



Primo report Registro Tumori Bari 2019



Ringraziamenti

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

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 BT (Dr. E. Coviello), Brindisi (Dr. A. Ardizzone), Foggia (Dr. F. Palma), Lecce (Dr. F. Quarta e Dr.ssa A. Melcarne) e Taranto (Dr. S. Minerba e Dr.ssa A. Mincuzzi).

Un ringraziamento ai presidi sanitari, alle istituzioni e ai professionisti che hanno consentito al Registro Tumori Bari di definire con celerità e completezza la casistica incidente.

Struttura organizzativa Registro Tumori Bari

Direttore Dipartimento di Prevenzione Asl Bari

Domenico Lagravinese

Responsabile

Enrico Caputo

Gruppo di lavoro

Deborah Fracchiolla

Carmen Perrone

Davide Gulino

Centro di coordinamento - RT Puglia

Lucia Bisceglia

Danila Bruno

Vanna Burgio Lo Monaco

Antonio Chieti

Piepoli Giulia

Fanizza Caterina

Salvatore Anna

Ivan Rashid

Cinzia Tanzarella

Presidente Comitato Tecnico-scientifico

Giovanni Gorgoni

Contatti

Registro Tumori Asl Bari

Asl Bari

Lungomare Starita, 6 - 70132 Bari

Tel. 080/5842493

Sommario

Introduzione	7
Casistica relativa agli anni 2006-2009.	9
Incidenza	9
Mortalità	9
Fattori di rischio	10
Confronti nazionali	11
La qualità dei dati	11
Commento ai dati	12
Tumori infantili (0-14 anni)	13
Sintesi dei risultati	14
Totale (escluso cute e tumori non maligni del SNC)	16
Tumori della testa e del collo	18
Tumori dello stomaco	19
Tumori del retto e del colon	20
Tumori del fegato	21
Tumori delle vie biliari	22
Tumori del pancreas	23
Tumori del polmone	24
Tumori del collo dell'utero	25
Melanoma della cute	26
Tumori della mammella femminile	27
Tumori del corpo dell'utero	28
Tumori dell'ovaio	29
Tumori della prostata	30
Tumori del testicolo	31
Tumori del rene	32
Tumori della vescica	33
Tumori dell'encefalo e del S.N.C.	34
Tumori della tiroide	35
Linfomi di Hodgkin	36
Linfomi non Hodgkin	37

Mielomi e altri tumori plasmacellulari	38
Leucemie	39
Mesoteliomi	40
Casistica relativa agli anni 2014-2015.	41
Incidenza	41
I tumori più frequenti	41
I tumori per età	42
Confronti totalità dei tumori	43
Registro tumori e ambiente.	45
Registro tumori e studio PASSI: la percezione del rischio oncologico nella popolazione.	47
Screening del carcinoma del colon retto.	47
Screening del carcinoma cervico uterino.	52
Screening del carcinoma mammario.	55
Conclusioni	58

Introduzione

Il Registro Tumori Puglia è stato istituito con DGR 1500/2008, ed è l'unico in Italia a nascere prevedendo una copertura regionale, con un centro di coordinamento presso l'IRCCS Oncologico di Bari e sei sezioni periferiche nelle ASL pugliesi che utilizzano procedure standardizzate ed omogenee in linea con i documenti di riferimento degli enti di accreditamento nazionali e internazionali.

Nel 2013, con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1197, il Registro Tumori Puglia è diventato attività istituzionale delle Aziende ed Enti del Sistema Sanitario della Regione Puglia.

Il centro di coordinamento assicura l'omogeneità delle procedure di rilevazione e di elaborazione dei dati, e fornisce supporto metodologico e informativo alle articolazioni periferiche del RTP e alle strutture della Rete Oncologica della regione Puglia, come definita nel Piano di Salute (LR 23/2008). Le articolazioni periferiche sono denominate "Registri Tumori", e sono settori di attività della S.C. Statistica Epidemiologia presente in ogni ASL regionale. Sono addette alla rilevazione, alla codifica, alla registrazione dei casi incidenti e all'archiviazione dei casi, e sono raccordate funzionalmente con il centro di coordinamento, da cui traggono le indicazioni operative di carattere metodologico.

Le fonti notificanti principali sono le aree applicative del sistema Edotto e degli altri sistemi di Sanità Elettronica:

- schede di dimissione ospedaliera;
- certificati di decesso;
- referti di anatomia patologica;
- cartelle cliniche;
- anagrafica;
- medici di medicina generale.

I RT, inoltre, si avvalgono di altri flussi informativi accessori, quali:

- archivi delle esenzioni *ticket*;
- archivi degli invalidi civili;
- prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- altri archivi clinici;
- altri registri tumori;
- servizi di screening.

In ragione del sottodimensionamento dell'Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia Aziendale, il Registro Tumori dell'ASL Bari è nato da un processo coordinato tra l'Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia e il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL proposto alla Direzione Generale dell'ASL dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione con nota prot. n. 13368-UOR 24 del 26/01/2011; è stato istituito con D.D.G. n. 1212 del 22/06/2011, e con D.D.G. n. 1268 del 28/06/2011 è stato costituito il suo tavolo di coordinamento aziendale. A livello nazionale, con il D.L. 179/2012, è stata creata la rete nazionale dei registri tumori. Il decreto citato, infatti, recante *ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese*, contiene all'art. 12 le norme che istituiscono il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e i sistemi di sorveglianza nel settore sanitario (*Registri di mortalità, di tumori, di altre patologie e di trattamenti*) ai fini di "... prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, programmazione sanitaria, verifica

della qualità delle cure, valutazione dell'assistenza sanitaria e di ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico allo scopo di garantire un sistema attivo di raccolta sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici per registrare e caratterizzare tutti i casi di rischio per la salute, di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita”.

Le attività del Registro Tumori Bari hanno avuto inizio il 13/01/2012 con l'installazione del software gestionale alimentato con la casistica da analizzare relativa al triennio 2006-2008.

D'intesa con il Centro di Coordinamento si scelse di circoscrivere l'attività di analisi e codifica dei tumori ai comuni di Bari, Modugno, Bitetto e Bitritto (popolazione: oltre 380.000 abitanti, numero casi per anno: oltre 4.000).

Nel 2014 il Registro Tumori Bari ha esteso le sue attività di analisi e codifica ai comuni di Conversano, Rutigliano, Mola di Bari e Polignano a Mare al fine di fornire dati riferiti alla contaminazione prodotta dalla discarica di Conversano, che aveva destato l'interesse mediatico e delle organizzazioni di cittadini del comune di Conversano (popolazione: oltre 460.000 abitanti, numero casi per anno: oltre 5.000).

Il Registro Tumori Bari ha conseguito l'accreditamento da parte di AIRTUM il 24/11/2017 e da allora ha ampliato la casistica all'intera provincia di Bari lavorando sul triennio 2014-2016; una volta completato questo si procederà al recupero degli anni di incidenza 2010-2013.

Casistica relativa agli anni 2006-2009.

Incidenza

Nel quadriennio 2006-2009 sono stati identificati nella popolazione residente in quattro comuni della provincia di Bari (Bari, Modugno, Bitetto e Bitritto) 10.957 nuovi casi di tumore, dei quali 5.985 tra i maschi, pari al 54,6% del totale, 4.972 tra le femmine, pari al 45,4% del totale.

I tassi di incidenza grezzi sono stati pari a 828,12 casi ogni 100.000 abitanti fra gli uomini e 639,3 casi ogni 100.000 abitanti fra le donne. Utilizzando la standardizzazione per età (popolazione standard europea 2013), i tassi per 100.000 abitanti sono risultati pari a 618,04 fra gli uomini e 449,66 fra le donne.

I tassi di incidenza specifici per età assumono un valore massimo nei soggetti oltre i 75 anni tanto nei maschi quanto nelle donne.

I tumori in età pediatrica (< 15 anni di età) costituiscono lo 0,38% di tutti i tumori rilevati nel territorio preso in considerazione.

I tumori più frequenti nel sesso maschile (escluso i tumori cutanei non melanoma) sono stati quelli della prostata (pari al 15,5% di tutti i tumori maschili), polmone (pari al 10,2%), vescica (pari al 9,7%) e colon retto (pari al 9,1%). Nel sesso femminile, i tumori più frequenti sono stati (escluso i tumori cutanei non melanoma) quelli della mammella (pari al 22,4% di tutti i tumori femminili), del colon retto (pari al 9,7%) e della tiroide (pari al 5,7%). (Tabella 1).

Tabella 1. I primi sette tumori più frequentemente diagnosticati per genere e proporzione sul totale dei tumori. Anni 2006-2009.

Maschi		Femmine	
Prostata	15,5%	Mammella	22,4%
Polmone	10,2%	Colon-retto	9,7%
Vescica	9,7%	Tiroide	5,7%
Colon-retto	9,1%		

Mortalità

I decessi per tumore maligno nel quadriennio 2006-2009 sono stati 3.520, dei quali 2.058 (58,5%) tra gli uomini, 1.462 (41,5%) tra le donne. Nel sesso maschile, il tumore del polmone ha rappresentato la causa più frequente (26,8% della mortalità per causa oncologica), seguito dal colon-retto (10%), prostata (8,8%) e vescica (7,2%). Tra le donne la mortalità per tumore della mammella è risultata la causa più frequente (16,6% di tutti i decessi per causa

oncologica), seguita dai tumori del colon-retto (13,3%), e polmone (10,5%). (Tabella 2).

Tabella 2. Le prime sette cause di decesso oncologiche per genere e proporzione sul totale dei decessi tumorali. Anni 2006-2009.

Maschi		Femmine	
Polmone	26,8%	Mammella	16,6%
Colon-retto	10%	Colon-retto	13,3%
Prostata	8,8%	Polmone	10,5%
Vescica	7,2%		

Fattori di rischio

Il cancro ha, tra le sue cause, una combinazione di diversi fattori: interni quali mutazioni genetiche, ormoni, funzionalità dell'apparato immunitario e fattori esterni, legati sia all'ambiente (p.es., esposizione ad agenti infettivi, prodotti chimici o radiazioni) sia allo stile di vita del soggetto (p.es., dieta, sedentarietà ed abitudine al fumo).

Si tratta di un processo comunque lento e progressivo, combattuto nella gran parte dei casi con successo dai sistemi di difesa dell'organismo. La lotta ai tumori oggi possiede armi sempre più efficaci: esse vanno dalla prevenzione, alla diagnosi precoce, alla terapia. Questi strumenti hanno lo scopo di migliorare la prognosi di ogni paziente in termini di durata e qualità della vita. Sulla base delle conoscenze attuali, si stima che la maggior parte dei tumori siano causati dal fumo di sigarette, da errata alimentazione, dall'abuso di alcool, obesità e inattività fisica e pertanto potrebbero essere prevenuti. Altri tumori sono correlati ad agenti infettivi, quali il virus dell'epatite B, dell'epatite C (HBV/HCV), il virus del papilloma umano (HPV), il virus della immunodeficienza (HIV), il batterio *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), e in quanto tali potrebbero essere prevenuti cambiando stile di vita, e debellando l'agente infettivo tramite vaccini o antibiotici. Inoltre la partecipazione ai programmi di screening offerti dal servizio sanitario nazionale permette un controllo costante e diagnosi di lesioni tumorali in stadi precoci e più facilmente aggredibili dalla chirurgia e dalle terapie mirate.

Confronti nazionali

Sulla base dei dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) è stato possibile confrontare i tassi di incidenza e mortalità per tumore rilevati dal Registro Tumori Bari (RTBA) nel corso degli anni 2006-2009 con quelli di altri registri tumorali nazionali.

Per tutti i tumori nel loro complesso i dati di incidenza mostrano tassi in linea con quelli della media nazionale.

Nello specifico si riscontrano tassi inferiori alla media nazionale per l'esofago (istotipo adenocarcinoma), per il fegato (istotipo epatocarcinoma), per la cavità nasale (istotipo squamocellulare), per il timo (istotipo timoma), per l'occhio (istotipo retinoblastoma), per l'encefalo (istotipo astrocitoma), per la ghiandola surrenale (istotipo carcinoma cortico-surrenale), per la mammella (istotipo lobulare), per la tiroide (istotipo midollare), per il midollo osseo (LMC).

Per i tumori del polmone (istotipo a grandi cellule), per il melanoma (istotipo a diffusione superficiale e a cellule epitelioidei), per il mesotelioma (istotipo fibroso), per il corpo dell'utero (istotipo endometriode), per l'ovaio (istotipo sieroso), per la prostata (istotipo adenocarcinoma), per la tiroide (istotipo papillare), per il midollo osseo (altre MMPC) sono stati evidenziati tassi superiori all'atteso rispetto alla media nazionale.

Focalizzando i medesimi confronti sui dati dei registri meridionali, si rilevano ugualmente tassi in linea per la maggior parte dei tumori.

In particolare, considerando come base i dati dei registri tumori del Sud Italia, si evidenziano tassi inferiori all'atteso nel fegato (istotipo epatocarcinoma), nella cavità nasale (istotipo squamocellulare), nel timo (istotipo timoma), melanoma (istotipo a cellule epitelioidei), nella mammella (istotipo lobulare), nel testicolo (istotipo seminoma), nell'occhio (istotipo retinoblastoma), nella tiroide (istotipo midollare), nella ghiandola surrenale (istotipo cortico-surrenale), nel midollo osseo (LMC).

Tassi di incidenza superiori alla media dei registri meridionali si osservano, invece, nelle ghiandole salivari (istotipo squamocellulare e adenocarcinoma), nella cavità nasale (istotipo melanoma), nel polmone (istotipo a grandi cellule), nell'osso (istotipo sarcoma di Ewing), melanoma (istotipo a diffusione superficiale), mesotelioma (istotipo fibroso e epitelioide), corpo dell'utero (istotipo endometriode), nell'ovaio (istotipo sieroso), nella prostata (istotipo adenocarcinoma), nel testicolo (istotipo teratoma), nell'occhio (istotipo squamocellulare), nella tiroide (istotipo papillare), nel midollo osseo (altre MMPC).

La qualità dei dati

Tra gli indicatori più sensibili della qualità dei dati di un registro, soprattutto se giovane, si annovera la percentuale di tumori corredate da diagnosi cito-istologica, quelli diagnosticati solo con certificato di morte (i cosiddetti DCO), la genericità della sede o la sua primitività sconosciuta. I dati presentati in questo volume si riferiscono a diagnosi corredate da verifica microscopica (citologica o istologica) per l'86,3% dei casi nel sesso maschile e per l'87,2% nel sesso femminile, solo l'1,1% nel sesso maschile e l'1,4% in quello femminile era invece

catalogabile come DCO.

Per quanto riguarda la definizione della sede primitiva, solo nell'1,2% dei casi è stata attribuita una sede mal definita o a primitività sconosciuta.

Commento ai dati

Le analisi che hanno riguardato gli anni 2006-2009 e il territorio corrispondente ai comuni di Bari, Modugno, Bitetto e Bitritto, conducono ad alcune fondamentali conclusioni. La prima delle quali riguarda la conoscenza esatta dell'impatto della malattia oncologica nel territorio suddetto: i leggeri scostamenti dalla media nazionale e da quella riguardante i registri meridionali, è determinata da molteplici fattori quali la peculiarità del nostro registro, che per gli anni considerati non ha riguardato la popolazione dell'intera provincia di Bari, bensì solo quattro comuni, al contrario degli altri registri tumori, che coinvolgono le provincie intere. In secondo luogo bisogna considerare il condizionamento delle neoplasie da parte delle strategie di prevenzione che, nel territorio di Bari e negli anni considerati, si stavano ancora consolidando e non erano ancora avviate a pieno regime.

Nell'immediato futuro la continuazione dell'attività del RT consentirà l'estensione dell'analisi all'intera provincia di Bari e su un periodo temporale più ampio e un approfondimento dello studio di sopravvivenza che consentirà al registro di fornire analisi ancora più approfondite sulle criticità evidenziate, ma anche la conduzione di studi specifici sul territorio, quali per esempio quelli legati alle valutazioni ambientali.

Tumori infantili (0-14 anni)

I tumori che si osservano in età pediatrica si diversificano da quelli insorti in età adulta per sede di insorgenza, velocità di accrescimento, caratteristiche istologiche e risposte ai farmaci antitumorali. Le possibilità di guarigione sono attualmente superiori nei bambini rispetto agli adulti e grandi progressi si sono avuti negli ultimi anni nella diagnostica, nelle terapie e nel miglioramento della qualità della vita.

L'impatto di questi tumori resta tuttavia enorme non solo dal punto di vista sanitario ma per i risvolti umani e sociali che coinvolgono le stesse famiglie. La forte migrazione sanitaria verso centri ultraspecialistici fuori provincia ne accresce la rilevanza in termini di assistenza.

Tabella 3. Numero assoluto di casi incidenti di tumore in età infantile (0-14) per tipo di neoplasia e fascia di età quinquennale. Anni 2006-2009.

Sede	Maschi			Femmine		
	0-4	5-9	10-14	0-4	5-9	10-14
Rinofaringe	-	-	-	-	-	1
Testa e collo	-	-	-	-	-	1
Osso	-	-	-	-	1	-
Tessuti molli	-	1	-	-	-	-
Rene	2	-	-	1	-	-
Rene e altre vie urinarie	2	-	-	1	-	-
Occhio	1	-	-	-	-	-
Encefalo e altro SNC (maligni)	1	1	2	1	1	1
Encefalo e altro SNC (non maligni)	2	3	1	-	1	1
Encefalo e altro SNC totale	3	4	3	1	2	2
Tiroide	-	-	-	-	-	2
Altre ghiandole endocrine	1	-	-	-	-	-
Linfoma di Hodgkin	-	-	2	-	-	-
Linfoma non Hodgkin	1	1	-	-	-	1
Leucemia linfatica acuta	3	-	-	2	-	1
Leucemia mieloide acuta	-	1	-	-	-	-
Leucemia mieloide cronica	-	-	-	-	-	1
Altre MMPC e SMD	-	-	-	-	1	-
Leucemie non specificate	-	1	-	1	-	1
Leucemie totali	3	2	-	3	1	3
TOTALE	11	8	5	5	4	10
TOTALE ESCLUSO CUTE E SNC NON MALIGNO	9	5	4	5	3	9

Nella banca dati del Registro Tumori di Bari i nuovi casi di tumore infantile nel periodo 2006 – 2009 sono stati 43 in età 0-14, con una lieve predominanza di maschi. I tumori emolinfatici hanno rappresentato il 69% del totale e quelli solidi il 31%. Non si apprezzano grosse differenze tra i due sessi.

Sintesi dei risultati

Tabella 4. Numero assoluto di casi incidenti, decessi tumorali e tassi standardizzati diretti (TSD) per 100.000 (standard Europa 1976) per sede e genere. Anni 2006-2009.

Sede	INCIDENZA						MORTALITA'					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	Casi	TSD	Casi	TSD	Casi	TSD	Casi	TSD	Casi	TSD	Casi	TSD
Labbro	15	1,53	2	0,09	17	0,7	3	0,27	0	0	3	0,1
Lingua	25	2,57	8	0,72	33	1,55	7	0,68	3	0,3	10	0,46
Bocca	31	3,38	10	0,86	41	2,03	10	1,04	4	0,29	14	0,62
Ghiandole salivari	12	1,31	9	0,65	21	0,96	1	0,15	1	0,04	2	0,09
Orofaringe	15	1,72	5	0,49	20	1,06	12	1,29	6	0,52	18	0,88
Rinofaringe	14	1,76	3	0,37	17	1,02	8	0,84	2	0,08	10	0,41
Ipfaringe	5	0,63	1	0,12	6	0,36	0	0	0	0	0	0
Faringe NAS	3	0,31	1	0,12	4	0,21	0	0	0	0	0	0
Esofago	16	1,68	9	0,8	25	1,2	13	1,29	6	0,44	19	0,82
Stomaco	151	15,13	95	7,41	246	10,79	112	10,85	75	5,63	187	7,84
Intestino tenue	19	2,2	8	0,74	27	1,44	7	0,63	3	0,17	10	0,38
Colon	385	38,43	356	28,65	741	32,79	173	16,49	160	11,45	333	13,53
Retto	162	16,71	127	10,95	289	13,45	34	3,34	34	2,69	68	2,89
Fegato	230	22,71	124	9,05	354	15,1	120	11,74	81	5,38	201	8,22
Vie biliari	42	3,84	66	4,76	108	4,36	43	3,96	60	3,92	103	3,98
Pancreas	116	12,16	97	6,43	213	9,17	121	11,94	82	5,36	203	8,37
Cavità nasale	4	0,45	8	0,71	12	0,59	1	0,11	0	0	1	0,05
Laringe	86	9,16	2	0,23	88	4,29	45	4,43	3	0,28	48	2,06
Polmone	617	60,73	172	14,48	789	34,83	552	52,83	153	12,13	705	29,83
Altri organi toracici	15	1,38	14	1,08	29	1,21	12	1,17	7	0,53	19	0,83
Osso	7	0,86	8	0,73	15	0,8	5	0,51	8	0,74	13	0,61
Pelle, melanomi	141	16,19	153	16,57	294	16,2	27	2,85	27	2,61	54	2,67
Pelle, non melanomi	1272	130,13	967	83,55	2239	103,68	8	0,89	5	0,29	13	0,54
Mesotelioma	31	3,33	13	1,15	44	2,15	0	0	0	0	0	0
Sarcoma di Kaposi	29	3	16	1,16	45	2	0	0	0	0	0	0
Tessuti molli	29	3,54	19	1,83	48	2,66	6	0,7	4	0,24	10	0,46
Mammella	10	0,97	1115	107,24	1125	57,86	6	0,78	242	20,79	248	11,78
Utero, collo	0	0	50	5,41	50	2,84	0	0	2	0,21	2	0,11

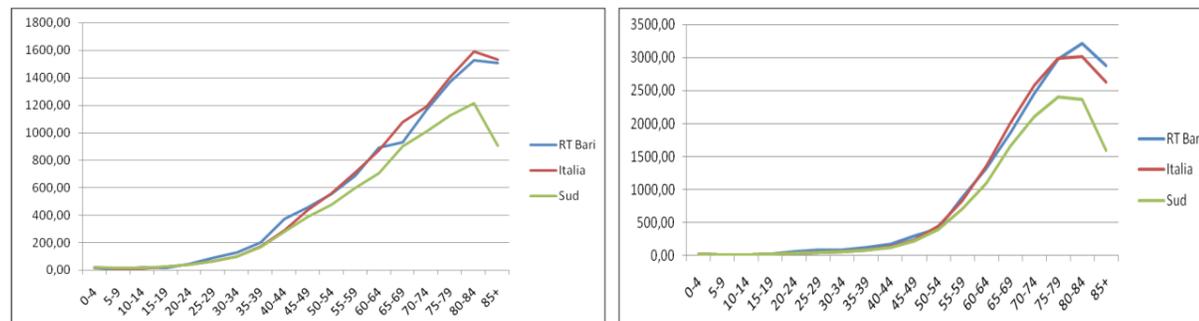
Utero, corpo	0	0	177	17,18	177	9,17	0	0	3	0,28	3	0,15
Utero non specificato	0	0	14	1,05	14	0,59	0	0	68	4,75	68	2,72
Ovaio	0	0	113	10,69	113	5,75	0	0	26	2,08	26	1,15
Altri genitali femminili	0	0	41	3,57	41	1,95	0	0	39	2,8	39	1,6
Pene	10	1,04	0	0	10	0,46	1	0,08	0	0	1	0,03
Prostata	931	92,66	0	0	931	41,42	182	16,53	0	0	182	6,55
Testicolo	71	9,5	0	0	71	4,73	3	0,41	0	0	3	0,2
Altri genitali maschili	1	0,08	0	0	1	0,03	0	0	0	0	0	0
Rene	114	12,77	52	4,58	166	8,4	13	1,39	12	0,87	25	1,12
Vescica (maligni)	368	36,14	71	4,94	439	18,57	149	13,52	43	2,71	192	7,05
Vescica (non maligni)	216	22,2	49	4,23	265	12,26	0	0	0	0	0	0
Altre vie urinarie	36	3,7	12	0,9	48	2,11	39	3,66	10	0,7	49	1,99
Occhio	11	1,35	6	0,55	17	0,94	1	0,11	0	0	1	0,04
Encefalo e altro SNC (maligni)	80	9,28	56	5,42	136	7,13	79	8,86	50	4,12	129	6,27
Encefalo e altro SNC (non maligni)	82	9,44	160	14,85	242	12,34	5	0,42	5	0,3	10	0,36
Tiroide	92	11,32	295	34,1	387	23,12	2	0,21	7	0,45	9	0,36
Altre ghiandole endocrine	10	1,22	11	0,97	21	1,11	3	0,33	4	0,19	7	0,26
Linfoma di Hodgkin	25	3,55	31	4,01	56	3,78	8	0,71	7	0,49	15	0,58
Linfoma non Hodgkin	147	16,14	129	11,81	276	13,81	57	5,87	41	3,51	98	4,53
Mieloma	96	9,76	82	6,75	178	8,06	54	5,02	41	3,13	95	3,88
Leucemia linfatica acuta	9	1,47	7	1,08	16	1,28	1	0,2	0	0	1	0,1
Leucemia linfatica cronica	41	4,16	34	2,81	75	3,37	4	0,38	1	0,06	5	0,2
Leucemia mieloide acuta	35	3,6	24	2,29	59	2,81	65	6,3	52	4,37	117	5,11
Leucemia mieloide cronica	3	0,32	13	1,28	16	0,82	1	0,08	0	0	1	0,03
Altre MMPC e SMD	64	6,57	71	6,2	135	6,24	5	0,42	2	0,09	7	0,23
Leucemie non specificate	9	0,8	20	1,74	29	1,3	3	0,36	0	0	3	0,16
Miscellanea	5	0,58	4	0,4	9	0,5	0	0	0	0	0	0
Mal definite e metastasi	60	6,15	76	5,19	136	5,64	57	5,6	83	6	140	5,82
Totale	5.998	619,6	5.006	452,96	11.004	523,01	2.058	199,21	1.462	110,99	3.520	148,03
Totale escluso cute e SNC non maligno	4.644	480,03	3.879	354,56	8.523	406,99	2.045	197,91	1.452	110,4	3.497	147,14

Totale (escluso cute e tumori non maligni del SNC)

Tabella 5. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	8.481	4.632	3.849	3.497	2.045	1.452
Percentuale sul totale M+F	100	54,60	45,40	100	58,50	41,50
Tasso grezzo (per 100.000)	568,03	640,91	494,91	233,06	282,96	186,70
Tasso standardizzato (per 100.000)	406,99	478,59	351,52	147,14	197,91	110,40
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	28,31	32,48	24,72	9,77	12,59	7,35

Grafici 1-2. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.



Grafici 3-4. Distribuzione percentuale del numero dei casi riscontrati per tipo di tumore. Anni 2006-2009.

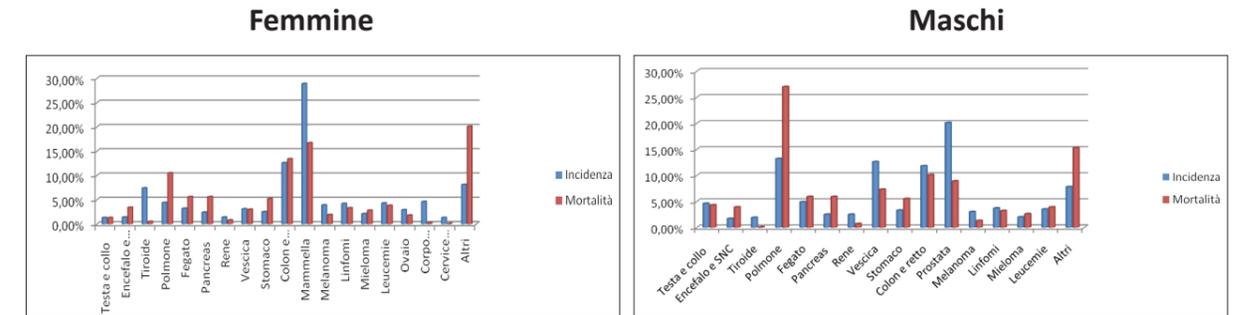


Grafico 5. Indicatori di qualità. Distribuzione percentuale delle modalità di diagnosi per fascia di età. Anni 2006-2009.

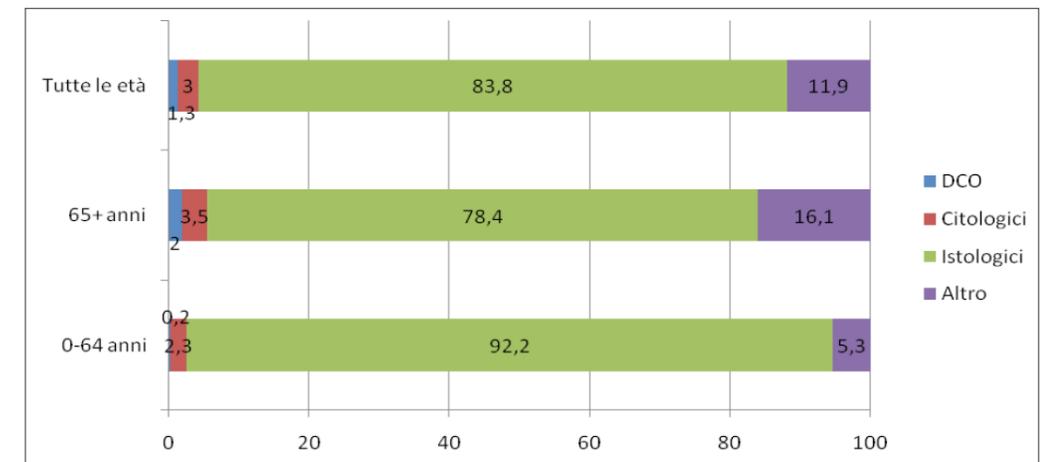
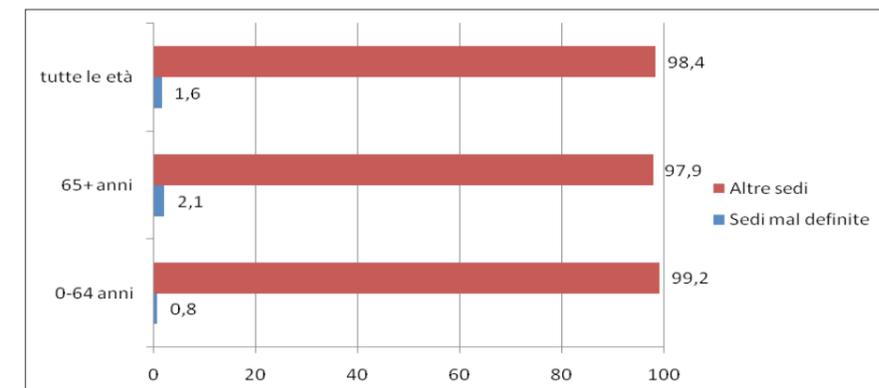


Grafico 6. Distribuzione percentuale delle sedi mal definite e metastasi con primitività ignota, per fascia di età. Anni 2006-2009.

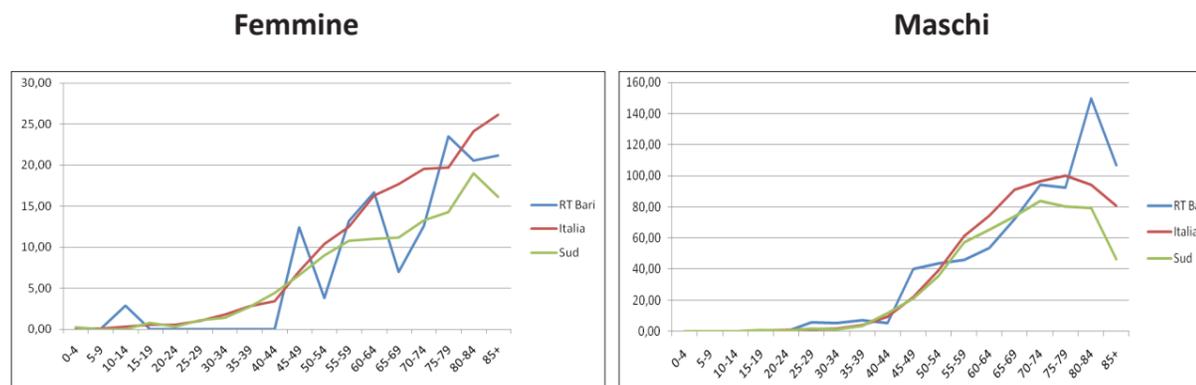


Tumori della testa e del collo

Tabella 6. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	263	213	50	106	87	19
Percentuale sul totale M+F	3,1	4,60	1,30	3	4,30	1,30
Tasso grezzo (per 100.000)	17,26	29,47	6,43	7,06	12,04	2,44
Tasso standardizzato (per 100.000)	12,77	23,08	4,50	4,69	8,80	1,51
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,04	1,84	0,33	0,32	0,58	0,10

Grafici 7-8. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

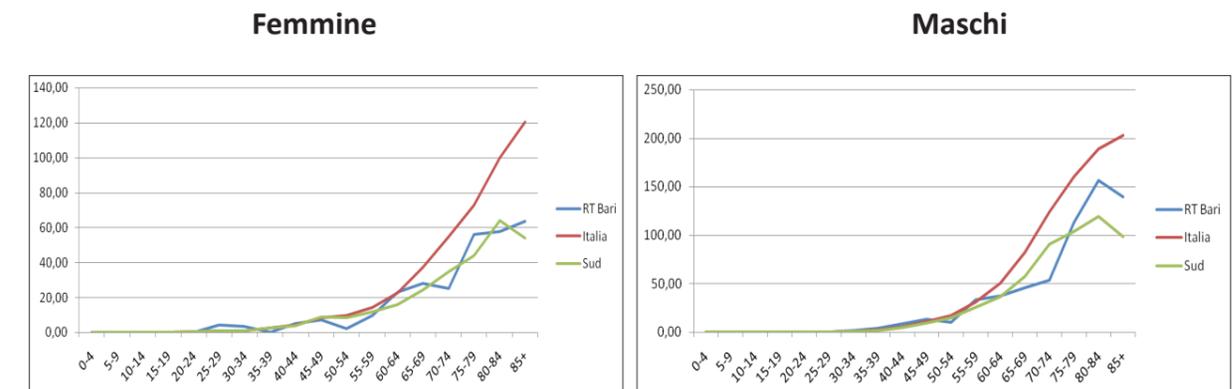


Tumori dello stomaco

Tabella 7. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	246	151	95	187	112	75
Percentuale sul totale M+F	2,9	3,30	2,50	5,30	5,50	5,20
Tasso grezzo (per 100.000)	16,40	20,89	12,22	12,46	15,50	9,64
Tasso standardizzato (per 100.000)	10,79	15,13	7,41	7,84	10,85	5,63
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,76	1,03	0,53	0,53	0,70	0,39

Grafici 9-10. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

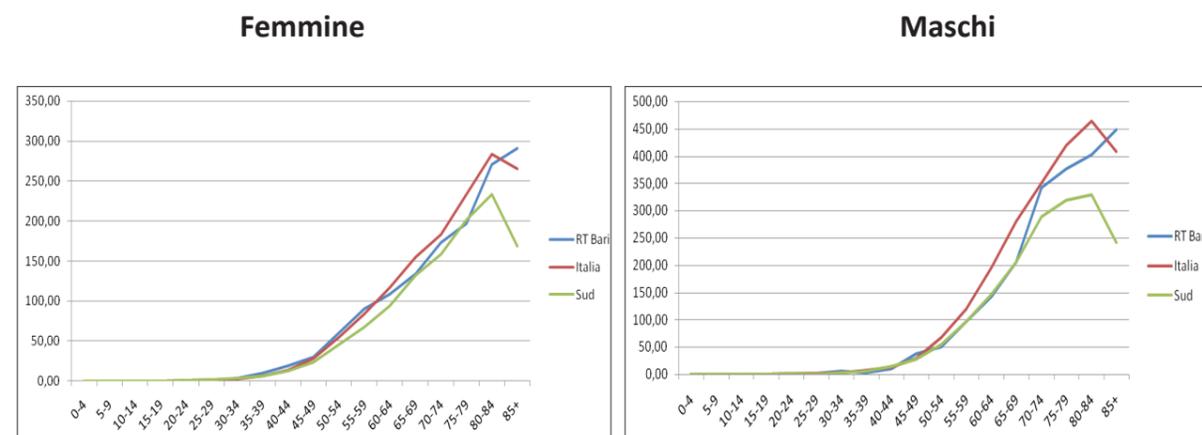


Tumori del retto e del colon

Tabella 8. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	1.031	547	484	401	207	194
Percentuale sul totale M+F	12,2	11,80	12,60	11,50	10,10	13,40
Tasso grezzo (per 100.000)	68,65	75,69	62,23	26,73	28,64	24,94
Tasso standardizzato (per 100.000)	46,24	55,11	39,65	16,43	19,82	14,15
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	3,69	4,40	3,10	1,15	1,33	1,01

Grafici 11-12. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

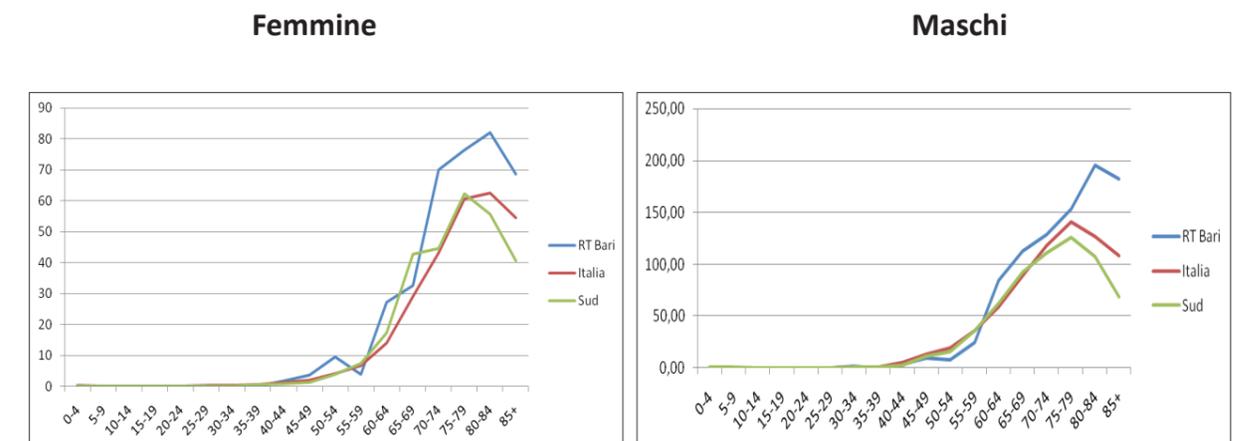


Tumori del fegato

Tabella 9. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	352	228	124	201	120	81
Percentuale sul totale M+F	4,1	4,90	3,20	5,70	5,90	5,60
Tasso grezzo (per 100.000)	23,59	31,55	15,94	13,40	16,60	10,42
Tasso standardizzato (per 100.000)	15,10	22,50	9,05	8,22	11,74	5,38
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,27	1,88	0,74	0,61	0,92	0,35

Grafici 13-14. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

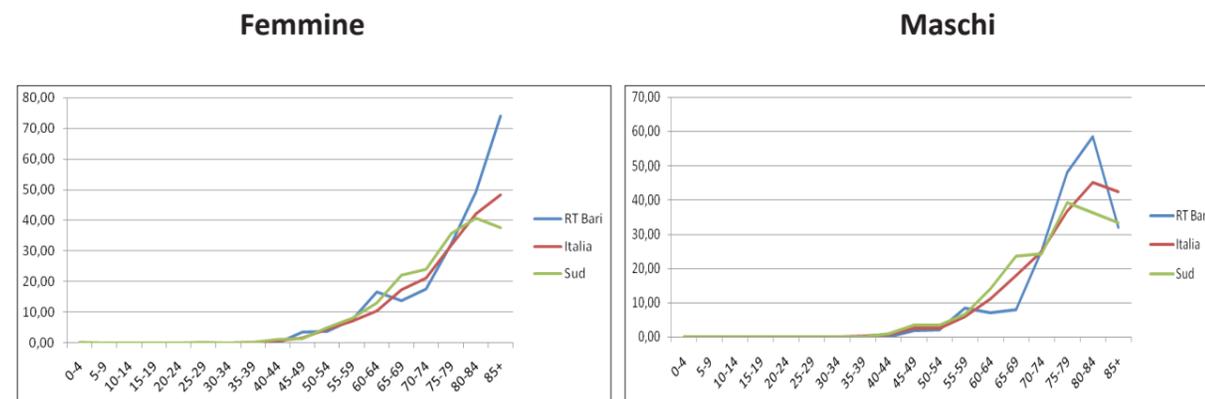


Tumori delle vie biliari

Tabella 10. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	110	44	66	103	43	60
Percentuale sul totale M+F	1,3	0,90	0,02	2,90	2,10	4,10
Tasso grezzo (per 100.000)	7,20	6,09	8,49	6,86	5,95	7,71
Tasso standardizzato (per 100.000)	4,36	4,07	4,76	3,98	3,96	3,92
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,28	0,24	0,31	0,21	0,24	0,18

Grafici 15-16. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

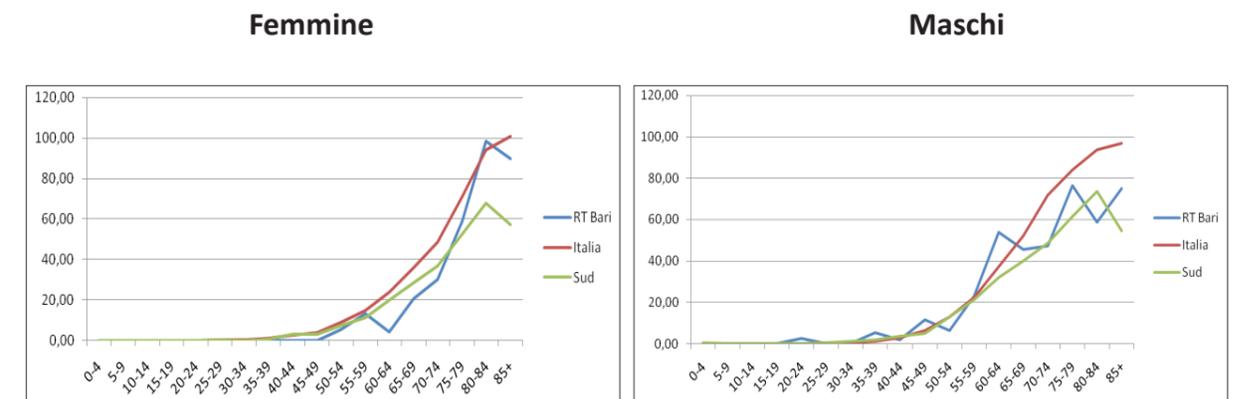


Tumori del pancreas

Tabella 11. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	110	44	66	103	43	60
Percentuale sul totale M+F	1,3	0,90	0,02	2,90	2,10	4,10
Tasso grezzo (per 100.000)	14,20	6,09	8,49	13,53	5,95	7,71
Tasso standardizzato (per 100.000)	9,17	4,07	4,76	8,37	3,96	3,92
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,67	0,98	0,40	0,57	0,85	0,33

Grafici 17-18. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

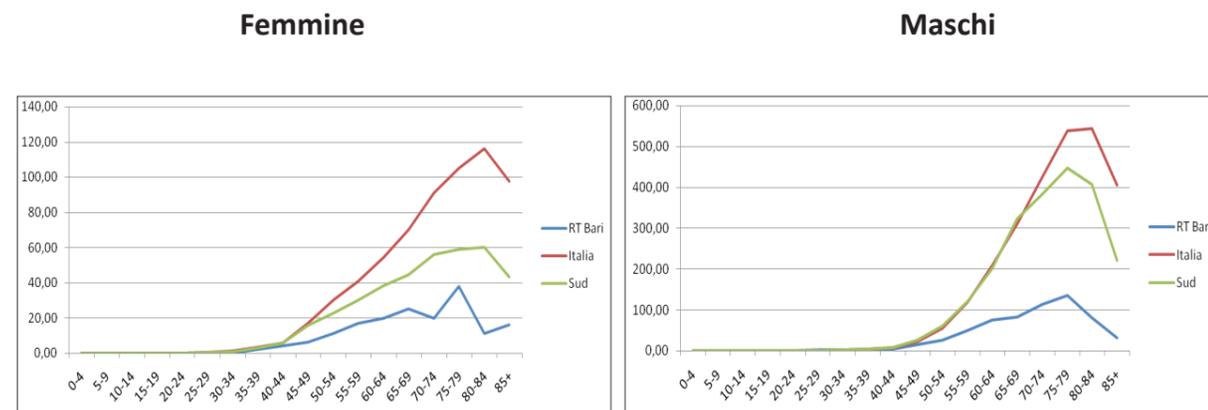


Tumori del polmone

Tabella 12. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	783	613	170	705	552	153
Percentuale sul totale M+F	9,2	13,20	4,40	20,20	27,00	10,50
Tasso grezzo (per 100.000)	52,58	84,82	21,86	46,99	76,38	19,67
Tasso standardizzato (per 100.000)	34,83	60,31	14,26	29,83	52,83	12,13
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	2,77	4,66	1,14	2,31	3,97	0,89

Grafici 19-20. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

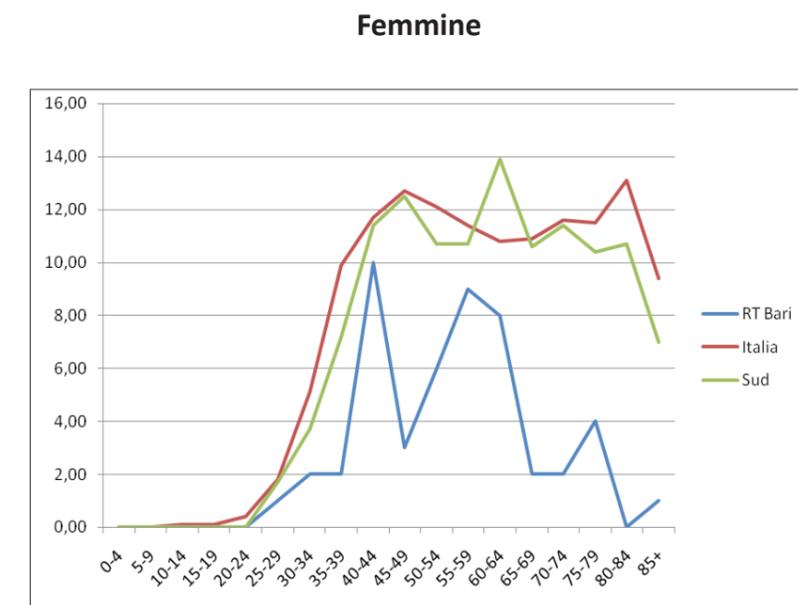


Tumori del collo dell'utero

Tabella 13. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi			50			2
Percentuale sul totale M+F			1,30			0,10
Tasso grezzo (per 100.000)			6,43			0,26
Tasso standardizzato (per 100.000)			5,41			0,21
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)			0,43			0,02

Grafico 21. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

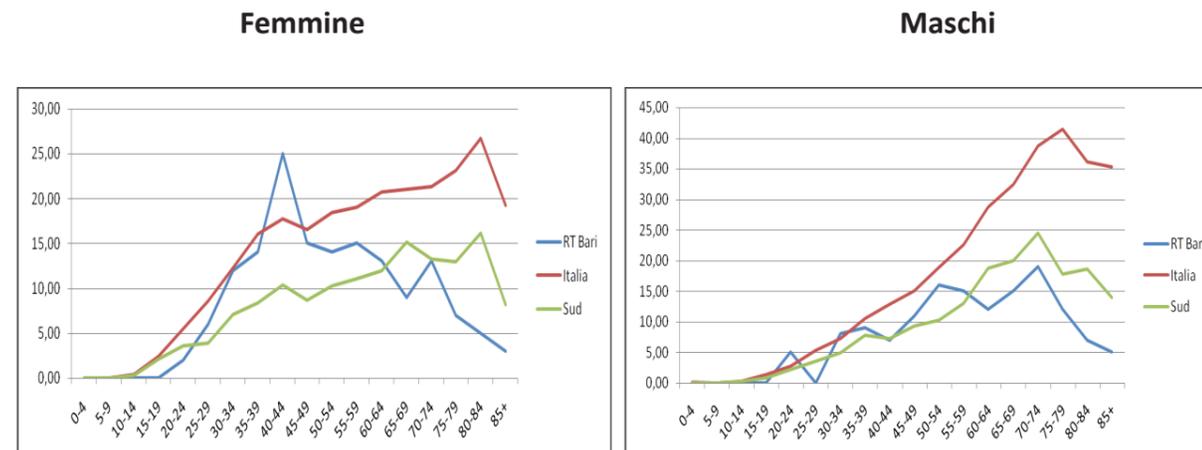


Melanoma della cute

Tabella 14. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	294	141	153	54	27	27
Percentuale sul totale M+F	3,40	3,00	3,90	1,50	1,30	1,90
Tasso grezzo (per 100.000)	19,59	19,51	19,67	3,60	3,74	3,47
Tasso standardizzato (per 100.000)	16,20	16,19	16,57	2,67	2,85	2,61
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,31	1,33	1,32	0,21	0,20	0,22

Grafici 22-23. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

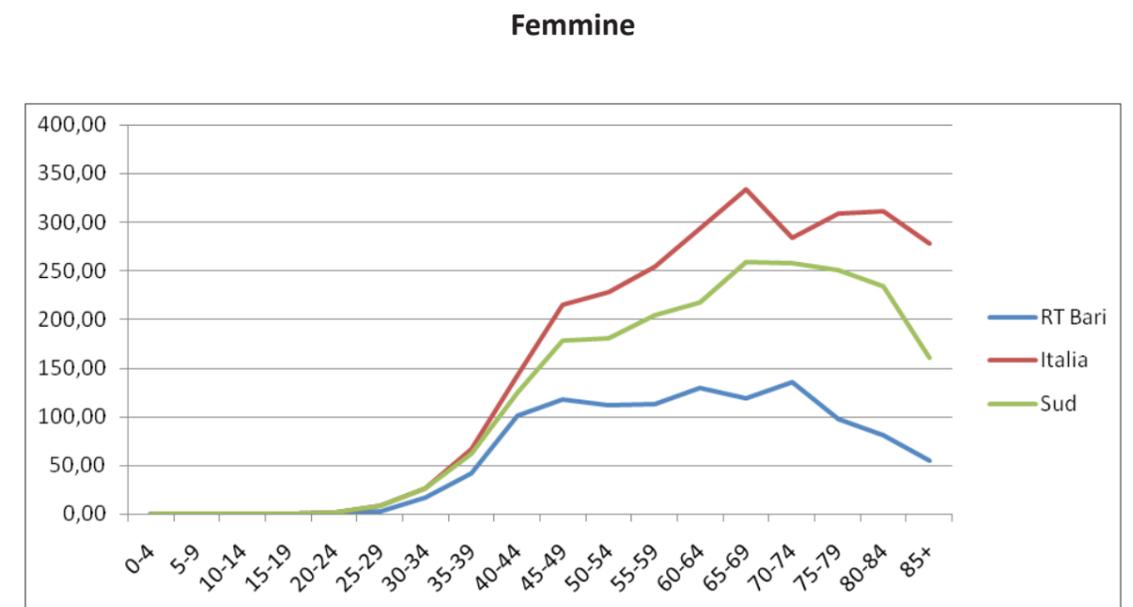


Tumori della mammella femminile

Tabella 15. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi			1.115			242
Percentuale sul totale M+F			28,70			16,70
Tasso grezzo (per 100.000)			143,37			31,12
Tasso standardizzato (per 100.000)			107,24			20,79
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)			8,54			1,58

Grafico 24. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

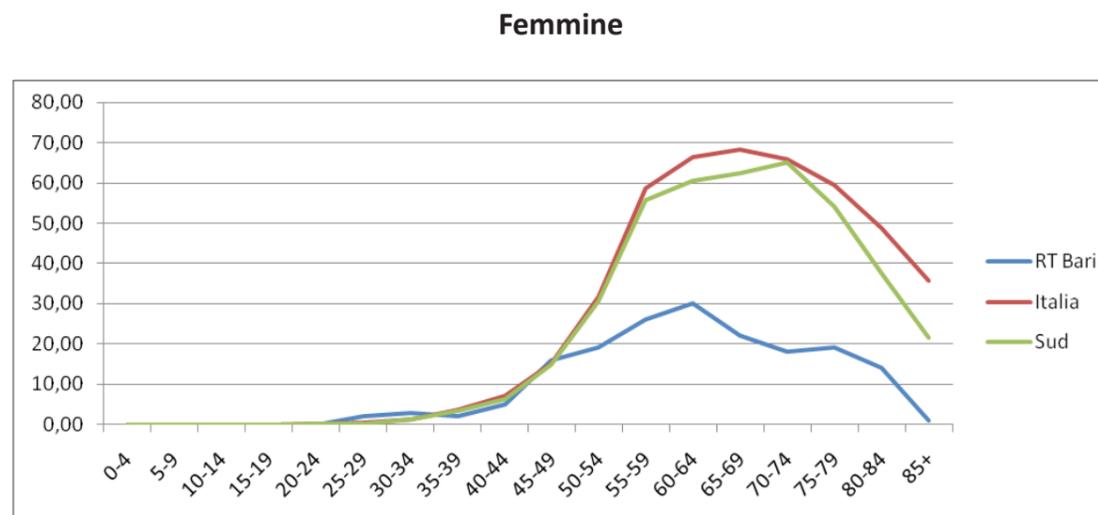


Tumori del corpo dell'utero

Tabella 16. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi			177			3
Percentuale sul totale M+F			4,60			0,20
Tasso grezzo (per 100.000)			22,76			0,39
Tasso standardizzato (per 100.000)			17,18			0,28
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)			1,45			0,02

Grafico 25. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

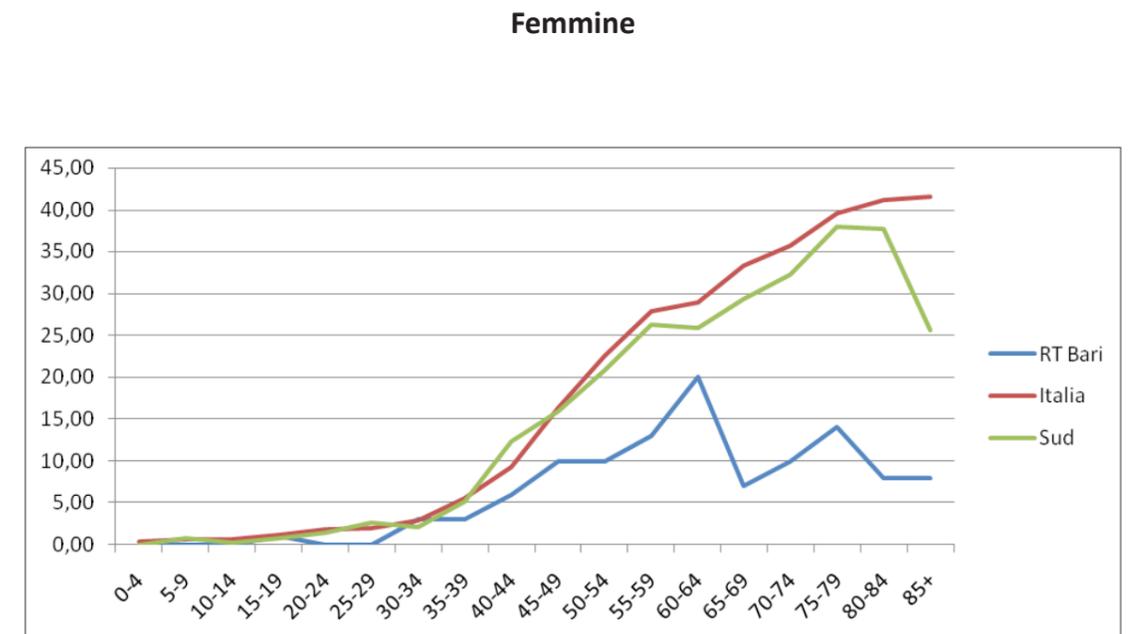


Tumori dell'ovaio

Tabella 17. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi			113			26
Percentuale sul totale M+F			2,90			1,80
Tasso grezzo (per 100.000)			14,53			3,34
Tasso standardizzato (per 100.000)			10,69			2,08
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)			0,83			0,16

Grafico 26. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

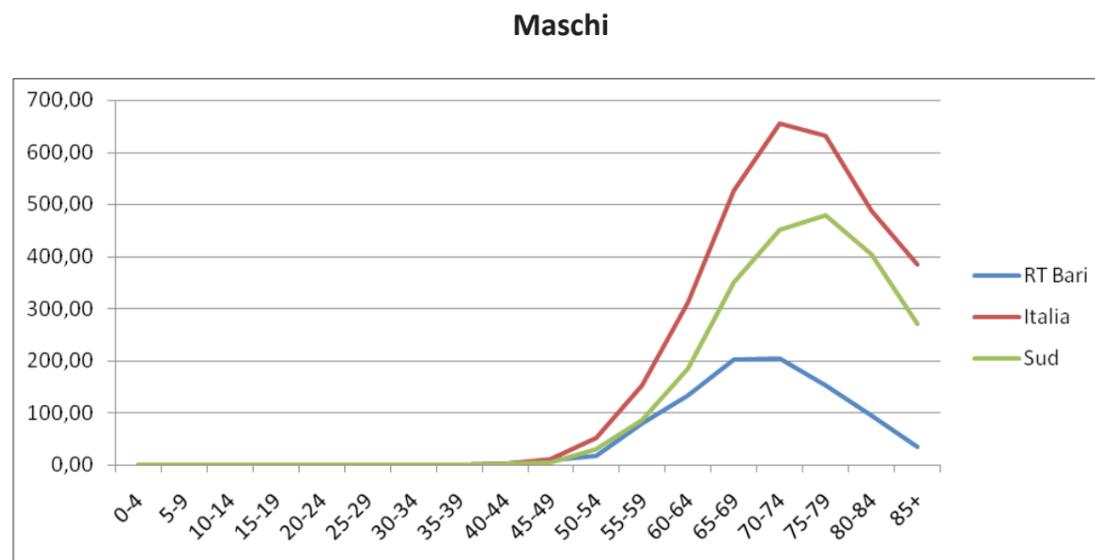


Tumori della prostata

Tabella 18. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi		931			182	
Percentuale sul totale M+F		20,00			8,90	
Tasso grezzo (per 100.000)		128,82			25,18	
Tasso standardizzato (per 100.000)		92,66			16,53	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)		8,23			0,62	

Grafico 27. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

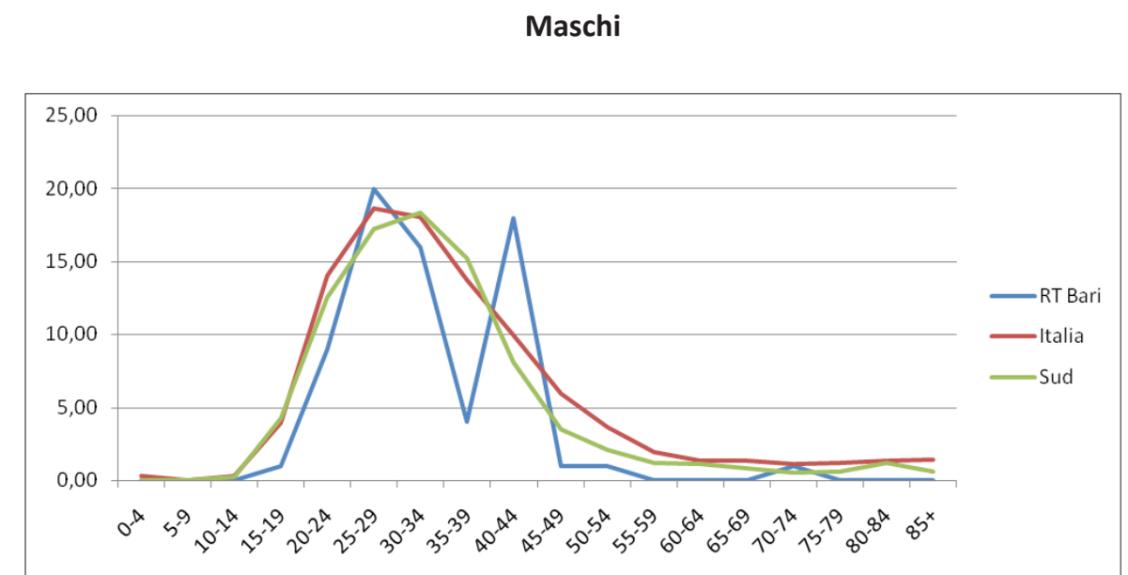


Tumori del testicolo

Tabella 19. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi		71			3	
Percentuale sul totale M+F		1,50			0,10	
Tasso grezzo (per 100.000)		9,82			0,42	
Tasso standardizzato (per 100.000)		9,50			0,41	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)		0,69			0,03	

Grafico 28. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

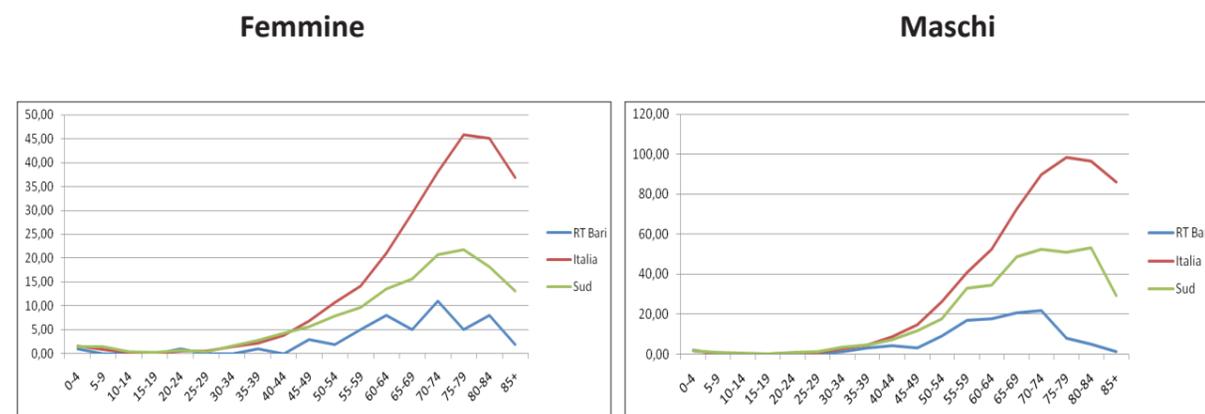


Tumori del rene

Tabella 20. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	166	114	52	25	13	12
Percentuale sul totale M+F	1,90	2,50	1,30	0,70	0,60	0,80
Tasso grezzo (per 100.000)	11,06	15,77	6,69	1,67	1,80	1,54
Tasso standardizzato (per 100.000)	8,40	12,77	4,58	1,12	1,39	0,87
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,79	1,23	0,41	0,10	0,13	0,07

Grafici 29-30. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

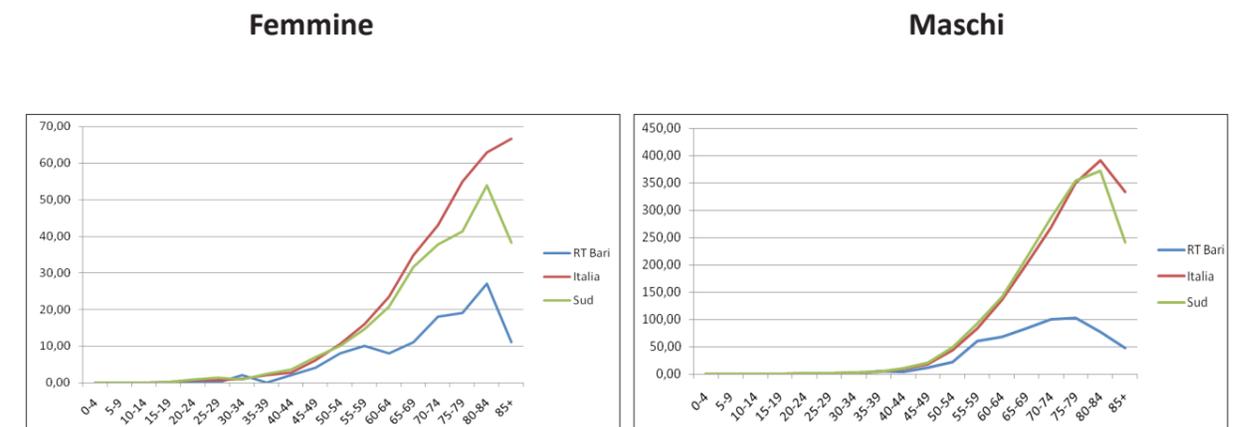


Tumori della vescica

Tabella 21. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	704	584	120	192	149	43
Percentuale sul totale M+F	8,30	12,60	3,10	5,50	7,30	3,00
Tasso grezzo (per 100.000)	46,92	80,81	15,43	12,80	20,62	5,53
Tasso standardizzato (per 100.000)	30,83	58,34	9,17	7,05	13,52	2,71
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	2,45	4,48	0,67	0,39	0,67	0,15

Grafici 31-32. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

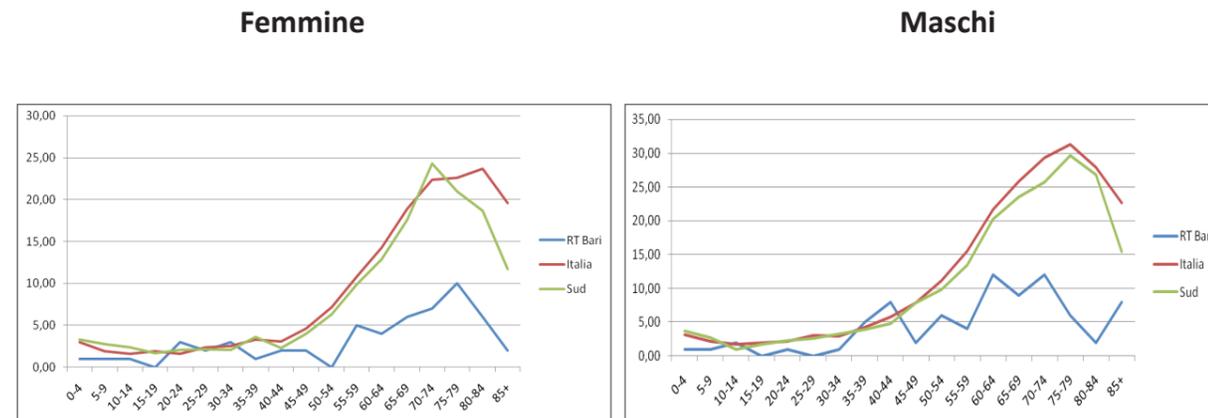


Tumori dell'encefalo e del S.N.C.

Tabella 22. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	136	80	56	129	79	50
Percentuale sul totale M+F	1,60	1,70	1,40	3,70	3,90	3,40
Tasso grezzo (per 100.000)	9,06	11,07	7,20	8,60	10,93	6,43
Tasso standardizzato (per 100.000)	7,13	9,28	5,42	6,27	8,86	4,12
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,57	0,76	0,42	0,50	0,71	0,31

Grafici 33-34. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

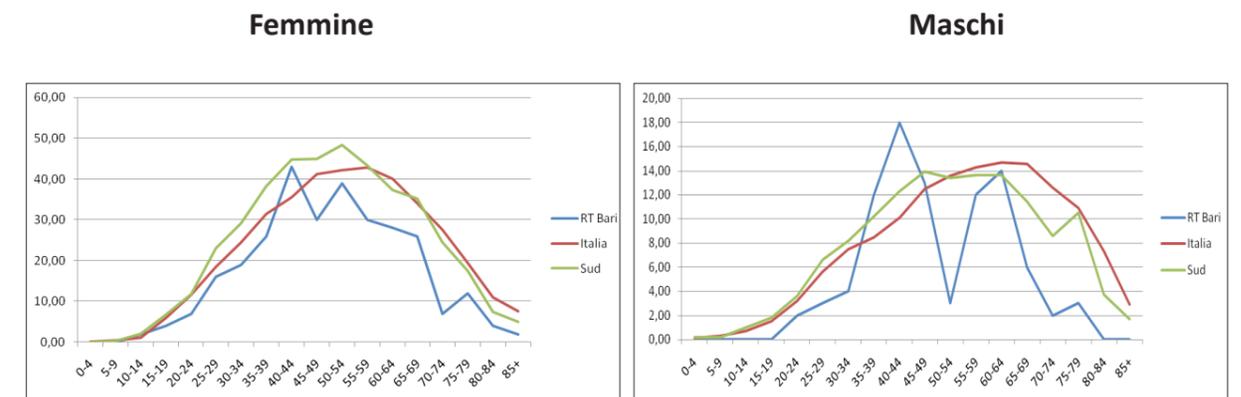


Tumori della tiroide

Tabella 23. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	387	92	295	9	2	7
Percentuale sul totale M+F	4,50	2,00	7,60	0,30	0,10	0,50
Tasso grezzo (per 100.000)	25,79	12,73	37,93	0,60	0,28	0,90
Tasso standardizzato (per 100.000)	23,12	11,32	34,10	0,36	0,21	0,45
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,80	0,90	2,63	0,02	0,03	0,02

Grafici 35-36. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

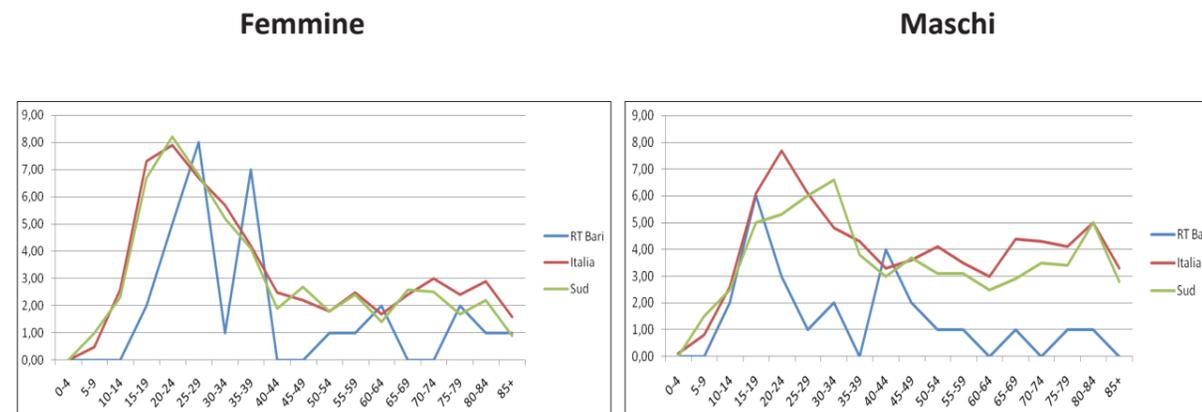


Linfomi di Hodgkin

Tabella 24. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	56	25	31	15	8	7
Percentuale sul totale M+F	0,70	0,50	0,80	0,40	0,40	0,50
Tasso grezzo (per 100.000)	3,73	3,46	3,99	1,00	1,11	0,90
Tasso standardizzato (per 100.000)	3,78	3,55	4,01	0,58	0,71	0,49
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,26	0,25	0,28	0,02	0,03	0,02

Grafici 37-38. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

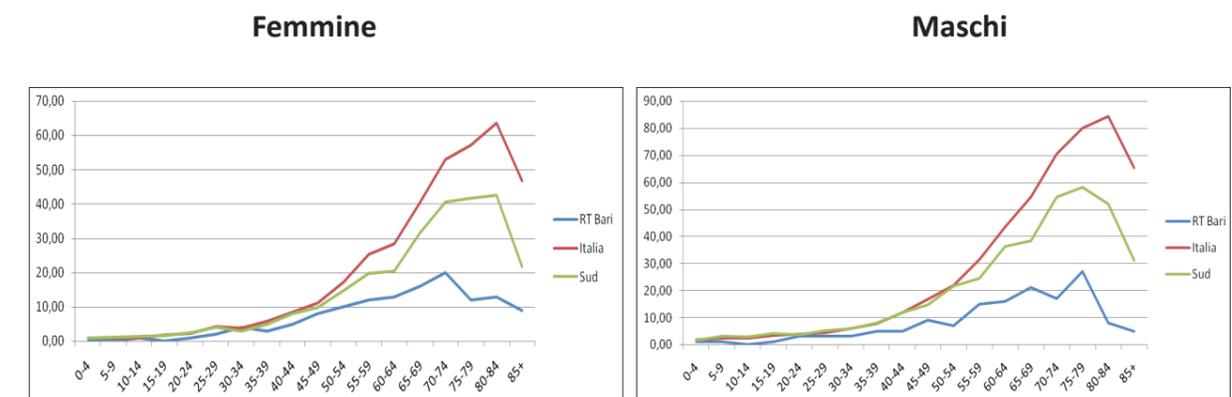


Linfomi non Hodgkin

Tabella 25. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	276	147	129	98	57	41
Percentuale sul totale M+F	3,20	3,20	3,30	2,80	2,80	2,80
Tasso grezzo (per 100.000)	18,39	20,34	16,59	6,53	7,89	5,27
Tasso standardizzato (per 100.000)	13,81	16,14	11,81	4,53	5,87	3,51
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,14	1,30	1,00	0,35	0,45	0,28

Grafici 39-40. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

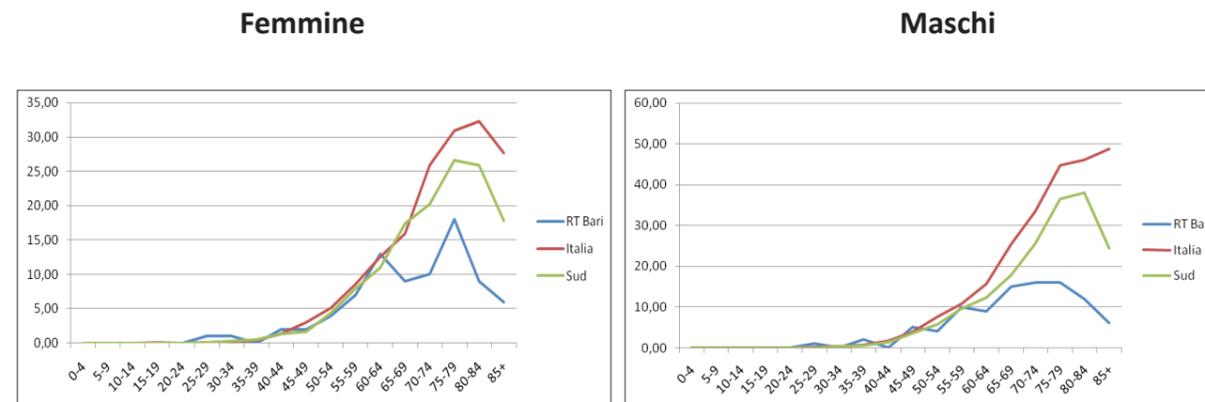


Mielomi e altri tumori plasmacellulari

Tabella 26. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	178	96	82	95	54	41
Percentuale sul totale M+F	2,10	2,10	2,10	2,70	2,60	2,80
Tasso grezzo (per 100.000)	11,86	13,28	10,54	6,33	7,47	5,27
Tasso standardizzato (per 100.000)	8,06	9,76	6,75	3,88	5,02	3,13
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,64	0,78	0,53	0,26	0,32	0,20

Grafici 41-42. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

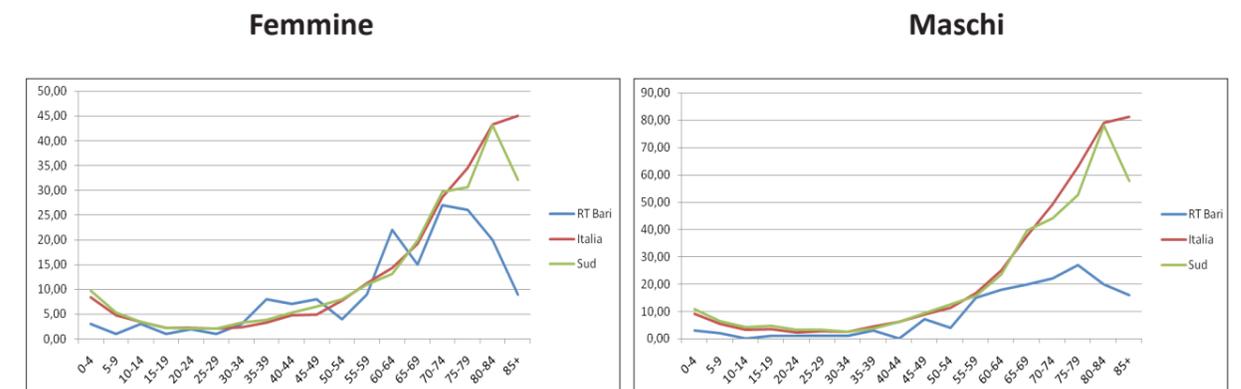


Leucemie

Tabella 27. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	330	161	169	134	79	55
Percentuale sul totale M+F	3,90	3,50	4,40	3,80	3,90	3,80
Tasso grezzo (per 100.000)	21,99	22,28	21,73	8,93	10,93	7,07
Tasso standardizzato (per 100.000)	15,81	16,93	15,39	5,84	7,74	4,52
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,24	1,23	1,25	0,40	0,51	0,31

Grafici 43-44. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.

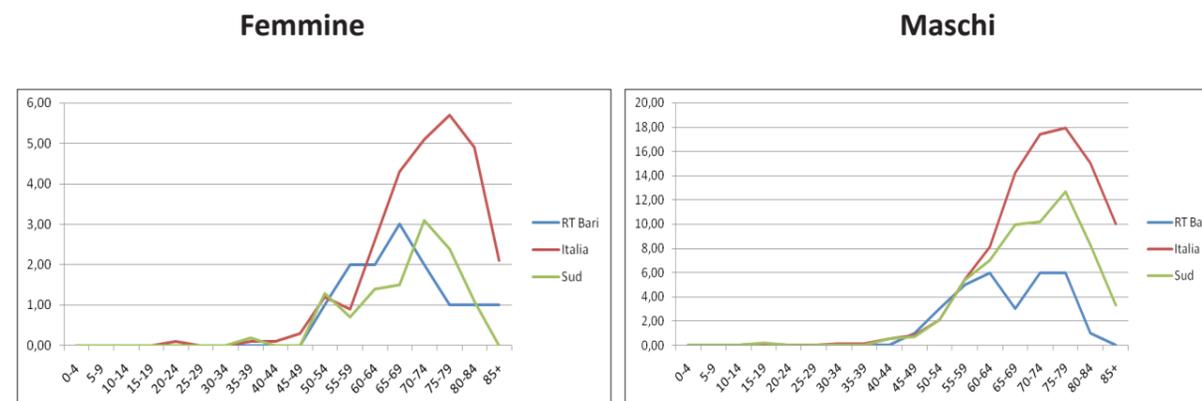


Mesoteliomi

Tabella 28. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati. Anni 2006-2009.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	44	31	13	0	0	0
Percentuale sul totale M+F	0,50	0,70	0,30	0	0	0
Tasso grezzo (per 100.000)	2,93	4,29	1,67	0	0	0
Tasso standardizzato (per 100.000)	2,15	3,33	1,15	0	0	0
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,20	0,30	0,11	0	0	0

Grafici 45-46. Incidenza: tassi età specifici nella zona RT Bari e confronto con il dato nazionale. Anni 2006-2009.



Casistica relativa agli anni 2014-2015.

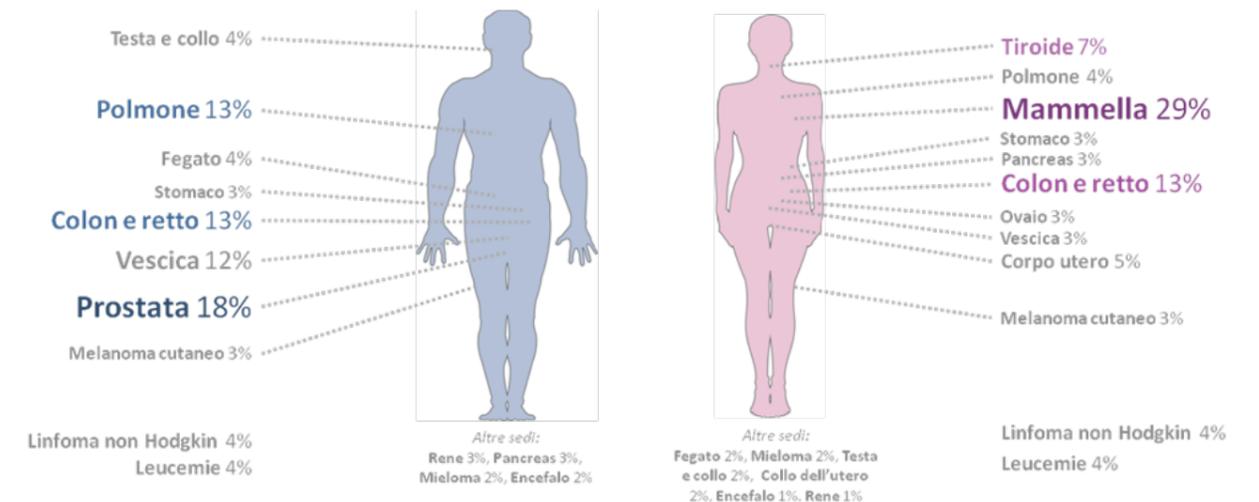
Incidenza

Nel biennio 2014-2015 sono stati diagnosticati nell'intera provincia di Bari 13.338 nuovi tumori (6.700 nuovi tumori ogni anno), dei quali il 55% nei maschi (7.339 per il biennio 2014-2015) e il 45% nelle femmine (6.049 per il biennio 2014-2015).

Il tasso grezzo per i maschi è pari a 596 casi/100.000 abitanti, per le donne è pari a 466 casi/100.000 abitanti; invece il tasso standardizzato (con riferimento alla popolazione europea del 2013) è pari a 635 casi/100.000 abitanti per i maschi, e 432/100.000 abitanti per le donne.

I tumori più frequenti

Immagine 1. I tumori più frequentemente diagnosticati per genere e proporzione sul totale dei tumori. Anni 2014-2015.



I tumori per età

Grafici 47-48. Distribuzione percentuale dei tumori per genere e fascia di età. Anni 2014-2015.

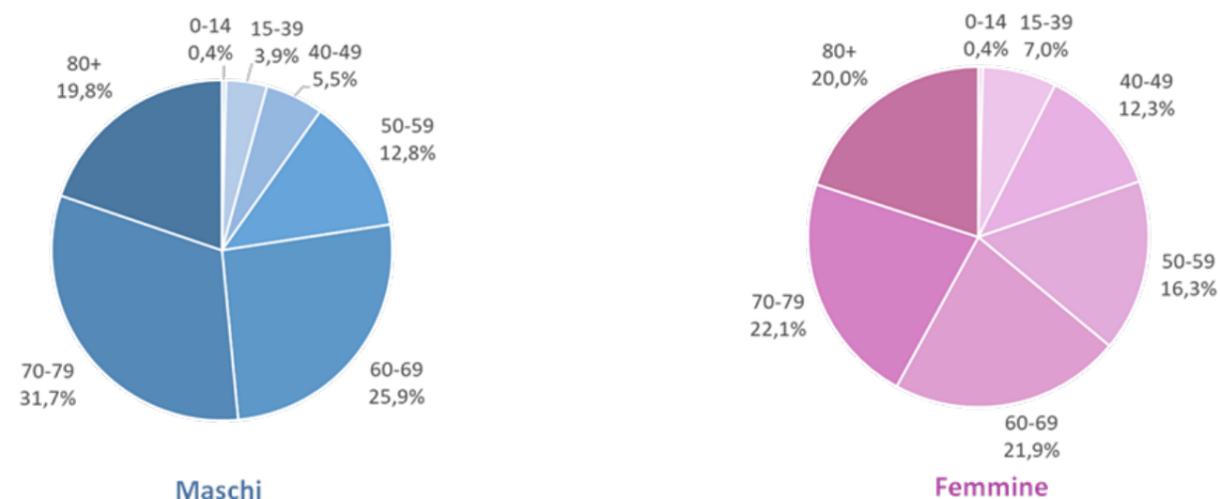
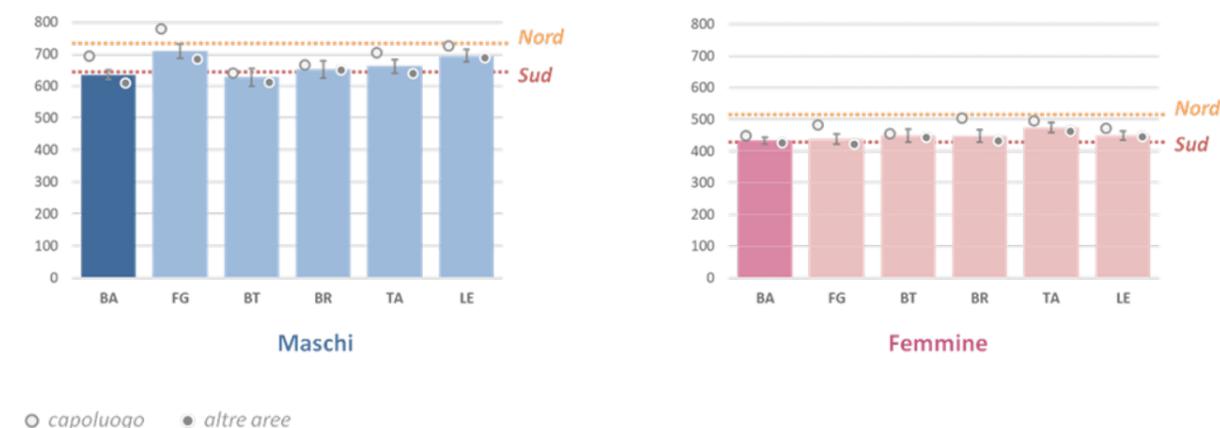


Tabella 29. I tumori più frequentemente diagnosticati per genere e fascia di età. Anni 2014-2015.

	0-49	50-69	70+		0-49	50-69	70+
1°	Testicolo 16%	Prostata 21%	Prostata 18%	1°	Mammella 38%	Mammella 33%	Mammella 20%
2°	Tiroide 9%	Colon e retto 13%	Polmone 16%	2°	Tiroide 20%	Colon e retto 11%	Colon e retto 19%
3°	Melanoma cutaneo 8%	Polmone 11%	Vescica 15%	3°	Melanoma cutaneo 7%	Utero, corpo 7%	Pancreas 6%
4°	Linfoma non Hodgkin 7%	Vescica 10%	Colon e retto 14%	4°	Colon e retto 5%	Tiroide 7%	Fegato 5%
5°	Vescica 7%	Testa e collo 5%	Leucemie 4%	5°	Leucemie 4%	Linfoma non Hodgkin 4%	Leucemie 5%

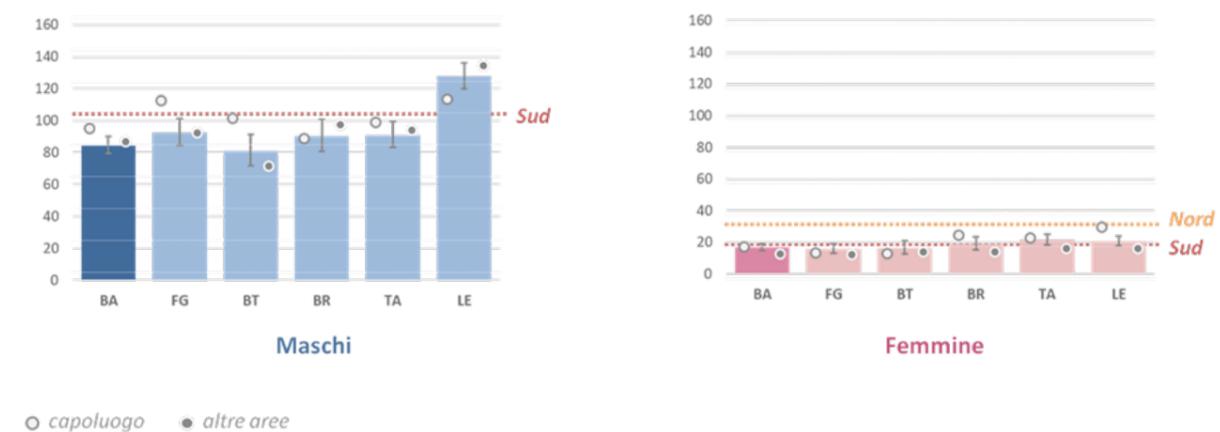
Confronti totalità dei tumori.

Grafici 49-50. Confronti totalità dei tumori divisi per RT e per genere.



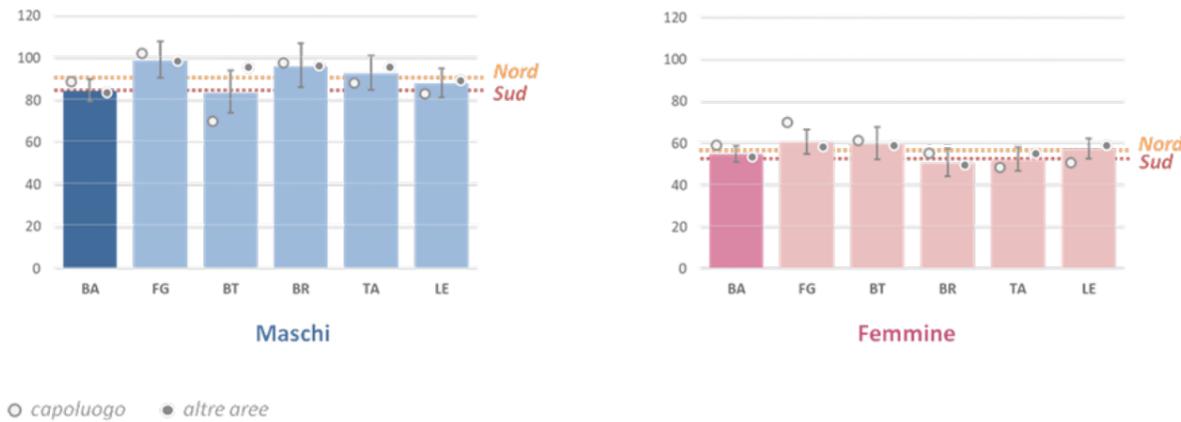
Anni 2014-2015 Provincia di Bari, Taranto, BT - Anni 2010-2011 Provincia di Foggia - Anni 2011-2012 Provincia di Lecce, Brindisi - Anni 2010-2014 Stime nazionali

Grafici 51-52. Confronti tumore del polmone divisi per RT e per genere.



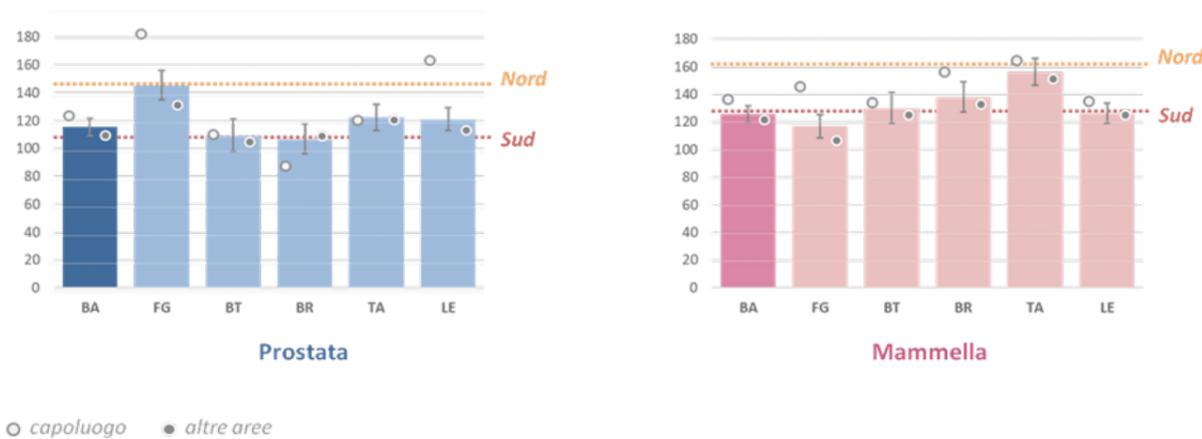
Anni 2014-2015 Provincia di Bari, Taranto, BT - Anni 2010-2011 Provincia di Foggia - Anni 2011-2012 Provincia di Lecce, Brindisi - Anni 2010-2014 Stime nazionali

Grafici 53-54. Confronti tumore del colon e del retto divisi per RT e per genere.



Anni 2014-2015 Provincia di Bari, Taranto, BT - Anni 2010-2011 Provincia di Foggia - Anni 2011-2012 Provincia di Lecce, Brindisi - Anni 2010-2014 Stime nazionali

Grafici 55-56. Confronti tumore della prostata e della mammella divisi per RT.



Anni 2014-2015 Provincia di Bari, Taranto, BT - Anni 2010-2011 Provincia di Foggia - Anni 2011-2012 Provincia di Lecce, Brindisi - Anni 2010-2014 Stime nazionali

Registro tumori e ambiente.

Nel corso degli anni di attività del Registro sono stati prodotti studi riguardo l’impatto ambientale sui temi di salute della popolazione; gruppi d’opinione hanno posto al Registro quesiti circa il rischio di malattia neoplastica su popolazioni esposte dalle più diverse noxae ambientali: dalla discarica di Conversano, alla cosiddetta palazzina dei tumori nel quartiere Japigia di Bari. Il Registro si è, inoltre, occupato dei dati di frequenza di mesotelioma nella popolazione barese in confronto alla popolazione nazionale, del sud Italia e di altri Comuni in studio del Registro medesimo e della frequenza di tumori polmonari in rapporto all’esposizione al gas radon.

Gli esiti di questi studi sono riportati di seguito.

Discarica di Conversano

Nel 2014, in seguito a una crescente attenzione mediatica da parte dei cittadini limitrofi alla discarica “Martucci”, il Registro Tumori Bari ha iniziato a estendere i suoi studi alla popolazione residente nei comuni di Conversano, Mola di Bari, Polignano a Mare e Rutigliano, con lo scopo di evidenziare la presenza o meno di una ipotetica associazione tra esposizione ad impianti di conferimento di rifiuti e patologia tumorale. Gli anni di studio hanno riguardato il triennio 2006-2008 e non hanno evidenziato un’incidenza maggiore rispetto a quella degli altri comuni studiati dal Registro Tumori (Bari, Bitetto, Bitritto, Modugno); tale risultato è supportato da diverse evidenze scientifiche (Progetto SENTIERI) che evidenziano un’associazione “limitata” solo per quanto riguarda gli inceneritori. Il ruolo del Registro Tumori è essenziale in problematiche di questo tipo in quanto è l’unico organismo deputato, per sua natura, a produrre un dato di incidenza tumorale quanto più accurato e attendibile e dovrebbe essere alla base di qualsiasi procedimento successivo rivolto ad una inferenza causale.

La palazzina dei tumori

A Novembre 2016 nella città di Bari è scoppio un caso mediatico riguardante un palazzo di un popolare quartiere cittadino, all’interno del quale sono stati denunciati 26 casi di tumori, registrati in un periodo compreso dal 1990 al 2016. La risonanza mediatica è stata tale da indurre la Procura a indagare e l’ARPA e l’ASL Bari a intervenire per verificare la presenza di inquinanti nell’edificio e nell’ambiente circostante. Sia la misura dei campi elettromagnetici ad alta tensione sul lastrico del fabbricato che la concentrazione annuale del gas radon nei locali dell’edificio sono risultate nella norma. I dati in possesso del Registro Tumori hanno permesso di ridimensionare il “caso”: solo 10 casi sono stati confermati e la varietà morfologica, di sede e di distribuzione temporale dei tumori ha fatto propendere per una casualità di eventi piuttosto che per una connessione con eventuali fattori inquinanti. Ancora una volta il Registro Tumori Bari è stato un valido strumento di supporto che ha permesso di confrontare le “sensazioni” dei singoli con dati tangibili e realistici.

Mesotelioma pleurico

Nel 1985 a Bari è stata chiusa la Fibronit, un'azienda produttrice di elementi in amianto fondata nel 1935 e la cui bonifica è stata ultimata nel 2018. Nel 2019 il Registro Tumori Bari ha voluto valutare l'incidenza del mesotelioma pleurico nella provincia di Bari negli anni compresi tra il 2010 e il 2016, confrontando i dati relativi alla città di Bari con quelli relativi agli altri comuni della provincia. In effetti i tassi standardizzati relativi al capoluogo sono risultati essere più elevati rispetto a quelli dei restanti comuni della provincia e rispetto ai dati AIRTUM del Sud Italia, confermando a distanza di 25/31 anni i tempi di latenza tipici del mesotelioma. Inoltre l'incidenza maggiore nel sesso femminile rispetto quello maschile nella città di Bari, suggerisce anche un'esposizione di tipo non professionale. Anche in questo caso il supporto del Registro Tumori Bari è risultato fondamentale nel confermare l'associazione tra una sostanza inquinante (amianto) e una tipologia tumorale (mesotelioma) a lungo tempo di latenza, permettendo di effettuare un confronto tra il capoluogo e la restante provincia.

Tumori polmonari e gas radon

In data 3/11/2016 è stata promulgata la L.R. 30 "Norme in materia di riduzione delle esposizioni alla radioattività naturale derivante dal gas radon in ambiente confinato", che impone un monitoraggio annuale della concentrazione media del radon negli edifici destinati all'istruzione, in quelli aperti al pubblico e in quelli di nuova costruzione, che non deve superare il limite di 300 Bq/m³. La legge 36 del 9/8/2017 Art. 25 ha modificato l'Art. 3 e 4 di quella del 2016, senza modificarne il corpo. Il gas radon è un radioattivo naturale, incolore e inodore generato dal decadimento del radio, presente nelle rocce, suolo, acqua e materiali da costruzione. Fuoriesce da crepe del terreno e da materiali di costruzione e si accumula in ambienti chiusi. Da IARC e OMS è considerato un cancerogeno di gruppo 1, che aumenta il rischio di carcinoma polmonare. I casi di tumore al polmone rilevati dal RT Bari nei comuni di Bari, Bitetto, Bitritto e Modugno negli anni 2006-2009 sono stati 890, in linea con la media nazionale. Questo Registro si propone di valutare in futuro un eventuale cambiamento nell'incidenza in seguito all'attuazione della legge regionale in oggetto, e i dati relativi all'esposizione al radon in Puglia che verranno forniti nei prossimi anni.

Registro tumori e studio PASSI: la percezione del rischio oncologico nella popolazione.

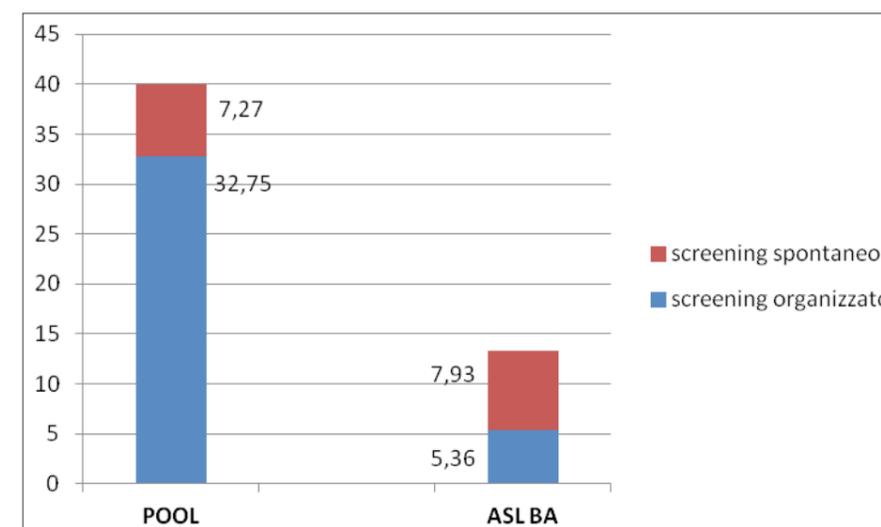
Proviamo ora a curiosare fra i dati forniti dallo studio PASSI, cercando nelle sezioni dedicate agli screening oncologici, informazioni sulla partecipazione della popolazione. Lo studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è condotto su un campione rappresentativo della popolazione residente in ASL, estratto dall'anagrafe regionale con cadenza trimestrale; esso ci offre un quadro che descrive, fra l'altro, come la popolazione residente nel territorio della ASL percepisce il rischio associato alla malattia neoplastica e quali sono le sue abitudini di vita ed i suoi bisogni di salute. Utilizzando le sezioni del questionario dedicate agli screening si è verificato il grado di adesione a ciascuno di essi ed i motivi di non adesione. Dall'analisi di ciascuno emerge quanto segue.

Screening del carcinoma del colon retto.

Lo screening del carcinoma del colon retto è stato condotto in Puglia, ma solo in due delle sei ASL regionali, fra le quali l'ASL Bari, dall'anno 2011 alla prima metà dell'anno 2014; sono in corso gli atti preliminari utili alla sua riattivazione in quest'anno.

Lo studio PASSI ci restituisce un dato preoccupante: in quell'arco di tempo (2011 - 2014) l'adesione allo screening organizzato è stata solo del 5.36% della popolazione invitata (residenti di entrambi i sessi di età compresa fra i 50 e i 69 anni) mentre l'8% della popolazione in età target si è sottoposto spontaneamente alla ricerca del sangue occulto fecale; del pool nazionale, la partecipazione allo screening organizzato si attesta al 33% contro il 7% di popolazione target che ha effettuato lo screening spontaneamente.

Grafico 47. 50-69enni del POOL e in ASL Bari che hanno aderito allo screening organizzato e spontaneo del carcinoma del colon retto (anni 2011 - 2014)



Alla domanda “Qual è stato il motivo principale per cui non ha fatto (recentemente o mai) la ricerca di sangue occulto nelle feci a scopo preventivo” il 59% di coloro che non hanno fatto la ricerca del sangue occulto ha dichiarato di ritenere di non averne bisogno; del pool nazionale la proporzione di persone che non hanno aderito ritenendo di non averne bisogno è stata, invece, del 38%; se, poi, si considerano anche gli altri motivi che attengono alla sfera personale, indicati in giallo in tabella, la percentuale raggiunge il 64,75% e il 57,39% rispettivamente. Si deve, però, considerare la quota parte di motivi attinenti il ruolo degli operatori sanitari, indicati con il colore amaranto in tabella, che si attestano, nel complesso, al 34,14% per la ASL Bari contro il 36,02% per il POOL delle ASL Italiane, rivestendo un ruolo preminente la mancanza di consigli da parte degli operatori sanitari ad effettuare lo screening che si attesta al 30,72% per il POOL e al 30,94% per la ASL Bari.

Motivi per cui non ha fatto ricerca di sangue occulto fecale (2011-2014)	POOL ASL italiane (n.24.810)		ASL Bari (n.627)	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Penso di non averne bisogno	37,82%	37,05 - 38,59	58,57%	54,66 - 62,38
Pigrizia	8,21%	7,80 - 8,65	1,27%	0,63 - 2,52
Non ho avuto tempo	5,03%	4,74 - 5,35	0,8%	0,33 - 1,92
Mi sento imbarazzato	1,58%	1,40 - 1,80	1,1%	0,52 - 2,28
Paura risultati esame	3,71%	3,43 - 4,01	2,54%	1,56 - 4,11
Fastidioso / doloroso	1,04%	0,87 - 1,25	0,47%	0,15 - 1,45
Già operato / altri motivi sanitari	0,96%	0,82 - 1,12	0,16%	0,02 - 1,11
Già fatto / mi hanno consigliato di fare la colon/rettosigmoidoscopia	2,87%	2,62 - 3,13	0,32%	0,08 - 1,27
Difficile prendere contatti ASL	0,22%	0,17 - 0,30	0,16%	0,02 - 1,16
Sede / data / orario non andavano bene	0,35%	0,27 - 0,46	0,16%	0,02 - 1,16
No convocazione	4,73%	4,45 - 5,03	2,88%	1,82 - 4,53
Nessuno consigliato	30,72%	29,96 - 31,48	30,94%	27,44 - 34,67
Altro	2,75%	2,51 - 3,01	0,63%	0,24 - 1,68

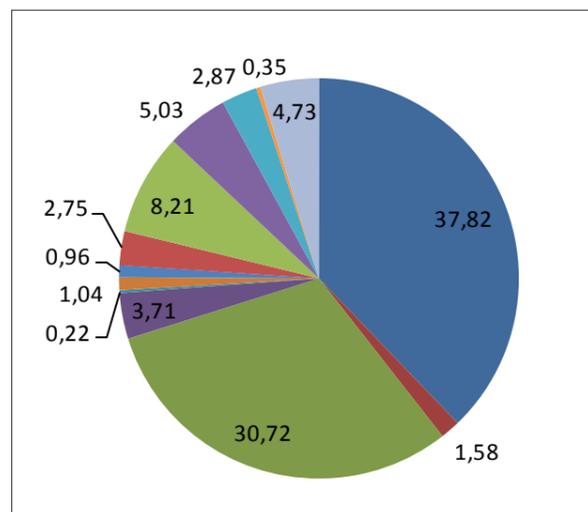


Grafico 48. Distribuzione motivi di non effettuazione del SOF nel POOL della ASL italiane (2011-2014)

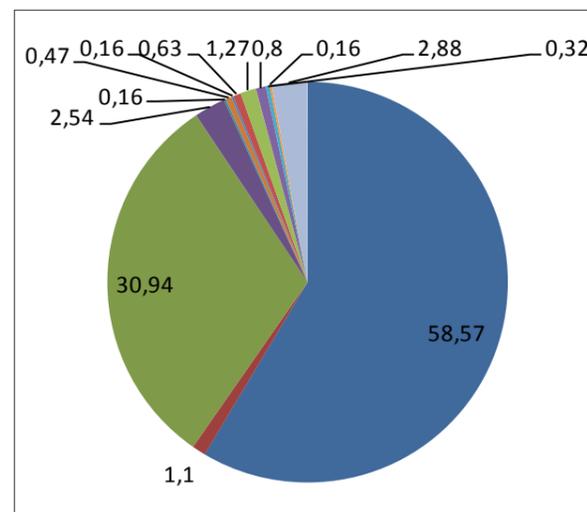


Grafico 49. Distribuzione motivi di non effettuazione del SOF nella ASL Bari (2011-2014)

Se prendiamo in considerazione solo i motivi di non adesione allo screening, organizzato o spontaneo, attinenti la sfera personale risulta che l’idea di non averne bisogno fa la differenza fra la popolazione dell’ASL Bari e quella del POOL delle ASL italiane.

	penso non averne bisogno	pigrizia	non avuto tempo	mi sento imbarazzato	paura risultati esame	Fastidioso doloroso	tot.
POOL	37,82	8,21	5,03	1,58	3,71	1,04	57,39
ASL Bari	58,57	1,27	0,8	1,1	2,54	0,47	64,75

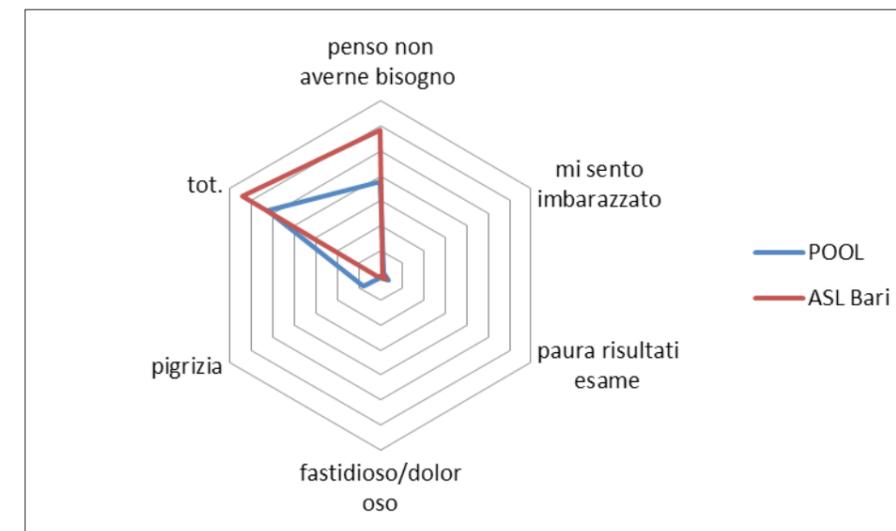


Grafico 50. Carcinoma del colon-retto - Percezione del rischio oncologico nel POOL delle ASL italiane e nella ASL Bari a confronto (2011-2014)

Carcinoma del colon retto - Percezione del rischio oncologico nel POOL delle ASL italiane e nella ASL Bari a confronto (2014-2017)

Fra i motivi di non effettuazione della ricerca di sangue occulto fecale prevale, in ASL Bari in confronto al POOL delle ASL italiane, l'idea di non averne bisogno. È, purtroppo, evidente quanto bassa fosse la sensibilità della popolazione di questa ASL Bari al problema del rischio di carcinoma del colon retto; e nulla è cambiato negli anni più recenti come dimostra PASSI 2014 - 2017 quando la proporzione di coloro che ritengono di non aver bisogno di interventi di prevenzione si attesta, in ASL Bari, al 55% contro il 33% del POOL nazionale:

Motivi per cui non ha fatto ricerca di sangue occulto fecale (2014-2017)	POOL ASL italiane (n.21.449)		ASL Bari (n.692)	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Penso di non averne bisogno	32,71%	31,93 33,50	54,94%	51,20 58,62
Pigrizia	9,93%	9,46 10,43	2,32%	1,43 3,76
Non ho avuto tempo	7,65%	7,22 8,11	1,16%	0,58 2,31
Mi sento imbarazzato	2,01%	1,77 2,28	1,46%	0,79 2,70
Paura risultati esame	4,13%	3,82 4,47	0,28%	0,07 1,12
Fastidioso / doloroso	1,18%	1,00 1,40	0,29%	0,07 1,16
Già operato / altri motivi sanitari	1,06%	0,91 1,24	0,15%	0,02 1,03
Già fatto / mi hanno consigliato di fare la colon/rettosigmoidoscopia	3,28%	3,03 3,54	0,72%	0,30 1,72
Difficile prendere contatti ASL	0,41%	0,32 0,52	0,44%	0,14 1,35
Sede / data / orario non andavano bene	0,71%	0,60 0,85	//////	//////
No convocazione	7,14%	6,74 7,56	10,21%	8,16 12,69
Nessuno consigliato	27,12%	26,38 27,88	27,89%	24,67 31,36
Altro	2,66%	2,43 2,91	0,15%	0,02 1,04

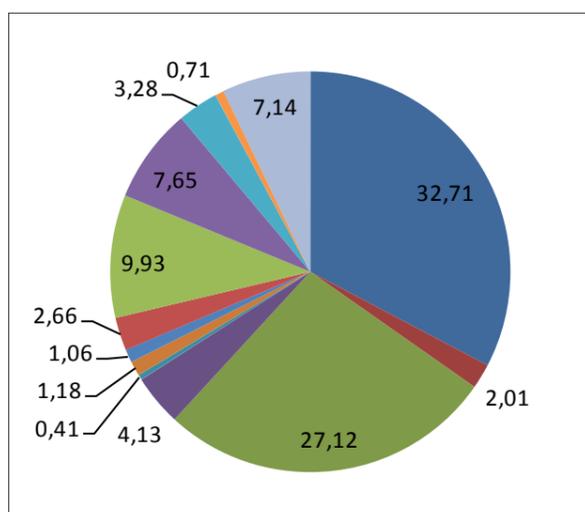


Grafico 51. Distribuzione motivi di non effettuazione del SOF nel POOL della ASL italiane (2014-2017)

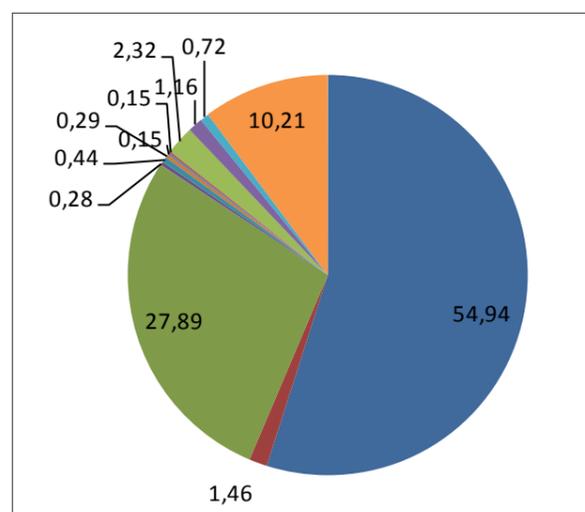


Grafico 52. Distribuzione motivi di non effettuazione del SOF nella ASL Bari (2014-2017)

Se prendiamo in considerazione solo i motivi di non adesione allo screening del colon-retto, organizzato o spontaneo, attinenti la sfera personale risulta che l'idea di non averne bisogno continua ancora a distinguere la popolazione dall'ASL Bari da quella del POOL delle ASL italiane.

	penso non averne bisogno	pigrizia	non avuto tempo	mi sento imbarazzato	paura risultati esame	Fastidioso doloroso	tot.
POOL	32,71	9,93	7,65	2,01	4,13	1,18	
ASL Bari	54,94	2,32	1,16	1,46	0,28	0,29	

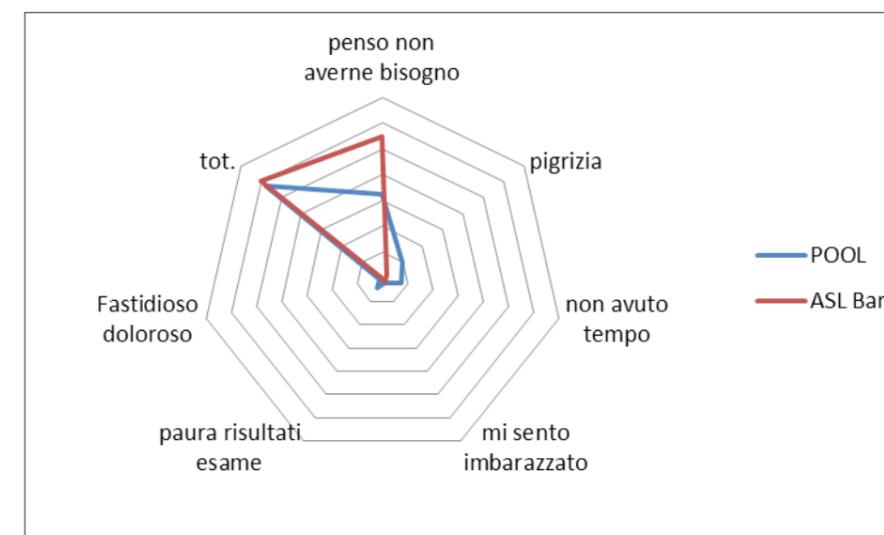


Grafico 53. Carcinoma del colon-retto - Percezione del rischio oncologico nel POOL delle ASL italiane e nella ASL Bari a confronto (2014-2017)

Screening del carcinoma cervico uterino.

I dati PASSI degli anni più recenti (2014 - 2017) ci restituiscono una percentuale di adesione allo screening organizzato, nel campione di popolazione intervistato, che si attesta in media, in ASL Bari, al 23% fra le donne in fascia target (donne residenti 25 - 64enni) contro un'adesione della popolazione intervistata in fascia target dell'intero pool delle ASL italiane del 45%; per contro si osserva un'elevata adesione allo screening spontaneo: 56% in ASL Bari contro il 33% del pool italiano.

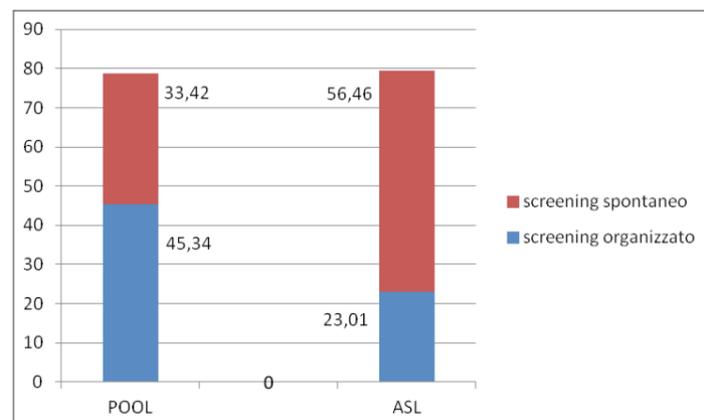


Grafico 54. Carcinoma cervico uterino - donne 25-64enni che hanno aderito allo screening organizzato o spontaneamente (POOL ASL Italiane/ASL Bari) (2014-2017)

Sebbene sia ancora bassa la partecipazione della popolazione della ASL Bari ai programmi di screening organizzato (23% delle intervistate), questa è compensata da un'alta percentuale di donne che spontaneamente si sottopongono a diagnostica per la prevenzione del carcinoma cervico uterino (57% delle intervistate) portando al 79% la proporzione complessiva di donne che, fra la popolazione intervistata in ASL Bari, aderiscono allo screening.

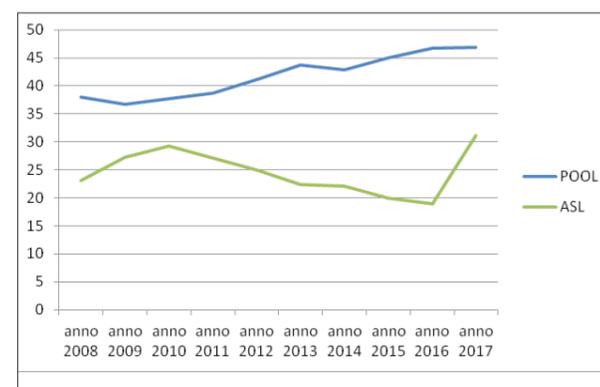


Grafico 55. Donne 24-65enni che hanno aderito allo screening cervicale organizzato per anno (POOL/ASL)

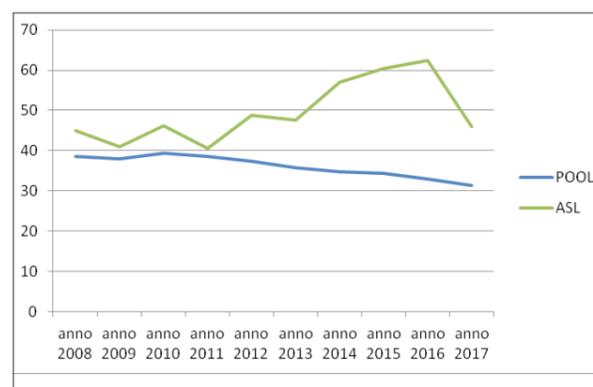


Grafico 56. Donne 24-65enni che hanno effettuato lo screening cervicale spontaneamente per anno (POOL/ASL)

Il trend che dal 2008 al 2015 aumenta il divario fra ASL Bari e il POOL delle ASL Italiane con una tendenza al recupero negli anni più recenti.

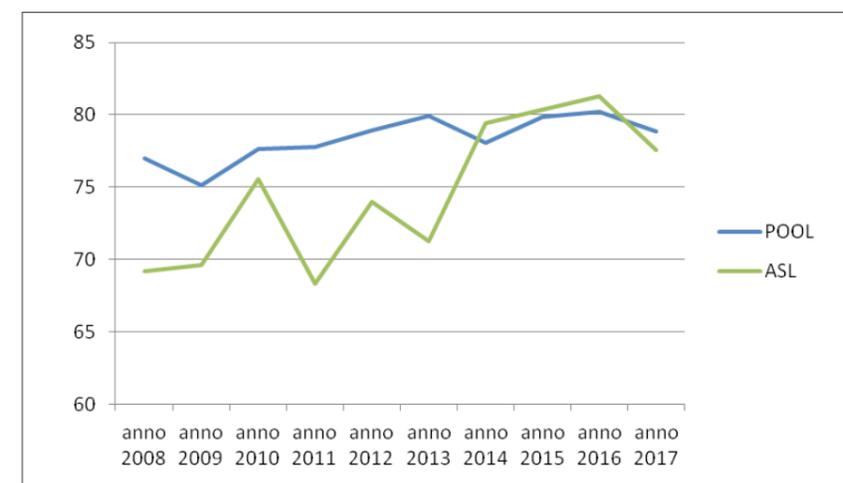


Grafico 57. Donne 25-64enni che hanno effettuato un pap test o hpv test negli ultimi tre anni per anno dal 2008 al 2017

Restano, però, i motivi di non adesione della nostra popolazione allo screening: alla domanda "Qual è stato il motivo principale per cui non ha fatto (recentemente o mai) uno di questi esami preventivi?" per il 28,5% della popolazione del pool delle ASL italiane, è ascritto alla convinzione di non averne bisogno, contro il 27,72% della popolazione intervistata in ASL Bari; a questi si aggiungono altre ragioni attinenti la sfera personale che condizionano la partecipazione allo screening: la pigrizia (15,74% e 21,38% rispettivamente), la mancanza di tempo (11,79% e 9,37% rispettivamente), l'imbarazzo (6,84% e 7,10% rispettivamente), la paura del risultato (5,24% e 4,54% rispettivamente), il fastidio prodotto dall'esame (1,31% e 0,64% rispettivamente).

Motivi per cui non ha fatto il Pap Test (2014-2017)	POOL ASL italiane (n.8.896)			ASL Bari (n.153)		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
Penso di non averne bisogno	28,5%	27,28	29,75	27,72%	21,16	35,41
Pigrizia	15,74%	14,8	16,73	21,38%	15,57	28,64
Non ho avuto tempo	11,79%	11,02	12,59	9,37%	5,59	15,31
Mi sento imbarazzata	6,84%	6,11	7,65	7,10%	3,99	12,31
Paura risultati esame	5,24%	4,63	5,92	4,54%	2,17	9,27
Fastidioso / doloroso	1,31%	1,04	1,65	0,64%	0,09	4,48
Già operata / altri motivi sanitari	3,69%	3,28	4,16	2,00%	0,64	6,09
No in età target	1,13%	0,89	1,43	3,47%	1,48	7,95
Difficile prendere contatti ASL	1,16%	0,9	1,49	0,62%	0,09	4,36
Sede / data / orario non andavano bene	1,65%	1,38	1,98	1,98%	0,63	6,05
No convocazione	8,39%	7,76	9,07	5,21%	2,60	10,16
Nessuno consigliato	10,61%	9,73	11,56	13,28%	8,76	19,62
Altro	3,95%	3,5	4,45	2,69%	1,00	7,02

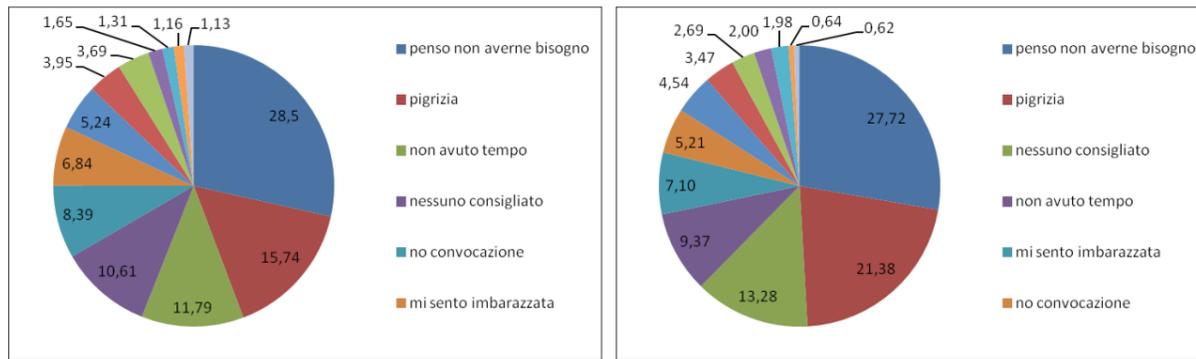


Grafico 58. Distribuzione motivi di non effettuazione del Pap test (POOL ASL italiane) (2014-2017)

Grafico 59. Distribuzione motivi di non effettuazione del Pap test (ASL Bari) (2014-2017)

Se prendiamo in considerazione solo i motivi di non adesione allo screening cervico uterino, organizzato o spontaneo, attinenti la sfera personale risulta che è la pigrizia a distinguere la popolazione dell'ASL Bari da quella del POOL delle ASL italiane.

	penso non averne bisogno	pigrizia	non avuto tempo	mi sento imbarazzata	paura risultati esame	tot.
POOL	28,5	15,74	11,79	6,84	5,24	68,11
ASL Bari	27,72	21,38	9,37	7,10	4,54	70,11

Carcinoma cervico uterino - Percezione del rischio oncologico nel POOL delle ASL italiane e nella ASL Bari a confronto (2014-2017)

Sebbene si dimostri alta la sensibilità della popolazione allo screening del carcinoma cervico uterino (che sia spontaneo o organizzato), anche nel caso del carcinoma cervico uterino ha un ruolo importante la modesta percezione del rischio oncologico se si considera che fra i motivi di non effettuazione dello screening quelli riconducibili alla sfera personale sono oltre il 68% del totale in ASL Bari, come per il pool nazionale dove i motivi personali sono il 70% del totale e che la pigrizia la fa da padrona in ASL Bari.

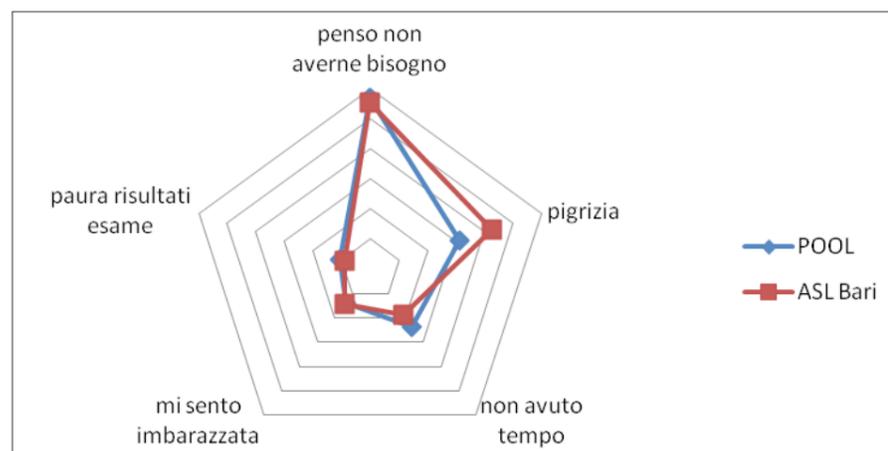


Grafico 60. Carcinoma del cervico uterino - Percezione del rischio oncologico nel POOL delle ASL italiane e nella ASL Bari a confronto (2014-2017)

Screening del carcinoma mammario.

Benché lo screening sia attivo dall'anno 2008 in ASL Bari, lo studio PASSI mostra una percentuale di adesione in ASL Bari, negli anni 2014 - 2017, del 22% della popolazione intervistata in fascia target (donne residenti 50 - 69enni) contro un'adesione attestata al 54% della popolazione target dell'intero pool delle ASL italiane; il trend dal 2008 al 2017 conferma nel tempo questa differenza. Si osserva, invece, in ASL Bari, un'elevata adesione spontanea allo screening: 50% in ASL Bari contro il 19% del pool nazionale, con un trend in crescita dal 2008 al 2017.

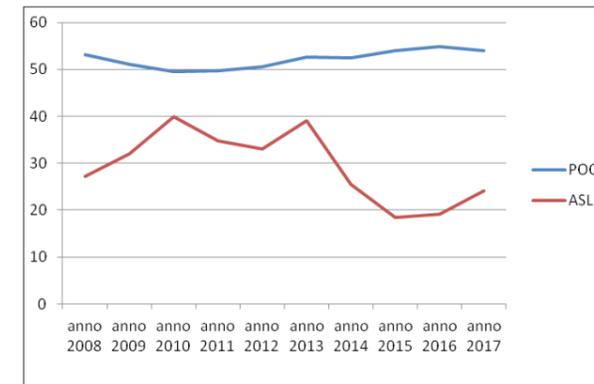


Grafico 61. Donne 50-69enni che hanno aderito allo screening mammografico organizzato per anno (POOL/ASL)

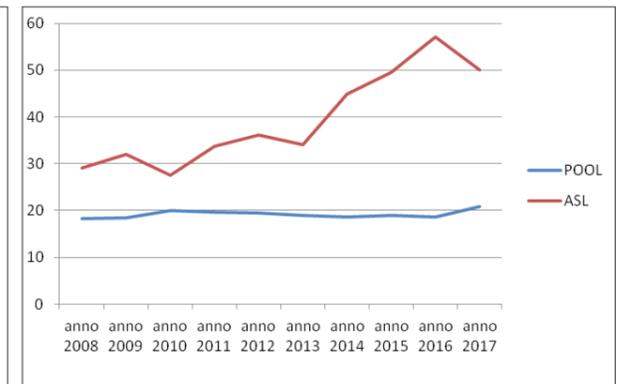


Grafico 62. Donne 50-69enni che hanno effettuato lo screening mammografico spontaneamente per anno (POOL/ASL)

La modesta proporzione di donne che dichiarano di aderire allo screening organizzato è compensata da una ragguardevole proporzione di donne che, invece, aderiscono spontaneamente alla diagnostica precoce del carcinoma mammario con una proporzione complessiva del 72% delle donne intervistate in fascia target contro il 73% della popolazione del pool delle ASL italiane ed un trend che dal 2008 al 2017 raggiunge il pool delle ASL italiane fino a coincidere con questo.

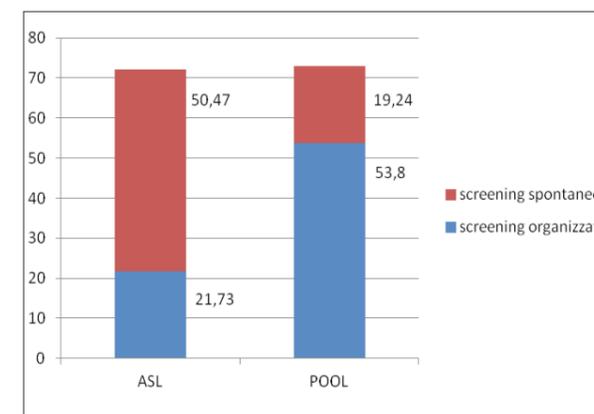


Grafico 63. Donne 50-69enni che hanno aderito allo screening mammografico (organizzato o spontaneo) nel triennio 2014-2017 (POOL/ASL)

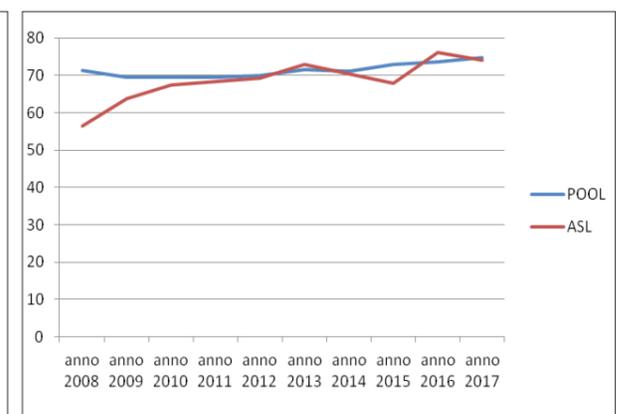


Grafico 64. Donne 50-69enni che hanno aderito allo screening mammografico (organizzato o spontaneo) per anno dal 2008 al 2017 (POOL/ASL)

Restano, però, i motivi di non adesione della nostra popolazione allo screening: le ragioni di non adesione sono attribuite, nella popolazione intervistata della ASL Bari, per il 23% alla pigrizia, per il 20% alla convinzione di non averne bisogno e per l'11% alla mancanza di tempo, contro il 17%, il 23% e il 12%, rispettivamente, per la popolazione target del pool nazionale; a questi motivi si aggiungono, però, altri che possono essere considerati spia di inefficienza della parte organizzativa che sono, in ASL Bari, la mancata convocazione per il 12%, la difficoltà di prendere contatti con la ASL per il 9%, la mancanza di consiglio per il 5% che, in totale, assommano al 26% dei motivi, contro l'11%, il 3% e l'8%, rispettivamente, nel pool ASL italiane, con un totale del 22%.

Motivi per cui non ha fatto l'esame mammografico (2014-2017)	POOL ASL italiane (n.6.170)		ASL Bari (n.113)	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Penso di non averne bisogno	22,62%	21,3 23,99	20,41%	13,88 29
Pigrizia	16,77%	15,56 18,04	22,98%	16,05 31,77
Non ho avuto tempo	12,17%	11,15 13,26	10,63%	6,09 17,93
Mi sento imbarazzata	4,12%	3,4 4,98	6,22%	2,96 12,6
Paura risultati esame	7,25%	6,48 8,11	4,43%	1,83 10,33
Fastidioso / doloroso	3,9%	3,31 4,59	2,67%	0,85 8,07
Già operata / altri motivi sanitari	4,45%	3,76 5,27	0,87%	0,12 6,08
Difficile prendere contatti ASL	2,96%	2,42 3,61	8,84%	4,78 15,79
Sede / data / orario non andavano bene	1,63%	1,32 2,02	2,61%	0,83 7,9
No convocazione	11,4%	10,58 12,27	12,39%	7,42 19,98
Nessuno consigliato	8,23%	7,35 9,21	5,3%	2,37 11,42
Altro	4,5%	3,96 5,1	2,65%	0,84 8,03

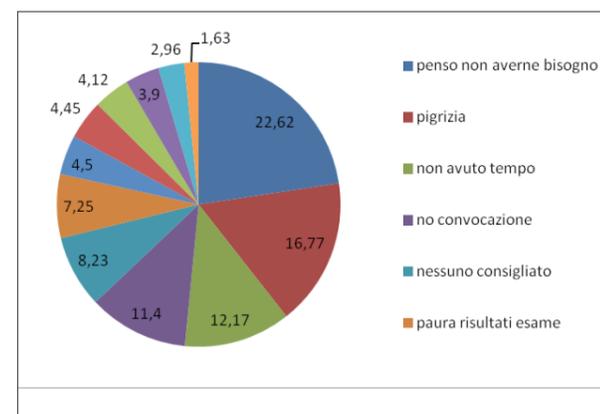


Grafico 65. Distribuzione dei motivi di non effettuazione dell'esame (POOL ASL italiane) (2014-2017)

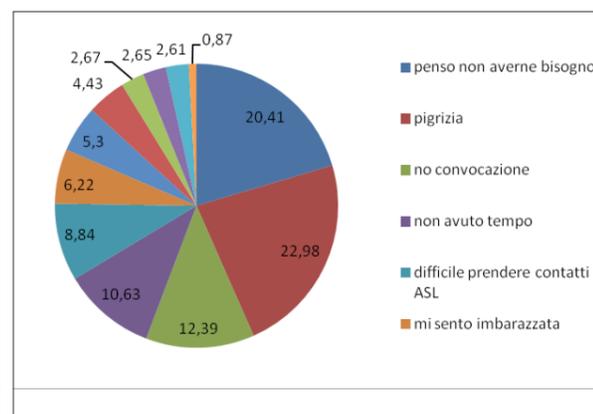


Grafico 66. Distribuzione dei motivi di non effettuazione dell'esame (ASL Bari) (2014-2017)

Se prendiamo in considerazione solo i motivi di non adesione allo screening mammario, organizzato o spontaneo, attinenti la sfera personale risulta che è la pigrizia a distinguere la popolazione di ASL Bari da quella del POOL delle ASL italiane.

	penso non averne bisogno	pigrizia	non avuto tempo	mi sento imbarazzata	paura risultati esame	tot.
POOL	22,62	16,77	12,17	4,12	7,25	62,93
ASL Bari	20,41	22,98	10,63	6,22	4,43	64,67

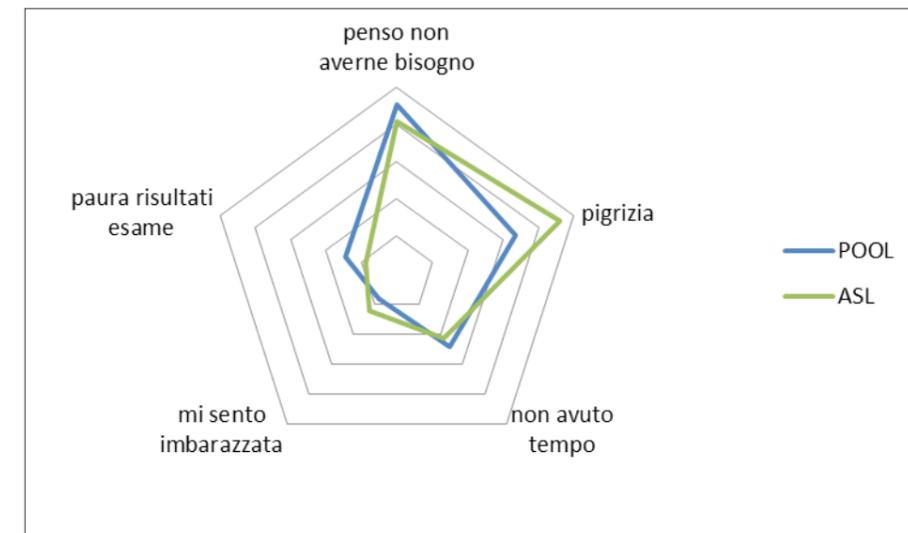


Grafico 67. Carcinoma della mammella - Percezione del rischio oncologico nel POOL delle ASL italiane e nella ASL Bari a confronto (2014-2017)

Carcinoma della mammella - Percezione del rischio oncologico nel POOL delle ASL italiane e nella ASL Bari a confronto (2014-2017)

Emerge, dunque, un'elevata attenzione, in Italia e in ASL Bari, allo screening del carcinoma mammario (che sia spontaneo o organizzato) da parte della popolazione femminile intervistata, ma alla domanda "Quale è stato il motivo principale per cui non ha fatto (recentemente o mai) la mammografia?" le ragioni per cui non è stata mai effettuata una mammografia, sia in ASL Bari che nel pool nazionale, sono ascrivibili per oltre la metà, per ragioni diverse, alla sfera personale (62,93 % in ASL Bari e 64,67 % dei motivi nel pool nazionale).

È evidente, dunque, che ancora molto deve essere fatto, in termini di informazione e sensibilizzazione, per coinvolgere nei programmi di screening oncologici quella quota di popolazione che non aderisce, in alcun modo, allo screening mammografico.

Conclusioni

La ASL Bari, come l'intera Regione Puglia, è agli ultimi posti fra le Regioni italiane per proporzione di soggetti di popolazione che aderiscono agli screening oncologici organizzati; questo sembra doversi ascrivere alla scarsa percezione del rischio da parte di buona parte della popolazione. È necessario ampliare l'informazione relativa al rischio di insorgenza delle neoplasie la cui prevenzione è possibile grazie ai programmi di screening e diffondere il consiglio, soprattutto da parte degli operatori sanitari, di sottoporsi agli esami previsti a scopo preventivo.

