

Rapporto Registro Tumori 2016



Provincia BAT



Prefazione

La Asl Bt pubblica il terzo Registro Rapporto Tumori e lo fa con dati non solo sempre più aggiornati e vicini nel tempo, ma anche arricchendo il lavoro di importati dettagli. Dunque, un appuntamento atteso e un rilancio verso il futuro.

Questa terza edizione del Registro Tumori, infatti, include informazioni specifiche su tutti i dieci comuni che compongono la Provincia Bat e mette in evidenza trend significati per analisi successive. Segno, questo, che il lavoro cominciato con l'accreditamento all'Airtum (Associazione italiana registri tumori) fa del Registro Tumori della Asl Bt uno strumento che va via via arricchendosi e perfezionandosi per essere di supporto a tutti i portatori di interesse. Il Registro Tumori, infatti, lungi dall'essere un documento solo riepilogativo e di analisi, è e deve essere uno strumento dinamico nelle mani dei decisori politici, amministrativi e tecnici.

Si tratta infatti di un lavoro molto ricco di dati che vanno interrogati, letti in maniera attenta e finalizzati al governo del territorio.

Ma non solo. Il Rapporto Tumori della Asl Bt si rivolge anche ai cittadini, ai loro rappresentanti, alle Associazioni di volontariato e a chiunque voglia ricevere le informazioni sulle principali patologie tumorali aggiornate al 2012. Sempre disponibile on line e scaricabile da qualunque supporto con accesso facilitato, il Rapporto Tumori è realizzato per facilitare lettura e comprensione dei dati.

Il pubblico di riferimento, allora, non è composto solo da specialisti, ma dall'intera platea dei cittadini della Provincia Bat che hanno il diritto inviolabile di ricevere una analisi qualificata dei dati a disposizione. Una lettura partecipata e critica dei documenti a disposizione di questa Azienda Sanitaria, non può che essere occasione di crescita e sviluppo, a beneficio dell'intera popolazione.

Il mio personale ringraziamento va allora, non solo alla struttura di Epidemiologia e Statistica diretta dal dottor Vincenzo Coviello, a tutto il personale aziendale che supporta l'attività di ricerca dei dati, ai medici di famiglia e ai pediatri di libera scelta per la loro collaborazione costante, ma anche ai cittadini di questo territorio che agli amministratori chiedono, giustamente, conoscenza e azione.

Alla tutela dello stato di salute dei cittadini sono finalizzate tutte le nostre azioni che passano anche attraverso documenti di condivisione, spazi di discussione, momenti di confronto. Con la certezza che anche questa terza edizione del Rapporto Tumori potrà essere occasione di arricchimento collettivo, rilancio l'appuntamento alla prossima edizione.

Ottavio Narracci
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

ad Adriano, maestro e amico

Struttura organizzativa

- Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Bari
- Ai Medici di Medicina Generale:
dr. C. Cirillo – Barletta
dr. V. Gambatesa - Margherita di Savoia
dr. D. Leonetti – Andria; dr. M. Mastrodonato – Trani
- 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.

Andria Città Sana.

ANT – Associazione Nazionale Tumori, sezione BT.

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

AIRTUM – Associazione Italiana Registri Tumori.

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

Presidente Comitato Tecnico-scientifico

Giovanni Gorgoni

Contatti

Registro Tumori della provincia Barletta-Andria-Trani

ASL BT

Piazza Principe Umberto, 1

Tel. 0883 577329

Fax 0883 577288

76121 Barletta

 epidemiologia.aslbat@pec.rupar.puglia.it

 facebook.com/aslbat

 twitter.com/Aslbt

 youtube.com/user/ASLBT

 issuu.com/aslbt

Indice Rapporto Registro Tumori

Prefazione.....	2	9. Pancreas	67	25. Linfoma non Hodgkin	161
Ringraziamenti	3	10. Polmone	73	26. Mieloma	167
Struttura organizzativa	4	11. Mesotelioma	79	27. Leucemie	173
Indice	5	12. Melanoma cutaneo	85	Materiali e metodi	179
Introduzione	6	13. Mammella femminile	91	Appendice 1.....	189
Sintesi dei risultati	9	14. Collo dell'utero	97	Mappe dei rischi con metodo alternativo	
Guida alla lettura delle schede	12	15. Corpo dell'utero	103	Appendice 2	
Schede relative a tumori specifici:	20	16. Utero (solo mortalità)	109	Frequenze e tassi	193
1. Tutti i tumori Maschi	21	17. Ovaio	113	Bibliografia	214
2. Tutti i tumori Femmine	27	18. Prostata	119	Crediti	215
3. Tumori infantili	33	19. Testicolo	125		
4. Testa e collo	37	20. Rene	131		
5. Stomaco	43	21. Vescica	137		
6. Colon, retto e ano	49	22. Encefalo e Sistema Nervoso Centrale	143		
7. Fegato	55	23. Tiroide	149		
8. Colecisti e vie biliari	61	24. Linfoma di di Hodgkin	155		

Introduzione

A distanza di un anno dalla precedente il Registro Tumori della Asl BT pubblica una terza edizione del Rapporto Tumori con dati aggiornati al 2012 relativi a tutti i principali indicatori della diffusione, mortalità, sopravvivenza e prevalenza dei tumori nella popolazione della nostra provincia.

I dati raccolti e analizzati si riferiscono a oltre 15600 nuovi casi di tumore maligno¹ diagnosticati nella popolazione della provincia BAT dal 2006 al 2012. Il Rapporto presenta un quadro completo di tutte le stime descrittive riguardanti 24 sedi di tumore. Oltre a queste, 3 schede sono dedicate all'insieme di tutti i tumori distinti per genere e ai tumori infantili che interessano i bambini tra 0-14 anni.

Viene documentata la frequenza dei nuovi casi di tumore accertati in tutta la popolazione (incidenza), la frequenza dei decessi attribuibili ai tumori (mortalità), la proporzione di pazienti che sopravvivono dopo 5 anni dalla diagnosi (probabilità di sopravvivenza) e il numero di persone che vivono avendo avuto in anni precedenti una diagnosi di tumore (prevalenza).

In questa terza edizione tali informazioni sono arricchite con ulteriori importanti dettagli. Le stime della frequenza dei tumori sono adesso riportate per

ciascuno dei 10 comuni che compongono la provincia BAT. Il rischio di ammalare di tumore è quindi misurato per ciascun comune seppur con un variabile grado di precisione statistica dovuta alla diversa numerosità delle popolazioni. La mappa della provincia completa questa informazione con il confronto tra il rischio di ammalare in ciascun comune rispetto al totale della provincia tenendo conto della diversa numerosità delle popolazioni comunali. L'informazione sull'andamento temporale delle nuove diagnosi e della mortalità per tumore dispone adesso dell'informazione su 7 anni per la rilevazione dei nuovi casi e su 8 anni per la mortalità. Le variazioni nel tempo del rischio di ammalare e morire per un tumore nella popolazione della provincia sono quindi stimate in modo più preciso di quanto riportato nel precedente Rapporto e forniscono indicazioni più chiare per l'interpretazione dei fenomeni in atto nel nostro territorio.

Il Rapporto presenta anche un indicatore del tutto nuovo, la probabilità reale di morte dopo 5 anni da una diagnosi di tumore. È un indicatore collegato alla stima della probabilità di sopravvivenza, ma diversamente da questa considera insieme la probabilità di morire a causa del tumore e la probabilità di morire per altre cause.

Combinare queste due probabilità, soprattutto nel caso di pazienti anziani, è importante perché, a

livello individuale, mostra il quadro reale delle possibilità di morire e di restare vivo dopo una diagnosi di tumore di interesse per la prognosi e, a livello di popolazione, fa rilevare l'importanza anche delle altre cause di morte per la corretta valutazione delle scelte di sanità pubblica volte al controllo dei tumori.

Dalla rilevazione accurata dei tumori condotta in questi anni sono venuti risultati importanti che individuano con chiarezza problemi che assumono una specifica rilevanza nella nostra provincia e altre indicazioni che, seppur ancora meritevoli di approfondimenti, devono essere attentamente prese in considerazione.

È stato chiaramente documentato che il rischio di ammalarsi di tumore del fegato nella provincia BAT è da una volta e mezza a due volte più alto rispetto al resto d'Italia. La notevole diffusione di questo tumore è solo l'ultima manifestazione di una serie di patologie collegate, epatopatia cronica e cirrosi epatica, delle quali è ugualmente rilevata una maggiore frequenza, in termini di ricoveri ospedalieri e di decessi, nella provincia BAT rispetto all'Italia.

Nell'Italia meridionale l'infezione da virus dell'epatite C (HCV) è riconosciuta come la causa principale dell'epatopatia cronica, della cirrosi e del tumore primitivo del fegato.

¹ Inclusi i tumori della cute.

La causa dell'eccesso di queste patologie nella provincia BAT deve essere plausibilmente ricondotta a una maggiore diffusione o a una maggiore aggressività dell'infezione da HCV in questa parte della Puglia. Peraltro, è già riconosciuto che gli effetti patologici di questa infezione non sono limitati al fegato. In campo oncologico un ruolo dell'infezione da HCV si va delineando con sempre maggiore certezza per alcuni tipi di linfoma non Hodgkin (LNH) e il mieloma multiplo. È rilevante che il Registro Tumori della Asl BT abbia rilevato che anche questi tipi di LNH e il mieloma multiplo siano in significativo eccesso nella provincia BAT rispetto a quanto documentato in letteratura e a quanto rilevato in Italia dall'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM). La sorveglianza svolta in questi anni dal Registro Tumori della Asl BT suggerisce quindi che, oltre al tumore del fegato, l'infezione da HCV abbia un impatto misurabile nella nostra popolazione anche sulla diffusione di alcuni tipi di tumori ematologici.

Collegata a questa infezione può essere anche l'alta mortalità per diabete mellito di tipo II riscontrata nella popolazione della provincia BAT. I dati di mortalità relativi al diabete mellito possono essere poco accurati e riflettere problemi che dipendono dalla rete di assistenza piuttosto che da un aumentato rischio di contrarre questa malattia. Questo deve

indurre a considerare con cautela le considerazioni che derivano solo dall'analisi di questo indicatore. Tuttavia, la riconosciuta maggiore incidenza di diabete mellito di tipo II nei pazienti HCV positivi e il fatto che in tutta la Puglia la distribuzione geografica della mortalità per tumore primitivo del fegato mostri una spiccata correlazione con la distribuzione geografica della mortalità per diabete mellito di tipo II sono elementi suggestivi a sostegno dell'ipotesi che l'infezione da HCV possa avere un ruolo anche nel determinare l'insorgenza o un'evoluzione più grave del diabete mellito di tipo II nella popolazione della provincia BAT.

La sopravvivenza dopo una diagnosi di tumore è un indicatore fondamentale per valutare l'offerta dei servizi per contrastare l'evoluzione del cancro. In questo senso non può sfuggire che la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi dei tumori dello screening organizzato, cervice uterina, mammella e colon-retto, misurata nella popolazione della provincia BAT dal registro tumori è sempre più bassa di quanto rilevato nel centro-nord Italia. Un analogo rilievo riguarda il melanoma della cute, un tumore su cui recentemente si è andata accentuando la sorveglianza clinica seppur in assenza di un'attività organizzata di diagnosi precoce.

Per i tumori più frequenti come il tumore della mammella e del colon-retto che colpiscono ogni

anno nella BAT poco più di 200 persone ciascuno, differenze di sopravvivenza di pochi punti percentuali si traducono in un numero non trascurabile di morti che si potrebbero evitare se si riuscisse a garantire ai nostri pazienti la stessa sopravvivenza dei casi diagnosticati nel centro-nord Italia.

Da questi anni di sorveglianza dei tumori emerge, quindi, un quadro dettagliato della situazione della salute della popolazione della provincia BAT, sostenuto da solide evidenze basate sulla raccolta e l'analisi di dati, denso di molte indicazioni per la sanità pubblica, la programmazione di interventi e gli ulteriori studi.

Rispetto al percorso compiuto non pochi sono gli obiettivi che attendono la futura attività del registro. In primo luogo, considerate le criticità sopra evidenziate, è ragionevole sperare di poter documentare nelle future edizioni del Rapporto Tumori miglioramenti anche sensibili di alcuni indicatori relativi ad alcune forme tumorali.

L'introduzione nell'uso di nuovi efficaci farmaci ad azione antivirale diretta per la terapia dell'infezione da HCV dovrebbe avere impatti rilevanti su tutte le sequele di questa infezione ed essi dovrebbero essere particolarmente evidenti nella nostra provincia.

Il Registro Tumori della Asl BT dovrebbe quindi misurare una diminuzione sensibile dei nuovi casi

di tumore del fegato e, probabilmente, di mieloma multiplo e delle forme di LNH associate all'infezione da HCV. Ciò costituirebbe una verifica, misurata a livello di popolazione, dell'efficacia e dell'accessibilità delle nuove terapie nel determinare reali miglioramenti di salute.

In conseguenza degli sforzi effettuati per rendere operativi gli screening organizzati in Puglia, il registro tumori dovrebbe poter misurare nei prossimi anni gli attesi incrementi di incidenza di forme iniziali o pre-invasive dei tumori del colon-retto e della mammella provocati dall'avvio sistematico degli interventi per la diagnosi precoce nelle persone asintomatiche.

Oltre a questo, già si prospettano importanti sviluppi delle possibilità di analisi dei dati. Infatti, per rispondere alle crescenti richieste di verificare la presenza di concentrazioni di tumori in aree limitate del nostro territorio, si spera di poter arricchire l'attuale base di dati con le informazioni sulla georeferenziazione dei casi di tumore e di tutta la popolazione. In tal modo la frequenza dei tumori potrà essere confrontata per ambiti territoriali circoscritti e più piccoli del comune verificando la sussistenza di rischi connessi a eventuali contaminazioni ambientali che potrebbero interessare specifici sottogruppi della nostra popolazione.

Infine, l'auspicio è anche quello di poter fornire in

futuro indicatori ancora più precisi sull'andamento temporale dei tumori, sulla presenza di persone con una diagnosi precedente di tumore con dettaglio per comune e un orizzonte temporale non più limitato a 10 anni dalla diagnosi, sulle possibilità di guarigione e la speranza di vita del paziente oncologico residente nella provincia BAT.



Sintesi dei risultati

Il Registro Tumori della ASL BT, a copertura provinciale, è stato istituito con Delibera della ASL BT 880/2010 all'interno dell'Unità Complessa di Statistica ed Epidemiologia, è sezione del registro tumori della Puglia istituito con Delibera di Giunta Regionale 1500/2008 ed è tra i registri accreditati dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM).

Nel 2014 è stato pubblicato il primo rapporto tumori provinciale riguardante il triennio 2006-2008, nel 2015 un rapporto che comprendeva anche gli anni 2009-2010 e il presente è esteso al 2012. In questo rapporto sono illustrati infatti i dati di incidenza e mortalità riferiti all'ultimo biennio disponibile, 2011-2012, e i dati dell'intero periodo 2006-2012 sono utilizzati per i confronti. Sono presentate le stime degli andamenti temporali sul periodo 2006-2012 per l'incidenza e 2006-2013 per la mortalità e la descrizione della prevalenza neoplastica, che comprende soggetti viventi a una certa data con pregressa diagnosi di tumore. Oltre alla descrizione delle stime di sopravvivenza netta per tutti i tumori e per le singole sedi, che esprime la sopravvivenza dei malati oncologici dovuta esclusivamente al tumore stesso, è presentata per la prima volta la probabilità reale di morte, che descrive la probabilità dei malati oncologici di morire per il tumore stesso e per altre cause e dunque riveste una grande importanza clinica.

La disponibilità di un periodo temporale lungo permette di osservare la grande stabilità complessiva dei dati, che insieme agli indicatori di qualità ampiamente in linea con gli standard nazionali e internazionali confermano l'attendibilità e la completezza della casistica registrata. I due anni di incidenza disponibili in più permettono di avvalorare che l'andamento in discesa dell'incidenza di tutti i tumori nel sesso maschile, possa davvero essere indicativo di una reale riduzione del fenomeno legato soprattutto alla minore incidenza registrata nell'ultimo periodo per il tumore del polmone e del fegato.

Tra gli uomini, nella provincia BAT nel biennio 2011-2012 sono stati diagnosticati 2010 casi di tumore e si sono verificati 938 decessi per neoplasia, tra le donne rispettivamente 1596 e 636. L'aumento del numero assoluto di casi negli uomini rispetto al biennio precedente sembra attribuibile al solo invecchiamento della popolazione, infatti si riflette sul tasso grezzo, ma non su quello aggiustato per età che è pressoché identico; nelle donne anche il numero assoluto di casi e di decessi per tumore è inferiore a quello del biennio precedente. Un uomo su tre e meno di una donna su quattro nella provincia BAT rischiano di ammalarsi di tumore, mentre il rischio di morire per tumore è più basso. Nel complesso i dati dell'andamento temporale su tutto il periodo indicano una lieve riduzione dell'incidenza

e della mortalità negli uomini, una stabilità dell'incidenza con riduzione nell'ultimo biennio e una lieve riduzione della mortalità nelle donne. Non si osservano grandi variazioni geografiche all'interno della provincia e, anche per quanto riguarda le singole sedi, eventuali variazioni vanno prese cum grano salis in quanto soggette a variazioni casuali legate ai bassi numeri.

I tumori sono patologie che gravano soprattutto sulle persone anziane, sebbene alcuni, come leucemie e linfomi, melanomi, sarcomi, carcinomi della tiroide, le forme ereditarie di carcinomi della mammella e del colon-retto, colpiscono anche le fasce d'età giovanili. L'aumento dell'aspettativa di vita, con il conseguente aumento della proporzione di anziani nella popolazione residente, comporterà, come già si sta osservando anche in questa provincia, un incremento del carico neoplastico negli anni a venire.

Questo dato è ben rappresentato dalla prevalenza, in particolare dalla prevalenza grezza, che ci dà una importante informazione sul numero complessivo di soggetti a cui sia stata posta diagnosi di neoplasia e che necessitano di follow-up, terapie e ricoveri. La prevalenza osservata ci dice che 2868 uomini e 2795 donne hanno ricevuto una diagnosi di tumore nei cinque anni di registrazione oncologica ed erano

vivi alla data indice del 1° gennaio 2013. Dunque 5663 persone nella provincia BAT in quel momento avevano avuto una diagnosi recente di tumore e dunque avevano necessità di contatto frequente e intenso col sistema sanitario regionale. Tale dato è più alto di quello registrato nel precedente rapporto a dimostrazione che invecchiamento della popolazione e aumento della sopravvivenza tendono ad aumentare il carico neoplastico complessivo ed è immaginabile che il dato attuale sia ancora più alto.

È stata anche stimata la prevalenza a dieci anni dalla data indice, cioè il numero di persone vive al 1° gennaio 2013 che hanno ricevuto una diagnosi di tumore fino a dieci anni prima. 4301 uomini e 4489 donne si trovano in questa situazione e quindi in qualche modo interagiscono con il sistema sanitario per bisogni legati a una patologia neoplastica progressiva o attiva.

Questi dati rivestono una grande importanza per una corretta organizzazione e programmazione sanitaria in campo diagnostico e terapeutico sia ambulatoriale che ospedaliero.

Le schede relative alle singole sedi tumorali danno indicazioni precise su incidenza, mortalità, trend temporali, prevalenza, sopravvivenza netta e

probabilità reale di morte; di seguito sono riportate alcune peculiarità della provincia BAT che la discostano da quanto rilevato nel resto d'Italia o nel pool dei registri tumori meridionali.

Nei confronti riguardanti l'incidenza occorre sempre tenere in conto che il periodo considerato per la provincia BAT (2006-2012) è diverso da quello utilizzato per i confronti (2006-2008) per cui una parte delle differenze può essere imputata a questo scarto temporale.

Per quanto riguarda tutte le neoplasie insieme, sia negli uomini che nelle donne, si osserva che l'incidenza è più alta di quella del pool dei registri tumori meridionali, ma più bassa di quella di tutte le altre macroaree, la mortalità è in linea con il sud nelle donne e più bassa negli uomini e in entrambi i sessi più bassa di quella delle altre macroaree.

I principali tumori per i quali si riscontra in entrambi i sessi un'incidenza 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. Il tumore del fegato è il quinto per incidenza e il secondo per mortalità negli uomini, e il quinto per incidenza e il terzo per mortalità nelle donne: questo dato si discosta ampiamente da quello che

avviene a livello nazionale e rende necessario un approfondimento anche attraverso un tavolo congiunto con oncologi, chirurghi e infettivologi. Quello del fegato è inoltre il principale tumore per il quale si riscontra una mortalità più alta di quella del sud Italia e nazionale in entrambi i sessi. Il trend di incidenza è comunque in diminuzione statisticamente significativa, quello di mortalità in diminuzione non statisticamente significativa. La sopravvivenza per questo tumore nella provincia BAT è più alta di quella stimata nel resto d'Italia. La recente introduzione di farmaci antivirali dimostratisi efficaci nell'epatite C con evoluzione cirrotica potrebbero modificare ampiamente anche l'incidenza dell'epatocarcinoma.

Nel caso del mieloma si osserva un'incidenza più alta in entrambi i sessi rispetto ai confronti nazionali, ma la mortalità è in linea con l'atteso, e la sopravvivenza nella provincia BAT è particolarmente elevata. Questi dati insieme fanno pensare che una parte delle differenze nell'incidenza siano legate a una elevata attenzione da parte di oncoematologi e patologi, a differenze tra aree nella classificazione del mieloma soprattutto rispetto alle gammopatie monoclonali di incerto significato, a un'elevata frequenza di forme indolenti.



Un altro tumore che desta una certa preoccupazione è il melanoma cutaneo, per il quale si rileva un'incidenza più alta rispetto al sud e, nei maschi, anche rispetto al Centro Italia, un trend di incidenza in aumento, la più alta mortalità nel confronto con altre aree geografiche e la più bassa sopravvivenza. L'analisi congiunta di questi indicatori, tenendo conto anche di un miglioramento recente della sopravvivenza, farebbe propendere per un deficit nella diagnosi precoce che potrebbe essere colmato con campagne ad hoc.

È interessante sottolineare come per la maggior parte dei tumori che riconoscono nel fumo di sigaretta un importante fattore di rischio, si registrino dati di incidenza e mortalità più bassi rispetto a tutte le altre aree di confronto in entrambi i sessi. Negli uomini infatti si registrano l'incidenza e la mortalità più basse nei tumori del polmone, della testa e del collo, del pancreas e del rene, nelle donne in quelli del polmone, della testa e del collo, del pancreas e della vescica.

Tra i tumori oggetto di screening si rileva che sebbene per il carcinoma del colon retto e per la mammella femminile si registri un'incidenza tendenzialmente bassa, in linea per altro col Sud, in entrambi si osserva una sopravvivenza più bassa di quella del centro-nord di circa 4 punti percentuale. Per il

terzo tumore oggetto di screening, quello del collo dell'utero, si registrano sia un'incidenza piuttosto elevata, sia una sopravvivenza (59%) molto più bassa rispetto al centro-nord (70%) e al sud (64%). Un miglioramento di copertura e adesione all'interno di programmi di screening a livello provinciale e regionale potrebbe portare a un miglioramento della sopravvivenza e a un'importante riduzione del carico assistenziale.

Il dato dei tumori infantili indica un'incidenza più elevata di quella nazionale e del Sud. Tale dato dovrà essere sicuramente oggetto di attenzione negli anni a venire, sebbene possa essere in parte legato alla diversità nel periodo considerato per i confronti e alle oscillazioni legate ai bassi numeri assoluti. L'istituzione di un registro tumori infantili, in cui si sviluppino competenze nella registrazione, classificazione e analisi di questi tumori potrebbe essere di impulso nella comprensione del fenomeno.

Per il complesso della patologia neoplastica, sia nei maschi che nelle femmine, la sopravvivenza della provincia BAT è in linea con quella stimata nel resto del Paese, appena più alta di quella del sud e appena più bassa di quella del centro-nord. Anche per i tumori infantili la sopravvivenza (80%) è in linea con l'atteso nazionale (81.3%) tenendo conto dell'alta variabilità connessa ai bassi numeri assoluti.

Guardando le singole sedi, è stata stimata una sopravvivenza più alta rispetto a entrambi i riferimenti nazionali (sud e centro-nord), oltre che per mieloma e tumori del fegato, anche per mesotelioma, leucemie, linfoma di Hodgkin, linfoma non Hodgkin, tumori del testicolo, dell'ovaio, del colon-retto, della testa e del collo, del pancreas, del corpo dell'utero.

Una sopravvivenza più bassa di quella registrata sia al sud che al centro-nord, comprende i tumori del collo dell'utero, dell'ovaio, della vescica, di colecisti e vie biliari e il melanoma.

Guida alla lettura delle schede

Nelle 27 schede che compongono questo rapporto si cerca di dare un quadro il più possibile dettagliato di incidenza, mortalità, sopravvivenza e prevalenza dei tumori nella provincia BAT. I dati di incidenza si riferiscono alla popolazione residente nella nostra provincia e comprendono gli anni dall'inizio del 2006 alla fine del 2012, quelli di mortalità arrivano al 2013. All'inizio di ogni scheda un breve testo commenta i risultati più significativi emersi dall'esame dei dati della nostra provincia. A questo testo introduttivo seguono 2 tabelle e 9 figure che illustrano i risultati in dettaglio.

	M+ F	M	F	
Numero casi	449	227	222	INCIDENZA
Percentuale sul totale	12,5	11,8	13,3	
Tasso grezzo (1)	57,5	58,9	56,2	
Tasso standardizzato (1)(pop. Europea)	44,2	48,0	41,6	
Rischio cumulativo 0-74 anni	3,7	4,0	3,5	
	M+ F	M	F	MORTALITÀ
	154	83	71	
	10,1	9,5	11,0	
	19,7	21,5	18,0	
	13,3	16,7	10,7	
	0,7	0,9	0,6	

(1) per centomila abitanti

Tabella 1. Tassi di incidenza età specifici

La tabella 1

La tabella 1 è divisa in due parti. La prima, in alto, riporta dati di **incidenza**, riferiti cioè ai nuovi casi di tumore diagnosticati nella provincia BAT negli anni 2011 e 2012. La seconda, in basso, riporta dati di **mortalità** cioè dei decessi avvenuti nella provincia a causa di un tumore. In entrambe le parti i dati sono riferiti al totale e ai due sessi separatamente.

Nelle prime righe delle due parti della tabella c'è il **numero di nuovi casi e di decessi**. La seconda riga mostra la **percentuale** ottenuta dal rapporto del numero di casi o di decessi per il tumore in esame rispetto al totale dei casi o dei morti per tumore maligno 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 il numero di decessi che si verifica ogni anno ogni 100.000 soggetti. Nella nostra provincia 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 individui 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** nella quarta riga delle due parti della tabella è quindi una

misura che consente di confrontare la frequenza dei tumori nella nostra provincia 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 ammalare di tumore.

Il **rischio cumulativo** 0-74 anni, nella quinta riga, esprime la probabilità che un individuo ha di ammalare o di morire per uno specifico tumore nell'arco di tempo che va dalla nascita a 74 anni. Nell'esempio relativo ai tumori della testa e del collo, un rischio cumulativo di incidenza pari allo 0,7% vuol dire che, in base ai dati rilevati, si stima che 7 persone su mille della popolazione della provincia BAT ammala di questo tumore prima di compiere 75 anni.

La figura 1

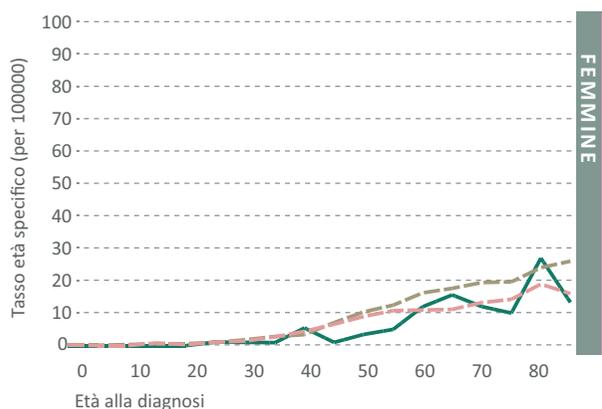


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

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 individui di quella fascia di età.

La curva fa vedere che la frequenza dei tumori aumenta considerevolmente con l'età. Questo accade nella maggior parte dei tumori, seppur con diverse specificità. 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 provincia BAT la figura mostra per confronto gli stessi tassi rilevati nel sud e in tutta Italia.

La figura 2

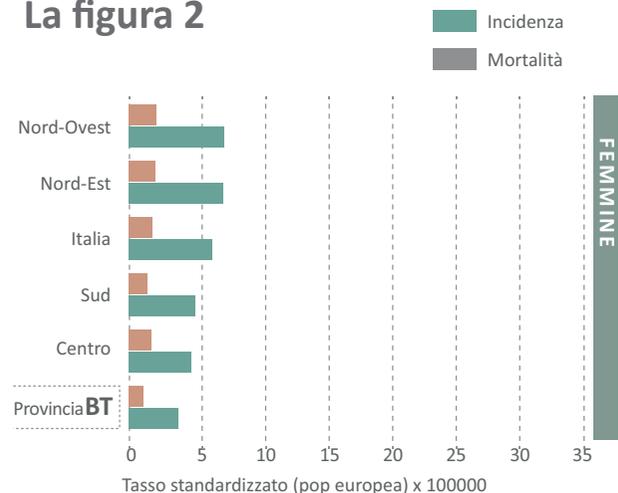


Figura 2. Tassi standardizzati di incidenza e mortalità nella provincia BAT e confronti nazionali. Anni 2006-2012

Nella provincia BAT la probabilità di ammalare o di morire a causa di un tumore è superiore, simile o inferiore a quella delle altre parti d'Italia o dell'Italia nel suo complesso? La figura 2 mette a confronto i dati rilevati nella nostra provincia con quelli rilevati nelle altre parti d'Italia.

Come si legge la figura 2. Nella figura 2 le colonne verdi indicano i tassi standardizzati relativi ai nuovi casi di tumore (incidenza) e le colonne marrone chiaro i tassi standardizzati di mortalità. Nel grafico è messa in alto l'area con il tasso di incidenza più alto, nel caso esemplificato a destra le regioni italiane del nord-ovest e, nell'ordine, le altre parti d'Italia dove si rilevano tassi di incidenza progressivamente più bassi. In questo caso, il tasso di incidenza più basso è proprio quello rilevato nella nostra provincia.

La tabella 2

GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Ca squamocellulare	259	87,8
Adenocarcinoma	3	1,0
Carcinoma NAS	5	1,7
Altri	27	9,2
Non Specificato	1	0,3

SOTTOSEDE	N	%
Bocca	50	16,3
Lingua	46	15,0
Cavità Nasale	16	5,2
Faringe	54	17,6
Laringe	140	45,8

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.

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 indica in alto **le morfologie** più frequenti tra i casi rilevati nella provincia BAT 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. Un raggruppamento piuttosto eterogeneo, ma clinicamente significativo, è quello relativo alla sede tumori della testa e del collo al quale corrisponde la tabella a fianco. In questo caso la parte in basso 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 in basso della tabella 2 precisa numero e percentuale dei casi di una specifica parte dell'organo considerato nella scheda.

La figura 3

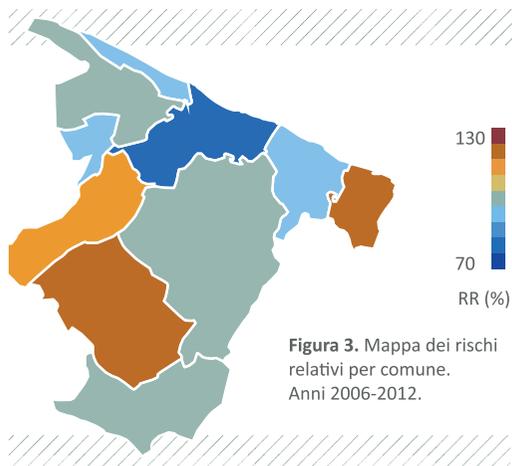


Figura 3. Mappa dei rischi relativi per comune. Anni 2006-2012.

Per indagare se la frequenza di un determinato tumore sia diversa nei comuni che compongono la provincia BAT si è calcolato il rapporto tra la sua incidenza in ciascun comune e quella rilevata in tutta la provincia. 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 provincia, maggiore di 100 se l'incidenza è superiore nel comune rispetto a tutta la provincia e minore di 100 nel caso opposto.

Come si legge la figura 3.

Il valore del RR calcolato per ciascun comune della provincia BAT è stato rappresentato in una mappa colorando il corrispondente territorio con un'appropriata sfumatura di azzurro-grigio-rosso. Nella

mappa raffigurata come esempio si può osservare che i territori di quasi tutti comuni della provincia sono colorati in grigio che corrisponde nella scala dei colori a un RR di circa 100. Questo significa che nei suddetti comuni l'incidenza del tumore indagato è uguale a quella rilevata nell'intera provincia. Il territorio di Andria è colorato in azzurro. Questo indica che in questo comune il RR è inferiore a 100 e cioè che l'incidenza di questo tumore è più bassa rispetto a quanto rilevato in tutta la provincia. I territori dei comuni di Trani e Spinazzola sono colorati con due tonalità del giallo-marrone. In tali comuni il RR calcolato è superiore a 100. Nel comune di Trani il valore stimato è di poco superiore a 100 mentre più alto risulta il valore stimato per il comune di Spinazzola. In questi due comuni l'incidenza del tumore indagato è superiore a quella rilevata in tutta la provincia.

È importante interpretare con cautela queste mappe e leggere i dati riportati solo come una indicazione di cui ricercare ulteriori conferme. 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 un RR superiore a 100 (rappresentato in mappa con una gradazione del giallo-marrone) può esser compreso

entro un intervallo di valori che in molti casi include 100. Nell'esempio precedente il RR più alto, relativo al comune di Spinazzola colorato in marrone chiaro, è pari a 107 corrispondente a un'incidenza del tumore del 7% più alta di quella di tutta la provincia. L'intervallo di credibilità del RR, però, include 100 essendo compreso approssimativamente tra 95 e 126. Questo significa che, con i dati a disposizione, non si può escludere che il RR di questo comune sia in realtà 95 e cioè che l'incidenza dei casi di tumore possa essere inferiore del 5% rispetto a quella di tutta la provincia. Perciò 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.

La figura 4

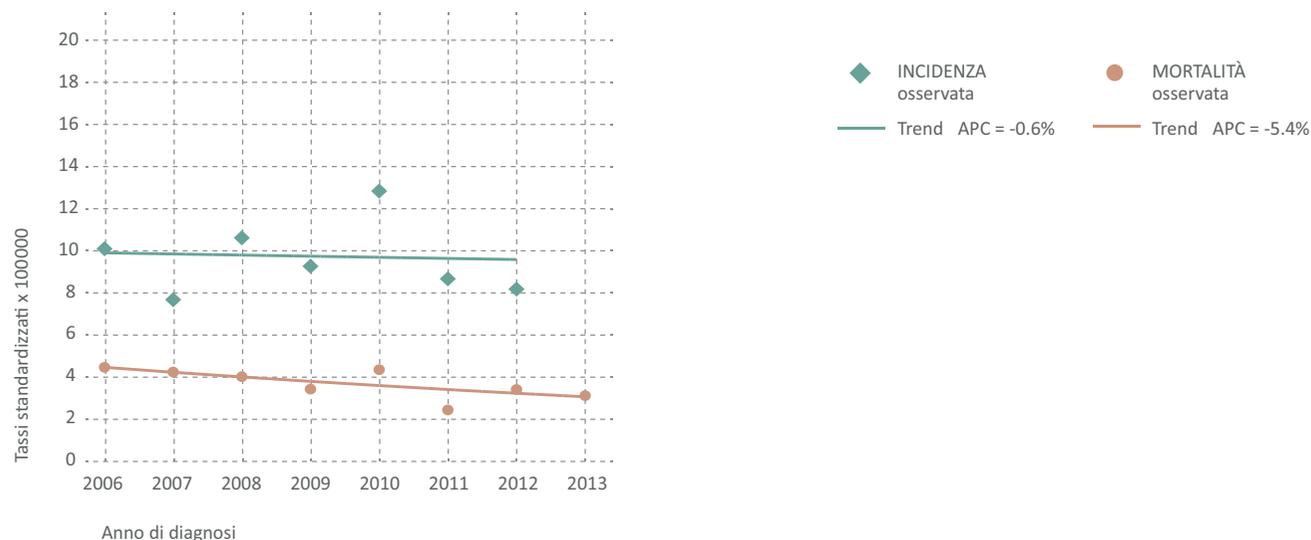


Figura 4. Andamento temporale dei tassi standardizzati. Incidenza: anni 2006-2012. Mortalità: anni 2006-2013.

Una costante preoccupazione è che la frequenza dei tumori possa aumentare nel corso degli anni. Disponendo di dati sui nuovi casi di tumore per 7 anni e di dati di mortalità per 8 anni si può cercare di dare una risposta a quanto accade nella popolazione della nostra provincia.

Nelle schede la figura 4 illustra l'andamento temporale dell'incidenza dei tumori rilevata nella nostra provincia dal 2006 al 2012. Per la mortalità l'andamento riguarda gli anni dal 2006 al 2013. Oltre ai tassi osservati nei singoli anni, contrassegnati da punti verdi per i tassi di incidenza e da punti marrone chiaro per i tassi relativi alla mortalità, una linea

continua riporta l'andamento temporale lineare che meglio si adatta ai valori osservati. Questa linea esprime sinteticamente se i tassi di incidenza e di mortalità mostrano la tendenza a una variazione, in incremento o in diminuzione, negli anni indagati o se invece tendono a restare costanti. Questo è indicato dalla pendenza della linea verso l'alto (incremento) o verso il basso (decremento) o dall'andamento approssimativamente orizzontale che indica l'assenza di particolari variazioni della frequenza dei casi o delle morti per tumore negli anni esaminati.

L'APC (variazione annuale percentuale), nella legenda della figura, indica percentualmente come

cambia la frequenza (incidenza) o la mortalità per tumore in ciascun anno. Un valore superiore a 0 indica che frequenza o mortalità subiscono un incremento negli anni. Nell'esempio l'APC dell'incidenza è -0.6%, si stima perciò che i nuovi casi di tumore siano diminuiti dello 0,6% all'anno nel periodo considerato. La conclusione opposta si applica a valori dell'APC positivi. APC vicini a 0 indicano scarsa o nessuna variazione della frequenza o della mortalità dovuta ai tumori nel periodo considerato.

È utile leggere insieme gli andamenti di incidenza e mortalità. Un andamento simile dei due indicatori, come nel caso esemplificato, indica che la riduzione della mortalità osservata è almeno in parte l'effetto della riduzione del numero di persone che si ammalano di questo tumore. D'altra parte la riduzione più accentuata della mortalità rispetto all'incidenza di nuovi casi suggerisce che anche diagnosi e cure più efficaci possano aver contribuito a questo risultato migliorando la prognosi di questi ammalati. Le stime attuali dell'andamento temporale dei tumori, oltre a essere più aggiornate, sono più precise di quelle riportate nella seconda edizione del Rapporto Tumori essendo calcolate su un maggior numero di anni. Tuttavia, la descrizione e l'interpretabilità dell'andamento temporale dei tumori si avvantaggia molto della disponibilità di lunghe serie temporali. Con l'accumularsi di dati per un maggior numero di anni le prossime edizioni del Rapporto Tumori forniranno informazioni sempre più dettagliate e significative relative a questo fondamentale strumento della sorveglianza dei tumori.

La figura 5

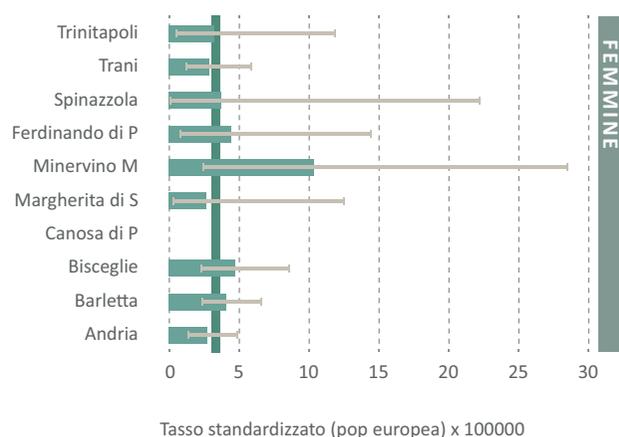
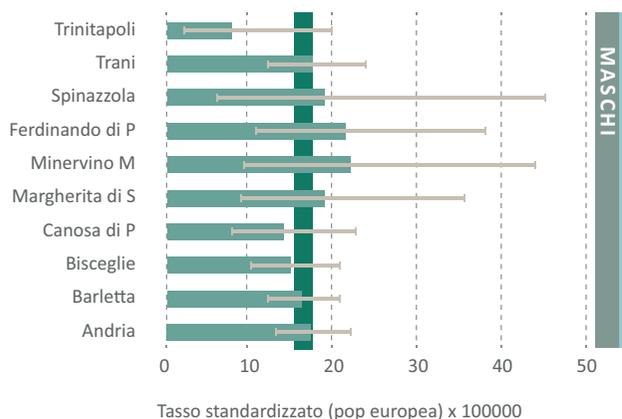


Figura 5. Tassi standardizzati di incidenza per Comune. Anni 2006-2012.

Nella mappa in figura 3 il rischio di ammalare di tumore in ciascun comune della provincia BAT è messo a confronto con il rischio misurato in tutta la provincia. La figura 5 completa questo quadro riportando in modo diretto per ciascuno dei 10 comuni della provincia BAT la frequenza dei tumori rilevata dal 2006 al 2012. Le barre orizzontali in colore verde corrispondono ai valori (tassi standardizzati di incidenza) rilevati nei singoli comuni. La barra verticale corrisponde alla stima nella popolazione di tutta la provincia. Nell'esempio, relativo ai tumori della testa e del collo, si può notare che la frequenza di questo tumore a Trinitapoli è di circa 8 casi per 100000 persone. A Trani lo stesso tumore ha registrato una frequenza più alta, pari a circa 18 per centomila, simile a quella complessiva della provincia BAT. Prima di concludere che a Trani la frequenza dei tumori

della testa e del collo è più alta che a Trinitapoli, è necessario osservare le barre orizzontali più sottili in colore chiaro. Queste barre sono gli intervalli di confidenza che esprimono l'imprecisione statistica della stima, cioè di quanto la stima può variare in modo casuale solo per il modo con cui abbiamo calcolato questo indicatore. Infatti, in un comune popoloso si dispone di molte osservazioni e la misura del tasso di incidenza è più precisa rispetto a quella di un comune meno popoloso dove le osservazioni sono necessariamente minori. Per questo, per i comuni più grandi come Andria e Barletta la lunghezza delle barre grigie sottili è minore, l'intervallo di confidenza è più stretto e la stima del tasso di incidenza è più precisa di quella relativa a comuni più piccoli come Minervino Murge e Spinazzola dove invece l'imprecisione può essere notevole soprattutto per tumori

poco frequenti. Nel caso esemplificato le barre più chiare relative al comune di Trani e di Trinitapoli si sovrappongono e comprendono entrambe il valore indicato dalla barra verticale corrispondente alla stima di tutta provincia. Si può concludere che tra la frequenza dei tumori nei comuni di Trani e Trinitapoli è possibile che non ci sia nessuna reale differenza e che in entrambi i comuni la frequenza dei tumori della testa e del collo sia simile a quella rilevata in tutta la provincia. Le differenze possono dipendere solo dalla inevitabile imprecisione della stima, condizionata dalla numerosità delle osservazioni a disposizione.

Le figure 6 e 7

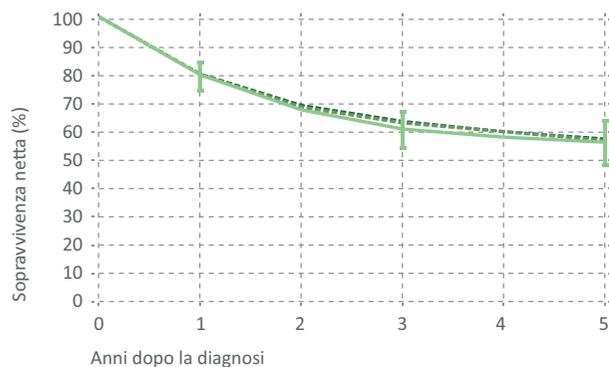


Figura 6. Probabilità di sopravvivenza fino a 5 anni dalla diagnosi nella provincia BAT e confronti nazionali.

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 6 mostra l'andamento della sopravvivenza rilevato fino a 5 anni dalla diagnosi nei casi di tumore diagnosticati nella nostra provincia (linea verde continua). Per confronto sono riportati gli analoghi andamenti della sopravvivenza dei casi di tumore diagnosticati nelle regioni del centro-nord e del sud Italia (linee tratteggiate).

Come si legge la figura 6. Nell'esempio si può vedere che nella provincia BAT dopo 1 anno dalla diagnosi sopravvive circa l'80% dei casi diagnosticati, dopo 3 circa il 60% e dopo 5 il 56%. La probabilità esatta di sopravvivere dopo 5 anni dalla diagnosi

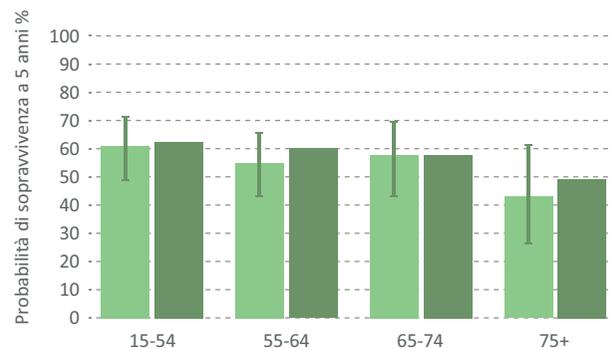


Figura 7. Probabilità di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per classe di età nella provincia BAT e in Italia.

nella provincia BAT, nelle regioni del centro-nord e del sud Italia è riportata nella legenda in alto. Le linee verticali riportate nel grafico indicano l'incertezza statistica associata alla stima della probabilità di sopravvivere a 1,3 e 5 anni dalla diagnosi nella nostra provincia. Nell'esempio la linea verticale a 5 anni dalla diagnosi indica che la probabilità di sopravvivenza dei casi della provincia BAT può essere approssimativamente compresa tra il 48% e il 65%. Queste linee consentono una prima valutazione delle differenze eventualmente riscontrate tra la sopravvivenza nella provincia BAT e quella nelle altre parti di Italia. Se le linee tratteggiate si discostano dalla linea verde, ma rimangono comprese all'interno degli intervalli delimitati dalle linee verticali questo indica che le differenze rilevate possono essere giustificate dall'effetto dell'imprecisione statistica della stima della sopravvivenza.

Per molte sedi di tumore la probabilità di sopravvivere dopo la diagnosi di tumore è diversa a seconda dell'età al momento della diagnosi. Spesso i pazienti più anziani hanno probabilità di sopravvivenza più basse di quelle di un paziente colpito dalla malattia in età più giovanile. Le barre verticali della figura 7 riportano la probabilità di sopravvivere a 5 anni dalla diagnosi per classe di età nei pazienti della provincia BAT e per confronto nei casi diagnosticati in tutta Italia. Nell'esempio a destra si può notare che nei casi con più di 75 anni alla diagnosi la probabilità di sopravvivere a 5 anni dalla diagnosi è nella BAT di poco superiore al 40% mentre quella dei casi diagnosticati prima di 55 anni è appena oltre il 60%. Tra i pazienti più giovani la sopravvivenza stimata nella provincia BAT e in Italia è strettamente confrontabile mentre la sopravvivenza dei pazienti più anziani è inferiore rispetto a quella italiana. Tuttavia, l'intervallo di confidenza della stima della BAT indica che tale rilievo può dipendere solo dall'imprecisione statistica della stima.

La figura 8

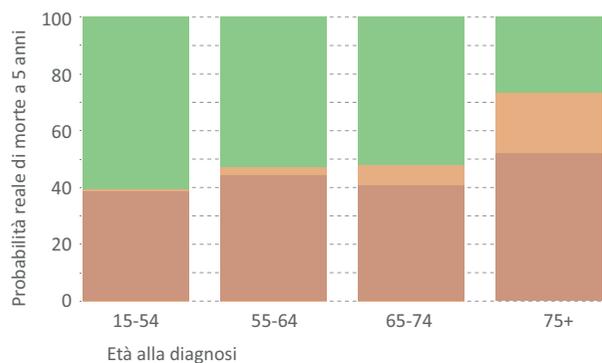


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

Come si legge la figura 8. Il grafico è composto da barre verticali ciascuna delle quali corrisponde a pazienti che hanno avuto una diagnosi di tumore in una particolare fascia di età. La parte colorata in marrone alla base delle colonne riporta la probabilità di morire a causa del tumore entro 5 anni dalla diagnosi, la parte intermedia della colonna in marrone più chiaro corrisponde alla probabilità di morire per altre cause, la parte in alto di colore verde indica la probabilità di restare in vita decorsi 5 anni dalla diagnosi.

Nell'esempio, relativo ai tumori della testa e del collo, si può notare che a 5 anni dalla diagnosi la

probabilità di morire a causa del tumore subisce poche variazioni nei pazienti tra 15 e 74 anni alla diagnosi restando approssimativamente intorno al 40%. La probabilità di morire per altre cause è, però, irrilevante nei pazienti tra 15 e 54 anni mentre raggiunge l'8% nei casi diagnosticati tra 65 e 74 anni. Dai 75 anni in su la probabilità di morire per il tumore aumenta superando di poco il 50%. A questa va ancora aggiunto il 20% circa di probabilità di morire per altre cause. La parte verde della colonna mostra che complessivamente solo poco più di un paziente su quattro di 75 o più anni sopravvive 5 anni dopo una diagnosi di tumore della testa e del collo.

La figura 9

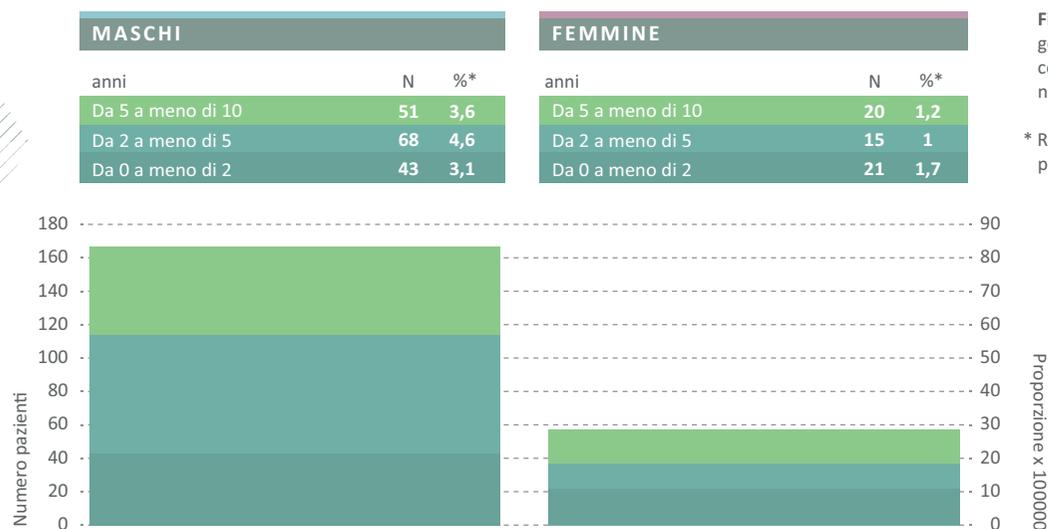


Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti

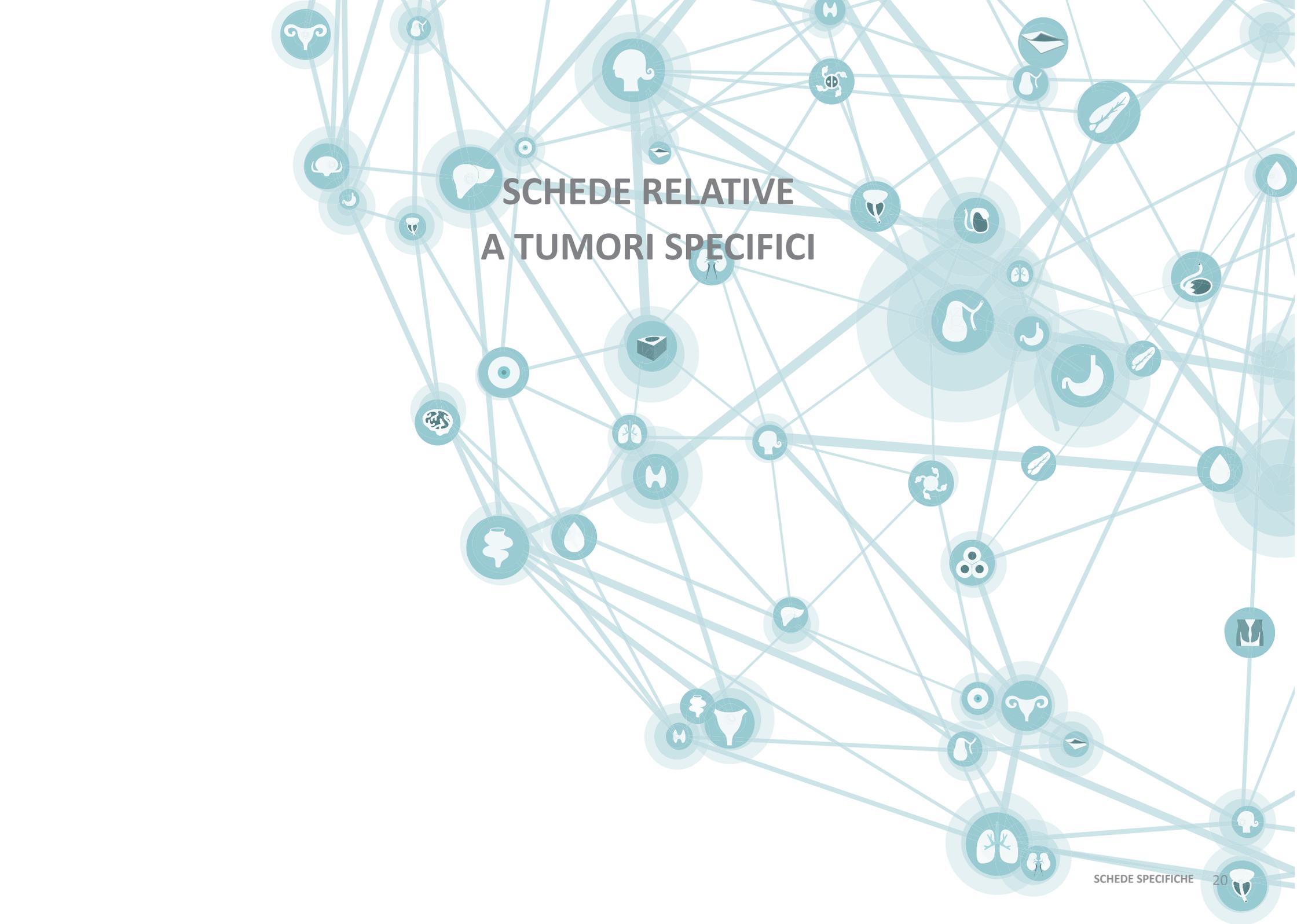
percentuale di questi pazienti rispetto al totale delle persone viventi nella provincia BAT con una precedente diagnosi di tumore. Quest'ultima percentuale è utile per comprendere quanto un particolare tipo di tumore è diffuso tra coloro che hanno avuto in passato una diagnosi di tumore.

Le statistiche relative all'incidenza e alla sopravvivenza non esprimono chiaramente qual è il numero di persone della provincia BAT che vivono avendo avuto in passato una diagnosi di tumore. Il registro tumori della ASL BT dispone dei dati su tutti i nuovi casi di tumore che sono stati diagnosticati nella popolazione dall'inizio del 2006 alla fine del 2012. Questo consente di calcolare con buona precisione qual è il numero di persone viventi della provincia BAT che all'inizio del 2013 hanno avuto una diagnosi di tumore nei precedenti 5 anni. Applicando degli indici validati dall'AIRTUM è possibile, partendo da questi dati, stimare con un'approssimazione limitata il numero di persone viventi della provincia BAT

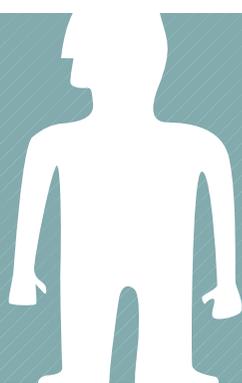
che hanno avuto una diagnosi nei 10 anni precedenti all'inizio del 2013. Questa statistica, denominata prevalenza, è utile in particolar modo perché permette di valutare il carico di cure e assistenza derivante dai pazienti oncologici, particolarmente elevato nei primi anni dopo la diagnosi e progressivamente più basso negli anni successivi.

I dati di prevalenza sono espressi come numero di casi e come proporzione rispetto al totale della popolazione della provincia BAT nel grafico in basso nella figura 9. Nella parte alta della figura una tabella riporta in modo preciso il numero di persone con una precedente diagnosi di tumore e la

Nel caso esemplificato a sinistra, relativo ai tumori della testa e del collo, la figura indica che all'inizio del 2013 vivevano nella popolazione della provincia BAT 43 persone che avevano avuto una diagnosi di questo tumore nei precedenti due anni, 68 che avevano avuto questa diagnosi da 2 fino a 5 anni prima e 51 che avevano avuto una diagnosi da 5 fino a 10 anni prima di questa data. Complessivamente 162 persone della provincia BAT (poco più dello 0,8 per mille di tutta la popolazione) vivevano all'inizio del 2013 avendo avuto una diagnosi di tumore della testa e del collo nei precedenti 10 anni. Rispetto al totale dei pazienti viventi con una diagnosi di tumore, quelli che hanno avuto una diagnosi di tumore della testa e del collo sono il 3,1% tra coloro che hanno avuto la diagnosi 2 anni prima, 4,6% per le diagnosi tra 2 e 5 anni e 3,6% per le diagnosi tra 5 e 10 anni prima dell'1 gennaio 2013.



**SCHEDE RELATIVE
A TUMORI SPECIFICI**



Tutti i tumori maschi

SCHEDA 01

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).

Nella provincia BAT nel biennio 2011-2012 nel sesso maschile sono stati registrati 2010 casi di tumore maligno con esclusione dei tumori cutanei non melanomatosi e includendo anche le forme non invasive dei tumori vescicali. Il tasso grezzo di incidenza è di 520 per 100.000, quello standardizzato con l'utilizzo della popolazione standard europea è di 418 per 100.000. Nello stesso periodo sono stati registrati 938 decessi per tumore maligno, per un tasso grezzo di mortalità pari a 243 per 100.000 e un tasso standardizzato pari a 184 per 100.000 (Tab.1). Il rischio cumulativo di ammalarsi di un tumore maligno entro i 74 anni è del 29%, cioè 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 più frequente è quello della prostata, seguito da polmone, colon-retto, vescica e fegato. Il tumore del fegato è il quinto per incidenza, mentre nelle casistiche nazionali il quarto e il quinto sono rispettivamente quello della vescica e quello dello stomaco. Nella mortalità il primo tumore è quello

del polmone, seguito da quello del fegato, della prostata, del colon-retto e della vescica, mentre a livello nazionale si osservano nell'ordine polmone, colon-retto, prostata, fegato e stomaco (Fig.1). Le Figg. 2 e 3 riportano l'incidenza e la mortalità per fascia d'età. In particolare si vede come tumori poco frequenti nel totale dei casi, diventano relativamente frequenti nelle età giovanili (testicolo e melanoma si situano infatti ai primi due posti per incidenza nella fascia d'età 0-49).

La curva dei tassi specifici per età segue quella del sud per tutte le fasce d'età fino a circa 70 anni, per poi incrociare quella nazionale (Fig.4). Nei confronti con le macroaree italiane si vede che l'incidenza nella provincia BAT è un po' più alta di quella del Sud, ma più bassa rispetto a quella di tutte le altre macroaree; la mortalità è la più bassa (Fig.5).

Non si rileva una particolare eterogeneità geografica all'interno della provincia; il comune di Trani è quello in cui si riscontrano i tassi di incidenza più alti, ma la differenza rispetto a tutti gli altri comuni non raggiunge la significatività statistica (Figg. 6 e 8).

Sia per l'incidenza (periodo 2006-2012) che per la mortalità (periodo 2006-2013) si osserva un lieve decremento all'incirca dell'1% annuo (Fig. 7).

La sopravvivenza netta a cinque anni per tumore nella provincia BAT negli uomini è un po' più bassa (55%) di quella del centro-nord (58%) e appena più alta di quella del sud (54%) (Figg. 9 e 10). Gli uomini che si ammalano di tumore hanno una probabilità di morire per il tumore stesso crescente col crescere dell'età alla diagnosi e nelle persone più anziane aumenta anche la probabilità di morire per altre cause (Fig. 11).

Per quanto riguarda la prevalenza di tumore maligno nella provincia BAT si stima che 4301 uomini vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore del polmone nei 10 anni precedenti alla data indice, di questi 2868 hanno avuto una diagnosi negli ultimi 5 anni, e quindi impegnano in modo intenso il sistema sanitario regionale (Fig.12).

I NUMERI DEI TUMORI MASCHILI

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



58% al Centro-Nord
54% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



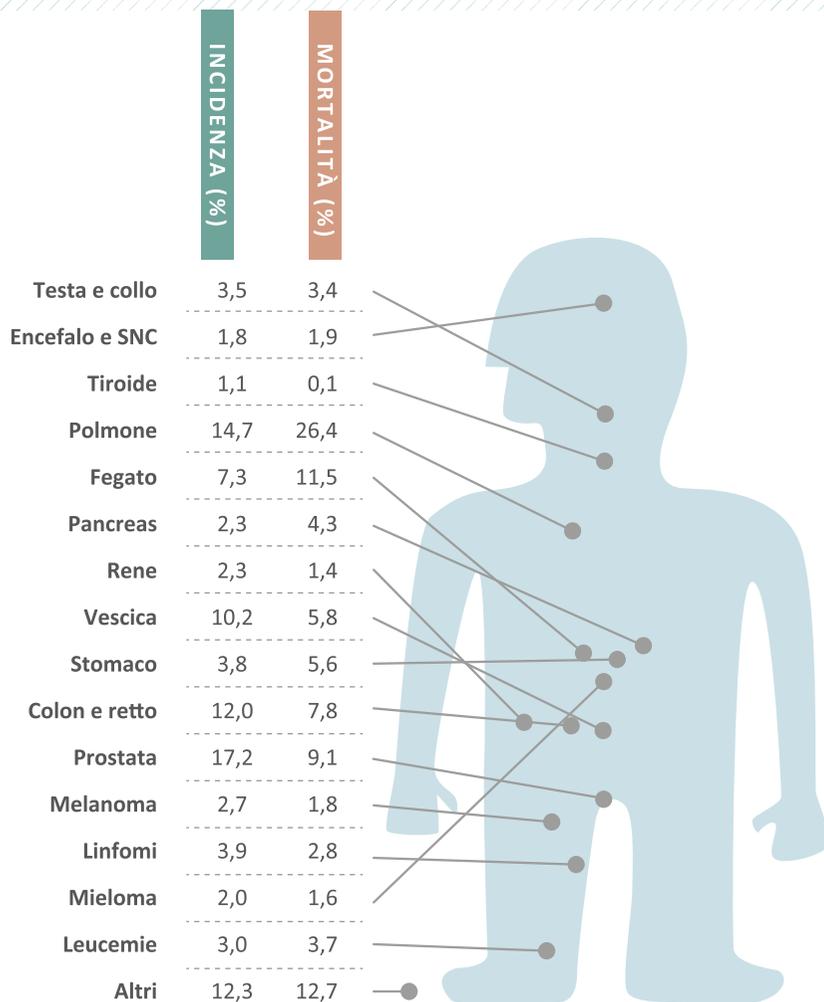


Figura 1. Distribuzione percentuale dei casi e dei morti per sede di tumore

	0 - 49	50 - 69	70+
1°	12,5 Testicolo	21,1 Prostata	20,8 Prostata
2°	10,1 Melanoma	15,8 Polmone	18,6 Polmone
3°	9,3 Colon e retto	13,0 Colon e retto	14,3 Colon e retto
4°	8,1 Vescica	10,0 Vescica	12,9 Vescica
5°	8,0 Leucemie	7,7 Fegato	9,1 Fegato

Figura 2 (incidenza). Primi 5 tumori in termini percentuali di frequenza per età. Anni 2006-2012

	0 - 49	50 - 69	70+
1°	18,7 Polmone	33,5 Polmone	28,8 Polmone
2°	12,7 Leucemie	13,5 Fegato	13,5 Prostata
3°	9,0 Testacollo	7,9 Colon e retto	12,9 Fegato
4°	9,0 Colon e retto	6,6 Stomaco	9,1 Colon e retto
5°	8,2 Stomaco	6,5 Pancreas	8,7 Vescica

Figura 3 (mortalità). Primi 5 tumori in termini percentuali di frequenza per età. Anni 2006-2012

STATI

	M	INCIDENZA
Numero casi	2010	
Percentuale sul totale	55,7	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	519,7	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	417,8	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	28,6	

	M	MORTALITÀ
Numero decessi	938	
Percentuale sul totale	59,6	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	242,5	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	183,9	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	11,6	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

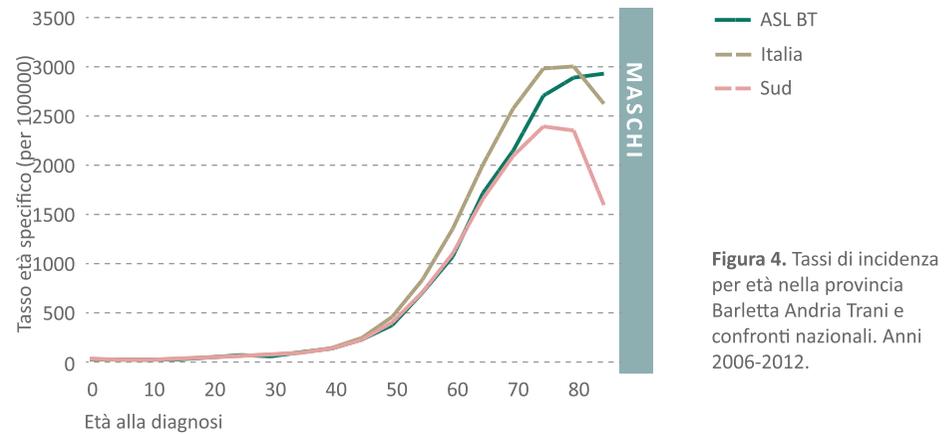


Figura 4. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

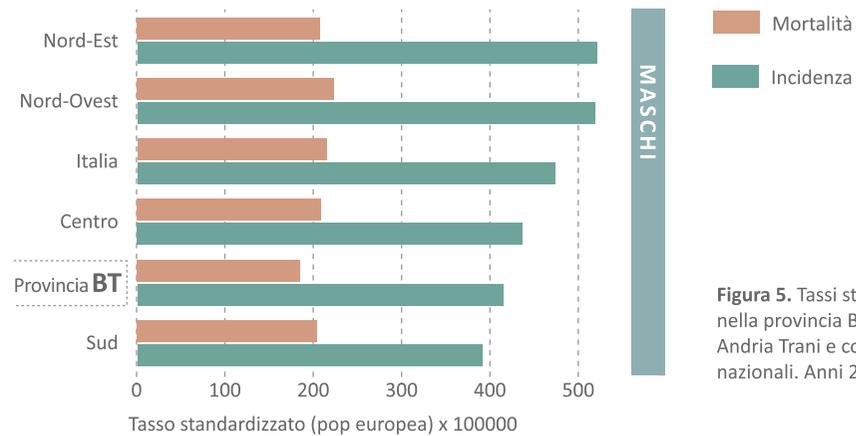


Figura 5. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



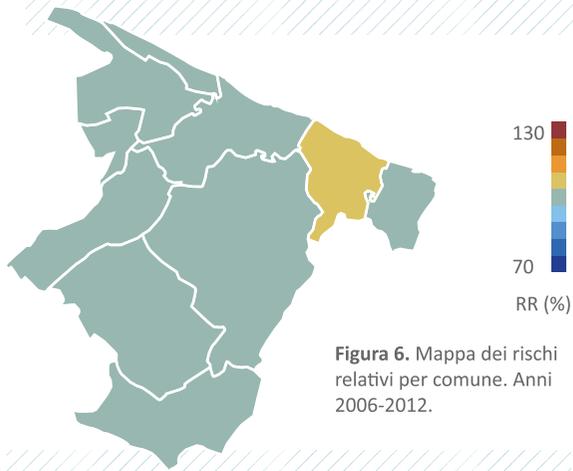


Figura 6. Mappa dei rischi relativi per comune. Anni 2006-2012.

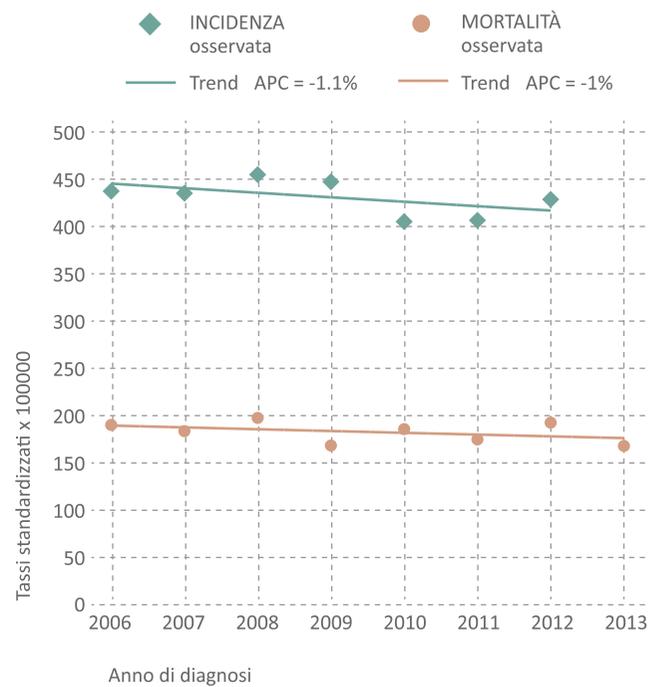


Figura 7. Andamento temporale dei tassi standardizzati. Incidenza: anni 2006-2012. Mortalità: anni 2006-2013.

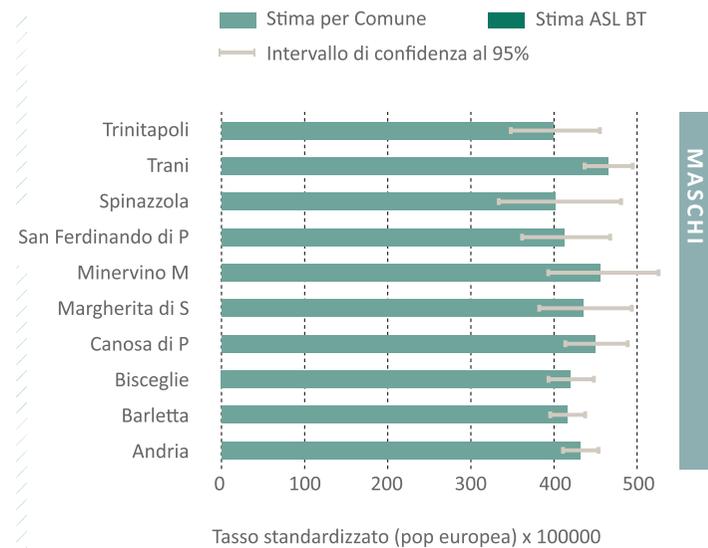


Figura 8. Tassi standardizzati di incidenza per Comune. Anni 2006-2012.

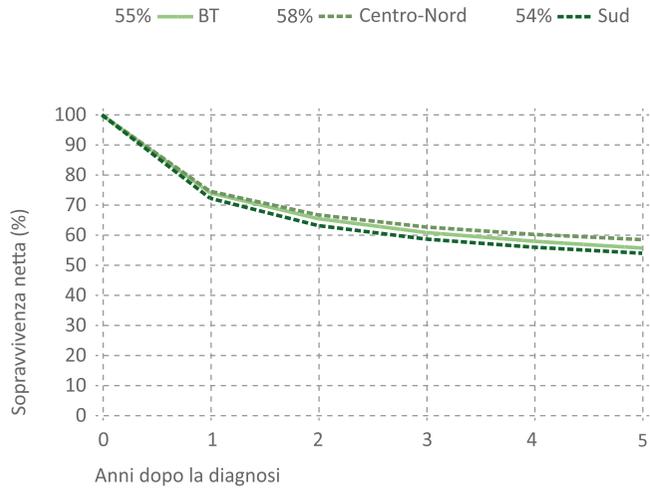


Figura 9. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

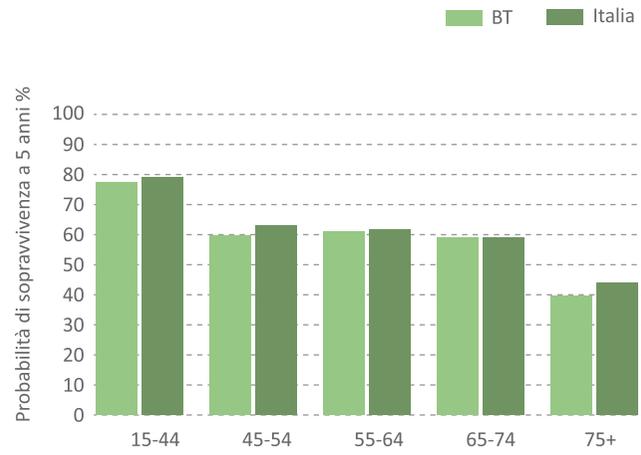


Figura 10. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

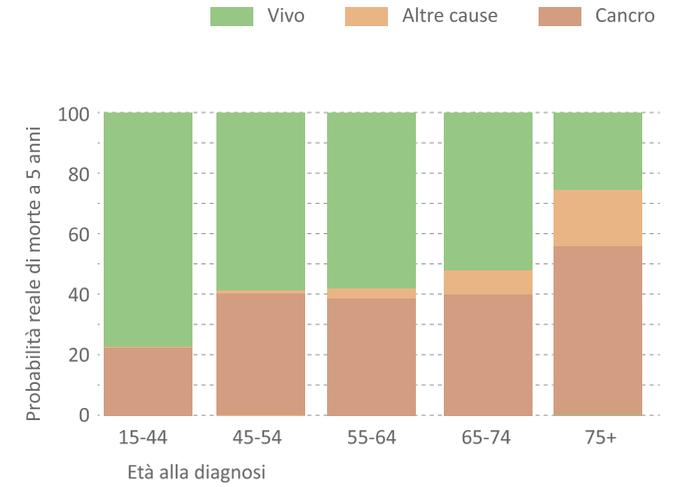


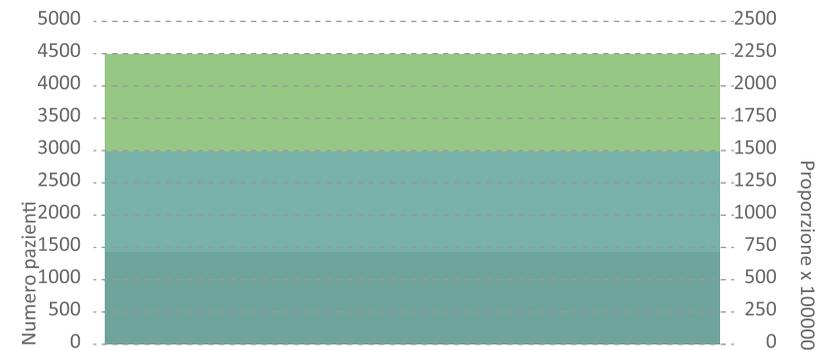
Figura 11. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi

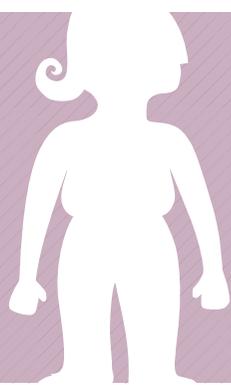
MASCHI

anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	1433	45,8
Da 2 a meno di 5	1482	48,7
Da 0 a meno di 2	1386	53,0

Figura 12. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale maschi e femmine





Tutti i tumori femmine

SCHEDA 02

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).

Nella provincia BAT nel biennio 2011-2012 nel sesso femminile sono stati registrati 1596 casi di tumore maligno con esclusione dei tumori cutanei non melanomatosi e includendo anche le forme non invasive dei tumori vescicali. Il tasso grezzo di incidenza è di 402 per 100.000, quello standardizzato con l'utilizzo della popolazione standard europea è di 313 per 100.000. Nello stesso periodo sono stati registrati 636 decessi per tumore maligno, per un tasso grezzo di mortalità pari a 160 per 100.000 e un tasso standardizzato pari a 105 per 100.000 (Tab.1). Il rischio cumulativo di ammalarsi di un tumore maligno entro i 74 anni è del 22 % cioè tra un quinto e un quarto delle donne sviluppa un tumore maligno entro questa età, in linea con quanto riportato in Italia e in altri paesi europei.

Il tumore più frequente è quello della mammella, seguito da colon-retto, tiroide, corpo dell'utero e fegato. Si sottolinea, come già rilevato nel precedente rapporto, che tra i primi cinque tumori per incidenza compaia quello epatico, ma non quello del polmone, a riprova che esiste sul territorio provinciale uno

specifico eccesso di tumori del fegato anche nel sesso femminile. Nella mortalità il primo tumore è quello della mammella, seguito da quello del colon-retto, del fegato, del polmone e dello stomaco, mentre a livello nazionale si osservano nell'ordine mammella, colon-retto, polmone, pancreas e stomaco (Fig. 1). Le Figg. 2 e 3 riportano l'incidenza e la mortalità per fascia d'età. In particolare si vede come tumori poco frequenti nel totale dei casi, diventano relativamente frequenti nelle età giovanili (tiroide e melanoma si situano infatti al secondo e terzo posto per incidenza nella fascia d'età 0-49, dopo la mammella).

La curva dei tassi specifici per età approssima quella del sud fino a circa 70 anni, per poi seguire l'andamento di quella italiana (Fig.4). Nei confronti con le macroaree italiane si vede che l'incidenza nella provincia BAT è un po' più alta di quella del Sud, ma più bassa rispetto a quella di tutte le altre macroaree; la mortalità è in linea con quella del sud (Fig.5).

A livello geografico intraprovinciale non si rilevano particolari eterogeneità tra i comuni (Figg. 6 e 8).

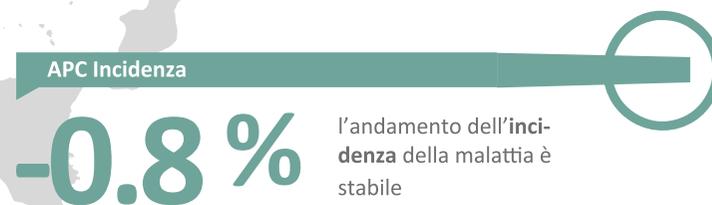
Il trend di incidenza sul periodo 2006-2012 è piatto, quello di mortalità sugli otto anni disponibili (2006-2013) mostra un lieve decremento non statisticamente significativo (Fig. 7).

La sopravvivenza netta a cinque anni per tumore nella provincia BAT nelle donne (62%) è un po' più bassa di quella del centro-nord (64%) e appena più alta di quella del sud (61%) (Figg. 9 e 10). Le donne che si ammalano di tumore hanno una probabilità di morire per il tumore stesso crescente col crescere dell'età alla diagnosi e nelle persone più anziane aumenta anche la probabilità di morire per altre cause (Fig. 11).

Per quanto riguarda la prevalenza di tumore maligno nella provincia BAT si stima che 4489 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore del polmone nei 10 anni precedenti alla data indice, di queste 2795 hanno avuto una diagnosi negli ultimi 5 anni, e quindi impegnano in modo intenso il sistema sanitario regionale (Fig.12).

I NUMERI DEI TUMORI FEMMINILI

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



64% al Centro-Nord
61% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



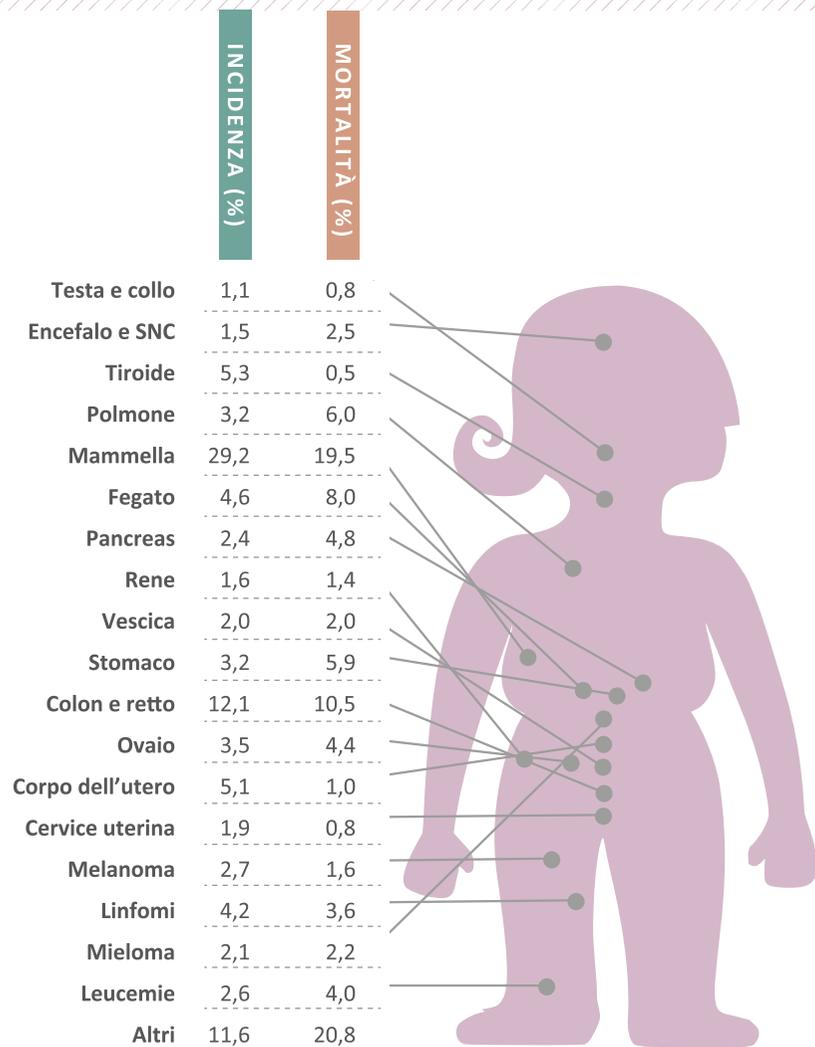


Figura 1. Distribuzione percentuale dei casi e dei morti per sede di tumore

	0 - 49	50 - 69	70+
1°	43,7 Mammella	36,0 Mammella	22,8 Mammella
2°	16,7 Tiroide	13,2 Colonretto	18,9 Colonretto
3°	6,2 Melanoma	9,0 Corpoutero	9,9 Fegato
4°	4,6 Ovaio	5,1 Tiroide	5,3 Stomaco
5°	4,0 Linfomi non Hodgkin	4,2 Ovaio	4,7 Pancreas

Figura 2 (incidenza). Primi 5 tumori in termini percentuali di frequenza per età. Anni 2006-2012

	0 - 49	50 - 69	70+
1°	36,6 Mammella	30,5 Mammella	18,8 Mammella
2°	7,9 Stomaco	11,2 Colonretto	14,6 Colonretto
3°	7,9 Melanoma	7,8 Ovaio	12,6 Fegato
4°	7,3 Leucemie	7,4 Polmone	7,5 Polmone
5°	7,3 Ovaio	6,7 Stomaco	7,3 Stomaco

Figura 3 (mortalità). Primi 5 tumori in termini percentuali di frequenza per età. Anni 2006-2012

	F	INCIDENZA
Numero casi	1596	
Percentuale sul totale	44,3	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	402,3	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	312,7	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	22,4	

	F	MORTALITÀ
Numero decessi	636	
Percentuale sul totale	40,4	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	160,3	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	105,3	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	7,4	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
(¹)per centomila abitanti

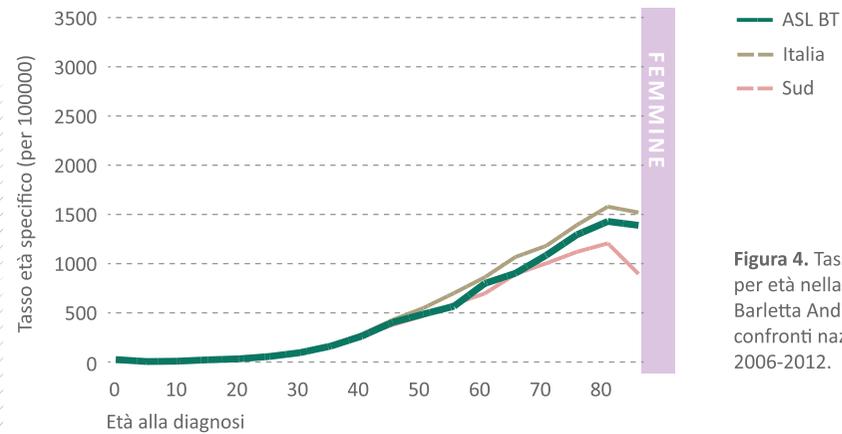


Figura 4. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

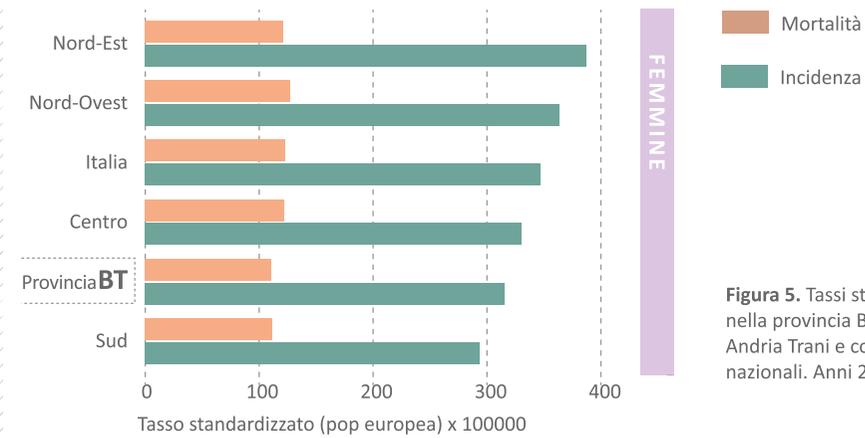


Figura 5. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



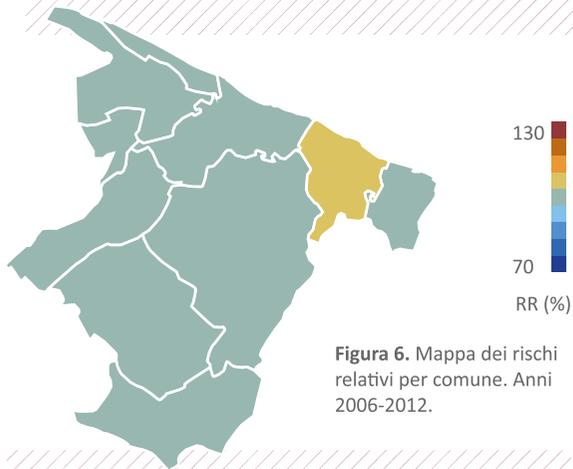


Figura 6. Mappa dei rischi relativi per comune. Anni 2006-2012.

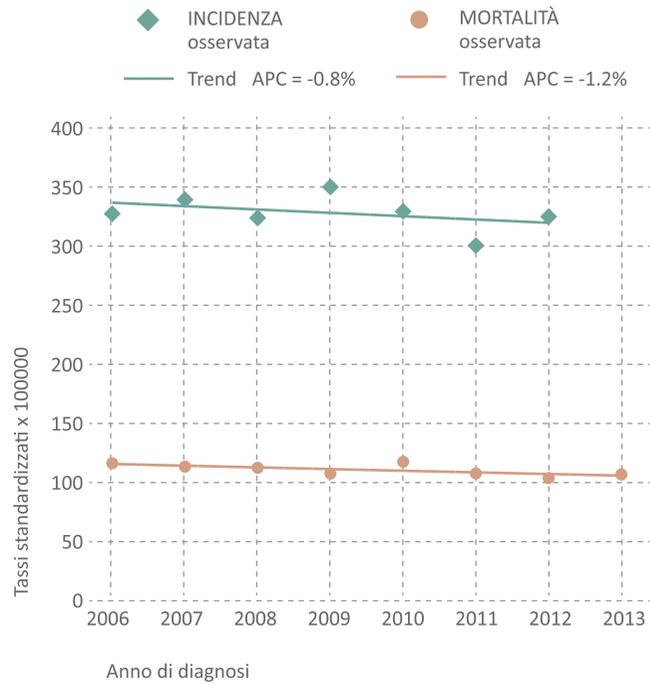


Figura 7. Andamento temporale dei tassi standardizzati. Incidenza: anni 2006-2012. Mortalità: anni 2006-2013.

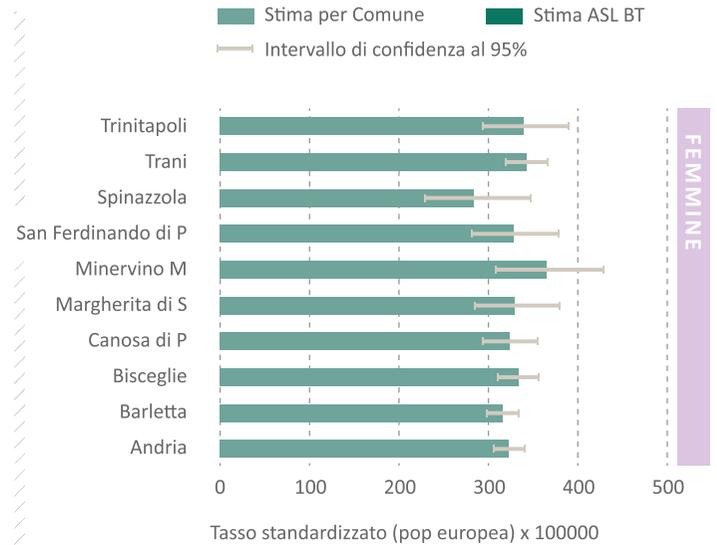


Figura 8. Tassi standardizzati di incidenza per Comune. Anni 2006-2012.

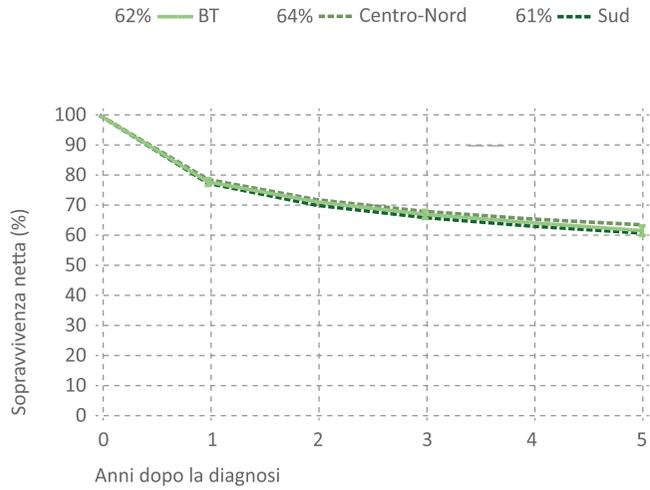


Figura 9. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

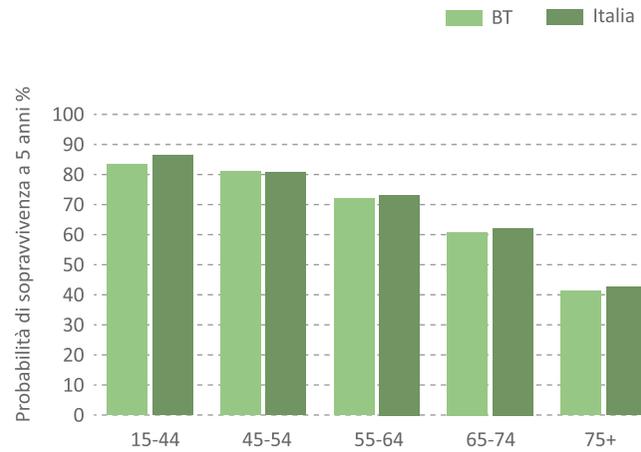


Figura 10. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

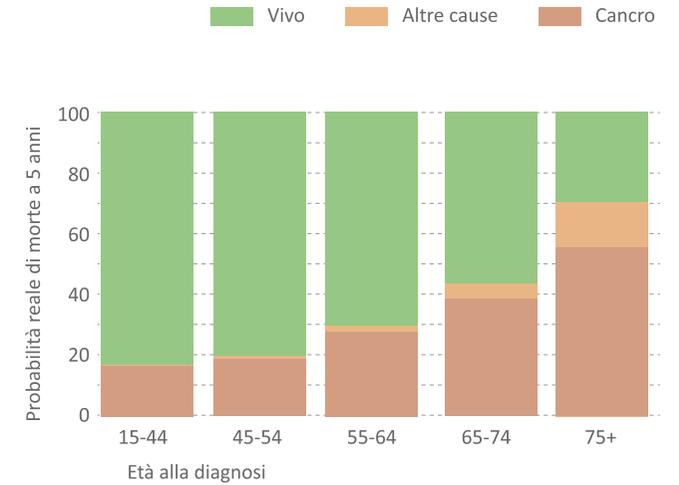


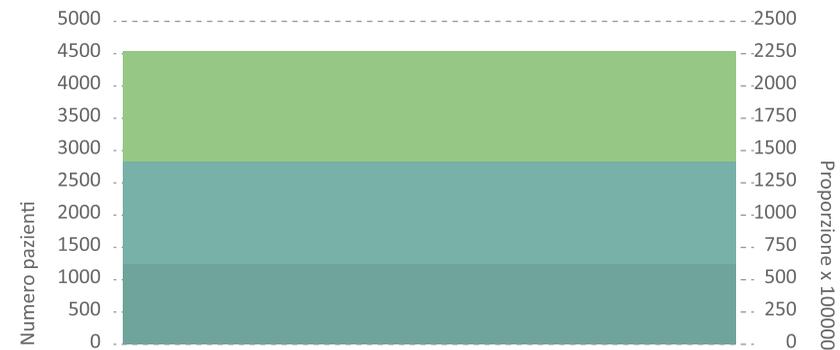
Figura 11. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi

FEMMINE

anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	1694	54,2
Da 2 a meno di 5	1564	51,3
Da 0 a meno di 2	1231	47,0

Figura 12. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale maschi e femmine





Tumori infantili

SCHEDA 03

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.

Nel periodo 2006-2012 nella provincia BAT sono stati diagnosticati 104 casi di tumore nella fascia d'età 0-14 anni (51 nel sesso maschile e 53 in quello femminile). Questo dato comprende anche i tumori non maligni del sistema nervoso centrale, che sono poi esclusi nel caso di confronto con altre aree. Il tasso grezzo complessivo di tumori infantili è di 226 per milione (215 per milione nel sesso maschile e 237 per milione in quello femminile), il tasso standardizzato con la popolazione standard europea è pari a 233 per milione (218 per milione nel sesso maschile e 249 per milione in quello femminile) (Tab.1).

I tumori infantili sono classificati secondo la classificazione internazionale per i tumori infantili (ICCC). Come atteso nella provincia BAT il gruppo con maggior frequenza è il I (leucemie) col 40%, seguito dal II (sistema nervoso centrale) col 25% e dall'XI (epiteliali) e IX (sarcomi) entrambi al 9% (Tab.2). Distribuendo i tumori per fascia di età quinquennale si

osserva che le leucemie sono la tipologia più frequente di tumore infantile nella fascia 0-4 anni e in quella 10-14, mentre i tumori del SNC sono la tipologia più frequente nella fascia 5-9; i neuroblastomi si presentano prevalentemente nella fascia di età 0-4 anni in cui rappresentano il secondo gruppo di tumori per frequenza (Tab.3).

Nei confronti con la Puglia e con l'Italia per i principali gruppi morfologici, si osserva che nella provincia BAT le leucemie hanno un'incidenza più alta, mentre i linfomi sono decisamente meno frequenti rispetto all'atteso regionale e nazionale: questo potrebbe far pensare a diverse presentazioni della medesima nosologia.



I tumori del sistema nervoso centrale si presentano con un tasso standardizzato molto simile a quello della Puglia e dell'Italia; per i tumori epiteliali, i neuroblastomi e i sarcomi si registra un'incidenza un po' più alta nella provincia BAT rispetto alle aree di confronto (Fig.1). Nei confronti con altre aree si osserva che nella provincia BAT i tassi sono più alti sia nel totale che per fascia d'età (Figg. 2 e 3).

È importante ricordare che si tratta di patologie rare (la scala infatti è sul milione) e dunque le stime sono intrinsecamente affette da ampia imprecisione statistica e di ciò va tenuto conto quando si osservano i confronti. Anche la diversità negli anni utilizzati per le macroaree italiane, che si ricorda sono 2006-2008, può influire sulle comparazioni. La curva di sopravvivenza dei casi della provincia BAT è prossima a quella italiana e la sopravvivenza a 5 anni si attesta sull'80% (Fig. 4).

I NUMERI DEI TUMORI INFANTILI

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



Incidenza

15 bambini
scoprono di avere la malattia

Sopravvivenza netta

80,3 %

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

81,6% in Italia (AIRTUM)

225 Tasso grezzo per milione

233 Tasso standardizzato (popolazione europea) per milione

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



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	104	51	53	
Percentuale sul totale	0,9	0,8	1,1	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	225,5	214,9	236,7	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	232,9	218,3	248,7	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	3,4	3,3	3,6	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2012. (Sono inclusi anche i tumori non maligni del SNC)

GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
I Leucemie	36	39,6
III SNC	23	25,3
XI Epiteliali	8	8,8
IX Sarcomi	8	8,8
IV Neuroblastomi	7	7,7
II Linfomi	7	7,7
VI Renali	5	5,5
X Germinali	3	3,3
VIII Osso	3	3,3
V Retinoblastomi	3	3,3
VII Epatici	1	1,1

Tabella 2. Distribuzione per gruppo morfologico delle neoplasie infantili nella provincia BT. Anni 2006-2012. (Sono inclusi anche i tumori non maligni del SNC)

	0 - 4	5 - 9	10 - 14	TOTALE	INCIDENZA
1°	40,0 I Leucemie	38,7 III SNC	25,0 I Leucemie	34,6 I Leucemie	
2°	15,6 IV Neuroblastomi	35,5 I Leucemie	25,0 XI Epiteliali	22,1 III SNC	
3°	13,3 III SNC	9,7 II Linfomi	17,9 III SNC	7,7 IX Sarcomi	

Tabella 3. Incidenza. Primi tre tumori in termini di frequenza per età nella provincia BT. Anni 2006-2012. (Sono inclusi anche i tumori non maligni del SNC)

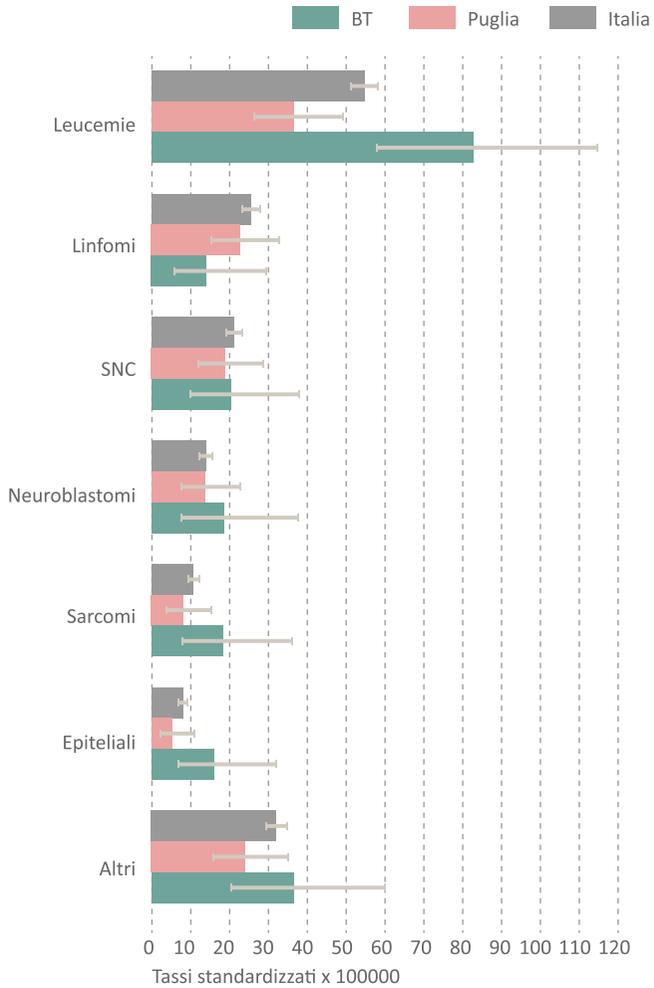


Figura 1. Confronto dei tassi di incidenza standardizzati per i principali gruppi morfologici (1). Anni 2006-2012.

(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.

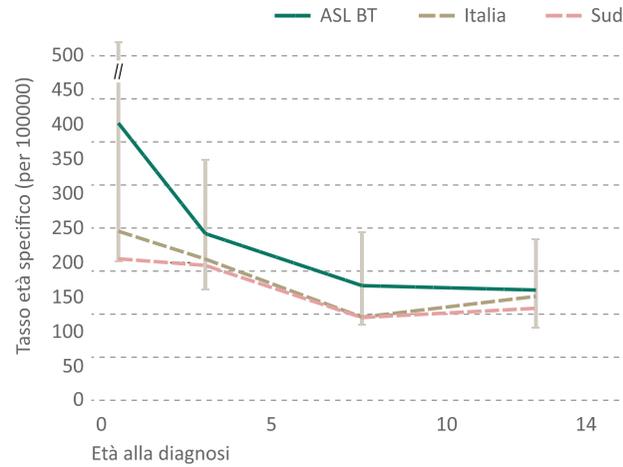


Figura 2. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

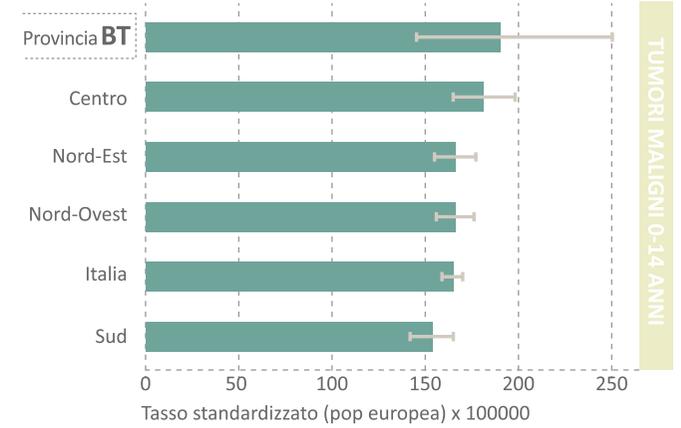


Figura 3. Tassi standardizzati di incidenza dei tumori infantili maligni (0-14 anni) nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Dati BT: anni 2006-2012. Confronti nazionali: dati 2003-2008.

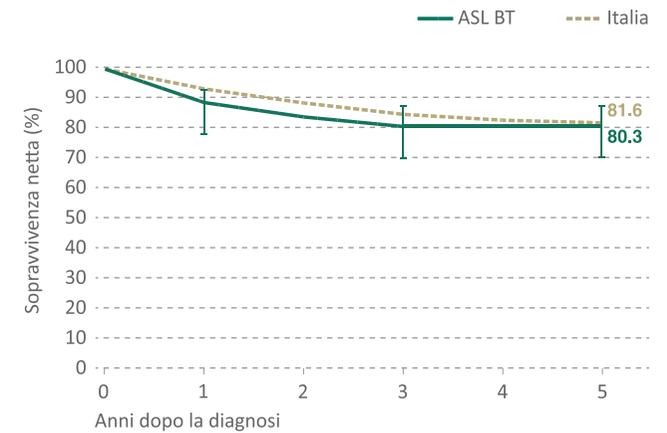


Figura 4. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.





Testa e collo

SCHEDA 04

Sedi ICD-O-3:
C01-06,
C09-14,
C30-32

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

I tumori della testa e del collo sono tumori eterogenei di tipo epiteliale che riconoscono nel fumo di sigaretta e nell'associazione fumo-alcol i principali fattori di rischio, seguiti dall'infezione cronica da parte di sottotipi oncogeni dello Human Papilloma Virus (HPV).

Nella provincia BAT tra il 2011 e il 2012 sono insorti 82 casi di tumore della testa e del collo (56 negli uomini e 26 nelle donne), con una riduzione negli uomini rispetto al biennio 2009-2010 (erano 84 casi) e un aumento nelle donne (erano 14 casi).

Il tasso grezzo di incidenza è 14,5 per 100.000 negli uomini e 6,6 per 100.000 nelle donne e quello standardizzato rispettivamente 12,3 e 4,7 per 100.000. La mortalità è più bassa, con 31 decessi (25 uomini e 6 donne), corrispondenti a un tasso grezzo di 6,5 per

100.000 negli uomini e 1,5 per 100.000 nelle donne e un tasso standardizzato di 5 e 0,8 (Tab.1). Come per altri tumori associati al fumo di sigaretta, l'incidenza e la mortalità sono più basse di quella riscontrate nelle altre aree geografiche italiane (Fig.2). Il tipo istologico più frequente è il carcinoma squamocellulare (88%), la sede più frequente è il laringe (46%) (Tab.2). La mappa dei rischi relativi mostra che il valore più basso si osserva nel comune di Canosa (Fig. 3); guardando i tassi di incidenza per comune e sesso si osserva un valore più alto nel comune dei Minervino Murge e questo è particolarmente evidente nel sesso femminile (Fig. 5). Si osserva un trend temporale di incidenza stabile e un trend di mortalità in discesa non statisticamente significativo (Fig. 4).

È un tumore a prognosi medio-bassa e la sopravvivenza a 5 anni (56%) è in linea con quella riscontrata nel resto d'Italia (Figg. 6 e 7).

Le persone giovani affette da tumore di questo distretto hanno una probabilità piuttosto elevata di morire per il tumore stesso, mentre nelle persone più anziane aumenta anche la probabilità di morire per cause diverse (Fig. 8).

Essendo un tumore relativamente poco frequente e con sopravvivenza non elevata, la prevalenza è piuttosto bassa, soprattutto tra le donne: si stima che 162 uomini e 56 donne vivano con una diagnosi di tumore della testa-collo nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig. 9).

I NUMERI DI TESTA E COLLO

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



BT

Incidenza

28

uomini

scoprono di avere la malattia

- ↓ il 30,3% in meno rispetto all'Italia*
- ↓ il 21% in meno rispetto al Sud*

Incidenza

13

donne

scoprono di avere la malattia

- ↓ il 41% in meno rispetto all'Italia*
- ↓ il 25% in meno rispetto al Sud*

APC Incidenza

-0.6 %

l'andamento dell'incidenza della malattia è stabile

Mortalità

13

uomini

non ce la fanno

- ↓ il 20% in meno rispetto all'Italia*
- ↓ il 15% in meno rispetto al Sud*

Mortalità

3

donne

non ce la fanno

- ↓ il 41% in meno rispetto all'Italia*
- ↓ il 25% in meno rispetto al Sud*

APC Mortalità

-5.4 %

l'andamento della mortalità dalla malattia è in riduzione

Prevalenza

111

Prevalenza

36

Sopravvivenza netta

56 %

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

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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

57% al Centro-Nord
57% al Sud



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	82	56	26	
Percentuale sul totale	2,3	2,8	1,6	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	10,5	14,5	6,6	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	8,3	12,3	4,7	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,7	0,9	0,4	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	31	25	6	
Percentuale sul totale	2,0	2,7	0,9	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	4,0	6,5	1,5	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	2,8	5,0	0,8	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,2	0,3	0,0	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

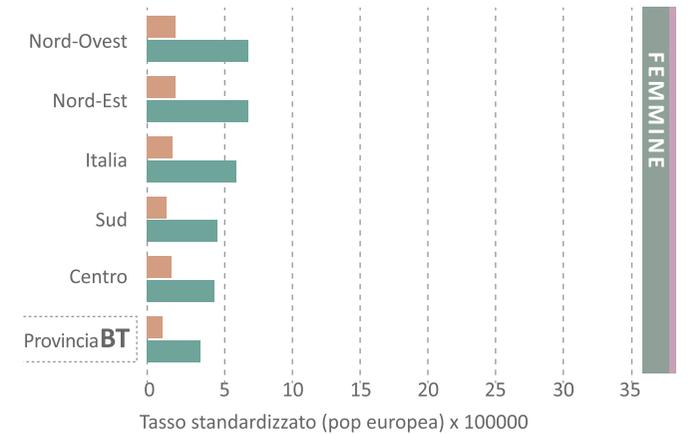
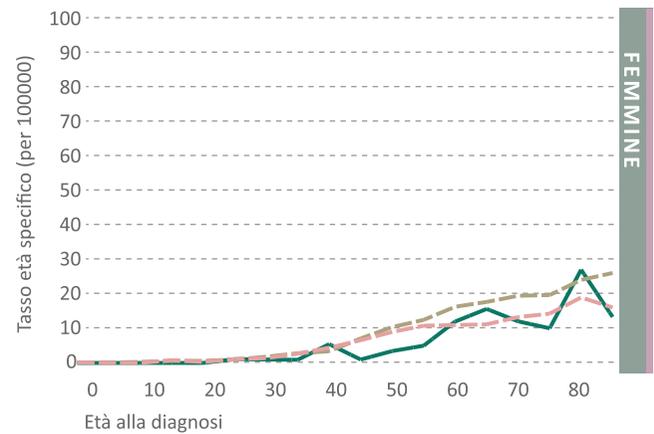
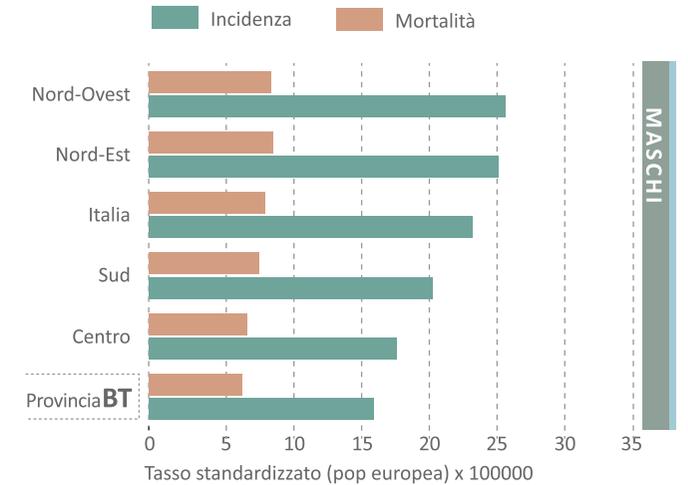
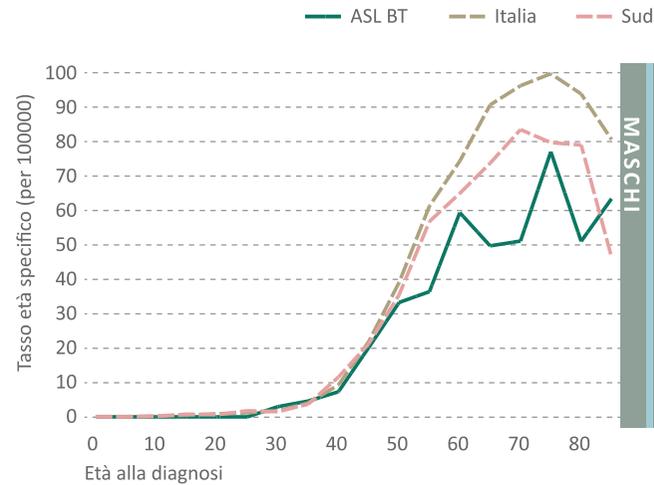
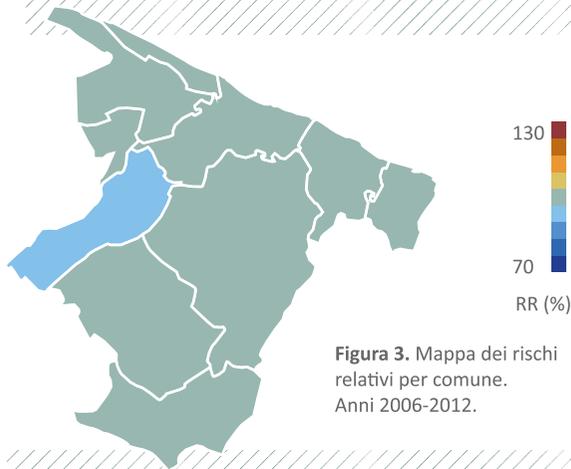


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Ca squamocellulare	259	87,8
Adenocarcinoma	3	1,0
Carcinoma NAS	5	1,7
Altri	27	9,2
Non Specificato	1	0,3

SOTTOSEDE	N	%
Bocca	50	16,3
Lingua	46	15,0
Cavità Nasale	16	5,2
Faringe	54	17,6
Laringe	140	45,8

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.

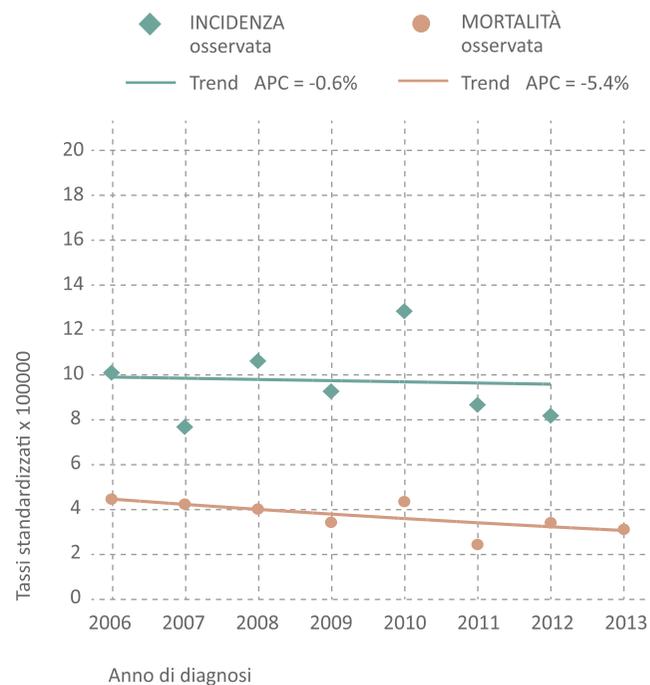


Figura 4. Andamento temporale dei tassi standardizzati. Incidenza: anni 2006-2012. Mortalità: anni 2006-2013.

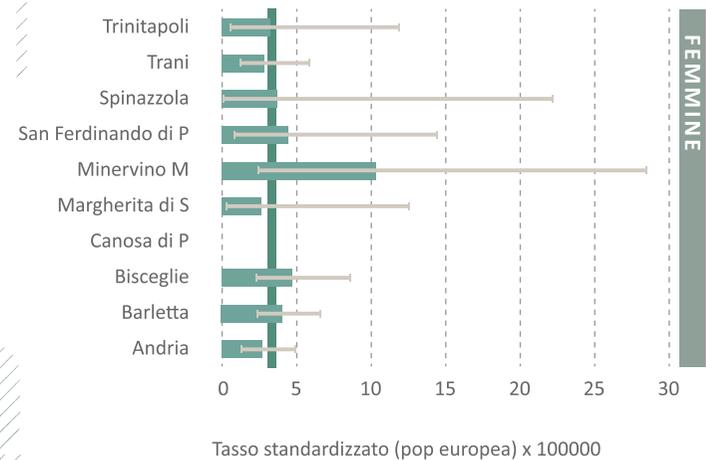
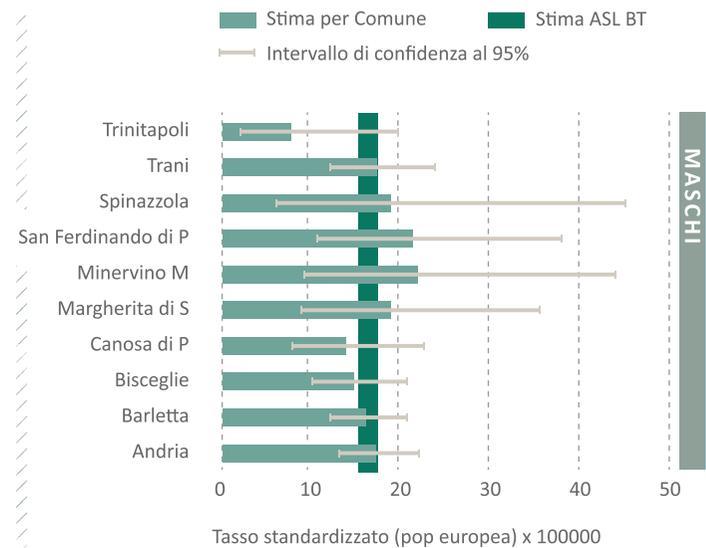


Figura 5. Tassi standardizzati di incidenza per Comune. Anni 2006-2012.



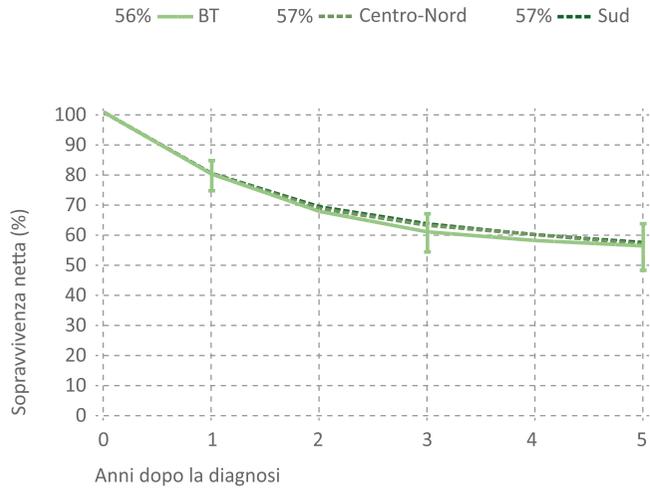


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

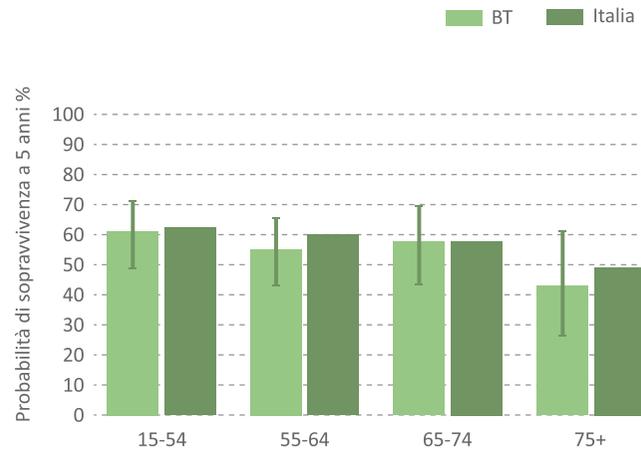


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

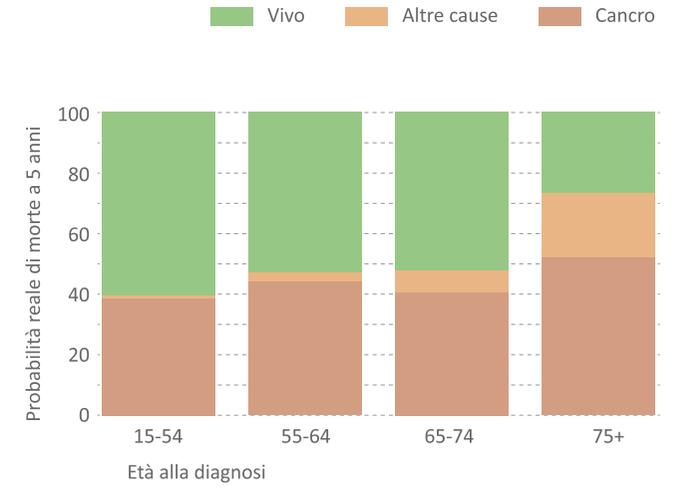


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

MASCHI			FEMMINE		
anni	N	%*	anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	51	3,6	Da 5 a meno di 10	20	1,2
Da 2 a meno di 5	68	4,6	Da 2 a meno di 5	15	1
Da 0 a meno di 2	43	3,1	Da 0 a meno di 2	21	1,7

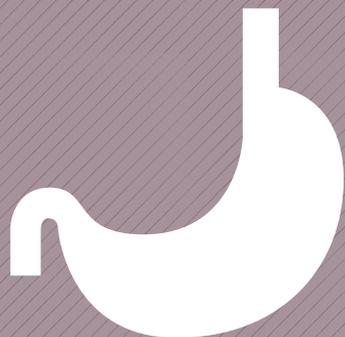
Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti



appunti e annotazioni 





Stomaco

SCHEDA 05

Sedi ICD-O-3:

C01-06,
C09-14,
C30-32

Morfologie ICD-O-3:

escluse
M9050-9055,
M9140,
M9590-9989

Nel biennio 2011-2012 nella provincia BAT sono stati diagnosticati 118 casi di tumore dello stomaco (72 negli uomini e 46 nelle donne), 22 due in meno rispetto al biennio precedente, con un tasso grezzo di incidenza di 18,6 per 100.000 negli uomini e 11,6 per 100.000 nelle donne e un tasso standardizzato rispettivamente di 14,6 per 100.000 e 7,3 per 100.000.

Si sono verificati 91 decessi (57 negli uomini e 34 nelle donne), corrispondenti a un tasso grezzo di 14,7 per 100.000 negli uomini e 8,6 per 100.000 nelle donne e uno standardizzato di 11,6 e 5,3 rispettivamente (Tab.1).

I tassi standardizzati di incidenza in entrambi i sessi sono un po' più alti di quelli del Sud, ma più bassi di quelli di tutte le altre aree geografiche; la mortalità

negli uomini è più bassa che nelle altre aree, nelle donne è in linea (Fig.2).

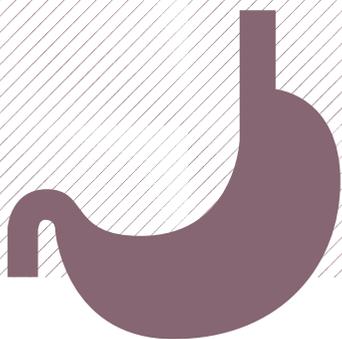
Nei confronti geografici intraprovinciali si osserva un rischio relativo complessivo più alto nel comune di Andria (Fig.3), con incidenza più alta ad Andria negli uomini e a Minervino Murge nelle donne (Fig.5). Gli andamenti temporali di incidenza e di mortalità sono in diminuzione non statisticamente significativa (Fig. 4).

È un tumore a prognosi piuttosto severa e la sopravvivenza a 5 anni riscontrata nella provincia BAT, pari al 30%, è in linea con quella riscontrata delle altre macroaree e compresa fra il 27% del sud e il 33% del centro-nord (Fig.6), con una sopravvivenza un po' più bassa nei tumori riscontrati in età avanzata (Fig. 7).

Nei soggetti con diagnosi di tumore dello stomaco la probabilità di morire per il tumore stesso rimane preponderante rispetto alla morte per altre cause in tutte le fasce di età (Fig.8).

Per quanto riguarda la prevalenza si stima che 96 uomini e 68 donne vivano con una diagnosi di tumore dello stomaco nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig. 9).

I NUMERI DELLO STOMACO



Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



BT

Incidenza

36 uomini scoprono di avere la malattia

- ⬇ il 23% in meno rispetto all'Italia*
- ⬆ il 10% in più rispetto al Sud*.

Incidenza

23 donne scoprono di avere la malattia

- ⬇ il 14% in meno rispetto all'Italia*
- ⬆ il 25% in più rispetto al Sud*.

APC Incidenza

-3.2 %

l'andamento dell'**incidenza** della malattia è in riduzione



Mortalità

29 uomini non ce la fanno

- ⬇ il 22% in meno rispetto all'Italia*
- ⬇ il 9% in meno rispetto al Sud*.

Mortalità

17 donne non ce la fanno

- ⬇ il 2% in meno rispetto all'Italia*
- ⬆ il 7% in più rispetto al Sud*.

APC Mortalità

-4.5 %

l'andamento della **mortalità** dalla malattia è in riduzione



Prevalenza

9 uomini convivono con la malattia*

Prevalenza

45 donne convivono con la malattia*

Sopravvivenza netta

30 %

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

33% al Centro-Nord
27% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	118	72	46	
Percentuale sul totale	3,3	3,6	2,9	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	15,1	18,6	11,6	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	10,6	14,6	7,3	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,9	1,2	0,6	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	91	57	34	
Percentuale sul totale	5,8	6,1	5,3	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	11,6	14,7	8,6	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	8,2	11,6	5,3	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,7	1,0	0,4	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
(¹)per centomila abitanti

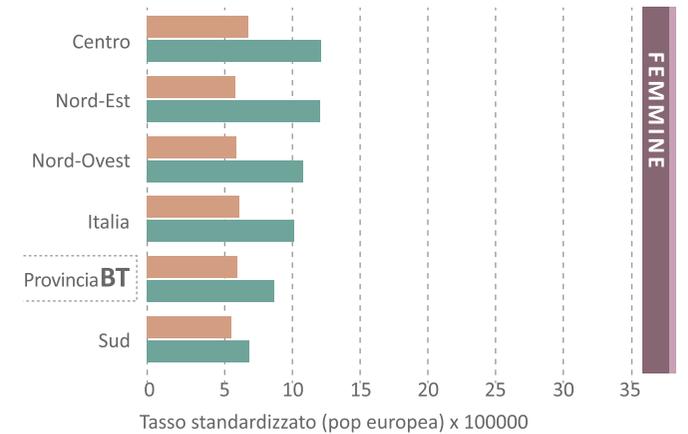
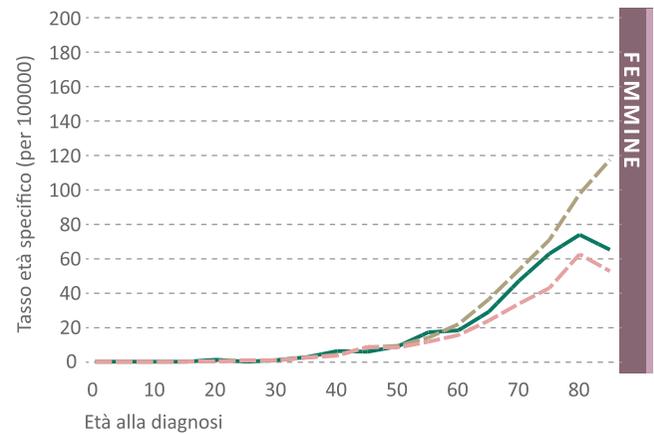
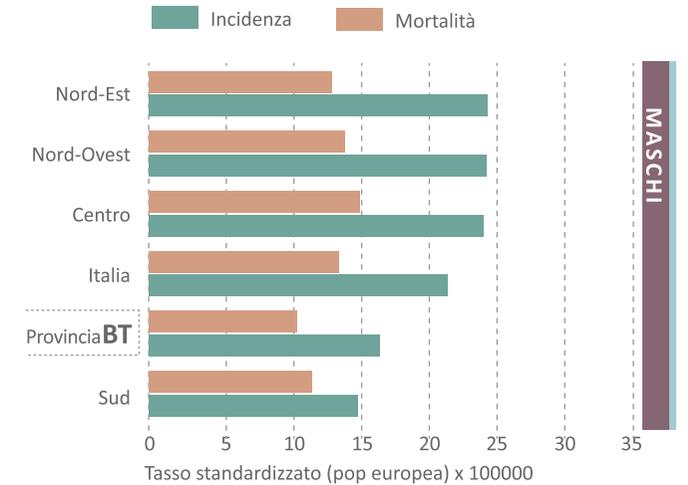
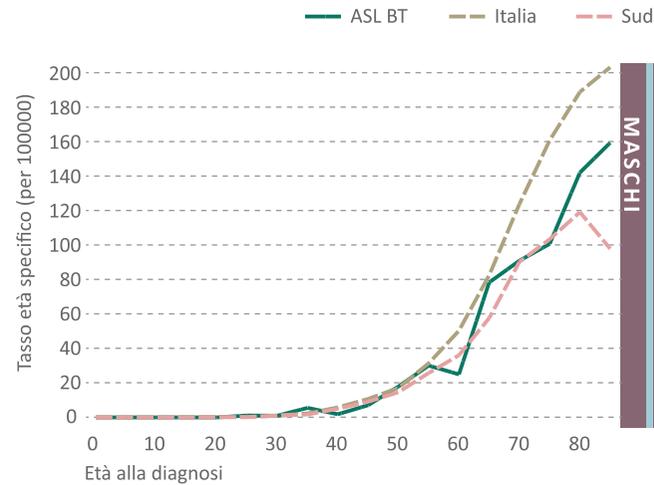
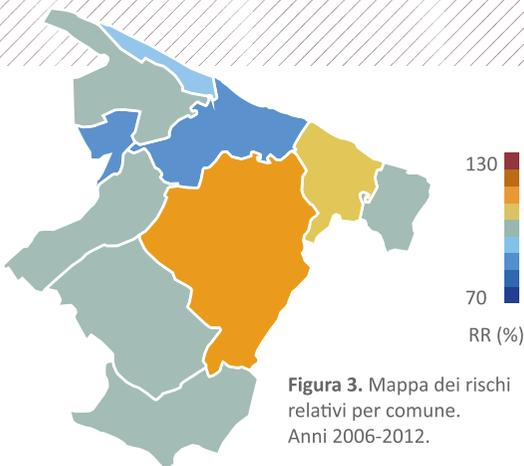


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Ca. ad anello con castone	60	14,7
Adenocarcinoma, tipo intestinale	88	21,6
Adenocarcinoma NAS	148	36,3
Altri adenoca. specificati	77	18,9
Carcinoma NAS	8	2,0
Altre morfologie	26	6,4
Non Specificato	1	0,2

SOTTOSEDE	N	%
Cardias	48	10,3
Corpo	45	10,1
Fondo	19	4,3
Grande curva	10	2,2
Piccola curva	32	7,2
Antra gastrico	113	25,3
Piloro	11	2,5
Lesione sconfinante dello stomaco	36	8,1
Stomaco NAS	133	19,8

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.

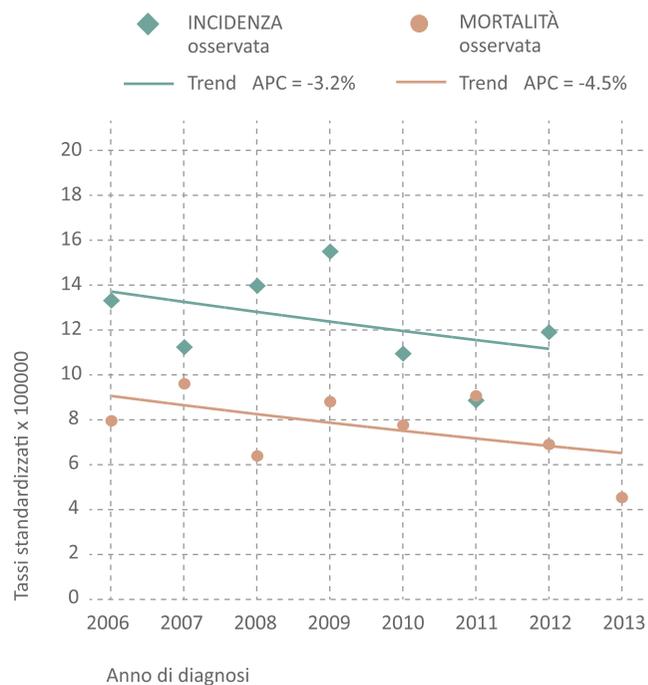


Figura 4. Andamento temporale dei tassi standardizzati. Incidenza: anni 2006-2012. Mortalità: anni 2006-2013.

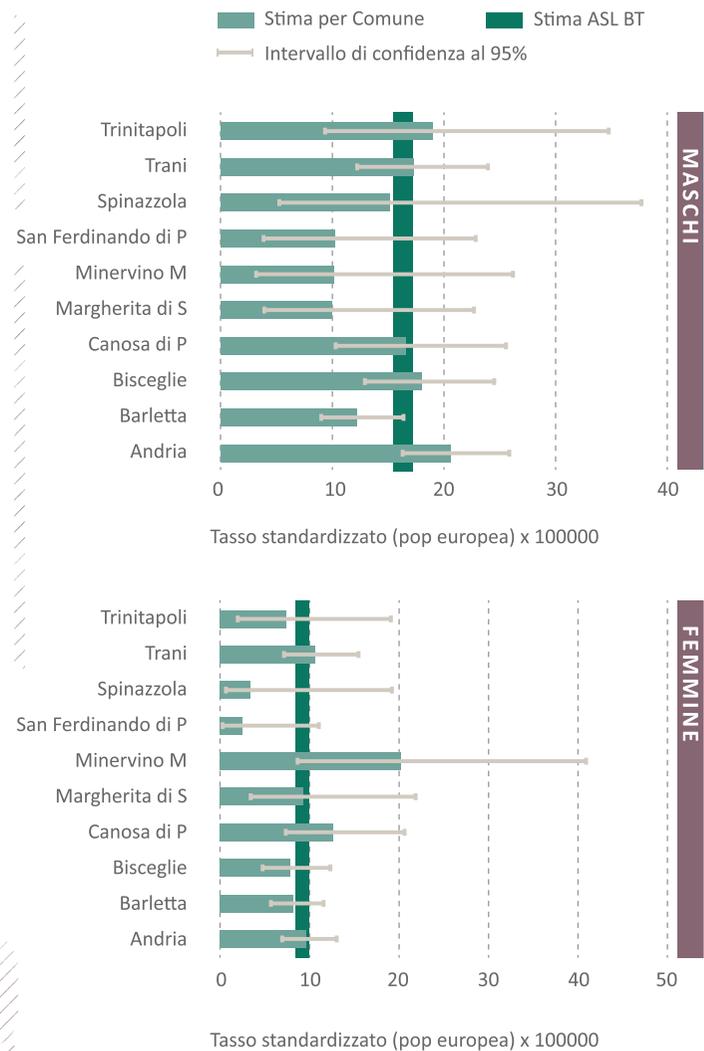


Figura 5. Tassi standardizzati di incidenza per Comune. Anni 2006-2012.



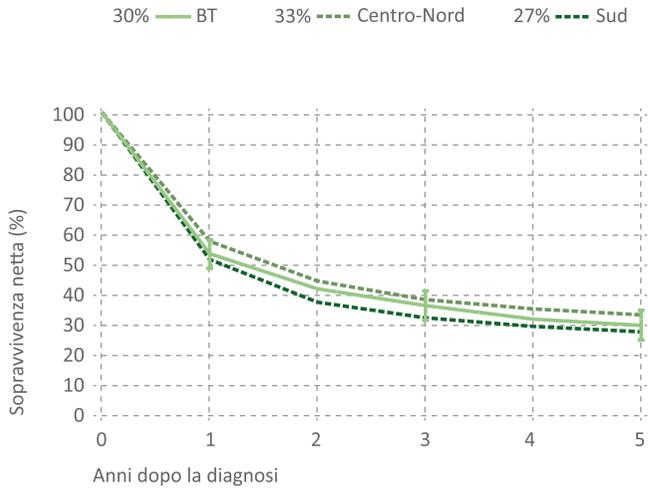


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

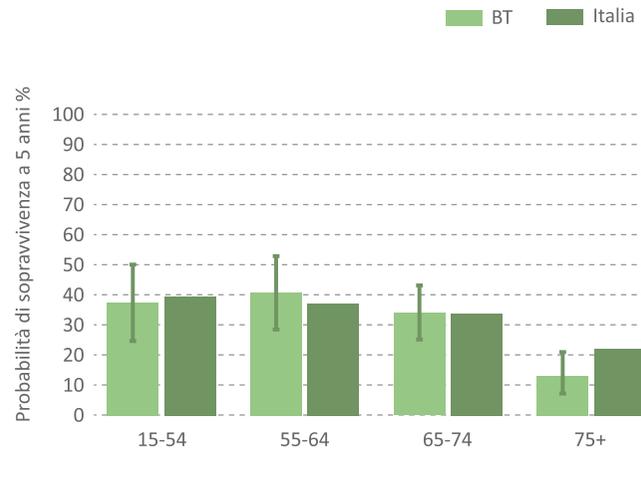


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

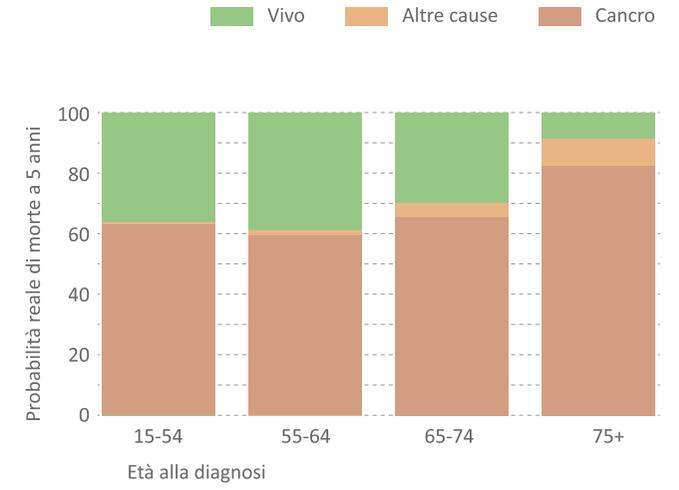


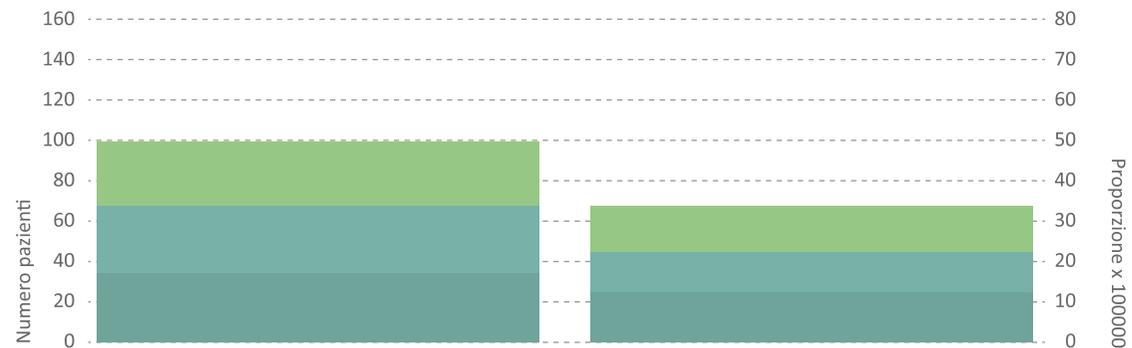
Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

MASCHI		
anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	31	2,2
Da 2 a meno di 5	32	2,2
Da 0 a meno di 2	33	2,4

FEMMINE		
anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	23	1,4
Da 2 a meno di 5	20	1,3
Da 0 a meno di 2	25	2

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti



STOMACO

appunti e annotazioni 





Colon, retto e ano

SCHEDA 06

Sedi ICD-O-3:
C18-C21

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

Nella provincia BAT nel biennio 2011-2012 sono stati diagnosticati 455 casi di tumore del colon-retto e ano (275 negli uomini e 180 nelle donne).

Il tasso grezzo di incidenza è pari a 71,1 per 100.000 negli uomini e 45,4 per 100.000 nelle donne e quello standardizzato rispettivamente 55,9 e 32 per 100.000. La mortalità è più bassa, con 147 decessi (79 uomini e 68 donne) nel biennio, per un tasso grezzo di 20,4 per 100.000 negli uomini e 17,1 per 100.000 nelle donne e uno standardizzato di 15,8 e 11 (Tab.1).

L'incidenza è in linea con quella del sud e più bassa di quella riscontrata nelle altre aree geografiche italiane, la mortalità è più bassa, soprattutto negli uomini (Fig.2).

Le forme adenocarcinomatose sono quelle più frequenti e più del 24% dei tumori origina dal sigma (Tab.2).

La mappa dei rischi relativi mostra un valore più alto nel comune di Spinazzola e più basso ad Andria e Barletta (Fig. 3); il dato di incidenza scorporato per sesso mostra un tasso più alto a Minervino Murge negli uomini e a Spinazzola nelle donne (Fig. 5). Incidenza e mortalità mostrano un trend temporale in lieve aumento non statisticamente significativo (Fig. 4).

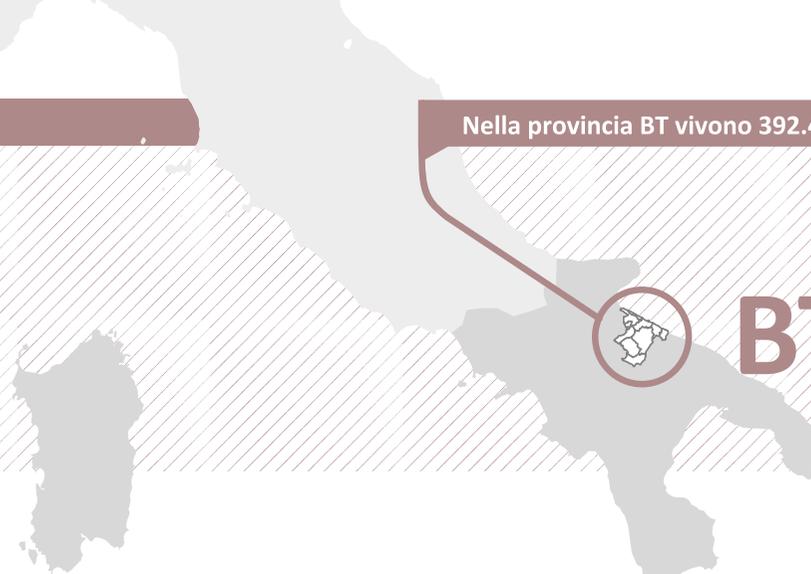
La sopravvivenza a 5 anni (62%) è un po' più alta di quella riscontrata al sud (60%), ma più bassa di quella del centro-nord (66%) (Fig. 6) e sembra che la sopravvivenza peggiore in rapporto ai confronti si ha nei tumori giovanili (Fig. 7).

Nei soggetti con diagnosi di tumore del colon-retto la probabilità di morire per il tumore stesso è preponderante rispetto alla morte per altre cause in tutte le fasce di età, ma negli anziani assume un peso apprezzabile anche quella per altre cause (Fig. 8). Un aumento della sopravvivenza e una riduzione della mortalità, e, a regime, anche una riduzione dell'incidenza delle forme invasive, potrebbero essere ottenuti attraverso una maggiore copertura e adesione ai programmi di screening.

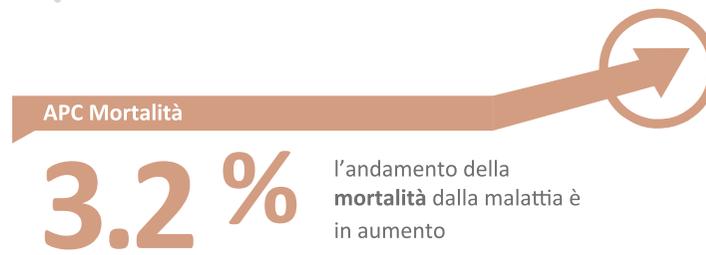
Essendo un tumore frequente con sopravvivenza media, la prevalenza è elevata e molte persone convivono con la malattia: si stima che 583 uomini e 500 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore del colon-retto e ano nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig.9).

I NUMERI DI COLON RETTO E ANO

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



BT



66% al Centro-Nord
60% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	455	275	180	
Percentuale sul totale	12,6	13,7	11,3	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	58,1	71,1	45,4	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	43,1	55,9	32,0	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	3,5	4,2	2,7	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	147	79	68	
Percentuale sul totale	9,3	8,4	10,7	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	18,8	20,4	17,1	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	13,2	15,8	11,0	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,0	1,1	0,9	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

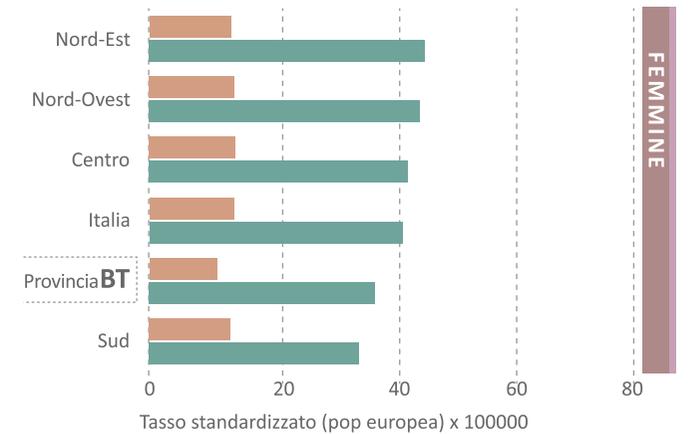
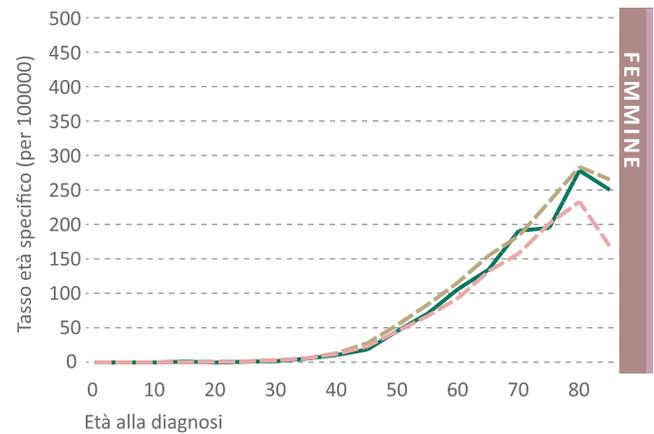
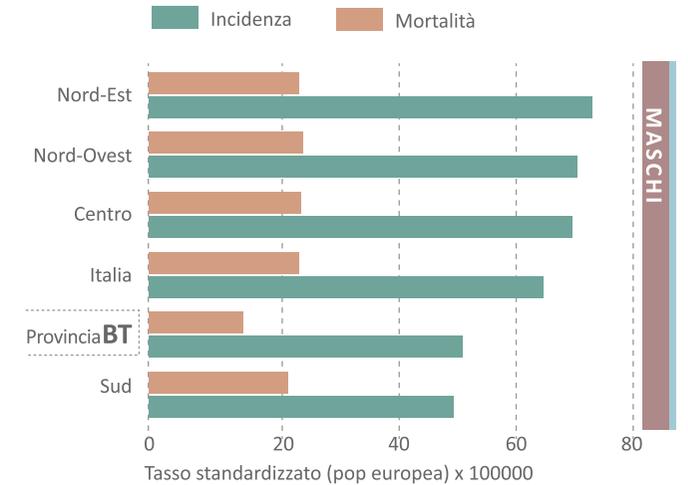
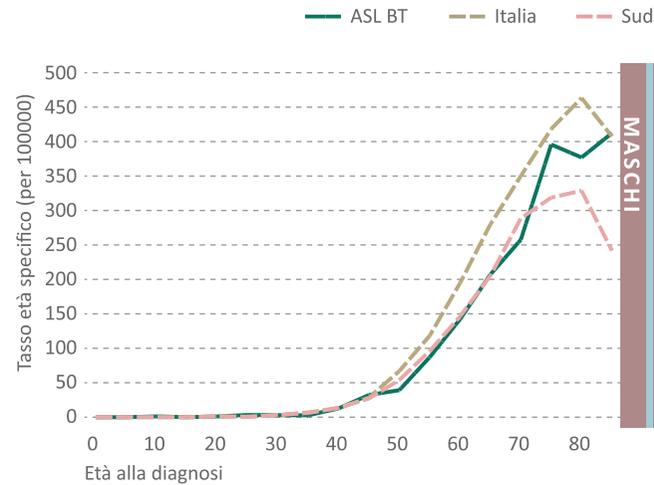
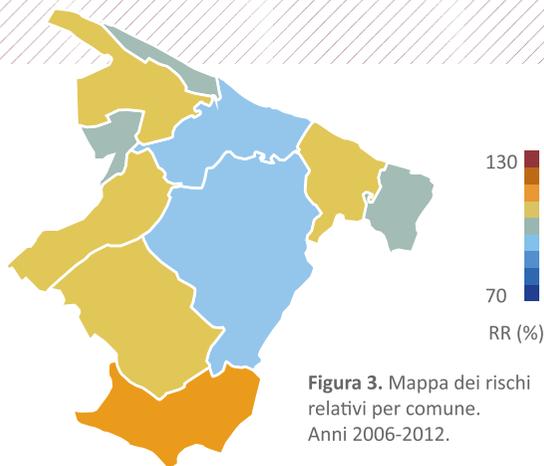


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Adenocarcinoma NAS	1085	76,2
Altre morfologie	147	10,3
Altri edenocarcinomi	173	12,1
Carcinoma NAS	10	0,7
Non Specificato	8	0,5

SOTTOSEDE	N	%
Cieco	154	10,1
Appendice	6	0,4
Colon ascendente	207	13,6
Flessura epatica	28	1,8
Colon trasverso	58	3,8
Flessura splenica	34	2,2
Colon discendente	84	5,5
Sigma	370	24,3
Lesione sconfinante del colon	6	0,4
Colon NAS	94	6,2
Giunzione rettosigmoidea	166	10,9
Retto	289	19,0
Ano e canale anale	25	1,6

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.

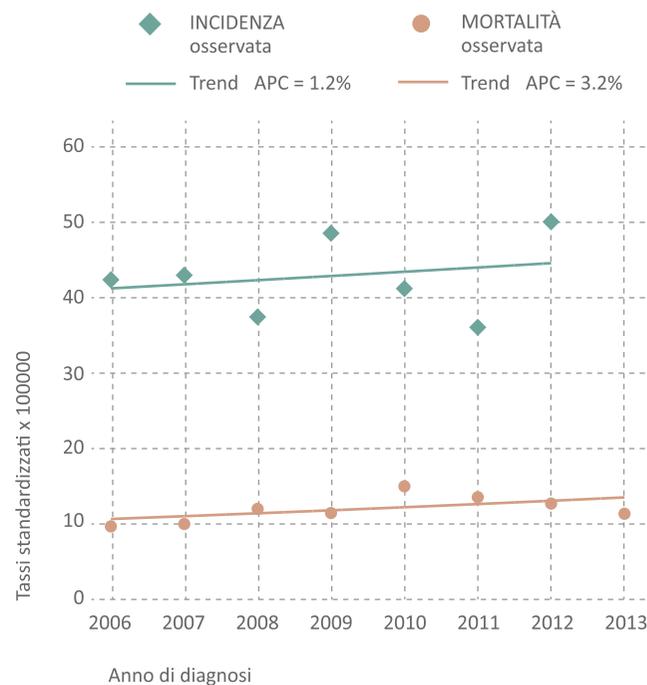


Figura 4. Andamento temporale dei tassi standardizzati. Incidenza: anni 2006-2012. Mortalità: anni 2006-2013.

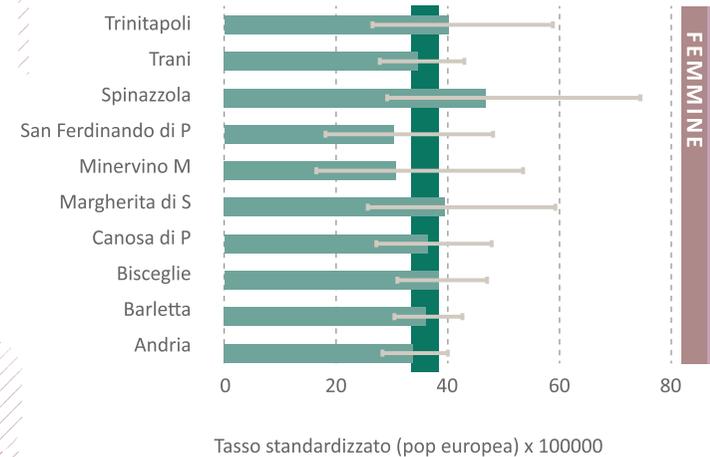
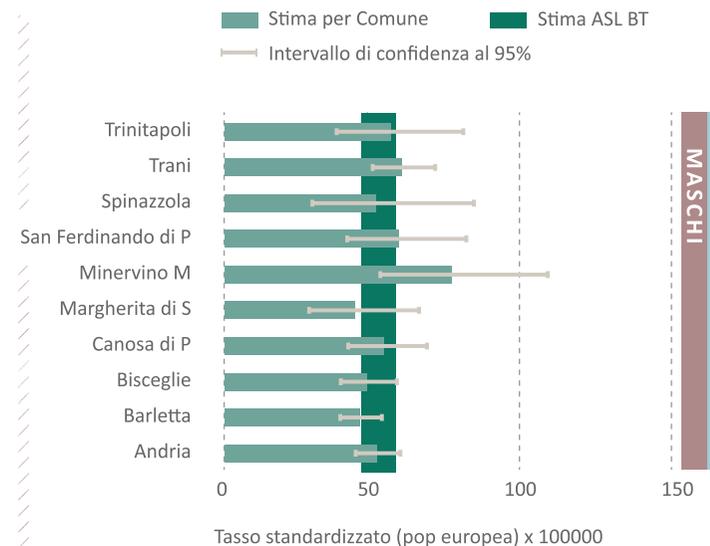


Figura 5. Tassi standardizzati di incidenza per Comune. Anni 2006-2012.



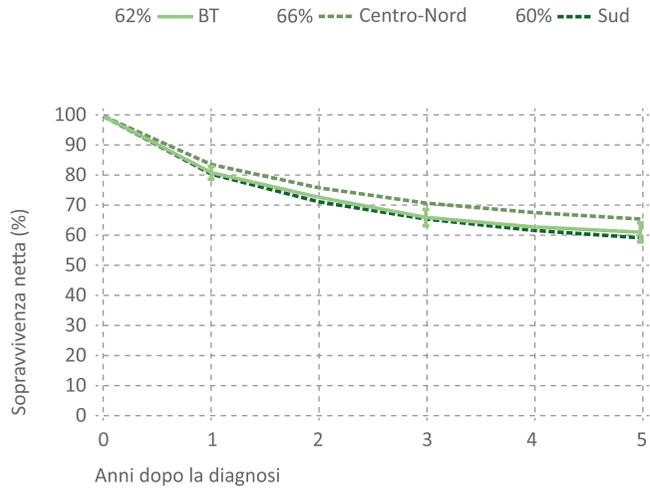


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

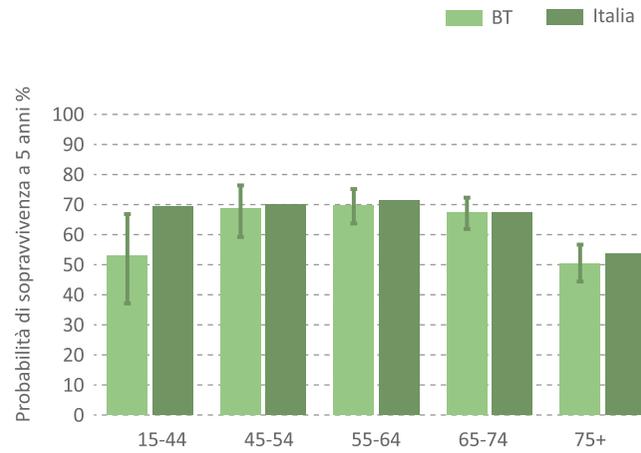


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

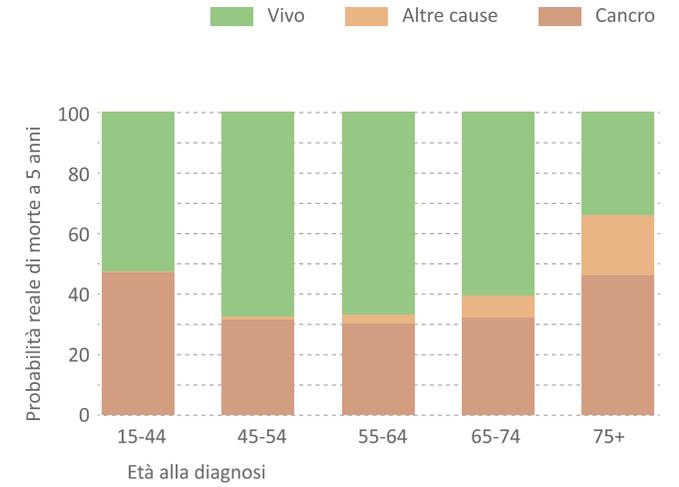


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

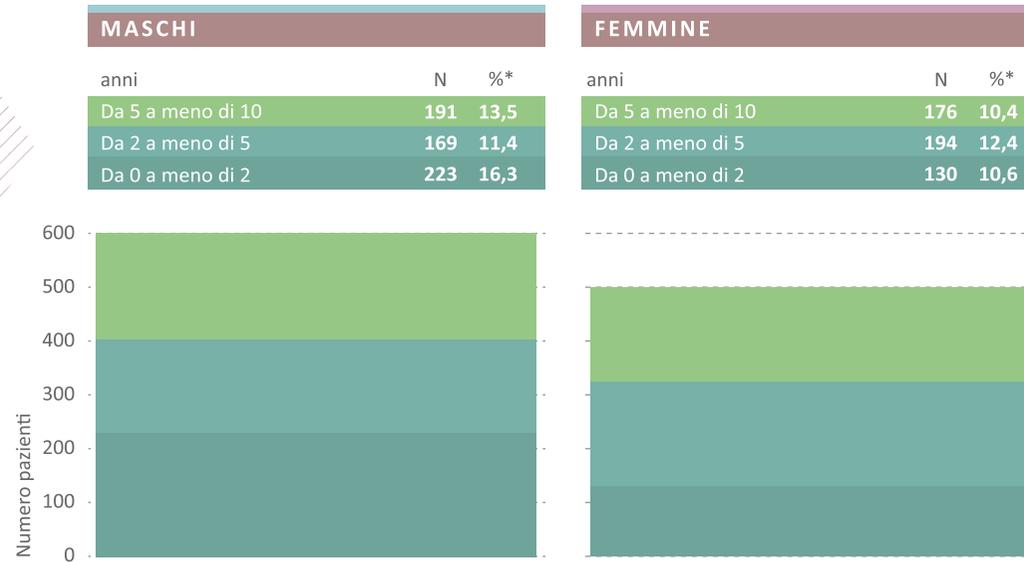


Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti



Fegato

SCHEDA 07

Sedi ICD-O-3:
C22

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

Il principale fattore etiologico del tumore del fegato è l'infezione da virus epatitici B e C; per il primo esiste una efficace vaccinazione e per il secondo sono stati introdotti recentemente farmaci antivirali che possono debellare il virus.

Tali interventi potranno determinare una profonda modificazione della storia naturale delle epatiti virali, dell'evoluzione cirrotica e in ultimo ridurre l'incidenza dell'epatocarcinoma.

Nella provincia BAT nel biennio 2011-2012 sono stati diagnosticati 191 casi di tumore del fegato (129 negli uomini e 62 nelle donne), con un tasso grezzo di incidenza è pari a 33,4 per 100.000 negli uomini e 15,6 per 100.000 nelle donne e un tasso standardizzato rispettivamente 25,9 e 10, 2 per 100.000. Nello stesso biennio si sono registrati 149 decessi per tumore

del fegato (106 uomini e 43 donne), per un tasso grezzo di 27,4 per 100.000 negli uomini e 10, 8 per 100.000 nelle donne e uno standardizzato di 20, 7 e 6,4 (Tab.1).

In entrambi i sessi l'incidenza e la mortalità nella provincia BAT sono più alte di quelle registrate in tutte le altre aree messe a confronto, per tutte le classi di età, soprattutto in quelle avanzate (Figg. 1 e 2). L'epatocarcinoma è la forma più frequente (64%), seguito dal colangiocarcinoma (13,5 %) (Tab.2).

I rischi relativi di incidenza più alti si osservano a Bisceglie e Minervino Murge (Fig. 3); negli uomini l'incidenza più alta si registra a Canosa di Puglia e Bisceglie, nelle donne a Minervino (Fig. 5). Si osserva un'incidenza in diminuzione statisticamente significativa (-6,5% all'anno) e una mortalità in diminuzione

(-4%), anche se non statisticamente significativa. La sopravvivenza a 5 anni (20%), comunque bassa, è in linea con quella riscontrata nelle altre aree geografiche (Figg. 6 e 7).

Per chi si ammala di tumore del fegato la probabilità di morire per il tumore stesso è molto elevata; incide poco la probabilità di morte per altre cause, anche negli anziani (Fig. 8). Si stima che 137 uomini e 61 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore del fegato nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig. 9).

I NUMERI DEL FEGATO



Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



BT

Incidenza

65

uomini

scoprono di avere la malattia

- ⬆️ il 51% in più rispetto all'Italia*,
- ⬆️ il 63% in più rispetto al Sud*.

Incidenza

31

donne

scoprono di avere la malattia

- ⬆️ l'84% in più rispetto all'Italia*,
- ⬆️ il 71% in più rispetto al Sud*.

APC Incidenza

-6.5 %

l'andamento dell'**incidenza** della malattia è in riduzione



Mortalità

53

uomini

non ce la fanno

- ⬆️ il 46% in più rispetto all'Italia*,
- ⬆️ il 39% in più rispetto al Sud*.

Mortalità

22

donne

non ce la fanno

- ⬆️ il 50% in più rispetto all'Italia*,
- ⬆️ il 28% in più rispetto al Sud*.

APC Mortalità

-4 %

l'andamento della **mortalità** dalla malattia è in riduzione



Prevalenza

115

uomini

convivono con la malattia*

Prevalenza

50

donne

convivono con la malattia*

Sopravvivenza netta

20 %

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

21% al Centro-Nord
20% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	191	129	62	
Percentuale sul totale	5,3	6,4	3,9	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	24,4	33,4	15,6	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	17,5	25,9	10,2	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,4	2,0	0,8	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	149	106	43	
Percentuale sul totale	9,5	11,3	6,8	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	19,0	27,4	10,8	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	13,0	20,7	6,4	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,0	1,6	0,4	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

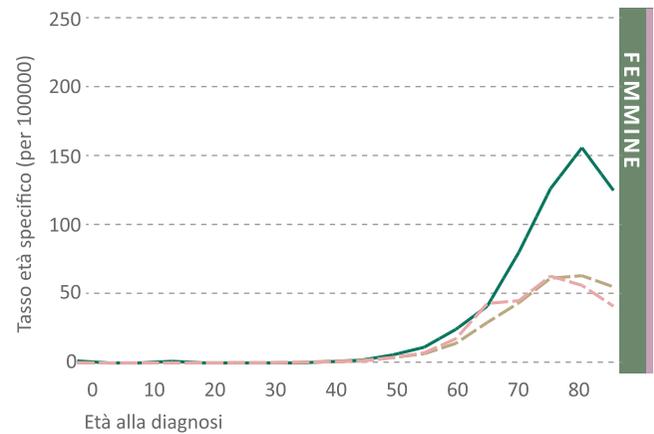
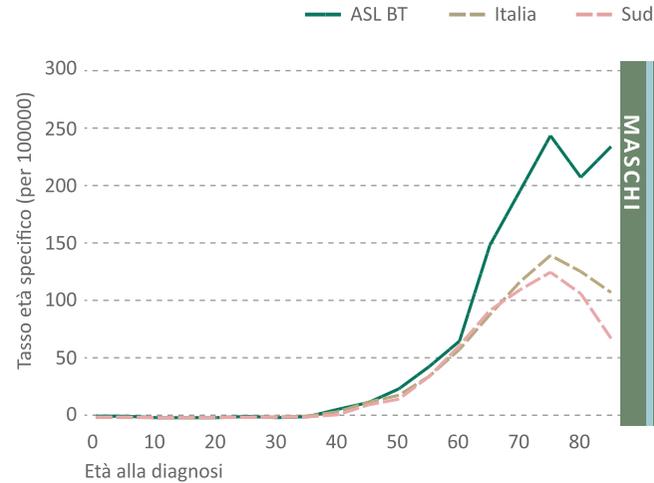


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

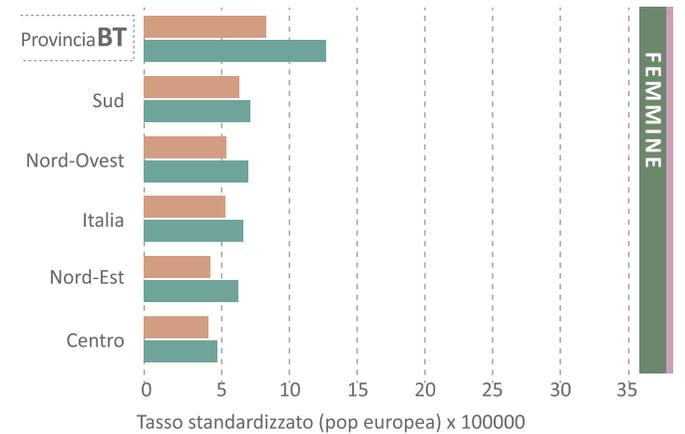
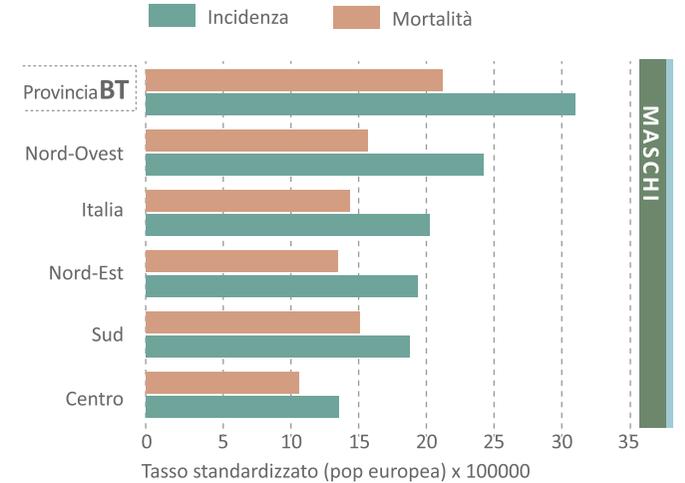
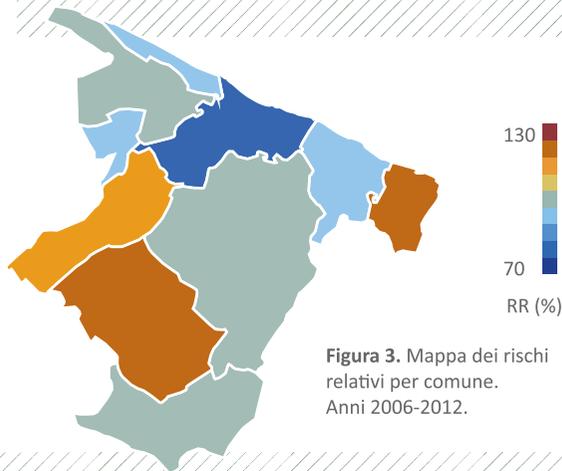


Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Epatocarcinoma	128	64
Colangiocarcinoma	27	13,5
Carcinoma NAS	4	2
Altre morfologie	37	18,5
Non Specificato	4	2

SOTTOSEDE	N	%
Fegato	719	93,61979
Dotti biliari intraepatici	49	6,380208

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.

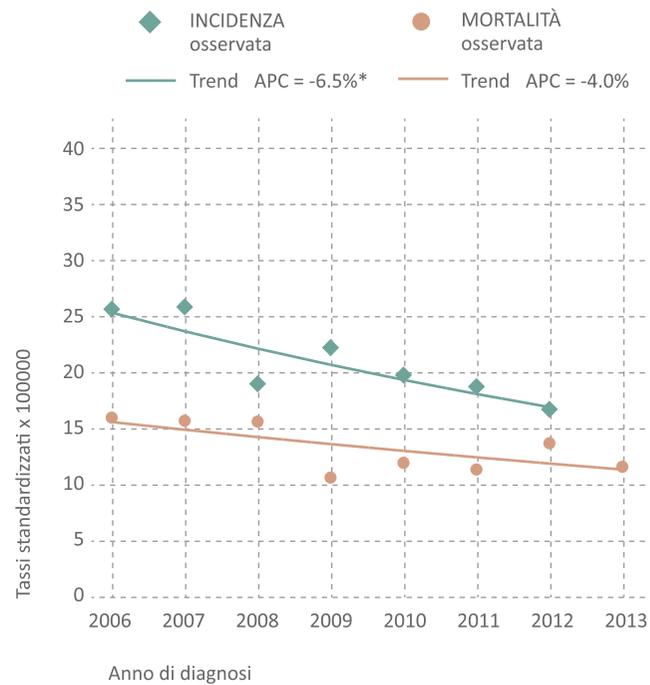


Figura 4. Andamento temporale dei tassi standardizzati. Incidenza: anni 2006-2012. Mortalità: anni 2006-2013.

*Dato statisticamente significativo.

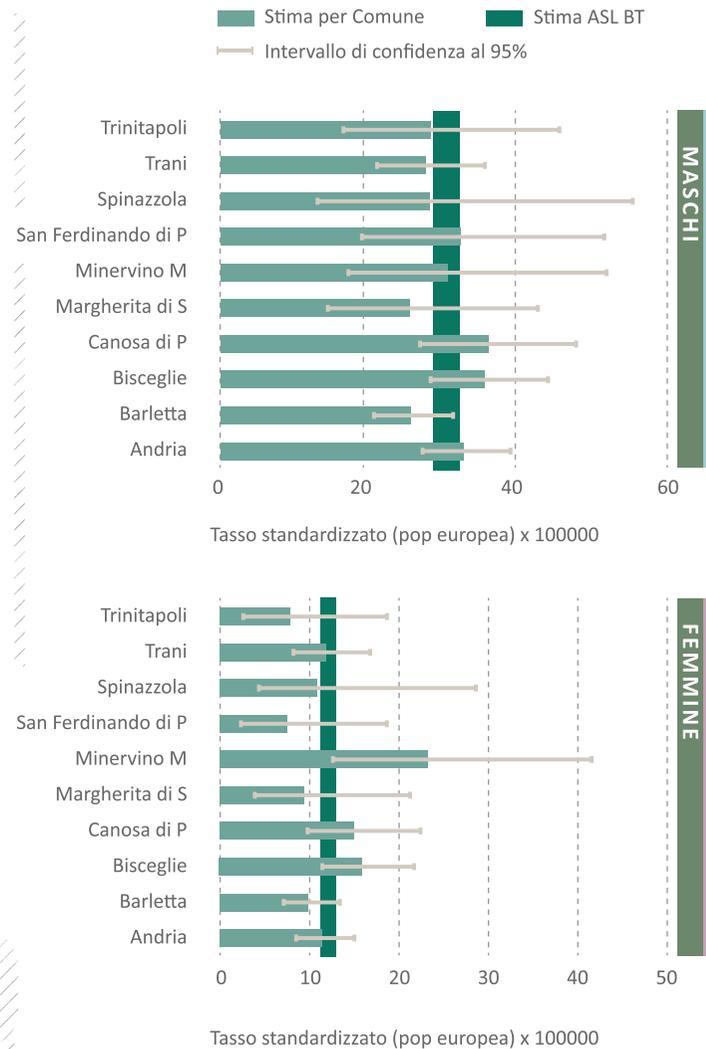


Figura 5. Tassi standardizzati di incidenza per Comune. Anni 2006-2012.



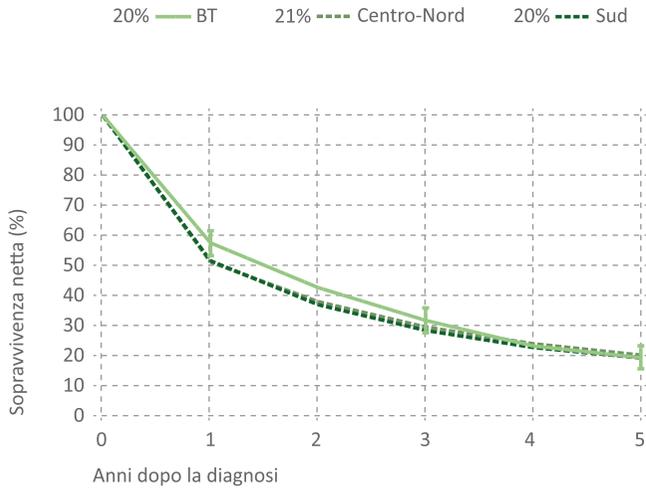


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

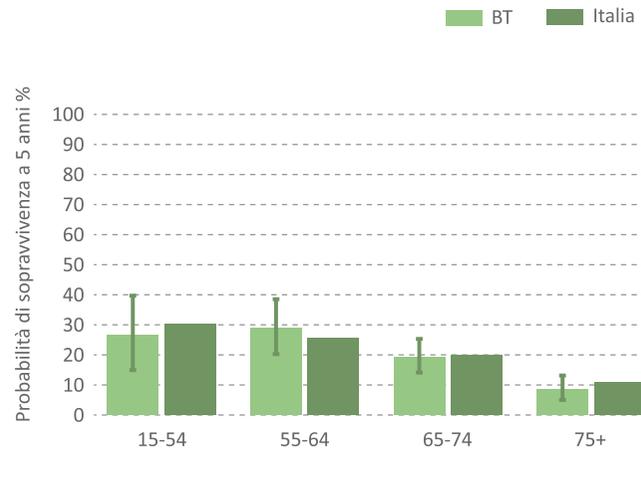


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

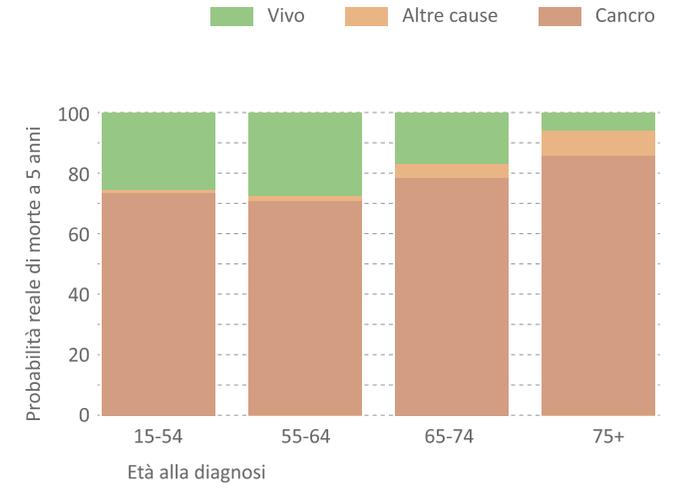


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

MASCHI			FEMMINE		
anni	N	%*	anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	22	1,6	Da 5 a meno di 10	11	0,7
Da 2 a meno di 5	46	3,1	Da 2 a meno di 5	23	1,5
Da 0 a meno di 2	69	5	Da 0 a meno di 2	27	2,2

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti



FOOD

appunti e annotazioni 





Colecisti e vie biliari

SCHEDA 08

Sedi ICD-O-3:
C23-C24

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

Nella provincia BAT nel biennio 2011-2012 sono stati diagnosticati 47 casi di tumore della colecisti e delle vie biliari (22 negli uomini e 25 nelle donne).

Il tasso grezzo di incidenza è pari a 5,7 per 100.000 negli uomini e 6,3 per 100.000 nelle donne e quello standardizzato rispettivamente 4,3 e 4,2 per 100.000. Nello stesso periodo si sono registrati 26 decessi (9 uomini e 17 donne), per un tasso grezzo di 2,3 per 100.000 negli uomini e 4,3 per 100.000 nelle donne e uno standardizzato rispettivamente di 1,7 e 2,5 (Tab.1).

Non vi sono differenze marcate di incidenza e mortalità rispetto alle macroaree italiane, sebbene al sud

i tassi siano un po' più alti, mentre la mortalità nella provincia BAT è la più bassa (Fig.2). Il colangiocarcinoma è la forma istologica più frequente (Tab.2).

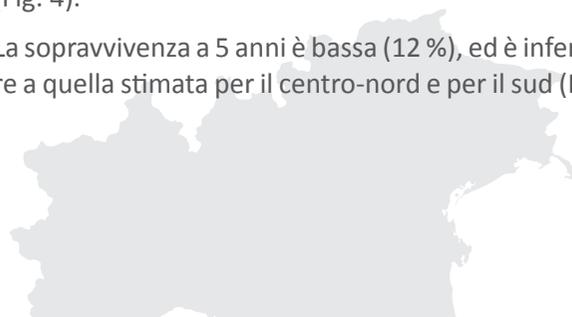
Il rischio relativo più elevato si osserva nel comune di Canosa di Puglia (Fig. 3); nei confronti di incidenza tra i comuni per sesso, si osserva il tasso più alto a San Ferdinando di Puglia, seguito da Canosa negli uomini e a Margherita di Savoia nelle donne (Fig. 5).

L'incidenza è in lieve diminuzione (APC -1,8% non statisticamente significativo) e la mortalità è stabile (Fig. 4).

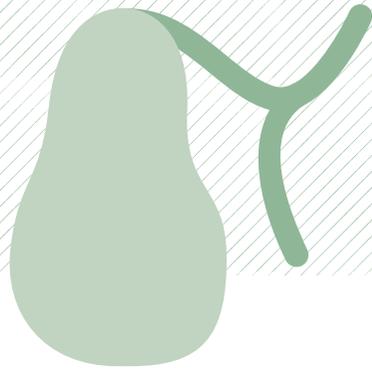
La sopravvivenza a 5 anni è bassa (12%), ed è inferiore a quella stimata per il centro-nord e per il sud (Fig.

6 e 7). Per chi si ammala di tumore della colecisti e delle vie biliari la probabilità di morire per il tumore stesso è molto elevata, mentre incide pochissimo la morte per altre cause, anche negli anziani (Fig. 8).

Essendo un tumore poco frequente con sopravvivenza bassa, la prevalenza è bassa e poche persone convivono con la malattia: si stima che 21 uomini e 13 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore della colecisti e delle vie biliari nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig. 9).



I NUMERI DI COLECISTI E VIE BILIARI



Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



BT

Incidenza

11

uomini

scoprono di avere la malattia

- ⬆ il 7% **in più** rispetto all'Italia*,
- ⬇ il 2% **in meno** rispetto al Sud*.

Incidenza

13

donne

scoprono di avere la malattia

- ⊖ pari all'Italia*,
- ⬇ il 9% **in meno** rispetto al Sud*.

APC Incidenza

-1.8 %

l'andamento dell'**inci-**
denza della malattia è
in riduzione



Mortalità

5

uomini

non ce la fanno

- ⬇ il 23% **in meno** rispetto all'Italia*,
- ⬇ il 25% **in meno** rispetto al Sud*.

Mortalità

9

donne

non ce la fanno

- ⬇ il 19% **in meno** rispetto all'Italia*,
- ⬇ il 25% **in meno** rispetto al Sud*.

APC Mortalità

-0.5 %

l'andamento della
mortalità dalla malattia è
stabile



Prevalenza

17

uomini

convivono con la malattia*

Prevalenza

10

donne

convivono con la malattia*

Sopravvivenza netta

12 %

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

16% al Centro-Nord
15% al Sud



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	47	22	25	
Percentuale sul totale	1,3	1,1	1,6	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	6,0	5,7	6,3	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	4,2	4,3	4,2	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,3	0,3	0,3	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	26	9	17	
Percentuale sul totale	1,7	1,0	2,7	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	3,3	2,3	4,3	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	2,1	1,7	2,5	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,1	0,1	0,1	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

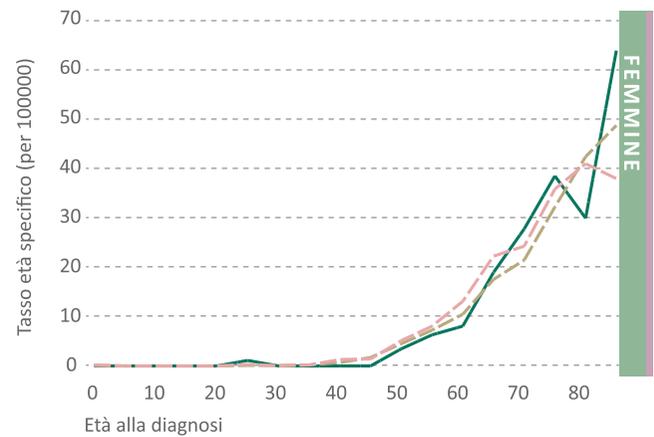
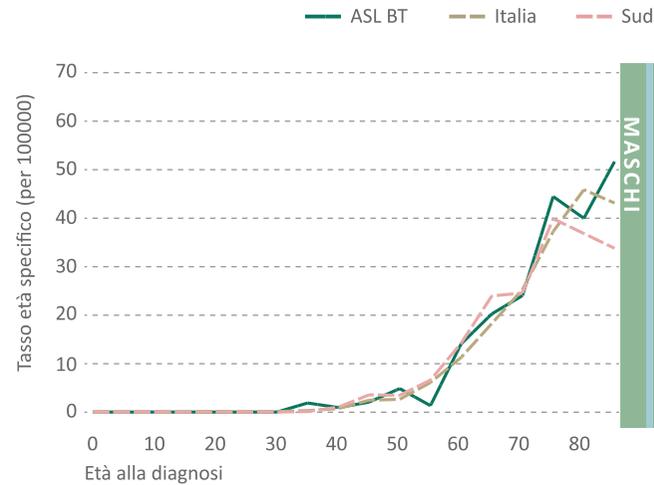


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

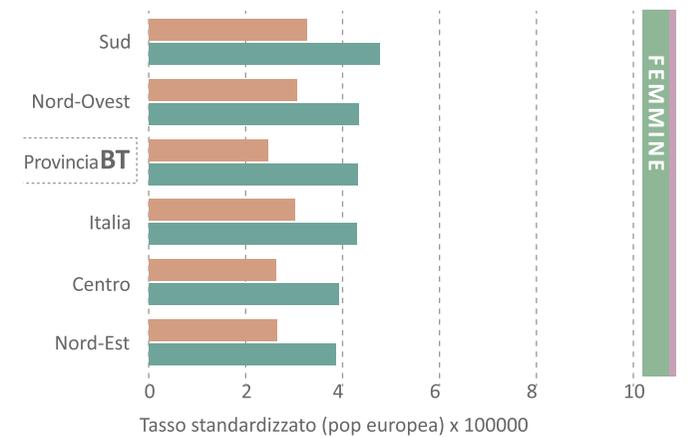
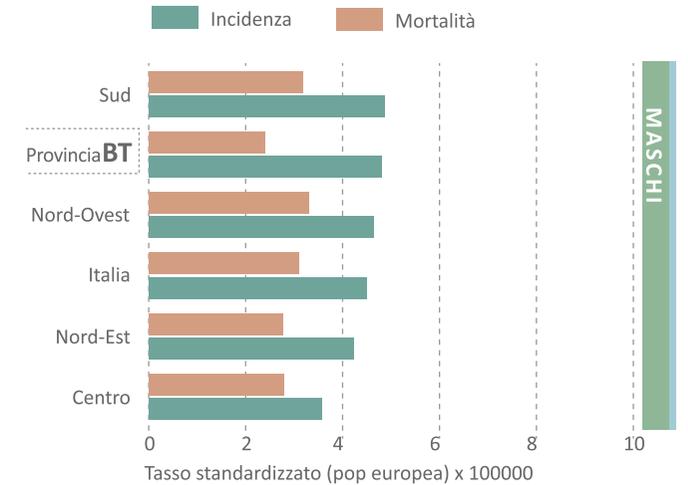
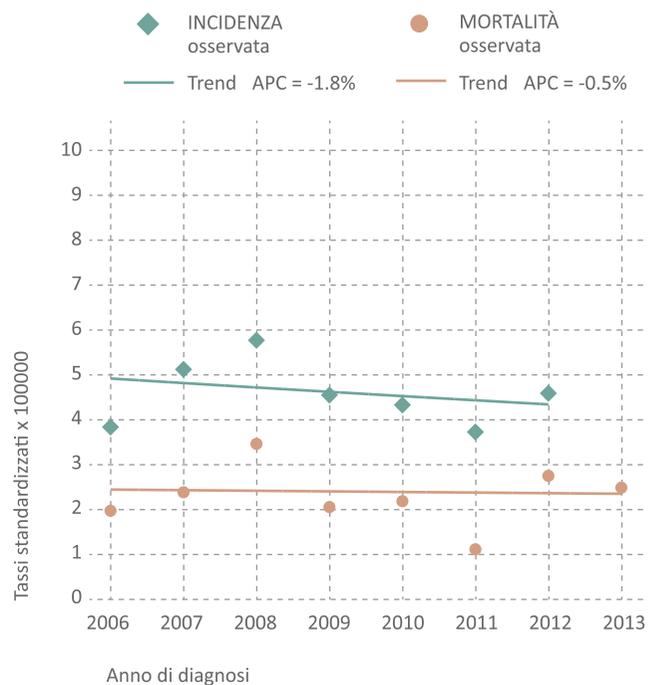
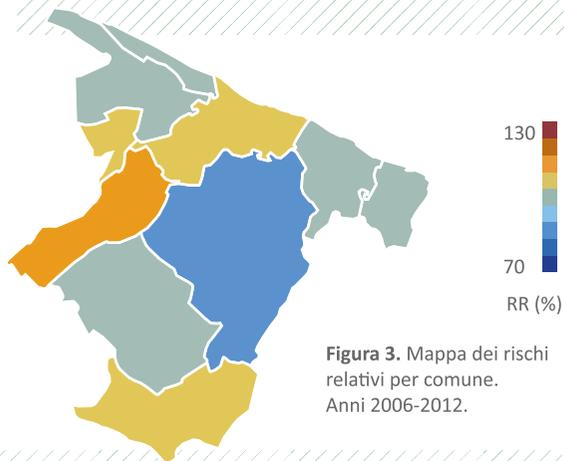


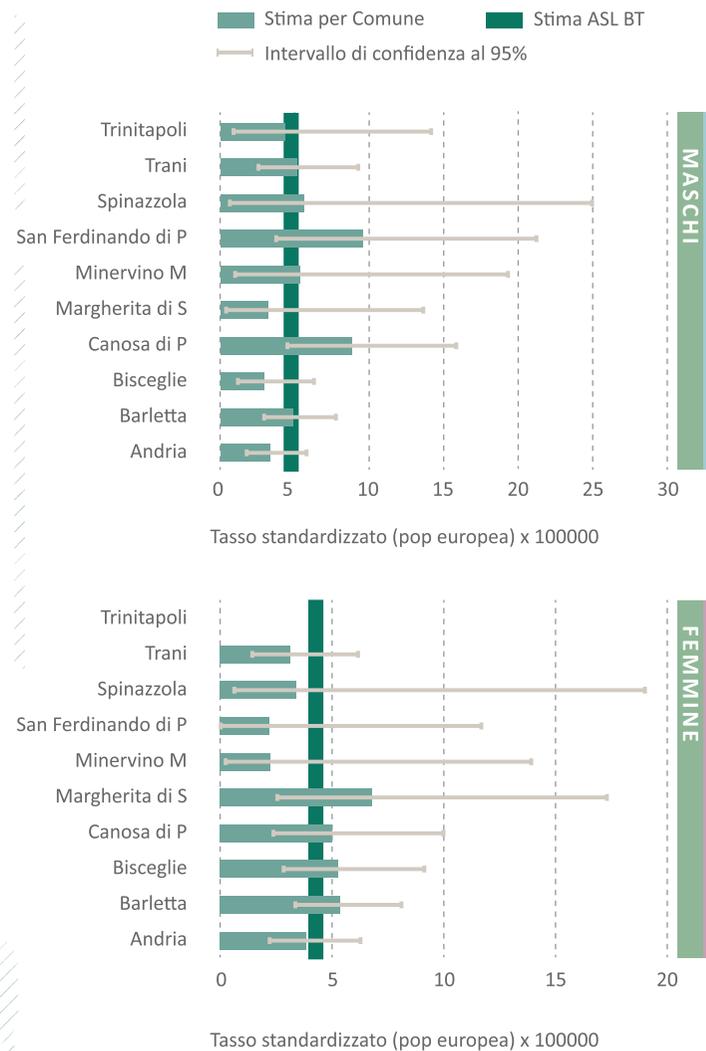
Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Colangiocarcinoma	70	74,5
Carcinoma NAS	5	5,3
Altre morfologie	14	14,9
Non Specificato	5	5,3

Colecisti	62	36,3
Dotto biliare extraepatico	56	32,7
Ampolla di Vater	25	14,6
Lesione sconfinante	2	1,2
Non specificato	26	15,2

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.



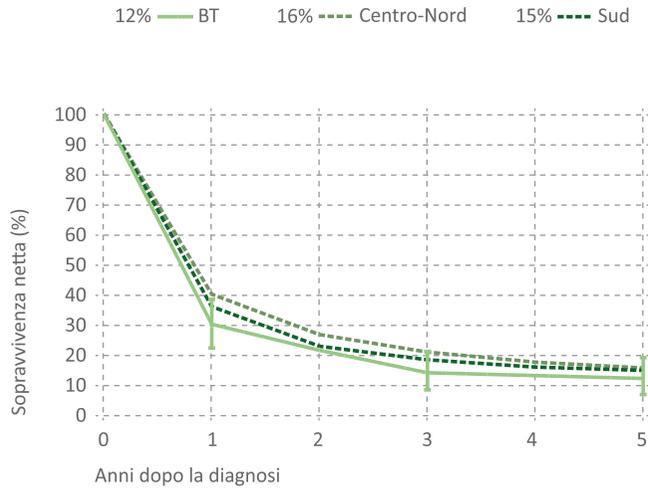


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

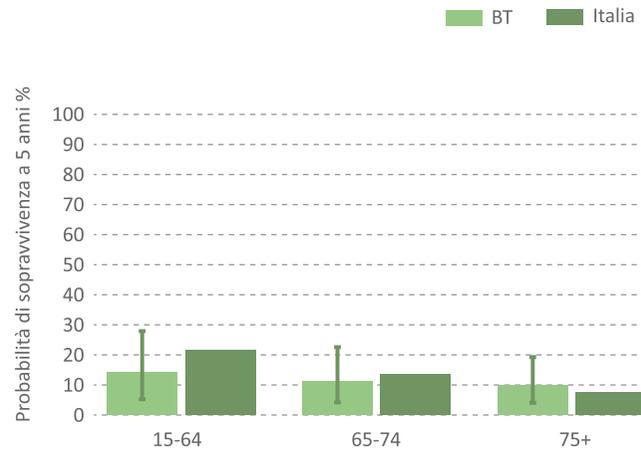


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

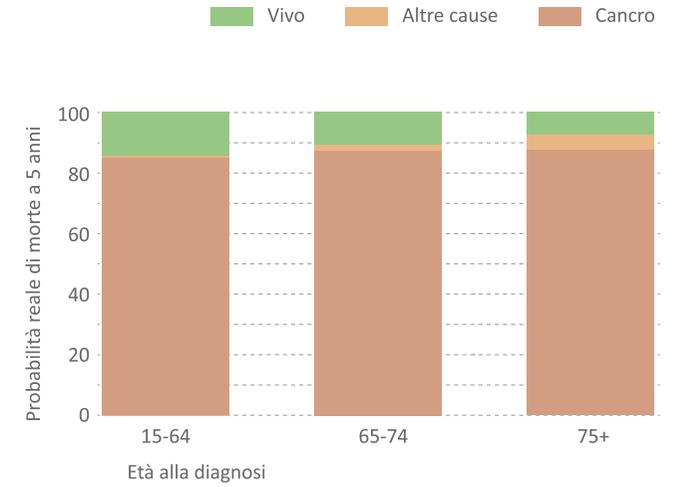


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

MASCHI			FEMMINE		
anni	N	%*	anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	4	0,3	Da 5 a meno di 10	3	0,2
Da 2 a meno di 5	9	0,6	Da 2 a meno di 5	3	0,2
Da 0 a meno di 2	8	0,6	Da 0 a meno di 2	7	0,6

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti



COLECISTI E VIE BILIARI

appunti e annotazioni 





Pancreas

SCHEDA 09

Sedi ICD-O-3:
C25

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

Nella provincia BAT nel biennio 2011-2012 sono stati registrati 88 nuovi casi di tumore del pancreas (44 negli uomini e 44 nelle donne).

Il tasso grezzo di incidenza è pari a 11,4 per 100.000 negli uomini e 11,1 per 100.000 nelle donne e quello standardizzato rispettivamente 9,1 e 7,7 per 100.000.

Nello stesso periodo si sono registrati 63 decessi (34 negli uomini e 29 nelle donne), per un tasso grezzo di 8,8 per 100.000 negli uomini e 7,3 per 100.000 nelle donne e uno standardizzato di 6,8 e 4,5 (Tab.1).

Incidenza e mortalità nella provincia BAT sono più basse rispetto al resto delle macroaree italiane (Fig.2). Tra le sottosedi prevale la testa del pancreas e l'istologia più frequente è l'adenocarcinoma (Tab.2).

Non si riscontrano differenze geografiche intraprovinciali significative (Fig. 3), solo nei maschi si riscontrano tassi più elevati a San Ferdinando di Puglia e Trani e più bassi a Spinazzola (Fig. 5).

L'incidenza è stabile, mentre per la mortalità si registra un trend in lieve aumento non statisticamente significativo (Fig. 4).

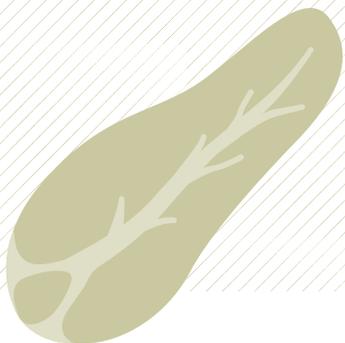
La sopravvivenza a 5 anni è bassa (8%), e in linea con quella delle altre aree di confronto (Fig. 6).

Per chi si ammala di tumore del pancreas la probabilità di morire per il tumore stesso è elevatissima e incide pochissimo la probabilità di morire per altre cause data l'altissima letalità di questo tumore (Fig. 8).

Essendo un tumore relativamente poco frequente con sopravvivenza bassa, la prevalenza è bassa e poche persone convivono con la malattia: si stima che 28 uomini e 26 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore del pancreas nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig.9).



I NUMERI DEL PANCREAS



Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



8% al Centro-Nord
7% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	88	44	44	
Percentuale sul totale	2,4	2,2	2,8	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	11,2	11,4	11,1	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	8,1	9,1	7,7	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,6	0,6	0,6	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	63	34	29	
Percentuale sul totale	4,0	3,6	4,6	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	8,0	8,8	7,3	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	5,6	6,8	4,5	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,4	0,5	0,4	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

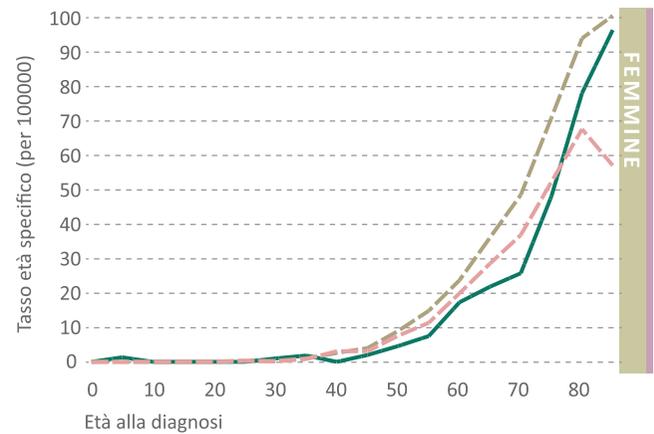
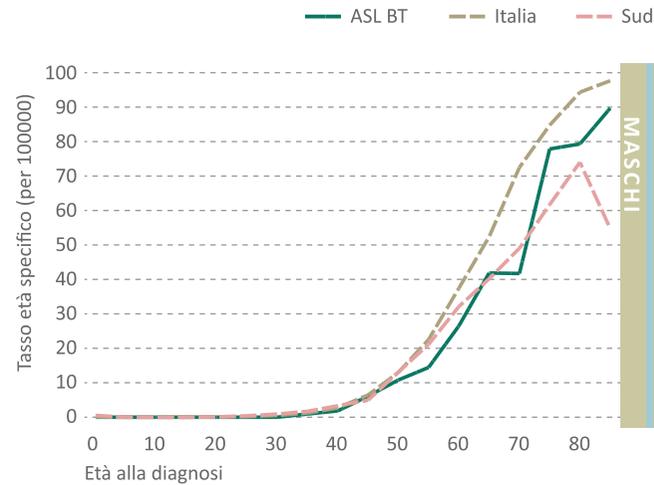


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

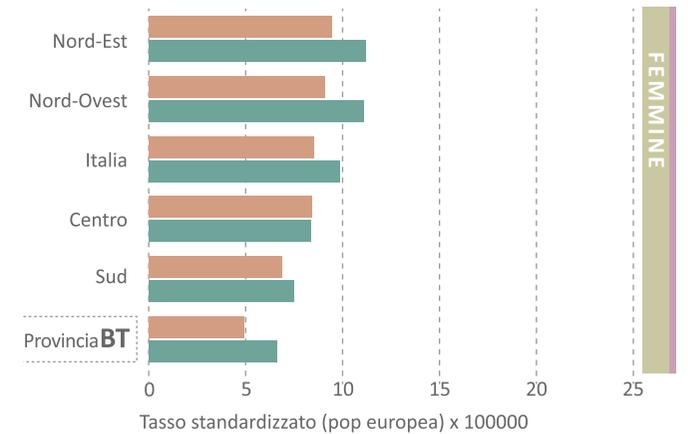
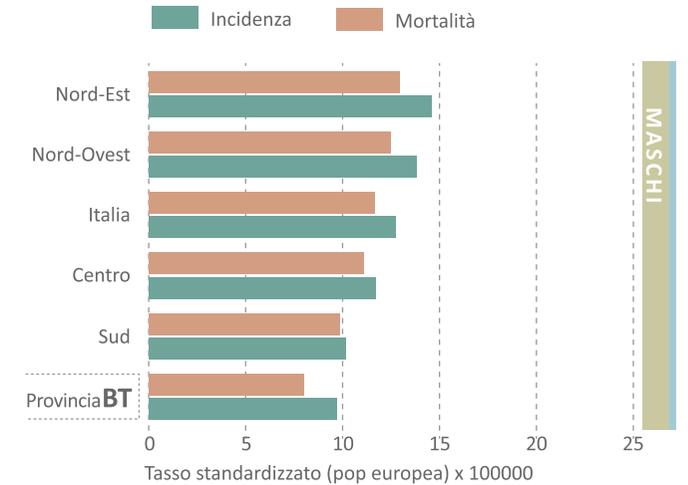
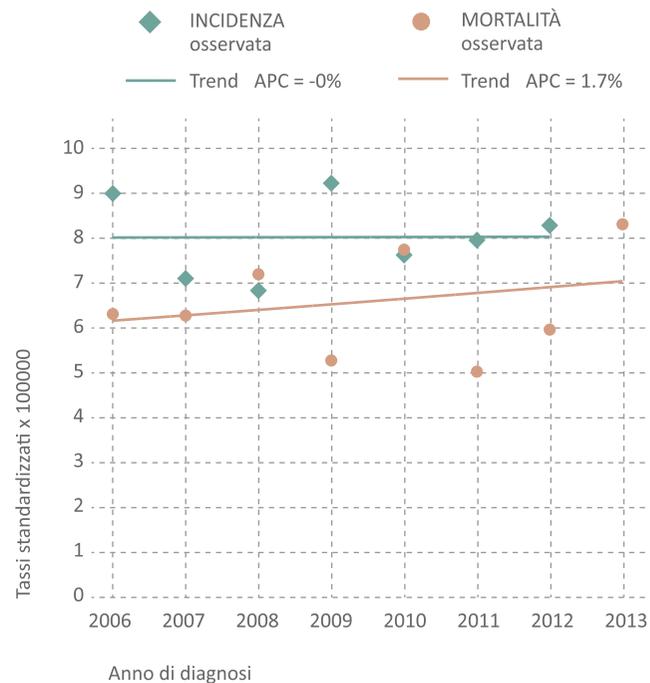
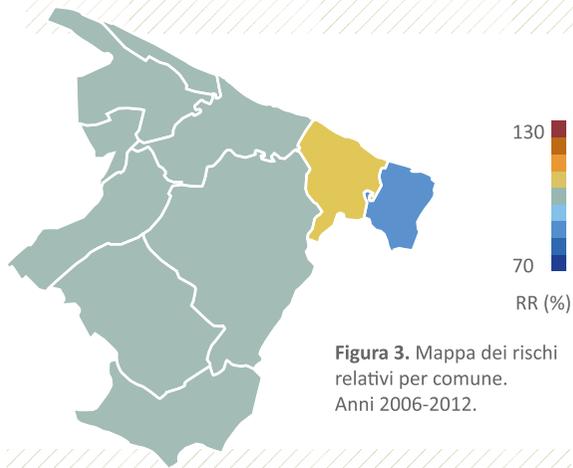


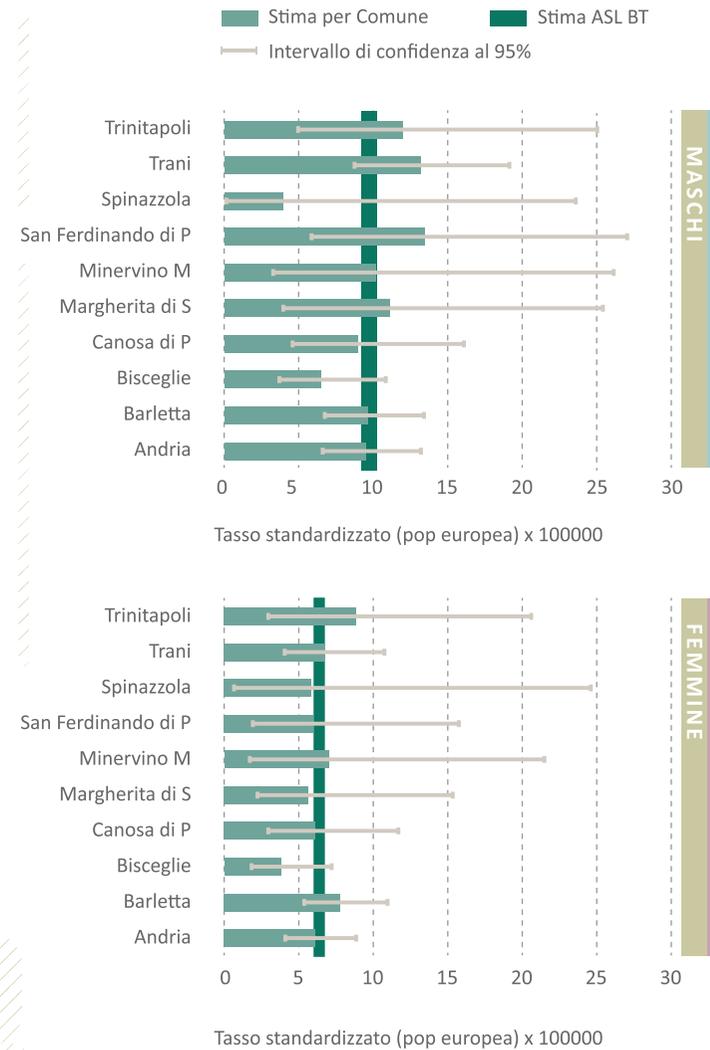
Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Adenocarcinoma	92	67,6
Carcinoma NAS	9	6,6
Altre morfologie	32	23,5
Non Specificato	3	2,2

SOTTOSEDE	N	%
Testa del pancreas	164	55,0
Corpo del pancreas	30	10,1
Coda del pancreas	18	6,0
Dotto pancreatico	1	0,3
Lesione sconfinante	8	2,7
Altre parti specificate del pancreas	4	1,3
Non specificato	73	24,5

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.



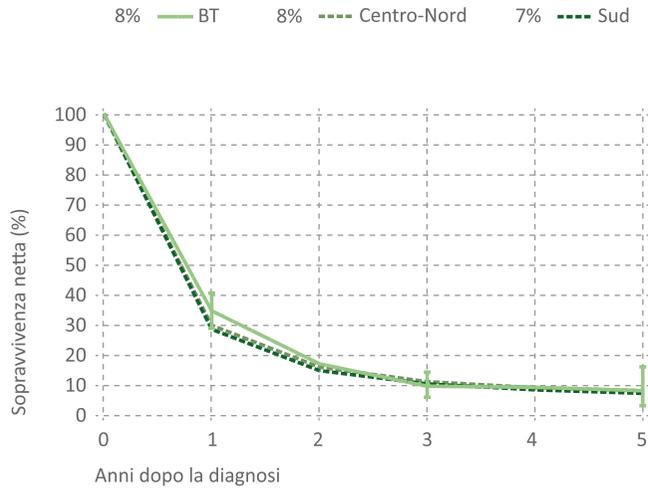


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

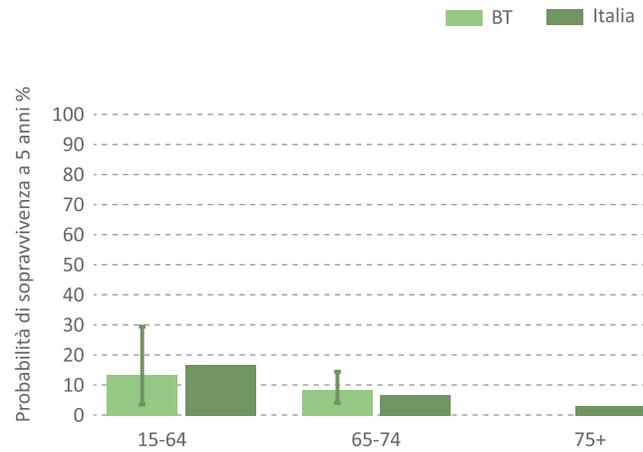


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

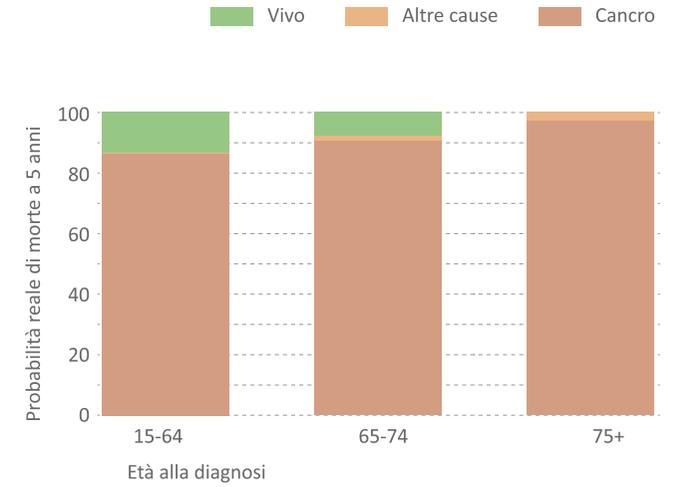


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

MASCHI			FEMMINE		
anni	N	%*	anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	4	0,3	Da 5 a meno di 10	4	0,2
Da 2 a meno di 5	8	0,5	Da 2 a meno di 5	3	0,2
Da 0 a meno di 2	16	1,2	Da 0 a meno di 2	19	1,5

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti

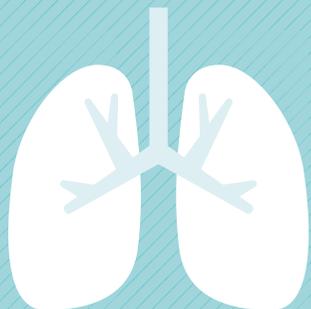




PANCREAS

appunti e annotazioni 





Polmone

SCHEDA 10

Sedi ICD-O-3:
C34

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

Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta, a cui è attribuibile l'85-90% dei tumori polmonari, seguito dalle esposizioni ambientali e professionali al radon e poi ad altri cancerogeni chimici (es. cromo esavalente, cadmio, arsenico).

Nella provincia BAT negli anni 2011-2012 sono insorti 336 casi di tumore del polmone (288 negli uomini e 48 nelle donne), con un tasso grezzo di incidenza di 74,5 per 100.000 negli uomini e 12,1 per 100.000 nelle donne e un tasso standardizzato rispettivamente di 58,8 e 8,7 per 100.000. Nello stesso periodo sono stati registrati 269 decessi (238 uomini e 31 donne), per un tasso grezzo di 61,5 per 100.000 negli uomini e 7,8 per 100.000 nelle donne e uno standardizzato di 46,5 e 5,3 (Tab.1).

Incidenza e mortalità sono più basse di quelle riscontrate nelle altre aree geografiche italiane (Fig. 2) e questo è particolarmente evidente nelle donne, per tutte le fasce di età soprattutto nel confronto con l'Italia (Fig. 1). L'istotipo più frequente è l'adenocarcinoma (41%), seguito dal carcinoma squamocellulare (22%); il carcinoma a piccole cellule si attesta intorno al 9% (Tab.2).

Nella mappa dei rischi relativi si osserva il valore più alto a Trani (Fig. 3); tale rilievo trova conferma nel confronto tra i tassi standardizzati di incidenza per sesso e comune in cui si osserva il tasso più alto a Trani negli uomini e a Trinitapoli e Trani nelle donne (Fig. 5).

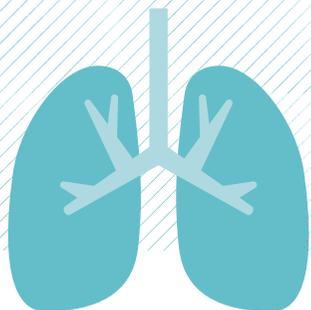
Si osserva un trend in diminuzione non statisticamente significativo per incidenza e mortalità (Fig. 4).

La sopravvivenza a 5 anni (16%) è identica a quella del centro-nord e leggermente più alta di quella del sud (Fig. 6).

Per chi si ammala di tumore del polmone la probabilità di morire per il tumore stesso è alta in tutte le fasce di età, mentre il contributo delle altre cause di morte è quasi irrilevante se non nei tumori diagnosticati in età avanzata, per i quali in ogni caso la probabilità complessiva di sopravvivenza è molto bassa (Fig. 8).

Essendo un tumore frequente, ma con sopravvivenza bassa, si ha una prevalenza media: si stima che 226 uomini e 54 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore del polmone nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig. 9).

I NUMERI DEL POLMONE



Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:

BT



(*) Con diagnosi entro cinque anni

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

16% al Centro-Nord
14% al Sud



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	336	288	48	
Percentuale sul totale	9,3	14,3	3,0	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	42,9	74,5	12,1	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	32,0	58,8	8,7	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	2,6	4,5	0,8	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	269	238	31	
Percentuale sul totale	17,1	25,4	4,9	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	34,3	61,5	7,8	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	24,0	46,5	5,3	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,8	3,2	0,5	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

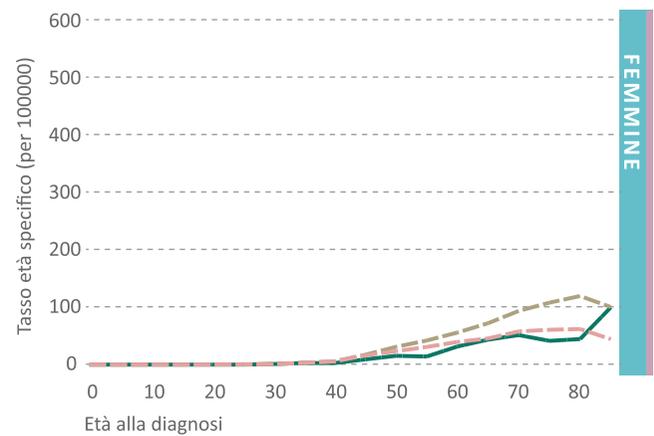
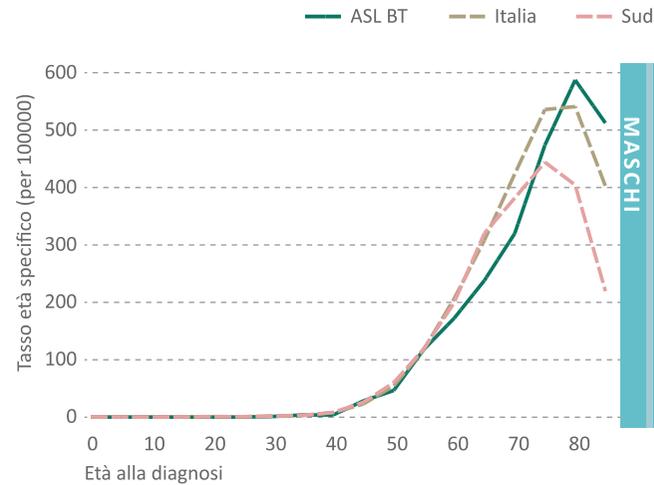


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

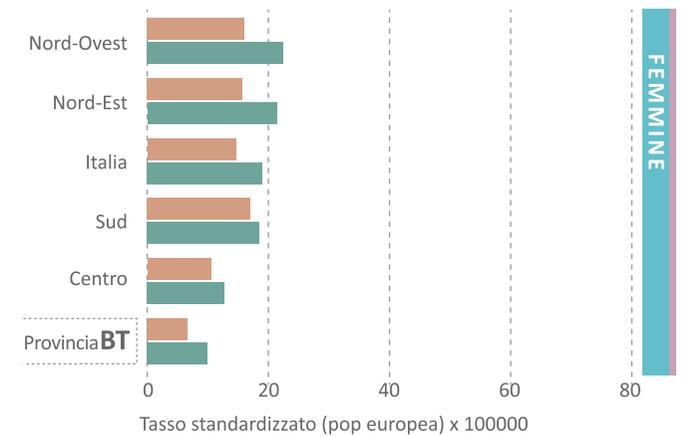
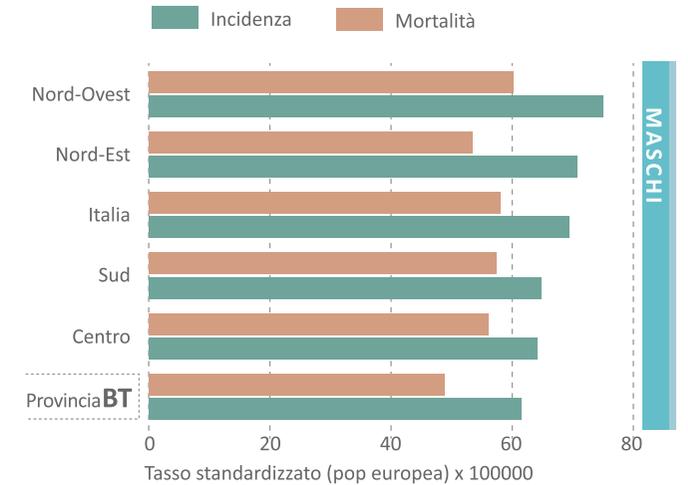
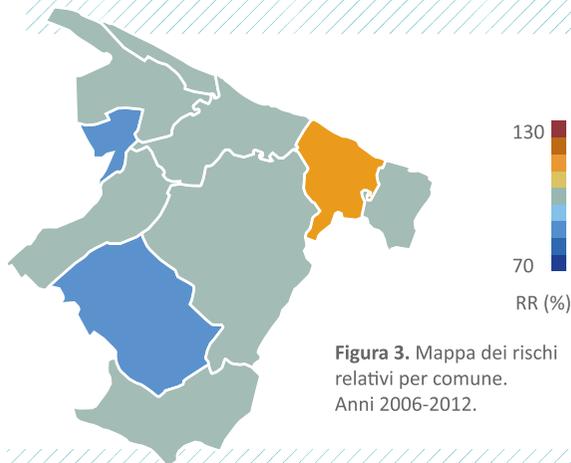


Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Adenocarcinoma	323	41,0
Ca. squamocellulare	176	22,4
Ca. piccole cellule	73	9,3
Ca. non a piccole cellule	96	12,2
Ca. grandi cellule	20	2,5
Altre morfologie	33	4,2
Carcinoma NAS	48	6,1
Non Specificato	18	2,3

SOTTOSEDE	N	%
Bronco principale	138	11,5
Lobo superiore	397	33,1
Lobo medio	49	4,1
Lobo inferiore	206	17,2
Lesione sconfinante	31	2,6
Non specificato	378	31,5

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.

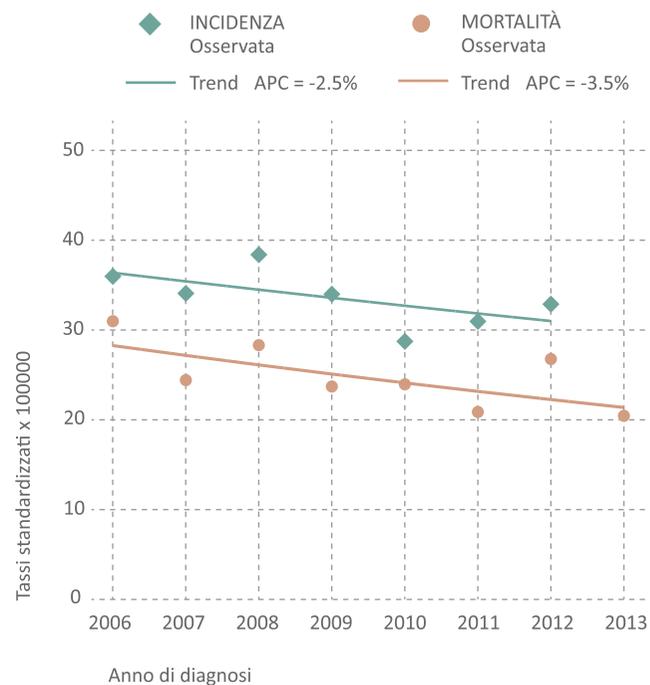


Figura 4. Andamento temporale dei tassi standardizzati. Incidenza: anni 2006-2012. Mortalità: anni 2006-2013.

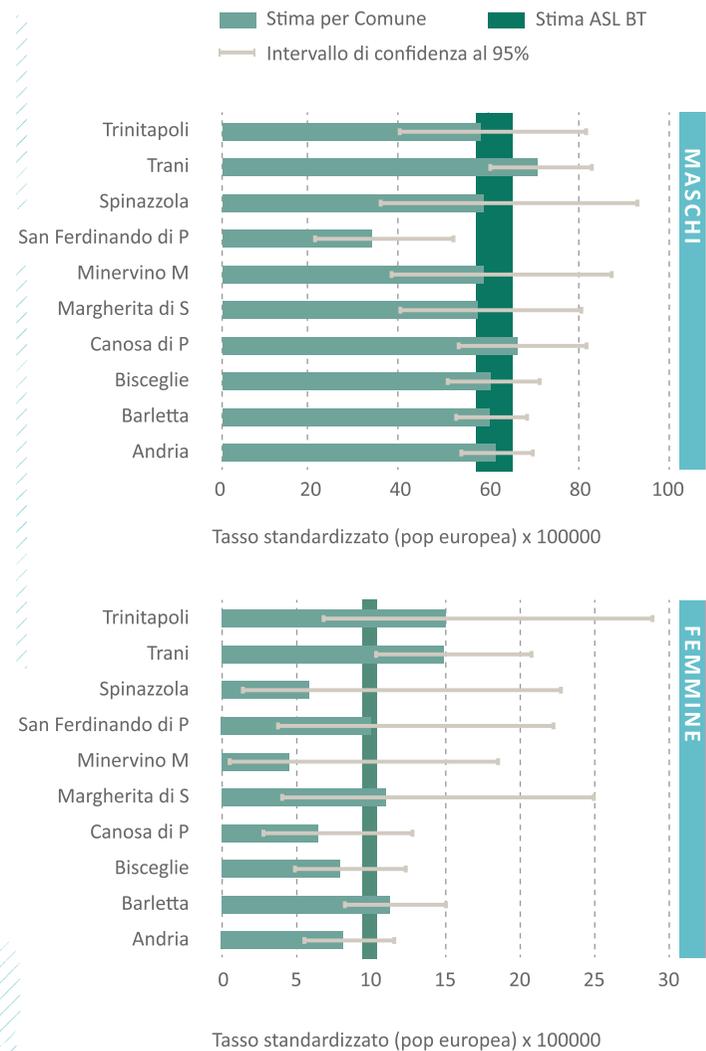


Figura 5. Tassi standardizzati di incidenza per Comune. Anni 2006-2012.



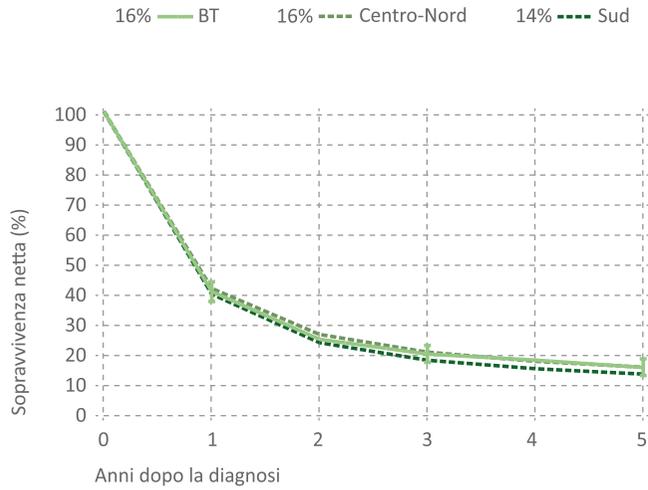


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

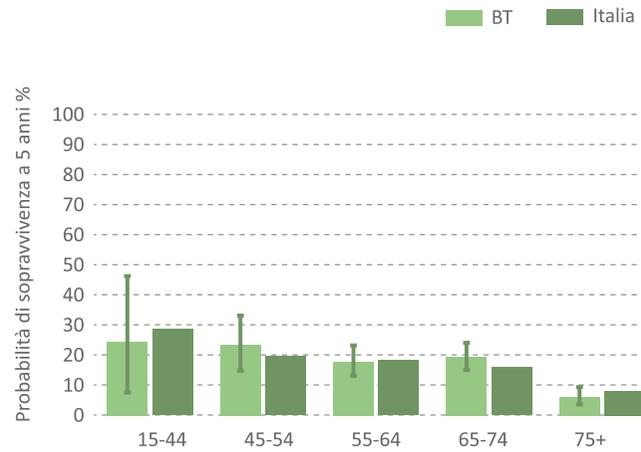


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

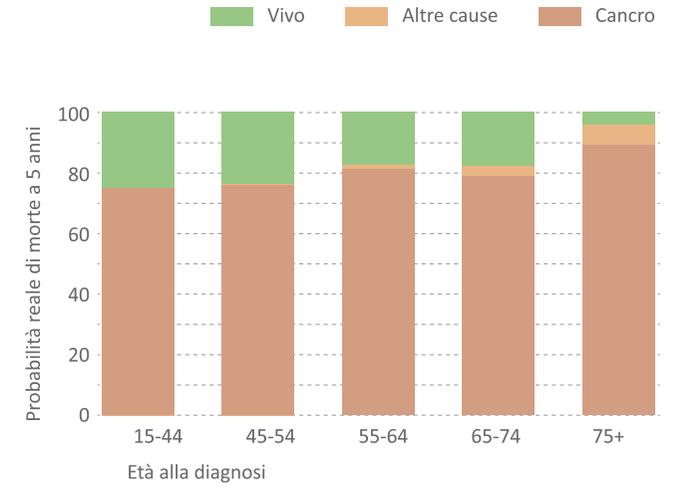


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

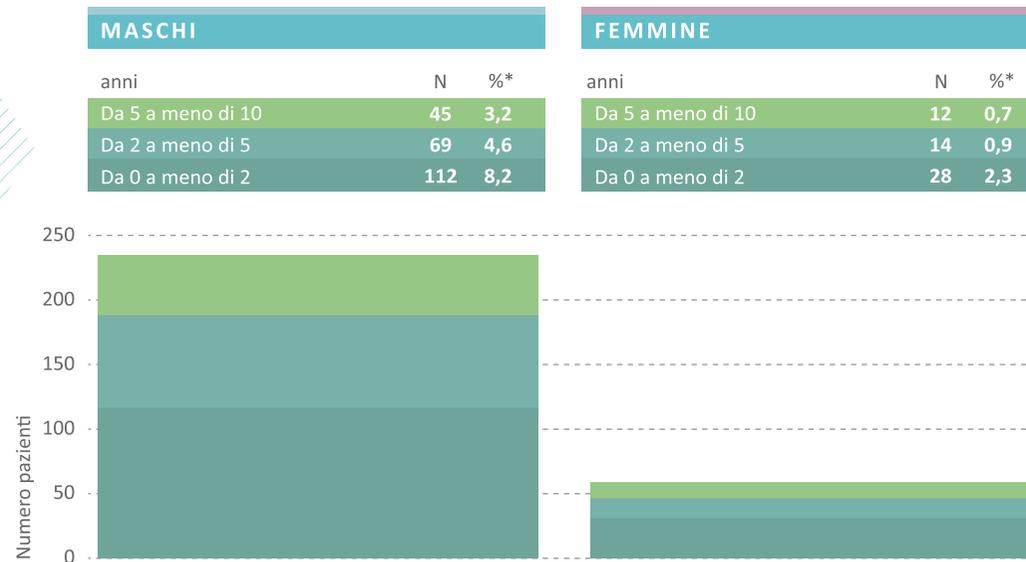


Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

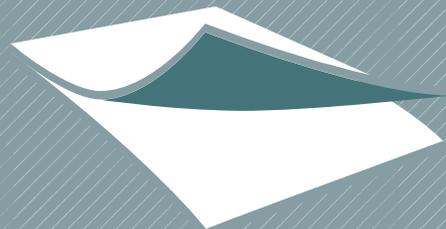
* Rispetto al totale dei casi prevalenti



POLMONE

appunti e annotazioni 





Mesotelioma

SCHEDA 11

Sedi ICD-O-3:

Morfologie ICD-O-3:
M9050-9055

Il mesotelioma, tumore maligno che interessa le membrane sierose (pleura, pericardio, peritoneo e tunica vaginale del testicolo) riconosce la causa pressoché esclusiva nell'esposizione occupazionale o ambientale all'amianto.

Nel biennio 2011-2012 sono stati diagnosticati 12 casi di mesotelioma (10 uomini e 2 donne) con un tasso grezzo di incidenza di 2,6 per 100.000 negli uomini e 0,55 per 100.000 nelle donne e quello standardizzato rispettivamente 2,2 e 0,5 per 100.000.

Nello stesso periodo sono morti 11 residenti (8 uomini e 3 donne) per mesotelioma con un tasso grezzo di mortalità di 2,1 per 100.000 negli uomini e 0,8 per 100.000 nelle donne e quello standardizzato rispettivamente di 1,6 e 0,6 per 100.000 (Tab.1). Il numero di casi e di morti è più alto di quello del biennio 2009-2010, ma ciò non stupisce per un

tumore raro con ampie fluttuazioni negli anni e che paga esposizioni molto lontane nel tempo (latenza di circa 40 anni).

Considerando tutto il periodo 2006-2012 incidenza e mortalità sono basse nel confronto con le altre aree geografiche italiane, in particolare negli uomini, il che fa pensare all'assenza di rilevanti fonti di esposizione professionale ad amianto, mentre sono leggermente più alte rispetto al Centro e al sud nelle donne (Figg. 1 e 2). La sede pleurica (81,5%) è la più frequente, ma è rappresentata anche quella peritoneale (11,1%) (Tab.2). Dati i bassi numeri si può dire poco sul trend temporale, che vede un aumento dell'incidenza e della mortalità non statisticamente significativi (Fig. 4).

La mappa dei rischi relativi mostra un valore più alto a Bisceglie (Fig. 3), ma nelle donne si osserva un

tasso più elevato a Margherita di Savoia (Fig. 5).

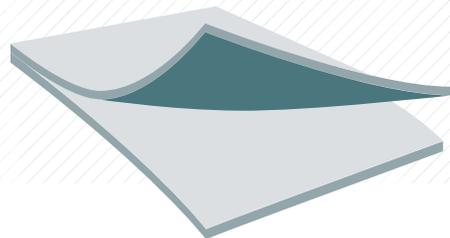
La sopravvivenza a 5 anni (23%) è molto più alta di quella riscontrata nelle altre macroaree (Figg. 6 e 7), forse anche per la proporzione piuttosto alta di forme non pleuriche.

Per chi si ammala di mesotelioma la probabilità di morire per il tumore stesso è alta in tutte le fasce di età, mentre il contributo delle altre cause di morte è quasi irrilevante se non nei tumori diagnosticati in età avanzata, per i quali in ogni caso la probabilità complessiva di sopravvivenza è pressoché nulla (Fig. 8).

Essendo un tumore raro con sopravvivenza bassa, la prevalenza è molto bassa: si stima che 8 uomini e 1 donna vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di mesotelioma nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig. 9).

I NUMERI DEL MESOTELIOMA

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



BT

Incidenza

5

uomini

scoprono di avere la malattia

- ⬇ il 51% in meno rispetto all'Italia*
- ⬇ il 34% in meno rispetto al Sud*.

Incidenza

1

donna

scopre di avere la malattia

- ⬇ il 42% in meno rispetto all'Italia*,
- ⬆ l'11% in più rispetto al Sud*.

APC Incidenza

7.6 %

l'andamento dell'**inci-**
denza della malattia è
in aumento



Mortalità

4

uomini

non ce la fanno

- ⬇ il 64% in meno rispetto all'Italia*,
- ⬇ il 43% in meno rispetto al Sud*.

Mortalità

2

donne

non ce la fanno

- ⬇ il 32% in meno rispetto all'Italia*,
- ⬆ il 24% in più rispetto al Sud*.

APC Mortalità

2.5 %

l'andamento della
mortalità dalla malattia è
in aumento



Prevalenza

7

uomini

convivono con la malattia*

Prevalenza

1

donna

convive con la malattia*

Sopravvivenza netta

23 %

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

8% al Centro-Nord
9% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	12	10	2	
Percentuale sul totale	0,3	0,5	0,1	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	1,5	2,6	0,5	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	1,3	2,2	0,5	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,1	0,2	0,0	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	11	8	3	
Percentuale sul totale	0,7	0,9	0,5	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	1,4	2,1	0,8	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	1,1	1,6	0,6	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,1	0,1	0,1	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
(¹)per centomila abitanti

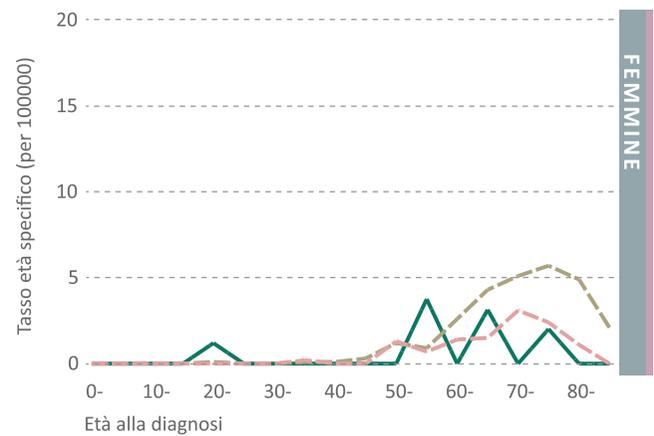
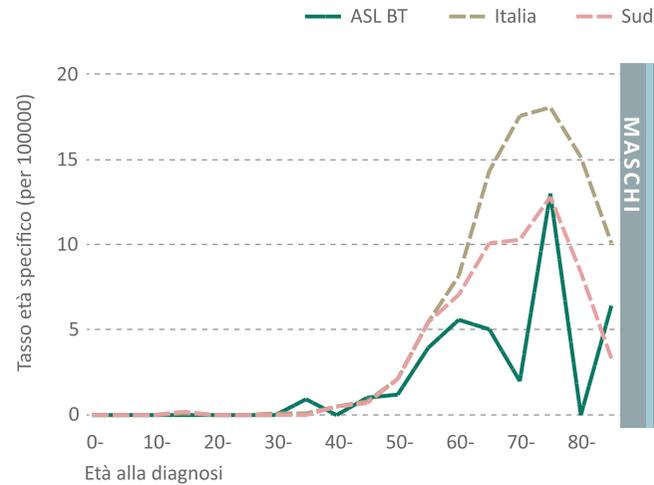


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

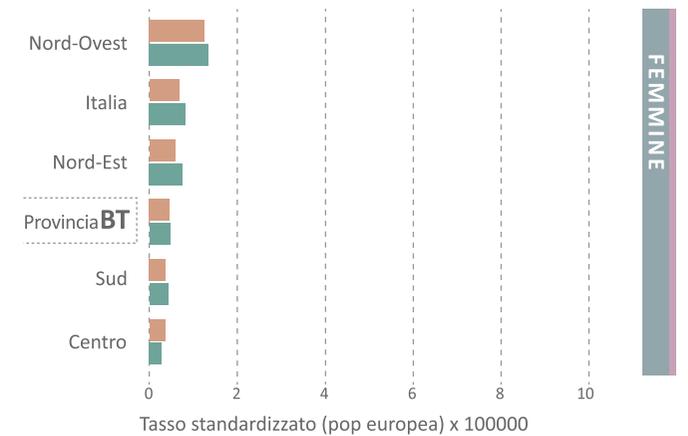
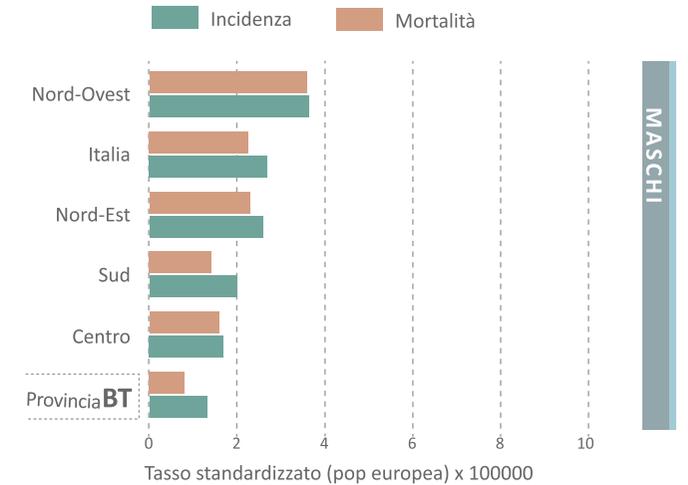


Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

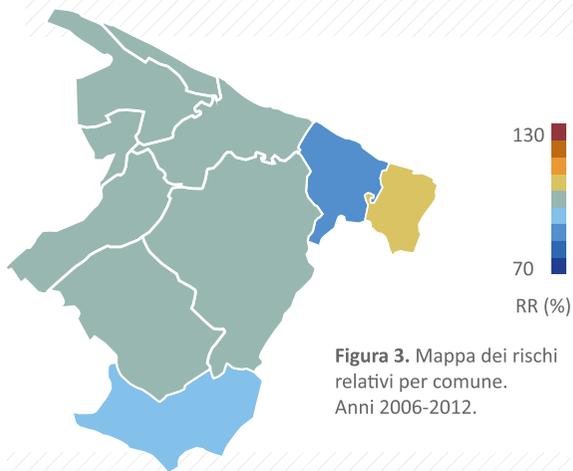


Figura 3. Mappa dei rischi relativi per comune. Anni 2006-2012.

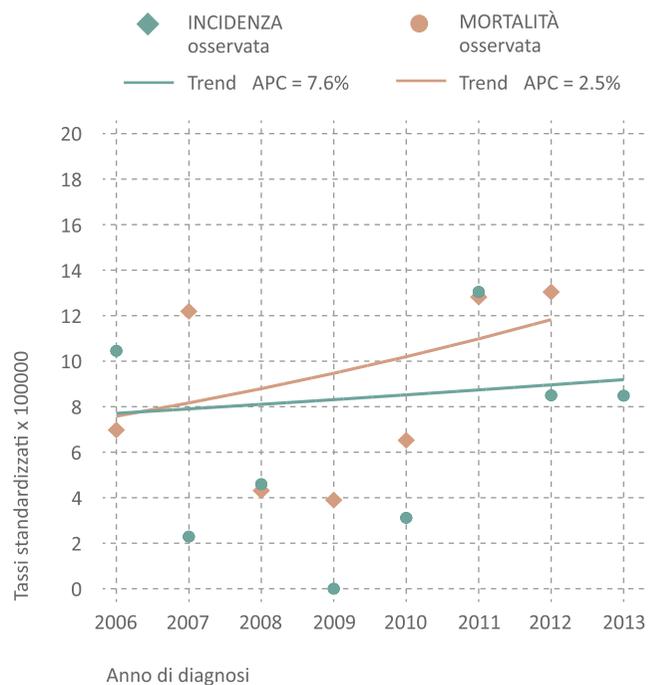


Figura 4. Andamento temporale dei tassi standardizzati. Incidenza: anni 2006-2012. Mortalità: anni 2006-2013.

SOTTOSEDE	N	%
Pericardio	1	3,7
Peritoneo	3	11,1
Pleura	22	81,5
Tunica vaginale del testicolo	1	3,7

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.

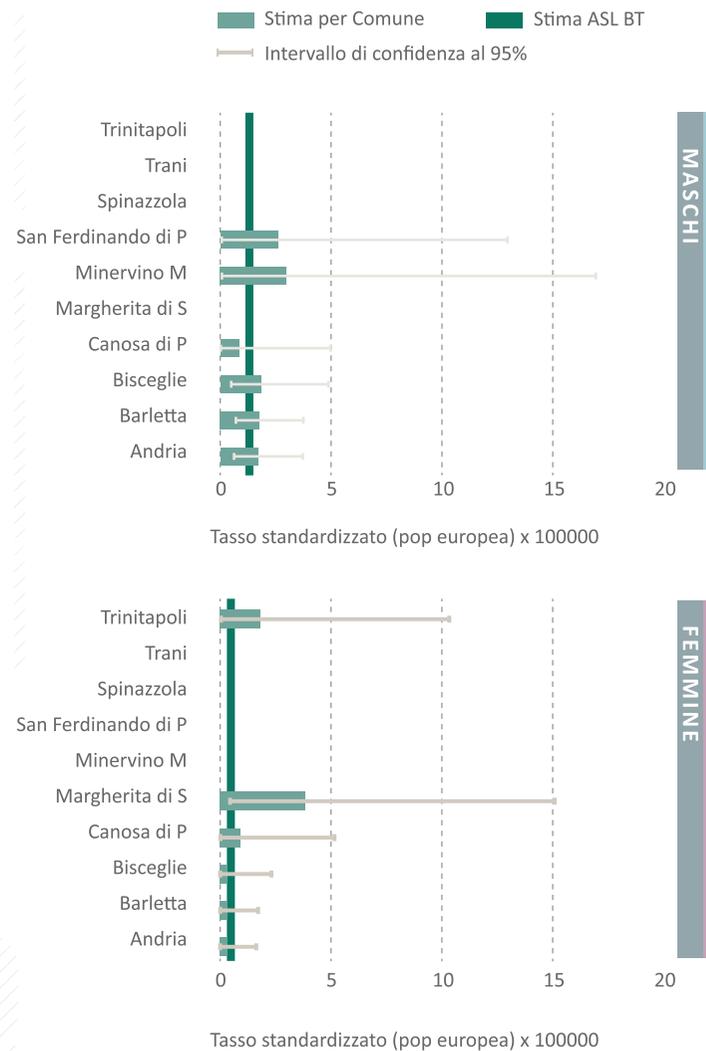


Figura 5. Tassi standardizzati di incidenza per Comune. Anni 2006-2012.



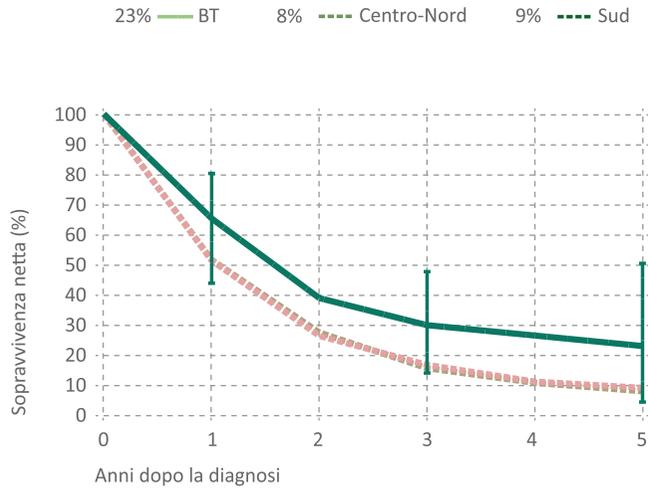


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

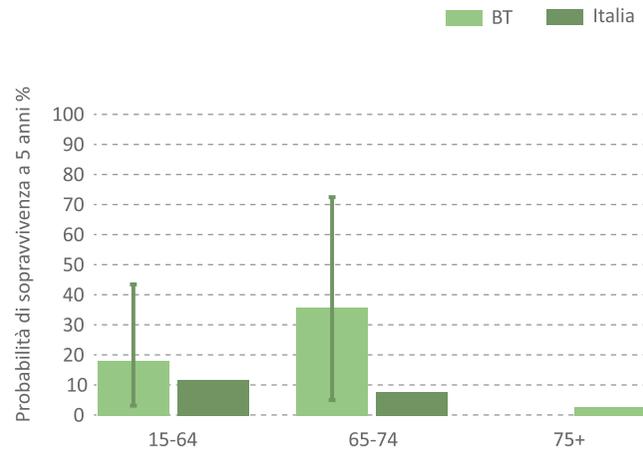


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

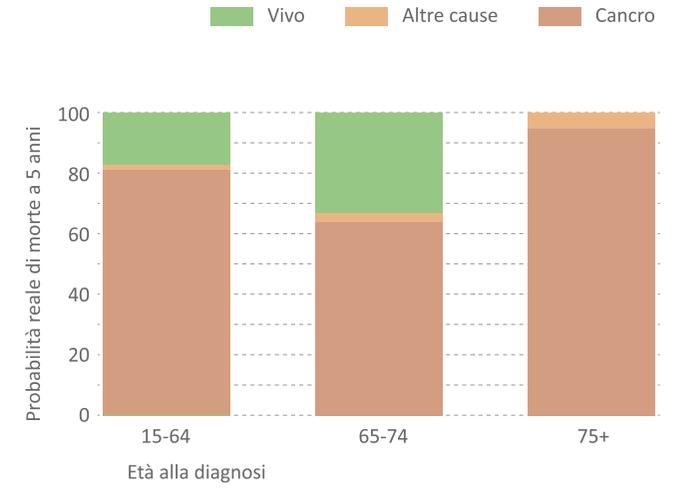
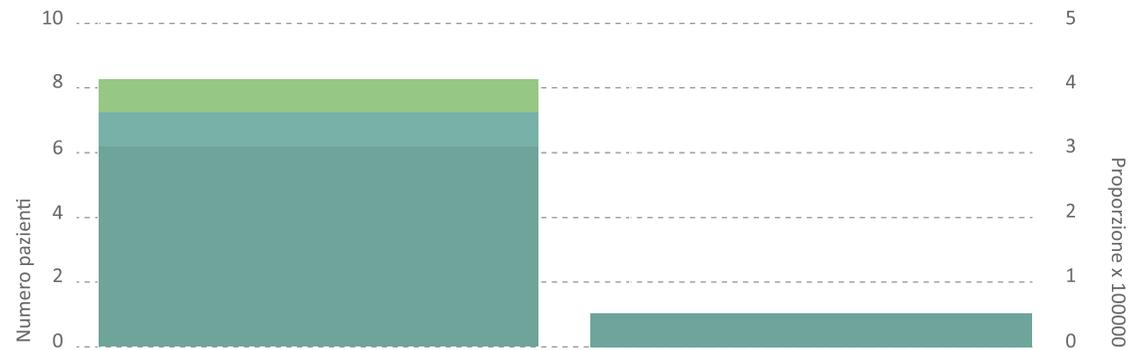


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

MASCHI			FEMMINE		
anni	N	%*	anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	1	0,1	Da 5 a meno di 10	1	0,1
Da 2 a meno di 5	1	0,1	Da 2 a meno di 5	0	0
Da 0 a meno di 2	6	0,4	Da 0 a meno di 2	0	0

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

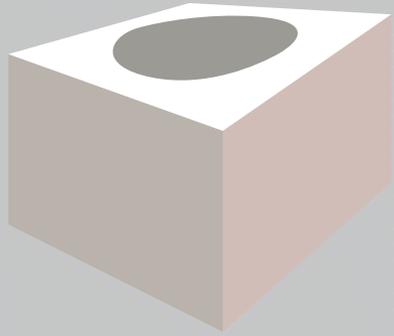
* Rispetto al totale dei casi prevalenti





appunti e annotazioni 





Melanoma cutaneo

SCHEDA 12

Sedi ICD-O-3:
C44

Morfologie ICD-O-3:
M8720-8790

I fattori di rischio comprendono quelli genetici e fenotipici (fototipo chiaro, numero di nevi totali e displasici, storia familiare, alterazioni geniche) e ambientali (in primis esposizione a radiazioni ultraviolette naturali e artificiali). La diagnosi precoce attraverso l'autodiagnosi e le visite dermatologiche con dermatoscopia in caso di sospetto possono migliorare la prognosi e rendere il melanoma cutaneo una patologia curabile.

Nella provincia BAT nel biennio 2011-2012 sono stati registrati 112 nuovi casi di melanoma della cute (60 negli uomini e 52 nelle donne) a fronte dei 98 casi del biennio precedente (57 uomini e 41 donne). Il tasso grezzo di incidenza è pari a 15,5 per 100.000 negli uomini e 13,1 per 100.000 nelle donne e quello standardizzato rispettivamente 13,5 e 11,8 per 100.000. Nello stesso periodo si sono registrati 29 decessi (16 negli uomini e 13 nelle donne), per un

tasso grezzo di 4,1 per 100.000 negli uomini e 3,3 per 100.000 nelle donne e uno standardizzato di 3,2 e 2,4 (Tab.1).

L'incidenza nella provincia BAT in entrambi i sessi è più alta di quella riscontrata al sud (e negli uomini anche rispetto al centro), ma più bassa rispetto alle restanti macroaree italiane (Figg. 1 e 2). Tra le sottosedi prevale la cute del tronco e l'istotipo più frequente è quello a diffusione superficiale (52%), seguito dal nodulare (20%) (Tab.2).

Nella mappa dei rischi relativi si osserva il valore più alto a Bisceglie, seguita da Trani (Fig. 3); tale rilievo trova conferma nel confronto tra i tassi standardizzati di incidenza per sesso e comune (Fig. 5).

L'incidenza è in aumento statisticamente significativo (6% annuo), mentre la mortalità è stabile (Fig. 4).

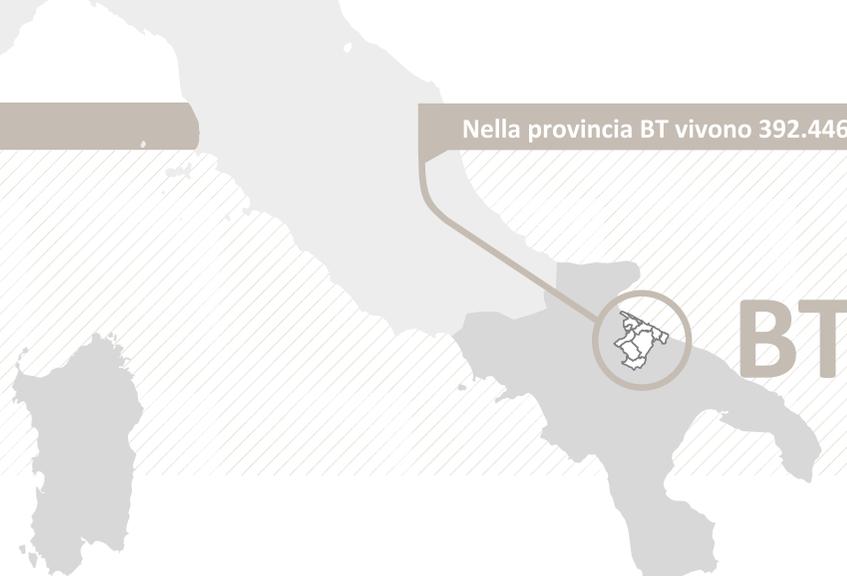
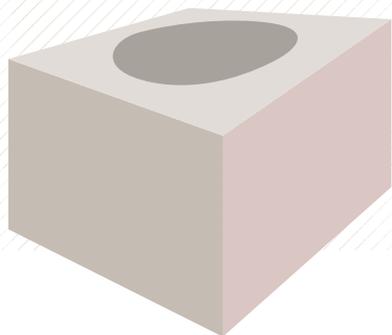
La sopravvivenza a 5 anni (78%), è decisamente più bassa di quella delle altre aree di confronto (centro-nord 88% e sud 81%) (Fig. 6), facendo pensare a un difetto nella diagnosi precoce.

La probabilità reale di morte è relativamente bassa per i melanomi cutanei diagnosticati in età giovanile, mentre aumenta negli anziani, nei quali, oltre alla probabilità di morire per il tumore stesso, aumenta anche quella di morire per cause diverse.

Per quanto riguarda la prevalenza si stima che 186 uomini e 164 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di melanoma cutaneo nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig. 9); tale dato è in aumento rispetto al biennio precedente per il contestuale aumento di incidenza e sopravvivenza.

I NUMERI DEL MELANOMA CUTANEO

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



BT

Incidenza

30

uomini

scoprono di avere la malattia

- ⬆ il 4% in più rispetto all'Italia*,
- ⬆ il 73% in più rispetto al Sud*.

Incidenza

26

donne

scoprono di avere la malattia

- ⬇ il -13% in meno rispetto all'Italia*,
- ⬆ il 50% in più rispetto al Sud*.

APC Incidenza

6.3 %

l'andamento dell'**incidenza** della malattia è in aumento



Mortalità

8

uomini

non ce la fanno

- ⬆ il 36% in più rispetto all'Italia*,
- ⬆ il 68% in più rispetto al Sud*.

Mortalità

7

donne

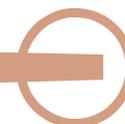
non ce la fanno

- ⬆ il 42% in più rispetto all'Italia*,
- ⬆ il 65% in più rispetto al Sud*.

APC Mortalità

-0.3 %

l'andamento della **mortalità** dalla malattia è stabile



Prevalenza

118

uomini

convivono con la malattia*

Prevalenza

100

donne

convivono con la malattia*

Sopravvivenza netta

78 %

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

88% al Centro-Nord
81% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	112	60	52	
Percentuale sul totale	3,1	3,0	3,3	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	14,3	15,5	13,1	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	12,5	13,5	11,8	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,0	1,2	0,9	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	29	16	13	
Percentuale sul totale	1,8	1,7	2,0	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	3,7	4,1	3,3	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	2,8	3,2	2,4	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,2	0,3	0,2	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

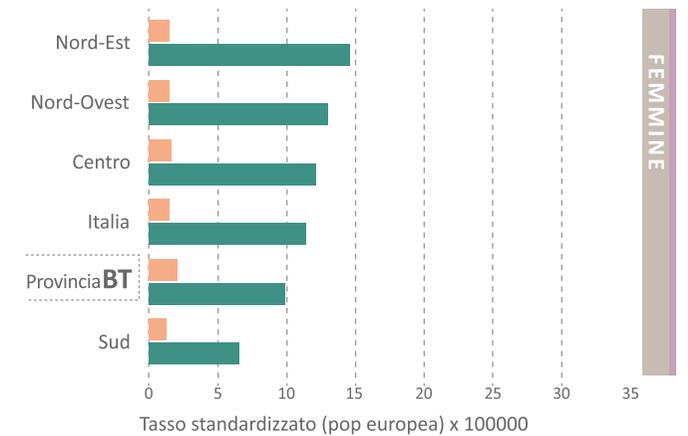
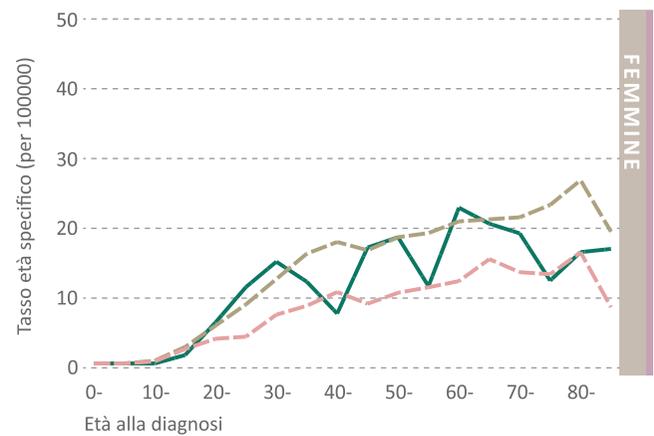
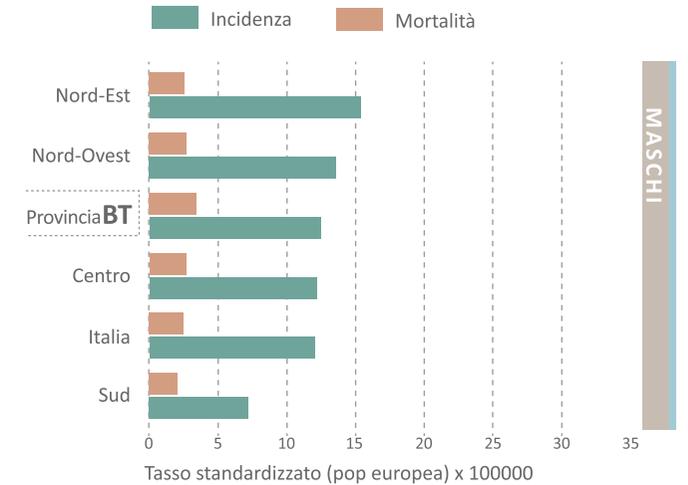
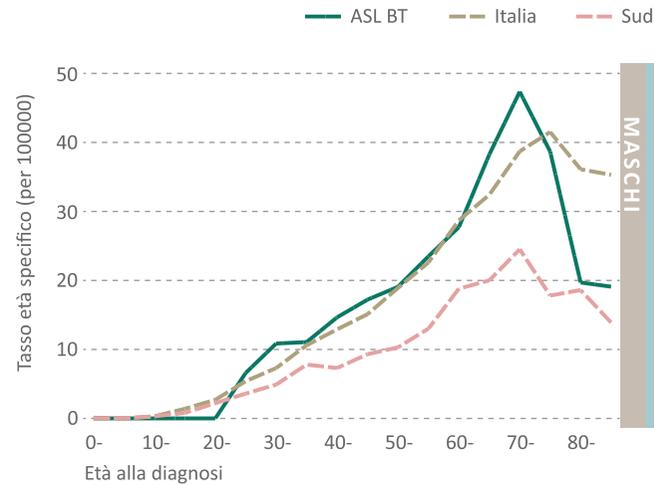


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

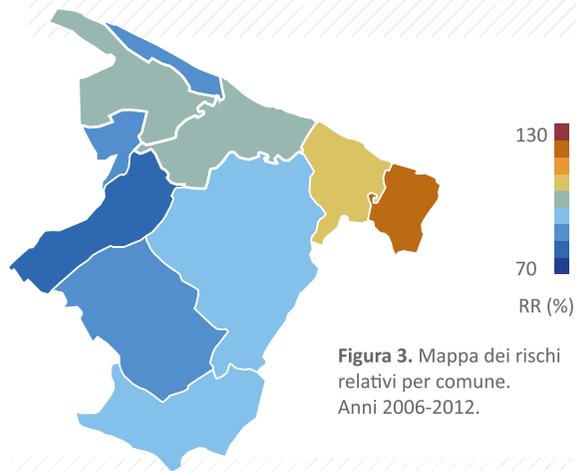


Figura 3. Mappa dei rischi relativi per comune. Anni 2006-2012.

GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Melanoma diffusione superficiale	176	52,1
Melanoma nodulare	67	19,8
Acralle lentiginoso	3	0,9
Lentigo maligna	2	0,6
Altre morfologie	60	17,8
Melanoma NAS	30	8,9

SOTTOSEDE	N	%
Cute del tronco	150	44,4
Cute dell'arto inferiore e anca	71	21,0
Cute dell'arto superiore e spalla	47	13,9
Cute della testa e del collo	11	3,3
Orecchio esterno	4	1,2
Cute di altre parti della faccia	12	3,6
Lesione sconfinante della cute	4	1,2
Non specificato	39	11,5

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.

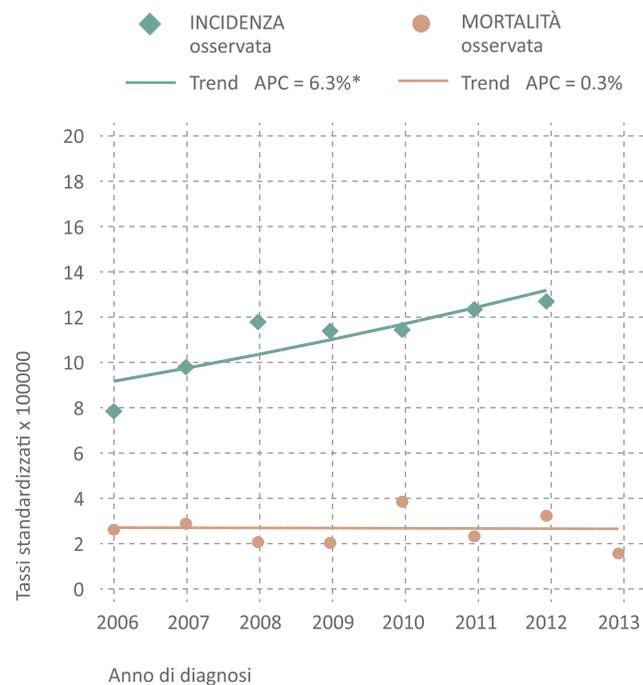


Figura 4. Andamento temporale dei tassi standardizzati. Incidenza: anni 2006-2012. Mortalità: anni 2006-2013.

*Dato statisticamente significativo.

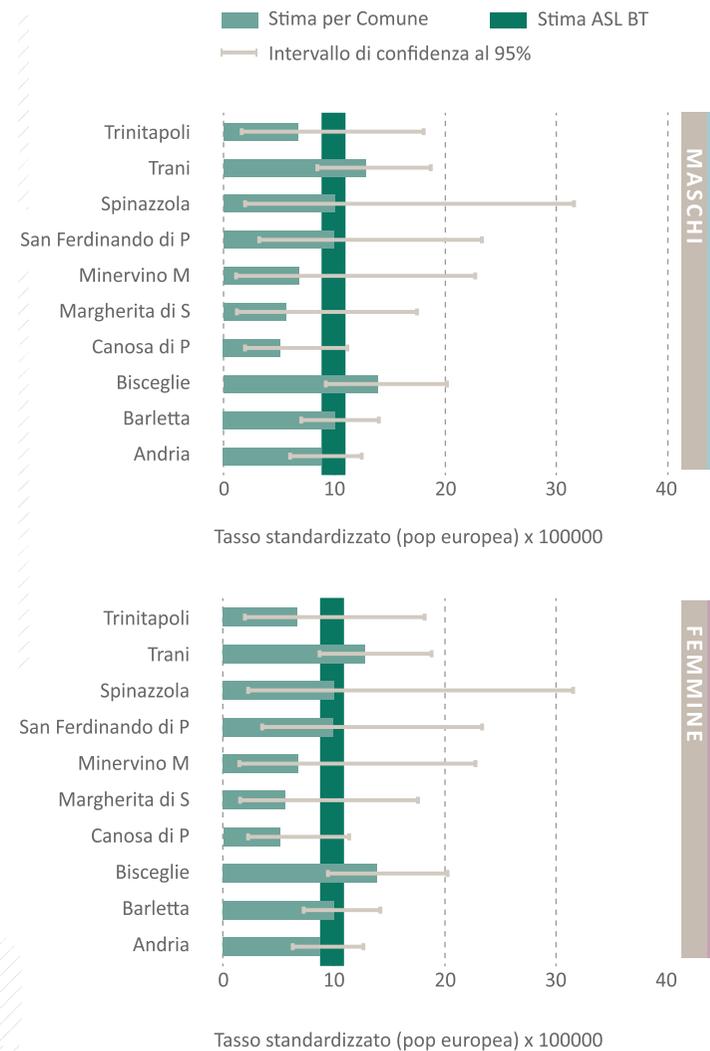


Figura 5. Tassi standardizzati di incidenza per Comune. Anni 2006-2012.



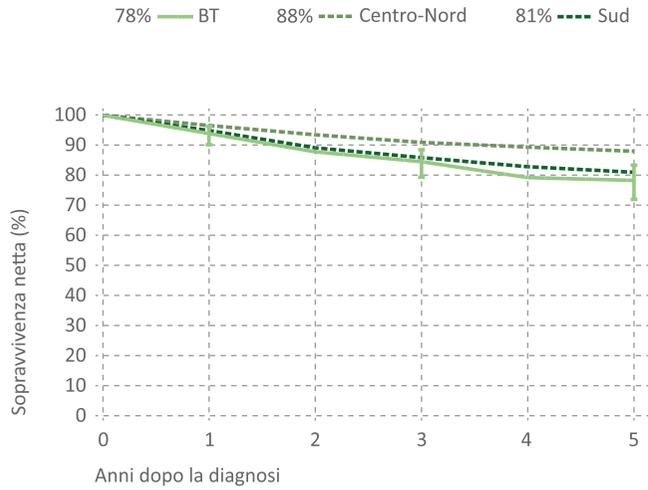


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

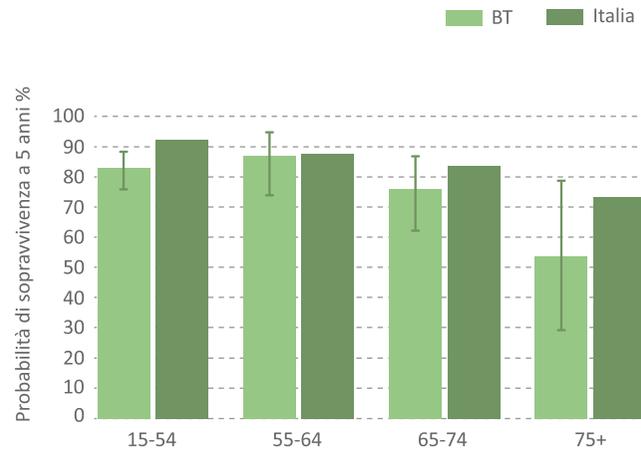


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

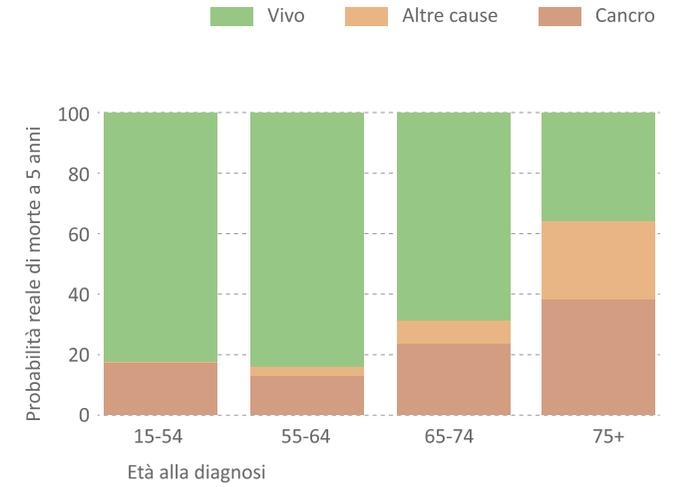


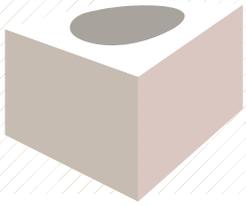
Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

MASCHI			FEMMINE		
anni	N	%*	anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	68	4,8	Da 5 a meno di 10	64	3,8
Da 2 a meno di 5	64	4,3	Da 2 a meno di 5	51	3,3
Da 0 a meno di 2	54	3,9	Da 0 a meno di 2	49	4

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti





appunti e annotazioni 

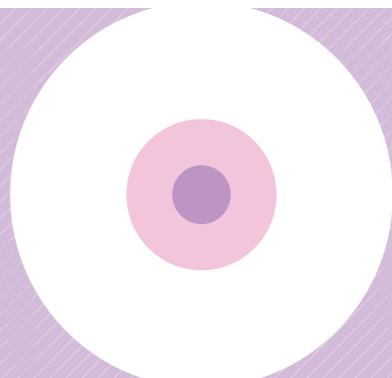


SCHEDA 13

Sedi ICD-O-3: C50

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

Mammella femminile



Nella provincia BT negli anni 2011-2012 sono stati registrati 477 casi di tumore maligno della mammella nelle donne corrispondenti a un tasso grezzo di incidenza di 120,2 per 100.000 e a un tasso standardizzato di 97,9 per 100.000. Nello stesso periodo sono decedute per tumore mammario 126 donne, per un tasso grezzo di 31,8 per 100.000 e un tasso standardizzato di 22,4 per 100.000 (Tab.1).

L'incidenza nella provincia BT è un po' più alta di quella riscontrata al sud, allineata a quella del centro e un po' più bassa di quella delle macroaree del nord e la mortalità è in linea con quella italiana (Figg. 1 e 2). L'istotipo più frequente è il carcinoma duttale (78%), seguito dal lobulare (9%), mentre il quadrante più interessato è il supero-esterno (35%) (Tab.2).

La mappa dei rischi relativi mostra una certa variabilità in assenza di un pattern definito (Fig. 3), con una incidenza leggermente più alta nei comuni di Minervino Murge, Trinitapoli e Bisceglie e più bassa a Spinazzola (Fig. 5).

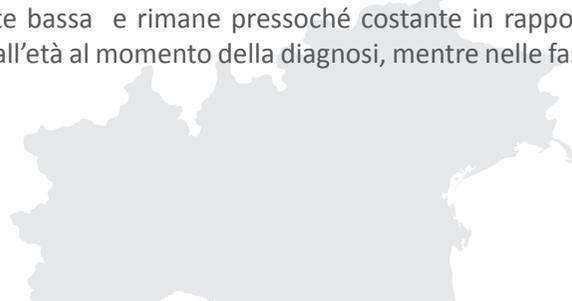
L'incidenza e la mortalità sono stabili nei periodi temporali esaminati (Fig. 4).

La sopravvivenza a 5 anni (84%) è in linea con quella riscontrata nel sud (85%), ma più bassa di quella del centro-nord (88%) (Fig. 6).

Per chi si ammala di tumore della mammella la probabilità di morire per il tumore stesso è relativamente bassa e rimane pressoché costante in rapporto all'età al momento della diagnosi, mentre nelle fasce

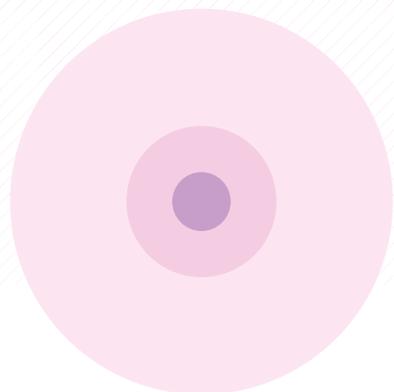
avanzate è superata dalla probabilità di morire per altre cause (Fig. 8).

Essendo un tumore frequente con sopravvivenza alta, si ha una prevalenza elevata: si stima che 1776 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore della mammella nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig.9).



I NUMERI DELLA MAMMELLA FEMMINILE

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



BT

Incidenza

239

donne
scoprono di avere la malattia

- ⬇ il 9% in meno rispetto all'Italia*
- ⬆ il 13% in più rispetto al Sud*

APC Incidenza

-0.6%

l'andamento dell'**inci-**
denza della malattia è
stabile

Mortalità

63

donne
non ce la fanno

- ⬆ il 3% in più rispetto all'Italia*,
- ⬆ l'11% in più rispetto al Sud*.

APC Mortalità

0.8%

l'andamento della
mortalità dalla malattia è
stabile

Prevalenza

1080

donne
convivono con la malattia*

Sopravvivenza netta

84%

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

88% al Centro-Nord
85% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



	F	INCIDENZA
Numero casi	477	
Percentuale sul totale	29,9	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	120,2	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	97,9	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	7,4	

	F	MORTALITÀ
Numero decessi	126	
Percentuale sul totale	19,8	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	31,8	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	22,4	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,7	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

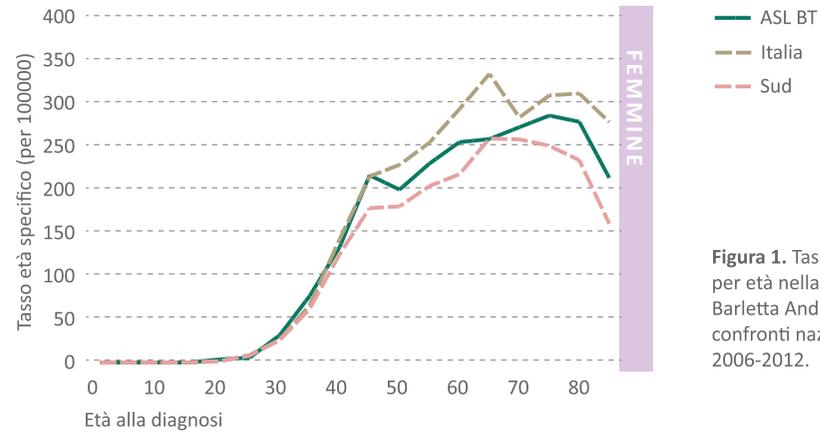


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

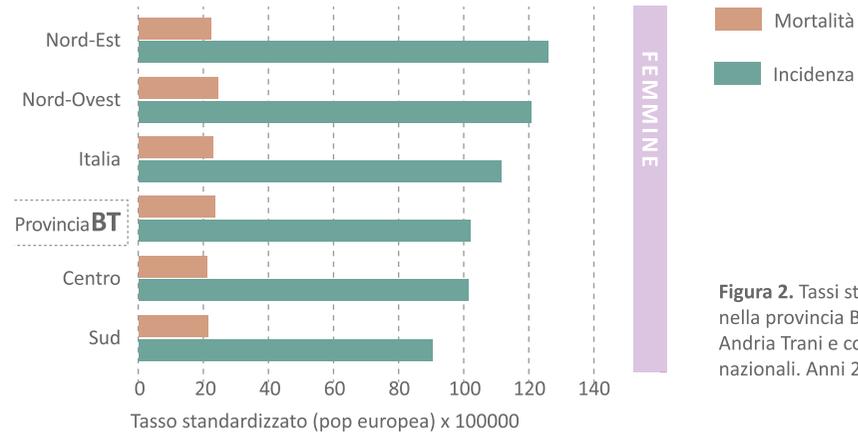
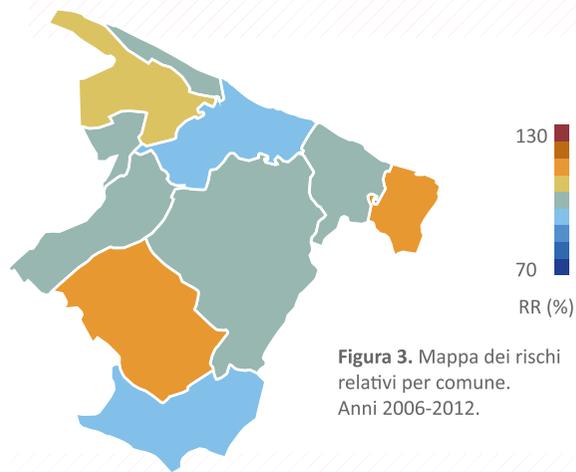


Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Carcinoma duttale	1258	77,6
Ca. lobulare	142	8,8
Ca. mucinoso	26	1,6
Ca. papillare	15	0,9
Ca. tubulare	26	1,6
Carcinoma NAS	15	0,9
Altre morfologie	129	8,0
Non Specificato	10	0,6

SOTTOSEDE	N	%
Quadrante infero-esterno	94	5,6
Quadrante infero-interno	86	5,1
Quadrante supero-esterno	586	35,1
Quadrante supero-interno	200	12,0
Prolungamento ascellare	6	0,4
Parte centrale	128	7,7
Capezzolo	18	1,1
Lesione sconfinante	117	7,0
Non specificato	435	26,0

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.

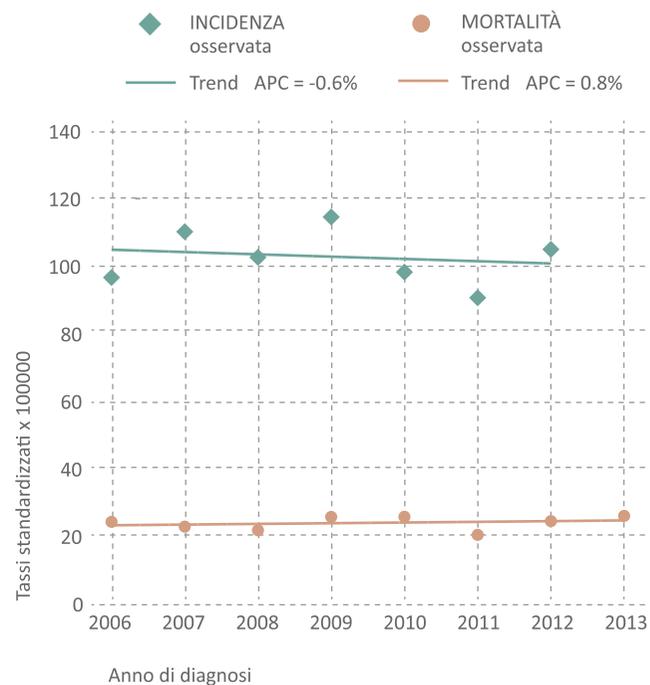


Figura 4. Andamento temporale dei tassi standardizzati. Incidenza: anni 2006-2012. Mortalità: anni 2006-2013.

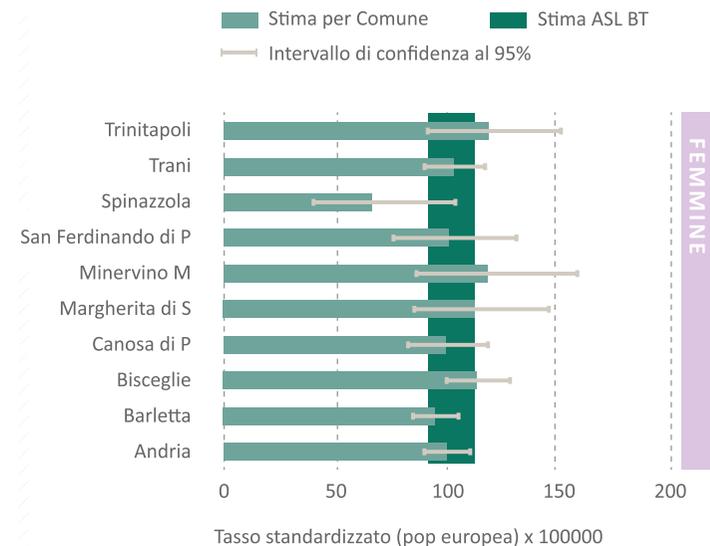


Figura 5. Tassi standardizzati di incidenza per Comune. Anni 2006-2012.



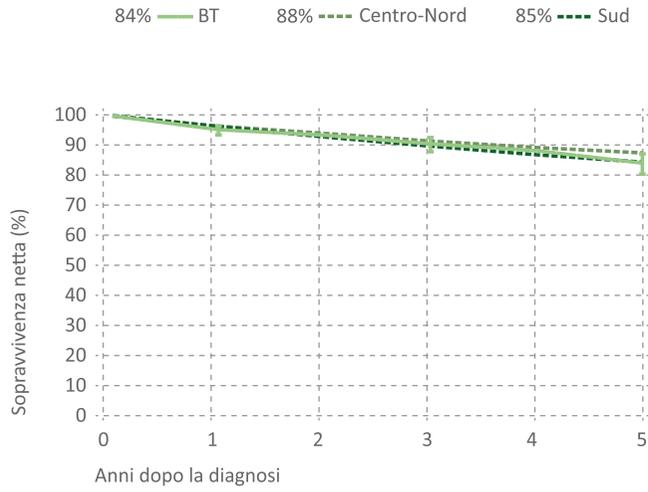


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

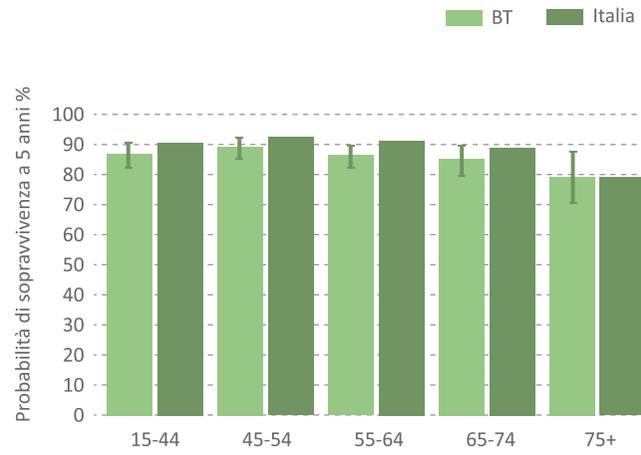


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

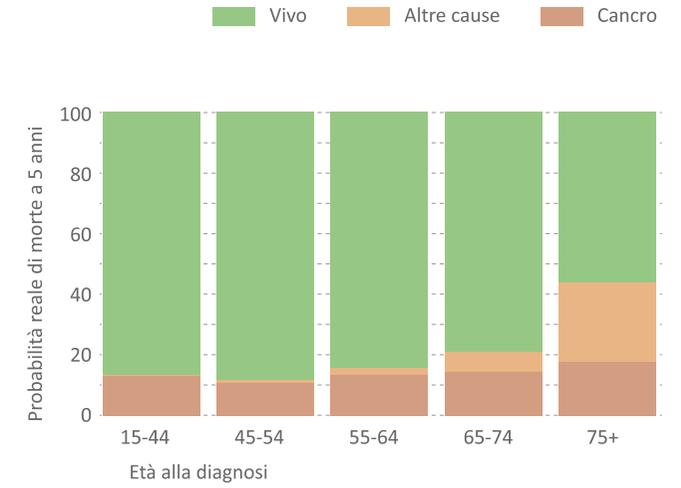


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

FEMMINE

anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	696	41,2
Da 2 a meno di 5	624	39,8
Da 0 a meno di 2	456	37,2

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

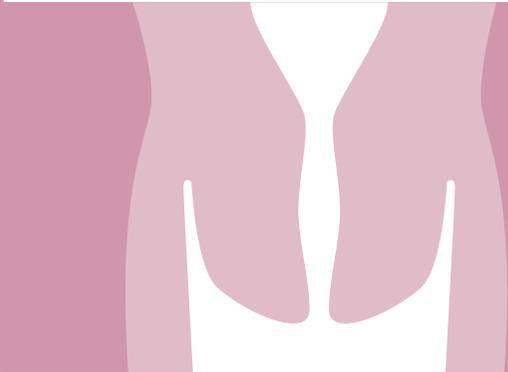
* Rispetto al totale dei casi prevalenti





appunti e annotazioni 





Collo dell'utero

SCHEDA 14

Sedi ICD-O-3: C53

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

Il tumore del collo dell'utero riconosce nell'infezione da parte dei sottotipi ad alto rischio oncogeno dello Human Papilloma Virus (HPV) il principale fattore di rischio. Per tale carcinoma esistono dunque pratiche di prevenzione primaria (vaccinazione per i sottotipi oncogeni più frequenti da effettuare in età infantile nel sesso femminile) e secondaria (screening di popolazione attraverso PAP test recentemente integrato dalla ricerca dell'infezione da HPV).

Nella provincia BT negli anni 2011-2012 sono stati registrati tra le donne 26 casi di tumore maligno del collo dell'utero (con una riduzione evidente rispetto ai 38 casi del biennio precedente), corrispondenti a un tasso grezzo di incidenza di 6,6 per 100.000 e a un tasso standardizzato di 5.6 per 100.000 (Tab.1). Dal momento che la mortalità spesso non distingue i decessi attribuiti a tumori del collo dell'utero da

quelli del corpo, le statistiche risultano poco interpretabili e sono riportate a parte per il complesso dei tumori uterini.

L'incidenza di tumore del collo dell'utero nella provincia BT è più alta di quella media italiana e in genere di tutte le macroaree con eccezione del nord ovest, e questo è evidente soprattutto per le donne ultracinquantenni (Figg. 1 e 2). L'istotipo più frequente è il carcinoma squamoso (78%), seguito dall'adenocarcinoma (13%), la sottosede più interessata è l'esocervice (Tab.2). La mappa dei rischi relativi mostra una certa eterogeneità, ma senza un pattern definito (Fig. 3), con una incidenza più alta nel comune di Minervino Murge e più bassa a Canosa di Puglia (Fig. 5).

L'incidenza nel periodo 2006-2012 risulta in lieve aumento non statisticamente significativo, ma negli

ultimi due anni si osserva comunque una riduzione (Fig. 4).

La sopravvivenza a 5 anni (59%) è più bassa di quella riscontrata nelle aree di confronto (sud 64% e centro-nord 70%), facendo pensare a una minore adesione allo screening di popolazione (Fig. 6).

Per le donne che si ammalano di carcinoma del collo dell'utero la probabilità di morire per il tumore stesso aumenta con l'aumentare dell'età alla diagnosi ed è sempre preponderante rispetto alla probabilità di morire per altre cause (Fig. 8).

Per quanto riguarda la prevalenza, si stima che 108 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore invasivo del collo dell'utero nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig.9).

I NUMERI DEL COLLO DELL'UTERO

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



Incidenza

13

donne
scoprono di avere la malattia

- ⬆ il 5% in più rispetto all'Italia*,
- ⬆ il 13% in più rispetto al Sud*.

APC Incidenza

2.7 %

l'andamento dell'**inci-**
denza della malattia è
stabile

Prevalenza

58

donne
convivono con la malattia*

Sopravvivenza netta

59 %

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

70% al Centro-Nord
64% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



	F	INCIDENZA
Numero casi	26	
Percentuale sul totale	1,6	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	6,5	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	5,5	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,4	

Non sono riportati dati di mortalità poiché soggetti a misclassificazione. Si tenga presente che circa 1/3 dei decessi complessivi per tumori dell'utero (cervice, corpo e nas) sono da attribuire alla cervice e i restanti 2/3 al corpo dell'utero. Si rimanda all'apposita scheda che presenta le principali statistiche della mortalità dei tumori dell'utero nella

MORTALITÀ

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.

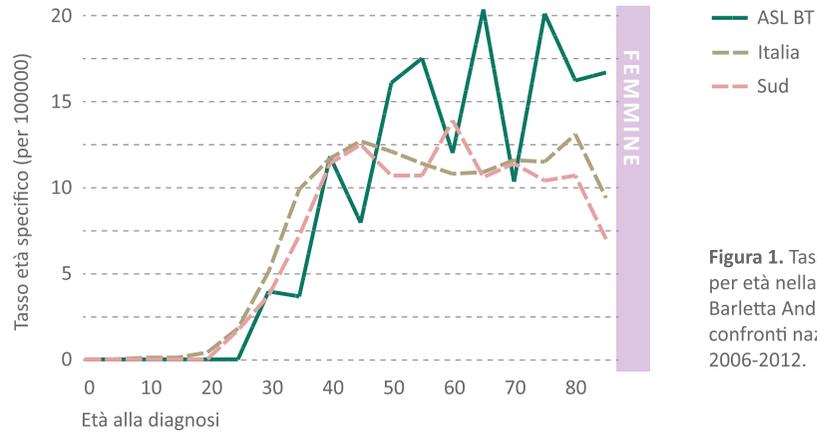


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

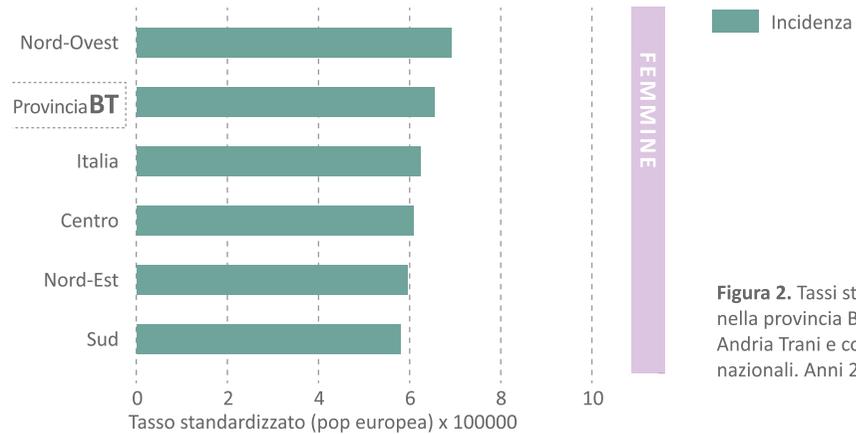
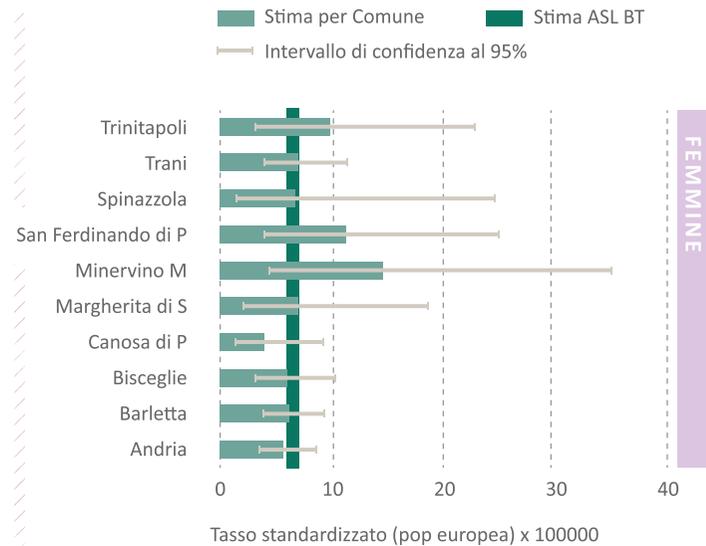
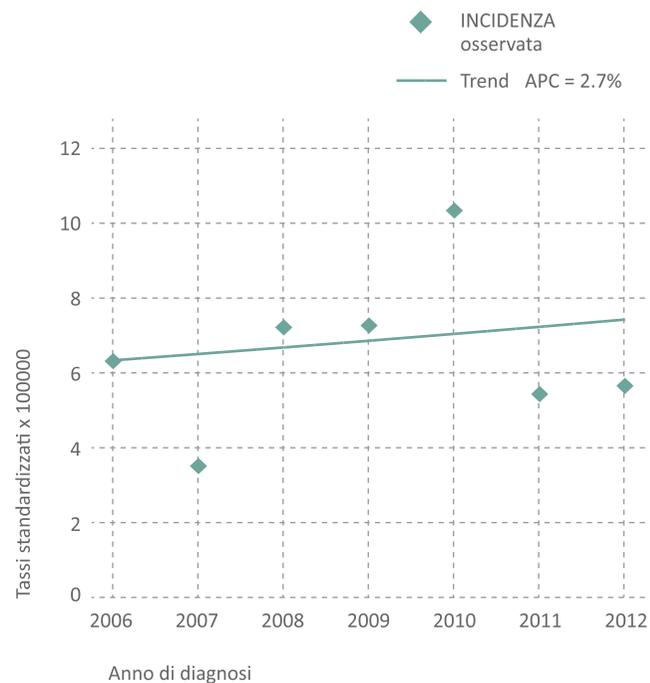
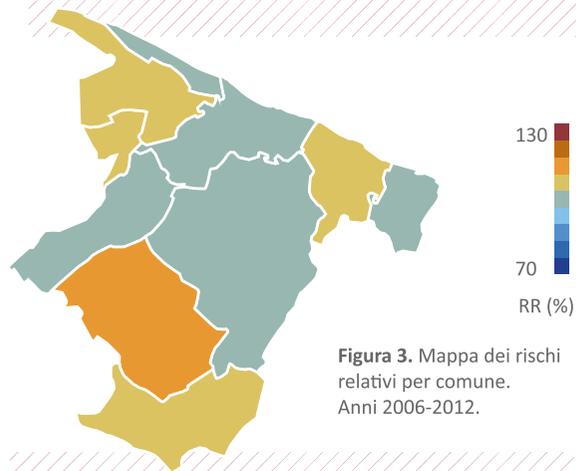


Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Adenocarcinoma		12,7
Ca. squamocellulare		77,5
Carcinoma NAS		4,9
Altri		4,9

SOTTOSEDE	N	%
Endocervice	16	15,1
Esocervice	42	39,6
Lesione sconfinante	5	4,7
Non specificato	43	40,6

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.



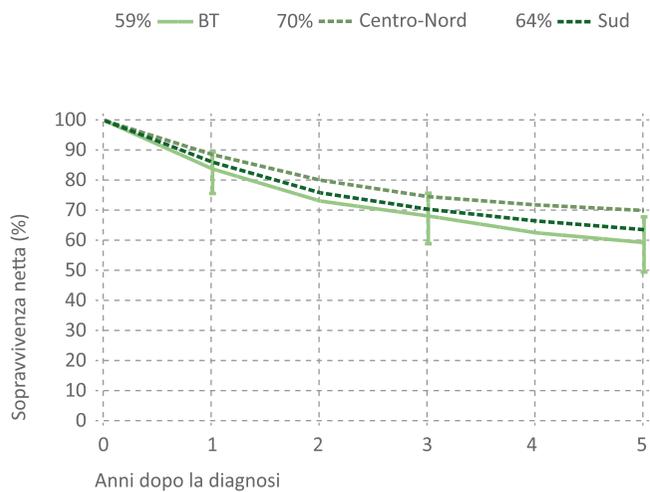


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

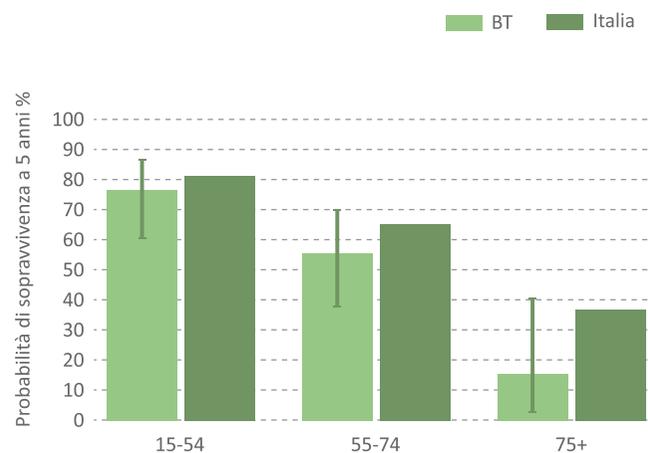


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

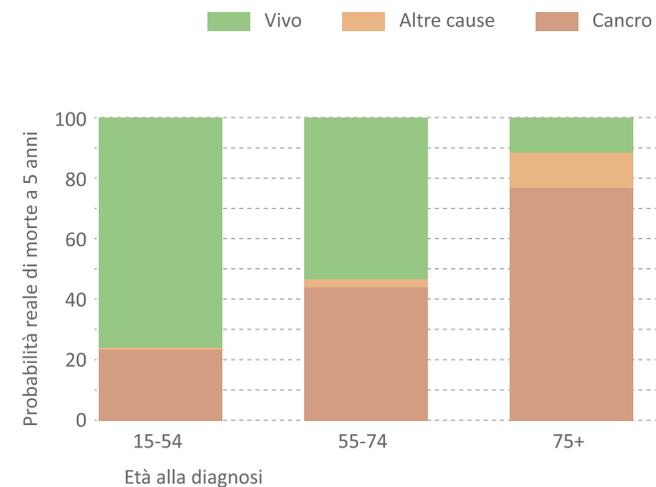


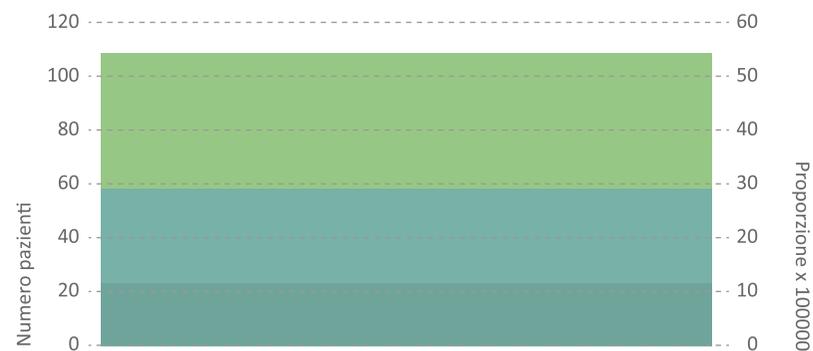
Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

FEMMINE

anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	50	3
Da 2 a meno di 5	35	2,2
Da 0 a meno di 2	23	1,9

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

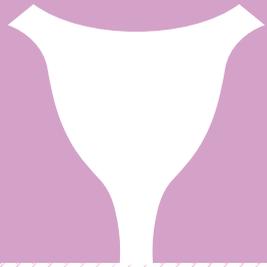
* Rispetto al totale dei casi prevalenti





appunti e annotazioni 





Corpo dell'utero

SCHEDA 15

Sedi ICD-O-3: C54

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

Nella provincia BAT negli anni 2011-2012 sono stati registrati tra le donne 87 casi di tumore maligno del corpo dell'utero corrispondenti a un tasso grezzo di incidenza di 21,9 per 100.000 e a un tasso standardizzato di 17,5 per 100.000 (Tab.1).

Anche in questo caso le statistiche di mortalità risultano poco interpretabili, non distinguendo appropriatamente tra corpo e collo, e sono riportate a parte.

L'incidenza di tumore del corpo dell'utero è piuttosto uniforme nelle macroaree, e nella provincia BAT è in linea con quella media italiana (Fig. 2).

L'istotipo più frequente è l'adenocarcinoma (82%) e la sede di partenza più frequente è l'endometrio (88%) (Tab.2).

Non si riscontrano grandi differenze geografiche intraprovinciali, con una incidenza leggermente più alta nel comune di Minervino Murge (Fig. 3 e 5). L'incidenza nel periodo 2006-2012 è stabile (Fig. 4).

La sopravvivenza a 5 anni (77%) è in linea con quella del centro-nord (78%) e del sud (76%) (Fig. 6).

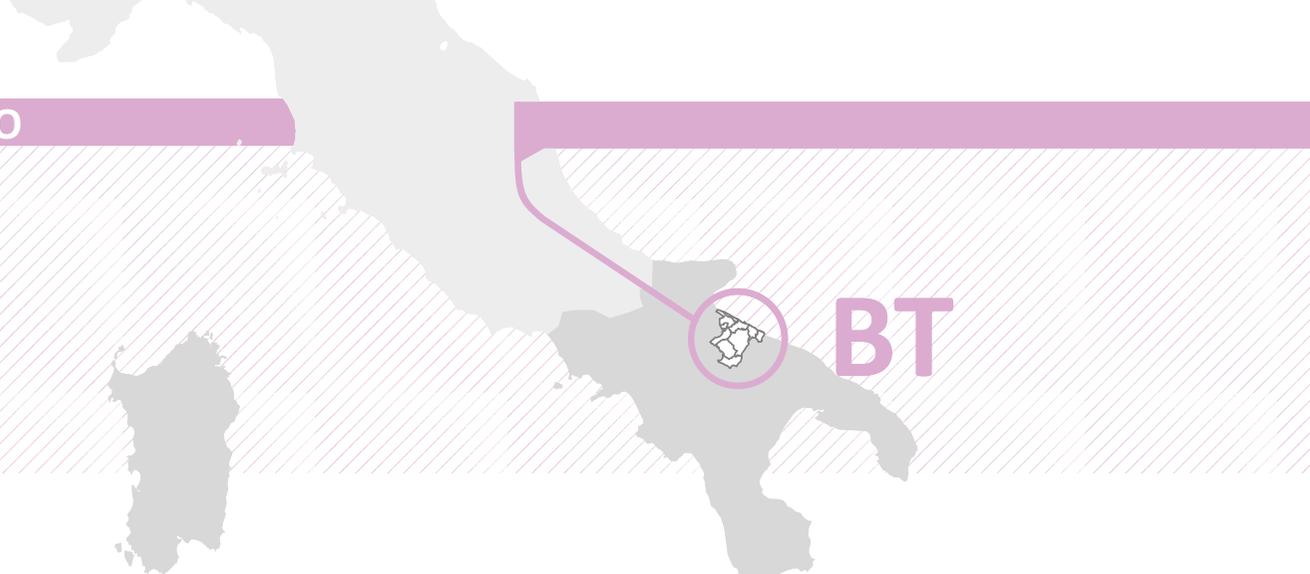
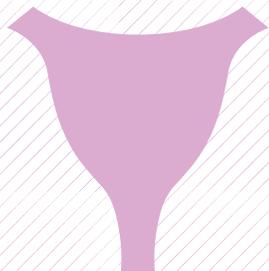
Nelle donne che si ammalano di tumore del corpo dell'utero la probabilità di morire per il tumore stesso aumenta con l'età e tra quelle più anziane assume

un certo rilievo anche la probabilità di morire per altre cause (Fig.8).

Essendo un tumore relativamente frequente con una sopravvivenza medio-alta, la prevalenza è piuttosto elevata: si stima che 299 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore del corpo dell'utero nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig.9).



I NUMERI DEL CORPO DELL'UTERO



BT

Incidenza

44

donne
scoprono di avere la malattia
⬆️ l'1% in più rispetto all'Italia*,
⬆️ il 9% in più rispetto al Sud*.

APC Incidenza

-0.4 %

l'andamento dell'incidenza della malattia è stabile

Prevalenza

179

donne
convivono con la malattia*

Sopravvivenza netta

77 %

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

78% al Centro-Nord
76% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



	F	INCIDENZA
Numero casi	87	
Percentuale sul totale	5,5	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	21,9	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	17,5	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,6	

Non sono riportati dati di mortalità poiché soggetti a misclassificazione. Si tenga presente che circa 1/3 dei decessi complessivi per tumori dell'utero (cervice, corpo e nas) sono da attribuire alla cervice e i restanti 2/3 al corpo dell'utero. Si rimanda all'apposita scheda che presenta le principali statistiche della mortalità dei tumori dell'utero nella provincia BT.

MORTALITÀ

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

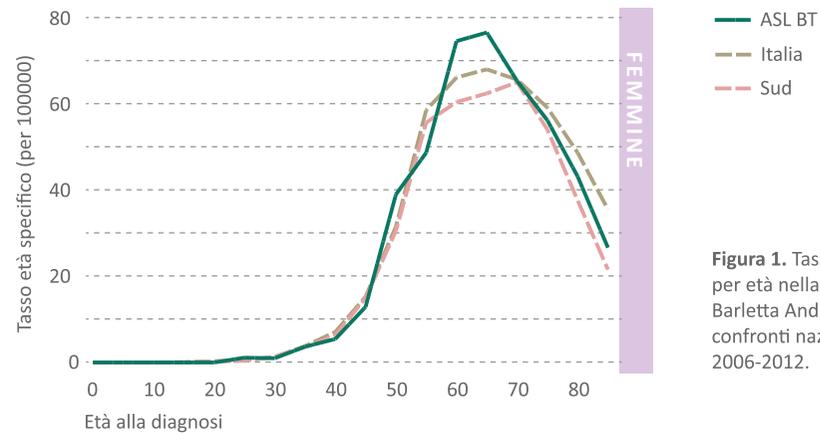


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

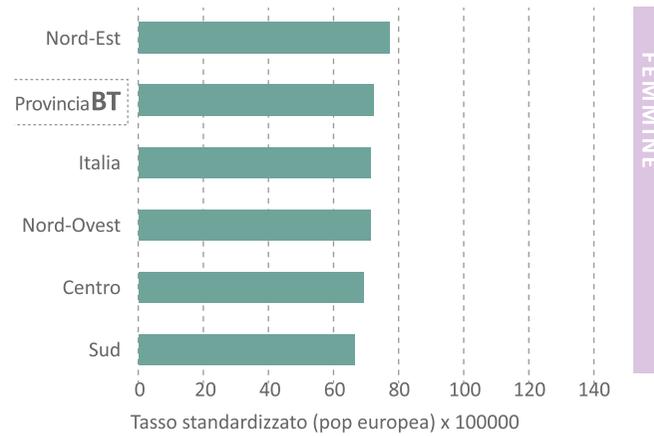
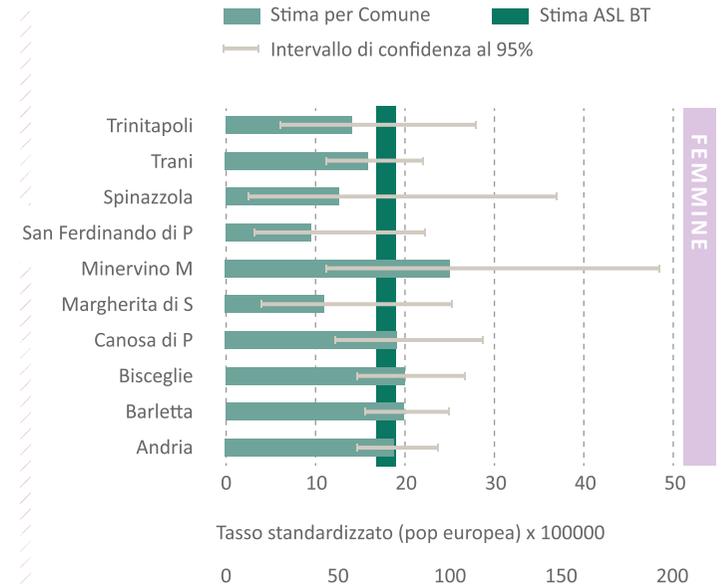
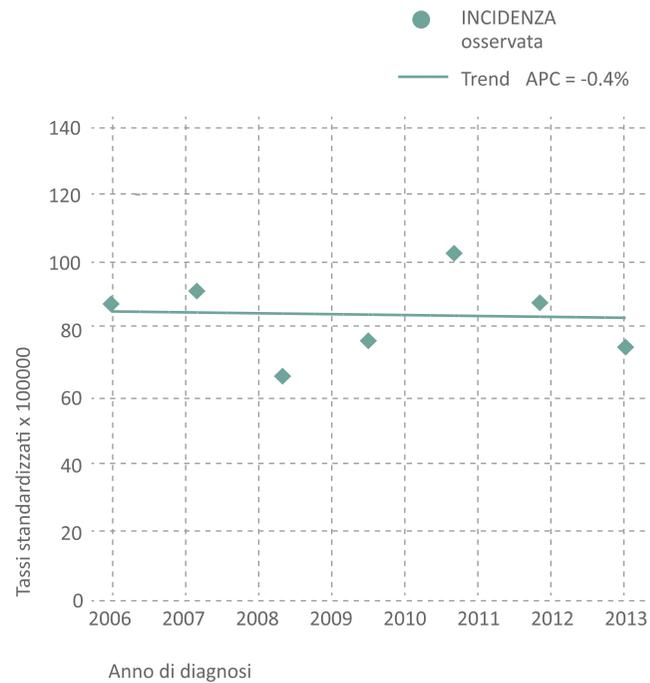
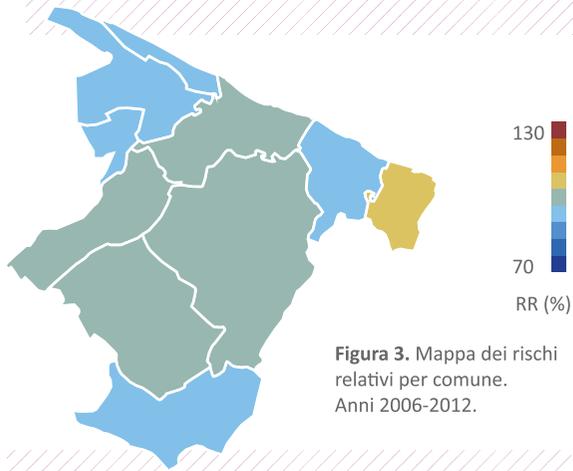


Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Adenocarcinoma	239	82,4
Carcinoma NAS	1	0,3
Sarcoma	22	7,5
Altre morfologie	28	9,6

SOTTOSEDE	N	%
Endometrio	257	87,7
Fondo dell'utero	2	0,6
Istmo uterino	2	0,6
Lesione sconfinante	7	2,3
Miometrio	3	1
Non specificato	22	7,5

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.



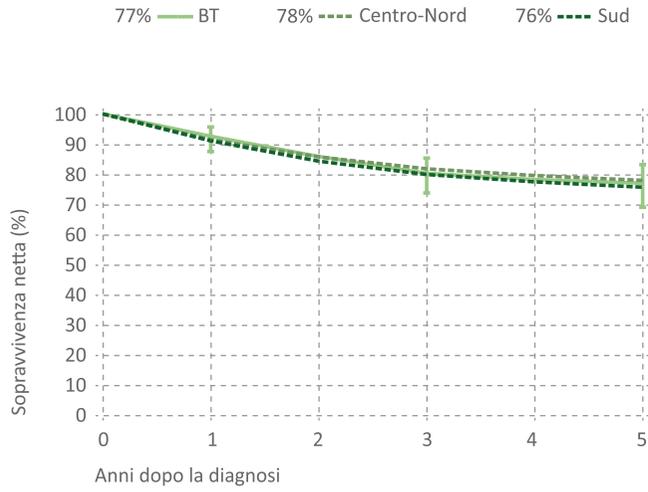


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

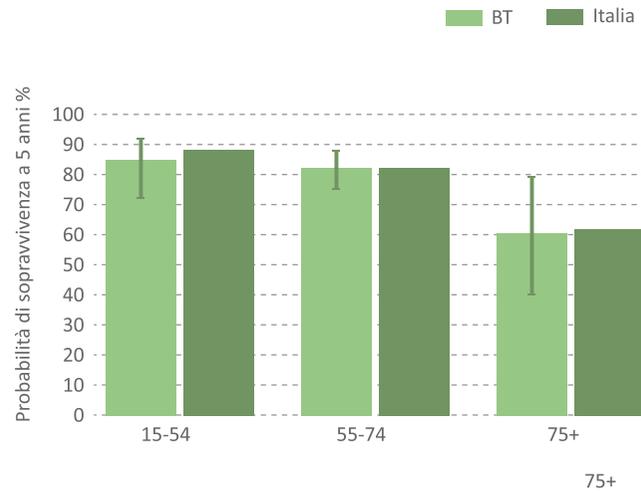


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

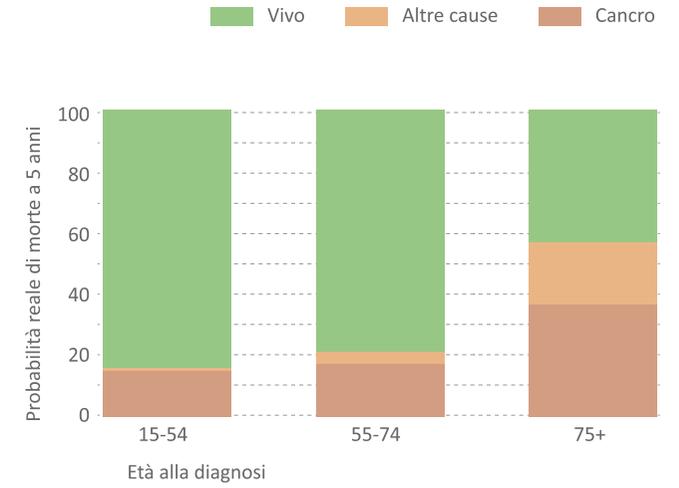


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

FEMMINE

anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	120	7,1
Da 2 a meno di 5	99	6,3
Da 0 a meno di 2	80	6,5

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti



appunti e annotazioni 

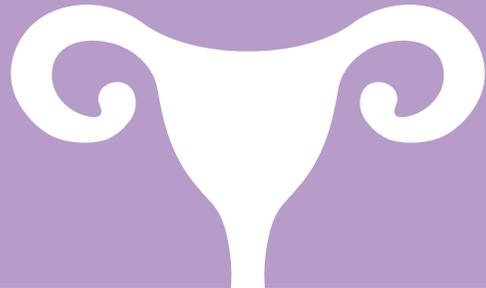


SCHEDA 16

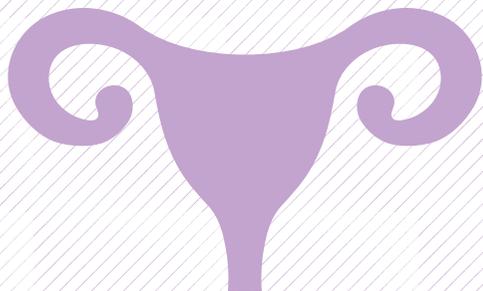
Sedi ICD-O-3: C54

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

Utero



I NUMERI DELL'UTERO



Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



Mortalità

15

donne

non ce la fanno

- ⬆ il 14% in più rispetto all'Italia*,
- ⬆ il 6% in più rispetto al Sud*.

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



Per i tumori dell'utero (cervice uterina, corpo dell'utero e utero non altrimenti specificato) si riportano solo dati di mortalità riferiti alla provincia BT.

Per i dati di incidenza si vedano le schede relative ai tumori della cervice uterina e del corpo dell'utero.

INCIDENZA

	F	MORTALITÀ
Numero decessi	29	
Percentuale sul totale	4,6	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	7,3	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	5,2	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,8	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2009-2010
⁽¹⁾per centomila abitanti

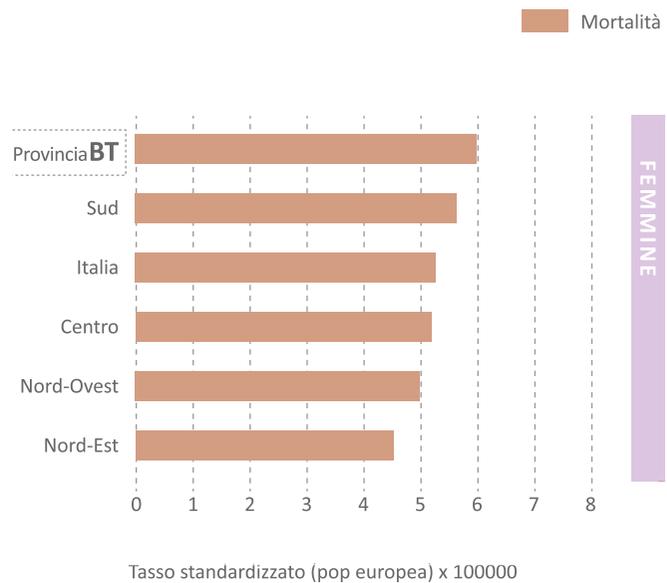


Figura 1. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012

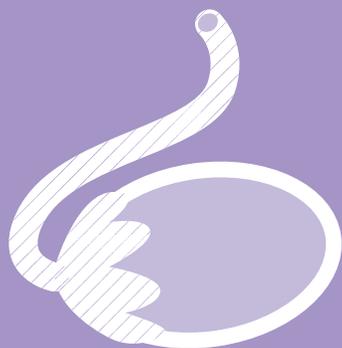


Figura 2. Andamento temporale dei tassi standardizzati di mortalità: anni 2006-2013.

QUESTION

appunti e annotazioni 





Ovaio

SCHEDA 17

Sedi ICD-O-3: C56

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

Nella provincia BAT negli anni 2011-2012 sono stati registrati tra le donne 56 casi di tumore dell'ovaio corrispondenti a un tasso grezzo di incidenza di 14,1 per 100.000 e a un tasso standardizzato di 11,6 per 100.000. Nello stesso periodo si sono verificati 34 decessi con un tasso grezzo di mortalità di 8,6 per 100.000 e uno standardizzato di 6,6 per 100.000 (Tab.1).

I confronti di incidenza e mortalità fra macroaree mostrano una situazione piuttosto omogenea (Fig. 2).

L'istotipo più frequente è il cistoadenocarcinoma serioso (51%), seguito dall'adenocarcinoma endometrioidico (12%) (Tab.2). Non si riscontrano grandi differenze geografiche intraprovinciali, con un'incidenza leggermente più alta nei comuni di Trinitapoli e Canosa di Puglia (Figg. 3 e 5).

Nei periodi esaminati si riscontra una lieve riduzione dell'incidenza e un incremento della mortalità, entrambi non statisticamente significativi (Fig. 4).

La sopravvivenza a 5 anni (30%) è più bassa di quella del centro-nord (40%) e del sud (38%) (Fig. 6).

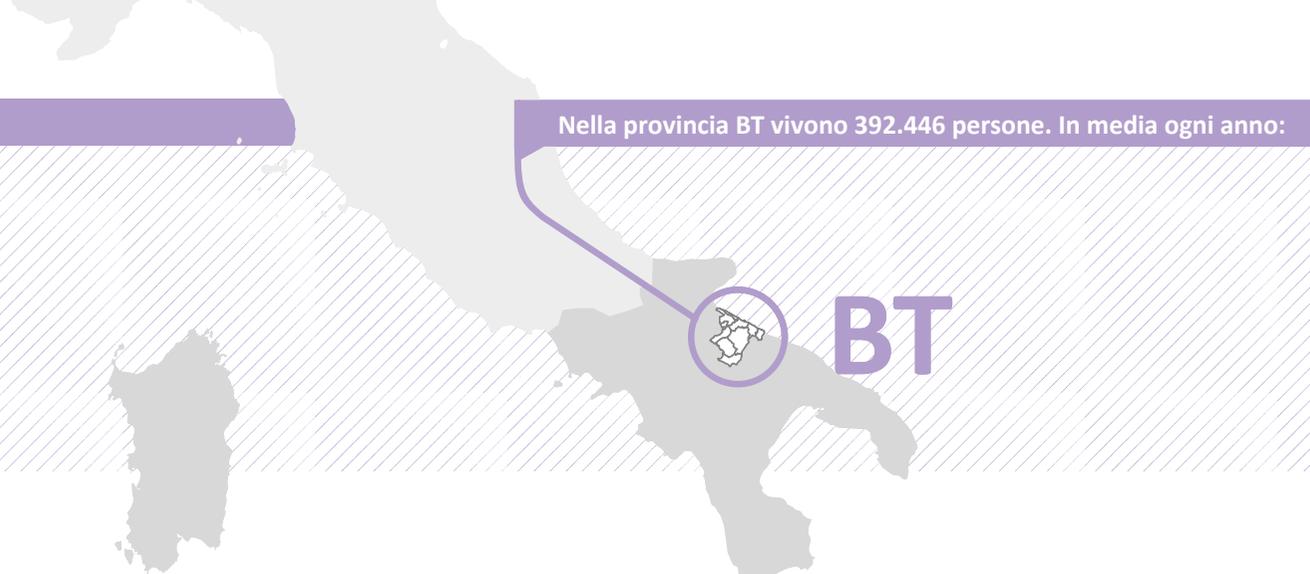
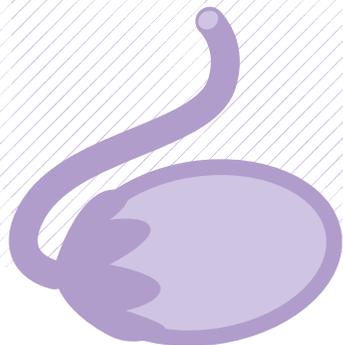
Le donne che si ammalano di tumore dell'ovaio hanno una probabilità piuttosto alta di morire per il tumore stesso e tale probabilità cresce con l'aumentare dell'età alla diagnosi, mentre si mantiene irrilevante il contributo delle cause di morte diverse dal tumore (Fig. 8).

Per quanto riguarda la prevalenza, si stima che 124 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore dell'ovaio nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig.9).



I NUMERI DELL'OVAIO

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



Incidenza

28 **donne** scoprono di avere la malattia
M il **4% in più** rispetto all'Italia*,
M il **11% in più** rispetto al Sud*.

Mortalità

17 **donne** non ce la fanno
L il **13% in meno** rispetto all'Italia*,
L il **2% in meno** rispetto al Sud*.

Prevalenza

80 **donne** convivono con la malattia*

APC Incidenza

-1.1 %

l'andamento dell'**inci-**
denza della malattia è
in riduzione

APC Mortalità

6.9 %

l'andamento della
mortalità dalla malattia è
in aumento

Sopravvivenza netta

30 %

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

40% al Centro-Nord
36% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



	F	INCIDENZA
Numero casi	56	
Percentuale sul totale	3,5	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	14,1	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	11,6	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,9	

	F	MORTALITÀ
Numero decessi	34	
Percentuale sul totale	5,3	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	8,6	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	6,6	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,5	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

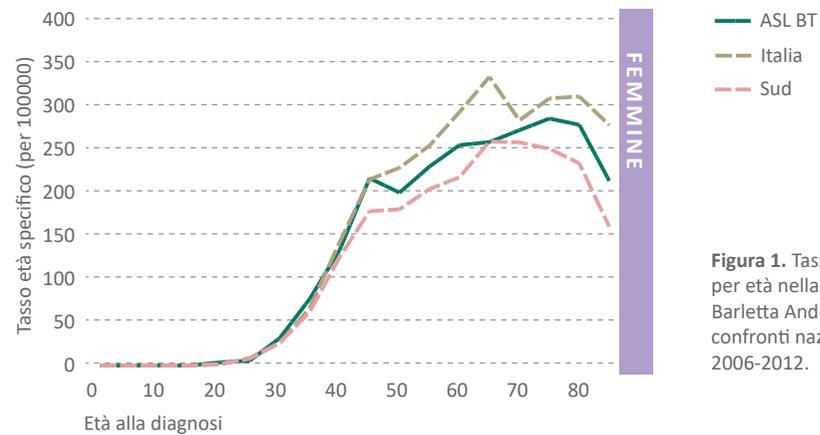


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

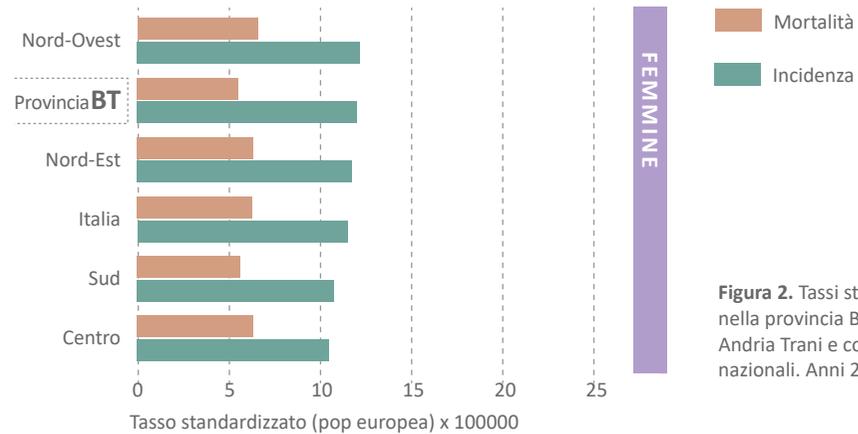
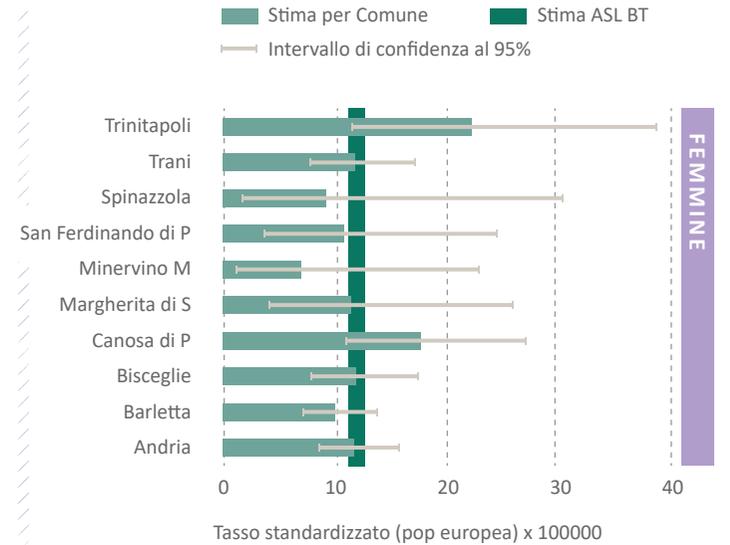
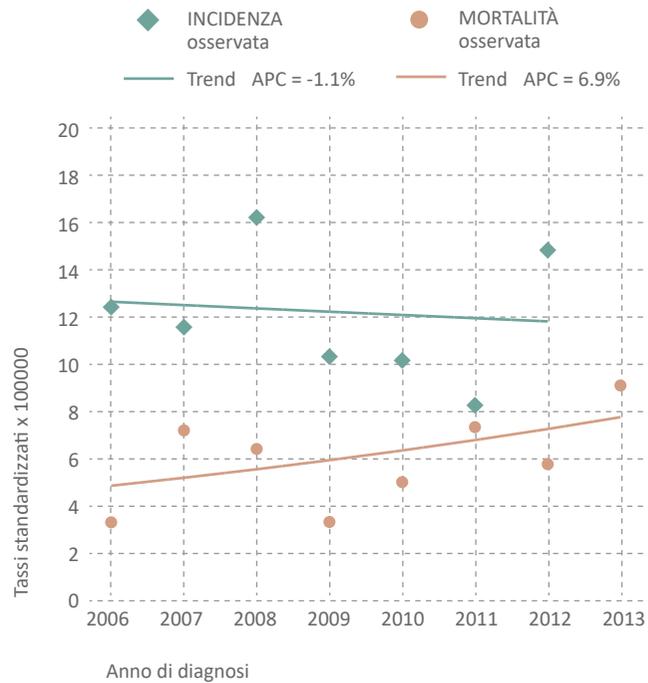
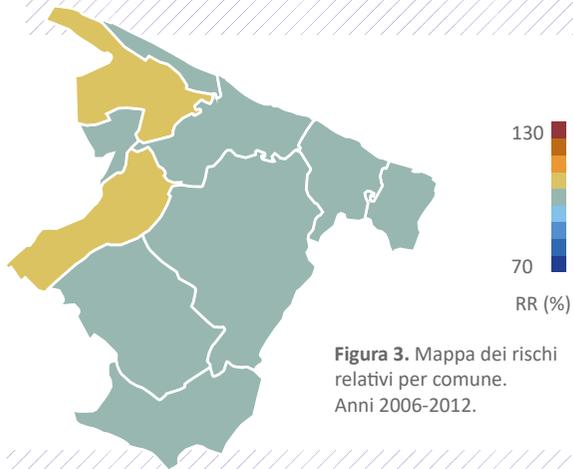


Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Adenoca. endometriode	20	11,5
Adenoca. mucinoso	7	4,04
Adenoca. sieroso	89	51,4
Altri adenocarcinomi	20	11,5
Altre morfologie	27	15,6
Non Specificato	10	5,7

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.



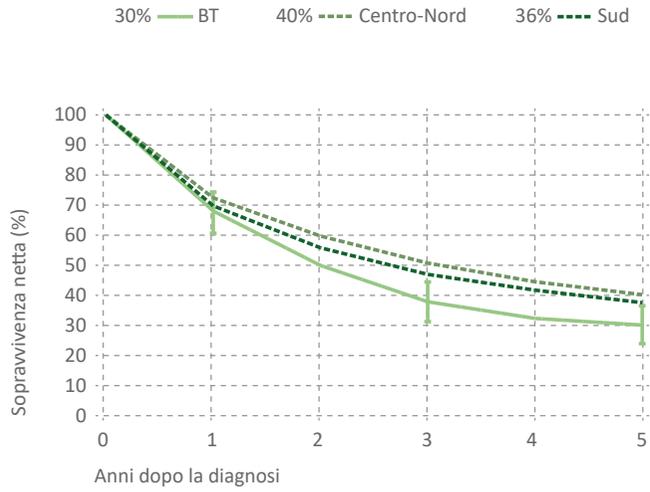


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

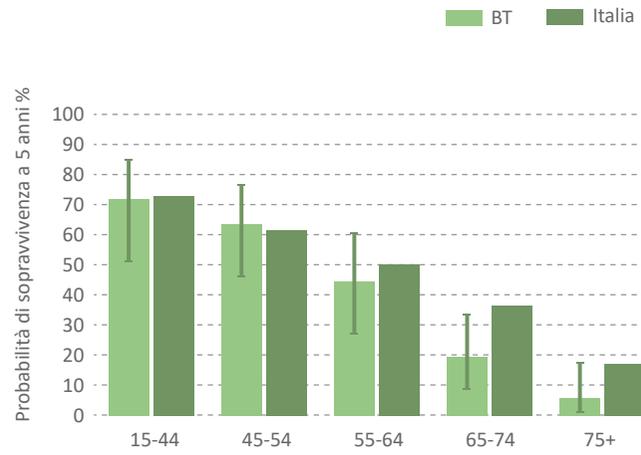


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

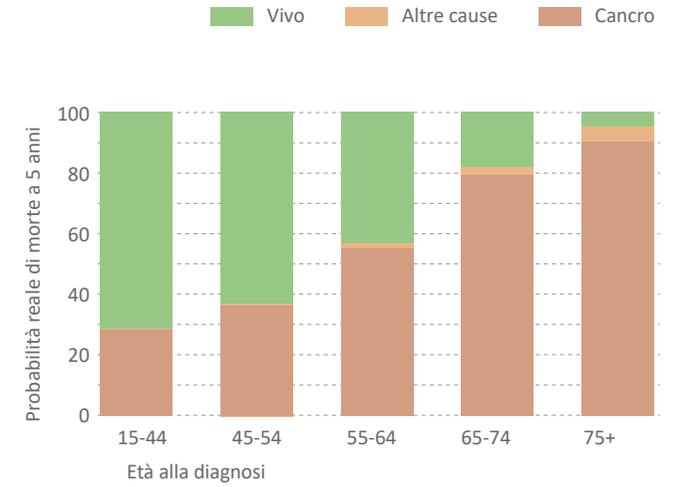


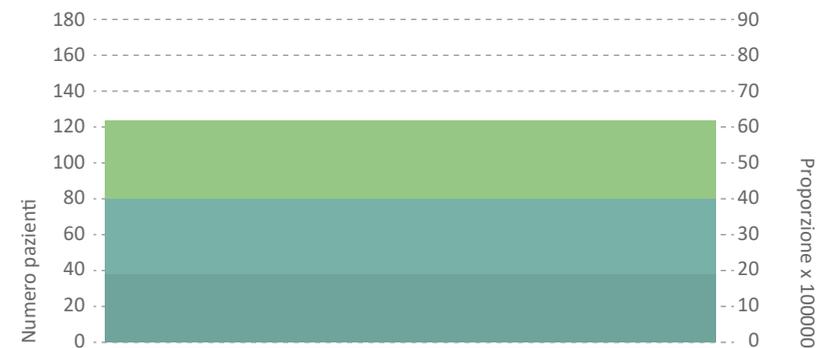
Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

FEMMINE

anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	44	2,6
Da 2 a meno di 5	42	2,7
Da 0 a meno di 2	38	3,1

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

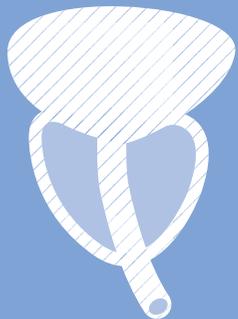
* Rispetto al totale dei casi prevalenti





appunti e annotazioni 





Prostata

SCHEDA 18

Sedi ICD-O-3: C56

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

Nella provincia BAT nel biennio 2011-2012 sono stati registrati 359 casi di tumore della prostata corrispondenti a un tasso grezzo di incidenza di 92,8 per 100.000 e a un tasso standardizzato di 73,6 per 100.000. Nello stesso periodo sono deceduti per tumore della prostata 85 uomini, per un tasso grezzo di 22 per 100.000 e un tasso standardizzato di 15,7 per 100.000 (Tab.1).

L'incidenza varia molto tra macroaree, forse soprattutto in relazione alla diffusione della pratica dello screening opportunistico attraverso la misurazione del PSA, e nella provincia BAT si trova in linea con quella del Centro Italia, più alta di quella del sud e più

bassa di quella delle macroaree nord; la mortalità è al contrario molto uniforme tra aree (Figg. 1 e 2).

I tumori della prostata sono quasi esclusivamente adenocarcinomi e tra questi prevalgono le forme scarsamente differenziate (59%) (Tab.2). Non si riscontrano grandi differenze geografiche intraprovinciali, con un'incidenza leggermente più alta nel comune di Andria (Figg. 3 e 5). Nel periodo considerato incidenza e mortalità risultano stabili (Fig. 4). La sopravvivenza a 5 anni (89%) è in linea con quella riscontrata al sud (88%) e un po' più bassa di quella del centro-nord (92%) (Fig. 6).

Per chi si ammala di tumore della prostata si osserva una probabilità di morire per il tumore stesso consistente nei casi diagnosticati in età giovanile e poi crescente con l'età alla diagnosi; anche la probabilità di morire per cause diverse dal tumore aumenta con l'età e diventa preponderante negli ultrasessantacinquenni (Fig. 8).

Essendo un tumore frequente con sopravvivenza alta, si ha una prevalenza elevata: si stima che 1011 uomini vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore della prostata nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig.9).



I NUMERI DELLA PROSTATA



Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



Incidenza

180 **uomini**
scoprono di avere la malattia

- ⬇ il **20% in meno** rispetto all'Italia*,
- ⬆ il **20% in più** rispetto al Sud*.

APC Incidenza

-0.1 %
l'andamento dell'**inci-**
denza della malattia è
stabile

Mortalità

43 **uomini**
non ce la fanno

- ⬆ il **6% in più** rispetto all'Italia*,
- ⬇ il **1% in meno** rispetto al Sud*.

APC Mortalità

-0.6 %
l'andamento della
mortalità dalla malattia è
stabile

Prevalenza

738 **uomini**
convivono con la malattia*

Sopravvivenza netta

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

92% al Centro-Nord
88% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



	M	INCIDENZA
Numero casi	359	
Percentuale sul totale	17,9	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	92,8	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	73,6	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	6,7	

	M	MORTALITÀ
Numero decessi	85	
Percentuale sul totale	9,1	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	22,0	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	15,7	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,5	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

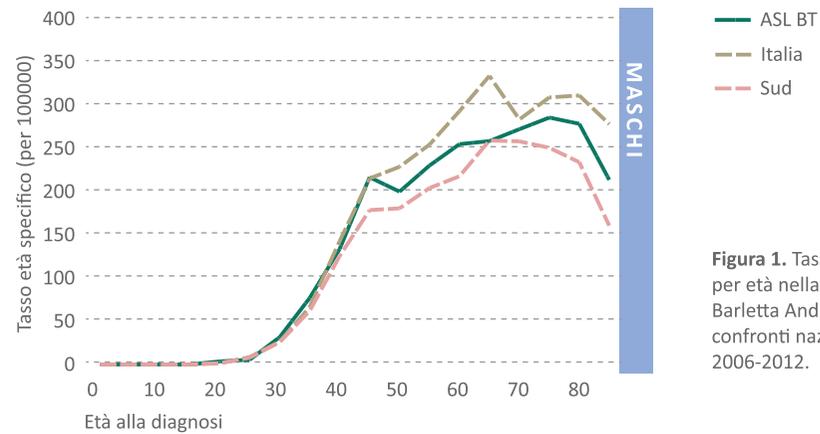


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

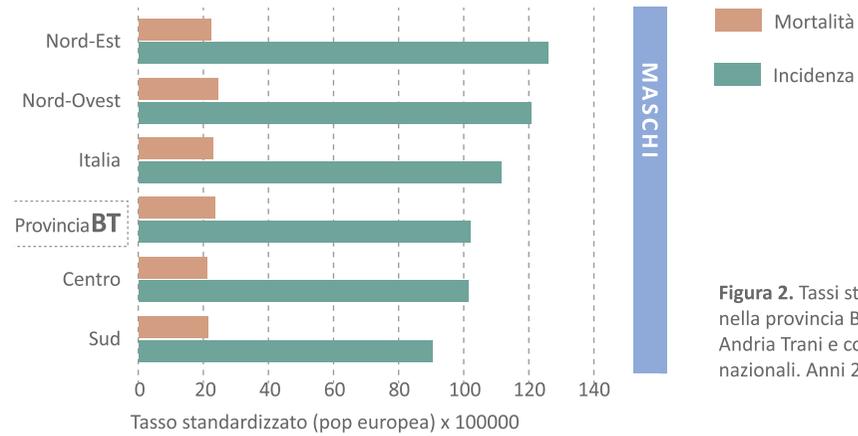
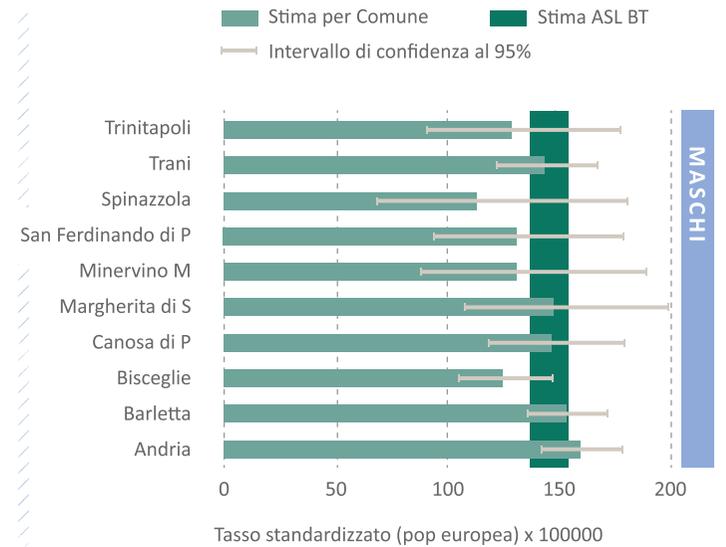
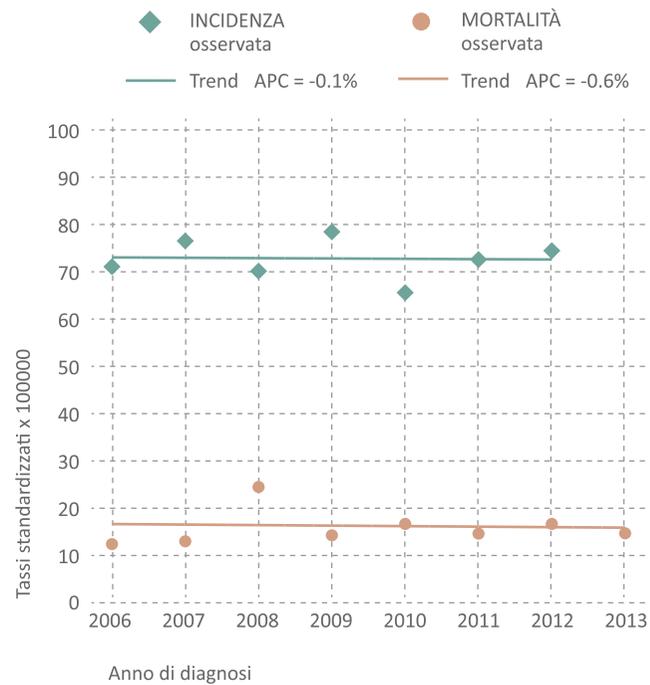
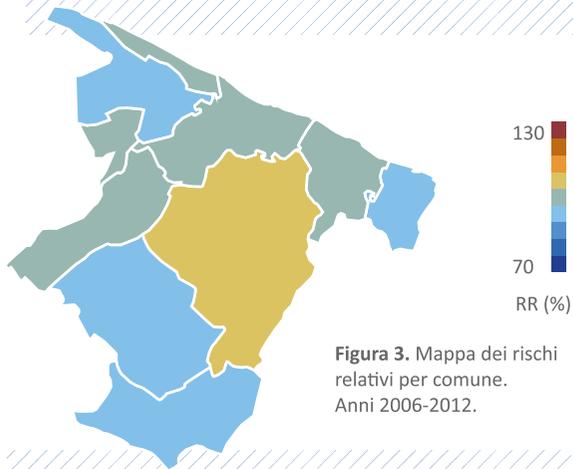


Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Adenoca. ben differenziato		3,1
Adenoca. moderatamente differenziato		28,0
Adenoca. scarsamente differenziato		58,9
Altre morfologie		9
Non Specificato		0,8

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.



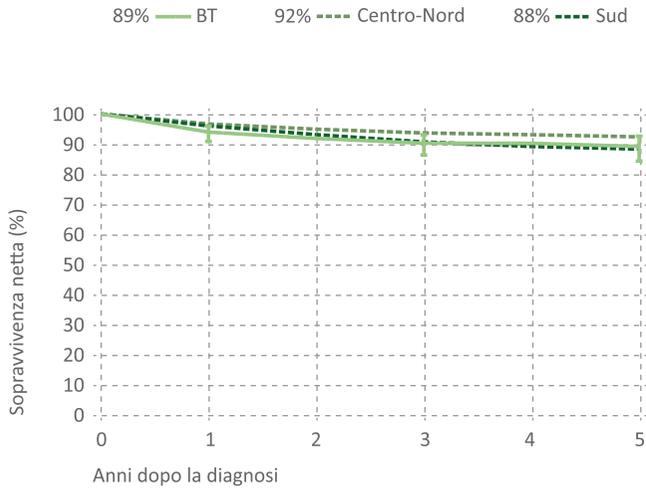


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

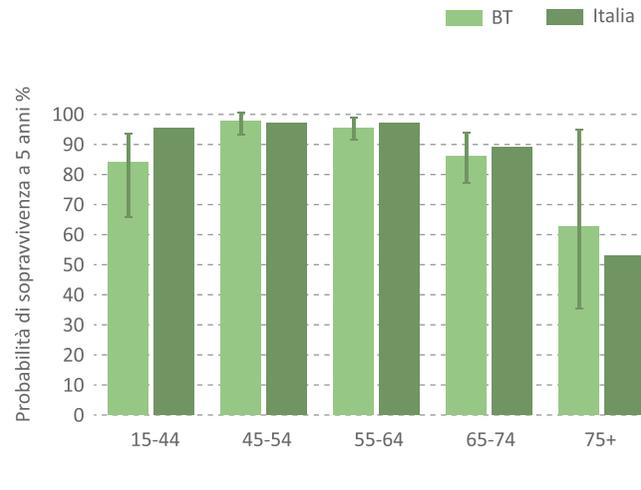


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

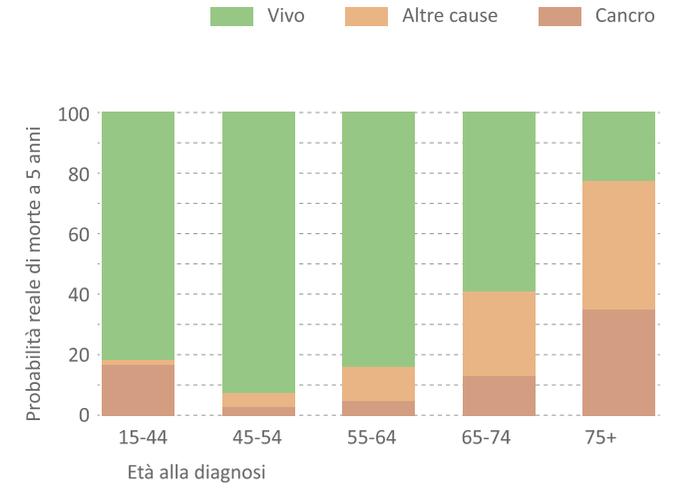


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

MASCHI

anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	273	16,2
Da 2 a meno di 5	405	25,9
Da 0 a meno di 2	333	27,2

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti





appunti e annotazioni 





Testicolo

SCHEDA 19

Sedi ICD-O-3: C62

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

Nella provincia BAT nel biennio 2011-2012 sono stati registrati 28 casi di tumore del testicolo corrispondenti a un tasso grezzo di incidenza di 7,2 per 100.000 e a un tasso standardizzato di 7 per 100.000. Nello stesso periodo è stato registrato un solo decesso per tumore del testicolo (Tab.1).

L'incidenza nella provincia BAT è più bassa di quella di tutte le aree di confronto, mentre la mortalità è all'incirca uguale in tutte le aree; il picco di incidenza nella provincia BAT si osserva nella fascia di età 20-24 anni (Figg. 1 e 2). L'istotipo più frequente è il seminoma (53%), seguito dal carcinoma embrionale (19%) (Tab.2). Per i bassi numeri le differenze di

incidenza nei singoli comuni non rivestono grande importanza e sono difficilmente interpretabili (Figg. 3 e 5).

Nella provincia BAT si rileva un moderato trend in aumento dell'incidenza, non statisticamente significativo, mentre la mortalità, molto bassa, risulta in ulteriore riduzione (Fig. 4).

La sopravvivenza a 5 anni è prossima al 100% ed è più alta di quella delle macroaree di confronto (Fig. 6).

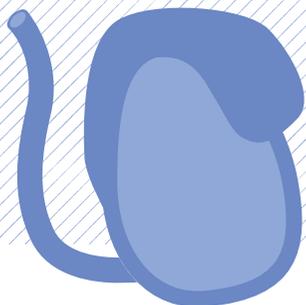
Nei soggetti che si ammalano di tumore del testicolo la sopravvivenza complessiva è simile a quella della popolazione generale e la probabilità di morire per il

tumore stesso è molto bassa (Fig.8).

Per quanto riguarda la prevalenza, si stima che 107 uomini vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore del testicolo nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig.9).



I NUMERI DEL TESTICOLO



Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



Incidenza

14 **uomini**
scoprono di avere la malattia

- ⬇️ il 10% in meno rispetto all'Italia*
- ⬇️ l'1% in meno rispetto al Sud*.

APC Incidenza

7.6 %

l'andamento dell'**incidenza** della malattia è in aumento

Mortalità

1 **uomo**
non ce la fa

- ⬇️ il 12% in meno rispetto all'Italia*
- ⬇️ il 18% in meno rispetto al Sud*.

APC Mortalità

-11.1 %

l'andamento della **mortalità** dalla malattia è in riduzione

Prevalenza

63 **uomini**
convivono con la malattia*

Sopravvivenza netta

100 %

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

92% al Centro-Nord
90% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



	M	INCIDENZA
Numero casi	28	
Percentuale sul totale	1,4	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	7,2	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	7,0	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,5	

	M	MORTALITÀ
Numero decessi	1	
Percentuale sul totale	0,1	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	0,3	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	0,3	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,0	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
(¹)per centomila abitanti

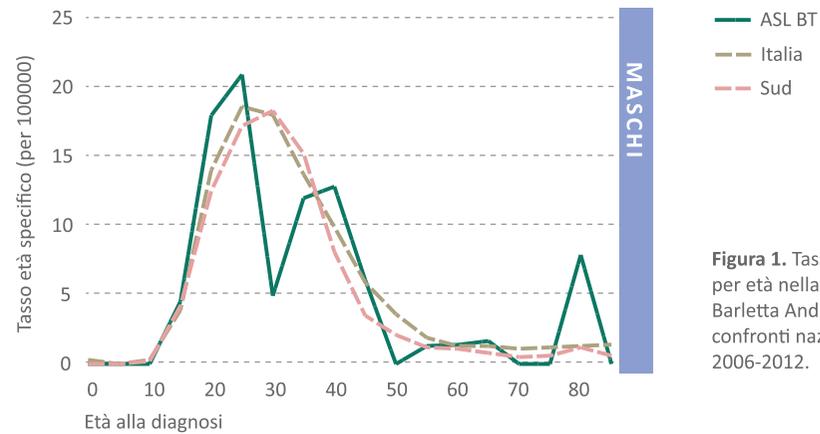


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

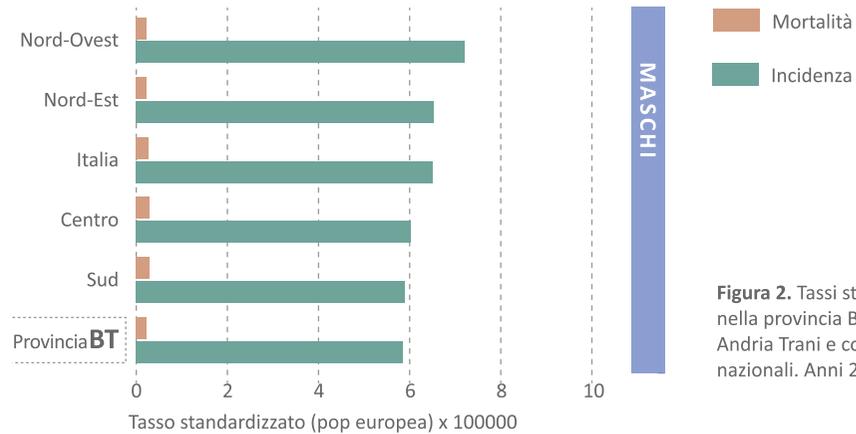
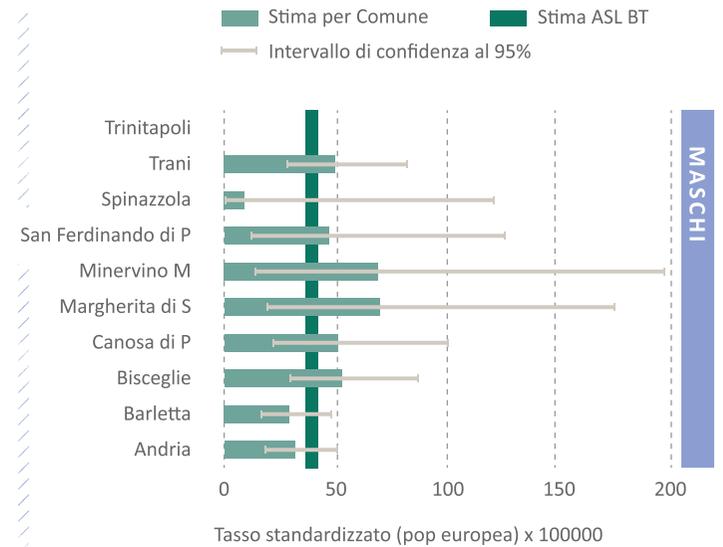
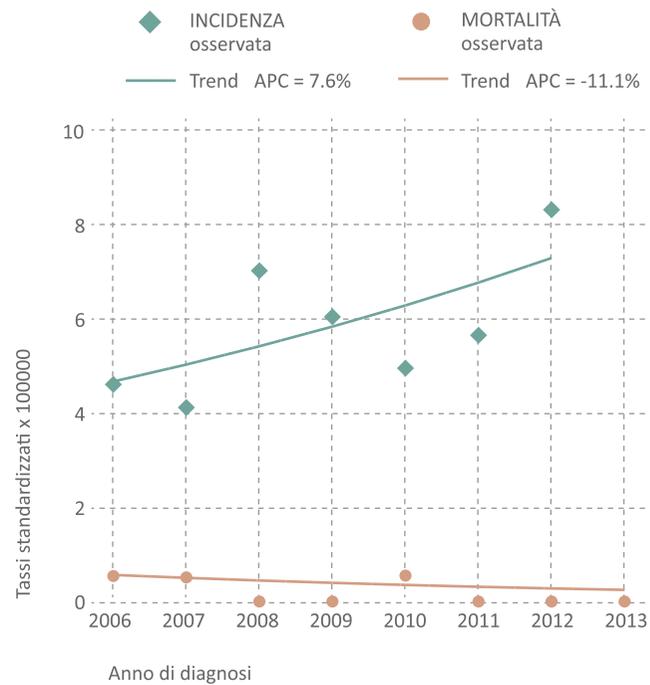
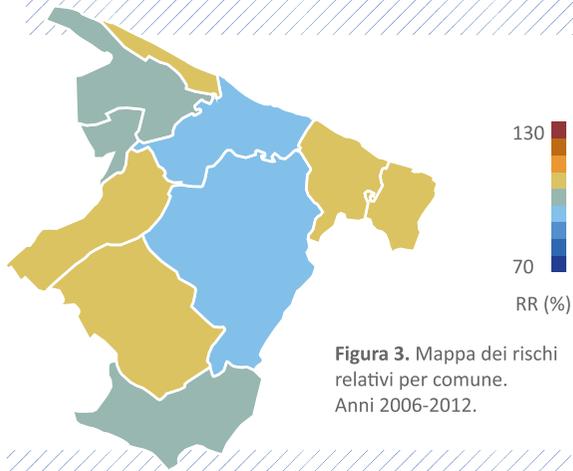


Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Seminoma	42	52,5
Carcinoma embrionale	15	18,7
Coriocarcinoma	2	2,5
Teratoma	11	13,7
Altre morfologie	10	12,5

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.



SOPRAVVIVENZA

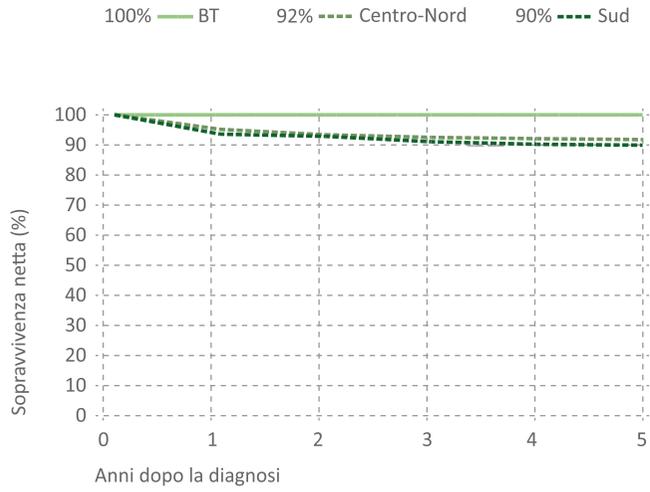


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

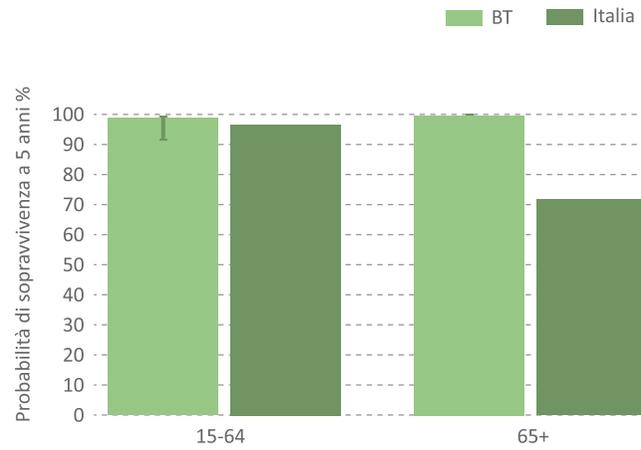


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

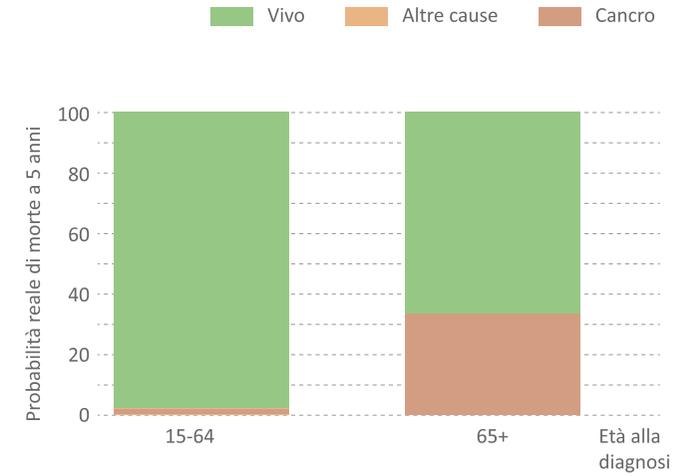


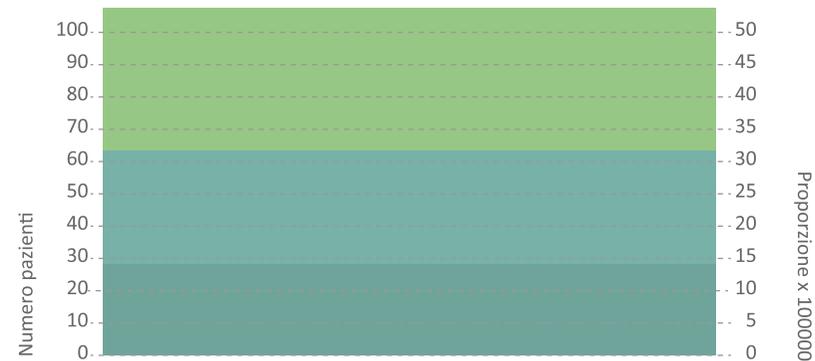
Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

PREVALENZA

MASCHI		
anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	44	2,6
Da 2 a meno di 5	35	2,2
Da 0 a meno di 2	28	2,3

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

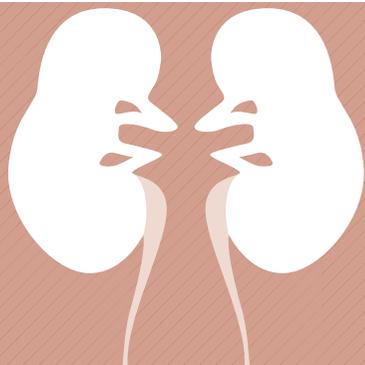
* Rispetto al totale dei casi prevalenti





appunti e annotazioni 





Rene

SCHEDA 20

Sedi ICD-O-3:
C64,
(fig 1 e2: C64,
C65-C66, C68)

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

Nella provincia BAT negli anni 2011-2012 sono stati registrati 62 casi di tumore del rene (42 negli uomini e 20 nelle donne) con un tasso grezzo di incidenza di 10,9 per 100.000 negli uomini e 5 per 100.000 nelle donne e quello standardizzato rispettivamente 9,3 e 4,4 per 100.000. Nello stesso periodo sono stati registrati 17 decessi (8 uomini e 9 donne), per un tasso grezzo di 4,9 per 100.000 negli uomini e 2,5 per 100.000 nelle donne e uno standardizzato di 4,2 e 2 (Tab.1).

Incidenza e mortalità sono in linea con quelle del sud e più basse di quelle riscontrate nelle altre aree geografiche italiane e questo è particolarmente evidente nelle fasce di età più avanzate e nel sesso

maschile (Figg. 1 e 2). L'istotipo più frequente è il carcinoma a cellule chiare (57%) (Tab.2). Non si riconoscono particolari pattern di variabilità geografica intraprovinciale (Fig. 3), fatta eccezione di un tasso di incidenza più elevato a Spinazzola nelle donne, ma poco stabile visti i bassi numeri (Fig. 5).

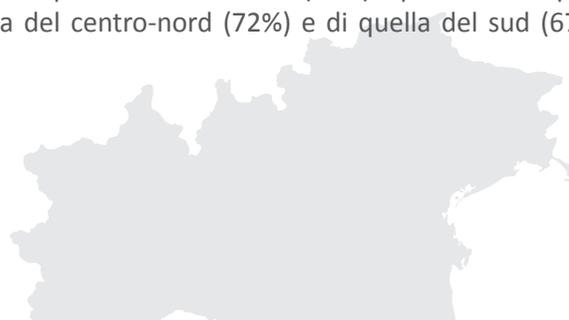
Si osserva un lieve trend in aumento per l'incidenza non statisticamente significativo legato soprattutto al numero elevato di casi nel biennio 2009-2010, mentre la mortalità è in riduzione sempre non statisticamente significativa (Fig. 4).

La sopravvivenza a 5 anni (64%) è più bassa di quella del centro-nord (72%) e di quella del sud (67%)

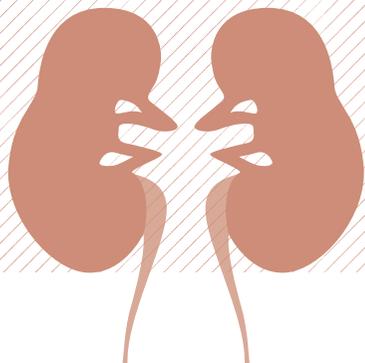
(Figg. 6) e le differenze si osservano soprattutto per i tumori diagnosticati in età avanzata (Fig. 7).

Nei soggetti con diagnosi di tumore del rene la probabilità di morire per il tumore stesso è preponderante rispetto alla morte per altre cause in tutte le fasce di età, ma negli anziani assume un peso apprezzabile anche quella per altre cause (Fig. 8).

Per quanto riguarda la prevalenza si stima che 157 uomini e 92 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore del rene nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig. 9).



I NUMERI DEL RENE



Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



BT

Incidenza

21

uomini

scoprono di avere la malattia

- ⬇ il 44% in meno rispetto all'Italia*
- ⬇ il 15% in meno rispetto al Sud*.

Incidenza

10

donne

scoprono di avere la malattia

- ⬇ il 30% in meno rispetto all'Italia*,
- ⬆ il 9% in più rispetto al Sud*.

APC Incidenza

2.2 %

l'andamento dell'**incidenza** della malattia è in aumento



Mortalità

4

uomini

non ce la fanno

- ⬇ il 52% in meno rispetto all'Italia*,
- ⬇ il 35% in meno rispetto al Sud*.

Mortalità

5

donne

non ce la fanno

- ⬇ il 23% in meno rispetto all'Italia*,
- ⬆ il 3% in più rispetto al Sud*.

APC Mortalità

-2.2 %

l'andamento della **mortalità** dalla malattia è in riduzione



Prevalenza

102

uomini

convivono con la malattia*

Prevalenza

57

donne

convivono con la malattia*

Sopravvivenza netta

64 %

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

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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

72% al Centro-Nord
67% al Sud



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	62	42	20	
Percentuale sul totale	1,7	2,1	1,3	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	7,9	10,9	5,0	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	6,7	9,3	4,4	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,6	0,8	0,4	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	17	8	9	
Percentuale sul totale	1,1	0,9	1,4	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	2,2	2,1	2,3	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	1,4	1,4	1,4	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,1	0,1	0,1	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

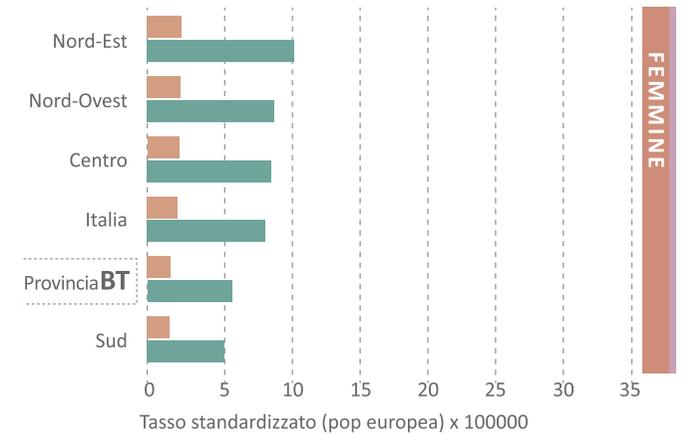
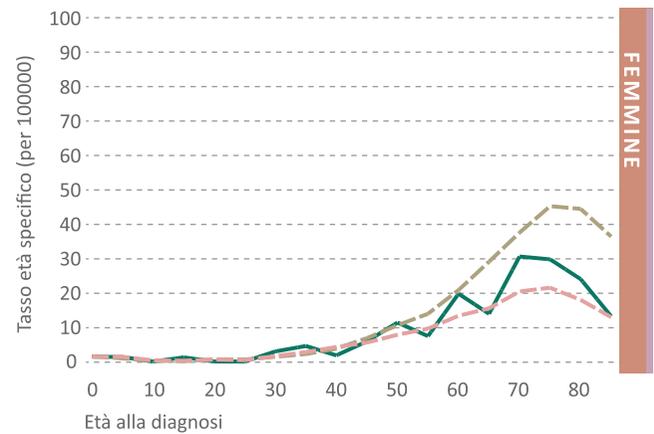
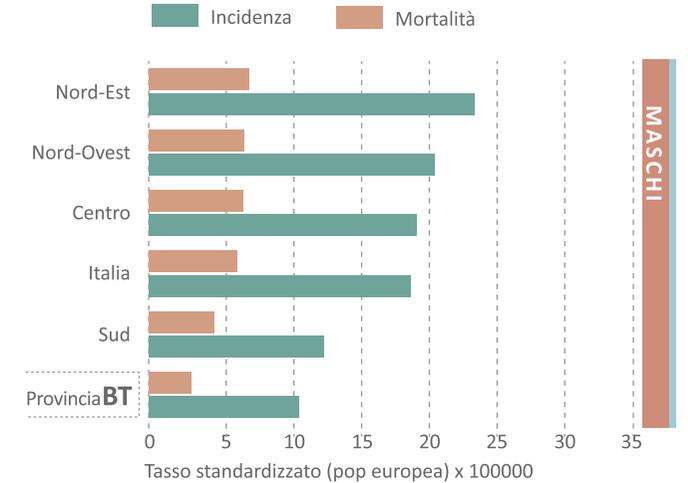
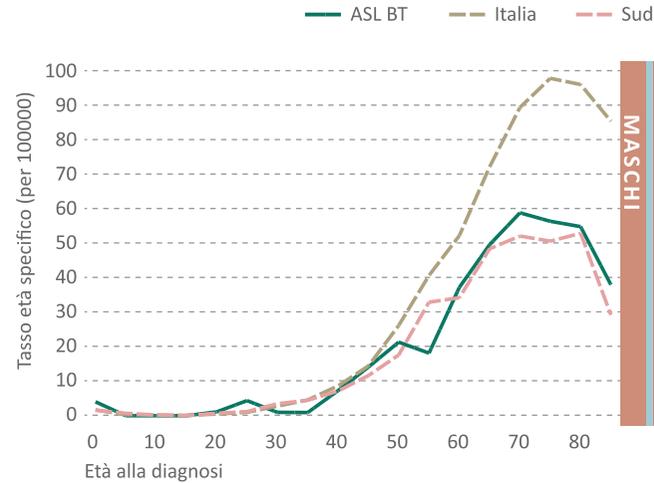
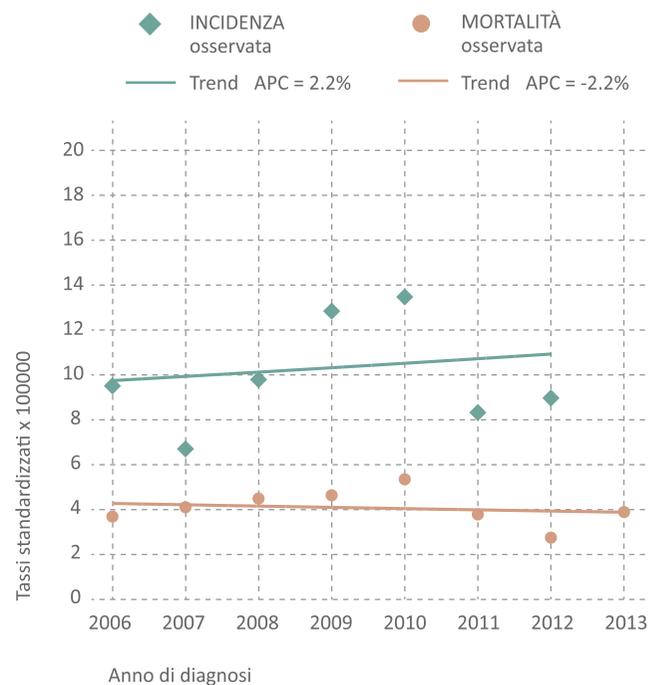
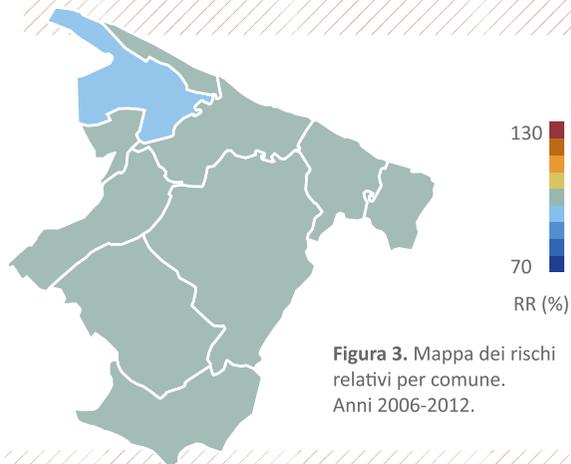


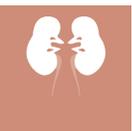
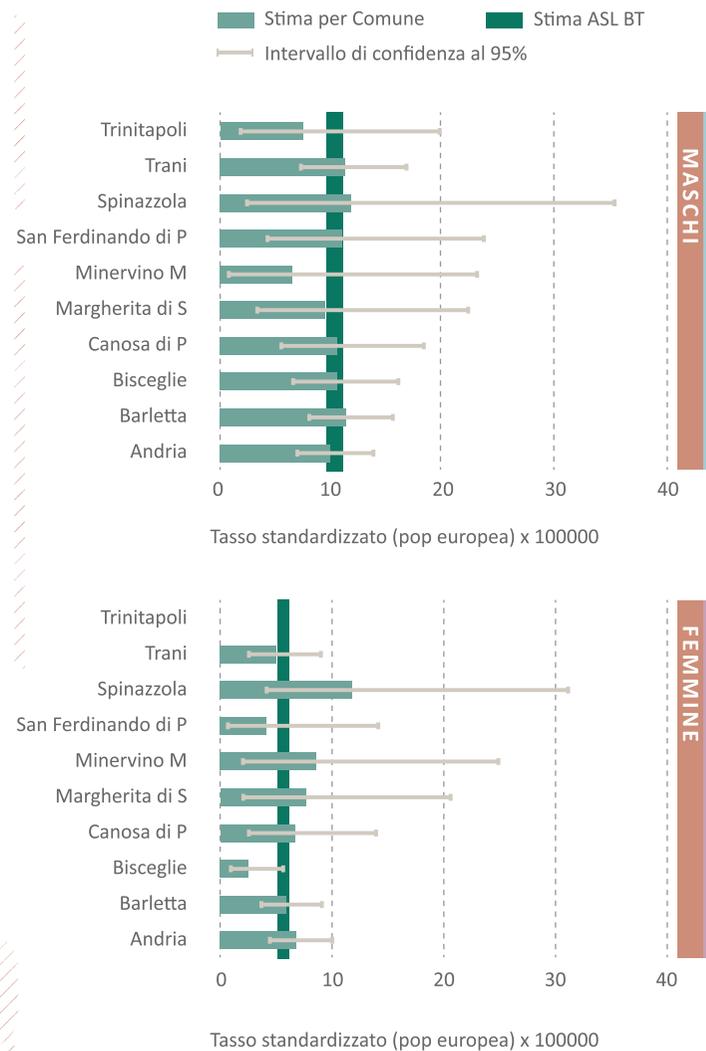
Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Ca. a cellule chiare	123	56,7
Altri ca. a cellule renali	65	30,0
Adenoca. papillare	9	4,1
Altre morfologie	16	7,4
Carcinoma NAS	2	0,9
Non specificato	2	0,9

Tabella 2. Distribuzione per morfologia. Anni 2006-2012.



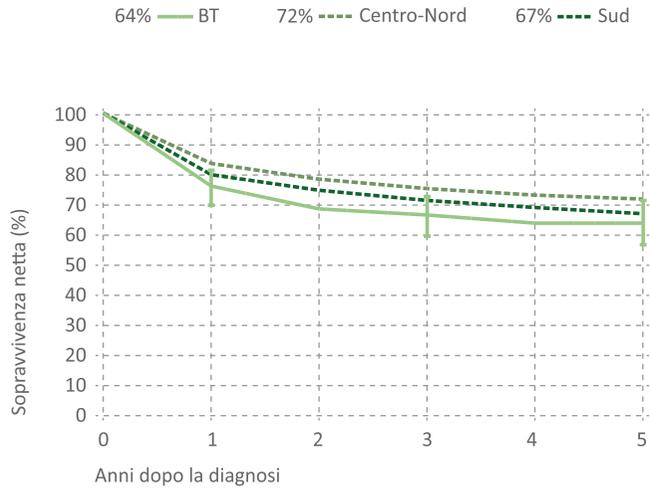


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

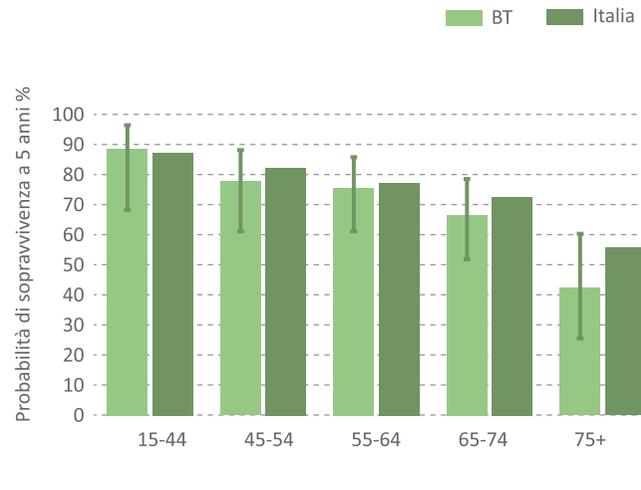


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

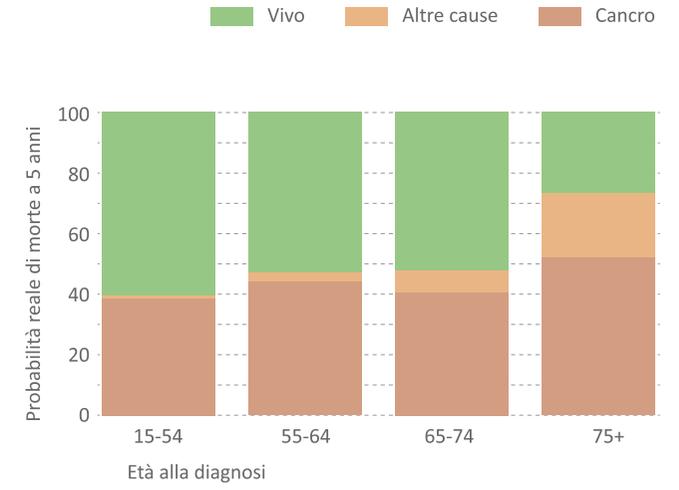


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

MASCHI			FEMMINE		
anni	N	%*	anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	55	3,9	Da 5 a meno di 10	35	2,1
Da 2 a meno di 5	61	4,1	Da 2 a meno di 5	39	2,5
Da 0 a meno di 2	41	3	Da 0 a meno di 2	18	1,5

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti



RENTE

appunti e annotazioni 





Vescica

SCHEDA 21

Sedi ICD-O-3:
C67

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

Nella provincia BAT nel biennio 2009-2010 sono stati registrati 217 casi di tumore della vescica (186 negli uomini e 31 nelle donne) con un tasso grezzo di incidenza di 48,1 per 100.000 negli uomini e 7,8 per 100.000 nelle donne e quello standardizzato rispettivamente 37,8 e 5,1 per 100.000. Nello stesso periodo sono stati registrati 68 decessi (55 uomini e 13 donne), per un tasso grezzo di 14,2 per 100.000 negli uomini e 3,3 per 100.000 nelle donne e uno standardizzato di 9,9 e 1,4 (Tab.1).

L'incidenza negli uomini è più bassa di quella registrata nelle altre macroaree con eccezione del Centro Italia, e nelle donne è la più bassa; non si osserva

una grande variabilità nella mortalità tra le diverse macroaree (Figg. 1 e 2). Si ricorda che nel caso della vescica vengono registrate anche le forme non infiltranti, e l'istotipo papillare è di gran lunga il più frequente (Tab.2).

La mappa dei rischi relativi mostra i valori più alti ad Andria e Trani, i più bassi a Barletta e Canosa di Puglia (Fig. 3); negli uomini i tassi standardizzati di incidenza più alti si osservano a Minervino Murge, nelle donne ad Andria (Fig. 5). Si osserva un trend in diminuzione non statisticamente significativo per l'incidenza e statisticamente significativo per la mortalità (Fig. 4).

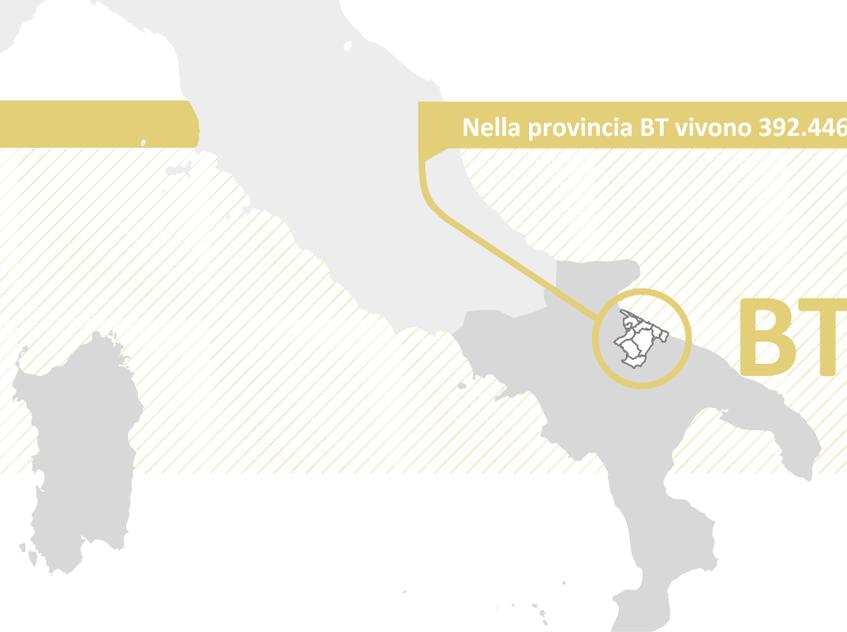


La sopravvivenza a 5 anni (78%) è in linea con quella delle macroaree a confronto (Figg. 6 e 7). Per chi si ammala di tumore della vescica la probabilità di morire per il tumore stesso è relativamente bassa e cresce al crescere dell'età al momento della diagnosi, inoltre nelle fasce avanzate è quasi raggiunta dalla probabilità di morire per altre cause (Fig. 8).

Essendo un tumore piuttosto frequente soprattutto negli uomini, con sopravvivenza medio-alta, la prevalenza è piuttosto elevata soprattutto nel sesso maschile: si stima che 590 uomini e 78 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore della vescica nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig. 9).

I NUMERI DELLA VESCICA

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



BT

Incidenza

93

uomini

scoprono di avere la malattia

- ⬇️ il 11% in meno rispetto all'Italia*
- ⬇️ il 13% in meno rispetto al Sud*.

Incidenza

16

donne

scoprono di avere la malattia

- ⬇️ il 37% in meno rispetto all'Italia*,
- ⬇️ il 30% in meno rispetto al Sud*.

APC Incidenza

-3.7%

l'andamento dell'**incidenza** della malattia è in riduzione



Mortalità

28

uomini

non ce la fanno

- ⬇️ il 7% in meno rispetto all'Italia*,
- ⬇️ il 15% in meno rispetto al Sud*.

Mortalità

7

donne

non ce la fanno

- ⬇️ il 11% in meno rispetto all'Italia*,
- ⬇️ il 3% in meno rispetto al Sud*.

APC Mortalità

-4.4%

l'andamento della **mortalità** dalla malattia è in riduzione



Prevalenza

371

uomini

convivono con la malattia*

Prevalenza

49

donne

convivono con la malattia*

Sopravvivenza netta

78%

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

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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

80% al Centro-Nord
79% al Sud



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	217	186	31	
Percentuale sul totale	6,0	6,3	1,9	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	27,7	48,1	7,8	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	20,2	37,8	5,1	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,5	2,8	0,3	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	68	55	13	
Percentuale sul totale	4,3	5,9	2,0	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	8,7	14,2	3,3	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	5,0	9,9	1,4	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,2	0,4	0,0	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

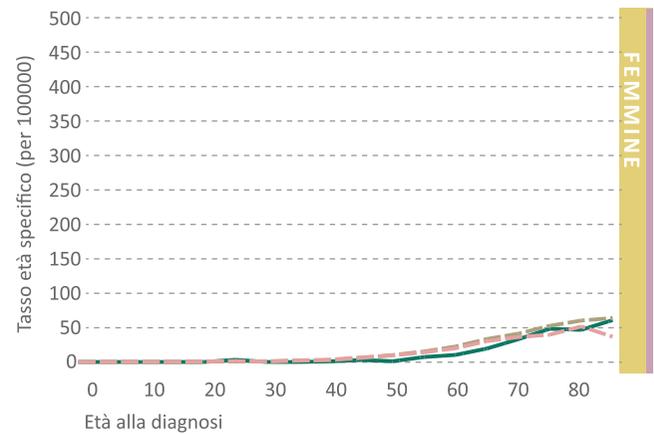
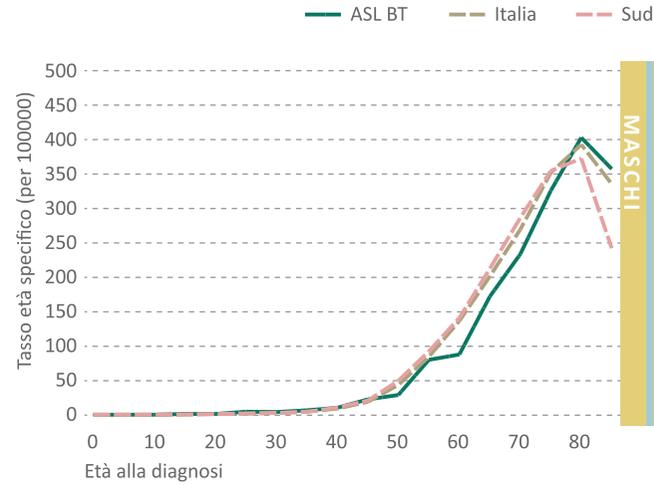


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

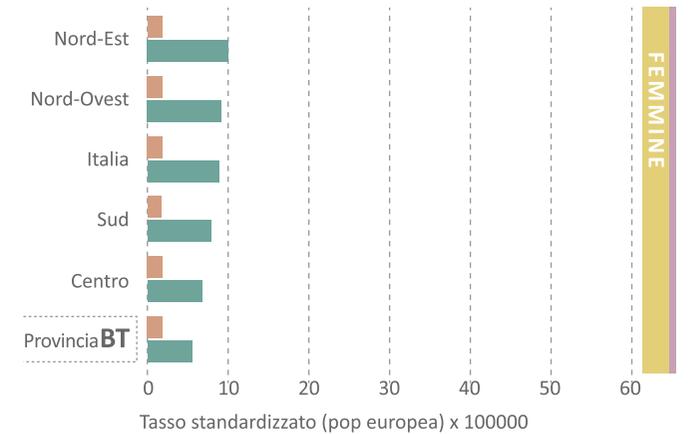
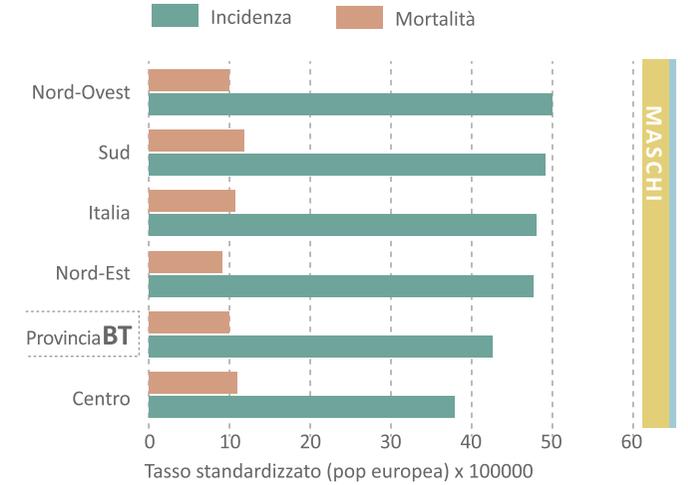
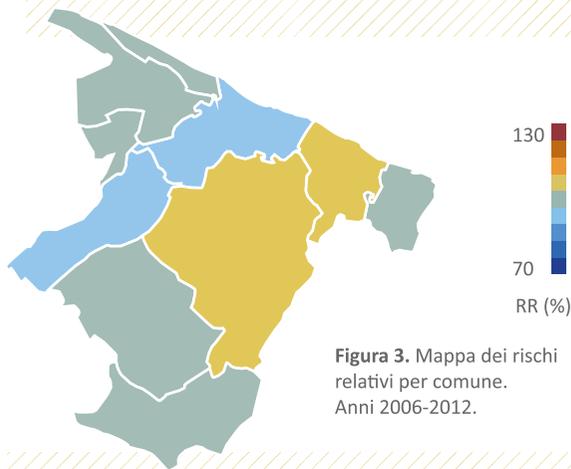


Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Papillare infiltrante	320	42,4
Papillare non infiltrante	245	32,5
Non papillare infiltrante, NAS	138	18,3
Non papillare non infiltrante, NAS	25	3,3
Altre morfologie	23	3,0
Non Specificato	4	0,5

SOTTOSEDE	N	%
Parete laterale della vescica	96	11,9
Parete anteriore della vescica	2	0,2
Parete posteriore della vescica	16	2,0
Collo vescicale	11	1,4
Trigono vescicale	33	4,1
Orifizio uretrale	14	1,7
Uraco	1	0,1
Lesione sconfinante	52	6,4
Non specificato	584	72,2

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.

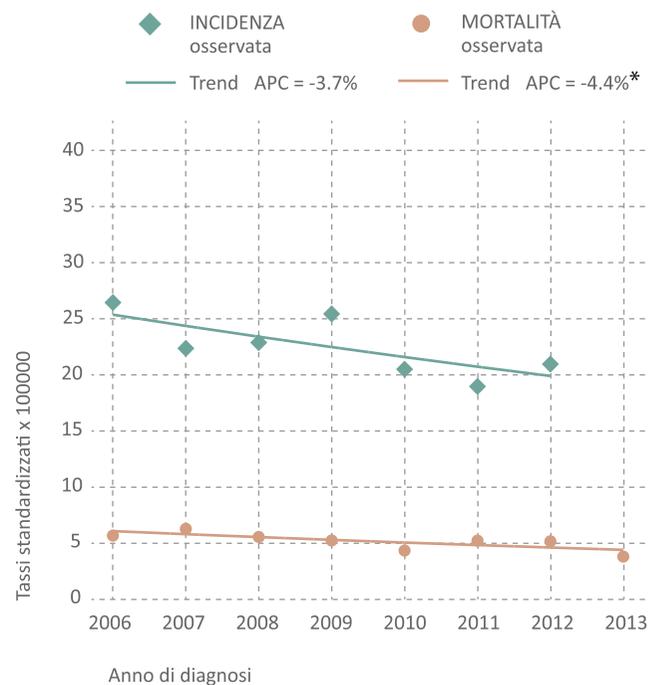


Figura 4. Andamento temporale dei tassi standardizzati. Incidenza: anni 2006-2012. Mortalità: anni 2006-2013.

*Dato statisticamente significativo.

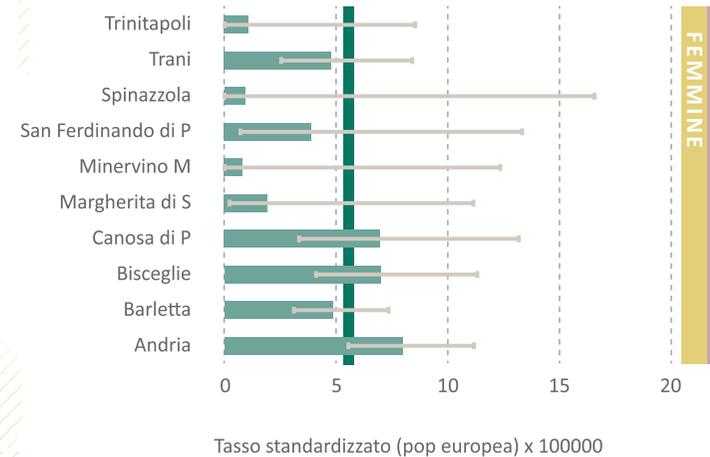
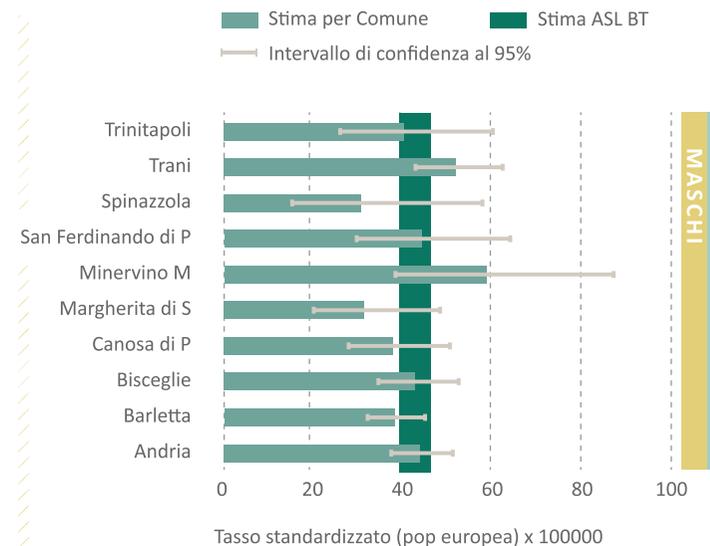


Figura 5. Tassi standardizzati di incidenza per Comune. Anni 2006-2012.



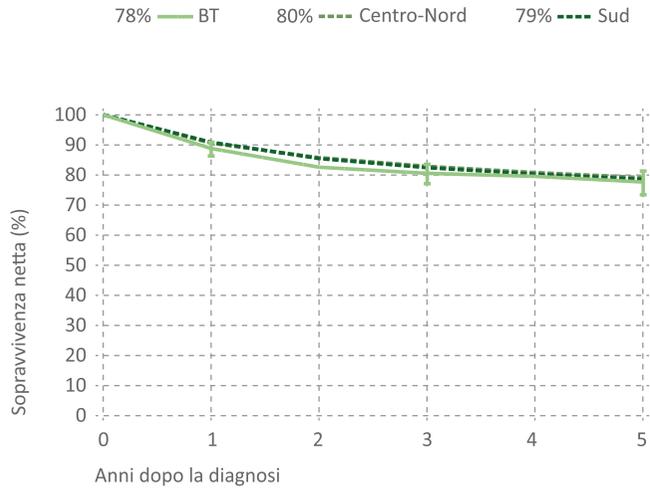


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

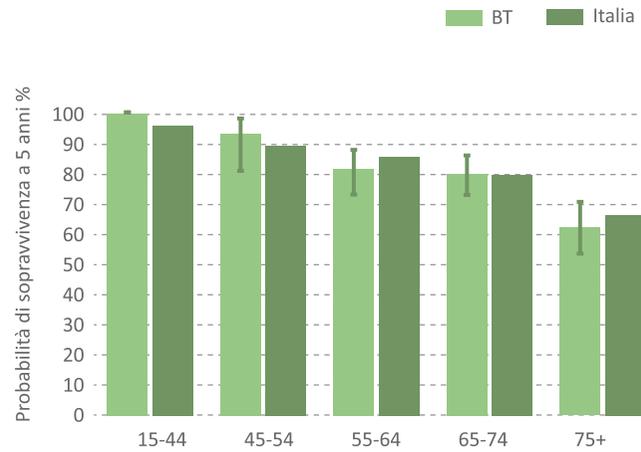


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

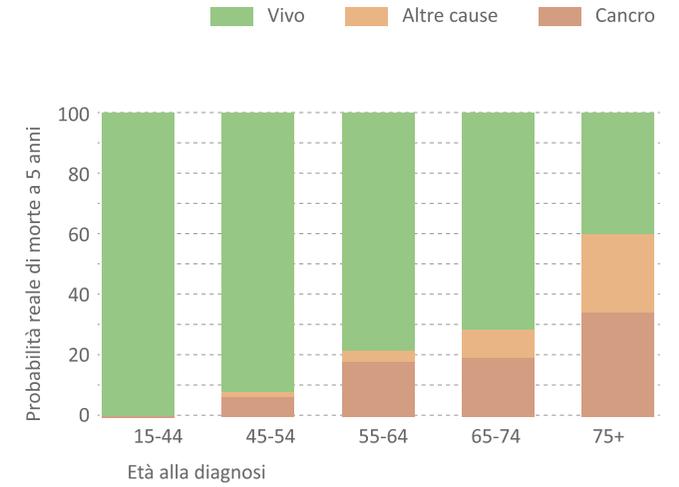


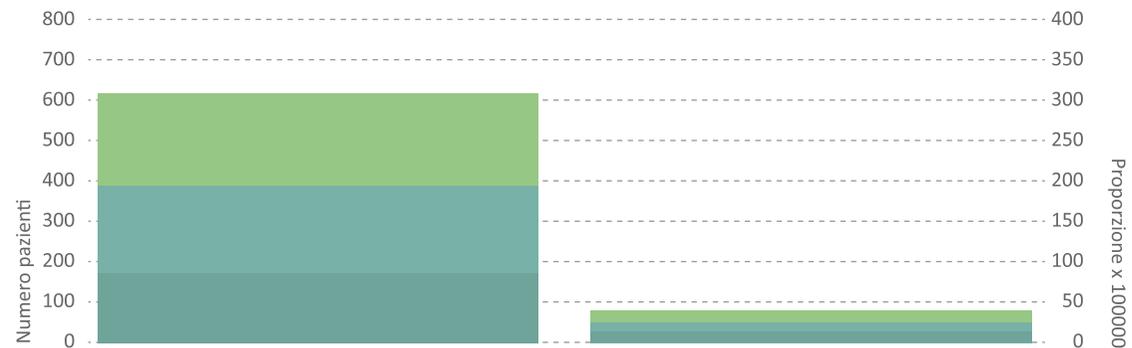
Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

MASCHI		
anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	219	15,5
Da 2 a meno di 5	206	13,9
Da 0 a meno di 2	165	12

FEMMINE		
anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	29	1,7
Da 2 a meno di 5	24	1,5
Da 0 a meno di 2	25	2

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti





appunti e annotazioni 





Encefalo e sistema nervoso centrale

SCHEDA 22

Sedi ICD-O-3:
C71-C72

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

Nella provincia BAT negli anni 2011-2012 sono stati registrati 53 casi di tumore maligno dell'encefalo e del SNC (31 negli uomini e 22 nelle donne) con un tasso grezzo di incidenza di 8 per 100.000 negli uomini e 5,5 per 100.000 nelle donne e quello standardizzato rispettivamente 6,9 e 4,5 per 100.000. Nello stesso periodo sono stati registrati 36 decessi (22 uomini e 14 donne), per un tasso grezzo di 5,7 per 100.000 negli uomini e 3,5 per 100.000 nelle donne e uno standardizzato di 5 e 2,5 (Tab.1).

Non si rilevano grandi differenze nell'incidenza fra le aree messe a confronto, mentre nella provincia BAT, nel sesso maschile, si osserva una mortalità più

bassa rispetto a quella delle altre macroaree (Fig. 2). L'istotipo più frequente è il glioblastoma (53%) seguito dagli astrocitomi (17%) (Tab.2). Non si riconoscono particolari pattern di variabilità geografica intraprovinciale (Figg. 3 e 5).

Si osserva un trend in diminuzione dell'incidenza statisticamente significativo e in aumento della mortalità, ma non statisticamente significativo (Fig. 4).

La sopravvivenza a 5 anni (23%) è in linea con quella delle macroaree di confronto (Figg. 6 e 7). Tranne che per le forme giovanili la probabilità reale di morte è elevata ed è preponderante la quota attribuibile

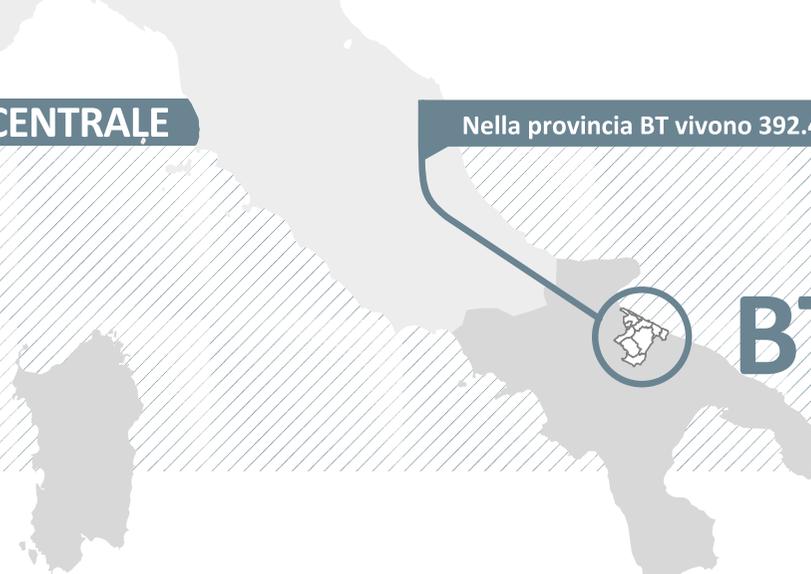
al tumore rispetto alla probabilità di morire per altre cause (Fig. 8).

Essendo tumori relativamente rari con bassa sopravvivenza, la prevalenza è piuttosto bassa: si stima che 42 uomini e 19 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore dell'encefalo e del SNC nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig. 9).



I NUMERI DI ENCEFALO E SISTEMA NERVOSO CENTRALE

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



BT

Incidenza

16

uomini

scoprono di avere la malattia

- ⬇️ il 2% in meno rispetto all'Italia*,
- ⬆️ il 5% in più rispetto al Sud*.

Incidenza

11

donne

scoprono di avere la malattia

- ⬇️ il 15% in meno rispetto all'Italia*,
- ⬆️ il 10% in meno rispetto al Sud*.

APC Incidenza

-4.9 %

l'andamento dell'**incidenza** della malattia è in riduzione



Mortalità

11

uomini

non ce la fanno

- ⬇️ il 30% in meno rispetto all'Italia*,
- ⬇️ il 25% in meno rispetto al Sud*.

Mortalità

7

donne

non ce la fanno

- ⬇️ il 6% in meno rispetto all'Italia*,
- ⬆️ il 2% in più rispetto al Sud*.

APC Mortalità

1.5 %

l'andamento della **mortalità** dalla malattia è in aumento



Prevalenza

30

uomini

convivono con la malattia*

Prevalenza

13

donne

convivono con la malattia*

Sopravvivenza netta

23 %

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

24% al Centro-Nord
24% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	53	31	22	
Percentuale sul totale	1,5	1,5	1,4	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	6,8	8,0	5,5	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	5,6	6,9	4,5	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,4	0,5	0,3	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	36	22	14	
Percentuale sul totale	2,3	2,3	2,2	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	4,6	5,7	3,5	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	3,7	5,0	2,5	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,3	0,4	0,2	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

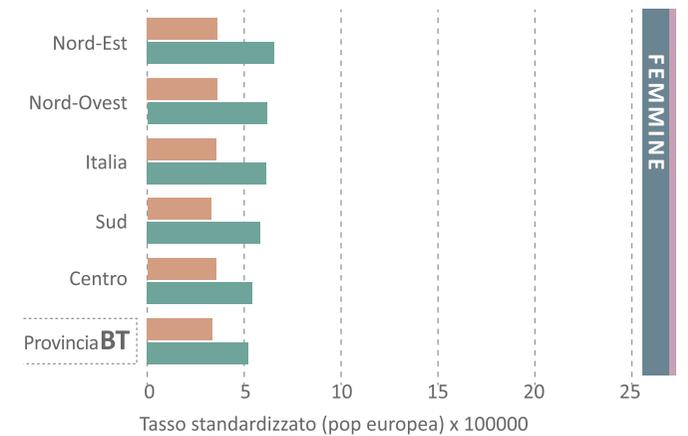
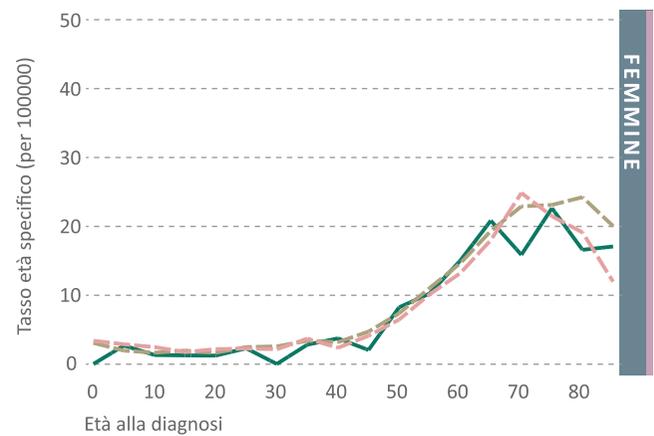
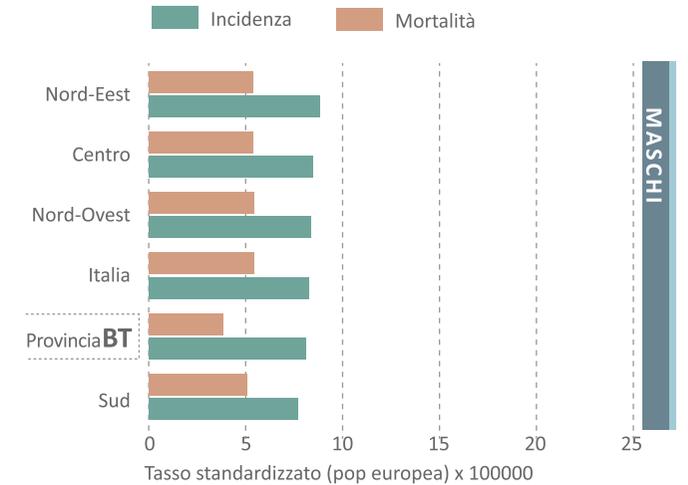
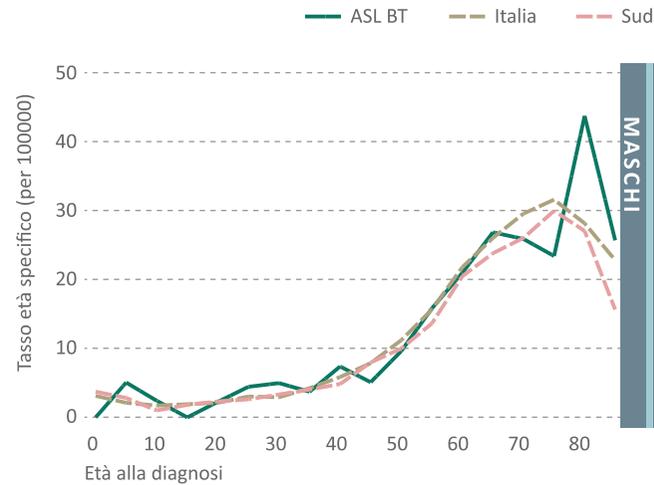


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

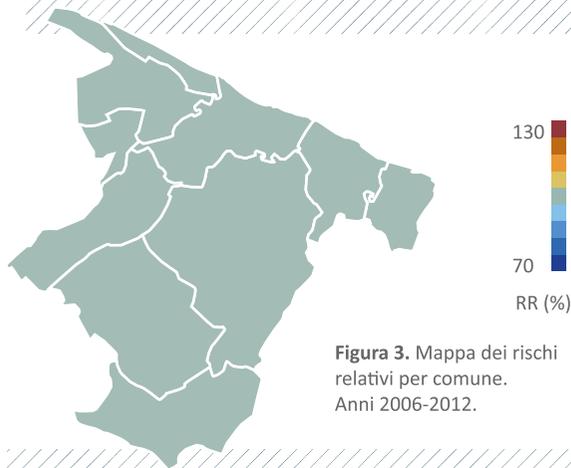


Figura 3. Mappa dei rischi relativi per comune. Anni 2006-2012.

GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Astrocitoma	23	17,3
Ependimoma	3	2,3
Glioblastoma	71	53,4
Medulloblastoma	9	6,8
Oligodendroglioma	7	5,3
Altre morfologie	20	15,0

SOTTOSEDE	N	%
Lobo frontale	39	22,0
Lobo occipitale	3	1,7
Lobo parietale	25	14,1
Lobo temporale	35	19,8
Lesione sconfinante dell'encefalo	19	10,7
Cervelletto	9	5,1
Tronco cerebrale	2	1,1
Ventricolo	3	1,7
Encefalo, NAS	35	19,8
Altre parti del SNC	4	2,3
Meningi	3	1,7

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.

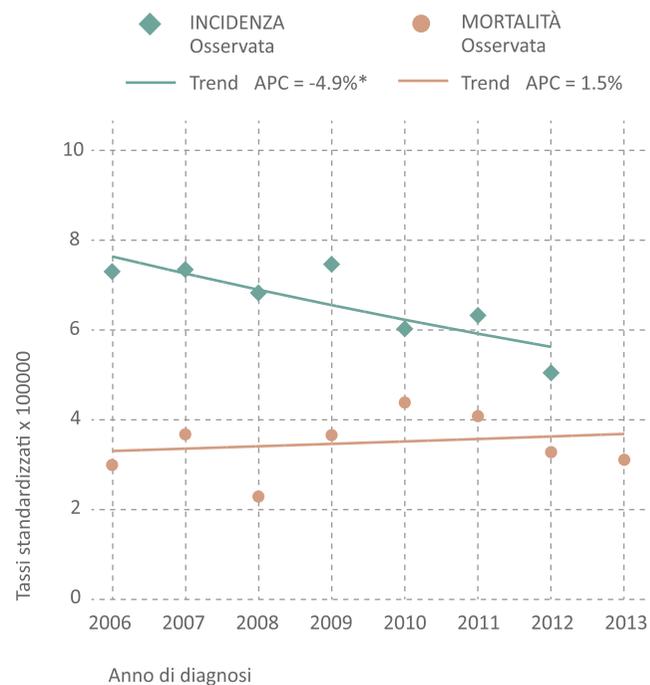


Figura 4. Andamento temporale dei tassi standardizzati. Incidenza: anni 2006-2012. Mortalità: anni 2006-2013.

*Dato statisticamente significativo.

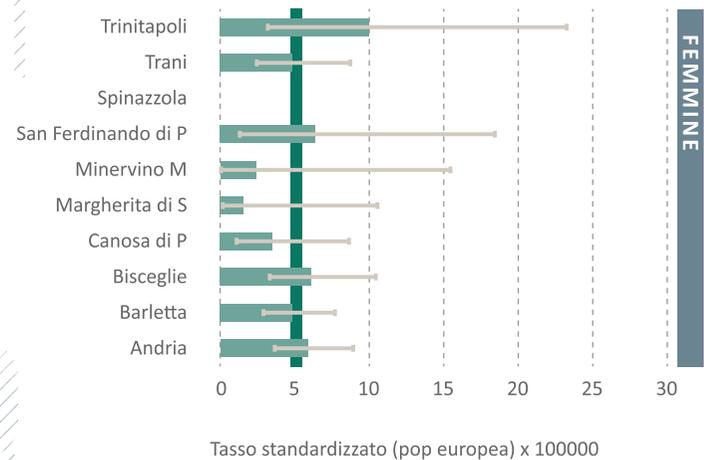
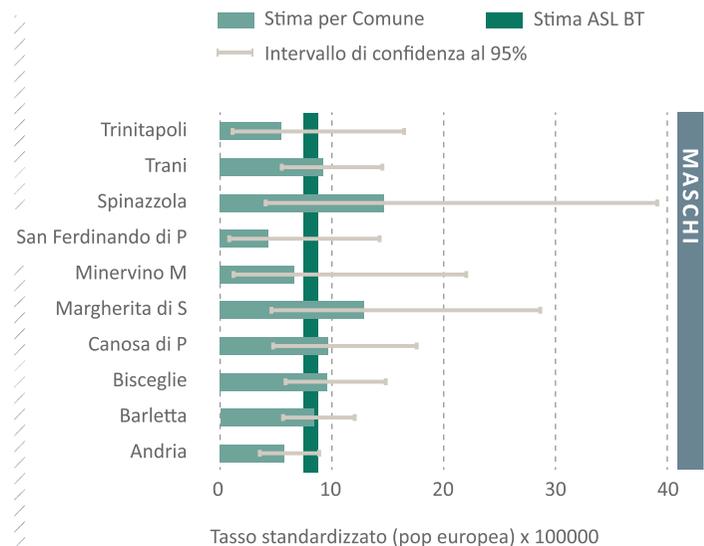


Figura 5. Tassi standardizzati di incidenza per Comune. Anni 2006-2012.



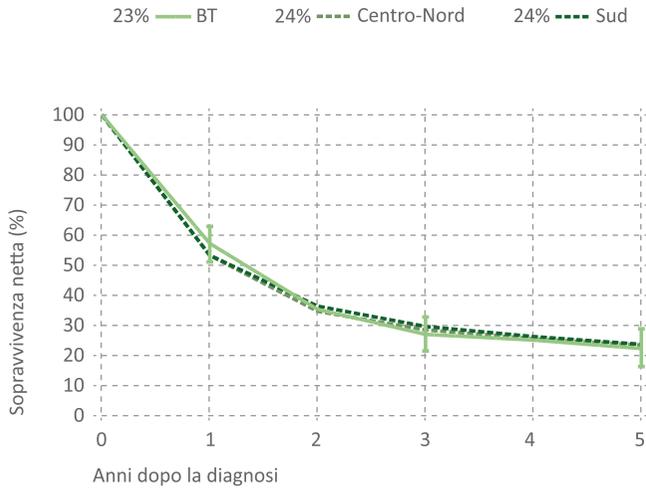


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

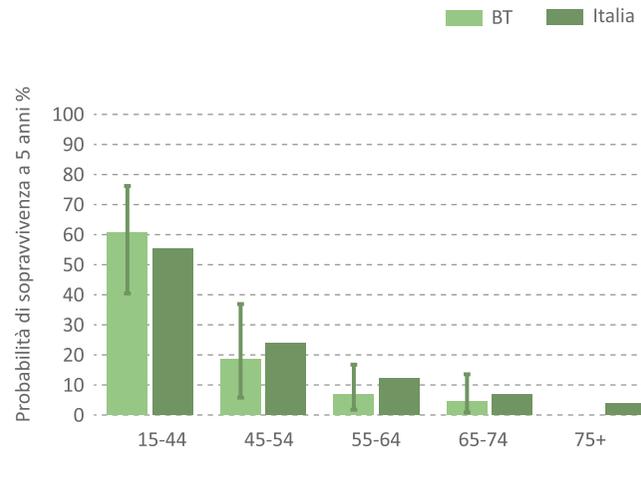


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

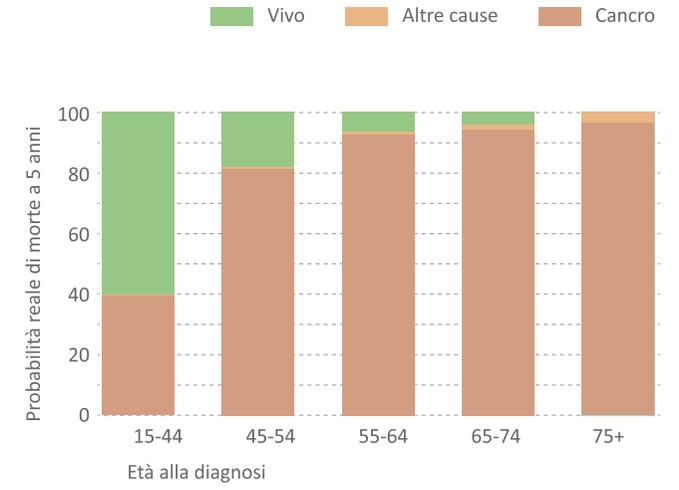


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

MASCHI			FEMMINE		
anni	N	%*	anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	12	0,8	Da 5 a meno di 10	6	0,4
Da 2 a meno di 5	13	0,9	Da 2 a meno di 5	4	0,3
Da 0 a meno di 2	17	1,2	Da 0 a meno di 2	9	0,7

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti



ENEFALO E SNC

appunti e annotazioni 





Tiroide

SCHEDA 23

Sedi ICD-O-3:
C73

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

I fattori etiopatogenetici del carcinoma della tiroide includono fattori ereditari e ambientali tra cui l'esposizione a radiazioni ionizzanti, in particolare per captazione di iodio radioattivo, la carenza di iodio per le forme follicolari, le tiroiditi autoimmuni. L'incremento dell'incidenza, registrato negli ultimi decenni nei paesi occidentali, non accompagnato da un aumento della mortalità causa-specifica sembra legato prevalentemente all'aumento della pressione diagnostica e degli screening occasionali; attualmente si è raggiunto un plateau.

Nella provincia BAT nel biennio 2011-2012 sono stati registrati 114 casi di tumore maligno della tiroide (26 negli uomini e 88 nelle donne) con un tasso grezzo di incidenza di 6,7 per 100.000 negli uomini e 22,2 per 100.000 nelle donne e quello standardizzato rispettivamente 6,2 e 20,9 per 100.000. Nello stesso periodo sono stati registrati 4 decessi solo fra le donne (Tab.1).

Nel sesso femminile si rileva un'alta variabilità nell'incidenza tra macroaree, e quella della provincia BAT è più alta di quella del nord-ovest, ma più bassa di quella della media italiana e di tutte le altre macroaree, nel sesso maschile nella provincia BAT si riscontra l'incidenza più bassa in tutti i confronti nazionali; la mortalità, sempre molto bassa, è pressoché sovrapponibile nella provincia BAT e in tutte le aree messe a confronto (Figg. 1 e 2). L'istotipo più frequente è il carcinoma papillare (86%) seguito dal carcinoma follicolare (6%) e midollare (5%) (Tab.2).

La mappa dei rischi relativi mostra una certa variabilità, ma senza un pattern preciso, con il valore più alto a San Ferdinando di Puglia (Fig. 3); scorporando per sesso si osserva un tasso di incidenza più alto a Margherita di Savoia negli uomini e a San Ferdinando di Puglia nelle donne (Fig. 5). Nella provincia BAT sia l'incidenza che la mortalità appaiono stabili (Fig. 4).

La sopravvivenza a 5 anni (91%) è appena più bassa di quella delle altre aree geografiche (Fig. 6) e lo scarto maggiore si osserva per i tumori diagnosticati in tarda età (Fig. 7).

La probabilità reale di morte a cinque anni risulta bassa nei pazienti con diagnosi in età giovanile, mentre cresce nei pazienti con diagnosi in età avanzata in cui diventa maggiore la probabilità di morire per il tumore stesso rispetto ad altre cause di morte (Fig. 8).

Essendo un tumore piuttosto frequente tra le donne e con alta sopravvivenza la prevalenza è elevata soprattutto nel sesso femminile: si stima che 82 uomini e 338 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore della tiroide nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig. 9).

I NUMERI DELLA TIROIDE



Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



93% al Centro-Nord
94% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni
(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	114	26	88	
Percentuale sul totale	3,2	1,3	5,5	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	14,6	6,7	22,2	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	13,6	6,2	20,9	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,1	0,5	1,6	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	4	0	4	
Percentuale sul totale	0,3	0	0,6	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	0,5	0	1,0	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	0,4	0	0,7	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,0	0	0,1	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

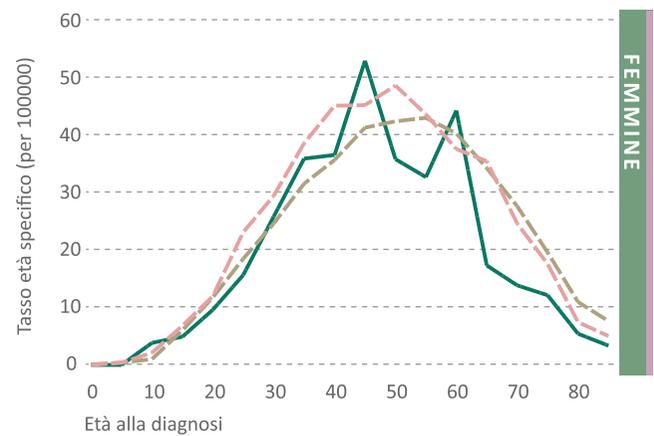
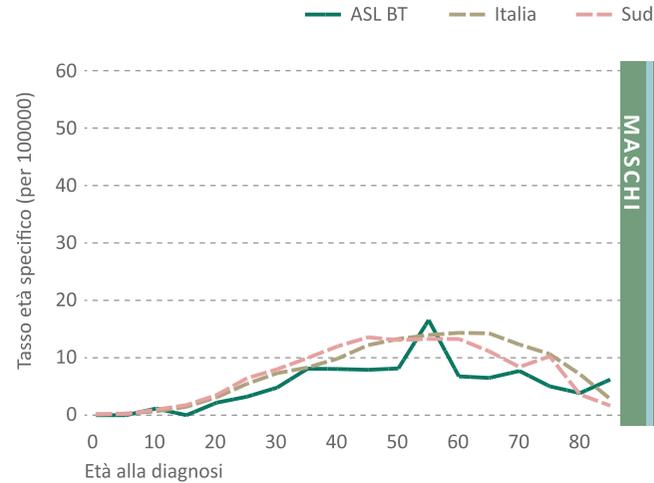


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

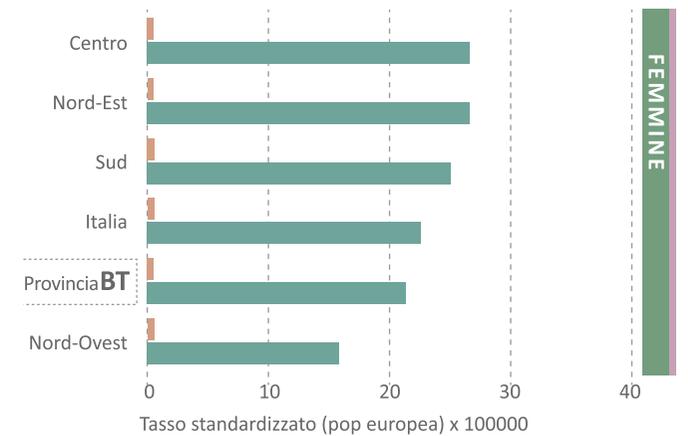
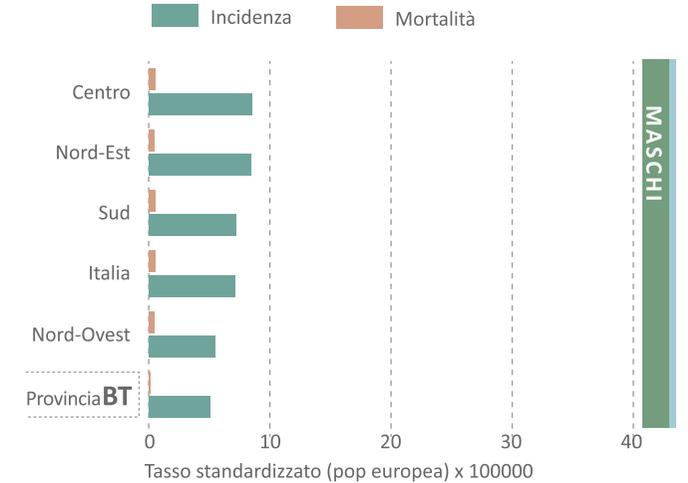
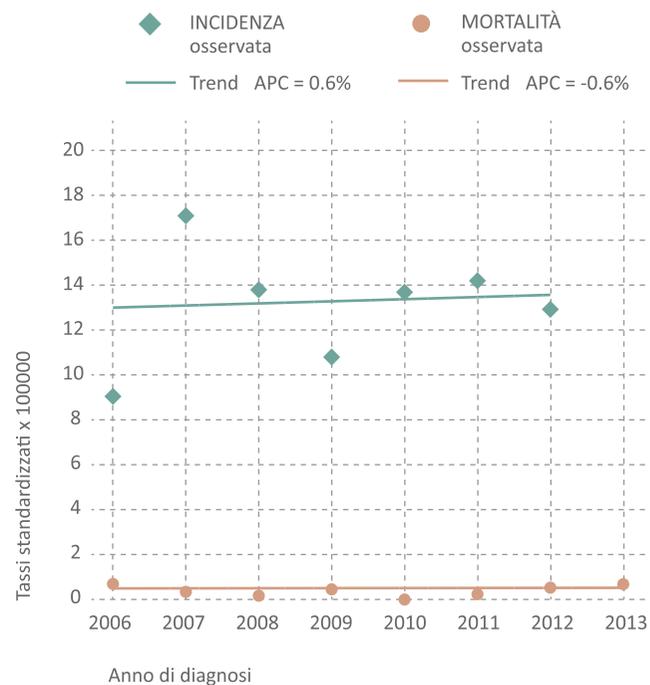
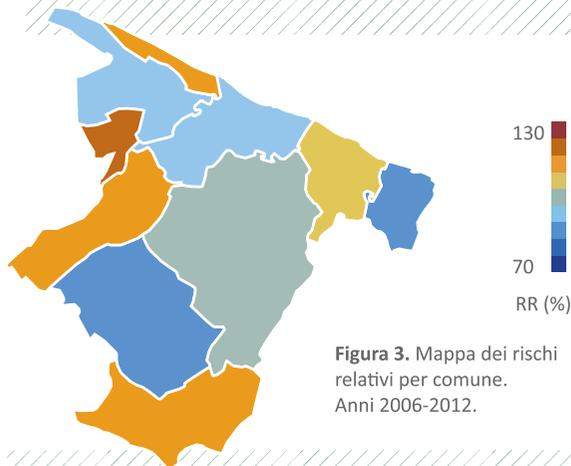
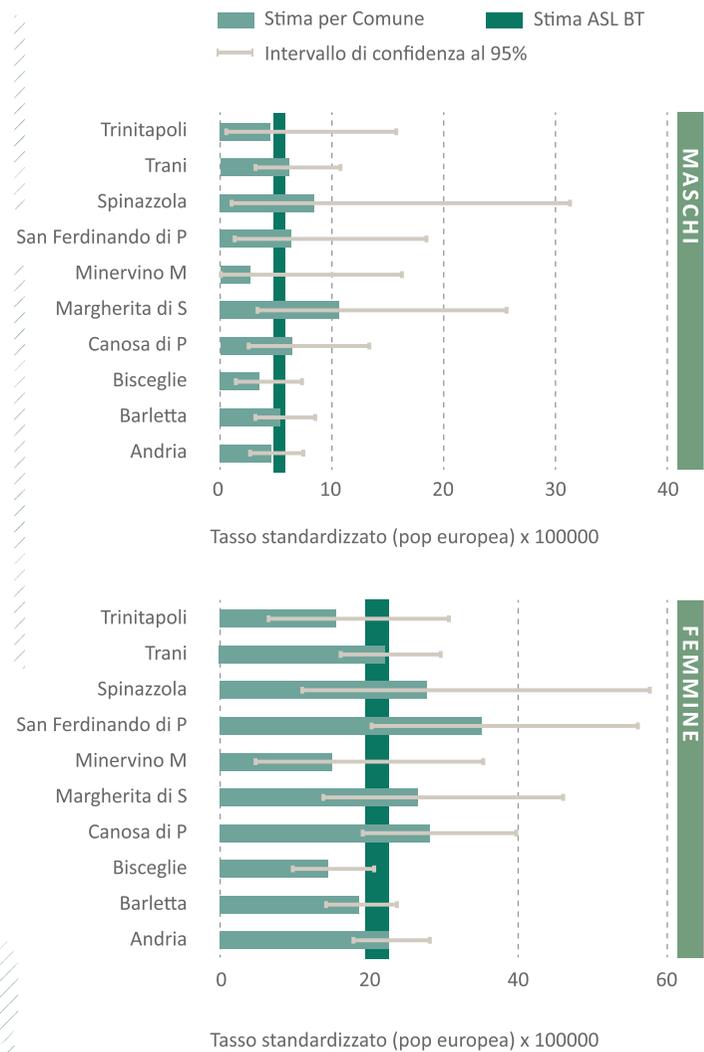


Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Ca. papillare	322	85,6
Ca. follicolare	21	5,5
Ca. anaplastico	2	0,5
Ca. midollare	19	5,0
Altre morfologie	12	3,1

Tabella 2. Distribuzione per morfologia. Anni 2006-2012.



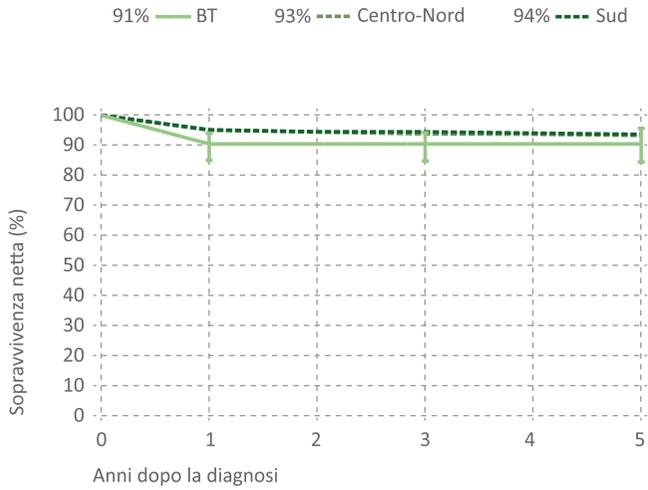


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

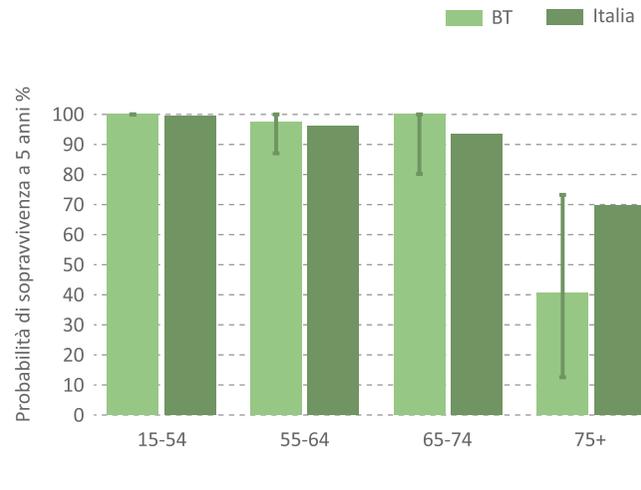


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

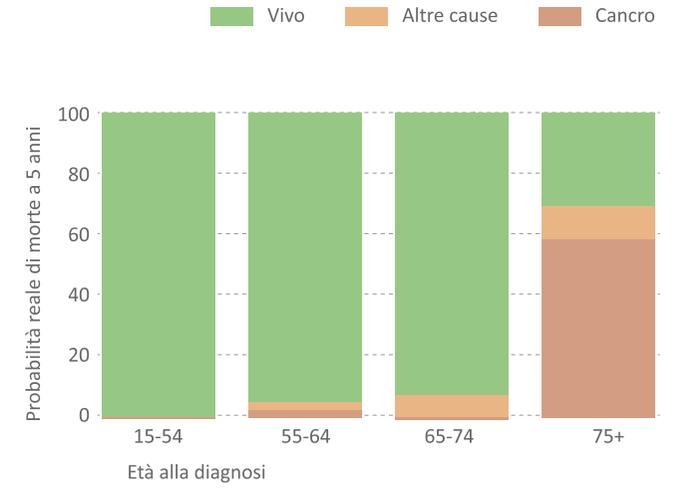


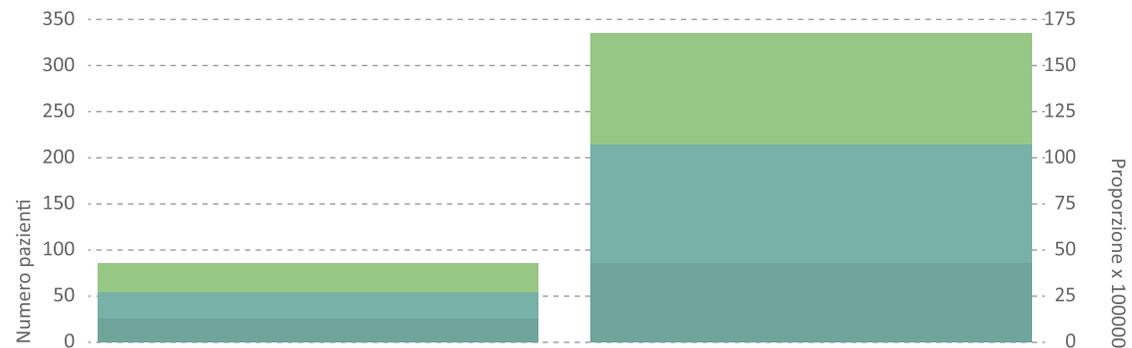
Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

MASCHI		
anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	30	2,1
Da 2 a meno di 5	27	1,8
Da 0 a meno di 2	25	1,8

FEMMINE		
anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	122	7,2
Da 2 a meno di 5	130	8,3
Da 0 a meno di 2	86	7

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

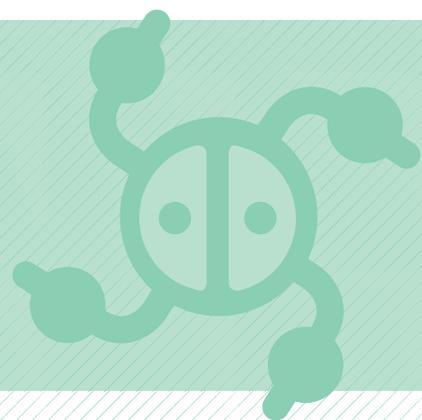
* Rispetto al totale dei casi prevalenti



QUESTIONARIO

appunti e annotazioni 





Linfoma di Hodgkin

SCHEDA 24

Sedi ICD-O-3:
tutte

Morfologie ICD-O-3:
M9650-M667

Nella provincia BAT negli anni 2011-2012 sono stati registrati 34 casi di linfoma di Hodgkin (16 nel sesso maschile e 18 in quello femminile) con un tasso grezzo di incidenza di 4,1 per 100.000 negli uomini e 4,5 per 100.000 nelle donne, pressoché invariati dopo la standardizzazione. Nello stesso periodo sono stati registrati 8 decessi (6 nel sesso maschile e 2 in quello femminile) (Tab.1).

Nella provincia BAT si rileva l'incidenza più bassa nel confronto con altre aree nel sesso maschile e quella più alta nel sesso femminile, sebbene in quest'ultimo la variabilità tra le aree geografiche sia più bassa (Fig. 1); nella curva per età si osserva nella provincia BAT un picco di incidenza intorno ai 70 anni negli

uomini e intorno ai 65 anni nelle donne, che non si riscontra nelle altre aree del paese. Il sottotipo più frequente è quello con sclerosi nodulare (53%) seguito da quello a cellularità mista (20%) (Tab.2).

Non si riconoscono particolari pattern di variabilità geografica intraprovinciale (Figg. 3 e 5).

Il trend di incidenza e di mortalità sono in lieve aumento non statisticamente significativo, rispettivamente del 2,5% e 1,2% annui (Fig. 4).

La sopravvivenza a 5 anni (86%) è in linea con quella delle altre aree (84%) (Figg. 6 e 7).

La probabilità reale di morte dei pazienti affetti da linfoma di Hodgkin si mantiene bassa per i casi

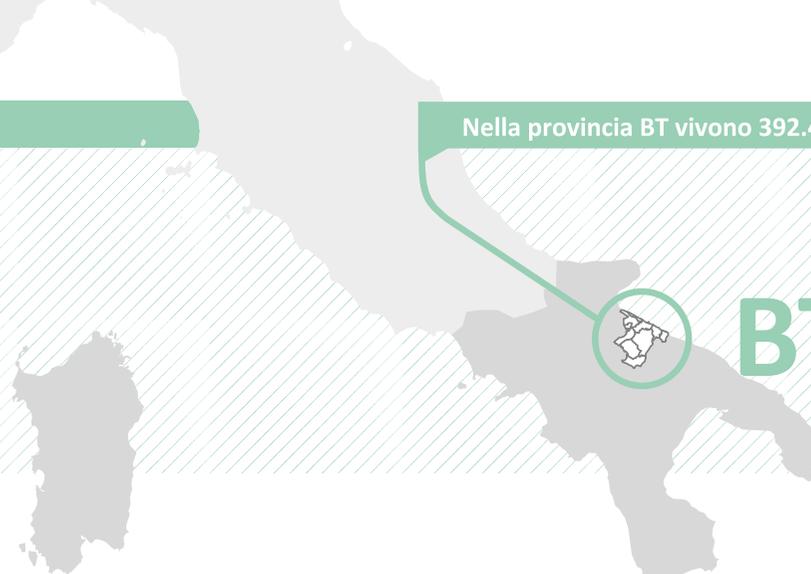
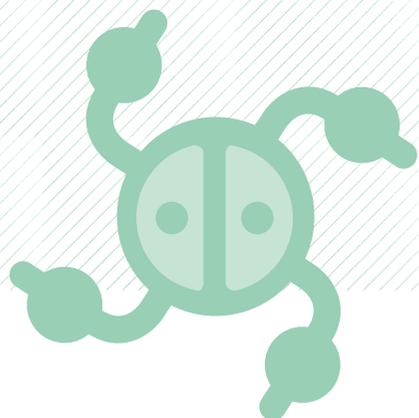
diagnosticati in età giovanile-adulta, mentre è consistente per i casi diagnosticati in età avanzata ed è legata prevalentemente al tumore stesso (Fig. 8).

Per quanto riguarda la prevalenza si stima che 62 uomini e 52 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di linfoma di Hodgkin nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig. 9).



I NUMERI DEL LINFOMA DI HODGKIN

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



BT

Incidenza

8

uomini

scoprono di avere la malattia

- ⬇️ il 10% in meno rispetto all'Italia*
- ⬇️ l'1% in meno rispetto al Sud*.

Incidenza

9

donne

scoprono di avere la malattia

- ⬆️ il 6% in più rispetto all'Italia*.
- ⬆️ il 10% in più rispetto al Sud*.

APC Incidenza

2.5 %

l'andamento dell'**incidenza** della malattia è in aumento



Mortalità

3

uomini

non ce la fanno

- ⬆️ il 17% in più rispetto all'Italia*.
- ⬆️ il 7% in più rispetto al Sud*.

Mortalità

1

donna

non ce la fa

- ⬇️ l'1% in meno rispetto all'Italia*.
- ⬇️ il 10% in meno rispetto al Sud*.

APC Mortalità

1.2 %

l'andamento della **mortalità** dalla malattia è in aumento



Prevalenza

29

uomini

convivono con la malattia*

Prevalenza

35

donne

convivono con la malattia*

Sopravvivenza netta

86 %

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

84% al Centro-Nord
84% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	34	16	18	
Percentuale sul totale	0,9	0,8	1,1	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	4,3	4,1	4,5	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	4,3	4,0	4,6	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,4	0,4	0,3	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	8	6	2	
Percentuale sul totale	0,5	0,6	0,3	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	1,0	1,6	0,5	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	0,8	1,3	0,3	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,1	0,1	0,0	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

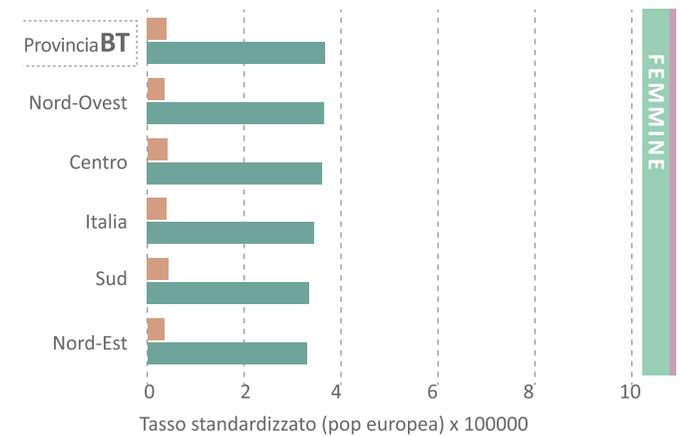
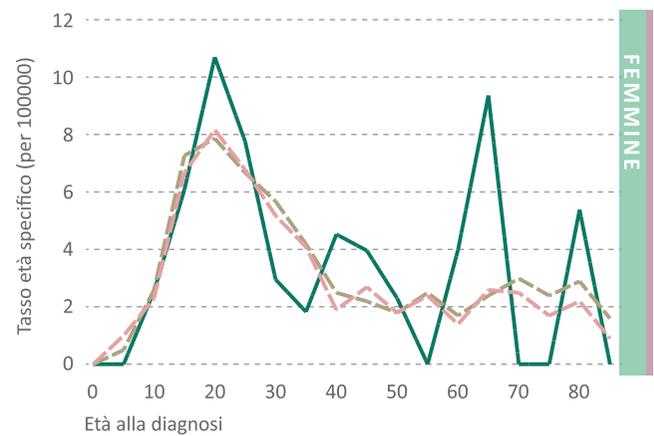
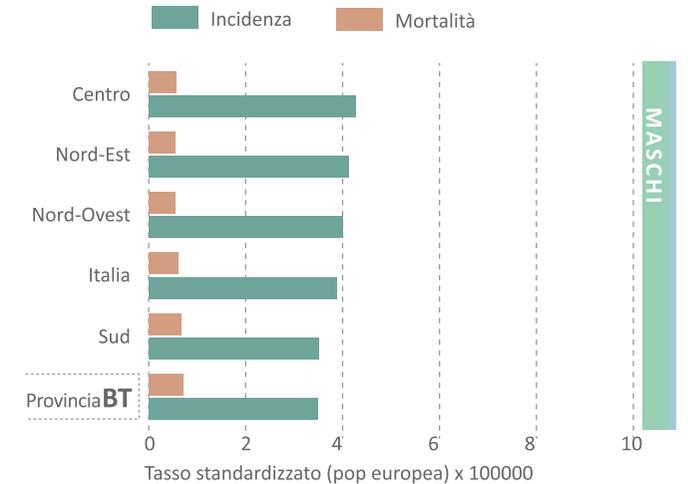
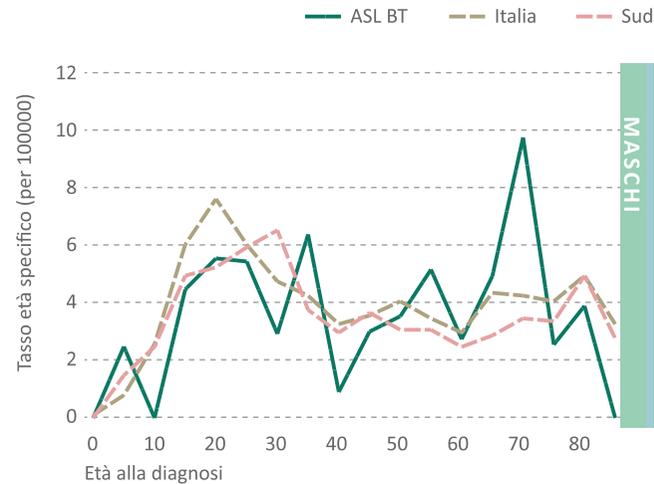
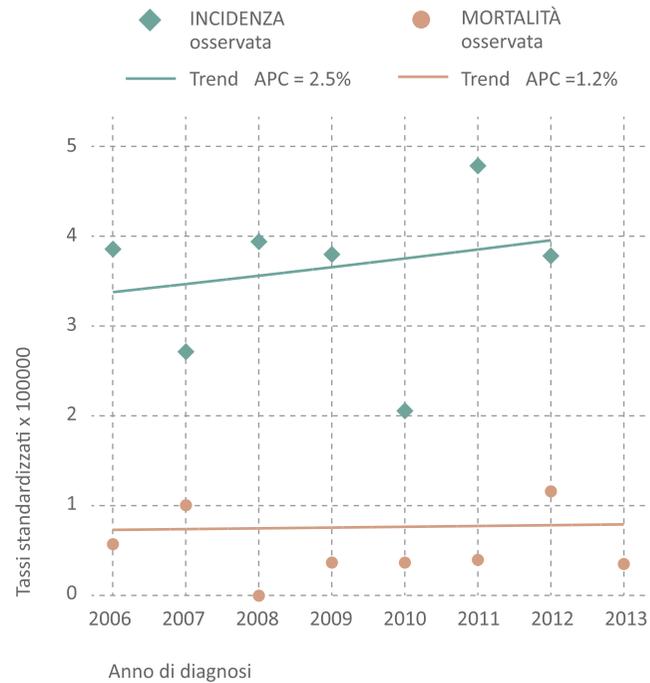
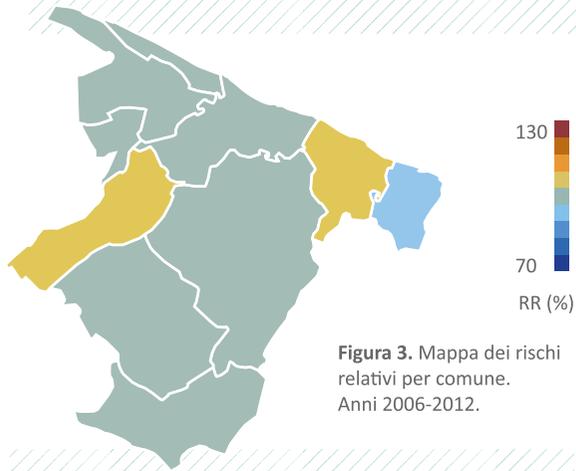


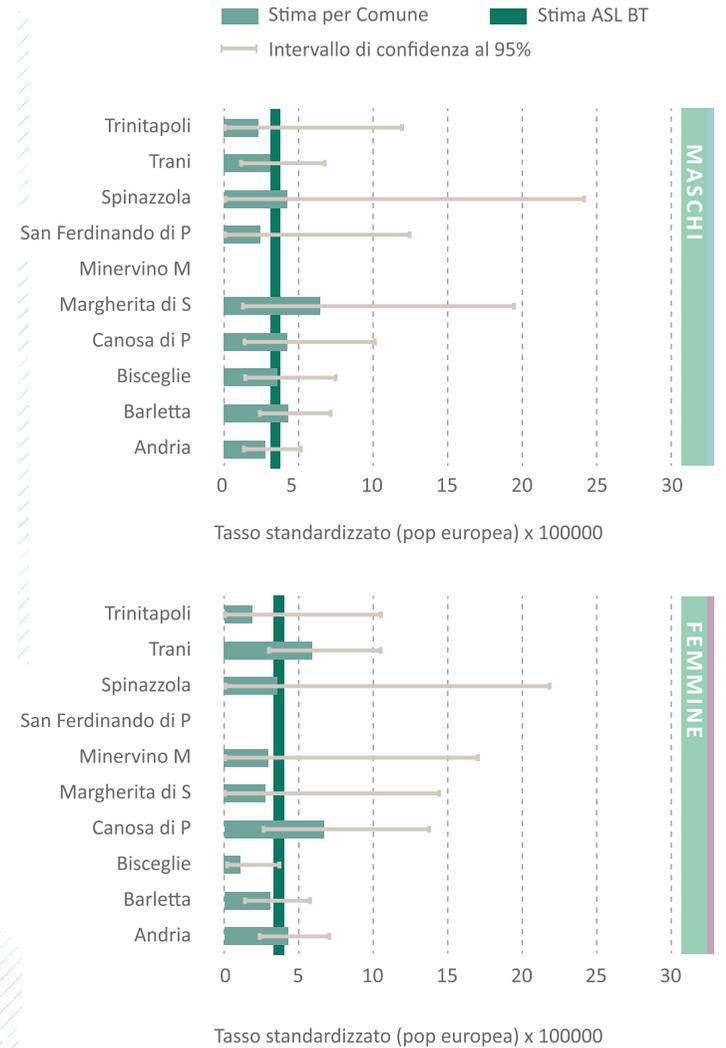
Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Cellularità mista	20	20,2
Predominanza linfocitaria	11	11,1
Sclerosi nodulare	52	52,5
Non Specificato	16	16,2

Tabella 2. Distribuzione per morfologia. Anni 2006-2012.



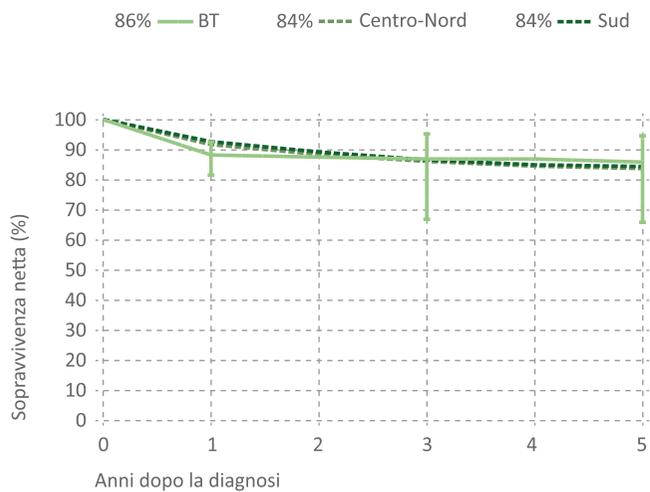


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

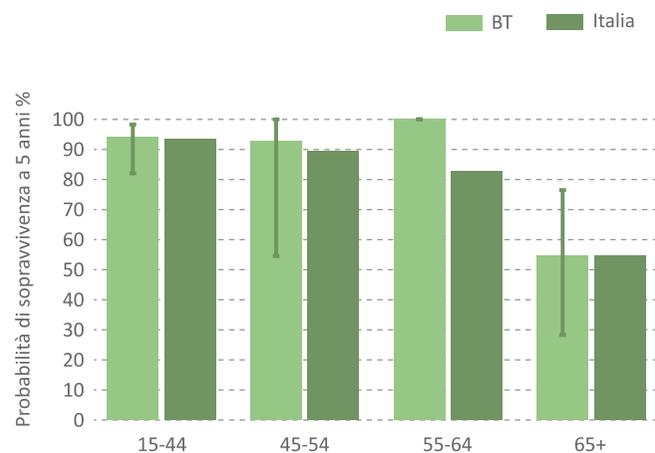


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

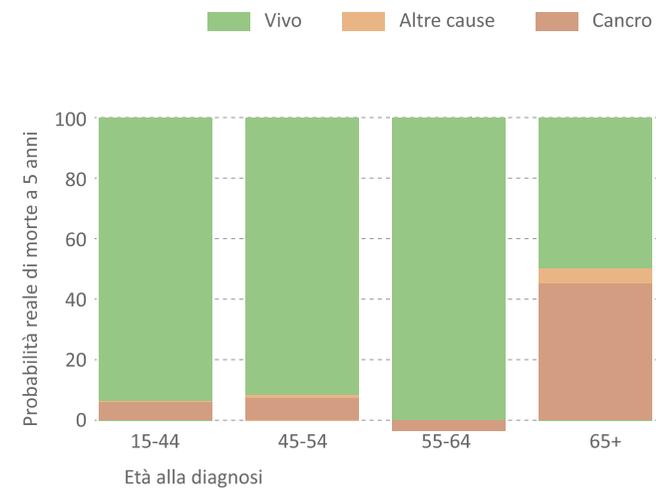


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

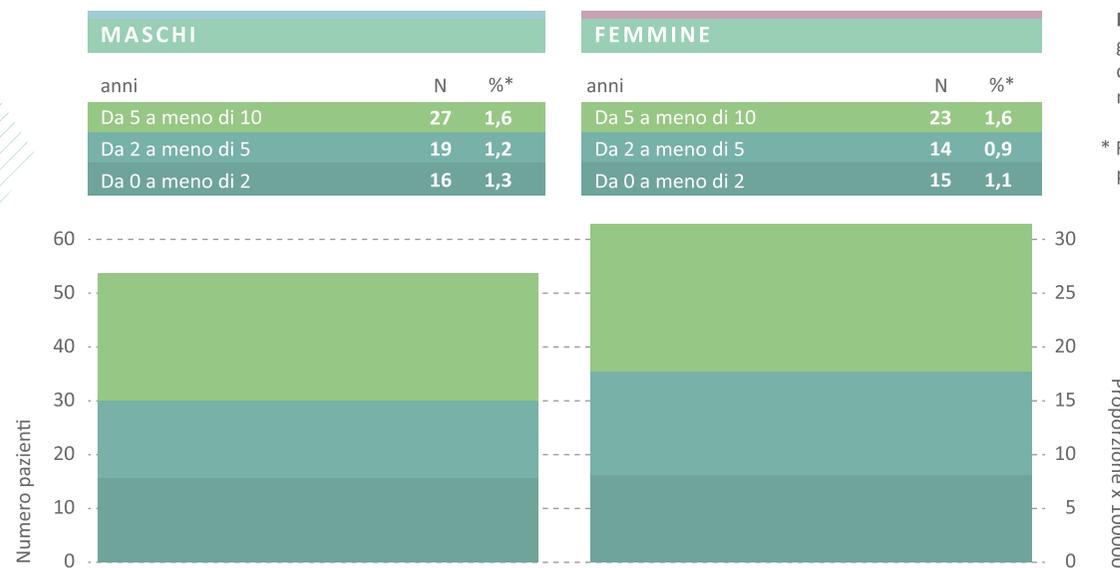
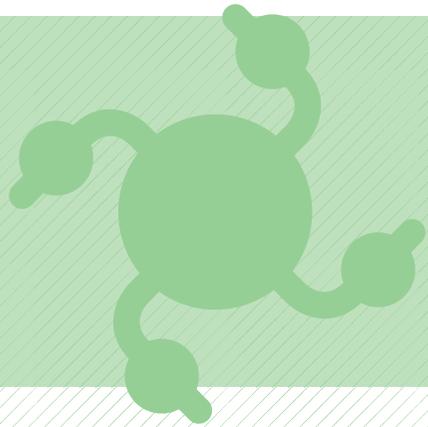


Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti



Linfoma non Hodgkin

SCHEDA 25

Sedi ICD-O-3:
tutte

M9760-9764,
M9940, M9948.

Morfologie ICD-O-3:
M9590-9596,
M9670-9729,

Inoltre, escluse le sedi
C42.0, C42.1 e C42.4:
M9823, M9827

Nella provincia BAT negli anni 2011-2012 sono stati registrati 125 casi di linfoma non Hodgkin (73 negli uomini e 52 nelle donne) con un tasso grezzo di incidenza di 18,9 per 100.000 negli uomini e 13,3 per 100.000 nelle donne e un tasso standardizzato di 15,5 per 100.000 negli uomini e 10,2 per 100.000 nelle donne. Nello stesso periodo sono stati registrati 56 decessi (33 uomini e 23 donne) con un tasso grezzo rispettivamente di 8,5 per 100.000 negli uomini e 5,8 per 100.000 nelle donne e un tasso standardizzato di 6,6 e 3,9 (Tab.1).

Nella provincia BAT incidenza e mortalità sono in linea con quelle del sud e più basse di quelle registrate nelle altre macroaree in entrambi i sessi (Figg.

1 e 2). Le forme più frequenti sono quelle B-cellulari aggressive (47%), seguite dalle altre forme B-cellulari indolenti; il 67% origina dai linfonodi, la seconda sede più frequente è lo stomaco, col 5,6% (Tab.2).

Non si riconoscono particolari pattern di variabilità geografica intraprovinciale, a parte un rischio relativo un po' più elevato a San Ferdinando di Puglia (Fig. 3). Il trend di incidenza è in leggera flessione (-1,1%), mentre per la mortalità si nota un incremento (5%), entrambi comunque non statisticamente significativi (Fig. 4).

La sopravvivenza a 5 anni (58%) è più bassa di quella delle altre aree geografiche italiane, in particolare di quella del centro-nord (66%) (Figg. 6 e 7).

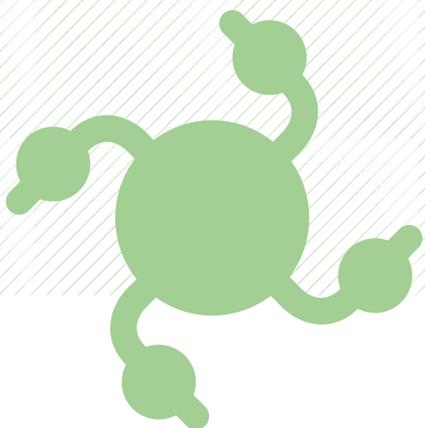
La probabilità reale di morte dei pazienti affetti da linfoma non Hodgkin aumenta con l'aumentare dell'età alla diagnosi ed è prevalentemente dovuta al tumore stesso, anche se negli anziani si affaccia anche la mortalità per altre cause (Fig. 8).

Per quanto riguarda la prevalenza si stima che 183 uomini e 141 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di linfoma non Hodgkin nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig. 9).



I NUMERI DEL LINFOMA NON HODGKIN

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



Incidenza

37 uomini scoprono di avere la malattia
⬇️ il 16% in meno rispetto all'Italia*,
⬆️ il 2% in più rispetto al Sud*.

Incidenza

26 donne scoprono di avere la malattia
⬇️ il 12% in meno rispetto all'Italia*,
⬆️ l'11% in più rispetto al Sud*.

APC Incidenza

-1.1 % l'andamento dell'incidenza della malattia è in riduzione

Mortalità

17 uomini non ce la fanno
⬇️ il 17% in meno rispetto all'Italia*,
⬇️ il 2% in meno rispetto al Sud*.

Mortalità

12 donne non ce la fanno
⬇️ il 4% in meno rispetto all'Italia*,
⬆️ il 10% in più rispetto al Sud*.

APC Mortalità

5 % l'andamento della mortalità dalla malattia è in aumento

Prevalenza

116 uomini convivono con la malattia*

Prevalenza

89 donne convivono con la malattia*

Sopravvivenza netta

58 % dei pazienti della provincia BT sopravvivono alla malattia a distanza di 5 anni**

66% al Centro-Nord
62% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni
(**) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	125	73	52	
Percentuale sul totale	3,5	3,6	3,3	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	16,0	18,9	13,3	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	12,7	15,5	10,2	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,1	1,3	0,8	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	56	33	23	
Percentuale sul totale	3,6	3,5	3,6	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	7,1	8,5	5,8	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	5,2	6,6	3,9	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,4	0,5	0,3	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

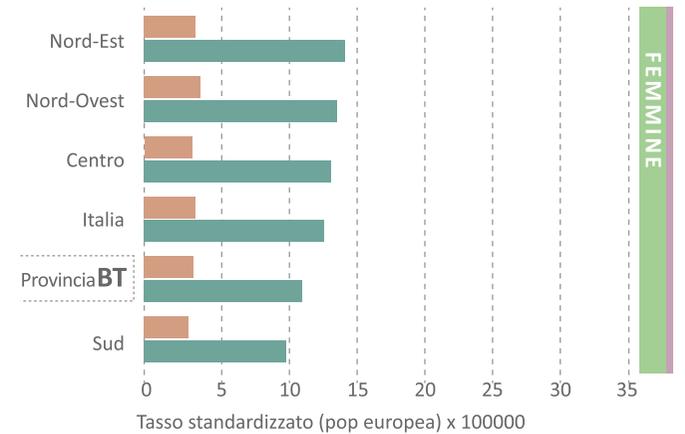
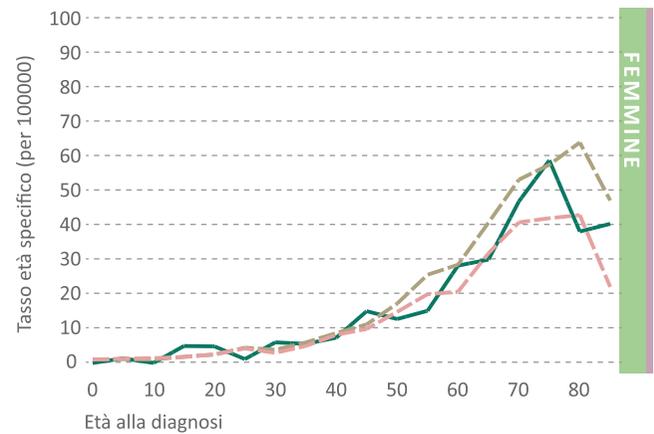
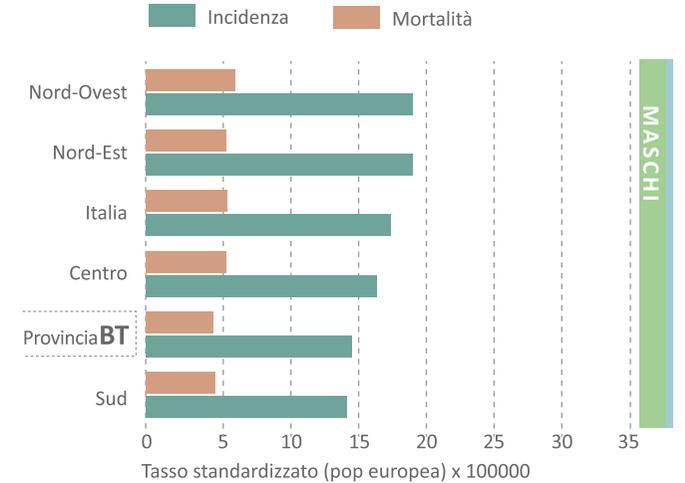
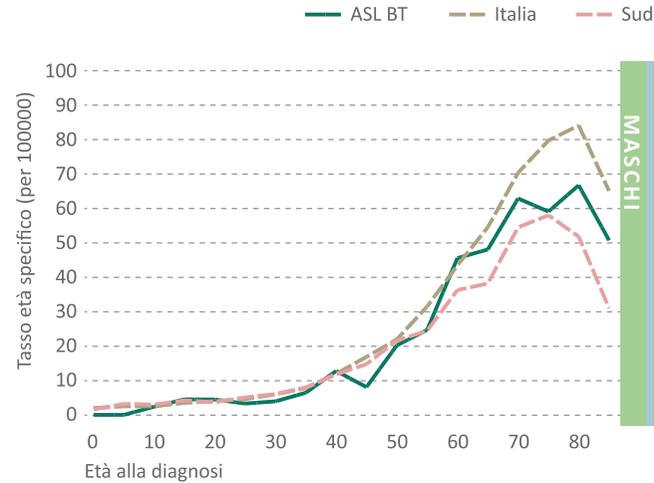
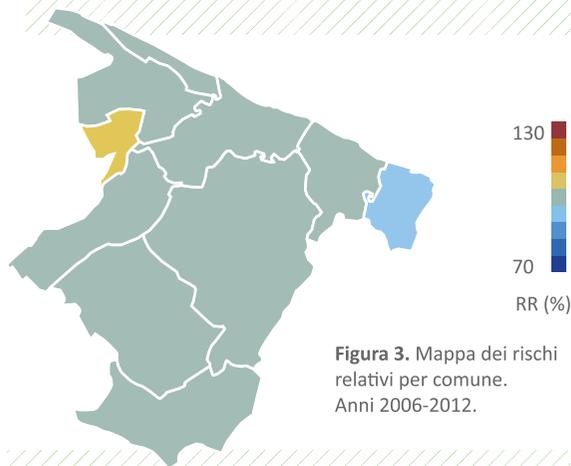


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Cell. B, aggressivi	193	46,6
Cell. B, indolenti follicolari	51	12,3
Cell. B, indolenti non follicolari	91	22,0
Cell. T aggressivi	26	6,3
Cell. T indolenti	11	2,7
Linfomi dei precursori	6	1,4
Non specificato	36	8,7

SOTTOSEDE	N	%
Linfonodo	278	67,1
Milza	10	2,4
Timo, tonsille e faringe	16	3,9
Sistema Emolinfopoietico NAS	19	4,6
Cute	21	5,1
Stomaco	23	5,6
Altre sedi extranodali	40	9,7
Non noto	7	1,7

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.

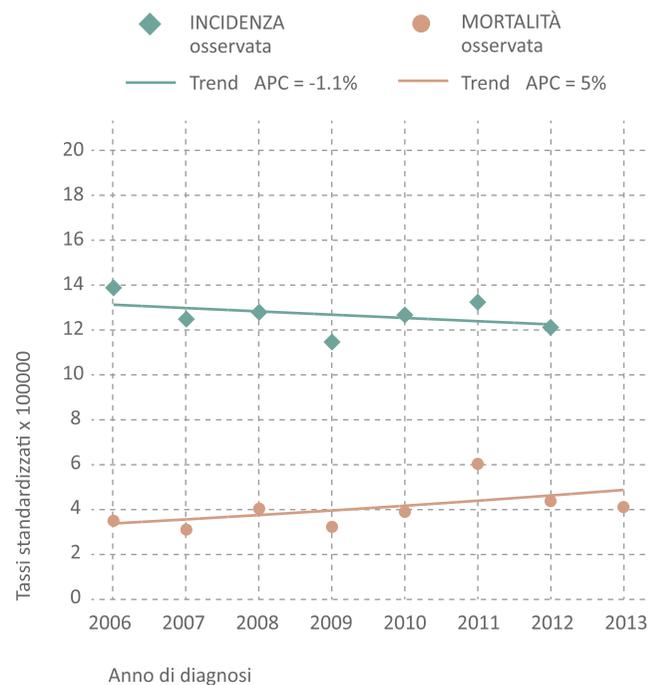


Figura 4. Andamento temporale dei tassi standardizzati. Incidenza: anni 2006-2012. Mortalità: anni 2006-2013.

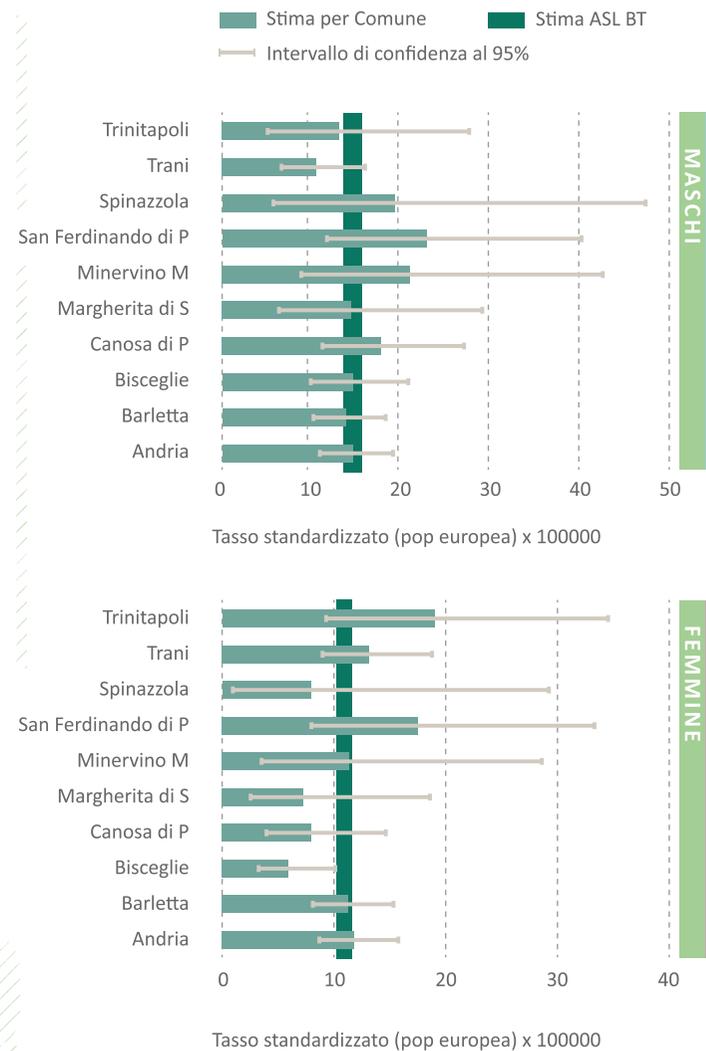


Figura 5. Tassi standardizzati di incidenza per Comune. Anni 2006-2012.



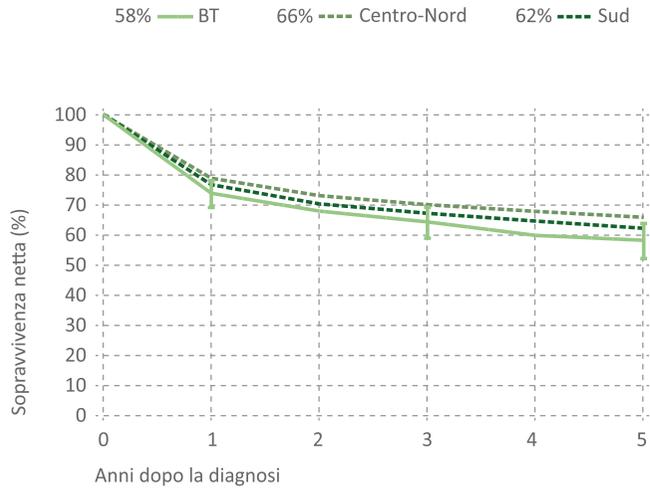


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

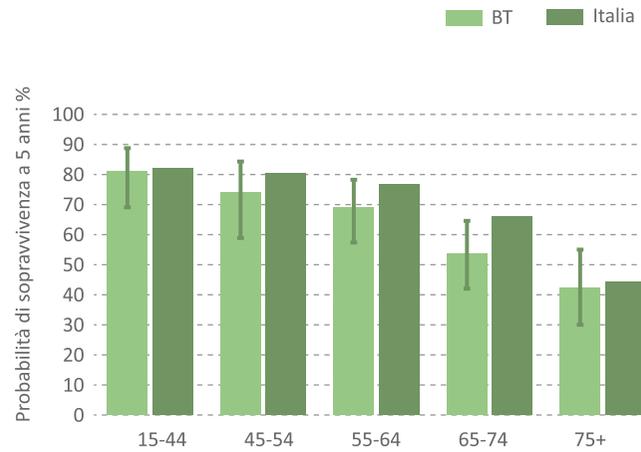


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

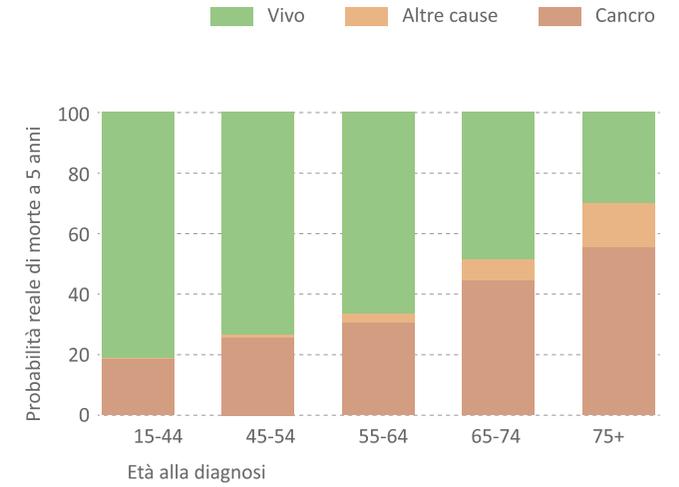


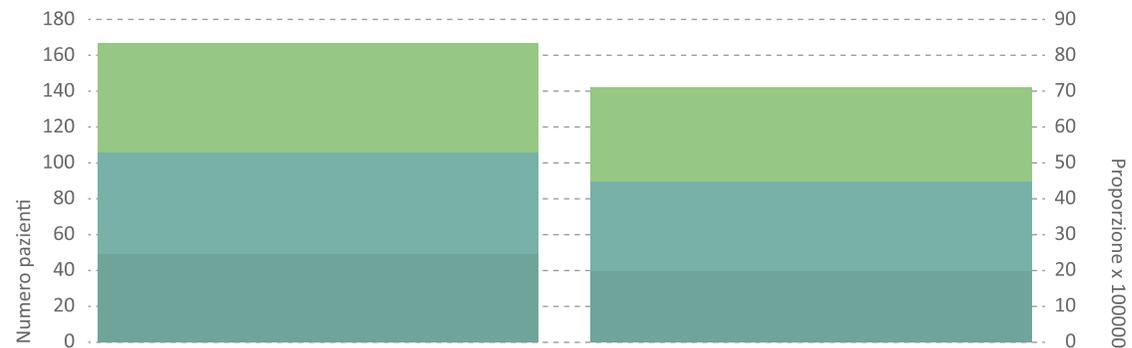
Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

MASCHI		
anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	67	4,7
Da 2 a meno di 5	62	4,2
Da 0 a meno di 2	54	3,9

FEMMINE		
anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	52	3,1
Da 2 a meno di 5	50	3,2
Da 0 a meno di 2	39	3,2

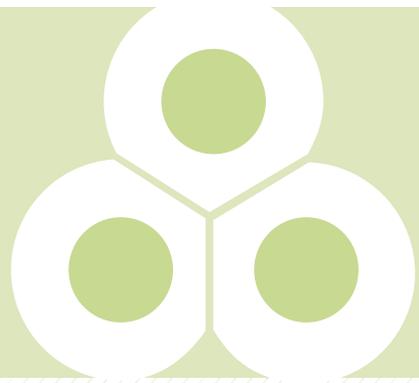
Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti



appunti e annotazioni 





Mieloma

SCHEDA 26

Sedi ICD-O-3:
tutte

Morfologie ICD-O-3:
M9731-9734

Nella provincia BAT negli anni 2011-2012 sono stati registrati 67 casi di mieloma (32 negli uomini e 35 nelle donne) con un tasso grezzo di incidenza di 8,3 per 100.000 negli uomini e 8,8 per 100.000 nelle donne e un tasso standardizzato di 6,6 per 100.000 negli uomini e 6,2 per 100.000 nelle donne. Nello stesso periodo sono stati registrati 29 decessi (13 uomini e 16 donne) con un tasso grezzo rispettivamente di 3,4 per 100.000 negli uomini e 4 per 100.000 nelle donne e un tasso standardizzato di 2,4 e 2,3 (Tab.1).

Nella provincia BAT l'incidenza è più alta in entrambi i sessi rispetto a tutte le aree di confronto, la mortalità invece ha una scarsa variabilità tra aree e nella provincia BAT si riscontrano i valori più bassi (Fig. 1); si osserva inoltre un picco di incidenza negli uomini nelle fasce di età più avanzate (Fig. 2).

Nella mappa dei rischi relativi si osserva un valore più alto nel comune di Barletta seguito da San Ferdinando di Puglia (Fig. 3).

Il trend di incidenza è in discesa del 5,8% annuo, mentre quello di mortalità è in aumento del 3,5%, entrambi non statisticamente significativi (Fig. 4).

La sopravvivenza a 5 anni (60%) è molto più alta di quella del sud (50%) e del centro-nord (51%) (Figg. 6 e 7).

La probabilità reale di morte dei pazienti affetti da mieloma aumenta con l'aumentare dell'età alla diagnosi ed è prevalentemente dovuta al tumore stesso, anche se negli anziani è consistente anche la mortalità per altre cause (Fig. 8).

Per quanto riguarda la prevalenza si stima che 89 uomini e 85 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di mieloma nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig. 9).



I NUMERI DEL MIELOMA

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



(*) Con diagnosi entro cinque anni
 (***) Si intende **sopravvivenza netta**, cioè correlata soltanto al tumore.

51% al Centro-Nord
50% al Sud



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	67	32	35	
Percentuale sul totale	1,9	1,6	2,2	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	8,6	8,3	8,8	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	6,3	6,6	6,2	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,6	0,6	0,6	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	29	13	16	
Percentuale sul totale	1,8	1,4	2,5	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	3,7	3,4	4,0	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	2,4	2,4	2,3	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,2	0,2	0,2	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
⁽¹⁾per centomila abitanti

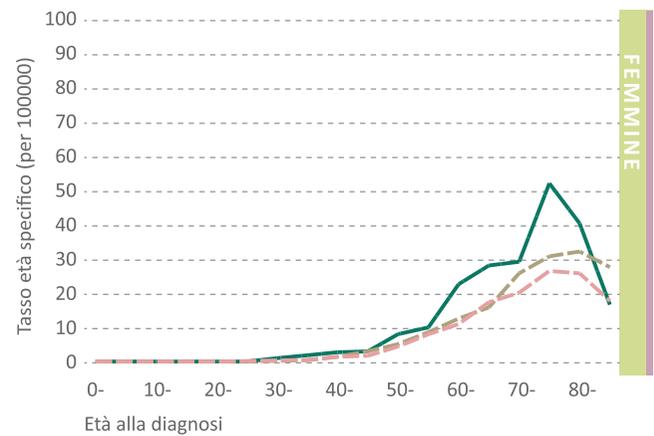
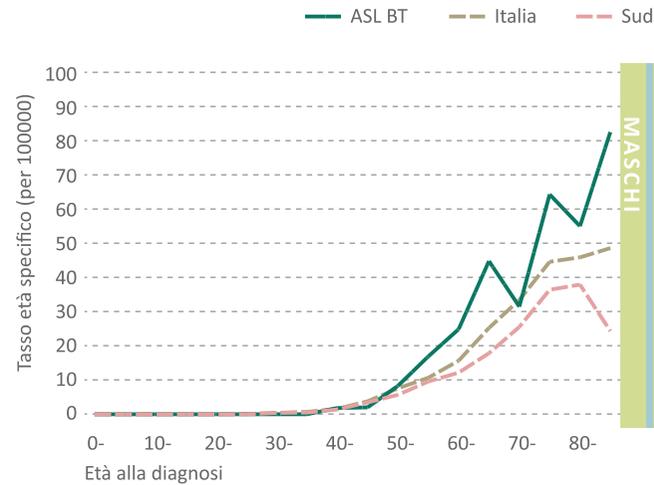


Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

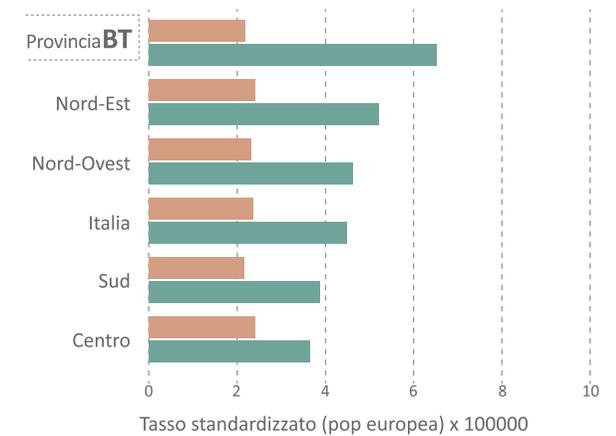
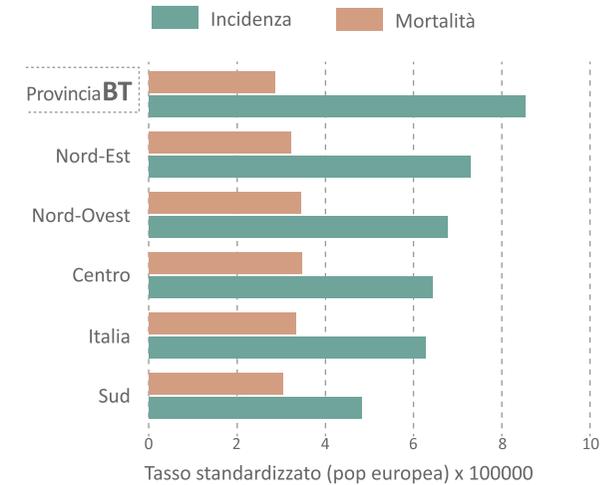


Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

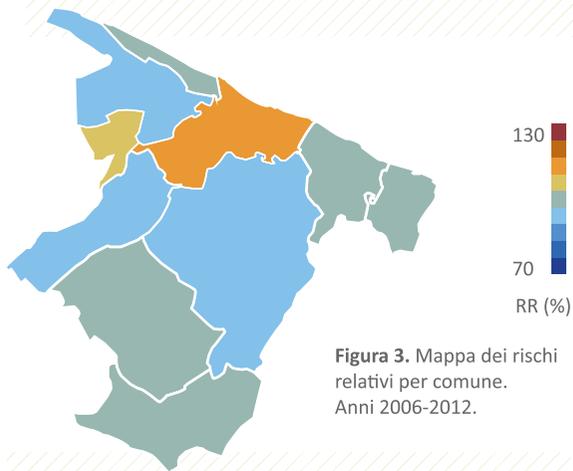


Figura 3. Mappa dei rischi relativi per comune. Anni 2006-2012.

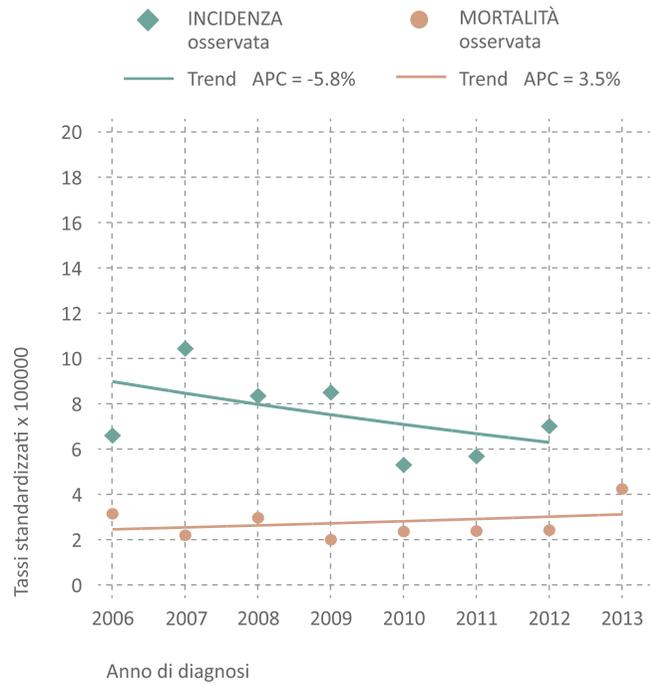


Figura 4. Andamento temporale dei tassi standardizzati. Incidenza: anni 2006-2012. Mortalità: anni 2006-2013.

GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Mieloma	237	99,2
Plasmocitoma	2	0,8

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.

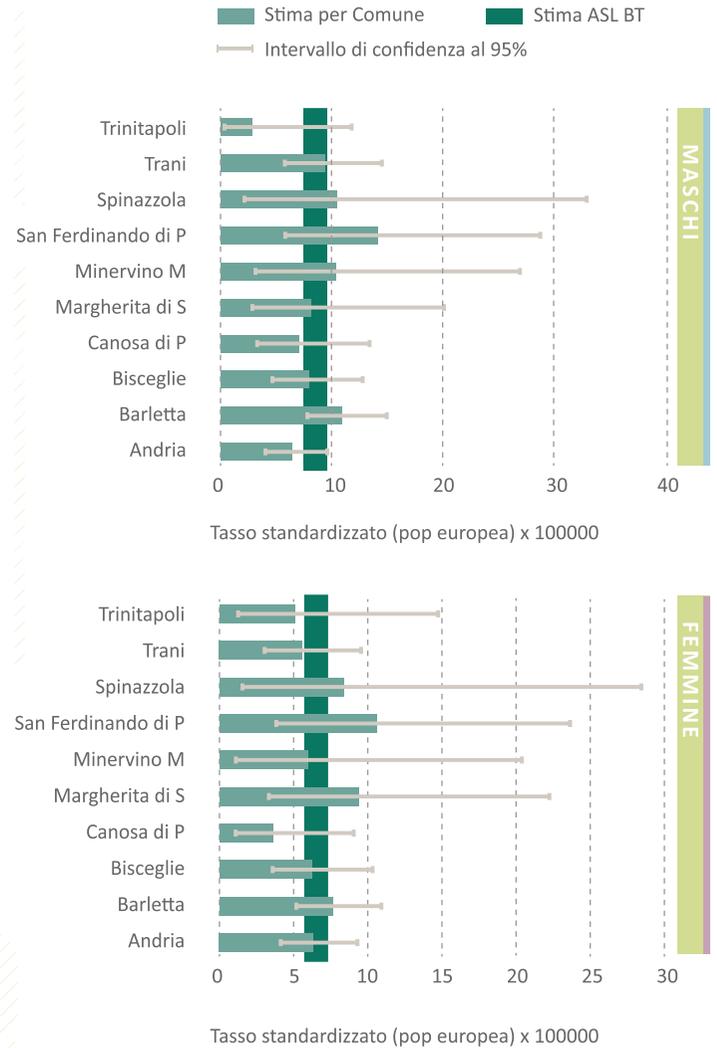


Figura 5. Tassi standardizzati di incidenza per Comune. Anni 2006-2012.



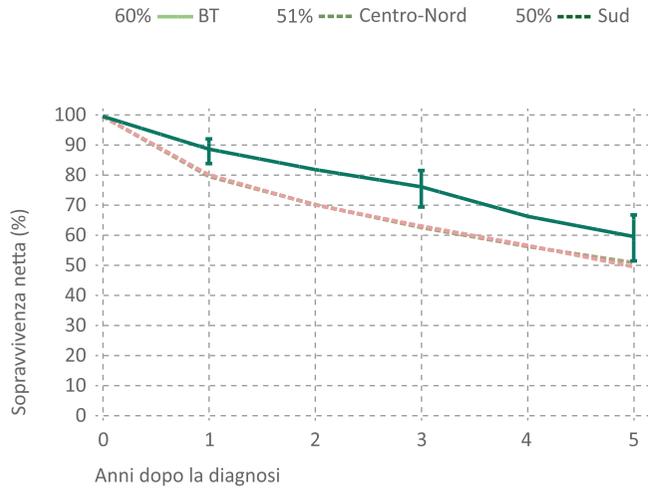


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

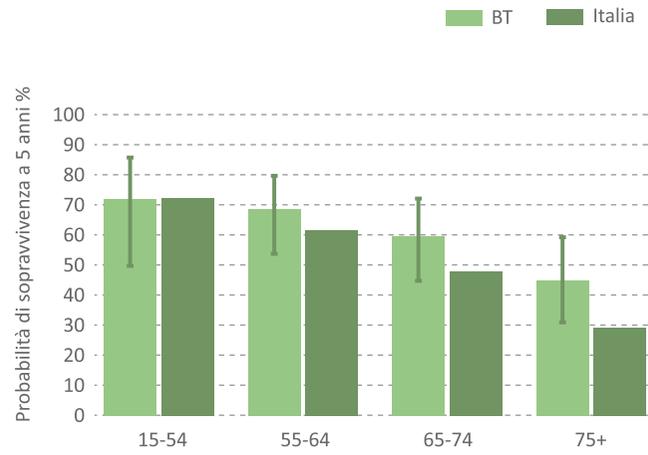


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

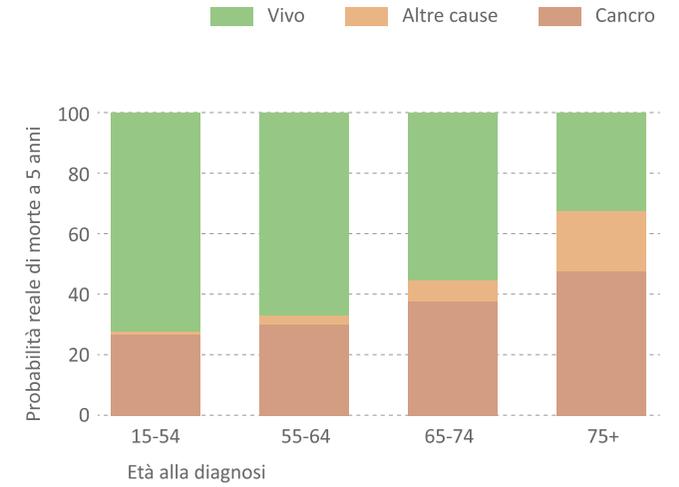


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

MASCHI		
anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	24	1,7
Da 2 a meno di 5	35	2,4
Da 0 a meno di 2	30	2,2

FEMMINE		
anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	24	1,4
Da 2 a meno di 5	31	2
Da 0 a meno di 2	30	2,4

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

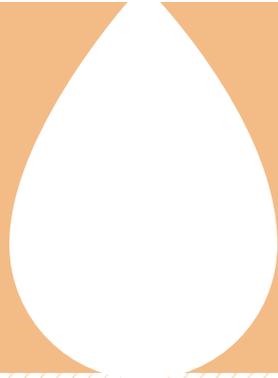
* Rispetto al totale dei casi prevalenti





appunti e annotazioni 





Leucemie

SCHEDA 27

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

Nella provincia BAT negli anni 2011-2012 sono stati registrati 113 casi di leucemia (63 negli uomini e 50 nelle donne) con un tasso grezzo di incidenza di 16,3 per 100.000 negli uomini e 12,6 per 100.000 nelle donne e un tasso standardizzato di 13,2 per 100.000 negli uomini e 10,3 per 100.000 nelle donne. Nello stesso periodo sono stati registrati 62 decessi (30 uomini e 32 donne) con un tasso grezzo rispettivamente di 7,8 per 100.000 negli uomini e 8,1 per 100.000 nelle donne e un tasso standardizzato di 5,7 in entrambi i sessi (Tab.1).

Nel confronto tra macroaree, si osserva una omogeneità soprattutto per quanto riguarda l'incidenza; l'incidenza nella provincia BAT appare un po' più alta rispetto alle altre aree, ma la mortalità è

perfettamente in linea (Figg. 2). La forma leucemica più frequente è la linfatica cronica (39%), seguita dalla mieloide acuta (29%) e dalla mieloide cronica (19%) (Tab. 2).

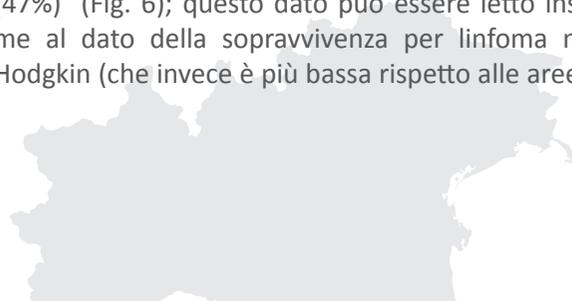
La mappa dei rischi relativi non mostra particolari pattern (Fig. 3); il dato scorporato per sesso mostra un tasso di incidenza più elevato negli uomini a Margherita di Savoia, seguita da Canosa di Puglia e a Minervino Murge nelle donne (Fig. 5).

I trend dell'incidenza e della mortalità sono pressoché piatti (Fig. 4). La sopravvivenza a 5 anni (53%) è più alta di quella del sud (49%) e del centro-nord (47%) (Fig. 6); questo dato può essere letto insieme al dato della sopravvivenza per linfoma non Hodgkin (che invece è più bassa rispetto alle aree di

confronto), in quanto alcuni linfomi e alcune leucemie linfatiche sono presentazioni diverse della stessa patologia.

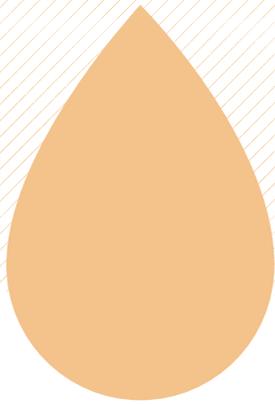
La probabilità reale di morte dei pazienti affetti da leucemia segue un andamento a "U" rispetto all'età alla diagnosi (ciò rispecchia la frequenza nelle diverse età di forme leucemiche con aggressività e prognosi differenti fra loro) ed è prevalentemente dovuta al tumore stesso, anche se negli anziani si affaccia anche la mortalità per altre cause (Fig. 8).

Per quanto riguarda la prevalenza si stima che 149 uomini e 80 donne vivano dopo aver ricevuto una diagnosi di leucemia nei 10 anni precedenti alla data indice (Fig. 9).



I NUMERI DELLE LEUCEMIE

Nella provincia BT vivono 392.446 persone. In media ogni anno:



BT



47% al Centro-Nord
49% al Sud

(*) Con diagnosi entro cinque anni

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



	M+F	M	F	INCIDENZA
Numero casi	113	63	50	
Percentuale sul totale	3,1	3,1	3,1	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	14,4	16,3	12,6	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	11,7	13,2	10,3	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,9	1,0	0,7	

	M+F	M	F	MORTALITÀ
Numero decessi	62	30	32	
Percentuale sul totale	3,9	3,2	5,0	
Tasso grezzo ⁽¹⁾	7,9	7,8	8,1	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (pop. Europea)	5,6	5,7	5,7	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,4	0,4	0,4	

Tabella 1. Sintesi dei risultati. Anni 2011-2012.
(¹)per centomila abitanti

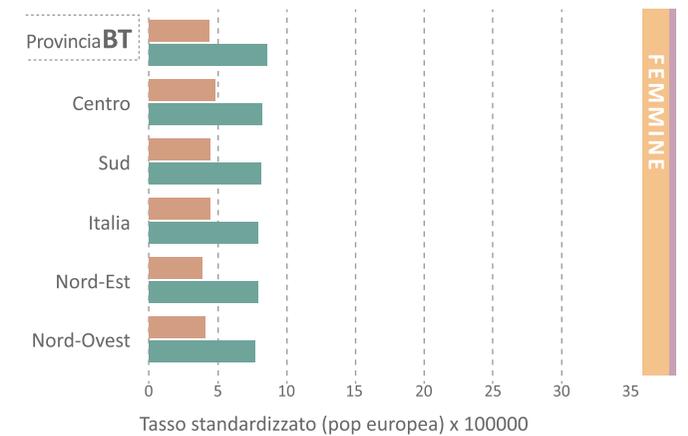
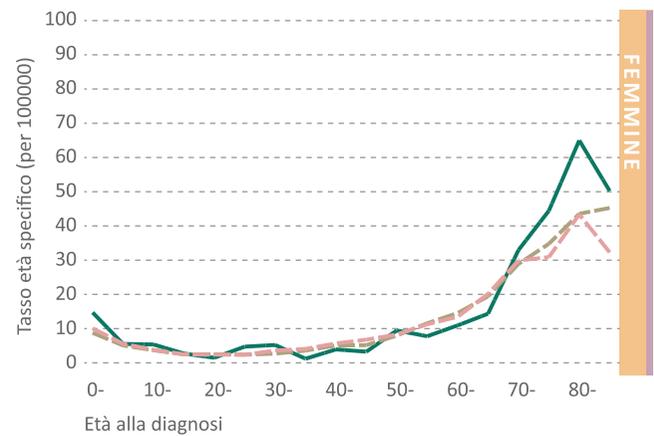
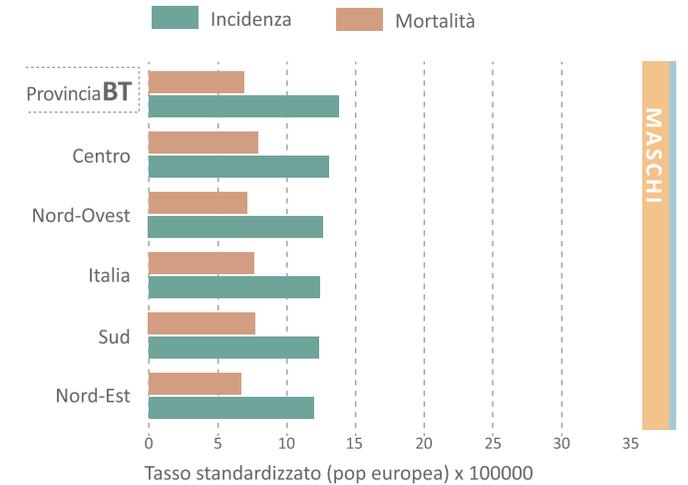
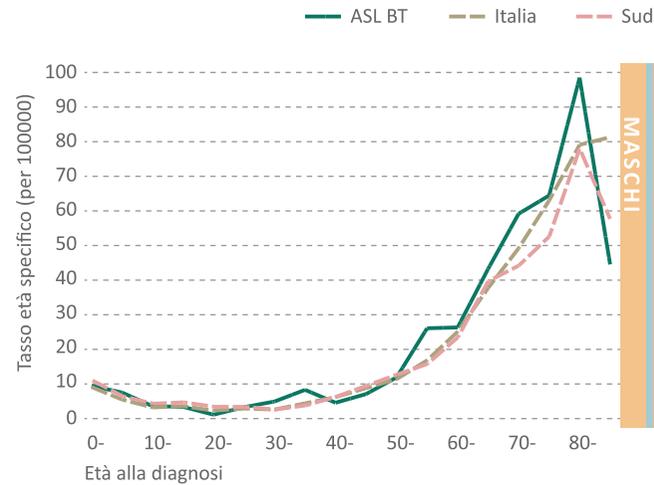
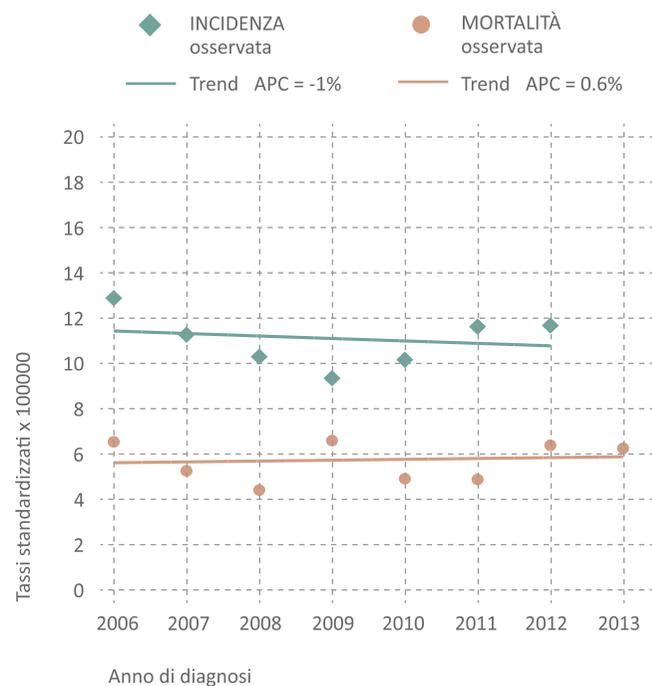
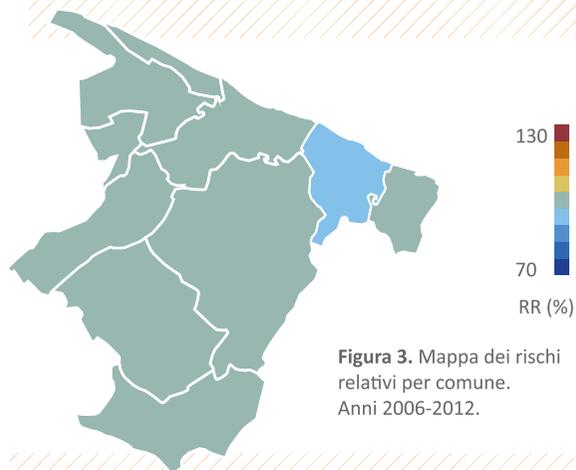


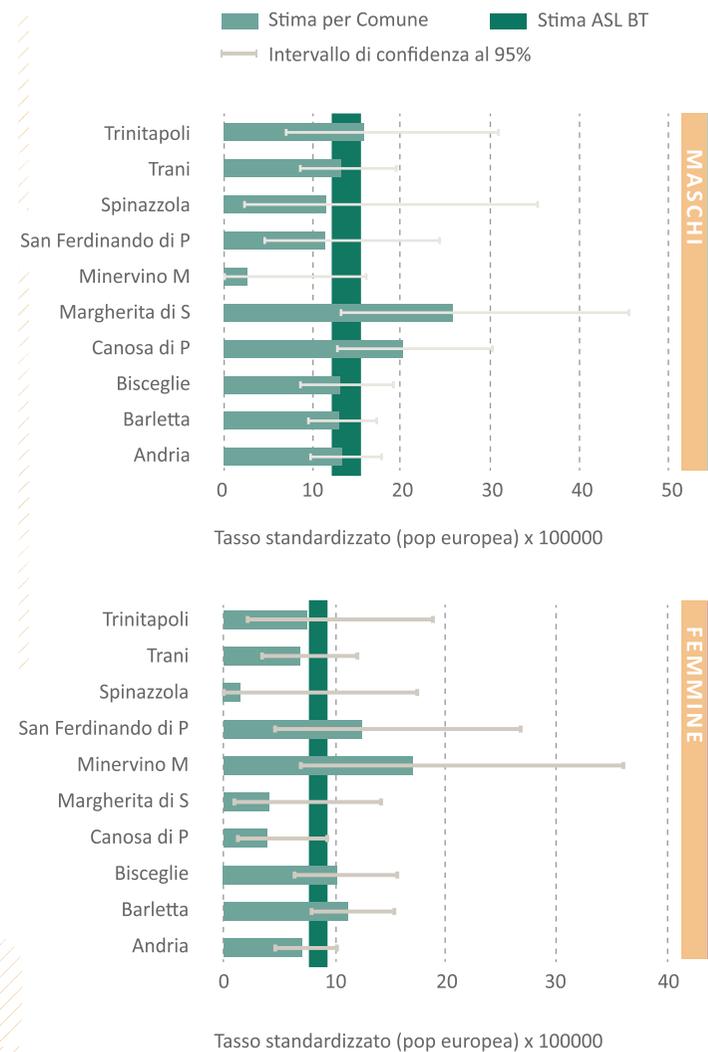
Figura 1. Tassi di incidenza per età nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.

Figura 2. Tassi standardizzati nella provincia Barletta Andria Trani e confronti nazionali. Anni 2006-2012.



GRUPPO MORFOLOGICO	N	%
Linfatica acuta	47	13,1
Linfatica cronica	122	33,9
Mieloide acuta	106	29,4
Mieloide cronica	68	18,9
Leucemie non specificate	17	4,7

Tabella 2. Distribuzione per morfologia e sottosede. Anni 2006-2012.



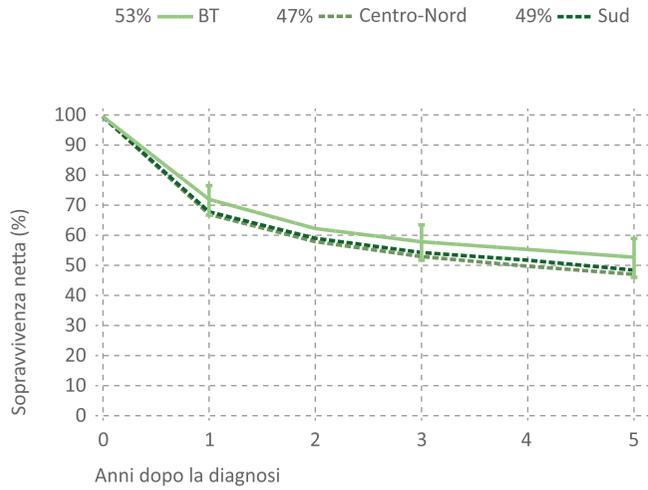


Figura 6. Sopravvivenza netta standardizzata per età e confronti nazionali.

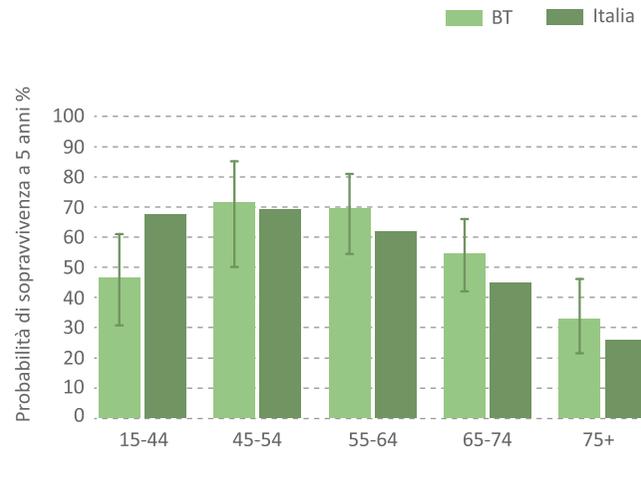


Figura 7. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per classe di età e confronti nazionali.

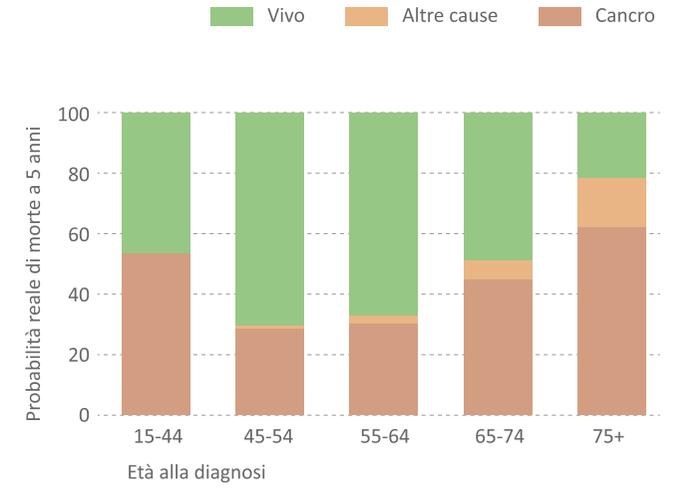


Figura 8. Probabilità reale di morte a 5 anni dalla diagnosi.

MASCHI		
anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	52	3,7
Da 2 a meno di 5	47	3,2
Da 0 a meno di 2	50	3,6

FEMMINE		
anni	N	%*
Da 5 a meno di 10	29	1,7
Da 2 a meno di 5	25	1,6
Da 0 a meno di 2	26	2,1

Figura 9. Prevalenza all'1 gennaio 2013 dei casi viventi con una diagnosi di tumore nei precedenti 2, 5 e 10 anni.

* Rispetto al totale dei casi prevalenti



appunti e annotazioni 



Materiali e metodi

In questo rapporto si presentano dati di incidenza, mortalità, sopravvivenza e prevalenza dei tumori diagnosticati nella popolazione residente nella provincia Barletta-Andria-Trani. I casi di tumore rilevati alla diagnosi (casi incidenti) si riferiscono in particolare al biennio 2011-2012, ma buona parte delle elaborazioni utilizzano anche i dati del quinquennio precedente e si riferiscono pertanto agli anni 2006-2012 in modo da ottenere statistiche più precise e quindi meglio confrontabili con i dati delle altre parti del territorio nazionale.



Figura 1. Mappa della provincia BAT: comuni e aggregazione in distretti socio-sanitari

Assetto territoriale

Il territorio di competenza del Registro Tumori ASL BT comprende l'intero territorio provinciale. La figura 1 mostra l'assetto territoriale della provincia comprensivo della suddivisione nei cinque distretti socio-sanitari di Andria, Barletta, Bisceglie-Trani, Canosa di Puglia.

Area e popolazione

La provincia BAT 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 2013 era di 392.446 abitanti, di cui 193.825 maschi e 198.621 femmine (fonte: demo.istat.it). La popolazione a rischio utilizzata come denominatore per il calcolo dei tassi è rappresentata dalla media tra la popolazione al primo gennaio dell'anno di interesse e la popolazione alla stessa data dell'anno successivo.

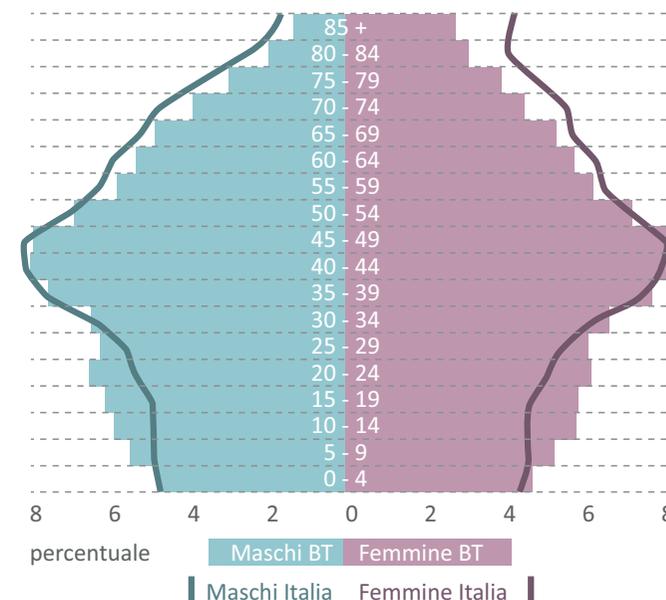


Figura 2. Distribuzione percentuale della popolazione della provincia BAT (barre orizzontali) e della popolazione italiana (linea continua) per sesso e classi quinquennali di età al primo gennaio 2013

La struttura per età della popolazione all'inizio del 2013 è rappresentata in figura 2 (piramide delle età). Essa mostra che rispetto a quella italiana la popolazione della provincia BAT si caratterizza per una maggiore proporzione di soggetti nelle classi d'età giovanili, fino a 30-34 anni, e una proporzione minore di persone con 50 o più anni.

Metodi statistici e definizioni

Incidenza e Mortalità

Per l'incidenza e la mortalità sono stati calcolati i tassi grezzi, i tassi età specifici per età, i tassi standardizzati diretti e gli APC (Annual Percent Change).

Classi di età

I dati sono stati accorpati in 18 classi 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 specifico per età t_i indica il numero di casi per abitante. In questo volume si usa una costante moltiplicativa pari a 100000 (omessa nella formula), in questo modo il tasso corrisponde al numero di casi ogni 100.000 abitanti:

$$t_i = \frac{n_i}{p_i}$$

La costante 100000 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 100000.

$$TG = \frac{\sum_{i=1}^{18} n_i}{\sum_{i=1}^{18} p_i} = \frac{N}{P}$$

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+	1000
Totale	100000

Tabella 1. Pesi 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 1).

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.

Analisi del trend: stima della variazione annua del tasso standardizzato diretto (APC)

La stima della variazione annua percentuale (APC – Annual Percent Change) dei tassi standardizzati di incidenza e mortalità e dei relativi intervalli di confidenza è stata calcolata adattando una regressione

lineare in cui la variabile dipendente è rappresentata dal logaritmo naturale del tasso standardizzato e la variabile indipendente dall'anno di calendario. La regressione è pesata in base all'inverso della varianza delle stime annuali del logaritmo dei tassi standardizzati. I pesi della regressione sono definiti da:

$$w = \frac{TSD^2}{Es(TSD)^2}$$

dove $Es(TSD)_t$ è l'errore standard del tasso standardizzato diretto elevato al quadrato. L'esponentiale del coefficiente di regressione relativo alla variabile anno di calendario meno 1 stima quanto varia il tasso standardizzato di incidenza o di mortalità per ciascun anno nell'arco temporale esaminato. Tale stima in forma percentuale corrisponde all'APC. Il segno algebrico dell'APC indica se il trend è in calo o in aumento, ma solo quando questo risulta significativamente diverso da 0 (p-value < 0.05) è indicato anche il simbolo *. La stima della variazione annuale percentuale dell'incidenza ha riguardato 7 anni dal 2006 al 2012. Nel caso della mortalità l'analisi ha interessato 8 anni essendo i dati di mortalità disponibili anche per l'anno 2013. È vantaggioso presentare dati sull'andamento temporale della mortalità fino ad anni più recenti rispetto a quelli considerati per l'andamento temporale dell'incidenza. Infatti,

l'andamento temporale della mortalità riflette in modo ritardato l'andamento dell'incidenza essendo l'evento della morte successivo alla diagnosi. L'andamento dell'incidenza e della mortalità nel corso degli anni indagati è illustrato in un grafico in cui si mostra insieme il tasso di incidenza, il tasso di mortalità standardizzato e l'andamento temporale lineare predetto dal modello di regressione sopra specificato.

Confronti nazionali

Incidenza e mortalità per tumori rilevate nella provincia BAT sono state confrontate con i corrispondenti dati 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). I dati di incidenza per le quattro macro-aree e tutta l'Italia sono stati ottenuti attraverso il portale ITACAN dell'AIRTUM (Associazione Italiana dei Registri Tumori. Tumori in Italia, vers. 2.0. <http://www.registri-tumori.it>) e sono relativi agli anni 2006-2009, gli ultimi disponibili alla data di preparazione di questo rapporto. Il confronto della mortalità ha utilizzato i file della mortalità per causa e provincia di residenza anni 2006-2013, resi disponibili dall'ISTAT.

Per i tumori infantili si è fatto riferimento ai dati pubblicati nella monografia "I tumori dei bambini e degli adolescenti" (AIRTUM Working Group, 2012).

Altri indicatori

Prevalenza

La prevalenza indica il numero o la proporzione delle persone a cui nel corso della vita è stato diagnosticato un tumore e che sono vive a una certa data di riferimento. Essa rappresenta un indicatore di primario interesse per la pianificazione sanitaria in quanto esprime la richiesta di cure e assistenza dei pazienti oncologici. I pazienti neoplastici che hanno avuto una diagnosi nei 2 anni precedenti sono quelli che hanno più bisogno di prestazioni (stadiazione, valutazione di recidive precoci, ricoveri, radio/chemioterapia, follow-up), quelli che hanno avuto una diagnosi da 2 fino a 5 anni prima sono ancora sottoposti a follow-up ravvicinato, quelli con diagnosi da 5 a 10 anni prima sono un pool di pazienti che ancora gravita nel sistema sanitario, soprattutto in riferimento a possibili recidive.

Le tre misure riportate in questo volume sono la prevalenza delle persone che hanno avuto una diagnosi di tumore nei 2,5 e 10 anni precedenti all'1 gennaio 2013 individuata come data di riferimento. La prevalenza a 2 e 5 anni è stata ottenuta attraverso il metodo del conteggio che consiste nel contare i casi viventi alla data di riferimento e aggiustando per i casi persi di vista dei quali non è noto lo stato in vita.

La prevalenza dei casi con una diagnosi entro 10 anni è stata stimata utilizzando gli indici di completezza stimati e validati per il Rapporto 2014 – Prevalenza

e guarigione da tumore in Italia (AIRTUM Working Group, 2014). Per ciascun sesso e classe di età *i-esima* (0-1,1-4, 5-9, ..., 85+) il numero di casi viventi con una diagnosi di tumore entro 10 anni è stato stimato da:

$$N_i^{10} = N_i^5 \frac{R_i^{10}}{R_i^5}$$

dove N_{10} è il numero da stimare corrispondente ai casi viventi con una diagnosi di tumore entro 10 anni dall'1 gennaio 2013, N_5 è il numero dei casi di tumore viventi alla stessa data con una diagnosi nei precedenti 5 anni, conosciuto in base al metodo del conteggio. R_{10} e R_5 rappresentano gli indici di completezza a 5 e 10 anni dalla diagnosi, stimati per sede tumorale, sesso e classe di età, e utilizzati nel Rapporto 2014 sopra citato. Il numero totale dei casi viventi per genere e sede di tumore è dato da:

$$N^{10} = \sum_{i=1}^{19} N_i^{10}$$

Nel computo della prevalenza per sede si è fatto riferimento a tutti i tumori conteggiando come caso anche più tumori insorti nella stessa persona purché con sede o morfologie differenti (tumori multipli). Nella prevalenza per tutti i tumori e per raggruppamenti di sedi (testa e collo, leucemie) si è conteggiato solo il primo tumore diagnosticato in uno stesso paziente.

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, ma 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 alla stima della sopravvivenza 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 stata stimata la sopravvivenza netta dei casi di tumore diagnosticati nei residenti nella

provincia BAT dal 2006 al 2012 e osservati fino al 30 giugno 2015. 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 osservati 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).

È 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 per età in modo analogo a quanto effettuato per i tassi di incidenza.

A questo scopo si stima la probabilità di sopravvivenza in 5 classi di età e si calcola la probabilità standardizzata come media pesata delle stime in ciascuna classe. La suddivisione in classi di età e i pesi applicati, conformi al protocollo EURO CARE, sono riportati nella tabella 2.

Le probabilità di sopravvivenza relative alla casistica della provincia BAT sono accompagnate dai limiti di confidenza che indicano la variabilità di questa stima per il solo effetto del caso.

Inoltre, poiché come già detto la probabilità di sopravvivenza è spesso diversa a seconda dell'età alla diagnosi, si è ritenuto utile presentare anche la probabilità di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi disaggregando i casi per fascia di età. In tal caso il confronto è effettuato con le stime di sopravvivenza specifiche per età relative a tutta l'Italia.

Probabilità di morte

La probabilità reale di morte per cancro, tenuto conto della possibilità di morire per altre cause, può essere calcolata a partire dalla probabilità di sopravvivere per tutte le cause e dal tasso di mortalità specifico per il cancro. In questo rapporto la probabilità reale di morte a causa del tumore e per altre cause di morte sono state calcolate applicando il metodo descritto da Cronin e Feuer (2000) implementato nella funzione `-strs-` di STATA. Questo metodo stima la probabilità di morire per le altre cause di morte dalle tavole di mortalità dell'ISTAT specifiche della popolazione residente nella provincia BAT.

Rischi relativi per comune di residenza

Si forniscono mappe indicative dei rischi di tumore per comune ottenuti dal confronto tra l'incidenza nel comune interessato rispetto all'incidenza media in tutta la provincia. L'uso di questi indicatori di rischio per comune si presta a problemi dovuti all'imprecisione (varianza) di queste stime che rende impossibile l'interpretazione delle rappresentazioni. Per

Standard	Classi di età	Pesi	Sedi tumorali
1	14 - 44, 45 - 54, 55 - 64, 65 - 74, 75+	7, 12, 23, 29, 29	tutte (eccetto quelli inclusi negli altri standard)
2	14 - 44, 45 - 54, 55 - 64, 65 - 74, 75+	28, 17, 21, 20, 14	melanoma, cervice, SNC, tiroide
3	14 - 44, 45 - 54, 55 - 64, 65 - 74, 75+	60, 10, 10, 10, 10	testicolo, linfoma di Hodgkin, leucemia linfatica acuta
4	15 - 54, 55 - 64, 65 - 74, 75 - 84, 85+	19, 23, 29, 23, 6	prostata

Tabella 2. Pesi standard utilizzati per il calcolo della sopravvivenza netta standardizzata per età.

questo motivo si fa generalmente ricorso a tecniche di *smoothing* (lisciamento) che mirano a modificare l'indicatore di rischio di una singola unità tenendo opportunamente in considerazione anche i rischi stimati negli altri comuni.

Lo *smoothing* è stato ottenuto adattando ai dati osservati un modello bayesiano (Besag, York e Mollie, 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 BAT, per l'esiguo numero di comuni (10) poco si adatta ad analisi geografiche del rischio e in particolare a tecniche di lisciamento 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

Per la definizione dei casi incidenti è stata utilizzata la Classificazione Internazionale delle Malattie per l'Oncologia, 3° (ICD-O-3). Il dettaglio dei criteri per raggruppare le neoplasie sulla base di questa classificazione è riportato nella tabella riepilogativa nella pagina seguente (Tabella 3). In generale le neoplasie prese in esame sono quelle a comportamento maligno tranne il caso dei tumori della vescica e dell'encefalo/SNC. 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. I casi di mortalità per tumore, invece, sono stati selezionati in base alla classificazione ICD-X (Tabella 3).

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).

Descrizione	Topografia ICD-03	Morfologia ICD-03	Comp. ICD9 / ICD		9-CM ICD10
Labbro	C00	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	140	C00
Lingua	C01-02	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	141	C01-02
Bocca	C03-06	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	143-145	C03-06
Ghiandole salivari	C07-08	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	142	C07-08
Orofaringe	C09-10	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	146	C09-10
Rinofaringe	C11	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	147	C11
Ipofaringe	C12-13	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	148	C12-13
Faringe NAS	C14	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	149	C14, D37.0
Esofago	C15	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	150	C15
Stomaco	C16	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	151	C16, D37.1
Intestino tenue	C17	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	152	C17, D37.2
Colon	C18	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	153	C178, D37.4
Retto	C19-21	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	154	C19-21, D37.5
Fegato	C22	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	155	C22
Vie biliari	C23-24	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	156	C23-24
Pancreas	C25	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	157	C25
Cavità nasale	C30-31	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	160	C30-31
Laringe	C32	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	161	C32
Polmone	C33-34	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	162	C33-34, D38.1
Altri organi toracici	C37-38	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	163-164	C37-38
Osso	C40-41	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	170	C40-41
Pelle, melanomi	C44	8720-8790	/3	172	C43
Pelle, non melanomi	C44	escl. 8720-8790, 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	173	C44
Mesotelioma	tutte	9050-9055	/3	nd	C45
Sarcoma di Kaposi	tutte	9140	/3	176	C46, B21.0
Tessuti molli	C47, 49	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	171	C47,49
Mammella	C50	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	174-175	C50, D48.6
Utero, collo	C53	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	180	C53
Utero, corpo	C54	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	182	C54
Utero NAS	C55	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	179	C55
Ovaio	C56	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	183.0	C56

Altri genitali femminili	C51-52, 57, 58	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	181, 183.(2-9), 184	C51-52, 57, 58
Pene	C60	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	187.(1-4)	C60
Prostata	C61	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	185	C61
Testicolo	C62	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	186	C62
Altri genitali maschili	C63	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	187.(5-9)	C63
Rene	C64	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	189.0	C64
Vescica (maligno)	C67	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	188	C67
Vescica (non maligno)	C67	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/1 /2	233.7, 236.7	D09.0, D30.3, D41.4
Altre vie urinarie	C65-66, 68	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	189.(1-9)	C65-66, 68
Occhio	C69	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	190	C69
Encefalo/SNC (maligno)	C70-72	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	191-192	C70-72
Encefalo/SNC (non maligno)	C70-72	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/0 /1	225, 228.02, 237.(5-9)	D43, D33, D42, D32
Tiroide	C73	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	193	C73
Altre ghiandole endocrine	C74-75	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	194	C74-75, D44.(2,5), D35.1
Linfoma di Hodgkin	tutte	9650-9667	/3	201	C81
Linfoma non Hodgkin	tutte escl. C42.0, 1, 4	9590-9596, 9670-9729, 9760-9764, 9940, 9948 9823, 9827	/3	200, 202.(0-2, 4, 8, 9), 273.3	C82-85, C96
Mieloma	tutte	9731-9734	/3	203, 238.6	C88-90
Leucemia linfatica acuta	tutte C42.0, 1, 4	9826, 9835-9837 9827	/3	204.0	C91.(0,5)
Leucemia linfatica cronica	tutte C42.0, 1, 4	9831-9834 9823	/3	204.1	C91.(1,3)
Leucemia mieloide acuta	tutte	9840, 9861, 9866-9874, 9891-9920, 9931	/3	205.0, 206.0, 207.(0, 2)	C92.(0,4,5), C93.0, C94.(0,2,4,5)
Leucemia mieloide cronica	tutte	9863, 9875, 9876, 9945, 9946	/3	205.1	C92.1
Altre MMPC e SMD	tutte	9950-9989	/3	207.1, 238.(4, 6, 7)	D45, D46, D47
Leucemia NAS	tutte	9800-9820, 9860, 9930	/3	204-208 (escluso precedenti)	C91-95 (escl. precedenti)
Miscellanea	tutte C42	9740-9758 escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	159.1, 202.(3, 5, 6)	C26.1, C94.3, C96, D47.0
Mal definite e metastasi	C26, C39, C48, C76-80	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	158, 159.(0, 9), 165, 195-1	B21.(7,8), C26, C39, C48, C76- C80, D37.7, D48.3, D48.7

Tabella 3. Criteri per la definizione delle neoplasie (continua dalla pagina precedente)

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 al 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 un'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 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 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 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 4 riporta il valore di questi indicatori rilevato nella casistica del registro tumori della Asl BT relativamente agli anni 2011 e 2012 per le sedi indagate in questo rapporto. La percentuale di DCO e verifiche microscopiche è distinta anche per fascia di età.

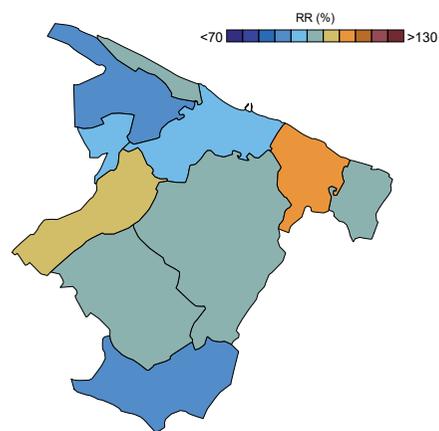
Sede	DCO			Verifiche Microscopiche			Rapporto M/I
	0-64	65+	Totale	0-64	65+	Totale	
Testa e collo	0,0	2,3	1,2	100,0	84,1	91,5	37,8
Stomaco	0,0	4,3	3,4	100,0	89,2	91,5	77,1
Colon e Retto	2,3	2,0	2,1	50,0	25,9	31,4	78,0
Fegato	0,0	1,0	0,7	97,3	90,6	92,7	32,3
Colecisti e vie biliari	0,0	2,6	2,1	87,5	64,1	68,1	55,3
Pancreas	0,0	6,3	4,5	68,0	47,6	53,4	71,6
Polmone	1,0	0,4	0,6	81,0	63,6	69,0	80,1
Mesotelioma	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0	91,7
Melanomi	0,0	0,0	0,0	100,0	97,5	99,1	25,9
Mammella	0,0	1,6	0,6	98,6	93,4	96,6	26,4
Collo dell'utero	0,0	0,0	0,0	100,0	88,9	96,2	30,8
Corpo dell'utero	0,0	0,0	0,0	100,0	97,9	98,9	5,7
Ovaio	3,1	0,0	1,8	84,4	75,0	80,4	60,7
Prostata	0,0	2,2	1,7	98,9	88,1	90,8	23,7
Testicolo	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0	3,6
Rene	0,0	3,6	1,6	97,1	85,7	91,9	27,4
Vescica	0,0	0,6	0,5	98,4	90,3	92,6	31,3
Encefalo e SNC	0,0	0,0	0,0	83,9	31,8	62,3	67,9
Tiroide	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0	3,5
Linfomi di Hodgkin	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0	23,5
Linfomi non Hodgkin	0,0	0,0	0,0	94,6	94,2	94,4	44,8
Mielomi	0,0	0,0	0,0	90,0	91,5	91,0	43,3
Leucemie	0,0	1,4	0,9	100,0	90,0	93,8	54,9
Tutti i tumori	0,2	1,9	1,2	94,0	79,2	85,2	43,6

Tabella 4. Distribuzione percentuale dei casi noti dal solo certificato di decesso (DCO), con modalità di diagnosi microscopica e rapporto mortalità/incidenza per tipo di tumore. Anni 2011-2012

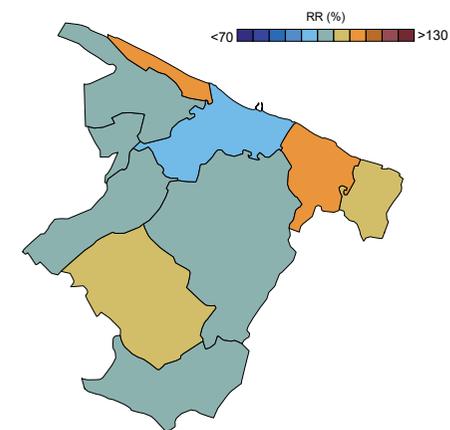
Appendice

Mappa dei rischi relativi per comune calcolati con un modello Poisson gamma (v. sezione Materiali e metodi)

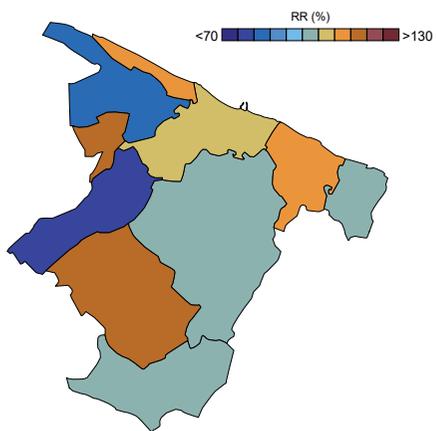
Tutti i tumori - Maschi



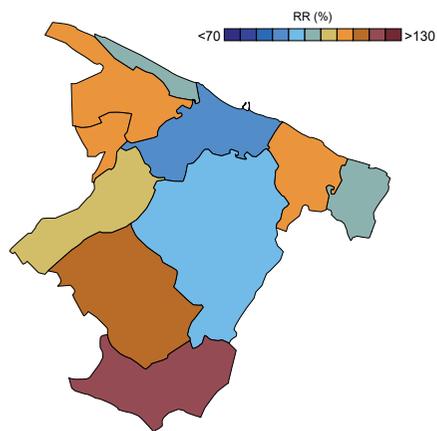
Tutti i tumori - Femmine



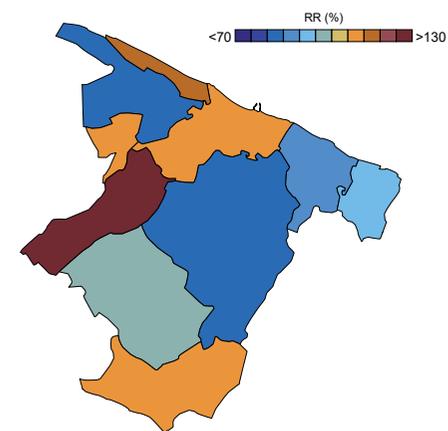
Tumori della testa e del collo



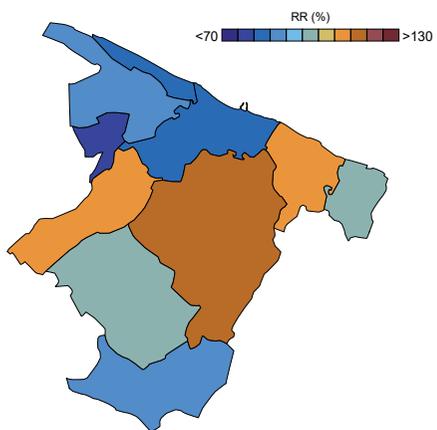
Tumori del colon e del retto



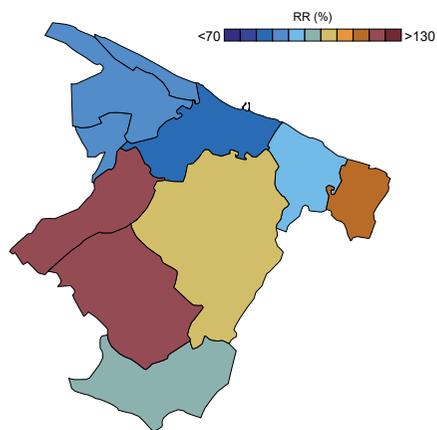
Tumori delle vie biliari



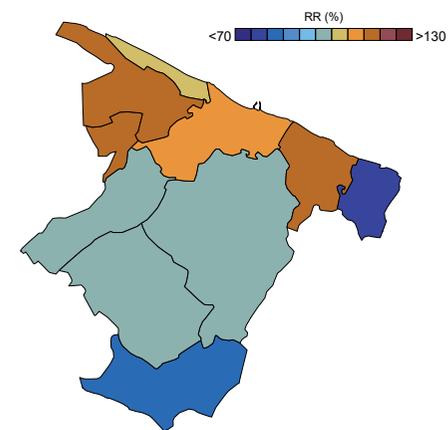
Tumori dello stomaco



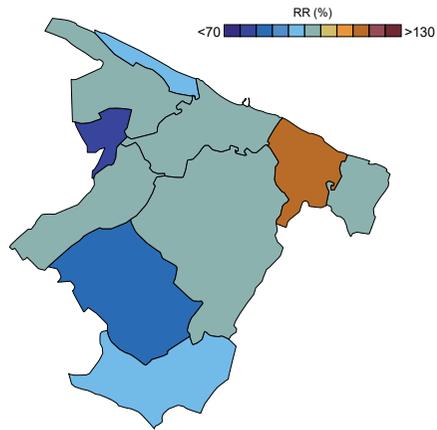
Tumori del fegato



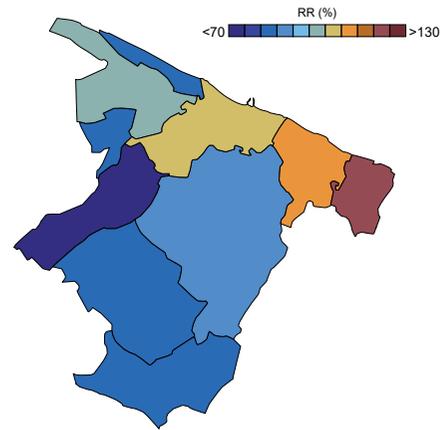
Tumori del pancreas



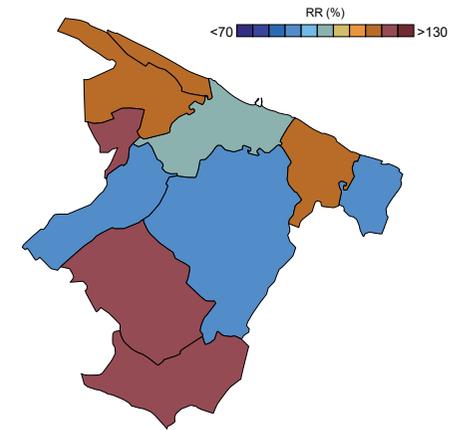
Tumori del polmone



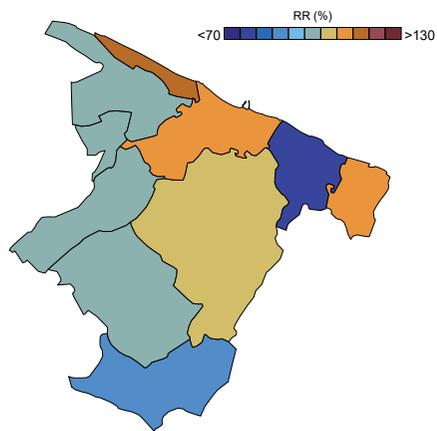
Melanoma cutaneo



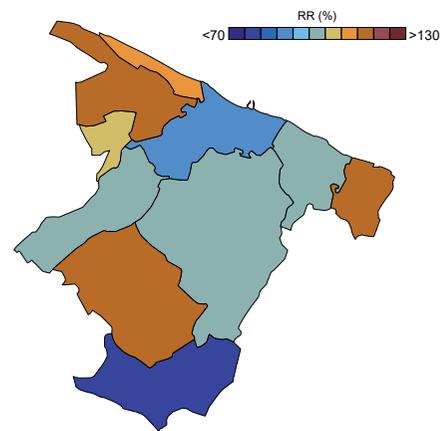
Tumori del collo dell'utero



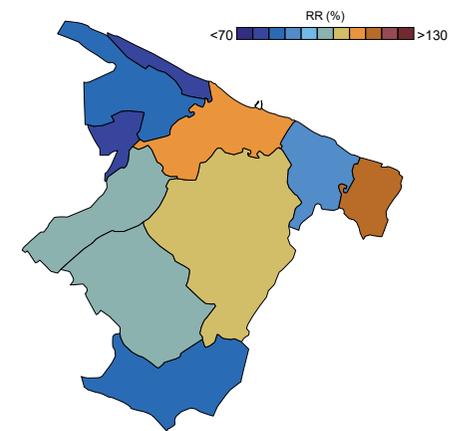
Mesotelioma



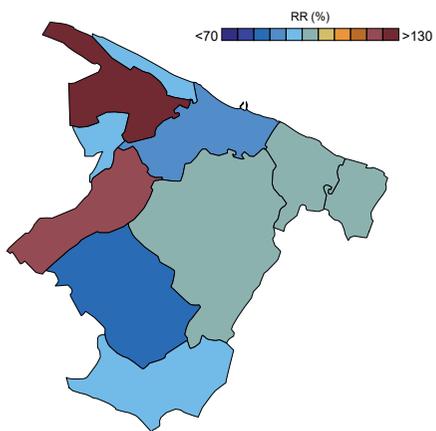
Tumori della mammella



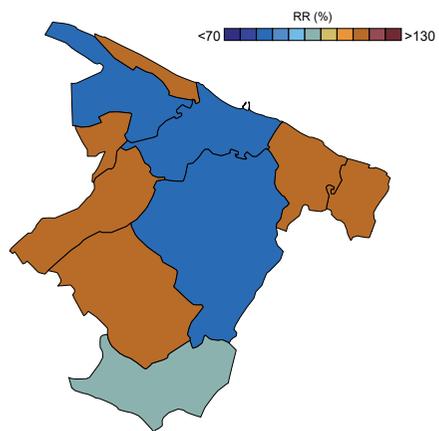
Tumori del corpo dell'utero



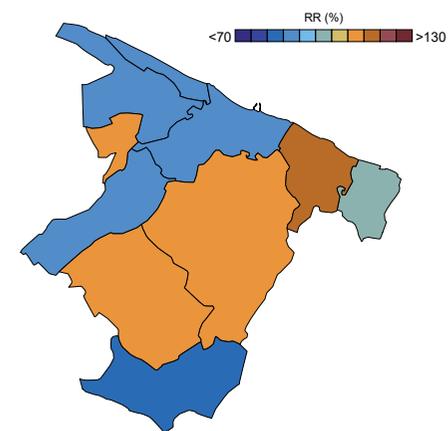
Tumori dell'ovaio



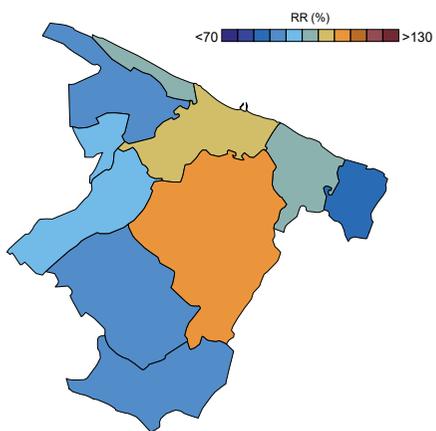
Tumori del testicolo



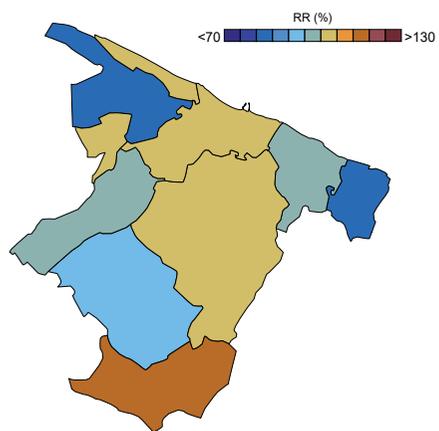
Tumori della vescica



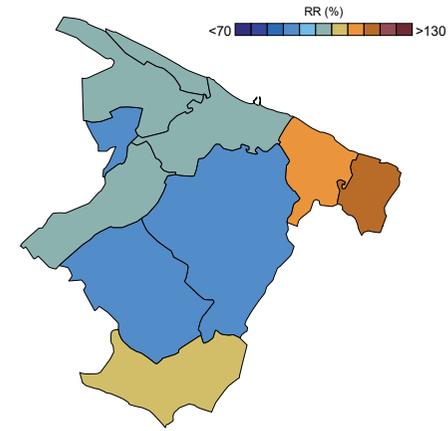
Tumori della prostata



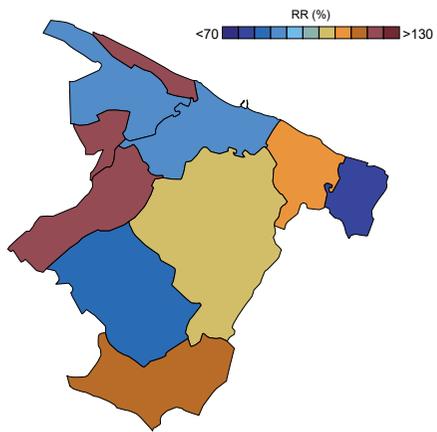
Tumori del rene



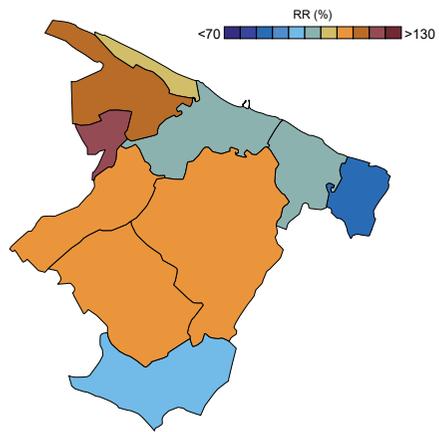
Tumori maligni dell'encefalo



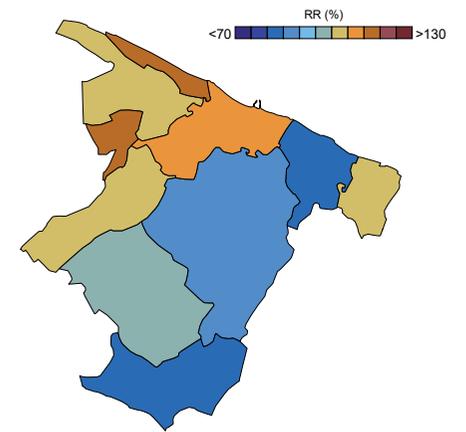
Tumori della tiroide



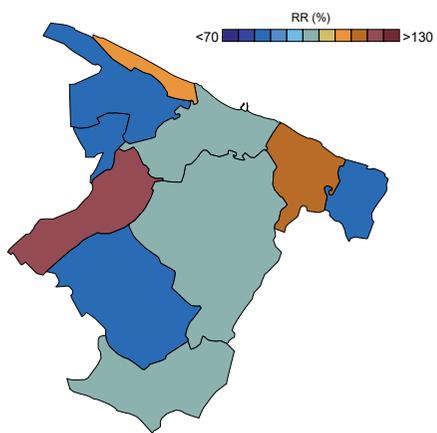
Linfomi non Hodgkin



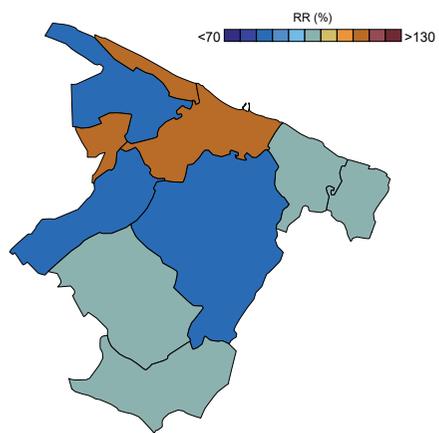
Leucemie



Linfomi di Hodgkin



Mielomi



Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale	Età Media	Età Mediana
Labbro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	4	0	11	73,3	75
Lingua	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	1	1	0	0	1	7	57,6	50
Bocca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	3	1	0	7	69	76
Ghiandole salivari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	6	68,3	69
Orofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3	68	68
Rinofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ipfaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	46	46
Faringe NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	83	83
Esofago	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	1	2	12	71,1	72,5
Stomaco	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	6	5	13	14	7	10	10	72	71	72
Intestino tenue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	4	66	62
Colon	0	0	0	0	0	0	1	1	3	7	4	13	27	35	25	28	23	12	179	69,1	69
Retto	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4	3	8	10	14	9	20	11	7	90	69,2	70,5
Fegato	0	0	0	0	0	1	0	1	2	4	5	6	11	24	23	32	12	8	129	69,9	71
Vie biliari	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	7	2	4	3	3	22	72,7	72
Pancreas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1	6	12	2	7	4	8	44	71,1	69
Cavità nasale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	79	79
Laringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	8	4	4	5	5	0	0	31	63,4	62
Polmone	0	0	0	0	0	0	0	1	1	13	13	27	35	45	43	57	34	19	288	69,7	70,5
Altri organi toracici	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	38	29,5
Osso	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	6	44,7	51
Pelle, melanomi	0	0	0	0	0	2	1	2	2	8	2	9	8	9	7	7	1	2	60	60,4	62
(a)Pelle, non melanomi	0	0	0	2	0	1	6	10	18	21	28	48	65	67	85	94	67	47	559	68,1	70
Mesotelioma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	1	2	0	1	10	67,9	68,5
Sarcoma di Kaposi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3	2	0	9	74	76
Tessuti molli	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	3	2	0	0	0	10	55,2	64,5
Mammella	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	2	1	0	0	6	60,3	63,5

Tabella 1. Maschi - Provincia BAT. Anni 2011-2012. Incidenza Maschi. Distribuzione della frequenza assoluta dei casi per tipo di tumore e fascia di età. Età media e mediana alla diagnosi. *Continua nella pagina successiva.*

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale	Età Media	Età Mediana
Pene	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	2	7	72,4	73
Prostata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7	18	64	84	78	52	29	25	359	70,6	70
Testicolo	0	0	0	2	7	4	2	4	4	4	0	0	0	0	0	0	1	0	28	34,4	33,5
Altri genitali maschili	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	78	78
Rene	0	0	0	0	0	1	0	1	2	5	5	5	4	4	7	4	3	1	42	62	63,5
Vescica (maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	7	10	7	15	18	19	21	14	119	71,1	74
Vescica (non maligni)	0	0	0	0	0	1	1	2	0	2	4	6	8	14	8	10	7	4	67	66,9	69
Altre vie urinarie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	0	0	6	70,2	69,5
Occhio	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	5	47,2	53
Encefalo e SNC (maligni)	0	0	0	0	0	0	1	0	5	2	4	4	2	3	3	4	2	1	31	60,5	59
Encefalo e SNC (non maligni)	2	0	0	1	0	1	4	2	3	1	3	0	6	1	3	3	2	1	33	51,8	53
Tiroide	0	0	0	0	0	2	2	6	1	4	2	3	2	1	1	1	1	0	26	49	48
Altre ghiandole endocrine	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	40	40
Linfoma di Hodgkin	0	2	0	1	2	1	0	2	0	1	0	2	1	1	3	0	0	0	16	42,1	42
Linfoma non Hodgkin	0	0	2	2	1	2	0	3	2	2	2	4	10	12	12	7	9	3	73	62,9	67
Mieloma	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	4	5	6	4	3	4	31	69,9	71
Leucemia linfatica acuta	2	4	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	12	28,2	16,5
Leucemia linfatica cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	4	3	6	3	4	0	24	68,6	70
Leucemia mieloide acuta	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	3	2	2	2	1	13	67,5	70
Leucemia mieloide cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	3	4	0	12	73,2	78
Altre MMPC e SMD	0	0	0	0	0	0	0	4	3	3	6	5	5	10	8	15	6	8	73	67,4	70
Leucemia NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	3	71,7	67
Miscellanea	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	2	4	2	6	5	2	26	71	74
Mal definite e metastasi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	6	3	6	20	77,9	78,5
Totale	6	6	4	9	13	17	21	47	55	103	118	197	308	409	393	421	283	192	2602	67,4	69
Totale escluso (a)	6	6	4	7	13	16	15	37	37	82	90	149	243	342	308	327	216	145	2043	67,5	69
Totale escluso (a)(b)	4	6	4	6	13	15	11	35	34	81	87	149	237	342	305	324	214	144	2010	67,5	69

Tabella 1. Maschi - Provincia BAT. Anni 2011-2012. Incidenza Maschi. Distribuzione della frequenza assoluta dei casi per tipo di tumore e fascia di età. Età media e mediana alla diagnosi. *Continua dalla pagina precedente.*

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale	Età Media	Età Mediana
Labbro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	59	59
Lingua	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	1	0	6	53,3	47,5
Bocca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	1	2	0	10	71,6	70,5
Ghiandole salivari	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	49,3	61
Orofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	77	77
Rinofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	48	48
Ipfaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Faringe NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Esofago	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	83,3	82
Stomaco	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	4	1	7	8	10	12	2	46	72,7	75
Intestino tenue	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	4	63,8	65
Colon	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	6	11	16	17	22	13	16	20	125	71,4	72
Retto	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4	6	10	7	8	4	4	8	54	67,8	67
Fegato	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	5	5	6	11	13	12	6	62	72,4	74,5
Vie biliari	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3	1	7	8	1	3	25	71,7	74
Pancreas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4	6	5	5	3	8	9	44	72,2	73
Cavità nasale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	81	81
Laringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	70,5	70,5
Polmone	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4	2	6	9	9	5	5	5	48	68,5	69
Altri organi toracici	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Osso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	59,5	59,5
Pelle, melanomi	0	0	0	0	2	4	3	7	1	5	7	3	6	6	2	3	1	2	52	52,7	53
(a)Pelle, non melanomi	0	0	0	0	2	4	7	12	26	20	28	33	31	32	54	58	32	29	368	64,6	68
Mesotelioma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	61	61
Sarcoma di Kaposi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	5	70	68
Tessuti molli	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	6	45,8	59,5
Mammella	0	0	0	0	2	2	12	24	41	66	58	42	48	46	34	46	36	20	477	59,5	59

Tabella 1. Femmine - Provincia BAT. Anni 2011-2012. Incidenza Femmine. Distribuzione della frequenza assoluta dei casi per tipo di tumore e fascia di età. Età media e mediana alla diagnosi. *Continua nella pagina successiva.*

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale	Età Media	Età Mediana
Utero, collo	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	5	3	3	4	0	3	1	1	26	59,1	59
Utero, corpo	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	9	9	15	17	14	10	6	1	87	65,4	66
Utero NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	70,5	70,5
Ovaio	0	0	0	0	0	1	0	2	6	3	9	6	5	7	5	8	3	1	56	60,6	61
Altri genitali femminili	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3	4	1	3	3	1	19	68,8	67
Rene	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	4	0	2	3	3	1	1	1	20	56,3	63
Vescica (maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	7	4	4	20	76,3	78
Vescica (non maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	3	2	0	0	11	68,5	69
Altre vie urinarie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	72,5	72,5
Occhio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalo e SNC (maligni)	0	1	0	0	1	0	0	0	3	1	2	2	3	1	2	3	1	2	22	59,5	62
Encefalo e SNC (non maligni)	0	1	1	1	0	1	1	5	2	6	6	9	8	6	9	6	4	1	67	58,2	60
Tiroide	0	0	1	2	2	4	5	9	10	15	13	7	11	4	2	3	0	0	88	48	48
Altre ghiandole endocrine	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	4	49,3	63,5
Linfoma di Hodgkin	0	0	1	1	5	2	1	1	1	2	0	0	1	2	0	0	1	0	18	37	29,5
Linfoma non Hodgkin	0	0	0	2	0	0	1	3	3	6	4	3	4	5	7	7	3	4	52	61,5	64,5
Mieloma	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	7	2	11	7	3	1	35	69,5	72
Leucemia linfatica acuta	3	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	20,7	5
Leucemia linfatica cronica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3	3	4	0	1	14	68,4	71
Leucemia mieloide acuta	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	3	0	1	2	2	2	1	3	18	60,4	67,5
Leucemia mieloide cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	1	1	1	7	68,9	71
Altre MMPC e SMD	0	0	0	0	2	0	2	1	2	5	1	2	9	7	10	14	5	3	63	65,8	70
Leucemia NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4	82,5	83
Miscellanea	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	4	3	1	1	2	1	15	66,1	66
Mal definite e metastasi	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	4	5	8	6	26	76,1	80,5
Totale	8	3	6	9	16	20	36	71	110	144	175	169	219	218	248	257	182	140	2031	63,1	65
Totale escluso (a)	8	3	6	9	14	16	29	59	84	124	147	136	188	186	194	199	150	111	1663	63,1	65
Totale escluso (a)(b)	8	2	5	8	14	15	28	54	82	118	141	127	180	180	185	193	146	110	1596	63,1	65

Tabella 1. Tabella 1. Femmine - Provincia BAT. Anni 2011-2012. Incidenza Femmine. Distribuzione della frequenza assoluta dei casi per tipo di tumore e fascia di età. Età media e mediana alla diagnosi. Continua dalla pagina precedente.

Tassi	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	TG	TSD	ES
Labbro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,6	4,6	5,6	13	17,4	51	0	2,8	2,0	0,7
Lingua	0	0	0	0	0	0	3,7	0	0	3,3	7,8	0	0	5,6	6,5	0	0	19,3	1,8	1,6	0,7
Bocca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	4,6	4,6	0	0	26,1	12,8	0	1,8	1,4	0,6
Ghiandole salivari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	0	4,6	5,6	6,5	8,7	12,8	0	1,6	1,2	0,6
Orofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,6	0	5,6	0	8,7	0	0	0,8	0,7	0,5
Rinofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Ipfaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0,3	0,2	0,3
Faringe NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,8	0	0,3	0,1	0,3
Esofago	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,9	9,1	4,6	5,6	13	17,4	12,8	38,7	3,1	2,5	0,8
Stomaco	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2	6,6	15,5	27,4	23	72,6	91,3	61	127,5	193,4	18,6	14,6	1,8
Intestino tenue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13,8	0	0	8,7	0	0	1	0,9	0,5
Colon	0	0	0	0	0	0	3,7	3,3	9,5	23,1	15,5	59,3	124,3	195,4	163	244	293,3	232,1	46,3	36,5	2,8
Retto	0	0	0	0	0	0	3,7	3,3	6,3	13,2	11,7	36,5	46	78,2	58,7	174,3	140,3	135,4	23,3	18,3	2,0
Fegato	0	0	0	0	0	4	0	3,3	6,3	13,2	19,4	27,4	50,6	134	150	278,9	153	154,7	33,4	25,9	2,3
Vie biliari	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	0	0	0	9,2	39,1	13	34,9	38,3	58	5,7	4,3	1,0
Pancreas	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	0	11,7	4,6	27,6	67	13	61	51	154,7	11,4	9,1	1,4
Cavità nasale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,7	12,8	0	0,5	0,3	0,3
Laringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,6	11,7	36,5	18,4	22,3	32,6	43,6	0	0	8	7,1	1,3
Polmone	0	0	0	0	0	0	0	3,3	3,2	42,9	50,5	123,2	161,1	251,2	280,4	496,8	433,6	367,5	74,5	58,8	3,5
Altri organi toracici	0	0	0	0	7,8	0	0	3,3	0	0	0	0	0	0	6,5	0	0	0	1	1,0	0,6
Osso	0	0	4,3	4,1	0	0	0	0	0	3,3	3,9	4,6	0	0	0	8,7	0	0	1,6	1,5	0,7
Pelle, melanomi	0	0	0	0	0	8,1	3,7	6,6	6,3	26,4	7,8	41,1	36,8	50,2	45,6	61	12,8	38,7	15,5	13,5	1,8
(a)Pelle, non melanomi	0	0	0	8,2	0	4	22,2	33,1	56,7	69,3	108,8	219	299,2	374	554,3	819,2	854,4	909,1	144,5	114,9	5,0
Mesotelioma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,9	9,1	4,6	11,2	6,5	17,4	0	19,3	2,6	2,2	0,8
Sarcoma di Kaposi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,6	5,6	13	26,1	25,5	0	2,3	1,6	0,6
Tessuti molli	0	0	4,3	0	0	0	0	6,6	0	0	0	0	9,2	16,7	13	0	0	0	2,6	2,3	0,8
Mammella	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	3,3	0	4,6	0	0	13	8,7	0	0	1,6	1,3	0,6

Tabella 2. Maschi - Provincia BAT. Anni 2011-2012. Incidenza Maschi. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG), Tasso standardizzato diretto (TSD, standard: pop. Europea). Errore standard (ES) del TSD. *Continua nella pagina successiva.*

Tassi	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	TG	TSD	ES
Pene	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2	0	0	0	4,6	0	13	0	12,8	38,7	1,8	1,4	0,6
Prostata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,6	27,2	82,1	294,6	468,9	508,6	453,2	369,8	483,6	92,8	73,6	3,9
Testicolo	0	0	0	8,2	27,2	16,2	7,4	13,3	12,6	13,2	0	0	0	0	0	0	12,8	0	7,2	7,0	1,4
Altri genitali maschili	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,7	0	0	0,3	0,2	0,3
Rene	0	0	0	0	0	4	0	3,3	6,3	16,5	19,4	22,8	18,4	22,3	45,6	34,9	38,3	19,3	10,9	9,3	1,5
Vescica (maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	6,3	19,8	27,2	45,6	32,2	83,7	117,4	165,6	267,8	270,8	30,8	23,6	2,2
Vescica (non maligni)	0	0	0	0	0	4	3,7	6,6	0	6,6	15,5	27,4	36,8	78,2	52,2	87,2	89,3	77,4	17,3	14,1	1,8
Altre vie urinarie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,7	13	8,7	0	0	1,6	1,2	0,6
Occhio	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,8	4,6	0	0	0	8,7	0	0	1,3	1,4	0,7
Encefalo e SNC (maligni)	0	0	0	0	0	0	3,7	0	15,8	6,6	15,5	18,2	9,2	16,7	19,6	34,9	25,5	19,3	8	6,9	1,3
Encefalo e SNC (non maligni)	10,1	0	0	4,1	0	4	14,8	6,6	9,5	3,3	11,7	0	27,6	5,6	19,6	26,1	25,5	19,3	8,5	7,7	1,4
Tiroide	0	0	0	0	0	8,1	7,4	19,9	3,2	13,2	7,8	13,7	9,2	5,6	6,5	8,7	12,8	0	6,7	6,2	1,2
Altre ghiandole endocrine	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,8	0	0,5	0,5	0,5
Linfoma di Hodgkin	0	9	0	4,1	7,8	4	0	6,6	0	3,3	0	9,1	4,6	5,6	19,6	0	0	0	4,1	4,0	1,1
Linfoma non Hodgkin	0	0	8,5	8,2	3,9	8,1	0	9,9	6,3	6,6	7,8	18,2	46	67	78,2	61	114,8	58	18,9	15,5	1,9
Mieloma	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2	0	11,7	4,6	18,4	27,9	39,1	34,9	38,3	77,4	8	6,4	1,2
Leucemia linfatica acuta	10,1	18	0	0	3,9	0	3,7	3,3	0	3,3	0	0	0	0	0	0	25,5	0	3,1	3,3	1,0
Leucemia linfatica cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2	0	3,9	9,1	18,4	16,7	39,1	26,1	51	0	6,2	4,8	1,0
Leucemia mieloide acuta	0	0	0	0	0	4	0	0	0	3,3	0	0	4,6	16,7	13	17,4	25,5	19,3	3,4	2,6	0,8
Leucemia mieloide cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	0	4,6	5,6	13	26,1	51	0	3,1	2,1	0,7
Altre MMPC e SMD	0	0	0	0	0	0	0	13,3	9,5	9,9	23,3	22,8	23	55,8	52,2	130,7	76,5	154,7	18,9	15,2	1,8
Leucemia NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,2	0	0	12,8	0	0,8	0,6	0,4
Miscellanea	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2	3,3	7,8	4,6	9,2	22,3	13	52,3	63,8	38,7	6,7	5,1	1,1
Mal definite e metastasi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9,2	11,2	6,5	52,3	38,3	116,1	5,2	3,7	0,9
Totale	30,2	27,1	17,1	36,8	50,5	68,8	77,8	155,8	173,3	339,9	458,6	898,7	1418	2283,1	2562,6	3669,2	3608,8	3713,7	672,8	540,4	10,8
Totale escluso (a)	30,2	27,1	17,1	28,6	50,5	64,7	55,6	122,6	116,6	270,6	349,7	679,7	1118,7	1909,1	2008,3	2849,9	2754,4	2804,6	528,3	425,6	9,6
Totale escluso (a)(b)	20,1	27,1	17,1	24,5	50,5	60,7	40,8	116	107,1	267,3	338,1	679,7	1091,1	1903,5	1988,8	2823,8	2728,9	2785,3	519,7	417,8	9,5

Tabella 2. Maschi - Provincia BAT. Anni 2011-2012. Incidenza Maschi. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG), Tasso standardizzato diretto (TSD, standard: pop. Europea). Errore standard (ES) del TSD. Continua dalla pagina precedente.

Sedi	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	TG	TSD	ES
Labbro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,3	0	0	0	0	0	0	0,3	0,3	0,4
Lingua	0	0	0	0	0	0	0	3,3	6,3	0	3,8	0	0	5,3	0	0	8,9	0	1,5	1,2	0,6
Bocca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,4	10,7	23,4	6,9	17,9	0	2,5	1,7	0,6
Ghiandole salivari	0	0	4,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,4	0	0	6,9	0	0	0,8	0,7	0,5
Orofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,9	0	0	0,3	0,1	0,3
Rinofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0,3	0,2	0,3
Ipfaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Faringe NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Esofago	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,9	8,9	10,5	0,8	0,3	0,3
Stomaco	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	3,2	0	17,3	4,4	37,4	46,8	69,2	107,1	20,9	11,6	7,3	1,2
Intestino tenue	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2	0	0	4,3	0	0	5,8	0	8,9	0	1	0,7	0,5
Colon	0	0	0	0	0	0	0	0	6,3	6,5	22,6	47,6	70,4	90,7	128,6	89,9	142,8	209	31,5	21,7	2,1
Retto	0	0	0	0	0	0	3,7	0	3,2	3,2	15,1	26	44	37,4	46,8	27,7	35,7	83,6	13,6	10,2	1,5
Fegato	0	0	0	4,4	0	0	0	0	0	3,2	7,5	21,6	22	32	64,3	89,9	107,1	62,7	15,6	10,2	1,4
Vie biliari	0	0	0	0	0	4,1	0	0	0	0	3,8	0	13,2	5,3	40,9	55,3	8,9	31,4	6,3	4,2	0,9
Pancreas	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	0	11,3	17,3	26,4	26,7	29,2	20,8	71,4	94,1	11,1	7,4	1,2
Cavità nasale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,9	0	0,3	0,1	0,3
Laringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,4	0	0	0	8,9	0	0,5	0,3	0,3
Polmone	0	0	0	0	0	0	0	3,3	3,2	3,2	15,1	8,7	26,4	48	52,6	34,6	44,6	52,3	12,1	8,7	1,3
Altri organi toracici	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Osso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2	0	0	0	0	5,8	0	0	0	0,5	0,4	0,4
Pelle, melanomi	0	0	0	0	8,4	16,6	11,1	22,8	3,2	16,1	26,4	13	26,4	32	11,7	20,8	8,9	20,9	13,1	11,8	1,7
(a)Pelle, non melanomi	0	0	0	0	8,4	16,6	26	39,1	82	64,5	105,4	142,9	136,3	170,8	315,6	401,2	285,6	303,1	92,8	69,5	3,8
Mesotelioma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,3	0	5,3	0	0	0	0	0,5	0,5	0,4
Sarcoma di Kaposi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,8	5,3	5,8	0	0	10,5	1,3	0,9	0,5
Tessuti molli	5,3	0	0	4,4	0	0	0	0	0	0	0	4,3	4,4	5,3	5,8	0	0	0	1,5	1,6	0,7
Mammella	0	0	0	0	8,4	8,3	44,5	78,3	129,3	212,9	218,3	181,9	211,1	245,5	198,7	318,2	321,3	209	120,2	97,9	4,6

Tabella 2. Femmine - Provincia BAT. Anni 2011-2012. Incidenza Femmine. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG), Tasso standardizzato diretto (TSD, standard: pop. Europea). Errore standard (ES) del TSD. *Continua nella pagina successiva.*

Sedi	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	TG	TSD	ES
Utero, collo	0	0	0	0	0	0	0	3,3	12,6	3,2	18,8	13	13,2	21,3	0	20,8	8,9	10,5	6,6	5,6	1,1
Utero, corpo	0	0	0	0	0	0	0	3,3	6,3	9,7	33,9	39	66	90,7	81,8	69,2	53,6	10,5	21,9	17,5	1,9
Utero NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,4	0	0	6,9	0	0	0,5	0,4	0,4
Ovaio	0	0	0	0	0	4,1	0	6,5	18,9	9,7	33,9	26	22	37,4	29,2	55,3	26,8	10,5	14,1	11,6	1,6
Altri genitali femminili	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2	3,8	8,7	13,2	21,3	5,8	20,8	26,8	10,5	4,8	3,5	0,9
Rene	5,3	0	0	4,4	0	0	3,7	3,3	0	3,2	15,1	0	8,8	16	17,5	6,9	8,9	10,5	5	4,4	1,1
Vescica (maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,8	8,7	4,4	5,3	0	48,4	35,7	41,8	5	3,0	0,8
Vescica (non maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,7	4,4	16	17,5	13,8	0	0	2,8	2,2	0,7
Altre vie urinarie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,7	0	0	0	0,5	0,4	0,4
Occhio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Encefalo e SNC (maligni)	0	4,8	0	0	4,2	0	0	0	9,5	3,2	7,5	8,7	13,2	5,3	11,7	20,8	8,9	20,9	5,5	4,5	1,0
Encefalo e SNC (non maligni)	0	4,8	4,4	4,4	0	4,1	3,7	16,3	6,3	19,4	22,6	39	35,2	32	52,6	41,5	35,7	10,5	16,9	14,3	1,8
Tiroide	0	0	4,4	8,8	8,4	16,6	18,6	29,4	31,5	48,4	48,9	30,3	48,4	21,3	11,7	20,8	0	0	22,2	20,9	2,3
Altre ghiandole endocrine	5,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,4	10,7	0	0	0	0	1	1,1	0,6
Linfoma di Hodgkin	0	0	4,4	4,4	20,9	8,3	3,7	3,3	3,2	6,5	0	0	4,4	10,7	0	0	8,9	0	4,5	4,6	1,1
Linfoma non Hodgkin	0	0	0	8,8	0	0	3,7	9,8	9,5	19,4	15,1	13	17,6	26,7	40,9	48,4	26,8	41,8	13,1	10,2	1,5
Mieloma	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2	0	3,8	8,7	30,8	10,7	64,3	48,4	26,8	10,5	8,8	6,2	1,1
Leucemia linfatica acuta	15,9	4,8	4,4	0	0	0	0	0	0	3,2	0	0	0	0	0	6,9	0	0	1,8	2,3	0,9
Leucemia linfatica cronica	0	0	0	0	0	0	3,7	0	0	0	0	4,3	4,4	16	17,5	27,7	0	10,5	3,5	2,6	0,8
Leucemia mieloide acuta	5,3	0	4,4	0	0	0	3,7	0	3,2	0	11,3	0	4,4	10,7	11,7	13,8	8,9	31,4	4,5	3,7	1,0
Leucemia mieloide cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,8	8,7	0	0	5,8	6,9	8,9	10,5	1,8	1,3	0,6
Altre MMPC e SMD	0	0	0	0	8,4	0	7,4	3,3	6,3	16,1	3,8	8,7	39,6	37,4	58,5	96,9	44,6	31,4	15,9	11,6	1,5
Leucemia NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,9	8,9	20,9	1	0,4	0,3
Miscellanea	0	0	0	0	0	4,1	0	0	0	0	3,8	4,3	17,6	16	5,8	6,9	17,9	10,5	3,8	2,9	0,8
Mal definite e metastasi	5,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,7	0	0	23,4	34,6	71,4	62,7	6,6	3,7	0,9
Totale	42,5	14,4	26,7	39,5	66,8	83	133,6	231,6	346,8	464,5	658,8	731,8	963	1163,5	1449,6	1777,9	1624,6	1463,2	512	396,5	9,2
Totale escluso (a)	42,5	14,4	26,7	39,5	58,5	66,4	107,6	192,5	264,8	400	553,4	588,9	826,7	992,7	1134	1376,7	1338,9	1160,1	419,2	327,0	8,4
Totale escluso (a)(b)	42,5	9,6	22,2	35,1	58,5	62,2	103,9	176,2	258,5	380,6	530,8	549,9	791,5	960,7	1081,4	1335,2	1303,2	1149,7	402,3	312,7	8,2

Tabella 2. Femmine - Provincia BAT. Anni 2011-2012. Incidenza Femmine. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG), Tasso standardizzato diretto (TSD, standard: pop. Europea). Errore standard (ES) del TSD. Continua dalla pagina precedente.

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale	
Labbro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lingua	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	5	
Bocca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	
Ghiandole salivari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	
Orofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	
Rinofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
Faringe NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Esofago	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	2	6	
Stomaco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	3	2	3	3	19	
Intestino tenue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	
Colon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3	5	1	4	2	4	4	27	
Retto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	2	3	3	3	15	
Fegato	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	2	2	2	4	4	5	5	6	34	
Vie biliari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	2	7	
Pancreas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	3	2	3	3	2	19	
Laringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	1	0	3	1	1	12	
Polmone	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	2	2	3	2	2	2	2	4	24	
Altri organi toracici	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
Osso	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	6	
Pelle, melanomi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	2	2	1	0	11	
(a)Pelle, non melanomi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	6	
Mesotelioma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	1	1	6	
Sarcoma di Kaposi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	
Tessuti molli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	
Mammella	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	
Pene	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	
Prostata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	2	2	2	2	4	16	

Tabella 3. Maschi - Provincia BAT. Anni 2011-2012. Mortalità Maschi. Distribuzione della frequenza assoluta dei decessi per tipo di tumore e fascia di età. Età media e mediana al decesso. *Continua nella pagina successiva.*

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale
Rene	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	2	0	6
Vescica (maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	2	2	2	3	12
Vescica (non maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	4
Altre vie urinarie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1	5
Encefalo e SNC (maligni)	0	0	1	0	0	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	21
Encefalo e SNC (non maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	1	1	2	2	1	14
Tiroide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Altre ghiandole endocrine	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Linfoma di Hodgkin	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	5
Linfoma non Hodgkin	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	2	2	2	3	2	1	16
Mieloma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	2	2	1	10
Leucemia linfatica acuta	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Leucemia linfatica cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	4
Leucemia mieloide acuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	1	1	1	8
Leucemia mieloide cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	1	1	0	6
Altre MMPC e SMD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	3
Leucemia NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	1	1	7
Miscellanea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	3	2	3	5	18
Mal definite e metastasi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	3	2	4	5	6	7	8	40
Totale	1	0	3	0	2	3	3	4	3	22	26	28	40	45	52	59	60	66	417
Totale escluso (a)	1	0	3	0	2	3	3	4	3	22	26	28	40	45	51	57	59	64	411
Totale escluso (a)(b)	1	0	3	0	2	3	3	4	3	20	24	27	38	44	50	55	57	63	397

Tabella 3. Maschi - Provincia BAT. Anni 2011-2012. Mortalità Maschi. Distribuzione della frequenza assoluta dei decessi per tipo di tumore e fascia di età. Età media e mediana al decesso. *Continua dalla pagina precedente.*

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale
Labbro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Lingua	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bocca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	3
Ghiandole salivari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Orofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rinofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Faringe NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Esofago	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stomaco	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2	2	1	2	3	3	16
Intestino tenue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Colon	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	3	4	4	2	2	6	25
Retto	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3	0	2	0	2	2	12
Fegato	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3	3	3	5	4	3	24
Vie biliari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	4	2	16
Pancreas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	4	17
Laringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Polmone	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	3	2	2	1	14
Altri organi toracici	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Osso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Pelle, melanomi	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	2	0	1	2	1	2	11
(a)Pelle, non melanomi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Mesotelioma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	3
Sarcoma di Kaposi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tessuti molli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	3
Mammella	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	23
Utero, collo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	7
Utero, corpo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	4

Tabella 3. Femmine - Provincia BAT. Anni 2011-2012. Mortalità Femmine. Distribuzione della frequenza assoluta dei decessi per tipo di tumore e fascia di età. Età media e mediana al decesso. Continua nella pagina successiva.

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale
Utero NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	2	1	2	11
Ovaio	0	0	0	1	0	0	0	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	18
Altri genitali femminili	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	3	0	7
Rene	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	2	1	8
Vescica (maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	4	7
Vescica (non maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Altre vie urinarie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalo e SNC (maligni)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	2	2	2	13
Encefalo e SNC (non maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	1	1	5	1	13
Tiroide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	4
Altre ghiandole endocrine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Linfoma di Hodgkin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
Linfoma non Hodgkin	0	0	0	1	0	0	2	0	0	2	0	0	0	3	2	3	3	3	19
Mieloma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	1	2	9
Leucemia linfatica acuta	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
Leucemia linfatica cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Leucemia mieloide acuta	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	8
Leucemia mieloide cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4
Altre MMPC e SMD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4
Leucemia NAS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	7
Miscellanea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	3	3	4	5	21
Mal definite e metastasi	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	2	4	6	4	3	4	4	31
Totale	2	2	1	2	0	3	7	5	11	11	8	22	37	44	41	56	58	65	375
Totale escluso (a)	2	2	1	2	0	3	7	5	11	11	8	22	37	44	41	56	58	63	373
Totale escluso (a)(b)	2	2	1	2	0	3	7	5	10	11	8	21	36	42	40	55	53	62	360

Tabella 3. Femmine - Provincia BAT. Anni 2011-2012. Mortalità Femmine. Distribuzione della frequenza assoluta dei decessi per tipo di tumore e fascia di età. Età media e mediana al decesso. *Continua dalla pagina precedente.*

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	TG	TSD	ES
Labbro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Lingua	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	0	0	5,6	6,5	0	12,8	19,3	1,3	1,0	0,5
Bocca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25,5	0	0,5	0,3	0,3
Ghiandole salivari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,6	4,6	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,4
Orofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	0	4,6	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,4
Rinofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,5	0	0	0	0,3	0,2	0,3
Faringe NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0,3	0,2	0,3
Esofago	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,9	0	0	0	13	8,7	0	38,7	1,6	1,2	0,6
Stomaco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,8	9,1	9,2	11,2	19,6	17,4	38,3	58	4,9	3,9	1,0
Intestino tenue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,6	0	0	0	12,8	0	0,5	0,4	0,4
Colon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,6	7,8	13,7	23	5,6	26,1	17,4	51	77,4	7	5,6	1,1
Retto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,9	4,6	9,2	0	13	26,1	38,3	58	3,9	2,9	0,8
Fegato	0	0	0	0	0	4	0	0	0	9,9	7,8	9,1	9,2	22,3	26,1	43,6	63,8	116,1	8,8	6,9	1,2
Vie biliari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,2	0	17,4	12,8	38,7	1,8	1,3	0,6
Pancreas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	7,8	4,6	9,2	16,7	13	26,1	38,3	38,7	4,9	3,9	0,9
Laringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	7,8	4,6	9,2	5,6	0	26,1	12,8	19,3	3,1	2,6	0,8
Polmone	0	0	0	0	3,9	0	0	3,3	3,2	6,6	7,8	9,1	13,8	11,2	13	17,4	25,5	77,4	6,2	5,2	1,1
Altri organi toracici	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,6	0	0	0	0	0,3	0,2	0,3
Osso	0	0	4,3	0	3,9	0	3,7	0	0	0	3,9	4,6	0	0	0	0	0	19,3	1,6	1,6	0,7
Pelle, melanomi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	4,6	4,6	16,7	13	17,4	12,8	0	2,8	2,3	0,7
(a)Pelle, non melanomi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,5	17,4	12,8	38,7	1,6	1,1	0,5
Mesotelioma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,6	0	11,2	0	8,7	12,8	19,3	1,6	1,2	0,6
Sarcoma di Kaposi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,8	38,7	0,8	0,5	0,4
Tessuti molli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,6	0	5,6	0	0	0	0	0,5	0,5	0,4
Mammella	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,4	0	0	0,5	0,3	0,4
Pene	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,6	0	0	0	0	19,3	0,5	0,4	0,4
Prostata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,8	4,6	4,6	11,2	13	17,4	25,5	77,4	4,1	3,3	0,9

Tabella 4. Maschi - Provincia BAT. Anni 2011-2012. Mortalità Femmine. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG), Tasso standardizzato diretto (TSD, standard: pop. Europea). Errore standard (ES) del TSD.. Continua nella pagina successiva.

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	TG	TSD	ES
Rene	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,2	6,5	8,7	25,5	0	1,6	1,1	0,5
Vescica (maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,6	9,2	0	13	17,4	25,5	58	3,1	2,3	0,7
Vescica (non maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,6	0	5,6	0	0	0	38,7	1	0,9	0,5
Altre vie urinarie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,6	13	8,7	0	19,3	1,3	1,0	0,5
Encefalo e SNC (maligni)	0	0	4,3	0	0	4	3,7	3,3	3,2	6,6	7,8	4,6	9,2	11,2	13	17,4	12,8	38,7	5,4	4,7	1,1
Encefalo e SNC (non maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,6	7,8	4,6	9,2	5,6	6,5	17,4	25,5	19,3	3,6	3,0	0,8
Tiroide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Altre ghiandole endocrine	5	0	4,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,8	0	0,8	0,8	0,6
Linfoma di Hodgkin	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	0	0	4,6	0	5,6	6,5	0	12,8	0	1,3	1,1	0,5
Linfoma non Hodgkin	0	0	0	0	0	4	0	0	3,2	3,3	3,9	0	9,2	11,2	13	26,1	25,5	19,3	4,1	3,3	0,9
Mieloma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9,2	5,6	13	17,4	25,5	19,3	2,6	1,9	0,7
Leucemia linfatica acuta	0	0	0	0	0	0	3,7	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	0,4
Leucemia linfatica cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,6	0	0	8,7	25,5	0	1	0,7	0,4
Leucemia mieloide acuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,6	11,2	13	8,7	12,8	19,3	2,1	1,6	0,6
Leucemia mieloide cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	0	9,2	0	6,5	8,7	12,8	0	1,6	1,2	0,6
Altre MMPC e SMD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,6	0	8,7	0	19,3	0,8	0,6	0,4
Leucemia NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,6	13	17,4	12,8	19,3	1,8	1,3	0,6
Miscellanea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,6	0	9,1	0	5,6	19,6	17,4	38,3	96,7	4,7	3,5	0,9
Mal definite e metastasi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	15,5	13,7	9,2	22,3	32,6	52,3	89,3	154,7	10,3	8,0	1,3
Totale	5	0	12,8	0	7,8	12,1	11,1	13,3	9,5	72,6	101	127,7	184,2	251,2	339,1	514,2	765,1	1276,6	107,8	85,0	4,3
Totale escluso (a)	5	0	12,8	0	7,8	12,1	11,1	13,3	9,5	72,6	101	127,7	184,2	251,2	332,6	496,8	752,4	1237,9	106,3	83,9	4,2
Totale escluso (a)(b)	5	0	12,8	0	7,8	12,1	11,1	13,3	9,5	66	93,3	123,2	174,9	245,6	326	479,3	726,9	1218,6	102,7	81,0	4,2

Tabella 4. Maschi - Provincia BAT. Anni 2011-2012. Mortalità Femmine. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG), Tasso standardizzato diretto (TSD, standard: pop. Europea). Errore standard (ES) del TSD. Continua dalla pagina precedente.

Sedi	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	TG	TSD	ES
Labbro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,9	0	0,3	0,1	0,3
Lingua	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Bocca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,8	0	0	0	0	6,9	0	10,5	0,8	0,5	0,4
Ghiandole salivari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Orofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Rinofaringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Faringe NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Esofago	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Stomaco	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	3,2	0	4,3	8,8	10,7	5,8	13,8	26,8	31,4	4	2,6	0,7
Intestino tenue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Colon	0	0	0	0	0	0	0	3,3	3,2	0	0	8,7	13,2	21,3	23,4	13,8	17,9	62,7	6,3	4,3	0,9
Retto	0	0	0	0	0	0	7,4	0	0	0	0	4,3	13,2	0	11,7	0	17,9	20,9	3	2,2	0,7
Fegato	0	0	0	0	0	4,1	0	0	0	0	3,8	4,3	13,2	16	17,5	34,6	35,7	31,4	6	4,0	0,9
Vie biliari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,8	4,3	4,4	5,3	5,8	34,6	35,7	20,9	4	2,4	0,7
Pancreas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,8	8,7	8,8	10,7	11,7	13,8	17,9	41,8	4,3	2,9	0,8
Laringe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,9	0	0,3	0,1	0,3
Polmone	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,7	8,8	10,7	17,5	13,8	17,9	10,5	3,5	2,5	0,7
Altri organi toracici	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Osso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,4	0	0	0	0	0	0,3	0,2	0,3
Pelle, melanomi	0	0	0	0	0	4,1	0	0	3,2	3,2	0	0	8,8	0	5,8	13,8	8,9	20,9	2,8	1,9	0,7
(a)Pelle, non melanomi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20,9	0,5	0,2	0,3
Mesotelioma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,4	10,7	0	0	0	0	0,8	0,6	0,5
Sarcoma di Kaposi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Tessuti molli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,4	0	0	6,9	0	10,5	0,8	0,5	0,4
Mammella	0	0	0	0	0	0	0	3,3	6,3	6,5	7,5	8,7	8,8	10,7	11,7	13,8	17,9	41,8	5,8	4,3	1,0
Utero, collo	0	0	0	0	0	0	3,7	0	0	3,2	0	4,3	0	5,3	5,8	6,9	0	10,5	1,8	1,4	0,6
Utero, corpo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,8	0	0	5,3	5,8	6,9	0	0	1	0,8	0,5

Tabella 4. Femmine - Provincia BAT, Anni 2011-2012. Mortalità Femmine. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG); Tasso standardizzato diretto (TSD, standard: pop. Europea). Errore standard (ES) del TSD.. Continua nella pagina successiva.

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	TG	TSD	ES
Utero NAS	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2	3,2	0	4,3	4,4	5,3	5,8	13,8	8,9	20,9	2,8	1,9	0,7
Ovaio	0	0	0	4,4	0	0	0	3,3	6,3	6,5	3,8	4,3	8,8	10,7	5,8	13,8	17,9	10,5	4,5	3,6	0,9
Altri genitali femminili	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,3	0	5,3	0	13,8	26,8	0	1,8	1,0	0,5
Rene	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2	0	0	4,3	0	5,3	5,8	6,9	17,9	10,5	2	1,3	0,6
Vescica (maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13,8	8,9	41,8	1,8	0,8	0,4
Vescica (non maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,9	0	0	0,3	0,1	0,3
Altre vie urinarie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Encefalo e SNC (maligni)	0	4,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,3	8,8	5,3	11,7	13,8	17,9	20,9	3,3	2,3	0,7
Encefalo e SNC (non maligni)	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2	0	0	4,3	4,4	10,7	5,8	6,9	44,6	10,5	3,3	2,0	0,6
Tiroide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10,7	0	6,9	0	10,5	1	0,7	0,4
Altre ghiandole endocrine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,3
Linfoma di Hodgkin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,3	0	0	8,9	0	0,5	0,3	0,3
Linfoma non Hodgkin	0	0	0	4,4	0	0	7,4	0	0	6,5	0	0	0	16	11,7	20,8	26,8	31,4	4,8	3,3	0,8
Mieloma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,8	0	11,7	13,8	8,9	20,9	2,3	1,4	0,5
Leucemia linfatica acuta	0	4,8	4,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,9	0	0	0,8	0,8	0,5
Leucemia linfatica cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,9	0	10,5	0,5	0,2	0,3
Leucemia mieloide acuta	5,3	0	0	0	0	0	3,7	3,3	0	0	0	0	0	5,3	5,8	6,9	8,9	10,5	2	1,6	0,7
Leucemia mieloide cronica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,8	6,9	8,9	10,5	1	0,5	0,4
Altre MMPC e SMD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,9	20,9	1	0,4	0,3
Leucemia NAS	5,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,3	5,8	6,9	8,9	20,9	1,8	1,3	0,6
Miscellanea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2	0	4,3	8,8	10,7	17,5	20,8	35,7	52,3	5,3	3,2	0,8
Mal definite e metastasi	0	0	0	0	0	4,1	3,7	0	6,3	0	0	8,7	17,6	32	23,4	20,8	35,7	41,8	7,8	5,6	1,1
	10,6	9,6	4,4	8,8	0	12,4	26	16,3	34,7	35,5	30,1	95,3	162,7	234,8	239,7	387,4	517,7	679,3	94,5	63,5	3,5
	10,6	9,6	4,4	8,8	0	12,4	26	16,3	34,7	35,5	30,1	95,3	162,7	234,8	239,7	387,4	517,7	658,4	94	63,2	3,5
	10,6	9,6	4,4	8,8	0	12,4	26	16,3	31,5	35,5	30,1	90,9	158,3	224,2	233,8	380,5	473,1	648	90,7	61,3	3,5

Tabella 4. Femmine - Provincia BAT. Anni 2011-2012. Mortalità Femmine. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG), Tasso standardizzato diretto (TSD, standard: pop. Europea). Errore standard (ES) del TSD. Continua dalla pagina precedente.

Sede	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Labbro	6	9	13	5	7	6	5
Lingua	3	5	4	4	3	5	2
Bocca	4	4	3	5	9	5	2
Ghiandole salivari	0	0	4	1	4	4	2
Orofaringe	0	1	1	1	2	2	1
Rinofaringe	4	1	3	5	2	0	0
Ipopofaringe	0	0	0	1	0	0	1
Faringe NAS	0	0	0	0	0	1	0
Esofago	2	2	3	2	6	6	6
Stomaco	34	30	48	50	32	33	39
Intestino tenue	0	2	1	2	2	4	0
Colon	71	67	72	84	72	75	104
Retto	40	41	32	38	33	36	54
Fegato	81	83	63	79	68	68	61
Vie biliari	10	13	13	7	14	10	12
Pancreas	25	19	23	23	24	17	27
Cavità nasale	1	1	0	1	3	0	2
Laringe	19	16	25	16	26	17	14
Polmone	146	142	158	148	133	143	145
Altri organi toracici	3	2	1	2	0	3	1
Osso	3	2	0	1	1	5	1
Pelle, melanomi	15	24	30	27	30	28	32
(a)Pelle, non melanomi	280	292	233	273	229	279	280
Mesotelioma	2	3	2	2	1	5	5
Sarcoma di Kaposi	7	3	6	6	4	5	4
Tessuti molli	6	10	7	3	8	6	4
Mammella	1	3	3	5	2	2	4
Pene	2	2	4	6	0	3	4

Tabella 5. Maschi – Provincia BAT. Anni 2006-2012. Incidenza Maschi. Frequenza assoluta dei casi per tipo di tumore e anno di diagnosi. *Continua nella pagina successiva.*

Sede	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Labbro	1	1	0	0	1	1	0
Lingua	4	1	5	2	2	1	5
Bocca	1	1	1	1	4	5	5
Ghiandole salivari	0	4	0	0	2	2	1
Orofaringe	0	0	1	0	0	0	1
Rinofaringe	0	1	1	2	2	0	1
Ipopofaringe	0	0	0	0	0	0	0
Faringe NAS	0	0	0	0	0	0	0
Esofago	0	2	1	0	1	1	2
Stomaco	29	25	22	32	27	17	29
Intestino tenue	2	2	1	0	1	2	2
Colon	73	72	67	86	73	61	64
Retto	16	26	23	31	31	17	37
Fegato	46	47	35	39	36	33	29
Vie biliari	8	15	18	17	9	11	14
Pancreas	21	18	15	21	21	24	20
Cavità nasale	0	0	0	1	0	0	1
Laringe	1	1	1	0	2	2	0
Polmone	31	27	33	26	19	21	27
Altri organi toracici	1	1	0	0	3	0	0
Osso	2	0	1	0	0	0	2
Pelle, melanomi	17	20	21	21	21	28	24
(a)Pelle, non melanomi	181	143	144	168	162	176	192
Mesotelioma	1	2	0	0	2	1	1
Sarcoma di Kaposi	2	2	3	2	1	3	2
Tessuti molli	0	7	4	3	3	2	4
Mammella	214	244	236	266	233	217	260
Utero, collo	13	8	17	17	25	13	13
Utero, corpo	39	45	35	37	50	46	41

Tabella 5 Femmine – Provincia BAT. Anni 2006-2012. Incidenza Femmine. Frequenza assoluta dei casi per tipo di tumore e anno di diagnosi. *Continua nella pagina successiva.*

Sede	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
		175	161	183		176	183
		9	14	12		12	16
		1	0	0		0	1
		14	23	24		19	23
		70	68	74		57	62
		33	35	40		29	38
		3	6	9		2	4
		1	1	2		4	1
		21	17	22		16	15
		28	21	19		17	16
		12	10	5		12	14
		0	0	2		2	0
		5	9	7		11	5
		34	33	24		34	39
		30	20	25		11	20
		4	2	2		5	7
		13	16	8		14	10
		6	4	8		5	8
		6	6	8		8	4
		32	44	33		39	34
		1	3	1		1	2
		5	9	7		15	11
		12	21	9		11	9
Totale		1292	1275	1321		1268	1334
Totale escluso (a)		1000	1042	1048		989	1054
Totale escluso (a)(b)		972	1021	1029		972	1038

Tabella 5. Maschi – Provincia BAT. Anni 2006-2012. Incidenza Maschi. Frequenza assoluta dei casi per tipo di tumore e anno di diagnosi. *Continua dalla pagina precedente.*

Sede	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Utero NAS	2	2	1	4	4	2	0
Ovaio	27	27	38	24	26	21	35
Altri genitali femminili	10	13	8	12	13	9	10
Rene	10	9	13	24	17	10	10
Vescica (maligni)	17	8	7	10	10	11	9
Vescica (non maligni)	9	6	7	6	6	6	5
Altre vie urinarie	6	1	0	2	1	2	0
Occhio	0	1	0	3	0	0	0
Encefalo e SNC (maligni)	16	11	14	12	11	13	9
(b)Encefalo e SNC (non maligni)	24	27	36	24	32	32	35
Tiroide	30	57	46	41	43	47	41
Altre ghiandole endocrine	1	2	3	1	1	2	2
Linfoma di Hodgkin	5	6	7	7	7	8	10
Linfoma non Hodgkin	34	23	23	29	29	31	21
Mieloma	14	21	19	17	15	18	17
Leucemia linfatica acuta	2	1	3	2	3	3	4
Leucemia linfatica cronica	3	7	6	5	4	10	4
Leucemia mieloide acuta	12	7	6	7	9	7	11
Leucemia mieloide cronica	5	4	1	2	2	1	6
Altre MMPC e SMD	34	26	37	34	43	35	28
Leucemia NAS	2	3	0	2	1	2	2
Miscellanea	12	13	7	7	6	6	9
Mal definite e metastasi	14	12	16	11	11	10	16
Totale	992	1002	983	1058	1025	970	1061
Totale escluso (a)	811	859	839	890	863	794	869
Totale escluso (a)(b)	787	832	803	866	831	762	834

Tabella 5 Femmine – Provincia BAT. Anni 2006-2012. Incidenza Femmine. Frequenza assoluta dei casi per tipo di tumore e anno di diagnosi. *Continua dalla pagina precedente.*

Sede	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Labbro	1	1	0	0	1	0	0
Lingua	1	3	4	2	2	2	3
Bocca	1	3	3	2	1	1	1
Ghiandole salivari	0	1	0	1	1	1	1
Orofaringe	0	1	0	0	3	0	2
Rinofaringe	0	1	0	1	1	0	1
Ipopofaringe	0	0	1	1	2	0	0
Faringe NAS	1	2	0	2	0	0	1
Esofago	1	4	2	0	3	5	2
Stomaco	18	25	21	28	26	30	27
Intestino tenue	0	0	0	0	0	2	0
Colon	20	21	22	26	40	34	28
Retto	5	8	5	6	9	5	11
Fegato	56	50	54	43	49	46	60
Vie biliari	5	6	7	7	5	3	6
Pancreas	14	20	23	15	27	12	22
Cavità nasale	0	0	0	0	2	0	0
Laringe	8	7	9	5	9	7	7
Polmone	132	110	122	111	111	105	133
Altri organi toracici	4	3	2	3	0	1	0
Osso	3	2	2	2	2	3	3
Pelle, melanomi	8	9	5	5	12	6	10
(a)Pelle, non melanomi	2	2	1	1	3	2	4
Mesotelioma	3	0	2	0	1	5	3
Sarcoma di Kaposi	1	2	1	0	1	3	1
Tessuti molli	2	4	3	3	1	1	1
Mammella	1	0	0	4	1	1	1
Pene	1	2	0	0	0	0	2

Tabella 6 Maschi – Provincia BAT. Anni 2006-2012. Mortalità Maschi. Frequenza assoluta dei decessi per tipo di tumore e anno di diagnosi. *Continua nella pagina successiva.*

Sede	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Labbro	0	0	0	0	0	0	1
Lingua	2	0	1	0	0	0	0
Bocca	3	0	0	0	0	3	1
Ghiandole salivari	2	2	0	0	0	0	0
Orofaringe	0	0	1	0	0	0	0
Rinofaringe	1	0	0	0	0	0	0
Ipopofaringe	0	0	0	0	0	0	0
Faringe NAS	0	0	0	0	0	0	0
Esofago	0	0	1	1	0	0	0
Stomaco	22	23	14	20	19	20	14
Intestino tenue	2	0	0	0	0	0	0
Colon	18	21	31	33	29	33	22
Retto	11	7	9	3	6	6	7
Fegato	27	33	32	23	21	20	23
Vie biliari	5	8	12	5	7	5	12
Pancreas	19	13	16	15	15	17	12
Cavità nasale	0	0	0	0	0	0	0
Laringe	2	0	0	1	2	0	1
Polmone	22	17	28	18	18	15	16
Altri organi toracici	0	0	1	0	1	0	0
Osso	0	0	2	0	2	1	0
Pelle, melanomi	3	4	5	4	6	6	7
(a)Pelle, non melanomi	1	1	0	0	2	0	2
Mesotelioma	2	1	1	0	1	1	2
Sarcoma di Kaposi	0	0	0	1	0	0	0
Tessuti molli	3	0	2	3	2	3	0
Mammella	59	61	55	66	72	59	67
Utero, collo	3	2	1	0	3	3	5
Utero, corpo	2	2	4	3	7	3	2

Tabella 6 Femmine – Provincia BAT. Anni 2006-2012. Mortalità Femmine. Frequenza assoluta dei decessi per tipo di tumore e anno di diagnosi. *Continua nella pagina successiva.*

Sede	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Prostata	28	30	61	37	44	38	47
Testicolo	1	1	0	0	1	0	0
Rene	4	6	8	8	11	6	2
Vescica (maligni)	22	26	24	20	20	28	22
Vescica (non maligni)	4	2	6	1	2	1	4
Altre vie urinarie	1	0	0	1	1	2	4
Occhio	0	1	0	0	0	0	0
Encefalo e SNC (maligni)	6	9	5	12	6	13	9
(b)Encefalo e SNC (non maligni)	10	13	12	9	8	7	7
Tiroide	1	1	0	0	0	0	0
Altre ghiandole endocrine	0	0	1	0	1	3	0
Linfoma di Hodgkin	1	2	0	2	0	2	4
Linfoma non Hodgkin	8	4	13	7	12	16	17
Mieloma	11	4	10	5	7	7	5
Leucemia linfatica acuta	0	1	1	2	1	0	2
Leucemia linfatica cronica	4	5	1	5	3	1	3
Leucemia mieloide acuta	10	3	2	5	4	8	3
Leucemia mieloide cronica	4	2	3	2	2	2	5
Altre MMPC e SMD	2	2	0	4	1	2	1
Leucemia NAS	4	4	7	10	1	4	3
Miscellanea	16	12	12	8	13	11	14
Mal definite e metastasi	13	22	23	19	21	25	28
Totale	438	437	478	425	472	451	510
Totale escluso (a)	436	435	477	424	469	449	506
Totale escluso (a)(b)	426	422	465	415	461	442	499

Tabella 6 Maschi – Provincia BAT. Anni 2006-2012. Mortalità Maschi. Frequenza assoluta dei decessi per tipo di tumore e anno di diagnosi. *Continua dalla pagina precedente.*

Sede	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Utero, corpo	2	2	4	3	7	3	2
Utero NAS	12	16	12	14	8	10	6
Ovaio	7	17	18	9	14	19	15
Altri genitali femminili	5	4	3	4	6	5	3
Rene	5	4	3	4	6	6	3
Vescica (maligni)	5	8	2	6	2	5	7
Vescica (non maligni)	0	2	1	4	1	0	1
Altre vie urinarie	0	0	0	0	1	0	0
Occhio	0	0	0	0	0	0	0
Encefalo e SNC (maligni)	9	8	6	6	13	7	7
(b)Encefalo e SNC (non maligni)	7	8	7	3	5	9	5
Tiroide	3	1	1	2	0	1	3
Altre ghiandole endocrine	0	1	1	2	2	0	0
Linfoma di Hodgkin	1	3	0	0	2	0	2
Linfoma non Hodgkin	10	11	7	10	11	14	9
Mieloma	5	7	7	7	7	7	9
Leucemia linfatica acuta	2	0	0	0	3	2	1
Leucemia linfatica cronica	2	3	2	2	1	2	1
Leucemia mieloide acuta	7	5	3	4	6	3	9
Leucemia mieloide cronica	1	0	0	1	1	1	3
Altre MMPC e SMD	3	2	2	3	0	1	4
Leucemia NAS	1	4	5	4	2	3	7
Miscellanea	15	18	16	11	14	19	14
Mal definite e metastasi	19	11	29	26	25	22	23
Totale	328	328	341	318	343	331	326
Totale escluso (a)	327	327	341	318	341	331	324
Totale escluso (a)(b)	320	319	334	315	336	322	319

Tabella 6 Femmine – Provincia BAT. Anni 2006-2012. Mortalità Femmine. Frequenza assoluta dei decessi per tipo di tumore e anno di diagnosi. *Continua dalla pagina precedente.*

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* 2011; 35 (5-6) supplemento 3

AIRTUM Working Group. I tumori in Italia, rapporto 2009. I trend dei tumori negli anni duemila (1998-2005). *Epidemiol Prev* 2009; 33 (4-5) supplemento 1.

AIRTUM Working Group. I tumori in Italia, rapporto 2014. Prevalenza e guarigione dei tumori in Italia. *Epidemiol Prev* 2014;38 (6 Suppl 1).

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)

Besag, J., York, J. and Mollié, A. Bayesian image restoration, with two applications in spatial statistics. *Annals of the Institute of Statistical Mathematics* 1991; 43 (1): 1-59.

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.

Capocaccia R, Colonna M, Corazziari I et al. Measuring cancer prevalence in Europe: the EUROPREVAL Project. *Annals of Oncology* 2002; 13: 831-839.

Breslow NE, Day NE. Statistical methods in cancer research, volume II – the design and analysis of cohort studies. IARC Scientific publications No. 82, 1987

Cronin KA, Feuer EJ. Cumulative cause-specific mortality for cancer patients in the presence of other causes: a crude analogue of relative survival. *Statistics in Medicine* 2000;19:1729–1740.

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.

Ferretti S, Giacomini A, G.d.Lavoro AIRtum. *Manuale di Tecniche di Registrazione dei Tumori*. Inferenze, Milano. 2007.

Ferretti S, Guzzinati S, Zambon 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 2006-2009 per macro-area (sedi testa e collo/vie biliari) scaricate all'indirizzo: <http://itacan.ispo.toscana.it>. (ultimo accesso luglio 2015).



ISTAT. Popolazione Residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio. Anni 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it>. (ultimo accesso luglio 2015).

Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med* 2000;19:335-51 (correction: 2001;20:655).

Mangone L, Vicentini M, Cassetti T et al. I tumori in provincia di Reggio Emilia anni 2009-2010. Technical report settembre 2014. <http://www.researchgate.net/publication/271524847>

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.

Zanetti R, Sera F, Sacchetto L et al. Power analysis to detect time trends on population-based cancer registries data: When size really matters. *Eur. J. Can.* 2015; 51,1082-1090.

Zanetti R, Schmidtman I, Sacchetto L et al. Completeness and timeliness: Cancer registries could/should improve their performance *Eur. J. Can.* 2015; 51,1091-1098

Crediti

Autori | Enzo Coviello, Francesco Cuccaro, Grazia Antonella Cannone, Maria Elena Vitali, Angela Pinto, Angela Calabrese, Maria Altomare Di Lorenzo

Coordinamento editoriale | Micaela Abbinante

Progetto grafico e Impaginazione | Donata Bologna

Finito di stampare nel marzo 2017

Tutti i diritti sono della ASL della Provincia BAT

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.

Rapporto Registro Tumori 2016



Provincia BAT

