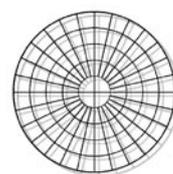


I TUMORI IN PROVINCIA DI LECCE NEL 2003



REGISTRO TUMORI
PROVINCIA DI LECCE



ASL LECCE
U.O. EPIDEMIOLOGIA E STATISTICA



PROVINCIA DI LECCE



REGIONE PUGLIA

A CURA DI:

ANNA MELCARNE, IVAN RASHID, MASSIMO FEDERICO

CON LA COLLABORAZIONE DI:

FABRIZIO QUARTA, RITA BARBIERI, MARIA GRAZIA GOLIZIA, ANNA MARIA RAHO

Un nuovo Registro Tumori in una Regione che ne era priva, una Equipe che lo ha avviato, un Report che ne presenta i primi risultati. Queste sono le cose che ho il gradito compito di accompagnare con una prefazione verso il pubblico dei lettori.

Un Registro Tumori è uno strumento per misurare l'impatto del cancro in una regione. Molte evidenze disponibili nella letteratura scientifica (e segnalo tra esse solo due recenti articoli di cui raccomando la lettura^{1,2}) ci dicono che il nostro paese, nel contesto Europeo e in quello più generale dei paesi industrializzati, presenta un profilo di impatto del cancro affatto particolare, sia rispetto al rischio, sia rispetto ai risultati delle cure.

Il rischio, dopo un lungo periodo di aumento dovuto alla diffusione di stili di vita e di condizioni ambientali proprie della società industriale, mostra oggi una fase di attenuazione di tale tendenza, se non ancora di diminuzione.

Il sistema delle cure (incluso in esso, nella semplicità di queste note, la diagnosi precoce) mostra risultati pari ai migliori fra quelli osservati altrove.

Nel corso di questi anni, l'incidenza è aumentata meno (e quasi esclusivamente come effetto dell'invecchiamento della popolazione), la sopravvivenza è migliorata, la mortalità è diminuita.

Queste tendenze generali, che in altri paesi sono spesso omogeneamente distribuite entro il rispettivo territorio, in Italia sono invece la media tra situazioni maggiormente differenziate. Il rischio è minore nelle regioni meridionali, in conseguenza del radicamento di stili di vita protettivi (dieta mediterranea, minori consumi di alcool e tabacco, minore diffusione di fattori occupazionali); per contro, l'offerta delle cure più moderne ed efficaci e l'accesso ad esse è in alcuni casi minore nelle aree meridionali.

Alcune tendenze positive nella sfera dei rischi (riduzione del fumo da parte degli uomini, riduzione del consumo di alcool, adozione di una dieta ricca di vegetali, miglior controllo dell'inquinamento atmosferico, controllo delle malattie infettive implicate in alcuni processi cancerogenetici) paiono

però comuni a tutto il paese, così come appaiono comuni alcune inerziali di segno negativo (eccesso di apporto calorico, sedentarietà).

Nella erogazione delle cure, se le attuali disomogeneità di qualità ed accessibilità segnalate a carico di alcune aree meridionali verranno superate, il conseguente beneficio di risultati terapeutici potrà rendersi apprezzabile entro un periodo di tempo relativamente breve.

Uno strumento di osservazione dell'impatto, quale il Registro Tumori di Lecce, ha un sicuro ruolo da giocare nell'osservazione di questi fenomeni attraverso la produzione di dati affidabili ed informativi.

L'equipe che ha condotto l'iniziativa, e che non ha bisogno di presentazioni nel mondo professionale dove è da anni apprezzata per la sua competenza e dinamismo, offre solide garanzie di sviluppare e arricchire il progetto e i suoi risultati, a patto che le vengano garantite le condizioni di continuità dell'impegno assunto.

Il presente Report è rigoroso sul piano tecnico e scientifico, e gradevole sia alla lettura di esame generale come a quella di consultazione per approfondimento. È augurabile che questi nuovi dati intraprendano subito il percorso di inclusione nei sistemi statistici sull'impatto del cancro a livello nazionale e internazionale. In questo ambito, ciascun dato nuovo arricchisce quelli con cui è confrontato, e ne è a sua volta arricchito per il confronto e l'interpretazione.

Dott. Roberto Zanetti

Direttore Registro Tumori Piemonte
CPO Torino

1. Martin-Moreno JM, Soerjomataram I, Magnusson G. *Cancer causes and prevention: a condensed appraisal in Europe in 2008.* Eur J Cancer. 2008 Jul;44(10):1390-403.
2. Berrino F, De Angelis R, Sant M, Rosso S, Bielska-Lasota M, Coebergh JW, Santaquilani M; EUROCARE Working group. *Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EUROCARE-4 study.* Lancet Oncol. 2007 Sep;8(9):773-83.

Presentazione

dell'Assessore alle Politiche Ambientali

La possibile connessione fra alti livelli di inquinamento e rischi per la salute è una preoccupazione sempre più diffusa anche fra le nostre popolazioni.

Da esse vengono alle amministrazioni pubbliche, con sempre maggior forza, le domande di conoscenza delle cause e delle politiche di tutela circa la possibilità di insorgenza di malattie neoplastiche.

Il Registro Tumori è uno strumento indispensabile per comprendere e dare risposte corrette a quelle domande, senza lasciarsi trascinare da allarmismi talvolta fuorvianti.

Per questo l'Assessorato alle Risorse Ambientali della Provincia di Lecce ha voluto partecipare con un concreto sostegno all'attività dell'Unità Operativa, ricostituita dalla Direzione della ASL per colmare questa grave lacuna.

Il lavoro odierno ci consente, dopo qualche anno di abbandono, di disporre finalmente di dati certi e correttamente validati sulla incidenza delle neoplasie nella nostra provincia.

Quello che emerge da questa accurata analisi è una realtà statisticamente in linea con i territori meridionali e che registra percentuali di incidenza inferiori a quelle delle regioni centro-settentrionali.

Tutto questo, se dà una dimensione più esatta e della realtà salentina, non può certamente vederci soddisfatti.

La Provincia per parte sua è fortemente impegnata con importanti risorse nel miglioramento della rete dei monitoraggi delle attività inquinanti, come pure nell'aumento della qualità e diffusione capillare dei controlli sul territorio con l'obiettivo di prevenire sin dalla loro insorgenza le cause di inquinamento.

Come si vedrà dalla lettura dell'elaborato, si è trattato di un impegno notevole che ha visto all'opera diversi ricercatori sotto il coordinamento del responsabile del Registro Tumori.

A tutti loro va il nostro ringraziamento.

Gianni Scognamillo
Assessore alle Politiche Ambientali
della Provincia di Lecce

I Registri Tumori sono in tutto il mondo fonti insostituibili di informazioni per la ricerca scientifica, la pianificazione sanitaria, la valutazione del rischio ambientale ed, ovviamente, per l'indagine epidemiologica. Il primo Registro Tumori in Italia fu istituito per la Provincia di Varese nel 1974; il primo nel meridione fu il Registro di Ragusa, fondato nel 1979.

Con il presente volume, redatto in tempi record dal nuovo Registro Tumori di Lecce, vengono per la prima volta divulgati i dati sull'incidenza dei tumori nella Provincia di Lecce, corredati dall'analisi della mortalità per neoplasia e da alcuni interessanti confronti con gli altri Registri Tumori nazionali. In tal modo, se pur a distanza di circa trenta anni, si colma un vuoto informativo non sostenibile dalla popolazione che è sempre più attenta e sensibile ai problemi che possono scaturire dall'interazione tra rischio ambientale e salute.

Siamo pertanto certi che la pubblicazione di questo prezioso volume rappresenti anche l'avvio nel nostro territorio di un nuovo ed utile servizio del quale potranno avvalersi i professionisti della salute a scopi scientifici e i nostri cittadini salentini per finalità conoscitive.

Le più vive felicitazioni per questo importante traguardo vanno quindi a tutto lo staff del Registro Tumori della Provincia di Lecce e a tutti coloro che, a vario titolo, hanno collaborato alla stesura di questo volume.

Auspichiamo, quindi, che questa pubblicazione rappresenti solo la prima tappa di un lungo e fruttuoso percorso di approfondimento scientifico.

Dott. Guido Scoditti
Direttore Generale
Azienda Sanitaria Locale LE

Indice

Staff	8
Introduzione	9
Ringraziamenti	10
Il Registro Tumori di Lecce	12
Sintesi dei risultati	16

Sedi tumorali

Testa e collo	20
Stomaco	21
Colon-retto	22
Fegato	23
Vie biliari	24
Pancreas	25
Polmone	26
Melanoma cutaneo	27
Mammella femminile	28
Utero, collo	29
Utero, corpo	30
Ovaio	31
Prostata	32
Testicolo	33
Rene	34
Vescica	35
Encefalo	36
Tiroide	37
Linfoma di Hodgkin	38
Linfoma non Hodgkin	39
Mieloma	40
Leucemie	41
Altre MMPC e SMD	42

Appendici

Tabella 1a/1b <i>Frequenza assoluta dei casi incidenti di tumore maligno per età e sede (M/F)</i>	44-45
Tabella 2a/2b <i>Mortalità per tumori maligni: numero dei decessi per età e sede (M/F)</i>	46-47
Tabella 3 <i>Incidenza dei tumori maligni: tassi grezzi e standardizzati per 100.000 residenti</i>	48
Tabella 4 <i>Mortalità per tumori maligni: tassi grezzi e standardizzati per 100.000 residenti</i>	49
Tabella 5a/5b <i>Frequenza assoluta e percentuale dei casi incidenti per modalità di diagnosi (M/F)</i>	50-51
Popolazione e metodi	52
Bibliografia	56

Registro Tumori

Direttore U.O. Complessa Epidemiologia e Statistica

Dott. Fabrizio Quarta

Responsabile U.O. Registro Tumori

Dott.ssa Anna Melcarne

Rilevazione dati

Maria Grazia Golizia

Rita Barbieri

Anna Maria Raho

Indirizzo

Registro Tumori della provincia di Lecce
c/o Padiglione Oncologico
Presidio Ospedaliero Vito Fazzi
piazza F. Muratore, 1
73100 Lecce

Tel 0832.661.921 - 909

Fax 0832.661.917

e-mail: rtle@ausl.le.it

**Consulenti che hanno collaborato con noi per
una corretta valutazione dei casi di difficile
classificazione**

Dott. Vito Lorusso

Direttore U.O. Oncologia

Ospedale Vito Fazzi, Lecce

Dott. Nicola Di Renzo

Direttore U.O. Ematologia

Ospedale Vito Fazzi, Lecce

Dott. Errico D'Ambrosio

Direttore U.O. Anatomia Patologica

Ospedale Vito Fazzi, Lecce

Dott. Stefano Luminari

Dipartimento di Oncologia ed Ematologia

Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena

Dott. Mario Santantonio

Direttore U.O. Radioterapia

Ospedale Vito Fazzi, Lecce

Comitato Tecnico Scientifico

Prof. Carlo Storelli

*Preside della Facoltà di Scienze Matematiche Fisiche e
Naturali dell'Università del Salento*

Dott. Enrico D'Ambrosio

Direttore U.O. Anatomia Patologica

Ospedale Vito Fazzi, Lecce

Dott. Giovanni De Filippis

Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Azienda Sanitaria Locale LE

Dott. Nicola Di Renzo

Direttore U.O. di Ematologia

Ospedale Vito Fazzi, Lecce

Prof. Massimo Federico

Cattedra di Oncologia Medica II

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Dott. Vito Lorusso

Direttore U.O. Oncologia

Ospedale Vito Fazzi, Lecce

Dott. Stefano Luminari

Dipartimento di Oncologia ed Ematologia

Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena

Dott.ssa Anna Melcarne

Responsabile Registro Tumori della Provincia di Lecce

U.O. Epidemiologia e Statistica

Azienda Sanitaria Locale LE

Dott. Fabrizio Quarta

Direttore U.O. Epidemiologia e Statistica

Azienda Sanitaria Locale LE

Dott. Franco Sanapo

Direttore Sanitario

Azienda Sanitaria Locale LE

Dott. Mario Santantonio

Direttore U.O. Radioterapia

Ospedale Vito Fazzi, Lecce

Il Registro Tumori di Lecce (RTLE) è in grado di presentare i dati sulla incidenza e mortalità per tumori nella nostra provincia per il 2003. Il personale del RTLE ha, in poco più di due anni, completato un intenso periodo di formazione professionale e raccolto i dati relativi ai nuovi casi di malattia neoplastica che si sono verificati nella popolazione residente in provincia di Lecce e, per ogni caso individuato, ha condotto una attenta verifica sulla diagnosi della malattia e proceduto alla sua classificazione secondo il complesso di regole redatte dall'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM). I risultati di questo sforzo sono contenuti in questo volume dal titolo "I Tumori in provincia di Lecce nel 2003" che rappresenta la prima monografia di questo tipo relativa al Salento.

Da sempre i Registri Tumori di popolazione, come quello di Lecce, sono legati a precisi intenti di tipo epidemiologico, connessi cioè alla valutazione dell'incidenza dei tumori divisi per sede, per età o per altre caratteristiche. La conoscenza della reale incidenza dei tumori in una determinata area geografica è alla base di studi epidemiologici di tipo descrittivo ed analitico, e rappresenta una fonte di primaria importanza anche per la conduzione di ricerche cliniche e per l'avvio di studi di estrema attualità, come quelli legati all'epidemiologia ambientale. Il RTLE potrà rappresentare un'utile fonte di informazione per i clinici e per i ricercatori che vorranno indagare con maggiore dettaglio il percorso diagnostico dei pazienti neoplastici in provincia di Lecce e trarre valutazioni sull'efficacia degli vari approcci terapeutici.

Gli obiettivi del RTLE sono però ancora più ampi: il Registro vuole diventare infatti uno strumento essenziale anche ai fini della programmazione sanitaria, della allocazione e della localizzazione delle risorse e, in prospettiva, un mezzo per contribuire al monitoraggio della qualità del sistema sanitario. Nel Nord Italia, da oltre un decennio, i Registri Tumori hanno avuto un ruolo fondamentale nella valutazione e nel consolidamento delle pratiche di screening oncologico, contribuendo in modo rilevante al benessere della collettività. Ultimamente i Registri Tumori hanno prodotto statistiche ancora più evolute, fornendo indagini

accurate sulla spesa sanitaria e sul consumo di farmaci legati al trattamento oncologico. Allo stesso modo, i dati del RTLE potranno consentire una più attenta valutazione delle strategie di prevenzione e la pianificazione di nuovi programmi di screening oncologici nel Salento, nonché una più precisa valutazione dei costi della malattia e del peso della migrazione sanitaria per i residenti nel nostro territorio.

Ovviamente siamo consapevoli di essere solo all'inizio e che c'è ancora molta strada da percorrere. Il RTLE è stato istituito solo all'inizio del 2006 mentre in Italia la nascita dei primi Registri risale a metà degli anni '70, con l'istituzione del RT della Lombardia, localizzato presso l'Istituto Tumori di Milano e comprendente la provincia di Varese. Negli anni successivi si è intensificato l'interesse per i Registri Tumori sia in campo oncologico che epidemiologico. Si sono così avviate numerose iniziative per la realizzazione di altri registri. Nel 2006, il rapporto dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM) "I Tumori in Italia – incidenza, mortalità e stime", comprendeva ben 21 Registri Tumori, con una copertura pari al 25,5% della popolazione italiana ma con notevoli differenze geografiche: la copertura dei Registri Tumori era infatti del 36,8% al Nord, del 25,5% al Centro e solo dell'11,5% nel Sud.

Ancora oggi la Puglia, insieme con Abruzzo, Basilicata, Calabria, Molise e Valle D'Aosta è una delle poche regioni italiane prive di un Registro Tumori accreditato. Ne consegue che, per il rispetto degli obiettivi dichiarati dal RTLE, il primo traguardo da raggiungere sarà quello di ottenere l'accreditamento presso l'AIRTUM una volta completata la registrazione dell'intero triennio 2003-2005. E' questo un traguardo non solo possibile ma anche doveroso, per il Salento e la sua gente, e che, con l'indispensabile aiuto delle Istituzioni, ci impegniamo a raggiungere entro il prossimo anno.

Dott.ssa Anna Melcarne
Responsabile Registro Tumori della Provincia di Lecce
Unità Operativa Epidemiologia e Statistica
Azienda Sanitaria Locale LE

Ringraziamenti

Al Direttore Generale Azienda Sanitaria Locale LE
Dott. Guido Scoditti

Al Direttore Sanitario Azienda Sanitaria Locale LE
Dott. Franco Sanapo

Al Direttore Amministrativo Azienda Sanitaria Locale LE
Dott. Vincenzo Valente

Al Presidente della Provincia di Lecce
Senatore Giovanni Pellegrino

All'Assessore all'Ambiente della Provincia di Lecce
Dott. Gianni Scognamillo

Al Presidente dell'Ordine dei Medici di Lecce
Dott. Riccardo Monsellato

Registri che hanno collaborato alla raccolta della documentazione per la definizione dei casi

- Registro Tumori della Toscana
- Registro Tumori Veneto
- Registro Tumori della Lombardia
- Registro Tumori della Romagna
- Registro Tumori della provincia di Modena
(in particolare Katia Valla e Maria Elisa Artioli)
- Registro Tumori di Salerno
- Registro Tumori di Milano
- Registro Tumori di Napoli
- Registro Tumori Reggiano
(in particolare Lucia Mangone, Anna Maria Pezzarossi, Carlotta Pellegrini, Stefania Caroli e Enza Di Felice)
- Registro Tumori Jonico-Salentino
(in particolare Lucia Della Corte, Gigliola de Nichilo, Vanna Burgio Lo Monaco e Annelisa Pappalettera)
- Registro Tumori Piemonte

Collaborazioni

Un sentito ringraziamento:

- Al personale del Servizio Epidemiologia della U.O. Complessa di Epidemiologia e Statistica dell'Azienda Sanitaria Locale LE, per il supporto fornito nell'analisi dei dati di mortalità
- Al personale del Registro Nominativo delle Cause di Morte (RENCAM) – Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) – Bari
- Ai Responsabili ed al personale dei Servizi Informativi – CED delle Aree Sud e Nord dell'Azienda Sanitaria Locale LE
- Al professor Marcello Guido – Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biologiche ed Ambientali, Università degli Studi di Lecce
- Al personale del Laboratorio Analisi del Poliambulatorio "Cittadella della Salute" di Lecce

Ai Direttori ed alle Direzioni Sanitarie delle varie strutture ospedaliere territoriali che hanno collaborato con l'attività del Registro:

- Presidio Ospedaliero Vito Fazzi – Lecce
Ospedale A. Galateo - S.Cesario di Lecce
Ospedale S. Pio da Pietrelcina – Campi Salentina
- Presidio Ospedaliero San Giuseppe – Copertino
Ospedale S. G. Scambiasi – Nardò
- Presidio Ospedaliero S. Caterina N. – Galatina
- Presidio Ospedaliero F. Ferrari – Casarano
Ospedale D. Romasi – Gagliano del Capo
- Presidio Ospedaliero Sacro Cuore – Gallipoli

- Presidio Ospedaliero Veris delli Ponti – Scorrano
- Ospedale M. Tamborrino – Maglie
- Ospedale F. Pispico – Poggiardo

All'Azienda Ospedaliera Cardinale G.Panico - Tricase

Agli Ospedali Privati accreditati:

- Clinica Petrucciani - Lecce
- Clinica Città di Lecce
- Clinica San Francesco Galatina

Ai responsabili degli archivi cartelle cliniche dei P.O. di:

Campi Salentina, Casarano, Copertino, Gagliano del Capo, Galatina, Gallipoli, Lecce, Maglie, Poggiardo, San Cesario di Lecce, Scorrano, Brindisi, Taranto, Bari

Ai segretari delle Commissioni Invalidi Civili dei distretti di:

Campi Salentina, Casarano, Galatina, Gallipoli, Lecce, Maglie, Nardò, Poggiardo, San Cesario di Lecce, Tricase, Ugento

Ai Direttori dell'U.O. di Anatomia Patologica degli Ospedali di:

Gallipoli, Lecce, Tricase

Al Direttore del Centro Diagnostico Salentino

Al Direttore del Laboratorio Analisi Pignatelli – Lecce

Allo Studio Radiologico Associato Calabrese, via Maglie – Lecce

Ai medici di Medicina Generale e di Pediatria che hanno collaborato alla definizione di alcuni dati

All'Università del Salento, Facoltà di Biologia

Ai Responsabili delle Anagrafi Comunali di Lecce e Provincia per la completezza dimostrata nel fornire informazioni sui dati anagrafici e sullo stato in vita dei pazienti

Al personale del Servizio Farmaceutico della Azienda Sanitaria Locale LE

Ed infine:

Ai Direttori Sanitari ed ai responsabili degli archivi cartelle cliniche delle seguenti strutture extra provinciali:

- Ospedale A. Perrino - Brindisi
- Archivio Prodeo - Bari
- Ospedale IRCCS S. De Bellis Castellana (BA)

- Ospedale D. Camberlingo - Francavilla Fontana (BR)
- Ospedale Civile - Martina Franca (TA)
- Clinica di Cura Salus (BR)
- Ospedale Civile - Castellaneta (TA)
- Ospedale Pagliari - Massafra (TA)
- Ospedale N. Melli - San Pietro Vernotico (BR)
- Ospedale Moscati (TA)
- Ospedale Civile – Ostuni (BR)
- Casa Sollievo della Sofferenza - S.G. Rotondo (FG)
- Ospedale San Giacomo - Monopoli (BA)
- P. O. S. Paolo – Bari
- Ospedale SS. Annunziata – Taranto
- Ospedale S. Camillo – Mesagne (BR)
- Ospedale San Nicola Pellegrino – Trani (BA)

Ai Direttori Sanitari ed ai responsabili degli archivi cartelle cliniche delle seguenti strutture extra regionali

- A.O. S. Giovanni – Addolorata – Roma
- Ospedale S. Giacomo – Roma
- Azienda Ospedaliera S. Maria – Terni
- Azienda Ospedaliera – Perugia
- Ospedale L. Sacco – Milano
- Istituto Neurologico C. Besta – Milano
- Ospedale Civile – Castelfranco Veneto (TV)
- Ospedale degli Infermi - Biella
- Ospedale Civile – Vicenza
- Ospedale Civile SS. Antonio e Biagio – Alessandria
- Casa di Cura Privata Pierangeli – Pescara
- Ospedale S. Filippo Neri – Roma
- P.O. Umberto I - Ancona
- Ospedale di Circolo Predabissi – Melegnano (MI)
- Istituto Policlinico S. Donato S.p.a – S. Donato Milanese (MI)
- Istituto Clinico Humanitas – Milano
- Azienda Ospedaliera – Verona
- P. O. Civile – Treviso
- Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico – Milano
- Policlinico S. Marco s.r.l. Osiosotto (BG)
- Ospedale S. Gerardo – Monza (Mi)
- Ospedale Civile – Ivrea (To)
- Ospedale Santa Orsola Malpighi – Bologna
- P. Sanitario Gradenico – Torino
- Policlinico Maggiore – Milano
- Casa di cura Mater Dei – Roma
- Casa di cura Marco Polo – Roma
- Ospedale S. Carlo Borromeo – Milano
- P.O. Spedali Civili – Brescia
- Casa di Cura Privata S. Teresa – Isola del Liri (FR)
- Policlinico Umberto I – Roma
- Ospedali Riuniti SS. Annunziata – Chieti
- Ospedale Fatebenefratelli - Roma
- Ospedale Morelli – Sondalo (SO)
- Ospedale di Treviglio e Caravaggio - Bergamo

Il Registro Tumori di Lecce

Il Registro Tumori della Provincia di Lecce (RTLE)

Il RTLE copre la popolazione residente nella totalità del territorio omonimo (801.035 abitanti al 1/1/2004), esteso su un'ampia superficie (2.759 kmq) e suddiviso in 97 amministrazioni comunali (Figure 1-2, per maggiori dettagli si veda in appendice).



Figura 1
La provincia di Lecce



Figura 2
I Comuni della
provincia di Lecce

Il RTLE ha iniziato le sue attività nel 2006. In precedenza le uniche iniziative di registrazione tumorale presenti in Regione Puglia erano limitate alle province di Brindisi e Taranto. Con delibera n. 2451 del 3-11-2005 le allora due AUSL leccesi decisero di investire risorse al fine di estendere l'area di sorveglianza anche al territorio della provincia di Lecce. Venne pertanto approvato un progetto per la realizzazione di un "Nuovo Registro Tumori di popolazione della Provincia di Lecce", secondo un modello operativo messo a disposizione dal Direttore della Cattedra di Oncologia Medica della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. La sede dell'U.O. Registro Tumori di Lecce fu individuata presso il Padiglione Oncologico dello Stabilimento Ospedaliero "Vito Fazzi" di Lecce, sua attuale sede.

Il RTLE ha iniziato ad essere operativo nell'anno successivo, con l'adozione del sistema informativo derivato da quello già in uso presso il Registro Tumori di Modena ed ora utilizzato anche dai Registri di Latina, Piacenza e Salerno. Dopo la composizione automatizzata di un vasto archivio, di prevalenza relativo agli anni 1994-2002, ha preso avvio la raccolta delle nuove diagnosi di tumore del 2003; tale raccolta è stata dapprima affidata a personale medico cui, successivamente, si è aggiunta la collaborazione di personale infermieristico e di due stagiste.

La formazione dell'organico ha rappresentato, in quegli anni, il maggiore investimento in termini di tempo e di risorse finanziarie. Il personale ha avuto l'opportunità di qualificarsi tramite la partecipazione a corsi di formazione, seminari e riunioni organizzati dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM). Grazie inoltre alla collaborazione della stessa AIRTUM ed alla disponibilità dei Registri Tumori di Modena e di Reggio Emilia, gli operatori del RTLE hanno trascorso un intenso periodo di perfezionamento professionale presso queste strutture consolidate, facendo esperienza diretta delle pratiche di registrazione, di codifica e delle metodologie organizzative di un Registro Tumori moderno.

Nel Marzo 2007 Lecce ha ospitato i lavori della XI Riunione Scientifica Annuale dell'AIRTUM, nell'ambito della quale è stato presentato un rapporto preliminare sull'incidenza del 2003 in provincia di Lecce.

Sempre nel 2007, il Registro è stato incardinato nell'U.O. Complessa di Epidemiologia e Statistica e riconosciuto come "U.O. Registro Tumori della Provincia di Lecce".

Il 18 gennaio 2008 è stato infine siglato un protocollo d'intesa tra il Presidente della Provincia e il Direttore Generale ASL LE per sostenere lo sviluppo e la divulgazione dei dati del "Registro Tumori della Provincia di Lecce" con l'intento di favorire ulteriormente la promozione ambientale e la prevenzione.

La storia della registrazione tumorale in provincia di Lecce

La pubblicazione di questo Volume è un punto di estrema soddisfazione per tutti noi. Tuttavia non va celato che l'idea di dotare la provincia di Lecce di un Registro Tumori affonda radici più profonde e possiede una storia tormentata fatta di risultati importanti alternati ad insuccessi, di cui è bene conservare memoria.

Le prime attività di registrazione tumorale iniziarono alla fine del 1996, quando la Giunta Provinciale di Lecce, con deliberazione n. 2767 del 21-11-1996, avvertì la necessità di istituire un progetto atto a rilevare l'incidenza delle neoplasie nella popolazione salentina per acquisire la disponibilità di dati certi sulla frequenza della patologia tumorale nel territorio.

Alla realizzazione del progetto parteciparono le allora due AUSL leccesi, l'Azienda Ospedaliera "Vito Fazzi", la sezione di Lecce della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e l'Università degli Studi di Lecce.

Nel Marzo del 1997 venne pubblicata la prima relazione semestrale sull'attività del registro; l'anno successivo il volume dal titolo "Mortalità per cause in Provincia di Lecce anno 1994", che segnò una prima tappa fondamentale per la realizzazione di un registro tumori di popolazione. Con la convenzione rep n. 0053397 del 28-12-2000 sottoscritta tra Regione Puglia, Assessorato all'Ambiente e Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Pubblica (DI.MI.M.P) dell'Università degli Studi di Bari, venne avviata una stretta collaborazione con il Registro Tumori Jonico-Salentino (RTJS) nato come progetto del Ministero dell'Ambiente (Piani di disinquinamento per il risanamento delle aree ad elevato rischio di crisi ambientale delle province di Brindisi e Taranto - DPR 23-04-1998, G.U. n. 196 del 30-11-1998) e riconosciuto nel 2003 con delibera dell'Assessorato alla Sanità n. 2043, con l'approvazione del Programma Operativo quinquennale dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia.

Nonostante gli sforzi, il RTJS interruppe successivamente la raccolta dei tumori nella provincia di Lecce escludendola dall'area di copertura. I motivi che indussero il RTJS ad escludere la provincia di Lecce furono di varia natura: la vastità dell'area, l'elevato numero di abitanti, l'eccessivo numero di comuni, la presenza di due diverse Aziende Sanitarie Locali e soprattutto la mancanza di fondi ad hoc. Inoltre la provincia di Lecce non era considerata area a rischio.

Futuro

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1500 del 1-8-2008, viene istituito il Registro Regionale Tumori

della Regione Puglia che, negli intenti, comprenderà la copertura della provincia di Lecce, pur individuando un unico centro di codifica ed elaborazione dati a Bari, presso l'Istituto Oncologico.

Tale progetto, che si propone di raccogliere tutte le patologie tumorali nella Regione Puglia a partire dall'anno 2008, potrà essere complementare all'attività del Registro di Lecce che, sulla base di differenti metodologie (si vedano i paragrafi seguenti), continuerà la raccolta del biennio 2004-2005 e degli anni successivi.

Organizzazione

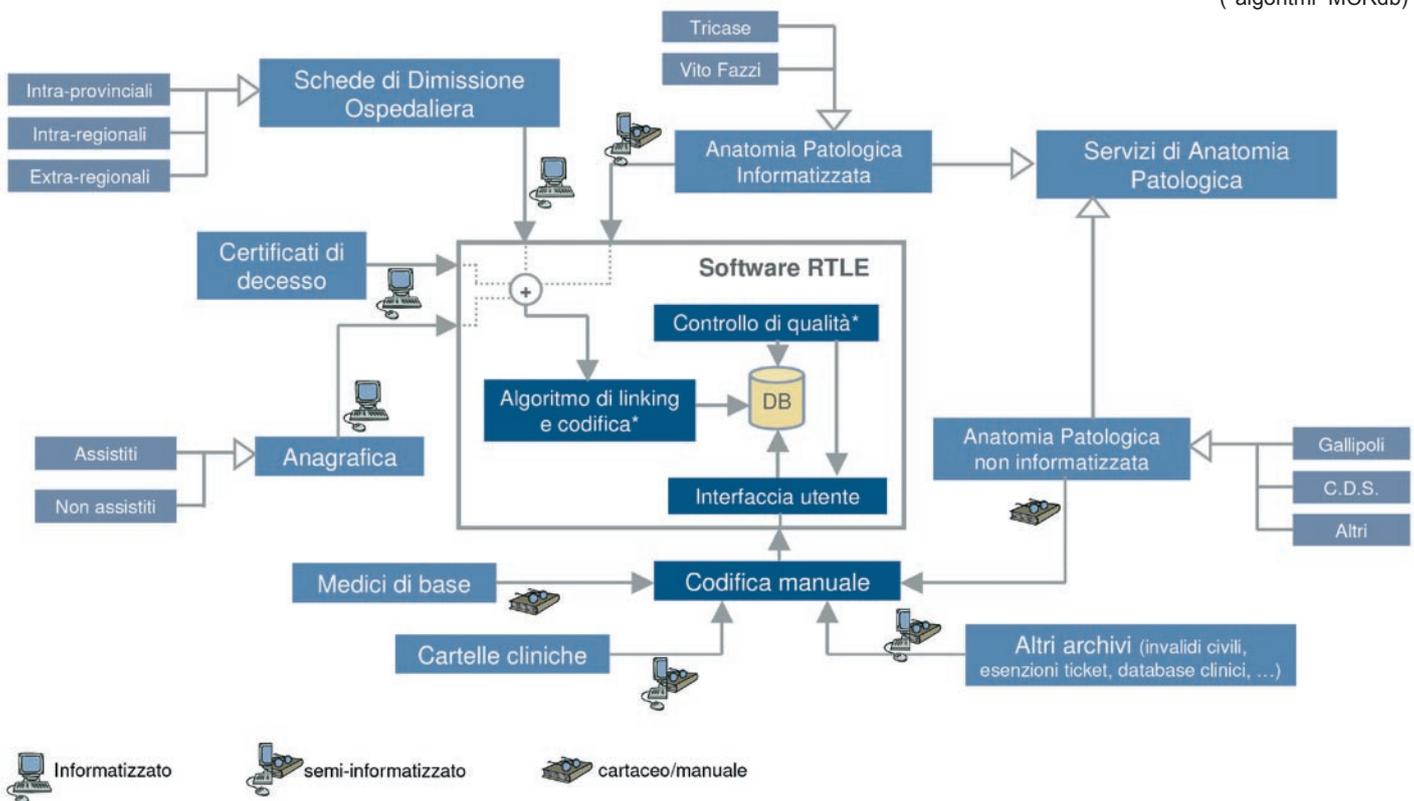
Lo staff del RTLE è costituito da un responsabile medico e da un gruppo di registrazione. Nella sua normale attività il RTLE si avvale inoltre della collaborazione di esperti clinici, patologi e informatici.

La metodologia di lavoro del RTLE è oramai consolidata in molti Registri di popolazione ed è basata sulla successione temporale ed ordinata di attività di rilevazione e di strategie di "linkage" e codifica integrata delle fonti sanitarie, ovvero di procedure automatizzate che consentono, tramite un opportuno software, di distinguere e selezionare le informazioni rilevanti presenti nei flussi sanitari, di integrarle con altri flussi indipendenti ed infine individuare, precompilare e mettere a disposizione della verifica manuale, delle schede informatizzate contenenti una mole di dati su possibili nuove diagnosi tumorali già codificate.

L'attività degli operatori del RTLE è basata in gran parte sull'esito delle procedure automatizzate di linkage e precodifica illustrate in precedenza e consiste nella valutazione delle informazioni sulle diagnosi tumorali e nella raccolta, ove necessario, di ulteriore documentazione. Le capacità del singolo operatore e la conoscenza approfondita delle nuove tecniche di registrazione (Ferretti S. et al. 2007) sono pertanto un requisito fondamentale per assicurare alti livelli di qualità.

In Figura 3 è sintetizzato il trattamento dei principali flussi informativi. Va sottolineato che, a Lecce, persistono situazioni radicate, comuni purtroppo a gran parte dei Registri Tumori del Sud Italia, che rendono estremamente difficoltosa l'attività di registrazione tumorale; tra queste la mancata o la parziale informatizzazione di alcuni servizi notificanti (in particolare i Servizi di Anatomia Patologica) e l'elevata migrazione sanitaria. Ne consegue che, per tenere il passo dei Registri Tumori del Nord, il RTLE, come tutti i Registri meridionali, debba prevedere una maggior mole di lavoro manuale aggiuntivo, costituito dalla continuativa ricerca e consultazione delle cartelle cliniche, dalla lettura attiva dei più svariati referti patologici cartacei e dal recupero delle documen-

Figura 3
Le fonti informative del RTLE
(*algoritmi MCRdb)



tazioni di ricovero presso strutture extra-provinciali ed extra-regionali.

Per ovviare a questi inconvenienti, in alcuni casi sono stati predisposti algoritmi di lettura del testo dei referti in grado di estrarre le informazioni necessarie per la codifica. Questo accorgimento ha consentito di codificare anche i referti provenienti da quelle anatomie patologiche prive di un vero e proprio software di gestione. In prospettiva, strumenti più avanzati di lettura dei referti (come quelli in fase di sviluppo nel Registro Tumori del Piemonte) potranno consentire una ancora più agevole e veloce codifica dei referti cito-istologici.

L'importazione automatizzata dei dati provenienti dai flussi informativi principali è quindi affiancata da una procedura di inserimento manuale di casi trasmessi ancora in forma cartacea. Nel primo caso, ogni possibile nuova notifica tumorale viene accuratamente preparata dal software e registrata con uno status di "attesa". Successivamente viene controllata da un operatore esperto che procede a reperire tutta la documentazione che possa confermare o escludere la notifica di tumore in questione. In nessun caso il sistema informatico includerà in incidenza una neoplasia, se non dopo conferma manuale di un operatore.

Criteri di raccolta

Per l'anno 2003, il RTLE ha raccolto, in conformità con le direttive dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori, i seguenti tipi di tumore :

- tutti i tumori invasivi (comportamento /3) con morfologia da 8000 a 9989 della classificazione ICD-O3;
- tutti i tumori intracranici e intrassiali, indipendentemente dal loro comportamento;
- tutti i tumori in situ (comportamento /2) della vescica, della mammella e della cervice;
- tutti i tumori a comportamento incerto (/1) della vescica.

Controlli di qualità

Grazie al supporto del sistema software del RTLE, i controlli di qualità possono essere eseguiti in modo automatizzato, la maggior parte dei quali nel momento stesso della registrazione: questi controlli consentono quindi di minimizzare la possibilità di archiviare informazioni in maniera imprecisa.

Il sistema di controllo della qualità del software è a quattro livelli: un primo livello rileva possibili errori nella

conformità della codifica secondo le regole della Classificazione Internazionale delle Malattie; un secondo livello effettua il controllo dei dati utilizzando la metodologia del check-IARC concepito dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro; un terzo livello rileva possibili incoerenze basandosi su diverse combinazioni poco probabili di età, sesso, morfologia e topografia tumorale, un quarto livello pone criteri aggiuntivi suggeriti dalla pratica comune. Tutti questi controlli sono corredati da messaggi chiari che contengono anche alcuni suggerimenti su codifiche alternative in grado di guidare l'operatore nella risoluzione delle eventuali incongruenze.

I dati vengono infine verificati nel dettaglio per mezzo dei 1.360 test di coerenza messi a disposizione dal software di controllo di qualità dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori, CheckRT.

Sintesi dei risultati

Nella popolazione residente in provincia di Lecce nel 2003 sono stati diagnosticati 3.762 nuovi casi di tumore (esclusi 626 casi di carcinoma della cute), dei quali 2.088 (pari al 55,5% del totale) tra gli uomini e 1.674 (45,5%) tra le donne. I tassi grezzi di incidenza sono stati di 547 casi ogni 100.000 abitanti fra gli uomini e 399 casi fra le donne. I tassi di incidenza standardizzati per età (standard europeo) sono risultati pari a 424 casi ogni 100.000 abitanti fra gli uomini e 299 casi fra le donne. L'età media di insorgenza è risultata pari a 66 anni, lievemente superiore negli uomini (68 anni) rispetto alle donne (64). Oltre il 70% dei casi aveva più di 60 anni al momento della diagnosi, mentre molto basso è stato il numero totale di casi diagnosticati in età pediatrica (19 casi nella fascia di età 0-14 anni).

I tumori più frequenti tra gli uomini sono risultati quelli del polmone (20,6% di tutti i tumori maschili), della vescica (14,4%), della prostata (13,7%), del colon-retto (11,8%) ed i tumori ematologici (9%); tra le donne i tumori più frequenti sono stati quelli della mammella (29,4%), del colon-retto (13,7%), i tumori ematologici (10%) ed i tumori dell'utero (8,1%).

Per i residenti in provincia di Lecce, si può stimare che il rischio di ammalarsi di cancro nel corso della vita sia pari al 29,9% tra gli uomini (indicativamente 1 caso ogni 3 uomini) e al 21,5% tra le donne (1 caso ogni 5 donne).

Mortalità

Nel 2003 i decessi per tumore maligno sono stati 1.945, dei quali 1.181 tra gli uomini (61%) e 764 tra le donne (39%). L'età media al decesso è risultata pari a 72 anni, senza significative differenze tra i due sessi (71,5 anni per gli uomini e 72,5 anni per le donne). Le più frequenti cause di morte sono risultate per gli uomini i tumori del polmone (pari al 33,5% di tutti i decessi), della prostata (10,3%), i tumori ematologici (7,5%) e quelli del colon-retto (7,2%), mentre per le donne i tumori della mammella (20,2%), del colon-retto (12,6%), i tumori ematologici (9,4%) e quelli del fegato (5,8%).

Il rischio di morire per tumore maligno in provincia di Lecce è stimabile al 14,9% tra gli uomini (1 decesso ogni 7 uomini) ed al 7,8% tra le donne (1 decesso ogni 13 donne).

Confronti intra-provinciali e nazionali

È stata condotta un'analisi dei tassi di incidenza e dei tassi di mortalità stratificati per distretto sanitario. Dal confronto dei dati di incidenza sulla totalità dei tumori, non sono emerse differenze significative tra i vari distretti. Per quanto riguarda i decessi, invece, è emerso che nel distretto di Campi Salentina il tasso di mortalità è inferiore alla media provinciale in maniera statisticamente significativa.

Nello specifico delle singole neoplasie sono stati osservati tassi più elevati di tumori prostatici nel distretto di Lecce e più bassi nei distretti di Gagliano del Capo e Poggiardo, con differenze statisticamente significative rispetto alla media provinciale.

L'analisi comparativa con i dati dei Registri Tumori italiani, disponibili per un periodo piuttosto omogeneo che va dal 1998 al 2002, ha messo in evidenza che i tassi di incidenza riscontrati in provincia di Lecce per il 2003 sono pressoché sovrapponibili a quelli rilevati in altre aree del meridione (come Napoli e Sassari) e sono nettamente inferiori ai tassi di incidenza registrati nelle regioni del Nord Italia.

Dai confronti per singola sede tumorale emerge che i tassi di incidenza riscontrati nella provincia di Lecce per il 2003 si collocano quasi sempre al di sotto del tasso medio (definito Pool) dei registri italiani accreditati presso l'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM). In particolare l'incidenza è stata significativamente inferiore al pool per i tumori della mammella (-18% di casi rispetto al pool), del polmone (-51%) e per le leucemie (-41%) nel sesso femminile, per i tumori della prostata (-30%) e il linfoma non Hodgkin (-33%) nel sesso maschile e per i tumori dello stomaco (-51% maschi, -63% femmine), del colon-retto (-24%, -14%) e per il melanoma (-47%, -45%) in entrambi i sessi. Unica eccezione statisticamente significativa è costituita dai tumori della vescica, che sono risultati particolarmente frequenti negli uomini (+17% rispetto al pool).

La qualità dei dati

È importante potere misurare la qualità dei dati di un registro tumori, specie se di nuova istituzione, attraverso alcuni indicatori quali la percentuale dei tumori documentati da diagnosi cito-istologica e la percentuale di casi individuati solo attraverso il certificato di decesso (DCO). Un altro efficace indicatore di qualità è inoltre la proporzione di casi classificati con sede generica o ignota.

I dati del Registro Tumori della Provincia di Lecce (RTLE) possono essere classificati di buona qualità sulla base di tutti e tre gli indicatori sopra menzionati. Infatti i casi provvisti di conferma cito-istologica nei registri italiani accreditati oscillano tra il dal 71% ed il 90% per i tumori maschili e tra il 76% e l'89% per quelli femminili, e nel RTLE sono stati il 78% per i tumori maschili e l'81% in quelli femminili. Per quanto riguarda la percentuale dei DCO, il limite massimo raccomandato dall'AIRTUM è fissato al 5% e quello del RTLE è stato del 2%. Infine, il numero di casi classificati come "Sedi mal definite e metastasi" è stato pari al 2% delle diagnosi, ben al di sotto della media degli altri Registri Tumori italiani.

Conclusioni

In base ai dati presentati nel presente volume si può affermare che almeno per quanto è avvenuto nel 2003 il rischio di ammalarsi di tumore in provincia di Lecce è sovrapponibile a quello di Napoli, Ragusa, Salerno e Sassari, ed è inferiore a quello delle regioni dell'Italia centro-settentrionale. Va anche sottolineata la relativa bassa frequenza di quei tumori (quali ad esempio colon-retto, pancreas, mammella e prostata) che riconoscono nella alimentazione un fattore eziologico importante. Anche in provincia di Lecce quindi la "dieta mediterranea" sembra avere esercitato un ruolo protettivo che merita di essere approfondito e sostenuto con adeguate iniziative divulgative.

Purtroppo è risultato molto elevato il peso delle neoplasie polmonari negli uomini. I tumori del polmone hanno rappresentato ben il 20,6% del totale dei tumori nei maschi, dato questo superiore alla media nazionale (16,8%), ma in linea con quanto rilevato in particolari aree dell'Italia meridionale come quelle di Napoli (21,1%) e Salerno (20,1%). Un'incidenza che risulta rilevante solo negli uomini induce a pensare che siano entrati in gioco fattori di rischio prevalentemente individuali, quali soprattutto l'abitudine tabagica, che dovrebbero essere oggetto di ulteriori approfondimenti prima e di adeguati interventi di prevenzione primaria successivamente.

Sintesi dei risultati

Tabella 1

Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	2088	1674	1181	764
% sul totale casi	55,5	44,5	60,7	39,3
Tasso grezzo*	546,9	399,3	309,4	182,2
Tasso std (EUR)*	423,7	298,7	231,1	109,7
Tasso std (MON)*	291,5	221,9	149,6	73,4
Rischio cum. (0-74)	29,88%	21,51%	14,89%	7,75%
Età mediana	70	66	73	74
Età media	67,6	63,6	71,5	72,5
SIR/SMR (POOL)	0,9	0,88	1,03	0,98
IC95%	0,86-0,94	0,83-0,92	0,97-1,09	0,91-1,05

*per 100.000 abitanti

Tabella 2

Modalità di diagnosi

	Casi	%
Istologica	2945	78,3
Istologica su metastasi	17	0,5
Citologica	33	0,9
Marker tumorale	4	0,1
Chirurgia senza istologia	39	1
Strumentale	421	11,2
Clinica	225	6
Certificato di decesso	78	2,1

Figura 1: Tassi di incidenza e mortalità età specifici

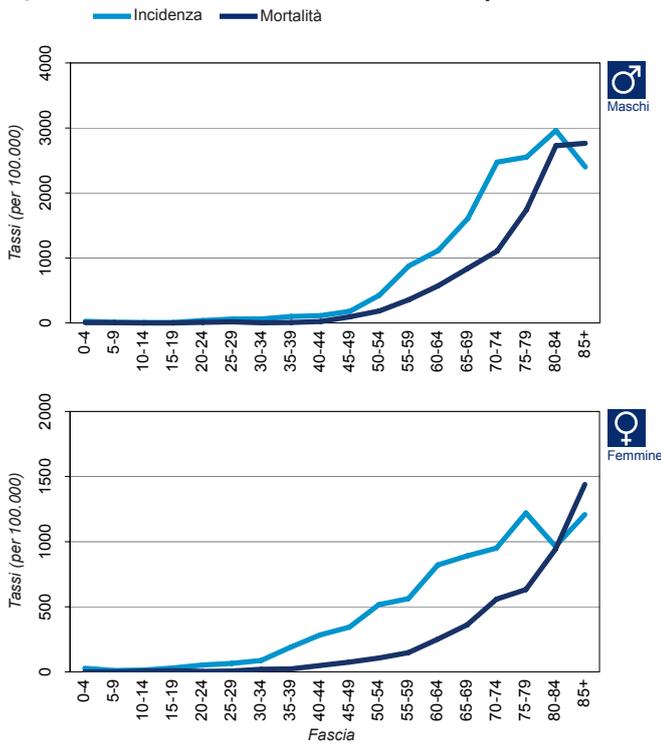


Figura 2: Tassi di incidenza per distretto sanitario

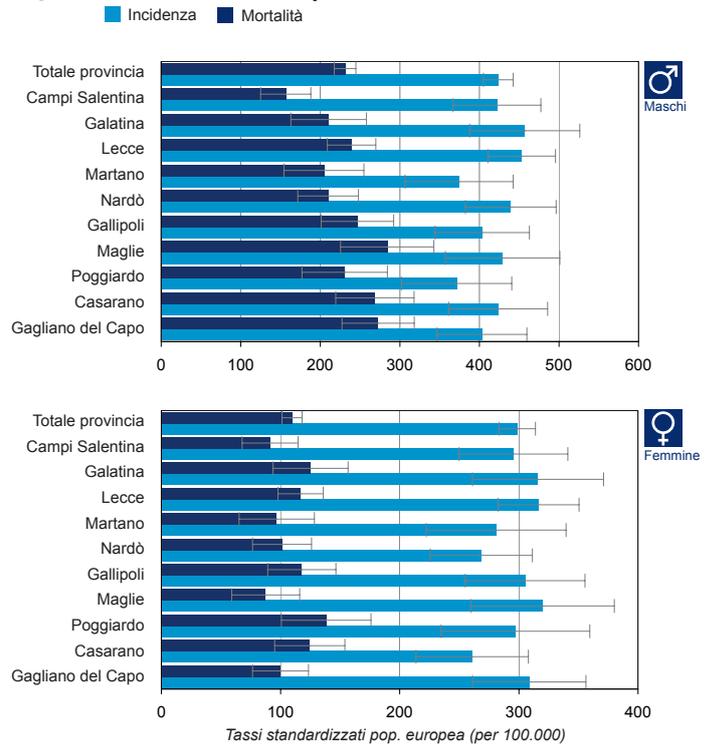
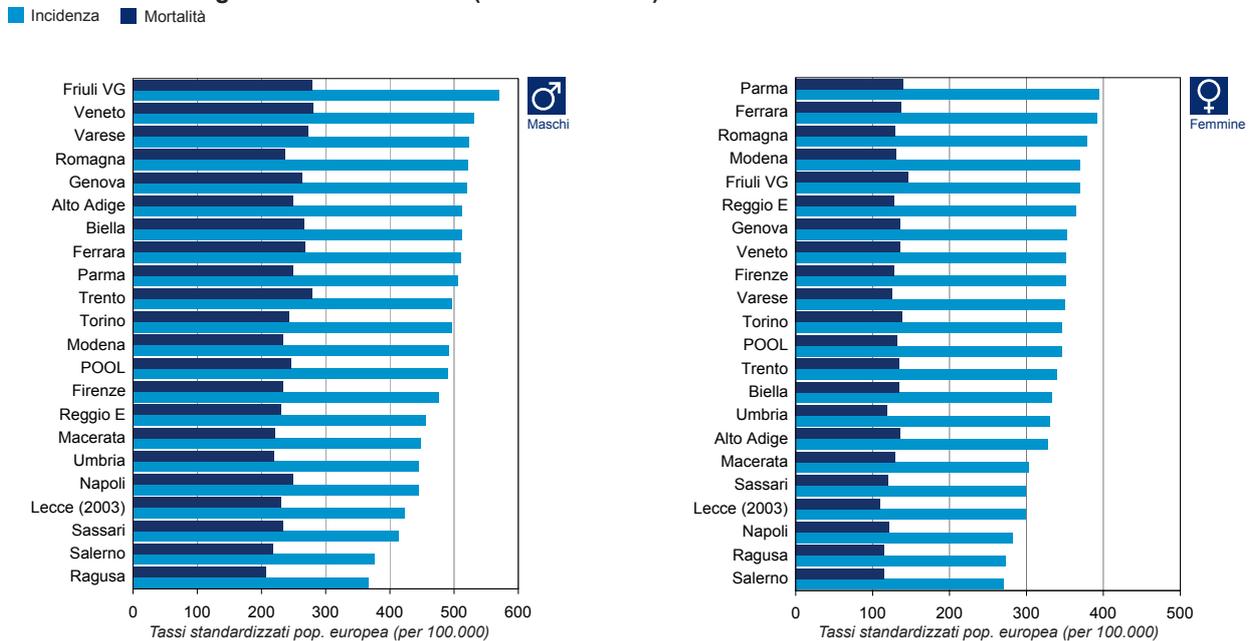


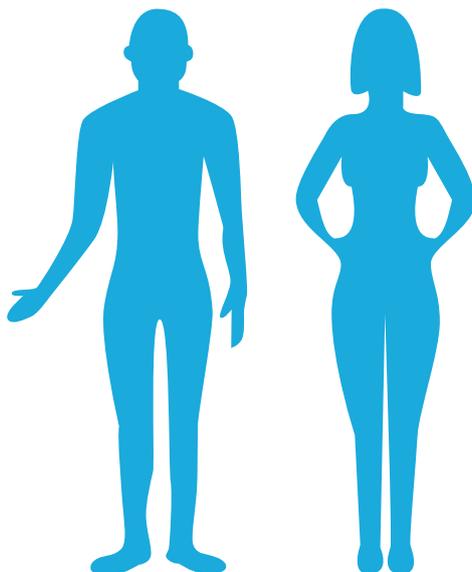
Figura 3: Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)



Sintesi dei risultati

INCIDENZA: distribuzione percentuale per sede tumorale e sesso

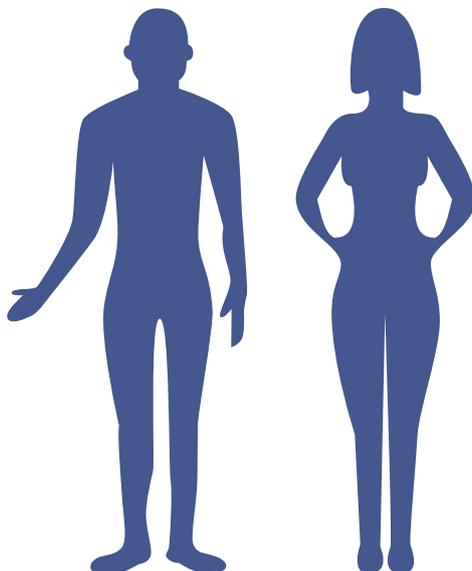
Encefalo	1,9%
Testa e collo	4,9%
Tiroide	0,7%
Melanoma cutaneo	1,1%
Polmone	20,6%
Fegato	4,1%
Stomaco	3,4%
Pancreas	2,3%
Colon e retto	11,8%
Prostata	13,7%
Rene e vie urinarie	3,8%
Vescica	14,4%
Linfomi, leucemie e mielomi	9%
Altre sedi	8,2%



2,3%	Encefalo
1,4%	Testa e collo
3,9%	Tiroide
1,7%	Melanoma cutaneo
3,2%	Polmone
3,2%	Fegato
2,3%	Stomaco
3%	Pancreas
13,7%	Colon e retto
29,4%	Mammella
8,1%	Utero
4,1%	Ovaio
2,6%	Rene e vie urinarie
2,8%	Vescica
10%	Linfomi, leucemie e mielomi
8,2%	Altre sedi

MORTALITÀ: distribuzione percentuale per sede tumorale e sesso

Encefalo	4,7%
Testa e collo	4,7%
Tiroide	0,3%
Melanoma cutaneo	0,7%
Polmone	33,4%
Fegato	5,4%
Stomaco	3,6%
Pancreas	3,7%
Colon e retto	7,2%
Prostata	10,3%
Rene e vie urinarie	1,8%
Vescica	7%
Linfomi, leucemie e mielomi	7,5%
Altre sedi	9,6%



4,5%	Encefalo
2,2%	Testa e collo
0,3%	Tiroide
1,3%	Melanoma cutaneo
5,8%	Polmone
5,8%	Fegato
4,6%	Stomaco
5,6%	Pancreas
12,6%	Colon e retto
20,2%	Mammella
5,5%	Utero
4,2%	Ovaio
2%	Rene e vie urinarie
1,7%	Vescica
9,4%	Linfomi, leucemie e mielomi
14,5%	Altre sedi

Sedi tumorali

Testa e collo	20
Stomaco	21
Colon-retto	22
Fegato	23
Vie biliari	24
Pancreas	25
Polmone	26
Melanoma cutaneo	27
Mammella femminile	28
Utero, collo	29
Utero, corpo	30
Ovaio	31
Prostata	32
Testicolo	33
Rene	34
Vescica	35
Encefalo	36
Tiroide	37
Linfoma di Hodgkin	38
Linfoma non Hodgkin	39
Mieloma	40
Leucemie	41
Altre MMPC e SMD	42

Testa e collo

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	102	23	56	17
% sul totale casi	4,9	1,4	4,7	2,2
Tasso grezzo*	26,7	5,5	14,7	4
Tasso std (EUR)*	22	4,4	11,8	2,6
Tasso std (MON)*	16	3,4	7,9	1,8
Rischio cum. (0-74)	1,95%	0,38%	0,86%	0,16%
Età mediana	64	61	69	77
Età media	62,5	61,3	68,8	69,5
SIR/SMR (POOL)	0,87	0,92	1,08	1,59
IC95%	0,71-1,05	0,58-1,37	0,81-1,4	0,92-2,54

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	86,4
Citologica	0,8
Chirurgia senza istologia	3,2
Strumentale	0,8
Clinica	8
Certificato di decesso	0,8

Tabella 3
Gruppi morfologici

	%
Squamocellulare	72,5
Carcinoma NAS	12,8
Adenocarcinoma	8,3
Altre morfologie	5,5
Non specificato	0,9

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

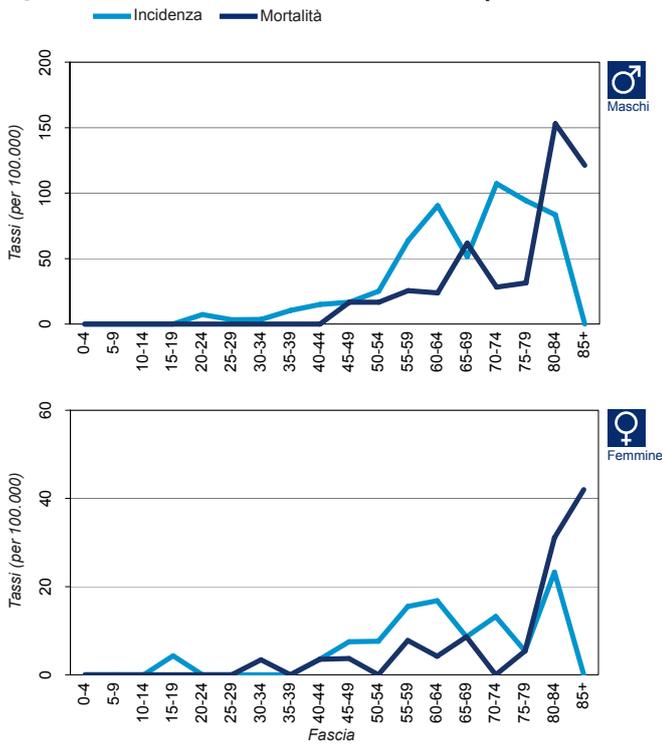


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

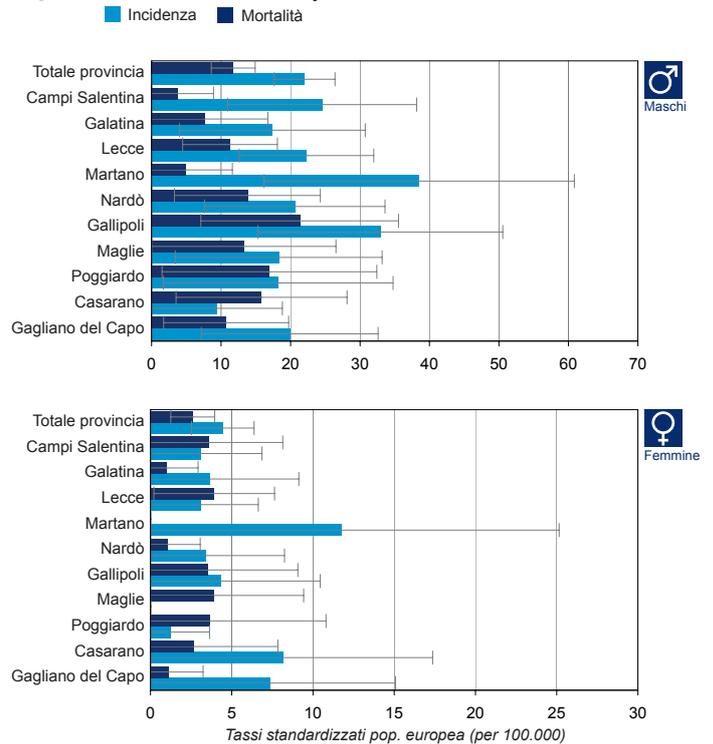
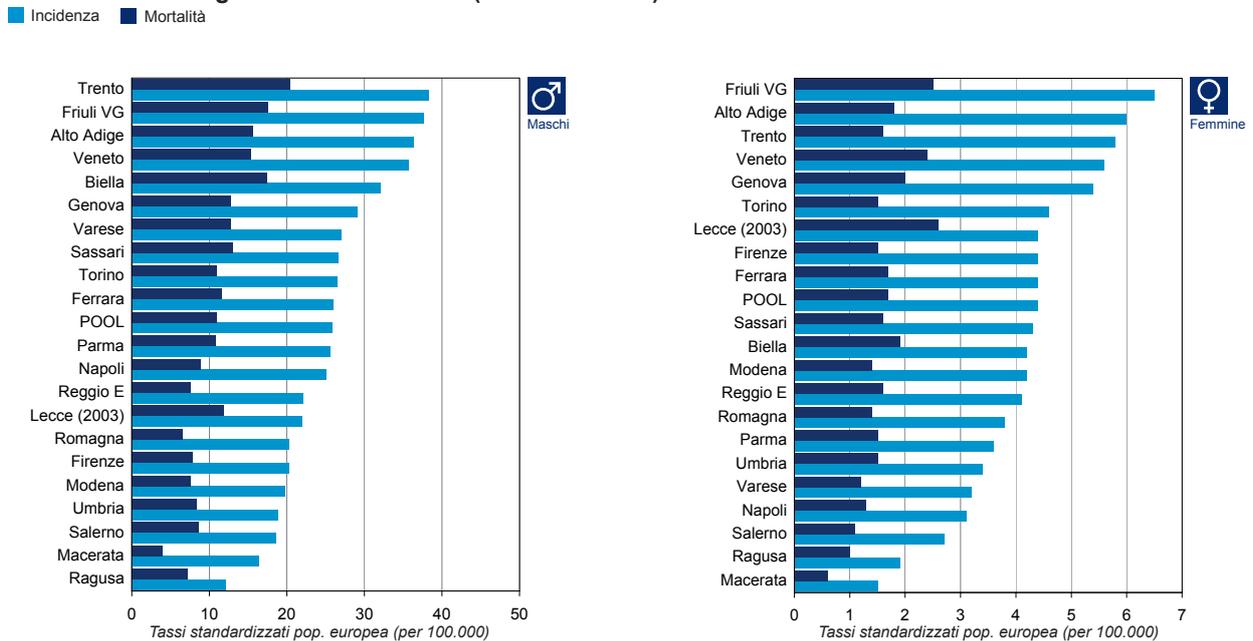


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Stomaco

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	72	38	43	35
% sul totale casi	3,4	2,3	3,6	4,6
Tasso grezzo*	18,9	9,1	11,3	8,4
Tasso std (EUR)*	14,2	5,9	8,6	5,2
Tasso std (MON)*	9,3	4	5,4	3,6
Rischio cum. (0-74)	1,12%	0,45%	0,49%	0,35%
Età mediana	72	73	76	75
Età media	70,5	71,1	72,6	71,1
SIR/SMR (POOL)	0,49	0,37	0,43	0,51
IC95%	0,38-0,62	0,26-0,51	0,31-0,58	0,35-0,7

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	91,8
Strumentale	4,5
Clinica	1,8
Certificato di decesso	1,8

Tabella 3
Gruppi morfologici

	%
Adenocarcinoma NAS	42,6
Adenocarcinoma, tipo intestinale	30,7
Carcinoma ad anello con castone	14,9
Carcinoma NAS	7,9
Altri adenocarcinomi specificati	2
Altre morfologie	1
Non specificato	1

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

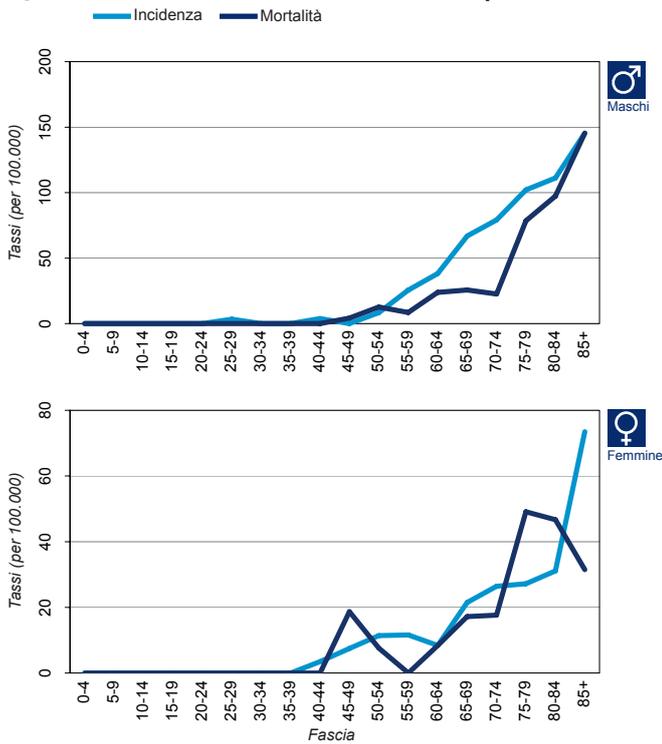


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

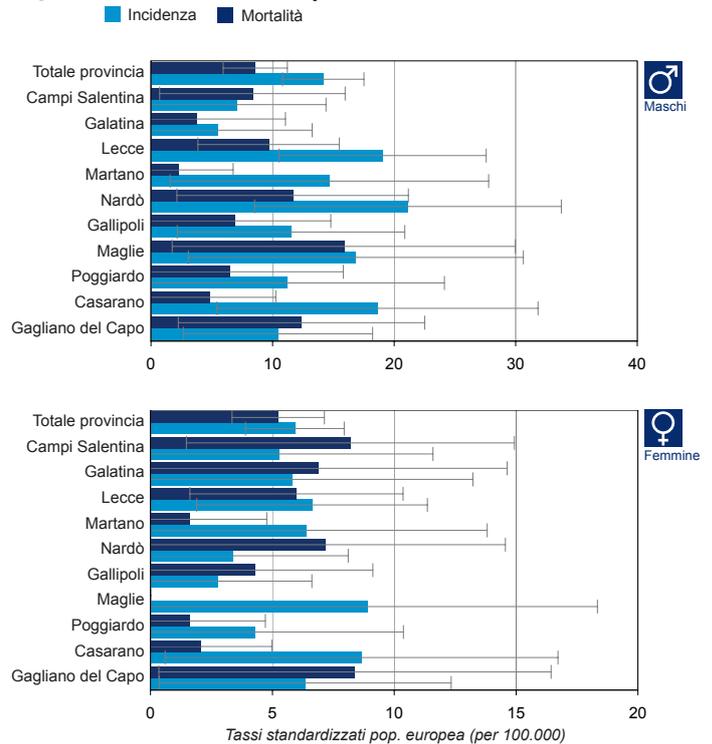
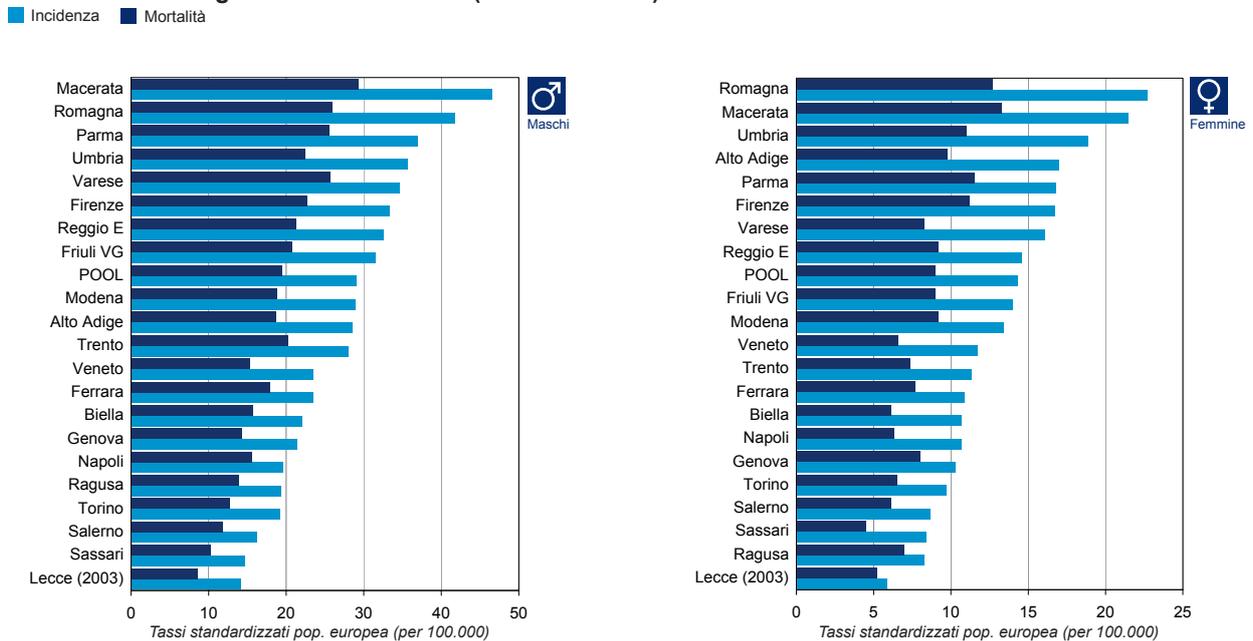


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Colon-Retto

Tabella 1

Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	246	230	85	96
% sul totale casi	11,4	13,7	7,2	12,6
Tasso grezzo*	64,4	54,9	22,3	22,9
Tasso std (EUR)*	47,7	36,6	16,2	12,6
Tasso std (MON)*	31,3	25,1	10,3	7,9
Rischio cum. (0-74)	3,74%	2,99%	1,02%	0,82%
Età mediana	72	70	75	76
Età media	70,4	69	72,5	75,8
SIR/SMR (POOL)	0,76	0,86	0,66	0,87
IC95%	0,67-0,86	0,75-0,98	0,52-0,81	0,7-1,06

*per 100.000 abitanti

Tabella 2

Modalità di diagnosi

	%
Istologica	90,5
Istologica su metastasi	0,4
Citologica	0,2
Chirurgia senza istologia	0,6
Strumentale	4
Clinica	3,2
Certificato di decesso	1,1

Tabella 3

Gruppi morfologici

	%
Adenocarcinoma NAS	84,8
Adenocarcinoma specificato	10,4
Altre morfologie	2,3
Carcinoma NAS	1,8
Non specificato	0,7

Figura 1: Tassi di incidenza e mortalità età specifici

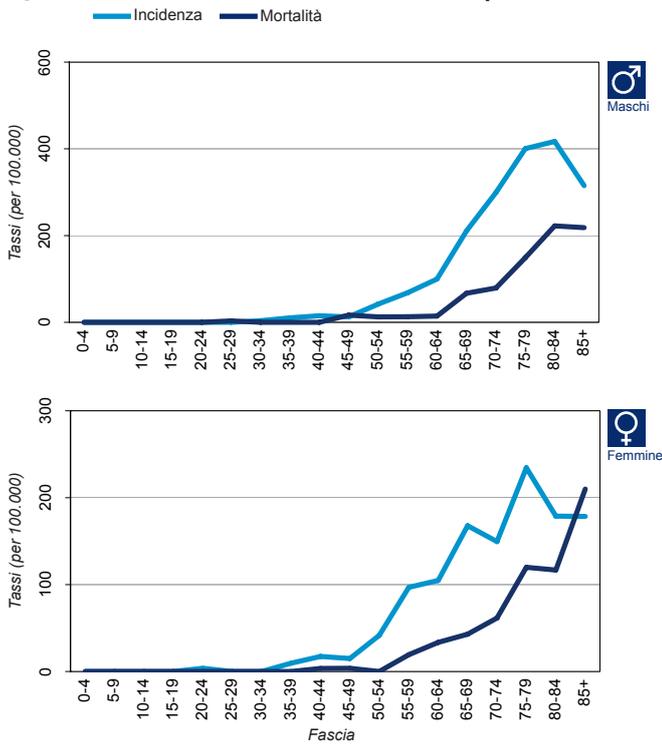


Figura 2: Tassi di incidenza per distretto sanitario

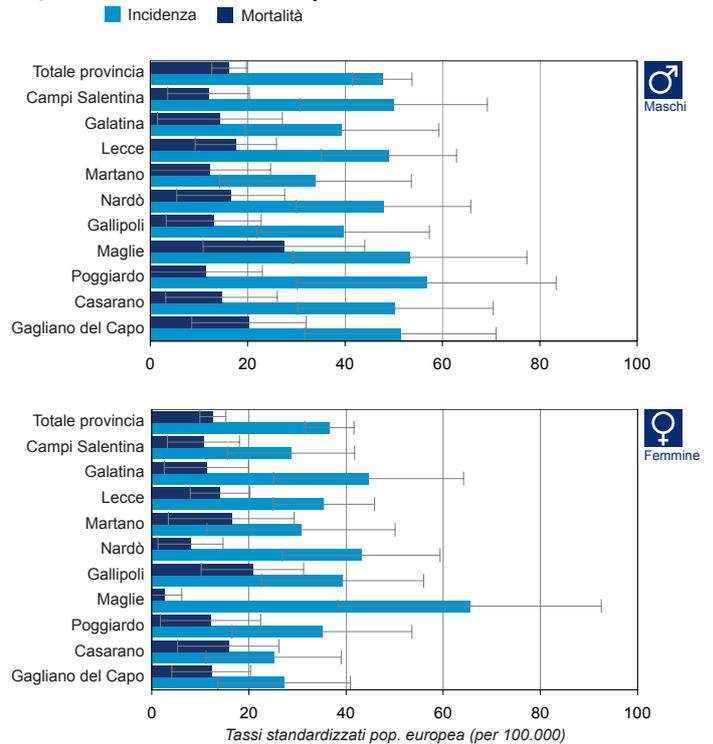
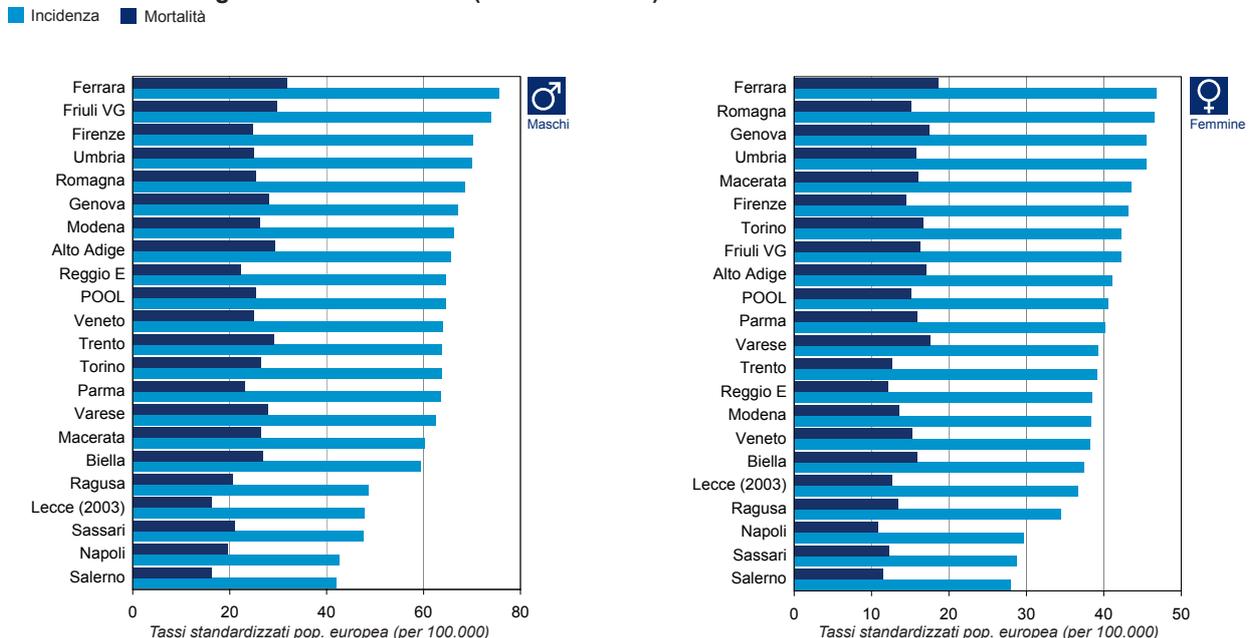


Figura 3: Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)



Fegato

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	85	54	64	44
% sul totale casi	4,1	3,2	5,4	5,8
Tasso grezzo*	22,3	12,9	16,8	10,5
Tasso std (EUR)*	16,5	7,4	12,4	5,9
Tasso std (MON)*	11	4,9	7,9	3,7
Rischio cum. (0-74)	1,55%	0,59%	0,82%	0,4%
Età mediana	71	74	74	77
Età media	69,8	73,9	72,6	76,1
SIR/SMR (POOL)	0,87	1,18	0,79	1,06
IC95%	0,7-1,08	0,88-1,54	0,61-1,01	0,77-1,43

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	40,3
Istologica su metastasi	0,7
Chirurgia senza istologia	1,4
Strumentale	45,3
Clinica	7,2
Certificato di decesso	5

Tabella 3
Gruppi morfologici

	%
Carcinoma epatocellulare	61,4
Colangiocarcinoma	21,1
Carcinoma NAS	7
Non specificato	7
Altre morfologie	3,5

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

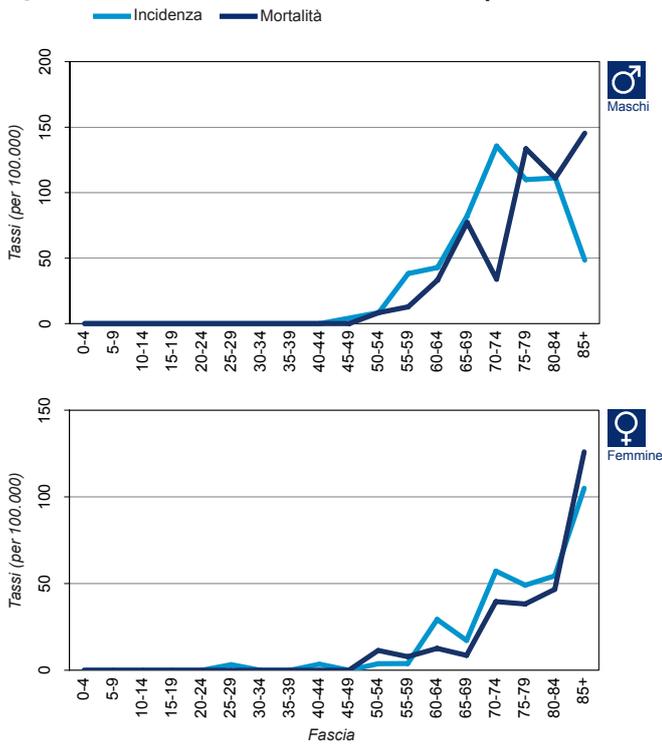


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

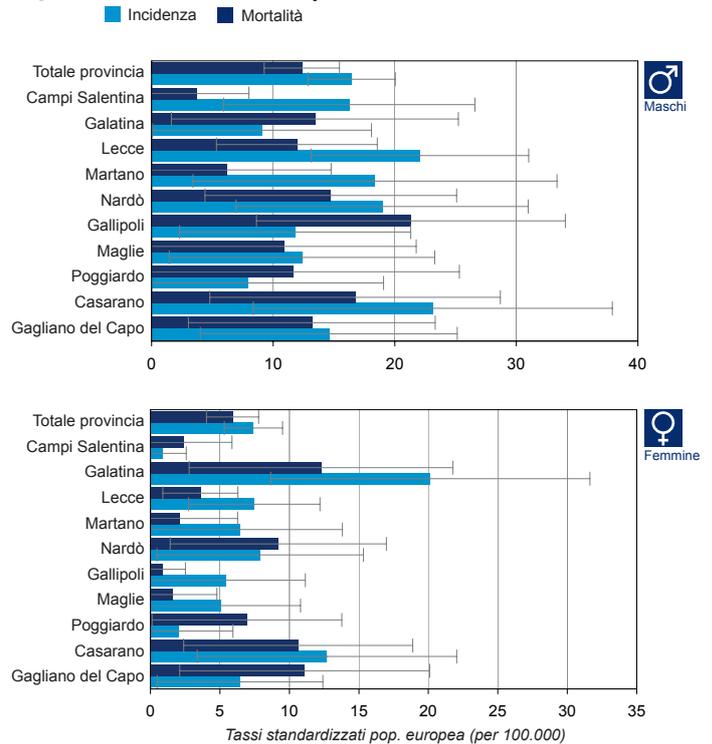
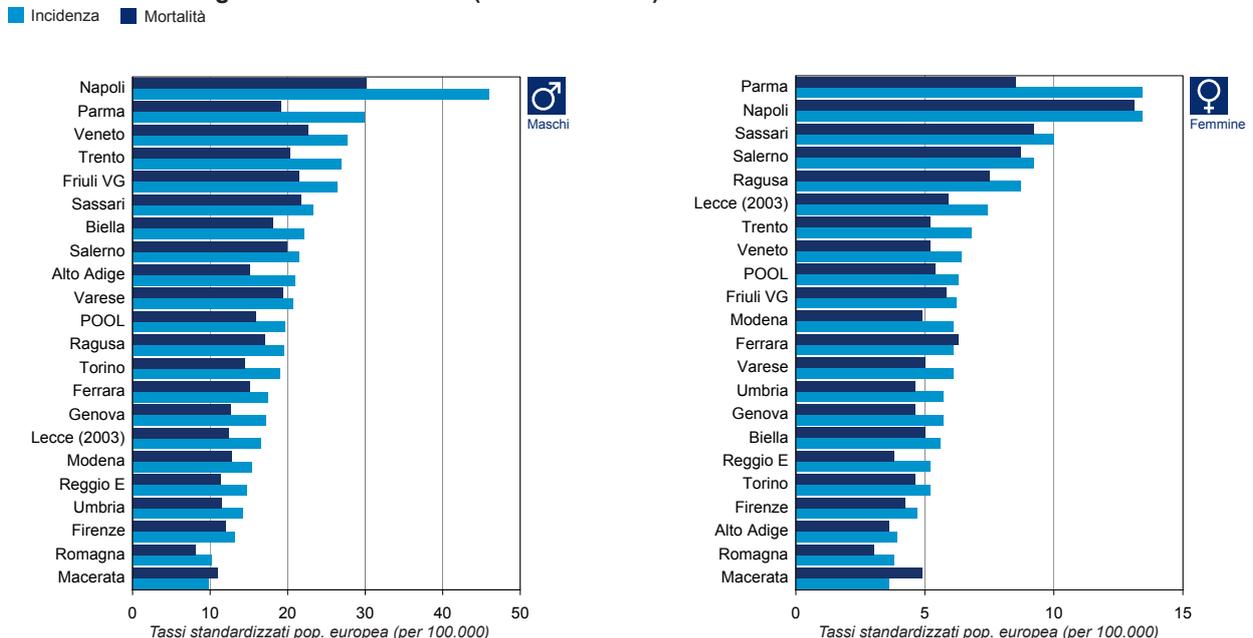


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Vie biliari

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	18	29	9	24
% sul totale casi	0,9	1,7	0,8	3,1
Tasso grezzo*	4,7	6,9	2,4	5,7
Tasso std (EUR)*	3,5	4,1	1,8	2,9
Tasso std (MON)*	2,4	2,6	1,2	1,8
Rischio cum. (0-74)	0,3%	0,27%	0,15%	0,17%
Età mediana	71	76	65	80
Età media	69,3	73,3	68,8	77,8
SIR/SMR (POOL)	0,75	0,81	0,55	0,94
IC95%	0,45-1,19	0,54-1,16	0,25-1,04	0,6-1,4

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	57,4
Istologica su metastasi	2,1
Strumentale	38,3
Clinica	2,1

Tabella 3
Gruppi morfologici

	%
Adenocarcinoma	89,3
Non specificato	7,1
Altre morfologie	3,6

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

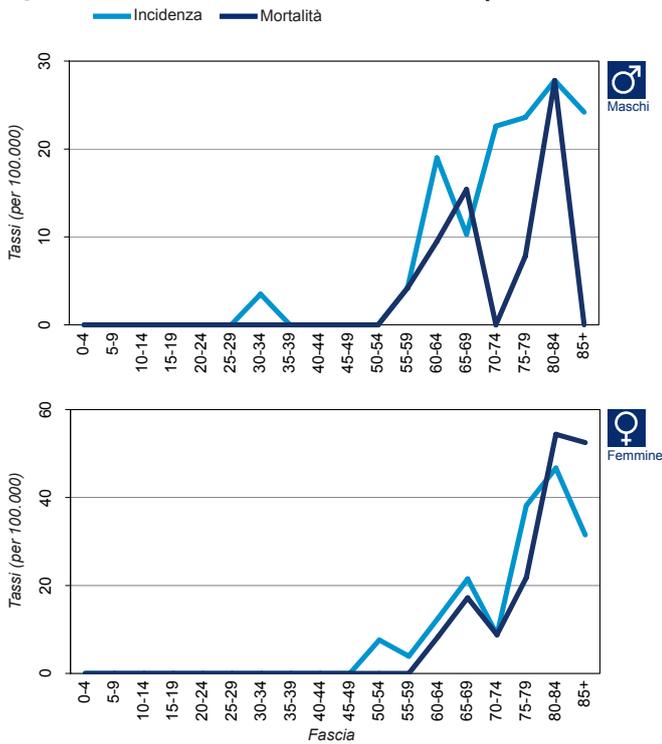


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

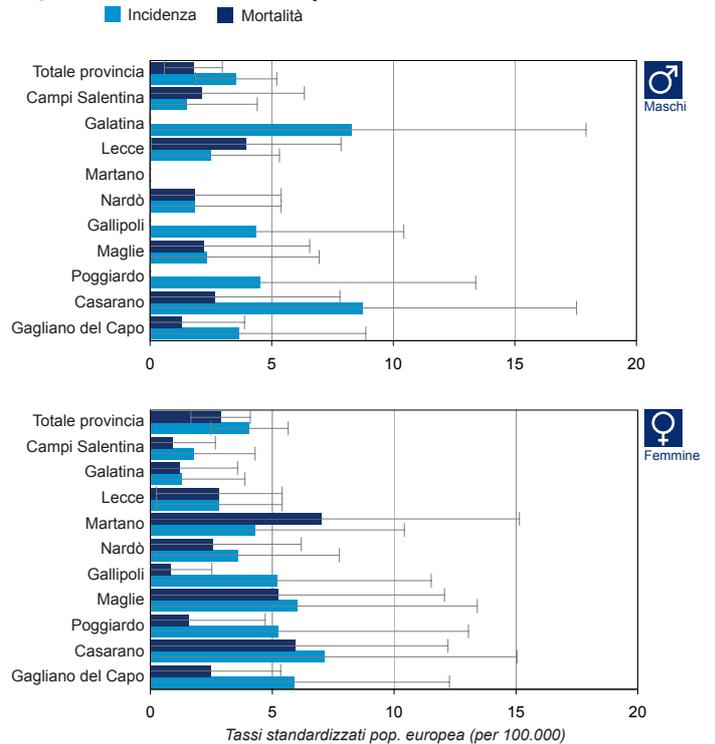
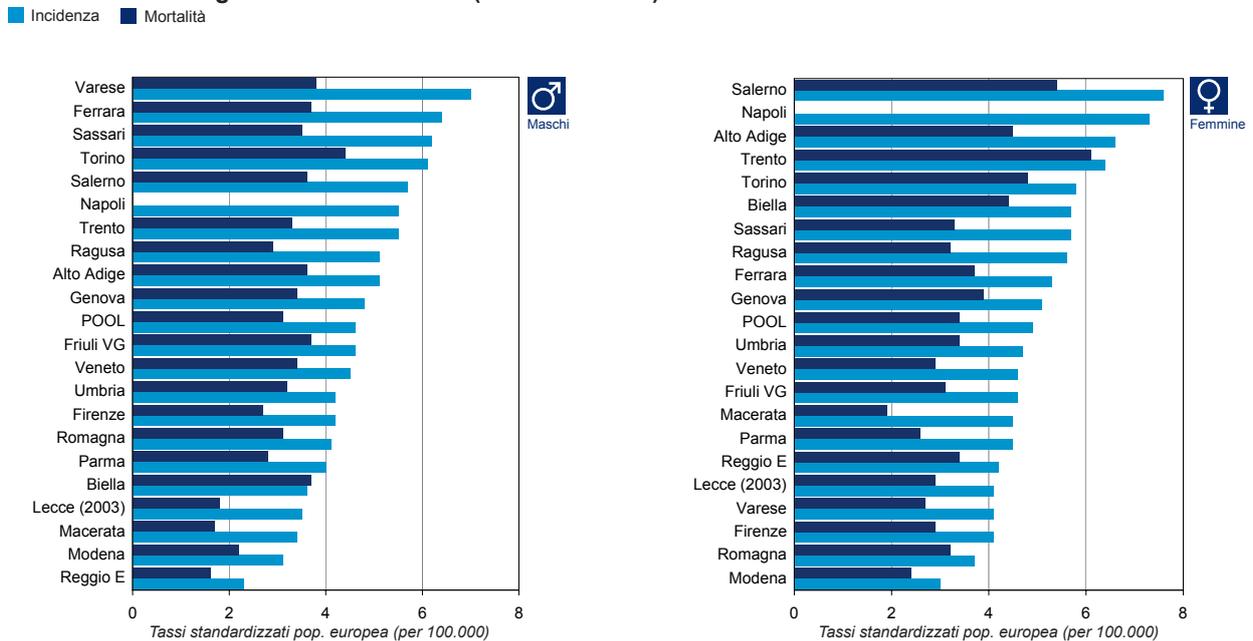


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Pancreas

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	47	51	44	43
% sul totale casi	2,3	3	3,7	5,6
Tasso grezzo*	12,3	12,2	11,5	10,3
Tasso std (EUR)*	9,9	6,7	8,7	5,9
Tasso std (MON)*	6,7	4,3	5,8	3,8
Rischio cum. (0-74)	0,72%	0,54%	0,66%	0,54%
Età mediana	66	75	71	73
Età media	67,4	75,2	70,4	73,4
SIR/SMR (POOL)	0,75	0,8	0,75	0,72
IC95%	0,55-1	0,6-1,06	0,55-1,01	0,52-0,98

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	41,8
Istologica su metastasi	3,1
Chirurgia senza istologia	2
Strumentale	44,9
Clinica	6,1
Certificato di decesso	2

Tabella 3
Gruppi morfologici

	%
Adenocarcinoma	75
Carcinoma NAS	9,1
Non specificato	9,1
Altre morfologie	6,8

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

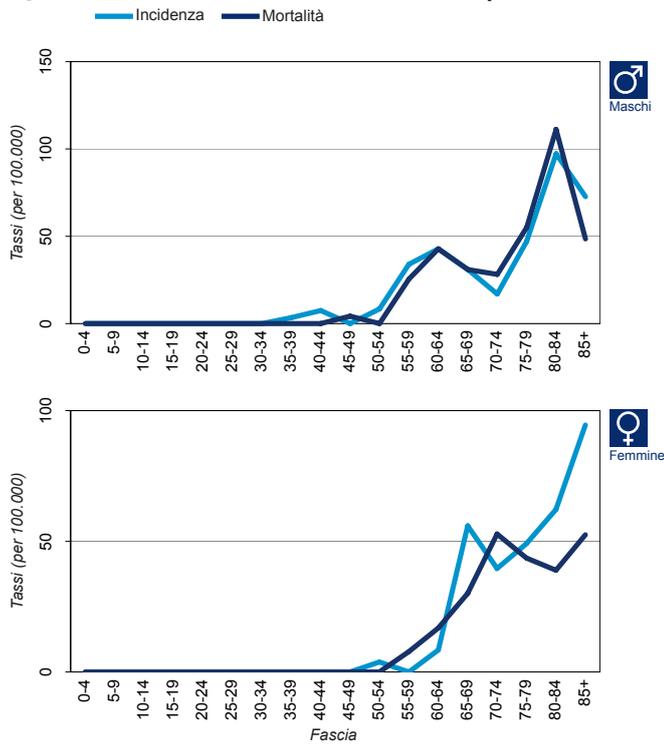


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

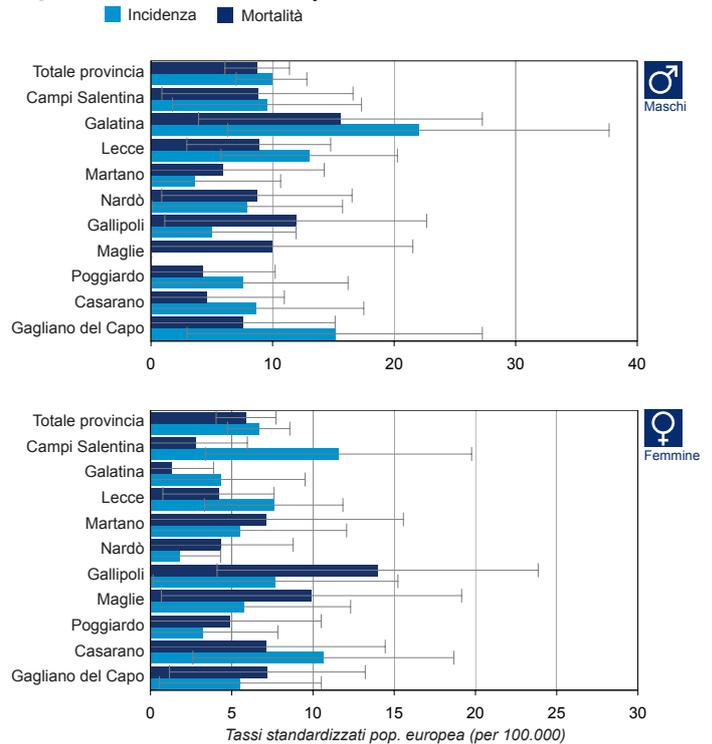
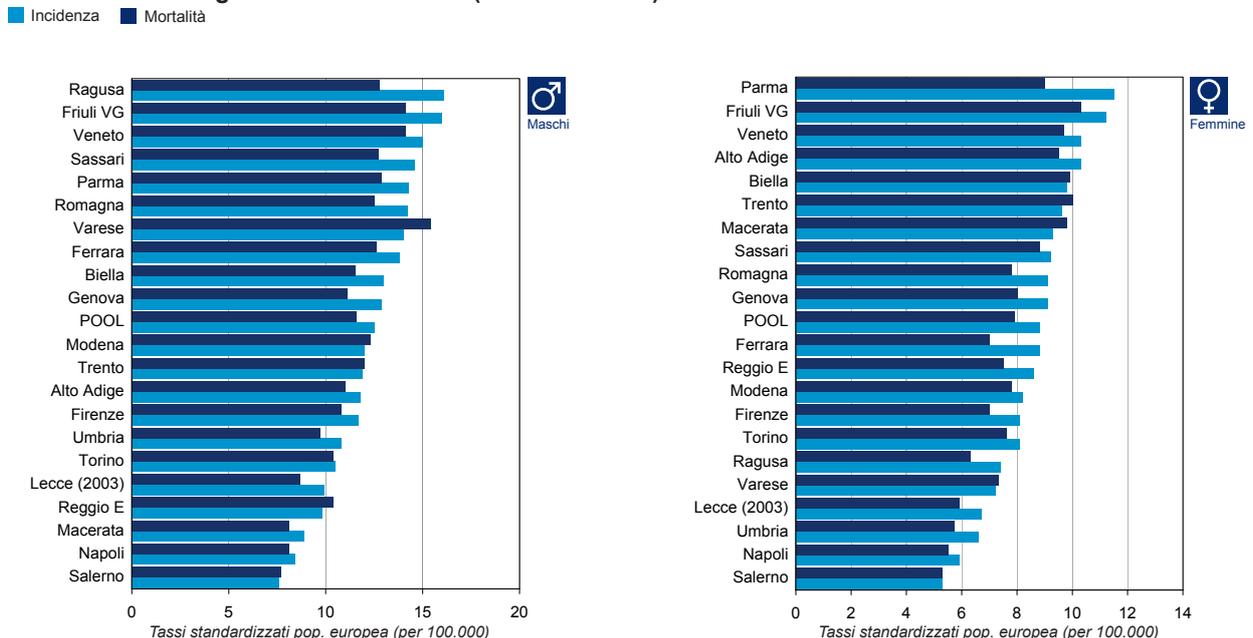


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Polmone

Tabella 1

Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	430	53	395	44
% sul totale casi	20,6	3,2	33,4	5,8
Tasso grezzo*	112,6	12,6	103,5	10,5
Tasso std (EUR)*	87,1	8,8	77,6	6,4
Tasso std (MON)*	58,9	6,3	51	4,2
Rischio cum. (0-74)	7,16%	0,76%	6,05%	0,48%
Età mediana	69	68	71	74
Età media	68,2	67,3	69,8	72,8
SIR/SMR (POOL)	1,06	0,49	1,1	0,5
IC95%	0,96-1,16	0,37-0,65	1-1,22	0,36-0,67

*per 100.000 abitanti

Tabella 2

Modalità di diagnosi

	%
Istologica	62,1
Istologica su metastasi	0,4
Citologica	2,5
Marker tumorale	0,2
Strumentale	27,3
Clinica	5
Certificato di decesso	2,5

Tabella 3

Gruppi morfologici

	%
Squamocellulare	38,5
Adenocarcinoma	22,9
Carcinoma NAS	14,3
Piccole cellule	10,8
Non specificato	9,9
Grandi cellule	1,9
Altre morfologie	1,6

Figura 1: Tassi di incidenza e mortalità età specifici

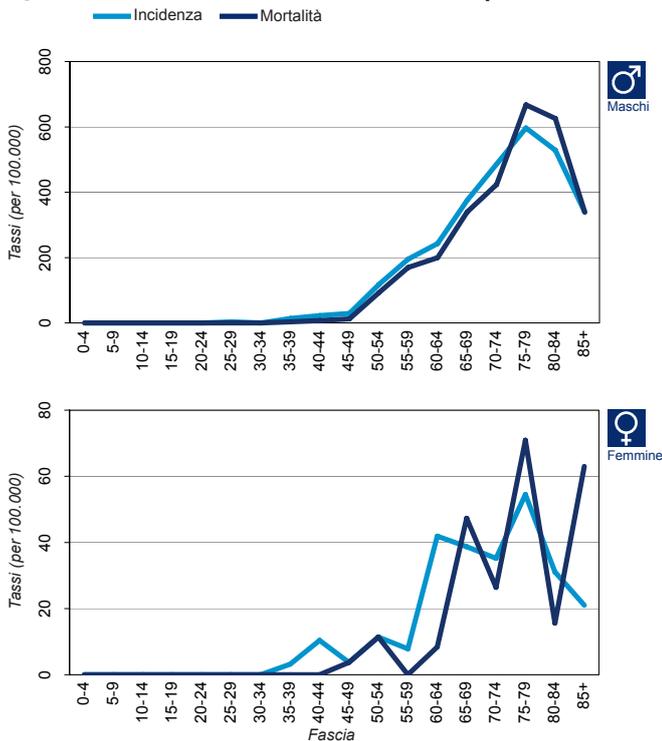


Figura 2: Tassi di incidenza per distretto sanitario

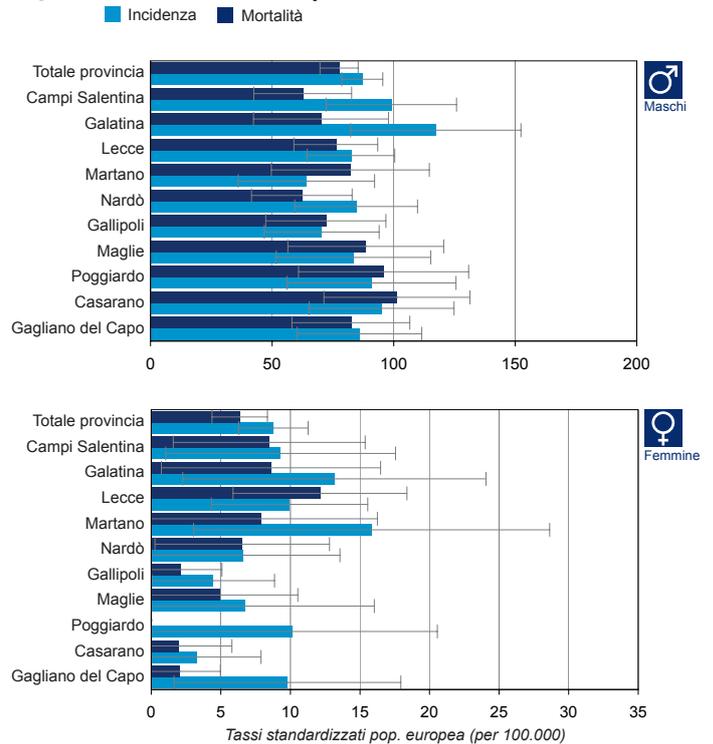
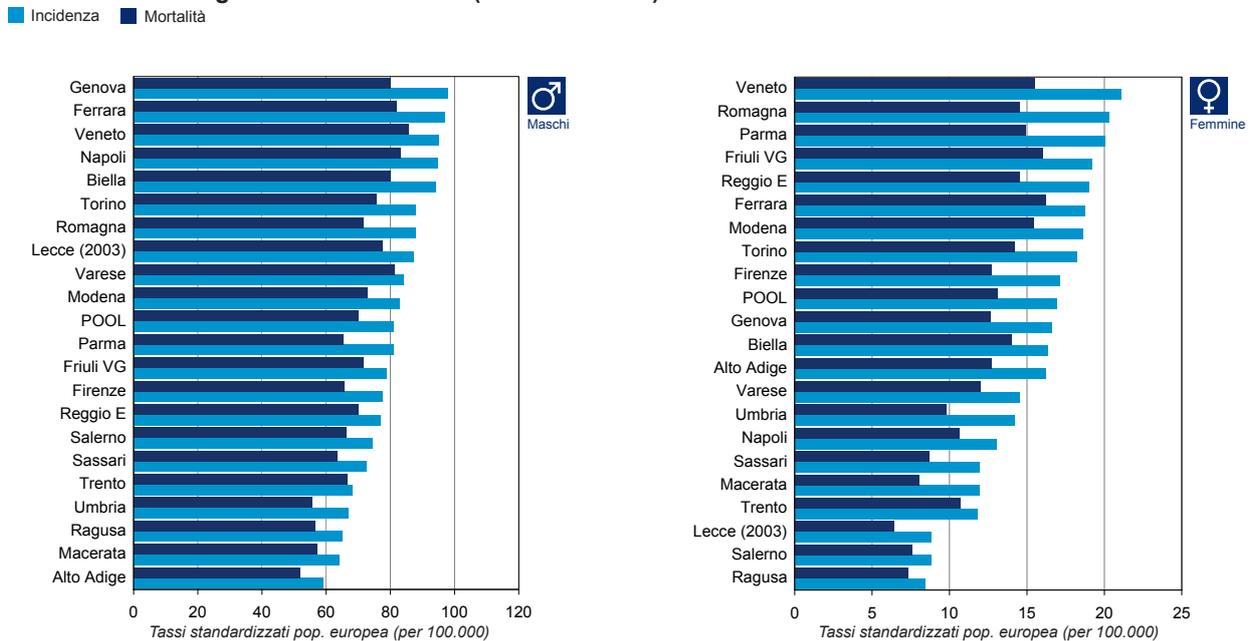


Figura 3: Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)



Melanoma cutaneo

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	24	29	8	10
% sul totale casi	1,1	1,7	0,7	1,3
Tasso grezzo*	6,3	6,9	2,1	2,4
Tasso std (EUR)*	5,5	5,9	1,7	1,9
Tasso std (MON)*	4,2	4,6	1,2	1,5
Rischio cum. (0-74)	0,47%	0,48%	0,12%	0,16%
Età mediana	56	59	67	69
Età media	57,1	56,2	70,4	59,7
SIR/SMR (POOL)	0,53	0,55	0,71	1,07
IC95%	0,34-0,79	0,37-0,8	0,3-1,39	0,51-1,97

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	94,3
Chirurgia senza istologia	1,9
Clinica	1,9
Certificato di decesso	1,9

Tabella 3
Gruppi morfologici

	%
Melanoma NAS	60
Altre morfologie	18
Melanoma nodulare	10
Melanoma a diffusione superficiale	8
Lentigo maligna	2
Acrcle lentiginoso	2

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

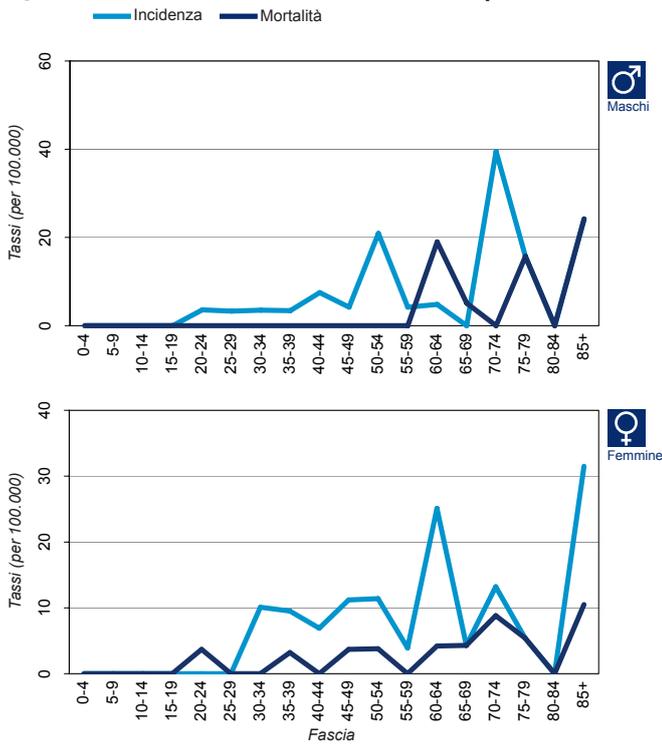


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

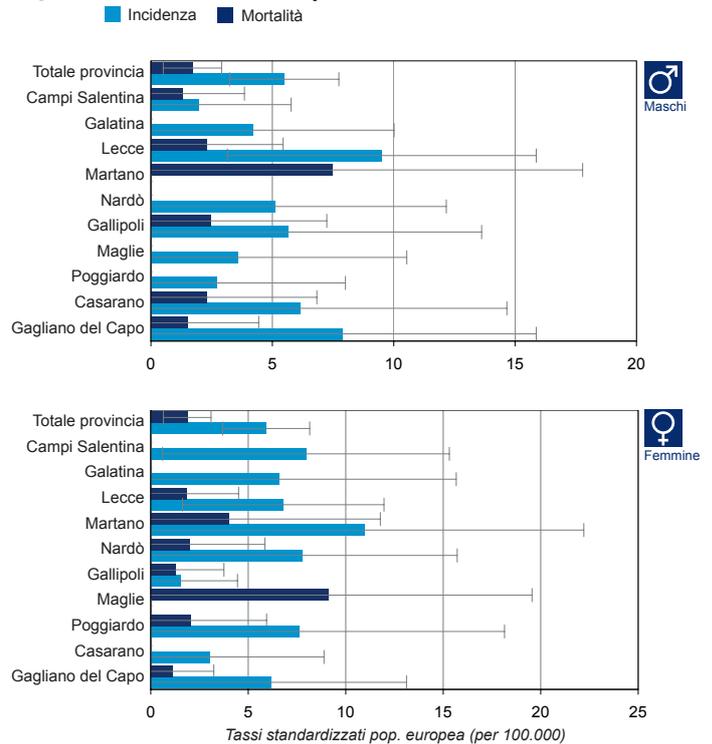
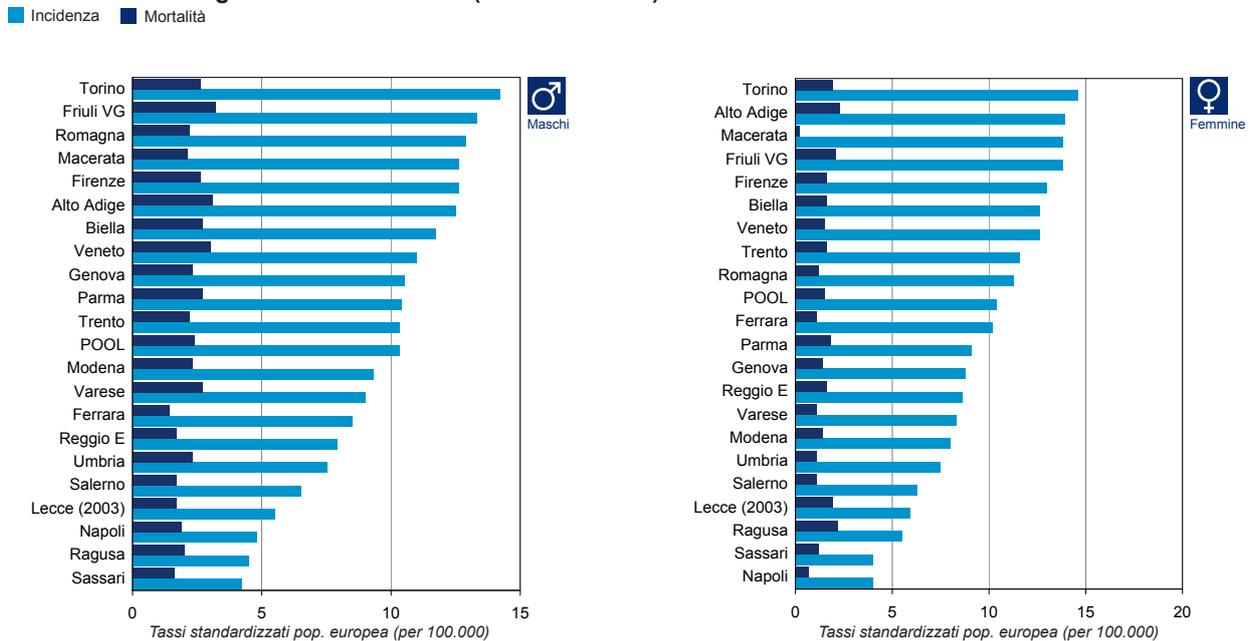


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Mammella femminile

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza Femmine	Mortalità Femmine
Numero casi	492	154
% sul totale casi	29,4	20,2
Tasso grezzo*	117,4	36,7
Tasso std (EUR)*	95,9	22,8
Tasso std (MON)*	71,8	15,3
Rischio cum. (0-74)	7,7%	1,64%
Età mediana	61	73
Età media	60,3	71,8
SIR/SMR (POOL)	0,82	0,98
IC95%	0,75-0,9	0,83-1,14

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	92,5
Istologica su metastasi	0,4
Chirurgia senza istologia	2,8
Strumentale	1,4
Clinica	2,2
Certificato di decesso	0,6

Tabella 3
Istotipi più frequenti

	%
Duttale	75,7
Altre morfologie	10,6
Carcinoma NAS	6,3
Lobulare	4,3
Mucinoso	1,7
Non specificato	1,3

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

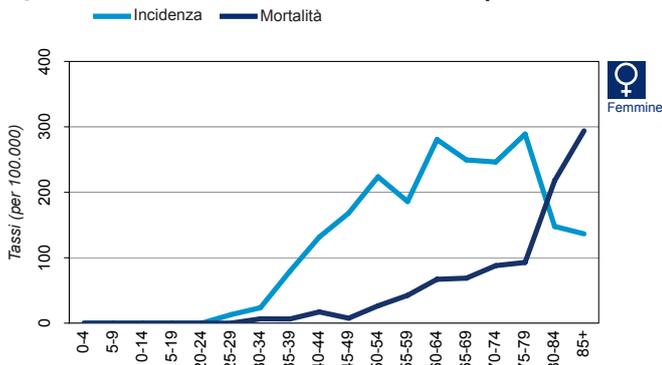


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

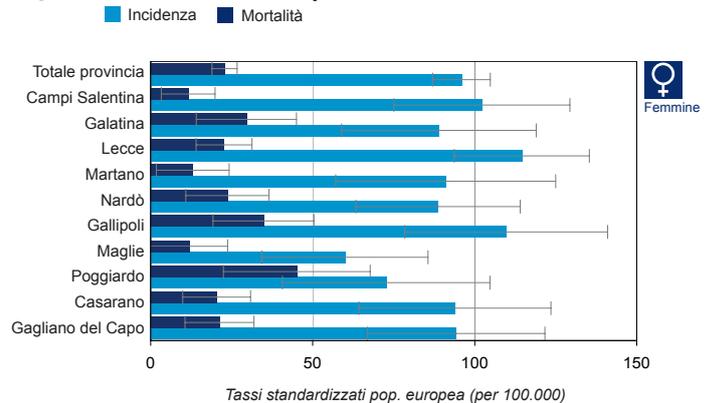
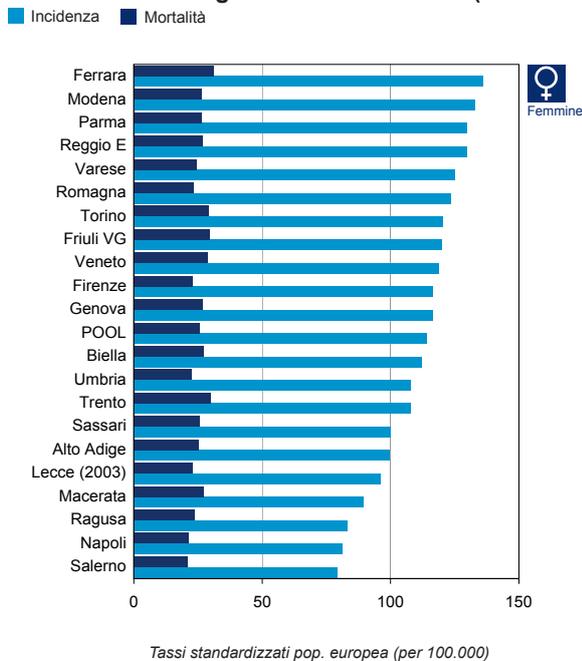


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Utero, collo

Tabella 1

Sintesi dei risultati

	Incidenza Femmine	Mortalità** Femmine
Numero casi	34	12
% sul totale casi	2	1,6
Tasso grezzo*	8,1	2,9
Tasso std (EUR)*	6,6	1,7
Tasso std (MON)*	5	1,1
Rischio cum. (0-74)	0,45%	0,19%
Età mediana	59	73
Età media	59,4	72,8
SIR/SMR (POOL)	0,87	2,12
IC95%	0,61-1,22	1,09-3,7

*per 100.000 abitanti

**24 decessi sono stati attribuiti a tumori dell'utero NAS. E' pertanto probabile che i dati di mortalità per tumore del collo dell'utero siano affetti da sottostima

Figura 1: Tassi di incidenza e mortalità età specifici

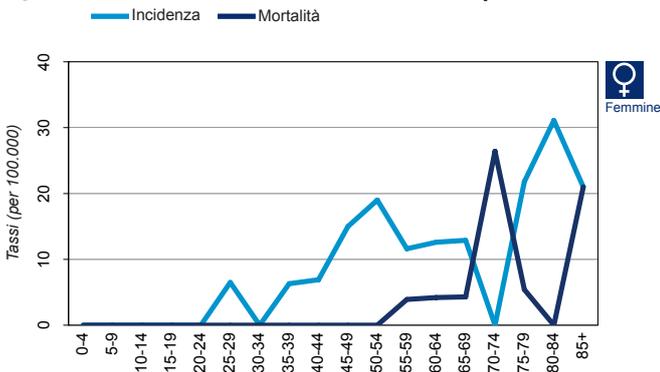


Tabella 2

Modalità di diagnosi

	%
Istologica	85,3
Clinica	8,8
Certificato di decesso	5,9

Tabella 3

Istotipi più frequenti

	%
Squamocellulare	37,9
Adenocarcinoma	34,5
Carcinoma NAS	20,7
Non specificato	6,9

Figura 2: Tassi di incidenza per distretto sanitario

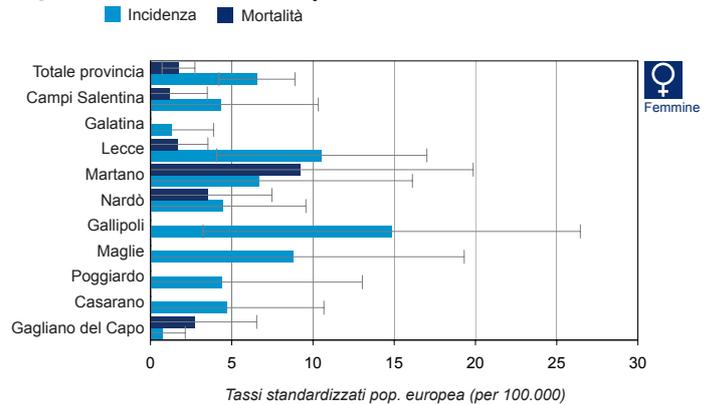
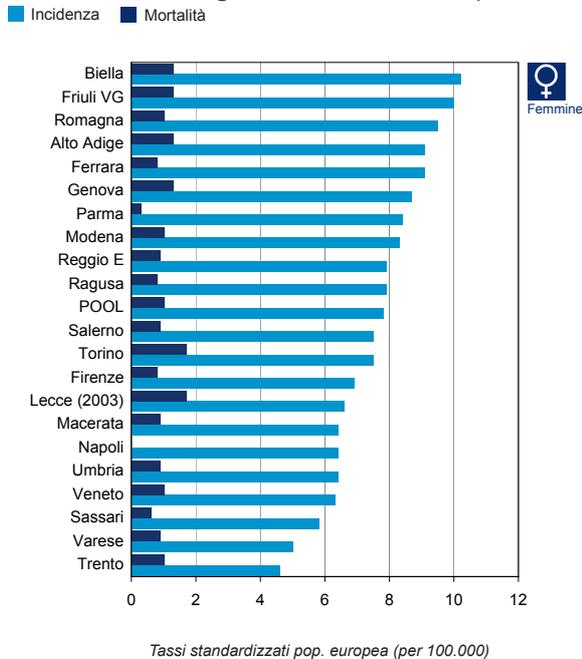


Figura 3: Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)



Utero, corpo

Tabella 1

Sintesi dei risultati

	Incidenza Femmine	Mortalità** Femmine
Numero casi	95	6
% sul totale casi	5,7	0,8
Tasso grezzo*	22,7	1,4
Tasso std (EUR)*	15,9	0,9
Tasso std (MON)*	11	0,6
Rischio cum. (0-74)	1,26%	0,09%
Età mediana	66	74
Età media	67,1	75,3
SIR/SMR (POOL)	1,01	0,79
IC95%	0,82-1,24	0,29-1,72

*per 100.000 abitanti

**24 decessi sono stati attribuiti a tumori dell'utero NAS. E' pertanto probabile che i dati di mortalità per tumore del corpo dell'utero siano affetti da sottostima

Figura 1: Tassi di incidenza e mortalità età specifici



Tabella 2

Modalità di diagnosi

	%
Istologica	94,7
Strumentale	4,2
Certificato di decesso	1,1

Tabella 3

Istotipi più frequenti

	%
Adenocarcinoma	86,7
Altre morfologie	11,1
Non specificato	1,1
Carcinoma NAS	1,1

Figura 2: Tassi di incidenza per distretto sanitario

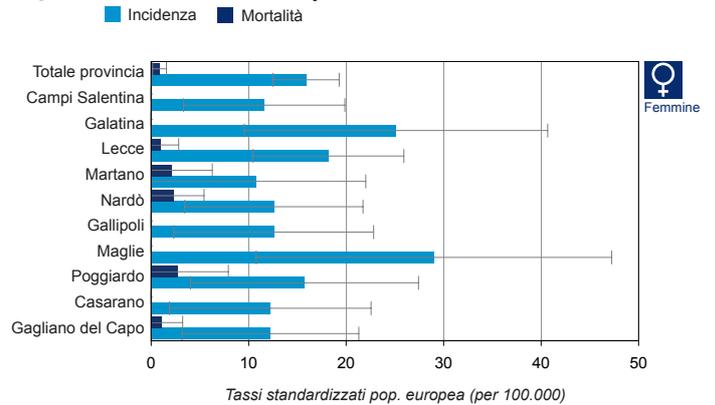


Figura 3: Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)

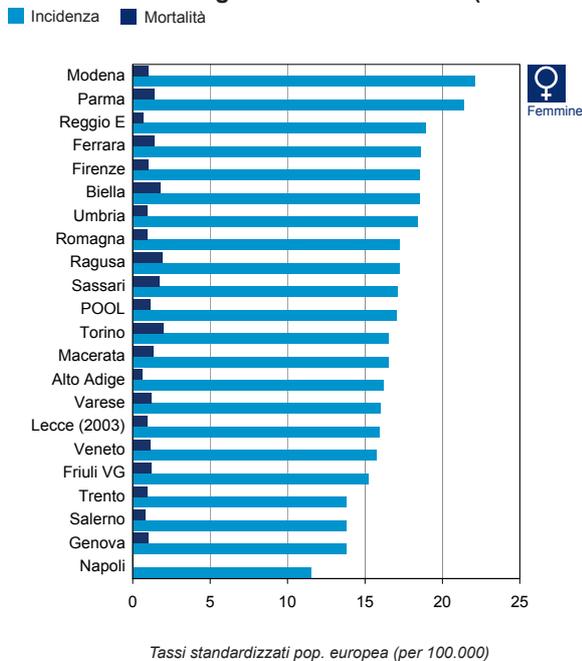


Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza Femmine	Mortalità Femmine
Numero casi	68	32
% sul totale casi	4,1	4,2
Tasso grezzo*	16,2	7,6
Tasso std (EUR)*	13,8	6,2
Tasso std (MON)*	10,4	4,6
Rischio cum. (0-74)	1,13%	0,52%
Età mediana	56	64
Età media	57	62,2
SIR/SMR (POOL)	0,97	0,77
IC95%	0,76-1,23	0,53-1,08

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	67,6
Istologica su metastasi	2,9
Citologica	2,9
Chirurgia senza istologia	2,9
Strumentale	17,6
Clinica	5,9

Tabella 3
Istotipi più frequenti

	%
Adenocarcinoma NAS	28
Sieroso	24
Altre morfologie	16
Non specificato	14
Mucinoso	12
Endometrioide	6

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

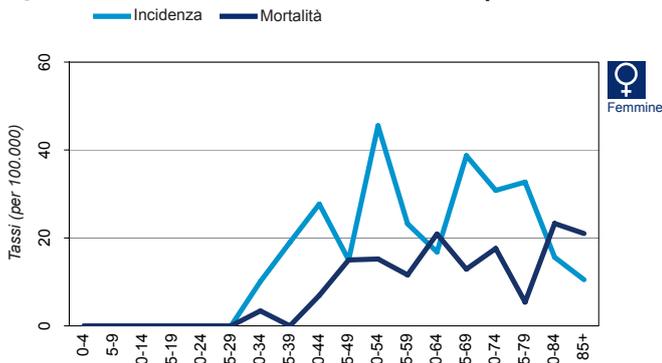


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

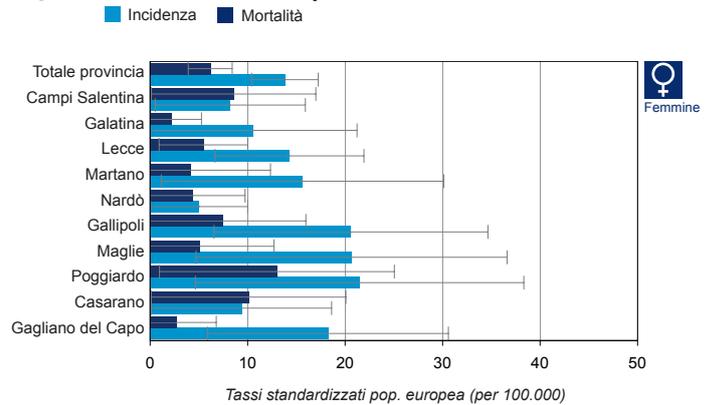
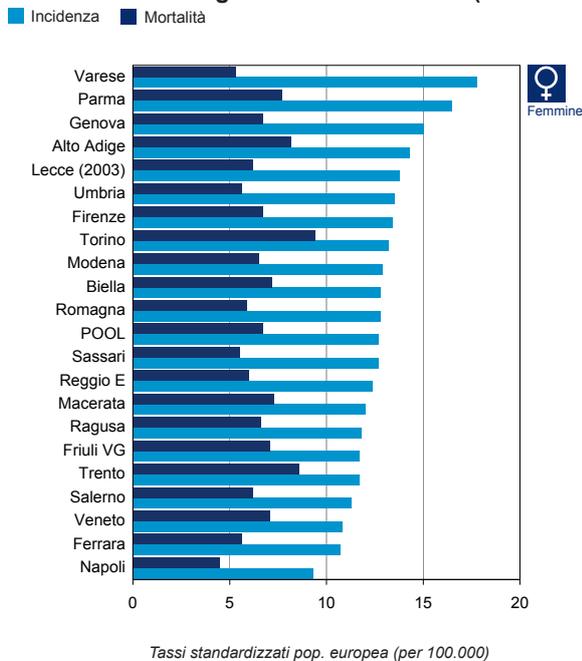


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Prostata

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza Maschi	Mortalità Maschi
Numero casi	287	122
% sul totale casi	13,7	10,3
Tasso grezzo*	75,2	32
Tasso std (EUR)*	56	22,9
Tasso std (MON)*	36,8	12,8
Rischio cum. (0-74)	4,93%	0,8%
Età mediana	71	81
Età media	71,1	79,5
SIR/SMR (POOL)	0,7	1,23
IC95%	0,62-0,78	1,02-1,47

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	88,5
Chirurgia senza istologia	0,7
Strumentale	2,8
Clinica	4,2
Certificato di decesso	3,8

Tabella 3
Istotipi più frequenti

	%
Moderatamente differenziato	49,6
Non specificato	24
Scarsamente differenziato	16,1
Ben differenziato	10,2

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

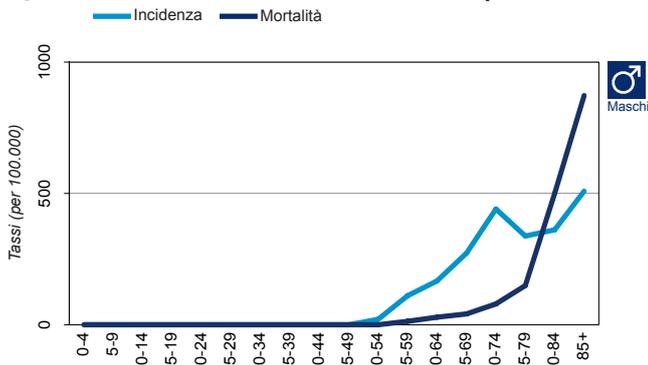


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

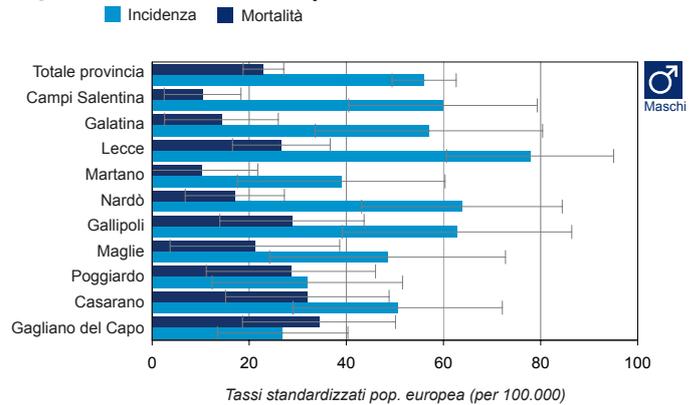
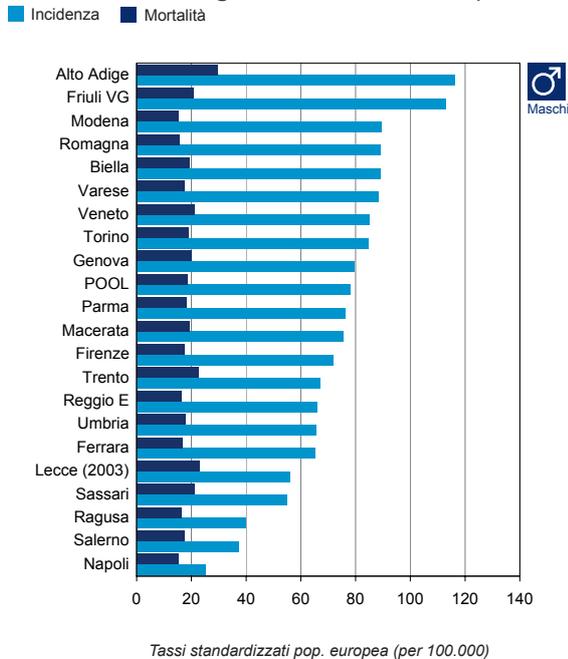


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Testicolo

Tabella 1

Sintesi dei risultati

	Incidenza Maschi	Mortalità Maschi
Numero casi	19	1
% sul totale casi	0,9	0,1
Tasso grezzo*	5	0,3
Tasso std (EUR)*	4,6	0,2
Tasso std (MON)*	4,4	0,2
Rischio cum. (0-74)	0,33%	0,02%
Età mediana	30	32
Età media	36,4	32
SIR/SMR (POOL)	0,94	0,86
IC95%	0,57-1,47	0,01-4,81

*per 100.000 abitanti

Tabella 2

Modalità di diagnosi

	%
Istologica	78,9
Chirurgia senza istologia	10,5
Strumentale	10,5

Tabella 3

Istotipi più frequenti

	%
Seminoma	60
Embrionale	13,3
Coriocarcinoma	13,3
Non specificato	6,7
Altre morfologie	6,7

Figura 1: Tassi di incidenza e mortalità età specifici

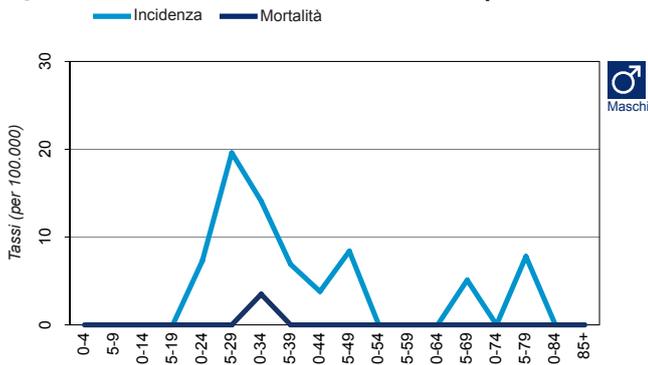


Figura 2: Tassi di incidenza per distretto sanitario

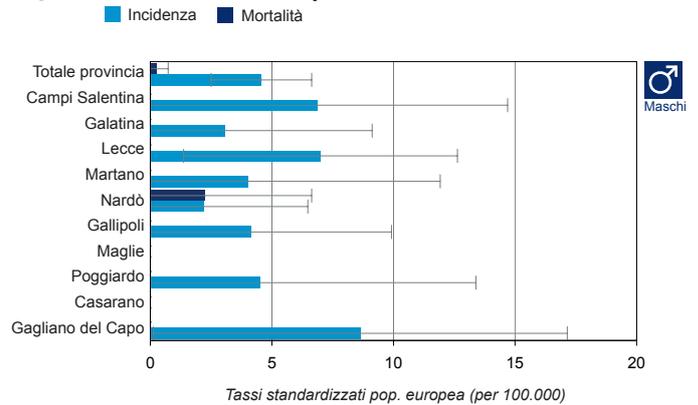
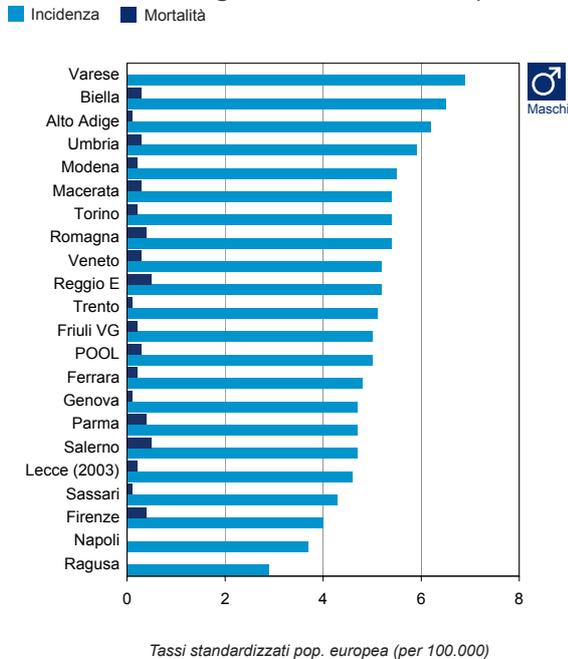


Figura 3: Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)



Rene e vie urinarie

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	80	44	21	15
% sul totale casi	3,8	2,6	1,8	2
Tasso grezzo*	21	10,5	5,5	3,6
Tasso std (EUR)*	16,5	7,3	3,9	2,2
Tasso std (MON)*	11,2	5,4	2,5	1,4
Rischio cum. (0-74)	1,43%	0,63%	0,31%	0,14%
Età mediana	70	71	73	75
Età media	67	67,9	72,2	71,5
SIR/SMR (POOL)	0,88	0,88	0,67	0,92
IC95%	0,7-1,09	0,64-1,18	0,41-1,02	0,51-1,51

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	79
Chirurgia senza istologia	1,6
Strumentale	12,9
Clinica	4
Certificato di decesso	2,4

Tabella 3
Gruppi morfologici

	%
Cellule renali	51
Non specificato	25,5
Cellule transizionali/squamose	14,3
Altre morfologie	9,2

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

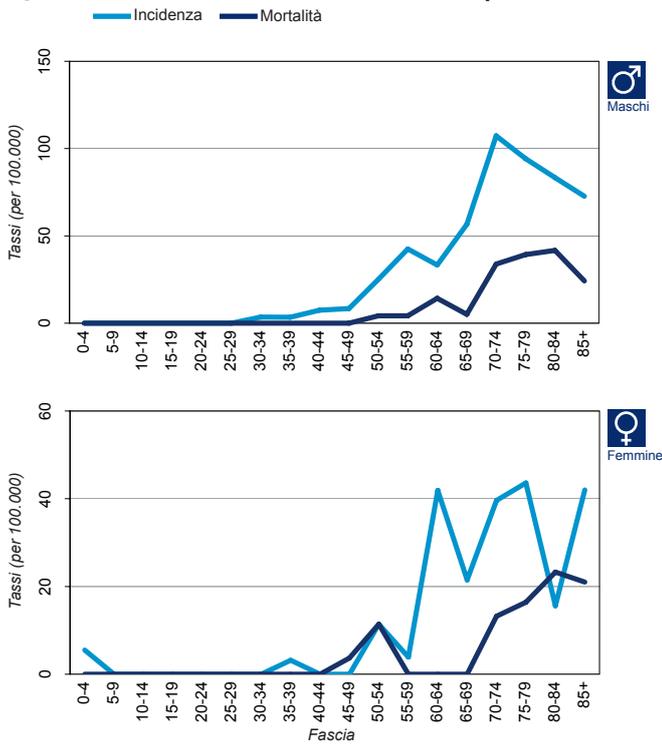


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

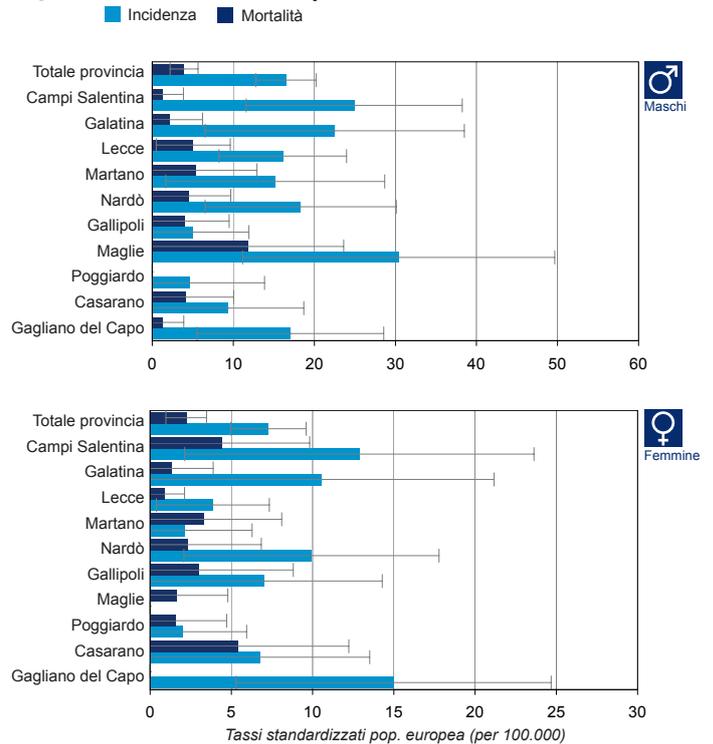
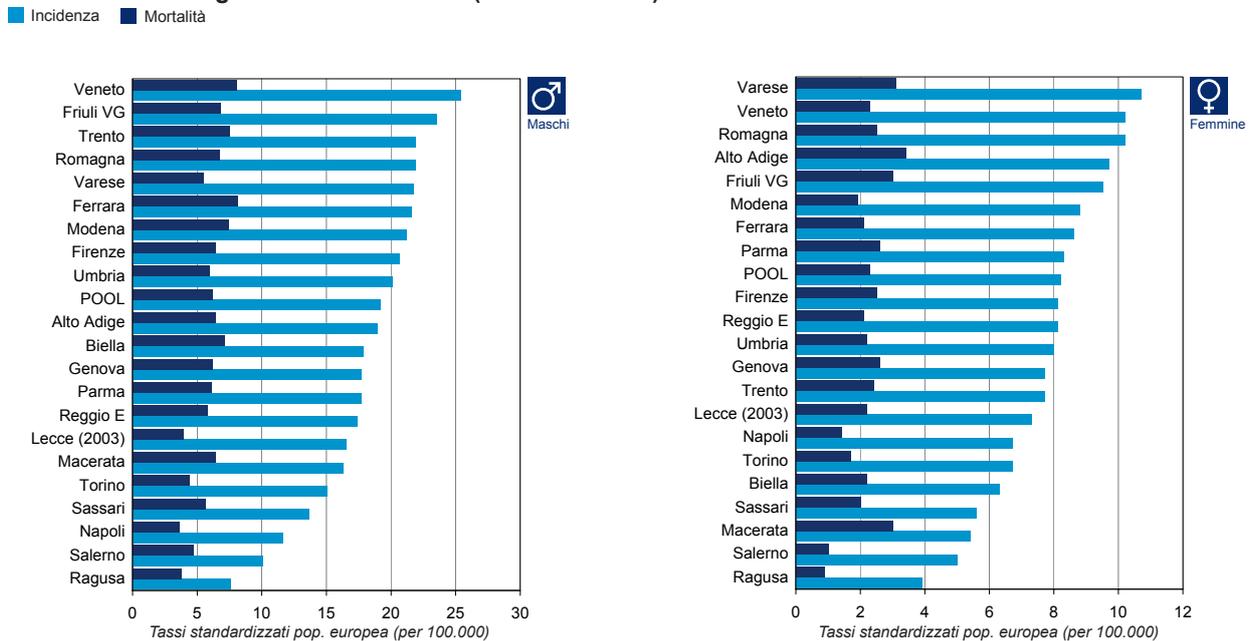


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Vescica

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	301	47	83	13
% sul totale casi	14,4	2,8	7	1,7
Tasso grezzo*	78,8	11,2	21,7	3,1
Tasso std (EUR)*	59,7	7,1	15	1,6
Tasso std (MON)*	39,5	4,6	8,6	1
Rischio cum. (0-74)	4,84%	0,47%	0,71%	0,11%
Età mediana	71	76	79	77
Età media	69,6	71,7	77,7	79,8
SIR/SMR (POOL)	1,17	0,76	1,46	0,89
IC95%	1,04-1,31	0,56-1,01	1,17-1,81	0,47-1,52

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

Istologica	90,8
Chirurgia senza istologia	1,1
Strumentale	5,5
Clinica	2
Certificato di decesso	0,6

Tabella 3
Gruppi morfologici

	%
Cellule transizionali	70,3
Carcinoma NAS	25,3
Adenocarcinoma	1,6
Non specificato	1,3
Altre morfologie	0,9
Squamocellulare	0,6

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

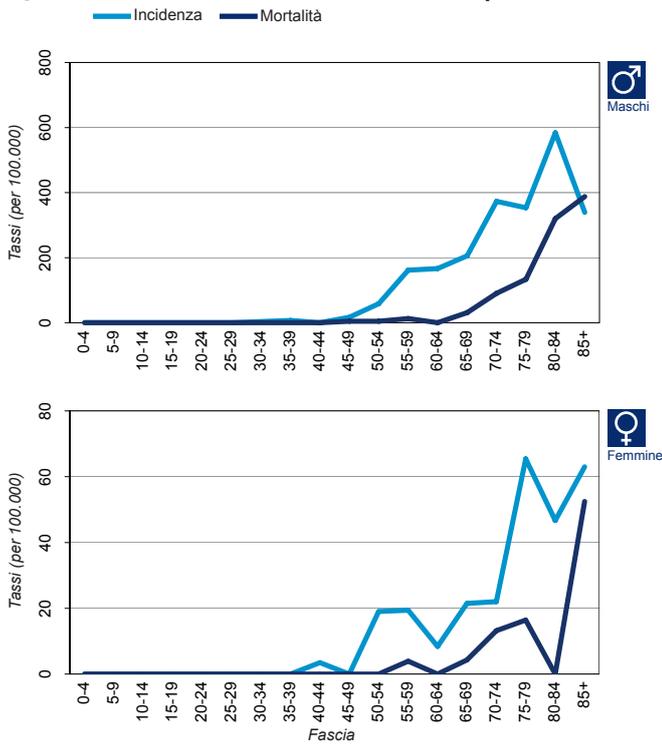


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

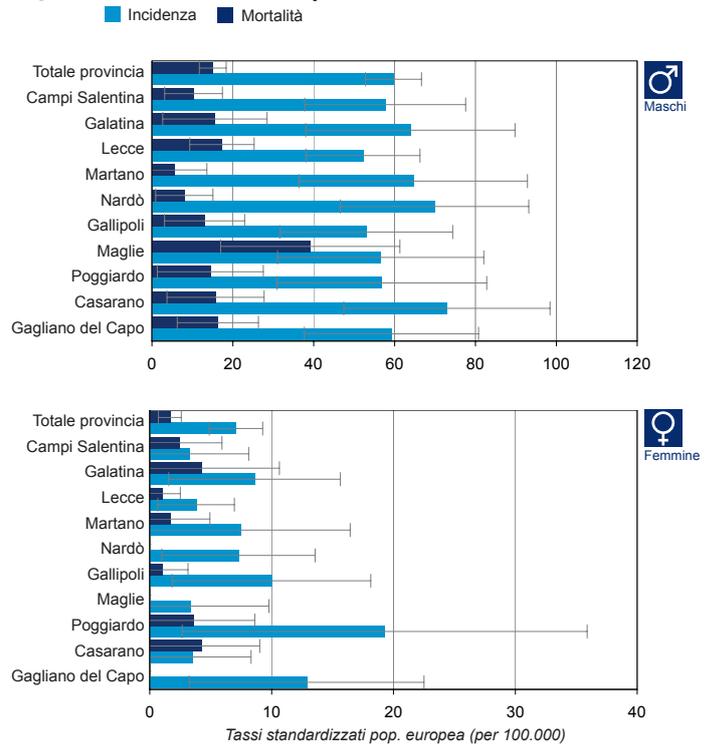
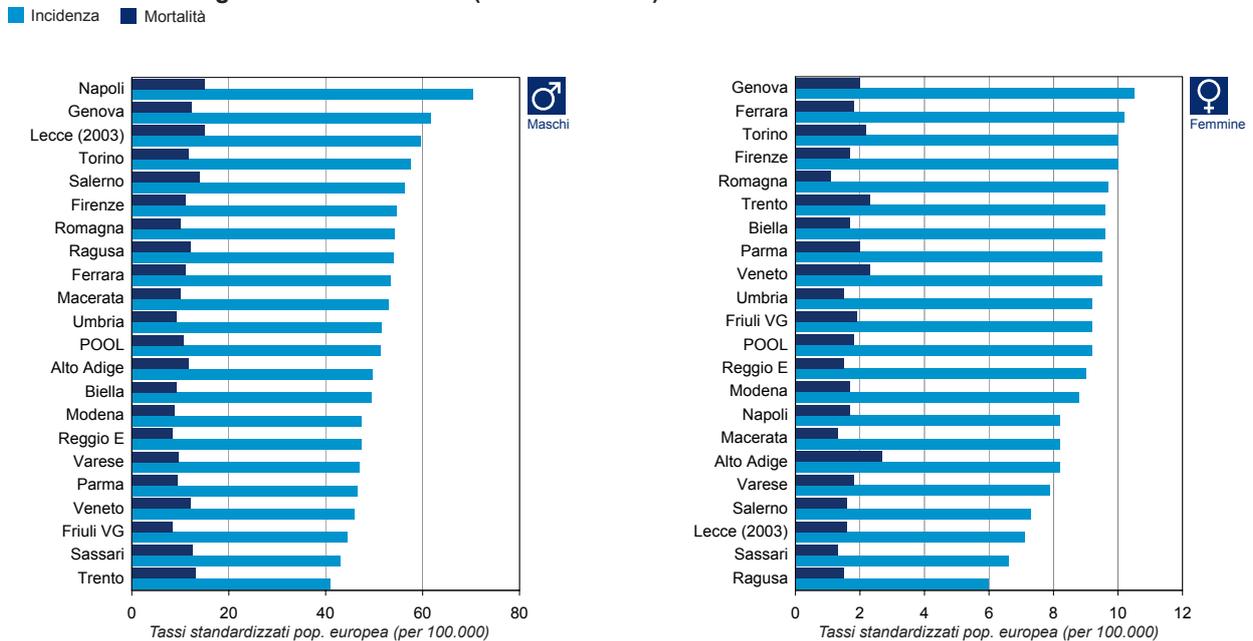


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Encefalo

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	40	39	55	34
% sul totale casi	1,9	2,3	4,7	4,5
Tasso grezzo*	10,5	9,3	14,4	8,1
Tasso std (EUR)*	9,5	7,4	11,6	5,7
Tasso std (MON)*	7,9	6,2	8,6	4,5
Rischio cum. (0-74)	0,87%	0,67%	0,98%	0,49%
Età mediana	63	65	68	67
Età media	56,7	59,6	64,1	64,3
SIR/SMR (POOL)	1,03	1,11	2,31	1,68
IC95%	0,74-1,4	0,79-1,52	1,74-3,01	1,16-2,34

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	59,5
Strumentale	38
Clinica	1,3
Certificato di decesso	1,3

Tabella 3
Gruppi morfologici

	%
Glioblastoma	61,7
Altre morfologie	17
Oligodendroglioma	8,5
Astrocitoma, NAS	6,4
Glioma, origine incerta	4,3
Meningioma	2,1

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

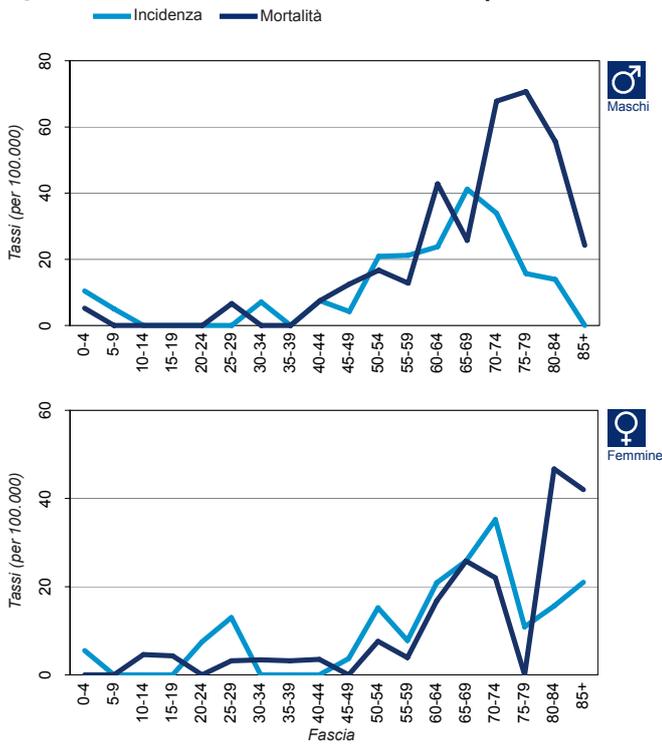


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

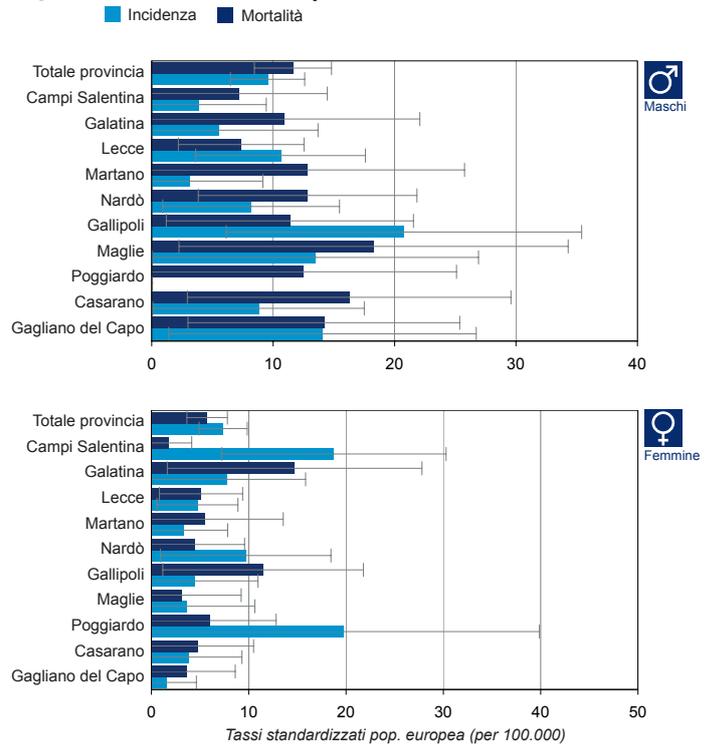
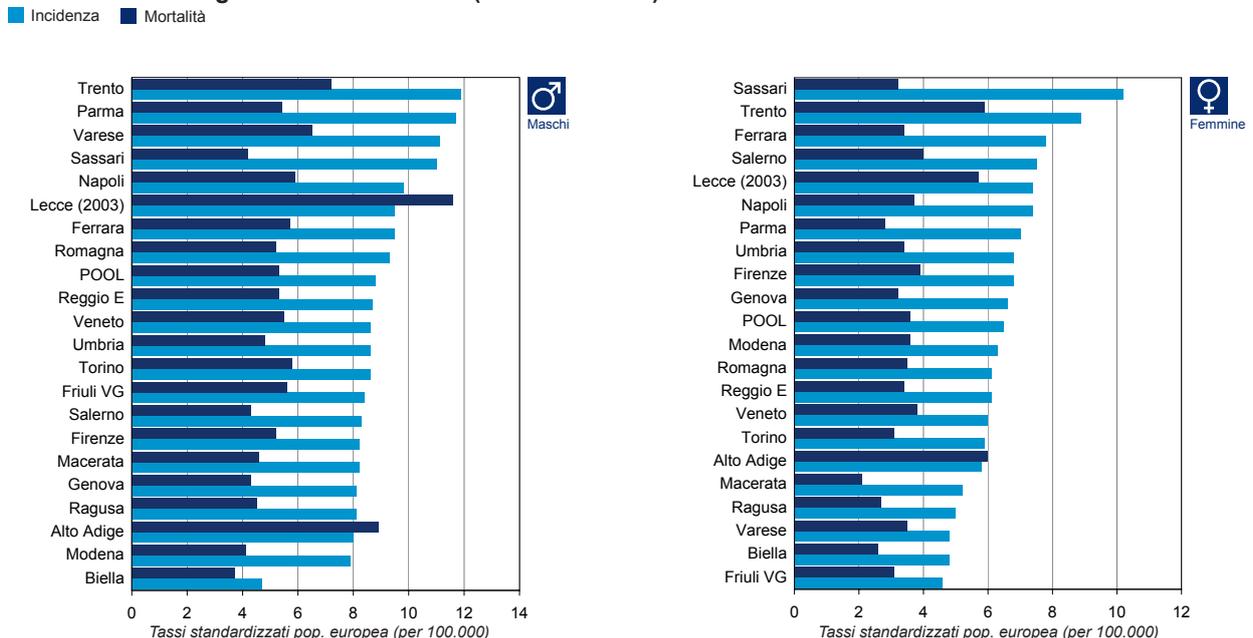


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Tiroide

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	15	65	3	2
% sul totale casi	0,7	3,9	0,3	0,3
Tasso grezzo*	3,9	15,5	0,8	0,5
Tasso std (EUR)*	3,3	14,6	0,5	0,2
Tasso std (MON)*	2,5	12	0,3	0,1
Rischio cum. (0-74)	0,26%	1,16%	0,03%	0,02%
Età mediana	57	48	76	75
Età media	59,5	48,5	76,3	74
SIR/SMR (POOL)	0,79	1,03	1,09	0,41
IC95%	0,44-1,31	0,8-1,32	0,22-3,2	0,05-1,47

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	81,2
Chirurgia senza istologia	1,2
Strumentale	1,2
Clinica	16,2

Tabella 3
Gruppi morfologici

	%
Papillare	61,5
Follicolare	16,9
Non specificato	15,4
Altre morfologie	6,2

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

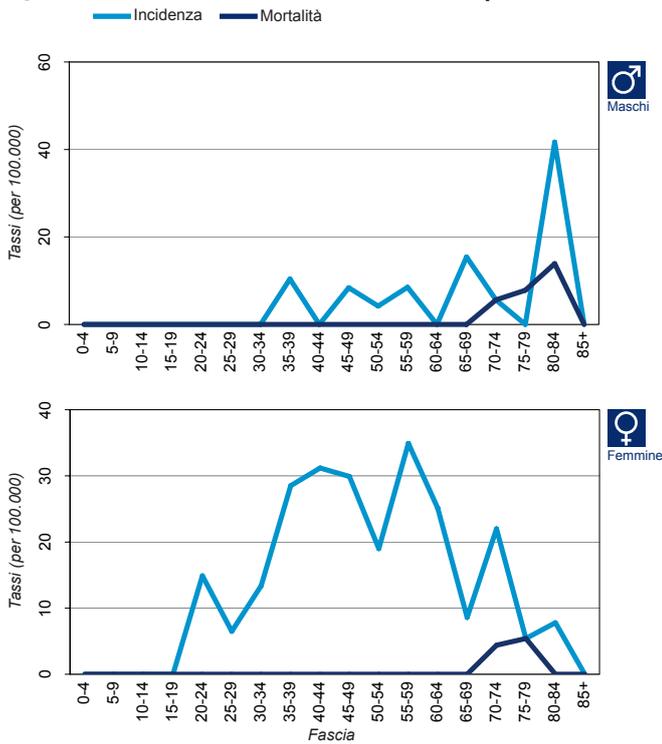


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

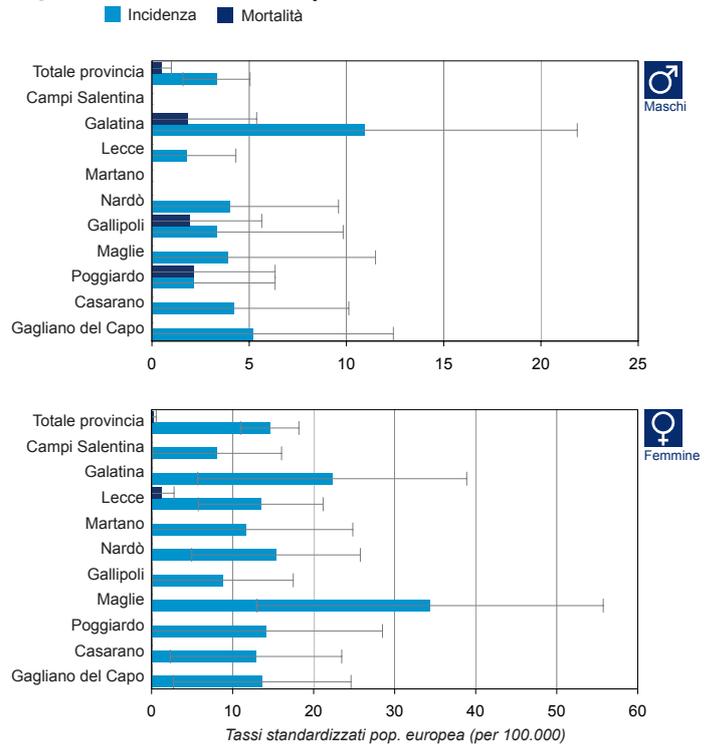
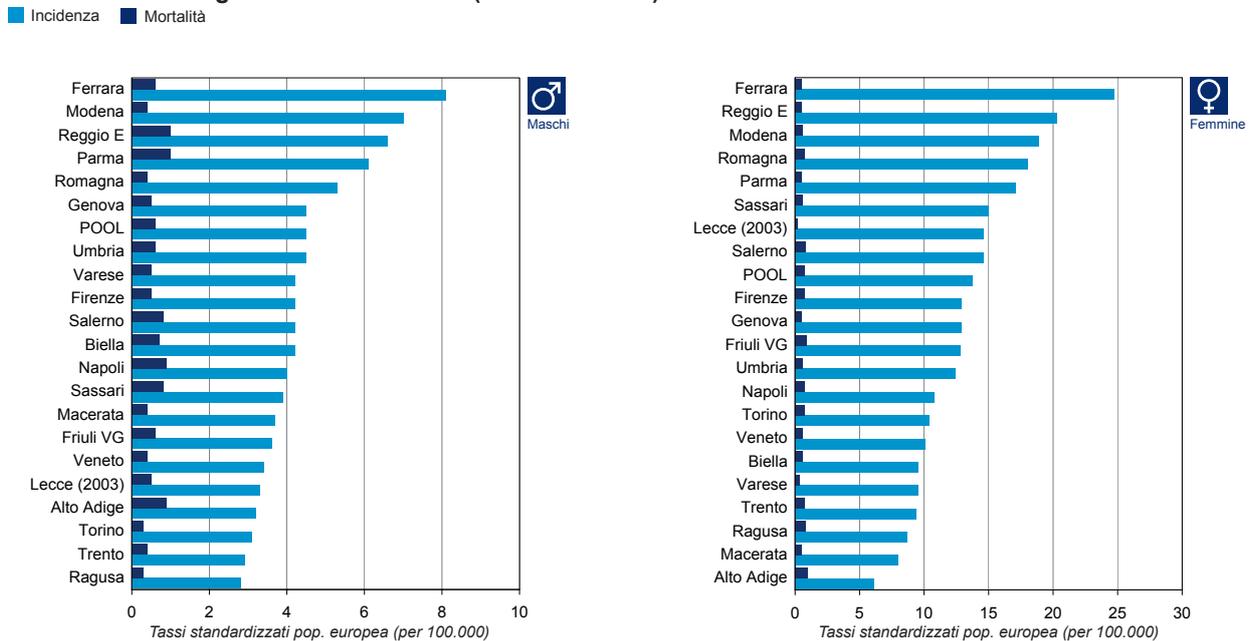


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Linfoma di Hodgkin

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	17	18	3	2
% sul totale casi	0,8	1,1	0,3	0,3
Tasso grezzo*	4,4	4,3	0,8	0,5
Tasso std (EUR)*	4,1	4,4	0,6	0,4
Tasso std (MON)*	3,8	4,6	0,4	0,3
Rischio cum. (0-74)	0,31%	0,32%	0,08%	0,04%
Età mediana	35	31	67	67
Età media	41	33,1	66	54
SIR/SMR (POOL)	1,2	1,39	1,26	0,85
IC95%	0,7-1,91	0,82-2,2	0,25-3,67	0,1-3,07

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	94,3
Strumentale	2,9
Clinica	2,9

Tabella 3
Gruppi morfologici

	%
Malattia di Hodgkin (MH), NAS	33,3
MH, sclerosi nodulare, NAS	27,3
MH, cellularità mista, NAS	18,2
MH, sclerosi nodulare, grado 2	9,1
MH, predom. linfocitaria, nodulare	6,1
Granuloma di Hodgkin	3
MH, sclerosi nodulare, grado 1	3

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

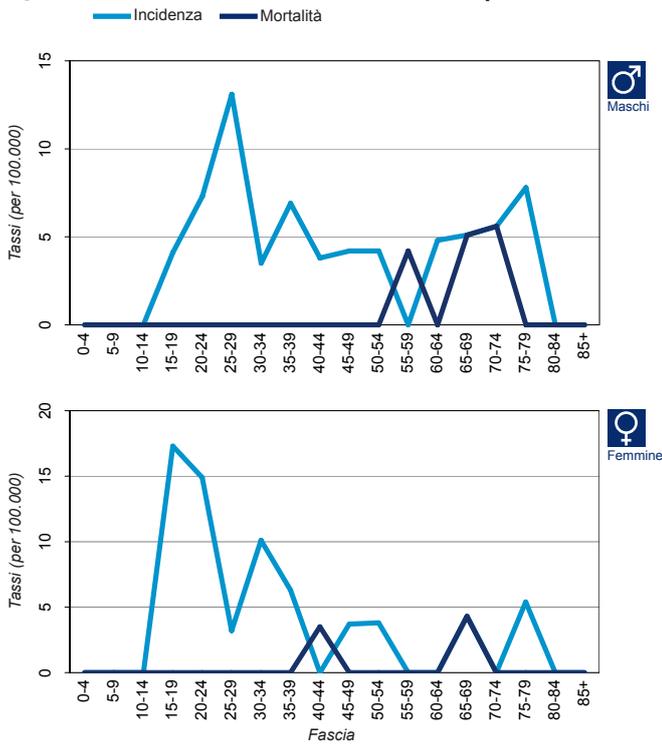


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

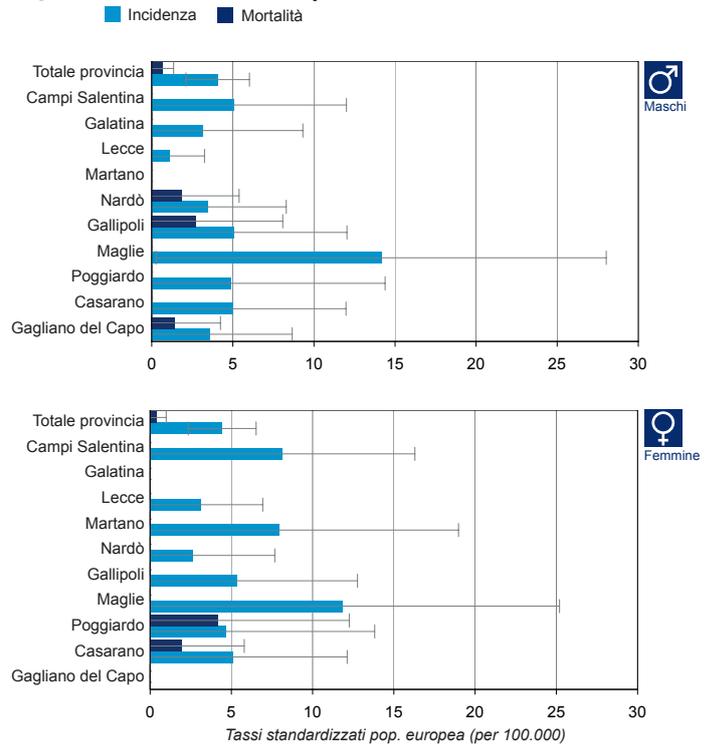
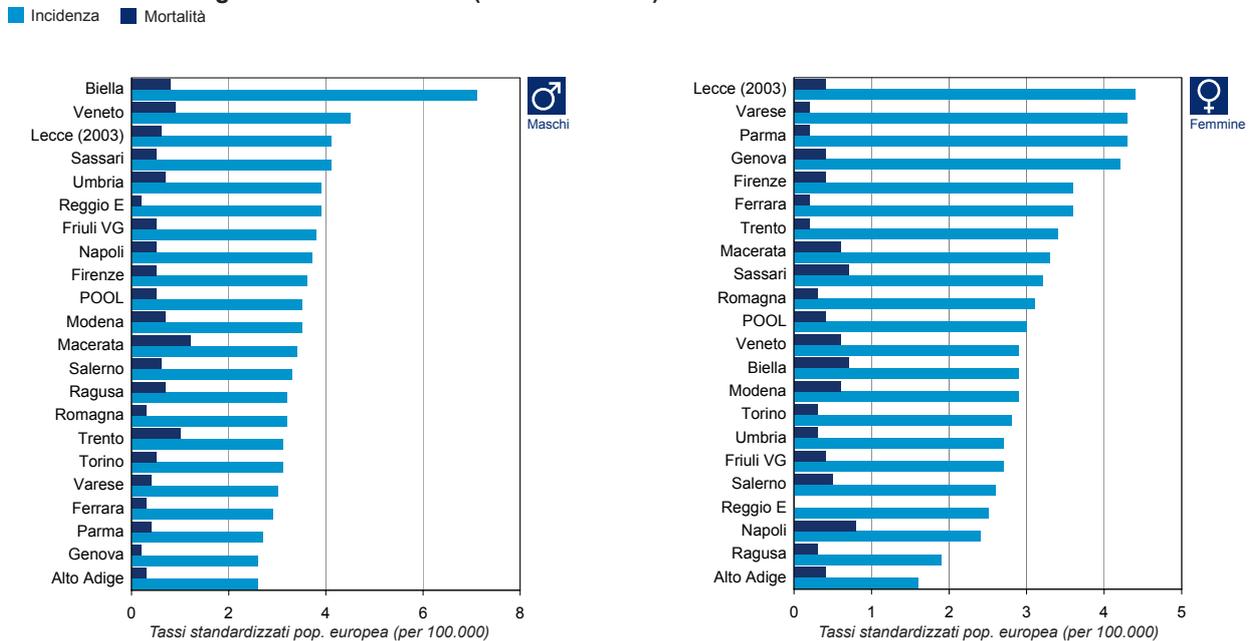


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Linfoma non Hodgkin

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	56	60	21	19
% sul totale casi	2,7	3,6	1,8	2,5
Tasso grezzo*	14,7	14,3	5,5	4,5
Tasso std (EUR)*	12,2	11,4	4,2	2,6
Tasso std (MON)*	9,1	9	3	1,7
Rischio cum. (0-74)	1%	0,96%	0,42%	0,25%
Età mediana	64	63	69	73
Età media	61,2	60,4	66,3	72,7
SIR/SMR (POOL)	0,67	0,78	0,59	0,58
IC95%	0,51-0,87	0,59-1	0,37-0,91	0,35-0,9

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	82,8
Citologica	3,4
Marker tumorale	0,9
Strumentale	2,6
Clinica	8,6
Certificato di decesso	1,7

Tabella 3
Gruppi morfologici

	%
Cellule B, Aggressivi	39,6
Cellule B, Indolenti non follicolari	34
Cellule B, Indolenti follicolari	17
Cellule T, Aggressivi	7,5
Cellule T, Indolenti	1,9

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

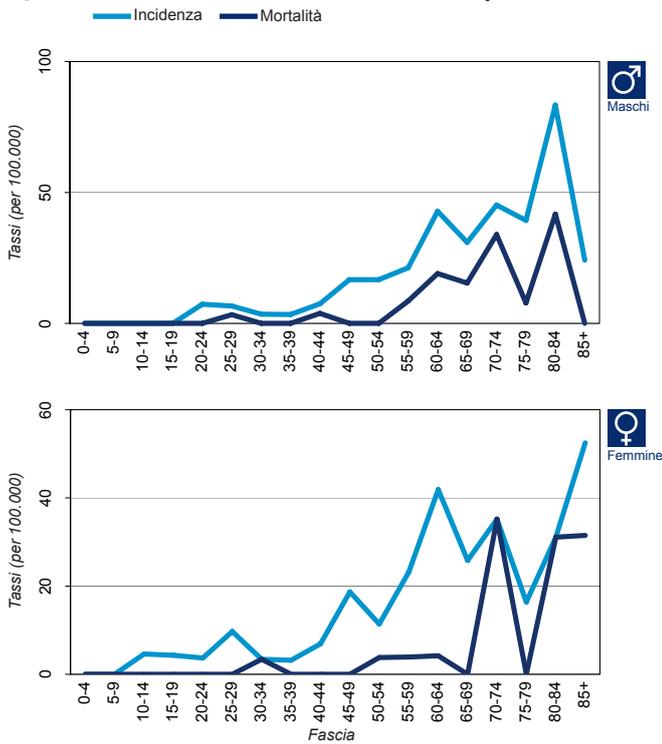


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

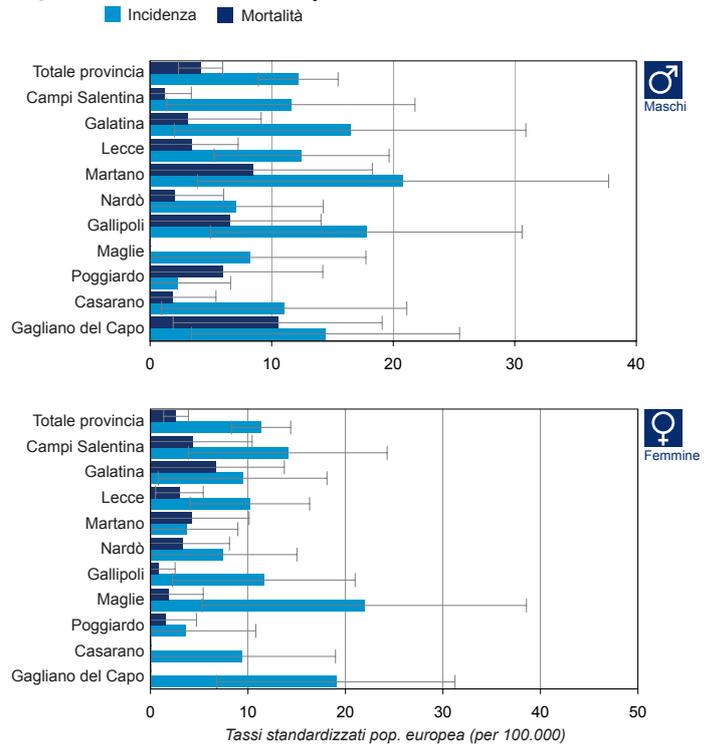
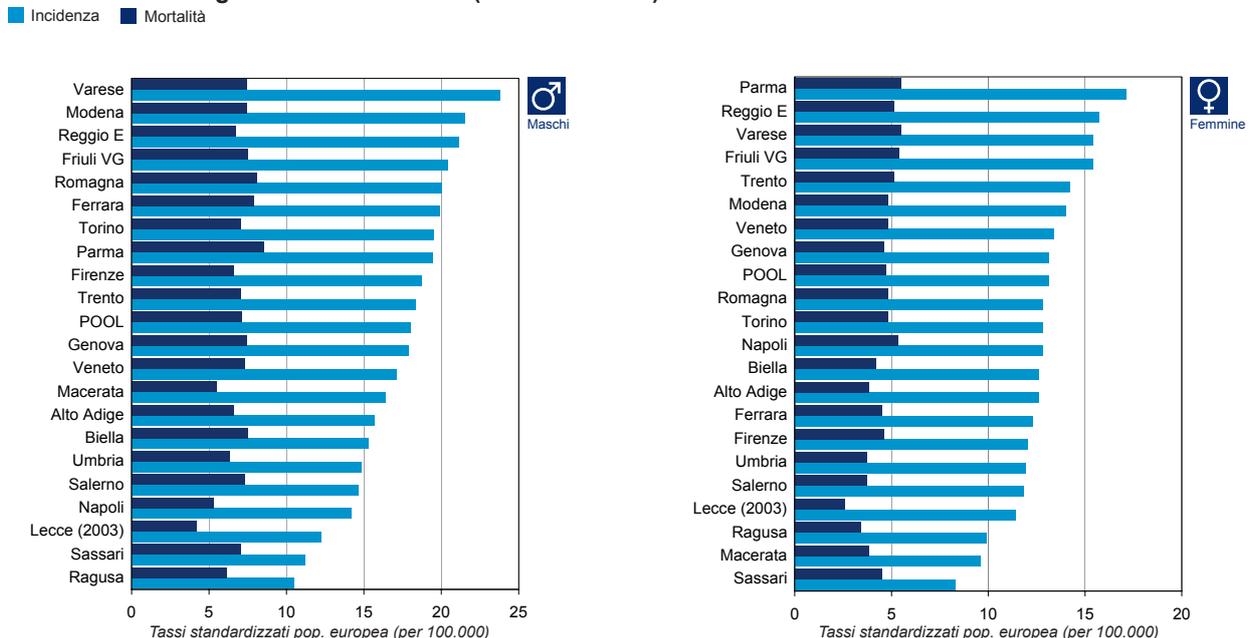


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Mieloma

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	26	31	14	21
% sul totale casi	1,2	1,8	1,2	2,7
Tasso grezzo*	6,8	7,4	3,7	5
Tasso std (EUR)*	5,1	5,2	2,9	2,3
Tasso std (MON)*	3,2	3,6	1,9	1,3
Rischio cum. (0-74)	0,35%	0,38%	0,26%	0,11%
Età mediana	74	71	71	79
Età media	72,7	67	70,8	78,6
SIR/SMR (POOL)	0,8	1	0,82	1,15
IC95%	0,52-1,17	0,68-1,43	0,45-1,37	0,71-1,76

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	54,4
Citologica	1,8
Strumentale	7
Clinica	31,6
Certificato di decesso	5,3

Tabella 3
Gruppi morfologici

	%
Mieloma multiplo	84,4
Plasmocitoma extramidollare	12,5
Plasmocitoma, NAS	3,1

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

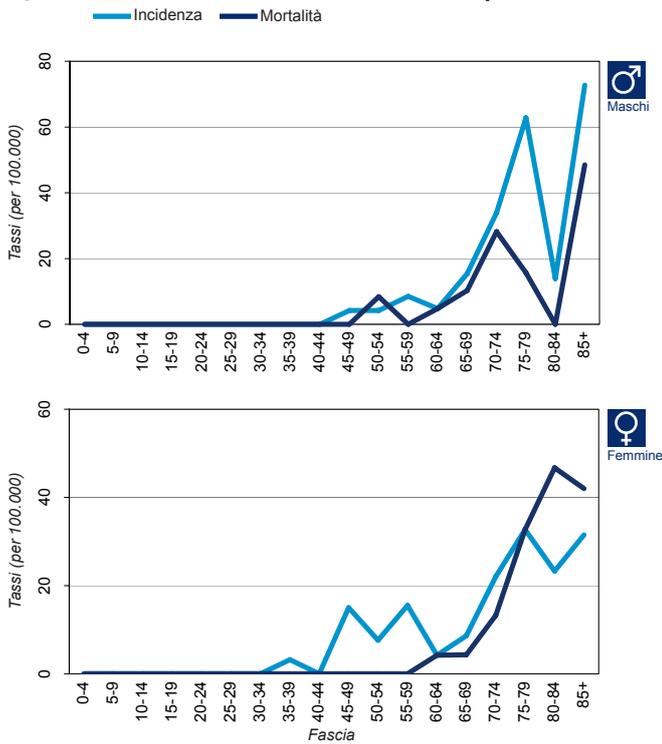


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

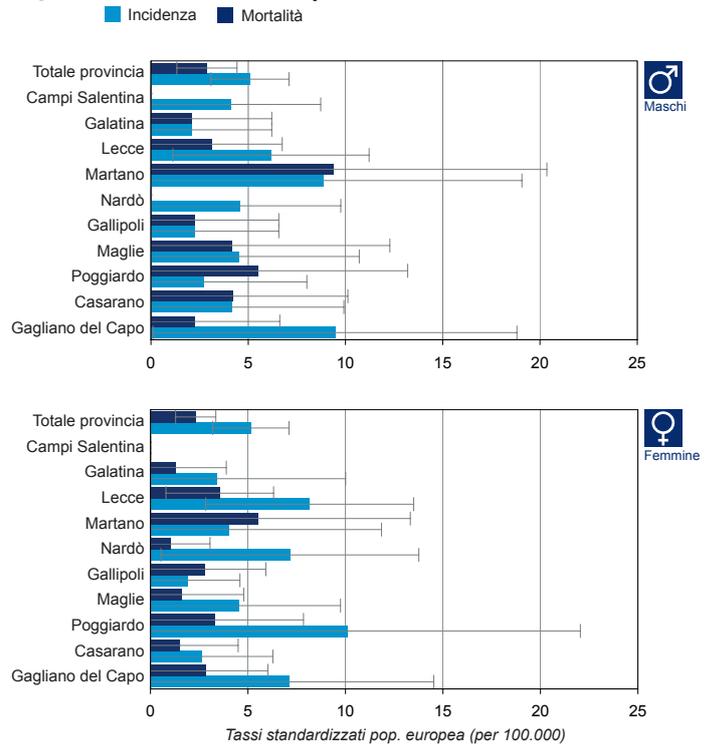
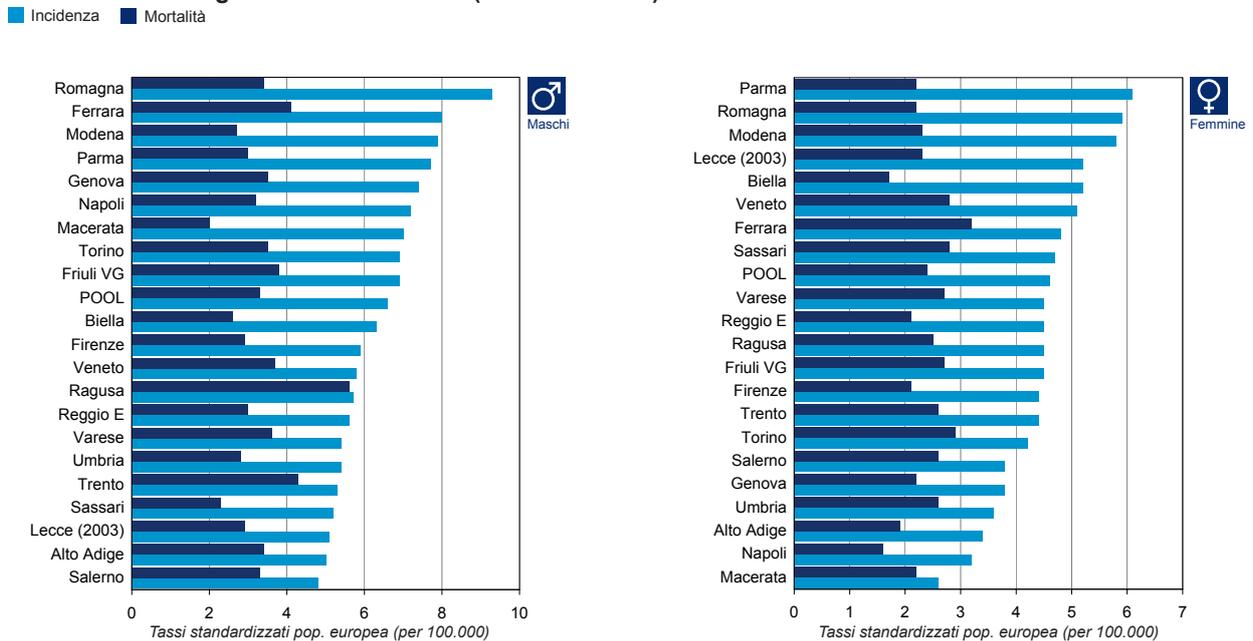


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Leucemie

Tabella 1
Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	50	29	43	28
% sul totale casi	2,4	1,7	3,6	3,7
Tasso grezzo*	13,1	6,9	11,3	6,7
Tasso std (EUR)*	10	5,5	8,5	3,4
Tasso std (MON)*	7,2	4,8	5,7	2,2
Rischio cum. (0-74)	0,91%	0,43%	0,62%	0,23%
Età mediana	72	64	73	78
Età media	66,6	59,2	70	76,4
SIR/SMR (POOL)	0,81	0,59	1,09	0,91
IC95%	0,6-1,07	0,39-0,84	0,79-1,47	0,61-1,32

*per 100.000 abitanti

Tabella 2
Modalità di diagnosi

	%
Istologica	57
Citologica	7,6
Marker tumorale	1,3
Strumentale	5,1
Clinica	25,3
Certificato di decesso	3,8

Tabella 3
Gruppi morfologici

	%
Linfatica cronica	37,3
Mieloida acuta	31,4
Mieloida cronica	19,6
Linfatica acuta	5,9
Leucemia NAS	5,9

Figura 1: **Tassi di incidenza e mortalità età specifici**

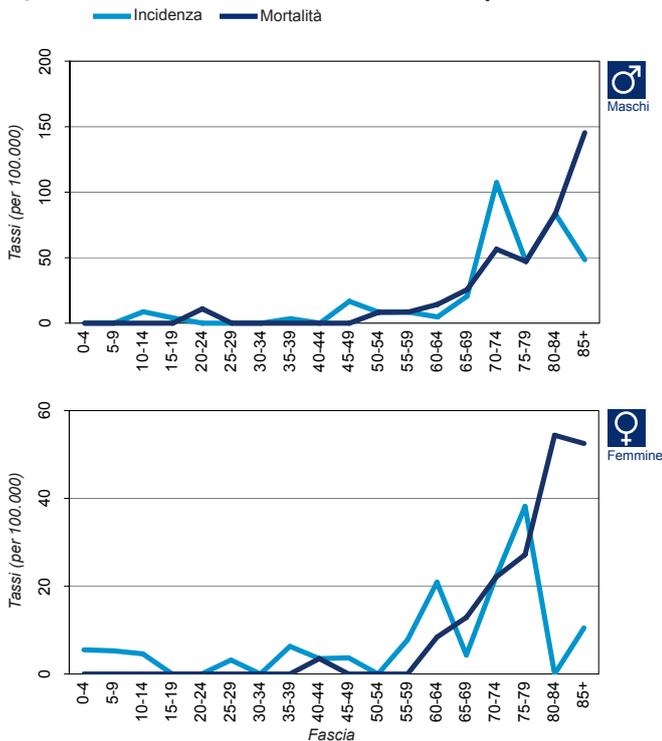


Figura 2: **Tassi di incidenza per distretto sanitario**

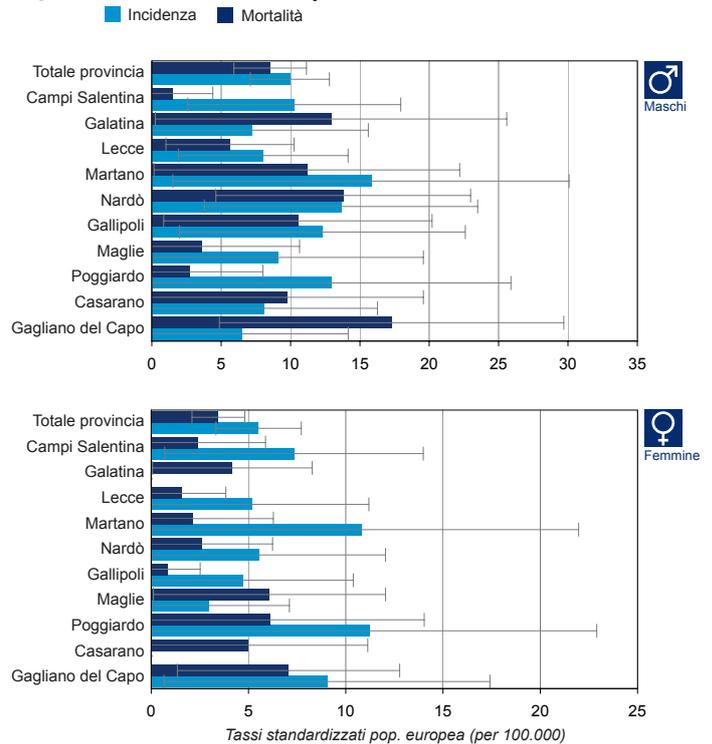
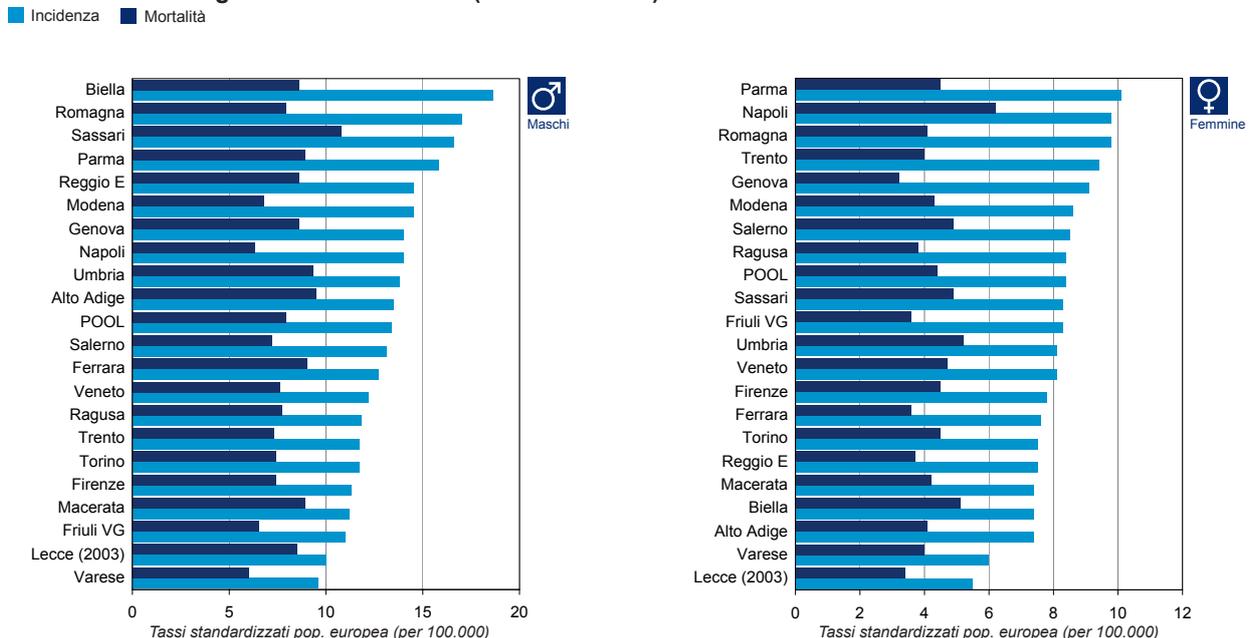


Figura 3: **Confronto con i registri tumori nazionali (anni 1998-2002)**



Altre MMPC e SMD*

*Altre malattie mieloproliferative croniche e sindromi mielodisplastiche

Tabella 1

Sintesi dei risultati

	Incidenza		Mortalità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Numero casi	39	30	7	2
% sul totale casi	1,9	1,8	0,6	0,3
Tasso grezzo*	10,2	7,2	1,8	0,5
Tasso std (EUR)*	7,7	4,9	1,4	0,2
Tasso std (MON)*	5,2	4,3	1	0,1
Rischio cum. (0-74)	0,54%	0,39%	0,1%	0%
Età mediana	73	71	63	86
Età media	69	64,5	69,7	84,5
SIR/SMR (POOL)**	nd	nd	nd	nd
IC95%	-	-	-	-

*per 100.000 abitanti

**per tale gruppo di malattie, non sono disponibili dati comparativi di incidenza e mortalità

Figura 1: Tassi di incidenza e mortalità età specifici

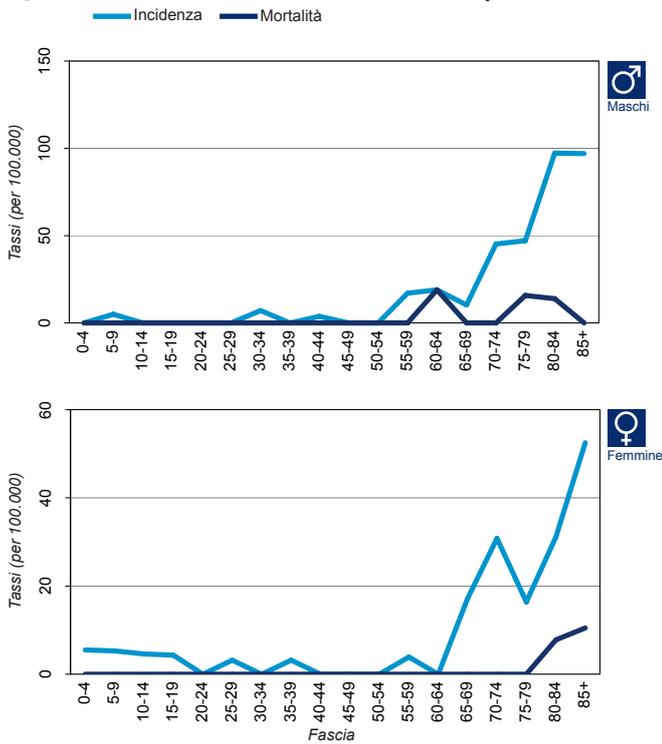


Tabella 2

Modalità di diagnosi

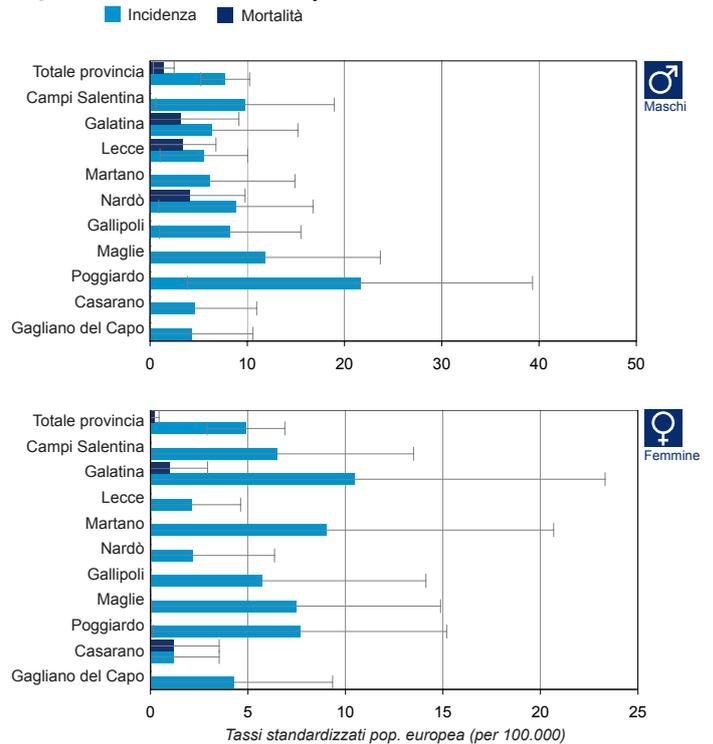
	%
Istologica	49,3
Citologica	5,8
Strumentale	7,2
Clinica	36,2
Certificato di decesso	1,4

Tabella 3

Gruppi morfologici

	%
MMPC cronica NAS	31,6
Trombocitemia essenziale	26,3
SMD NAS	15,8
Altre specificate MMPC	10,5
Altre specificate SMD	7,9
Anemia refrattaria	5,3
Policitemia vera	2,6

Figura 2: Tassi di incidenza per distretto sanitario



Appendici

Tabelle dettagliate

Tabella 1a/1b <i>Frequenza assoluta dei casi incidenti di tumore maligno per età e sede (M/F)</i>	44-45
Tabella 2a/2b <i>Mortalità per tumori maligni: numero dei decessi per età e sede (M/F)</i>	46-47
Tabella 3 <i>Incidenza dei tumori maligni: tassi grezzi e standardizzati per 100.000 residenti</i>	48
Tabella 4 <i>Mortalità per tumori maligni: tassi grezzi e standardizzati per 100.000 residenti</i>	49
Tabella 5a/5b <i>Frequenza assoluta e percentuale dei casi incidenti per modalità di diagnosi (M/F)</i>	50-51

Popolazione e metodi

Popolazione	52
Suddivisione in distretti sanitari	52
La codifica dei tumori	52
Classificazione tumorale	52
Topografia e morfologia	53
Sottogruppi istologici	54
Metodi statistici e definizioni	54

Bibliografia

Bibliografia	56
--------------	-----------

Tabella 1a. RTLE. Anno 2003. Frequenza assoluta dei casi incidenti di tumore maligno per età e sede. MASCHI

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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	3	-	-	6
LINGUA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2	3	1	1	2	1	-	12
BOCCA	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	4	-	1	2	-	3	-	13
GHIANDOLE SALIVARI	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	2	-	-	-	5
OROFARINGE	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	2	4	1	2	1	-	-	14
RINOFARINGE	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	1	-	5
IPOFARINGE	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	-	3	-	-	9
FARINGE NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	1	-	-	4
ESOFAGO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	2	2	1	2	1	10
STOMACO	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2	6	8	13	14	13	8	6	72
INTESTINO TENUE	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1	1	1	-	-	-	-	6
COLON	-	-	-	-	-	-	1	2	3	2	4	13	14	25	36	35	22	12	169
RETTO	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	6	3	7	16	17	16	8	1	77
FEGATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	9	9	16	24	14	8	2	85
VIE BILIARI	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	4	2	4	3	2	1	18
PANCREAS	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	2	8	9	6	3	6	7	3	47
CAVITÀ NASALE	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
LARINGE	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	5	8	5	11	5	1	-	38
POLMONE	-	-	-	-	-	1	-	4	6	7	28	46	51	73	86	76	38	14	430
ALTRI ORGANI TORACICI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	2	2	1	9
OSSO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2	-	-	5
PELLE, MELANOMI	-	-	-	-	1	1	1	1	2	1	5	1	1	-	7	2	-	1	24
PELLE, NON MELANOMI	1	-	-	-	-	6	2	1	7	7	20	22	37	54	65	63	48	29	362
MESOTELIOMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	3
SARCOMA DI KAPOSI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	2	1	3	2	12
TESSUTTI MOLLI	2	-	-	-	-	2	-	3	-	-	1	1	-	3	1	-	1	1	15
MAMMELLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	3
PENE	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	2	1	-	-	5
PROSTATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	26	35	53	78	43	26	21	287
TESTICOLO	-	-	-	-	2	6	4	2	1	2	-	-	-	1	-	1	-	-	19
ALTRI GENITALI MASCHILI	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
RENE, VIE URINARIE	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2	6	10	7	11	19	12	6	3	80
VESCICA	-	-	-	-	-	-	1	2	-	4	14	38	35	40	66	45	42	14	301
OCCHIO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	3
ENCEFALO E ALTRO SNC	2	1	-	-	-	-	2	-	2	1	5	5	5	8	6	2	1	-	40
TIROIDE	-	-	-	-	-	-	-	3	-	2	1	2	-	3	1	-	3	-	15
ALTRE GHIANDOLE ENDOCRINE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	3	2	2	-	9
LINFOMA DI HODGKIN	-	-	-	1	2	4	1	2	1	1	1	-	1	1	1	1	-	-	17
LINFOMA NON HODGKIN	-	-	-	-	2	2	1	1	2	4	4	5	9	6	8	5	6	1	56
MIELOMA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	2	1	3	6	8	1	3	26
LEUCEMIA LINFATICA ACUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
LEUCEMIA LINFATICA CRONICA	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	3	9	1	3	1	19
LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2	1	1	5	3	2	-	16
LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	-	-	-	-	-	-	1	-	3	-	-	-	-	4	2	1	-	-	11
ALTRE MMPC E SMD	-	1	-	-	-	-	2	1	-	-	-	4	4	2	8	6	7	4	39
LEUCEMIE NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2
MISCELLANEA	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MAL DEFINITE E METASTASI	-	-	-	-	-	-	1	-	2	3	2	6	5	4	5	6	6	5	45
TOTALE (esclusi ca. cutanei)	5	2	2	2	10	18	18	29	30	43	102	206	234	312	438	325	213	99	2088
TOTALE	6	2	2	2	10	24	20	30	37	50	122	228	271	366	503	388	261	128	2450

Tabella 1b. RTLE. Anno 2003. Frequenza assoluta dei casi incidenti di tumore maligno per età e sede. FEMMINE

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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	3
LINGUA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	1	-	1	-	6
BOCCA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2
GHIANDOLE SALIVARI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	2
OROFARINGE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
RINOFARINGE	-	-	-	1	-	-	-	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	4
IPOFARINGE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
FARINGE NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
ESOFAGO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	2
STOMACO	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	3	3	2	5	6	5	4	7	38
INTESTINO TENUE	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	5
COLON	-	-	-	-	-	-	-	2	3	3	5	19	23	26	28	37	14	12	172
RETTO	-	-	-	-	1	-	-	1	2	1	6	6	2	13	6	6	9	5	58
FEGATO	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1	1	7	4	13	9	7	10	54
VIE BILIARI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	3	5	2	7	6	3	29
PANCREAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	13	9	9	8	9	51
CAVITA NASALE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	2
LARINGE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	1	-	-	4
POLMONE	-	-	-	-	-	-	-	1	3	1	3	2	10	9	8	10	4	2	53
ALTRI ORGANI TORACICI	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	2	1	1	-	-	-	1	8
OSSO	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	2	1	-	-	-	6
PELLE, MELANOMI	-	-	-	-	-	-	3	3	2	3	3	1	6	1	3	1	-	3	29
PELLE, NON MELANOMI	-	-	-	-	-	3	2	7	10	10	13	21	24	33	37	42	37	25	264
MESOTELIOMA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	2	-	5
SARCOMA DI KAPOSI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	1	-	1	6
TESSUTI MOLLI	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	1	1	1	2	2	-	-	10
MAMMELLA	-	-	-	-	-	4	7	25	38	45	59	48	67	58	56	53	19	13	492
UTERO, COLLO	-	-	-	-	-	2	-	2	2	4	5	3	3	3	-	4	4	2	34
UTERO, CORPO	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	6	13	15	16	7	18	13	2	95
UTERO NAS	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	2	3	7
OVAIO	-	-	-	-	-	-	3	6	8	4	12	6	4	9	7	6	2	1	68
ALTRI GENITALI FEMMINILI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	2	4	-	3	13
RENE, VIE URINARIE	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3	1	10	5	9	8	2	4	44
VESCICA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	5	5	2	5	5	12	6	6	47
OCCHIO	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
ENCEFALO E ALTRO SNC	1	-	-	-	2	4	-	-	-	1	4	2	5	6	8	2	2	2	39
TIROIDE	-	-	-	-	4	2	4	9	9	8	5	9	6	2	5	1	1	-	65
ALTRE GHIANDOLE ENDOCRINE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2	4
LINFOMA DI HODGKIN	-	-	-	4	4	1	3	2	-	1	1	-	-	1	-	1	-	-	18
LINFOMA NON HODGKIN	-	-	1	1	1	3	1	1	2	5	3	6	10	6	8	3	4	5	60
MIELOMA	-	-	-	-	-	-	-	1	-	4	2	4	1	2	5	6	3	3	31
LEUCEMIA LINFATICA ACUTA	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3
LEUCEMIA LINFATICA CRONICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	5	-	-	4	-	1	11
LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	1	-	1	2	2	-	-	9
LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	4
ALTRE MMPC E SMD	1	1	1	1	-	1	-	1	-	-	-	1	-	4	7	3	4	5	30
LEUCEMIE NAS	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
MISCELLANEA	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	1	-	-	-	-	4
MAL DEFINITE E METASTASI	-	-	-	-	1	-	2	2	-	1	1	2	-	4	6	6	5	10	40
TOTALE (esclusi ca. cutanei)	5	2	3	7	14	20	26	60	82	92	136	145	196	207	216	224	124	115	1674
TOTALE	5	2	3	7	14	23	28	67	92	102	149	166	220	240	253	266	161	140	1938

Tabella 2a. RTLE. Anno 2003. Mortalità per tumori maligni: numero di decessi per età e sede. MASCHI

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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2
LINGUA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	2	-	1	5
BOCCA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	2	-	-	1	1	7
GHIANDOLE SALIVARI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2
OROFARINGE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3	-	-	1	1	6
RINOFARINGE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	2	-	5
IPOFARINGE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
FARINGE NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
ESOFAGO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	3	3	-	2	1	13
STOMACO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	2	5	5	4	10	7	6	43
INTESTINO TENUE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
COLON	-	-	-	-	-	1	-	-	-	4	2	1	3	12	12	16	10	7	68
RETTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	1	2	3	6	2	17
FEGATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	7	15	6	17	8	6	64
VIE BILIARI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3	-	1	2	-	9
PANCREAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	6	9	6	5	7	8	2	44
CAVITÀ NASALE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
LARINGE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	3	4	4	5	1	4	3	29
POLMONE	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3	22	40	42	66	75	85	45	14	395
ALTRI ORGANI TORACICI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	2	5
OSSO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
PELLE, MELANOMI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1	-	2	-	1	8
PELLE, NON MELANOMI	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	2	2	6
MESOTELIOMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
SARCOMA DI KAPOSI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
TESSUTI MOLLI	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	4
MAMMELLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2
PENE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
PROSTATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	6	8	14	19	36	36	122
TESTICOLO	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ALTRI GENITALI MASCHILI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2
RENE, VIE URINARIE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3	1	6	5	3	1	21
VESCICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3	-	6	16	17	23	16	83
OCCHIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
ENCEFALO E ALTRO SNC	1	-	-	-	-	2	-	-	2	3	4	3	9	5	12	9	4	1	55
TIROIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	3
ALTRE GHIANDOLE ENDOCRINE	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	3
LINFOMA DI HODGKIN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	3
LINFOMA NON HODGKIN	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	2	4	3	6	1	3	-	21
MIELOMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	2	5	2	-	2	14
LEUCEMIA LINFATICA ACUTA	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
LEUCEMIA LINFATICA CRONICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	6	3	3	5	22
LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	1	2	1	2	3	-	12
LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1	4
ALTRE MMPC E SMD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	2	1	-	-	7
LEUCEMIE NAS	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	3
MISCELLANEA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
MAL DEFINITE E METASTASI	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3	-	5	9	5	10	13	16	5	68
TOTALE (esclusi ca.cutanei)	1	1	-	-	3	5	1	2	6	23	44	84	120	163	196	222	196	114	1181
TOTALE	1	1	-	-	3	5	1	2	7	23	44	84	121	163	196	222	198	116	1187

Tabella 2b. RTLE. Anno 2003. Mortalità per tumori maligni: numero di decessi per età e sede. FEMMINE

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
LINGUA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	3
BOCCA	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	1	-	-	1	2	7
GHIANDOLE SALIVARI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
OROFARINGE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
RINOFARINGE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
IPOFARINGE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
FARINGE NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
ESOFAGO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2
STOMACO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	2	-	2	4	4	9	6	3	35
INTESTINO TENUE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
COLON	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	4	5	7	13	17	12	18	78
RETTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	3	1	5	3	2	18
FEGATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	3	2	9	7	6	12	44
VIE BILIARI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	2	4	7	5	24
PANCREAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	7	12	8	5	5	43
CAVITÀ NASALE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
LARINGE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2
POLMONE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	-	2	11	6	13	2	6	44
ALTRI ORGANI TORACICI	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	2	1	6
OSSEO	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	1	-	1	1	-	1	-	7
PELLE, MELANOMI	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	1	-	1	1	2	1	-	1	10
PELLE, NON MELANOMI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	2	2	7
MESOTELIOMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
SARCOMA DI KAPOSI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
TESSUTI MOLLI	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MAMMELLA	-	-	-	-	-	-	2	2	5	2	7	11	16	16	20	17	28	28	154
UTERO, COLLO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	6	1	-	2	12
UTERO, CORPO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	-	2	6
UTERO NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	1	4	2	2	7	4	24
OVAIO	-	-	-	-	-	-	1	-	2	4	4	3	5	3	4	1	3	2	32
ALTRI GENITALI FEMMINILI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	4	-	1	4	12
RENE, VIE URINARIE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	-	-	-	3	3	3	2	15
VESCICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	3	3	-	5	13
OCCHIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
ENCEFALO E ALTRO SNC	-	-	1	1	-	1	1	1	1	-	2	1	4	6	5	-	6	4	34
TIROIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2
ALTRE GHIANDOLE ENDOCRINE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2
LINFOMA DI HODGKIN	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2
LINFOMA NON HODGKIN	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	1	1	8	-	4	3	19
MIELOMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3	6	6	4	21
LEUCEMIA LINFATICA ACUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
LEUCEMIA LINFATICA CRONICA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2	4	2	10
LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	6
LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	3
ALTRE MMPC E SMD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
LEUCEMIE NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	-	2	1	8
MISCELLANEA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
MAL DEFINITE E METASTASI	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	1	5	3	3	9	11	7	13	57
TOTALE (esclusi ca.cutanei)	-	-	1	2	1	2	6	7	14	20	28	38	60	84	127	116	121	137	764
TOTALE	-	-	1	2	1	2	6	7	14	20	28	38	61	85	128	116	123	139	771

Tabella 3. RTLE. Anno 2003. Incidenza dei tumori maligni: tassi grezzi e standardizzati per 100.000 residenti

SEDE	MASCHI					FEMMINE				
	Grezzo	Italia '81	Europa	Mondo	Cum74	Grezzo	Italia '81	Europa	Mondo	Cum74
LABBRO	1,57	1,07	1,15	0,77	0,07	0,72	0,56	0,55	0,42	0,06
LINGUA	3,14	2,45	2,61	1,88	0,21	1,43	1,13	0,97	0,72	0,11
BOCCA	3,41	2,79	2,76	2,03	0,22	0,48	0,38	0,34	0,23	0,02
GHIANDOLE SALIVARI	1,31	1,09	1,12	0,84	0,12	0,48	0,38	0,34	0,26	0,02
OROFARINGE	3,67	3,06	3,3	2,5	0,3	0,24	0,24	0,23	0,15	0,02
RINOFARINGE	1,31	1,01	1,04	0,87	0,09	0,95	1,05	1,04	0,98	0,08
IPOFARINGE	2,36	1,92	2,02	1,43	0,13	0,24	0,24	0,23	0,15	0,02
FARINGE NAS	1,05	0,89	0,91	0,61	0,07	0,24	0,19	0,13	0,09	0,02
ESOFAGO	2,62	1,81	1,92	1,23	0,15	0,48	0,43	0,44	0,32	0,04
STOMACO	18,86	13,43	14,17	9,34	1,12	9,06	6,9	5,92	3,99	0,45
INTESTINO TENUE	1,57	1,41	1,53	1,18	0,13	1,19	1,12	1,15	0,94	0,1
COLON	44,27	31,36	32,63	21,17	2,47	41,02	32,14	27,07	18,43	2,23
RETTO	20,17	14,93	15,03	10,1	1,3	13,83	11,16	9,54	6,68	0,77
FEGATO	22,26	16,41	16,47	10,99	1,55	12,88	9,14	7,41	4,93	0,59
VIE BILIARI	4,71	3,33	3,54	2,4	0,3	6,92	5,07	4,06	2,63	0,27
PANCREAS	12,31	9,11	9,92	6,74	0,72	12,16	8,72	6,66	4,27	0,54
CAVITÀ NASALE	0,52	0,44	0,5	0,42	0,04	0,48	0,43	0,44	0,32	0,04
LARINGE	9,95	7,6	7,77	5,47	0,79	0,95	0,78	0,72	0,5	0,06
POLMONE	112,63	84,49	87,1	58,87	7,16	12,64	10,06	8,78	6,26	0,76
ALTRI ORGANI TORACICI	2,36	1,52	1,72	1,11	0,1	1,91	1,69	1,69	1,29	0,13
OSSO	1,31	0,84	1	0,62	0,05	1,43	1,27	1,18	0,95	0,11
PELLE, MELANOMI	6,29	5,31	5,49	4,15	0,47	6,92	5,8	5,92	4,6	0,48
PELLE, NON MELANOMI	94,82	68,21	72,41	48,6	5,3	62,97	48,81	41,75	29,13	3,18
MESOTELIOMA	0,79	0,75	0,79	0,57	0,07	1,19	0,87	0,64	0,43	0,04
SARCOMA DI KAPOSÌ	3,14	2,08	2,34	1,46	0,15	1,43	1,03	0,82	0,54	0,09
TESSUTI MOLLI	3,93	3,39	3,73	3,54	0,28	2,39	2,06	1,86	1,32	0,16
MAMMELLA	0,79	0,64	0,65	0,48	0,05	117,35	100,73	95,93	71,76	7,7
UTERO, COLLO	-	-	-	-	-	8,11	6,78	6,55	4,99	0,45
UTERO, CORPO	-	-	-	-	-	22,66	18,32	15,89	11,03	1,26
UTERO NAS	-	-	-	-	-	1,67	1,05	0,87	0,62	0,04
OVAIO	-	-	-	-	-	16,22	14,35	13,83	10,42	1,13
ALTRI GENITALI FEMMINILI	-	-	-	-	-	3,1	2,25	1,92	1,26	0,12
PENE	1,31	1,03	1,03	0,72	0,09	-	-	-	-	-
PROSTATA	75,18	53,88	56,01	36,85	4,93	-	-	-	-	-
TESTICOLO	4,98	4,55	4,57	4,37	0,33	-	-	-	-	-
ALTRI GENITALI MASCHILI	0,52	0,47	0,42	0,4	0,05	-	-	-	-	-
RENE, VIE URINARIE	20,95	16,08	16,5	11,23	1,43	10,49	8,15	7,28	5,41	0,63
VESCICA	78,84	57,58	59,74	39,46	4,84	11,21	8,53	7,08	4,55	0,47
OCCHIO	0,79	0,78	0,95	1,06	0,07	0,48	0,54	0,68	0,87	0,04
ENCEFALO E ALTRO SNC	10,48	9,21	9,54	7,86	0,87	9,3	7,94	7,38	6,2	0,67
TIROIDE	3,93	3,22	3,32	2,46	0,26	15,5	14,26	14,58	12,03	1,16
ALTRE GHIANDOLE ENDOCRINE	2,36	1,64	1,56	0,96	0,13	0,95	0,62	0,58	0,38	0,02
LINFOMA DI HODGKIN	4,45	4,07	4,07	3,85	0,31	4,29	4,57	4,44	4,59	0,32
LINFOMA NON HODGKIN	14,67	11,65	12,19	9,14	1	14,31	12,1	11,35	9,04	0,96
MIELOMA	6,81	4,8	5,09	3,19	0,35	7,39	5,89	5,15	3,55	0,38
LEUCEMIA LINFATICA ACUTA	0,52	0,73	0,61	0,78	0,04	0,72	0,85	0,92	1,25	0,05
LEUCEMIA LINFATICA CRONICA	4,98	3,6	3,54	2,31	0,37	2,62	1,93	1,85	1,33	0,12
LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA	4,19	3,25	3,13	2,25	0,27	2,15	1,8	1,58	1,23	0,13
LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	2,88	2,24	2,25	1,64	0,19	0,95	0,82	0,72	0,52	0,08
ALTRE MMPC E SMD	10,22	7,29	7,73	5,25	0,54	7,16	5,84	4,89	4,31	0,39
LEUCEMIE NAS	0,52	0,31	0,41	0,23	0,03	0,48	0,54	0,45	0,5	0,04
MISCELLANEA	0,26	0,26	0,25	0,21	0,02	0,95	0,91	0,92	0,73	0,08
MAL DEFINITE E METASTASI	11,79	8,75	9,61	6,48	0,65	9,54	6,88	5,74	3,9	0,38
TOTALE (esclusi ca.cutanei)	546,92	408,55	423,73	291,5	29,88	399,27	328,51	298,72	221,91	21,51
TOTALE	641,74	476,76	496,14	340,11	33,6	462,24	377,32	340,47	251,04	24,01

Tabella 4. RTLE. Anno 2003. Mortalità per tumori maligni: tassi grezzi e standardizzati per 100.000 residenti

SEDE	MASCHI					FEMMINE				
	Grezzo	Italia '81	Europa	Mondo	Cum74	Italia '81	Italia '81	Europa	Mondo	Cum74
LABBRO	0,52	0,33	0,31	0,18	0,03	-	-	-	-	-
LINGUA	1,31	0,97	1	0,65	0,04	0,72	0,58	0,56	0,43	0,04
BOCCA	1,83	1,38	1,54	1,03	0,12	1,67	1,3	1,16	0,78	0,08
GHIANDOLE SALIVARI	0,52	0,38	0,36	0,23	0,03	0,48	0,28	0,16	0,08	-
OROFARINGE	1,57	1,18	1,29	0,86	0,1	0,24	0,11	0,1	0,05	-
RINOFARINGE	1,31	0,98	0,98	0,66	0,07	-	-	-	-	-
IPOFARINGE	0	-	-	-	-	0,24	0,23	0,26	0,22	0,02
FARINGE NAS	0,52	0,27	0,28	0,14	-	0,24	0,14	0,08	0,04	-
ESOFAGO	3,41	2,51	2,67	1,86	0,25	0,48	0,3	0,24	0,14	0,02
STOMACO	11,26	7,63	8,58	5,39	0,49	8,35	6,31	5,24	3,59	0,35
INTESTINO TENUE	0,26	0,16	0,16	0,08	-	-	-	-	-	-
COLON	17,81	12,32	13,06	8,43	0,88	18,6	12,84	10,08	6,28	0,65
RETTO	4,45	2,91	3,14	1,82	0,15	4,29	3,1	2,5	1,63	0,17
FEGATO	16,76	11,55	12,36	7,87	0,82	10,49	7,25	5,91	3,68	0,4
VIE BILIARI	2,36	1,71	1,78	1,23	0,15	5,72	3,82	2,88	1,78	0,17
PANCREAS	11,53	8,18	8,74	5,82	0,66	10,26	7,59	5,88	3,83	0,54
CAVITÀ NASALE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LARINGE	7,6	5,73	6,29	4,34	0,51	0,48	0,33	0,28	0,18	0,02
POLMONE	103,46	75,5	77,58	50,97	6,05	10,49	7,91	6,36	4,18	0,48
ALTRI ORGANI TORACICI	1,31	0,81	1,12	0,67	0,05	1,43	0,95	0,72	0,46	0,04
OSSO	0,26	0,19	0,17	0,11	0,03	1,67	1,54	1,37	1,25	0,12
PELLE, MELANOMI	2,1	1,41	1,71	1,19	0,12	2,39	1,99	1,87	1,48	0,16
PELLE, NON MELANOMI	1,57	0,96	1,26	0,8	0,04	1,67	1,1	0,88	0,57	0,06
MESOTELIOMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SARCOMA DI KAPOSÌ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TESSUTI MOLLI	1,05	0,74	0,73	0,56	0,04	0,24	0,19	0,22	0,19	0,02
MAMMELLA	0,52	0,31	0,41	0,23	0,03	36,73	26,91	22,78	15,29	1,64
UTERO, COLLO	-	-	-	-	-	2,86	2,17	1,72	1,14	0,19
UTERO, CORPO	-	-	-	-	-	1,43	1	0,86	0,58	0,09
UTERO NAS	-	-	-	-	-	5,72	4,15	3,32	2,16	0,23
OVAIO	-	-	-	-	-	7,63	6,46	6,17	4,59	0,52
ALTRI GENITALI FEMMINILI	-	-	-	-	-	2,86	1,99	1,64	1,05	0,15
PENE	0,26	0,22	0,21	0,15	0,03	-	-	-	-	-
PROSTATA	31,96	18,59	22,93	12,83	0,8	-	-	-	-	-
TESTICOLO	0,26	0,26	0,25	0,21	0,02	-	-	-	-	-
ALTRI GENITALI MASCHILI	0,52	0,4	0,44	0,34	0,05	-	-	-	-	-
RENE, VIE URINARIE	5,5	3,78	3,93	2,51	0,31	3,58	2,67	2,22	1,44	0,14
VESCICA	21,74	13,45	15,04	8,58	0,71	3,1	2,08	1,65	0,97	0,11
OCCHIO	0,26	0,14	0,14	0,07	-	-	-	-	-	-
ENCEFALO E ALTRO SNC	14,41	11,09	11,63	8,64	0,98	8,11	6,56	5,73	4,52	0,49
TIROIDE	0,79	0,49	0,47	0,26	0,03	0,48	0,35	0,24	0,14	0,02
ALTRE GHIANDOLE ENDOCRINE	0,79	0,91	0,9	0,93	0,07	0,48	0,4	0,38	0,3	0,04
LINFOMA DI HODGKIN	0,79	0,66	0,63	0,44	0,08	0,48	0,44	0,41	0,34	0,04
LINFOMA NON HODGKIN	5,5	4,11	4,16	3,02	0,42	4,53	3,33	2,62	1,73	0,25
MIELOMA	3,67	2,67	2,88	1,88	0,26	5,01	3,26	2,32	1,33	0,11
LEUCEMIA LINFATICA ACUTA	0,52	0,53	0,51	0,46	0,04	0,24	0,16	0,11	0,05	-
LEUCEMIA LINFATICA CRONICA	5,76	3,7	4,26	2,59	0,29	2,39	1,54	1,11	0,67	0,04
LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA	3,14	2,36	2,39	1,69	0,16	1,43	1,01	0,81	0,53	0,06
LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	1,05	0,69	0,77	0,47	0,05	0,72	0,47	0,35	0,19	0,02
ALTRE MMPC E SMD	1,83	1,21	1,41	0,99	0,1	0,48	0,25	0,18	0,09	-
LEUCEMIE NAS	0,79	0,66	0,59	0,52	0,07	1,91	1,39	1,08	0,73	0,11
MISCELLANEA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MAL DEFINITE E METASTASI	17,81	12,09	13	8,39	0,83	13,6	9,78	8,16	5,31	0,53
TOTALE (esclusi ca.cutanei)	309,35	215,44	231,08	149,56	14,89	182,23	133,14	109,72	73,43	7,75
TOTALE	310,92	216,39	232,35	150,36	14,93	183,89	134,23	110,6	74	7,81

Tabella 5a. RTLE. Anno 2003. Frequenza assoluta e percentuale di casi incidenti per modalità di diagnosi. MASCHI

SEDE	Isto		DCO		35-64		DCO		Isto		35-64		DCO		Isto		65+		DCO		Isto		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
LABBRO	-	-	-	-	2	100	0	0	4	100	0	0	0	0	4	100	0	0	6	100	0	0	6	100
LINGUA	-	-	-	-	6	85,71	0	0	4	80	0	0	0	0	4	80	0	0	10	83,33	0	0	10	83,33
BOCCA	1	50	0	0	4	80	0	0	6	100	0	0	0	0	6	100	0	0	11	84,62	0	0	11	84,62
GHIANDOLE SALIVARI	1	100	0	0	2	100	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100	0	0	5	100	0	0	5	100
OROFARINGE	-	-	-	-	10	100	0	0	10	100	0	0	0	0	4	100	0	0	14	100	0	0	14	100
RINOFARINGE	0	0	0	0	2	100	0	0	1	50	0	0	0	0	1	50	0	0	3	60	0	0	3	60
IPOFARINGE	-	-	-	-	4	80	0	0	4	100	0	0	0	0	4	100	0	0	8	88,89	0	0	8	88,89
FARINGE NAS	-	-	-	-	2	100	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100	0	0	4	100	0	0	4	100
ESOFAGO	-	-	-	-	1	50	0	0	1	50	0	0	0	0	6	75	0	0	7	70	0	0	7	70
STOMACO	1	100	0	0	16	94,12	0	0	49	90,74	1	1,85	0	0	66	91,67	1	1,85	66	91,67	1	1,39	67	1,39
INTESTINO TENUE	-	-	-	-	5	100	0	0	1	100	0	0	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100
COLON	1	100	0	0	36	94,74	0	0	122	93,85	0	0	0	0	159	94,08	0	0	159	94,08	0	0	159	94,08
RETTO	-	-	-	-	19	100	0	0	48	82,76	1	1,72	0	0	67	87,01	1	1,72	67	87,01	1	1,3	68	1,3
FEGATO	-	-	-	-	5	23,81	0	0	35	54,69	3	4,69	0	0	40	47,06	3	4,69	40	47,06	3	3,53	43	3,53
VIE BILIARI	1	100	0	0	3	60	0	0	5	41,67	0	0	0	0	9	50	0	0	9	50	0	0	9	50
PANCREAS	-	-	-	-	12	54,55	0	0	12	48	0	0	0	0	24	51,06	0	0	24	51,06	0	0	24	51,06
CAVITA NASALE	-	-	-	-	2	100	0	0	-	-	0	0	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
LARINGE	-	-	-	-	15	93,75	0	0	16	72,73	1	4,55	0	0	31	81,58	1	4,55	31	81,58	1	2,63	32	2,63
POLMONE	0	0	0	0	104	73,24	2	1,41	177	61,67	8	2,79	0	0	281	65,35	10	2,33	281	65,35	10	2,33	291	2,33
ALTRI ORGANI TORACICI	-	-	-	-	2	100	0	0	4	57,14	0	0	0	0	6	66,67	0	0	6	66,67	0	0	6	66,67
OSSO	-	-	-	-	1	100	0	0	4	100	0	0	0	0	5	100	0	0	5	100	0	0	5	100
PELLE, MELANOMI	3	100	0	0	10	90,91	0	0	9	90	0	0	0	0	22	91,67	0	0	22	91,67	0	0	22	91,67
PELLE, NON MELANOMI	9	100	0	0	92	97,87	0	0	256	98,84	1	0,39	0	0	357	98,62	1	0,39	357	98,62	1	0,28	358	0,28
MESOTELIOMA	-	-	-	-	2	100	0	0	1	100	0	0	0	0	3	100	0	0	3	100	0	0	3	100
SARCOMA DI KAPOSI	-	-	-	-	0	0	0	0	7	70	0	0	0	0	7	58,33	0	0	7	58,33	0	0	7	58,33
TESSUTI MOLLI	3	75	0	0	5	100	0	0	6	100	0	0	0	0	14	93,33	0	0	14	93,33	0	0	14	93,33
MAMMELLA	-	-	-	-	1	100	0	0	2	100	0	0	0	0	3	100	0	0	3	100	0	0	3	100
PENE	-	-	-	-	2	100	0	0	3	100	0	0	0	0	5	100	0	0	5	100	0	0	5	100
PROSTATA	-	-	-	-	65	98,48	0	0	189	85,52	11	4,98	0	0	254	88,5	11	4,98	254	88,5	11	3,83	265	3,83
TESTICOLO	10	83,33	0	0	4	80	0	0	1	50	0	0	0	0	15	78,95	0	0	15	78,95	0	0	15	78,95
ALTRI GENITALI MASCHILI	0	0	0	0	-	-	0	0	1	100	0	0	0	0	1	50	0	0	1	50	0	0	1	50
RENE, VIE URINARIE	1	100	0	0	23	82,14	0	0	41	80,39	1	1,96	0	0	65	81,25	1	1,25	65	81,25	1	1,25	66	1,25
VESCICA	1	100	0	0	85	91,4	0	0	186	89,86	2	0,97	0	0	272	90,37	2	0,66	272	90,37	2	0,66	274	0,66
OCCHIO	0	0	0	0	1	50	0	0	-	-	0	0	0	0	1	33,33	0	0	1	33,33	0	0	1	33,33
ENCEFALO E ALTRO SNC	1	20	0	0	15	83,33	0	0	8	47,06	0	0	0	0	24	60	0	0	24	60	0	0	24	60
TIROIDE	-	-	-	-	6	75	0	0	4	57,14	0	0	0	0	10	66,67	0	0	10	66,67	0	0	10	66,67
ALTRE GHIANDOLE ENDOCRINE	-	-	-	-	0	0	0	0	8	100	0	0	0	0	8	88,89	0	0	8	88,89	0	0	8	88,89
LINFOMA DI HODGKIN	8	100	0	0	5	83,33	0	0	3	100	0	0	0	0	16	94,12	0	0	16	94,12	0	0	16	94,12
LINFOMA NON HODGKIN	5	100	0	0	22	88	0	0	24	92,31	0	0	0	0	51	91,07	0	0	51	91,07	0	0	51	91,07
MIELOMA	-	-	-	-	3	60	0	0	12	57,14	3	14,29	0	0	15	57,69	3	11,54	15	57,69	3	11,54	18	11,54
LEUCEMIA LINFATICA ACUTA	2	100	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	0	0	2	100	0	0	2	100	0	0	2	100
LEUCEMIA LINFATICA CRONICA	-	-	-	-	2	100	0	0	11	64,71	2	11,76	0	0	13	68,42	2	10,53	13	68,42	2	10,53	15	10,53
LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA	0	0	0	0	4	100	0	0	6	54,55	1	9,09	0	0	10	62,5	1	6,25	10	62,5	1	6,25	11	6,25
LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	-	-	-	-	3	75	0	0	6	85,71	0	0	0	0	9	81,82	0	0	9	81,82	0	0	9	81,82
ALTRE MMPC E SMD	1	33,33	0	0	6	66,67	0	0	14	51,85	0	0	0	0	21	53,85	0	0	21	53,85	0	0	21	53,85
LEUCEMIE NAS	-	-	-	-	-	-	0	0	1	50	0	0	0	0	1	50	0	0	1	50	0	0	1	50
MISCELLANEA	1	100	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
MAL DEFINITE E METASTASI	1	100	0	0	13	72,22	3	16,67	14	53,85	5	19,23	0	0	28	62,22	8	17,78	28	62,22	8	17,78	36	17,78
TOTALE (esclusi ca.cutanei)	42	73,68	0	0	530	82,3	5	0,78	1063	76,64	39	2,81	40	2,43	1635	78,3	44	2,11	1635	78,3	44	2,11	1679	2,11
TOTALE	51	77,27	0	0	622	84,28	5	0,68	1319	80,13	40	2,43	45	2,43	1992	81,31	45	1,84	1992	81,31	45	1,84	2037	1,84

Popolazione e metodi

Popolazione

La popolazione residente della provincia di Lecce al 1/1/2004 era pari a 801.035 abitanti, dei quali 381.774 maschi e 419.261 femmine. L'analisi della struttura per età della popolazione residente in provincia di Lecce conferma un indice di vecchiaia (rapporto tra i soggetti con 65 anni ed oltre e i soggetti con età fino a 14 anni) inferiore alla media nazionale (122% vs 136%), nonostante Lecce sia la provincia di gran lunga più "anziana" della Puglia (Tabella A.1).

Tabella A.1 – Popolazione residente per fascia di età e sesso e relativi indici di vecchiaia (I.V.) al 1/1/2004 (Fonte: ISTAT)

Fascia	Provincia di Lecce		
	Maschi	Femmine	M+F
0-4	19.237	18.073	37.310
5-9	19.800	18.887	38.687
10-14	23.060	21.817	44.877
15-19	24.169	23.108	47.277
20-24	27.436	26.813	54.249
25-29	30.546	30.859	61.405
30-34	28.320	29.776	58.096
35-39	28.985	31.541	60.526
40-44	26.642	28.874	55.516
45-49	23.957	26.745	50.702
50-54	23.888	26.386	50.274
55-59	23.527	25.809	49.336
60-64	21.012	23.877	44.889
65-69	19.439	23.244	42.683
70-74	17.705	22.726	40.431
75-79	12.734	18.346	31.080
80-84	7.191	12.856	20.047
85+	4.126	9.524	13.650
Totale	381.774	419.261	801.035
I.V. (%)	99	147	122

La popolazione residente nella provincia di Lecce al 1/1/2004 riportata nella precedente tabella è stata utilizzata per il calcolo dei tassi contenuti nel presente Volume. Per maggiore dettaglio si vedano i paragrafi successivi.

Suddivisione in distretti sanitari

In Figura A.1 si mostra la suddivisione della provincia nei dieci Distretti Sanitari. Tali suddivisioni sono state utilizzate come ambito territoriale per la valutazione di variazioni geografiche di incidenza e mortalità, in particolare tali suddivisioni sono riportate nelle Figure 2 delle schede per neoplasia.



Figura A.1
Suddivisione della provincia di Lecce nei dieci Distretti Sanitari

La codifica dei tumori

Il RTLE, come tutti i registri nazionali, deve attenersi alle regole contenute nel Manuale di Tecniche di Registrazione Tumorale divulgato dall'Associazione Italiana Registri Tumori (Ferretti S et al. 2007). Tali regole riguardano in particolare:

- casistica eleggibile
- definizione della data di incidenza
- definizione della base di diagnosi
- modalità di utilizzo dei flussi informativi
- tracciato record da raccogliere
- aspetti organizzativi
- classificazione routinaria dei casi
- gestione dei casi particolari
- controlli di qualità

Il rispetto di detti criteri è indispensabile per consentire l'aggregazione e la confrontabilità dei dati rilevati nel territorio di Lecce con quelli rilevati da altri Registri Tumori, italiani e internazionali.

Classificazione tumorale

Il RTLE codifica i tumori secondo l'ultima delle classificazioni internazionalmente riconosciute prodotte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO): la terza edizione (del 2000) dell'International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O3).

Come si nota in Figura A.2, dal 1946 ad oggi diverse classificazioni si sono succedute ed attualmente (Curado MP et al. 2007) solo la minima parte dei Registri Tumori utilizza ancora classificazioni degli anni '90 (ICD-10 e ICD-O2) o, peggio ancora, degli anni '70 (come ICD-9). Questo perché la codifica dei tumori effettuata tramite tali classificazioni porta ad una inevitabile perdita di dettaglio, che non potrà essere recuperata neppure attraverso la successiva riconversione in ICD-O3 (effettuata da molti registri tramite uno strumento denominato IARCCrgTools).

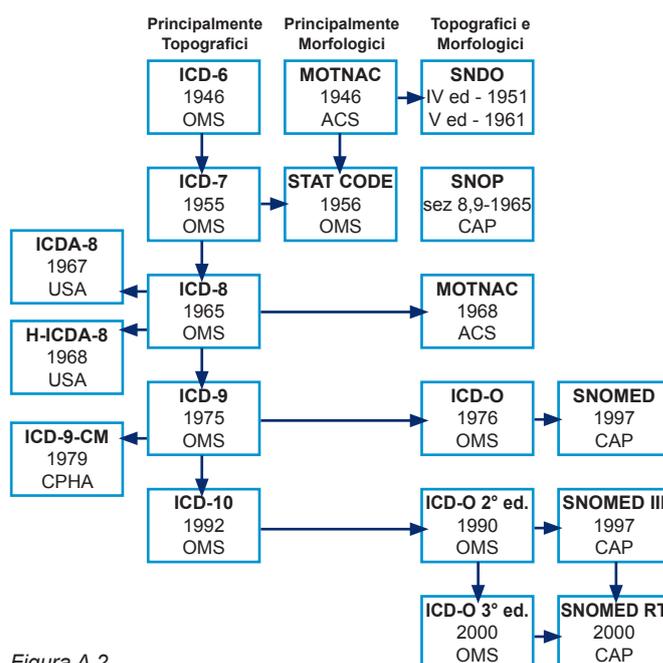


Figura A.2
Sistemi di codifica dei tumori, dal 1946 ad oggi

Topografia e morfologia

La topografia definisce l'organo di origine del tumore. Secondo la classificazione ICD-O3 ogni tumore va codificato con un codice a quattro cifre da C00.0 a C80.9. Le prime tre cifre identificano la sede, il punto separa le prime tre cifre dalla cifra identificante la sottosede (Tabella A.2).

Tabella A.2 – Sedi topografiche in ICD-O3

Gruppo topografico, Sedi
C00-C14 Labbro, cavità orale e faringe Labbro (C00), Base della lingua (C01), Altre e non specificate parti della lingua (C02), Gengiva (C03), Pavimento orale (C04), Palato (C05), Altre e non specificate parti della bocca (C06), Ghiandola parotide (C07), Altre ghiandole salivari maggiori e non specificate (C08), Tonsilla (C09), Orofaringe (C10), Rinofaringe (C11), Seno piriforme (C12), Ipofaringe (C13), Altre e mal definite sedi del labbro, del cavo orale e della faringe (C14)
C15-C26 Organi digestivi Esofago (C15), Stomaco (C16), Intestino tenue (C17), Colon (C18), Giunzione rettosigmoidica (C19), Retto (C20), Ano e canale anale (C21), Fegato e dotti biliari intraepatici (C22), Colecisti (C23), Altre e non specificate parti delle vie biliari (C24), Pancreas (C25), Altri e mal definiti organi digestivi (C26)
C30-C39 Apparato respiratorio e organi intratoracici Cavità nasale e orecchio medio (C30), Seni paranasali (C31), Laringe (C32), Trachea (C33), Bronco e polmone (C34), Timo (C37), Cuore, mediastino e pleura (C38), Altre e mal definite sedi dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici (C39)
C40-41 Ossa, articolazioni e cartilagini articolari Ossa, articolazioni e cartilagini articolari degli arti (C40), Ossa, articolazioni e cartilagini articolari di altre e non specificate sedi (C41)
C42 Sistema emopoietico e reticolo endoteliale Sistema emopoietico e reticolo endoteliale (C42)
C44 Cute Cute (C44)
C47 Nervi periferici e sistema nervoso autonomo Nervi periferici e sistema nervoso autonomo (C47)
C48 Retroperitoneo e peritoneo Retroperitoneo e peritoneo (C48)
C49 Tessuto connettivo, sottocute e altri tess. parti molli Tessuto connettivo, sottocute e altri tessuti delle parti molli (C49)
C50 Mammella Mammella (C50)
C51-C58 Organi genitali femminili Vulva (C51), Vagina (C52), Cervice uterina (C53), Corpo dell'utero (C54), Utero, NAS (C55), Ovaio (C56), Altri e non specificati organi genitali femminili (C57), Placenta (C58)
C60-C63 Organi genitali maschili Pene (C60), Prostata (C61), Testicolo (C62), Altri e non specificati organi genitali maschili (C63)
C64-C68 Apparato urinario Rene (C64), Pelvi renale (C65), Uretere (C66), Vescica (C67), Altri e non specificati organi dell'apparato urinario (C68)
C69-C72 Occhio, cervello e altre parti del SNC Occhio e annessi (C69), Meningi (C70), Encefalo (C71), Midollo spinale, nervi cranici e altre parti del sistema nervoso centrale (C72)
C73-C75 Tiroide e altre ghiandole endocrine Tiroide (C73), Ghiandola surrenale (C74), Altre ghiandole endocrine e formazioni correlate (C75)
C76 Altre e mal definite sedi Altre e mal definite sedi (C76)
C77 Linfonodi Linfonodi (C77)
C80 Sede primitiva ignota Sede primitiva ignota (C80)

La morfologia del tumore è la grandezza che è stata maggiormente innovata nella classificazione ICD-O3 (e quindi è anche la più critica). Essa è composta da un codice a cinque cifre da 8000/0 a 9989/3.

Le prime quattro cifre identificano il termine morfologico specifico, la quinta cifra dopo la barra, identifica il comportamento (i codici usati dai registri per il comportamento sono essenzialmente: 0 benigno, 1 incerto, 2 in situ, 3 maligno) (Tabella A.3).

Tabella A.3 – Gruppi morfologici ICD-O3

Morfologia e descrizione
8000-8005 Neoplasie, NAS
8010-8046 Neoplasie epiteliali, NAS
8050-8084 Neoplasie a cellule squamose
8090-8131 Neoplasie a cellule basali
8140-8384 Adenomi e adenocarcinomi
8390-8420 Neoplasie degli annessi cutanei
8430 Neoplasie mucoepidermoidi
8440-8490 Neoplasie cistiche, mucinose e sierose
8500-8543 Neoplasie duttali e lobulari
8550-8551 Neoplasie a cellule acinose
8560-8589 Neoplasie epiteliali complesse e timiche
8580-8589 Neoplasie epiteliali timiche
8590-8671 Neoplasie gonadiche specializzate
8680-8713 Paragangliomi e tumori glomici
8720-8790 Melanomi e nevi
8800-8806 Tumori delle parti molli e sarcomi, NAS
8810-8836 Neoplasie fibromatose
8840-8842 Neoplasie mixomatose
8850-8881 Neoplasie lipomatose
8890-8921 Neoplasie miomatose
8930-8991 Neoplasie complesse miste e stromali
9000-9030 Neoplasie fibroepiteliali
9040-9044 Neoplasie simil-sinoviali
9050-9055 Neoplasie mesoteliali
9060-9091 Neoplasie a cellule germinali
9100-9105 Neoplasie trofoblastiche
9110 Mesonefromi
9120-9161 Tumori dei vasi sanguigni
9170-9175 Tumori dei vasi linfatici
9180-9243 Neoplasie ossee cartilaginee
9250-9252 Tumori a cellule giganti
9260-9262 Tumori dell'osso miscellanea
9270-9342 Tumori odontogeni
9350-9373 Tumori miscellanea
9380-9480 Gliomi
9490-9523 Neoplasie neuroepiteliomatose
9530-9539 Meningiomi
9540-9571 Tumori delle guaine nervose
9580-9582 Tumori a cellule granulari e sarcomi alveolari delle parti molli
9590-9729 Linfomi di Hodgkin e non-Hodgkin
9731-9734 Tumori plasmacellulari
9740-9742 Tumori mastocitici
9750-9758 Neoplasie degli istiociti e delle cellule linfoidi accessorie
9760-9769 Malattie immunoproliferative
9800-9948 Leucemie
9950-9964 Disordini mieloproliferativi cronici
9970-9975 Altri disordini ematologici
9980-9989 Sindromi mielodisplastiche

L'adozione *in toto* della classificazione ICD-O3 necessita precise scelte nella presentazione dei dati. In particolare per la definizione delle sedi contenute in questo Volume, sono state adottate alcune regole per raggruppare le neoplasie a seconda della loro sede di insorgenza (topografia) e/o della loro morfologia. I criteri adottati per la presentazione dei risultati per sede neoplastica sono mutuati da quelli suggeriti dal Registro Tumori di Modena (Federico M, 2007) ed elencati nella tabella seguente, nella quale vengono indicati anche i corrispettivi codici ICD-9-CM utilizzati per selezionare i decessi tumorali (Tabella A.5).

Sottogruppi istologici

Per ogni singola neoplasia i dati sono stati stratificati anche per gruppi istologici affini. Questo ha consentito di mostrare in modo più conciso ed efficace la distribuzione delle morfologie per ogni singola sede. Per alcune sedi tumorali sono stati adottati i raggruppamenti basati su uno specifico rapporto tecnico IARC, pur se incentrato sulla classificazione ICD-O-2 (Parkin et al., 1998). In alcuni casi le definizioni dei sottogruppi istologici sono state estese al fine di comprendere anche le nuove entità definite nella classificazione ICD-O-3. Per le sedi non contemplate nel rapporto tecnico IARC, sono stati utilizzati i raggruppamenti morfologici illustrati in Tabella A.2 o loro ulteriori scomposizioni definite nel manuale ICD-O-3 (Fritz et al, 2000). Per i tumori della ghiandola prostatica la suddivisione per morfologia/istotipo è stata sostituita dalla più informativa suddivisione per grado di differenziazione cellulare.

Metodi statistici e definizioni

Tasso grezzo e tasso età specifico

Indica il numero totale di casi ogni 100.000 abitanti e si esprime come:

$$T = \frac{\sum n_i}{\sum p_i} \cdot 100.000$$

dove n_i e p_i sono rispettivamente il numero totale di casi e l'ammontare della popolazione nella fascia di età i -esima. In questo volume i valori utilizzati sono $i = 1, 2, \dots, 17, 18$ corrispondenti rispettivamente alle fasce di età: 0-4, 5-9, ..., 80-84, 85 e oltre.

I tassi età-specifici sono mostrati nella Figura 1 di ogni scheda di questo volume e sono così calcolati:

$$T_i = \frac{n_i}{p_i} \cdot 100.000$$

Con T_i il numero totale di casi ogni 100.000 abitanti nella fascia di età i -esima.

Tasso standardizzato diretto

Il tasso standardizzato con il metodo diretto (comunemente definito "tasso standardizzato") consente un più agevole confronto tra aree territoriali con diversa distribuzione di età della popolazione, in particolare il tasso standardizzato con metodo diretto si può esprimere come:

$$T_{SD} = \frac{\sum \frac{n_i}{p_i} \cdot p'_i \cdot 100.000}{\sum p'_i} = \frac{\sum T_i \cdot p'_i}{\sum p'_i}$$

dove p'_i rappresenta l'entità di una popolazione standard presa come riferimento in corrispondenza dell' i -esima fascia di età. In questo libro sono state utilizzate popolazioni internazionalmente riconosciute, come quelle convenzionali dell'Europa e del Mondo (Dos Santos Silva I, 1999) (Tabella A.4).

Tabella A.4 – Popolazioni utilizzate per il calcolo dei tassi standardizzati

Fascia	Europa	Mondo
0-4	8.000	12.000
5-9	7.000	10.000
10-14	7.000	9.000
15-19	7.000	9.000
20-24	7.000	8.000
25-29	7.000	8.000
30-34	7.000	6.000
35-39	7.000	6.000
40-44	7.000	6.000
45-49	7.000	6.000
50-54	7.000	5.000
55-59	6.000	4.000
60-64	5.000	4.000
65-69	4.000	3.000
70-74	3.000	2.000
75-79	2.000	1.000
80-84	1.000	500
85+	1.000	500
Totale	100.000	100.000

Nelle tabelle 3 e 4 contenute in questo libro vengono riportati anche i tassi standardizzati alla popolazione Italiana al censimento del 1981 (si veda ad esempio Zanetti et al. 2002) per compatibilità con alcuni importanti registri italiani (come quelli di Torino, Trapani e Salerno) che fanno uso di questa particolare standardizzazione.

Rischio cumulativo

I rischi cumulativi di incidenza e mortalità riportati in questo volume sono calcolati sulle fasce di età tra 0 e 74 anni, questa formulazione è comunemente utilizzata per rappresentare una stima del rischio di malattia o di decesso nel corso della vita di un individuo (Boyle P e Parkin DM, 1992):

$$R_{cum} = 100 \cdot (1 - e^{-\sum n_i/p_i})$$

dove R_{cum} è espresso come percentuale ed $i=1..15$ corrisponde alle fasce di età da 0-4 a 70-74.

Rapporto standardizzato di incidenza (SIR) e di mortalità (SMR)

La standardizzazione indiretta si esprime come rapporto tra numero di casi osservati e numero di casi attesi nel medesimo periodo:

$$SIR, SMR = \frac{\sum n_i}{\sum e_i} = \frac{\sum n_i}{\sum T'_i \cdot p_i / 100.000}$$

Dove e_i e T'_i sono rispettivamente il numero di casi e il tasso età-specifico attesi per la fascia di età i -esima, i tassi età-specifici attesi sono stati determinati usando l'insieme (o pool) dei Registri Tumori Italiani negli anni 1998-2002 (AIRT Working Group, 2006). Valori di SIR o SMR inferiori o superiori a 1 descrivono rispettivamente un difetto o un eccesso del numero di casi osservati a Lecce rispetto al pool dei Registri Italiani.

Tabella A.5 – Raggruppamenti utilizzati per i codici topografici e morfologici ICD-O3

Descrizione	Topografia ICD-03	Morfologia ICD-03	ICD9 / ICD9-CM
Labbro	C00	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	140
Lingua	C01-02	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	141
Bocca	C03-06	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	143-145
Ghiandole salivari	C07-08	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	142
Orofaringe	C09-10	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	146
Rinofaringe	C11	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	147
Ipopofaringe	C12-13	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	148
Faringe NAS	C14	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	149
Esofago	C15	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	150
Stomaco	C16	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	151
Intestino tenue	C17	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	152
Colon	C18	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	153
Retto	C19-21	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	154
Fegato	C22	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	155
Vie biliari	C23-24	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	156
Pancreas	C25	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	157
Cavità nasale	C30-31	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	160
Laringe	C32	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	161
Polmone	C33-34	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	162
Altri organi toracici	C37-38	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	163-164
Osso	C40-41	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	170
Pelle, melanomi	C44	8720-8790	172
Pelle, non melanomi	C44	escluso 8720-8790, 9590-9989, 9050-9055, 9140	173
Mesotelioma	tutte	9050-9055	nd
Sarcoma di Kaposi	tutte	9140	176
Tessuti molli	C47, 49	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	171
Mammella	C50	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	174-175
Utero, collo	C53	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	180
Utero, corpo	C54	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	182
Utero NAS	C55	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	179
Ovaio	C56	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	183.0
Altri genitali femminili	C51-52, 57, 58	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	181, 183.(2-9), 184
Pene	C60	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	187.(1-4)
Prostata	C61	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	185
Testicolo	C62	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	186
Altri genitali maschili	C63	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	187.(5-9)
Rene, vie urinarie	C64-66, 68	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	189
Vescica	C67	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	188
Occhio	C69	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	190
Encefalo e altro SNC	C70-72	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	191-192
Tiroide	C73	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	193
Altre ghiandole endocrine	C74-75	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	194
Linfoma di Hodgkin	tutte	9650-9667	201
Linfoma non Hodgkin	tutte escluso C42.0, 1, 4	9590-9596, 9670-9729, 9760, 9761, 9764, 9940, 9948 9823, 9827	200, 202.(0-2, 4, 8, 9), 273.3
Mieloma	tutte	9731-9734, 9762	203, 238.6
Leucemia linfatica acuta	tutte C42.0, 1, 4	9826, 9835-9837 9827	204.0
Leucemia linfatica cronica	tutte C42.0, 1, 4	9831-9834 9823	204.1
Leucemia mieloide acuta	tutte	9840, 9861, 9866-9874, 9891-9920, 9931	205.0, 206.0, 207.(0, 2)
Leucemia mieloide cronica	tutte	9863, 9875, 9876, 9945, 9946	205.1
Altre MMPC e SMD	tutte	9950-9989	207.1, 238.(4, 7)
Leucemia NAS	tutte	9800-9820, 9860, 9930	204-208 (escluso precedenti)
Miscellanea	tutte C42	9740-9758 escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	159.1, 202.(3, 5, 6)
Mal definite e metastasi	C26, C39, C48, C76-80	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	158, 159.(0, 9), 165, 195-199

AIRT Working Group. *I Tumori in Italia – Rapporto 2006. Incidenza, mortalità e stime*. Epidemiol Prev 2006 Jan-Feb;30 (1 Suppl 2):8-10, 12-28, 30-101

Boyle P e Parkin DM. *Chapter 11. Statistical Methods for registries*. In Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG. *Cancer Registration Principles and Methods*. IARC Scientific Publication No.95. IARC, Lyon. 1991

Breslow NE, Day NE. *Statistical methods in cancer research, volume II – the design and analysis of cohort studies*. IARC Scientific publications No. 82, 1987

Curado MP, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M and Boyle P, eds. *Cancer Incidence in Five Continents*, Vol. IX. IARC Scientific Publications No. 160, IARC, Lyon, 2007

Dos Santos Silva I. *Cancer Epidemiology: Principles and Methods*. IARC, Lyon, 1999

Ferlay J, Burkhard C, Whelan S, Parkin DM. *Check and Conversion Programs for Cancer Registries*. IARC Technical Report No. 42, Lyon, 2005

Federico M. *I Tumori in provincia di Modena. Anni 1988-2005*. Ed. Associazione Angela Serra per la Ricerca sul Cancro, Modena, 2007

Ferretti S, Giacomini A, Gruppo di lavoro AIRTUM. *Manuale di Tecniche di Registrazione dei Tumori*. Inferenze Scarl, Milano, 2007

Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM, Whelan S. *International Classification of Diseases for Oncology*, Third Edition. WHO, 2000

ISTAT. *Popolazione Residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio. Anno 2004*. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it>

Jones MK, Brouch KL, Bowers CR, Aaron WS. *ICD-9-CM, Code Book*, volumes 1,2,3. St. Anthony Publishing, 1994

MacLennan R. *Items of patient information which may be collected by registries*. In Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG. *Cancer Registration Principles and Methods*. IARC Scientific Publication No.95. IARC, Lyon. 1991

Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia, Regione Puglia. *Atlante delle cause di morte della Regione Puglia. Anni 2000-2005*. Lecce, 2008

Parkin DM, Shanmugaratnam K, Sobin L, Ferlay J, Whelan SL. *Histological Groups for comparative studies*. IARC technical report No. 31, 1998

Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. *Cancer Incidence in Five Continents*, volume VIII. IARC Scientific publications No. 155, 2002

Percy C, Van Holten V, Muir C. *ICD-O, Classificazione Internazionale delle Malattie per l'Oncologia*, seconda edizione. Masson, 1995

Russo A, Bisanti L. *Rapporto sui tumori a Milano – 2007*. Zadig Editore, Milano, 2007

Tyczynski JE, Démaret E, Parkin DM. *Standards and Guidelines for Cancer Registration in Europe*. IARC technical publication No. 40, 2003

WHO. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Tenth Revision, volume I. World Health Organization, Geneva, 1992

Zanetti R, Gafà L, Pannelli F, Conti E, Rosso S. *Il Cancro in Italia, volume III*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2002