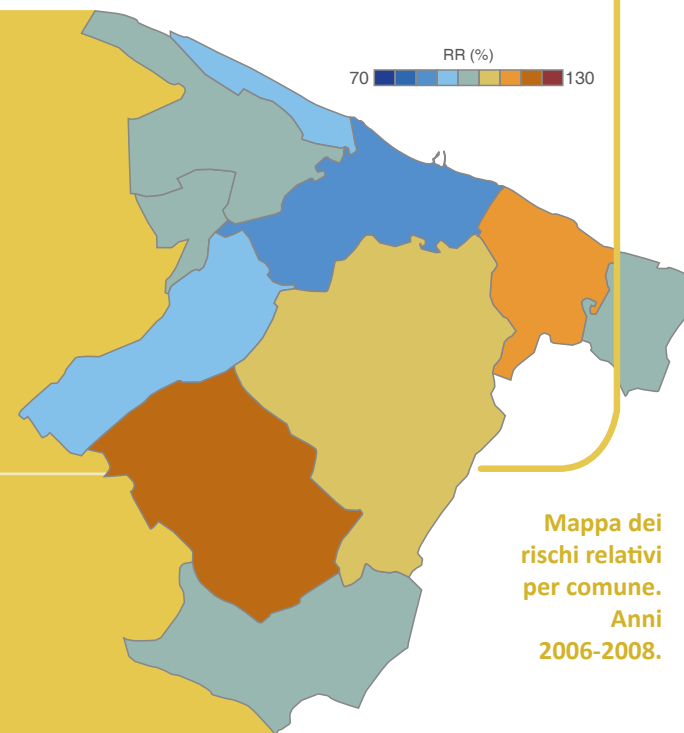
20

VESCICA



Sedi ICD-O-3: C50

Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



Mappa dei
rischi relativi
per comune.
Anni
2006-2008.

Il tumore della vescica è al quinto posto per frequenza nei maschi e al decimo nelle femmine, con un rapporto maschi femmine di circa 4-5:1.

Il trend di incidenza negli ultimi decenni è stabile, mentre si osserva una lieve riduzione della mortalità. I dati di incidenza prodotti dai registri tumori riguardano sia le neoplasie invasive (comportamento /3 secondo l'ICDO3), sia quelle in situ (/2) che a comportamento incerto (/1).

La maggior parte dei tumori deriva dall'urotelio o epitelio a cellule transizionali che ricopre la vescica,

così come le vie escrettrici dell'apparato urinario.

Il fattore di rischio più importante è il fumo di sigaretta, dal momento che i fumatori hanno un rischio di sviluppare questo tumore da 4 a 5 volte quello dei non fumatori e proporzionale a durata di esposizione e numero di sigarette/die. Un altro fattore di rischio noto è l'esposizione professionale ad amine aromatiche, idrocarburi policiclici aromatici, arsenico e ad altre sostanze. Altri fattori di rischio comprendono le radiazioni ionizzanti, l'infestazione da *Schistosoma haematobium*, l'assunzione di farmaci come la ciclofosfamide.

E' ipotizzata inoltre una componente genetica. Non sono previste campagne di screening, mentre la prevenzione primaria prevede l'astensione dal fumo di sigaretta, l'uso di dispositivi di prevenzione tra lavoratori a rischio, una dieta equilibrata. Una particolare attenzione andrebbe posta in caso di ematuria.

Nella provincia BT è rispettato il rapporto maschi:femmine (4.7:1) e tra i maschi quella della vescica è la quarta neoplasia sia per incidenza che per mortalità. Tra gli istotipi prevale il carcinoma uroteliale papillare sia per quanto riguarda le forme invasive che quelle non invasive (Tabb. 2).

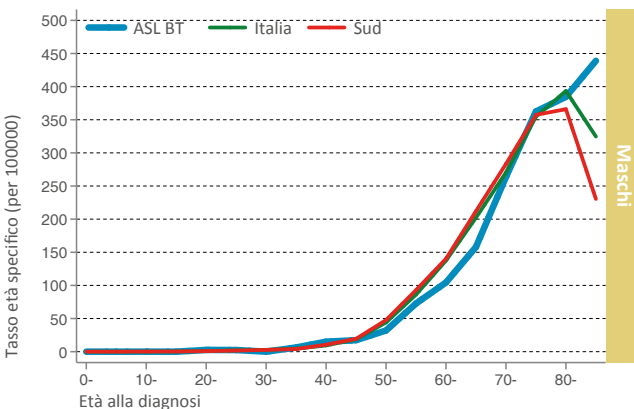
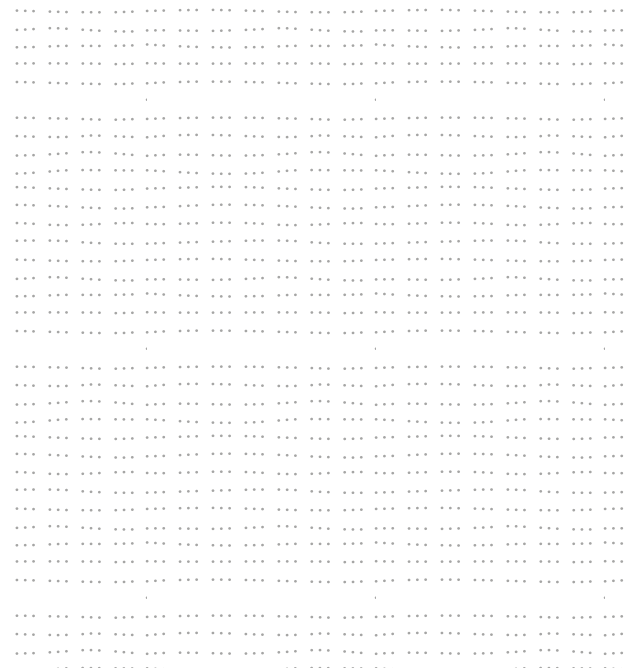


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

	● Incidenza		
	M+F	M	F
Numero casi	360	306	54
Percentuale sul totale	6,8	10,5	2,2
Tasso grezzo	30,9	53,1	9,2
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	23,5	44,6	5,9
Rischio cumulativo 0-74 anni	1,8	3,3	0,4

(1) Popolazione standard europea

	● Mortalità		
	M+F	M	F
	102	84	18
	4,5	6,4	1,9
	8,8	14,6	3,1
	5,5	11,1	1,7
	0,3	0,5	0,1

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

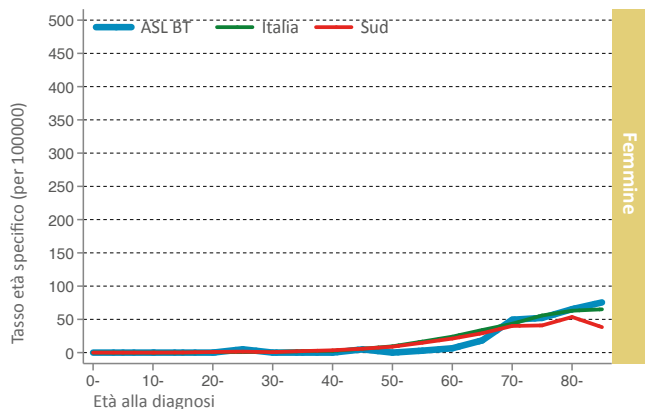


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

Nei maschi si osservano incidenza e mortalità vicine a quelle italiane e del sud, mentre nelle femmine il dato di incidenza mostra un valore più basso di quello del pool sud (Figg. 2).

Si evidenzia una certa eterogeneità spaziale con i comuni della parte settentrionale della provincia caratterizzati da incidenza più bassa e quelli della parte meridionale più alta (Fig. 3 e Mappa).

La sopravvivenza per tumore della vescica è in linea con quella riscontrata in altre aree del Paese (Fig. 4).

Gruppo morfologico	Casi	%
Uroteliale papillare infiltrante	130	39,9
Uroteliale papillare non infiltrante	107	32,8
Uroteliale NAS, infiltrante	73	22,4
Uroteliale NAS, non infiltrante	8	2,5
Altre morfologie	8	2,5
Non specificato	0	0,0

Sottosede	Casi	%
Trigono vescicale	19	5,4
Cupola vescicale	0	0,0
Parete anteriore della vescica	1	0,3
Parete laterale della vescica	35	9,9
Parete posteriore della vescica	6	1,7
Collo vescicale	4	1,1
Orifizio uretrale	3	0,8
Uraco	0	0,0
Lesione sconfinante	26	7,3
Non specificato	261	73,5

Tabelle 2. Distribuzione per morfologia e sottosede Anni 2006-2008.

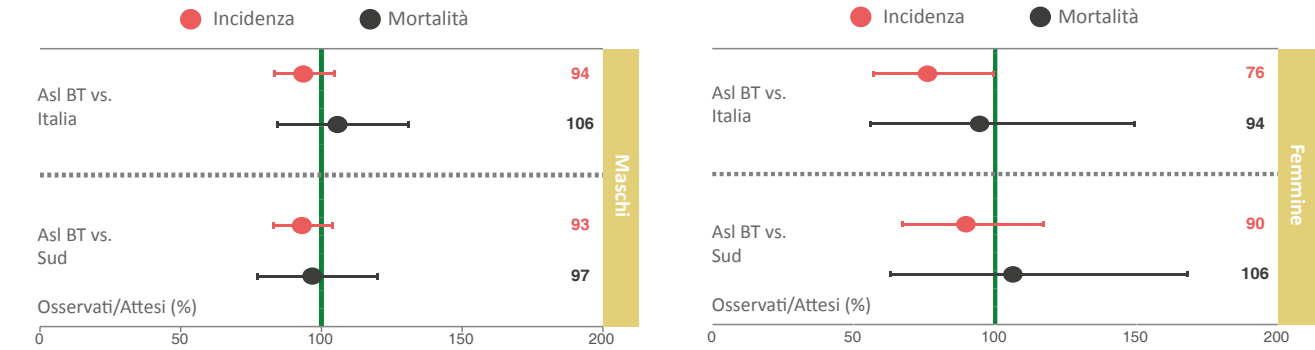


Figura 2M (a sinistra) e Figura 2F (a destra). Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

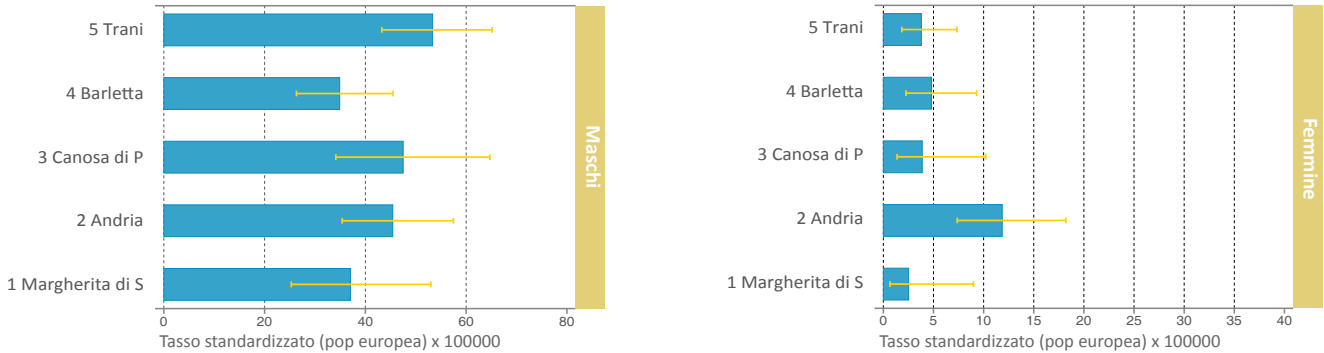


Figura 3M (a sinistra) e Figura 3F (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

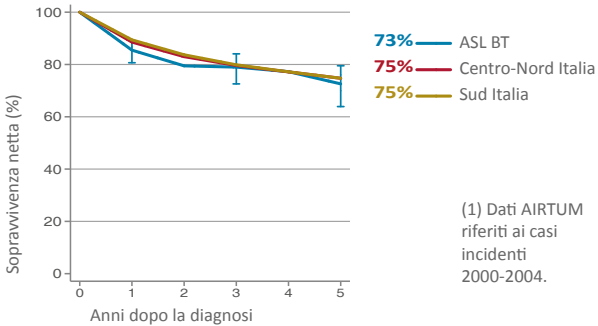
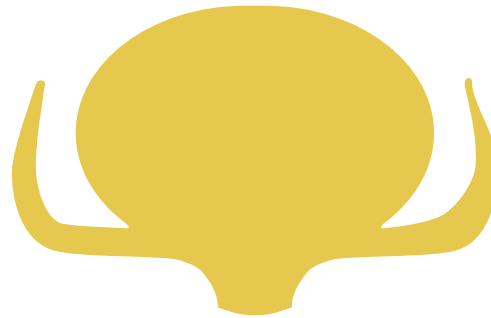


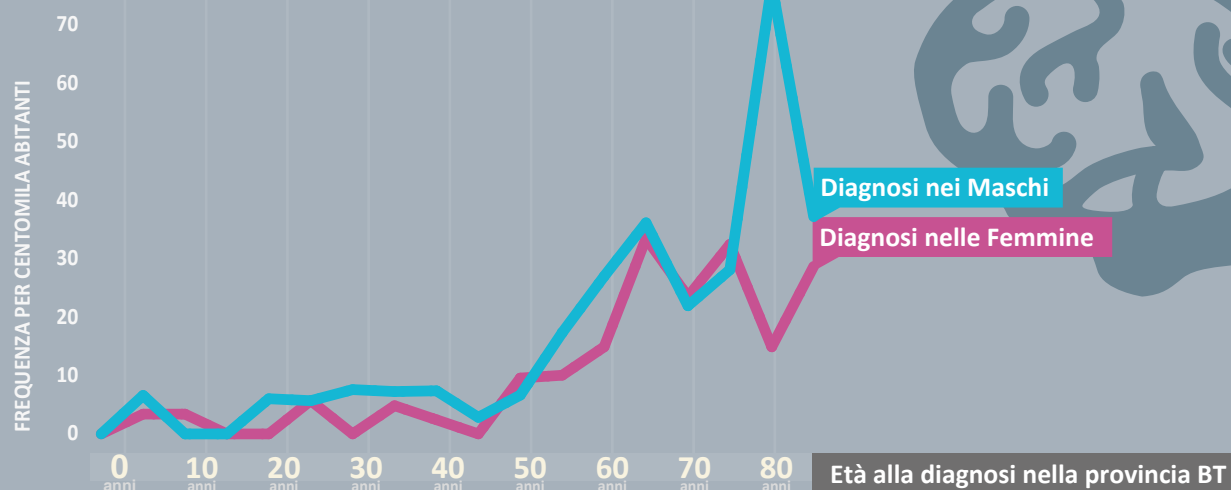
Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

VESCICA



appunti e annotazioni

ENCEFALO E SNC



I dati di incidenza nella Asl Bt del tumore dell'encefalo sono simili a quelli registrati nel Sud Italia e nelle regioni del Centro Nord; solo nei maschi si osserva una mortalità più bassa.

Nel triennio 2006-2008 per i maschi si sono osservati in media 18 nuovi casi annui e 7 decessi che risultano posizionarsi su una frequenza più bassa del 41 per cento rispetto all'Italia e del 38 per cento rispetto al Sud. Per le femmine, invece, sono

stati registrati nel triennio preso in esame 14 nuovi casi annui e 8 decessi annui: le differenze non sono statisticamente significative e questo significa che i dati sono in linea con le altre regioni italiane. In Italia i trend di incidenza e mortalità sono rimasti relativamente piatti negli ultimi anni.

Il tumore dell'encefalo è relativamente frequente nei giovani (0-44 anni) e costituisce la neoplasia solida più frequente nella fascia di età 0-14 anni. Il picco di

incidenza si raggiunge comunque intorno ai 75 anni: nel territorio Bat si registra un picco elevato negli anziani di sesso maschile.

La sopravvivenza è simile a quella delle altre regioni del Meridione: a cinque anni dalla insorgenza della malattia la sopravvivenza nella Asl Bt è del 20 per cento, nel Sud del 19 per cento mentre nelle altre regioni del Centro-Nord è del 16 per cento.

ENCEFALO E SNC

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

18 **uomini** scoprono di avere la malattia
M il 7% in più rispetto all'Italia,
M il 15% in più rispetto al Sud.

Mortalità

7 **uomini** non ce la fanno
L il 41% in meno rispetto all'Italia*,
L il 38% in meno rispetto al Sud*.

Incidenza

14 **donne** scoprono di avere la malattia
L il 2% in meno rispetto all'Italia,
M il 5% in più rispetto al Sud.

Mortalità

8 **donne** non ce la fanno
L il 7% in meno rispetto all'Italia,
M il 2% in più rispetto al Sud.

Sopravvivenza netta

IL **20%** dei pazienti della BT sopravvive alla malattia a distanza di 5 anni.**

16% al Centro-Nord : 19% al Sud

M +7% BT/Italia
L -41% BT/Italia

L -2% BT/Italia
L -7% BT/Italia

M +15% BT/Sud
L -38% BT/Sud

M +5% BT/Sud
M +2% BT/Sud

18
7

14
8

BT

(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza non sia dovuta al caso.

(**) Si intende sopravvivenza netta, cioè correlata soltanto al tumore.

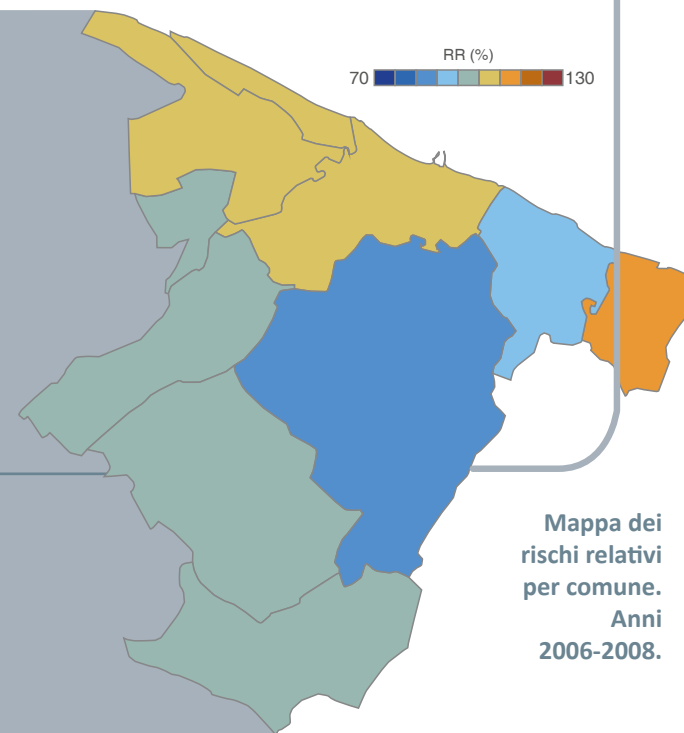
Scheda

21

ENCEFALO E SNC

Sedi ICD-O-3:
C70-C72

Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



I tumori maligni del SNC comprendono diverse tipologie di neoplasia a carico prevalentemente delle cellule della serie gliale (glioblastomi, astrocitomi, oligodendrogliomi, ependimomi e tumori dei plessi corioidi), ma anche delle cellule neuronali (es. gangliocitomi), embrionarie (es. medulloblastoma), o delle meningi (meningiomi maligni).

Sono neoplasie relativamente frequenti anche nei giovani (0-44 anni) e costituiscono la neoplasia solida più frequente nella fascia di età 0-14 anni.

Il picco di incidenza si raggiunge comunque intorno ai 75 anni. I trend di incidenza e mortalità sono rimasti tendenzialmente piatti negli ultimi anni. I fattori di rischio per i tumori del SNC sono poco noti.

Per una quota di casi intorno al 5% esiste una componente genetica e tra le sindromi familiari che comportano una più elevata incidenza di tumori del SNC si ricordano la neurofibromatosi di tipo 1 e 2, la sclerosi tuberosa, la malattia di von Hippel-Lindau, la sindrome di Li-Fraumeni e la sindrome di Turcot.

Il medulloblastoma in particolare sembra associato anche alla sindrome di Gorlin legata alla mutazione del gene PTCH sul cromosoma 9q22.3. Tra i fattori di rischio ambientali si ricordano le radiazioni ionizzanti.

Diversi altri fattori di rischio ambientali, tra cui i pesticidi e altri composti chimici organici sono stati presi in considerazione, ma i dati non sono confermati.

Per quanto riguarda i dati di incidenza della provincia BT, le curve età specifiche mostrano un picco elevato negli anziani di sesso maschile, ma essendo i numeri piuttosto bassi il dato può essere instabile.

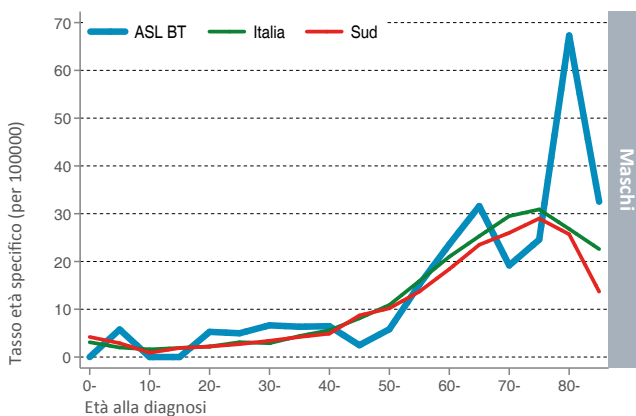


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

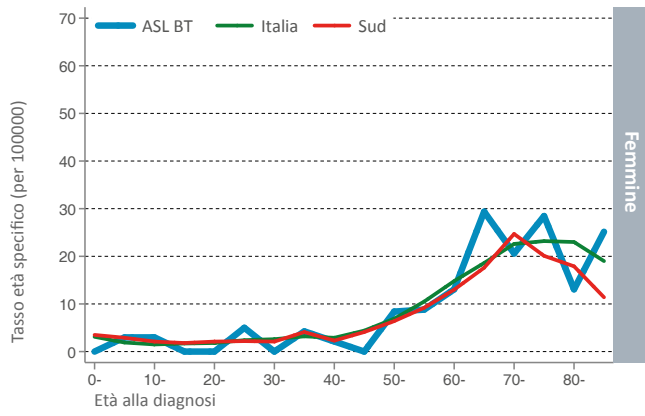


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

	● Incidenza				● Mortalità		
	M+F	M	F		M+F	M	F
Numero casi	96	55	41		43	20	23
Percentuale sul totale	1,8	1,9	1,7		1,9	1,5	2,4
Tasso grezzo	8,2	9,6	7,0		3,7	3,5	3,9
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	7,0	8,5	5,7		3,0	2,9	3,2
Rischio cumulativo 0-74 anni	0,6	0,7	0,5		0,2	0,2	0,3

(1) Popolazione standard europea

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

L’istotipo più frequente, come atteso, è il glioblastoma che conta per più della metà dei casi istologicamente confermati, seguito dagli astrocitomi (Tab. 2).

Nel complesso l’incidenza è simile a quella italiana e del Sud sia per i maschi che per le femmine, mentre nei soli maschi si osserva una mortalità più bassa (Figg. 2).

Si osserva una eterogeneità spaziale con SIR smoothed più alto nel comune di Bisceglie (Mappa).

La sopravvivenza è simile a quella del pool dei registri meridionali (Fig.4).

Gruppo morfologico	Casi	%
Glioblastoma	33	52,4
Astrocitoma	9	14,3
Oligodendroglioma	4	6,3
Ependimoma	2	3,2
Medulloblastoma	6	9,5
Altre morfologie	9	14,3

Sottosede	Casi	%
Meningi	3	3,6
Lobo frontale	17	20,2
Lobo temporale	20	23,8
Lobo parietale	10	11,9
Lobo occipitale	1	1,2
Ventricolo	1	1,2
Cervelletto	4	4,8
Tronco cerebrale	0	0,0
Lesione sconfinante dell'encefalo	8	9,5
Encefalo, NAS	17	20,2
Altre parti del SNC	3	3,6

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2008.

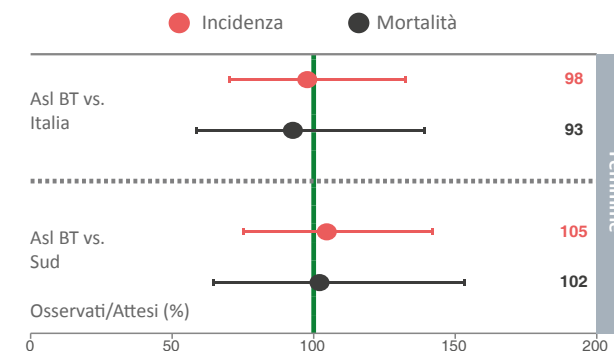
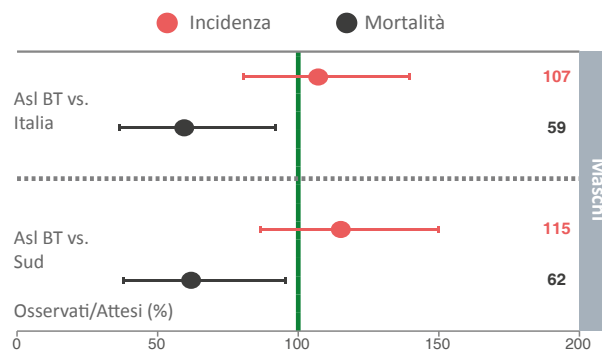


Figura 2M (a sinistra) e **Figura 2F** (a destra). Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

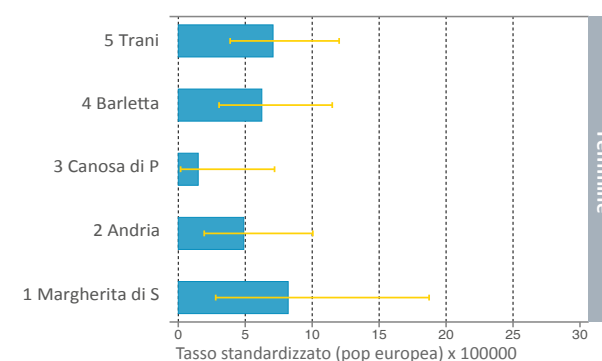
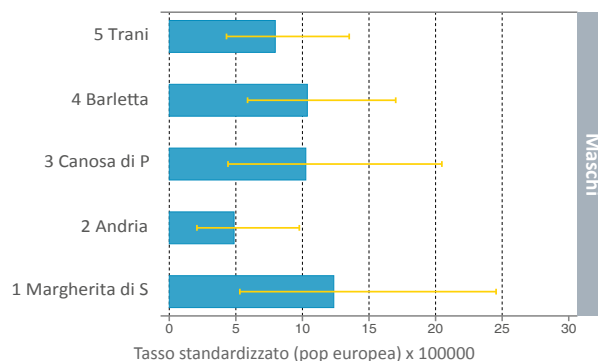


Figura 3M (a sinistra) e **Figura 3F** (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

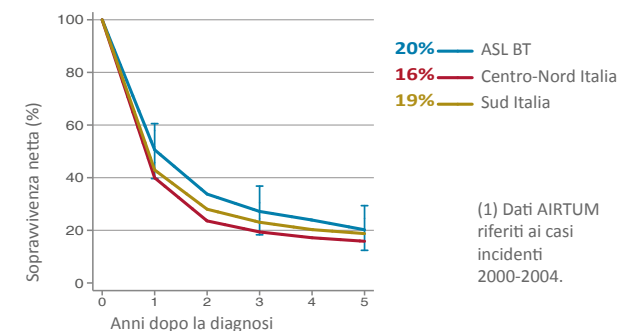


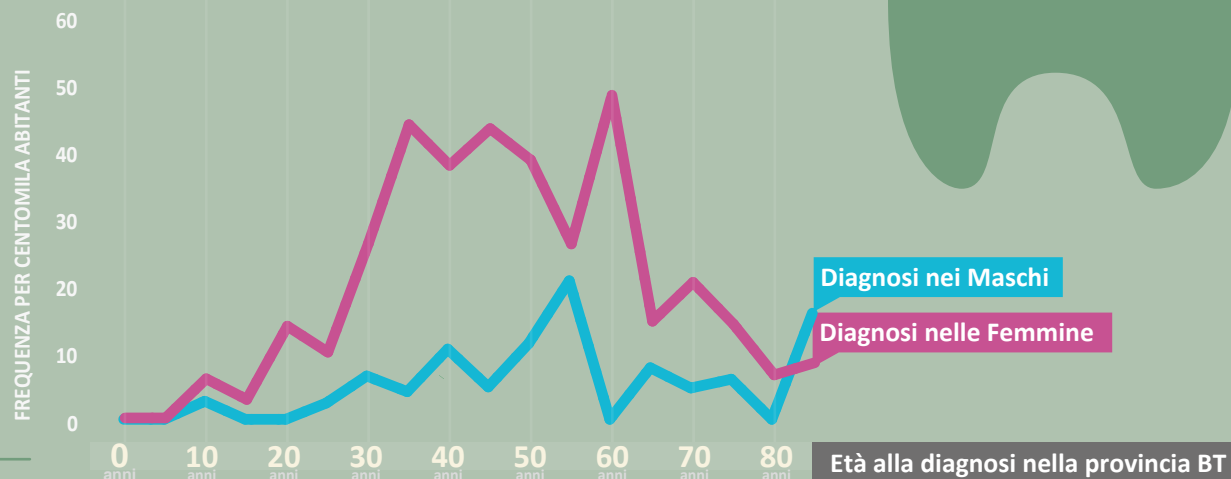
Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra ASL BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

ENCEFALO E SNC



appunti e annotazioni

TIROIDE



Il tumore maligno della tiroide è molto più frequente nelle donne che negli uomini: nel territorio della Asl Bt è al terzo posto per frequenza dopo quelli di mammella e colon-retto e precede anche fegato, polmone e corpo dell'utero.

La mortalità invece è bassa in entrambi i sessi.

Su tutto il territorio nazionale, negli ultimi anni si è assistito a un incremento dell'incidenza dei tumori tiroidei in entrambi i sessi mentre la mortalità è rimasta la stessa o ha registrato una lieve flessione.

Rispetto ai dati registrati nella Asl Bt nel triennio 2006-2008 preso in esame, va detto che nei maschi sono stati registrati 10 casi annui medi e un solo decesso: l'incidenza risulta più bassa di 32 punti percentuali rispetto all'Italia e di 34 punti percentuali rispetto al Sud.

Nelle femmine invece sono stati registrati 44 casi medi annui e 2 decessi: in entrambi i casi i dati sono vicini all'atteso e quindi i dati sono in linea sia con il Sud che con il Centro-Nord.

Le percentuali di sopravvivenza sono molto alte, anche più di quelle registrate nel resto del Paese.

A cinque anni dalla insorgenza della patologia, la sopravvivenza nella Asl Bt è del 96 per cento mentre nel resto del Paese è del 93 per cento, ma è possibile che questa differenza sia in parte imputabile al diverso periodo di riferimento dei dati Asl e dei dati Airtum (Associazione italiana Registri Tumori) utilizzati per il resto d'Italia.

TIROIDE

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

10 **uomini** scoprono di avere la malattia
L il 32% in meno rispetto all'Italia*,
L il 34% in meno rispetto al Sud*.

Mortalità

1 **uomini** non ce la fanno
L il 37% in meno rispetto all'Italia,
L il 36% in meno rispetto al Sud.

Incidenza

44 **donne** scoprono di avere la malattia
L il 3% in meno rispetto all'Italia,
L il 14% in meno rispetto al Sud.

Mortalità

2 **donne** non ce la fanno
L il 4% in meno rispetto all'Italia,
L il 8% in meno rispetto al Sud.

Sopravvivenza netta

96% dei pazienti della BT sopravvivono alla malattia a distanza di 5 anni.**

93% al Centro-Nord : 93% al Sud

L -32% BT/Italia
L -37% BT/Italia

L -3% BT/Italia
L -4% BT/Italia

L -34% BT/Sud
L -36% BT/Sud

L -14% BT/Sud
L -8% BT/Sud

10
1

44
2



BT

(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza non sia dovuta al caso.

(**) Si intende sopravvivenza netta, cioè correlata soltanto al tumore.

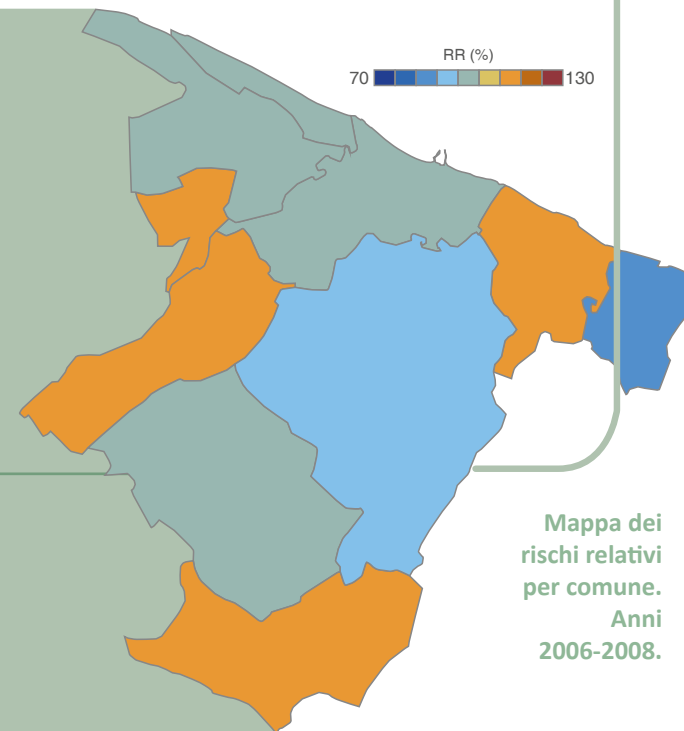
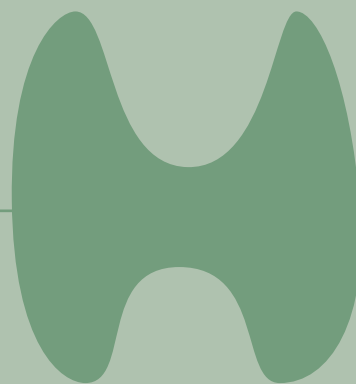
Scheda

22

TIROIDE

Sedi ICD-O-3: C73

Morfologie ICD-O-3:
escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989



Il tumore maligno della tiroide è la più frequente neoplasia del sistema endocrino ed è molto più frequente nelle donne rispetto agli uomini, con un rapporto 3-4:1.

Nel sesso femminile è il quinto per incidenza, mentre la mortalità è bassa in entrambi i sessi.

Negli ultimi decenni si è assistito a un incremento marcato dell'incidenza di tumori tiroidei in entrambi i sessi, mentre la mortalità è rimasta costante o in leggera flessione nel sesso maschile. Tale trend di incidenza sembra essere legato prevalentemente ad

una maggior diffusione delle pratiche diagnostiche, in primis l'ecografia tiroidea e l'ecodoppler.

La mortalità è rimasta invece pressoché stabile sia per il miglioramento delle terapie a fronte dell'incidenza crescente, sia perché una quota almeno dei casi asintomatici scoperti con l'uso dell'ecografia avrebbe probabilmente avuto un comportamento indolente.

La stessa conclusione si può trarre considerando che da statistiche autoptiche si rileva una prevalenza di tumore maligno della tiroide non riscontrato in vita del 30%.

Tra i fattori di rischio si ricorda il gozzo da carenza di iodio e l'esposizione a radiazioni ionizzanti. In particolare per la forma midollare si riconosce l'esistenza di sindromi genetiche caratterizzate dall'associazione con altri tumori quali il feocromocitoma a carico del surrene.

Per quanto riguarda la prevenzione primaria, si può consigliare l'uso di sale iodato che riduce l'incidenza di gozzo, per quanto riguarda quella secondaria, non sembra opportuno prevedere uno screening organizzato dato il rischio di sovradiagnosi che grava sull'uso diffuso dell'ecografia tiroidea in soggetti asintomatici.

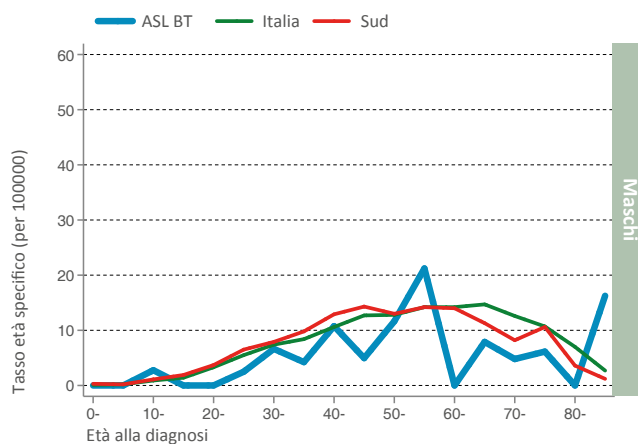


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

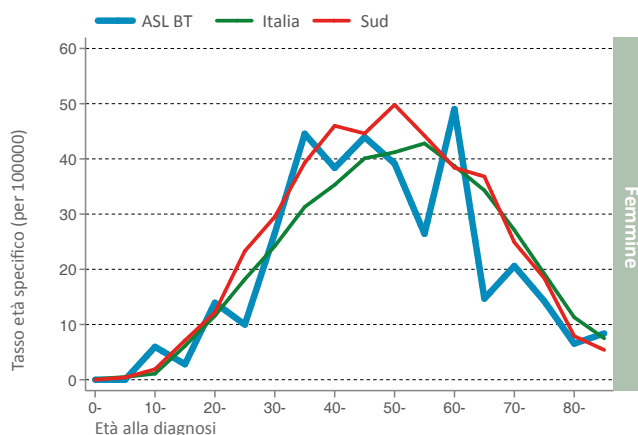


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

	● Incidenza		
	M+F	M	F
Numero casi	163	30	133
Percentuale sul totale	3,1	1,0	5,5
Tasso grezzo	14,0	5,2	22,6
Tasso standardizzato (¹) (per 100000)	13,3	5,1	21,4
Rischio cumulativo 0-74 anni	1,0	0,4	1,7

(¹) Popolazione standard europea

	● Mortalità		
	M+F	M	F
	7	2	5
	0,3	0,2	0,5
	0,6	0,3	0,8
	0,4	0,2	0,5
	<0.1	0,0	<0.1

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

Può essere utile la palpazione della tiroide da parte di un medico di fiducia una volta l'anno.

Nella provincia BT si osserva che il tumore della tiroide è al terzo posto per frequenza dopo quelli di mammella e colon-retto, precedendo anche fegato, polmone e corpo dell'utero.

La mortalità è comunque molto bassa. Nei maschi è poco diffuso e rappresenta una percentuale molto bassa della mortalità per tumori (Tab. 1).

Il tipo più frequente, come si evince dalla Tab. 2 è, come nel resto dei Paesi occidentali, il carcinoma papillare (81,4%), seguito dal follicolare (9,3 %) e dal midollare (5,6 %).

L'incidenza di tumore della tiroide nei maschi è significativamente più bassa che nel resto d'Italia e anche rispetto a quella del sud. Dato il numero basso di decessi imputabili a questa neoplasia le stime della mortalità sono imprecise. Nelle femmine incidenza e mortalità rispecchiano invece l'atteso (Fig. 2F).

La mappa mostra una eterogeneità geografia con SIR smoothed più alti a Canosa, San Ferdinando e Trani (Mappa). La sopravvivenza stimata per la provincia BT è molto alta (96% a 5 anni), e risulta anche leggermente migliore di quella delle altre aree italiane, pur dovendo considerare che le stime provinciali riguardano un quinquennio successivo a quelle AIRTUM (Fig. 4).

Gruppo morfologico	Casi	%
Papillare	131	81,4
Follicolare	15	9,3
Midollare	9	5,6
Anaplastico	1	0,6
Altre morfologie	5	3,1
Non specificato	0	0,0

Tabella 2. Distribuzione per morfologia. Anni 2006-2008.

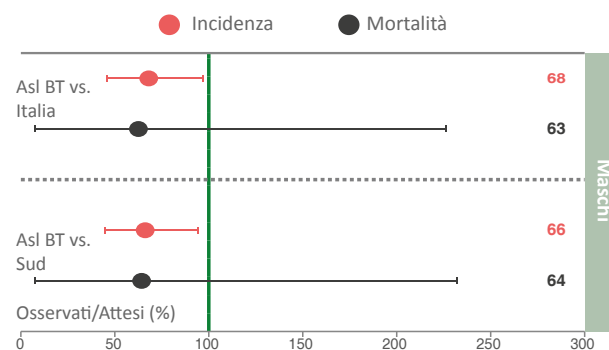


Figura 2M (a sinistra) e **Figura 2F** (a destra). Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

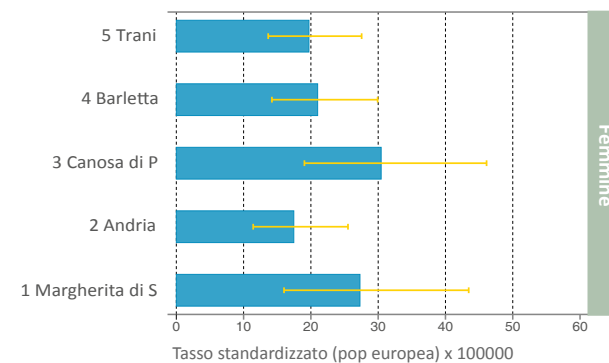
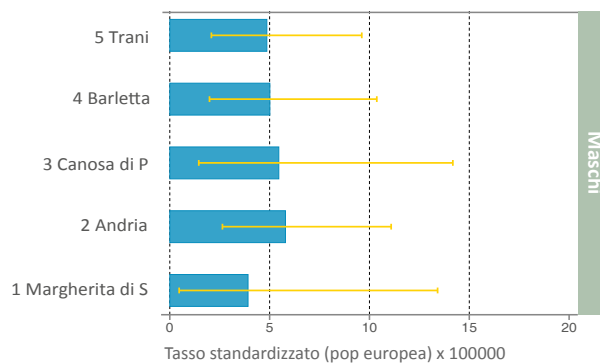
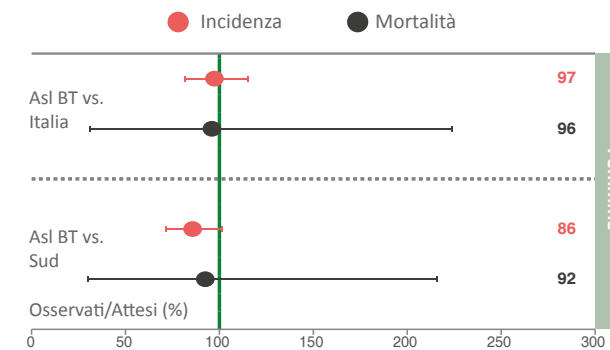


Figura 3M (a sinistra) e **Figura 3F** (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

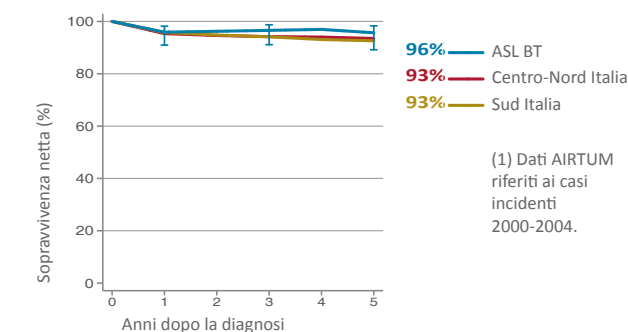


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

TIROIDE

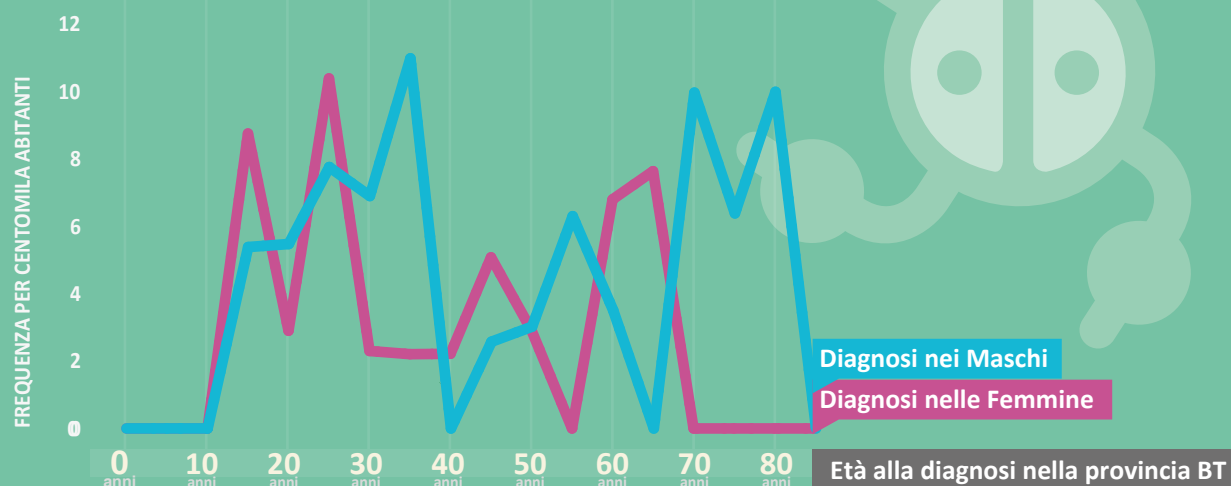


appunti e annotazioni

Focus

23

LINFOMI di HODGKIN



Il linfoma di Hodgkin è una neoplasia del sistema linfatico ed è un tumore abbastanza raro, ma è relativamente frequente nelle età giovanili.

Negli ultimi venti anni si è assistito a un aumento dell'incidenza in entrambi i sessi mentre la mortalità è rimasta tendenzialmente la stessa. Anche nella Asl Bt, come nel resto del Paese in entrambi i sessi si riconoscono due picchi di incidenza nella fascia di età che va dai 20 ai 30 anni e nella fascia oltre i 70 anni.

I dati di incidenza e mortalità della Asl Bt, sia nei maschi che nelle femmine, non si discostano dall'atteso.

Nel triennio 2006-2008 preso in esame per i maschi sono stati registrati 8 casi annui medi e 1 decesso mentre per le femmine ci sono stati 6 casi annui medi e 1 decesso: le variazioni di frequenza rispetto al Sud e alle regioni del Centro-Nord non sono in alcun caso statisticamente significative.

Anche i dati di sopravvivenza non sono diversi da quelli delle altre regioni meridionali: nei dieci comuni

della provincia BT, a cinque anni dalla insorgenza della patologia la sopravvivenza è dell'87 per cento, esattamente come nelle altre regioni del Sud, mentre il dato registrato nelle altre regioni del Paese è dell'82 per cento ma anche in questo caso bisogna considerare che i dati Asl relativi alla sopravvivenza sono di un quinquennio successivo rispetto ai dati Airtum (Associazione italiana Registri Tumori) disponibili per il resto del Paese.



LINFOMI di HODGKIN

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

8 uomini scoprono di avere la malattia
M il 6% in più rispetto all'Italia,
L il 13% in più rispetto al Sud.

Mortalità

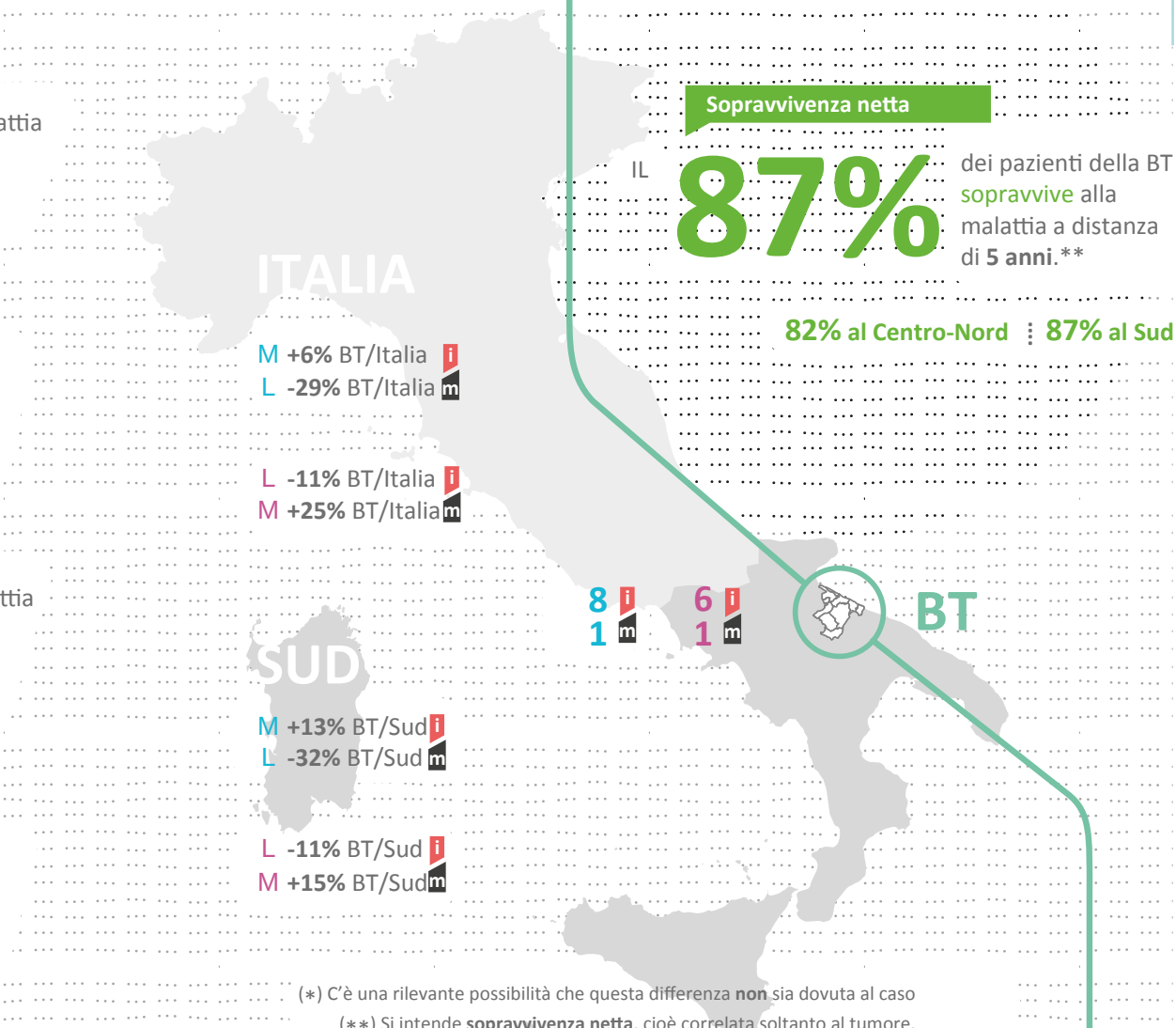
1 uomini non ce la fanno
L il 29% in meno rispetto all'Italia,
L il 32% in meno rispetto al Sud.

Incidenza

6 donne scoprono di avere la malattia
L il 11% in meno rispetto all'Italia,
L il 11% in meno rispetto al Sud.

Mortalità

1 donne non ce la fanno
M il 25% in più rispetto all'Italia,
M il 15% in più rispetto al Sud.



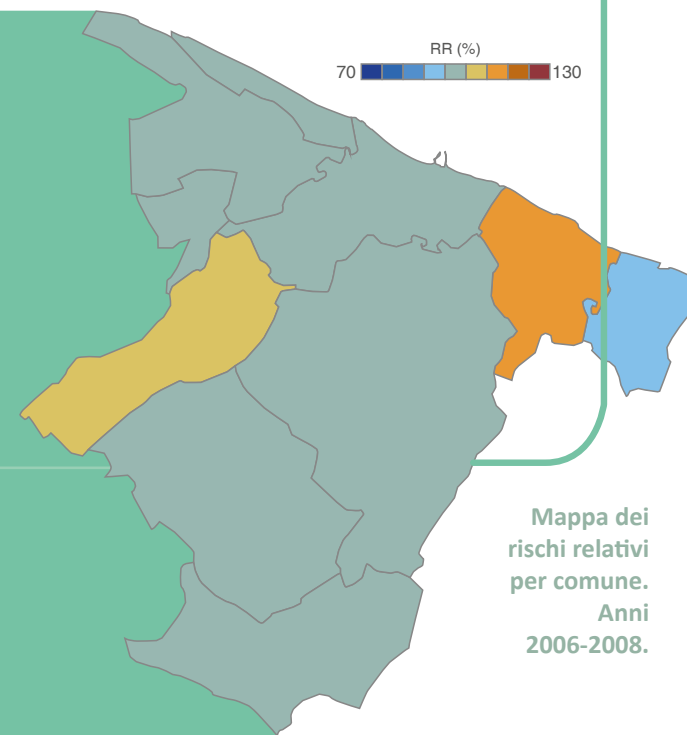
Scheda

23

LINFOMI di HODGKIN

Sedi ICD-O-3: tutte

Morfologie ICD-O-3:
M9650-9667



Mappa dei
rischi relativi
per comune.
Anni
2006-2008.

Il linfoma di Hodgkin è una neoplasia del sistema linfatico, caratterizzata dalla presenza di elementi cellulari patologici (cellule multinucleate di Reed-Stenberg, e loro variante mononucleata di Hodgkin).

Esistono quattro varianti: sclerosi nodulare, a cellularità mista, ricco in linfociti, con deplezione linfocitaria. La prognosi varia sia col sottotipo istologico, sia in base allo stadio alla diagnosi.

Nel complesso il linfoma di Hodgkin è un tumore abbastanza raro, ma è relativamente frequente nelle età giovanili, e si riconoscono due picchi di incidenza,

il primo intorno ai 20-30 anni, e il secondo sopra i 70 anni.

Negli ultimi due decenni si è assistito ad un aumento dell'incidenza in entrambi i sessi, mentre la mortalità è rimasta tendenzialmente costante.

Non si conoscono le cause, sebbene siano stati presi in considerazione diversi possibili fattori di rischio: agenti infettivi soprattutto di natura virale (in particolare EBV, HIV), deficit congeniti e acquisiti del sistema immunitario, chemioterapia per altro tumore.

Nella provincia BT dal punto di vista istologico preval-

gono di gran lunga le forme con sclerosi nodulare (52%) e a cellularità mista (26%).

In entrambi i sessi si riconoscono i due picchi di incidenza in età giovanile e in età avanzata (Fig. 1).

L'incidenza e la mortalità non si discostano in modo significativo da quanto riscontrato in Italia e nel sud (Fig. 2).

Nei confronti intraprovinciali emerge un SIR smoothed più alto nel comune di Trani rispetto agli altri comuni. La sopravvivenza è perfettamente in linea con quella stimata per il Sud Italia.



	● Incidenza		
	M+F	M	F
Numero casi	42	24	18
Percentuale sul totale	0,8	0,8	0,7
Tasso grezzo	3,6	4,2	3,1
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	3,5	3,9	3,1
Rischio cumulativo 0-74 anni	0,3	0,3	0,2

(1) Popolazione standard europea

	● Mortalità		
	M+F	M	F
	7	3	4
	0,3	0,2	0,4
	0,6	0,5	0,7
	0,5	0,5	0,5
	<0.1	<0.1	<0.1

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

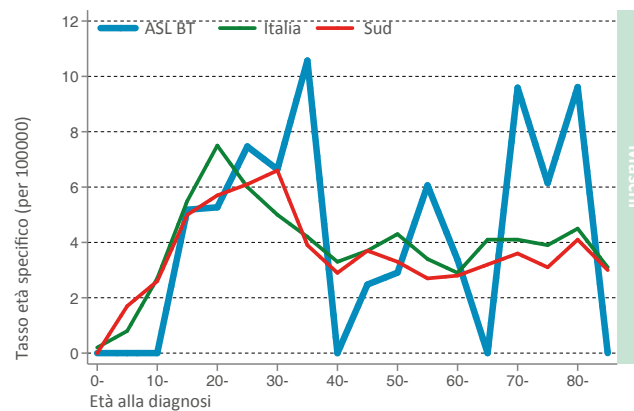


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

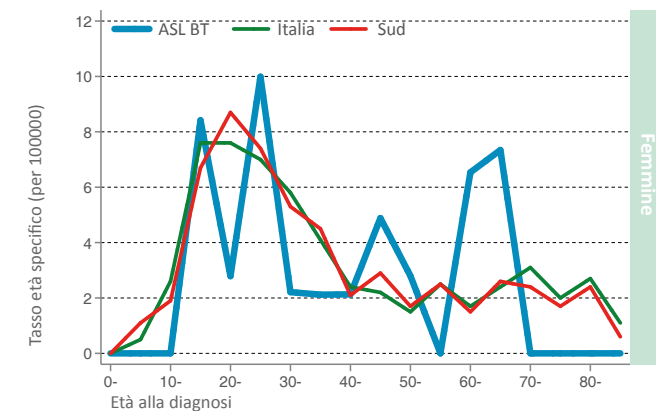


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

Gruppo morfologico	Casi	%
Predominanza linfocitaria	1	2,4
Sclerosi nodulare	22	52,4
Cellularità mista	11	26,2
Deplezione linfocitaria	0	0,0
Non specificato	8	19,0

Tabella 2. Distribuzione per morfologia. Anni 2006-2008.

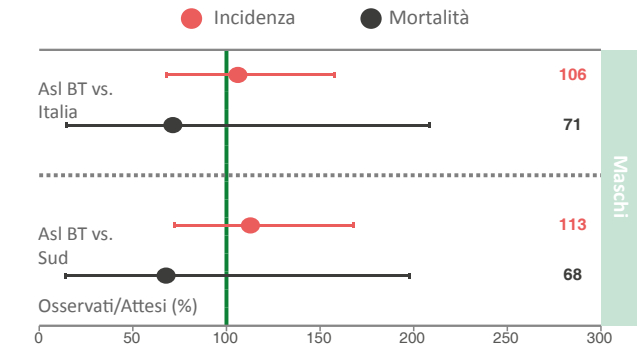


Figura 2M (a sinistra) e Figura 2F (a destra). Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

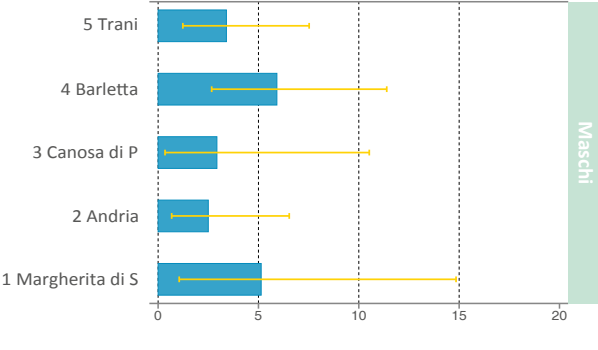
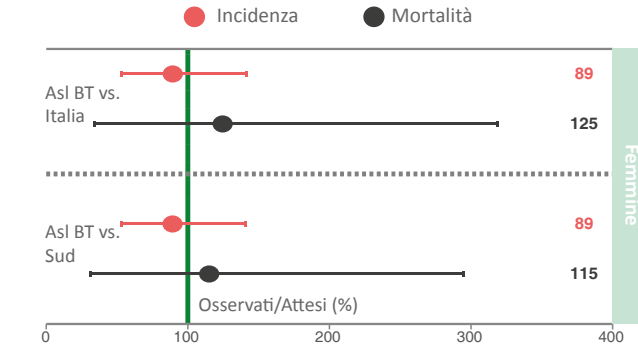


Figura 3M (a sinistra) e Figura 3F (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

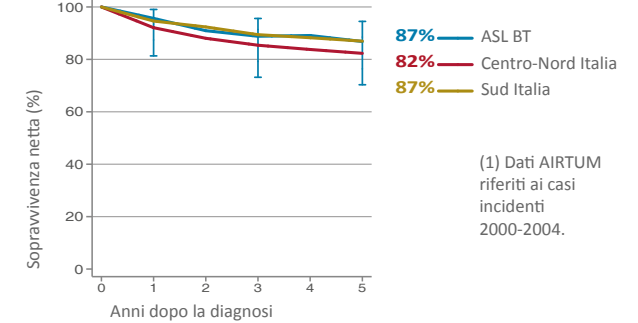
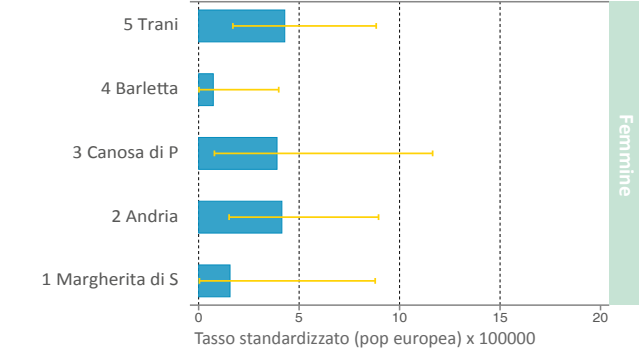
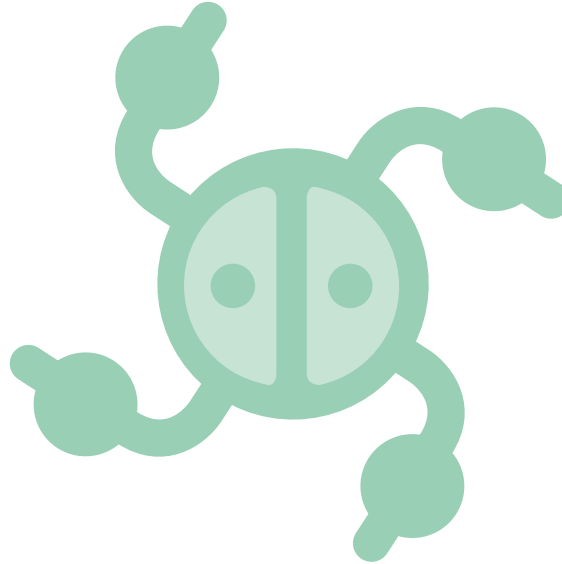


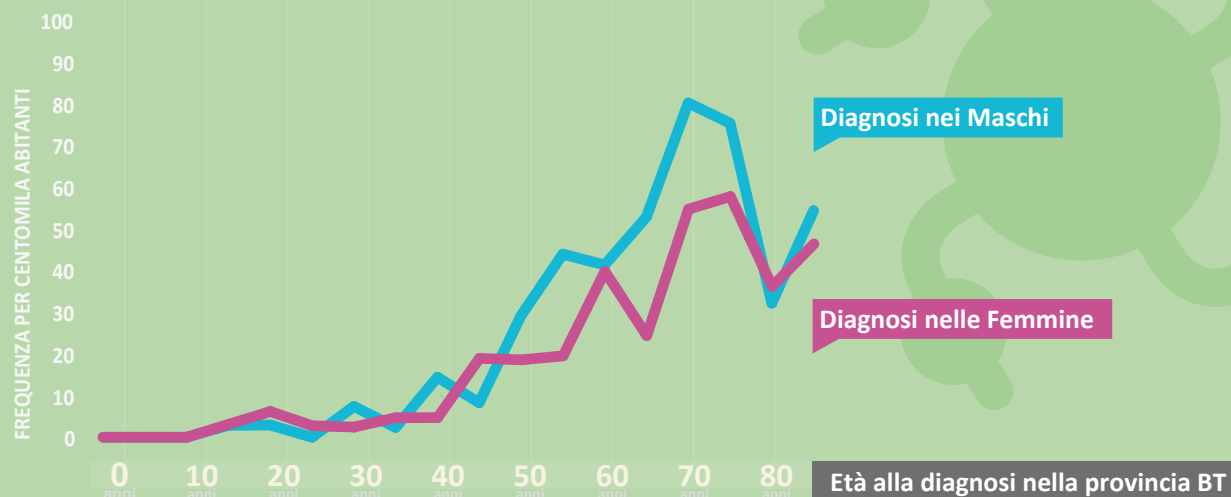
Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra ASL BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008..

LINFOMI di HODGKIN



appunti e annotazioni

LINFOMA NON HODGKIN



I linfomi di non Hodgkin rappresentano un gruppo eterogeneo di neoplasie del sistema linfatico e sono localizzati prevalentemente ai linfonodi, ma anche al tessuto linfatico di organi quali stomaco, intestino, ghiandole dell'apparato gastroenterico e respiratorio e cute.

L'incidenza di questa neoplasia aumenta con l'età, ma esistono anche forme infantili e giovanili.

Negli ultimi dieci anni l'incidenza in Italia è rimasta costante mentre la mortalità ha registrato una lieve riduzione.

I riferimenti numerici della Asl Bt non si discostano troppo da quanto emerge dall'analisi dei dati del Sud e del Centro-Nord: solo la mortalità nei maschi risulta più bassa rispetto al resto dell'Italia.

Per i maschi nel triennio 2006-2008 preso in esame sono stati registrati 31 casi annui medi e 8 decessi, il 38 per cento in meno rispetto a quando avviene nelle

regioni del Centro-Nord. Nelle donne invece sono stati registrati 26 casi annui medi e 9 decessi, in linea con l'atteso del resto del Paese.

Il tasso di sopravvivenza risulta invece più alto nella Asl Bt rispetto alle altre zone italiane: a cinque anni dalla insorgenza della patologia la sopravvivenza è del 67 per cento. La sopravvivenza registrata a Sud è invece del 56 per cento mentre al Centro-Nord il dato è del 60 per cento.



LINFOMA NON HODGKIN

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

31

uomini scoprono di avere la malattia

L il 17% in meno rispetto all'Italia,
M il 4% in più rispetto al Sud.

Mortalità

8

uomini non ce la fanno

L il 38% in meno rispetto all'Italia*,
L il 26% in meno rispetto al Sud.

Incidenza

26

donne scoprono di avere la malattia

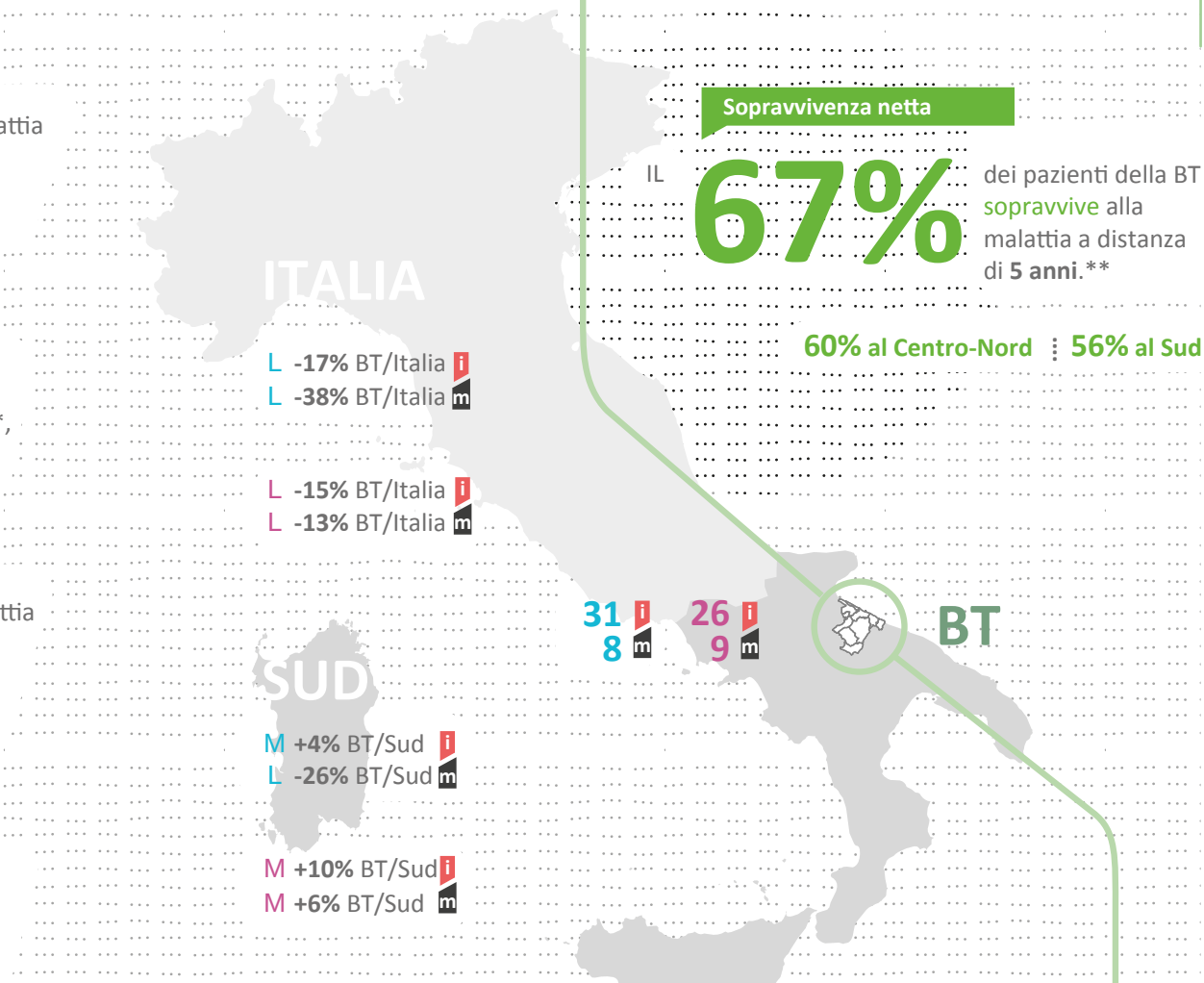
L il 15% in meno rispetto all'Italia,
M il 10% in più rispetto al Sud.

Mortalità

9

donne non ce la fanno

L il 13% in meno rispetto all'Italia,
M il 6% in più rispetto al Sud.



(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza non sia dovuta al caso.

(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.

Scheda

24

LINFOMA NON HODGKIN

Sedi ICD-O-3: tutte

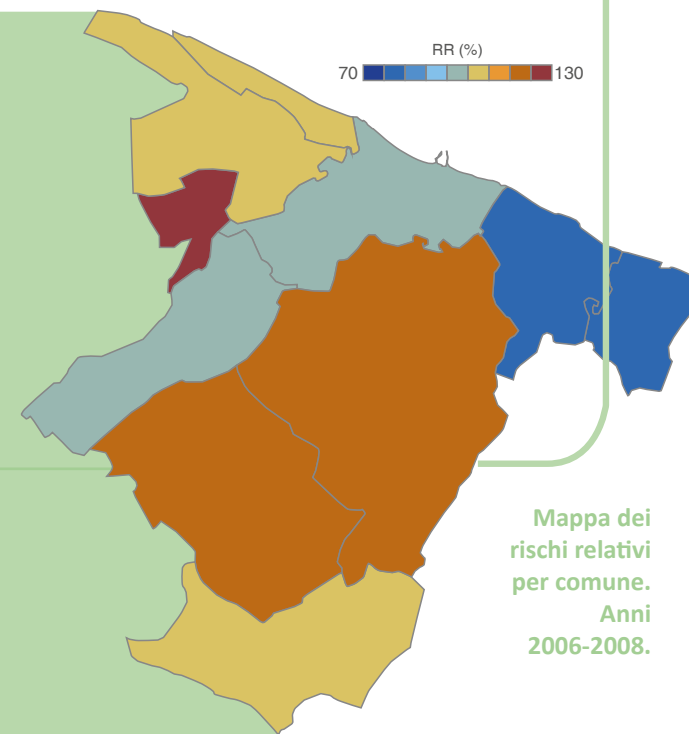
Morfologie ICD-O-3:

M9590-9596, M9670-9729,

M9760-9764, M9940, M9948.

Inoltre, escluse le sedi C42.0, C42.1

e C42.4: M9823, M9827



I linfomi non Hodgkin (LNH) rappresentano un gruppo di neoplasie del sistema linfatico, eterogeneo per istologia, comportamento clinico-biologico e prognosi e sono localizzati prevalentemente ai linfonodi (nodali), ma anche al tessuto linfatico di organi quali stomaco, intestino, ghiandole dell'apparato gastroenterico e respiratorio, cute (extranodali).

Si sono susseguiti nel tempo diversi sistemi di classificazione che si basavano prevalentemente su criteri di tipo morfologico, cioè sull'aspetto microscopico delle cellule tumorali.

Da quando l'immunoistochimica e la biologia molecolare sono diventati strumenti indispensabili per la caratterizzazione di linfomi, è stata adottata la classificazione REAL (Revised European American Lymphoma) e successivamente una nuova classificazione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

I LNH derivati dai linfociti B costituiscono la maggior parte dei casi (quasi il 90%), mentre meno comuni sono quelli derivanti dai linfociti T (circa 10%), e rarissimi quelli derivati da cellule NK e quelli non-B, non-T.

L'incidenza di LNH aumenta con l'età, ma esistono

anche forme infantili e giovanili. Nell'ultimo decennio l'incidenza dei LNH è rimasta costante, mentre si osserva una lieve riduzione della mortalità.

L'etiologia non è nota, sebbene siano stati presi in considerazione diversi possibili fattori di rischio: infezioni virali (da EBV, HIV), malattie autoimmuni quali tiroiditi di Hashimoto e celiachia associate rispettivamente a LNH tiroidei e intestinali, esposizioni a agenti fisici (radiazioni ionizzanti) e chimici professionali e ambientali.

Nella provincia BT dal punto di vista topografico

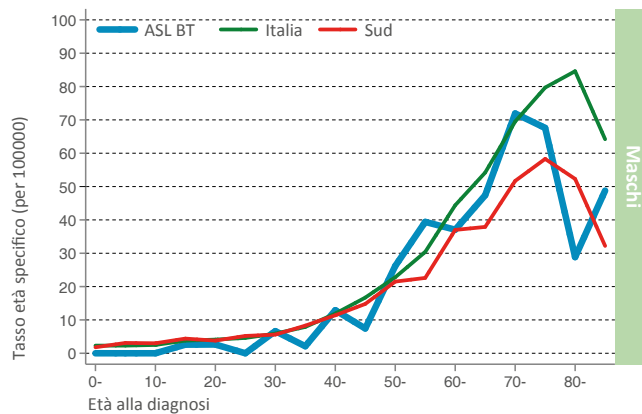


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

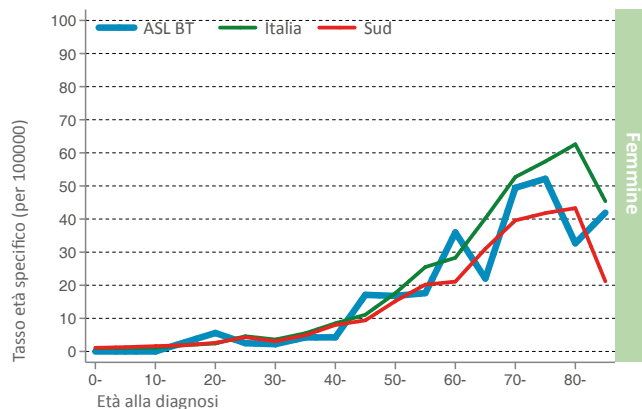


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

	● Incidenza		
	M+F	M	F
Numero casi	170	92	78
Percentuale sul totale	3,2	3,2	3,2
Tasso grezzo	14,6	16,0	13,2
Tasso standardizzato (¹⁾ (per 100000)	12,7	14,6	10,9
Rischio cumulativo 0-74 anni	1,1	1,3	0,9

(¹) Popolazione standard europea

	● Mortalità		
	M+F	M	F
	686	686	686
	686	686	686
	686	686	686
	686	686	686
	686	686	686

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

prevalgono le forme nodali (68%), e tra quelle extranodali i più frequenti sono quelli gastrici (8% del totale).

Incidenza e mortalità sono in linea con quelle del Sud in entrambi i sessi, mentre nei maschi sono un po' più basse rispetto a quelle riportate in Italia (Fig. 2).

Nei confronti intraprovinciali si osserva un'incidenza più alta nel Distretto di Margherita di Savoia in entrambi i sessi (Figg. 3) e a livello comunale nel comune di San Ferdinando di Puglia (Mappa).

La sopravvivenza è più alta di quella riscontrata nel resto d'Italia (Fig. 4).

Gruppo morfologico	Casi	%
Cellule B, indolenti follicolari	20	11,8
Cellule B, indolenti non follicolari	41	24,1
Cellule B, aggressivi follicolari	4	2,4
Cellule B, aggressivi non follicolari	70	41,2
Cellule T aggressivi	10	5,9
Cellule T indolenti	4	2,4
Linfomi dei precursori	0	0,0
Non specificato	21	12,4

Sottosede	Casi	%
Linfonodo	115	67,6
Milza	5	2,9
Sistema Emolinfopoietico NAS	8	4,7
Testa e collo	6	3,5
Cute	11	6,5
Stomaco	14	8,2
Altre sedi extranodali	9	5,3
Non noto	2	1,2

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2008.

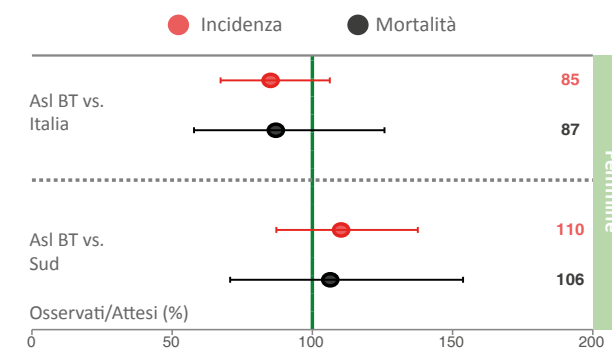
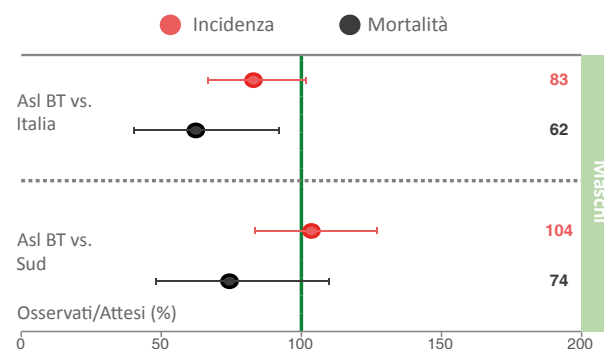


Figura 2M (a sinistra) e **Figura 2F** (a destra). Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

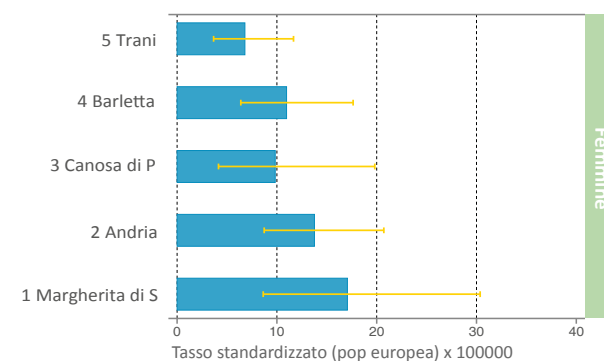
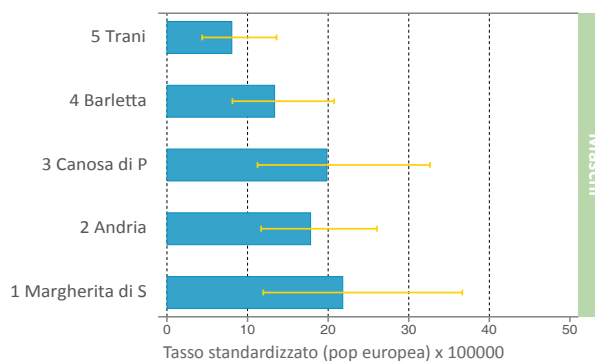


Figura 3M (a sinistra) e **Figura 3F** (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

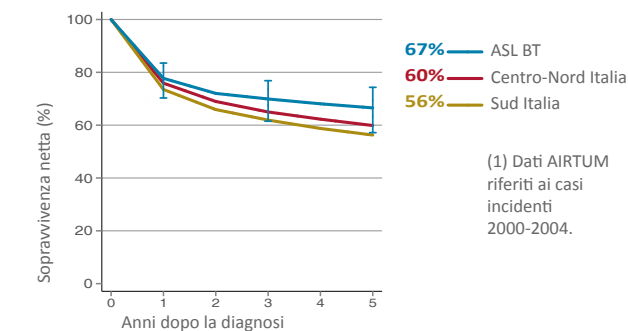
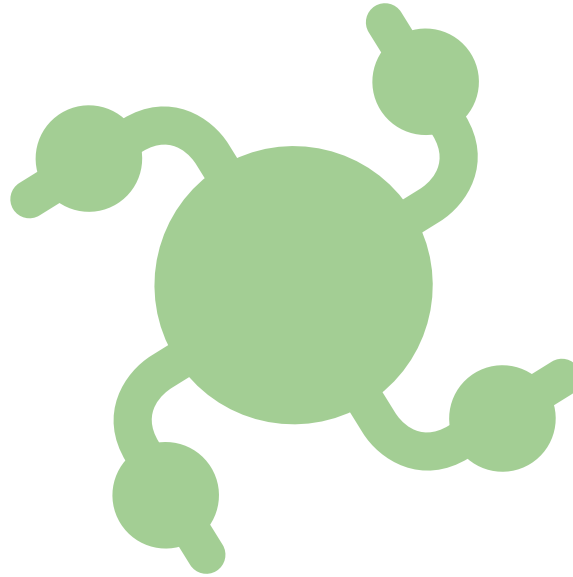


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

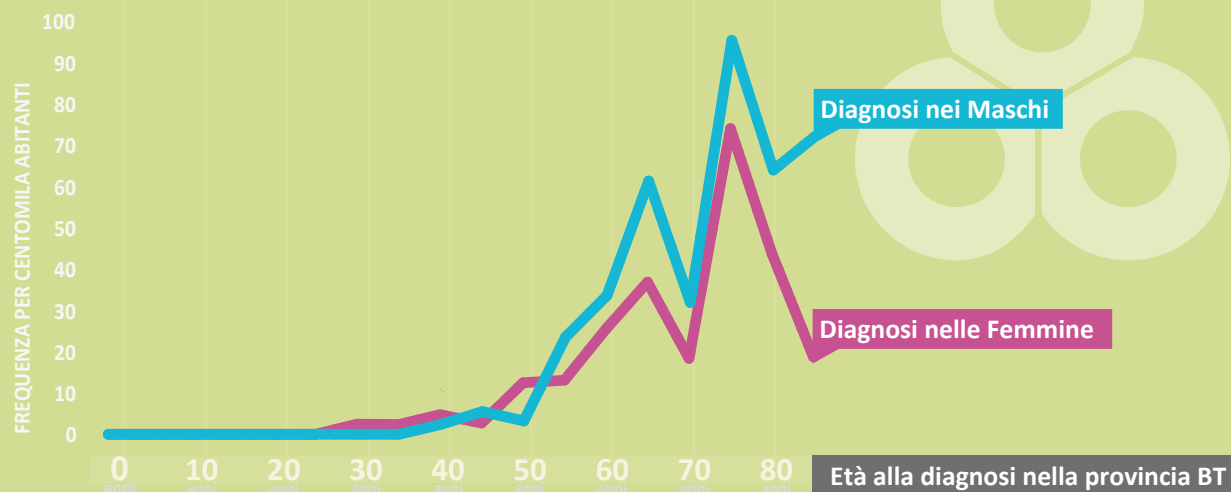
LINFOMA NON HODGKIN



appunti e annotazioni

Focus 25

MIELOMI



Il mieloma è un tumore ematologico tipico dell'età avanzata e lievemente più frequente nei maschi che nelle femmine. A livello nazionale negli ultimi anni incidenza e mortalità sono rimasti costanti. Nella Asl Bt invece l'incidenza è significativamente più alta sia rispetto al Sud che rispetto al resto d'Italia.

Nei tre anni presi in esame per i maschi sono stati registrati 21 casi medi annui e 8 decessi: la frequenza di incidenza è più alta di 51 punti percentuali rispetto all'Italia e di 92 punti percentuali rispetto al Sud.

Le differenze in termini di mortalità invece non sono statisticamente significative. Per le femmine tra il 2006 e il 2008, invece, sono stati registrati 18 casi medi annui e 6 decessi: mentre la mortalità anche in questo caso non si discosta dall'atteso, l'incidenza è più alta di 51 punti percentuali rispetto all'Italia e di 74 punti percentuali rispetto al Sud. Il picco si registra nelle età più avanzate.

La sopravvivenza è particolarmente buona: a cinque anni dalla insorgenza della patologia nella Asl Bt la sopravvivenza è del 52 per cento mentre al

Centro-Nord è del 41 per cento e al Sud del 42 per cento. Va precisato che i dati Asl si riferiscono a un quinquennio successivo rispetto ai dati Airtum (Associazione italiana Registro Tumori) disponibili per il resto del Paese.

È inoltre possibile che ci sia nella nostra Asl un prevalenza di forme poco aggressive e una pressione diagnostica elevata da parte dei servizi di ematologia locale.

MIELOMI

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

21 **uomini** scoprono di avere la malattia
M il **51% in più** rispetto all'Italia*,
M il **92% in più** rispetto al Sud*.

Mortalità

8 **uomini** non ce la fanno
M il **5% in più** rispetto all'Italia,
M il **11% in più** rispetto al Sud.

Incidenza

18 **donne** scoprono di avere la malattia
M il **51% in più** rispetto all'Italia*,
M il **74% in più** rispetto al Sud*.

Mortalità

6 **donne** non ce la fanno
L il **12% in meno** rispetto all'Italia,
L il **7% in meno** rispetto al Sud.

Sopravvivenza netta

IL **52%** dei pazienti della BT sopravvive alla malattia a distanza di **5 anni.****

41% al Centro-Nord ; **42% al Sud**

M **+51% BT/Italia**
M **+5% BT/Italia**

M **+51% BT/Italia**
L **-12% BT/Italia**

M **+92% BT/Sud**
M **+11% BT/Sud**

M **+74% BT/Sud**
L **-7% BT/Sud**

21 **8** **18** **6** **BT**

(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza **non** sia dovuta al caso.

(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.

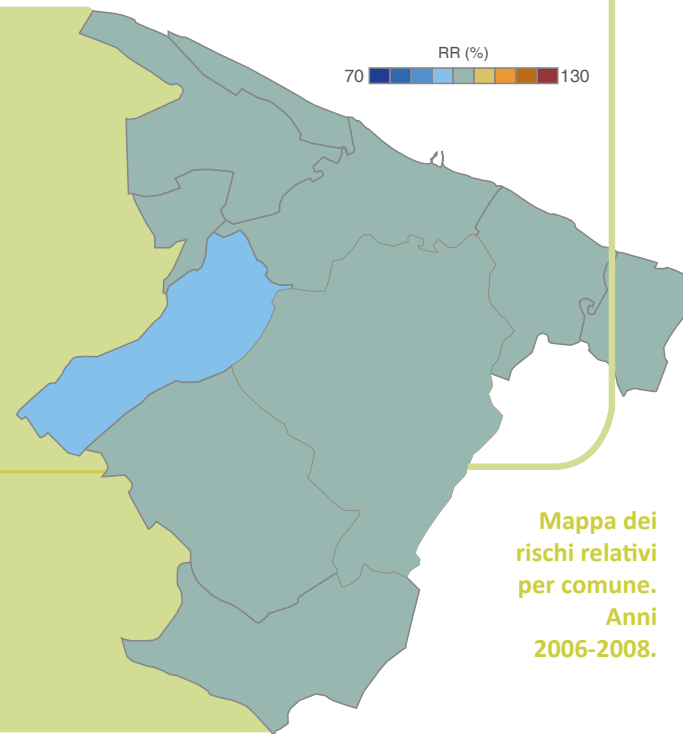
Scheda

25

MIELOMI

Sedi ICD-O-3: tutte

Morfologie ICD-O-3:
M9731-9734



**Mappa dei
rischi relativi
per comune.
Anni
2006-2008.**

Il mieloma multiplo è un tumore ematologico che colpisce le plasmacellule, una componente molto importante del sistema immunitario, che risultano essere l'ultima fase maturativa dei linfociti B.

È un tumore tipico dell'età avanzata, lievemente più frequente nei maschi che nelle femmine e sia l'incidenza che la mortalità sono rimaste costanti negli ultimi anni. Oltre all'età e al sesso maschile si conosce poco sui fattori etiologici del mieloma multiplo.

Le radiazioni ionizzanti e la familiarità possono giocare un ruolo, mentre è stato ipotizzato un eccesso di

rischio nei soggetti esposti professionalmente a prodotti dell'industria petrolchimica. Inoltre le gammopatie monoclonali di incerto significato (MGUS), che sono molto frequenti nell'anziano, possono essere dei precursori del mieloma multiplo, sebbene solo una parte evolva in senso francamente maligno (circa il 25% nell'arco di 10 anni). Non esistono forme di prevenzione, ma è utile che soggetti affetti da MGUS si sottopongano a controlli nel tempo per diagnosticare l'eventuale comparsa di mieloma multiplo. Nella provincia BT, come atteso, si rileva una maggiore incidenza nei maschi che nelle femmine, e il

picco di incidenza, particolarmente elevato nei confronti esterni, nelle età più avanzate (Tab. 1 e Figg.1). La sopravvivenza particolarmente buona (Fig. 4) è difficilmente spiegabile solo per il dato provinciale che è riferito a quinquennio successivo rispetto ai dati AIRTUM, ma potrebbe indicare un'alta prevalenza di forme indolenti e anche una pressione diagnostica elevata da parte dei servizi di ematologia locali. L'incidenza è significativamente più alta di quella riscontrata a livello nazionale e al sud, mentre la mortalità è in linea con l'atteso (Figg. 2). Non si rileva eterogeneità spaziale nei confronti intraprovinciali.

	● Incidenza				● Mortalità		
	M+F	M	F		M+F	M	F
Numero casi	119	64	55		44	25	19
Percentuale sul totale	2,2	2,2	2,3		1,9	1,9	2,0
Tasso grezzo	10,2	11,1	9,3		3,8	4,3	3,2
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	8,2	9,5	7,1		2,7	3,5	2,1
Rischio cumulativo 0-74 anni	0,6	0,7	0,5		0,2	0,2	0,2

(1) Popolazione standard europea

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

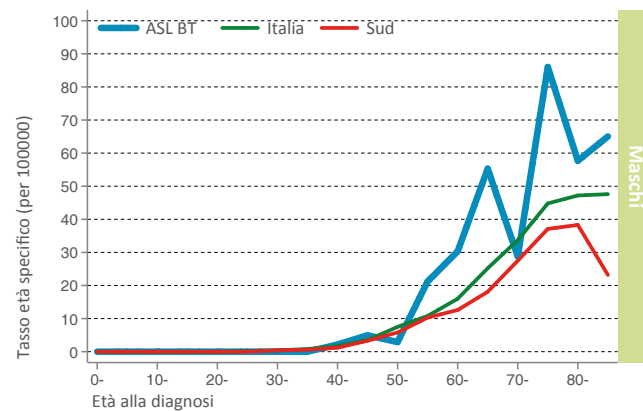


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

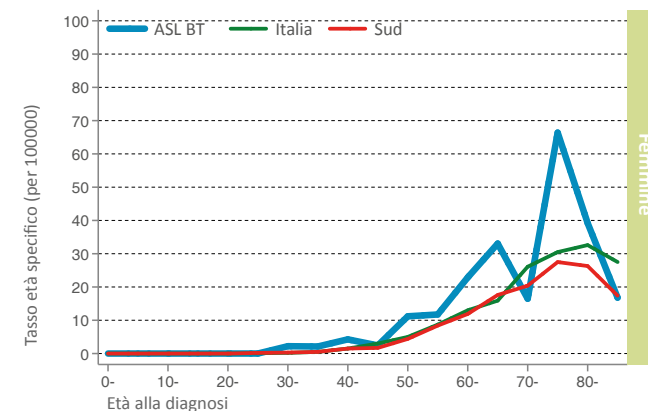


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

Gruppo morfologico	Casi	%
Mieloma	110	98,2
Plasmocitoma	2	1,8

Tabella 2. Distribuzione per morfologia. Anni 2006-2008.

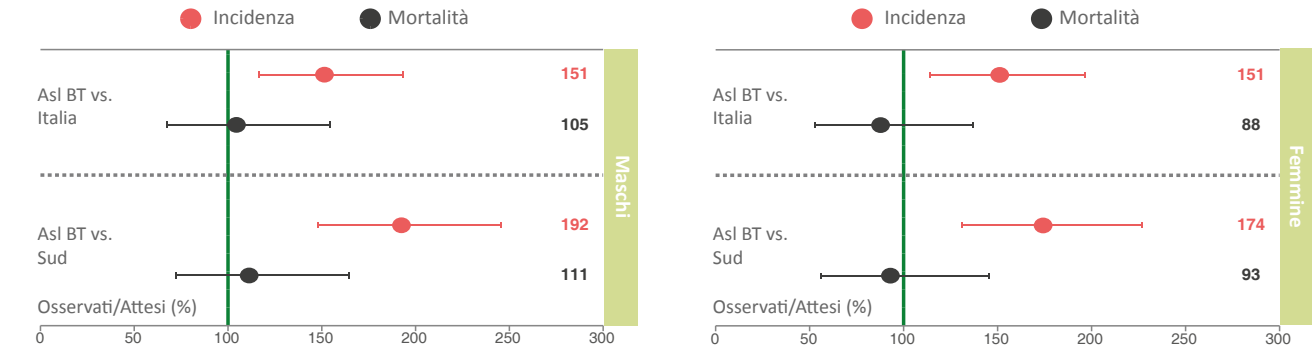


Figura 2M (a sinistra) e Figura 2F (a destra). Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

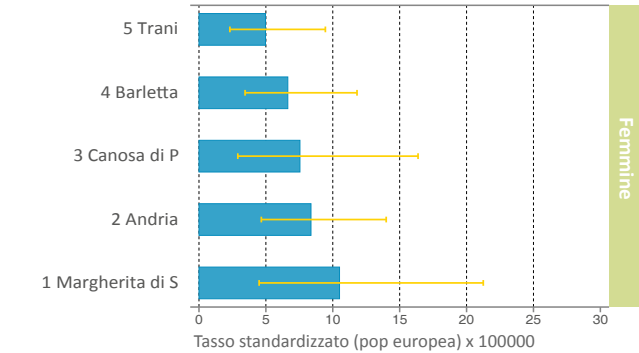
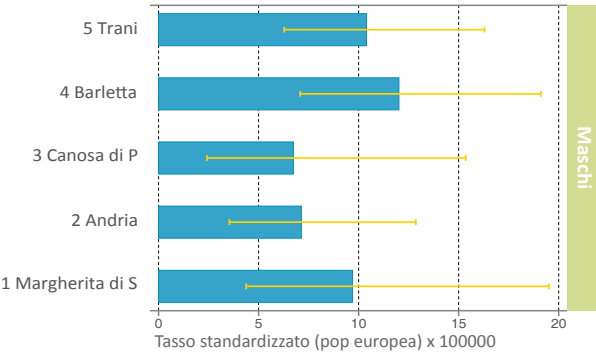


Figura 3M (a sinistra) e Figura 3F (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

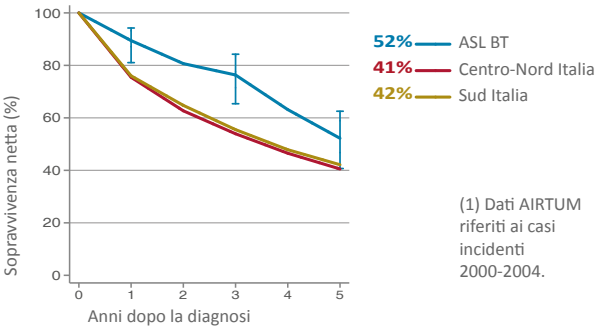
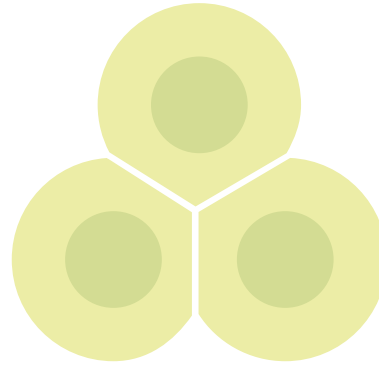


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

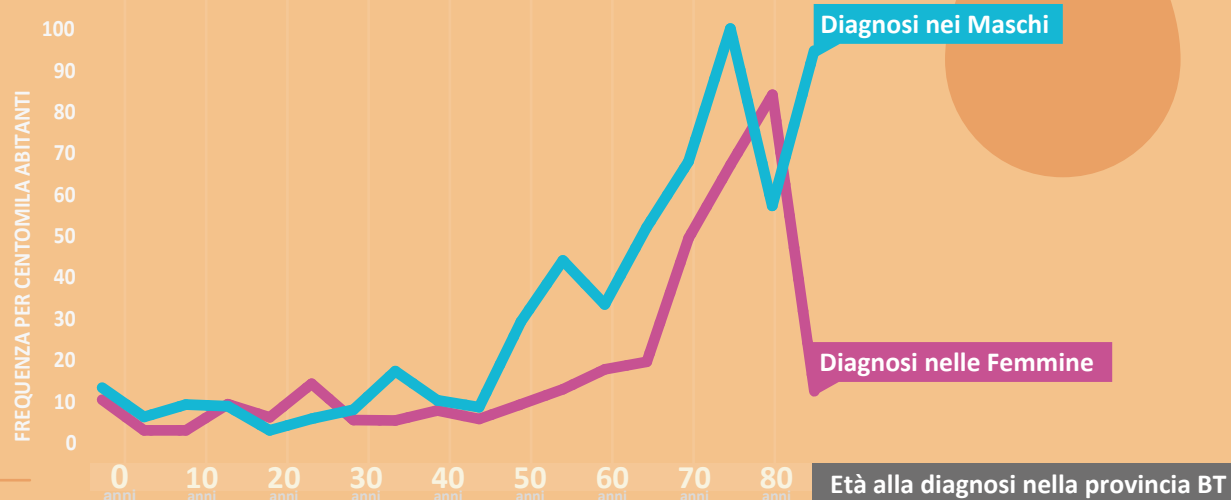
MIELOMI



appunti e annotazioni

Focus 26

LEUCEMIE



Le leucemie sono un gruppo eterogeneo di neoplasie dell'apparato emolinfopoietico.

Le forme linfatiche acute sono le più frequenti nell'età infantile e in particolare le leucemia linfoblastica acuta costituisce il tumore più frequente prima dei 14 anni. Le leucemie croniche, invece sono più frequenti in età adulta e tra gli anziani.

Nella Asl Bt solo nei maschi si rileva una percentuale di incidenza più alta rispetto al Sud mentre tutti gli altri dati non si discostano dall'atteso.

Nel triennio 2006-2008 preso in esame con questo rapporto, per i maschi sono stati registrati 32 casi annui medi e 18 decessi: la frequenza di incidenza è più alta rispetto alle altre regioni meridionali di 25 punti percentuali. Per le femmine invece sono stati registrati in media 20 casi annui e 12 decessi: le differenze percentuali non sono statisticamente significative.

La sopravvivenza è più alta di quella riscontrata nel resto del Paese: a cinque anni dalla insorgenza della patologia la sopravvivenza nella provincia BT è del 52

per cento rispetto al 42 per cento del Centro-Nord e al 44 per cento del Sud.

La differenza può essere spiegata in parte considerando che i dati Asl Bt si riferiscono a un quinquennio successivo rispetto a quello dei dati Airtum (Associazione italiana Registri tumori) utilizzati per l'analisi del resto del Paese.

LEUCEMIE

Nella provincia Bt vivono 389.524 persone
Tra il 2006 e il 2008, con media annua:

Incidenza

32 **uomini** scoprono di avere la malattia
M il 22% in più rispetto all'Italia,
L il 25% in più rispetto al SudQK.

Mortalità

17 **uomini** non ce la fanno
L il 5% in meno rispetto all'Italia,
L il 7% in meno rispetto al Sud.

Incidenza

20 **donne** scoprono di avere la malattia
M il 8% in più rispetto all'Italia,
M il 6% in più rispetto al Sud.

Mortalità

12 **donne** non ce la fanno
L il 8% in meno rispetto all'Italia,
L il 10% in meno rispetto al Sud.

Sopravvivenza netta

IL **52%** dei pazienti della BT sopravvive alla malattia a distanza di 5 anni.**

42% al Centro-Nord : 44% al Sud

M +22% BT/Italia
L -5% BT/Italia

M +8% BT/Italia
L -8% BT/Italia

M +25% BT/Sud
L -7% BT/Sud

M +6% BT/Sud
L -10% BT/Sud

32
17

20
12

BT

(*) C'è una rilevante possibilità che questa differenza non sia dovuta al caso.

(**) Si intende sopravvivenza netta, cioè correlata soltanto al tumore.

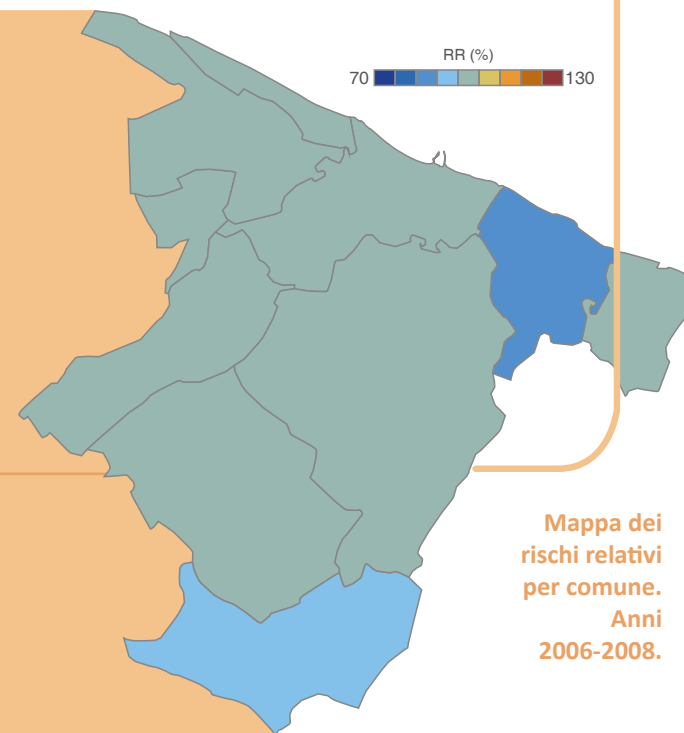
Scheda

26

LEUCEMIE

Sedi ICD-O-3:
tutte

Morfologie ICD-O-3:
M9800-9931,
M9945, M9946.
Inoltre, con le sedi
C42.0, C42.1 e C42.4:
M9823, M9827



**Mappa dei
rischi relativi
per comune.
Anni
2006-2008.**

Le leucemie sono un gruppo eterogeneo di neoplasie dell'apparato emolinfopoietico e comprendono forme derivate dalla linea linfoide e forme derivate da quella mieloide, inoltre a seconda del comportamento clinico-biologico esistono forme acute e croniche.

In ordine decrescente di incidenza si hanno leucemie linfatiche croniche, leucemie mieloidi acute, leucemie mieloidi croniche e leucemie linfatiche acute.

Le forme linfatiche acute sono le più frequenti nell'età infantile e in particolare la leucemia linfoblastica acuta costituisce il tumore più frequente prima dei 14 anni.

Le leucemie croniche sono al contrario più frequenti in età adulta e tra gli anziani.

Le forme acute infantili sembrano legate alla presenza di mutazioni del DNA che determinano la nascita di cloni leucemici, che però sono anche cento volte più frequenti rispetto alle leucemie acute franche, per cui si ritiene debba intervenire una disregolazione del sistema immunitario come conseguenza, ad esempio, di infezioni virali.

Sono stati presi in considerazione anche fattori di rischio ambientali fisici (radiazioni ionizzanti, onde

elettromagnetiche a bassissima frequenza come quelle emanate dai cavi dell'alta tensione) e chimici (benzene); la presenza di malattie cromosomiche come la sindrome di Down aumenta il rischio di ammalarsi anche di 10-20 volte.

La leucemia mieloide cronica, con incidenza crescente sopra i 60 anni, è legata nel 90% dei casi alla fusione di due geni, BCR e ABL che da un punto di vista citogenetico corrispondono alla presenza del cromosoma Philadelphia, ma non sono note le cause che inducono questa mutazione. Il benzene, le radiazioni ionizzanti, i chemioterapici alchilanti, il fumo di sigaretta, alcune

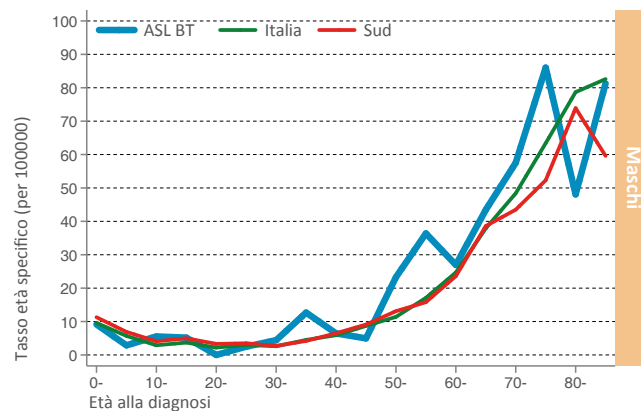


Figura 1M. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

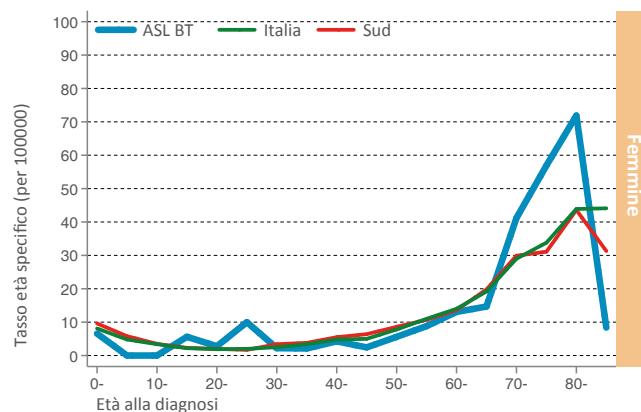


Figura 1F. Tassi di incidenza età specifici della ASL BT e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2008.

	● Incidenza		
	M+F	M	F
Numero casi	158	97	61
Percentuale sul totale	3,0	3,3	2,5
Tasso grezzo	13,6	16,8	10,3
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	11,5	15,5	7,9
Rischio cumulativo 0-74 anni	0,9	1,2	0,6

(1) Popolazione standard europea

	● Mortalità		
	M+F	M	F
Numero casi	86	51	35
Percentuale sul totale	3,8	3,9	3,6
Tasso grezzo	7,4	8,9	5,9
Tasso standardizzato (1) (per 100000)	5,3	7,2	3,5
Rischio cumulativo 0-74 anni	0,4	0,6	0,2

Tabella 1. Incidenza e mortalità per tumore nella provincia BT. Anni 2006-2008.

malattie genetiche come la sindrome di Li-Fraumeni, sono possibili fattori di rischio per le leucemie mieloidi acute. Non sono noti i fattori di rischio per la leucemia linfatica cronica.

Nella provincia BT è rispettata la proporzione attesa delle diverse forme di leucemia, con la linfatica cronica al primo posto (36%), seguita dalla mieloide acuta (30%), dalla mieloide cronica (20%) e dalla linfatica acuta (10%).

Nei maschi l'incidenza di leucemie è un po' più alta di quella italiana e di quella del Sud, ma la mortalità è in linea e nelle femmine incidenza e mortalità non si discostano dall'atteso (Figg. 2).

Non si rileva una eterogeneità geografica a livello comunale.

La sopravvivenza è più alta di quella riscontrata nel resto d'Italia (Fig. 4), ma questo dato può dipendere dal diverso periodo considerato che per la provincia BT è di un quinquennio successivo a quello disponibile per AIRTUM.

Gruppo morfologico	Casi	%
Linfatica acuta	16	10,1
Linfatica cronica	57	36,1
Mieloide acuta	47	29,7
Mieloide cronica	31	19,6
Leucemie non specificate	7	4,4

Tabella 2. Distribuzione per morfologia. Anni 2006-2008.

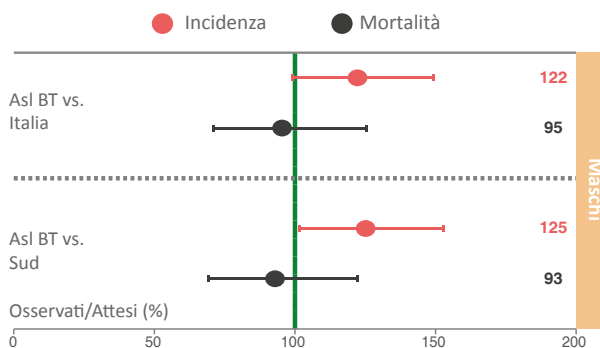


Figura 2M (a sinistra) e **Figura 2F** (a destra). Rapporto tra casi e morti osservati per tumore nella ASL BT rispetto al dato nazionale. Anni 2006-2008.

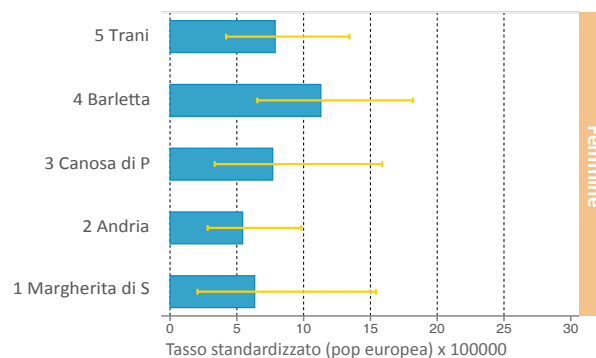
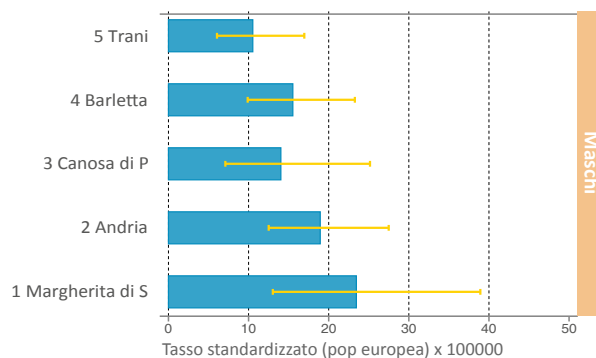
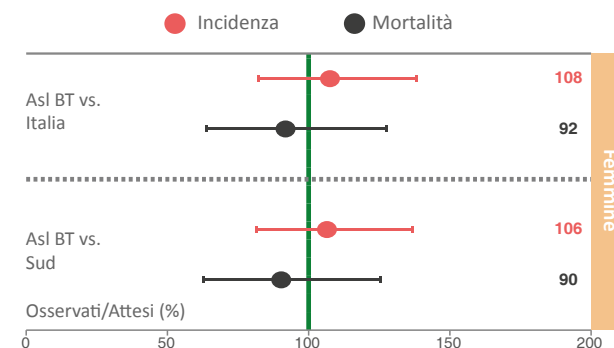


Figura 3M (a sinistra) e **Figura 3F** (a destra). Confronto dei tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario. Anni 2006-2008.

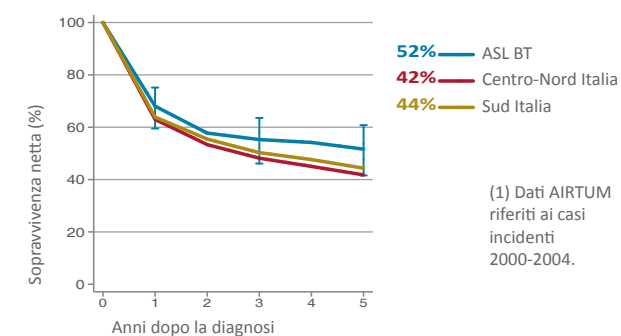
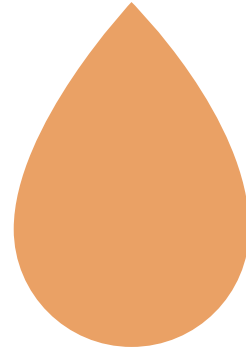


Figura 4. Sopravvivenza netta. Confronto tra Asl BT, centro-nord e sud Italia⁽¹⁾. Anni 2006-2008.

LEUCEMIE



appunti e annotazioni

Materiali e metodi

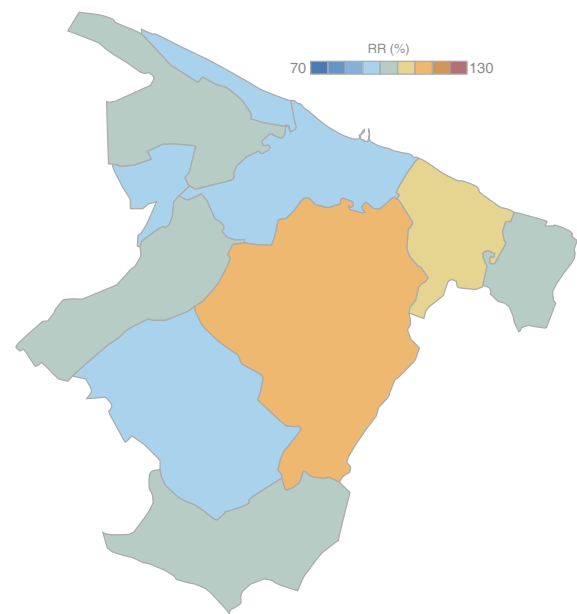


Figura 1. Mappa della provincia BT: comuni e aggregazione in distretti socio-sanitari

Assetto territoriale

Il territorio di competenza del Registro Tumori ASL BT comprende l'intero territorio provinciale (Fig.1)

Area e popolazione

La provincia BT si estende per 1.543 Km² e comprende 10 comuni (Andria, Barletta, Bisceglie, Canosa di Puglia, Margherita di Savoia, Minervino Murge, San Ferdinando di Puglia, Spinazzola, Trani, Trinitapoli) La popolazione residente al 1° gennaio 2009 era di 389.524 abitanti, di cui 192.328 maschi e 197.196 femmine (fonte ISTAT). In tab. 1 sono riportati i dati di popolazione relativi al triennio di interesse (2006-2008).

Per il calcolo dei tassi è stata utilizzata la popolazione al 1° gennaio dell'anno successivo a quello di interesse (Demo ISTAT – Ricostruzione Intercensuaria della popolazione). La popolazione della provincia BT è caratterizzata da una proporzione maggiore di soggetti nelle classi d'età giovanili rispetto a quella regionale e a quella italiana. In fig.2 è rappresentata la distribuzione per classi di età della provincia BT e dell'Italia. Questa situazione è anche comprovata sinteticamente dall'indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione con 65 anni ed oltre e la popolazione fino a 14 anni di età): 91% (provincia BT), 120% (regione Puglia), 144% (Italia).

Classi di età	2007		2008		2009	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0-1	11108	10386	10966	10140	10724	9932
5-9	11644	11222	11544	11205	11518	11156
10-14	12193	11282	12024	11202	11936	11105
15-19	12904	11874	12927	11943	12771	11826
20-21	12714	12106	12680	11908	12569	11847
25-29	13862	13686	13418	13376	12910	12977
30-31	15205	15255	15037	15139	14953	14831
35-39	15945	15627	15830	15737	15526	15788
40-41	15214	15504	15533	15648	15731	15763
45-49	13007	13190	13377	13645	13970	14117
50-51	11139	11535	11519	11946	11727	12268
55-59	11195	11569	11053	11356	10742	11128
60-61	9422	9698	9833	10129	10421	10770
65-69	8381	9095	8399	9074	8537	9067
70-74	6777	7975	6932	8104	7144	8194
75-79	5407	6996	5422	7012	5446	7077
80-84	3350	5057	3484	5109	3567	5136
85+	964	3720	2051	3994	2136	4214
Totale	191432	195777	192029	196667	192328	197196

Tabella 1. Popolazione della provincia BT per sesso ed età, dal 2006 al 2008. (Fonte dati: ISTAT)

Metodi statistici e definizioni

Classi di età

In accordo con le popolazioni mostrate in Tabella 1, i dati sono stati accorpati per convenienza in 18 classi

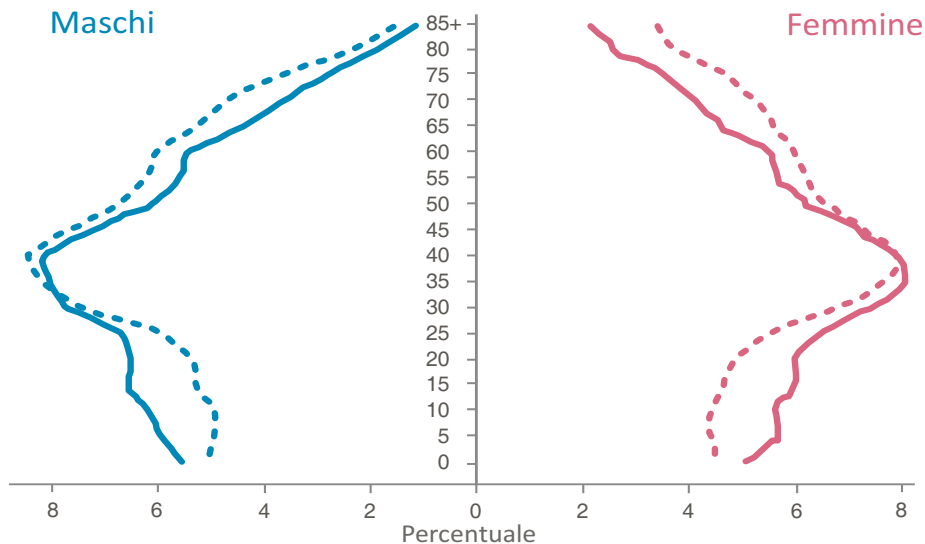


Figura 2. Distribuzione percentuale della popolazione della provincia BT (linea continua) e della popolazione italiana (linea tratteggiata) per sesso e classi quinquennali d'età al 1° gennaio 2009 (Fonte dati: ISTAT).

di età. Per esempio, denominando con i la singola classe di età, quando i vale 1 si fa riferimento alla prima classe di età (ovvero tra 0 e 4 anni) mentre quando i vale 18, si fa riferimento alla classe con 85 e più anni.

Numero casi

Indica il numero di nuove diagnosi di tumore (incidenza) o di decessi per tumore (mortalità) nel periodo considerato. Dato n_i il numero di nuovi casi/decessi nella fascia di età generica i , si avrà che il numero totale dei nuovi casi N sarà dato da:

$$N = \sum_{i=1}^{18} n_i$$

Popolazione

Analogamente, data p_i la numerosità della popolazione nella fascia di età generica i , si avrà che la popolazione totale P sarà:

$$P = \sum_{i=1}^{18} p_i$$

Tasso età specifico

Il tasso età specifico t_i indica il numero di casi per abitante, in questo volume si usa una costante moltiplicativa pari a 100.000 (qui omesso), in questo modo si ottiene il numero di casi ogni 100.000 abitanti.

$$t_i = \frac{n_i}{p_i}$$

la costante 100.000 è un valore standard che facilita la leggibilità del valore del tasso di malattia ed è usata comunemente nell'ambito dell'epidemiologia dei tumori negli adulti.

Tasso grezzo

Il numero di nuovi casi per abitante è denominato tasso grezzo TG ed è anch'esso espresso per 100.000.

$$TG = \frac{\sum_{i=1}^{18} n_i}{\sum_{i=1}^{18} p_i} = \frac{N}{P}$$

Tasso standardizzato diretto

Esprime una misura di sintesi dei tassi età specifici che, specie se raffrontata con il tasso grezzo, consente un più agevole confronto tra aree diverse. Di fatto i tassi standardizzati sono la misura di incidenza e mortalità di riferimento per confronti nel tempo (andamenti temporali) e nello spazio (confronti tra aree). Alla base del calcolo del tasso standardizzato con cosiddetto metodo diretto (TSD) vi è la definizione di una serie di pesi w_i per ogni i -esima classe di età.

$$TSD = \frac{\sum_{i=1}^{18} w_i t_i}{\sum_{i=1}^{18} w_i}$$

Fascia d'età	Popolazione Europea
0-4	8000
5-9	7000
10-14	7000
15-19	7000
20-24	7000
25-29	7000
30-34	7000
35-39	7000
40-44	7000
45-49	7000
50-54	7000
55-59	6000
60-64	5000
65-69	4000
70-74	3000
75-79	1000
80-84	1000
85-89	1000
TOTALE	100000

Tabella 2. Pesì standard per il calcolo dei tassi standardizzati.

La popolazione di riferimento utilizzata in questo volume è quella europea, una popolazione fittizia che rappresenta lo standard per la presentazione dei dati di incidenza tumorale in Italia e in Europa (Tabella 2).

La numerosità dei casi condiziona la precisione della stima del TSD. Minore è il numero dei casi, più ampio è l'intervallo di confidenza entro cui il valore stimato del TSD può variare per il solo effetto del caso. In questo rapporto i TSD sono presentati insieme ai rispettivi intervalli di confidenza (Tiwari, 2006). L'indicazione di questi limiti permette una prima valutazione per il confronto della frequenza dei tumori in popolazioni differenti. Infatti, se i limiti di confidenza dei rispettivi TSD si sovrappongono, non si può escludere con leggero margine di approssimazione che le differenze riscontrate siano attribuibili alla sola variabilità casuale della stima.

Tasso standardizzato indiretto

Un metodo di standardizzazione che non utilizza pesi esterni (come invece accade nella standardizzazione diretta) è quello della standardizzazione indiretta. Vengono in questo caso applicati dei tassi attesi età specifici e_i :

$$SIR = \frac{N}{\sum_{i=1}^{18} e_i p_i} \quad MR = \frac{N}{\sum_{i=1}^{18} e_i p_i}$$

Il rapporto standardizzato di incidenza (SIR) o mortalità (SMR) è quindi espresso come rapporto tra il numero di casi osservati e il numero di casi attesi, ovvero se i tassi della popolazione in esame fossero quelli riscontrati nella popolazione di confronto. Quando il SIR/SMR supera l'unità (o il valore 100, quando, come in questo volume, questa misura viene espressa in percentuale) significa che nella popolazione osservata vi è stato un eccesso di casi rispetto ai tassi di confronto. Un difetto invece se la misura del SIR/SMR fosse inferiore a 1 (o 100 nel caso di numero percentuale). Ovviamente con piccole numerosità questi eccessi o difetti possono essere puramente casuali o non significativi. Associamo pertanto l'indicazione, grafica o numerica, dei limiti di confidenza del SIR/SMR. Se entrambi i limiti fossero in aree di eccesso o di difetto, allora si potrebbe concludere che tale eccesso o difetto sia da considerarsi statisticamente significativo (Breslow, 1987). In questo volume per semplicità si utilizzerà la dizione "osservati/attesi" invece che le terminologie più formali già citate.

Confronti nazionali

Nelle pubblicazioni dei registri tumori italiani in genere i registri sono raggruppati per appartenenza alle quattro macro-aree italiane definite da ISTAT: Nord-Est, Nord-Ovest, Centro, Sud e Isole (denominato Sud). Nel presente rapporto il confronto dell'incidenza è effettuato con il calcolo dei SIR rispetto

alla macro-area Sud e all'Italia i cui tassi età specifici, relativi agli anni 2006-2008, sono pubblicati nel portale ITACAN di AIRTUM. Per i tumori infantili si è fatto riferimento ai dati pubblicati nella monografia "I tumori dei bambini e degli adolescenti" (AIRTUM Working Group, 2012). Per il confronto della mortalità il calcolo degli SMR ha utilizzato come riferimento i tassi di mortalità età specifici derivati dai dati Istat (File della mortalità per causa e provincia di residenza, anni 2006-2008).

Sopravvivenza

La sopravvivenza è la proporzione dei pazienti che sopravvivono alla malattia a distanza di tempo (in genere anni) dalla diagnosi. Una misura della sopravvivenza elementare è la sopravvivenza osservata SO :

$$SO_k = 1 - \prod_{j=1}^k \frac{d_j}{I_j - w_j / 2}$$

con SO_k la sopravvivenza osservata dopo k anni dalla diagnosi, d_j il numero di decessi nell'anno j , I_j il numero di soggetti viventi all'inizio dell'anno j , w_j il numero di soggetti persi al follow-up nel corso dell'anno j .

Questa semplice formulazione ha lo svantaggio di tenere in considerazione tutti i decessi, anche quelli non correlati al tumore in oggetto. In questo modo

si ottiene una sovrastima della letalità del tumore in quanto si attribuisce implicitamente ad esso l'intera mortalità dei pazienti. I pazienti affetti da un tumore sono esposti al rischio di morire per questa malattia, ma anche per tutte le altre cause che interessano pure la popolazione non affetta da tumore. Come effetto immediato si ha, per esempio, che la sopravvivenza osservata dei pazienti anziani, se confrontata con quella di pazienti più giovani, risulta più bassa per effetto della maggiore mortalità per altre cause. Ne consegue che una misura più appropriata della sopravvivenza dovrebbe tenere conto dei soli decessi attribuibili al tumore in esame, scartando in qualche modo i decessi non tumorali.

La sopravvivenza correlata soltanto al tumore è chiamata sopravvivenza netta. Per calcolarla il contributo di ciascun caso osservato viene pesato in funzione della sua probabilità di morire per cause non tumorali (Pohar Perme, 2012). Queste probabilità sono derivate dalle tavole di mortalità stratificate per sesso, età e anno di calendario della popolazione dell'area in esame. In questo lavoro è stimata la sopravvivenza netta dei casi di tumore diagnosticati nei residenti nella ASL BT dal 2006 al 2008 e seguiti fino alla fine del 2012. Per confronto si riportano le analoghe stime relative ai casi di tumore diagnosticati nelle regioni del centro-nord e del sud Italia dal 2000 al 2004 e seguiti fino alla fine del 2008. Il confronto con questi raggruppamenti di regioni è stato effettuato perché l'ultima monografia dell'AIRTUM dedicata alla sopravvivenza oncologica ha rilevato

che in molti tipi di tumore la sopravvivenza dei casi diagnosticati nelle regioni del centro-nord è più alta di quella dei casi diagnosticati nelle regioni del sud Italia (AIRTUM Working Group, 2011).

E' noto che anche la sopravvivenza netta dipende dall'età alla diagnosi dei casi essendo di solito più alta nei pazienti più giovani e più bassa in quelli più anziani. Per confrontare le probabilità di sopravvivenza tra casistiche diverse si ricorre perciò alla standardizzazione in modo analogo a quanto effettuato per i tassi di incidenza. La bassa numerosità dei casi della Asl BT non ha consentito l'applicazione di questo metodo in un gran numero di sedi indagate. Per tale motivo le sopravvivenze illustrate nei grafici non sono standardizzate per età. Ciò rappresenta sicuramente un motivo di cautela nell'interpretazione delle differenze tra le probabilità di sopravvivenza rilevate nella nostra Asl e quelle del centro-nord e sud Italia. Tuttavia nel caso dei tumori della mammella, colon e retto, prostata e polmone in cui è stato possibile standardizzare per età anche la sopravvivenza dei casi della Asl BT le probabilità stimate dopo la standardizzazione subiscono solo lievi modifiche rispetto a quelle non standardizzate senza nessuna sostanziale variazione dei confronti tra la sopravvivenza rilevata nella Asl BT, nel centro-nord e nel sud Italia (Tabella 3).

Le probabilità di sopravvivenza relative alla casistica della Asl BT sono accompagnate dai limiti di

SEDI DI TUMORE	Sopravvivenza netta a 5 anni (%)					
	Non standardizzata			Standardizzata per età		
	ASL BT	C-N Italia	Sud Italia	ASL BT	C-N Italia	Sud Italia
Mammella	84	87	83	83	85	81
Colon e retto	50	57	54	62	59	56
Polmone	14	13	12	17	14	12
Prostata	89	88	78	88	89	78

Tabella 3. Confronto tra sopravvivenza netta standardizzata e non standardizzata per età per quattro sedi tumorali.

confidenza che indicano la variabilità di questa stima per il solo effetto del caso.

Le mappe dei rischi

Si forniscono mappe indicative dei rischi di malattia per comune, rispetto alla incidenza media provinciale. L'utilizzo dei SIR grezzi si presta a problemi legati all'instabilità del dato (varianza del rischio) rendendo quasi impossibile il compito di interpretare le rappresentazioni. Per questo motivo si fa generalmente ricorso alle tecniche di *smoothing* (lisciamiento) che mirano a modificare l'indicatore di rischio di una singola unità tenendo in considerazione anche le altre osservazioni.

Lo *smoothing* è stato ottenuto adattando ai dati

osservati un modello bayesiano (Besag, York e Mollié, 1991) caratterizzato da due qualità importanti per la rappresentazione geografica della distribuzione dei rischi di malattia in un territorio. La prima è quella di tener conto della diversa numerosità della popolazione dei singoli comuni. La variabilità casuale degli eventi osservati nei comuni con bassa popolazione è maggiore di quella dei comuni con popolazione più numerosa.

Il modello adatta perciò la stima del rischio al diverso grado di incertezza che caratterizza l'osservazione del numero di casi nei singoli comuni. La seconda è la capacità di riconoscere l'esistenza di gruppi di comuni limitrofi caratterizzati da rischi più alti o più bassi di quelli rilevati nelle aree circostanti (eterogeneità spazialmente strutturata). Infatti, comuni geograficamente vicini possono avere rischi simili di malattia nel caso questa dipenda da fattori di rischio con la medesima distribuzione geografica. Per definire la prossimità dei comuni il modello applica una matrice di adiacenza per cui due comuni sono considerati vicini se il loro territorio condivide un confine.

L'interpretazione delle mappe dei rischi non può prescindere tuttavia da alcune considerazioni:

- la provincia BT, per l'esiguo numero di comuni (10) poco si adatta ad analisi geografiche del rischio e in particolare a tecniche di lisciamiento del rischio.

- Le mappe non tengono in considerazione fattori confondenti quali lo stato socioeconomico, il tempo di esposizione, i tempi di latenza, la storia residenziale e le dinamiche temporali (trend) delle singole neoplasie.

- le stime rappresentate possono essere condizionate dalle assunzioni del modello utilizzato. Per tale motivo in appendice si riportano come confronto anche le mappe ottenute con un modello che effettua lo smoothing del rischio di malattia senza considerare l'eterogeneità spazialmente strutturata (Clayton e Kaldor, 1987).

Criteri classificativi

La definizione delle sedi utilizzata in questo volume è basata sulla terza revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie per l'Oncologia, ICD-O-3 (Fritz, 2000). Il dettaglio dei criteri per raggruppare le neoplasie sulla base di questa classificazione è riportato nella tabella riepilogativa nella pagina seguente (Tabella 4). In generale le neoplasie prese in esame sono quelle a comportamento maligno tranne il caso dei tumori della vescica e dell'encefalo/SNC. Le sedi considerate in questo rapporto sono quelle evidenziate da uno sfondo più scuro.

Raggruppamenti di sedi	Sedi	Topografia ICD-O3	Morfologia ICD-O3	Comp.
	Labbro	C00	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
Testa e collo	Lingua	C01-C02	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Bocca	C03-C06	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Orofaringe	C09-C10	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Rinofaringe	C11	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Ipfaringe	C12-C13	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Faringe, NAS	C14	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Cavità nasale	C30-C31	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Laringe	C32	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Ghiandole salivari	C07-C08	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Esofago	C15	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Stomaco	C16	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Intestino tenue	C17	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
Colon-retto	Colon	C18	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Retto	C19-C21	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Fegato	C22	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Vie biliari	C23-C24	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Pancreas	C25	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Polmone	C33-C34	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Altri organi toracici	C37-C38	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Osso	C40-C41	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Melanoma cutaneo	C44	8720-8780	3
	Pelle, non melanomi	C44	8000-8713, 8800-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Mesotelioma	tutte	9050-9053	3
	Sarcoma di Kaposi	tutte	9140	3
	Tessuti molli	C47, C49	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Mammella	C50	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Utero, collo	C53	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Utero, corpo	C54	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Utero NAS	C55	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Ovaio	C56	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Altri genitali femminili	C51-C52, C57-C58	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Pene	C60	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Prostata	C619	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Testicolo	C620-C629	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Altri genitali maschili	C63	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Rene	C649	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Vescica	C670-C679	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
		C670-C679	8000-8010, 8120-8131	1-2

La Tabella 4 continua alla pagina successiva

Per necessità di confronto con i dati precedentemente pubblicati sono stati inclusi nell'analisi i tumori a comportamento non maligno della vescica mentre sono stati esclusi i tumori dell'encefalo/SNC a comportamento benigno o incerto.

Per i casi di tumore incidenti nella classe di età 0-14 è stata utilizzata la classificazione internazionale per i tumori infantili, ICC-3 (Steliarova, 2005).

Qualità dei dati

L'attenzione e il controllo della qualità dei dati è un aspetto cruciale dell'attività di un registro tumori. Sia gli organismi internazionali che si occupano di registrazione oncologica, IACR, ENCR, SEER, sia l'AIRTUM pongono un'attenzione specifica sul problema della qualità dei dati e mettono in atto percorsi formativi *ad hoc* su tale argomento perché una differenza nella qualità dei dati può rendere non confrontabili dati di aree diverse vanificando di fatto l'utilità dei dati di incidenza. La garanzia di una alta qualità dei dati è essenziale sia per le finalità di organizzazione dei servizi e di allocazione di risorse a livello locale, sia per i confronti nazionali e internazionali.

Le quattro classiche dimensioni della qualità della registrazione sono: completezza, accuratezza, comparabilità e tempestività. La completezza misura la capacità del registro di intercettare tutte le nuove diagnosi di tumore che avvengono nella popolazione e nel periodo di interesse. L'accuratezza è un indice della proporzione di casi con informazioni registrate in modo corretto e coerente col dato vero. La confrontabilità è frutto della adesione del registro a regole per la definizione dei casi, all'adozione dei sistemi di classificazione e codifica condivisa dagli altri registri nazionali e internazionali. La tempestività è più un indicatore

Raggruppamenti di sedi	Sedi	Topografia ICD-O3	Morfologia ICD-O3	Comp.
	Altre vie urinarie	C65-C66, C68	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Occhio	C69	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Encefalo /SNC (maligno)	C70-C72	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Encefalo /SNC (non maligno)	C70-C72	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	0-1
	Tiroide	C73	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Altre ghiandole endocrine	C74-C75	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Linfoma di Hodgkin	tutte	9650-9667	3
	Linfoma non Hodgkin	C00-C41, C422-C423, C44-C80	9823, 9827	3
		tutte	9590-9596, 9670-9729	3
Tutte le leucemie	Mieloma	tutte	9731-9732, 9734-9734	3
	Leucemia linfatica acuta	tutte	9826, 9835-9837	3
		C420-C421, C424	9827	3
	Leucemia linfatica cronica	C420-C421, C424	9823	3
	Leucemia mieloide acuta	tutte	9840, 9861, 9866-9874, 9891-9920, 9931	3
	Leucemia mieloide cronica	tutte	9863, 9875-9876, 9945-9946	3
	Leucemia, NAS	tutte	9733, 9742, 9800-9820, 9832-9834, 9860, 9930	3
	Miscellanea	tutte	9740-9758	3
		C42	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3
	Mal definite e metastasi	C26, C39, C48, C76-C80	8000-9044, 9060-9133, 9150-9581	3

La Tabella 4 continua dalla pagina precedente

Tabella 4. Criteri per la definizione delle neoplasie

globale dei dati. Il registro opera sia in modo preventivo, attraverso un controllo della qualità e completezza dei flussi, dei dati sanitari, delle procedure di linkage, sia a posteriori attraverso la produzione di indicatori sintetici, anche attraverso l'utilizzo del software Check-AIRTUM.

Si ricordano i seguenti indicatori:

- Analisi della percentuale di DCO: verifica che la percentuale di casi noti solo in base al certificato di decesso non sia superiore all'atteso ed è sia un indicatore di accuratezza, in quanto i casi DCO sono intrinsecamente di bassa qualità sia di completezza perché può sottendere problemi di recupero casistica; se la percentuale massima accettabile è convenzionalmente pari al 5%, un registro di buona qualità non dovrebbe superare il 2%, una percentuale troppo bassa però potrebbe essere indice di un incompleto accesso ai dati di mortalità nominativa.
- Analisi della percentuale di verifiche microscopiche: i casi supportati da un referto cito-istologico sono in genere di alta qualità diagnostica (sede, sottosede, morfologia precisa, data di incidenza precisa) e spesso accompagnati da indagini ancora più mirate, come quelle immunoistochimiche e genetiche, per cui è un indicatore di accuratezza importante; valori troppo elevati soprattutto per alcuni tumori e

di qualità del registro tout-court e della sua utilità, piuttosto che un indicatore di qualità dei dati, e indica quanto l'ultimo anno di incidenza sia prossimo all'anno in corso e dunque è dipendente dal tempo necessario al registro per raccogliere, validare e infine comunicare i dati di incidenza con livelli di accuratezza e completezza adeguati.

La procedura di accreditamento dell'AIRTUM, oltre che attraverso altri controlli formali e sostanziali, passa anche dalla verifica dei principali indicatori di qualità. A tal fine ci si può avvalere, tra l'altro,

di specifici software che indagano la consistenza interna dell'informazione in ogni singolo record (IARCcrgTools) e la qualità globale dei dati analizzando con una serie di test l'informazione presente nell'insieme di più record presenti nel registro (CheckAIRTUM).

I controlli di qualità del Registro Tumori BT seguono le regole del manuale delle procedure del RT Puglia e sono in accordo con gli standard internazionali e le direttive AIRTUM e comprendono la produzione di indicatori per una misura sintetica della qualità

per alcune classi di età possono però destare il sospetto di un sottoutilizzo di altre fonti informative, come l'imaging.

- Analisi del rapporto mortalità/incidenza: verifica che il rapporto tra mortalità e incidenza complessivo e soprattutto per sede non sia diverso dall'atteso, considerando che tale valore è abbastanza costante nel breve periodo, ed è un indicatore di completezza in quanto un rapporto elevato può suggerire una sottoregistrazione di casi incidenti, mentre un rapporto troppo basso può indicare una erronea registrazione di casi prevalenti come incidenti. Occorre ricordare che però è un indicatore che intrinsecamente è influenzato dalla sopravvivenza che può essere diversa nelle diverse aree.

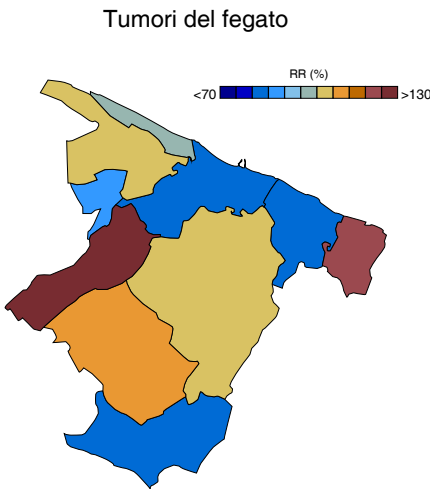
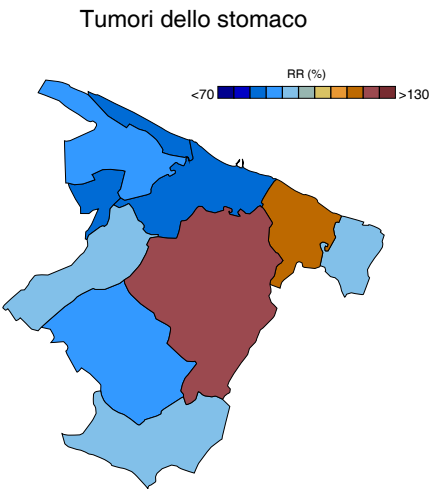
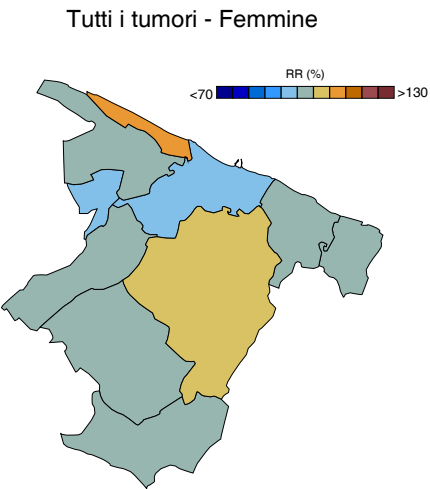
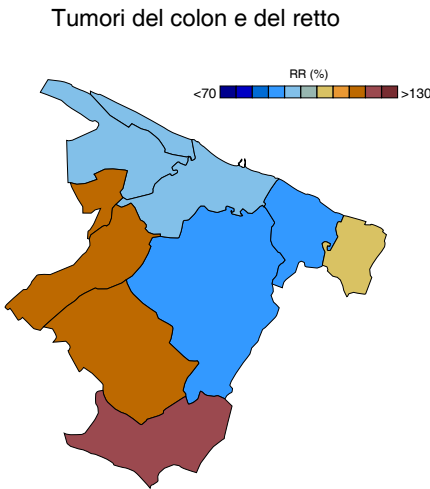
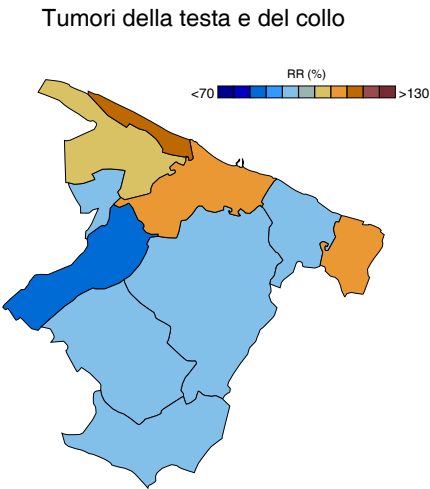
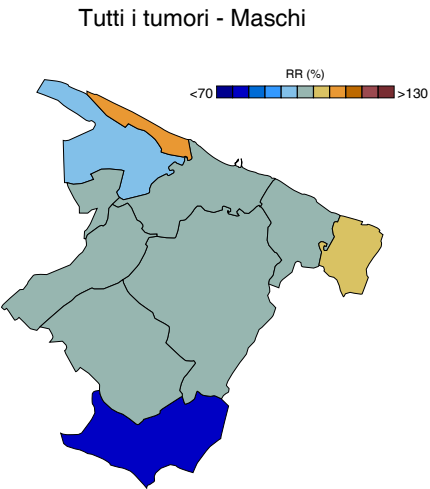
La tabella 5 riporta il valore di questi indicatori rilevato nella casistica del registro tumori della Asl BT per le sedi indagate in questo rapporto. La percentuale di DCO e verifiche microscopiche è distinta anche per fascia di età.

Tabella 5. Distribuzione percentuale dei casi noti dal solo certificato di decesso (DCO), con modalità di diagnosi microscopica e rapporto mortalità/incidenza per tipo di tumore.

Sede	DCO			Verifiche Microscopiche			Rapporto M/I
	0-64	65+	Totale	0-64	65+	Totale	
Testa e collo	0.0	0.0	0.0	98.5	96.6	97.6	46.0
Stomaco	3.0	0.8	1.6	93.9	90.2	91.5	65.1
Colon e Retto	0.0	1.2	0.8	99.5	91.5	93.9	29.1
Fegato	1.3	9.1	7.4	45.5	17.5	23.6	71.6
Colecisti e vie biliari	0.0	1.7	1.3	68.8	41.7	47.4	56.6
Pancreas	0.0	3.3	2.5	61.3	25.6	34.7	86.8
Polmone	0.6	4.0	3.0	87.3	54.7	64.4	80.9
Mesotelioma	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	100.0	90.0
Melanomi	0.0	0.0	0.0	98.8	97.6	98.4	27.0
Mammella	0.0	1.2	0.4	99.1	95.3	97.7	25.5
Collo dell'utero	0.0	0.0	0.0	91.7	100.0	94.7	15.8
Corpo dell'utero	0.0	0.0	0.0	100.0	96.3	98.3	6.8
Ovaio	0.0	2.6	1.1	96.3	76.3	88.0	45.7
Prostata	0.0	2.4	1.9	96.3	87.3	89.4	24.8
Testicolo	0.0	0.0	0.0	96.7	100.0	96.9	6.3
Rene	0.0	0.0	0.0	100.0	66.0	82.2	33.3
Vescica	0.0	1.1	0.8	96.7	88.4	90.6	28.3
Encefalo e SNC	0.0	2.0	1.0	89.4	42.9	65.6	44.8
Tiroide	0.0	0.0	0.0	99.3	94.7	98.8	4.3
Linfomi di Hodgkin	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	100.0	16.7
Linfomi non Hodgkin	0.0	1.2	0.6	98.9	92.8	95.9	31.2
Mielomi	0.0	3.8	2.5	97.5	92.4	94.1	37.0
Leucemie	1.4	0.0	0.6	95.9	91.8	93.7	54.4
Tutti i tumori	0.2	2.8	1.7	94.5	74.9	82.8	42.9

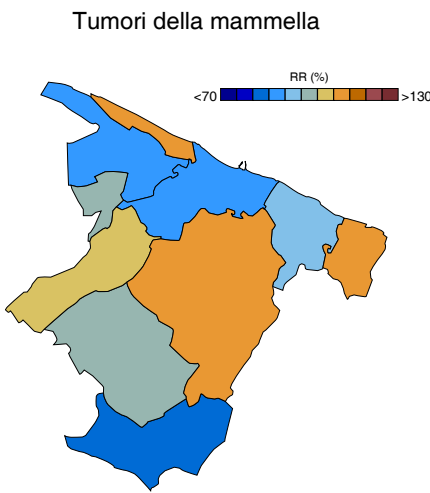
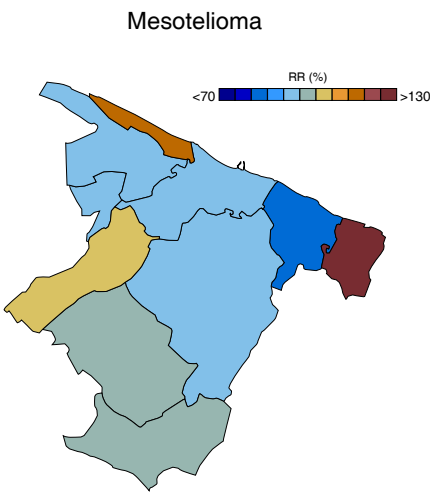
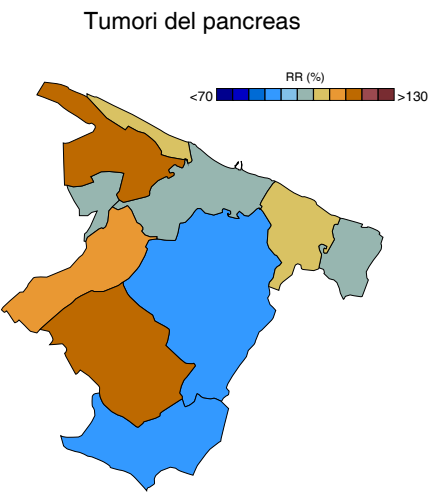
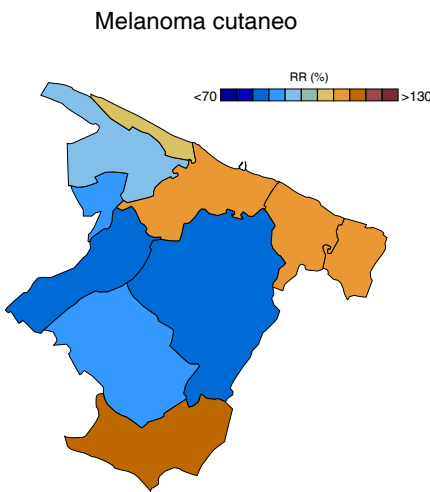
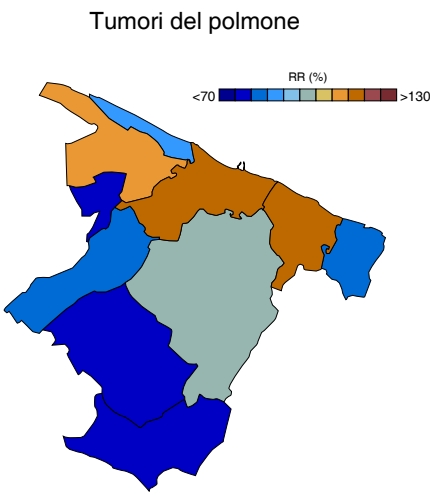
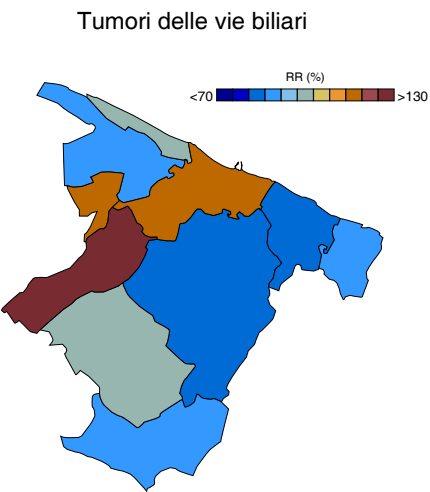
Appendice

Mappa dei rischi relativi per comune calcolati con un modello Poisson gamma (v. sezione Materiali e metodi)



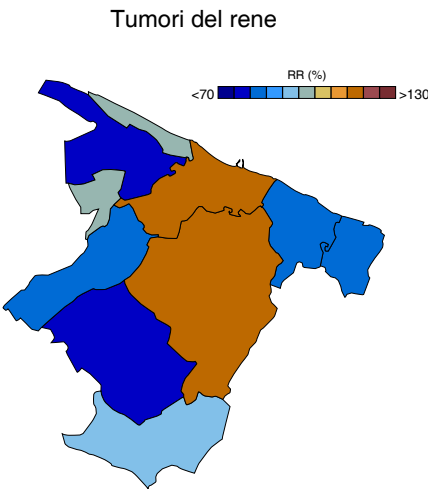
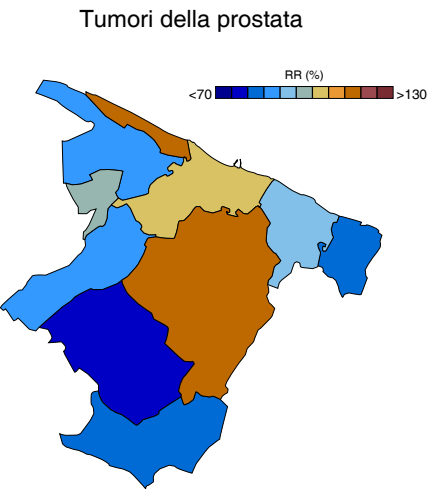
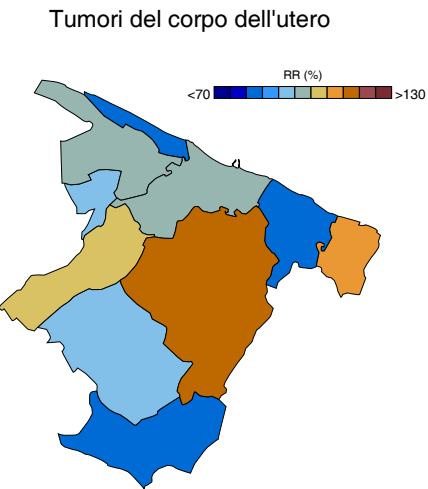
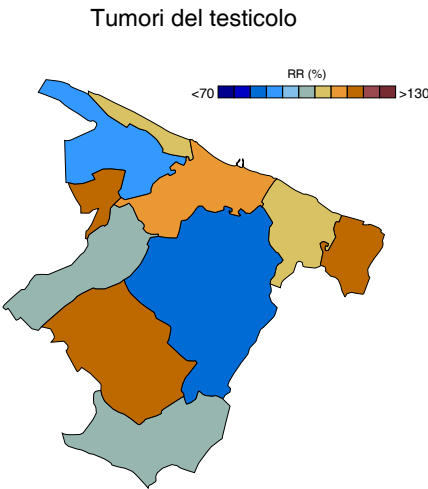
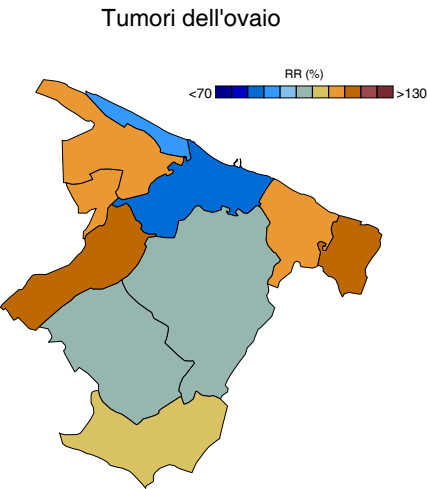
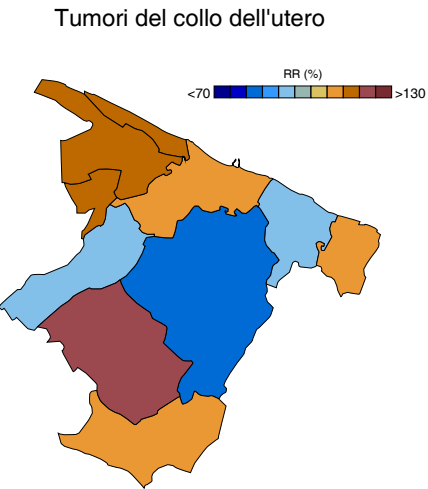
Appendice

Mappa dei rischi relativi per comune calcolati con un modello Poisson gamma (v. sezione Materiali e metodi)



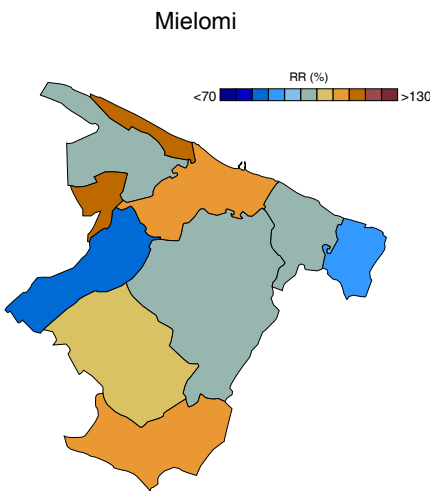
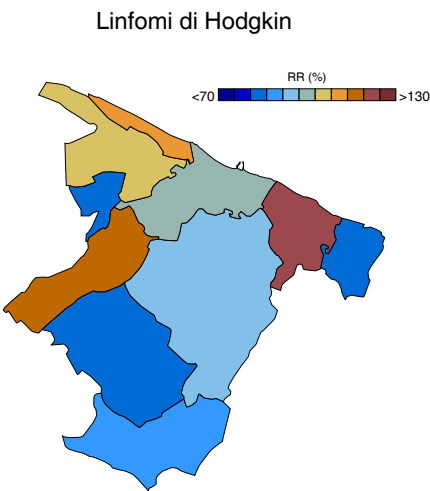
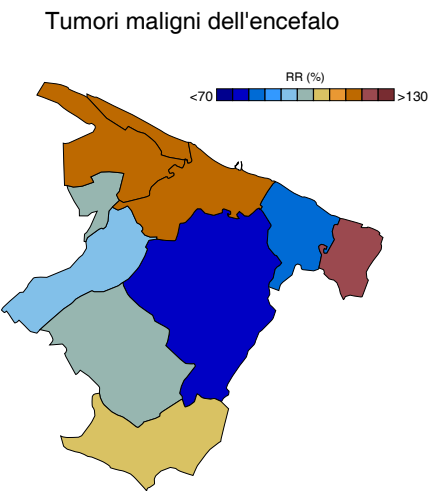
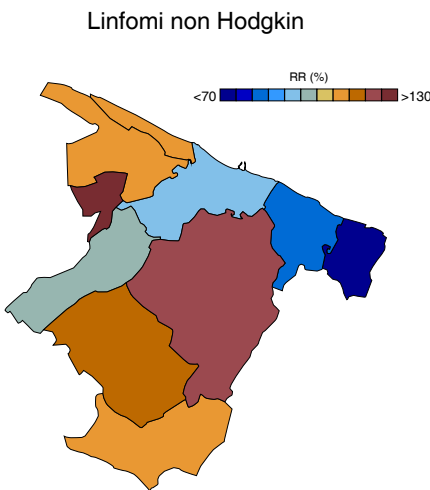
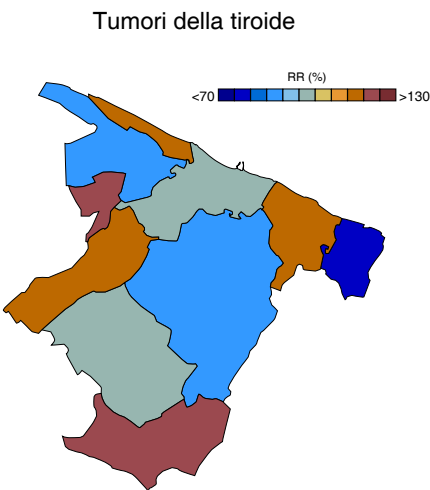
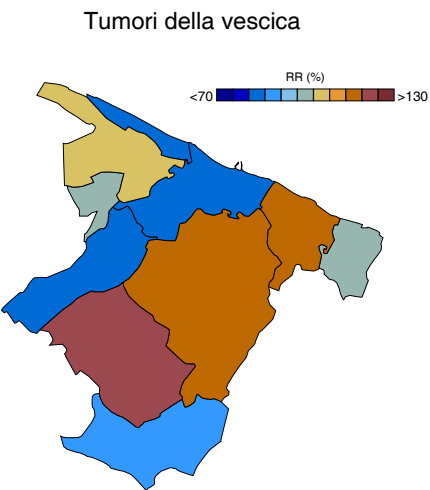
Appendice

Mappa dei rischi relativi per comune calcolati con un modello Poisson gamma (v. sezione Materiali e metodi)

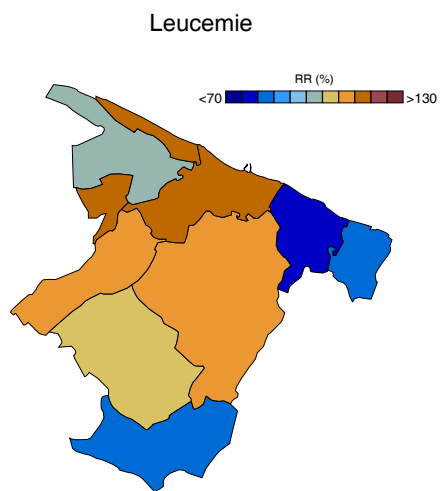


Appendice

Mappa dei rischi relativi per comune calcolati con un modello Poisson gamma (v. sezione Materiali e metodi)



Appendice



<http://goo.gl/MNeuZD>

Incidenza e Mortalità nella Provincia BT. Anni 2006-2008.
Distribuzione della frequenza assoluta dei casi e tassi
(x100.000), per tipo di tumore e fascia di età.

Bibliografia

AIRT Working Group. I tumori in Italia, rapporto 2006. I dati di incidenza e mortalità del AIRT. Epidemiol Prev 30 gennaio-febbraio 2006 supplemento 2

AIRT Working Group. I tumori in Italia, rapporto 2011. La sopravvivenza dei pazienti oncologici in Italia. Epidemiol Prev 35 (5-6) 2011 supplemento 3: 1-200

AIRTUM Working Group. I tumori in Italia, rapporto 2009. I trend dei tumori negli anni duemila (1998-2005). Epidemiol Prev 33 (4-5) luglio-ottobre 2009 supplemento 1

AIRTUM Working Group. I tumori in Italia, rapporto 2010. La prevalenza dei tumori in Italia. Epidemiol Prev 34 (5-6) settembre-dicembre 2010 supplemento 2

AIRTUM-AIOM I numeri del cancro in Italia 2013 disponibile all'indirizzo http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2013/I_numeri_del_cancro_2013.pdf (ultimo accesso Settembre 2014)

Bray F, Parkin DM. Evaluation of data quality in the cancer registry: Principles and methods. Part I: Comparability, validity and timeliness. Eur. J. Can. 2009; 45: 747-755

Brenner H, Gefeller O. Deriving more up-to-date Estimates of Long-Term Patient Survival. J Clin Epidemiol 1997, vol.50, No. 2 pp.211-16

Breslow NE, Day NE. Statistical methods in cancer research, volume II – the design and analysis of cohort studies. IARC Scientific publications No. 82, 1987

Clayton D, Kaldor J. Empirical Bayes estimates of age-standardized relative risks for use in disease mapping. Biometrics 1987; 43: 671-681

Curado MP, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M, Boyle P. Eds. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX. IARC Scientific Publications, N.160, IARC, Lyon, 2005

Dos Santos Silva I. Cancer Epidemiology: Principles and Methods. World Health Organization. IARC, Lyon, 1999

Fedeli U. Utilizzo delle SDO per il monitoraggio dell'assistenza in ambito oncologico. Epidemiol Prev. 2011 Mar-Apr;35(2):144-48

Ferretti S, Giacomini A, G.d.Lavoro AIRTum. Manuale di Tecniche di Registrazione dei Tumori. Inferenze, Milano. 2007

Ferretti S, Guzzinati S, Zamboni P, et al. Cancer incidence estimation by hospital discharge flow as compared with cancer registries data. Epidemiol Prev. 2009 Jul-Oct; 33 (4-5): 147-53

Fritz A, Percy C, Jack A, et al. International Classification of Diseases for Oncology, Third Edition. WHO, 2000

Guzzinati S, Buzzoni C, De Angelis R et al. Cancer prevalence in Italy: an analysis of geographic variability. Cancer Causes Control. DOI 10.1007/s10552-012-0025-8

ITACAN. Tassi età specifici anni 2006-2008 per macro-area (sedi testa e collo/vie biliari) scaricate all'indirizzo: <http://itacan.ispo.toscana.it>. (ultimo accesso luglio 2014)

ISTAT. Popolazione Residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio. Anni 2005, 2006, 2007, 2008, 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it>. (ultimo accesso luglio 2014)

Jones MK, Brouch KL, Bowers CR, Aaron WS. ICD-CM Code book. Volumes 1-2-3. St Anthony Publishing, 1994

Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Healthy Care* 2003 Dec; 15(6): 523-30

Melcarne A, Quarta F, Golizia MG, Rashid I. Rapporto 2013 - I Tumori in Provincia di Lecce. <http://www.sanita.puglia.it/portal/pls/portal/docs/1/2101603.PDF>

Minerba S, Mincuzzi A, Rashid I., Carone S, Tanzarella M. Rapporto 2013 - I Tumori in Provincia di Taranto. <http://www.sanita.puglia.it/portal/pls/portal/docs/1/2017614.PDF>

Mc Carthy M., Gonzales-Izquierdo A., Sherlaw-Johnson C. et al. Comparative indicators for cancer network management in England: Availability, characteristics and presentations. *BMC Health Service Research* 2008, 8:45

Pannozzo F, Rashid I, Giorgi Rossi P, Sperati A, Gruppo di Lavoro del Registro. Rapporto sui Tumori in Provincia di Latina dal 1996 al 2003. *Laziosanità*

Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Roma, 2009

Parkin DM., Bray F. Evaluation of data quality in the cancer registry: Principles and methods Part II. Completeness. *Eur. J. Can.* 2009; 45: 756-764

Pohar Perme M, Stare J, Estève J. On estimation in relative survival. *Biometrics* 2012; 68: 113-120

Rosselli Del Turco M, Ponti A., Bick U, et al. Quality indicators in breast cancer care. *European J Canc* 2010; 46:2344-56

Rosso S, Zanetti R. Le potenzialità degli archivi SDO per gli studi epidemiologici. *Epidemiol Prev* 2009, 33 (4-5) 146

Crediti

Coordinamento

Maria Micaela Abbinante

Realizzazione editoriale



di **Andrea Gelao**

Progetto grafico

Donata Bologna

Impaginazione

Donata Bologna, Fedele Congedo

Supporto progettuale

Fedele Congedo, Andrea Gelao

Finito di stampare nel novembre 2014

Tutti i diritti sono della ASL della Provincia BT

Ai sensi della legge sui Diritti d'Autore e del Codice Civile è vietata la riproduzione di questo libro o di parte di esso con qualsiasi mezzo senza il consenso dell'autore o dell'editore.

192

**Il Rapporto Registro Tumori 2014
Provincia BT è disponibile online:**



I parte

<http://goo.gl/srqsv2>



II parte

<http://goo.gl/ihIfQW>

