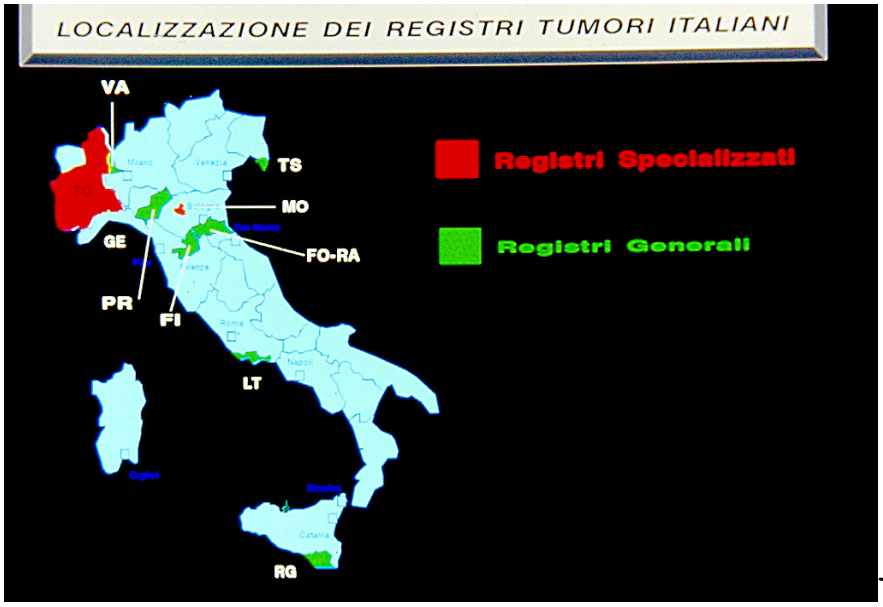
Dr. Salvatore Mazzotta Oncologo
Dr. Pietro Rizzo Oncologo)

PREMESSA

Lo studio e la cura del cancro non può prescindere dalla ricerca di strategie di lotta contro i tumori, ma soprattutto non può prescindere dalla quantificazione del problema cancro.
Se negli ultimi anni, in campo mondiale, notevoli successi si sono avuti nell'ambito delle varie terapie antineoplastiche e molto accento si è posto sulle campagne di prevenzione dei tumori, poco si è fatto riguardo la ricerca epidemiologica, soprattutto nel nostro Paese.
Infatti l'attuale micro rete di registri tumori esistente sul territorio nazionale non è il risultato di una programmazione razionale bensì nella maggior parte dei casi di iniziative di clinici, patologi o epidemiologi i quali hanno progettato i registri e poi perseguito (e generalmente ottenuto) un riconoscimento istituzionale e amministrativo a livello locale.



TAB. 1

Nel nostro paese il primo registro è stato quello del Piemonte avviato nel 1965 per una popolazione di 4,5 milioni di abitanti. L'iniziativa ha prodotto stime di incidenza fino all'inizio degli anni 70.
Dopo un lungo periodo di inattività il registro è stato riavviato alla metà degli anni 80 con copertura della popolazione della sola città di Torino.
Nel frattempo erano stati avviati i registri della provincia di Varese (1976), Parma (1977) e Ragusa (1981).
Nel corso della prima metà degli anni 80 sono stati avviati altri 6 registri generali (Latina, Genova, Firenze, Romagna, Trieste) ed uno specializzato nei tumori dell'apparato digerente (Modena).
Nel complesso circa il 10% della popolazione italiana è osservata da questi registri.

TAB. 2

AMBITI E DIMENSIONI DEI REGISTRI TUMORI ITALIANI

AMBITO	POPOLAZIONE MEDIA ANNUALE M	F	ANNO AVVIO REGISTRAZIONE	ANNI DI OSSERVAZIONE
Torino città	495410	538499	1985	3
Genova città	342732	381845	1986	2
Provincia di Varese	380502	410433	1976	5
Provincia di Trieste	128843	148707	1984	2
Provincia di Parma	192242	206094	1978	5
Province di Forlì e Ravenna	209336	223612	1985	2
Provincia di Firenze	564580	609541	1984	3
Provincia di Latina	221187	225871	1982	3
Provincia di Ragusa	138653	144849	1981	5
USL di Modena	126409	136541	1984	-
Piemonte	337806	320967	1967	-

Il rilevamento dei casi che affluiscono ad un registro può essere attivo o passivo:
- Attivo: quando il personale del registro consulta direttamente fonti di rilevamento.
- Passivo: quando le segnalazioni arrivano al personale dei registri. TAB. 3

I vari registri operanti si avvalgono di un regime misto, con generali predominanze di rilevamenti attivi.
Le fonti di rilevamento dei Registri Tumori sono molteplici:
- archivi delle cartelle cliniche,
- referti istologici,
- schede di dimissione ospedaliera,
- certificati di morte,
- segnalazione dei medici curanti.
Tab 4

Tutte queste fonti hanno dei limiti.
Nell'utilizzazione degli archivi delle cartelle cliniche, degli archivi dei referti istologici e delle schede di dimissione ospedaliere è indispensabile tenere conto oltre che della loro possibile incompletezza anche della possibilità che i pazienti si ricoverino in ospedali al di fuori del territorio di residenza.
Gli archivi dei referti anatomo-patologi, anche se gli standard diagnostici sono ormai altamente elevati, non danno notizie sull'iter diagnostico terapeutico ed inoltre sfugge

al loro controllo circa il 30% delle neoplasie che non usufruiscono dell'esame istologico.
Per quel che concerne i certificati di morte spesso rispecchiano la causa finale e non l'evento iniziale che ha portato al decesso.
Si può inoltre confondere il tumore primitivo con quello metastatico, soprattutto per le neoplasie ossee, fegato, polmone ed infine la curabilità dei tumori incide in misura notevole sulla mortalità.Nella tabella esponiamo graficamente ciò che abbiamo detto.

A fronte di un graduale incremento dell'incidenza delle neoplasie negli anni si assiste ad un graduale decremento della mortalità.
Dobbiamo purtroppo constatare che in Puglia non esiste un Registro Tumori e tutti i dati relativi alla patologia tumorale della nostra Regione sono estrapolati dai dati di mortalità dell'ISTAT. Abbiamo comunque ritenuto utile avviare un'indagine epidemiologica con i seguenti obiettivi:

TAB.
6

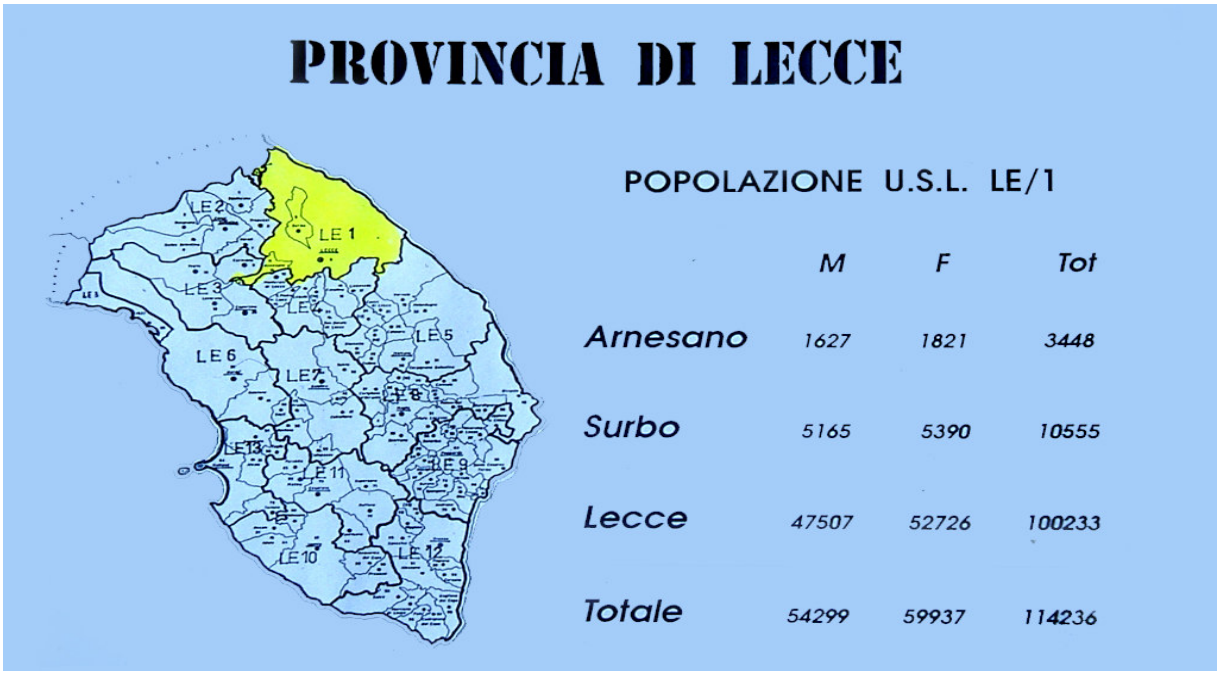
- Valutare l'incidenza di nuovi casi di neoplasie nell'anno 1993 nella USL LE/1.
- Valutare l'incidenza nei due sessi.
- Valutare il tipo di neoplasia più frequente.
- Valutare le fasce di età più colpite.
- Comparare i tassi grezzi della USL LE/1 con i tassi grezzi di tutti i Registri Tumori italiani.
- Valutare la migrazione sanitaria.
- Effettuare stime di proiezione dell'incidenza su tutto il territorio della Provincia di Lecce.

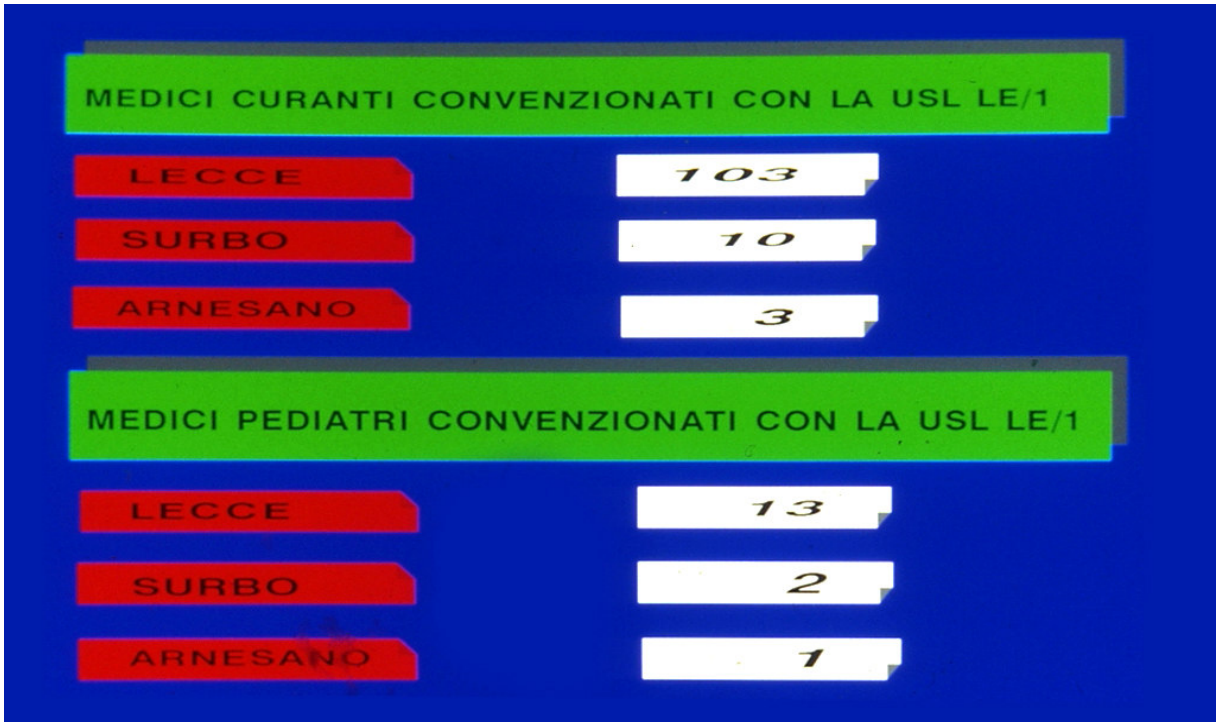
La nostra indagine non ha la pretesa di dare una parola definitiva sulla reale incidenza dei tumori nella nostra USL o fare una comparazione scientificamente valida con gli altri registri poiché essa ha dei limiti che riguardano sia il campione censito(popolazione prettamente urbana) sia il periodo di osservazione limitato ad un anno, mentre tute le altre indagini hanno un periodo di osservazione molto più lungo e censiscono una popolazione più eterogenea.

MATERIALI E METODI

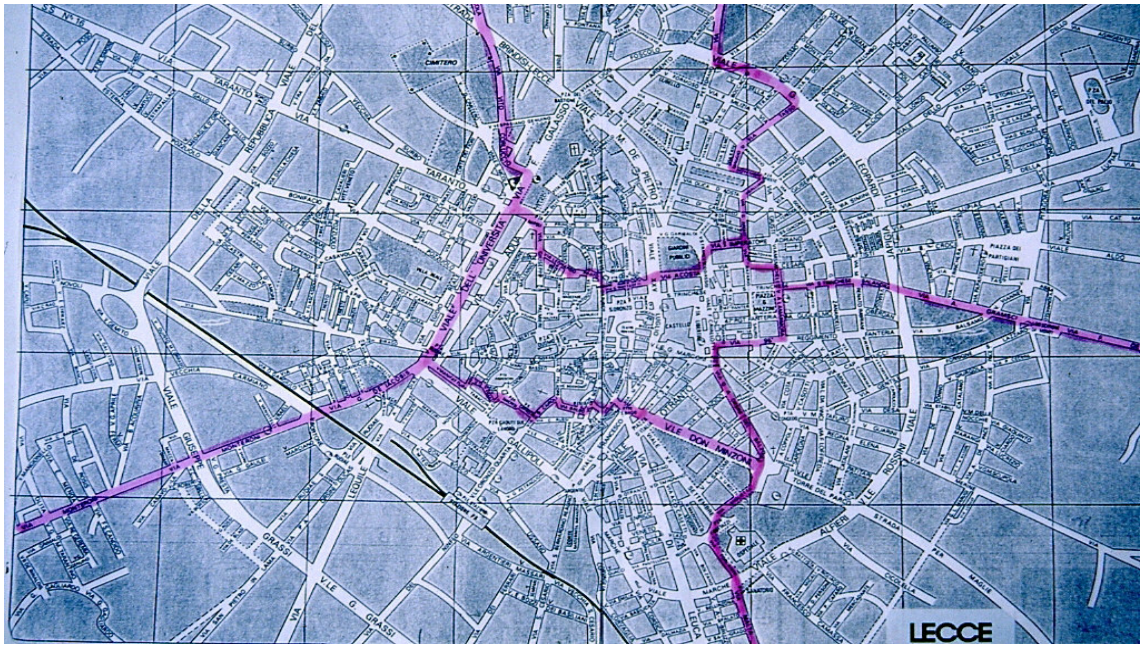
Non abbiamo preso in considerazione il rilevamento dei dati che deriva dalle cartelle cliniche, dagli archivi dei servizi di anatomia-patologica o dai certificati di morte perché da tali fonti verrebbe a mancare un cospicuo numero di pazienti, i quali al solo sospetto di essere portatori di neoplasia o per completare il proprio iter diagnostico o terapeutico emigrano verso Istituti o Ospedali extraprovinciali o extraregionali soprattutto del Nord.
Per la nostra indagine abbiamo scelto i medici curanti convenzionati con il sistema Sanitario Nazionale, in quanto essi rappresentano un passaggio obbligato per tutti i pazienti affetti da neoplasia, che a loro necessariamente si rivolgono (anche se trattati in Ospedali fuori USL) per prescrizione di farmaci, richieste di ulteriore ricovero o di esami.

Naturalmente anche questa fonte ha i suoi limiti per l'incompletezza dei dati come quelli che abbiamo descritto per le cartelle cliniche, le schede di dimissione e le diagnosi istologiche.
Poiché la nostra indagine si prefigge di indagare sulla patologia d'organo e non sui sottogruppi istologici o vari trattamenti terapeutici, i medici curanti rimangono la fonte di rilevamento più attendibile.
La USL LE/1 comprende i Comuni di Lecce, Surbo, Arnesano con una popolazione di 114.136 abitanti di cui 59.937 femmine e 54.299 maschi (censimenti 1991), e i medici curanti convenzionati con il S.S.N. sono 116.
TAB. 7



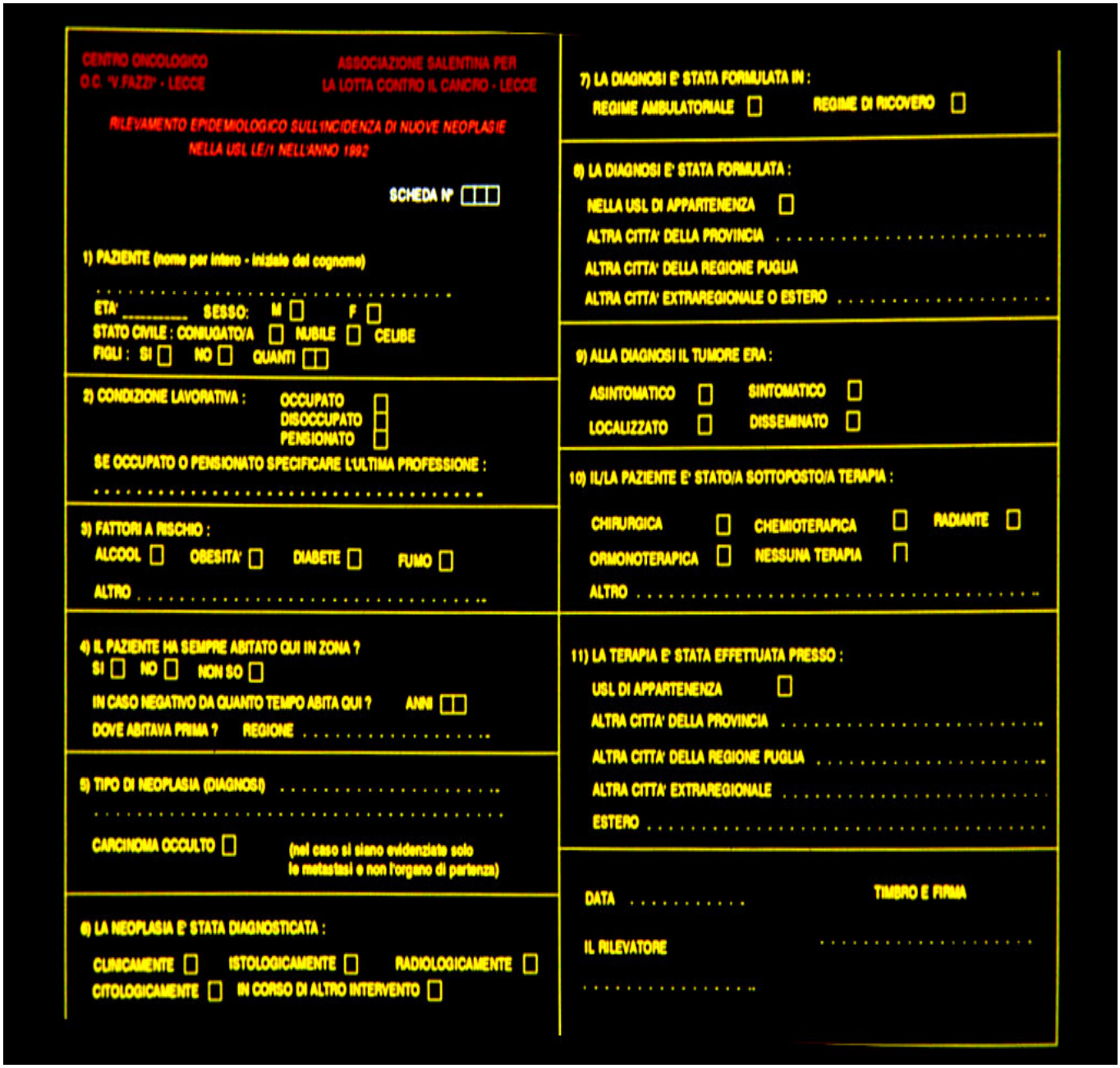


La USL LE/1 è stata suddivisa in 8 settori: 6 per la città di Lecce e 2 per Surbo e Arnesano.



In ogni settore operano circa 15 medici che venino periodicamente visitati da un responsabile intervistatore.

Ad essi veniva sottoposta la compilazione di una scheda-questionario in cui venivano riportate le iniziali del cognome del paziente, salvaguardando il segreto professionale, e il nome per intero, onde evitare ripetizioni nel conteggio finale.
Sulla scheda venivano riportati, oltre al tipo di neoplasia, anche l'eventuale residenza del paziente negli anni precedenti al di fuori della USL LE/1 ed altre notizie che si possono ricavare dallo schema (TAB. 8 scheda di rilevamento).



CENTRO ONCOLOGICO
O.C. "V. FAZZI" - LECCE

ASSOCIAZIONE SALENTINA PER
LA LOTTA CONTRO IL CANCRO - LECCE

RILEVAMENTO EPIDEMIOLOGICO SULL'INCIDENZA DI NUOVE NEOPLASIE
NELLA USL LE/1 NELL'ANNO 1992

SCHEDA N° ☐☐☐

1) PAZIENTE (nome per intero - iniziale del cognome)

. . . . . .

ETA' _____ SESSO: M ☐ F ☐
STATO CIVILE : CONIUGATO/A ☐ NUBILE ☐ CELIBE
FIGLI : SI ☐ NO ☐ QUANTI ☐☐

2) CONDIZIONE LAVORATIVA : OCCUPATO ☐
DISOCCUPATO ☐
PENSIONATO ☐

SE OCCUPATO O PENSIONATO SPECIFICARE L'ULTIMA PROFESSIONE :

. . . . . .

3) FATTORI A RISCHIO :
ALCOOL ☐ OBESITA' ☐ DIABETE ☐ FUMO ☐
ALTRO . . . . . .

4) IL PAZIENTE HA SEMPRE ABITATO QUI IN ZONA ?
SI ☐ NO ☐ NON SO ☐
IN CASO NEGATIVO DA QUANTO TEMPO ABITA QUI ? ANNI ☐☐
DOVE ABITAVA PRIMA ? REGIONE . . . . . .

5) TIPO DI NEOPLASIA (DIAGNOSI) . . . . . .

. . . . . .

CARCINOMA OCCULTO ☐ (nel caso si siano evidenziate solo le metastasi e non l'organo di partenza)

6) LA NEOPLASIA E' STATA DIAGNOSTICATA :
CLINICAMENTE ☐ ISTOLOGICAMENTE ☐ RADIOLOGICAMENTE ☐
CITOLOGICAMENTE ☐ IN CORSO DI ALTRO INTERVENTO ☐

7) LA DIAGNOSI E' STATA FORMULATA IN :
REGIME AMBULATORIALE ☐ REGIME DI RICOVERO ☐

8) LA DIAGNOSI E' STATA FORMULATA :
NELLA USL DI APPARTENENZA ☐
ALTRA CITTA' DELLA PROVINCIA . . . . . .
ALTRA CITTA' DELLA REGIONE PUGLIA
ALTRA CITTA' EXTRAREGIONALE O ESTERO . . . . . .

9) ALLA DIAGNOSI IL TUMORE ERA :
ASINTOMATICO ☐ SINTOMATICO ☐
LOCALIZZATO ☐ DISSEMINATO ☐

10) IL/LA PAZIENTE E' STATO/A SOTTOPOSTO/A TERAPIA :
CHIRURGICA ☐ CHEMIOTERAPICA ☐ RADIANTE ☐
ORMONOTERAPICA ☐ NESSUNA TERAPIA ☐
ALTRO . . . . . .

11) LA TERAPIA E' STATA EFFETTUATA PRESSO :
USL DI APPARTENENZA ☐
ALTRA CITTA' DELLA PROVINCIA . . . . . .
ALTRA CITTA' DELLA REGIONE PUGLIA . . . . . .
ALTRA CITTA' EXTRAREGIONALE . . . . . .
ESTERO . . . . . .

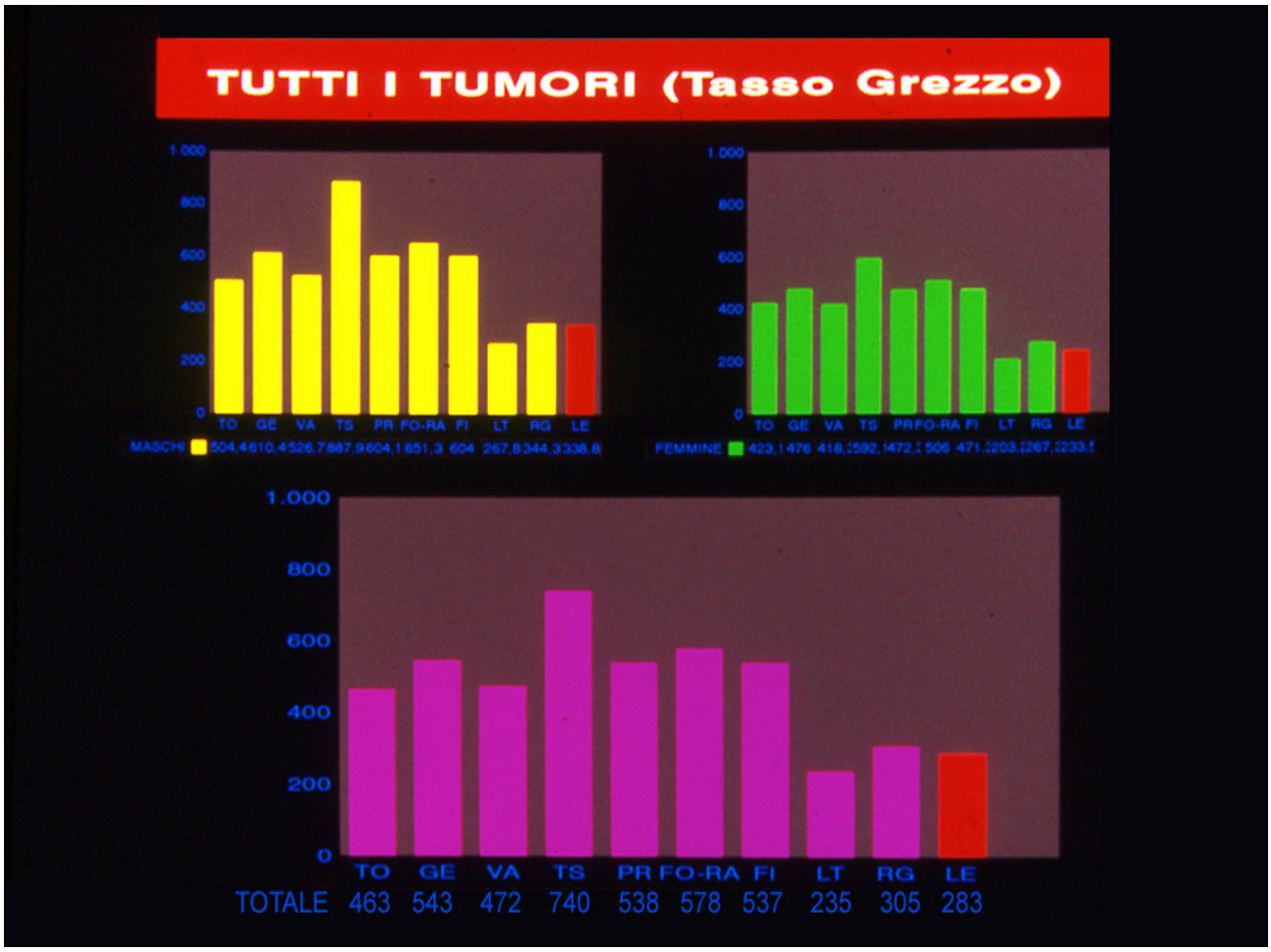
DATA . . . . . TIMBRO E FIRMA

IL RILEVATORE . . . . . .

. . . . . .

RISULTATI

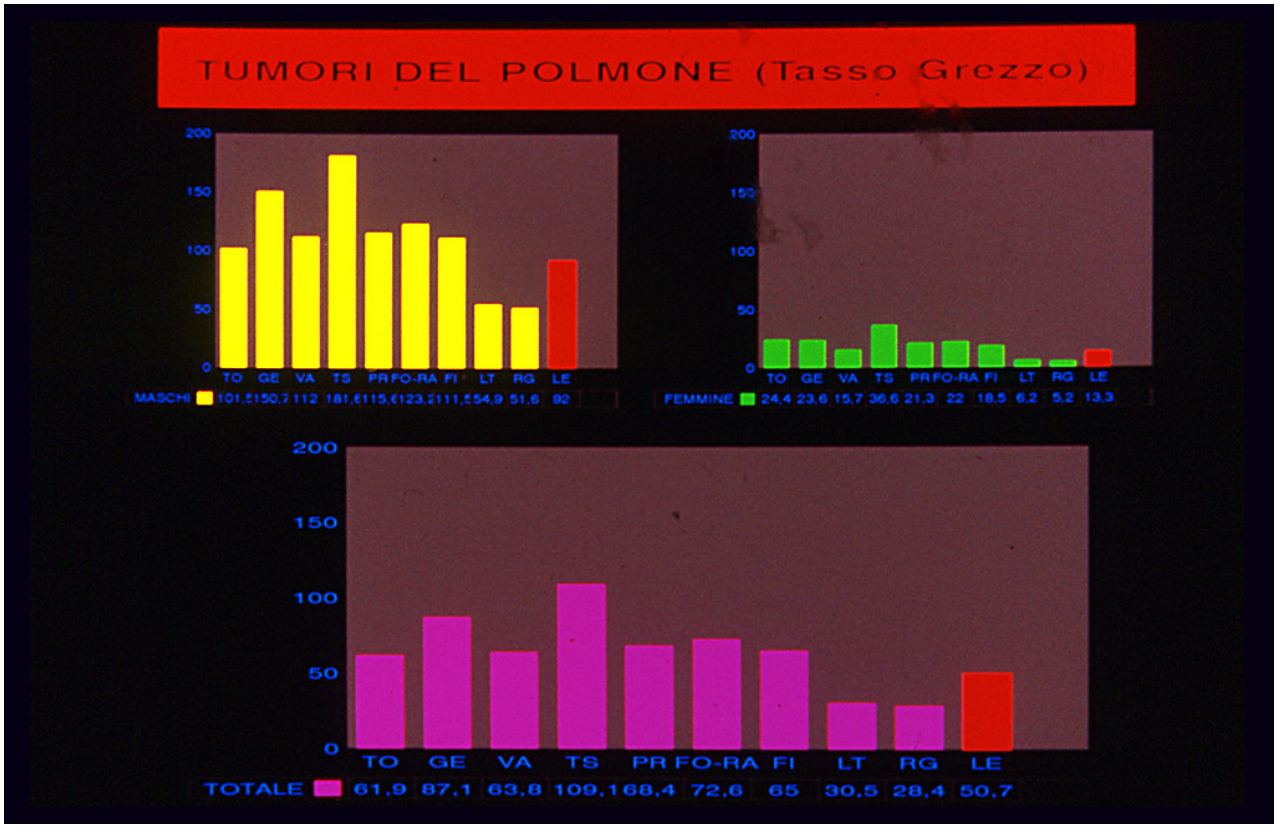
Come si può notare dalla TAB. esiste una netta differenza nei dati di incidenza tra i Registri Tumori del Nord e quelli del Centro-Sud.
TAB. 9



Difatti tutti i registri del Nord riportano tassi grezzi di incidenza molto elevati con una punta massima nella provincia di Trieste, dove si riscontrano tassi tra i più alti del mondo, mentre Torino ha i tassi più bassi tra i registri del Nord.
L'incidenza di Torino può essere spiegata dal fatto che il 29,5% della popolazione della città essendo immigrata dal Sud potrebbe avere lo stesso rischio di incidenza di quella di Latina e Ragusa.La nostra indagine ha evidenziato per la USL LE/1 un tasso grezzo totale di 283 X 100.000 abitanti, che si inserisce bene tra i dati di incidenza dei 2 registri tumori del Centro-Sud.
La differenza di incidenza tra Nord e Sud persiste anche confrontando l'incidenza tra i due sessi, anche se nel sesso femminile il divario è meno evidente.
Abbiamo ritenuto utile analizzare l'incidenza delle singole neoplasie e paragonarla con quella degli altri Registri Tumori.

TUMORI DEL POLMONE

Il cancro del polmone è oggi il più comune tipo di cancro nei paesi industrializzati: il numero di nuovi casi stimati al 1986 era circa di 590.000. E' il tipo di cancro più comune per il sesso maschile e la quinta forma più frequente per quello femminile.
In Italia si è stimato che nel 1990 siano stati diagnosticati circa 32.300 nuovo casi, 27.600 nei maschi e 4.700 nelle femmine.
Grande attenzione è stata recentemente dedicata al potenziale rischio cancerogeno associato a esposizione ambientale involontaria a fumo di tabacco.
Il rischio di cancro polmonare tende ad essere più elevato nelle aree urbane rispetto alle aree rurali.
Nonostante si sia ripetutamente accertato che il vivere in aree altamente inquinate può drasticamente contribuire ad un aumento nella mortalità per cancro del polmone, sulla base delle evidenze epidemiologiche attuali non si è ancora riusciti a quantizzare il rischio attribuibile all'inquinamento ambientale.
Esaminando i dati d'incidenza dei Registri Italiani si conferma una generale tendenza al decrescere dei tassi scendendo da Nord a Sud.
Sono stati rilevati 58 casi pari ad un tasso grezzo totale di 50,7/100.000, mentre nelle femmine è notevolmente inferiore pari a 13,3/100.000.
TAB. 10

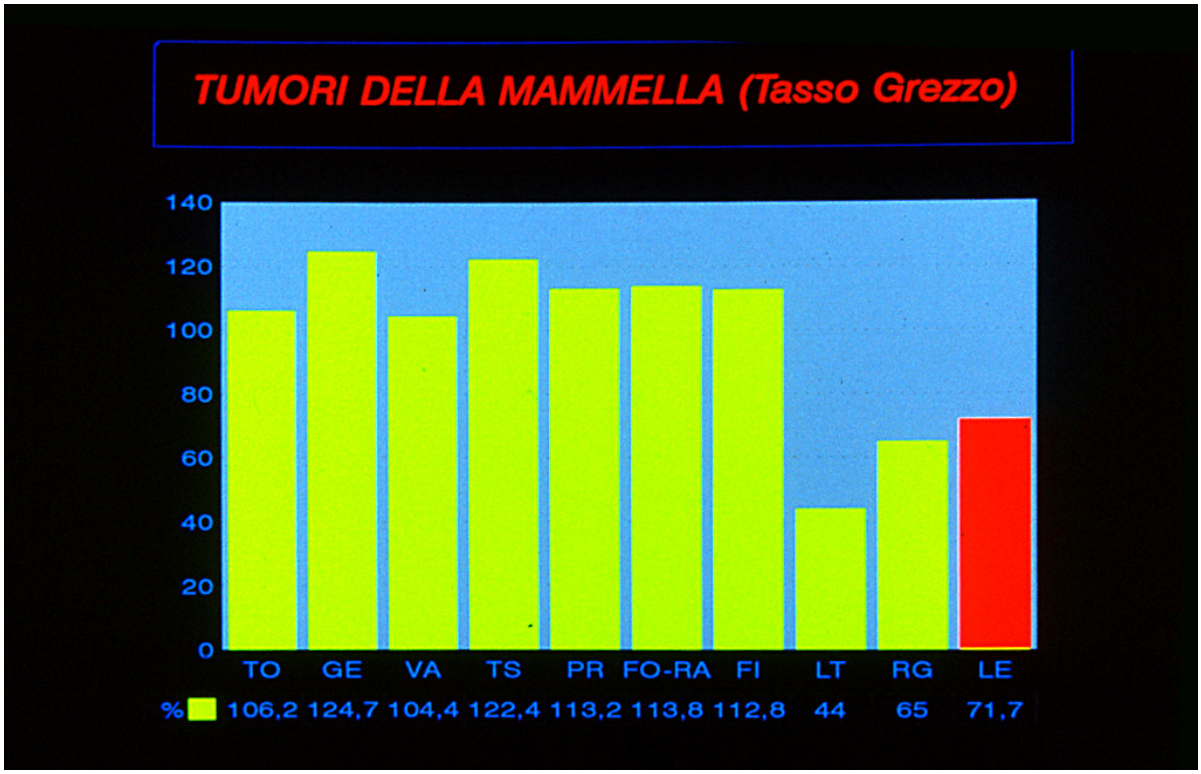


Confrontando i tassi grezzi da noi rilevati con quelli di altri registri Tumori italiani si può notare come l'incidenza sia particolarmente elevata nelle città industrializzate del Nord scendendo man mano che ci spostiamo nel Centro-Sud.

Ma il dato più interessante è che Lecce pur avendo un territorio quasi completamente sprovvisto di insediamenti industriali, presenta un tasso di incidenza di tumori polmonari che si avvicina più a quello delle città del Nord che non del Centro-Sud.
Tale dato è in proporzione simile anche nel sesso femminile.
I dati della nostra indagine confermano i risultati sulla mortalità in Italia per i tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni pubblicati su **"Progressi nella ricerca sul cancro" (ed. Le scienze)** nel 1989, da cui si evince che le province di Lecce, Brindisi e Taranto hanno una mortalità per tumori polmonari significativamente superiore a quella delle altre province del Sud (si eccettua la provincia di Napoli).
D'altro canto, il confronto tra un dato di incidenza e un dato di mortalità può essere plausibile per un tipo di tumore scarsamente curabile e a maggior ragione guaribile come il cancro del polmone.
Per quanto riguarda il fumo di sigaretta è confermato il rapporto di causa-effetto con i tumori polmonari anche nella nostra casistica.
Per spiegare tale incidenza occasionale possiamo prendere in considerazione altri fattori come l'uso indiscriminato di pesticidi e di diserbanti in colture intensive come quella della vite, senza alcuna protezione da parte dei contadini del Salento; ed inoltre la possibilità che molti pazienti della nostra casistica, colpiti da cancro del polmone, avevano lavorato negli anni 50 - 60 nel Nord Italia o all'estero e, in particolare, nelle miniere di carbone dell'Inghilterra o del Belgio.

TUMORI DELLA MAMMELLA

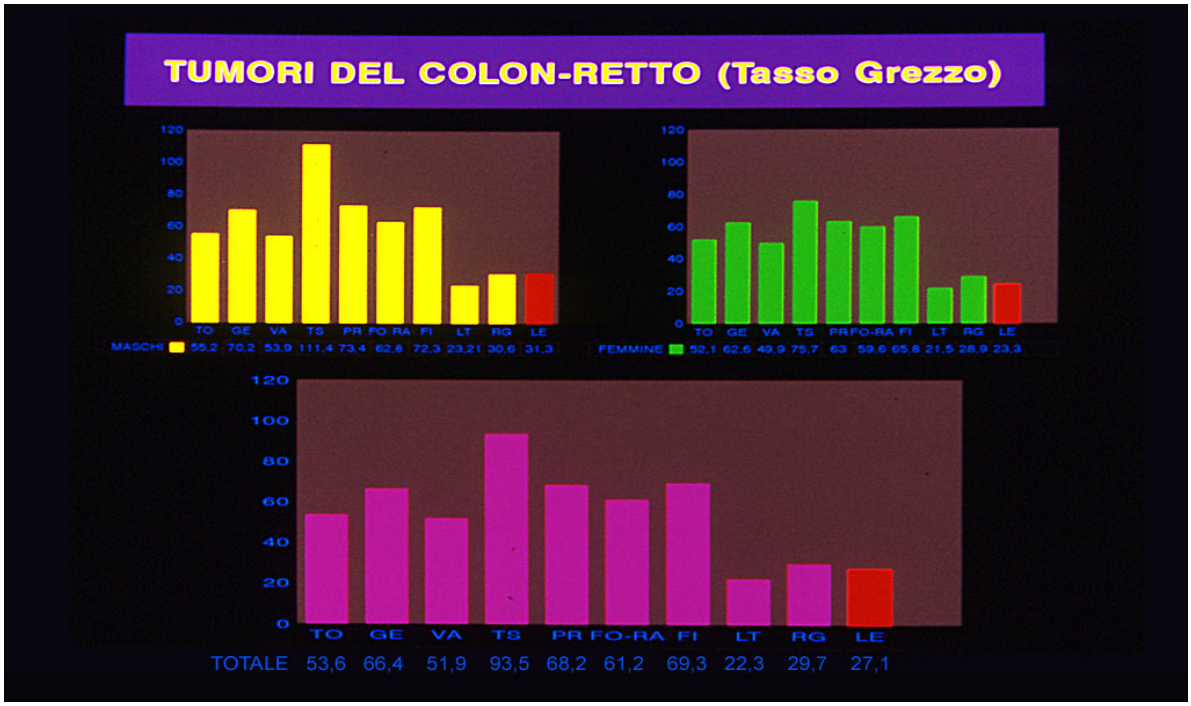
In Italia il tumore del seno nel sesso femminile è percentualmente il più importante, rappresentando circa il 25% dei tumori di tutte le sedi nei vari registri italiani (dal 20% a Latina al 27% a Genova).
L'incidenza dei tumori della mammella pur riferendosi quasi esclusivamente al sesso femminile rappresenta la terza sede di neoplasia nel mondo.
I tassi più alti di incidenza sono riportati nelle Hawaii e nelle donne di razza bianca residenti negli Stati Uniti.
I tassi italiani delle zone del Centro-Nord si collocano in posizione medio alta al confronto internazionale, mentre si conferma una più bassa incidenza per la popolazione del Sud. Difatti come si può vedere nella tabella l'incidenza dei due registri del Centro-Sud e della USL LE/1 sono molto al di sotto della media degli altri registri. TAB. 11



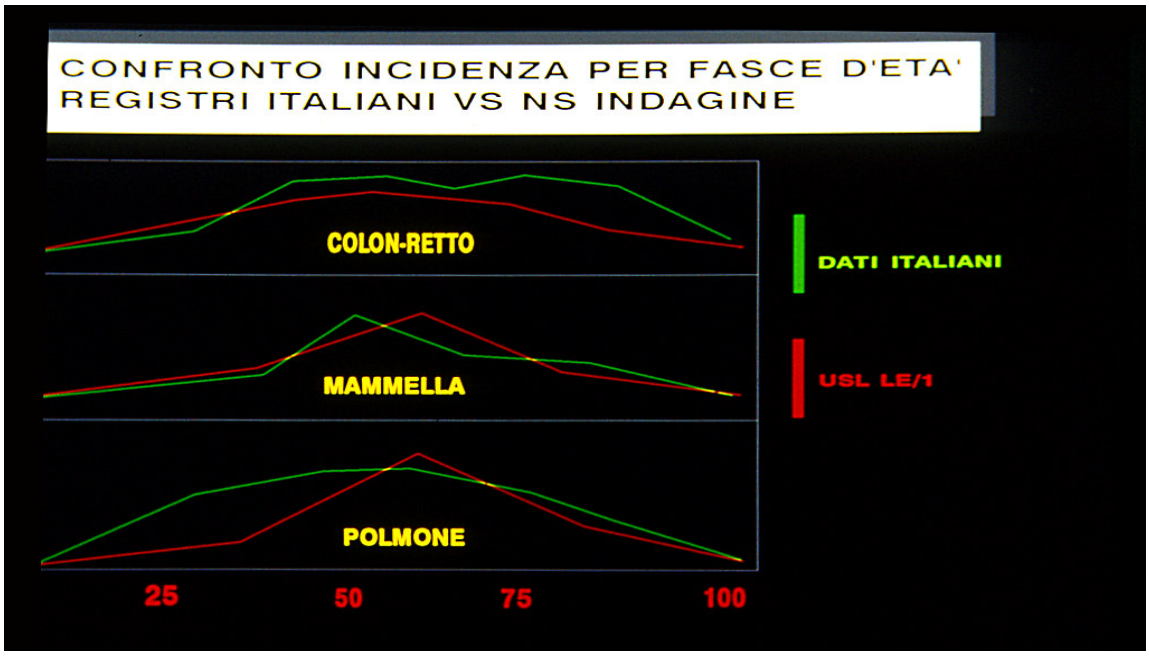
Noi abbiamo registrato 55 casi per una percentuale del 71,7/100.000 donne, indice molto vicino all'incidenza del registro di Ragusa, ma poco al di sopra di quello di Latina.
sia la nostra indagine che gli altri dati di incidenza prendono in considerazione soltanto la popolazione femminile in quanto sia a livello nazionale che internazionale il rapporto fra le popolazioni maschili e femminili è di 1 - 100.
Nella nostra indagine non abbiamo avuto nessun caso di tumore della mammella maschile.
Il tumore della mammella è una neoplasia in progressivo aumento in tutti i paesi occidentali.
Per cercare di ridurre il tasso di mortalità oltre a notevoli sforzi terapeutici sono stati impostati numerosi programmi di screening diagnostico.
I risultati a livello mondiale hanno confermato che la mammografia eseguita periodicamente, consente di ridurre la mortalità solamente alle donne comprese nella fascia di età tra 50 - 70 anni, mentre non vi è stata evidenza di alcun beneficio in termini di sopravvivenza al di sotto dei 50 anni.

TUMORI DEL COLON RETTO

Anche per il carcinoma del colon-retto molto importante è la dieta per la sua insorgenza.
Anche se una delle principali caratteristiche dei tumori intestinali è la loro eterogeneità eziopatogenica. E' stato recentemente proposto che nel colon-retto possono in realtà identificarsi tre tipi diversi di tumore - quelli del colon destro, del colon sinistro e del retto - ai quali può aggiungersi un quarto tipo, i tumori anali, dalle peculiarità ancora più spiccate. le principali caratteristiche di questi quattro tumori possono così riassumersi:
1) I tumori del colon destro sono relativamente più frequenti nelle popolazioni a bassa incidenza di cancro colorettale.
2) I tumori del colon sinistro sono, fra i tumori intestinali, quelli più frequenti nei paesi ad elevato sviluppo tecnologico.
3) I tumori del retto sono anch'essi più frequenti nei paesi economicamente più sviluppati ma, a differenza dei tumori del colon sinistro, non sembrano associati ad alcun fattore di rischio chiaramente documentato.
Ma il dato epidemiologico più interessante è rappresentato dalla spiccata differenza fra i tassi di incidenza osservati in Nord Italia (inclusa la Toscana) e quelli, molto più bassi, osservati nel Centro-Sud.
Se si assume l'esistenza di un comune background genetico, le differenze osservate possono in parte essere attribuite alle diverse abitudini alimentari e, più in particolare, all'elevato consumo di carne e de grassi animali nel Nord Italia ed al maggior consumo di vegetali freschi e frutta nelle regioni centro-meridionali.
Infine, sarà interessante, in futuro, studiare l'eventuale rapporto fra di tumori colorettali e reddito pro-capite.
Se estrapoliamo il tasso di Trieste dalla TAB. 12 per il quale è difficile una spiegazione, notiamo sempre la notevole differenza tra Nord e Sud e una maggiore incidenza nelle province con una dieta ricca di grassi.
Nella nostra indagine però, a differenza del dato che riguardava il tumore dello stomaco, Lecce è in perfetta media con i registri del Centro-Sud, avendo riscontrato un tasso grezzo del 27,1 X 100.000.



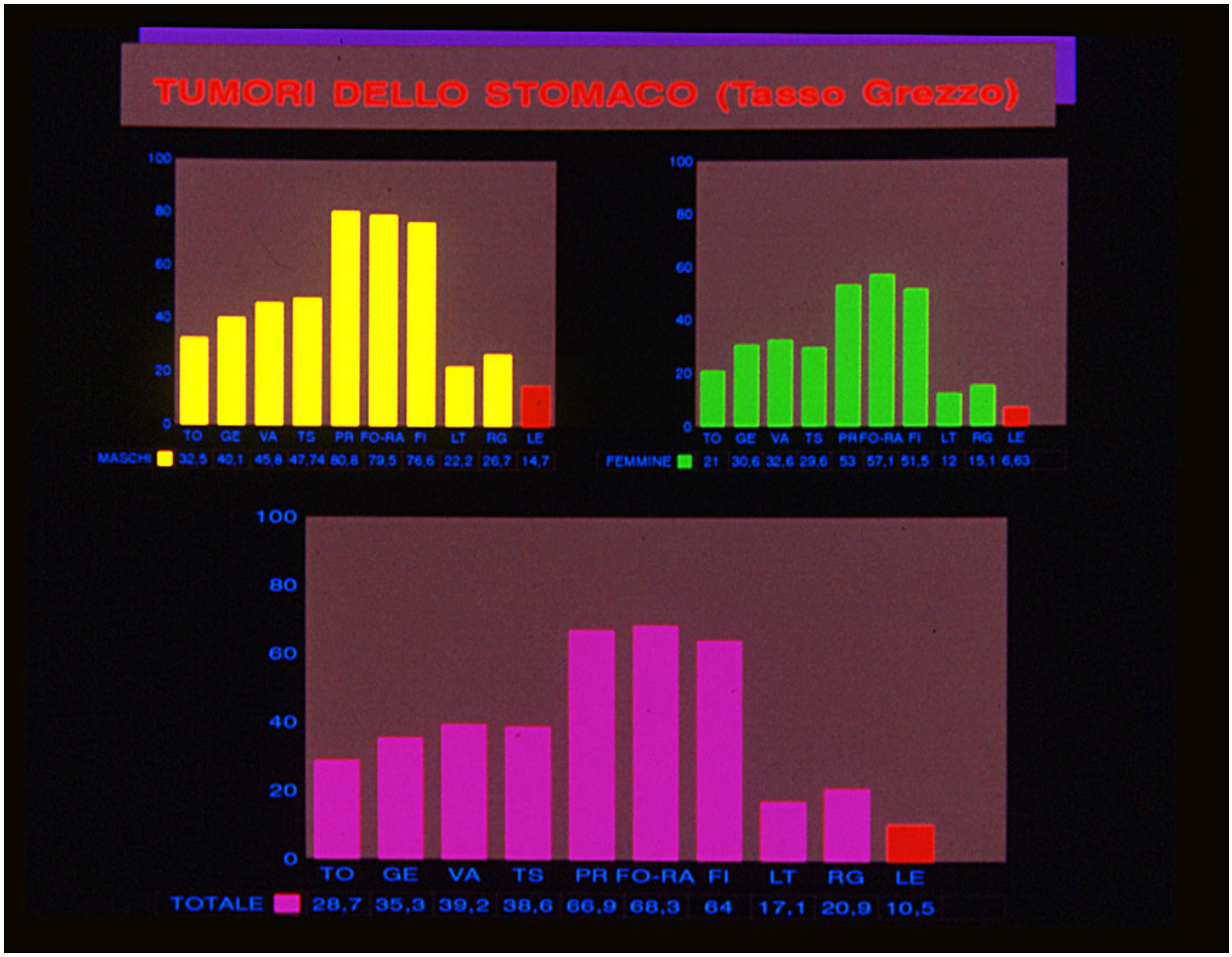
Anche per questa patologia sono stati attivati dei programmi di screening per tentare di diminuire la mortalità, con risultati contrastanti.
Esistono due progetti di studio randomizzati, uno in Inghilterra e uno in Danimarca, non avendo ancora ultimato l'indagine non si conoscono i risultati.
I primi dati comunque hanno evidenziato alcuni benefici che stimolano a continuare e sviluppare questa iniziativa.
I benefici più importanti sono miglioramento dello stadio clinico al momento della diagnosi, possibilità di impiego di terapie più razionali e un miglioramento della sopravvivenza.
Abbiamo calcolato per queste neoplasie le incidenze per fasce di età. TAB. 13



Nella tabella si può vedere come per i tumori del colon-retto la maggiore incidenza nei registri tumori si ha fra i 50 - 70 anni, mentre nella nostra indagine si notano due picchi, uno fra i 40 - 50 anni e uno fra i 65 -75 anni.
Il cancro della mammella anche nella nostra indagine presenta un solo picco, ma più spostato verso i 60 - 75 anni, mentre i dati italiani mostrano un picco verso i 50 anni.
I tumori del polmone nella nostra indagine mostrano un andamento completamente differente rispetto all'andamento dei registri tumori italiani.
Difatti mentre i dati italiani registrano un incremento costante a partire dagli anni 35 i nostri dati mostrano una bassa incidenza fino a 40 anni ma un picco superiore verso i 60 anni.

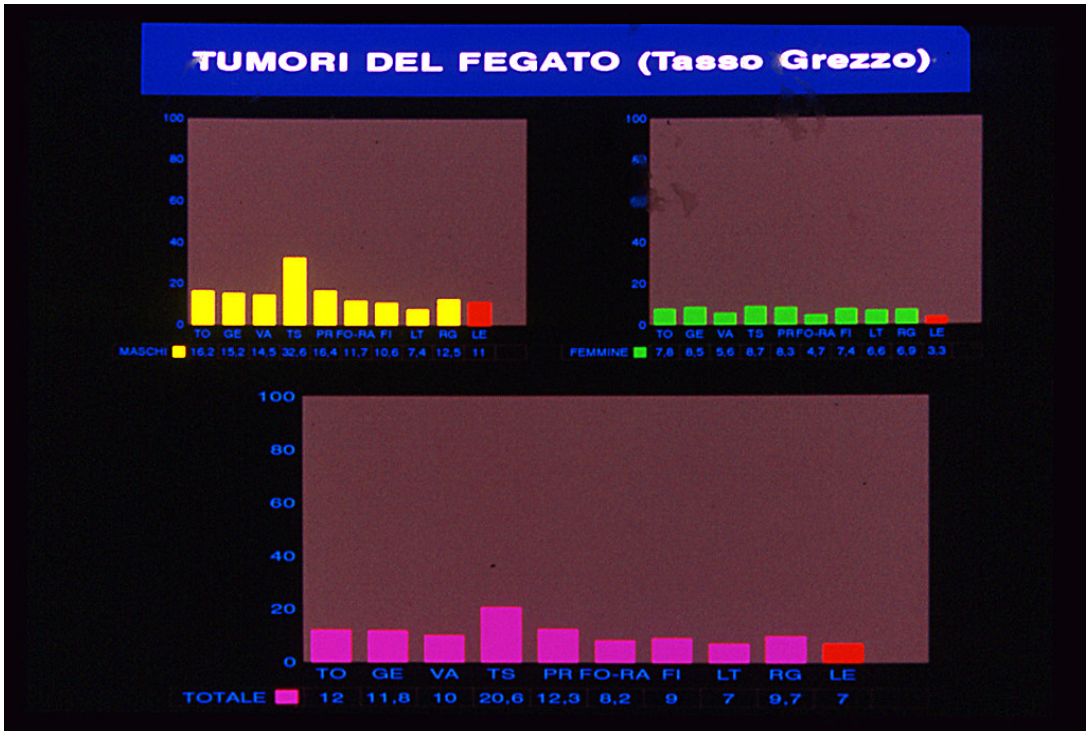
TUMORI DELLO STOMACO

A dispetto di una costante diminuzione negli ultimi 50 anni, il tumore dello stomaco rimane sempre una neoplasia molto importante come causa di morte.
Difatti si è passati da 28 decessi per 100.000 nel 1970 a 18 per 100.000 del 1987 nei maschi e 16 per 100.000 a 8 per 100.000 nelle femmine.
La diminuzione di mortalità comunque non è da imputare ad un miglioramento terapeutico bensì ad una minore incidenza di detta neoplasia.
In Italia gli atlanti di mortalità per tumori hanno evidenziato fino dai primi anni settanta le due aree ad alto rischio già ricordate. I dati per Unità Sanitaria Locale sono forse più informativi in questo caso dato che vi è un forte gradiente rurale-urbano nella mortalità per questo tipo di malattia. Infatti le zone appenniniche delle province di Arezzo e Firenze in Toscana di Forlì Bologna e Modena in Emilia-Romagna, di Perugia e Macerata in Umbria e Marche e le aree rurali delle province di Cremona, Milano, di mortalità superiori a 65 per 100.000 nel sesso maschile ed a 40 per 100.000 nel sesso femminile; valori intermedi di circa 15 e 8 rispettivamente nei due sessi sono registrati nel Piemonte, Trentino, Veneto, Liguria, Lazio e Basilicata ed infine più bassi nelle rimanti regioni meridionali.
E' certa ormai l'influenza della dieta sia come fattore promovente che come fattore protettivo nei confronti del carcinoma gastrico. Non vogliamo prolungarci ad una analisi dettagliata di tali fattori, ma sottolineiamo solamente che fra i fattori protettivi sono la frutta, verdura ed olio di oliva, mentre una dieta ricca di grassi è sicuramente un fattore di rischio.



Guardando la tabella si può notare come l'incidenza più alta si ha in quelle province in cui la dieta notoriamente è più ricca di grassi e questo aumento è riscontrabile sia nel sesso maschile sia nel sesso femminile.
La nostra indagine ha riscontrato un'incidenza del 10,5 X 1.000.000 molto al di sotto anche delle incidenze dei registri tumori del Centro-Sud.
A nostro avviso, questa notevole diminuzione è dovuta più ad una sottostima di tale neoplasia, che può rientrare nelle fluttuazioni annue, anzichè ad un'isola di bassissima incidenza.

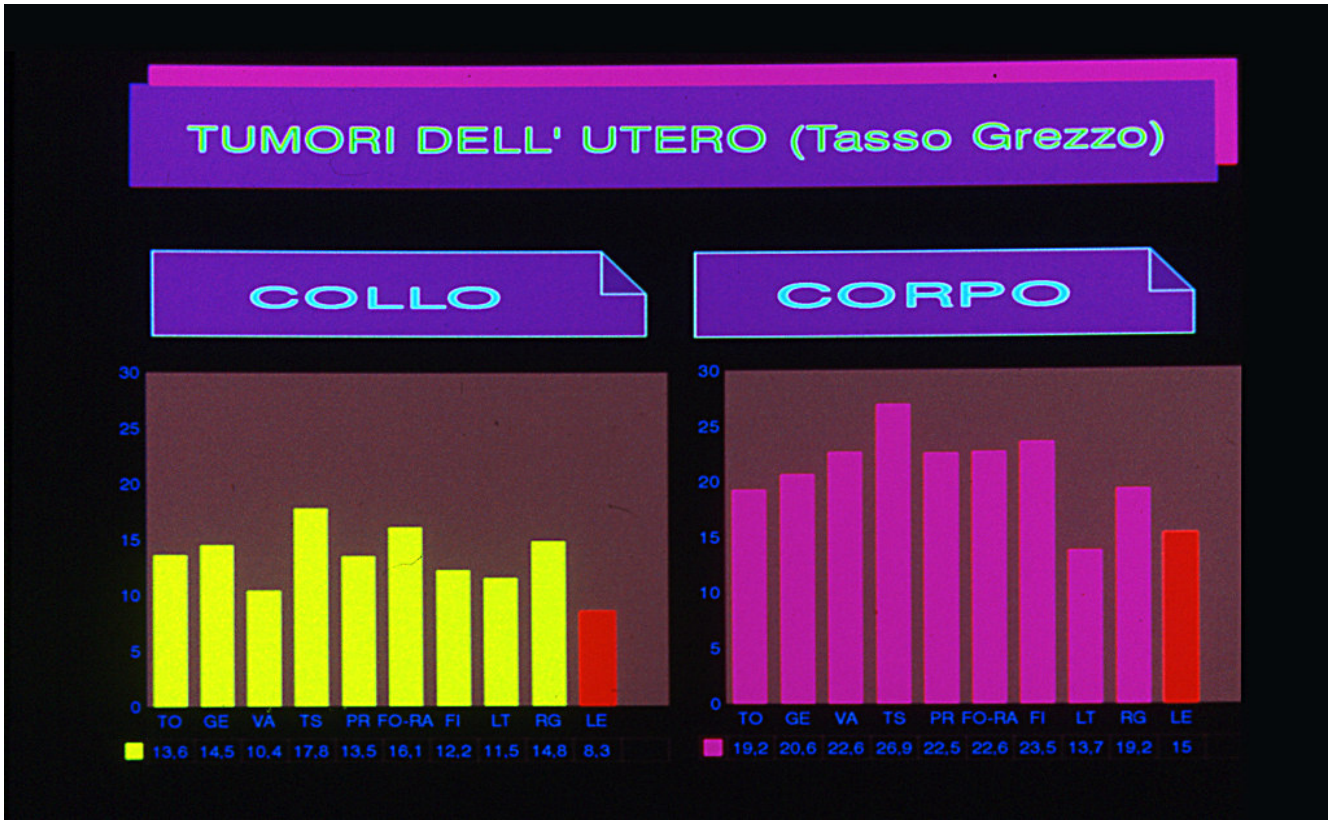
Il cancro del fegato rappresenta il 5,3% dei nuovi tumori nei maschi e il 2,6% nelle femmine. La distribuzione del carcinoma epatocellulare che rappresenta oltre il 90% dei carcinomi epatici, sembra strettamente correlata alla diffusione dell'infezione da virus dell'epatite.
Un problema di grande rilievo che deve essere tenuto presente nell'impostazione dei dati di incidenza e mortalità per carcinoma epatico è quello della affidabilità delle fonti.
Si tratta, infatti, di una neoplasia per la quale possono risultare difficili sia l'individuazione del tumore, sia la distinzione fra forme primitive e secondarie.
Queste caratteristiche possono ripercuotersi anche pesantemente sul calcolo delle incidenze come risulta da uno studio eseguito con il supporto di un controllo autoptico secondo il quale i tassi di incidenza possono risultare inferiori del 40% a causa di tumori non diagnosticati.
Il quadro delle incidenze del cancro del fegato in Italia, quale risulta esaminando i dati forniti dai Registri, è complesso: nei maschi il tasso standardizzato più elevato si osserva a Trieste, seguita da Varese, Torino e Ragusa. Su valori inferiori, e molto simili, troviamo Parma, Genova e Ragusa mentre il gruppo comprendente Latina, Firenze e Forlì si attesta su valori più bassi.
Nel confronto con altre aree geografiche i valori registrati nelle sedi italiane a maggiore incidenza si collocano tra quelli più elevati nell'ambito delle popolazioni occidentali di razza bianca sia per i maschi sia per le femmine, mentre i valori dei Registri con tassi di incidenza più bassi si situano in posizione intermedia.
TAB. 2



Guardando la tabella si nota che i tassi più alti sono a Trieste e Varese anche se non esiste una grande differenza fra le varie regioni italiane.
A Lecce l'incidenza globale del 7 X 100.000 risulta essere uguale a quella di Latina, mentre analizzando i dati per sesso si nota un'impennata per il sesso maschile: 11% rispetto a quello femminile del 3,3 X 100.000.

TUMORI DELL'UTERO

Nel commentare i dati di incidenza e mortalità forniti dai Registri Tumori Italiani sui tumori della cervice uterina vanno richiamate all'attenzione alcune peculiarità insite nella registrazione dei tumori dell'utero. Per quanto attiene ai CIS, questi casi non vengono utilizzati per la produzione dei tassi di incidenza i quali si riferiscono esclusivamente alle forme invasive.
La seconda problematica è correlata alla impossibilità per qualsiasi registro di usufruire per le neoplasie ginecologiche di un esatto denominatore di popolazione. Il denominatore utilizzato dai Registri per la produzione dei tassi è sempre approssimato per eccesso dal momento che comprende inevitabilmente quella quota sconosciuta, ma sicuramente non trascurabile, di donne isterectomizzate per malattie benigne dell'utero e quindi non risultano più "a rischio" per neoplasie maligne dello stesso organo.
Ne consegue che i rischi prodotti dai Registri per tumore dell'utero sono approssimati per difetto rispetto a quelli della popolazione femminile di uno specifico territorio.
Studiare l'incidenza delle neoplasie della cervice e dell'endometrio è molto interessante in quanto questo indice può rispecchiare il grado di sviluppo socio-economico di una popolazione.
Difatti, i tumori del collo dell'utero hanno un'altissima incidenza nei paesi del terzo mondo o in via di sviluppo, in quanto nella loro etiologia molto influisce sia la scarsa igiene intima, sia il numero di gravidanze, sia la mancanza di presidi dove effettuare una adeguata prevenzione.
Viceversa nelle neoplasie dell'endometrio subentrano tra i vari fattori etiologici: malattie quale l'obesità, l'ipertensione e il diabete, tipiche dei paesi ad alto sviluppo socio-economico; si può allora affermare che una diminuzione dei tumori del collo ed un aumento dei tumori dell'endometrio possono essere parametri del benessere di una popolazione.
In Italia circa 20 anni fa' il rapporto fra i tumori della cervice e quelli dell'endometrio era di 4 a 1 in favore della cervice.
TAB. 3

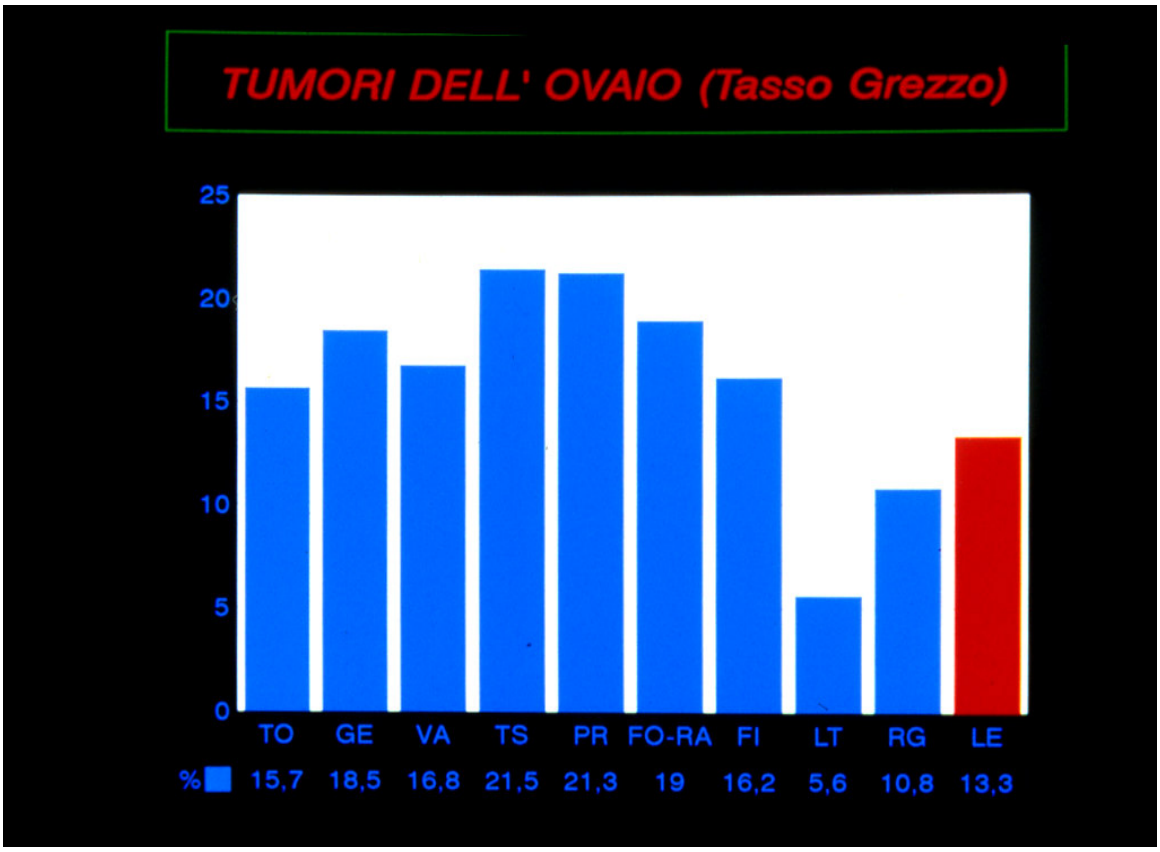


Analizzando i dati della tabella notiamo prima di tutto che non esiste una grande variazione nell'incidenza riscontrata nei vari registri tumori.
Ma il dato che maggiormente risalta è la maggiore incidenza dei tumori dell'endometrio rispetto a quelli della cervice.
Ciò conferma, qualora ve ne fosse bisogno, che l'Italia è in linea con i paesi occidentali.
Per la USL LE/1 il dato 8,3 X 100.000, molto al di sotto della media nazionale, può trovare giustificazione solamente per il tipo di campione censito, in quanto si riferisce alla popolazione di un capoluogo dove la popolazione è più disposta a sottoporsi ad accertamenti preventivi.
Inoltre questa notevole variazione dell'incidenza può essere giustificata anche per le fluttuazioni annuali delle varie patologie.

TUMORI DELL'OVAIO

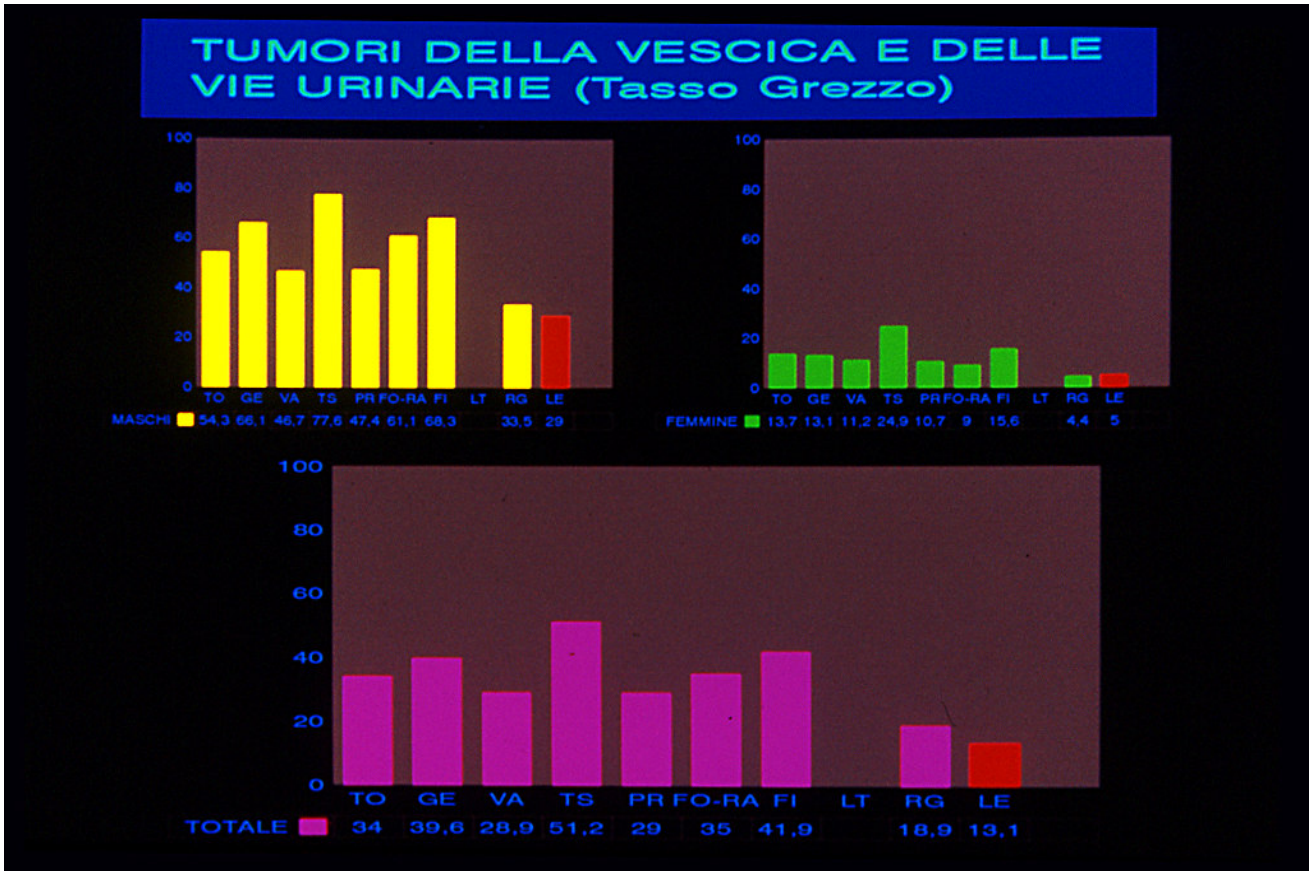
Il cancro dell'ovaio è rappresentato quasi esclusivamente dai carcinomi derivanti dall'epitelio celomatico primitivo.
La raccolta dei dati di incidenza del carcinoma dell'ovaio possono presentare qualche difficoltà e qualche problema su due versanti. Per i tumori di basso grado o borderline non è sempre facile cogliere e attribuire importanza a fenomeni di infiltrazione di minima entità e perciò può diventare problematico l'inserimento o meno di qualche singolo caso fra i carcinomi infiltranti. Inoltre, proprio nel caso di carcinoma dell'ovaio, possono verificarsi fenomeni di impianto peritoenale da parte di neoplasie e

malignità borderline. Sempre sul versante delle difficoltà, esse possono avere un impatto quantitativamente più rilevante nei tumori avanzati ed ampiamente disseminati nella cavità peritoenale all'atto della diagnosi. In tali forme può essere difficile o impossibile, per una invasione massiva del peritoneo viscerale ricoprente le anse intestinali e/o degli organi pelvici, riconoscere il coinvolgimento anatomico delle ovaie da parte del tumore oppure il suo significato di coinvolgimento "primitivo" o "secondario" allorché vi è invasione concomitante di più organi (tra i quali spesso il corpo dell'utero).
Considerando ora l'incidenza riferita a tutti i registri tumori italiani. In tutti i registri dell'Italia Settentrionale, tassi molto elevati, dell'ordine di quelli più elevati nei paesi europei e riferiti al precedente quinquennio.
TAB. 4



La tabella mette in evidenza come l'incidenza della USL LE/1 è più alta rispetto ai due registri del Sud, mentre è più bassa rispetto a quella del Nord.

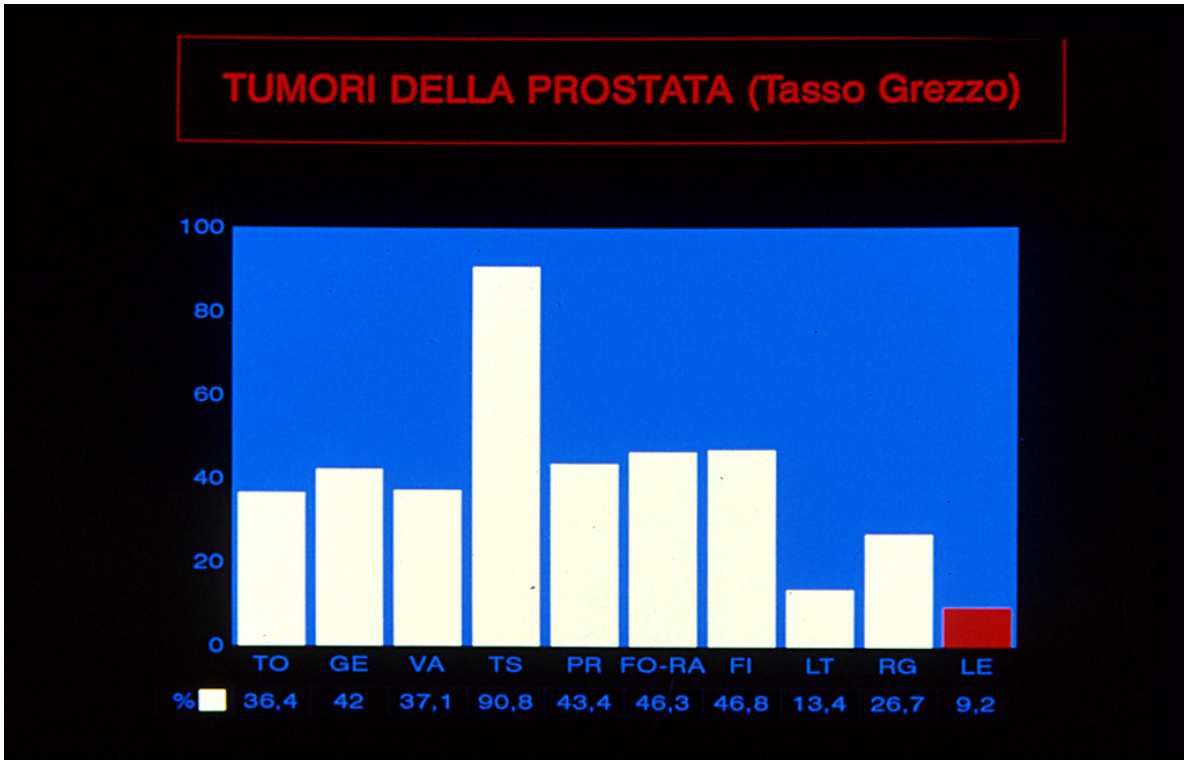
Tra le problematiche di maggior rilievo il fenomeno della multicentricità piuttosto frequente nelle vie urinarie è tale da poter influire sulla misurazione dell'incidenza, a seconda delle diverse modalità di registrazione.
Al riguardo ci sembrano condivisibili i criteri utilizzati da Gatta e Coll, che considerano multifocali e quindi contano a una sola volta, indipendentemente dal momento di insorgenza, i tumori insorti dal rivestimento uroteliale.
Altro più rilevante problema è quello, evidenziato sempre nel citato lavoro, riguardante la inaffidabilità sia a livello anatomopatologico che clinico, della distinzione fra tumori delle vie urinarie benigni, in situ, a comportamento incerto e maligni.
I tumori della vescica si collocano al terzo o al quarto posto nel sesso maschile, dopo polmone e cute e, in alcuni casi, dopo stomaco: le frequenze più elevate si riscontrano a Firenze a Trieste a Torino e Varese, le più basse a Parma e Ragusa.
I nostri dati risultano i più bassi di tutta l'Italia e ciò è sicuramente dovuto al fatto che la nostra indagine ha preso in considerazione solamente i carcinomi infiltranti.
TAB. 5



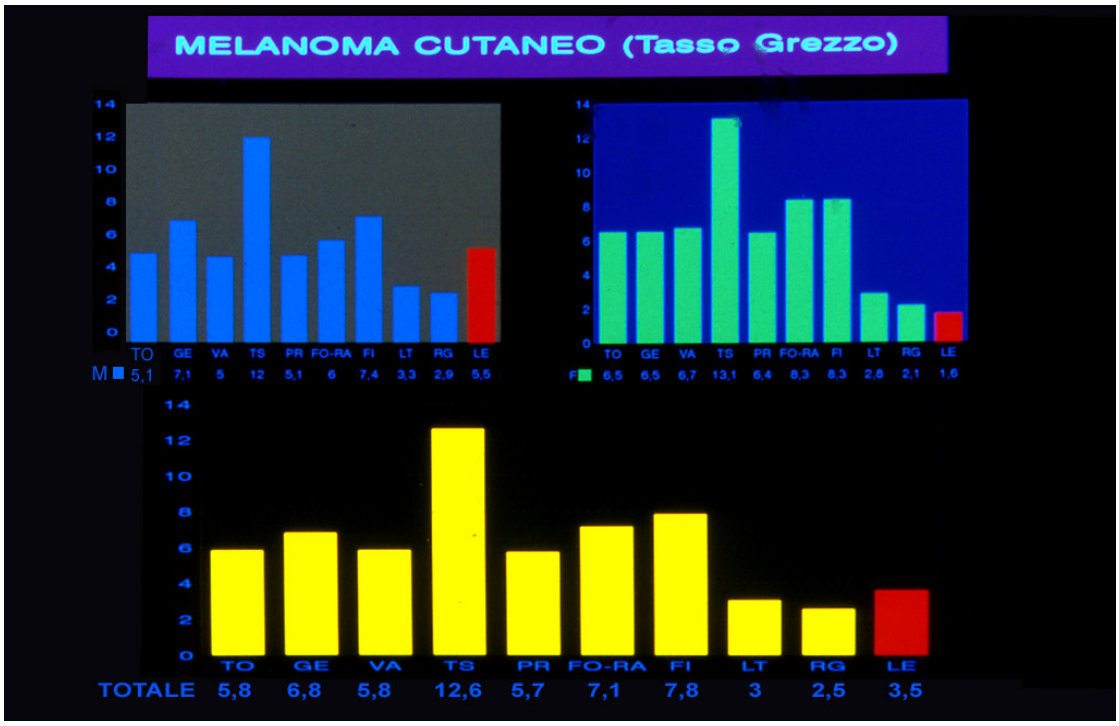
Nel sesso femminile i tassi più elevati sono a Trieste e a Firenze, i più bassi in Romagna e Ragusa.Il rapporto maschi femmine è di 4/1 nella gran parte dei Registri e di 6/1 a Ragusa.

TUMORI DELLA PROSTATA

L'incidenza globale del carcinoma della prostata è in progressivo aumento. Nei paesi più sviluppati risulta essere il secondo tipo di neoplasia più comune nel maschio dopo il carcinoma polmonare e la terza causa di morte per cancro dopo i tumori del polmone e del colon-retto negli uomini .
E' raro sotto i quaranta anni e presenta un'incidenza progressiva in ogni decade che decade che segue il cinquantesimo anno di età. L'incidenza autoptica del carcinoma prostatico latente varia dal 14% ad oltre il 50% in rapporto con l'età.
L'eziologia è tuttora ignota. E' stata da tempo suggerita l'importanza di fattori ormonali, senza però essere stato mai stabilito il vero rapporto causale. Non è mai stata dimostrata un'associazione con il fumo.
Esistono studi epidemiologici che suggeriscono un aumento del rischio per carcinoma prostatico in pazienti con frequenti rapporti sessuali, pregresse malattie veneree e prostatiche, attività sessuale precoce.
I dati di mortalità e di incidenza dei nove Registri Italiani qui riportati mostrano una cospicua variabilità.
I dati registrati nella nostra indagine sono più bassi di tutta l'Italia, ma questo è un dato che merita sicuramente una ulteriore analisi. TAB. 6

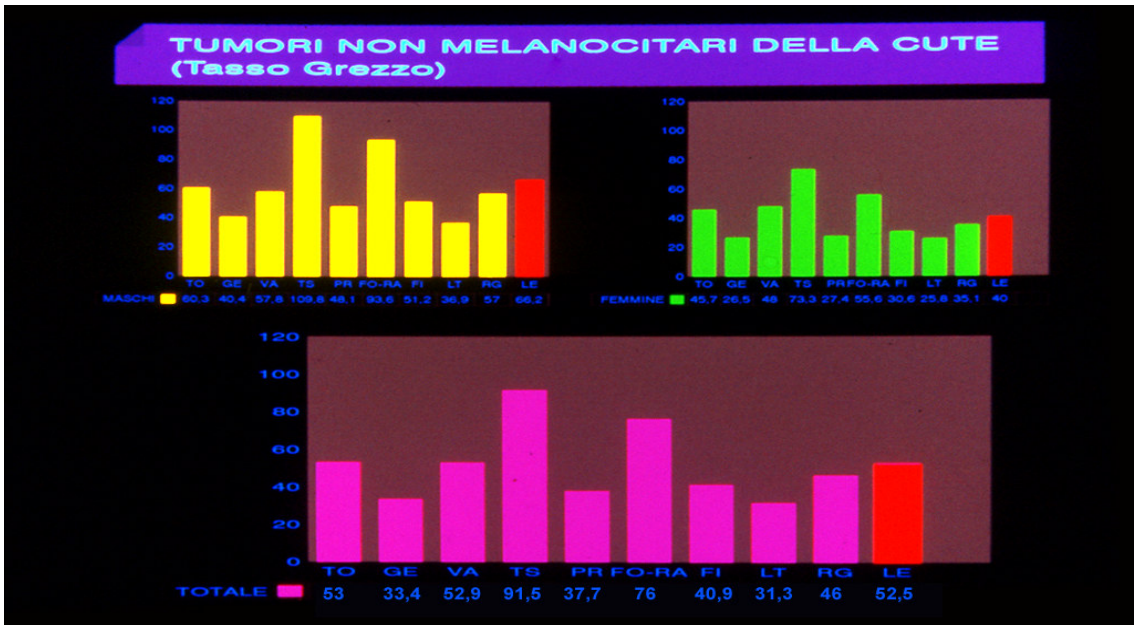


TUMORI CUTANEI MELANOMI



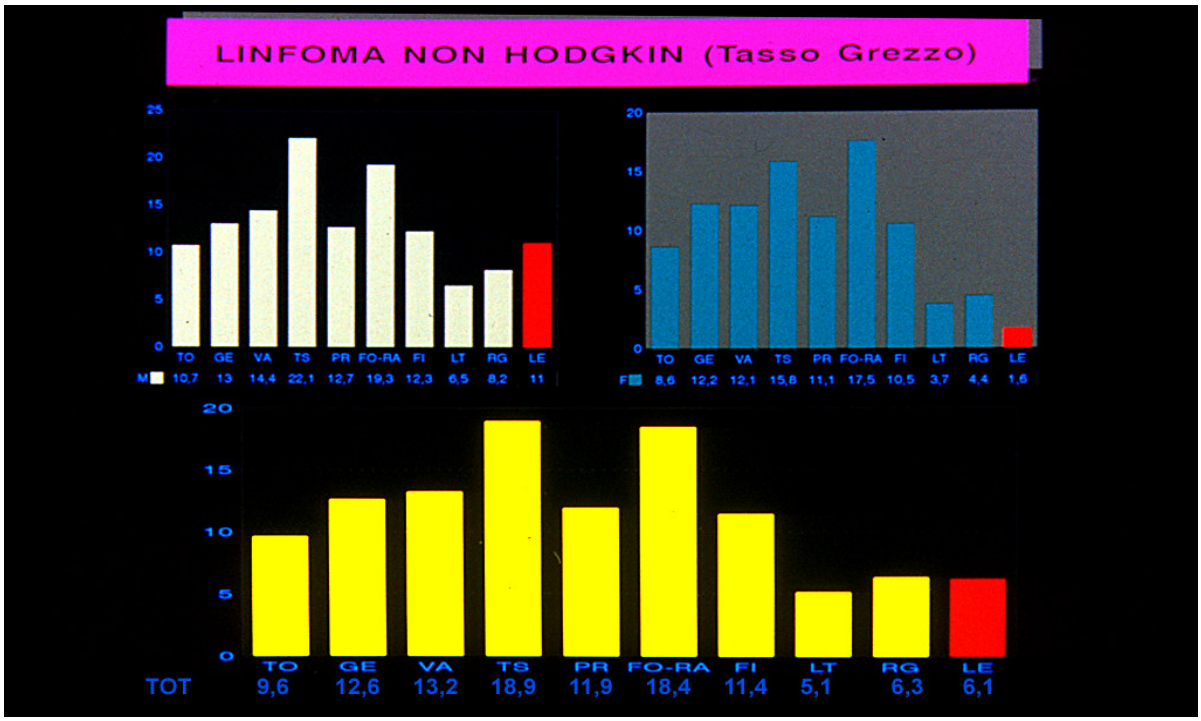
Il melanoma cutaneo origina dai melanociti ed complessivamente una neoplasia rara che però negli ultimi 40 anni dimostra un progressivo aumento.
Tassi più elevati di incidenza si riscontrano nelle popolazioni della Nuova Zelanda, Australia e più bassi in Giappone. Il picco di incidenza è tra i 35 – 50 anni.
Fattori di rischio sono l'esposizione ai raggi ultravioletti (UVB) ma non tutti sono d'accordo su questo punto. Certamente soggetti con carnagione chiara, occhi azzurri e capelli chiari risultano potenzialmente più sensibili a questa patologia in relazione alla minore capacità di protezione riguardo la minor produzione di melanina cutanea geneticamente presente.
I dati da noi riscontrati non sono difformi dagli altri registri tumori del centro – sud con una incidenza minore rispetto a quella del nord.

TUMORI CUTANEI NON MELANOCITARI

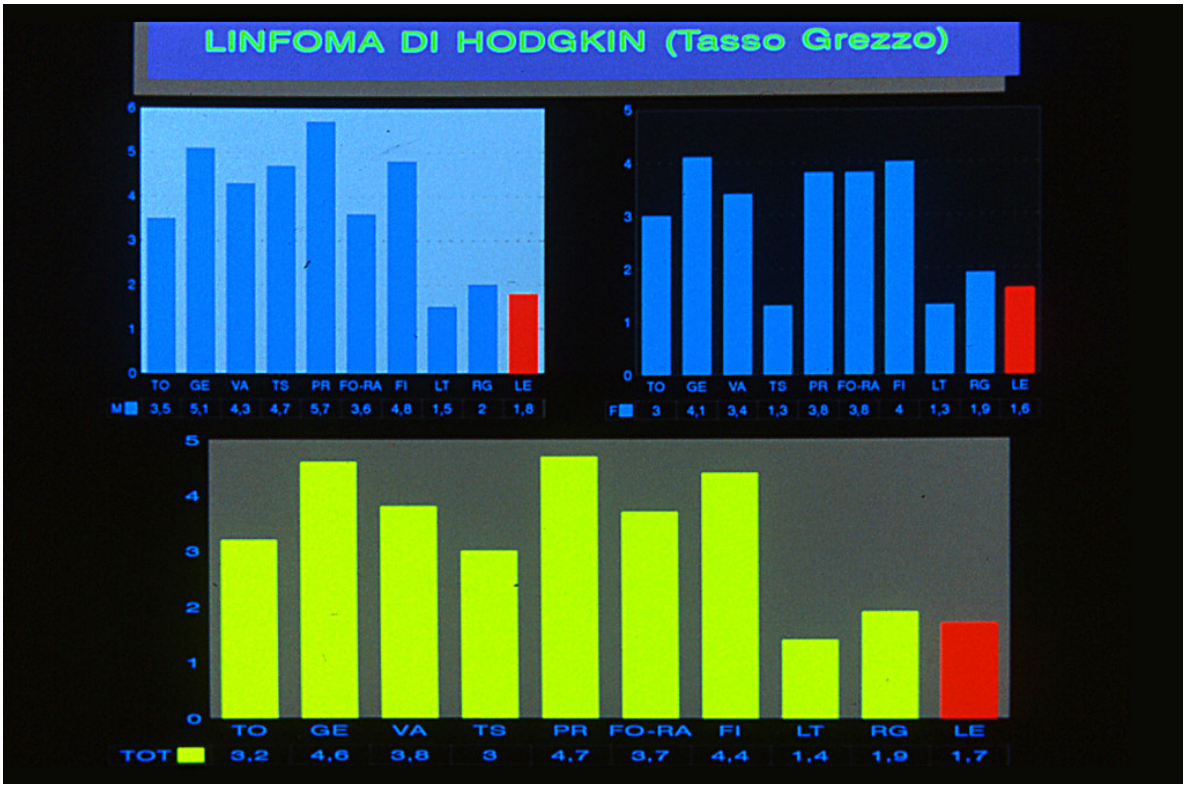


Sono neoplasie della cute più spesso collegabili all'invecchiamento cutaneo e maggiore esposizione lavorativa ai raggi solari.
Spesso sottostimati in ragione della frequente risoluzione tramite escissione locale terapeutica e a volte assenza di approfondimento diagnostico istologico.
Globalmente possono rappresentare il 9 – 10 % delle neoplasie.

LINFOMI NON HODGKIN

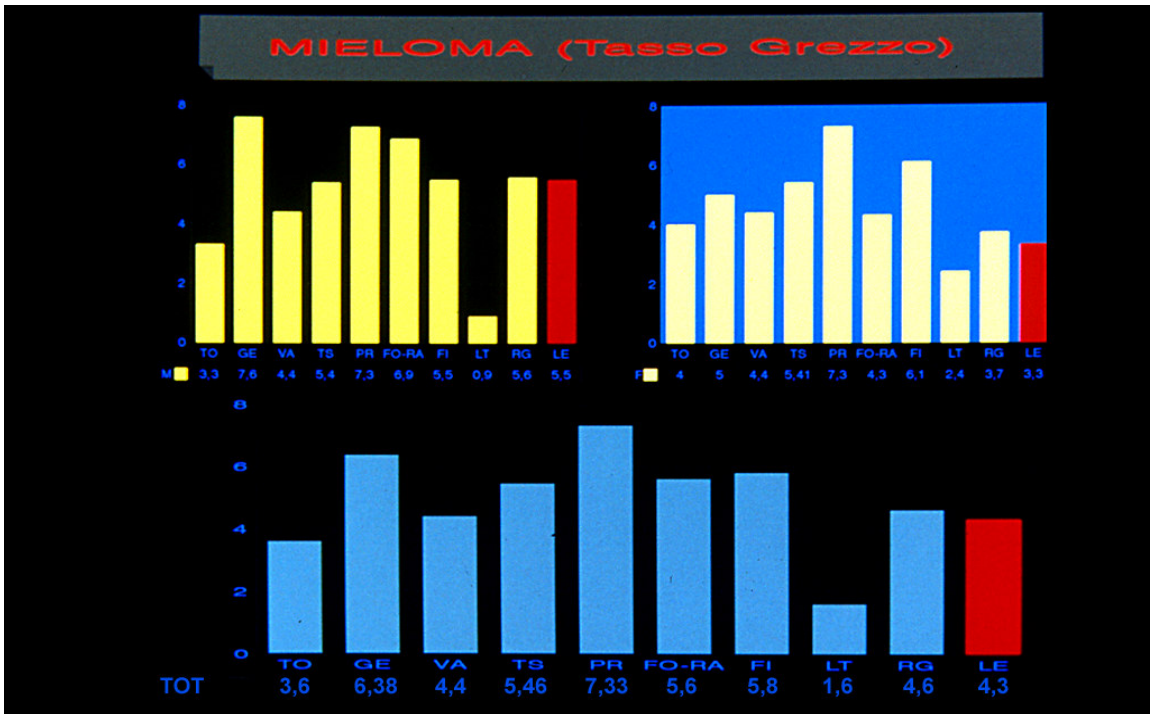


LINFOMI DI HODGKIN

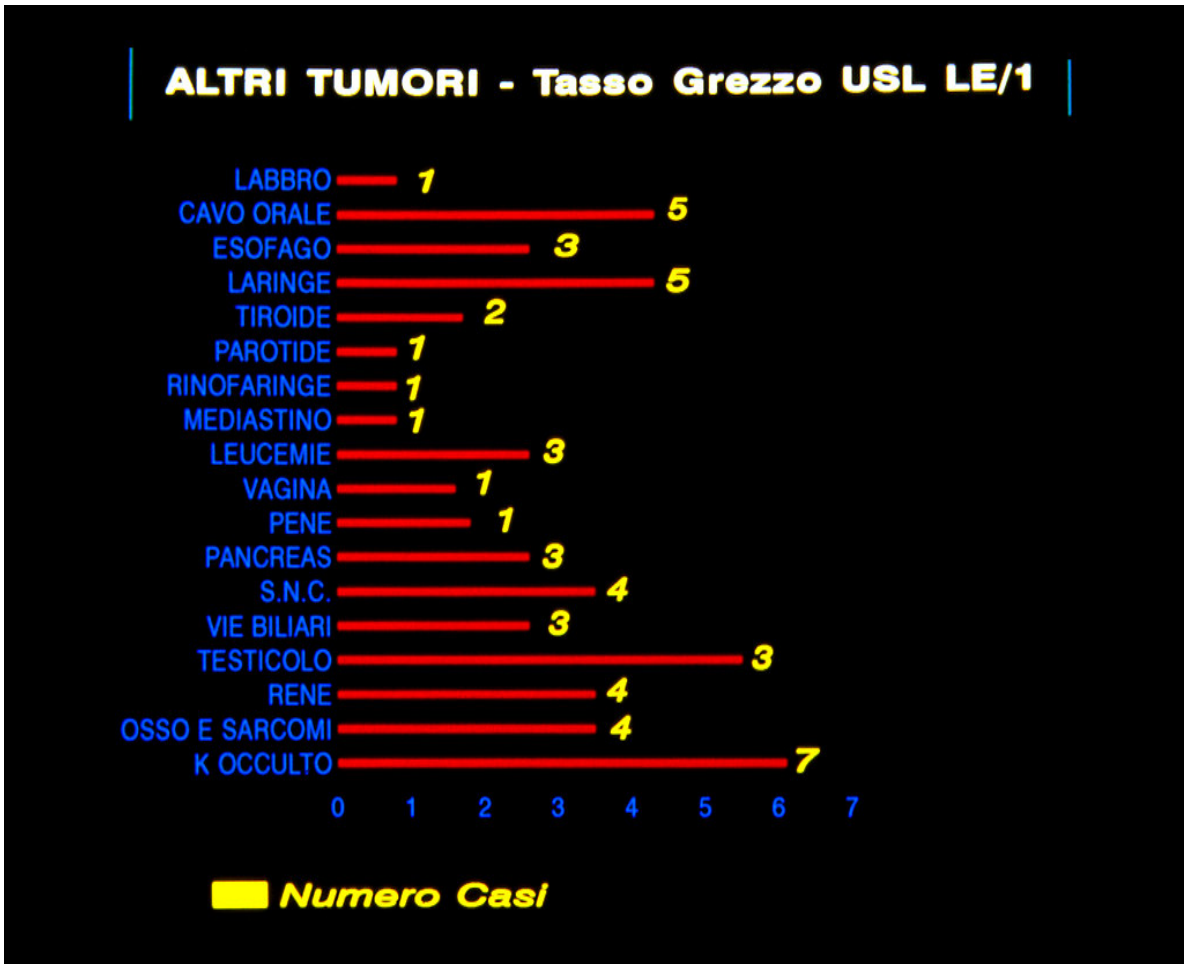


I linfomi (di Hodgkin e non – Hodgkin) sono neoplasie dell'apparato linfonodale e più precisamente malattie proliferative di cellule immunologicamente attive.
La malattia di Hodgkin rappresenta poco più dell'1% delle neoplasie dell'emisfero Occidentale e colpisce nel 50% dei casi tra i 20 – 50 anni. Si discute sulla possibile eziologia infettiva alla base della trasformazione in senso neoplastico delle cellule immunocompetenti.
I linfomi non Hodgkin rappresentano un gruppo di patologie estremamente complesso e in periodica nuova classificazione caratterizzati con una incidenza in aumento nel mondo: colpiscono maggiormente gli adulti e soprattutto la quinta e la sesta decade di vita.
I nostri dati non sembrano discostarsi da quelli degli altri registri tumori con una apparente minor incidenza rispetto al nord.

MIELOMI



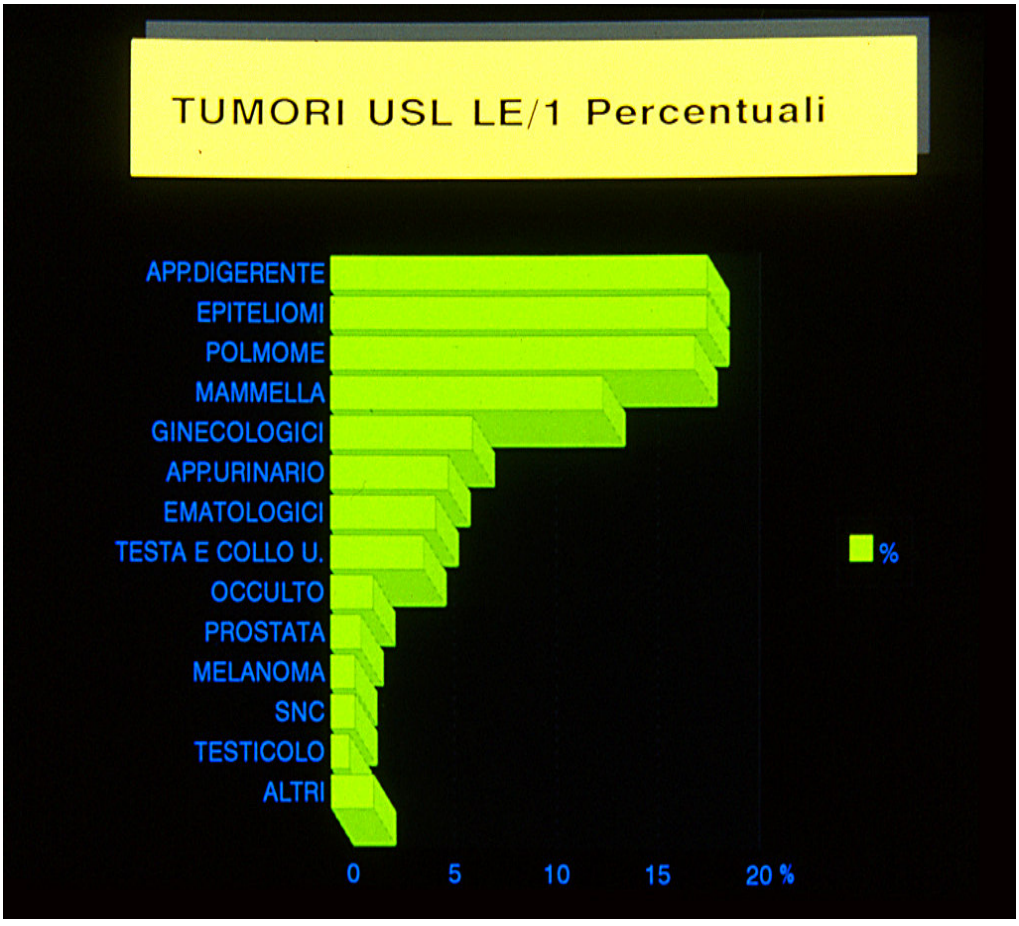
Il mieloma multiplo rappresenta l'1 – 2 % di tutte le neoplasie maligne e il 15% di tutte le empatie maligne.
L'incidenza annua è di circa 4 nuovi casi su 100.000 con rapporto maschi-femmine di 2:1.
Il 50% dei casi viene diagnosticato in età > 68 anni.
L'eziologia è sconosciuta.
I nostri dati sembrano evidenziare una maggiore incidenza rispetto ai registri tumori del centro – sud ma va considerato il fattore temporale di un solo anno di rilevazione.



Abbiamo infine raccolto in questa tabella le altre patologie neoplastiche diagnosticate nella USL LE/1 nel 1992 suddivise per organo di origine.
Da notare la significativa presenza di neoplasie maligne a origine sconosciuta perfettamente in linea con i dati nazionali e occidentali che sono del 10% dei casi totali.

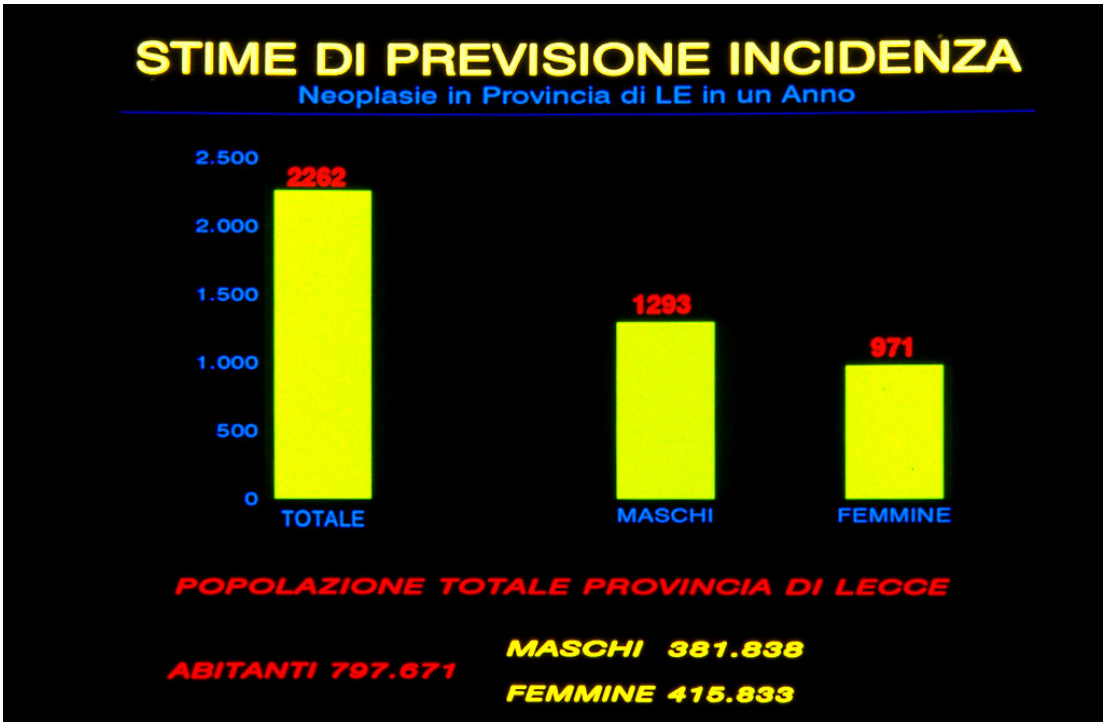
CONFRONTO DELLA PERCENTUALE DEI TUMORI

Nella TAB. 7 si può vedere come i tumori dell'apparato digerente, del polmone e della mammella, da soli rappresentano oltre il 50% delle neoplasie che insorgono in un anno a Lecce.



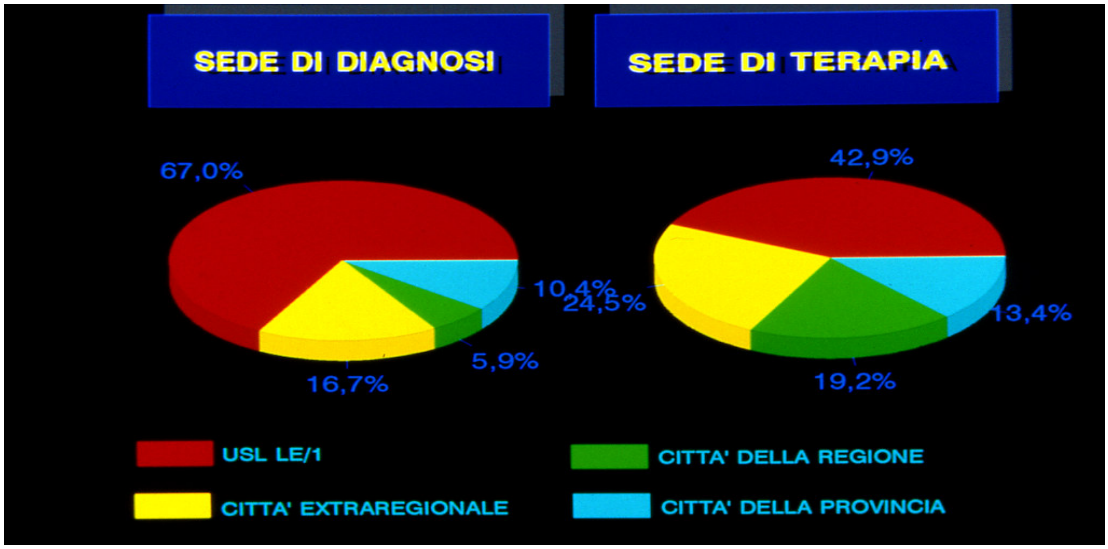
STIME DI INCIDENZA NELLA PROVINCIA DI LECCE

Nella TAB. 8 abbiamo moltiplicato l'incidenza annua nella città di Lecce con la popolazione totale del Salento e le stime prevedono un'insorgenza di 1293 casi nei maschi e 971 nelle femmine.



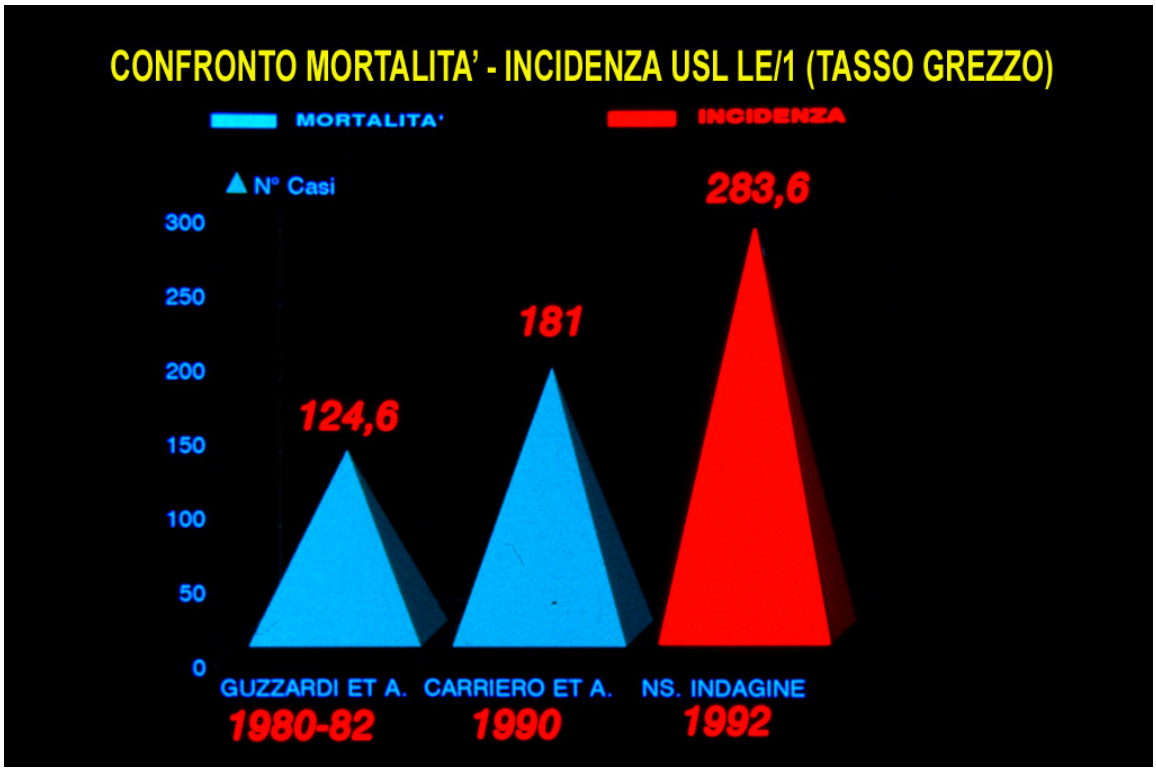
STIME DELLA MIGRAZIONE SANITARIA

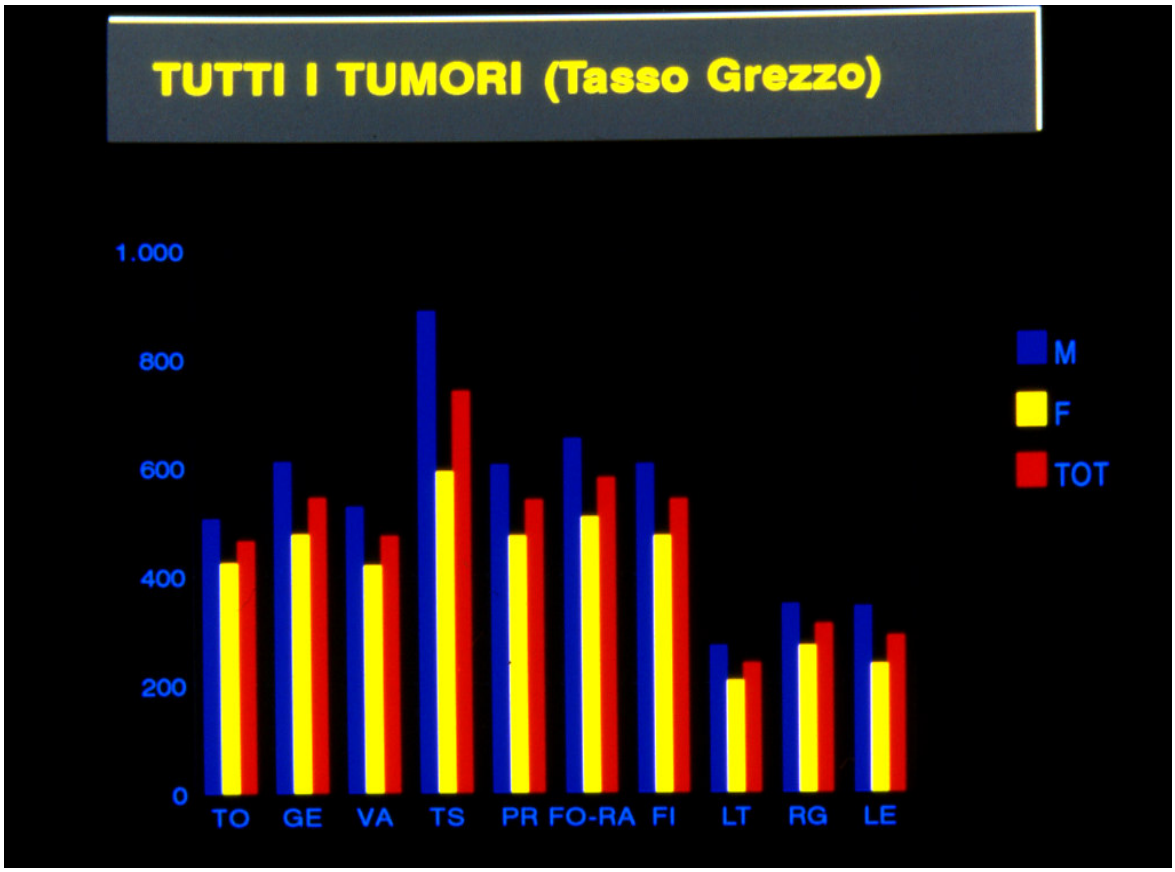
un dato allarmante invece si può riscontrare dalla TAB. 9, dalla quale si può evincere che solo il 67% si sottopone ad accertamenti diagnostici negli ospedali della città e circa il 17% emigra direttamente fuori regione.

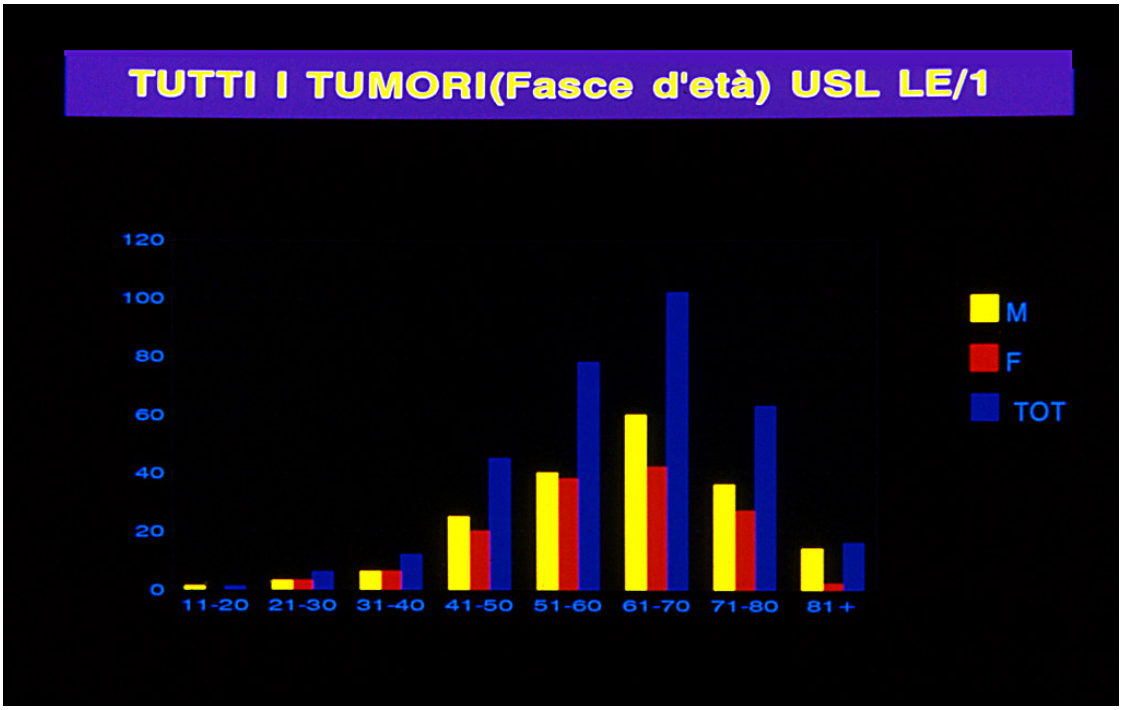


Il quadro peggiora notevolmente quando analizziamo la fase terapeutica..
Difatti, passiamo dal 67% che si era sottoposto ad accertamenti diagnostici al 42,9% che si sottopone a terapie, mentre aumenta notevolmente la migrazione sanitaria.

CONFRONTO MORTALITA' INCDENZA




TUTTI I TUMORI (Tasso Grezzo)
1.000
800
600
400
200
0
TO
GE
VA
TS
PR
FO-RA
FI
LT
RG
LE
M
F
TOT


TUTTI I TUMORI(Fasce d'età) USL LE/1
120
100
80
60
40
20
0
11-20
21-30
31-40
41-50
51-60
61-70
71-80
81+
M
F
TOT

CONCLUSIONI

I nostri dati, come abbiamo detto in precedenza, non hanno la pretesa di dare una parola definitiva sull'incidenza delle neoplasie studiate, in quanto avrebbe bisogno di un più lungo periodo di osservazione e di un campione più eterogeneo, ma possiamo ricavare delle indicazioni abbastanza precise.
L'incidenza totale della USL LE/1 si inserisce nelle incidenze dei Registri Tumori del Centro-Sud con delle variazioni di singole neoplasie.
Le neoplasie polmonari hanno nella USL LE/1 un'incidenza molto al di sopra di quelle dei registri tumori del Centro-Sud.
Anche nella nostra USL si è verificata l'inversione di incidenza tra i tumori della cervice rispetto a quella dell'endometrio.
La nostra dieta potrebbe essere considerata protettiva rispetto alle neoplasie del colon-retto.