

I Tumori in provincia di Latina

Negli anni duemila

A cura di:

Ivan Rashid, Carlotta Buzzoni, Isabella Sperduti, Susanna Busco, Fabio Pannozzo

Ringraziamenti

alle Direzioni Sanitarie degli Istituti di Cura:

- Clinica Città di Aprilia (LT)
- Casa del Sole di Formia (LT)
- Clinica Villa Azzurra di Terracina (LT)
- Clinica San Marco di Latina
- Istituto Regina Elena di Roma
- Clinica Salvator Mundi di Roma
- Neuromed di Isernia
- Ospedale Madonna delle Grazie di Velletri (RM)
- Ospedale Paolo Colombo di Velletri (RM)
- Ospedale Sandro Pertini di Roma
- Istituto Parodi Delfino di Colferro (RM)

ai Servizi di Anatomia Patologica degli ospedali di Roma:

- Policlinico Agostino Gemelli
- San Camillo – Forlanini
- San Filippo Neri
- Policlinico Umberto I
- Ospedale Bambin Gesù
- Istituto Dermatologico dell'Immacolata (IDI)
- S. Eugenio
- Fatebenefratelli e San Pietro
- ICI Columbus
- San Giovanni
- Sant'Andrea
- Campus Biomedico
- Santo Spirito e San Giacomo
- Policlinico universitario di TorVergata
- CTO

ai Servizi di Anatomia Patologica:

- Regina Apostolorum di Albano Laziale (RM)
- Umberto I di Frosinone
- Ospedale di Anzio (RM)
- San Giuseppe di Albano Laziale (RM)

ai Servizi di Anatomia Patologica della AUSL di Latina :

- Ospedale di Formia (Dr Romano)
- Ospedale S.M. Goretti (Dr Nardi)
- Università La Sapienza sede di Latina (Prof. Della Rocca e Prof. Petrozza)

ed a tutti gli operatori del Dipartimento di Oncologia della ASL di Latina, del Coordinamento Programmi di Screening ASL Latina, degli archivi cartelle cliniche degli ospedali di Latina, Priverno, Sezze, Terracina, Fondi, Gaeta e Formia, al responsabile del ReNCaM, dott.ssa Cupellaro, al responsabile dei Sistemi Informativi aziendali, dott. Vallone.

infine, un ringraziamento speciale a:

- Alberto Pacchiarotti, anatomopatologo
- Giuseppe Tonini, Campus Biomedico di Roma
- Gianni Manganiello, Anatomia Patologica Policlinico Gemelli di Roma
- Francesca Mancini, Ematologia Università La Sapienza di Roma
- Mariella Mauri, Oncologia Ospedale S. Giovanni - Addolorata
- Rita Gasbarra, Ospedale Forlanini Roma
- Marisa Iannitti, Ospedale di Fondi (LT)
- Olga Maria Negroni, Fatebenefratelli di Roma
- Patrizia Rigato, UOC Anatomia Patologica Roma H
- Giovanni Argirò, Ospedale Sant'Eugenio di Roma
- Caterina Bellatalla, Registro Tumori ASL NA3 Sud
- Arturo Iannelli, Registro Tumori di Salerno
- Tiziana Angelin, CRO di Aviano (PN)
- Paolo Contiero, Registro Tumori di Varese

Struttura organizzativa del Registro Tumori della provincia di Latina

Direttore:

Fabio Pannozzo

Gruppo di lavoro:

Susanna Busco
Leonarda Macci
Edvige Bernazza
Ester Bugliarello
Simonetta Curatella
Miriana Rossi



Simonetta Curatella, Leonarda Macci, Miriana Rossi e Edvige Bernazza



Susanna Busco, Fabio Pannozzo e Maurilio Natali

Collaborazioni nelle Strutture Sanitarie dell'ASL:

Carla De Francesco, Silvana Tamburrino, Lucilla Tamburo, Giuseppina Serafini, Silvia Fattoruso

Collaborazioni esterne:

Ivan Rashid, Walter Battisti, Valerio Ramazzotti,
Maria Cecilia Cercato, Isabella Sperduti, Maurilio Natali

Contatti

Registro Tumori di Popolazione della Provincia di Latina

Azienda USL di Latina
viale Pierluigi Nervi - c/o Palazzina Direzionale AUSL
04100 Latina

Telefono:

0773 655 3437

Fax:

0773 655 3499

e-mail:

registrotumori@ausl.latina.it

Indice

Presentazioni	7
Presentazione del Direttore Generale (R. Sponzilli)	7
Presentazione del Segretario AIRTUM (S. Ferretti)	9
Presentazione del Presidente LILT Latina (A. Rossi)	10
Introduzione (F. Pannozzo)	12
Popolazione, materiali e metodi (I. Rashid)	16
Sintesi dei risultati (C. Buzzoni, F. Pannozzo, S. Busco, I. Sperduti)	24
Schede tumorali	34
Tumori della testa e del collo	34
Tumori dell'esofago	38
Tumori dello stomaco	40
Tumori del colon e del retto	44
Tumori del fegato	48
Tumori delle vie biliari	52
Tumori del pancreas	56
Tumori del polmone	60
Melanomi cutanei	64
Tumori della mammella	68
Tumori del collo dell'utero	70
Tumori del corpo dell'utero	72
Tumori dell'ovaio	74
Tumori della prostata	76
Tumori del testicolo	78
Tumori del rene	80
Tumori della vescica	84
Tumori maligni dell'encefalo e SNC	88
Tumori della tiroide	92
Linfomi di Hodgkin	96
Linfomi non Hodgkin	100
Mielomi	104
Leucemie	108
I Tumori infantili in provincia di Latina (F. Pannozzo)	114
Percorsi diagnostici-assistenziali (S. Busco)	120
Allegati	126
Tabella 1a. Incidenza. Frequenze per sede e fascia di età. Maschi	126
Tabella 1b. Incidenza. Frequenze per sede e fascia di età. Femmine	128
Tabella 2a. Incidenza. Tassi per sede e fascia di età. Maschi	130
Tabella 2b. Incidenza. Tassi per sede e fascia di età. Femmine	132
Tabella 3a. Mortalità. Frequenze per sede e fascia di età. Maschi	134
Tabella 3b. Mortalità. Frequenze per sede e fascia di età. Femmine	136
Tabella 4a. Mortalità. Tassi per sede e fascia di età. Maschi	138
Tabella 4b. Mortalità. Tassi per sede e fascia di età. Maschi	140
Tabella 5a. Qualità. Distribuzione dei casi per base di diagnosi. Maschi	142
Tabella 5b. Qualità. Distribuzione dei casi per base di diagnosi. Femmine	143
Mappe dei rischi osservati	144
Bibliografia	148

Presentazione del Direttore Generale

È con viva soddisfazione che l'Azienda ASL di Latina può salutare i trenta anni di attività del Registro Tumori di popolazione della Provincia di Latina. Istituito nel lontano 1982 come area sperimentale del Lazio, per un osservatorio sullo stato di salute della popolazione, il registro nel tempo è andato assumendo un ruolo fondamentale nella sorveglianza della patologia tumorale e per la stessa programmazione sanitaria.

Fu allora lungimirante il ruolo della Lega Tumori di Latina e preziosa la collaborazione scientifica che si istituì con l'Istituto Regina Elena di Roma. Ma in tutti questi anni è stata sempre forte e determinante la volontà della direzione aziendale di difenderlo e consolidarlo.

Certamente si pone oggi la necessità per la sanità regionale del Lazio di estendere l'attività di registrazione ad altre aree fino ad arrivare a costituire un registro regionale secondo gli indirizzi contenuti nelle nuove proposte in discussione in parlamento che spingono per l'istituzione di registri regionali di patologia come strumenti per la valutazione dello stato di salute delle popolazioni.

Il registro di Latina, per i suoi rapporti con la rete dei registri nazionali, tramite l'AIRTUM, e con altri centri di sorveglianza e di analisi della patologia oncologica anche oltre i confini nazionali, è una struttura non delimitabile all'interno della

sola Azienda ASL. Gli studi a cui concorre ed i rapporti che produce sono un vanto per la nostra azienda.

Il presente volume che offre un quadro esaustivo sull'andamento dei tumori in questa provincia negli anni duemila è uno strumento offerto agli operatori del settore ma anche a tutti i medici di base, alle associazioni di volontariato, agli amministratori pubblici, alle direzioni degli istituti di cura, e al cittadino che si chiede giornalmente: ma a Latina stanno crescendo i tumori? C'è in provincia un rischio ambientale?

Un registro che con professionalità e abnegazione lavora ormai da trenta anni può e deve oggi dare risposte chiare alle popolazioni. Ma il suo ruolo crediamo sia andato oltre quello di fornire dati sui nuovi casi, localizzazioni geografiche, andamenti temporali della malattia. Il registro è l'unico strumento valido per valutare i percorsi diagnostici e la qualità delle cure oncologiche nella nostra rete ospedaliera provinciale, e nel resto della regione Lazio, nonché l'impatto della diagnosi precoce offerta alla popolazione tramite gli screening organizzati. ■

Renato Sponzilli
Direttore Generale
Azienda ASL di Latina

Presentazione del Segretario AIRTUM

Celebrare trent'anni della propria storia rappresenta naturalmente l'occasione evocativa di una serie di obiettivi raggiunti sul piano pratico, ma prima di tutto testimonia la forza delle idee, del vissuto e del lavoro di chi questa storia l'ha costruita.

Nel 1982, anno di nascita del Registro tumori di Latina, la registrazione dei tumori in Italia era affidata ai Registri generali di Parma, Varese e Ragusa, che coprivano il 2,6% della popolazione nazionale, oltre che al Registro dei tumori infantili del Piemonte.

Ma è in quegli anni che la cultura della registrazione di tumori si è radicata diffusamente in Italia, soprattutto grazie alla volontà e alla vivacità intellettuale di singoli gruppi di ricercatori che hanno tessuto l'attuale rete dei Registri tumori italiani, riuniti nell'Associazione Italiana Registri Tumori dal 1996.

Una progressione straordinaria: a trent'anni dal 1982 la rete dei Registri tumori dell'AIRTUM copre una popolazione di quasi 22 milioni di persone (il 40% dei residenti in Italia) nella maggior parte delle Regioni ed è in continua espansione. L'attività dell'AIRTUM ha realizzato una banca dati nazionale di tutti i casi incidenti, un forte radicamento istituzionale e produttivi rapporti con Istituzioni e prestigiose Associazioni scientifiche nazionali e internazionali.

Una crescita non solo quantitativa, ma anche in completezza, accuratezza e alta risoluzione dei dati prodotti, che si è concretizzata in un contributo accreditato e di respiro nazionale alle attività della prevenzione, della clinica e della sanità pubblica del nostro Paese.

Il Registro tumori di Latina è stato artefice e protagonista di questa storia, con un significativo contributo iniziale e forse un ancor più forte segnale di vitalità nel riprendere a pieno ritmo le sue attività dopo le difficoltà della fine degli anni '90 seguite alla prematura scomparsa di

Ettore Conti, fondatore e Direttore del Registro. Una bella storia fatta di determinazione, lungimiranza e professionalità che ha restituito in pochi anni alla comunità dell'AIRTUM questo Registro che continua a rappresentare uno dei principali riferimenti per tutta l'Italia centrale.

In questi anni i Registri tumori hanno profondamente cambiato la loro organizzazione e molti degli obiettivi della prima stagione – l'offerta di dati epidemiologici sulla diffusione del cancro – sono diventati solo il punto di partenza per più approfondite analisi di impatto, di appropriatezza, di sostegno per la prevenzione e l'assistenza oncologica.

Per contro le perduranti carenze sul piano giuridico e le difficoltà di stabilizzazione in molte realtà locali rappresentano a tutt'oggi una pesante zavorra per la crescita dei Registri tumori italiani, ancora in attesa di una definitiva incardinazione nel Servizio Sanitario Nazionale, nonostante le indicazioni e i riconoscimenti contenuti nel Piano Oncologico Nazionale e nel Piano Nazionale della Prevenzione.

Il futuro appare comunque promettente e proporrà sfide importanti: i Registri tumori italiani, se adeguatamente supportati, potranno garantire, come già accade in molte realtà sovranazionali, un contributo decisivo per la valutazione dei rischi oncologici e dell'impatto dei percorsi diagnostico-assistenziali. L'offerta di questi strumenti informativi alle Istituzioni e alla popolazione rappresenta infatti un elemento necessario a garantire livelli sempre più alti di appropriatezza ed efficienza del Servizio Sanitario Nazionale.

Alle Istituzioni e allo Staff del Registro Tumori di Latina l'augurio di ritrovarsi per molti anni ancora a lavorare e crescere insieme. ■

Stefano Ferretti

*Segretario Nazionale AIRTUM
Associazione Italiana Registri Tumori*

Presentazione del Presidente LILT

Nella cronologia dei fatti più importanti della LILT di Latina, dopo l'atto costitutivo della Sezione provinciale, segue, anche temporalmente l'istituzione del Registro Tumori di popolazione della provincia di Latina, posto in essere con deliberazione del Consiglio Direttivo sezionale nel secondo semestre del 1981.

Il numero speciale di "Passavoce" del mese di dicembre del 2011, dedicato al trentennale della LILT pontina, riporta gli aspetti salienti, ufficiali e non, riguardanti la istituzione del Registro Tumori, rievocati da Alfredo Cecconi, uno dei protagonisti, unitamente a Federico Calabresi e Ettore Conti, di tale strumento di rilevazione epidemiologica, ritenuto essenziale per una corretta programmazione degli interventi in campo oncologico.

Istituzione questa, da parte della Lega contro i Tumori della provincia di Latina, che assunse ancora più valore perché indusse la Regione Lazio ad orientare proprio su Latina, come esperienza pilota, la sede del Registro Tumori, quale strumento del sistema informativo socio-sanitario regionale.

Non solo, ma nella circolare attuativa dell'Assessorato Regionale alla Sanità della Regione Lazio fu espressamente riportato che "nella provincia di Latina è stata avviata, per iniziativa della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, la realizzazione di tale importante sistema informativo" e che "il Registro ha sede presso i locali della Lega.." come si evince dalla Delibera Regionale del 02/06/1982 n° 16303 fasc. 5004.

Naturalmente il registro tumori (che ha avuto il costante sostegno della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e, nella fase di impianto, anche supporto economico da parte dell'Amministrazione provinciale) si mosse anche con la partecipazione operativa dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio e con il collegamento con il SOAEP dell'Istituto "Regina Elena" di Roma.

Questo strumento epidemiologico si localizzava nel centro Italia, posto che erano già operativi il Registro Tumori di Varese e quello di Ragusa.

L'avvio delle attività fu veramente impegnativo ma anche gratificante. Infatti, nel 1983, presso il Centro Oncologico "Giorgio Porfiri" di Latina, che ospitava sia la sede della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori che il Registro si tenne, a valenza nazionale, il "Seminario di aggiornamento sui Registri Tumori" patrocinato anche dall'Istituto Superiore di Sanità, dalla Regione Lazio, dall'Istituto "Regina Elena", oltre alla Lega Tumori.

Nel 1987 – grazie al lavoro di Massimo Crespi, all'epoca Direttore del Servizio di Prevenzione dell'Istituto "Regina Elena" di Roma e del Direttore del Registro Ettore Conti e con il supporto organizzativo della LILT provinciale – fu ospitata a Ponza una significativa riunione dei più famosi esperti europei di epidemiologia del cancro, guidati dal Presidente dell'Associazione, il Prof. Tuyns.

Il pregio operativo del Registro Tumori, nel campo della programmazione per la prevenzione dei tumori, fu concretamente sperimentato dalla nostra Sezione provinciale della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e da Alfredo Cecconi che in primo tempo ricoperse il ruolo di Direttore Scientifico della struttura e, poi, successivamente come Presidente.

Non vi è stato alcun progetto di prevenzione oncologica, testa collo, dermatologico nella prevenzione del melanoma, prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile, della mammella, della familiarità del colon-retto, che non sia stato collegato alle indicazioni epidemiologiche, proprio per evitare "improvvisazioni".

Anzi, alcuni approfondimenti, propri delle indagini di prevenzione oncologica secondaria condotte dalla LILT di Latina, hanno confermato se non fornito ulteriori spunti scientifici utili per apportare ulteriori "ritocchi" ai progetti da porre

in esecuzione.

Il Registro ha anche attraversato momenti difficili di questa sua vita trentennale. Questo specialmente dopo l'improvvisa scomparsa di Ettore Conti e la necessità di intervenire per apportare modificazioni organizzative ed operative.

Di tali aspetti se ne è occupata la AUSL di Latina sia durante la gestione Battigaglia che in quelle successive fino a giungere all'attuale assetto del Registro che ha visto, grazie al notevole impegno profuso dall'attuale dirigente dott. Fabio Pannozzo e dai suoi collaboratori, una precisa e puntuale raccolta dei dati epidemiologici tanto da stare al passo con i più aggiornati registri in campo nazionale.

Esprimo l'augurio che venga dato ampio risalto a questi trenta anni del Registro affinché sia maggiormente diffuso il convincimento che esso rappresenta uno strumento strategico nella lotta al cancro.

Noi della LILT sosterrremo, così come in passato, anche in futuro questa istituzione come irrinunciabile momento nella complessa strategia che ci dovrà condurre a vincere questa malattia. ■

Alessandro Rossi

Presidente LILT

Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Sezione Latina

Introduzione

del Direttore del Registro Tumori

Prima di accingermi a scrivere queste considerazioni iniziali, sono andato a rileggermi, come sono solito fare in queste circostanze, la mia introduzione all'ultimo rapporto, quello dell'aprile 2009, e mi è sorta spontanea l'affermazione: "Ne abbiamo fatta di strada!"

Tre anni e mezzo fa eravamo in grado di presentare i nostri primi dati sui tumori in questa provincia, dopo un lungo periodo di difficoltà. Con questa seconda pubblicazione intendiamo fornire un quadro complessivo della stessa patologia negli anni 2000, con analisi sede per sede, contenenti confronti geografici all'interno della nostra provincia, utilizzando mappe comunali, nel tentativo di osservare aree sempre più piccole ed evidenziare eventuali problematiche ambientali specifiche, e, allo stesso modo, fattori protettivi.

Contemporaneamente abbiamo sempre mantenuto aperto lo sguardo a ciò che avviene e si modifica fuori del nostro territorio, in rapporto alle macro aree italiane. Il contributo dell'associazione italiana registri tumori (AIRTUM) è stato fondamentale per la nostra crescita e per questi confronti. Proprio due anni fa, nel 2010, abbiamo avuto la fortuna e diciamo pure l'audacia, di accogliere la comunità degli operatori dei registri, sempre più una grande famiglia, nella XVI riunione annuale tenutasi a Sabaudia e Priverno. Per noi è stato un segno tangibile della nostra crescita, avendo in quella sede presentato ben dieci lavori in forma di comunicazione o di poster. Il nostro contributo è ormai costante in numerosi studi scientifici condotti sia come AIRTUM che a livello di Istituto Tumori di Milano o di Istituto Superiore di Sanità. Abbiamo in questo lasso di tempo perfezionato la nostra adesione allo IARC-ENCR, la nostra grande casa europea. I nostri dati partecipano a studi come EUROCARE5, RARECARE, CONCORD, ACCIS.

Dopo trenta anni di isolamento nella regione Lazio cominciamo a vedere intorno a noi

qualcosa che si muove verso la costruzione di altri registri o verso un più opportuno registro regionale. Viterbo ha avviato la rilevazione anche con il nostro fattivo contributo formativo ai suoi operatori. Colleghi della Roma A, di Rieti, della Roma H e di Frosinone sembrano interessati ad allargare l'area di rilevazione; perfino da Caserta ci hanno invitato a collaborare e confrontarsi. Sarà un cammino lungo, forse non sgombro da appetiti politici vari che queste cose portano con sé, ma tra qualche anno potremo vederne sicuramente i frutti.

Poi se guardiamo a tutto il cammino compiuto dalla istituzione del registro, nel lontano 1982, i progressi appaiono ancora più grandi. Né essi vanno considerati come un fatto scontato, perché non è sempre stato così in Italia nel campo della sanità; non sempre il tempo ha portato miglioramenti, anzi.

Certo lo scenario è cambiato: la mission del neonato sistema sanitario nazionale guardava allora soprattutto alla prevenzione, alla partecipazione delle comunità, alla costruzione di politiche per la salute; strumenti come i registri tumori erano pochi, ma ritenuti cardini della sorveglianza epidemiologica e della programmazione.

Oggi l'invecchiamento della popolazione, le innovazioni tecniche nella diagnostica, e farmaci sempre più mirati, ma costosi, hanno imposto alla politica una visione economicistica della sanità con il risultato di un impoverimento delle risorse e degli entusiasmi.

E' innegabile però che la prevenzione secondaria affidata all'offerta di screening di massa ha fatto passi da gigante, le terapie antitumorali possono avvalersi di farmaci quasi personalizzati, la sopravvivenza di chi è colpito da un cancro è cresciuta di molto, le aree italiane coperte da registri raggiungono oggi quasi il 40% della popolazione.

Sostanziale in questo cammino l'apporto di

associazioni come la Lega Italiana per la Lotta ai Tumori che insieme ad altre del settore, hanno intessuto una rete con i cittadini e con i pazienti, quando potevano sopravvivere scollamento e sfiducia verso le istituzioni e le strutture sanitarie.

Questo legame forte ha funzionato ed ha dato i suoi frutti in provincia di Latina.

Posso ritenermi soddisfatto per aver traghettato il registro tumori di Latina dalle secche (evidentemente anche terre paludose ne possono produrre) verso un orizzonte più sereno.

La qualità dei nostri dati si è consolidata: i check cui i nostri programmatori ed esaminatori ci sottopongono, ci confortano, con rapporti mortalità/incidenza sempre più solidi, proporzioni di persi al follow-up sempre minori, basso ricorso ai casi identificati dalle sole schede di morte (DCO), quote di diagnosi su base istologica o citologica oltre l'80% dei casi. Questo nonostante tutte le difficoltà che giornalmente incontriamo per la nota migrazione sanitaria, lo scarso raccordo tra le anatomie patologiche e con cartelle cliniche non ancora leggibili da sistemi informatici.

Aiutare l'ASP-Laziosanità a costruire insieme alla società scientifica di riferimento (SIAPEC) una rete regionale di anatomie patologiche è, per questo, uno dei nostri ultimi impegni, che speriamo di veder presto realizzato.

Era già nelle attese, riportate nel mio precedente commento introduttivo, la piena integrazione con tutte le strutture oncologiche, epidemiologiche ed informatiche di questa azienda ASL. Rimane un impegno sempre aperto, nonostante i passi concreti compiuti insieme ai colleghi, come nel caso riportato in questo volume per la valutazione dei percorsi diagnostici del tumore della mammella e le analisi condotte con gli operatori degli screening sul loro impatto su patologie come il tumore maligno della cervice uterina e della mammella nelle donne della nostra provincia. Abbiamo verificato insieme come anche qui a Latina l'adesione alla diagnosi precoce comporti minori rischi di trattamenti invasivi, percorsi facilitati e dentro la stessa ASL, diagnosi poste in stadi meno invasivi e quindi con possibilità di guarigione e sopravvivenza

sempre migliori.

Voglio chiudere questa introduzione esprimendo la mia gratitudine verso i miei più vicini collaboratori, che sono la vera ossatura che tiene in piedi ed assicura qualità al registro. Una squadra con alcune operatrici che festeggiano, insieme al registro, i 30 anni di appartenenza, e che hanno trasmesso la loro passione alle leve più giovani che si sono ben inserite successivamente.

Un ringraziamento particolare alle Direzioni Aziendali vecchie e nuove per aver sempre lavorato con continuità a sostegno del registro ed a Eugenio Paci, per quel quid in più, che ci ha trasmesso nel fugace tratto di strada compiuto insieme. Un grazie ancora ai quattro colleghi che con me hanno elaborato questi dati, confezionato questo volumetto e, con esperienza e professionalità, commentato risultati e grafici: Ivan, Carlotta, Isabella e Susanna.

Ma andando a festeggiare questi trenta anni di lavoro, non si può non pensare al contributo eccezionale di chi mi ha preceduto nella conduzione del registro, al dr Ettore Conti di cui tutti serbiamo un indelebile ricordo per le sue capacità, la sua umana simpatia, lo spirito e le energie profuse in questo compito.

Quanto a me (lo vado ripetendo da qualche tempo), mio auspicio è concludere la mia esperienza in sanità pubblica in questa provincia, dedicandomi in una comunità medio piccola alla pratica di programmi ed attività di prevenzione seria, condivisa e continuativa, utilizzando i dati epidemiologici per la loro pianificazione e nella valutazione degli effetti sulla salute della popolazione.

Non ritengo accettabile eticamente continuare a registrare sempre nuovi casi di tumore e magari accontentarsi di non superare le medie regionali o nazionali, quando è noto che l'ottanta per cento di essi è prevenibile. E' tempo di impegnarci tutti e più a fondo in questa sfida. ■

Fabio Pannozzo

*Direttore Registro Tumori
della provincia di Latina*

Popolazione, materiali e metodi

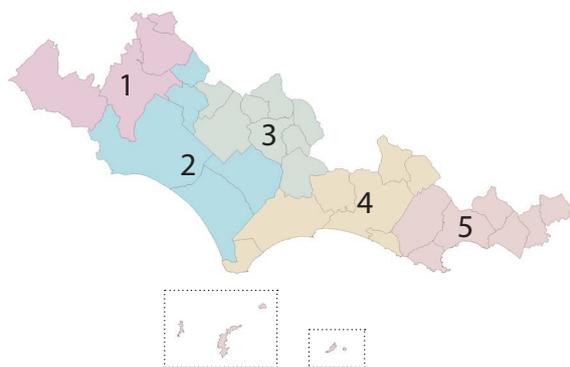
Popolazione, materiali e metodi

a cura di Ivan Rashid

Assetto territoriale

Il territorio di competenza del Registro Tumori di Popolazione della provincia di Latina (RTPLT) corrisponde alla totalità del territorio provinciale (Figura 1).

Figura 1. Provincia di Latina, suddivisione per comune e distretto territoriale.



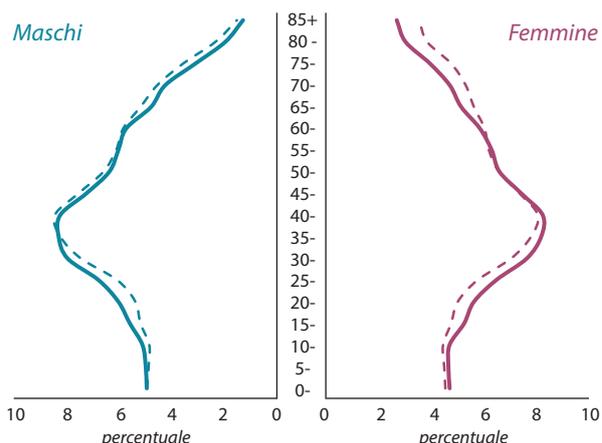
I distretti indicati in Figura 1 e la loro composizione sono nel dettaglio:

1. Aprilia - Cisterna (comprendente i comuni di Aprilia, Cisterna di Latina, Cori e Rocca Massima).
2. Latina (comprendente i comuni di Latina, Norma, Pontinia, Sabaudia e Sermoneta).
3. Monti Lepini (comprendente i comuni di Bassiano, Maenza, Priverno, Prossedi, Roccagorga, Roccasecca dei Volsci, Sezze e Sonnino).
4. Fondi - Terracina (comprendente i comuni di Campodimele, Fondi, Lenola, Monte San Biagio, San Felice Circeo, Sperlonga e Terracina).
5. Formia - Gaeta (comprendente i comuni di Castelforte, Formia, Gaeta, Itri, Minturno, Ponza, Santi Cosma e Damiano, Spigno Saturnia e Ventotene).

Popolazione

Estesa su di una superficie di 2.251 kmq, la provincia di Latina è costituita da 33 comuni. La popolazione residente al 1/1/2009 era pari a 545.217 abitanti, dei quali 266.891 maschi e 278.326 femmine.

Figura 2. Distribuzione percentuale della popolazione della provincia di Latina (linea continua) e della popolazione Italiana (linea tratteggiata) per sesso ed età al 1° gennaio 2009 (Fonte dati: ISTAT).



Come illustrato in Figura 2, la popolazione della provincia di Latina è caratterizzata da una maggiore proporzione di soggetti in età infantile, adolescenziale e giovani adulti rispetto alla popolazione media Italiana, con una minore proporzione di soggetti anziani, specie nel sesso femminile.

L'indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione con 65 anni ed oltre e la popolazione fino a 14 anni di età) riferito al 1° gennaio 2009 conferma questa lieve disparità (Latina: 120% - Italia: 143%).

I dati di popolazione relativi al quinquennio in analisi (2004-2008) sono riportati in Tabella 1. Si noti che la popolazione di riferimento è quella riportata da ISTAT al 1° gennaio dell'anno successivo a quello in esame (per esempio,

Tabella 1. Popolazione della provincia di Latina per sesso ed età, dal 2004 al 2008 (Fonte dati: ISTAT).

	2004		2005		2006		2007		2008	
	Maschi	Femmine								
0-4	12.766	12.054	12.670	12.206	12.917	12.389	13.170	12.519	13.390	12.881
5-9	13.027	12.102	13.059	12.154	12.989	12.088	13.160	12.320	13.492	12.749
10-14	14.248	13.561	14.088	13.387	13.980	13.197	13.977	13.108	13.823	12.866
15-19	14.864	14.274	15.027	14.105	14.807	14.232	15.075	14.375	15.126	14.435
20-24	16.930	15.802	16.564	15.812	16.331	15.339	16.229	15.414	16.299	15.481
25-29	19.633	18.964	18.980	18.280	18.295	17.929	18.382	18.064	18.335	17.868
30-34	21.273	21.588	21.645	21.703	21.593	21.516	21.614	21.422	21.516	21.141
35-39	21.394	21.705	21.487	21.833	21.532	21.859	21.932	22.358	22.427	22.672
40-44	19.904	20.773	20.592	21.357	21.176	21.823	21.820	22.305	22.266	22.837
45-49	17.200	17.935	17.641	18.282	18.161	18.908	18.799	19.579	19.585	20.548
50-54	16.216	17.222	16.357	17.204	16.592	17.321	16.936	17.795	17.230	18.215
55-59	16.633	17.110	17.640	18.351	17.371	18.274	16.805	17.845	16.303	17.384
60-64	12.984	13.893	12.423	13.294	13.257	14.040	14.408	15.071	15.488	16.115
65-69	12.949	13.657	13.137	13.901	13.182	14.175	13.099	14.141	12.930	14.106
70-74	10.116	11.950	10.445	12.218	10.678	12.278	11.017	12.585	11.482	12.884
75-79	7.478	9.883	7.763	10.295	8.087	10.520	8.250	10.679	8.379	10.769
80-84	4.657	7.737	4.761	7.728	4.939	7.927	5.148	7.992	5.317	8.156
85	2.402	4.966	2.615	5.529	2.865	6.096	3.152	6.668	3.503	7.219
Totale	254.674	265.176	256.894	267.639	258.752	269.911	262.973	274.240	266.891	278.326

la popolazione di riferimento per le analisi dell'anno di incidenza 2004 è quella ISTAT al 1° gennaio 2005, quella utilizzata per l'anno di incidenza 2005 corrisponde invece alla popolazione ISTAT al 1° gennaio 2006, e così via).

Metodi statistici e definizioni

Si illustrano di seguito alcuni degli indicatori utilizzati nel presente volume e le modalità di calcolo.

Classi di età.

In accordo con le popolazioni mostrate in Tabella 1, i dati sono stati accorpati per convenienza in 18 classi di età.

Per esempio, denominando con i la singola classe di età, quando i vale 1 si fa riferimento alla prima classe di età (ovvero tra 0 e 4 anni) mentre quando i vale 18, si fa riferimento alla classe con 85 e più anni.

Questa divisione in 18 classi di età è *de facto* uno standard condiviso dalla maggior parte dei registri tumori internazionali.

Numero casi.

Indica il numero di nuove diagnosi di tumore (incidenza) o di decessi per tumore (mortalità) nel periodo considerato.

Dato n_i il numero di nuovi casi/decessi nella

fascia di età generica i , si avrà che il numero totale dei nuovi casi N sarà dato da:

$$N = \sum_{i=1}^{18} n_i$$

Popolazione.

Analogamente, data p_i la numerosità della popolazione nella fascia di età generica i , si avrà che la popolazione totale P sarà:

$$P = \sum_{i=1}^{18} p_i$$

Tasso età specifico.

Il tasso età specifico t_i indica il numero di casi per abitante, in questo volume si usa una costante moltiplicativa pari a 100.000 (qui omissa), in questo modo si ottiene il numero di casi ogni 100.000 abitanti.

$$t_i = \frac{n_i}{p_i}$$

la costante 100.000 è un valore standard che facilita la leggibilità del valore del tasso di malattia ed è usata comunemente nell'ambito dell'epidemiologia dei tumori negli adulti.

Tasso grezzo.

Il numero di nuovi casi per abitante è denominato tasso grezzo TG ed è anch'esso espresso per 100.000.

$$TG = \frac{\sum_{i=1}^{18} n_i}{\sum_{i=1}^{18} p_i} = \frac{N}{P}$$

Tasso standardizzato diretto.

Esprime una misura di sintesi dei tassi età specifici che, specie se raffrontata con il tasso grezzo, consente un più agevole confronto tra aree diverse. Di fatto i tassi standardizzati sono la misura di incidenza e mortalità di riferimento per confronti nel tempo (andamenti temporali) e nello spazio (confronti tra aree).

Alla base del calcolo del tasso standardizzato con cosiddetto metodo diretto (TSD) vi è la definizione di una serie di pesi w_i per ogni i -esima classe di età.

$$TSD = \frac{\sum_{i=1}^{18} w_i t_i}{\sum_{i=1}^{18} w_i}$$

Nella Tabella 2 si mostrano alcuni pesi comunemente usati per il calcolo dei tassi standardizzati diretti (Dos Santos Silva, 1999 e Curado, 2005).

Tabella 2. Pesi standard per il tasso standardizzato.

Età	Europa	Mondo
0-4	0,08	0,12
5-9	0,07	0,1
10-14	0,07	0,09
15-19	0,07	0,09
20-24	0,07	0,08
25-29	0,07	0,08
30-34	0,07	0,06
35-39	0,07	0,06
40-44	0,07	0,06
45-49	0,07	0,06
50-54	0,07	0,05
55-59	0,06	0,04
60-64	0,05	0,04
65-69	0,04	0,03
70-74	0,03	0,02
75-79	0,01	0,01
80-84	0,01	0,005
85+	0,01	0,005
Totale	1	1

In questo volume si fa uso della sola standardizzazione secondo la popolazione standard europea, indicata nella prima colonna della Tabella 2, in quanto rappresenta lo standard *de facto* per la presentazione dei dati di incidenza

tumorale in Italia ed in Europa.

La standardizzazione secondo la popolazione standard mondiale è tuttavia comunemente usata. Come sempre tutti i tassi sono espressi per 100.000 abitanti.

Tasso standardizzato indiretto.

Un metodo di standardizzazione che non utilizza pesi esterni (come invece accade nella standardizzazione diretta) è quello della standardizzazione indiretta.

Vengono in questo caso applicati dei tassi attesi età specifici e_i :

$$SIR/SMR = \frac{N}{\sum_{i=1}^{18} e_i p_i}$$

Il rapporto standardizzato di incidenza (SIR) o mortalità (SMR) è quindi espresso come rapporto tra il numero di casi osservati e il numero di casi attesi, ovvero se i tassi della popolazione in esame fossero quelli riscontrati nella popolazione di confronto.

Quando il SIR/SMR supera l'unità (o il valore 100, quando, come in questo volume, questa misura viene espressa in percentuale) significa che nella popolazione osservata vi è stato un eccesso di casi rispetto ai tassi di confronto. Un difetto invece se la misura del SIR/SMR fosse inferiore a 1 (o 100 nel caso di numero percentuale).

Ovviamente con piccole numerosità questi eccessi o difetti possono essere puramente casuali o non significativi. Associamo pertanto l'indicazione, grafica o numerica, dei limiti di confidenza del SIR/SMR. Se entrambi i limiti fossero in aree di eccesso o di difetto, allora si potrebbe concludere che tale eccesso o difetto sia da considerarsi statisticamente significativo (Breslow, 1987).

In questo volume per semplicità si utilizzerà la dizione "osservati/attesi" invece che le terminologie più formali già citate.

Prevalenza.

La prevalenza è la misura dei soggetti con diagnosi di tumore e viventi ad una data di riferimento. La prevalenza è un indicatore di utilità specifica per la pianificazione sanitaria in quanto indicativa del reale carico assistenziale che necessitano i pazienti oncologici.

Le tre misure riportate in questo volume sono la prevalenza dei pazienti diagnosticati negli ultimi 2, 5 e 10 anni, in alcuni casi è possibile assumere che i pazienti con diagnosi avvenuta in periodi precedenti siano clinicamente guariti e quindi non più pazienti oncologici.

Determinare la prevalenza dal conteggio dei pazienti viventi ad una certa data potrebbe indurre una certa sottostima a causa della proporzione, generalmente esigua, dei soggetti per i quali non è noto lo stato in vita.

Per questa pubblicazione introduciamo pertanto una semplice formula per la stima dei casi prevalenti: in particolare il numero di casi prevalenti alla fine dell'anno t con diagnosi effettuata negli n anni precedenti, $P_n(t)$, viene stimato nel seguente modo:

$$P_k(t) = \sum_{j=t-n+1}^t \left[l_j(t) \left(1 + \frac{w_j(t)}{l_j(t) + d_j(t)} \right) \right]$$

Dove $l_j(t)$ è il numero di soggetti incidenti diagnosticati nell'anno j e viventi alla fine dell'anno t , $w_j(t)$ è il numero di soggetti incidenti diagnosticati nell'anno j e senza informazioni sullo stato in vita alla fine dell'anno t e $d_j(t)$ è il numero di soggetti incidenti diagnosticati nell'anno j e deceduti prima della fine dell'anno t .

Formulazioni alternative implicano il calcolo della sopravvivenza attesa (AIRTUM Working Group, 2010) queste formulazioni producono risultati sovrapponibili a quelli da noi ottenuti in questo volume.

Sopravvivenza.

La sopravvivenza esprime una misura dei pazienti che sopravvivono alla malattia a distanza di tempo (in genere anni) dalla diagnosi.

Una misura della sopravvivenza elementare è la sopravvivenza osservata SO :

$$SO_k = 1 - \prod_{j=1}^k \frac{d_j}{l_j - w_j/2}$$

con SO_k la sopravvivenza osservata dopo k anni dalla diagnosi, d_j il numero di decessi nell'anno j , l_j il numero di soggetti viventi all'inizio dell'anno j , w_j il numero di soggetti persi al follow-up nel corso dell'anno j .

Di fatto la sopravvivenza osservata misura la proporzione di pazienti viventi a distanza di tempo dalla diagnosi. Questa semplice formulazione ha lo svantaggio di tenere in considera-

zione tutti i decessi, anche quelli non correlati al tumore in oggetto. In questo modo si ottiene una sovrastima della letalità del tumore in quanto si attribuisce implicitamente ad esso l'intera mortalità dei pazienti. Questa sovrastima è tanto maggiore quanto maggiore è l'età del paziente.

Nell'ambito dei registri tumori la misura più utilizzata è quindi un'altra, la sopravvivenza relativa SR , calcolata come:

$$SR_k = \frac{SO_k}{SA_k}$$

Dove SA_k è la sopravvivenza attesa della popolazione generale con le medesime caratteristiche (età e genere) dei pazienti considerati. La sopravvivenza relativa è calcolata secondo un metodo chiamato Ederer II (AIRTUM Working Group, 2011), ed è basata sulle tavole di mortalità per età e sesso dell'area in esame.

Siccome per ottenere una misura della sopravvivenza è necessario monitorare per almeno 5 anni una coorte di pazienti non è possibile fornire un dato relativo ad anni molto recenti.

Per ovviare a questo inconveniente si riportano anche le cosiddette misure di sopravvivenza "di periodo" (Brenner, 1997), che consentono una stima della sopravvivenza anche prima che siano passati 5 anni dalla diagnosi. La metodologia applicata è quella della cosiddetta analisi ibrida modificata (Rashid, 2008).

Le mappe dei rischi.

Si forniscono mappe indicative dei rischi di malattia per comune, rispetto alla incidenza media provinciale. I dati sono stati analizzati a livello di singola aggregazione comunale, su un tempo abbastanza esteso per rendere tali osservazioni sufficientemente stabili (1997-2008).

Nonostante questo, l'utilizzo dei SIR grezzi si presta a problemi legati all'instabilità del dato (varianza del rischio) rendendo quasi impossibile il compito di interpretare aree a rischio simile.

Per questo motivo si fa generalmente ricorso alle tecniche di *smoothing* (lisciamento) che mirano a modificare l'indicatore di rischio su una singola unità tenendo in considerazione anche le altre osservazioni. Lo *smoothing* utilizzato è denominato empirico bayesiano (Clayton, 1987), in quanto utilizza una distribuzione a

priori per correggere l'instabilità della varianza da piccole aree basata sulle caratteristiche dei dati a disposizione osservabili.

In considerazione del territorio, e della potenza informativa dei risultati, abbiamo adottato una tecnica denominata *Spatial Empirical Bayes smoothing*, nella quale la distribuzione a priori non è più globale ma locale (Anselin, 2004).

Per definire la prossimità dei comuni abbiamo identificato una matrice di pesi basata sulla contiguità dei comuni (cosiddetta contiguità della torre, in quanto implica la presenza di tratti di confine in comune). Per quanto riguarda l'arcipelago pontino (diviso tra i comuni di Ponza e Ventotene) si è imposta, nella matrice dei pesi, una contiguità dello stesso con i comuni di Gaeta e Formia.

L'interpretazione delle mappe dei rischi non può prescindere tuttavia da alcune considerazioni:

- la provincia di Latina per le sue caratteristiche morfologiche (stretta e lunga) e per la relativa bassa disaggregazione del territorio (i comuni sono solamente 33) poco si adatta ad analisi geografiche del rischio e in particolare a tecniche di lisciamento del rischio.
- l'interpretazione delle mappe *smoothed* si deve avvalere anche dell'osservazione delle mappe non lisce (*non smoothed*) che contengono i dati osservati e che possono orientare l'interpretazione. Queste stesse mappe sono riportate in appendice al volume.
- Le mappe non tengono in considerazione fattori confondenti quali lo stato socio-economico, il tempo di esposizione, i tempi di latenza, la storia residenziale e le dinamiche temporali (trend) delle singole neoplasie.

Confronti nazionali

I confronti nazionali sono basati sul calcolo dei SIR/SMR (osservati vs attesi) rispetto alle quattro macro-aree italiane definite da ISTAT:

- Nord-Est
- Nord-Ovest
- Centro

- Sud e Isole (denominato Sud)

Il calcolo è quindi basato sui tassi età specifici dei registri AIRTUM negli anni 2005-2007 (AIRTUM, 2011). Per i tumori della testa e del collo e per i tumori infantili sono stati utilizzati i tassi età specifici pubblicati sul portale dedicato AIRTUM (ITACAN, 2012).

Si assume che la semplice somma dei registri afferenti alle singole quattro aree sia rappresentativa dell'incidenza e della mortalità delle macro-aree stesse.

In considerazione di questa assunzione e del fatto che i registri italiani sono distribuiti attualmente in modo particolarmente eterogeneo a livello nazionale, con una copertura nettamente superiore nel Nord-Est, rispetto al Sud e al Centro, per il confronto con il dato medio nazionale si è utilizzata una stima ponderata invece che la somma dei dati dei registri (il cosiddetto *pool* AIRTUM), in particolare: dati $q_{i,k}$ e $x_{i,k}$ rispettivamente la popolazione e i tassi nella k -esima fascia di età per la i -esima macro-area, i tassi età specifici nazionali X_k nella k -esima fascia di età sono stati stimati dalla formula:

$$X_k = \frac{\sum_{i=1}^4 x_{i,k} q_{i,k}}{\sum_{i=1}^4 q_{i,k}}$$

Criteri classificativi

La definizione delle sedi presenti in questo volume è basata sulla terza revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie per l'Oncologia (ICD-O-3) e alla nona edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9). Si rimanda a questi volumi per maggiori dettagli (Fritz, 2000 e Jones, 1994).

il dettaglio dei criteri utilizzati per raggruppare le neoplasie in questo volume sulla base di queste due classificazioni sono riportati nella tabella riepilogativa (Tabella 3).

Si noti principalmente, rispetto al precedente volume, la separazione del rene dalle altre vie urinarie, e la suddivisione dell'encefalo/sistema nervoso centrale e della vescica in considerazione del comportamento (maligno e non maligno). ■

Tabella 3. Criteri per la definizione delle neoplasie

Descrizione	Topografia ICD-03	Morfologia ICD-03	Malignità	ICD9 / ICD9-CM
Labbro	C00	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	140
Lingua	C01-02	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	141
Bocca	C03-06	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	143-145
Ghiandole salivari	C07-08	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	142
Orofaringe	C09-10	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	146
Rinofaringe	C11	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	147
Ipofaringe	C12-13	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	148
Faringe NAS	C14	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	149
Esofago	C15	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	150
Stomaco	C16	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	151
Intestino tenue	C17	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	152
Colon	C18	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	153
Retto	C19-21	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	154
Fegato	C22	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	155
Vie biliari	C23-24	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	156
Pancreas	C25	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	157
Cavità nasale	C30-31	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	160
Laringe	C32	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	161
Polmone	C33-34	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	162
Altri organi toracici	C37-38	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	163-164
Osso	C40-41	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	170
Pelle, melanomi	C44	8720-8790	/3	172
Pelle, non melanomi	C44	escl. 8720-8790, 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	173
Mesotelioma	tutte	9050-9055	/3	nd
Sarcoma di Kaposi	tutte	9140	/3	176
Tessuti molli	C47, 49	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	171
Mammella	C50	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	174-175
Utero, collo	C53	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	180
Utero, corpo	C54	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	182
Utero NAS	C55	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	179
Ovaio	C56	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	183.0
Altri genitali femminili	C51-52, 57, 58	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	181, 183.(2-9), 184
Pene	C60	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	187.(1-4)
Prostata	C61	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	185
Testicolo	C62	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	186
Altri genitali maschili	C63	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	187.(5-9)
Rene	C64	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	189.0
Vescica (maligno)	C67	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	188
Vescica (non maligno)	C67	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/1 /2	233.7, 236.7
Altre vie urinarie	C65-66, 68	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	189.(1-9)
Occhio	C69	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	190
Encefalo/SNC (maligno)	C70-72	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	191-192
Encefalo/SNC (non maligno)	C70-72	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/0 /1	225, 228.02, 237.(5-9)
Tiroide	C73	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	193
Altre ghiandole endocrine	C74-75	escl. 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	194
Linfoma di Hodgkin	tutte	9650-9667	/3	201
Linfoma non Hodgkin	tutte escl. C42.0, 1, 4	9590-9596, 9670-9729, 9760-9764, 9940, 9948 9823, 9827	/3	200, 202.(0-2, 4, 8, 9), 273.3
Mieloma	tutte	9731-9734	/3	203, 238.6
Leucemia linfatica acuta	tutte C42.0, 1, 4	9826, 9835-9837 9827	/3	204.0
Leucemia linfatica cronica	tutte C42.0, 1, 4	9831-9834 9823	/3	204.1
Leucemia mieloide acuta	tutte	9840, 9861, 9866-9874, 9891-9920, 9931	/3	205.0, 206.0, 207.(0, 2)
Leucemia mieloide cronica	tutte	9863, 9875, 9876, 9945, 9946	/3	205.1
Altre MMPC e SMD	tutte	9950-9989	/3	207.1, 238.(4, 6, 7)
Leucemia NAS	tutte	9800-9820, 9860, 9930	/3	204-208 (escl. precedenti)
Miscellanea	tutte C42	9740-9758 escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	159.1, 202.(3, 5, 6)
Mal definite e metastasi	C26, C39, C48, C76-80	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	158, 159.(0, 9), 165, 195-199

Sintesi dei risultati

Sintesi dei risultati

a cura di Carlotta Buzzoni, Fabio Panno, Susanna Busco, Isabella Sperduti

Il cancro ha, tra le sue cause, una combinazione di diversi fattori: interni quali mutazioni genetiche, ormoni, funzionalità dell'apparato immunitario e fattori esterni, legati sia all'ambiente (p.es., agenti infettivi, prodotti chimici, radiazioni) sia allo stile di vita del soggetto (p.es., dieta, attività fisica, fumo) (AIOM-AIRTUM, 2012).

Si tratta di un processo comunque lento e progressivo, combattuto nella gran parte dei casi con successo dai sistemi di difesa dell'organismo. La lotta ai tumori oggi possiede armi sempre più efficaci: esse vanno dalla prevenzione, alla diagnosi precoce, alla terapia, con lo scopo di migliorare la prognosi di ogni paziente in termini di durata e qualità della vita.

Sulla base delle conoscenze attuali, si stima che la maggior parte dei tumori causati dal fumo di sigarette, da errata alimentazione, dall'abuso di alcool, obesità e inattività fisica, potrebbero essere prevenuti. Altri tumori correlati ad agenti infettivi, quali il virus dell'epatite B, dell'epatite C (HBV/HCV), il virus del papilloma umano (HPV), il virus della immunodeficienza (HIV), il batterio *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), potrebbero essere prevenuti cambiando stile di vita, e debellando l'agente infettivo tramite vaccini o antibiotici. Inoltre la partecipazione ai programmi di screening offerti dal servizio sanitario nazionale permette un controllo costante e diagnosi di lesioni tumorali in stadi precoci e più facilmente aggredibili dalla chirurgia e dalle terapie mirate.

Nella Provincia di Latina, nel periodo 2004-2008 la frequenza con cui vengono diagnosticati i tumori (escludendo i carcinomi della cute) è in media di 5 nuovi casi ogni 1.000 uomini ogni anno (540 casi ogni 100.000 abitanti/anno), circa 4 casi ogni 1000 donne (440 casi ogni 100.000 abitanti/anno).

Confrontando i valori osservati nell'area coperta dal registro di Latina con quelli osservati nel *pool* nazionale AIRTUM (Associazione italiana registri tumori, - www.registri-tumori.it) si nota come questi risultino inferiori, soprattutto nel sesso

maschile. Tale fenomeno è da attribuirsi, da un lato alle peculiarità della struttura demografica di quest'area, caratterizzata da una popolazione relativamente giovane (l'indice di vecchiaia è più basso di quello medio italiano), dall'altro alle caratteristiche epidemiologiche della zona, simili per alcuni aspetti a quelli dell'Italia meridionale (AIOM-AIRTUM, 2012), storicamente caratterizzata da livelli più bassi di incidenza per diverse sedi tumorali principali, come per esempio la mammella femminile, il colon-retto, lo stomaco, il polmone specialmente tra le donne (AIRTUM, 2006).

In provincia di Latina nel periodo 2004-2008 tra gli uomini prevale ancora il tumore del polmone (18% di tutti i tumori diagnosticati) su quello della prostata (16%), invece al primo posto per frequenza nel Pool nazionale AIRTUM (AIOM-AIRTUM, 2012); seguono il tumore del colon-retto (13%), il tumore della vescica (11%) e il tumore dello stomaco (5%) (vedi pag. 29).

Tra le donne, il tumore della mammella, come nel resto dell'Italia (AIOM-AIRTUM, 2012), è il più frequente, rappresentando il 28% di tutti i tumori, seguito dai tumori del colon-retto (11%) e della tiroide che raggiunge il 10%, qui da noi al terzo posto in assoluto, seguito poi dal polmone (5%), e del corpo dell'utero con il 4% (vedi pag. 31). Se consideriamo congiuntamente uomini e donne, il tumore della mammella è il primo in assoluto, seguito dai tumori del colon retto, polmone, prostata e vescica.

Nel nostro paese, secondo i dati ISTAT del 2008, i tumori rappresentano la seconda causa di morte (30% di tutti i decessi), dopo le malattie cardiovascolari (39%). Il peso dei tumori è più rilevante tra gli uomini, dove causano da qualche anno un numero di decessi (33%) superiore delle malattie cardiovascolari; tra le donne raggiungono il 25% dei decessi.

Nella Provincia di Latina la graduatoria delle cause di morte oncologiche più frequenti rispecchia quella italiana: come riportato in tabella 2,

tra gli uomini, il carcinoma del polmone risulta la prima causa di morte oncologica (30% del totale dei decessi per tumore nel sesso maschile), seguito dal tumore del colon e del retto (10%), dal tumore della prostata (9%), dal tumore dello stomaco (7%) e dal tumore della vescica (6%); tra le donne invece il tumore della mammella risulta la prima causa di morte oncologica, rappresentando il 16% di tutti i decessi per tumore nel sesso femminile, seguito dal tumore del colon e del retto (11%), dal tumore del polmone (11%), dal tumore dello stomaco (8%) e dal tumore del pancreas (7%) (vedi pag 29 e 31).

Considerando tutta la popolazione nei due generi il polmone si conferma in provincia come prima causa in assoluto di morte per neoplasia, seguito dal tumore del colon e del retto e dal tumore della mammella.

Pur essendo la popolazione residente in quest'area caratterizzata da un'elevata presenza di popolazione in età giovane-adulta, in virtù di un progressivo invecchiamento della popolazione, anche se l'incidenza si mantenesse costante, il numero di diagnosi tumorali crescerà inevitabilmente nel corso del tempo.

L'effetto dell'invecchiamento è particolarmente presente per quei tumori con picchi di incidenza nelle età più avanzate. Per altri tumori ad elevata frequenza anche in età giovanili, l'invecchiamento della popolazione avrebbe invece l'effetto di ridurre il numero dei casi, per contrazione della quota della popolazione a più alto rischio, è questo, ad esempio, il caso del tumore della tiroide.

Andamenti nel tempo

L'analisi dell'andamento temporale dell'incidenza e della mortalità, i due principali indicatori epidemiologici di frequenza dei tumori, rappresenta uno strumento di fondamentale importanza in sanità pubblica in quanto permette di valutare gli effetti degli interventi sanitari intrapresi a livello di popolazione (cambiamenti negli stili di vita, introduzione di nuovi strumenti diagnostici e terapeutici).

Un aumento della mortalità è sempre un evento sanitario negativo dovuto all'aumento dei soggetti che si ammalano in assenza di un miglioramento nelle terapie disponibili. Una riduzione della mortalità, al contrario, è sempre

un fenomeno positivo, sia quando è dovuto a una riduzione del numero dei soggetti che si ammalano (in condizioni di sopravvivenza stabile), sia quando è dovuto all'introduzione di nuovi ed efficaci strumenti terapeutici (con un conseguente miglioramento della sopravvivenza).

Dall'esame dei dati disponibili per la provincia di Latina, emerge una riduzione, statisticamente significativa, della mortalità per la totalità dei tumori globalmente intesi, in entrambi i sessi. In particolare il calo di mortalità durante il periodo osservato è del 12% nel sesso maschile e del 17% nel sesso femminile.

Si osserva una riduzione della mortalità per i decessi dovuti a tumori fumo-correlati nel sesso maschile (es. vie aereo-digestive superiori, polmone e vescica), da ascrivere a una riduzione dell'esposizione al fumo tra gli uomini, che ha determinato un calo dell'incidenza, con conseguente diminuzione della mortalità, pur in presenza di un andamento della sopravvivenza sostanzialmente stabile.

Il fenomeno dell'aumento della mortalità che emerge in alcuni casi (polmone tra le donne) è da correlarsi all'aumento del numero di soggetti che si ammalano (in associazione con la crescente prevalenza di fumatrici), in assenza di un miglioramento di terapie disponibili.

Per alcuni tumori, come ad esempio la mammella femminile la riduzione di mortalità nel tempo è imputabile soprattutto ad un miglioramento della sopravvivenza, ottenuto grazie l'introduzione di nuovi strumenti terapeutici, e al congiunto sviluppo delle capacità diagnostiche che porta a individuare casi in fase sempre più precoce (vedi figure pag. 31).

Per quanto riguarda l'interpretazione di variazione occorse negli andamenti dell'incidenza è necessario fare alcune riflessioni: una riduzione dell'incidenza è un indicatore sempre positivo, segno della minor esposizione a fattori di rischio o dell'effetto dell'introduzione di programmi diagnostici in grado di identificare lesioni che precedono la comparsa del tumore, come accade, per esempio, con l'identificazione di lesioni pre-invasive della cervice uterina tramite il Pap test. Un aumento dell'incidenza, invece, implica un giudizio più complesso: è un fenomeno negativo se ascrivibile ad un'aumentata esposizione ai fattori di rischio (ad esempio

l'aumento dell'incidenza dei tumori del polmone nel sesso femminile è associato con l'aumentata esposizione al fumo delle donne). Non lo è invece, quando causato da un'anticipazione del momento della diagnosi, come accade a seguito dell'introduzione di screening organizzati (Pap test, mammografia, ricerca del sangue occulto nelle feci). In questo caso l'aumento dell'incidenza rappresenta un'anticipazione della diagnosi di forme tumorali che naturalmente avrebbero dato segni clinici in tempi successivi. (AIRTUM, 2009).

Nel periodo osservato rispetto al trend dell'incidenza di nuovi casi di tumore si nota come negli uomini il tumore della prostata ha registrato il massimo incremento, tale da superare intorno al 2000 quello del colon retto e insediare il primo posto del polmone almeno fino al 2004, da quando il trend sembra arrestarsi, in analogia con quanto registrato in campo nazionale. Il tumore della prostata sembra aver attenuato negli ultimi due anni la precedente fase di forte crescita, passando a un andamento attualmente neutro. Si tratta di un fenomeno atteso, infatti già negli USA, dopo una fase di crescita notevole legata all'introduzione e alla diffusione dell'utilizzo dell'antigene prostatico specifico (PSA), intorno al 1993 si è registrato un picco seguito da una riduzione dei tassi di incidenza con un ritorno ai valori precedenti l'introduzione del PSA e poi, intorno ai primi anni 2000, si è verificata una nuova forte riduzione (http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/results_merged/sect_23_prostate.pdf).

Per le donne è significativo e impressionante l'incremento del tumore della tiroide che nell'ultimo periodo ha superato per incidenza anche quello del colon e del retto attestandosi al secondo posto in assoluto (vedi figura pag. 31).

Sopravvivenza

La sopravvivenza è uno dei principali indicatori che permette di valutare l'efficacia del sistema sanitario nei confronti della patologia tumorale. La sopravvivenza è fortemente influenzata da due strumenti: la prevenzione secondaria e la terapia. Nel primo caso, attraverso una diagnosi precoce, si ha una maggiore probabilità di essere efficacemente curati, con un beneficio in termini di riduzione di mortalità specifica.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è un indicatore ampiamente entrato nell'uso comune. In genere viene indicata la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi perché per molti tumori la percentuale di malati ancora in vita dopo questo lasso di tempo coincide con la percentuale di guarigione; in ben pochi casi, infatti, questi tumori generano recidive o metastasi dopo 5 o 6 anni dalla diagnosi. Altri tumori invece, per esempio quello della mammella, pur avendo una prognosi migliore a 5 anni, possono recidivare e metastatizzare anche molti anni dopo. Per questo è utile considerare anche la sopravvivenza dopo 10 o 15 anni dalla diagnosi.

Per calcolare la sopravvivenza determinata esclusivamente dal tumore in studio bisognerebbe quindi escludere le morti dovute ad altre cause. Ma spesso, soprattutto negli anziani e in presenza di numerose patologie, è difficile stabilire con precisione la causa del decesso e in ogni caso i registri tumori non dispongono di una documentazione clinica sufficiente per farlo. Non potendo contare direttamente i morti e i sopravvissuti a un determinato tipo di tumore, si fa quindi ricorso a un'approssimazione statistica: la sopravvivenza relativa. La sopravvivenza relativa è una stima della sopravvivenza a uno specifico tumore che tiene conto della mortalità (ovvero della sopravvivenza) della popolazione generale (AIRTUM, 2007).

Nelle tabelle per sede sono presentati dati di sopravvivenza relativa, ovvero aggiustata per l'aspettativa di vita età- e sesso-specifica nella popolazione generale, dopo 5 anni dalla diagnosi, per i casi di tumore diagnosticati nel periodo 2002-2006 rispetto a quelli diagnosticati nei periodi 1997-2001 e con una stima per il 2007-2008.

La sopravvivenza per tutti i tumori a 5 anni dalla diagnosi è aumentata rispetto a quella dei casi diagnosticati nei periodi precedenti sia per gli uomini (54% nel 2002-2006 contro il 49% del '97-2001) sia per le donne (rispettivamente 67% vs 64). Su questo risultato positivo complessivo ha influito il miglioramento della sopravvivenza per alcune delle sedi tumorali più frequenti. Per alcuni tumori a cattiva prognosi, la sopravvivenza non è migliorata negli anni recenti, è il caso ad esempio del tumore del polmone (12% per gli uomini e 16% per le donne), del pancreas (5% e 6%) e colecisti (10% e 13%).

Per alcuni tumori per i quali c'è stato un notevole incremento dell'attività diagnostica precoce, la sopravvivenza è notevolmente aumentata, ma su tale incremento influisce anche una certa quota di sovra-diagnosi, vale a dire di tumori che sarebbero rimasti "silenziosi" senza l'incremento degli esami diagnostici. Il caso più eclatante è quello della prostata, ma è ipotizzabile in parte anche per il melanoma (80% uomini, 91% donne) e per la tiroide (96% e 98%). Lo sviluppo delle tecniche di *imaging* ha presumibilmente contribuito all'anticipazione diagnostica anche di una quota di casi di tumore cerebrale (19% e 23% di sopravvivenza a cinque anni nei due sessi).

Prevalenza

Con il termine prevalenza si indica l'insieme di individui di una popolazione che in un dato istante presentano la malattia di interesse. In questa monografia abbiamo calcolato la prevalenza per tumore al 1° gennaio 2009.

La prevalenza è solitamente espressa come la quantità (proporzione) di soggetti 'malati' sulla popolazione residente nell'area indagata a una certa data. Definiamo 'malati' l'insieme delle persone che hanno avuto una diagnosi di tumore in passato e sono ancora in vita alla data considerata; quindi includiamo sia i soggetti che si sono ammalati di recente, sia coloro che si sono ammalati molti anni prima; alcuni di questi soggetti risultano guariti, altri no; alcuni vengono sottoposti a trattamenti intensivi, altri solo a visite di controllo. La prevalenza è influenzata dai livelli di incidenza della malattia (numero di nuovi casi in un anno), dai livelli di sopravvivenza e dall'aspettativa di vita della popolazione generale. La prevalenza è un indicatore utile ai fini della pianificazione sanitaria perché permette di quantificare e prevedere l'assorbimento di risorse assistenziali (AIRTUM, 2010).

La domanda sanitaria sarà prevalentemente orientata alla diagnosi e alla somministrazione dei trattamenti specifici in coincidenza e in prossimità con la diagnosi, e successivamente al follow-up clinico e strumentale. Bisogni sanitari peculiari interessano i soggetti lungo-sopravvissuti (ovvero vivi dopo molti anni di distanza dalla diagnosi).

In provincia di Latina vi sono circa 6.100 uomini e 6.700 donne (che rappresentano oltre il 2% della popolazione residente), che vivono avendo avuto una precedente diagnosi di tumore nei 10 anni precedenti.

Il maggior numero di casi prevalenti a 10 anni sono a carico delle seguenti sedi tumorali: mammella femminile (2.400 casi che rappresentano il 19% di tutti i tumori prevalenti), colon e retto (1.595 casi che rappresentano il 19% di tutti i tumori prevalenti), prostata (1.379 casi che rappresentano l'11% di tutti i tumori prevalenti).

La proporzione osservata di casi prevalenti nella provincia di Latina è, per la maggior parte delle sedi, inferiore a quanto rilevato per il *pool* nazionale AIRTUM (AIRTUM, 2010). I valori sono prossimi a quelli dell'Italia meridionale. Le differenze di prevalenza osservate in Italia tra aree geografiche sono sostanzialmente ascrivibili alle differenze di incidenza (Guzzinati, 2012). Nella provincia di Latina si osserva una maggior proporzione di casi prevalenti rispetto al resto d'Italia per i tumori della tiroide (211 casi prevalenti a 10 anni ogni 100.000 residenti). ■



Tutti i tumori. Maschi

Scheda riassuntiva

Sedi escluse (codice ICD-O-3):

cute (C44) a eccezione delle seguenti morfologie: melanomi e nevi (8720-8790), sarcoma di Kaposi (9140), leucemie, linfomi e mielomi (9590-9989).

Nota. Per i confronti della Figura C sono esclusi anche i tumori non infiltranti dell'encefalo e del sistema nervoso centrale (C70-72).

Commento ai dati

Nel quinquennio 2004-2008 sono stati registrati nella popolazione maschile 7003 nuovi casi di tumore.

In media ogni anno si registrano 539 casi ogni 100mila abitanti di sesso maschile. Il polmone è ancora la prima sede tumorale negli uomini (18%), seguita dal tumore della prostata (16%) e da quello del colon e del retto (13%).

I decessi per tumore sono stati pari a 3763 per l'intero periodo osservato. I tumori da qualche anno rappresentano la prima causa di morte in assoluto per gli uomini, con il tumore del polmone al primo posto (30% di tutti i decessi tumorali), seguito dal tumore del colon e del retto (10%) e dal tumore della prostata (9%).

Nel confronto con le altre aree italiane, la provincia di Latina

mostra tassi di incidenza e mortalità più bassi rispetto alla media nazionale e soprattutto rispetto al Nord Italia. Globalmente invece i tassi risultano più alti rispetto a quelli rilevati nel Sud Italia (incidenza +8%, mortalità +4%).

Dall'analisi dei rischi relativi per comune emerge un'area associabile ad un rischio superiore di tumore comprendente i comuni a Nord della provincia e in particolare il capoluogo, mentre il minore rischio di malattia è associato ai comuni del Sud.

Negli ultimi dodici anni considerati (1997-2008) si è osservato nel tempo un lieve incremento della incidenza ed un decremento della mortalità. Per il sesso maschile determinante per questo andamento il tumore della prostata ed il melanoma, in considerazione di una maggiore ricerca attiva.

La sopravvivenza relativa a cinque anni dalla diagnosi mostra una crescita rispetto agli anni novanta, attestandosi negli uomini al 54%, valori in linea con il dato medio nazionale (55%).

Stimiamo che circa il 2,3% della popolazione maschile della provincia di Latina, pari a circa 6100 persone, abbia avuto diagnosi negli ultimi dieci anni e sia tuttora vivente. ■

Figura A Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

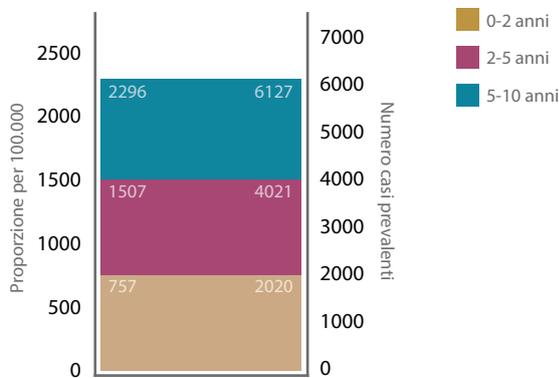


Figura B. Incidenza e mortalità

Andamento temporale del tasso standardizzato Anni 1997-2008

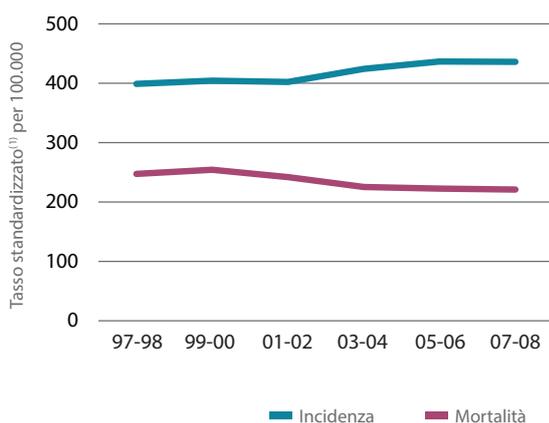


Tabella A. Incidenza e mortalità

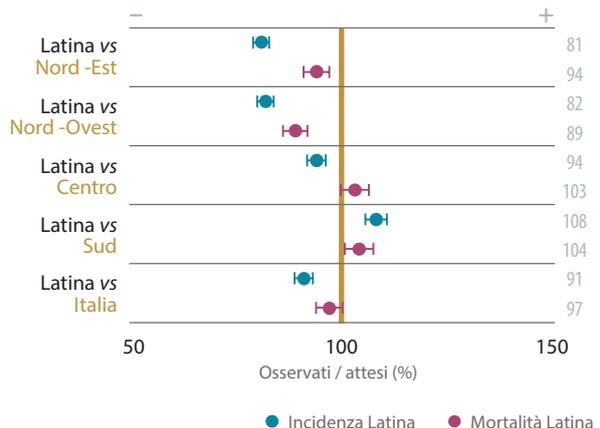
Sintesi dei risultati. Anni 2004-2008.

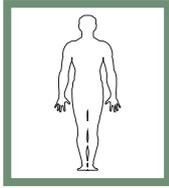
	Incidenza	Mortalità
Numero casi	7003	3763
Percentuale sul totale M+F	54,1	60,3
Tasso grezzo (per 100.000)	538,6	289,4
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	430,2	220,4
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	30	14,7
Età media	66,4	68,6
Età mediana	69	71

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura C. Confronti nazionali.

Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad altre aree geografiche. Anni 2004-2008





Tutti i tumori. Maschi

Scheda riassuntiva (continua)

Figura D. Incidenza
Primi 5 tumori in termini di frequenza per età.
Anni 2004-2008

	0-49	50-69	70+	Totale
1°	Tiroide 12%	Polmone 19%	Polmone 19%	Polmone 18%
2°	Testicolo 10%	Prostata 16%	Prostata 19%	Prostata 16%
3°	Melanoma 9%	Colon e retto 14%	Colon e retto 15%	Colon e retto 13%
4°	LNH 8%	Vescica 11%	Vescica 13%	Vescica 11%
5°	Polmone 7%	Stomaco 5%	Stomaco 5%	Stomaco 5%

Figura E. Mortalità
Primi 5 tumori in termini di frequenza per età.
Anni 2004-2008

	0-49	50-69	70+	Totale
1°	Polmone 23%	Polmone 34%	Polmone 29%	Polmone 30%
2°	Encefalo 14%	Colon e retto 10%	Prostata 12%	Colon e retto 10%
3°	Stomaco 8%	Stomaco 7%	Colon e retto 11%	Prostata 9%
4°	Pancreas 6%	Encefalo 5%	Vescica 8%	Stomaco 7%
5°	Colon e retto 6%	Pancreas 5%	Stomaco 7%	Vescica 6%

Figura F. Incidenza per le principali neoplasie.
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

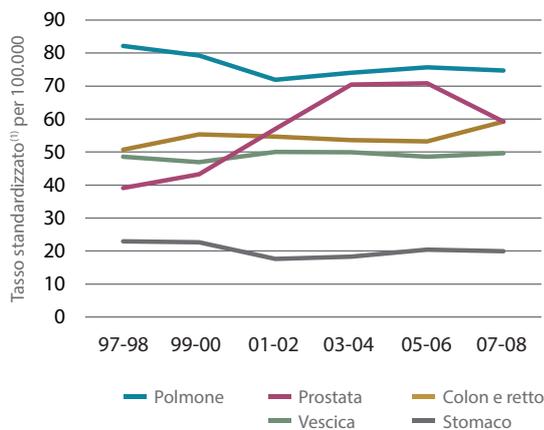


Figura G. Mortalità per le principali neoplasie.
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

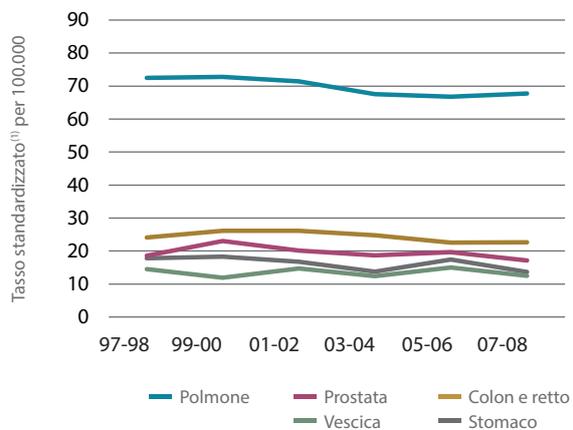


Figura H. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

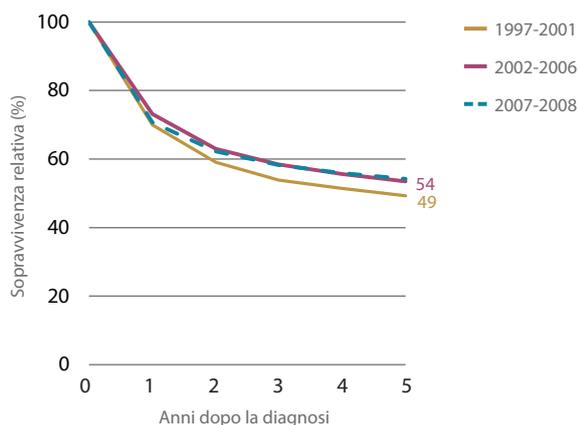
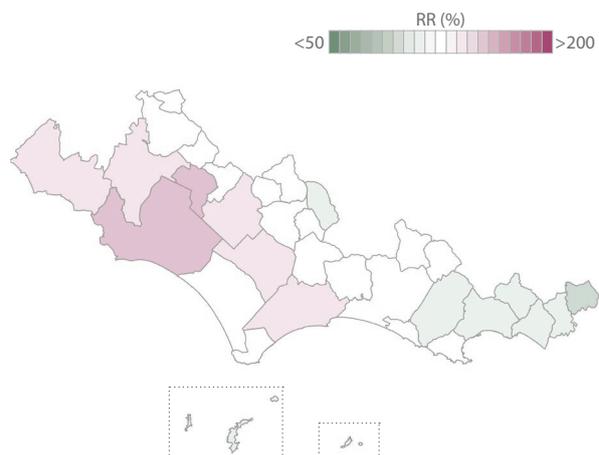
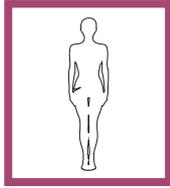


Figura I. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tutti i tumori. Femmine

Scheda riassuntiva

Sedi escluse (codice ICD-O-3):

cute (C44) a eccezione delle seguenti morfologie: melanomi e nevi (8720-8790), sarcoma di Kaposi (9140), leucemie, linfomi e mielomi (9590-9989).

Nota. Per i confronti della Figura C sono esclusi anche i tumori non infiltranti dell'encefalo e del sistema nervoso centrale (C70-72).

Commento ai dati

Nel quinquennio 2004–2008 sono stati registrati nella popolazione femminile 5941 nuovi casi di tumore.

In media ogni anno corrispondono a 438 casi ogni 100.000 abitanti di sesso femminile.

Tra i tumori femminili più frequenti, la mammella si conferma il primo tumore in assoluto (28% di tutti i tumori) seguito da quello del colon e del retto (11%) e dal tumore della tiroide (9%).

Nello stesso periodo sono stati osservati 2481 decessi, con un tasso grezzo di circa 183 decessi ogni 100.000 donne residenti. La prima causa di morte tumorale nel sesso femminile è sempre il cancro della mammella (16% di tutti i decessi per tumore), seguita dal tumore del colon e del

retto e dal tumore del polmone (11%).

Dal confronto con altre aree, si rilevano per la provincia di Latina, tassi di incidenza e mortalità in genere più bassi rispetto al centro e soprattutto al Nord Italia e invece tassi di incidenza più alti rispetto al Sud.

L'analisi dei rischi di malattia per comune mostra un'area, corrispondente ai comuni del Nord della provincia, con un rischio di malattia superiore alla media.

Negli ultimi dodici anni considerati (1997–2008) si è osservato nel tempo un incremento della incidenza ed un decremento della mortalità. Per le donne questo andamento è determinato in special modo dal tumore della tiroide, dal melanoma e soprattutto della mammella, ed è strettamente legato ai programmi di screening.

La sopravvivenza relativa a cinque anni dalla diagnosi mostra una crescita rispetto agli anni novanta, attestandosi al 67% nelle donne, valore di poco superiore al dato medio nazionale (63%).

Stimiamo che circa il 2,4% della popolazione femminile residente nella provincia di Latina, pari a circa 6700 donne, abbia avuto diagnosi negli ultimi dieci anni e sia tuttora vivente. ■

Figura A. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

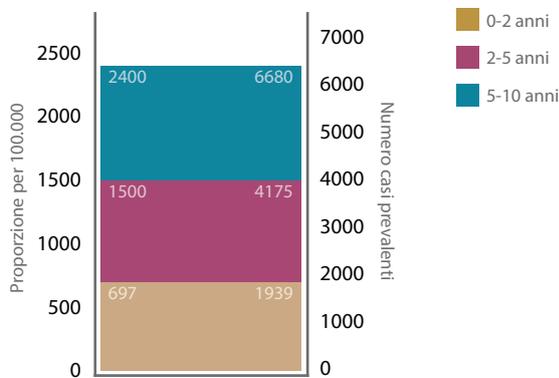


Figura B. Incidenza e mortalità

Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

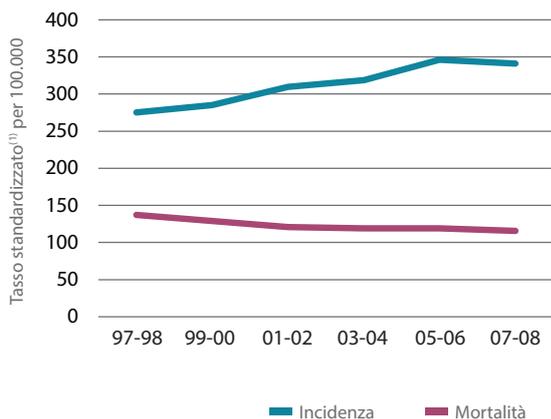


Tabella A. Incidenza e mortalità

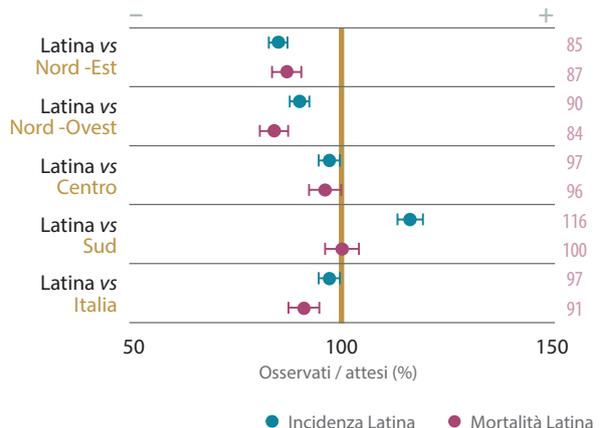
Sintesi dei risultati. Anni 2004-2008.

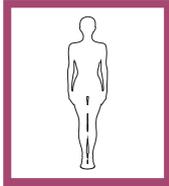
	Incidenza	Mortalità
Numero casi	5941	2481
Percentuale sul totale M+F	45,9	39,7
Tasso grezzo (per 100.000)	438,4	183,1
Tasso standardizzato⁽¹⁾ (per 100.000)	337,3	116,1
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	23,9	8,1
Età media	62,3	70,2
Età mediana	64	73

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura C. Confronti nazionali.

Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad altre aree geografiche. Anni 2004-2008





Tutti i tumori. Femmine

Scheda riassuntiva (continua)

Figura D. Incidenza
Primi 5 tumori in termini di frequenza per età.
Anni 2004-2008

	0-49	50-69	70+	Totale
1°	Mammella 33%	Mammella 32%	Mammella 20%	Mammella 28%
2°	Tiroide 23%	Colon e retto 11%	Colon e retto 16%	Colon e retto 11%
3°	Melanoma 9%	Tiroide 9%	Polmone 6%	Tiroide 9%
4°	Encefalo 4%	Corpo utero 6%	Stomaco 6%	Polmone 5%
5°	Colon e retto 3%	Polmone 6%	Vescica 5%	Corpo utero 4%

Figura E. Mortalità
Primi 5 tumori in termini di frequenza per età.
Anni 2004-2008

	0-49	50-69	70+	Totale
1°	Mammella 28%	Mammella 20%	Colon e retto 13%	Mammella 16%
2°	Polmone 10%	Polmone 14%	Mammella 13%	Colon e retto 11%
3°	Encefalo 9%	Colon e retto 10%	Polmone 9%	Polmone 11%
4°	Stomaco 7%	Ovaio 8%	Stomaco 9%	Stomaco 8%
5°	Ovaio 5%	Stomaco 6%	Pancreas 6%	Pancreas 6%

Figura F. Incidenza per le principali neoplasie.
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

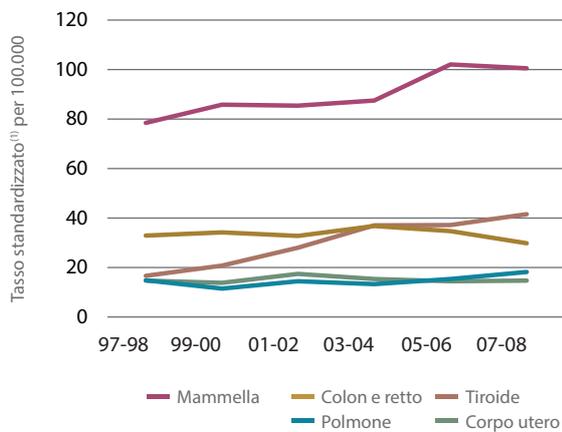


Figura G. Mortalità per le principali neoplasie.
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

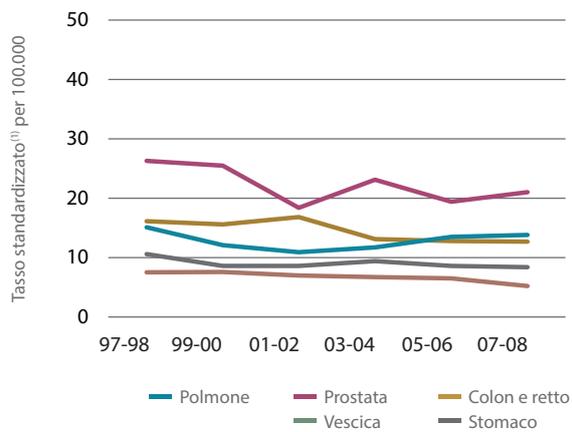


Figura H. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

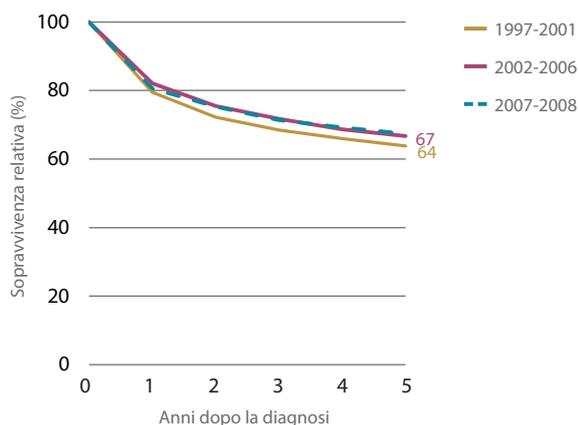
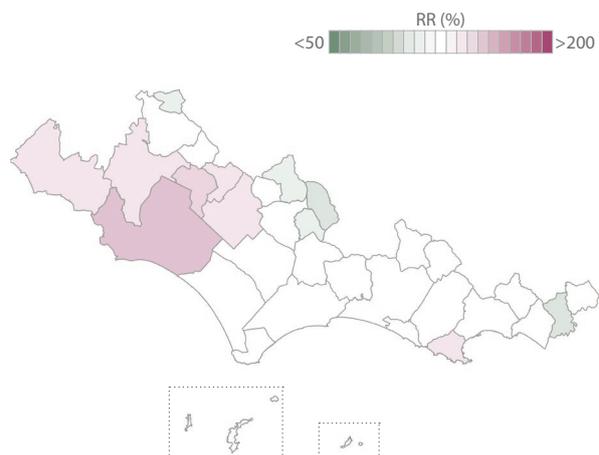
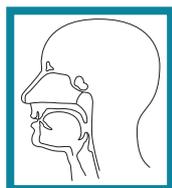


Figura I. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008



Schede tumorali



Tumori della testa e del collo

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):

lingua (C01-02), bocca (C03-06), orofaringe (C09-10), rinofaringe (C11), ipofaringe (C12-13), faringe NAS (C14), cavità nasale (C30-31), laringe (C32).

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):

neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati complessivamente 360 nuovi casi di tumore maligno a carico degli organi della testa e del collo. Nell'insieme questi tumori rappresentano il 4% dei casi negli uomini e l'1,3% nelle donne.

In media ogni anno si registrano 21,7 casi ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 5,8 casi ogni 100.000 donne.

La sede più colpita è la laringe (41,4%) seguita dalla mucosa della bocca (14,7%) e dalla lingua (12,5%).

I tumori squamosi sono l'istotipo più frequente (81%) con una differenza degna di nota tra uomini (87%) e donne (61%) nella popolazione femminile è infatti rilevante anche il peso degli adenocarcinomi (21%).

I decessi per tumori della testa e del collo rappresentano il 3,6% di tutti i decessi tumorali negli uomini e l'1% nelle donne.

Il confronto con i dati nazionali mostra che per questi tumori i tassi di incidenza in provincia di Latina sono inferiori alla media italiana sia tra i maschi (-28% di casi osservati) sia tra le femmine (-22%) in entrambi i casi le differenze sono statisticamente significative.

L'andamento dei tassi di incidenza e di mortalità risulta in lieve ma costante diminuzione per gli uomini mentre per le donne l'andamento dell'incidenza è meno costante.

Osserviamo ampie aree nel Nord della provincia associate ad un maggiore rischio di malattia, particolarmente marcato nel sesso femminile.

La sopravvivenza relativa a 5 anni non subisce particolari variazioni rimanendo pressoché stabile dal 1997 al 2008 (60%), dato in linea con la media nazionale (57%).

Grazie alle proiezioni della prevalenza, possiamo stimare che in provincia di Latina vi siano circa 400 persone viventi che hanno avuto una diagnosi di tumore della testa e del collo negli ultimi 10 anni. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati

Anni 2004-2008.

Numero casi	360	282	78
Percentuale sul totale	2,8	4	1,3
Tasso grezzo (per 100.000)	13,6	21,7	5,8
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	10,6	17,7	4,4
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,9	1,5	0,4
Età media	65,1	65,7	63,1
Età mediana	66	66,5	64,5

Incidenza			Mortalità		
M+F	M	F	M+F	M	F
360	282	78	160	134	26
2,8	4	1,3	2,6	3,6	1
13,6	21,7	5,8	6	10,3	1,9
10,6	17,7	4,4	4,3	8	1,2
0,9	1,5	0,4	0,4	0,7	0,1
65,1	65,7	63,1	68,7	67,3	73,6
66	66,5	64,5	69	68	81

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

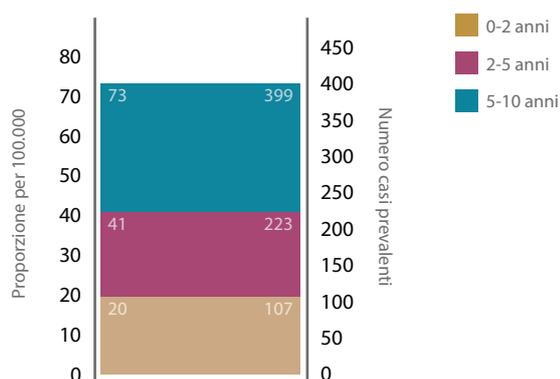
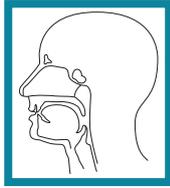


Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica

Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Lingua	45	12,5
Bocca	53	14,7
Ghiandole salivari	35	9,7
Orofaringe	29	8,1
Rinofaringe	18	5
Ipfaringe	10	2,8
Faringe, NAS	5	1,4
Cavità nasale	16	4,4
Laringe	149	41,4



Tumori della testa e del collo

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

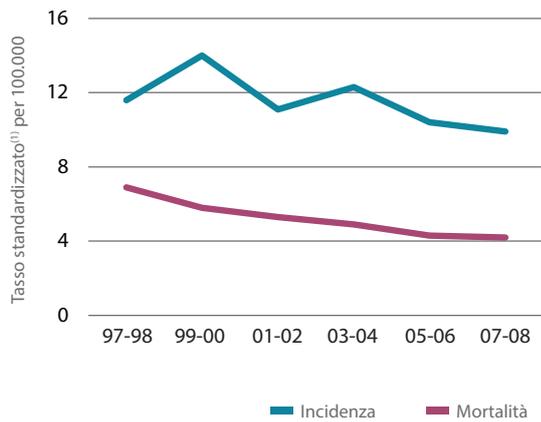


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

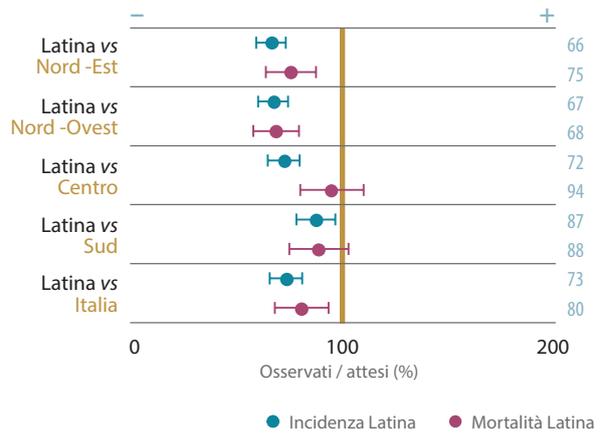


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

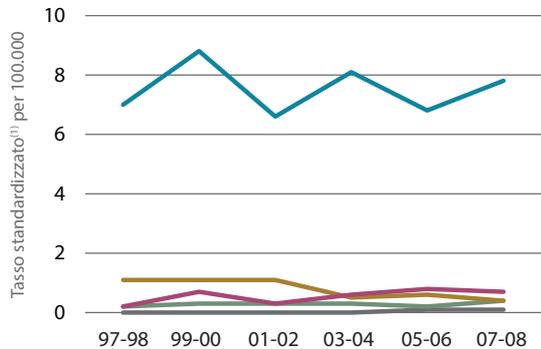


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Squamocellulare	254	81,4
Adenocarcinoma	26	8,3
Carcinoma NAS	18	5,8
Altre morfologie	12	3,8
Non specificato	2	0,6

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

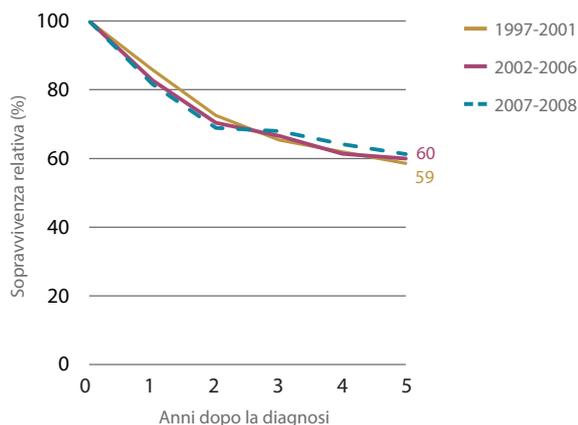
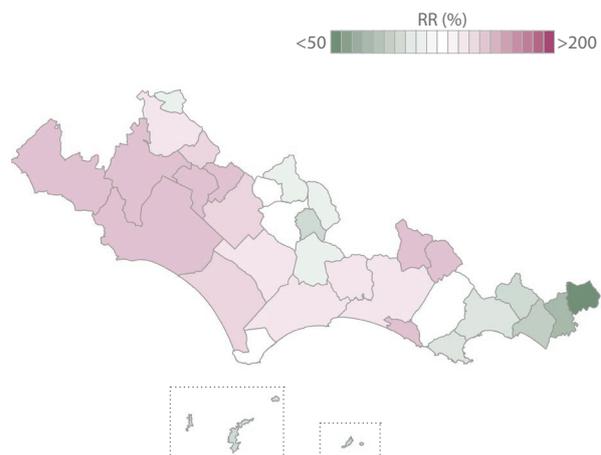
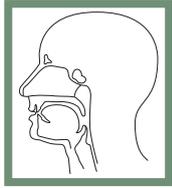


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori della testa e del collo

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

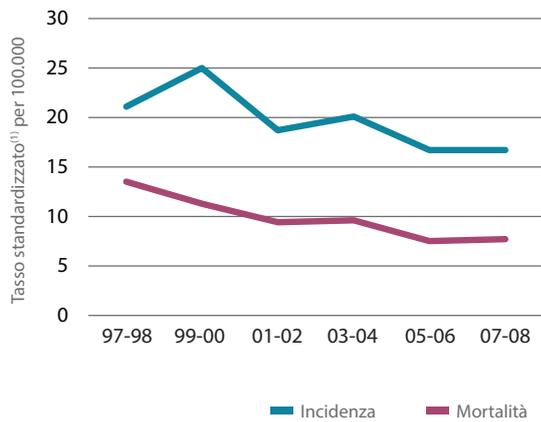


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad altre aree geografiche. Anni 2004-2008

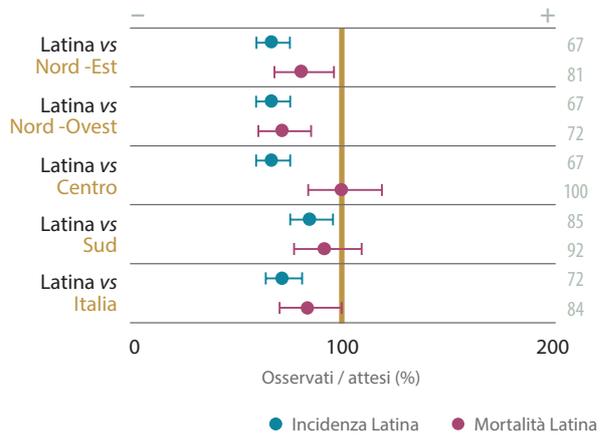


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

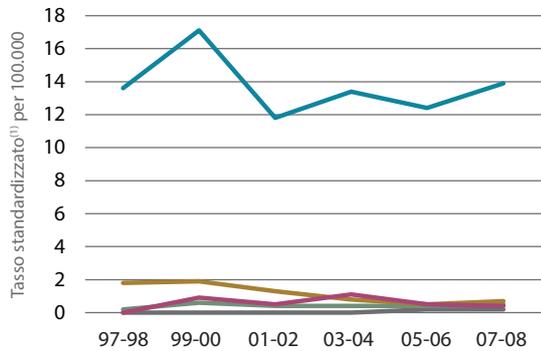


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Squamocellulare	212	87,2
Adenocarcinoma	11	4,5
Carcinoma NAS	10	4,1
Altre morfologie	8	3,3
Non specificato	2	0,8

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

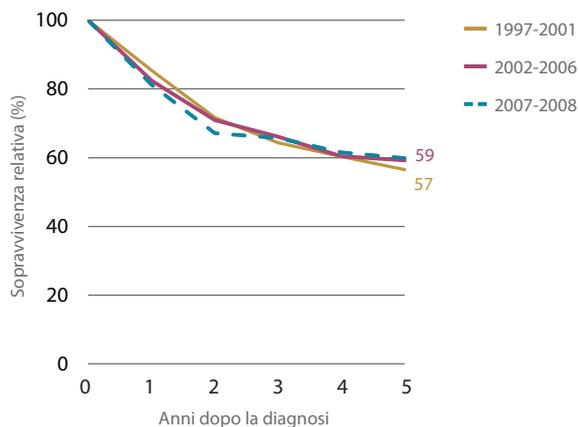
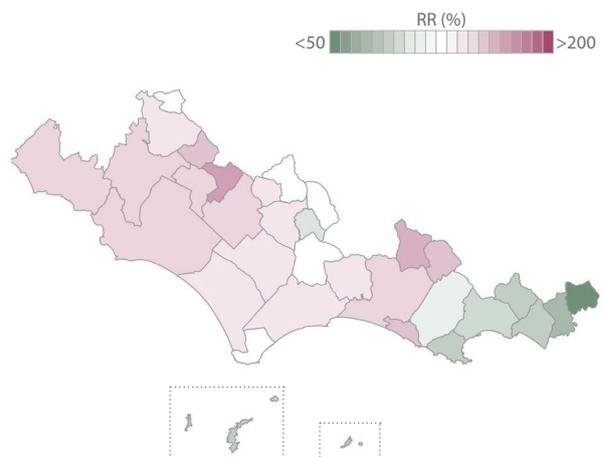
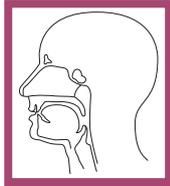


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori della testa e del collo

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

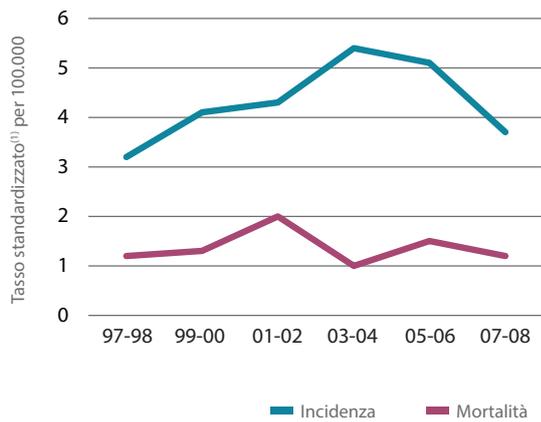


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

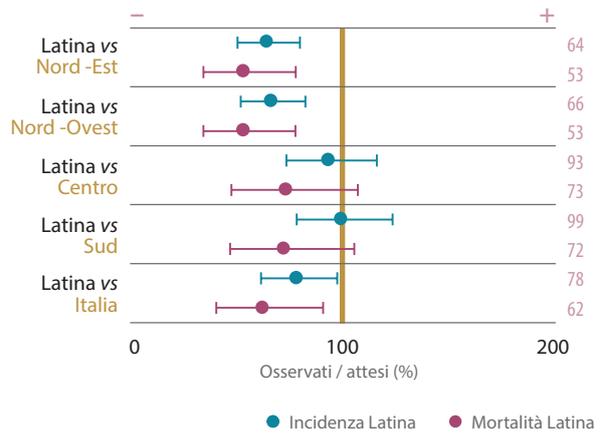


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

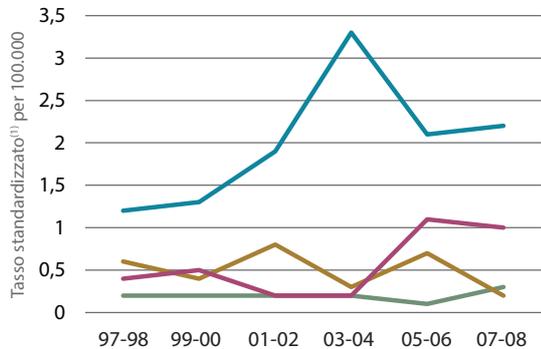


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Squamocellulare	42	60,9
Adenocarcinoma	15	21,7
Carcinoma NAS	8	11,6
Altre morfologie	4	5,8
Non specificato	0	0

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

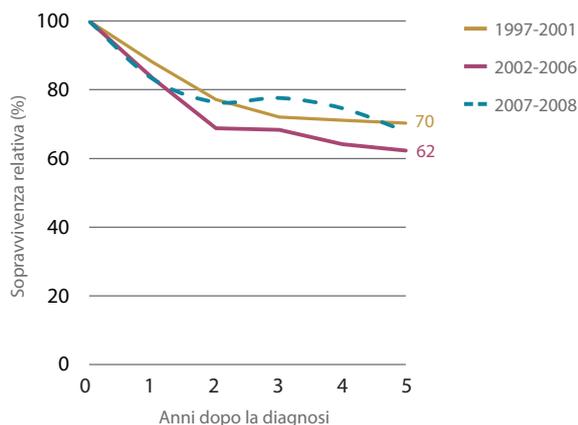
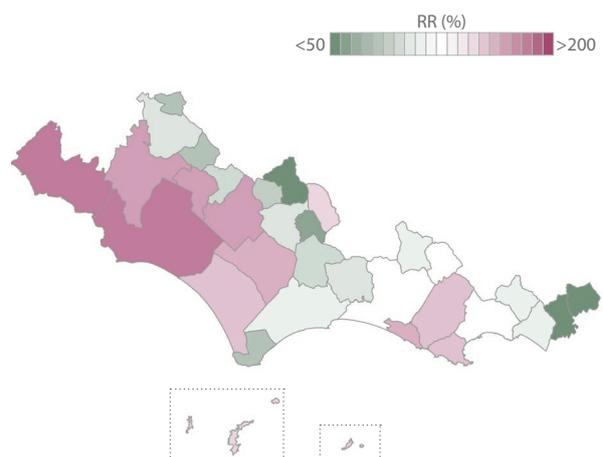
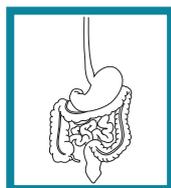


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori dell'esofago

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):
esofago (C15).

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):
neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004–2008 sono stati diagnosticati 57 nuovi casi di tumore maligno dell'esofago. Nella popolazione maschile i tumori dell'esofago rappresentano lo 0,5% di tutti i tumori, nella popolazione femminile lo 0,4%. In media ogni anno si registrano 2,7 casi ogni 100mila abitanti di sesso maschile e 1,6 casi ogni 100mila abitanti di sesso femminile. Il tratto inferiore e addominale è il più frequente (17,6%) seguito dal tratto medio e toracico. L'età media alla diagnosi è risultata sensibilmente inferiore tra gli uomini (63,8) rispetto alle donne (71,5). I tumori dell'esofago rappresentano l'1,1% dei decessi per tumore tra gli uomini e lo 0,7% dei decessi per tumore tra le donne.

I tassi di incidenza e mortalità sono inferiori a quelli medi nazionali (-33% di casi incidenti osservati), mentre sono paragonabili a quelli rilevati nel Centro-Sud Italia.

A causa dell'elevata letalità di questo tumore l'andamento dei tassi di incidenza è affine a quello dei tassi di mortalità: entrambi in lieve calo, specie negli ultimi anni.

La diminuzione dei tassi di incidenza pare essere a carico soprattutto delle forme squamose, che rimangono tuttavia le più frequenti (56,4% di tutti i tumori con verifica microscopica) mentre gli adenocarcinomi sono sostanzialmente stabili (33,3%).

La mappa dei rischi relativi per comune, vista anche la relativa bassa numerosità di questo tumore, non è di univoca interpretazione.

La sopravvivenza relativa è in generale piuttosto ridotta. A 5 anni dalla diagnosi solo il 12% dei pazienti sopravvive alla malattia e questo dato non sembra mostrare evidenti segni di miglioramento.

Dalla proiezione dei dati di prevalenza possiamo stimare che in provincia di Latina vi siano meno di 20 soggetti viventi con diagnosi di tumore dell'esofago avvenuta negli ultimi 10 anni. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati
Anni 2004-2008.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	57	35	22	59	42	17
Percentuale sul totale	0,4	0,5	0,4	0,9	1,1	0,7
Tasso grezzo (per 100.000)	2,1	2,7	1,6	2,2	3,2	1,3
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	1,6	2,2	1	1,5	2,5	0,7
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	-
Età media	66,8	63,8	71,5	71,4	69,5	75,6
Età mediana	68	65	77	74	70,5	79,5

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

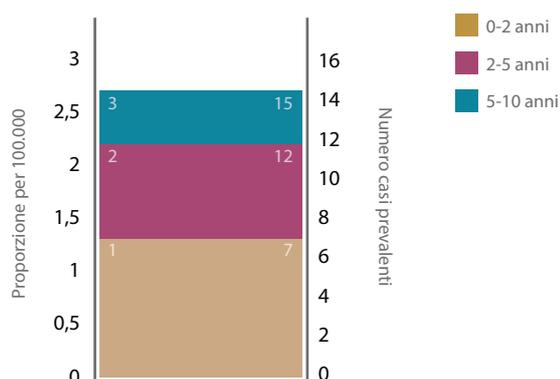
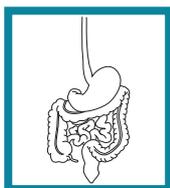


Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica

Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Esofago cervicale	4	7
Esofago toracico	5	8,8
Esofago addominale	1	1,8
Terzo superiore dell'esofago	1	1,8
Terzo medio dell'esofago	6	10,5
Terzo inferiore dell'esofago	9	15,8
Lesione sconfinante dell'esofago	4	7
Non specificato	27	47,4



Tumori dell'esofago

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

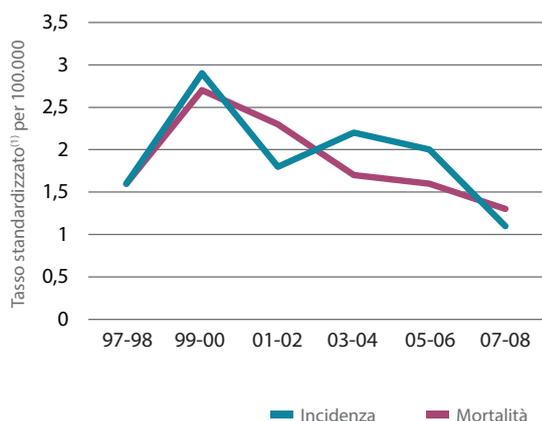


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

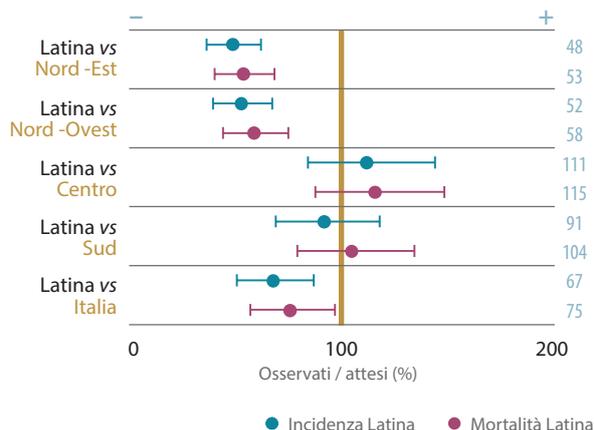


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

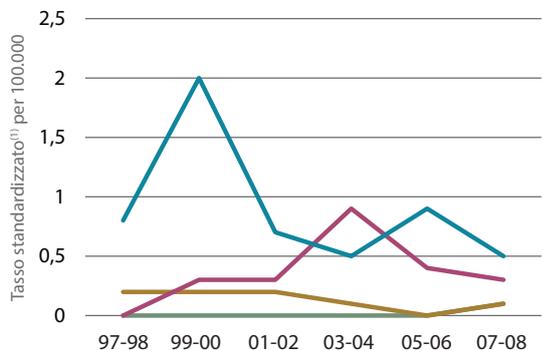


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Squamocellulare	22	56,4
Adenocarcinoma	13	33,3
Carcinoma NAS	3	7,7
Altre morfologie	1	2,6
Non specificato	0	-

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

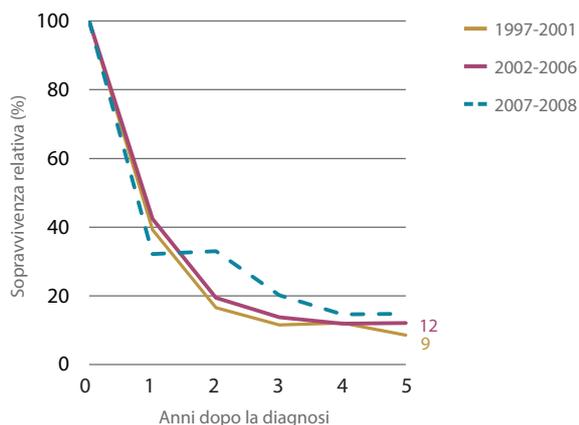
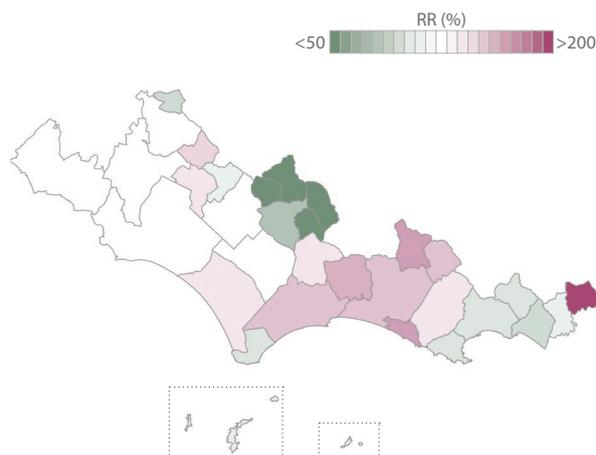
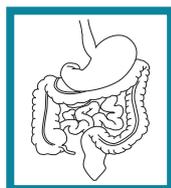


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori dello stomaco

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):
stomaco (C16)

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):
neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati complessivamente 561 nuovi casi di tumore dello stomaco. Il tumore dello stomaco è il 5° in termini di frequenza fra le neoplasie diagnosticate nel sesso maschile, rappresentando il 4,7% di tutti i tumori maschili, e il 6° nel sesso femminile, per il quale ha rappresentato il 3,9% di tutti i tumori.

Nella provincia di Latina sono diagnosticati in media ogni anno 25,5 casi ogni 100.000 uomini e 16,9 ogni 100.000 donne.

Fra le cause di morte il tumore dello stomaco è stata la quarta in termini di frequenza sia fra i maschi (6,8% di tutti i decessi tumorali) che fra le femmine (8,0%).

Il confronto con le altre aree nazionali ha evidenziato che

i tassi di incidenza e mortalità sono in linea con la media nazionale. I tassi di incidenza sono in generale più bassi della media dei registri del centro Italia e più alti della media dei registri del Sud.

Gli adenocarcinomi sono di gran lunga il gruppo morfologico più frequente, in particolare l'adenocarcinoma di tipo intestinale (27,7% di tutti i tumori verificati microscopicamente) e l'adenocarcinoma a cellule ad anello con castone (12,4%).

Al contrario di altre aree del mondo occidentale, a Latina non si osserva un deciso decremento dei tassi di incidenza, mentre al contrario la mortalità sembra mostrare un trend in sostanziale diminuzione nel corso degli anni.

Nella mappa dei rischi relativi per comune si osserva un'area nel Sud associabile ad un minore rischio di tumore dello stomaco.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è pari al 27% dato di poco inferiore alla media dei registri nazionali (34%). Possiamo stimare in termini di prevalenza che oggi in provincia ci siano circa 300 persone viventi con diagnosi di tumore dello stomaco effettuata negli ultimi dieci anni. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati
Anni 2004-2008.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	561	332	229	454	256	198
Percentuale sul totale	4,3	4,7	3,9	7,3	6,8	8
Tasso grezzo (per 100.000)	21,1	25,5	16,9	17,1	19,7	14,6
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	15,2	20,1	11	11,6	15	8,6
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,2	1,5	0,8	0,8	1,1	0,5
Età media	69	67,7	70,8	67,6	66,1	69,1
Età mediana	71	69,5	73	68	68	69,5

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

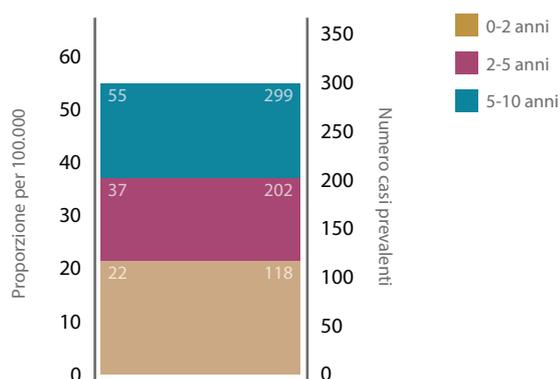
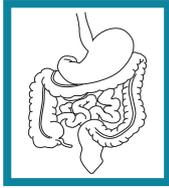


Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica

Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Cardias	37	6,6
Fondo	40	7,1
Corpo	54	9,6
Antro gastrico	82	14,6
Piloro	16	2,9
Piccola curva	51	9,1
Grande curva	15	2,7
Lesione sconfinante	30	5,3
Non specificato	236	42,1



Tumori dello stomaco

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

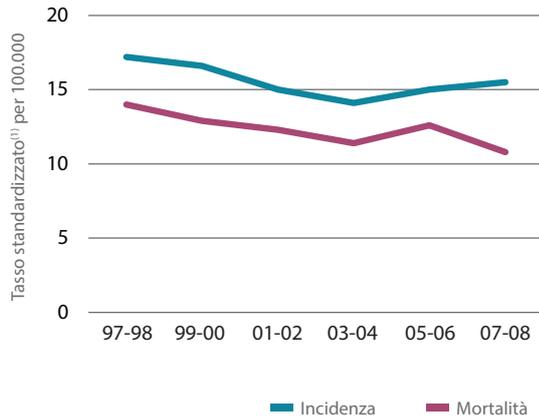


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

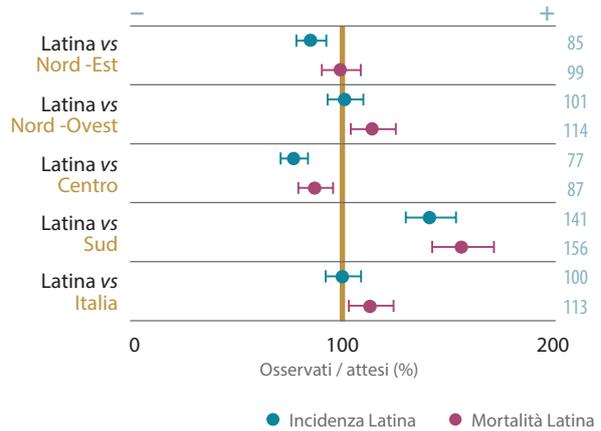


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

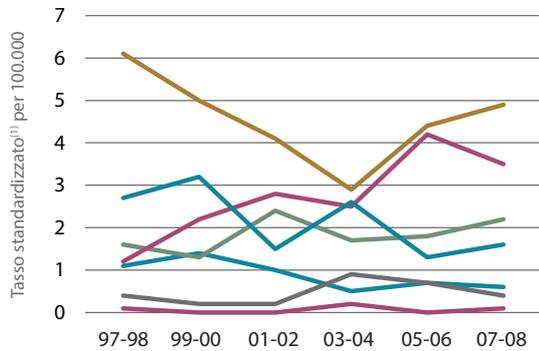


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Carcinoma ad anello con castone	58	12,4
Adenocarcinoma, tipo intestinale	130	27,7
Adenocarcinoma NAS	166	35,4
Altri adenocarcinomi specificati	66	14,1
Altre morfologie	19	4,1
Carcinoma NAS	25	5,3
Non specificato	5	1,1

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

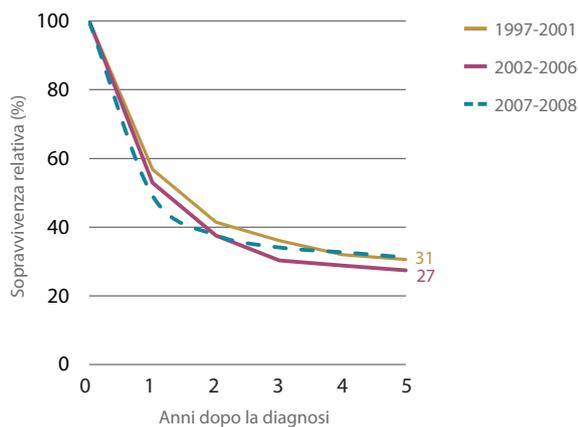
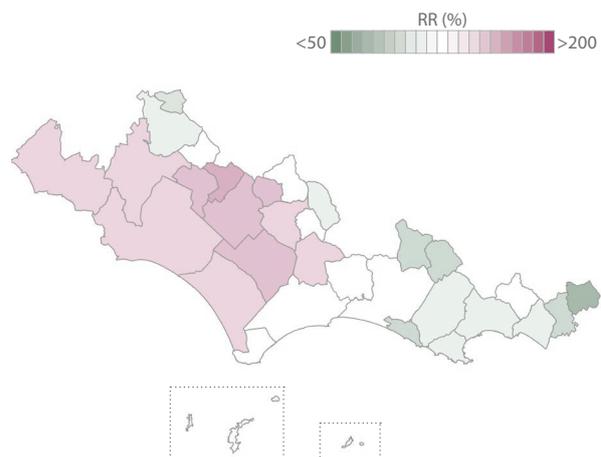
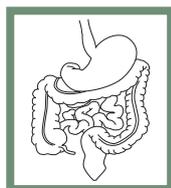


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori dello stomaco

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

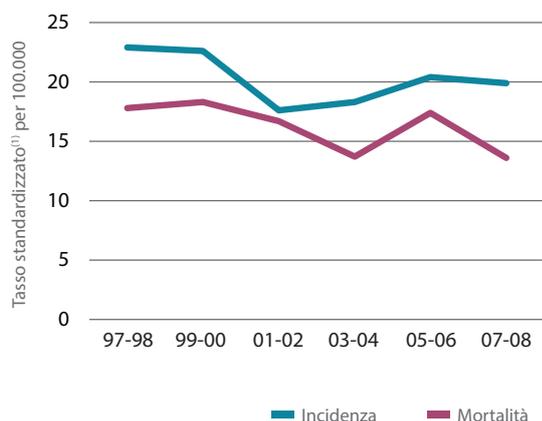


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad altre aree geografiche. Anni 2004-2008

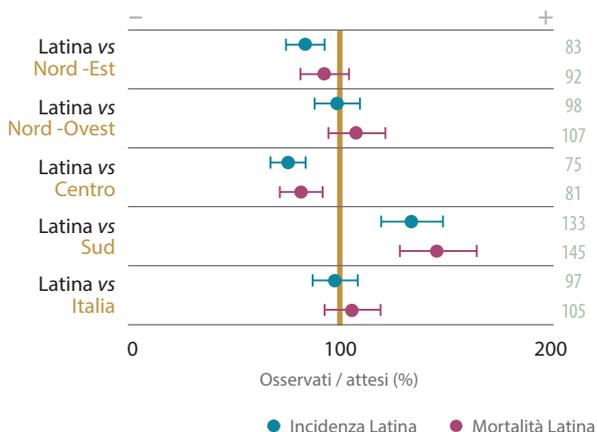


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

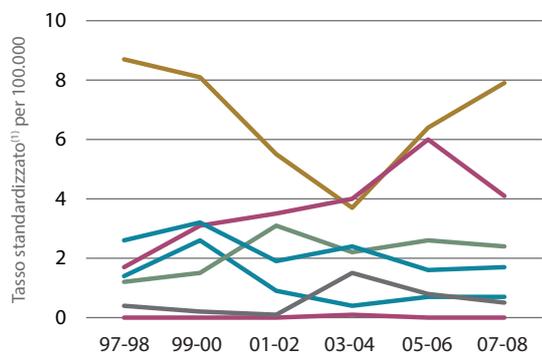


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Carcinoma ad anello con castone	28	10
Adenocarcinoma, tipo intestinale	80	28,5
Adenocarcinoma NAS	111	39,5
Altri adenocarcinomi specificati	38	13,5
Altre morfologie	12	4,3
Carcinoma NAS	11	3,9
Non specificato	1	0,4

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

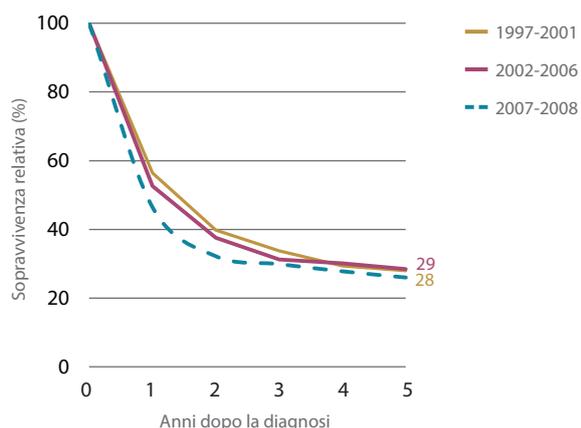
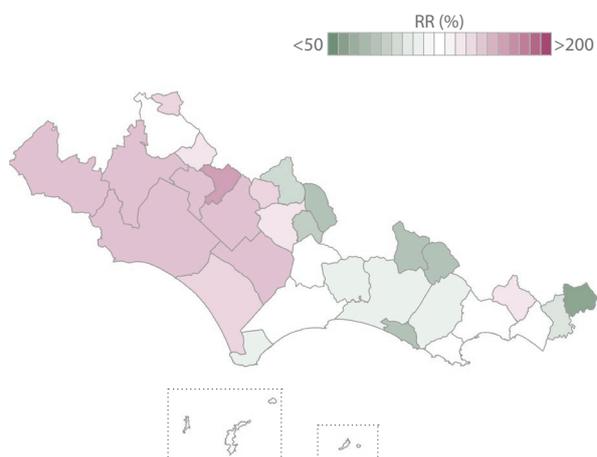
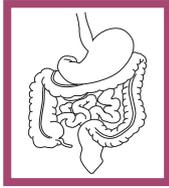


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori dello stomaco

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

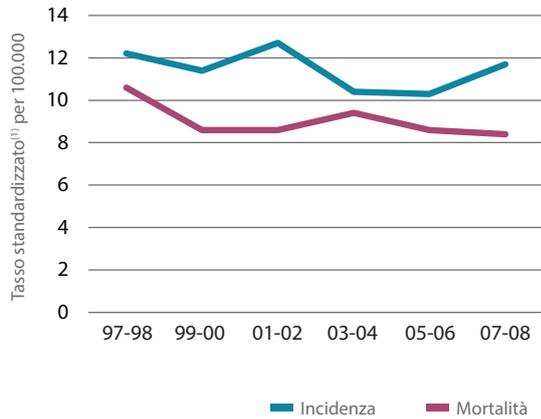


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

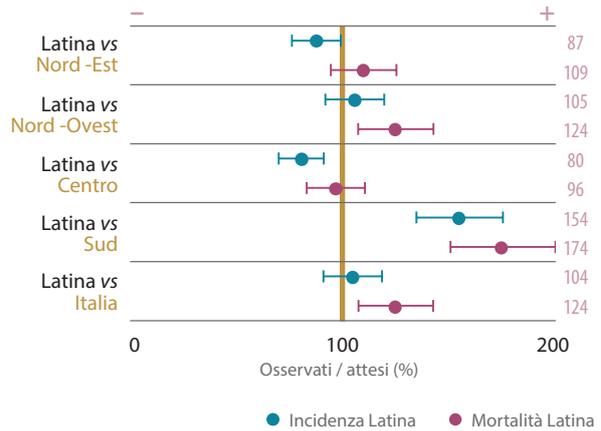


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

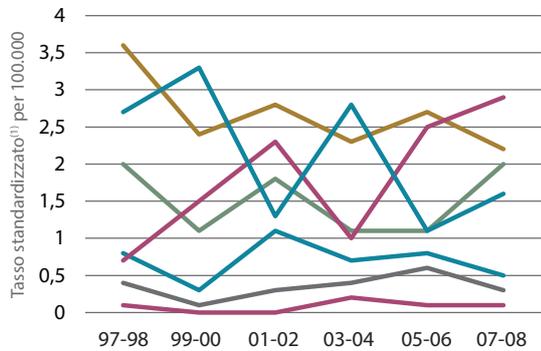


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Carcinoma ad anello con castone	30	16
Adenocarcinoma, tipo intestinale	50	26,6
Adenocarcinoma NAS	55	29,3
Altri adenocarcinomi specificati	28	14,9
Altre morfologie	7	3,7
Carcinoma NAS	14	7,4
Non specificato	4	2,1

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

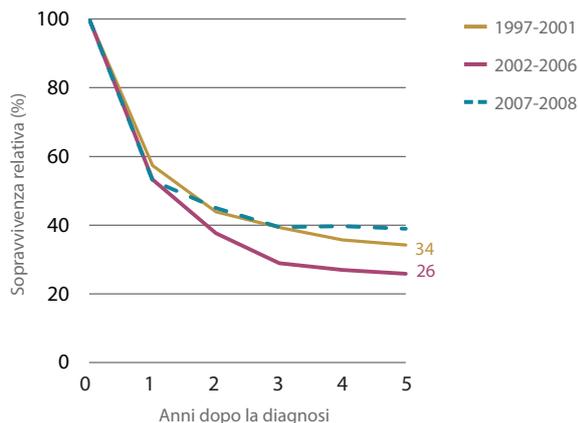
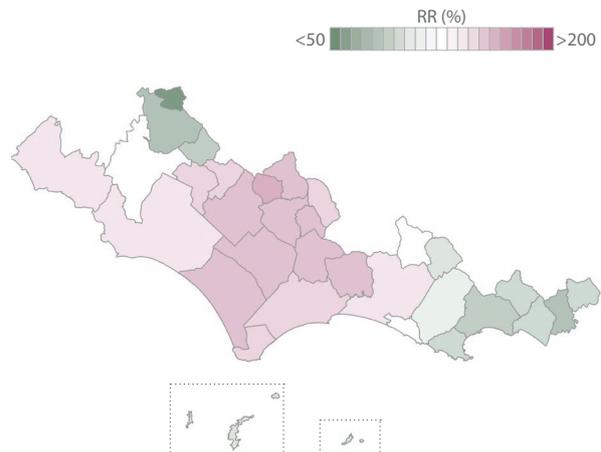
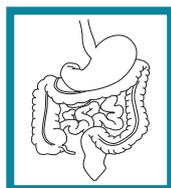


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del colon e del retto

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):

colon (C18), giunzione rettosigmoidea (C19), retto (C20), ano e canale anale (C21).

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):

neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati 1587 nuovi casi di tumore del colon e del retto, che risulta essere il 2° tumore più frequentemente diagnosticato. Questo tumore ha rappresentato il 13,3% di tutti i tumori negli uomini, e l'11,1% dei tumori femminili.

Nella provincia di Latina sono diagnosticati in media ogni anno 71,5 casi ogni 100.000 uomini e 48,5 casi ogni 100.000 donne.

La sede più rappresentata è il colon (che complessivamente costituisce il 61,7% di tutti i tumori del colon e retto), seguito dal retto (18,6%). Tra le sottosedi del colon, il sigma (15,8%) e il colon ascendente (14,6%) sono le più frequenti. Il tumore del colon e del retto è la seconda causa di morte

per neoplasia sia tra gli uomini sia tra le donne (rispettivamente 10,3% e 11,4% del totale dei decessi tumorali).

Il confronto con i dati nazionali ha evidenziato che i casi osservati in provincia di Latina sono inferiori alla media nazionale in modo statisticamente significativo, sia tra i maschi (casi osservati -10%) sia soprattutto tra le femmine (-16%) dove anzi si osservano tassi simili a quelli del Sud.

Nel periodo considerato questo tumore mostra una tendenza alla diminuzione dell'incidenza nelle donne e una tendenza opposta negli uomini, mentre la mortalità appare in lieve ma costante flessione.

La mappa dei rischi per comune ha evidenziato un maggiore rischio nel centro-Nord e in particolare nel comune di Latina.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è del 61%, in costante miglioramento confermato anche dalle nostre proiezioni future. Il dato è di poco inferiore alla media degli altri registri (64%).

Dai dati di prevalenza, possiamo stimare che quasi 1600 persone, residenti in provincia di Latina, abbiano avuto diagnosi di tumore del colon e del retto negli ultimi 10 anni e siano tuttora viventi. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati

Anni 2004-2008.

Numero casi	1587	930	657
Percentuale sul totale	12,3	13,3	11,1
Tasso grezzo (per 100.000)	59,8	71,5	48,5
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	43,4	55,8	33,1
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	3,5	4,4	2,6
Età media	69,2	69,1	69,5
Età mediana	70	70	71

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	1587	930	657	672	389	283
Percentuale sul totale	12,3	13,3	11,1	10,8	10,3	11,4
Tasso grezzo (per 100.000)	59,8	71,5	48,5	25,3	29,9	20,9
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	43,4	55,8	33,1	16,8	22,3	12,4
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	3,5	4,4	2,6	1,2	1,5	0,8
Età media	69,2	69,1	69,5	72,1	72,2	72,1
Età mediana	70	70	71	74	73,5	75

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

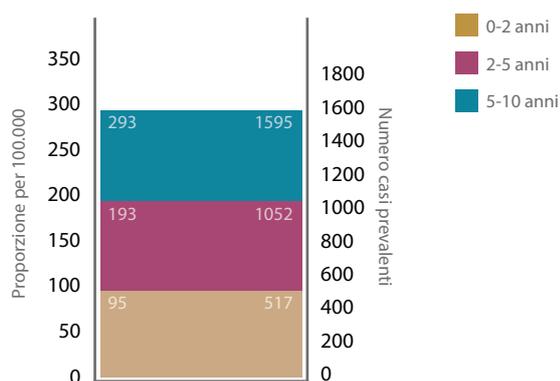
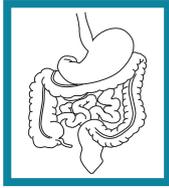


Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica

Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Cieco	104	6,6
Appendice	2	0,1
Colon ascendente	231	14,6
Flessura epatica	21	1,3
Colon trasverso	64	4
Flessura splenica	15	0,9
Colon discendente	167	10,5
Sigma	251	15,8
Lesione sconfinante del colon	8	0,5
Colon NAS	117	7,4
Giunzione rettosigmoidea	235	14,8
Retto	295	18,6
Ano e canale anale	77	4,9



Tumori del colon e del retto

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

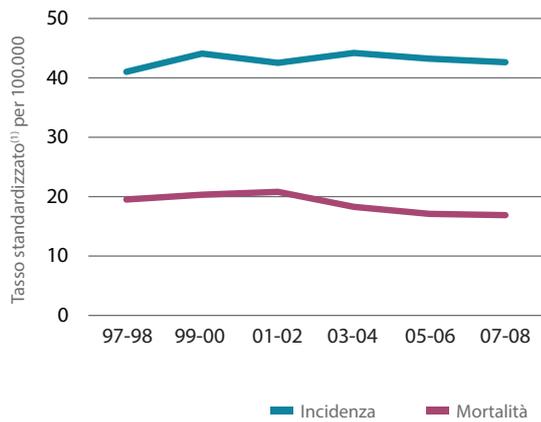


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

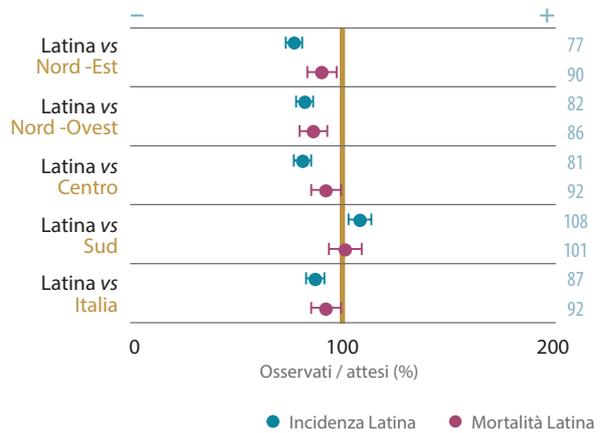


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

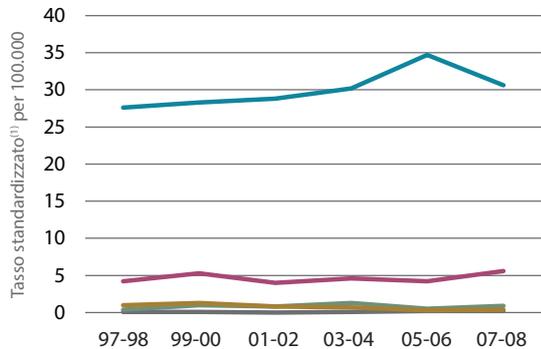


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Adenocarcinoma NAS	1182	83,9
Adenocarcinoma specificato	174	12,4
Carcinoma NAS	15	1,1
Altre morfologie	29	2,1
Non specificato	8	0,6

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

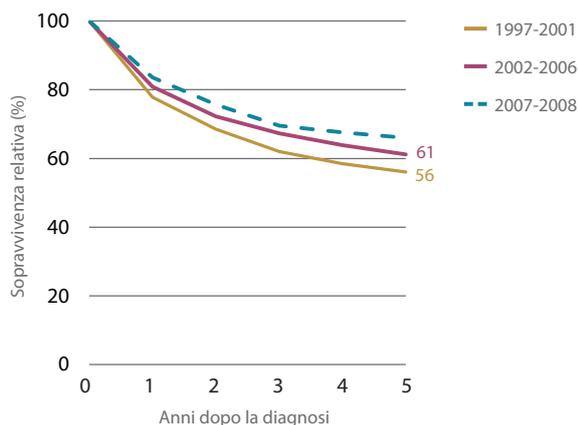
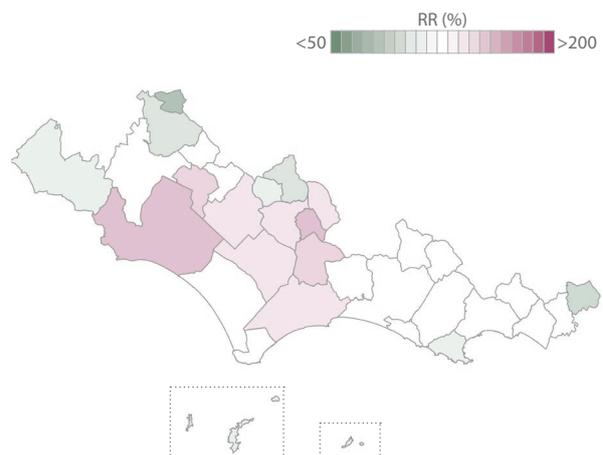
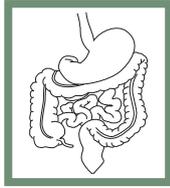


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del colon e del retto

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

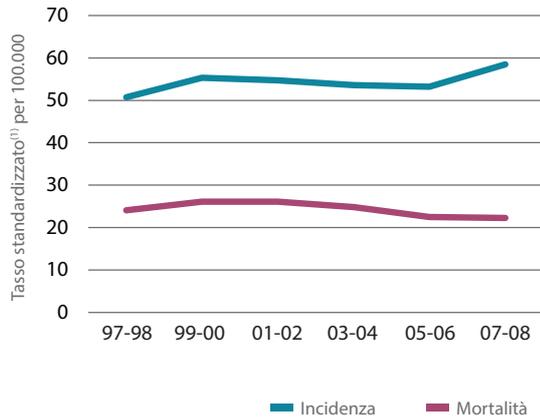


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad altre aree geografiche. Anni 2004-2008

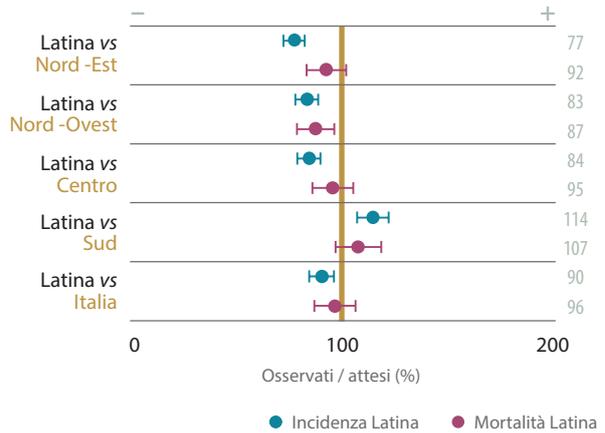


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

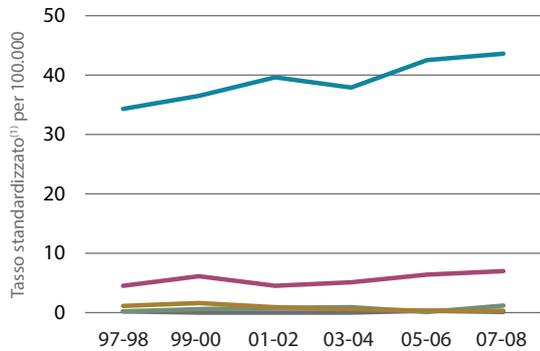


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Adenocarcinoma NAS	707	85,1
Adenocarcinoma specificato	104	12,5
Carcinoma NAS	5	0,6
Altre morfologie	12	1,4
Non specificato	3	0,4

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

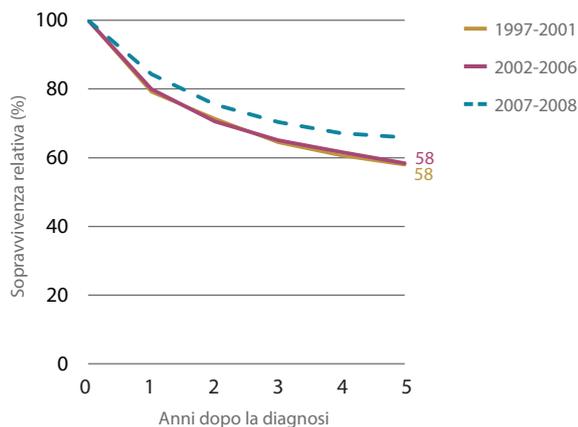
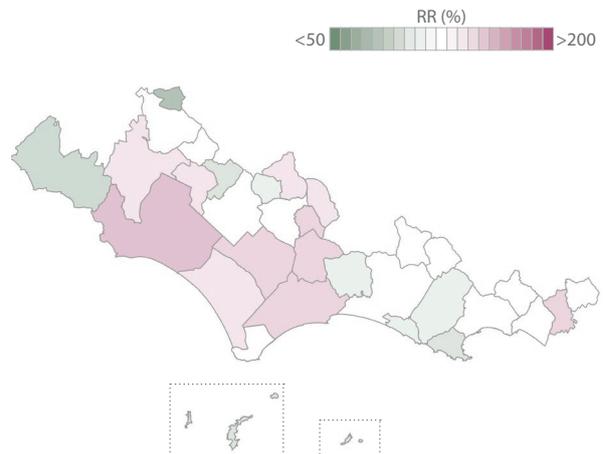
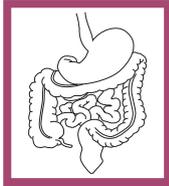


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del colon e del retto

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

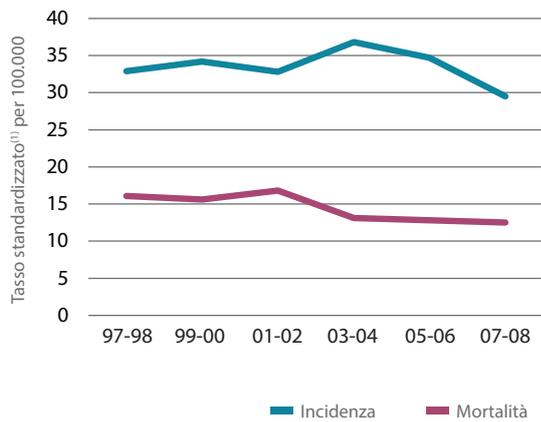


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

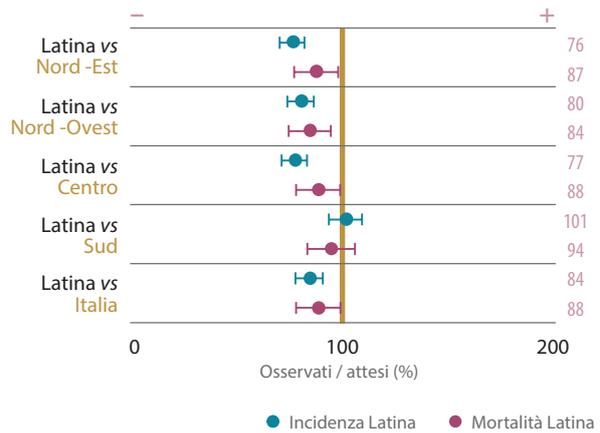


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

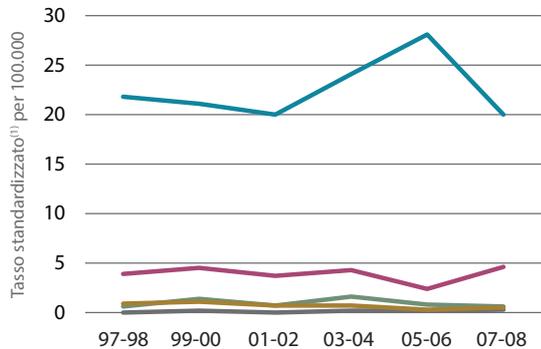


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Adenocarcinoma NAS	475	82,3
Adenocarcinoma specificato	70	12,1
Carcinoma NAS	10	1,7
Altre morfologie	17	2,9
Non specificato	5	0,9

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

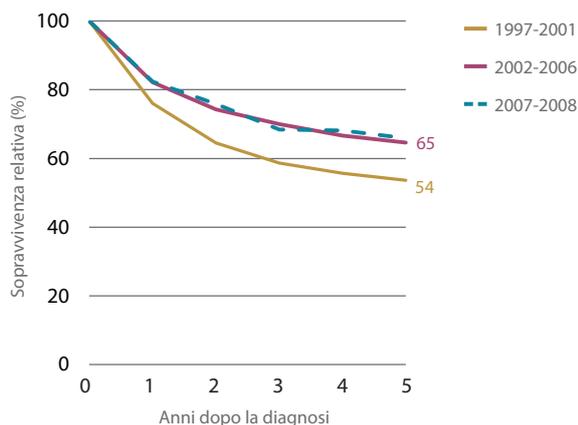
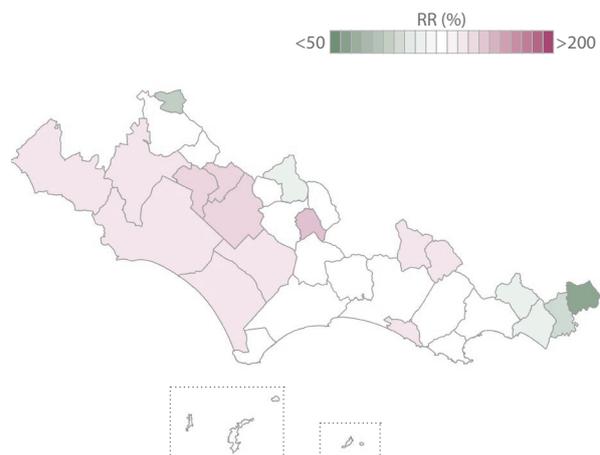
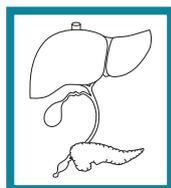


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del fegato

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):
fegato e dotti biliari intraepatici (C22).

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):
neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati complessivamente 294 nuovi casi di tumore del fegato, che negli uomini ha rappresentato il 2,8% di tutti i tumori, nelle donne l'1,6%.

Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media ogni anno 15,2 casi ogni 100.000 uomini e 7,1 ogni 100.000 donne.

Fra le cause di morte tumorale, il tumore del fegato rappresenta il 5,0% di tutti i decessi tumorali negli uomini e il 4,8% nelle donne.

Il confronto con le altre aree nazionali ha evidenziato tassi di incidenza significativamente più bassi della media nazionale soprattutto negli uomini, i tassi di mortalità

hanno un analogo andamento.

Tra le diagnosi verificate microscopicamente, la morfologia più frequente è l'epatocarcinoma (che ha rappresentato il 67,4% delle diagnosi) seguita dal colangiocarcinoma (24,2%).

L'andamento temporale evidenzia tassi per lo più stabili ad eccezione dell'epatocarcinoma con uno spiccato flessa a metà periodo, e del colangiocarcinoma che appare in costante aumento.

Si osserva un andamento a forbice per entrambi i sessi con incremento dell'incidenza e diminuzione della mortalità. Quest'ultima correlabile anche ad una progressiva migliore definizione del decesso per tumore primitivo del fegato.

La mappa dei rischi relativi per comune è caratterizzata da ristrette aree associabili ad un maggior rischio di tumore del fegato.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è del 14%, più bassa della media dei registri nazionali (17%).

In termini di prevalenza si stima che in provincia ci siano poco meno di 100 persone viventi con diagnosi di tumore del fegato effettuata negli ultimi dieci anni. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati

Anni 2004-2008.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	294	198	96	307	187	120
Percentuale sul totale	2,3	2,8	1,6	4,9	5	4,8
Tasso grezzo (per 100.000)	11,1	15,2	7,1	11,6	14,4	8,9
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	8	12	4,5	7,7	10,8	5,1
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,7	1	0,4	0,6	0,8	0,4
Età media	69,2	67,5	72,7	70,5	66,4	75,2
Età mediana	70	68,5	74	71	67,5	76

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

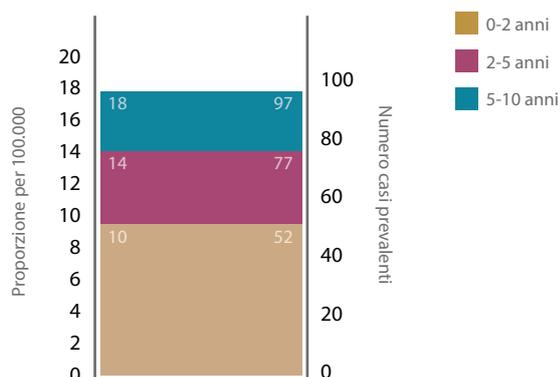
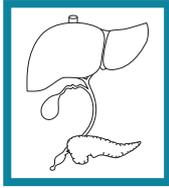


Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica

Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Fegato	271	92,2
Dotti biliari intraepatici	23	7,8



Tumori del fegato

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

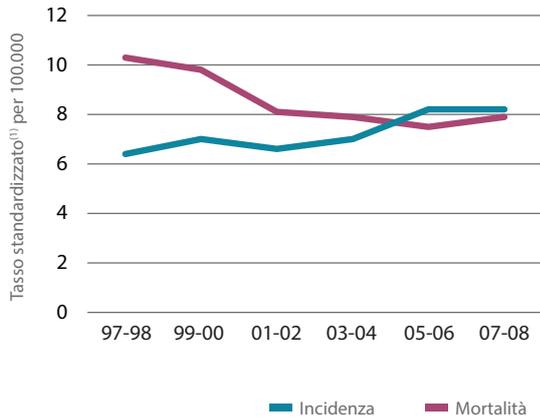


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

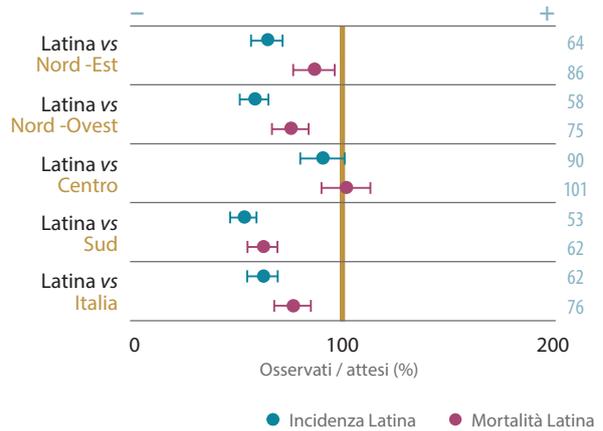


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

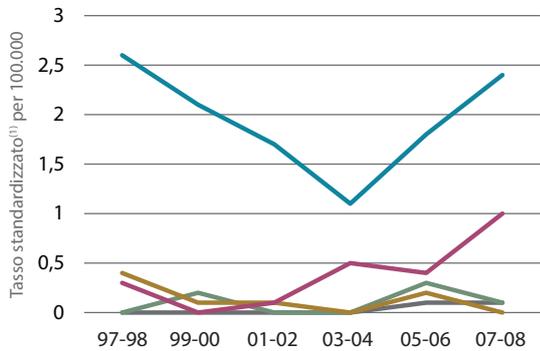


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Epatocarcinoma	64	67,4
Colangiocarcinoma	23	24,2
Carcinoma NAS	2	2,1
Altre morfologie	4	4,2
Non specificato	2	2,1

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

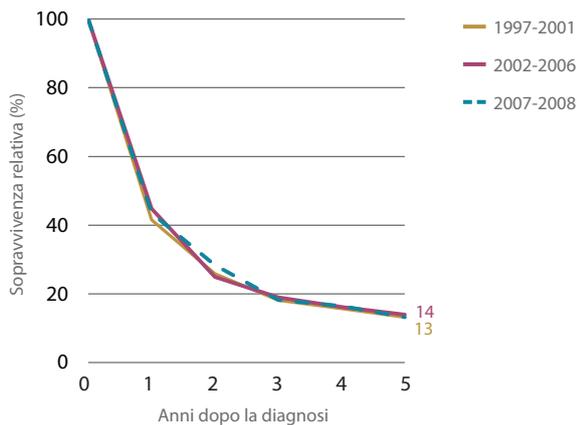
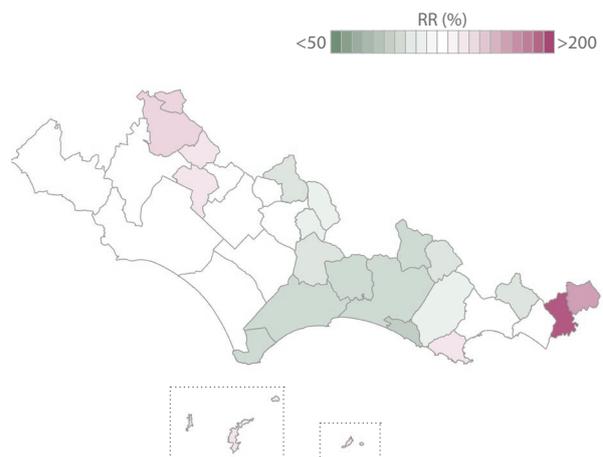
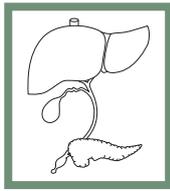


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del fegato

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

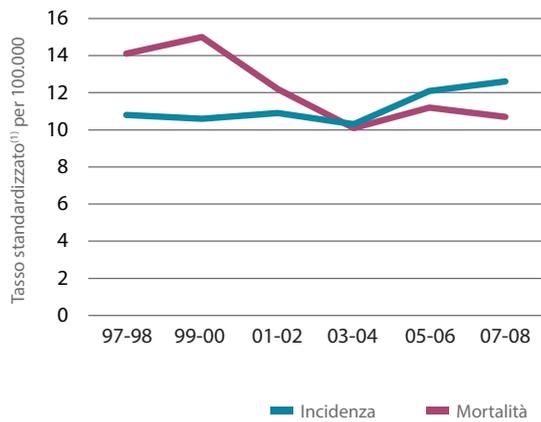


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

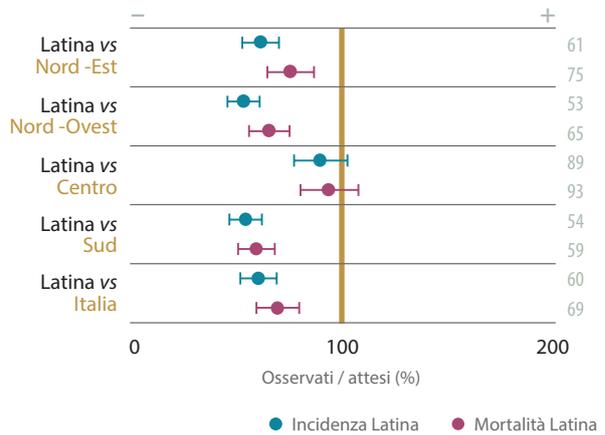


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

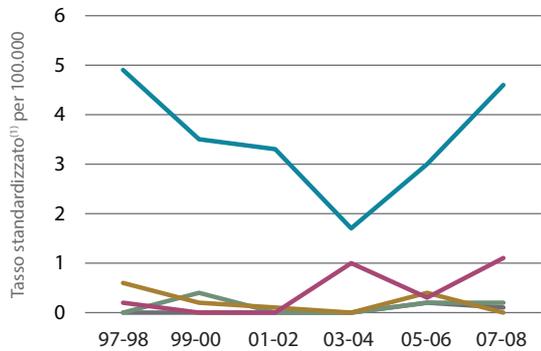


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Epatocarcinoma	53	73,6
Colangiocarcinoma	13	18,1
Carcinoma NAS	2	2,8
Altre morfologie	2	2,8
Non specificato	2	2,8

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

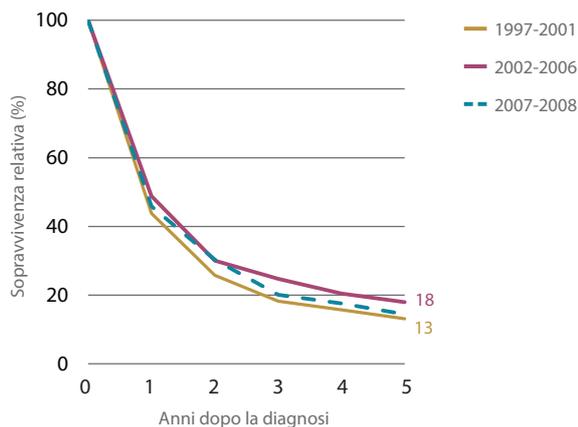
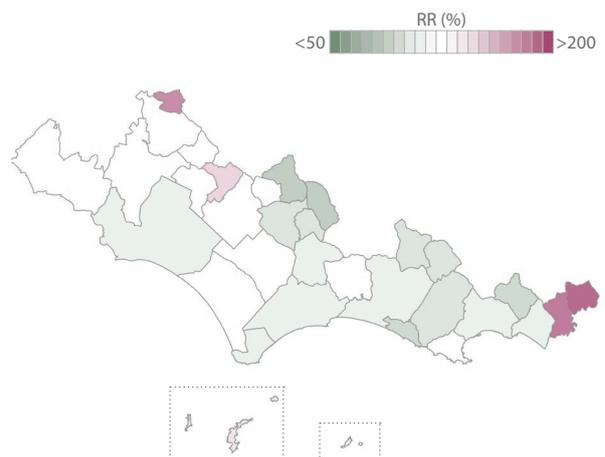
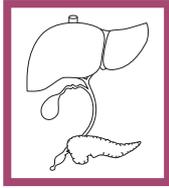


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del fegato

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

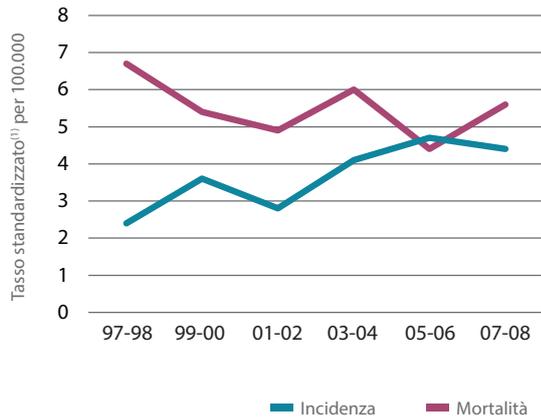


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

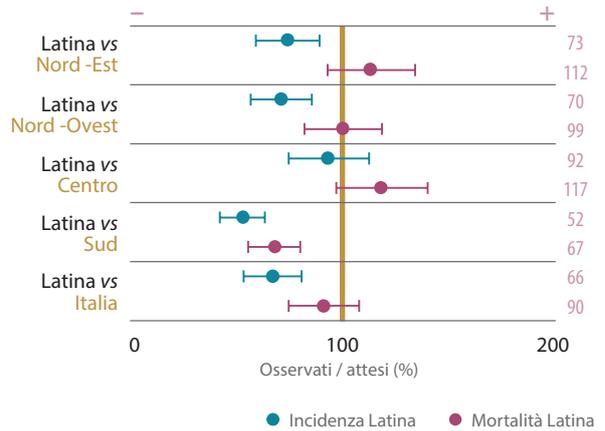


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

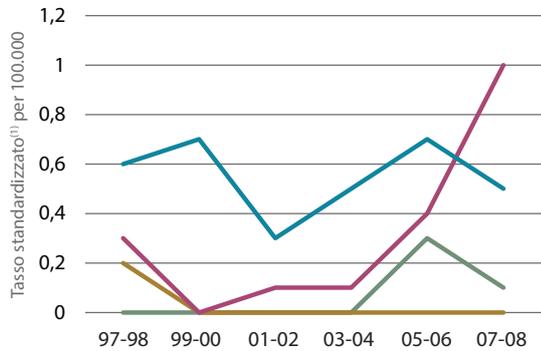


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Epatocarcinoma	11	47,8
Colangiocarcinoma	10	43,5
Carcinoma NAS	0	-
Altre morfologie	2	8,7
Non specificato	0	-

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

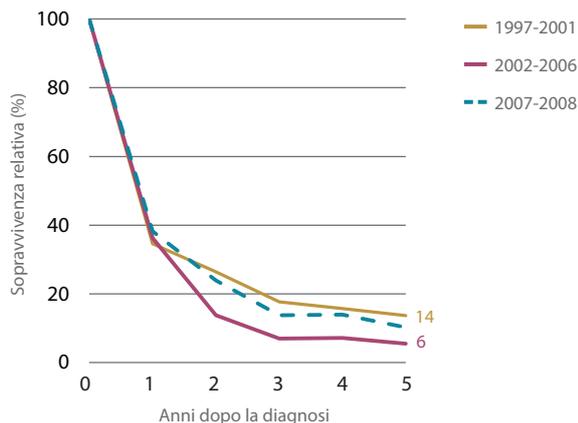
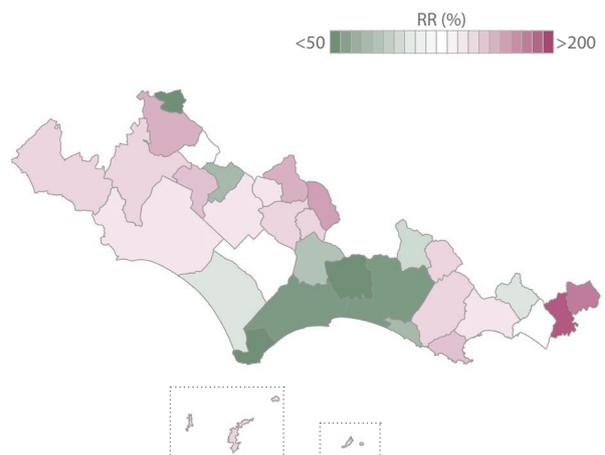
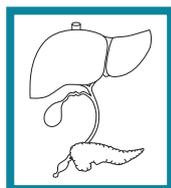


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori delle vie biliari

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):

colecisti (C23), altre parti e parti non specificate delle vie biliari (C24).

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):

neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati complessivamente 156 nuovi casi di tumore delle vie biliari. Questo tipo di tumore ha rappresentato l'1,1% di tutti i tumori negli uomini e l'1,4% di tutti i tumori femminili.

Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media ogni anno 5,8 casi ogni 100.000 uomini e 6 casi ogni 100.000 donne.

Il tumore delle vie biliari rappresenta l'1,6% di tutti i decessi tumorali negli uomini, e il 3,1 % nelle donne.

L'età media di insorgenza è di 71,6 anni (70,2 nei maschi e 73 nelle femmine), si tratta quindi di una patologia tipica del soggetto anziano.

Si è osservato in provincia, nel periodo considerato, un

decremento nel tempo sia dei tassi di incidenza che di mortalità nel sesso femminile, mentre negli uomini si osserva una sostanziale stabilità di entrambi i tassi.

I nostri tassi di mortalità ed incidenza non si discostano da quelli osservati in altre aree del paese, per i tumori femminili si osserva tuttavia una significativa minore incidenza rispetto al Sud Italia.

Nel nord della provincia si osserva un'area associata ad un maggior rischio per questa patologia per gli uomini, mentre per le donne si osserva un'area a maggiore rischio nell'area del distretto centro.

Quasi la metà di questi tumori era a partenza dalla colecisti (46,8%), il tipo di tumore di gran lunga più frequente è l'adenocarcinoma (90%).

Il tumore delle vie biliari si contraddistingue per la bassa sopravvivenza relativa che, a 5 anni dalla diagnosi si attesta all'11%, valore sostanzialmente sovrapponibile a quello medio dei registri tumori nazionali (13%). Le stime di prevalenza ci dicono che solo 36 pazienti con pregressa diagnosi di tumore delle vie biliari effettuata nei dieci anni precedenti risultano ancora viventi. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati

Anni 2004-2008.

	M+F	M	F
Numero casi	156	75	81
Percentuale sul totale	1,2	1,1	1,4
Tasso grezzo (per 100.000)	5,9	5,8	6
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	4	4,3	3,6
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,3	0,3	0,3
Età media	71,6	70,2	73
Età mediana	74	73	75

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	135	59	76	135	59	76
Percentuale sul totale	2,2	1,6	3,1	2,2	1,6	3,1
Tasso grezzo (per 100.000)	5,1	4,5	5,6	5,1	4,5	5,6
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	3,3	3,4	3,1	3,3	3,4	3,1
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2
Età media	73,3	71,8	74,5	73,3	71,8	74,5
Età mediana	76	74	76,5	76	74	76,5

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

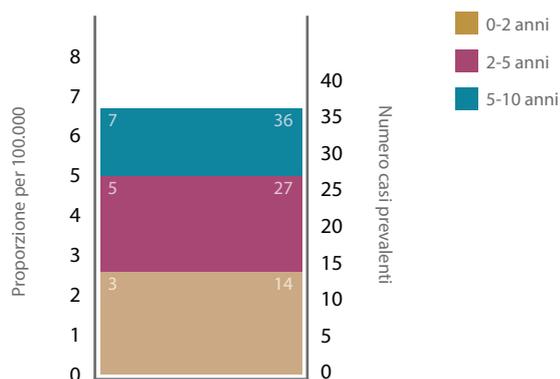
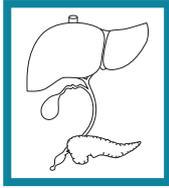


Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica

Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Colecisti	73	46,8
Dotto biliare extraepatico	48	30,8
Ampolla di Vater	14	9
Lesione sconfinante delle vie biliari	7	4,5
Non specificato	14	9



Tumori delle vie biliari

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

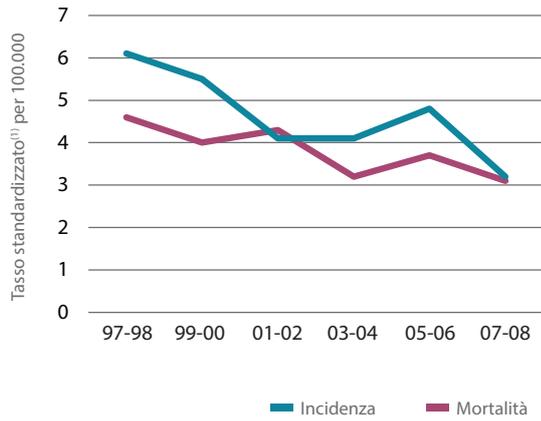


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

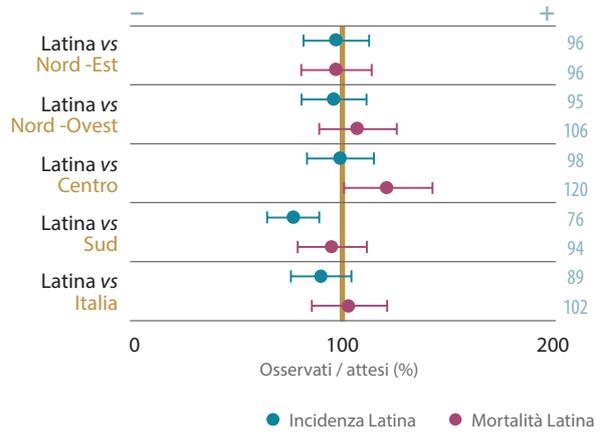


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

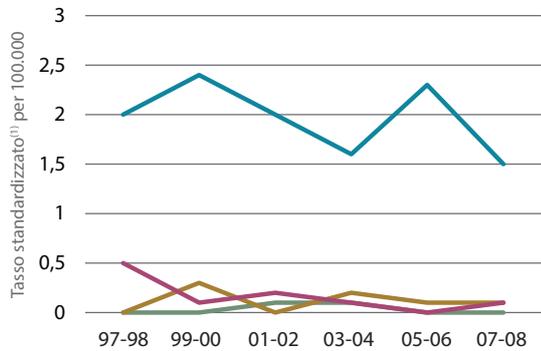


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Adenocarcinoma	63	90
Carcinoma NAS	3	4,3
Altre morfologie	3	4,3
Non specificato	1	1,4

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

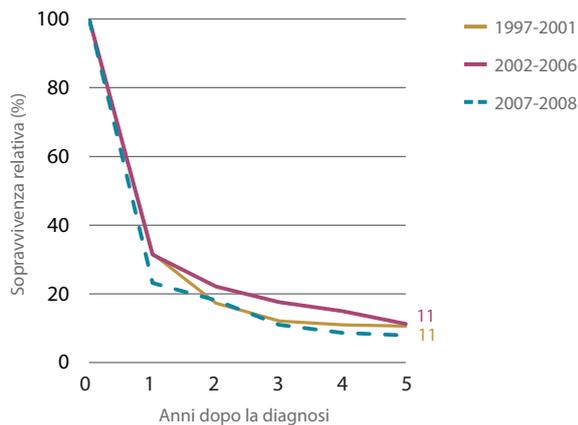
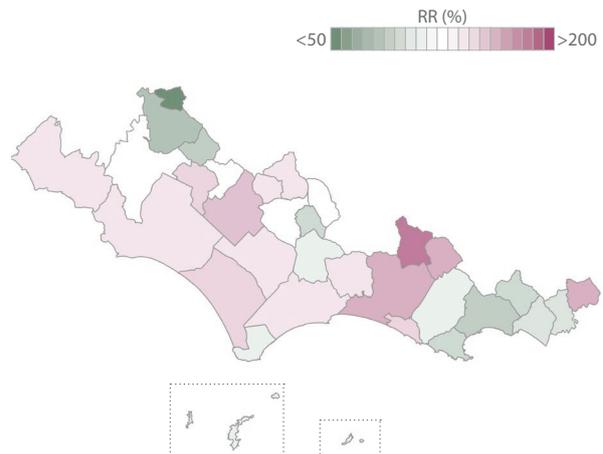
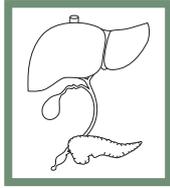


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori delle vie biliari

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

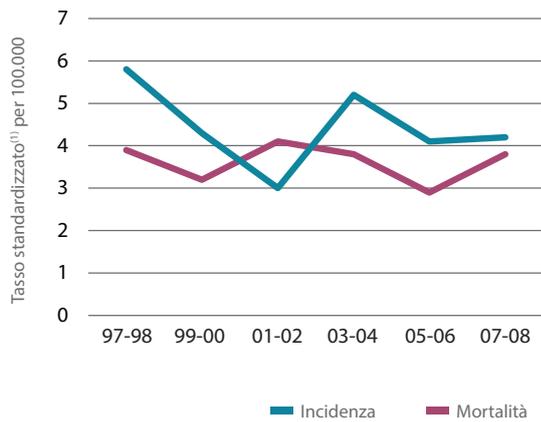


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

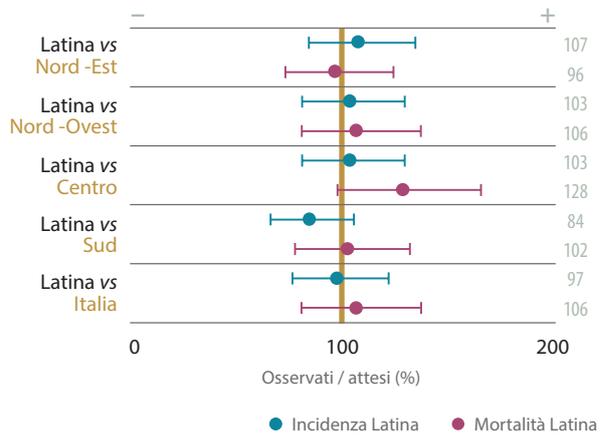


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

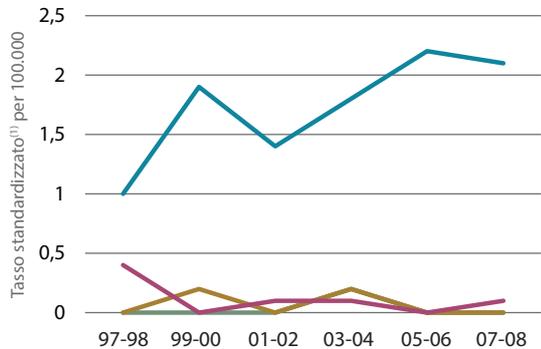


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Adenocarcinoma	31	96,9
Carcinoma NAS	1	3,1
Altre morfologie	0	-
Non specificato	0	-

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

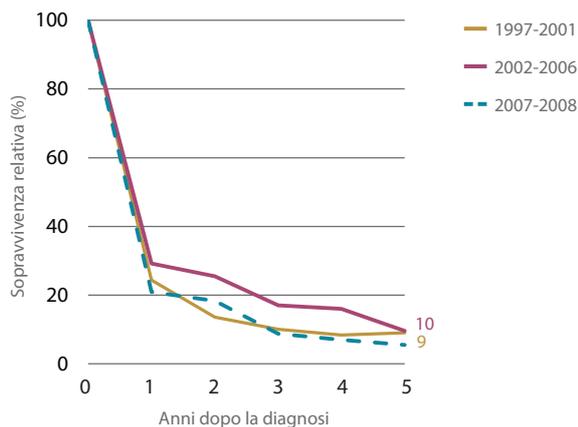
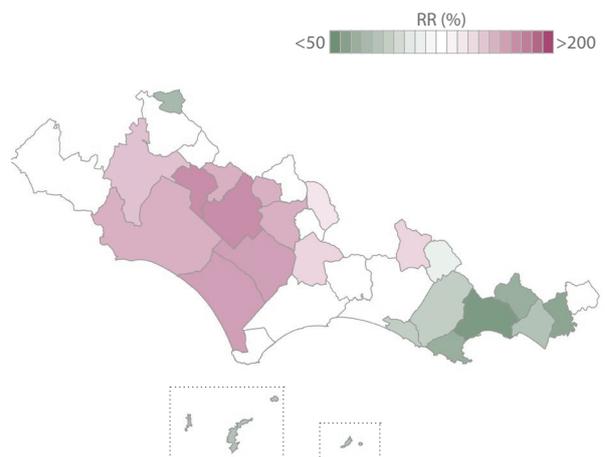
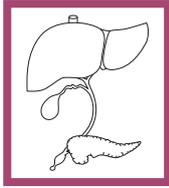


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori delle vie biliari

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

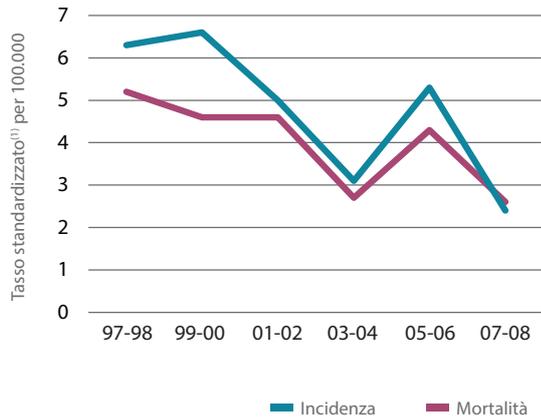


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

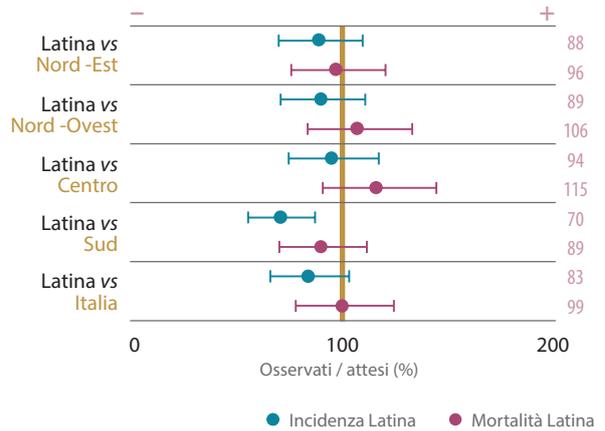


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

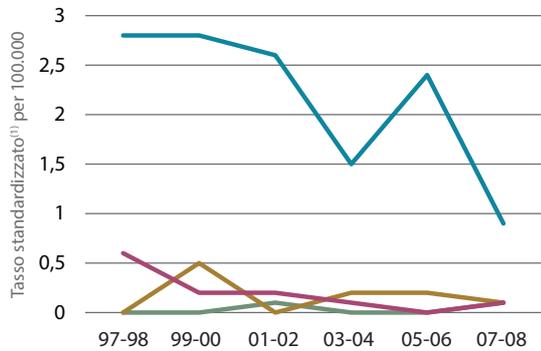


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Adenocarcinoma	32	84,2
Carcinoma NAS	2	5,3
Altre morfologie	3	7,9
Non specificato	1	2,6

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

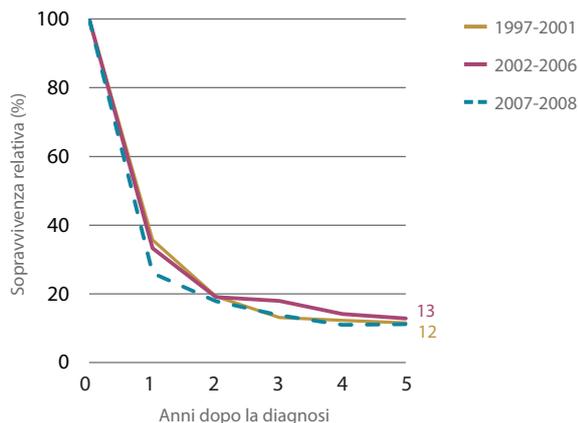
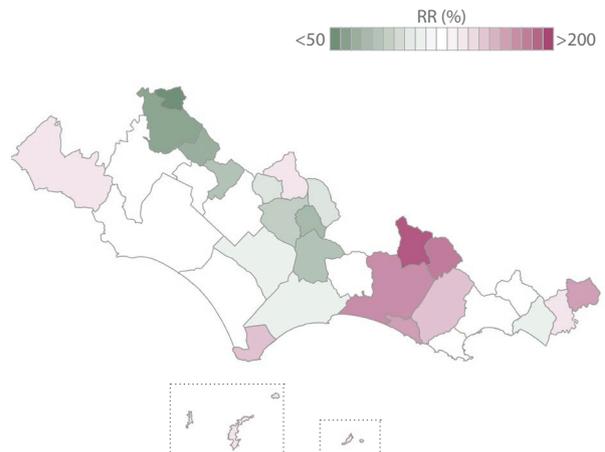
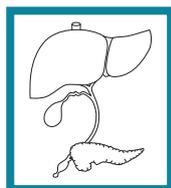


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del pancreas

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):
pancreas (C25).

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):
neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel quinquennio 2004-2008 in provincia di Latina sono stati registrati complessivamente 307 nuovi casi di tumore del pancreas, che rappresentano il 2,4% di tutti i tumori negli uomini, e il 2,3% di tutti i tumori nelle donne.

Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media ogni anno 13 casi ogni 100.000 uomini e 10,2 ogni 100.000 donne.

Il tumore del pancreas ha rappresentato negli uomini il 4,3% dei decessi per causa tumorale mentre per le donne ha raggiunto il 5,6% dei decessi tumorali.

Escludendo le localizzazioni non specificate, la sottosede di partenza più frequente è la testa del pancreas, (che rappresenta quasi il 60% di tutte sottosedi specificate) mentre la

morfologia più frequente è risultata essere l'adenocarcinoma (78,8%).

I tassi di incidenza e di mortalità per tumore del pancreas in provincia di Latina sono tra i più bassi a livello nazionale, comparabili con quelli riscontrati nel Sud Italia. In particolare si rileva una significativa minore incidenza rispetto alla media italiana sia per gli uomini (casi osservati: -17%) sia per le donne (casi osservati: -27%).

In considerazione dell'elevata letalità di questa neoplasia i tassi di incidenza e della mortalità sono fortemente correlati ma non si evidenzia un chiaro trend nel tempo.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è purtroppo solo del 6%, le nostre proiezioni non rilevano futuri miglioramenti di questo dato che comunque è in linea con la sopravvivenza media dei registri italiani (5%).

Le persone viventi con diagnosi di tumore del pancreas negli ultimi 10 anni sono poco più di 60, la proporzione di casi prevalenti (12 casi ogni 100.000 abitanti) è di fatto sovrapponibile con quella dei casi incidenti, confermando la bassa probabilità che hanno i pazienti con tumore pancreatico di sopravvivere oltre due anni alla malattia. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati
Anni 2004-2008.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	307	169	138	302	163	139
Percentuale sul totale	2,4	2,4	2,3	4,8	4,3	5,6
Tasso grezzo (per 100.000)	11,6	13	10,2	11,4	12,5	10,3
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	8,3	10,3	6,3	7,8	9,7	6,1
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,7	0,9	0,5	0,6	0,8	0,5
Età media	69,5	67	72,6	70,4	68,9	72
Età mediana	72	69	75,5	71	69	72

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

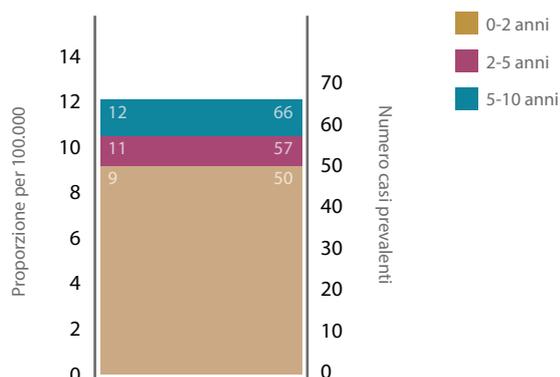
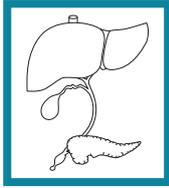


Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica

Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Testa del pancreas	104	33,9
Corpo del pancreas	24	7,8
Coda del pancreas	22	7,2
Dotto pancreatico	2	0,7
Isole di Langerhans	1	0,3
Altre parti specificate del pancreas	0	-
Lesione sconfinante del pancreas	23	7,5
Non specificato	131	42,7



Tumori del pancreas

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

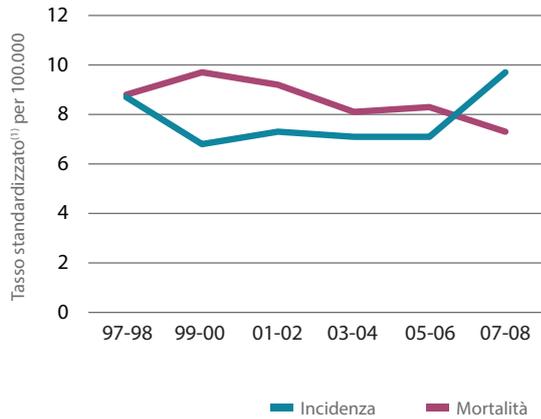


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

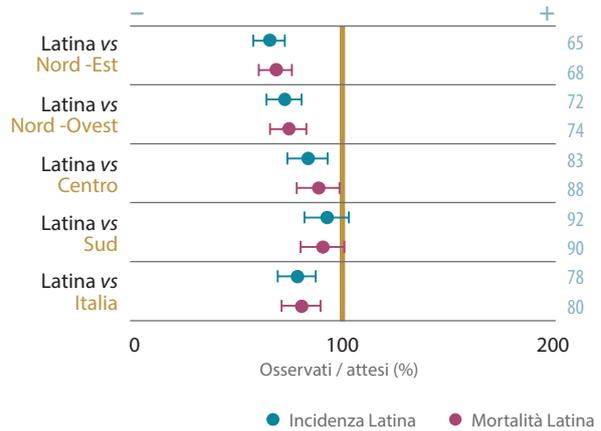


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

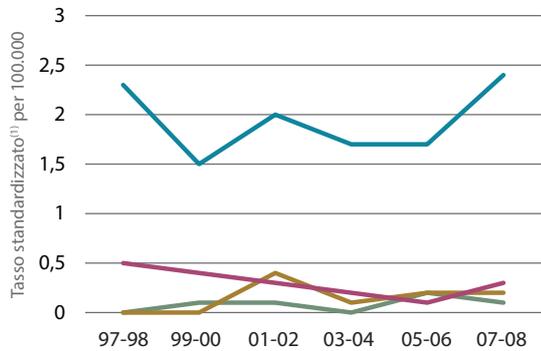


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Adenocarcinoma	67	78,8
Carcinoma NAS	7	8,2
Altre morfologie	6	7,1
Non specificato	5	5,9

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

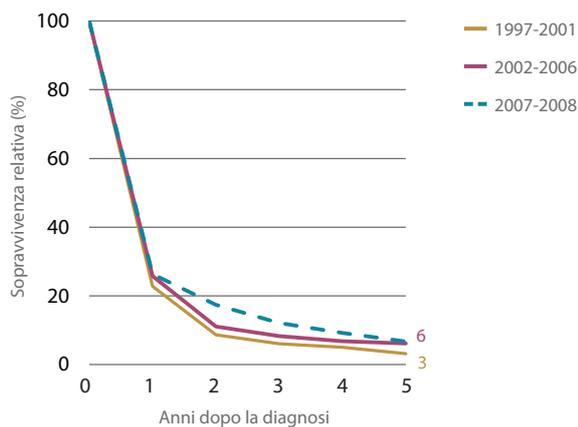
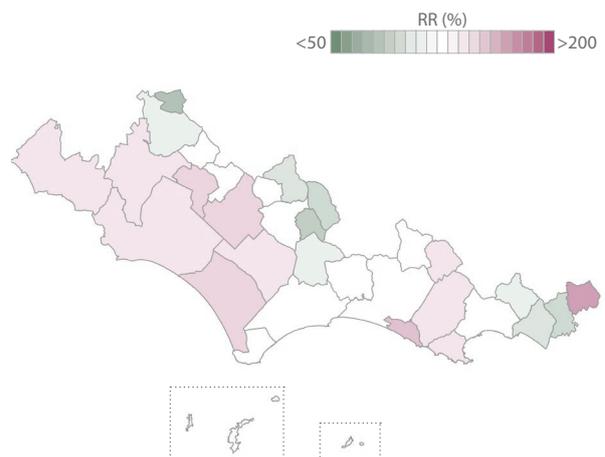
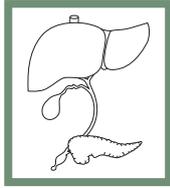


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del pancreas

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

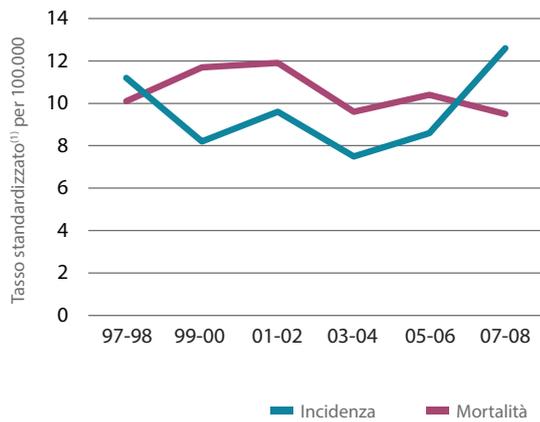


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

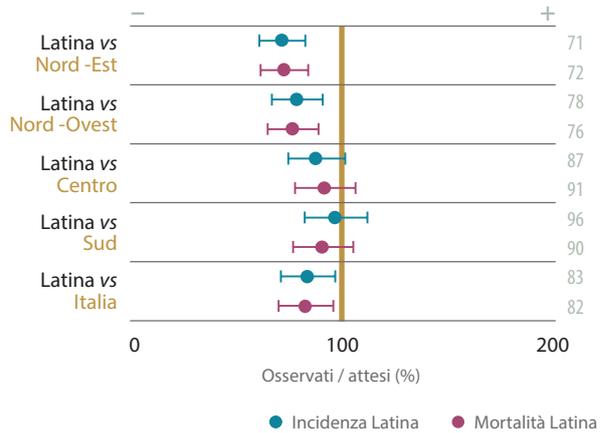


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

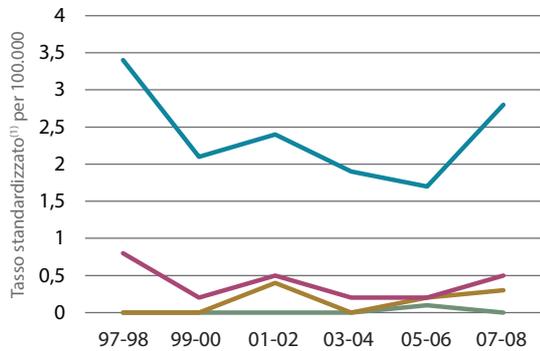


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Adenocarcinoma	36	80
Carcinoma NAS	5	11,1
Altre morfologie	3	6,7
Non specificato	1	2,2

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

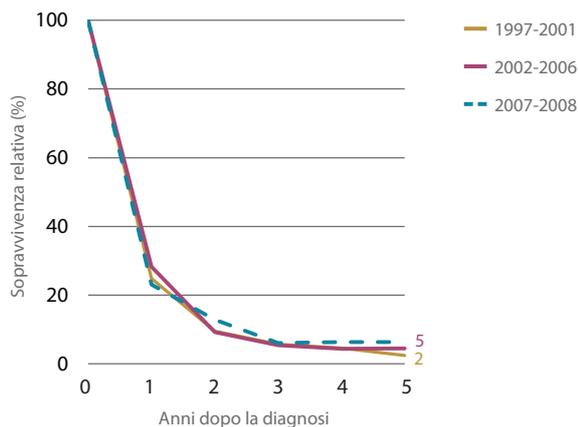
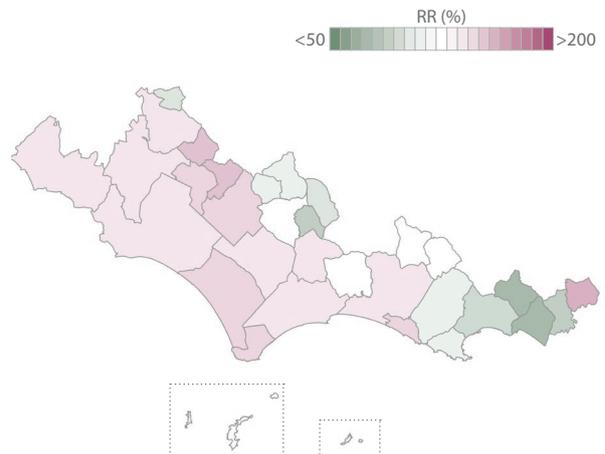
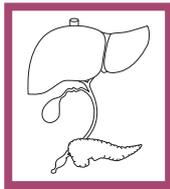


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del pancreas

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

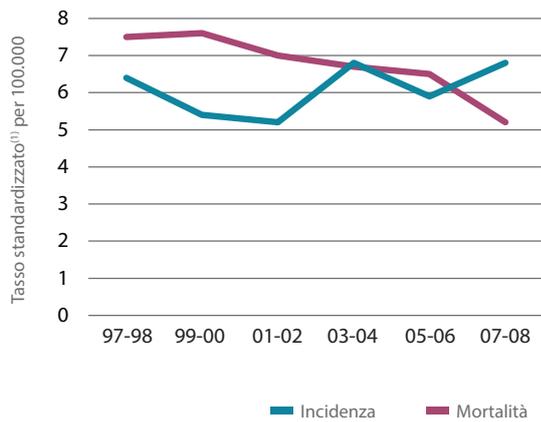


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

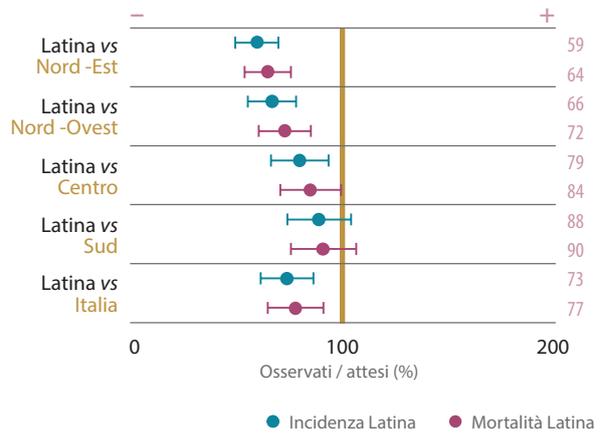


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

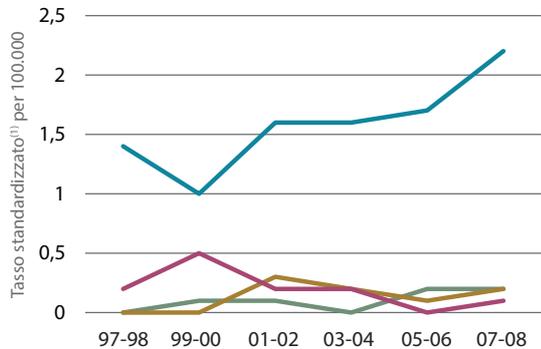


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Adenocarcinoma	31	77,5
Carcinoma NAS	2	5
Altre morfologie	3	7,5
Non specificato	4	10

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

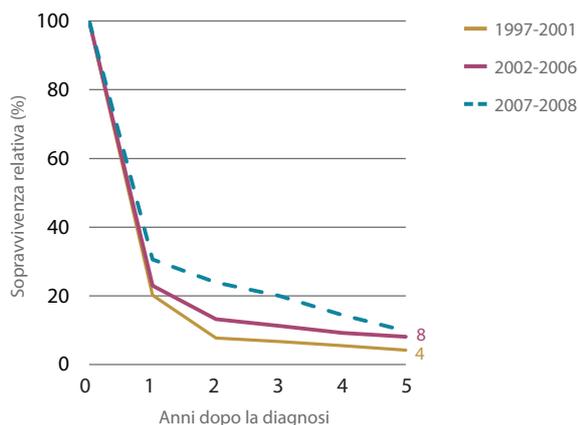
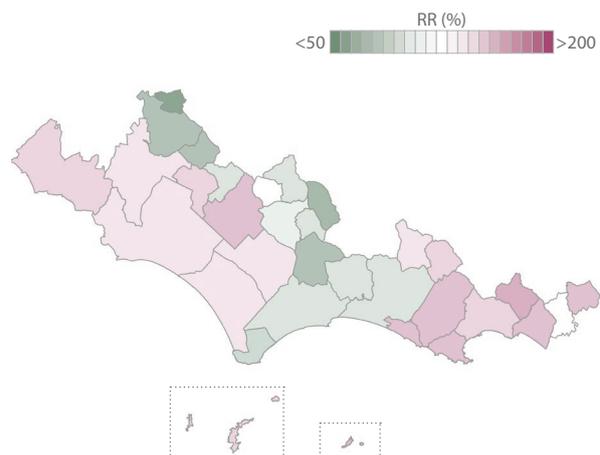
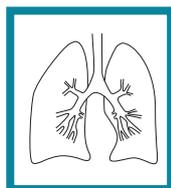


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del polmone

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):

trachea (C33), bronco e polmone (C34).

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):

neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati complessivamente 1543 nuovi casi di tumore del polmone. La neoplasia polmonare è risultata al 1° posto in termini di frequenza fra le neoplasie diagnosticate negli uomini, rappresentando il 17,7% di tutti i tumori maschili, e al 4° posto nelle donne, rappresentando il 5,1% di tutti i tumori femminili.

Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media ogni anno 95,2 casi ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e 22,5 ogni 100.000 abitanti tra le donne.

Fra le cause di morte tumorale, il tumore del polmone è la prima causa di morte in termini di frequenza negli uomini (30,4% di tutti i decessi tumorali), mentre tra le donne ha rappresentato la terza causa con il 10,6%.

Il confronto con i dati nazionali ha evidenziato che i tassi di incidenza in provincia di Latina sono superiori alla media nazionale per gli uomini (+7% di casi osservati) e inferiori per le donne (-12%). In generale tassi di incidenza e di mortalità della provincia di Latina risultano significativamente superiori a quelli rilevati nel Sud in entrambi i sessi. Gli istotipi più frequenti tra gli uomini sono lo squamocellulare (27,9%) e l'adenocarcinoma (27,4%). Tra le donne l'istotipo più frequente è l'adenocarcinoma (46,2%) con un andamento in continuo aumento nel tempo.

La distribuzione dei rischi per comune mostra per gli uomini un'area critica nel distretto Fondi-Terracina e per le donne nell'area Nord della provincia.

I trend di incidenza e mortalità del tumore polmonare sono tra loro correlati. Negli uomini si osserva un lieve calo di entrambi, attenuato negli ultimi anni. L'andamento dei tumori femminili è aumento negli ultimi anni.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è stata pari al 13%, poco più bassa della media dei registri nazionali (15%).

In termini di prevalenza si stima che in provincia di Latina ci siano poco più di 500 persone viventi con diagnosi di tumore del polmone effettuata negli ultimi dieci anni. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati

Anni 2004-2008.

Numero casi	1543	1238	305
Percentuale sul totale	11,9	17,7	5,1
Tasso grezzo (per 100.000)	58,1	95,2	22,5
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	43	74,6	16,3
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	3,7	6,2	1,3
Età media	68,7	69,1	67
Età mediana	70	70	68

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	1543	1238	305	1409	1145	264
Percentuale sul totale	11,9	17,7	5,1	22,6	30,4	10,6
Tasso grezzo (per 100.000)	58,1	95,2	22,5	53,1	88,1	19,5
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	43	74,6	16,3	37,5	67,3	13,2
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	3,7	6,2	1,3	3	5,1	1
Età media	68,7	69,1	67	67,3	68,5	65,9
Età mediana	70	70	68	68	69,5	66

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

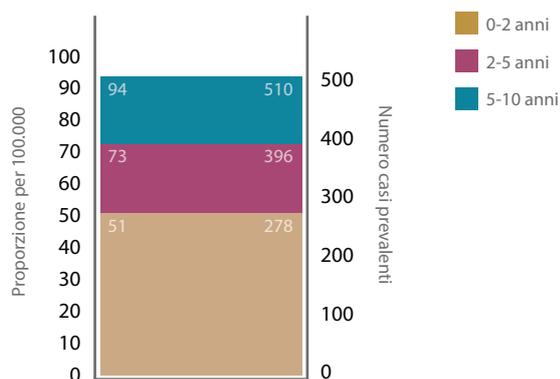
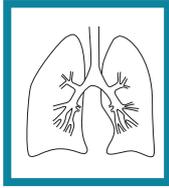


Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica

Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Trachea	6	0,4
Bronco principale	126	8,2
Lobo superiore	445	28,8
Lobo medio	53	3,4
Lobo inferiore	225	14,6
Lesione sconfinante del polmone	53	3,4
Non specificato	635	41,2



Tumori del polmone

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

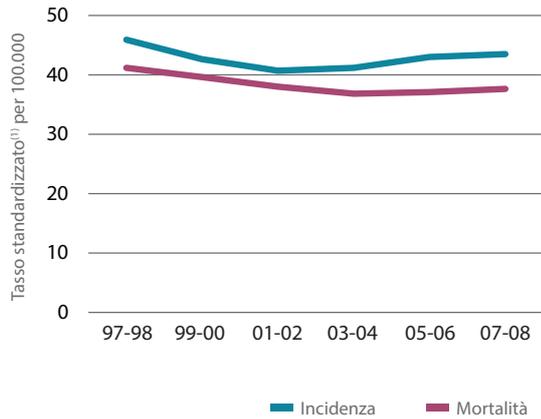


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

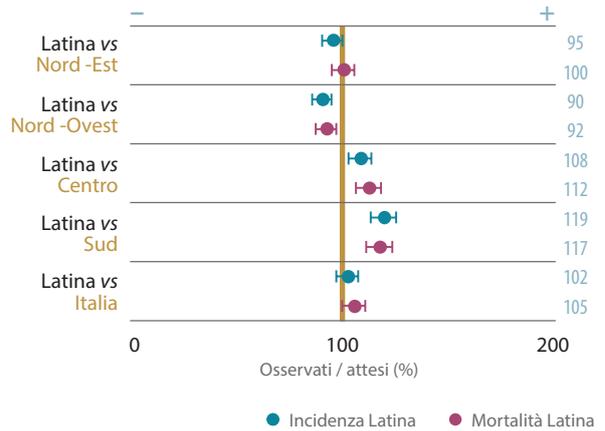


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

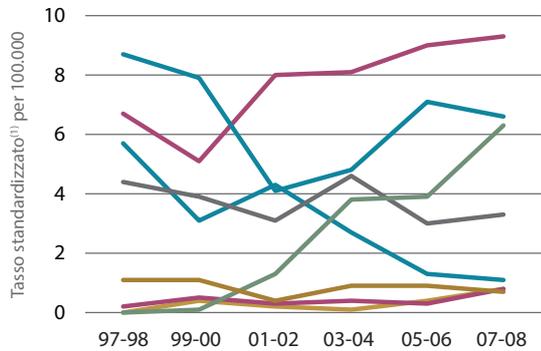


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Squamocellulare	234	25,3
Adenocarcinoma	290	31,4
Grandi cellule	26	2,8
Non a piccole cellule	168	18,2
Piccole cellule	119	12,9
Carcinoma NAS	52	5,6
Altre morfologie	19	2,1
Non specificato	17	1,8

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

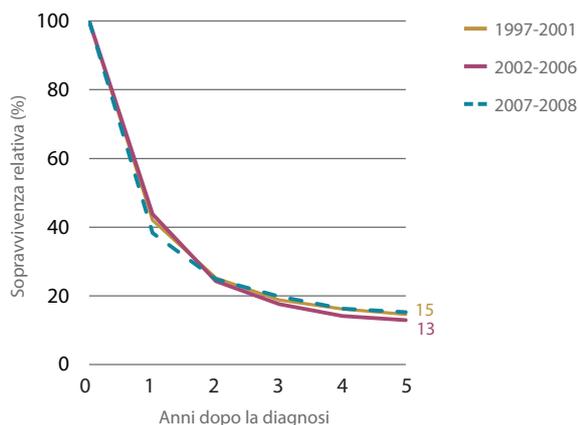
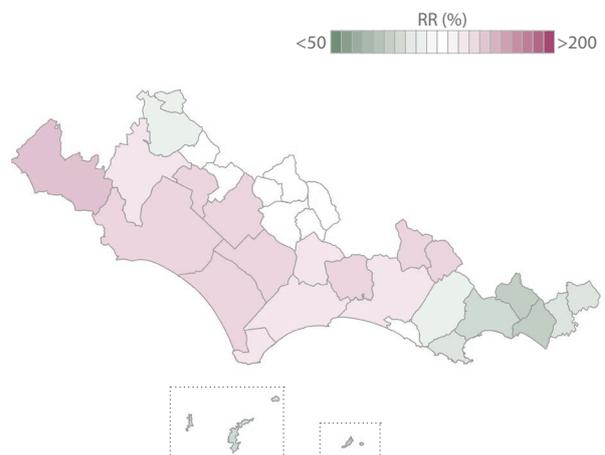
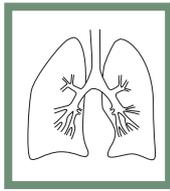


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del polmone

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

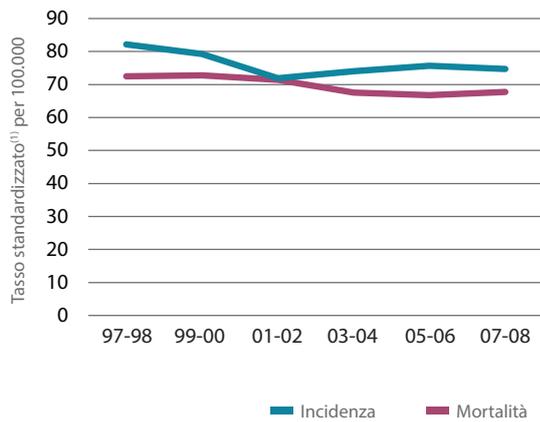


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad altre aree geografiche. Anni 2004-2008

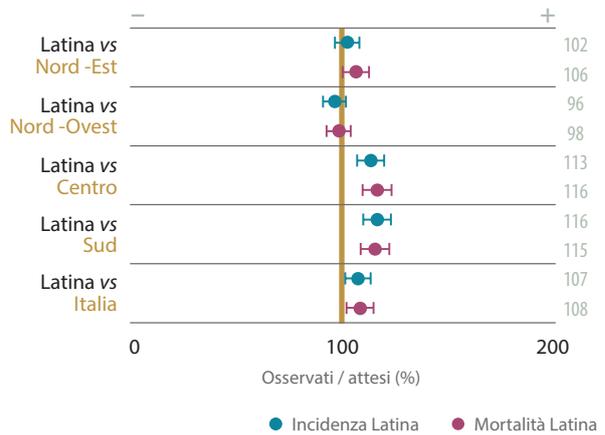


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

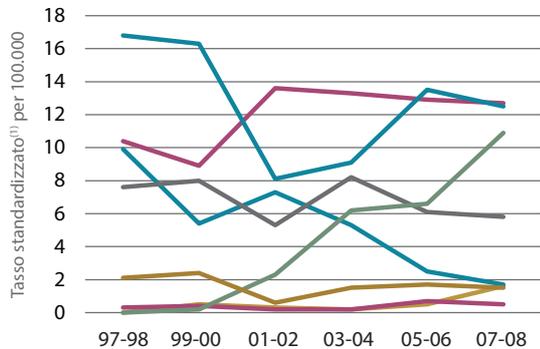


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Squamocellulare	204	27,9
Adenocarcinoma	200	27,4
Grandi cellule	24	3,3
Non a piccole cellule	135	18,5
Piccole cellule	105	14,4
Carcinoma NAS	41	5,6
Altre morfologie	7	1
Non specificato	14	1,9

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

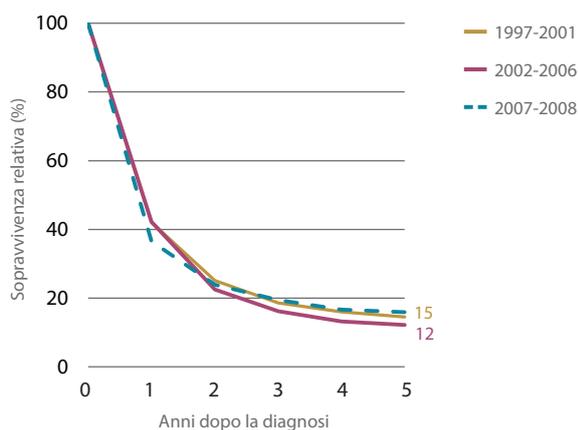
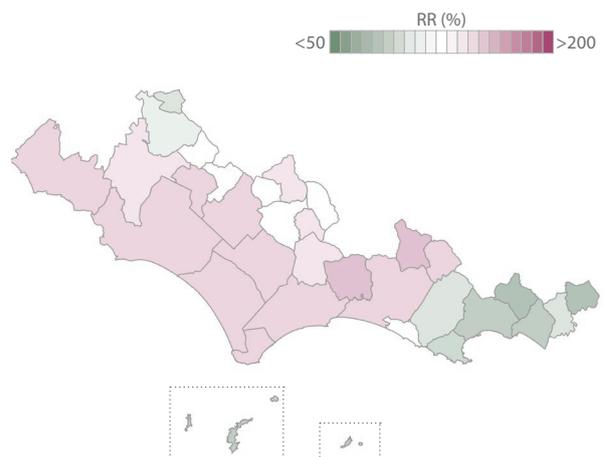
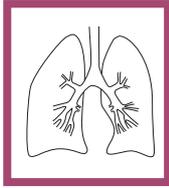


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del polmone

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

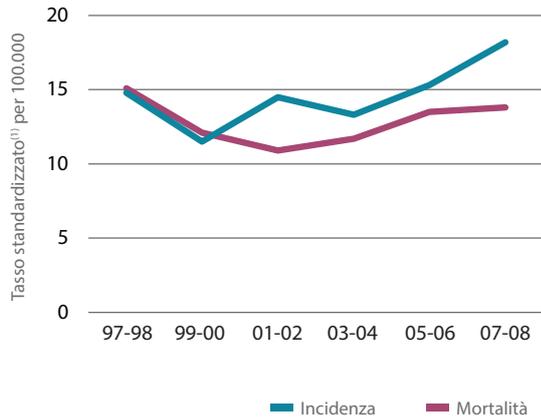


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

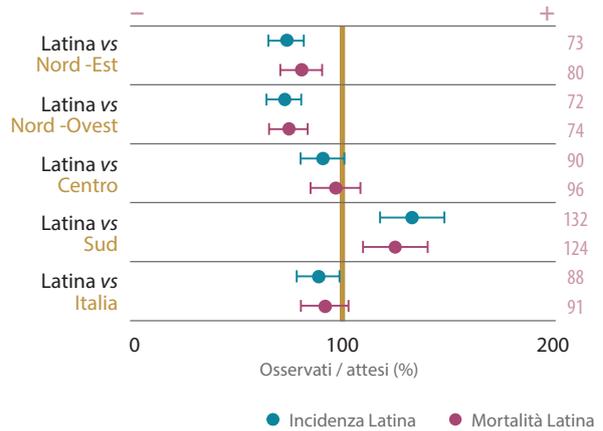


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

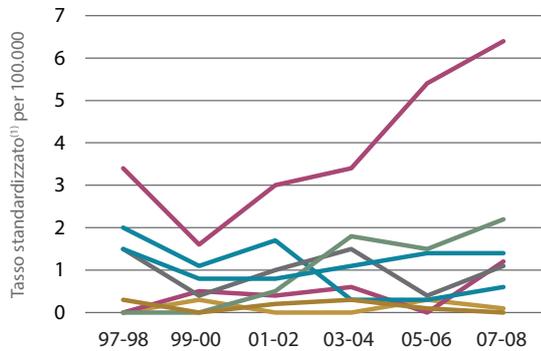


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Squamocellulare	30	15,4
Adenocarcinoma	90	46,2
Grandi cellule	2	1
Non a piccole cellule	33	16,9
Piccole cellule	14	7,2
Carcinoma NAS	11	5,6
Altre morfologie	12	6,2
Non specificato	3	1,5

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

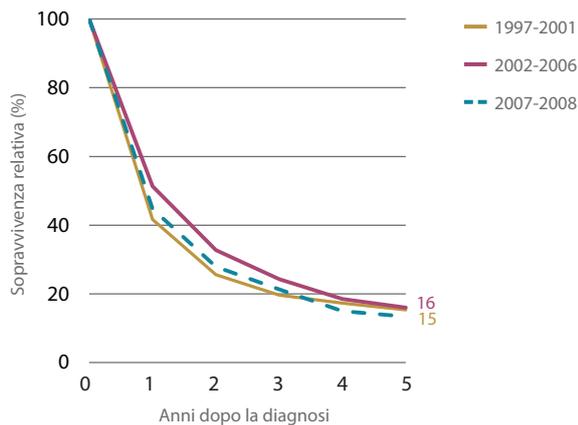
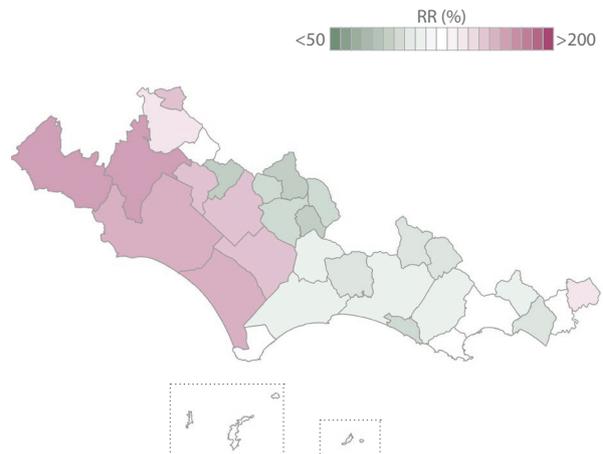
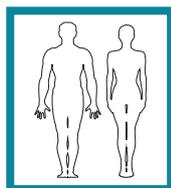


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Melanomi della cute

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):
cute (C44).

Morfologie incluse (codice ICD-O-3):
melanomi e nevi (8720-8790).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 il melanoma cutaneo ha rappresentato il 2,9% di tutti i tumori maligni diagnosticati negli uomini ed il 3,7% di quelli diagnosticati nelle donne. In termini di mortalità esso rappresenta l'1,1% dei decessi tumorali negli uomini e l'1,2% nelle donne.

In tutto il periodo considerato sono stati diagnosticati 206 nuovi casi negli uomini e 217 nelle donne con una media annua di 15,8 casi ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e 16 casi ogni 100.000 abitanti tra le donne.

I decessi sono stati 74 nei cinque anni considerati, con leggera prevalenza negli uomini.

In confronto alle altre aree coperte da registri in Italia, i nostri dati di incidenza risultano molto simili a quelli rilevati

nel Centro e soprattutto nel Nord Italia e decisamente più alti di quelli rilevati nel Sud.

Il melanoma è un tumore importante anche nelle classi di età più giovani. È infatti il 3° tumore in termini di frequenza tra quelli diagnosticati prima dei 49 anni.

Come atteso la localizzazione più frequente è risultata il tronco (40%) seguita dagli arti inferiori (27%).

L'incidenza mostra un trend decisamente in crescita nel periodo di osservazione in entrambi i sessi, mentre appare stabile la mortalità.

Si osservano distintamente aree con un maggiore rischio di diagnosi di melanoma soprattutto nel comune di Latina e nelle aree adiacenti alla costa nel nord della provincia.

La sopravvivenza relativa a cinque anni si assesta oggi in provincia di Latina complessivamente all'86%, dato simile alla media nazionale (85%) ma soprattutto con evidenti segni di miglioramento, sottolineati anche dalle nostre proiezioni future.

Si stimano che oggi in provincia di Latina ci siano più di 600 persone viventi con diagnosi di melanoma effettuata negli ultimi dieci anni. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati

Anni 2004-2008.

Numero casi	423	206	217
Percentuale sul totale	3,3	2,9	3,7
Tasso grezzo (per 100.000)	15,9	15,8	16
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	14	14,1	14,1
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,1	1,1	1,1
Età media	52,5	56,1	49
Età mediana	51	55	48

Incidenza			Mortalità		
M+F	M	F	M+F	M	F
423	206	217	74	43	31
3,3	2,9	3,7	1,2	1,1	1,2
15,9	15,8	16	2,8	3,3	2,3
14	14,1	14,1	2,1	2,8	1,5
1,1	1,1	1,1	0,2	0,2	0,1
52,5	56,1	49	65,8	63,4	68,4
51	55	48	67,5	64	70

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

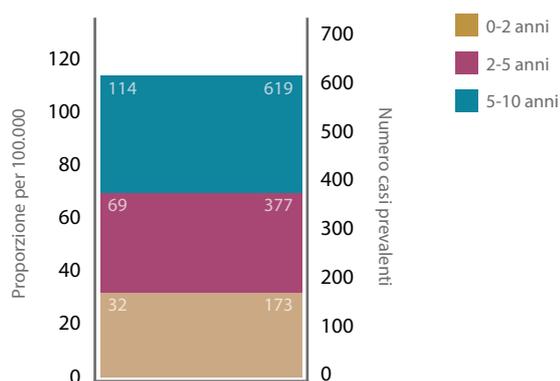
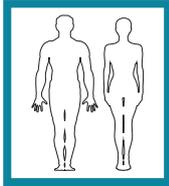


Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica

Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Cute del labbro	1	0,2
Palpebra	4	0,9
Orecchio esterno	6	1,4
Cute di altre parti della faccia	24	5,7
Cute della testa e del collo	13	3,1
Cute del tronco	169	40
Cute dell'arto superiore e spalla	56	13,2
Cute dell'arto inferiore e anca	115	27,2
Lesione sconfinante della cute	3	0,7
Non specificato	32	7,6



Melanomi della cute

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

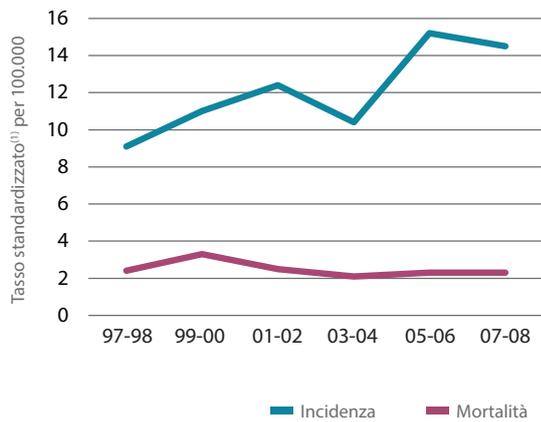


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

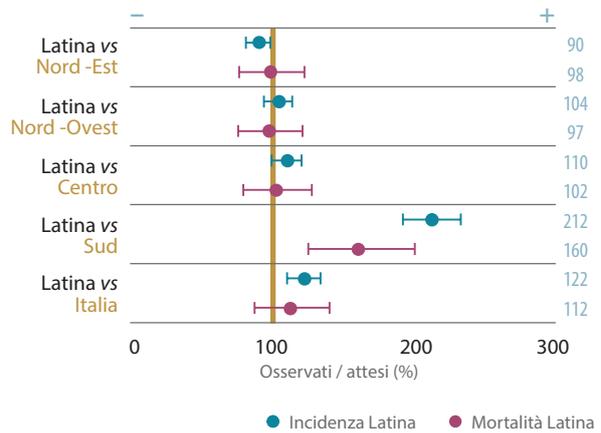


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

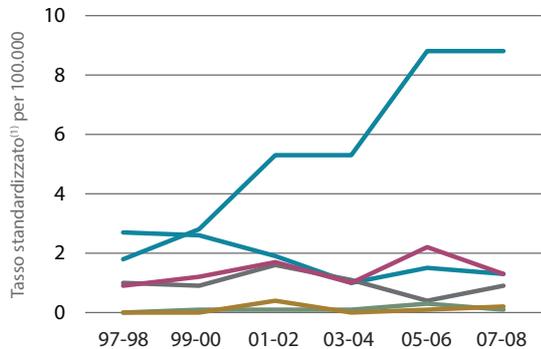


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Melanoma a diffusione superficiale	243	66,2
Melanoma nodulare	52	14,2
Lentigo maligna	5	1,4
Accraie lentiginose	6	1,6
Altre morfologie	20	5,4
Melanoma NAS	41	11,2

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

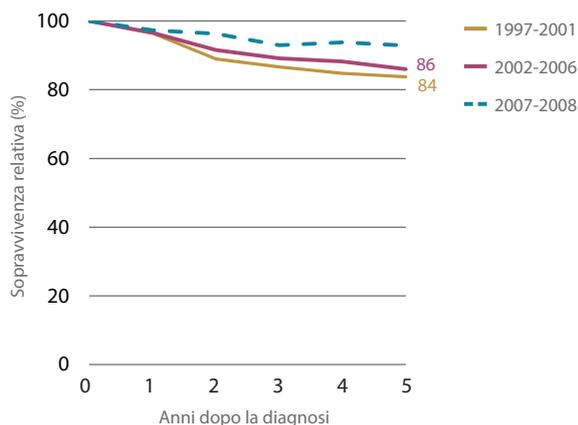
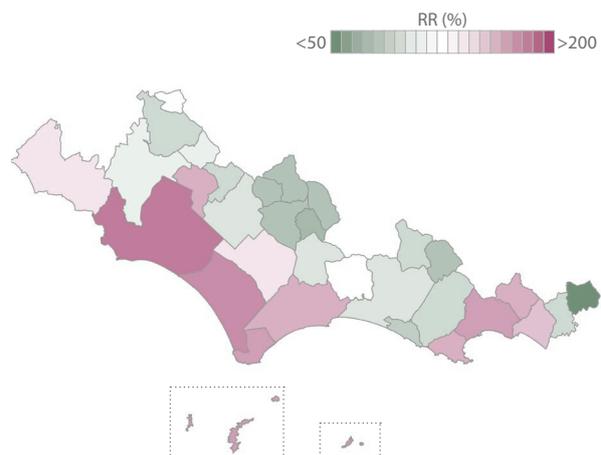
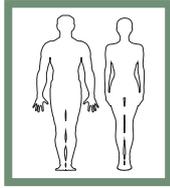


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Melanomi della cute

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

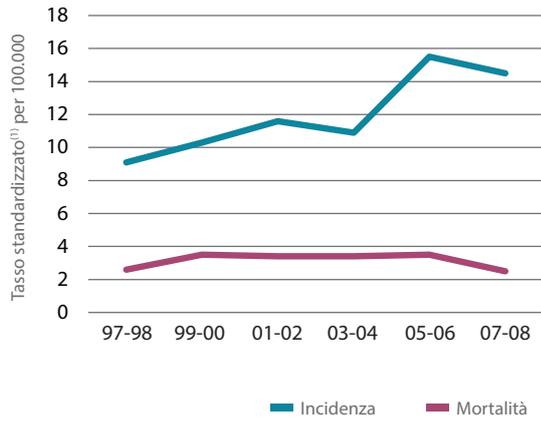


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad altre aree geografiche. Anni 2004-2008

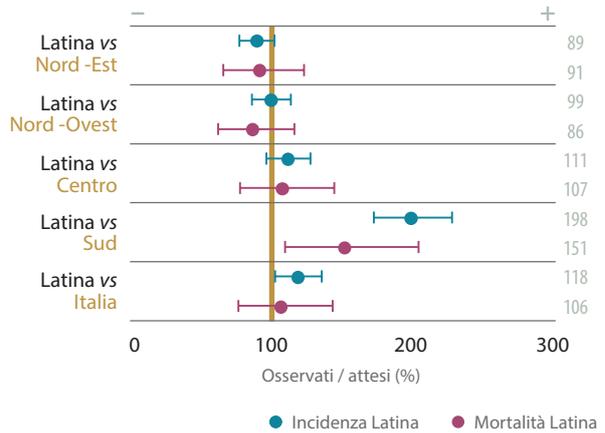


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

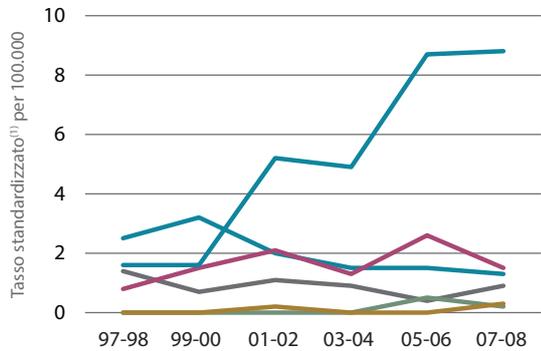


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Melanoma diffusione superficiale	116	64,4
Melanoma nodulare	28	15,6
Lentigo maligna	2	1,1
Accrales lentiginoso	4	2,2
Altre morfologie	9	5
Melanoma NAS	21	11,7

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

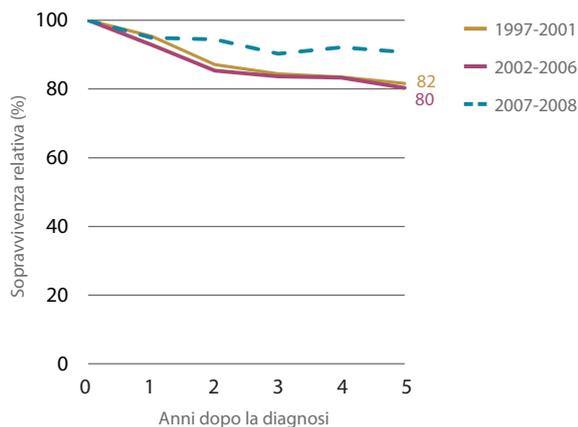
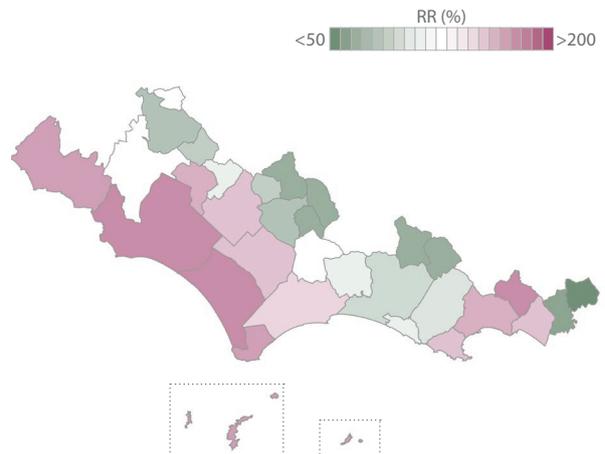
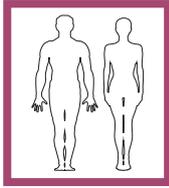


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Melanomi della cute

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

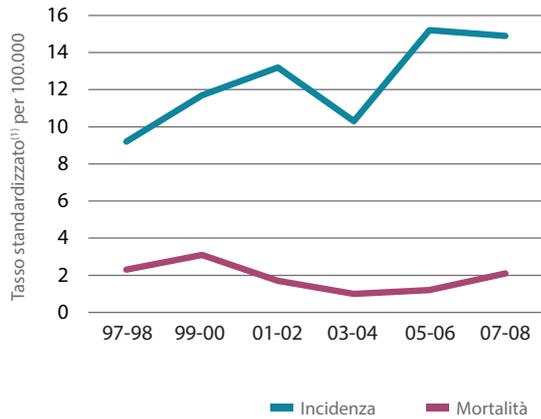


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

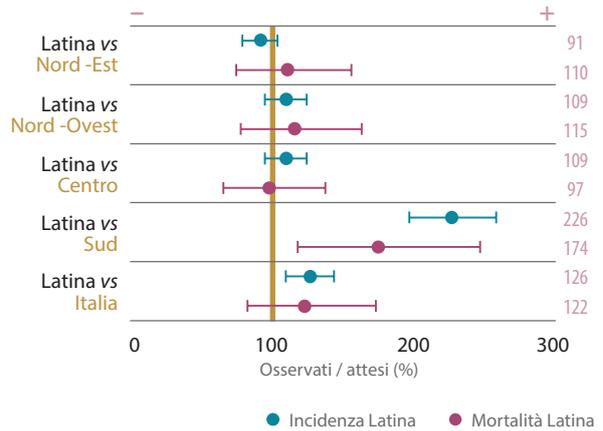


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

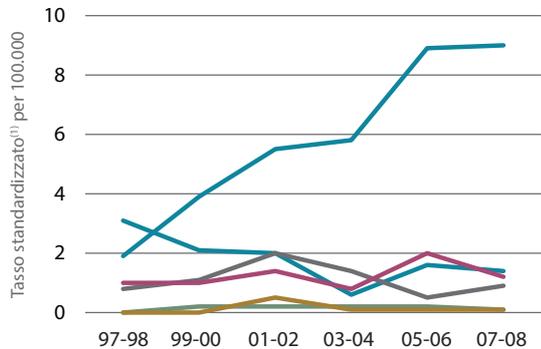


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Melanoma diffusione superficiale	127	67,9
Melanoma nodulare	24	12,8
Lentigo maligna	3	1,6
Accraie lentiginoso	2	1,1
Altre morfologie	11	5,9
Melanoma NAS	20	10,7

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

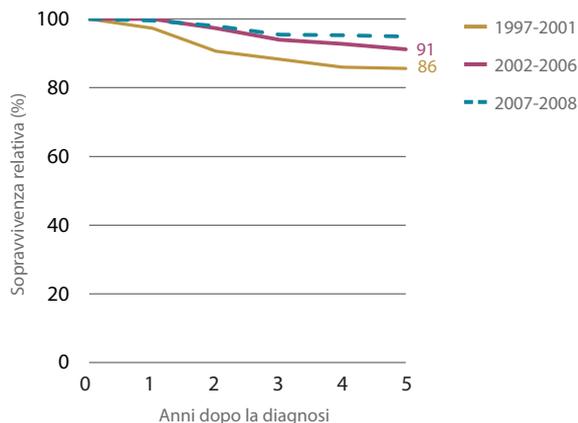
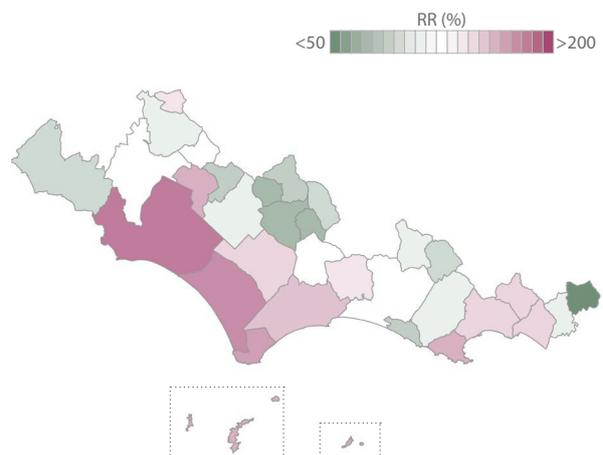
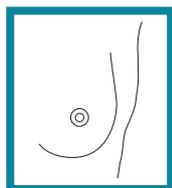


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori della mammella

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):

mammella (C50). Nota: i dati della scheda 1, salvo esplicita annotazione si riferiscono ai soli tumori femminili.

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):

neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati complessivamente 1658 nuovi casi di tumore maligno della mammella, 19 casi nell'uomo e 1639 casi nella donna. Il tumore della mammella è in assoluto il tumore più frequente nel sesso femminile dove rappresenta il 27,6% di tutte le diagnosi di tumore.

Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media ogni anno 120,9 casi ogni 100.000 donne, con una età media alla diagnosi di circa 60 anni.

Anche in termini di mortalità il tumore della mammella risulta la prima causa di decesso tra le neoplasie femminili rappresentando il 16% dei decessi neoplastici.

I tassi di incidenza e di mortalità per tumore della

mammella in provincia di Latina sono comunque inferiori alla media nazionale in modo statisticamente significativo (casi osservati: -9%).

Nel periodo considerato si osserva un progressivo aumento dei tassi di incidenza fino al 2003-2004, un successivo aumento repentino nel biennio successivo seguito da una apparente fase di stabilizzazione. Questo andamento è fortemente correlato alla piena attività dei programmi di screening. La mortalità, dopo una lieve diminuzione degli anni 2000 è rimasta sostanzialmente stabile.

L'area Nord della provincia è associata ad un rischio di malattia superiore alla media provinciale, mentre nell'area sud e in alcune zone collinari il rischio appare più basso.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è piuttosto elevata (88%) anche se stabile nel tempo, questo dato è in linea con il dato nazionale (87%).

Possiamo stimare che in provincia di Latina vi siano circa 2400 donne viventi che hanno avuto nei 10 anni precedenti una diagnosi di tumore della mammella (oltre il 35% di tutti i casi prevalenti femminili). Il tumore della mammella è infatti il tumore più frequentemente riscontrato tra i soggetti in vita. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati

Anni 2004-2008.

Numero casi	1658	19	1639
Percentuale sul totale	12,8	0,3	27,6
Tasso grezzo (per 100.000)	62,4	1,5	120,9
Tasso standardizzato⁽¹⁾ (per 100.000)	52	1,2	98,5
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	4,2	0,1	7,9
Età media	59,9	61,8	59,9
Età mediana	60	64	60

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	1658	19	1639	402	4	398
Percentuale sul totale	12,8	0,3	27,6	6,4	0,1	16
Tasso grezzo (per 100.000)	62,4	1,5	120,9	15,1	0,3	29,4
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	52	1,2	98,5	11,1	0,2	20,5
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	4,2	0,1	7,9	0,8	-	1,6
Età media	59,9	61,8	59,9	65,2	73,8	64,6
Età mediana	60	64	60	65,5	76	64,5

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

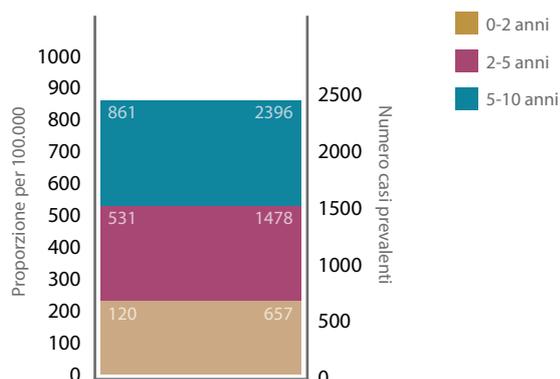
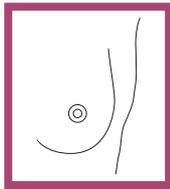


Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica

Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Capezzolo	18	1,1
Parte centrale della mammella	114	6,9
Quadrante supero-interno	142	8,6
Quadrante infero-interno	90	5,4
Quadrante supero-esterno	619	37,3
Quadrante infero-esterno	129	7,8
Prolungamento ascellare	4	0,2
Lesione sconfinante mammella	89	5,4
Non specificato	453	27,3



Tumori della mammella

2. Femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

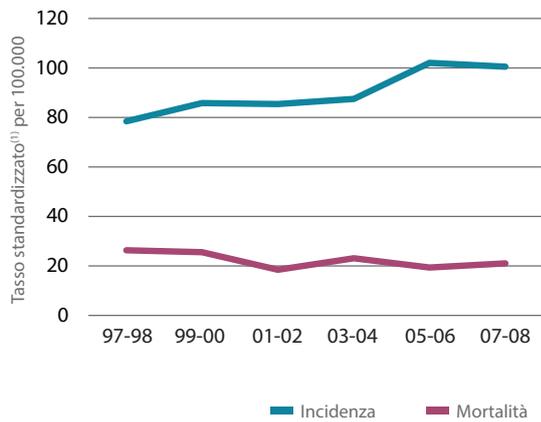


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporti standardizzati indiretti (%).
Anni 2004-2008 (confronto: dati AIRTUM 2005-2007)

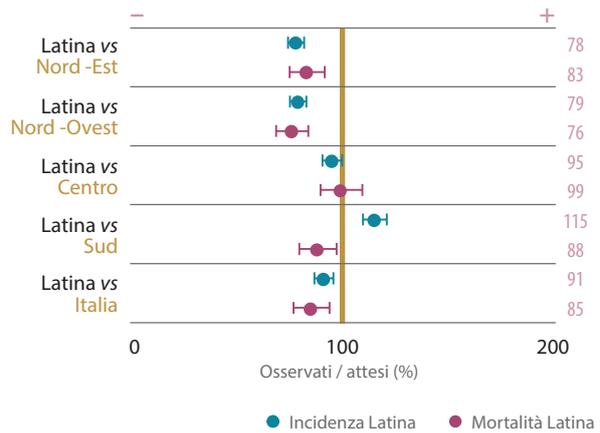


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

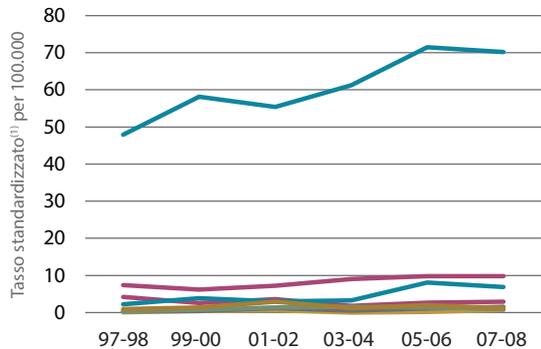


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Duttale	1135	73,9
Lobulare	165	10,7
Mucinoso	31	2
Tubulare	18	1,2
Papillare	18	1,2
Altre morfologie	114	7,4
Carcinoma NAS	48	3,1
Non specificato	7	0,5

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

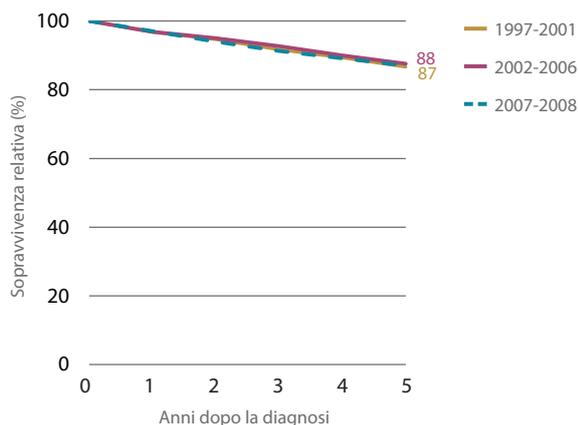
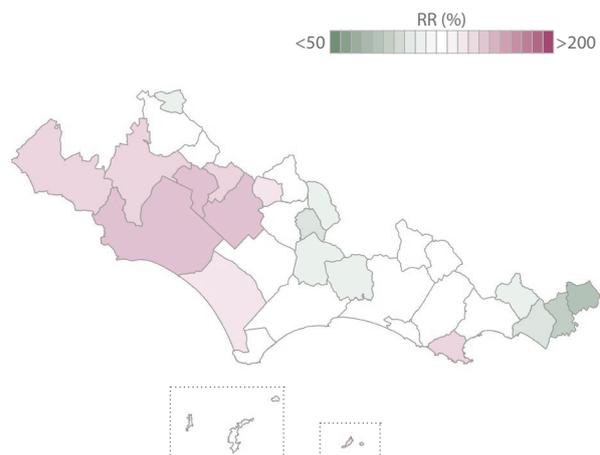
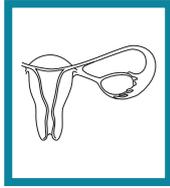


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del collo dell'utero

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):
cervice uterina (C53).

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):
neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati complessivamente 100 nuovi casi di tumori maligni del collo dell'utero, che rappresentano nelle donne l'1,7% di tutti i tumori. Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media ogni anno 7,4 casi ogni 100.000 donne. Nello stesso periodo risultano 11 decessi per cancro del corpo dell'utero e 72 per cancro dell'utero non altrimenti specificato (che include cervice e corpo). Vista la difficoltà nel determinare e confrontare dati di mortalità univoci i confronti sulla mortalità con altre aree saranno omessi. L'incidenza del tumore della cervice uterina sale costantemente dopo i 25 anni fino ai 60, per poi iniziare a decrescere. L'età media alla diagnosi per il quinquennio in esame è

stata pari a 55,6 anni.

Negli anni in osservazione sembra di assistere ad un periodo di assestamento del tasso dopo la caduta registrata nei primi anni duemila.

L'istologia di gran lunga più frequente è lo squamocellulare (74,7%) seguita dall'adenocarcinoma (18,4%).

I dati di incidenza del registro della provincia di Latina risultano sovrapponibili sia con il dato medio italiano sia con i tassi delle macro aree italiane.

La mappa dei rischi relativi per comune evidenzia una zona nella parte centro-settentrionale della provincia associabile ad un maggiore rischio di tumore cervicale, in particolare nell'area del Circeo.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è del 75%, in forte aumento rispetto ai periodi precedenti (+9% rispetto al periodo 1997-2001) e con prospettive di ulteriori miglioramenti.

In provincia di Latina possiamo stimare ad oggi più di 150 donne viventi con data di diagnosi di tumore maligno del collo dell'utero negli ultimi dieci anni. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati
Anni 2004-2008.

Numero casi		100
Percentuale sul totale		1,7
Tasso grezzo (per 100.000)		7,4
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)		6,2
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)		0,5
Età media		55,6
Età mediana		53,5

Incidenza			Mortalità		
M+F	M	F	M+F	M	F
		100			11
		1,7			0,4
		7,4			0,8
		6,2			0,6
		0,5			0,1
		55,6			65,7
		53,5			65

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.
Dato osservato al 1° gennaio 2009.

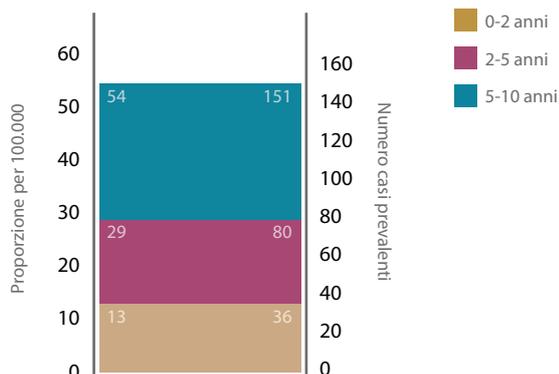
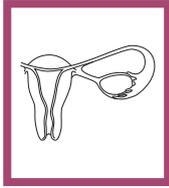


Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica
Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Endocervice	18	18
Esocervice	17	17
Lesione sconfinante	6	6
Non specificato	59	59



Tumori del collo dell'utero

2. Femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

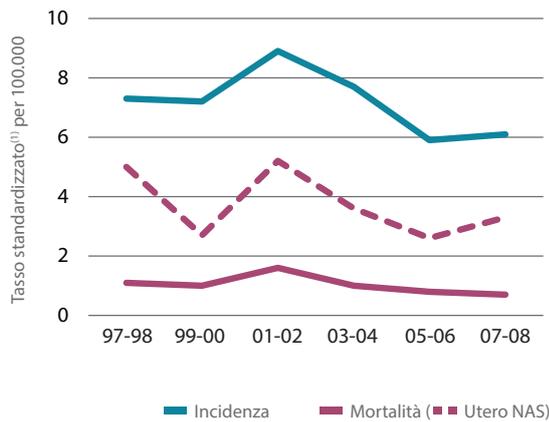


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporti standardizzati indiretti (%).
Anni 2004-2008 (confronto: dati AIRTUM 2005-2007)

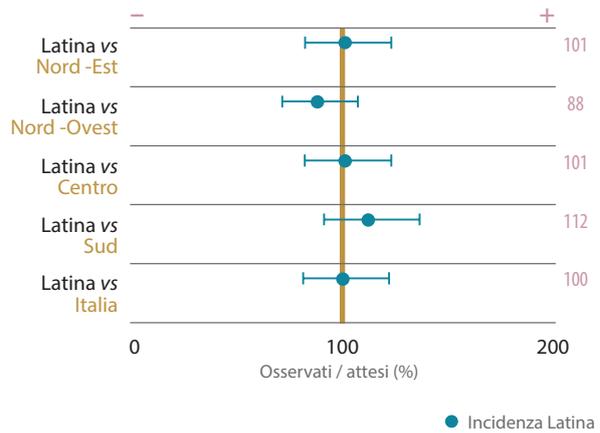


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

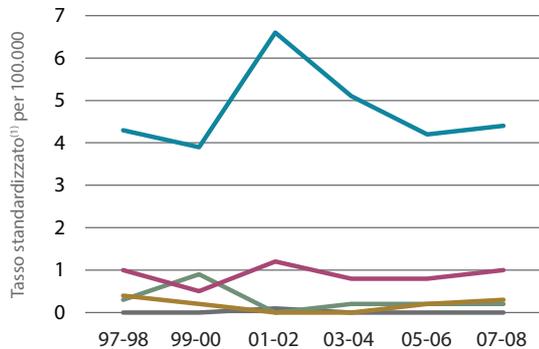


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Squamocellulare	65	74,7
Adenocarcinoma	16	18,4
Altre morfologie	3	3,4
Carcinoma NAS	3	3,4
Non specificato	0	0

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

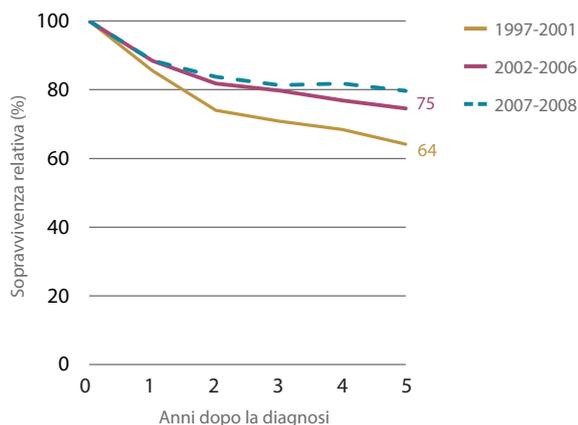
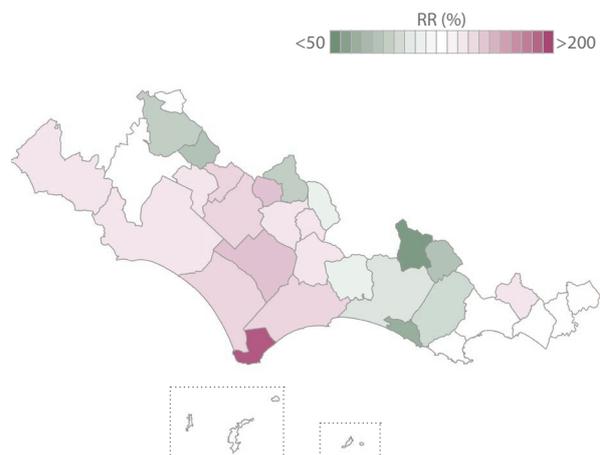
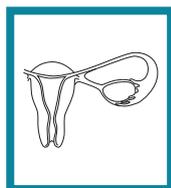


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del corpo dell'utero

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):
corpo dell'utero (C53).

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):
neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati complessivamente 248 nuovi casi di tumori maligni del corpo uterino. Il tumore del corpo dell'utero è risultato al 5° posto in termini di frequenza fra le neoplasie diagnosticate nelle donne, dove ha rappresentato il 4,2% di tutti i tumori.

Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media ogni anno 18,3 casi ogni 100.000 donne.

Nello stesso periodo risultano 33 decessi per cancro del corpo dell'utero e 73 per cancro dell'utero non altrimenti specificato (che include cervice e corpo). Vista la difficoltà nel determinare e confrontare dati di mortalità univoci i confronti sulla mortalità con altre aree saranno omissi.

L'incidenza del tumore del corpo dell'utero inizia a salire

dopo i 35 anni, per poi crescere bruscamente fino ai 65 anni. L'età media alla diagnosi è infatti di poco superiore ai 64 anni.

Negli anni l'incidenza è rimasta sostanzialmente costante. L'istologia più frequente è l'adenocarcinoma (87,3% di tutti i casi con conferma microscopica) e la sottosede più frequente è l'endometrio.

I dati di incidenza del registro della provincia di Latina risultano significativamente più bassi delle aree nazionali coperte da registro con differenze intorno a -20%.

La mappa dei rischi relativi per comune non è indicativa di aree distinte a differente rischio di malattia, fatta eccezione per una porzione (Monti Lepini) associabile ad un minore rischio di diagnosi di tumore.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è del 81%, senza sostanziali miglioramenti negli ultimissimi periodi di registrazione. Il dato è vicino alla media dei registri nazionali (77%).

In provincia di Latina possiamo stimare ad oggi che circa 360 donne siano ancora viventi a seguito di una diagnosi di tumore maligno del corpo dell'utero avvenuta negli ultimi dieci anni. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati
Anni 2004-2008.

Numero casi		248
Percentuale sul totale		4,2
Tasso grezzo (per 100.000)		18,3
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)		14,4
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)		1,2
Età media		64,4
Età mediana		64

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
			248			33
			4,2			1,3
			18,3			2,4
			14,4			1,5
			1,2			0,1
			64,4			70,5
			64			74

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

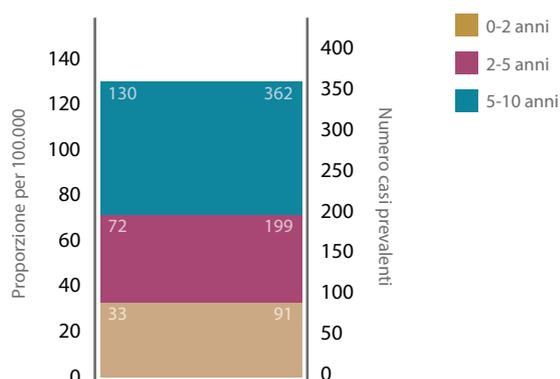
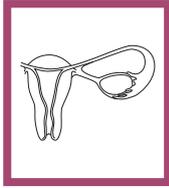


Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica

Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Istmo uterino	3	1,2
Endometrio	85	34,3
Miometrio	5	2
Fondo dell'utero	10	4
Lesione sconfinante	14	5,6
Non specificato	131	52,8



Tumori del corpo dell'utero

2. Femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

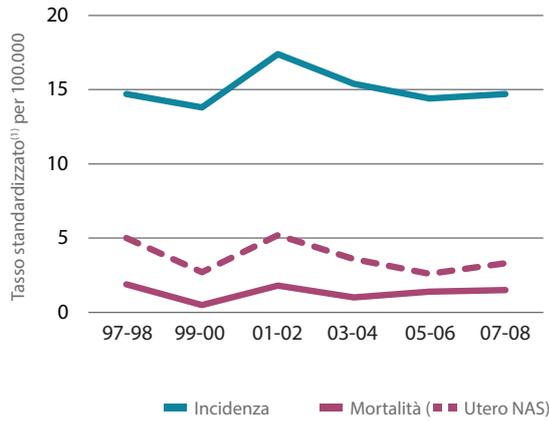


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporti standardizzati indiretti (%).
Anni 2004-2008 (confronto: dati AIRTUM 2005-2007)

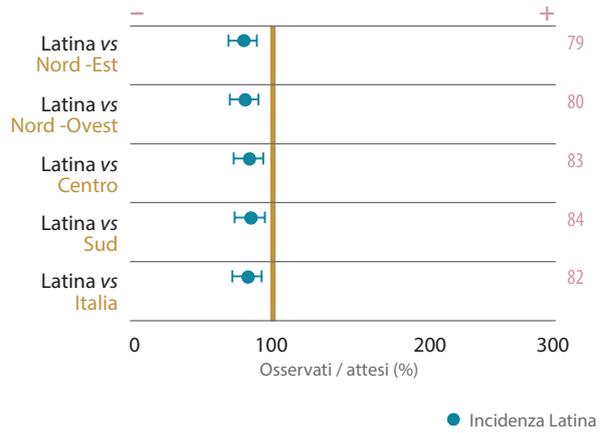


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

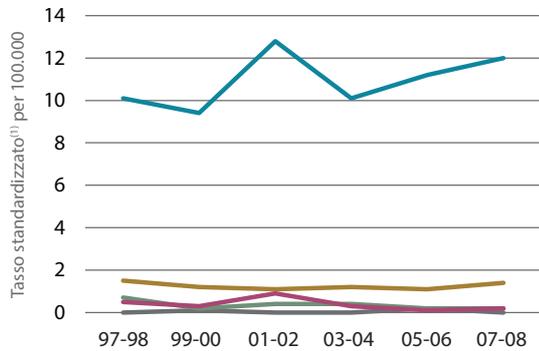


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Adenocarcinoma	193	87,3
Carcinoma NAS	2	0,9
Sarcoma	21	9,5
Altre morfologie	4	1,8
Non specificato	1	0,5

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

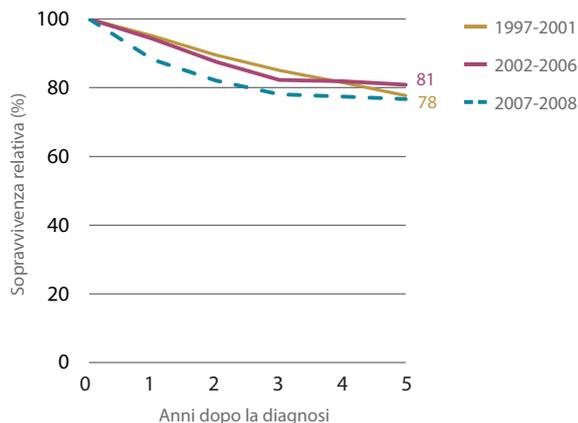
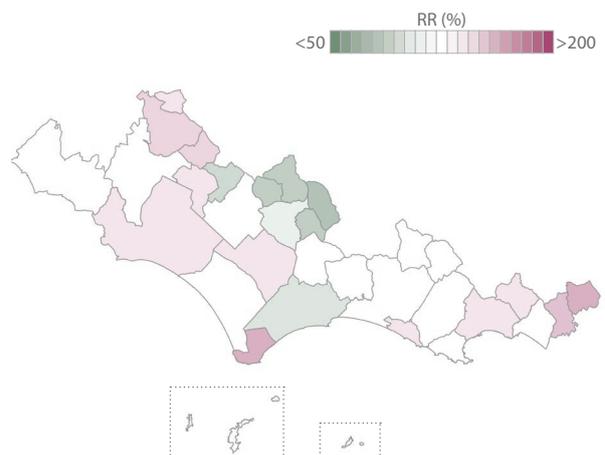


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori dell'ovaio

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):
ovaio (C56).

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):
neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati complessivamente 175 nuovi casi di tumore dell'ovaio; questo tumore è il 9° per frequenza tra le donne rappresentando il 2,9% del totale delle diagnosi tumorali.

Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media all'anno 12,9 casi ogni 100.000 donne con un'età media alla diagnosi di circa 63 anni.

L'adenocarcinoma sieroso è l'istotipo più frequente, rappresentando il 38,5% di tutte le diagnosi microscopicamente verificate, con un trend in aumento, insieme all'istotipo endometrioidale, legato verosimilmente ad un miglioramento della definizione diagnostica evidenziato dal calo delle forme non definite (altre morfologie, altri adenocarcinomi

non specificati, neoplasie non specificate).

In termini di frequenza il tumore ovarico è la 6° causa di morte tumorale nella popolazione femminile, rappresentando il 5% dei decessi neoplastici.

Nel confronto con i dati nazionali i tassi di Latina risultano con quelli medi italiani, sia per l'incidenza sia per la mortalità.

Per quanto riguarda gli andamenti temporali, per il periodo considerato il tumore dell'ovaio non mostra sostanziali variazioni per tassi di incidenza a fronte di un modesto aumento della mortalità.

Dalla mappa dei rischi per comune si osservano zone associate ad un maggior rischio di malattia nell'area centro-settentrionale della provincia.

La sopravvivenza relativa a 5 anni, è del 45%, dato superiore alla media dei registri nazionali (37%), senza evidenze di sostanziali modificazioni nel tempo.

Grazie alle proiezioni della prevalenza possiamo stimare che circa 160 donne in provincia di Latina abbiano avuto una diagnosi di tumore dell'ovaio negli ultimi 10 anni e siano tuttora viventi. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

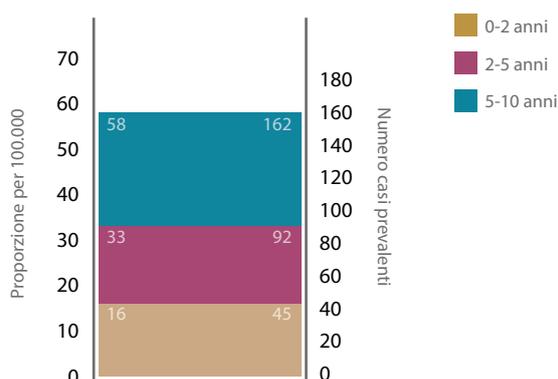
Sintesi dei risultati
Anni 2004-2008.

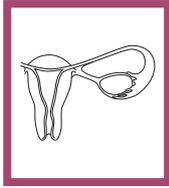
	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi			175			125
Percentuale sul totale			2,9			5
Tasso grezzo (per 100.000)			12,9			9,2
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)			9,9			6,6
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)			0,8			0,5
Età media			63,2			68,5
Età mediana			65			68

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.





Tumori dell'ovaio

2. Femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

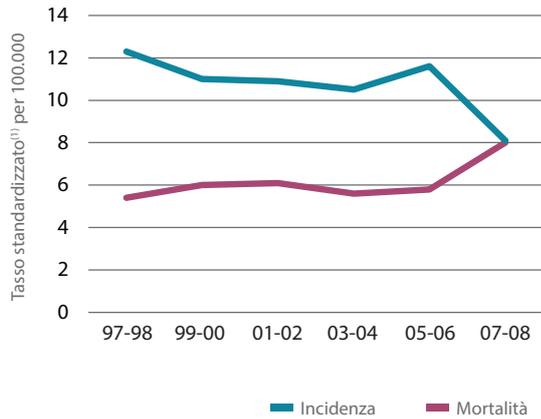


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporti standardizzati indiretti (%).
Anni 2004-2008 (confronto: dati AIRTUM 2005-2007)

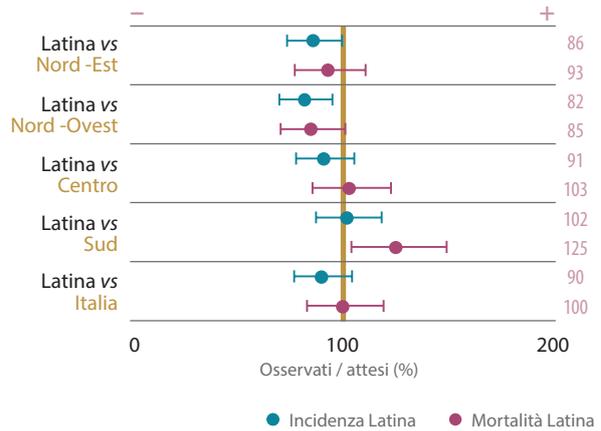


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

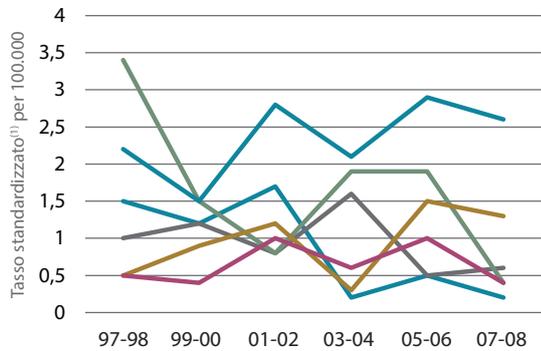


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Sieroso	45	38,5
Mucinoso	11	9,4
Endometrioidi	19	16,2
Altri adenocarcinomi	24	20,5
Altre morfologie	13	11,1
Non specificato	5	4,3

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

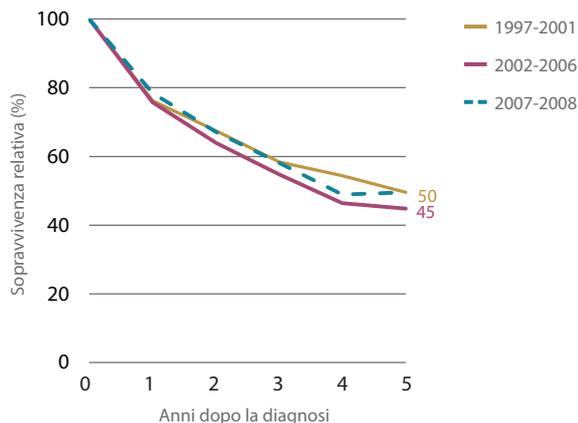
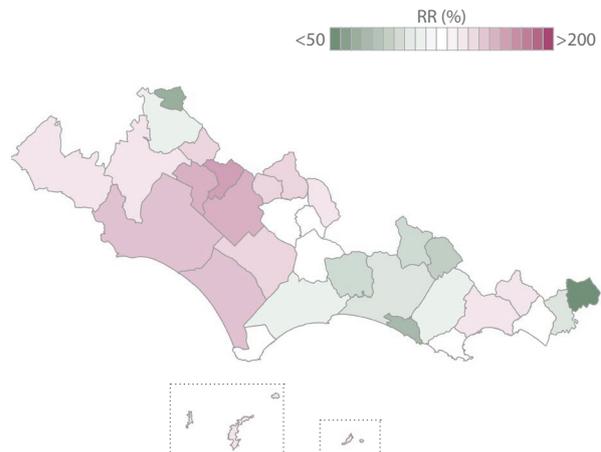
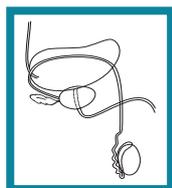


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori della prostata

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):
prostata (C61).

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):
neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati complessivamente 1096 nuovi casi di tumore della prostata. I tumori della prostata sono risultati ancora al 2° posto in termini di frequenza fra le neoplasie diagnosticate nel sesso maschile, rappresentando il 15,7% del totale delle diagnosi tumorali. Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media ogni anno 84,3 casi ogni 100.000 uomini. L'età media alla diagnosi è stata di poco inferiore ai 71 anni. Fra le cause di morte tumorale il tumore della prostata è stata la 3° in termini di frequenza negli uomini (8,5% di tutti i decessi tumorali). Il confronto con le altre aree geografiche italiane ha evidenziato tassi di incidenza nettamente inferiori rispetto

alla media italiana ed in particolare al Centro-Nord Italia e superiori rispetto al Sud. Si osservano invece tassi di mortalità in linea con tutte le aree.

Sulla base del grado di differenziazione si osserva che gli adenocarcinomi moderatamente e scarsamente differenziati sono quelli più rappresentati (91%); per entrambi si evidenzia un trend in aumento.

Per quanto riguarda gli andamenti nel tempo, il tumore della prostata mostra un costante incremento di incidenza con una tendenza alla diminuzione relativa nell'ultimo periodo considerato. La mortalità è caratterizzata da stabilità.

Osservando la mappa dei rischi, l'area settentrionale della provincia sembra distinguersi per una eccedenza di rischio in particolare nel comune di Latina.

La sopravvivenza del periodo appare migliorata di circa 9 punti rispetto al periodo precedente (89%) accostandosi così al dato nazionale (91%).

Per quanto riguarda il dato di prevalenza si stima, al 1° gennaio 2009, un cospicuo numero di pazienti (1379) viventi con diagnosi di tumore del prostata effettuata nei precedenti dieci anni. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

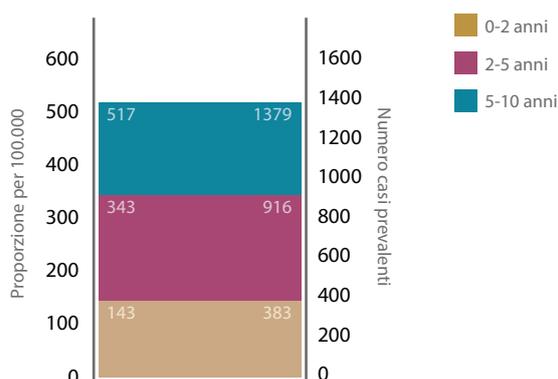
Sintesi dei risultati
Anni 2004-2008.

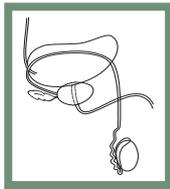
	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi		1096			320	
Percentuale sul totale		15,7			8,5	
Tasso grezzo (per 100.000)		84,3			24,6	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)		64,5			18	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)		5,6			0,7	
Età media		70,7			76,5	
Età mediana		71			76,5	

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.





Tumori della prostata

2. Maschi

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

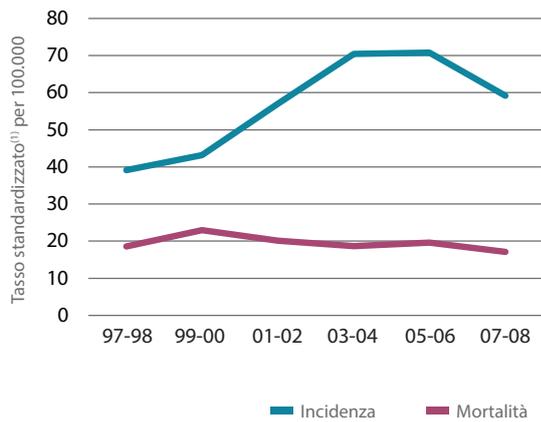


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

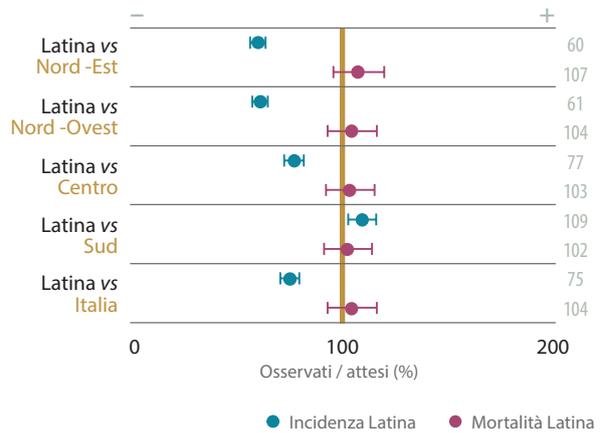


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

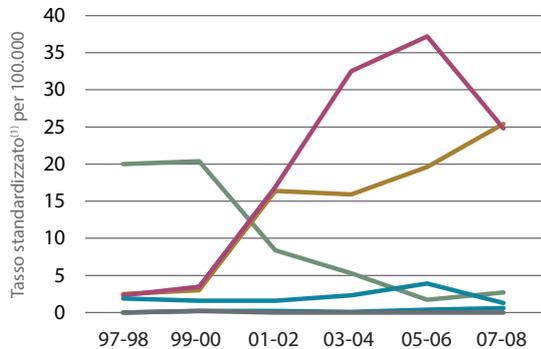


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Ca. ben differenziati	43	4,4
Ca. moderatamente differenziati	537	54,7
Ca. scarsamente differenziati	356	36,3
Carcinomi NAS	37	3,8
Altre morfologie	0	-
Non specificato	8	0,8

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

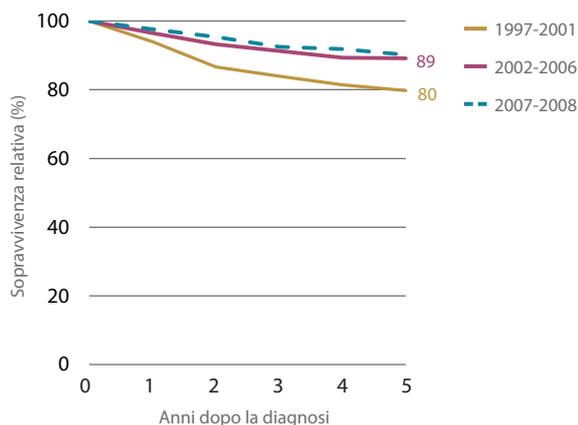
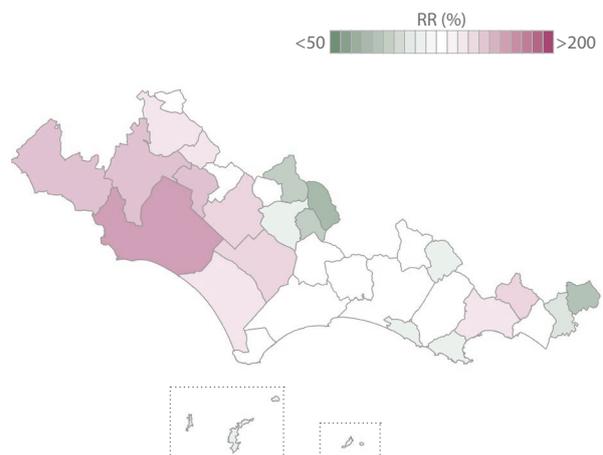
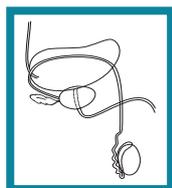


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del testicolo

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):
testicolo (C62).

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):
neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati diagnosticati complessivamente 83 nuovi casi di tumore del testicolo. E' risultato al 14° posto in termini di frequenza fra le neoplasie diagnosticate nel sesso maschile, rappresentando l'1,2% del totale delle diagnosi tumorali.

Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media ogni anno 6,4 casi ogni 100.000 uomini.

Nello stesso periodo sono stati registrati 5 decessi attribuibili al tumore del testicolo, che costituiscono appena lo 0,1% di tutti i decessi per causa neoplastica.

L'incidenza del tumore del testicolo mostra tassi che aumentano a partire dai 15 anni e decrescono dopo i 50 anni con un'età mediana di 33 anni.

Dal confronto con i dati nazionali emerge che i tassi di incidenza rilevati in provincia di Latina sono sovrapponibili sia con il dato medio nazionale sia con i dati relativi alle singole macro-aree considerate: Nord-Est, Nord-Ovest, Centro e Sud Italia. I dati di mortalità confermano queste osservazioni pur con una maggiore variabilità, dovuta ad un minore numero di decessi.

Nel periodo considerato il tumore del testicolo mostra tassi di incidenza in sostanziale incremento nel corso degli anni; anche i tassi di mortalità, specie negli ultimi quattro anni, sembrano mostrare segni di incremento.

Il citato incremento dei tassi di incidenza sembra essere a carico dei seminomi, che si confermano essere gli istotipi più frequentemente diagnosticati (57,8%).

La sopravvivenza relativa a 5 anni è del 95%, sovrapponibile con il dato nazionale (94%).

Grazie alla proiezione della prevalenza possiamo stimare che in provincia di Latina circa 150 persone siano attualmente viventi dopo una diagnosi di tumore maligno del testicolo avvenuta negli ultimi 10 anni. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

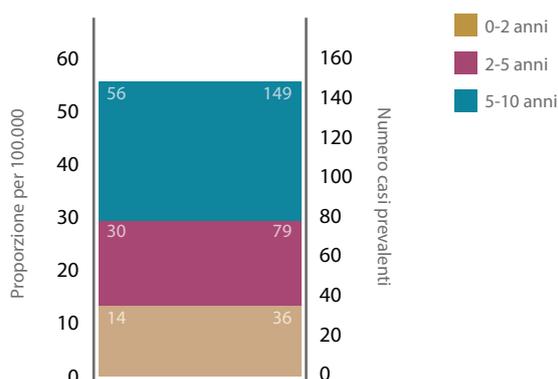
Sintesi dei risultati
Anni 2004-2008.

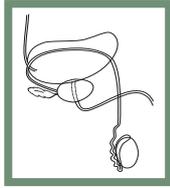
	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi		83			5	
Percentuale sul totale		1,2			0,1	
Tasso grezzo (per 100.000)		6,4			0,4	
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)		5,9			0,4	
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)		0,4			-	
Età media		35,1			65,4	
Età mediana		33			62	

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.





Tumori del testicolo

2. Maschi

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

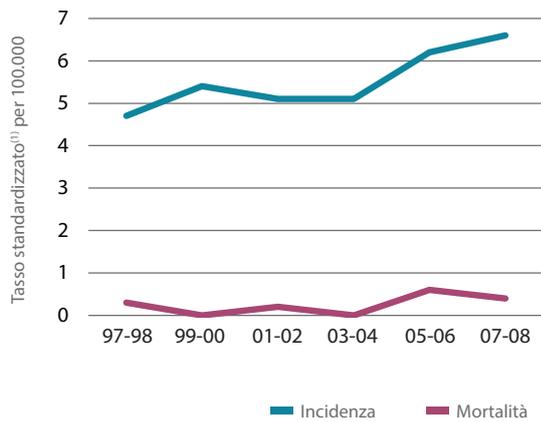


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

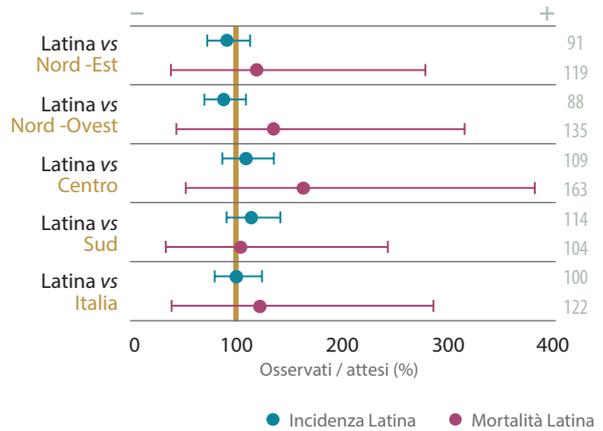


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

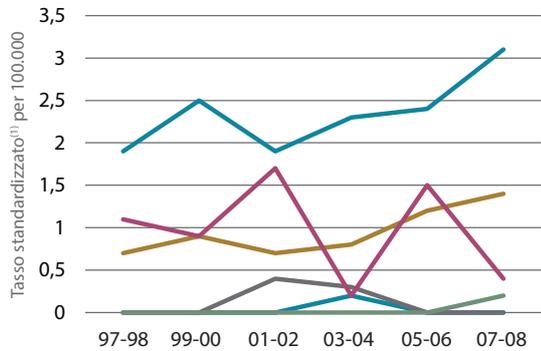


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Seminoma	37	57,8
Carcinoma embrionale	11	17,2
Teratoma	14	21,9
Coriocarcinoma	1	1,6
Altre morfologie	0	-
Non specificato	1	1,6

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

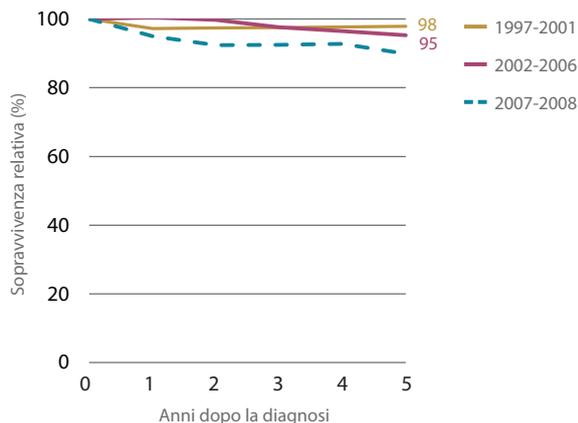
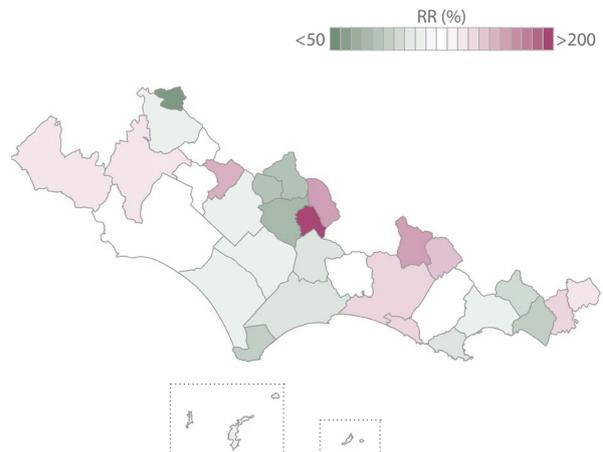
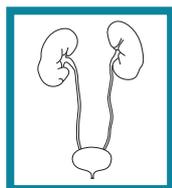


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del rene

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):

rene (C64). Nota: per i confronti delle figure 2-4b sono inclusi pelvi renale (C65), uretere (C66), altri e non specificati organi dell'apparato urinario (C68).

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):

neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati complessivamente 280 nuovi casi di tumore del rene di cui 178 negli uomini, dove rappresentano il 2,5% di tutti i tumori, e 102 nelle donne, dove rappresentano l'1,7% di tutti i tumori. L'età media di insorgenza è di 63,2 anni negli uomini e 66,6 anni nelle donne.

Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media ogni anno 13,7 casi ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e 7,5 casi ogni 100.000 abitanti tra le donne.

Fra le cause di morte tumorale il tumore del rene ha determinato negli uomini il 2,4% di tutti i decessi per tumore e nelle donne l'1,1% dei decessi per questa causa.

Tra i carcinomi a cellule renali l'istotipo più frequente è il

carcinoma a cellule chiare (59,4%) che mostra un lieve trend in aumento, seguito dall'adenocarcinoma papillare (11,1%) e dal carcinoma cromofobo (3,7%).

Il confronto con i dati nazionali evidenzia tassi incidenza significativamente inferiori al dato nazionale per gli uomini (-29% casi osservati). Per i tassi di mortalità e di incidenza dei tumori femminili non si rilevano differenze significative. I tassi di incidenza e mortalità nel loro complesso sono tuttavia significativamente superiori a quelli rilevati nel Sud Italia (+15% casi osservati, +24% decessi osservati).

Per quanto riguarda gli andamenti temporali, il tumore del rene mostra tassi di incidenza che si mantengono stabili nel tempo negli uomini mentre si osserva un lieve aumento dei tassi nelle donne, con una mortalità stabile.

Si evidenzia un più elevato rischio associato al tumore del rene nell'area Nord della provincia, in particolare nel comune di Latina per gli uomini.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è del 66% più bassa rispetto alla media dei registri nazionali (70%).

Dai dati di prevalenza si stima che le persone viventi con diagnosi di tumore del rene negli ultimi 10 anni siano poco più di 300. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati

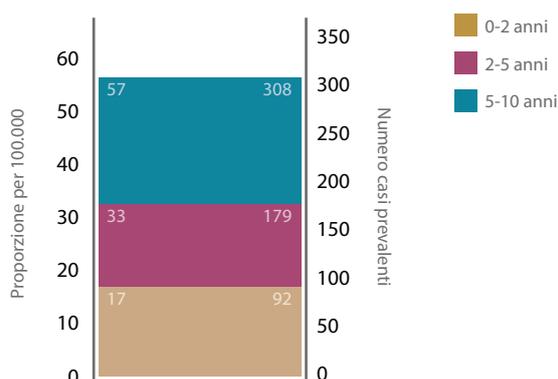
Anni 2004-2008.

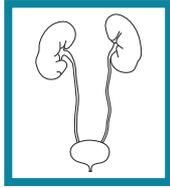
	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	280	178	102	119	91	28
Percentuale sul totale	2,2	2,5	1,7	1,9	2,4	1,1
Tasso grezzo (per 100.000)	10,5	13,7	7,5	4,5	7	2,1
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	8,3	11,3	5,5	3,1	5,5	1,2
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,7	0,9	0,4	0,2	0,4	0,1
Età media	64,4	63,2	66,6	70,7	69,3	73,5
Età mediana	67	66	70	72,5	70,5	76,5

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.





Tumori del rene

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

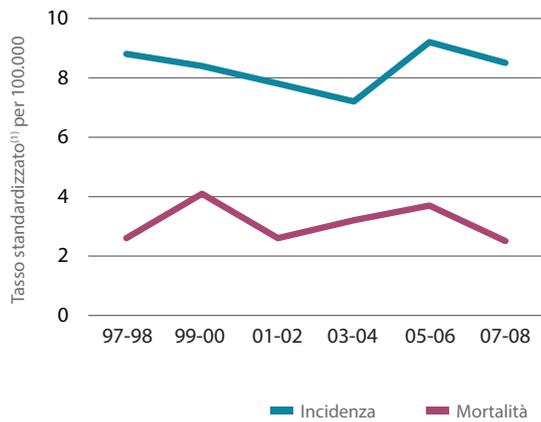


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

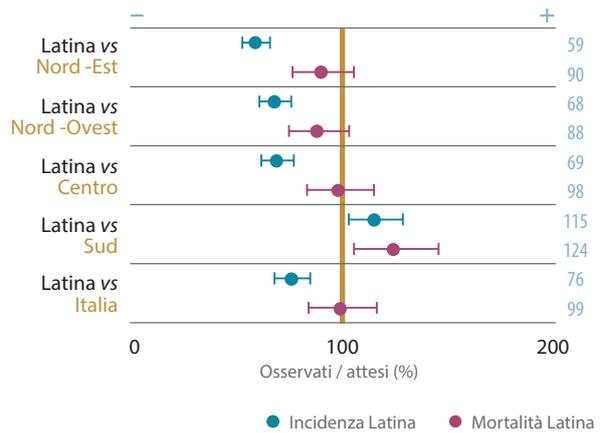


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

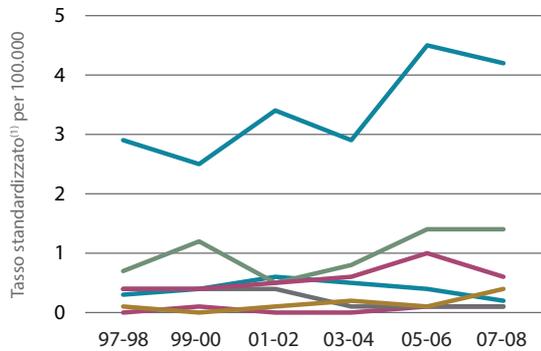


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Carcinoma a cellule chiare	129	59,4
Adenocarcinoma papillare	24	11,1
Carcinoma renale cromofobo	8	3,7
Altri carcinomi a cellule renali	40	18,4
Carcinoma NAS	4	1,8
Altre morfologie	10	4,6
Non specificato	2	0,9

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

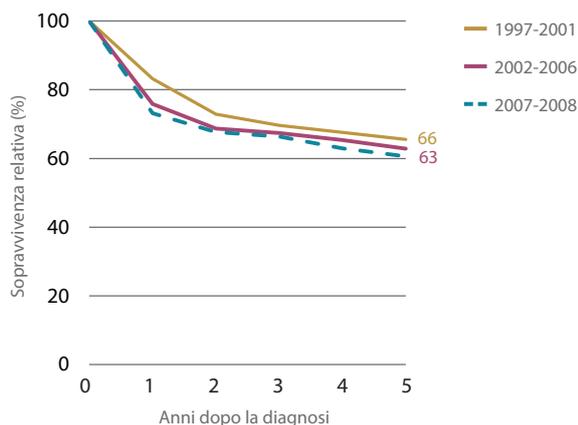
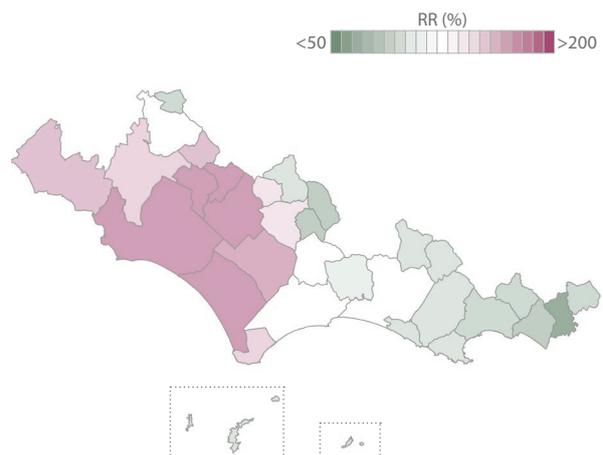
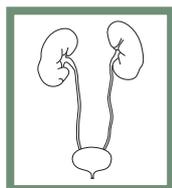


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del rene

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

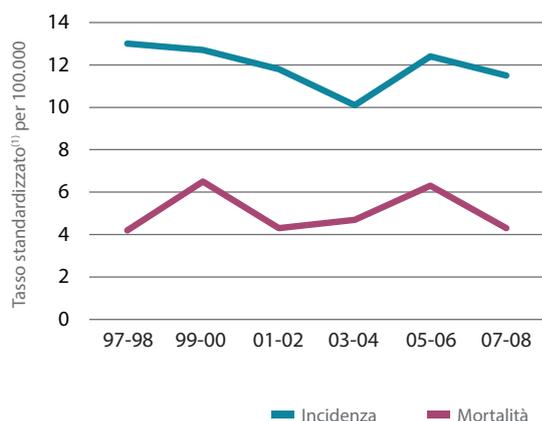


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

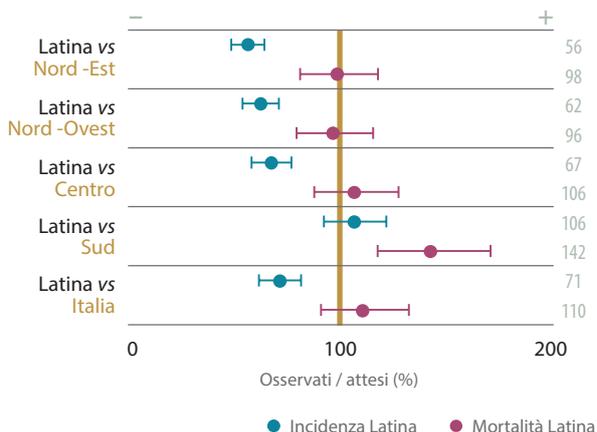


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

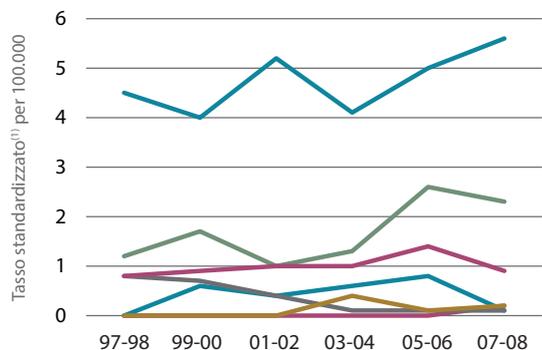


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Carcinoma a cellule chiare	73	53,3
Adenocarcinoma papillare	18	13,1
Carcinoma renale cromofobo	3	2,2
Altri carcinomi a cellule renali	34	24,8
Carcinoma NAS	3	2,2
Altre morfologie	5	3,6
Non specificato	1	0,7

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

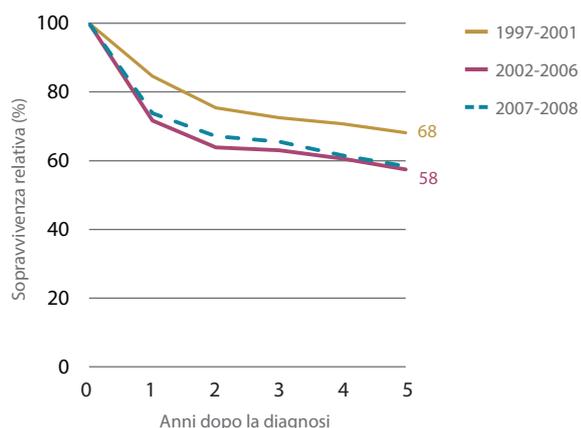
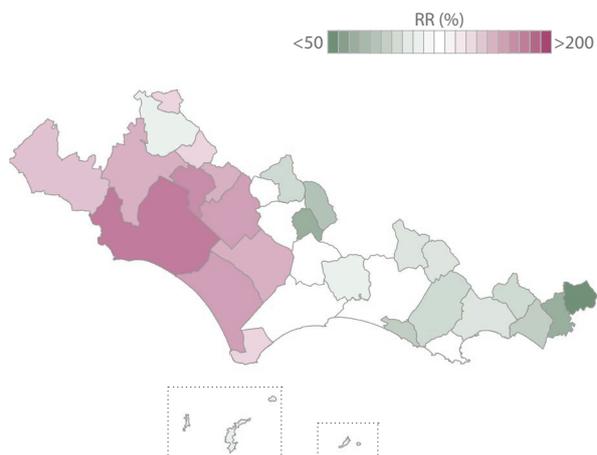
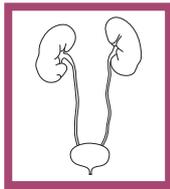


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori del rene

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

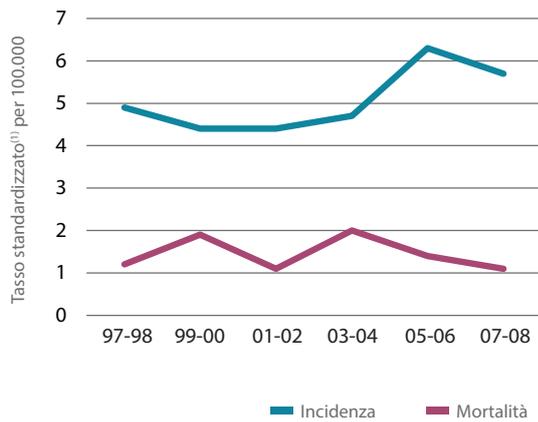


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

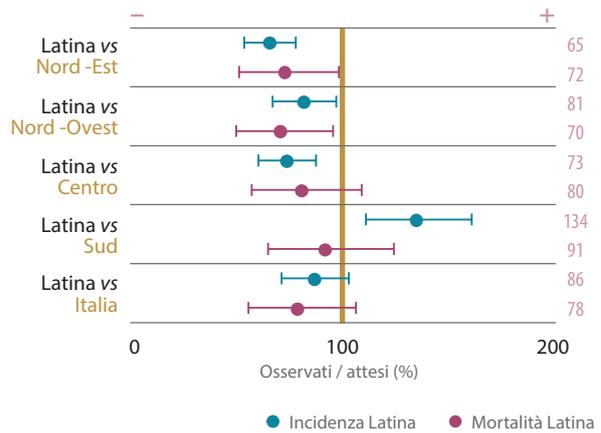


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

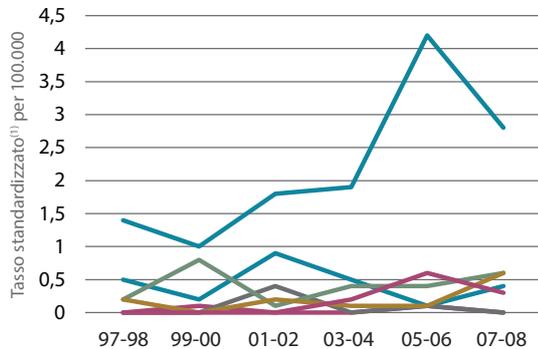


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Carcinoma a cellule chiare	56	70
Adenocarcinoma papillare	6	7,5
Carcinoma renale cromofobo	5	6,2
Altri carcinomi a cellule renali	6	7,5
Carcinoma NAS	1	1,2
Altre morfologie	5	6,2
Non specificato	1	1,2

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

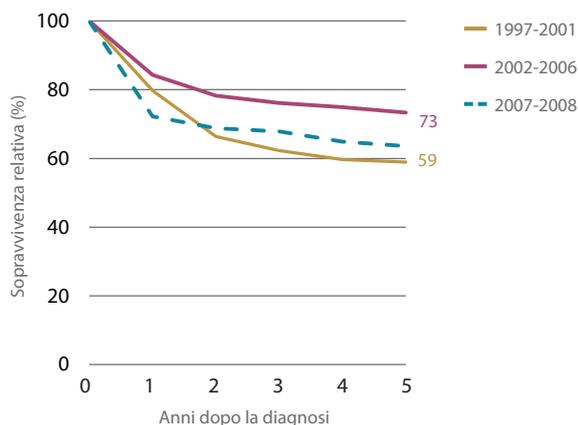
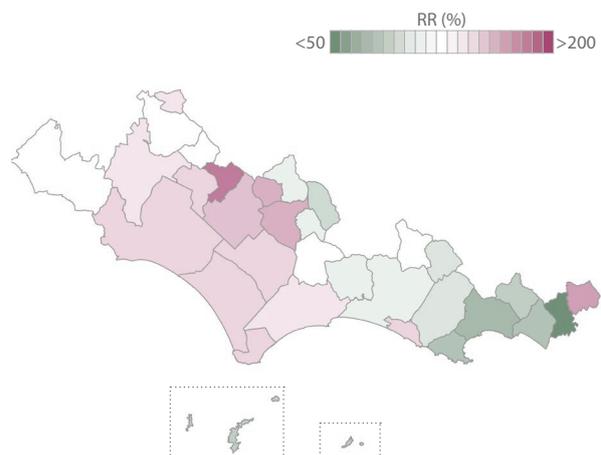
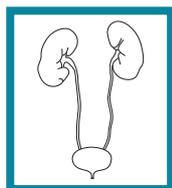


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori della vescica

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):
vescica (C67).

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):
neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati complessivamente 949 nuovi casi di tumore della vescica, comprese le forme non invasive. È un tumore più frequente negli uomini per i quali rappresenta il quarto tumore in assoluto (l'11,3% di tutti i tumori), mentre nelle donne si attesta al 2,6%.

Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media ogni anno 61 casi ogni 100.000 uomini e 11,5 ogni 100.000 donne.

I decessi per tumore della vescica rappresentano il 6,3% di tutti i decessi tumorali negli uomini, con 238 decessi osservati nel periodo, mentre tra le donne si registra un 1,9% con 47 decessi registrati.

Nel confronto con le macroaree italiane si evidenzia in generale e per i due sessi un tasso di incidenza per tumore della vescica inferiore, con riduzioni del 15% negli uomini e di circa il 50% nelle donne, mentre la mortalità evidenzia al contrario valori superiori di circa il 20%.

Per quanto riguarda gli andamenti temporali, il tumore della vescica mostra tassi di incidenza che si mantengono stabili nel tempo negli uomini mentre nelle donne si osserva un aumento più evidente nell'ultimo periodo.

La mappa geografica della provincia di Latina mostra rischi maggiori di ammalare nei comuni a Nord per gli uomini e con zone a rischio anche a Sud per le donne.

L'istologia più frequente è il carcinoma uroteliale papillare nelle sue due forme, infiltrante (50,5%) e non infiltrante (28,2%).

La sopravvivenza relativa a 5 anni è del 65%, più bassa della media dei registri nazionali (80%) le nostre proiezioni tuttavia mostrano una tendenza all'aumento.

Le persone sopravvissute con diagnosi di tumore vescicale negli ultimi dieci anni si stimano oggi in circa 1150 in tutta la nostra provincia. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati
Anni 2004-2008.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	949	793	156	285	238	47
Percentuale sul totale	7,3	11,3	2,6	4,6	6,3	1,9
Tasso grezzo (per 100.000)	35,7	61	11,5	10,7	18,3	3,5
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	25,6	47,6	7,4	6,7	13,4	1,7
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	2,1	3,7	0,6	0,4	0,8	0,1
Età media	70	69,8	71,3	75,4	73,3	79,1
Età mediana	71	71	73	76,5	73,5	78,5

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

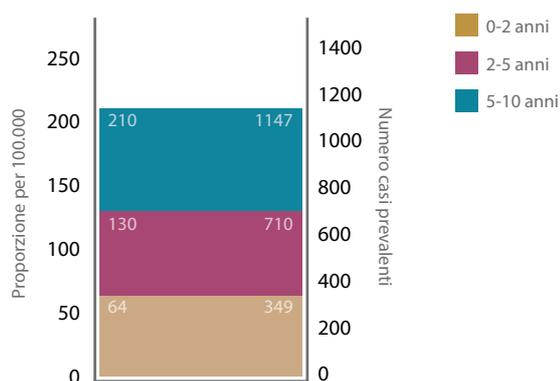
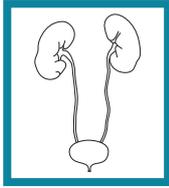


Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica

Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Trigono vescicale	27	2,8
Cupola vescicale	12	1,3
Parete laterale della vescica	107	11,3
Parete anteriore della vescica	18	1,9
Parete posteriore della vescica	57	6
Collo vescicale	17	1,8
Orifizio uretrale	9	0,9
Uraco	3	0,3
Lesione sconfinante della vescica	70	7,4
Non specificato	629	66,3



Tumori della vescica

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

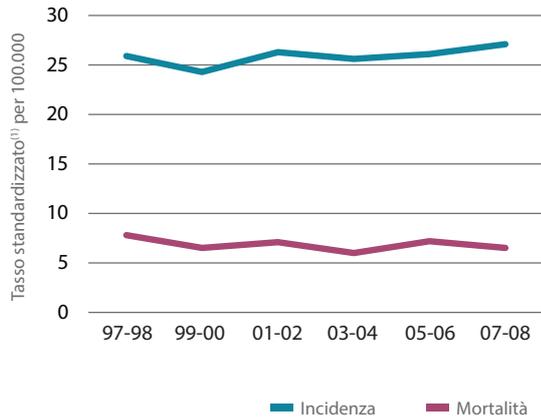


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

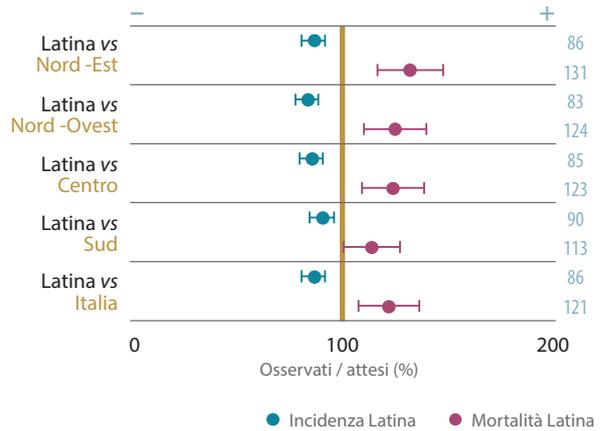


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

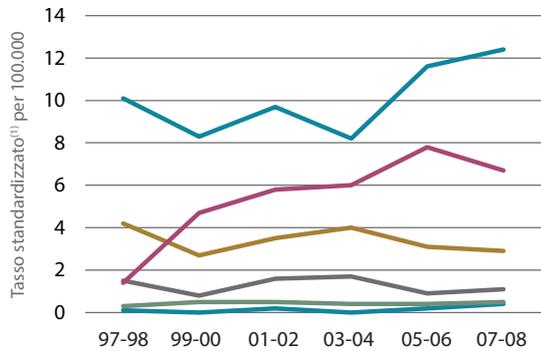


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Uroteliale papillare infiltrante	421	50,5
Uroteliale papillare non infiltrante	235	28,2
Uroteliale NAS, infiltrante	106	12,7
Uroteliale NAS, non infiltrante	15	1,8
Altre morfologie	47	5,6
Non specificato	9	1,1

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi (nota: solo tumori infiltranti)
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

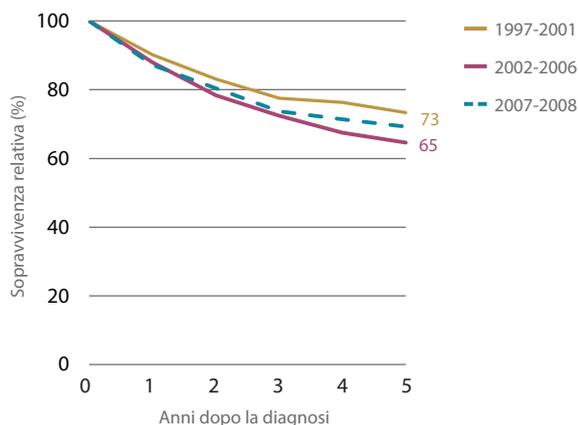
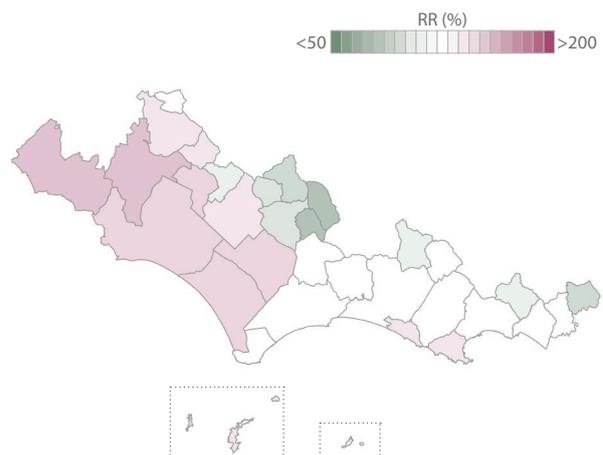
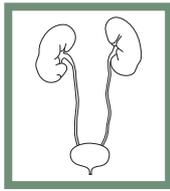


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori della vescica

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

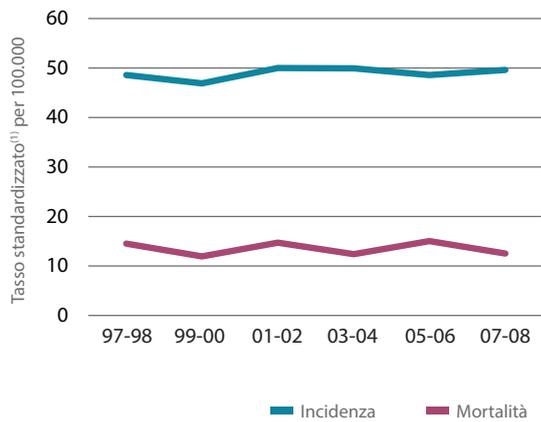


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad altre aree geografiche. Anni 2004-2008

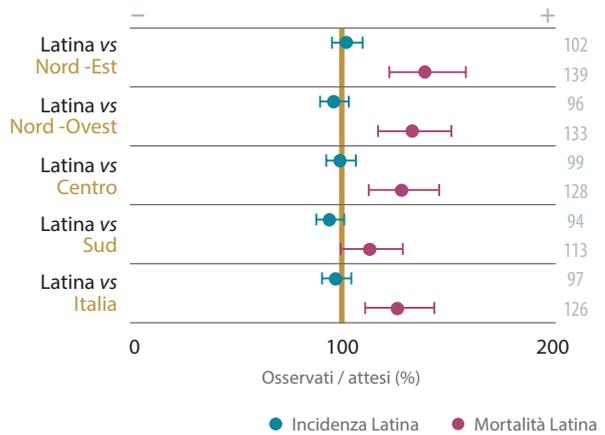


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

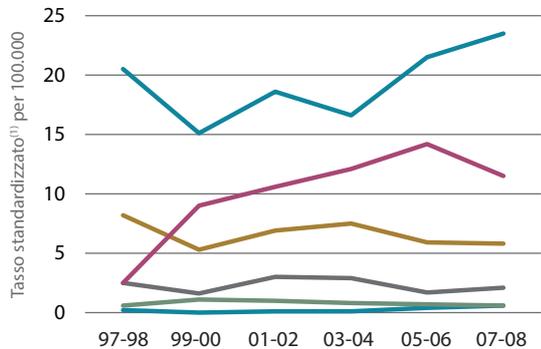


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Uroteliale papillare infiltrante	357	50,9
Uroteliale papillare non infiltrante	195	27,8
Uroteliale NAS, infiltrante	92	13,1
Uroteliale NAS, non infiltrante	12	1,7
Altre morfologie	39	5,6
Non specificato	7	1

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi (nota: solo tumori infiltranti)
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

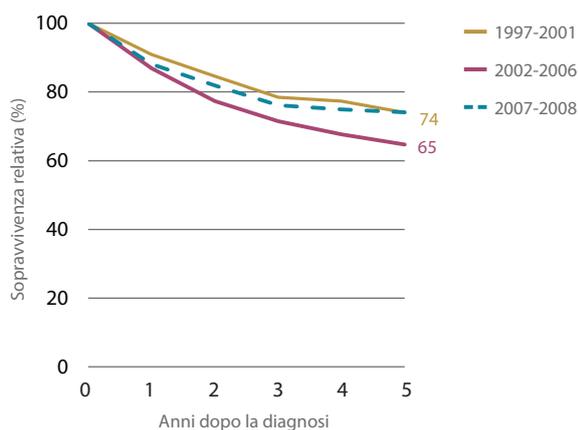
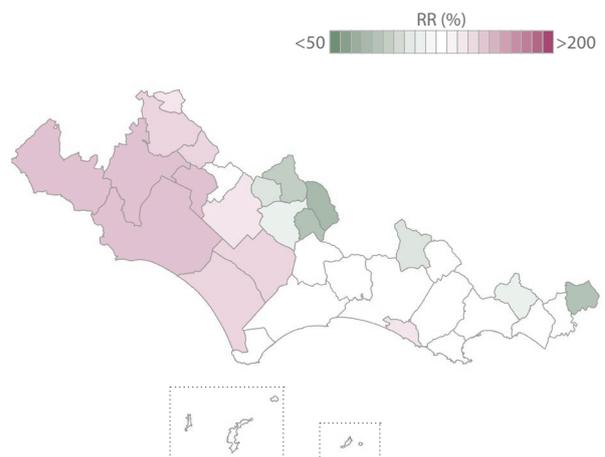
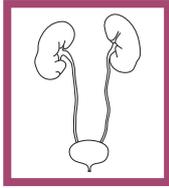


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori della vescica

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

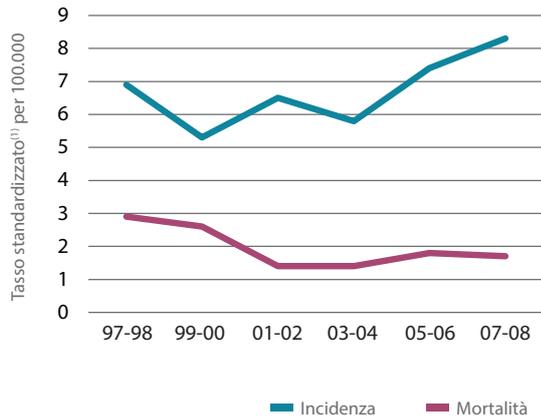


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad altre aree geografiche. Anni 2004-2008

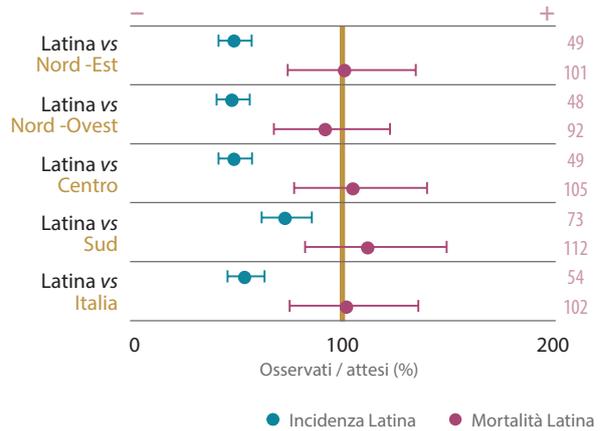


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

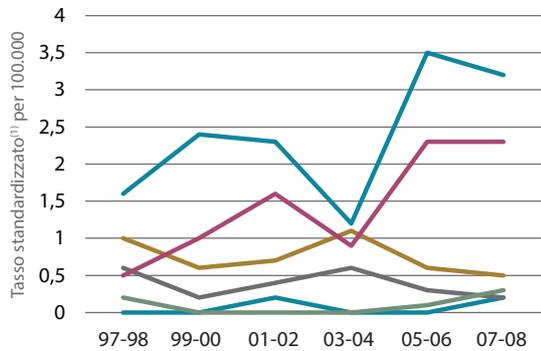


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Uroteliale papillare infiltrante	64	48,9
Uroteliale papillare non infiltrante	40	30,5
Uroteliale NAS, infiltrante	14	10,7
Uroteliale NAS, non infiltrante	3	2,3
Altre morfologie	8	6,1
Non specificato	2	1,5

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi (nota: solo tumori infiltranti)
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

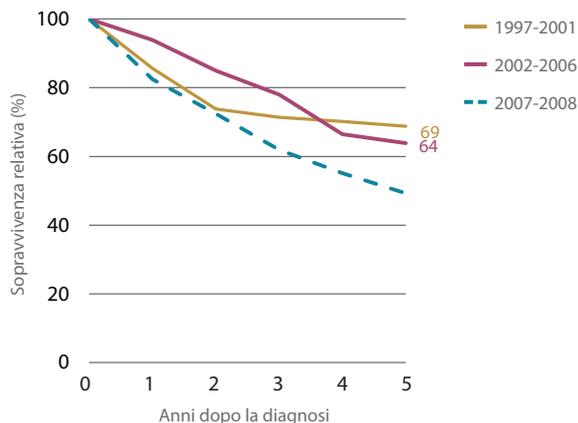
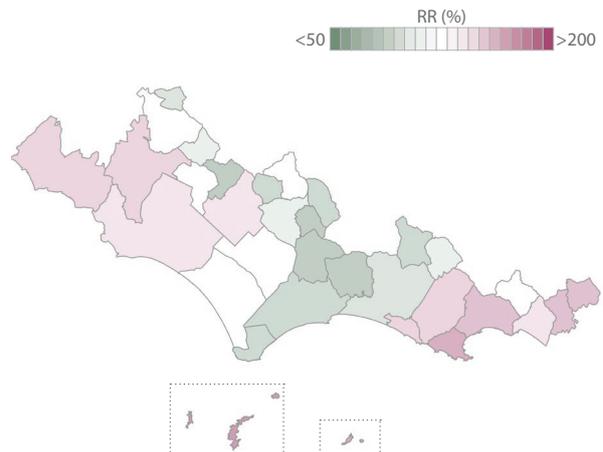
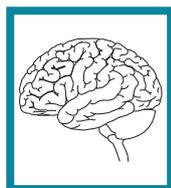


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori maligni dell'encefalo e SNC*

1. Scheda riassuntiva

* Sistema Nervoso Centrale

Sedi incluse (codice ICD-O-3):

meningi (C70), encefalo (C71), midollo spinale, nervi cranici e altre parti del sistema nervoso centrale (C72)

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):

neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati complessivamente 233 tumori maligni del cervello e del sistema nervoso centrale. Per il sesso maschile ha rappresentato il 2,1% di tutti i tumori, mentre nel sesso femminile raggiunge l'1,5% di tutti i tumori.

Nella provincia di Latina sono diagnosticati in media ogni anno 11,1 casi ogni 100.000 uomini e 6,6 casi ogni 100.000 donne. L'età media di insorgenza è mediamente 60 anni, senza particolari differenze di genere.

Fra le cause di morte tumorale quella dell'encefalo ha una frequenza negli uomini del 4,2% con 158 morti registrate nel periodo, mentre tra le donne si sono osservati 87 decessi con il 3,5% sul totale dei tumori.

Il confronto con le altre aree italiane mostra in questo caso valori più alti di incidenza dal 15 al 36% negli uomini della nostra provincia rispetto a tutte le aree italiane, mentre nelle donne l'incidenza è leggermente inferiore. Nel confronto della mortalità in entrambi i sessi si registrano da noi valori più alti rispetto alle altre macroaree.

Negli uomini si è osservato nel tempo un forte aumento sia dell'incidenza sia della mortalità, mentre nelle donne i valori sono più stabili.

Le mappe del rischio per comune non sembrano essere risolutive anche se evidenziano per gli uomini minute aree associabili ad un maggiore rischio nei comuni dei Lepini e dell'estremo Sud della provincia.

L'istologia più frequente ed in forte crescita, soprattutto tra gli uomini, è il glioblastoma (56,9%), seguita dall'astrocitoma (17%) e dall'oligodendroglioma (10,5%). Indubbiamente nel tempo si è confermata una migliore qualità nella raccolta del dato morfologico.

La sopravvivenza relativa a 5 anni, è pari al 21% di poco inferiore al dato nazionale (23%). I soggetti ancora in vita diagnosticati nel corso degli ultimi dieci anni si stimavano al gennaio 2009 in circa 100 persone. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità**Sintesi dei risultati**

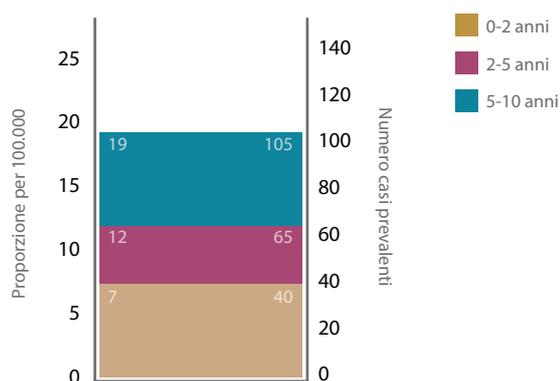
Anni 2004-2008.

Numero casi	233	144	89
Percentuale sul totale	1,8	2,1	1,5
Tasso grezzo (per 100.000)	8,8	11,1	6,6
Tasso standardizzato⁽¹⁾ (per 100.000)	7,4	9,6	5,4
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,6	0,8	0,5
Età media	59,6	60,1	58,8
Età mediana	64	64	65

Incidenza			Mortalità		
M+F	M	F	M+F	M	F
233	144	89	245	158	87
1,8	2,1	1,5	3,9	4,2	3,5
8,8	11,1	6,6	9,2	12,2	6,4
7,4	9,6	5,4	7,2	9,9	4,9
0,6	0,8	0,5	0,6	0,7	0,4
59,6	60,1	58,8	59,5	59,9	59
64	64	65	62	63	59,5

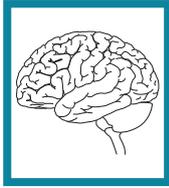
⁽¹⁾ Popolazione standard europea**Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.**

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

**Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica**

Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Meningi	5	2,1
Cervello	45	19,3
Lobo frontale	43	18,5
Lobo temporale	32	13,7
Lobo parietale	17	7,3
Lobo occipitale	5	2,1
Ventricolo, NAS	1	0,4
Cervelletto, NAS	8	3,4
Tronco cerebrale	1	0,4
Lesione sconfinante dell'encefalo	16	6,9
Encefalo, NAS	51	21,9
Altre parti del SNC	9	3,9



Tumori maligni dell'encefalo e SNC*

2. Maschi e femmine

* Sistema Nervoso Centrale

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

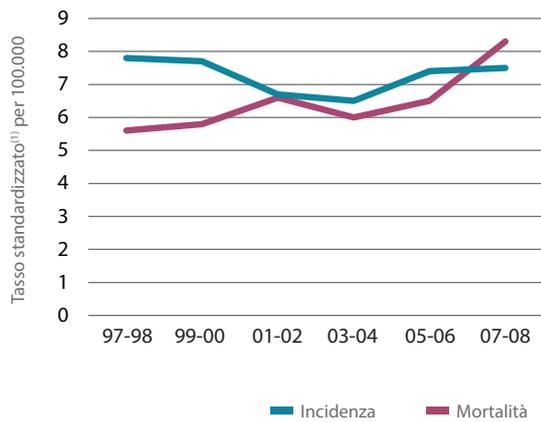


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

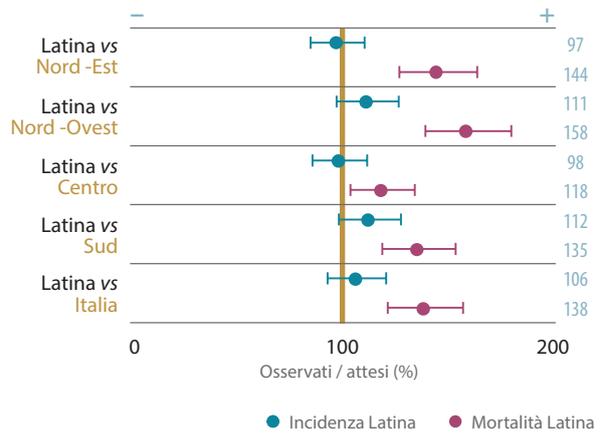


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

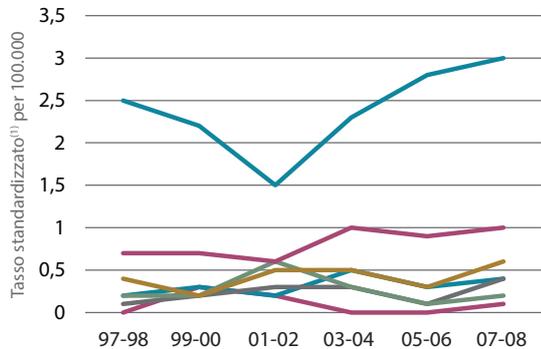


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Glioblastoma	87	56,9
Astrocitoma	26	17
Oligodendroglioma	16	10,5
Ependimoma	6	3,9
Medulloblastoma	5	3,3
Altre morfologie	12	7,8
Non specificato	1	0,7

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

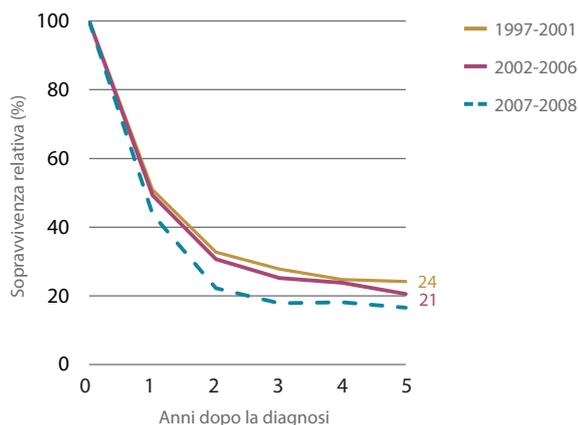
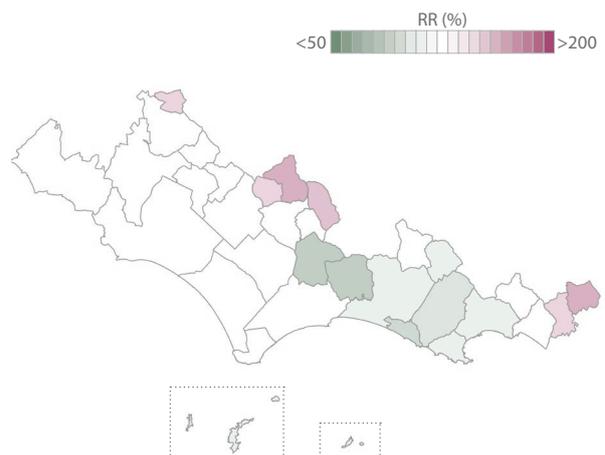


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori maligni dell'encefalo e SNC*

3. Maschi

* Sistema Nervoso Centrale

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

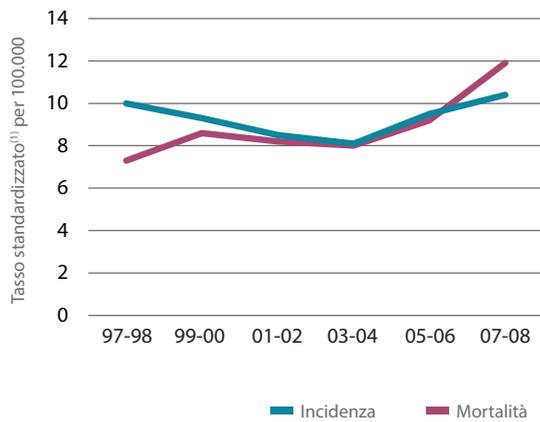


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad altre aree geografiche. Anni 2004-2008

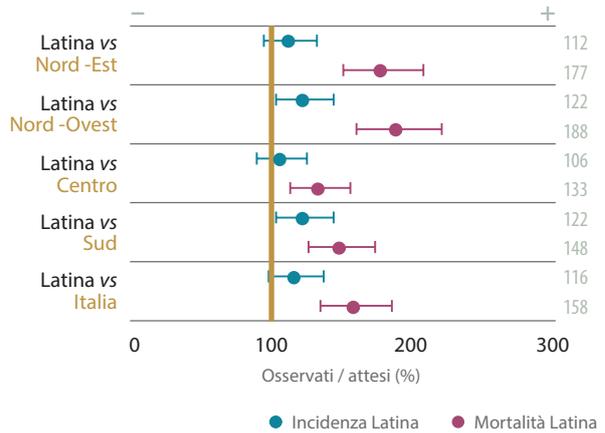


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

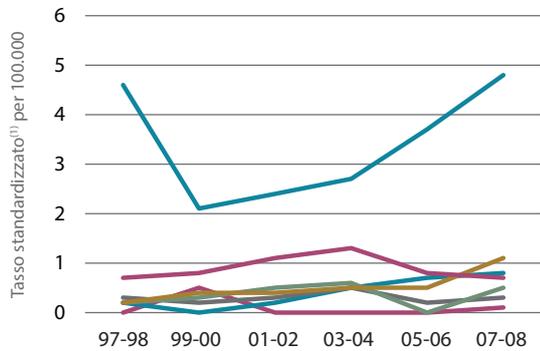


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Glioblastoma	59	60,2
Astrocitoma	11	11,2
Oligodendroglioma	11	11,2
Ependimoma	4	4,1
Medulloblastoma	3	3,1
Altre morfologie	9	9,2
Non specificato	1	1

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

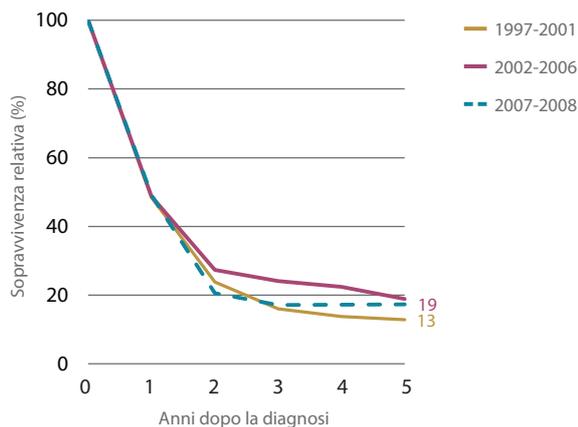
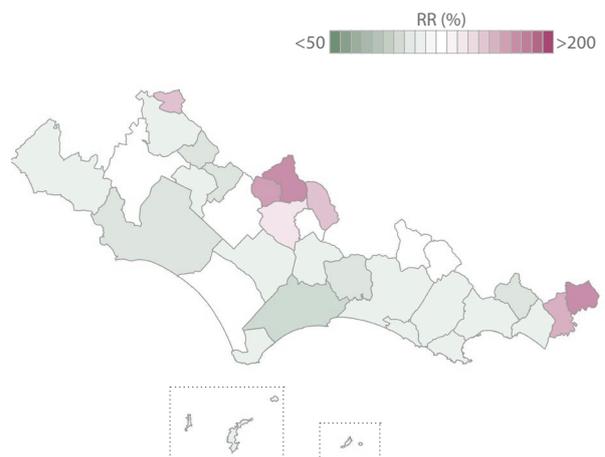
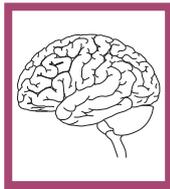


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori maligni dell'encefalo e SNC*

4. Femmine

* Sistema Nervoso Centrale

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

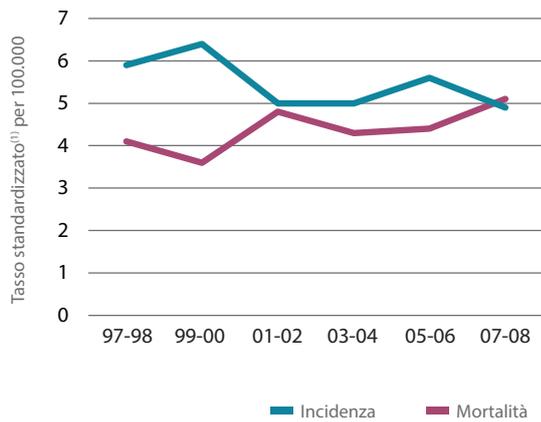


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad altre aree geografiche. Anni 2004-2008

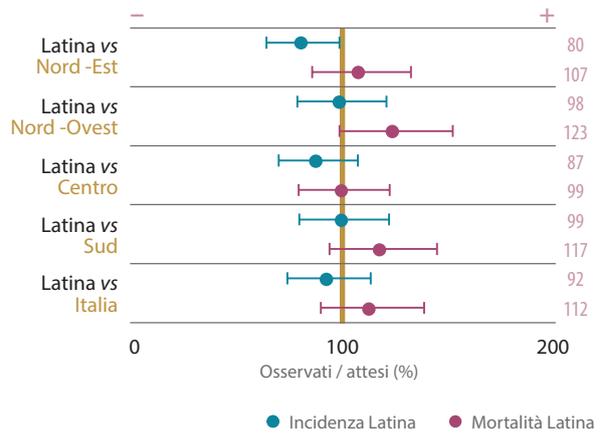


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

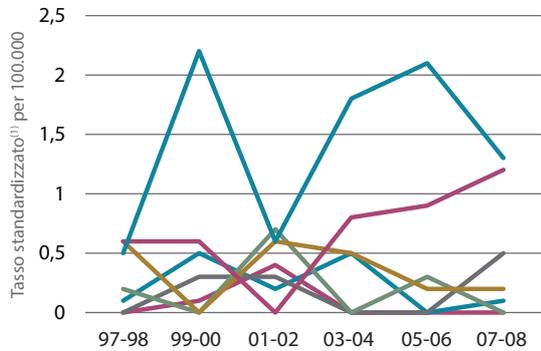


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Glioblastoma	28	50,9
Astrocitoma	15	27,3
Oligodendroglioma	5	9,1
Ependimoma	2	3,6
Medulloblastoma	2	3,6
Altre morfologie	3	5,5
Non specificato	0	-

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

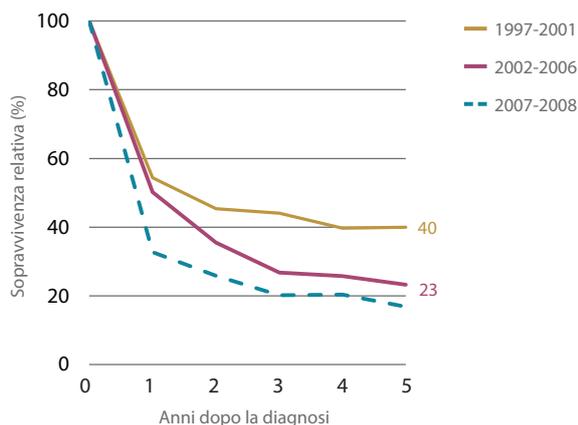
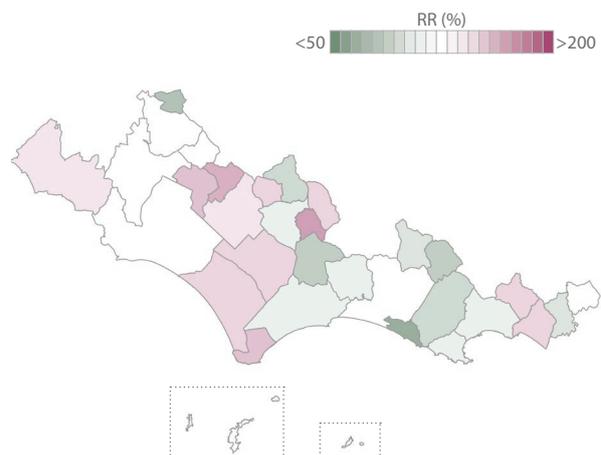
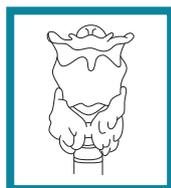


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008



SCHEDE TUMORALI



Tumori della tiroide

1. Scheda riassuntiva

Sedi incluse (codice ICD-O-3):
tiroide (C73).

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):
neoplasie mesoteliali (9050-9055), sarcoma di Kaposi (9140), linfomi, leucemie e mielomi (9590-9989).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati 739 tumori maligni della tiroide. Questo tumore ha rappresentato il 2,5% di tutti i tumori negli uomini, mentre nelle donne ha rappresentato il 9,5% di tutti i tumori femminili. I tumori della tiroide sono al terzo posto in ordine di frequenza tra tutti i tumori femminili. L'età media alla diagnosi, di circa 48 anni, non mostra differenze tra i due sessi.

Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media ogni anno 13,5 casi ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e 41,6 casi ogni 100.000 abitanti tra le donne.

La maggioranza dei casi è rappresentata dall'istotipo papillare (88%) di cui si è osservato negli anni un significativo aumento in entrambi i sessi, a differenza degli altri

istotipi che sono rimasti stabili.

In considerazione della sua bassa letalità il tumore della tiroide ha rappresentato solo lo 0,2% dei decessi per causa tumorale.

Il confronto con i dati nazionali ha evidenziato nella provincia di Latina tassi di incidenza decisamente più elevati rispetto alla media nazionale per entrambi i sessi (+93%) e rispetto alle macro-aree considerate.

Nel periodo considerato si è osservato un marcato aumento di incidenza di questo tumore sia per gli uomini sia per le donne. Il trend temporale di incidenza presenta un andamento sovrapponibile al trend osservato per l'istotipo papillare suggerendo che l'incremento di incidenza rilevato sia da attribuire quasi interamente a questa morfologia.

All'interno della provincia si è rilevato un maggior rischio per questo tumore nell'area Nord, più evidente per le donne.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è del 97%, lievemente superiore alla media dei registri nazionali (95%).

In provincia di Latina, le persone viventi con una diagnosi di tumore della tiroide effettuata negli ultimi 10 anni sono circa 1150. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

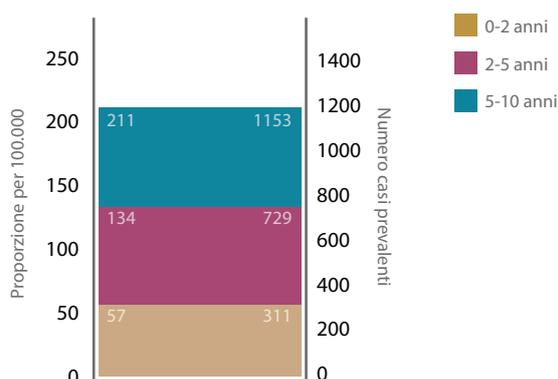
Sintesi dei risultati
Anni 2004-2008.

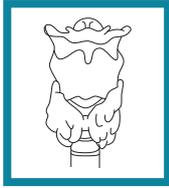
	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	739	175	564	12	3	9
Percentuale sul totale	5,7	2,5	9,5	0,2	0,1	0,4
Tasso grezzo (per 100.000)	27,8	13,5	41,6	0,5	0,2	0,7
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	25,5	12,2	38,3	0,3	0,2	0,5
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	2	1	3,1	-	-	-
Età media	48	49	47,7	66,9	74	64,2
Età mediana	48	48	47	69	76	64,5

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.





Tumori della tiroide

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

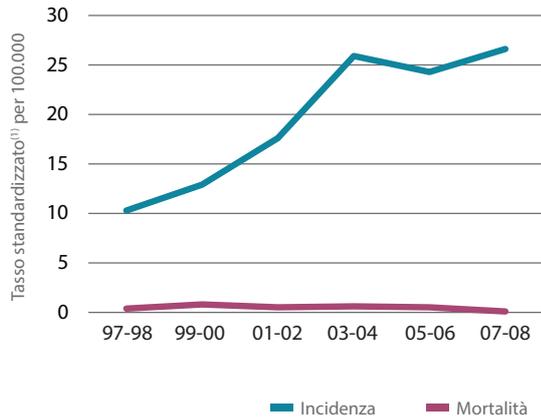


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

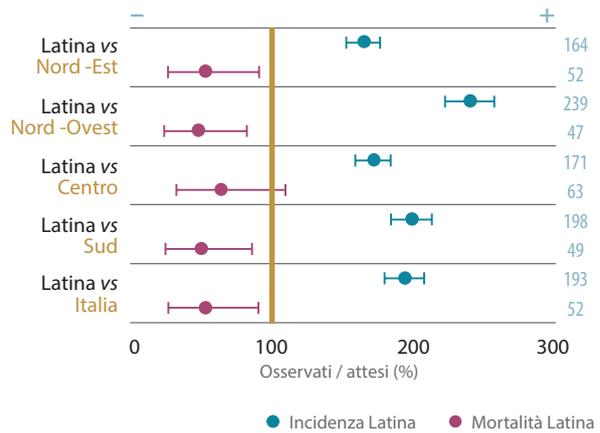


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

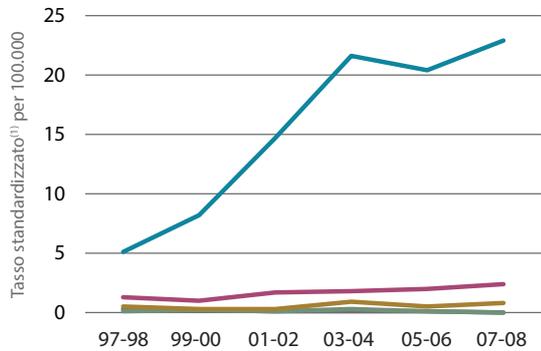


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Papillare	624	88,1
Follicolare	59	8,3
Midollare	21	3
Anaplastico	3	0,4
Altre morfologie	1	0,1
Non specificato	0	-

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

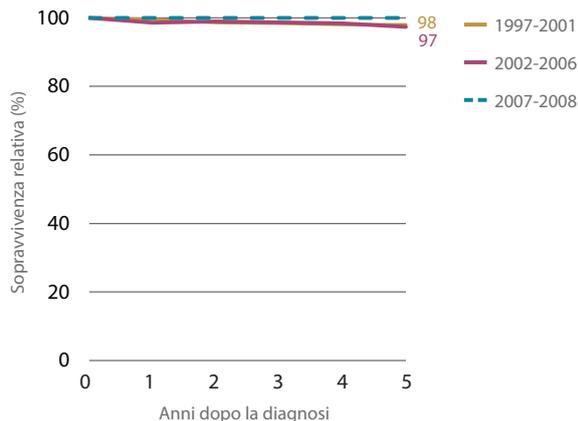
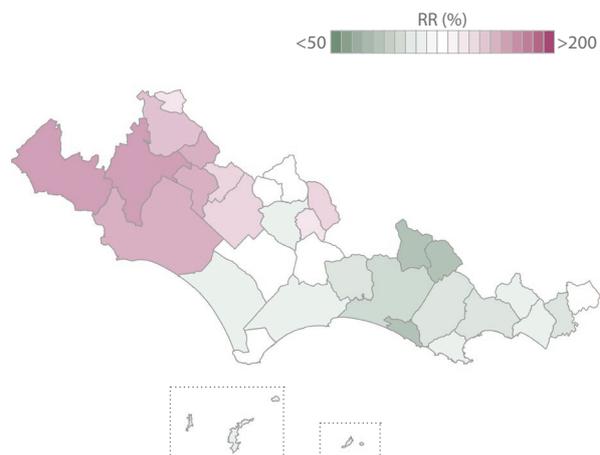
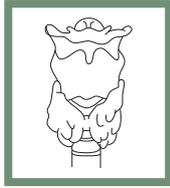


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori della tiroide

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

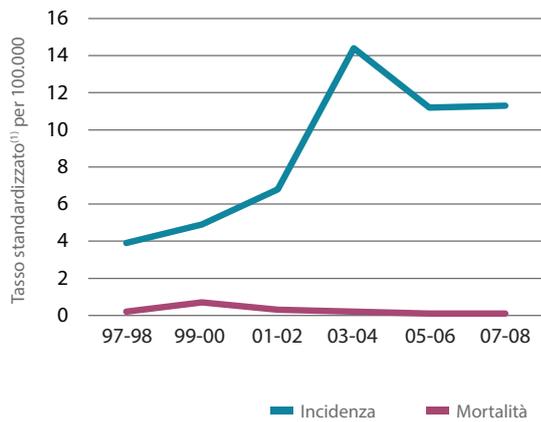


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad altre aree geografiche. Anni 2004-2008

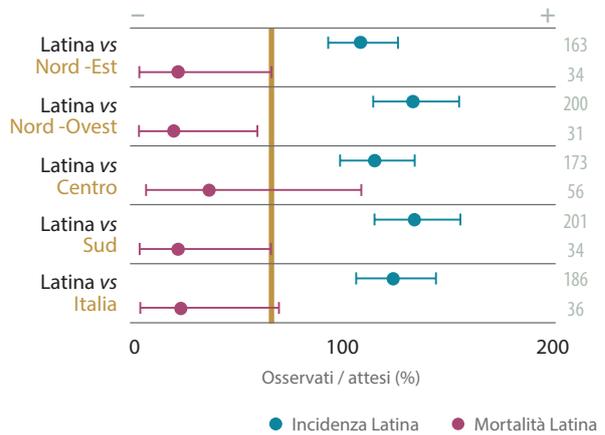


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

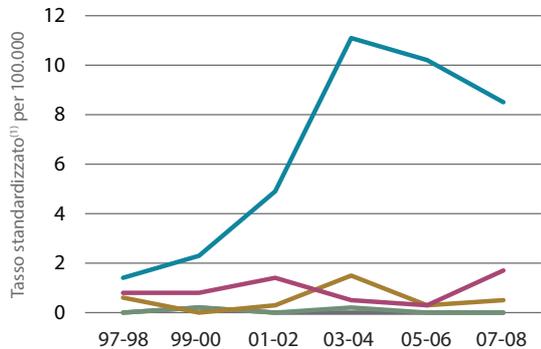


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Papillare	139	84,8
Follicolare	14	8,5
Midollare	10	6,1
Anaplastico	1	0,6
Altre morfologie	0	-
Non specificato	0	-

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

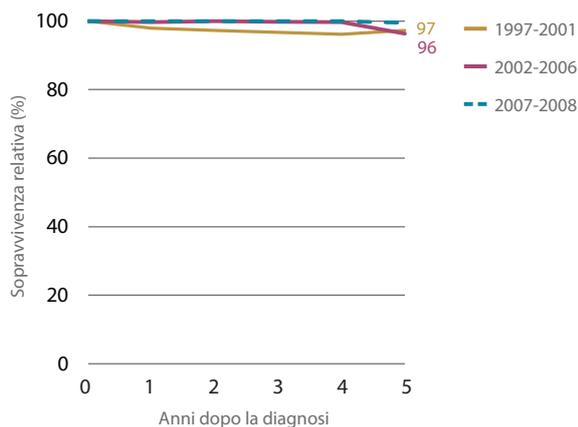
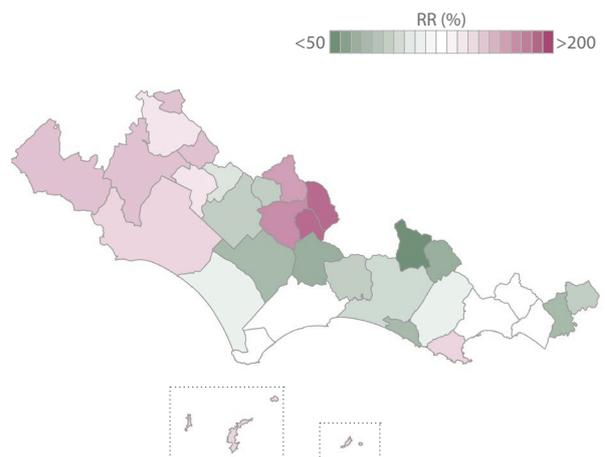


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Tumori della tiroide

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

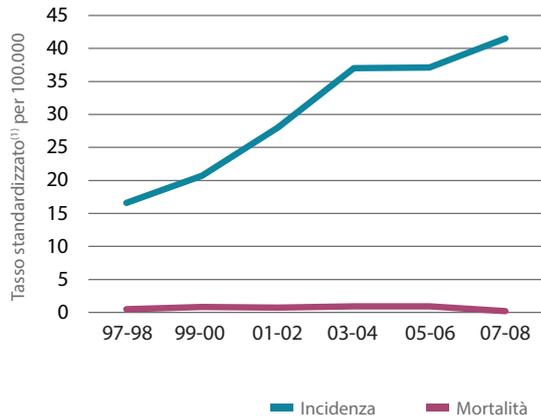


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

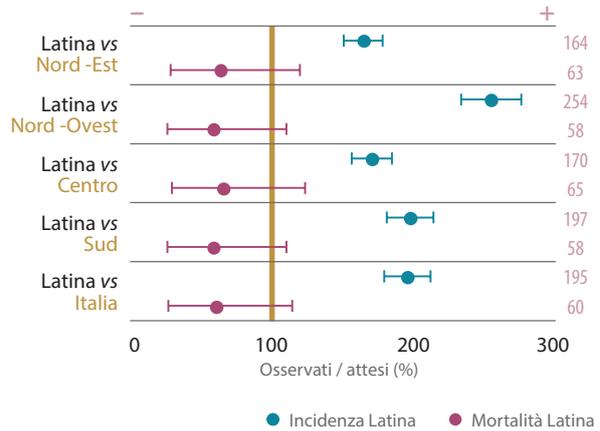


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

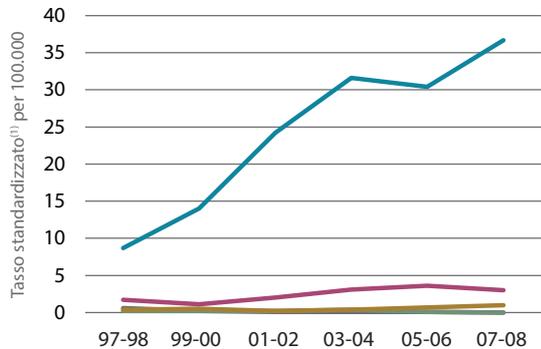


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Papillare	485	89,2
Follicolare	45	8,3
Midollare	11	2
Anaplastico	2	0,4
Altre morfologie	1	0,2
Non specificato	0	-

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

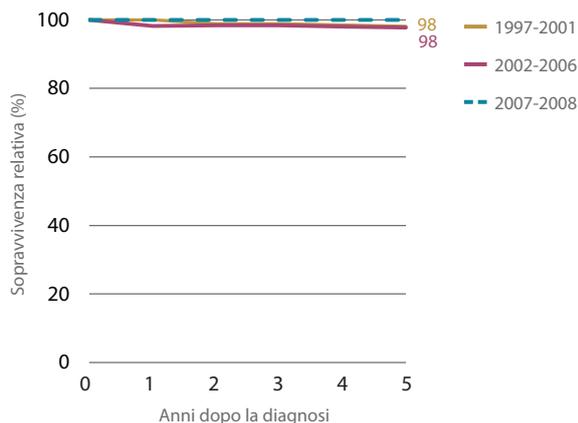
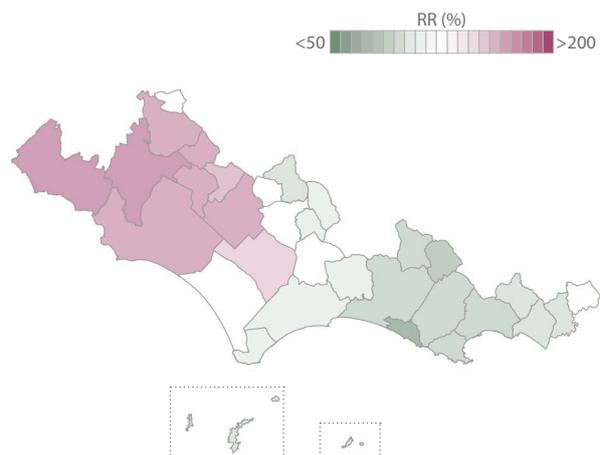
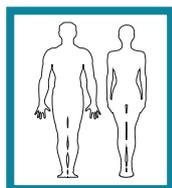


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Linfomi di Hodgkin

1. Scheda riassuntiva

Morfologie incluse (codice ICD-O-3):
linfoma di Hodgkin (9650-9667)

Morfologie escluse (codice ICD-O-3):
linfoma composito Hodgkin e non Hodgkin (9596).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati complessivamente 97 nuovi casi di linfoma di Hodgkin che rappresentano lo 0,8% di tutti i tumori negli uomini e lo 0,7% nelle donne.

Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media ogni anno 4,4 casi ogni 100.000 uomini e 3 ogni 100.000 donne. L'età media di insorgenza è piuttosto bassa, 36 anni, mentre l'età mediana è 33 anni, senza particolari differenze per sesso.

Fra le cause di morte per tumore il linfoma di Hodgkin rappresenta lo 0,2% di tutti i decessi tumorali negli uomini e lo 0,4% nelle donne.

Il confronto con i dati nazionali non mostra differenze

statisticamente significative sia per l'incidenza che per la mortalità.

Le varianti a sclerosi nodulare (60%) e cellularità mista (22,4) sono le più frequenti. La variante a sclerosi nodulare è caratterizzata inoltre da un rilevante incremento dell'andamento temporale.

I trend temporali evidenziano un aumento di incidenza in entrambi i sessi, più spiccato nelle donne. Mentre la mortalità appare generalmente più stabile nel periodo considerato.

La mappa dei rischi relativi per comune appare diffusamente variegata.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è del 84%, lievemente più alta rispetto al dato nazionale (81%), le nostre proiezioni indicano inoltre un ulteriore miglioramento di questo dato per il biennio 2007-2008.

Per quanto riguarda il dato di prevalenza si stima che in provincia di Latina poco più di 160 persone siano attualmente in vita con diagnosi di tumore di linfoma di Hodgkin effettuata nei precedenti dieci anni. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati
Anni 2004-2008.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	97	57	40	16	6	10
Percentuale sul totale	0,7	0,8	0,7	0,3	0,2	0,4
Tasso grezzo (per 100.000)	3,7	4,4	3	0,6	0,5	0,7
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	3,7	4,4	3,1	0,5	0,4	0,6
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,3	0,3	0,2	-	-	-
Età media	36	37	34,5	60,8	64	58,8
Età mediana	33	34	32	63,5	68	59,5

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

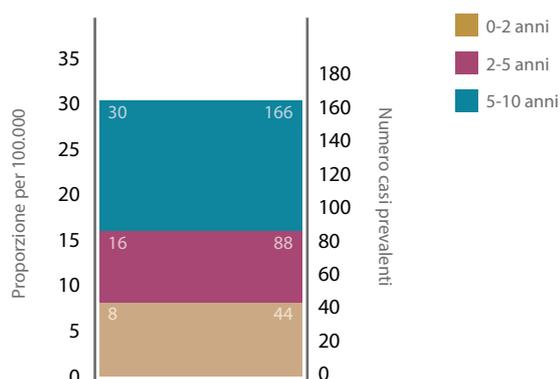
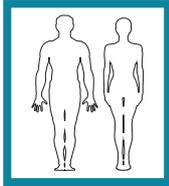


Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica

Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Linfonodo	86	88,7
Sistema emopoietico	2	2,1
Altre sedi	3	3,1
Non noto	6	6,2



Linfomi di Hodgkin

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

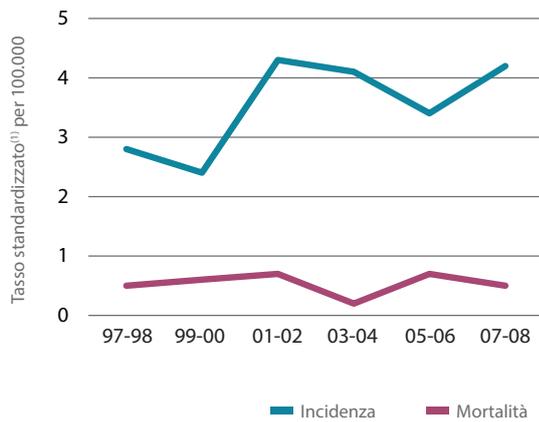


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

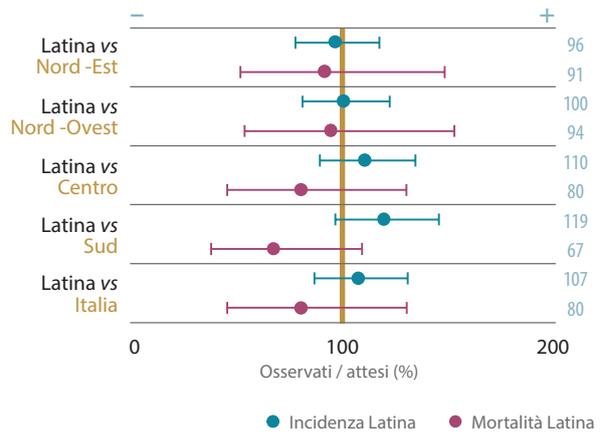


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

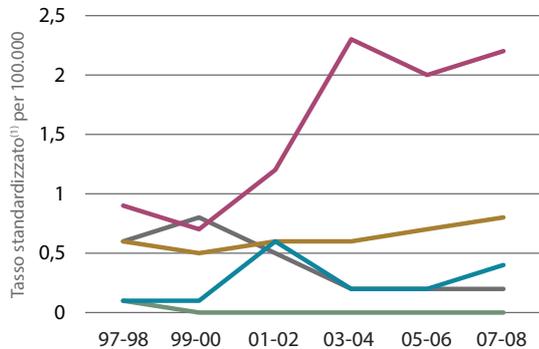


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Predominanza linfocitaria	10	11,8
Sclerosi nodulare	51	60
Cellularità mista	19	22,4
Deplezione linfocitaria	0	-
Non specificato	5	5,9

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

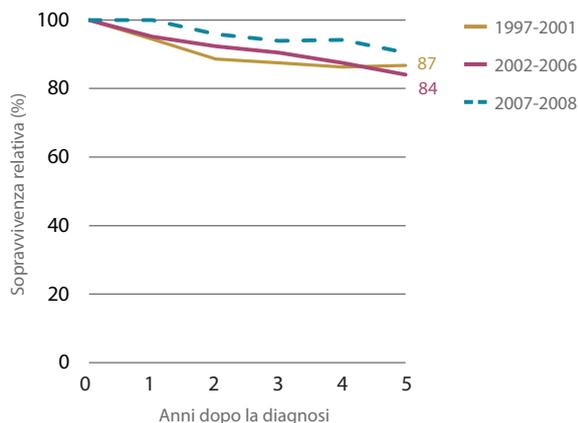
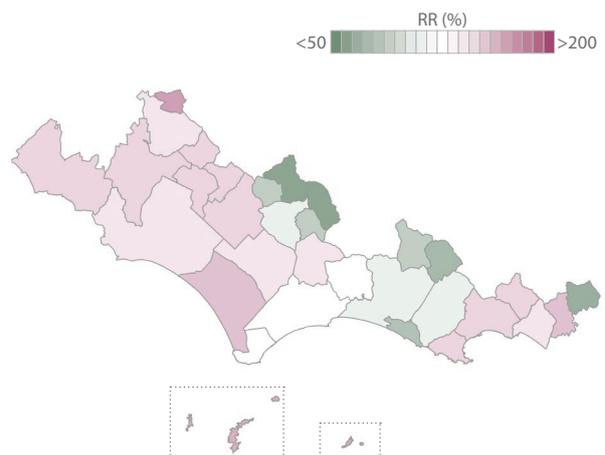
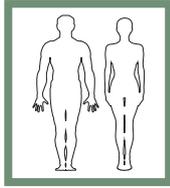


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Linfomi di Hodgkin

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

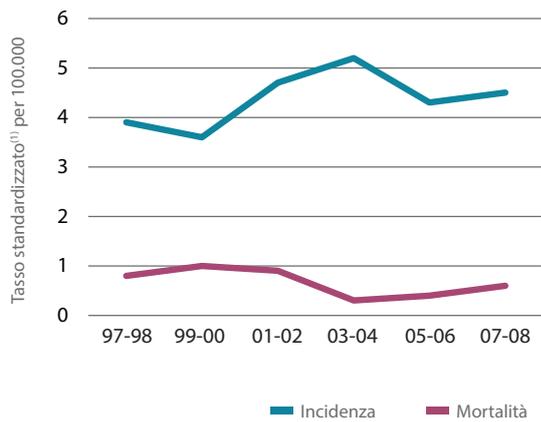


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad altre aree geografiche. Anni 2004-2008

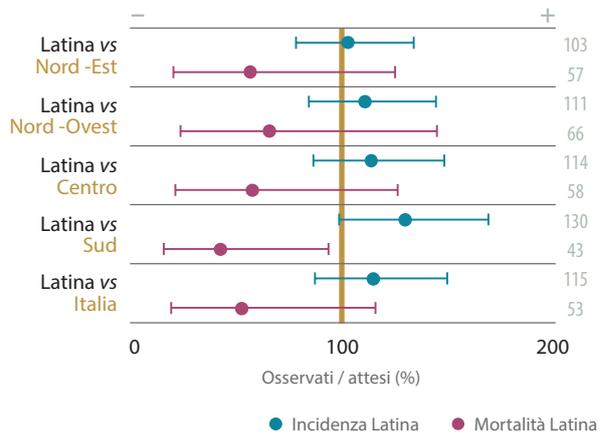


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

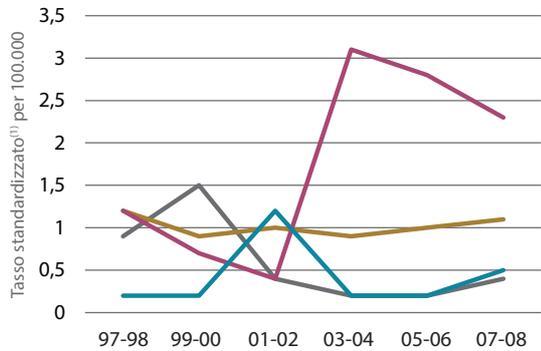


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Predominanza linfocitaria	5	9,4
Sclerosi nodulare	31	58,5
Cellularità mista	13	24,5
Deplezione linfocitaria	0	-
Non specificato	4	7,5

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

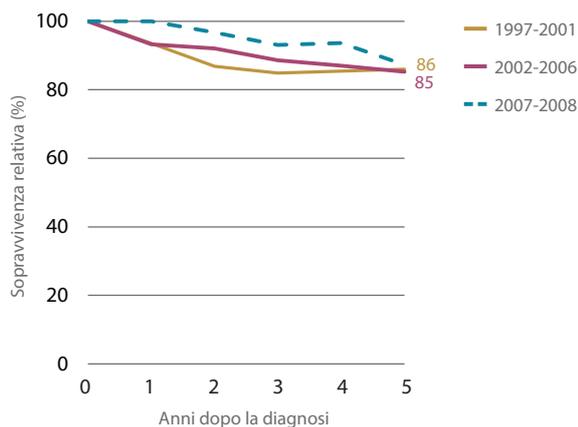
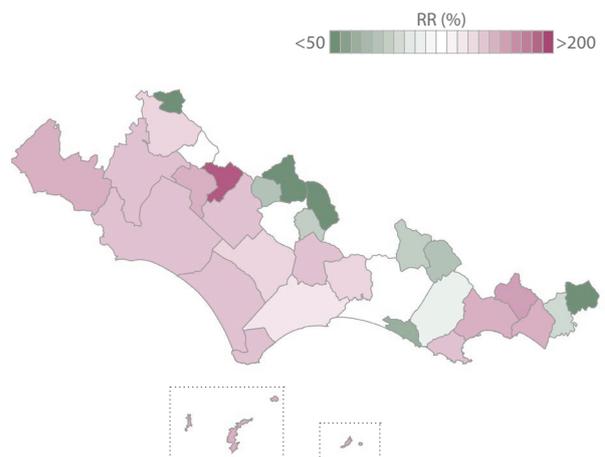
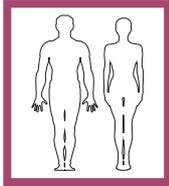


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Linfomi di Hodgkin

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

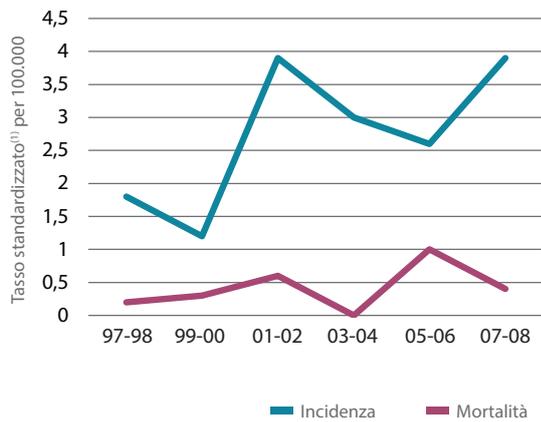


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

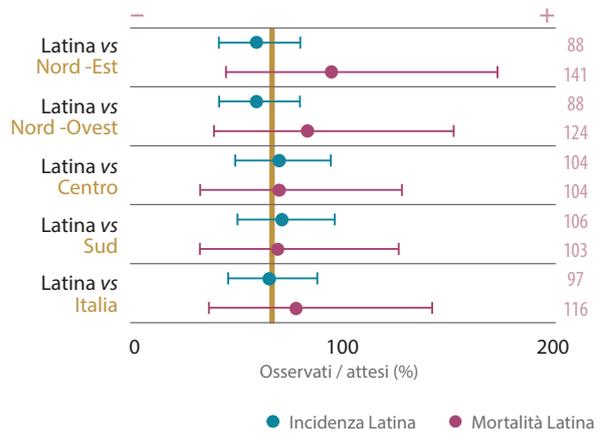


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

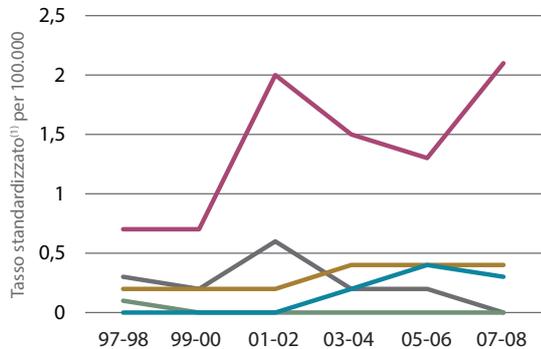


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Predominanza linfocitaria	5	15,6
Sclerosi nodulare	20	62,5
Cellularità mista	6	18,8
Deplezione linfocitaria	0	-
Non specificato	1	3,1

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

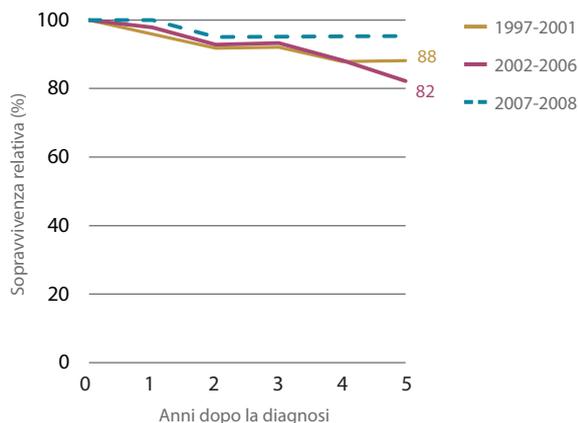
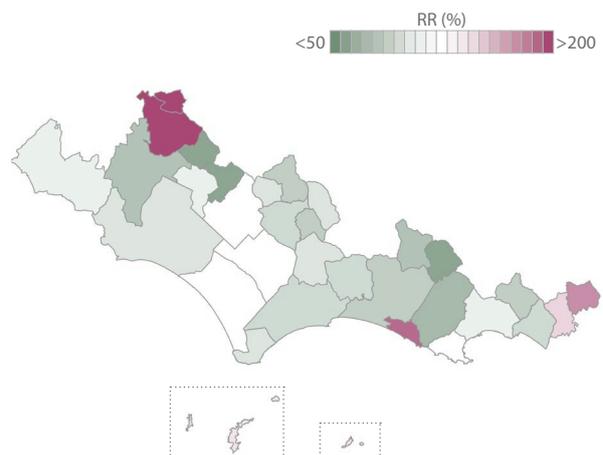
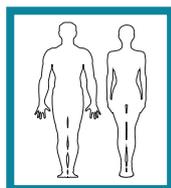


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Linfomi non Hodgkin

1. Scheda riassuntiva

Morfologie incluse (codice ICD-O-3):

linfomi maligni NAS o diffusi (9590-9596), linfomi non Hodgkin (9670-9729), malattie immunoproliferative (9760-9769), linfoma a piccoli linfociti (9823*), linfoma a cellule T dell'adulto (9827*), hairy cell leukemia (9940), leucemia aggressiva a cellule NK (9948).

* solo se la sede è diversa da: midollo osseo (C42.1), sangue (C42.0) e sistema emopoietico NAS (C42.4).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 sono stati registrati complessivamente 422 nuovi casi di linfoma non Hodgkin che rappresentano il 3,2% di tutti i tumori negli uomini e lo 3,3% nelle donne.

Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media ogni anno 17,2 casi ogni 100.000 uomini e 14,7 casi ogni 100.000 donne. L'età media alla diagnosi è stata mediamente di 62 anni, ma è risultata essere più bassa nei maschi rispetto alle femmine (rispettivamente 59,5 e 64,7 anni alla diagnosi).

Fra le cause di morte tumorale il linfoma non Hodgkin rappresenta lo 2,3% di tutti i decessi tumorali negli uomini e lo 2,5% nelle donne.

Dal confronto con i dati nazionali si osserva un'incidenza generalmente inferiore alla media nazionale, soprattutto rispetto alle aree del Nord Italia, il dato di mortalità ha un comportamento sovrapponibile al dato di incidenza.

I linfomi a cellule B sono decisamente quelli più frequenti (82%), tra questi i linfomi a cellule B aggressivi (46,2%). L'andamento temporale evidenzia un deciso aumento dei linfomi a cellule B aggressivi, spiccatamente negli uomini. I trend temporali evidenziano un lieve aumento di incidenza in entrambi i sessi e una mortalità generalmente stabile.

Per quanto riguarda la mappa dei rischi relativi sono evidenti aree a maggior rischio nella parte settentrionale della provincia in riferimento al sesso maschile, mentre per il sesso femminile non vi sono evidenze particolarmente marcate.

La sopravvivenza relativa a 5 anni (59%) appare inferiore rispetto al periodo precedente (68%) e comunque non lontana da quella del dato nazionale (63%).

In termini di prevalenza, al 1° gennaio 2009, 457 persone sono viventi con diagnosi di linfoma non Hodgkin effettuata nei precedenti dieci anni. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati

Anni 2004-2008.

	M+F	M	F
Numero casi	422	223	199
Percentuale sul totale	3,3	3,2	3,3
Tasso grezzo (per 100.000)	15,9	17,2	14,7
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	12,9	14,7	11,2
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,1	1,3	1
Età media	62	59,5	64,7
Età mediana	65	64	67

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	422	223	199	150	87	63
Percentuale sul totale	3,3	3,2	3,3	2,4	2,3	2,5
Tasso grezzo (per 100.000)	15,9	17,2	14,7	5,6	6,7	4,6
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	12,9	14,7	11,2	4	5,2	3
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	1,1	1,3	1	0,3	0,4	0,3
Età media	62	59,5	64,7	68,3	67,4	69,3
Età mediana	65	64	67	72	71	72

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.

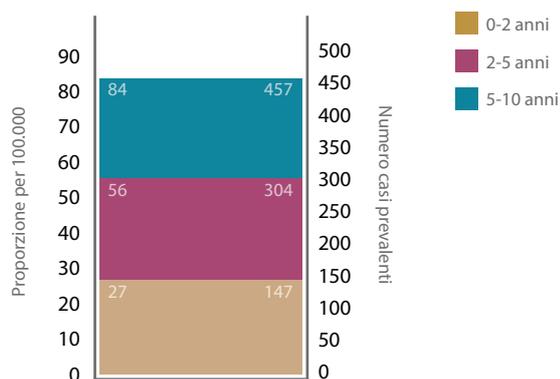
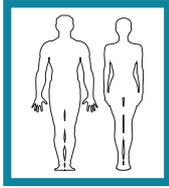


Tabella 1b. Distribuzione per sottosede anatomica

Anni 2004-2008

Sottosede	Casi	%
Linfonodo	262	62,1
Milza	9	2,1
Sistema emolinfopoietico NAS	49	11,6
Testa e collo	11	2,6
Cute	21	5
Stomaco	26	6,2
Altre sedi extranodali	26	6,2
Non noto	18	4,3



Linfomi non Hodgkin

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

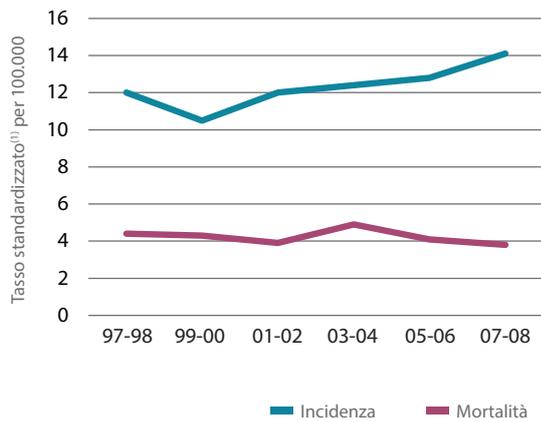


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad altre aree geografiche. Anni 2004-2008

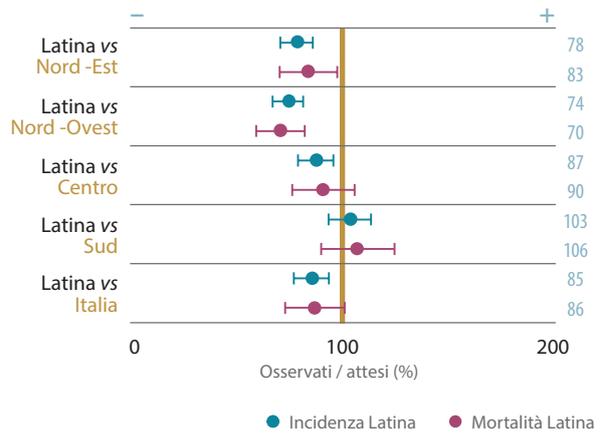


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

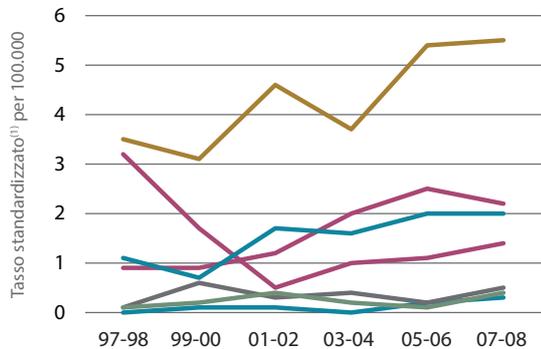


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Cellule B, Indolenti follicolari	56	15,4
Cellule B, Indolenti non follicolari	74	20,3
Cellule B, Aggressivi	168	46,2
Cellule T, Indolenti	8	2,2
Cellule T, Aggressivi	11	3
Linfomi dei precursori	7	1,9
Non specificato	40	11

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

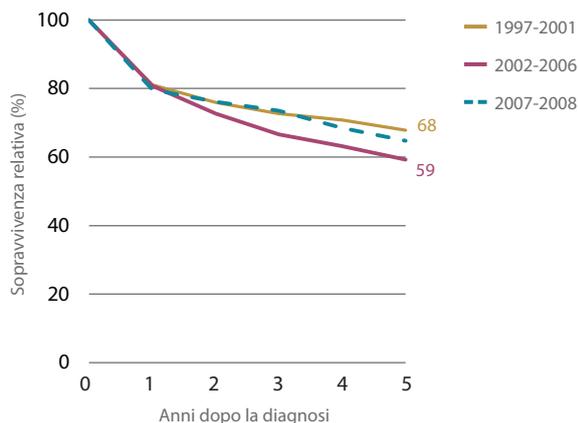
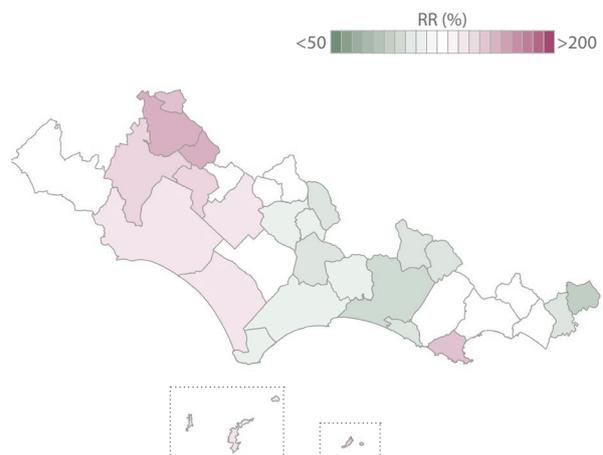
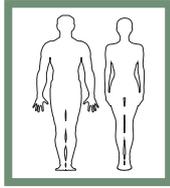


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Linfomi non Hodgkin

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

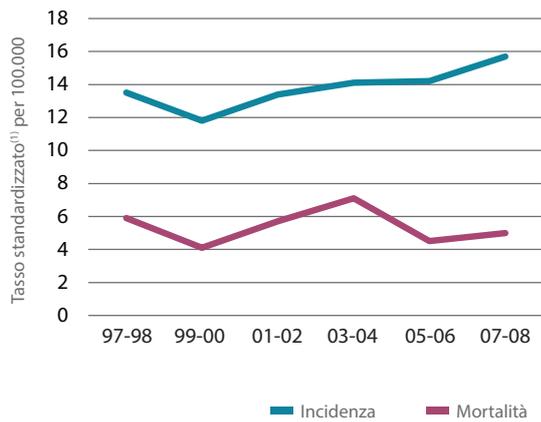


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

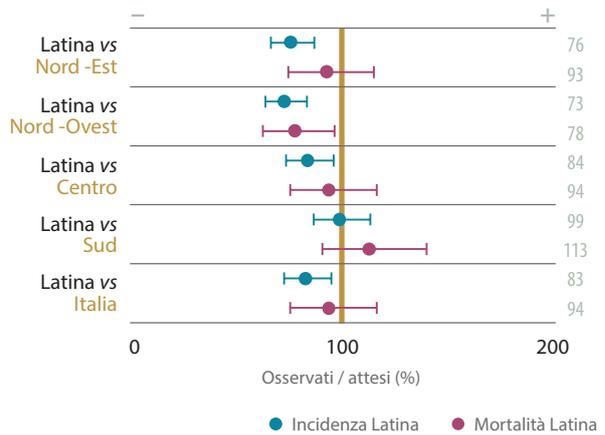


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

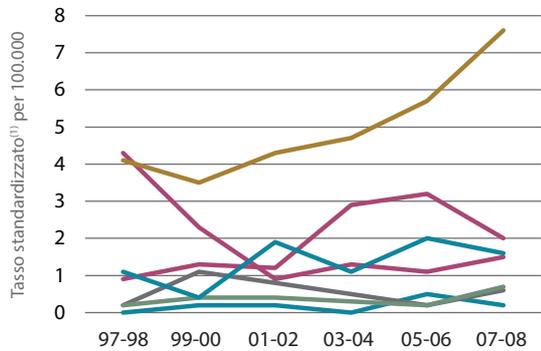


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Cellule B, Indolenti follicolari	24	12,2
Cellule B, Indolenti non follicolari	40	20,4
Cellule B, Aggressivi	96	49
Cellule T, Indolenti	7	3,6
Cellule T, Aggressivi	7	3,6
Linfomi dei precursori	3	1,5
Non specificato	19	9,7

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

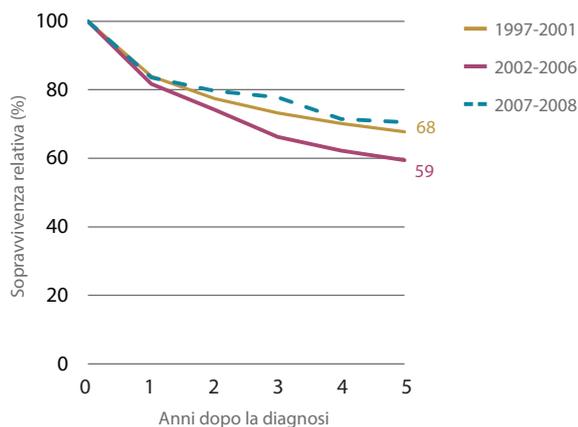
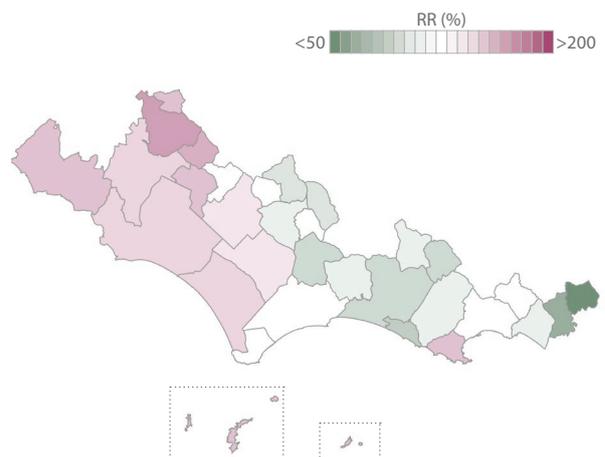
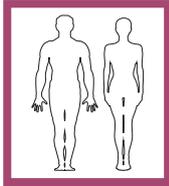


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Linfomi non Hodgkin

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

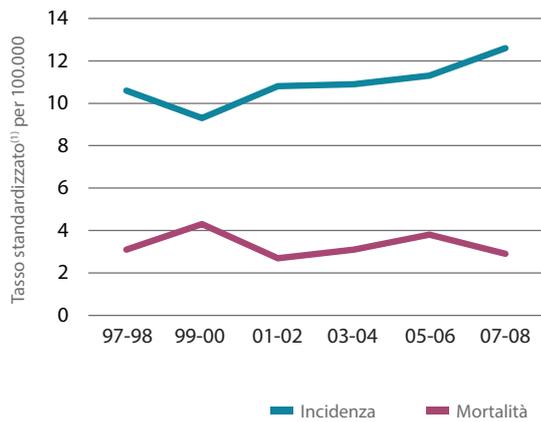


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

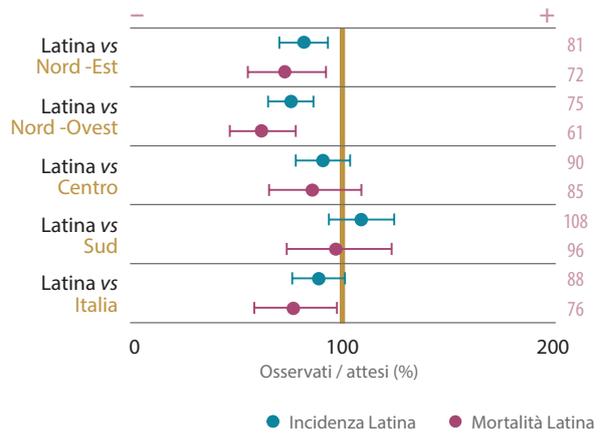


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

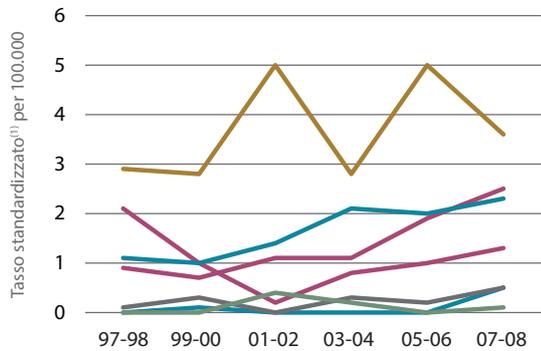


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Cellule B, Indolenti follicolari	32	19
Cellule B, Indolenti non follicolari	34	20,2
Cellule B, Aggressivi	72	42,9
Cellule T, Indolenti	1	0,6
Cellule T, Aggressivi	4	2,4
Linfomi dei precursori	4	2,4
Non specificato	21	12,5

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

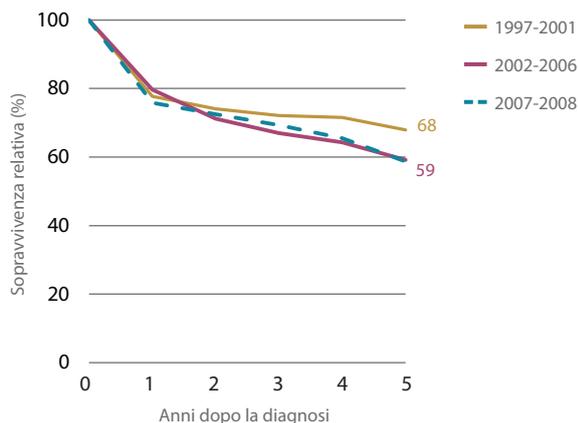
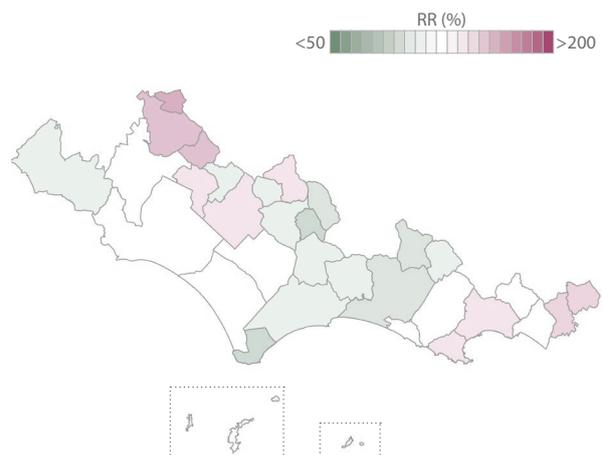
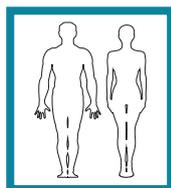


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Mielomi

1. Scheda riassuntiva

Morfologie incluse (codice ICD-O-3):
tumori plasmacellulari (9731-9734)

Commento ai dati

Nel periodo che va dal 2004 al 2008 sono stati registrati complessivamente 178 nuovi casi di mieloma. Trattasi di un tumore che non presenta grosse differenze quantitative tra i due sessi: negli uomini con 90 casi registrati rappresenta l'1,3% di tutti i tumori e nelle donne l'1,5% con 88 casi osservati.

Nella provincia di Latina sono stati diagnosticati in media ogni anno 6,9 casi ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e 6,5 casi ogni 100.000 abitanti tra le donne. L'età media alla diagnosi è di poco superiore ai 68 anni, senza particolari differenze di genere.

Nello stesso quinquennio si sono osservati 104 decessi per mieloma, 59 fra le donne (il 2,4% di tutte le morti per

tumore) e 45 tra gli uomini (rappresentando l'1,2% di tutti i decessi per causa tumorale).

Nel confronto con i dati delle altre macroaree italiane la provincia di Latina non mostra differenze significative sia per incidenza che per mortalità.

Anche la distribuzione del rischio su area geografica provinciale non pone particolari zone di attenzione.

La tendenza in aumento dell'incidenza in provincia sembra sia ascrivibile soprattutto al sesso maschile, pur con ampia variabilità dei tassi. Per la mortalità i tassi mostrano variabilità non significative nel tempo.

La morfologia più frequente è il mieloma multiplo (che rappresenta il 94% dei casi) mentre i plasmocitomi sono più rari. Sempre più frequentemente viene effettuata una migliore definizione della componente monoclonale.

La sopravvivenza relativa a 5 anni per i casi registrati in provincia è del 49%, perfettamente in linea con quanto osservato nel resto del territorio nazionale.

Al 1 gennaio 2009 si stimavano 135 persone ancora in vita dopo una diagnosi di mieloma nel corso degli ultimi dieci anni. È noto come questi soggetti ricorrano a cure e controlli continui nel corso degli anni. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

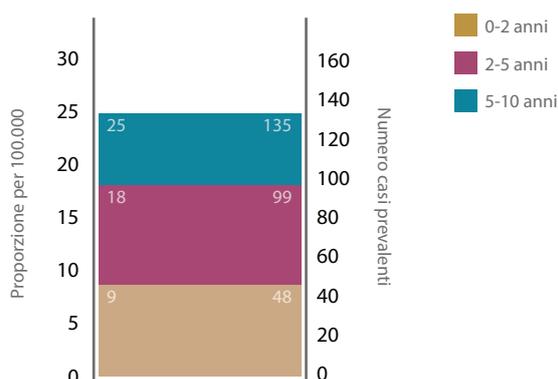
Sintesi dei risultati
Anni 2004-2008.

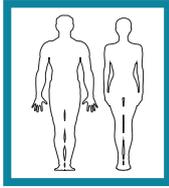
	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	178	90	88	104	45	59
Percentuale sul totale	1,4	1,3	1,5	1,7	1,2	2,4
Tasso grezzo (per 100.000)	6,7	6,9	6,5	3,9	3,5	4,4
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	5	5,4	4,6	2,7	2,6	2,7
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,4	0,5	0,4	0,2	0,2	0,2
Età media	68,5	68,8	68,1	69,8	68,9	70,7
Età mediana	70	69,5	70	71	70	72

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.





Mielomi

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

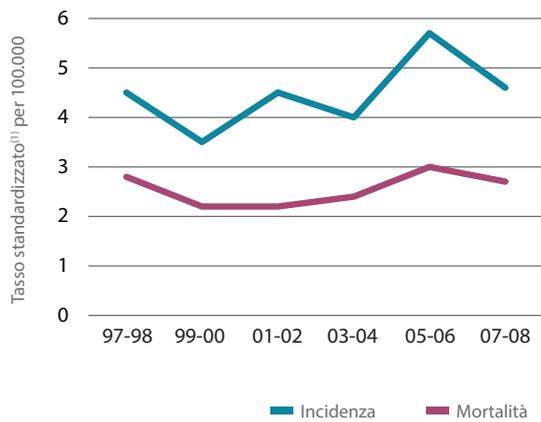


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

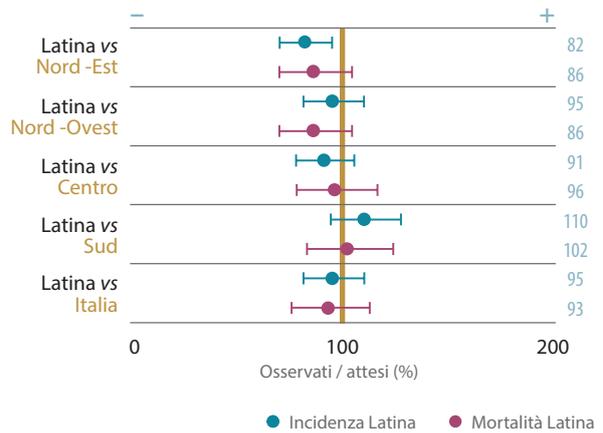


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

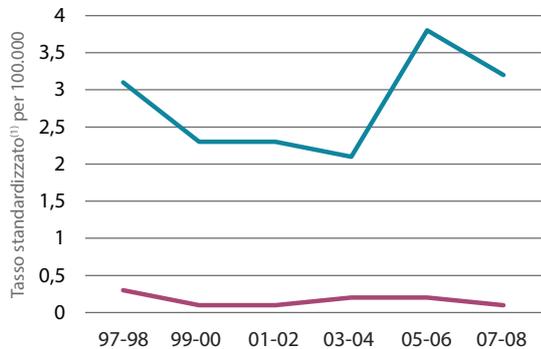


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Mieloma multiplo	116	94,3
Plasmocitoma	7	5,7

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

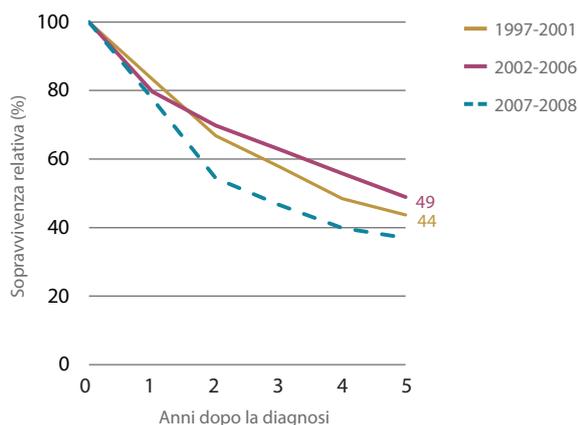
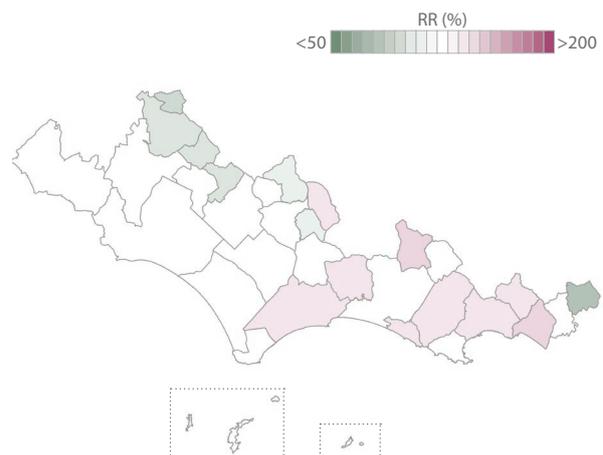
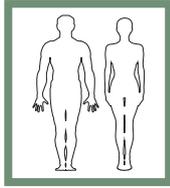


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Mielomi

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

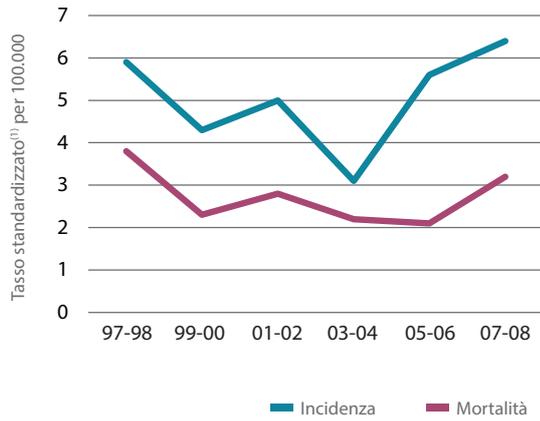


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

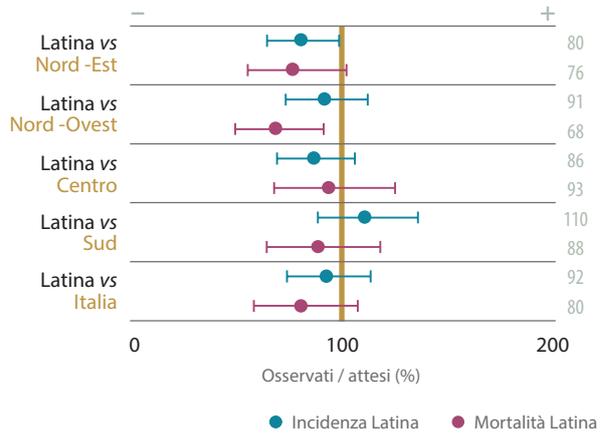


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

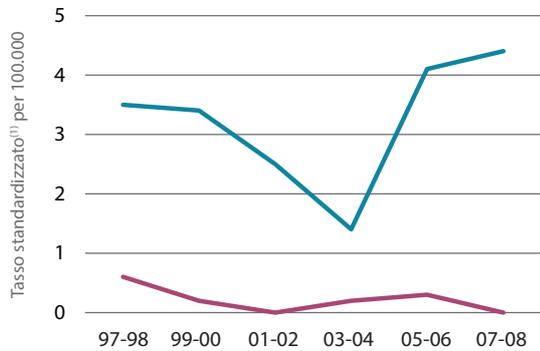


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Mieloma multiplo	61	95,3
Plasmocitoma	3	4,7

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

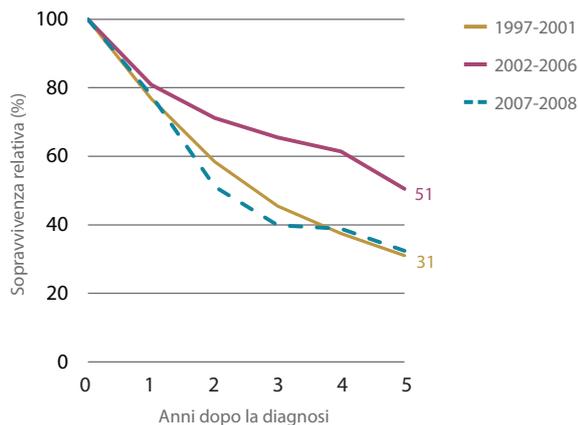
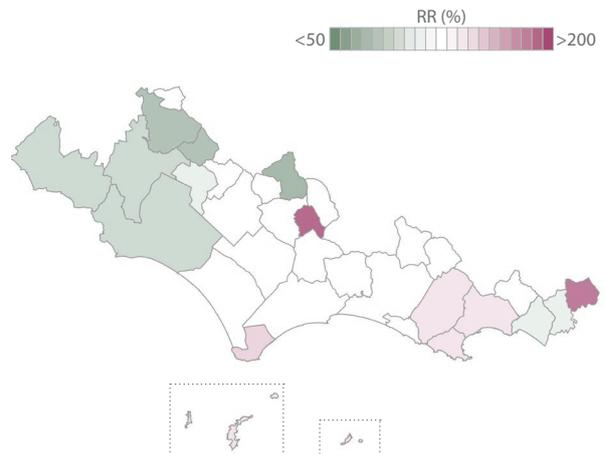
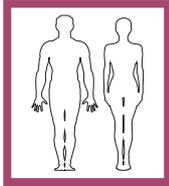


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Mielomi

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

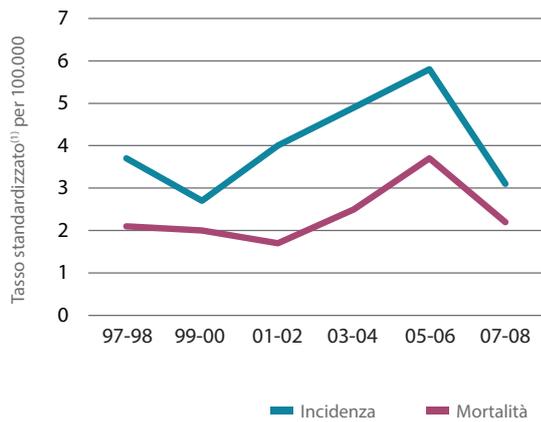


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

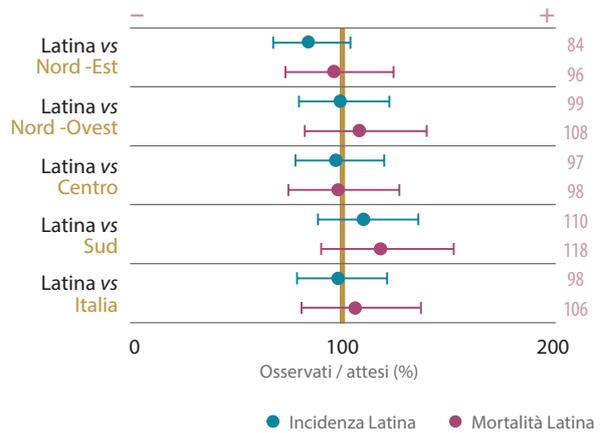


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

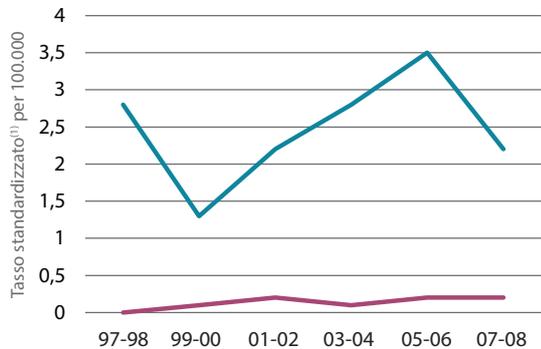


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Mieloma multiplo	55	93,2
Plasmocitoma	4	6,8

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

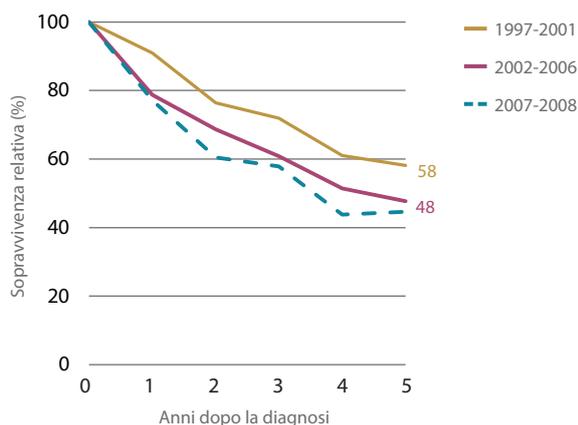
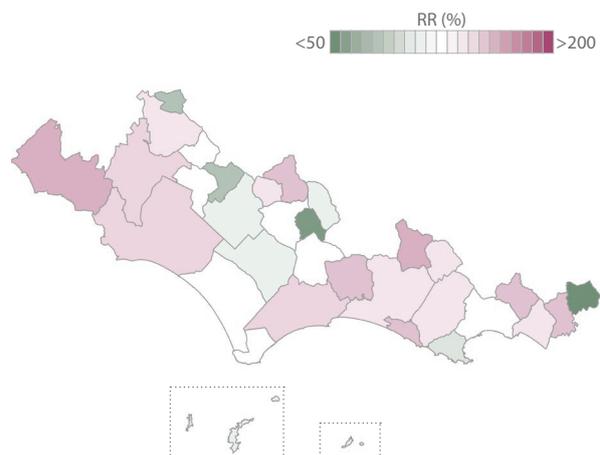
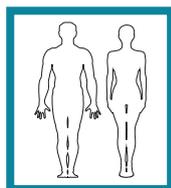


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Leucemie

1. Scheda riassuntiva

Morfologie incluse (codice ICD-O-3):

leucemie NAS (9800-9805), leucemie linfoidi (9820-9837*), leucemie mieloidi (9840-9931), leucemia mielomonocitica cronica NAS (9945), leucemia mielomonocitica giovanile (9946).

*Le seguenti morfologie: leucemia linfocitica cronica a cellule B (9823), leucemia a cellule T dell'adulto (9827), sono incluse solo se la sede è: midollo osseo (C42.1), sangue (C42.0), sistema emopoietico NAS (C42.4).

Commento ai dati

Nel periodo 2004-2008 nella provincia di Latina sono stati registrati complessivamente 304 nuovi casi di leucemia, di cui 165 negli uomini e 139 nelle donne rappresentando rispettivamente il 2,4% ed il 2,3% delle diagnosi di tumore. Il termine leucemie raggruppa un insieme di malattie eterogenee, anche se nel loro complesso non particolarmente frequenti: anche in provincia di Latina, infatti, le leucemie sono la 12° neoplasia in ordine di frequenza. Mediamente nella provincia Latina sono stati diagnosticati ogni anno 12,7 casi ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e 10,3 casi ogni 100.000 abitanti tra le donne con un'età media alla diagnosi lievemente superiore tra gli uomini (circa 63 anni) rispetto alle donne (59 anni).

Il gruppo delle leucemie mieloidi acute è risultato quello più frequente (rappresentando il 42,7% dei casi), seguito dalle leucemie linfatiche croniche (27%) e dalle leucemie mieloidi croniche (13,7%).

I decessi per leucemia rappresentano il 3,5% di tutti i decessi tumorali tra gli uomini, mentre tra le donne essi rappresentano il 4,2% di tutti i decessi per neoplasia.

Il confronto con i dati nazionali non ha fatto rilevare differenze significative tra i tassi di incidenza e mortalità rilevati in provincia di Latina e i tassi medi nazionali.

L'andamento nel tempo di incidenza e mortalità per il complesso delle leucemie non mostra significative variazioni nei 12 anni oggetto di approfondimento.

La valutazione dei rischi relativi sul territorio per comune ha mostrato una distribuzione eterogenea, con un'area nei Monti Lepini associabile ad un maggiore rischio nel sesso maschile.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è del 48 %, simile alla media osservata dai registri nazionali (46%).

Si stima che circa 230 persone nella provincia di Latina abbiano avuto una diagnosi di leucemia negli ultimi 10 anni e siano tutt'ora viventi. ■

Tabella 1a. Incidenza e mortalità

Sintesi dei risultati

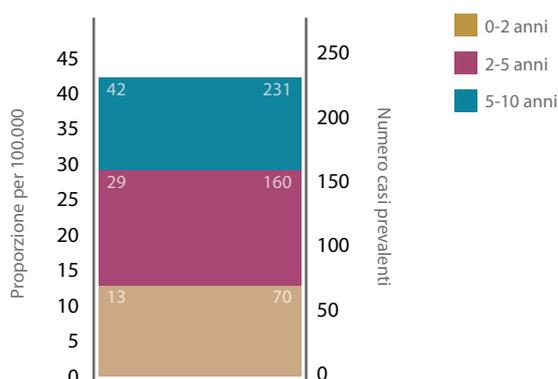
Anni 2004-2008.

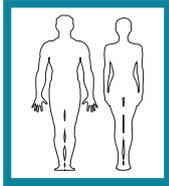
	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	304	165	139	235	130	105
Percentuale sul totale	2,3	2,4	2,3	3,8	3,5	4,2
Tasso grezzo (per 100.000)	11,4	12,7	10,3	8,8	10	7,7
Tasso standardizzato ⁽¹⁾ (per 100.000)	9,2	10,5	8,3	6,1	7,6	4,8
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	0,8	0,9	0,7	0,5	0,6	0,4
Età media	61	62,7	58,9	70,2	70	70,4
Età mediana	68	69	67,5	73	73	74

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Figura 1a. Prevalenza per anni dalla diagnosi.

Dato osservato al 1° gennaio 2009.





Leucemie

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

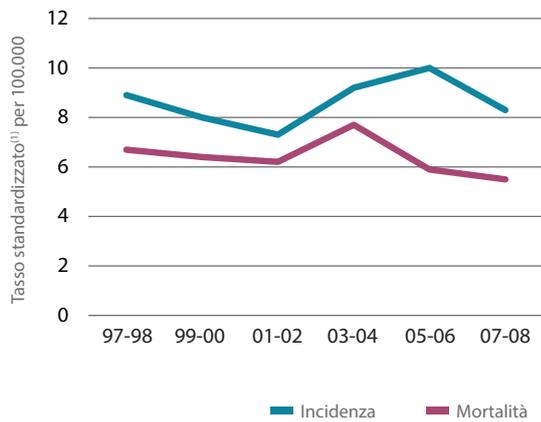


Figura 2b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

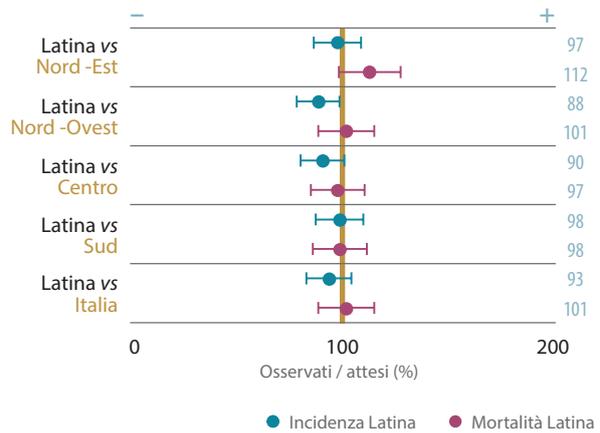


Figura 2c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

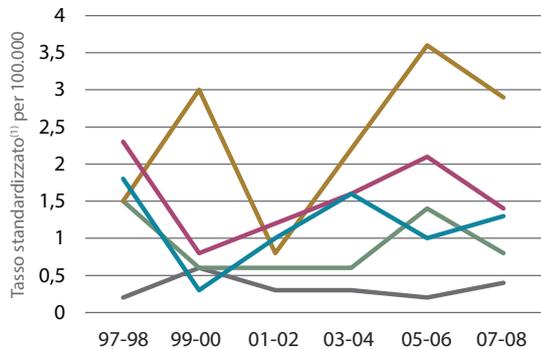


Tabella 2a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Linfatica acuta	27	11,2
Linfatica cronica	65	27
Mieloide acuta	103	42,7
Mieloide cronica	33	13,7
Leucemie non specificate	13	5,4

Figura 2d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

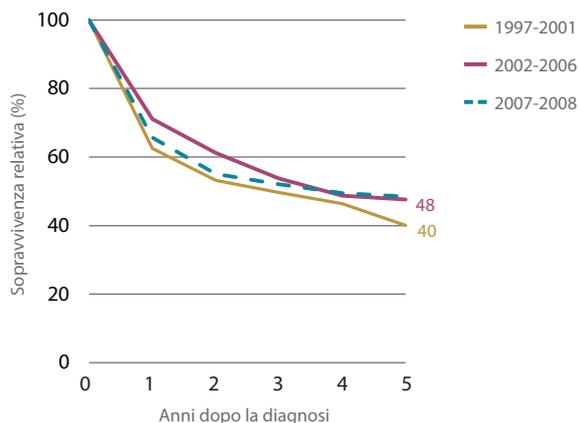
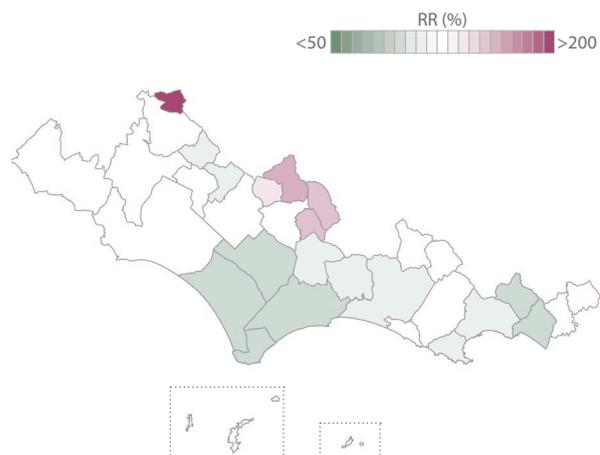
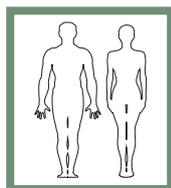


Figura 2e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Leucemie

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

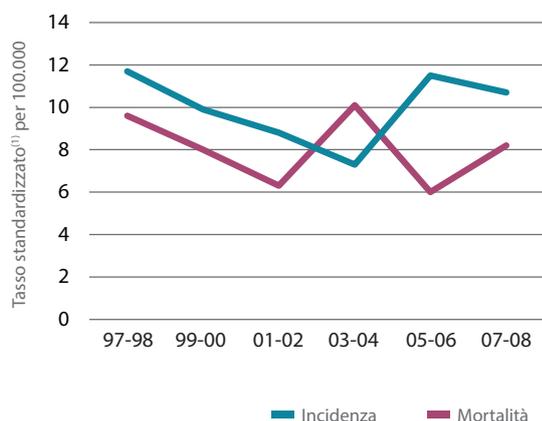


Figura 3b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad altre aree geografiche. Anni 2004-2008

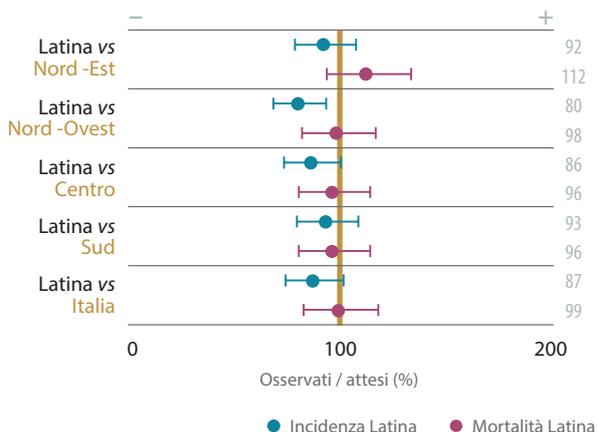


Figura 3c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

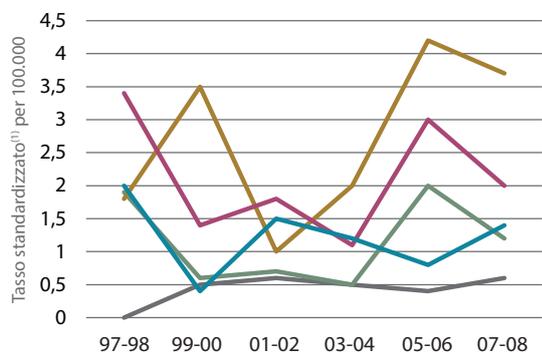


Tabella 3a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Linfatica acuta	12	8,7
Linfatica cronica	39	28,3
Mieloide acuta	56	40,6
Mieloide cronica	21	15,2
Leucemia NAS	10	7,2

Figura 3d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

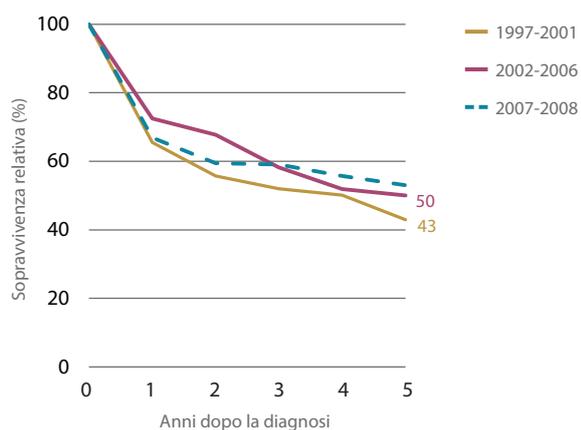
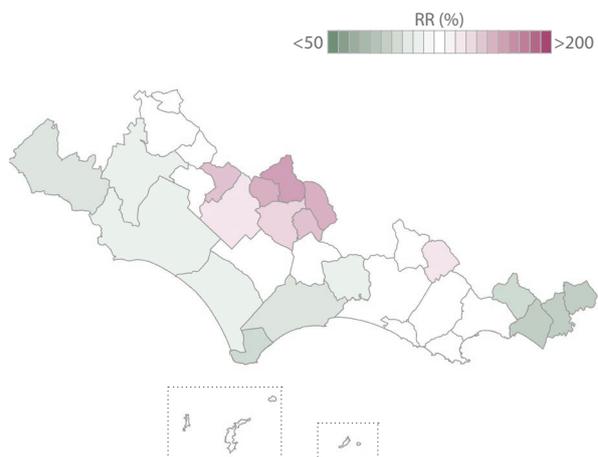
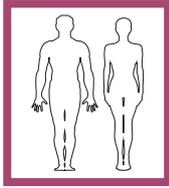


Figura 3e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008





Leucemie

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza e mortalità
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

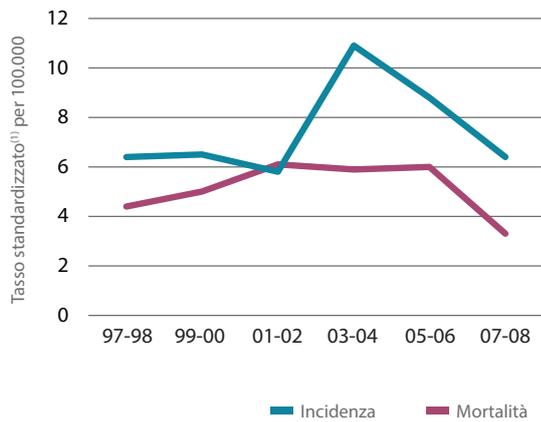


Figura 4b. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

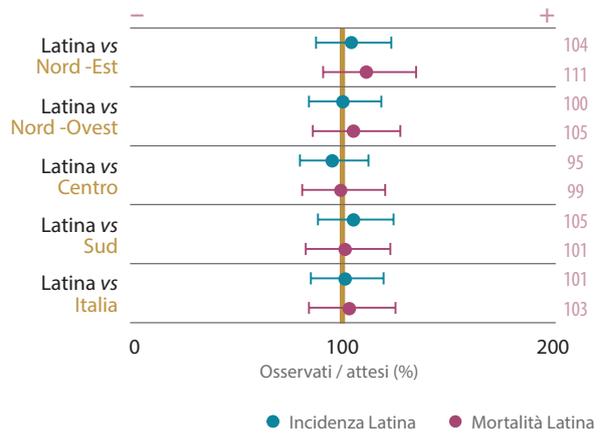


Figura 4c. Gruppi morfologici
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

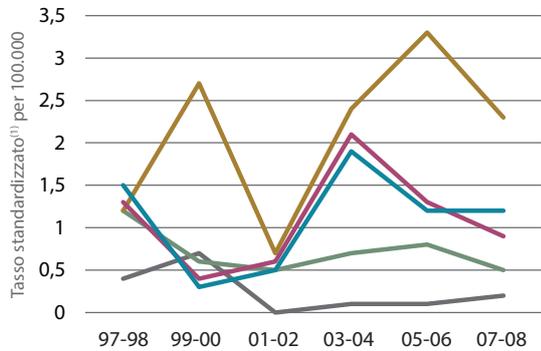


Tabella 4a. Gruppi morfologici
Distribuzione per gruppi morfologici
Anni 2004-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Linfatica acuta	15	14,6
Linfatica cronica	26	25,2
Mieloide acuta	47	45,6
Mieloide cronica	12	11,7
Leucemia NAS	3	2,9

Figura 4d. Sopravvivenza relativa
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001, 2002-2006 e stima 2007-2008

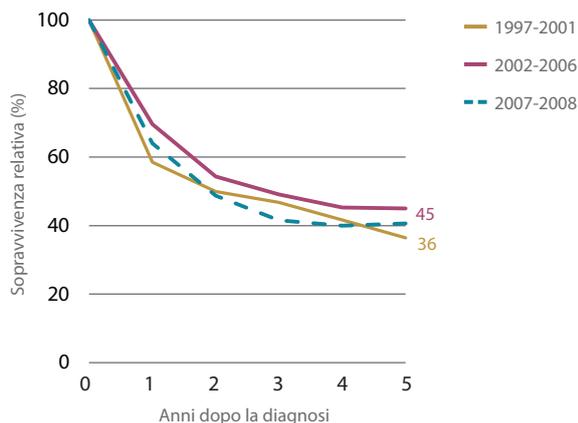
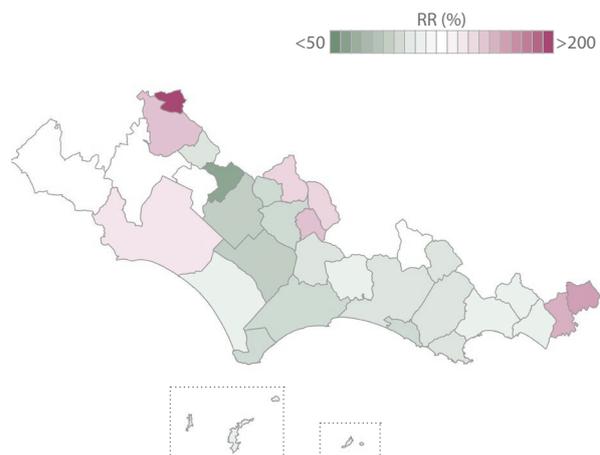
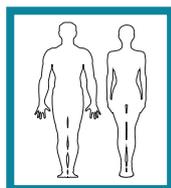


Figura 4e. Incidenza
Mappa dei rischi relativi (RR) per comune
Anni 1997-2008



**I tumori infantili
in provincia di Latina**



Tumori infantili (0-14 anni)

1. Scheda riassuntiva

Neoplasie incluse/escluse:

Sono inclusi tutti, compresi i tumori benigni del SNC i tumori. Sono esclusi i carcinomi della cute. Per i confronti nazionali sono esclusi i tumori benigni del SNC.

Tabella 1a. Incidenza

Sintesi dei risultati

Anni 2001-2008.

	Incidenza		
	M+F	M	F
Numero casi	136	71	65
Percentuale sul totale	0,7	0,7	0,7
Tasso grezzo (per milione)	219,1	222,5	215,5
T. standardizzato ⁽¹⁾ (per milione)	220,5	224,7	215,8
Rischio cumulativo (per 1000)	3,3	3,3	3,2

⁽¹⁾ Popolazione standard europea

Commento ai dati

I tumori che si osservano in età pediatrica si diversificano da quelli insorti in età adulta per sede di insorgenza, velocità di accrescimento, caratteristiche istologiche e risposte ai farmaci antitumorali.

Le possibilità di guarigione sono attualmente superiori nei bambini rispetto agli adulti, e grandi progressi si sono avuti negli ultimi anni nella diagnostica, nelle terapie e nel miglioramento della qualità della vita.

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

Nella banca dati del Registro Tumori di Popolazione della provincia di Latina i nuovi casi di tumore infantile nel periodo 2001-2008 sono stati 136 in età 0-14, con una lieve predominanza di maschi.

I tumori emolinfatici hanno rappresentato il 44% del totale e quelli solidi il 56%. Al primo posto le leucemie, seguite dai tumori maligni dell'encefalo, dai linfomi e dai tumori dell'osso.

Non si apprezzano grosse differenze tra i due sessi, tranne che per il tumore della tiroide nelle bambine, che rappresenta il terzo in assoluto, con il 9% già tra i 5 e 14 anni per diventare poi il primo tra le adolescenti (ragazze tra 15 e 19 anni).

In media ogni anno si ammalano per la prima volta di un tumore circa 9 maschi e 9 femmine sotto i 15 anni nella nostra provincia, mentre sono circa 140 i casi prevalenti che necessitano di cure e controlli.

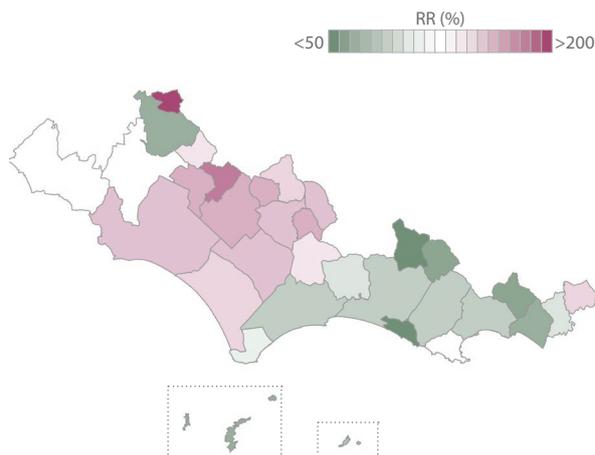
Il tasso standardizzato di incidenza medio nel decennio è stato di circa 222 per milione, nei due sessi nella fascia 0-14. Il tasso è più alto nei primi anni di vita per poi decrescere tra i 5 e 9 anni e risalire tra i 10 e 14 anni.

In un confronto con i dati pubblicati dall'AIRTUM per il

Figura 1e. Incidenza

Mappa dei rischi relativi (RR) per comune

Anni 1997-2008



periodo 2004-2008, i tassi di incidenza della provincia di Latina sembrano leggermente superiori, però solo per le femmine questo dato raggiunge qualche significatività, ed è molto legato al dato della tiroide.

La distribuzione dei casi sulla mappa geografica della provincia sembra indicare un'area di maggiore rischio in età infantile tra Latina ed i Monti Lepini.

L'andamento della incidenza nel periodo osservato mostra tuttavia una tendenza verso la riduzione.

Le diagnosi microscopiche incluse a Latina sono però solo il 79% per i tumori infantili, contro l'87% della media nazionale.

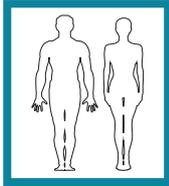
Per quanto riguarda la mortalità, si sono registrati 25 decessi per tumore nella fascia 0-14, il 56% nei maschi, per il periodo 2001-2008. Quasi il 60% dei decessi avviene fuori della nostra provincia.

Cause di morte più frequenti per tumore fino all'età di 14 anni sono le leucemie ed tumori cerebrali.

I pochi casi nell'intero decennio non permettono tuttavia descrizioni e confronti significativi anche per quanto attiene al trend temporale.

Si assiste nel tempo ad un buon miglioramento della sopravvivenza osservata per tumore in età pediatrica, oggi all'85% sovrapponibile a quanto osservato a livello nazionale (83%).

Le famiglie scelgono in prevalenza gli ospedali fuori della nostra ASL di Latina nell'80% dei ricoveri per malattie emolinfatiche fino all'età di 14 anni, percentuale che sale al 95% per i tumori solidi. I centri specialistici di riferimento sono soprattutto l'Ospedale Bambin Gesù, il Policlinico Agostino Gemelli e il Policlinico Umberto I di Roma. Circa l'8% dei ricoveri per tumori solidi infantili avviene in strutture fuori regione. ■



Tumori infantili (0-14 anni)

2. Maschi e femmine

Figura 2a. Incidenza

Primi 5 tumori in termini di frequenza per età.
Anni 2001-2008

	0-4	5-9	10-14	Totale
1°	Leucemie 37%	Osso 23%	Leucemie 25%	Leucemie 29%
2°	SNC 26%	Leucemie 18%	Linfomi 23%	SNC 21%
3°	Occhio 7%	SNC 14%	SNC 20%	Linfomi 13%
4°	Rene 7%	Linfomi 9%	Tiroide 10%	Osso 7%
5°	Tessuti molli 4%	Gh.endocrine 9%	Osso 8%	Tiroide 5%

Figura 2b. Incidenza

Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

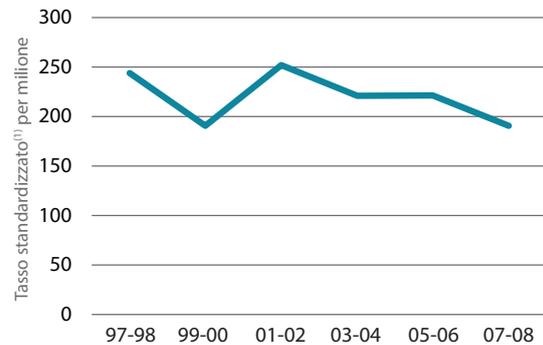


Figura 2c. Confronti nazionali.

Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

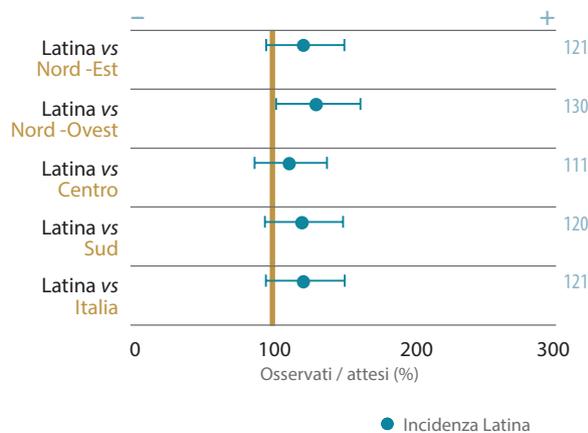


Figura 2d. Sopravvivenza osservata

Confronto tra periodi
Anni 1997-2001 e 2002-2008

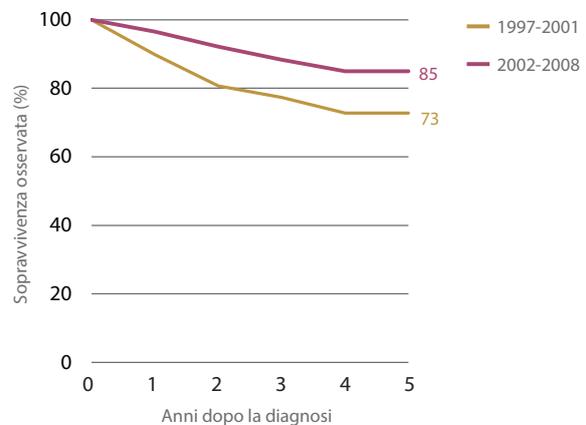


Figura 2e. Gruppi di neoplasie

Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

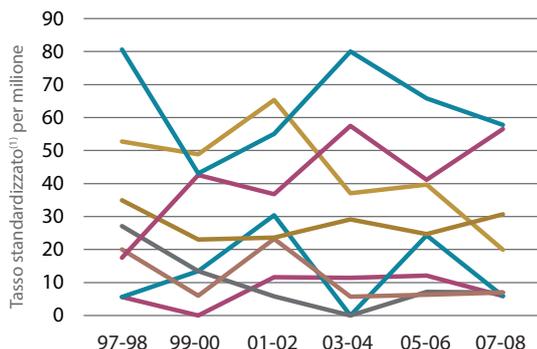
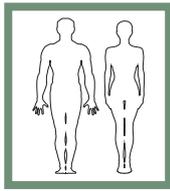


Tabella 2a. Gruppi di neoplasie

Distribuzione per gruppi di neoplasie
Anni 2001-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Leucemia	39	28,7
SNC	29	21,3
Linfomi	18	13,2
Rene	6	4,4
Tessuti molli	3	2,2
Osso	10	7,4
Tiroide	7	5,1
Altri tumori	24	17,6



Tumori infantili (0-14)

3. Maschi

Figura 3a. Incidenza
Primi 5 tumori in termini di frequenza per età.
Anni 2001-2008

	0-4	5-9	10-14	Totale
1°	Leucemie 36%	Osso 27%	Linfomi 34%	Leucemie 27%
2°	SNC 29%	Leucemie 13%	Leucemie 24%	SNC 21%
3°	Occhio 11%	Linfomi 13%	SNC 21%	Linfomi 20%
4°	Linfomi 7%	Mal definite 13%	Osso 7%	Osso 8%
5°	Miscellanea 7%	SNC 7%	Melanomi 7%	Occhio 4%

Figura 3b. Incidenza
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

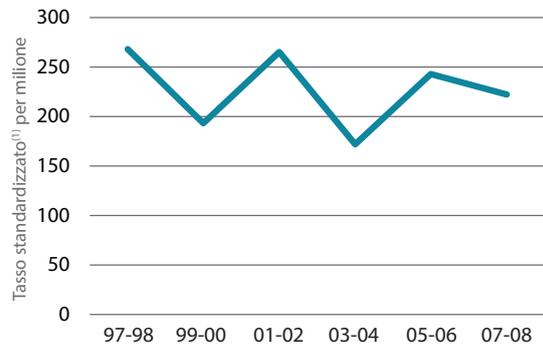


Figura 3c. Confronti nazionali.
Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

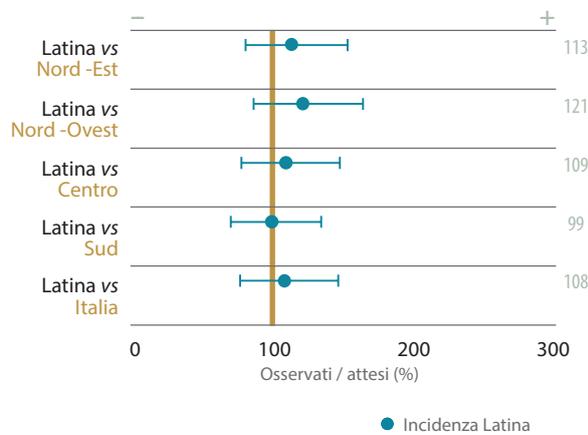


Figura 3d. Sopravvivenza osservata
Confronto tra periodi
Anni 1997-2001 e 2002-2008

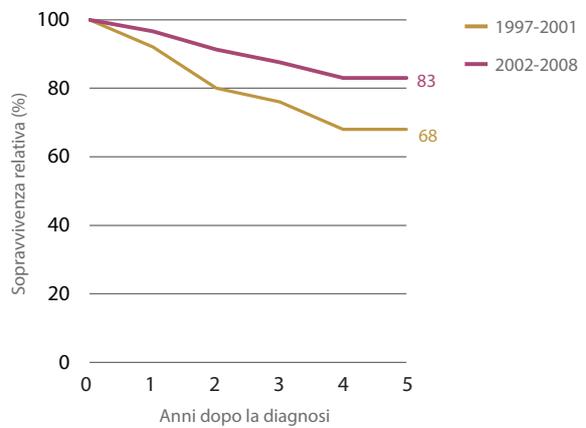


Figura 3e. Gruppi di neoplasie
Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

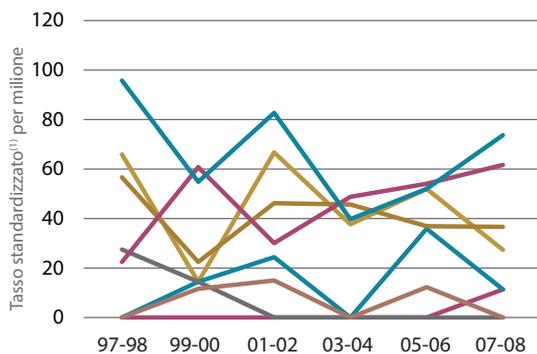
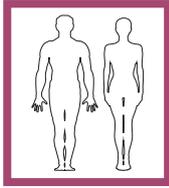


Tabella 3a. Gruppi di neoplasie
Distribuzione per gruppi di neoplasie
Anni 2001-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Leucemia	19	26,8
SNC	15	21,1
Linfomi	14	19,7
Rene	2	2,8
Tessuti molli	0	-
Osso	6	8,5
Tiroide	1	1,4
Altri tumori	14	19,7



Tumori infantili (0-14)

4. Femmine

Figura 4a. Incidenza

Primi 5 tumori in termini di frequenza per età.
Anni 2001-2008

	0-4	5-9	10-14	Totale
1°	Leucemie 38%	Leucemie 29%	Leucemie 25%	Leucemie 31%
2°	SNC 23%	SNC 29%	SNC 19%	SNC 22%
3°	Rene 12%	Tiroide 14%	Tiroide 16%	Tiroide 9%
4°	Tessuti molli 8%	Osso 14%	Linfomi 13%	Linfomi 6%
5°	Mal definite 8%	Gh.endocrine 14%	Osso 9%	Osso 6%

Figura 4b. Incidenza

Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

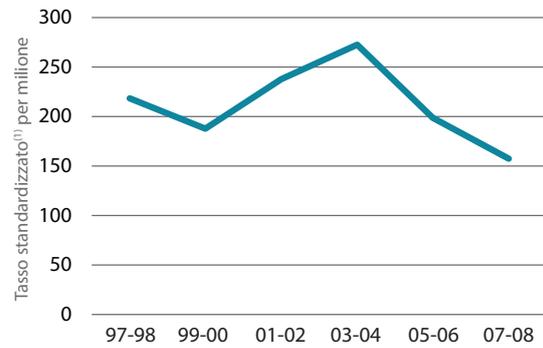


Figura 4c. Confronti nazionali.

Rapporto tra i casi osservati a Latina rispetto ad
altre aree geografiche. Anni 2004-2008

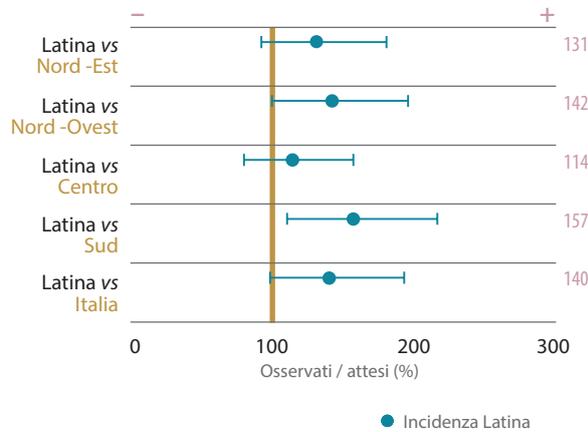


Figura 4d. Sopravvivenza osservata

Confronto tra periodi
Anni 1997-2001 e 2002-2008

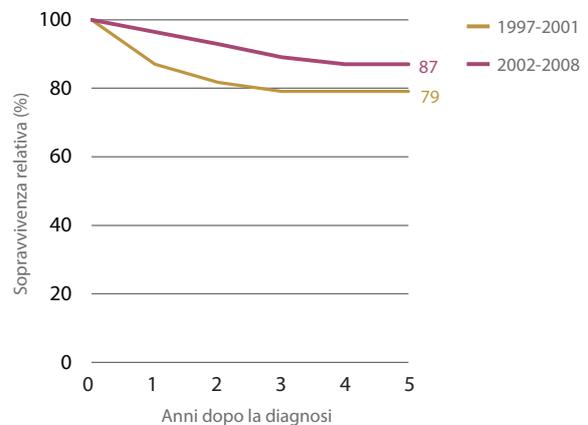


Figura 4e. Gruppi di neoplasie

Andamento temporale del tasso standardizzato
Anni 1997-2008

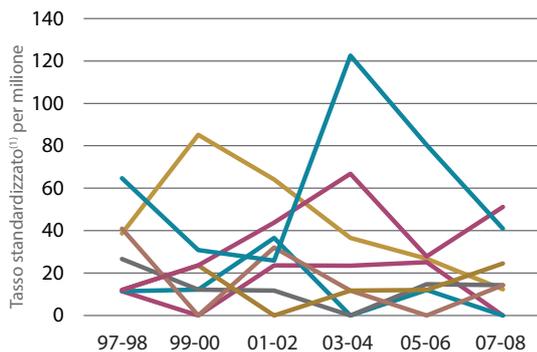


Tabella 4a. Gruppi di neoplasie

Distribuzione per gruppi di neoplasie
Anni 2001-2008

Gruppo morfologico	Casi	%
Leucemia	20	30,8
SNC	14	21,5
Linfomi	4	6,2
Rene	4	6,2
Tessuti molli	3	4,6
Osso	4	6,2
Tiroide	6	9,2
Altri tumori	10	15,4

**Percorsi
diagnostico-assistenziali**

Percorsi diagnostico-assistenziali

Valutazione del percorso assistenziale del tumore della mammella

a cura di Susanna Busco

Introduzione

Pur rimanendo il tumore della mammella la prima causa di morte oncologica per la donna, stiamo assistendo ad una progressiva riduzione della mortalità: la diffusione della mammografia, anche e soprattutto all'interno dei programmi di screening, e l'uso delle terapie sistemiche adiuvanti sono i principali determinanti di questo successo dell'oncologia. L'introduzione e la diffusione di una chirurgia più conservativa ha contribuito inoltre al miglioramento della qualità di vita.

La complessità dell'approccio diagnostico-terapeutico di questo tumore richiede il coinvolgimento di professionisti di diverse specialità (radiologi, chirurghi, oncologi, medici nucleari, radioterapisti, chirurghi plastici, ecc...). Una corretta collaborazione e integrazione delle varie specialità nel percorso diagnostico terapeutico comporta un risultato non solo in termini di ottimale qualità nella diagnosi e trattamento, ma anche in termini di ottimale utilizzo delle risorse.

Pur considerando il Registro Tumori come *gold standard* nel modello valutativo dell'assistenza oncologica, per la complessità della raccolta delle informazioni, il fatto che i dati di incidenza forniti risalgono tipicamente a tre-quattro anni precedenti può rappresentare una criticità per la valutazione tempestiva di alcuni indicatori.

L'utilizzo dei flussi informativi correnti, e in particolar modo le schede di dimissione ospedaliera (SDO) e il Sistema Informativo per l'Assistenza Specialistica ambulatoriale (SIAS), può permettere, attraverso la valutazione di alcuni indicatori, un monitoraggio continuo e tempestivo dell'assistenza delle donne con nuova diagnosi di tumore della mammella. In questo caso i dati forniti del Registro Tumori possono essere utilizzati per la validazione del modello.

Flussi informativi

Lo sviluppo dei sistemi informativi computerizzati di popolazione è alla base della odierna

possibilità di realizzare sistemi di valutazione di interesse clinico a livello di popolazione. L'utilizzo di archivi di dati correnti consente di descrivere molte fasi cruciali dell'assistenza erogata in ambito oncologico a livello regionale.

La SDO, istituita nel 1991, rappresenta il principale flusso sanitario su cui si basa anche l'attività di registrazione dei tumori. Pur essendo state evidenziate alcune criticità nell'utilizzo delle SDO a fini epidemiologici, soprattutto per le stime di incidenza (Ferretti, 2009), questi flussi possono essere di importante ausilio sia per una tempestiva valutazione dell'assistenza sia ai fini di una programmazione sanitaria. Infatti l'utilizzo di queste fonti informative permette la valutazione dei dati disponibili e una rapida valutazione delle *performance* nei tempi più recenti (Rosso, 2009; Fedeli, 2011; Sperati 2009).

Il Registro Tumori di Latina

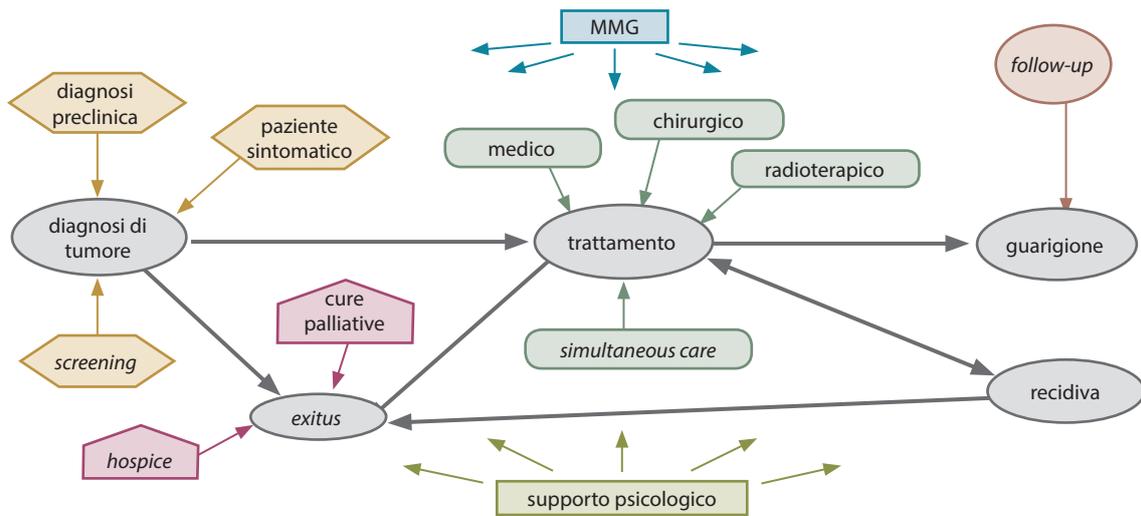
Il Registro Tumori di Latina (RTPLT) è una fonte preziosa di informazioni. L'attività dei registri tumori si va sempre più ampliando, raccogliendo anche informazioni sulla biologia dei tumori, sulla stadiazione nonché sui trattamenti: i Registri Tumori sempre più vengono assunti come importante riferimento per la valutazione dei percorsi assistenziali dei pazienti.

Infatti per la valutazione di alcuni indicatori di processo non è possibile prescindere dalla fonte informativa del registro. In particolare quando è necessario il dato di incidenza (nell'identificazione delle diagnosi effettuate fuori dallo screening) e il dato sullo stadio della malattia.

Percorso assistenziale dei tumori mammari

Il percorso assistenziale del tumore della mammella (Figura 1) è basato sulla multidisciplinarietà e vede coinvolte diverse figure professionali. Il tumore della mammella rappresenta anche una patologia a marcata tracciabilità da parte degli archivi informatizzati, si presta pertanto alla costruzione di un modello valutativo attraverso l'utilizzo di questi sistemi. La presa in carico della paziente già nella fase

Figura 1. Il percorso assistenziale delle pazienti con tumore della mammella.



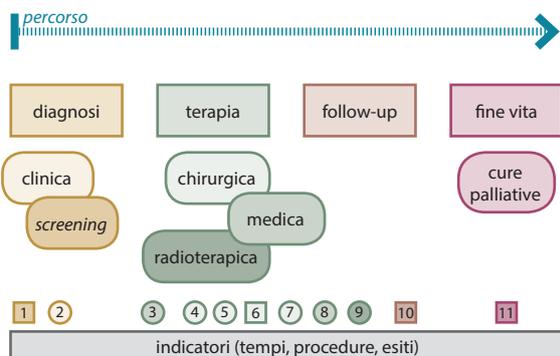
diagnostica è fondamentale per assicurare un’adeguata assistenza nel percorso successivo che vede coinvolte varie figure professionali.

Definizione degli indicatori

La “misura” della qualità dell’assistenza può essere effettuata attraverso l’utilizzo di specifici ‘indicatori’ costruiti con variabili misurabili nella pratica clinica e assistenziale attraverso i sistemi informativi aziendali.

Sulla base della revisione della letteratura è stato identificato un set di indicatori idonei ad essere utilizzati all’interno della Azienda ASL Latina per una prima valutazione del percorso assistenziale del tumore della mammella (Mainz, 2003, McCarthy, 2008 e Rosselli Del Turco, 2010).

Figura 2. Rappresentazione degli indicatori descritti in rapporto alla specifica fase del percorso assistenziale.



Il percorso diagnostico terapeutico è stato quindi sintetizzato in quattro tappe fondamentali (Figura 2) al fine di poter identificare con maggior chiarezza i possibili livelli di criticità da esaminare.

Nella parte bassa della figura sono evidenti

ziati gli specifici 11 indicatori selezionati per la valutazione dell’intero percorso. Con il cerchio vengono evidenziati gli indicatori i cui risultati vengono riportati nella presente pubblicazione.

Selezione delle pazienti

Dalle SDO delle residenti nella provincia di Latina è stata selezionata la popolazione, di cui deve essere monitorato il percorso diagnostico terapeutico. Le pazienti sono state selezionate sulla base del primo ricovero nel periodo preso in esame (2008-2009) con codice di diagnosi di tumore maligno mammario (codici ICD-9 174.0-9, 233.0 e V10.3) e contestuale codice di primo intervento chirurgico correlato, siano essi indicati come diagnosi o procedura principale o secondaria, nel periodo oggetto di studio.

Calcolo degli indicatori

Per il calcolo degli indicatori è stato effettuato un appaiamento degli archivi della popolazione selezionata con le prestazioni SDO e SIAS precedentemente definite ed effettuate nel periodo compreso tra 2007 e 2010, utilizzando nome, cognome, luogo di nascita e/o codice fiscale come chiave di linkage.

Risultati

Sono state estratte dalle SDO 742 pazienti operate per tumore della mammella, di cui 377 nel 2008. Dal confronto con il Registro Tumori effettuato per l’anno 2008 il 92% dei casi selezionati è risultato correttamente identificato per la valutazione del percorso assistenziale. Vengono escluse dalla valutazione le pazienti con malattia metastatica o recidiva il cui iter, più complesso, richiede una valutazione a parte.

Sono stati calcolati 7 degli 11 indicatori costruiti per effettuare una prima valutazione della validità del modello.

Tabella 1. Sintesi dei principali indicatori calcolati per la provincia di Latina

Ambito	Descrizione	%
Diagnosi	Diagnosi preoperatoria	35,3
Terapia medica	Chemioterapia neoadiuvante*	5,0
Terapia medica	Chirurgia conservativa	70,8
Terapia chirurgica	Linfoadenectomia	74,5
	Linfonodo sentinella/linfoadenectomia in chir. conservativa	30,0
Terapia chirurgica	Chirurgia ricostruttiva/chirurgia radicale	21,2
Terapia medica	Chemioterapia adiuvante*	43,5
Terapia radioterapia	Radioterapia/chirurgia conservativa	71,8

* escluse le pazienti con tumore *in situ*

Diagnosi preoperatoria (indicatore 2)

Secondo i dati dei flussi informatizzati la percentuale delle pazienti che effettua una procedura idonea per una diagnosi preoperatoria è solo del 35%. Questo valore non comprende le pazienti che hanno effettuato una diagnosi preoperatoria da *screening* in quanto il flusso non è compreso nei dati del SIAS e delle SDO.

Pur aggiungendo la quota delle pazienti identificate dallo *screening* negli anni 2008 e 2009 (178 casi) la quota delle pazienti che ricevono una diagnosi preoperatoria rimane comunque bassa (55%), indicando una probabile incompletezza del flusso informativo che andrà analizzata.

Chemioterapia neoadiuvante (indicatore 3)

La percentuale di pazienti che hanno effettuato chemioterapia neoadiuvante è del 5% (sono esclusi dalla valutazione i carcinomi *in situ*).

Prendendo in esame i dati dello stadio della malattia alla diagnosi per gli anni 2004-2008, ottenuti dai dati del registro tumori, si osserva una percentuale del 7% circa di tumori localmente avanzati (T3-T4), pertanto il risultato, pur se non stratificato per età, sembra conforme all'atteso.

Chirurgia conservativa (indicatore 4)

La percentuale di pazienti che ha effettuato chirurgia conservativa è del 70,8%. Considerando che il valore ottenuto non tiene conto del dato relativo alle dimensioni del tumore, non

deducibile dal flusso SDO, né dell'età, il risultato può essere considerato indicatore di buona performance clinica nella chirurgia del tumore primitivo.

Linfonodo sentinella (indicatore 5)

È stato inizialmente calcolato il numero totale degli interventi di linfoadenectomia effettuati nelle pazienti selezionate, che è risultato essere il 74,5% del totale. In considerazione del fatto che non è stata effettuata una stratificazione per età (nelle pazienti anziane la linfoadenectomia può venire omessa per età o co-morbilità) il risultato è conforme all'atteso.

Tra le pazienti trattate con chirurgia conservativa quelle che hanno effettuato anche il linfonodo sentinella sono risultate pari al 30%, dato inferiore all'atteso.

Analizzando il flusso informativo SDO con i dati del registro tumori emerge una non univoca codifica SDO per il linfonodo sentinella con conseguente sottostima della procedura in esame.

Chirurgia ricostruttiva (indicatore 7)

Il 21,2% delle pazienti sottoposte a chirurgia radicale ha effettuato un intervento ricostruttivo entro i dodici mesi successivi l'intervento.

Il dato, seppur non stratificato per età, è piuttosto basso. Considerando che in questa azienda non è disponibile un reparto di chirurgia plastica ricostruttiva mammaria è possibile che questo dato possa essere influenzato da questa realtà.

Chemioterapia adiuvante (indicatore 8)

Il 43,5% della popolazione selezionata (escluse le pazienti con diagnosi di carcinoma *in situ*), dalle informazioni del flusso utilizzato (SDO e SIAS) ha effettuato una chemioterapia adiuvante.

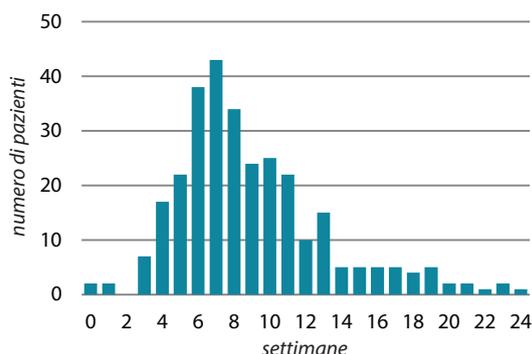
La valutazione della chemioterapia per fasce di età evidenzia come nelle donne sotto i 40 anni la chemioterapia viene effettuata in oltre il 60% delle pazienti, tale percentuale decresce progressivamente in rapporto all'età.

Il confronto con i dati di stadiazione deducibili dai dati del Registro tumori potrà permettere di validare il risultato.

È stata inoltre effettuata una valutazione della distribuzione temporale della somministrazione della chemioterapia, riportata nella Figura 3.

La distribuzione temporale viene calcolata considerando il tempo che trascorre dal primo intervento al tempo della prima somministrazione di chemioterapia.

Figura 3. Distribuzione dei pazienti per numero di settimane trascorse dal primo intervento all'inizio della chemioterapia.



Circa il 53% delle pazienti effettua la chemioterapia entro 8 settimane, il 26% tra 8 e 12 settimane, il 12% tra 13 e 18 settimane. Il rimanente 8% effettua chemioterapia dopo le 18 settimane.

Questo dato evidenzia come più della metà delle pazienti effettua la chemioterapia in tempi dilazionati rispetto ai tempi indicati dalle linee guida e indica la necessità di ulteriori approfondimenti, che possono includere fattori quali la migrazione sanitaria, la valutazione del numero degli interventi effettuati nonché altri fattori da approfondire.

Radioterapia adiuvante (indicatore 9)

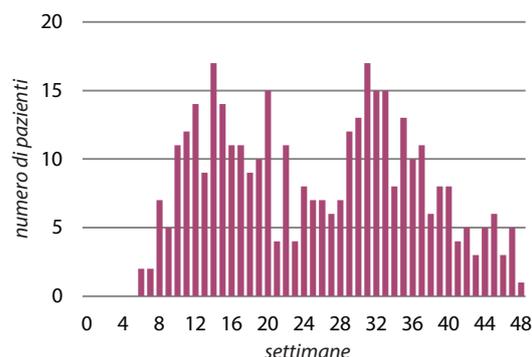
Le pazienti sottoposte ad intervento chirurgico conservativo e le pazienti sottoposte a chirurgia radicale per tumore mammario localmente avanzato hanno l'indicazione a effettuare la radioterapia adiuvante. In totale 422 pazienti hanno effettuato radioterapia adiuvante di cui 378 (71,8%) pazienti sottoposte ad intervento chirurgico conservativo. La distribuzione per età evidenzia come nelle donne tra 40 e 69 sottoposte a chirurgia conservativa circa il 75% delle donne effettua la radioterapia.

La valutazione della distribuzione temporale evidenzia una curva bimodale con due picchi a 13 e 29 settimane. La seconda curva è da attribuire al dilazionato trattamento radioterapico attribuibile all'effettuazione di chemioterapia adiuvante prima della radioterapia (Figura 4).

Una valutazione più approfondita suddividendo le pazienti che non effettuano chemioterapia da quelle che invece la effettuano potrebbe essere utile per la valutazione più precisa dei tempi di attesa.

Un approfondimento dovrà essere effettuato inoltre su quei casi che effettuano radioterapia in tempi ulteriormente dilazionati.

Figura 4. Distribuzione dei pazienti per numero di settimane trascorse dal primo intervento all'inizio della radioterapia.



Conclusioni

Il lavoro effettuato ha permesso di costruire un primo sistema di reporting sull'assistenza oncologica nell'Azienda sanitaria di Latina utilizzando i sistemi informativi correnti (SDO e SIAS).

Dai risultati preliminari di questa analisi applicativa del modello sviluppato si può concludere che la selezione attraverso i sistemi informativi correnti della coorte delle pazienti da valutare ha dato dei buoni risultati di validità. I risultati degli indicatori calcolati hanno permesso una preliminare valutazione delle prestazioni e tempi di erogazione con risultati interessanti. Ulteriori analisi di approfondimento sono in corso.

La presenza del Registro Tumori nell'Azienda offre un'importante opportunità di validazione del modello nonché dei flussi informativi utilizzati (SDO e SIAS); analizzandone le criticità, attraverso interventi mirati, è possibile ottenere un miglioramento della qualità e della disponibilità delle informazioni. Il modello, una volta validato, può essere utilizzato periodicamente per descrivere le variazioni temporali, nelle modalità e nei tempi di erogazione, delle procedure coinvolte nel percorso assistenziale, permettendo una valutazione sistematica del percorso con monitoraggio continuo della qualità dell'assistenza erogata nonché dai flussi migratori extra-regionali delle pazienti.

I dati forniti dal Registro Tumori di Latina consentono inoltre di integrare le informazioni necessarie per la valutazione di alcuni indicatori di qualità offrendo l'opportunità di implementare un modello valutativo completo oltre che tempestivo. ■

Allegati



Tabella 1a - Provincia di Latina. Anni 2004-2008

Incidenza. Distribuzione della frequenza assoluta dei casi per tipo di tumore e fascia di età.
Età media e mediana alla diagnosi.

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Labbro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lingua	-	-	-	-	-	-	1	1	-	3	2
Bocca	-	-	-	-	-	1	-	1	2	-	5
Ghiandole salivari	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2
Orofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5
Rinofaringe	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2
Ipofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1
Faringe NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Esofago	-	-	-	-	1	-	-	-	2	3	3
Stomaco	-	-	-	-	-	2	1	7	8	10	23
Intestino tenue	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	1
Colon	-	-	-	-	2	1	-	8	7	15	35
Retto	-	-	-	-	-	2	1	-	4	7	24
Fegato	-	-	-	-	-	-	-	1	6	10	10
Vie biliari	-	-	-	-	-	-	2	1	-	3	2
Pancreas	-	-	-	-	-	1	-	4	3	10	6
Cavità nasale	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Laringe	-	-	-	-	-	-	-	1	-	4	11
Polmone	-	-	-	-	-	-	2	6	13	30	52
Altri organi toracici	-	-	-	-	-	-	2	1	2	3	3
Osso	-	2	2	5	-	-	3	-	-	-	-
Pelle, melanomi	1	-	2	1	2	9	3	10	22	17	33
^(a) Pelle, non melanomi	-	-	1	-	-	1	1	2	3	6	13
Mesotelioma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Sarcoma di Kaposi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tessuti molli	-	-	-	1	1	2	3	-	6	2	3
Mammella	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	2
Pene	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	3
Prostata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	31
Testicolo	-	-	-	2	12	14	18	15	10	5	2
Altri genitali maschili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rene	-	1	-	-	-	-	-	6	12	14	17
Vescica (maligni)	-	-	-	-	-	-	2	-	2	8	26
Vescica (non maligni)	-	-	-	-	-	1	1	4	5	13	16
Altre vie urinarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Occhio	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Encefalo e SNC (maligni)	4	-	5	2	-	2	2	3	3	8	12
^(b) Encefalo e SNC (non maligni)	2	-	1	3	2	2	2	3	2	4	3
Tiroide	-	-	1	2	3	4	18	18	28	19	19
Altre ghiandole endocrine	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Linfoma di Hodgkin	-	-	5	3	12	5	4	7	2	3	4
Linfoma non Hodgkin	2	-	1	3	4	5	6	6	11	19	21
Mieloma	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	4
Leucemia linfatica acuta	3	1	1	1	-	-	1	1	1	1	-
Leucemia linfatica cronica	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Leucemia mieloide acuta	2	-	2	-	-	1	-	3	2	-	2
Leucemia mieloide cronica	-	-	-	1	-	1	1	2	2	2	1
Altre MMPC e SMD	-	1	-	-	-	-	3	4	2	2	5
Leucemie NAS	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Miscellanea	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Mal definite e metastasi	-	1	-	-	-	-	2	1	1	2	2
Totale	17	6	22	25	42	55	80	119	169	238	408
Totale escluso ^(a)	17	6	21	25	42	54	79	117	166	232	395
Totale escluso ^{(a)(b)}	15	6	20	22	40	52	77	114	164	228	392



55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale	Età media	Età mediana	Sede
1	5	7	9	6	4	4	36	72,9	72	Labbro
4	2	7	9	1	4	1	35	64,9	68	Lingua
6	2	4	7	3	2	2	35	63,2	66	Bocca
3	-	2	4	1	3	-	17	64,5	69	Ghiandole salivari
6	5	7	2	1	-	-	27	61,2	63	Orofaringe
2	-	4	-	1	1	1	13	61,8	67	Rinofaringe
1	3	1	-	-	1	-	9	59,7	63	Ipfaringe
-	-	2	-	-	1	-	3	72,3	69	Faringe NAS
3	3	8	3	3	5	1	35	63,8	65	Esofago
31	32	52	50	57	43	16	332	67,7	69,5	Stomaco
2	-	2	3	2	3	-	16	65,9	70	Intestino tenue
45	59	107	89	97	74	32	571	68,9	70	Colon
28	34	62	75	57	47	18	359	69,3	70	Retto
16	34	27	31	33	26	4	198	67,5	68,5	Fegato
4	7	8	16	15	13	4	75	70,2	73	Vie biliari
16	20	30	32	26	15	6	169	67	69	Pancreas
-	1	-	3	1	2	-	8	69	73,5	Cavità nasale
18	20	18	21	20	18	4	135	68	68	Laringe
104	162	232	247	214	122	54	1238	69,1	70	Polmone
3	-	1	1	2	4	2	24	60,5	58,5	Altri organi toracici
1	-	-	1	-	-	-	14	24,3	16	Osso
26	12	17	18	19	8	6	206	56,1	55	Pelle, melanomi
22	35	79	81	98	75	52	469	72,7	74	^(a) Pelle, non melanomi
1	2	6	1	2	5	-	18	70,2	68	Mesotelioma
-	2	-	2	4	1	-	9	73,2	75	Sarcoma di Kaposi
2	2	-	5	2	1	2	32	52,8	50	Tessuti molli
2	3	2	4	2	1	-	19	61,8	64	Mammella
5	2	3	5	1	3	3	28	65,9	66	Pene
76	131	229	252	205	116	50	1096	70,7	71	Prostata
1	1	-	1	1	1	-	83	35,1	33	Testicolo
-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	Altri genitali maschili
16	16	24	31	26	11	4	178	63,2	66	Rene
34	68	85	111	100	79	38	553	71	72	Vescica (maligni)
30	32	28	39	29	29	13	240	66,8	67,5	Vescica (non maligni)
1	3	5	7	8	2	1	28	71	71	Altre vie urinarie
4	2	1	1	1	-	-	11	53,1	59	Occhio
19	17	16	17	22	10	2	144	60,1	64	Encefalo e SNC (maligni)
5	4	5	6	6	7	1	58	55,9	62	^(b) Encefalo e SNC (non maligni)
23	14	16	5	4	1	-	175	49	48	Tiroide
-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	Altre ghiandole endocrine
4	2	3	1	1	-	1	57	37	34	Linfoma di Hodgkin
17	22	29	40	21	13	3	223	59,5	64	Linfoma non Hodgkin
6	18	13	16	16	10	3	90	68,8	69,5	Mieloma
1	-	1	1	-	1	-	14	33,5	33,5	Leucemia linfatica acuta
5	2	13	10	7	8	1	47	70,2	71	Leucemia linfatica cronica
6	5	11	12	9	8	4	67	64,5	69	Leucemia mieloide acuta
2	2	3	3	1	-	1	22	55	57	Leucemia mieloide cronica
3	9	13	19	14	15	6	96	67,7	70	Altre MMPC e SMD
1	1	4	-	1	4	2	15	69,9	69	Leucemie NAS
-	-	-	2	-	-	-	5	49	60	Miscellanea
10	15	20	22	24	28	9	137	70,8	72	Mal definite e metastasi
616	811	1207	1315	1165	826	351	7472	66,8	69	Totale
594	776	1128	1234	1067	751	299	7003	66,4	69	Totale escluso ^(a)
589	772	1123	1228	1061	744	298	6945	66,5	69	Totale escluso ^{(a)(b)}



Tabella 1b - Provincia di Latina. Anni 2004-2008

Incidenza. Distribuzione della frequenza assoluta dei casi per tipo di tumore e fascia di età.
Età media e mediana alla diagnosi.

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Labbro	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Lingua	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-
Bocca	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	2
Ghiandole salivari	-	-	-	-	-	1	1	2	-	2	1
Orofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rinofaringe	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	-
Ipofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Faringe NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Esofago	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-
Stomaco	-	-	-	1	-	-	1	3	7	8	11
Intestino tenue	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1
Colon	-	-	-	-	-	1	4	1	9	14	25
Retto	-	-	-	-	-	-	-	3	1	8	15
Fegato	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1	3
Vie biliari	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	-
Pancreas	-	-	-	-	1	-	-	2	1	2	3
Cavità nasale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Laringe	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2
Polmone	-	-	-	-	-	-	2	6	7	12	24
Altri organi toracici	-	-	1	-	1	-	-	-	1	1	2
Osso	-	-	1	1	-	-	-	-	-	2	3
Pelle, melanomi	-	-	-	4	10	16	17	32	19	16	27
^(a) Pelle, non melanomi	-	-	-	-	-	-	-	2	2	10	7
Mesotelioma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarcoma di Kaposi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tessuti molli	2	-	-	-	-	-	3	1	2	2	1
Mammella	-	-	-	-	-	4	31	74	148	165	171
Utero, collo	-	-	-	-	-	-	4	11	12	13	12
Utero, corpo	-	-	-	-	-	1	1	2	7	11	23
Utero NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ovaio	-	-	1	-	2	1	4	4	7	16	10
Altri genitali femminili	-	-	-	-	-	2	1	-	1	-	4
Rene	1	-	1	1	-	-	-	3	3	1	10
Vescica (maligni)	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	4
Vescica (non maligni)	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1
Altre vie urinarie	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-
Occhio	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-
Encefalo e SNC (maligni)	1	1	4	1	2	1	-	5	3	5	6
^(b) Encefalo e SNC (non maligni)	2	1	1	-	2	2	3	7	4	11	10
Tiroide	-	1	2	12	12	33	51	60	82	51	55
Altre ghiandole endocrine	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	2
Linfoma di Hodgkin	-	-	1	7	3	7	5	3	3	4	3
Linfoma non Hodgkin	-	-	2	1	-	3	1	1	6	8	19
Mieloma	-	-	-	-	-	1	-	1	1	5	5
Leucemia linfatica acuta	6	-	5	-	-	1	2	1	1	-	-
Leucemia linfatica cronica	1	-	1	-	-	-	-	-	-	3	2
Leucemia mieloide acuta	1	-	1	-	-	-	3	3	5	4	3
Leucemia mieloide cronica	-	-	-	-	-	-	2	-	1	1	1
Altre MMPC e SMD	-	-	-	-	2	2	3	3	4	4	6
Leucemie NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Miscellanea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Mal definite e metastasi	-	-	-	-	-	2	-	-	7	1	5
Totale	15	4	22	28	38	81	142	238	354	390	481
Totale escluso ^(a)	15	4	22	28	38	81	142	236	352	380	474
Totale escluso ^{(a)(b)}	13	3	21	28	36	79	139	229	348	369	464



55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale	Età media	Età mediana	Sede
-	-	1	-	2	1	2	7	75,1	78	Labbro
-	1	3	1	1	2	-	10	65	67,5	Lingua
1	3	-	3	2	2	2	18	65,2	66	Bocca
1	-	1	2	2	3	2	18	61,8	68,5	Ghiandole salivari
-	2	-	-	-	-	-	2	-	-	Orofaringe
-	-	1	-	-	-	-	5	45,4	42	Rinofaringe
-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	Ipfaringe
1	-	1	-	-	-	-	2	-	-	Faringe NAS
2	1	1	1	4	4	5	22	71,5	77	Esofago
14	16	29	36	32	35	36	229	70,8	73	Stomaco
-	1	2	-	1	3	1	11	68,6	69	Intestino tenue
40	38	45	66	58	65	43	409	69,8	71	Colon
32	39	26	30	31	45	18	248	68,9	69,5	Retto
4	5	18	18	18	19	8	96	72,7	74	Fegato
5	7	11	11	18	16	9	81	73	75	Vie biliari
12	10	17	19	27	28	16	138	72,6	75,5	Pancreas
-	3	1	-	2	-	1	8	68,2	64,5	Cavità nasale
2	3	3	1	1	1	-	14	62,9	63	Laringe
32	40	42	38	52	33	17	305	67	68	Polmone
2	2	4	1	3	-	1	19	59	63	Altri organi toracici
-	-	2	-	-	-	1	10	49,8	52	Osso
18	10	13	8	15	10	2	217	49	48	Pelle, melanomi
15	24	23	43	47	54	62	289	74,6	76	^(a) Pelle, non melanomi
-	1	-	1	2	-	-	4	73	75	Mesotelioma
-	-	-	-	1	1	2	4	83,2	84	Sarcoma di Kaposi
2	1	2	2	2	1	2	23	56,1	58	Tessuti molli
214	217	175	158	127	103	52	1639	59,9	60	Mammella
13	6	7	9	6	3	4	100	55,6	53,5	Utero, collo
43	41	40	25	31	16	7	248	64,4	64	Utero, corpo
4	-	1	3	1	4	3	16	74,1	76	Utero NAS
23	18	30	14	12	21	12	175	63,2	65	Ovaio
2	10	5	6	16	17	2	66	70,4	75	Altri genitali femminili
9	8	14	16	17	8	10	102	66,6	70	Rene
8	7	11	19	19	20	16	107	72,8	75	Vescica (maligni)
2	7	10	7	6	8	3	49	68	69	Vescica (non maligni)
-	2	3	2	5	-	1	16	64,9	70	Altre vie urinarie
-	-	-	-	1	2	2	8	66,2	77,5	Occhio
10	5	8	20	7	7	3	89	58,8	65	Encefalo e SNC (maligni)
18	12	8	25	15	8	4	133	59,9	63	^(b) Encefalo e SNC (non maligni)
73	53	47	20	11	-	1	564	47,7	47	Tiroide
-	-	-	-	-	-	-	4	38,2	45	Altre ghiandole endocrine
2	-	1	1	-	-	-	40	34,5	32	Linfoma di Hodgkin
25	22	29	33	24	20	5	199	64,7	67	Linfoma non Hodgkin
9	8	8	20	14	9	7	88	68,1	70	Mieloma
-	-	1	-	-	-	-	17	18,9	12	Leucemia linfatica acuta
1	6	7	4	3	5	5	38	66,7	69	Leucemia linfatica cronica
3	3	9	12	4	6	1	58	60,4	67,5	Leucemia mieloide acuta
1	2	1	-	5	1	-	15	61,6	64	Leucemia mieloide cronica
3	8	12	16	11	13	9	96	65,8	70	Altre MMPC e SMD
-	-	1	2	2	3	3	11	79,4	80	Leucemie NAS
-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	Miscellanea
10	9	16	20	31	31	29	161	73,2	77	Mal definite e metastasi
656	651	690	713	689	629	409	6230	62,9	65	Totale
641	627	667	670	642	575	347	5941	62,3	64	Totale escluso ^(a)
623	615	659	645	627	567	343	5808	62,3	64	Totale escluso ^{(a)(b)}



Tabella 2a - Provincia di Latina. Anni 2004-2008

Incidenza. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG), Tasso standardizzato diretto (TSD, standard: pop. Europea). Errore standard (ES) del TSD.

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Labbro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lingua	-	-	-	-	-	-	0,9	0,9	-	3,3	2,4
Bocca	-	-	-	-	-	1,1	-	0,9	1,9	-	6
Ghiandole salivari	-	-	-	-	-	-	0,9	-	-	1,1	2,4
Orofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	6
Rinofaringe	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,9	-	2,4
Ipofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	1,9	-	1,2
Faringe NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Esofago	-	-	-	-	1,2	-	-	-	1,9	3,3	3,6
Stomaco	-	-	-	-	-	2,1	0,9	6,4	7,6	10,9	27,6
Intestino tenue	-	-	-	-	-	-	-	0,9	-	2,2	1,2
Colon	-	-	-	-	2,4	1,1	-	7,4	6,6	16,4	42
Retto	-	-	-	-	-	2,1	0,9	-	3,8	7,7	28,8
Fegato	-	-	-	-	-	-	-	0,9	5,7	10,9	12
Vie biliari	-	-	-	-	-	-	1,9	0,9	-	3,3	2,4
Pancreas	-	-	-	-	-	1,1	-	3,7	2,8	10,9	7,2
Cavità nasale	-	-	-	-	-	1,1	-	-	-	-	-
Laringe	-	-	-	-	-	-	-	0,9	-	4,4	13,2
Polmone	-	-	-	-	-	-	1,9	5,5	12,3	32,8	62,4
Altri organi toracici	-	-	-	-	-	-	1,9	0,9	1,9	3,3	3,6
Osso	-	3	2,9	6,7	-	-	2,8	-	-	-	-
Pelle, melanomi	1,5	-	2,9	1,3	2,4	9,6	2,8	9,2	20,8	18,6	39,6
^(a) Pelle, non melanomi	-	-	1,4	-	-	1,1	0,9	1,8	2,8	6,6	15,6
Mesotelioma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	-
Sarcoma di Kaposi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tessuti molli	-	-	-	1,3	1,2	2,1	2,8	-	5,7	2,2	3,6
Mammella	-	-	-	-	1,2	-	-	-	0,9	1,1	2,4
Pene	-	-	-	-	-	-	-	-	1,9	1,1	3,6
Prostata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,6	37,2
Testicolo	-	-	-	2,7	14,6	15	16,7	13,8	9,5	5,5	2,4
Altri genitali maschili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rene	-	1,5	-	-	-	-	-	5,5	11,3	15,3	20,4
Vescica (maligni)	-	-	-	-	-	-	1,9	-	1,9	8,8	31,2
Vescica (non maligni)	-	-	-	-	-	1,1	0,9	3,7	4,7	14,2	19,2
Altre vie urinarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2
Occhio	1,5	-	-	1,3	-	-	-	-	-	-	-
Encefalo e SNC (maligni)	6,2	-	7,1	2,7	-	2,1	1,9	2,8	2,8	8,8	14,4
^(b) Encefalo e SNC (non maligni)	3,1	-	1,4	4	2,4	2,1	1,9	2,8	1,9	4,4	3,6
Tiroide	-	-	1,4	2,7	3,6	4,3	16,7	16,5	26,5	20,8	22,8
Altre ghiandole endocrine	-	-	-	-	1,2	-	-	-	-	-	-
Linfoma di Hodgkin	-	-	7,1	4	14,6	5,3	3,7	6,4	1,9	3,3	4,8
Linfoma non Hodgkin	3,1	-	1,4	4	4,9	5,3	5,6	5,5	10,4	20,8	25,2
Mieloma	-	-	-	-	-	-	-	0,9	1,9	1,1	4,8
Leucemia linfatica acuta	4,6	1,5	1,4	1,3	-	-	0,9	0,9	0,9	1,1	-
Leucemia linfatica cronica	-	-	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Leucemia mieloide acuta	3,1	-	2,9	-	-	1,1	-	2,8	1,9	-	2,4
Leucemia mieloide cronica	-	-	-	1,3	-	1,1	0,9	1,8	1,9	2,2	1,2
Altre MMPC e SMD	-	1,5	-	-	-	-	2,8	3,7	1,9	2,2	6
Leucemie NAS	-	-	-	-	1,2	-	-	-	-	-	1,2
Miscellanea	3,1	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	-
Mal definite e metastasi	-	1,5	-	-	-	-	1,9	0,9	0,9	2,2	2,4
Totale	26,2	9,1	31,4	33,4	51	58,7	74,3	109,4	159,8	260,4	489,6
Totale escluso ^(a)	26,2	9,1	30	33,4	51	57,7	73,4	107,6	157	253,9	474
Totale escluso ^{(a)(b)}	23,1	9,1	28,5	29,4	48,6	55,5	71,5	104,8	155,1	249,5	470,4



55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	TG	TSD	ES (TSD)	Sede
1,2	7,3	10,7	16,7	15	16,1	27,5	2,8	2,1	0,4	Labbro
4,7	2,9	10,7	16,7	2,5	16,1	6,9	2,7	2,2	0,4	Lingua
7,1	2,9	6,1	13	7,5	8,1	13,8	2,7	2,3	0,4	Bocca
3,5	-	3,1	7,4	2,5	12,1	-	1,3	1	0,3	Ghiandole salivari
7,1	7,3	10,7	3,7	2,5	-	-	2,1	1,9	0,4	Orofaringe
2,4	-	6,1	-	2,5	4	6,9	1	0,8	0,2	Rinofaringe
1,2	4,4	1,5	-	-	4	-	0,7	0,6	0,2	Ipfaringe
-	-	3,1	-	-	4	-	0,2	0,2	0,1	Faringe NAS
3,5	4,4	12,3	5,6	7,5	20,1	6,9	2,7	2,2	0,4	Esofago
36,6	46,7	79,6	93	142,7	173,2	110,1	25,5	20,1	1,1	Stomaco
2,4	-	3,1	5,6	5	12,1	-	1,2	1	0,2	Intestino tenue
53,1	86,1	163,9	165,6	242,8	298,1	220,1	43,9	34,4	1,5	Colon
33	49,6	95	139,6	142,7	189,3	123,8	27,6	21,5	1,2	Retto
18,9	49,6	41,3	57,7	82,6	104,7	27,5	15,2	12	0,9	Fegato
4,7	10,2	12,3	29,8	37,5	52,4	27,5	5,8	4,3	0,5	Vie biliari
18,9	29,2	45,9	59,5	65,1	60,4	41,3	13	10,3	0,8	Pancreas
-	1,5	-	5,6	2,5	8,1	-	0,6	0,4	0,2	Cavità nasale
21,2	29,2	27,6	39,1	50,1	72,5	27,5	10,4	8,3	0,7	Laringe
122,7	236,3	355,3	459,6	535,6	491,5	371,5	95,2	74,6	2,2	Polmone
3,5	-	1,5	1,9	5	16,1	13,8	1,8	1,5	0,3	Altri organi toracici
1,2	-	-	1,9	-	-	-	1,1	1,2	0,3	Osso
30,7	17,5	26	33,5	47,6	32,2	41,3	15,8	14,1	1	Pelle, melanomi
26	51,1	121	150,7	245,3	302,2	357,7	36,1	27,1	1,3	(a) Pelle, non melanomi
1,2	2,9	9,2	1,9	5	20,1	-	1,4	1	0,2	Mesotelioma
-	2,9	-	3,7	10	4	-	0,7	0,5	0,2	Sarcoma di Kaposi
2,4	2,9	-	9,3	5	4	13,8	2,5	2,2	0,4	Tessuti molli
2,4	4,4	3,1	7,4	5	4	-	1,5	1,2	0,3	Mammella
5,9	2,9	4,6	9,3	2,5	12,1	20,6	2,2	1,8	0,3	Pene
89,7	191,1	350,7	468,9	513,1	467,3	343,9	84,3	64,5	2	Prostata
1,2	1,5	-	1,9	2,5	4	-	6,4	5,9	0,7	Testicolo
-	-	-	-	2,5	-	-	0,1	0,1	0,1	Altri genitali maschili
18,9	23,3	36,8	57,7	65,1	44,3	27,5	13,7	11,3	0,9	Rene
40,1	99,2	130,2	206,6	250,3	318,3	261,4	42,5	32,6	1,4	Vescica (maligni)
35,4	46,7	42,9	72,6	72,6	116,8	89,4	18,5	14,9	1	Vescica (non maligni)
1,2	4,4	7,7	13	20	8,1	6,9	2,2	1,6	0,3	Altre vie urinarie
4,7	2,9	1,5	1,9	2,5	-	-	0,8	0,8	0,3	Occhio
22,4	24,8	24,5	31,6	55,1	40,3	13,8	11,1	9,6	0,8	Encefalo e SNC (maligni)
5,9	5,8	7,7	11,2	15	28,2	6,9	4,5	3,9	0,5	(b) Encefalo e SNC (non maligni)
27,1	20,4	24,5	9,3	10	4	-	13,5	12,2	0,9	Tiroide
-	-	-	-	-	4	-	0,2	0,1	0,1	Altre ghiandole endocrine
4,7	2,9	4,6	1,9	2,5	-	6,9	4,4	4,4	0,6	Linfoma di Hodgkin
20,1	32,1	44,4	74,4	52,6	52,4	20,6	17,2	14,7	1	Linfoma non Hodgkin
7,1	26,3	19,9	29,8	40	40,3	20,6	6,9	5,4	0,6	Mieloma
1,2	-	1,5	1,9	-	4	-	1,1	1,2	0,3	Leucemia linfatica acuta
5,9	2,9	19,9	18,6	17,5	32,2	6,9	3,6	2,7	0,4	Leucemia linfatica cronica
7,1	7,3	16,8	22,3	22,5	32,2	27,5	5,2	4,2	0,5	Leucemia mieloide acuta
2,4	2,9	4,6	5,6	2,5	-	6,9	1,7	1,5	0,3	Leucemia mieloide cronica
3,5	13,1	19,9	35,4	35	60,4	41,3	7,4	5,7	0,6	Altre MMPC e SMD
1,2	1,5	6,1	-	2,5	16,1	13,8	1,2	0,9	0,2	Leucemie NAS
-	-	-	3,7	-	-	-	0,4	0,4	0,2	Miscellanea
11,8	21,9	30,6	40,9	60,1	112,8	61,9	10,5	7,9	0,7	Mal definite e metastasi
726,8	1182,9	1848,5	2447,1	2915,6	3327,7	2414,5	574,7	457,3	5,4	Totale
700,9	1131,9	1727,5	2296,3	2670,4	3025,5	2056,8	538,6	430,2	5,2	Totale escluso (a)
695	1126	1719,8	2285,2	2655,4	2997,3	2049,9	534,2	426,3	5,2	Totale escluso (a)(b)



Tabella 2b - Provincia di Latina. Anni 2004-2008

Incidenza. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG), Tasso standardizzato diretto (TSD, standard: pop. Europea). Errore standard (ES) del TSD.

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Labbro	-	-	-	-	-	-	-	0,9	-	-	-
Lingua	-	-	-	-	-	1,1	-	-	0,9	-	-
Bocca	-	-	-	-	1,3	-	-	0,9	-	1	2,3
Ghiandole salivari	-	-	-	-	-	1,1	0,9	1,8	-	2,1	1,1
Orofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rinofaringe	-	-	-	-	-	-	-	1,8	0,9	1	-
Ipofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Faringe NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Esofago	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8	2,1	-
Stomaco	-	-	-	1,4	-	-	0,9	2,7	6,4	8,4	12,5
Intestino tenue	-	-	-	-	-	-	-	0,9	-	1	1,1
Colon	-	-	-	-	-	1,1	3,7	0,9	8,2	14,7	28,5
Retto	-	-	-	-	-	-	-	2,7	0,9	8,4	17,1
Fegato	1,6	-	-	-	1,3	-	-	-	-	1	3,4
Vie biliari	-	-	-	-	-	-	-	0,9	1,8	1	-
Pancreas	-	-	-	-	1,3	-	-	1,8	0,9	2,1	3,4
Cavità nasale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1
Laringe	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	-	2,3
Polmone	-	-	-	-	-	-	1,9	5,4	6,4	12,6	27,3
Altri organi toracici	-	-	1,5	-	1,3	-	-	-	0,9	1	2,3
Osso	-	-	1,5	1,4	-	-	-	-	-	2,1	3,4
Pelle, melanomi	-	-	-	5,6	12,8	17,6	15,8	29	17,4	16,8	30,8
^(a) Pelle, non melanomi	-	-	-	-	-	-	-	1,8	1,8	10,5	8
Mesotelioma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarcoma di Kaposi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tessuti molli	3,2	-	-	-	-	-	2,8	0,9	1,8	2,1	1,1
Mammella	-	-	-	-	-	4,4	28,9	67	135,7	173,2	194,9
Utero, collo	-	-	-	-	-	-	3,7	10	11	13,6	13,7
Utero, corpo	-	-	-	-	-	1,1	0,9	1,8	6,4	11,5	26,2
Utero NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ovaio	-	-	1,5	-	2,6	1,1	3,7	3,6	6,4	16,8	11,4
Altri genitali femminili	-	-	-	-	-	2,2	0,9	-	0,9	-	4,6
Rene	1,6	-	1,5	1,4	-	-	-	2,7	2,7	1	11,4
Vescica (maligni)	-	-	-	-	1,3	1,1	-	-	0,9	-	4,6
Vescica (non maligni)	-	-	-	-	-	1,1	0,9	0,9	0,9	1	1,1
Altre vie urinarie	-	-	1,5	-	-	-	0,9	-	-	1	-
Occhio	-	-	-	-	-	-	0,9	-	0,9	1	-
Encefalo e SNC (maligni)	1,6	1,6	6	1,4	2,6	1,1	-	4,5	2,7	5,2	6,8
^(b) Encefalo e SNC (non maligni)	3,2	1,6	1,5	-	2,6	2,2	2,8	6,3	3,7	11,5	11,4
Tiroide	-	1,6	3	16,8	15,4	36,2	47,5	54,3	75,2	53,5	62,7
Altre ghiandole endocrine	-	1,6	-	-	-	-	-	0,9	-	-	2,3
Linfoma di Hodgkin	-	-	1,5	9,8	3,9	7,7	4,7	2,7	2,7	4,2	3,4
Linfoma non Hodgkin	-	-	3	1,4	-	3,3	0,9	0,9	5,5	8,4	21,7
Mieloma	-	-	-	-	-	1,1	-	0,9	0,9	5,2	5,7
Leucemia linfatica acuta	9,7	-	7,6	-	-	1,1	1,9	0,9	0,9	-	-
Leucemia linfatica cronica	1,6	-	1,5	-	-	-	-	-	-	3,1	2,3
Leucemia mieloide acuta	1,6	-	1,5	-	-	-	2,8	2,7	4,6	4,2	3,4
Leucemia mieloide cronica	-	-	-	-	-	-	1,9	-	0,9	1	1,1
Altre MMPC e SMD	-	-	-	-	2,6	2,2	2,8	2,7	3,7	4,2	6,8
Leucemie NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Miscellanea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1
Mal definite e metastasi	-	-	-	-	-	2,2	-	-	6,4	1	5,7
Totale	24,2	6,5	33,3	39,2	48,8	88,9	132,3	215,5	324,5	409,4	548,1
Totale escluso ^(a)	24,2	6,5	33,3	39,2	48,8	88,9	132,3	213,7	322,7	398,9	540,1
Totale escluso ^{(a)(b)}	21	4,9	31,8	39,2	46,2	86,7	129,5	207,4	319	387,4	528,7



55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	TG	TSD	ES (TSD)	Sede
-	-	1,4	-	3,8	2,5	6,6	0,5	0,3	0,1	Labbro
-	1,4	4,3	1,6	1,9	5,1	-	0,7	0,5	0,2	Lingua
1,1	4,1	-	4,8	3,8	5,1	6,6	1,3	1	0,2	Bocca
1,1	-	1,4	3,2	3,8	7,6	6,6	1,3	0,9	0,2	Ghiandole salivari
-	2,8	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	Orofaringe
-	-	1,4	-	-	-	-	0,4	0,3	0,1	Rinofaringe
-	-	-	-	-	2,5	-	0,1	0	0	Ipfaringe
1,1	-	1,4	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	Faringe NAS
2,2	1,4	1,4	1,6	7,7	10,1	16,4	1,6	1	0,2	Esofago
15,7	22,1	41,4	58,1	61,4	88,5	118,1	16,9	11	0,8	Stomaco
-	1,4	2,9	-	1,9	7,6	3,3	0,8	0,5	0,2	Intestino tenue
45	52,5	64,3	106,6	111,2	164,4	141,1	30,2	20,4	1,1	Colon
36	53,9	37,2	48,5	59,4	113,8	59,1	18,3	12,7	0,9	Retto
4,5	6,9	25,7	29,1	34,5	48,1	26,2	7,1	4,5	0,5	Fegato
5,6	9,7	15,7	17,8	34,5	40,5	29,5	6	3,6	0,4	Vie biliari
13,5	13,8	24,3	30,7	51,8	70,8	52,5	10,2	6,3	0,6	Pancreas
-	4,1	1,4	-	3,8	-	3,3	0,6	0,5	0,2	Cavità nasale
2,2	4,1	4,3	1,6	1,9	2,5	-	1	0,8	0,2	Laringe
36	55,2	60	61,4	99,7	83,5	55,8	22,5	16,3	1	Polmone
2,2	2,8	5,7	1,6	5,8	-	3,3	1,4	1,2	0,3	Altri organi toracici
-	-	2,9	-	-	-	3,3	0,7	0,7	0,2	Osso
20,2	13,8	18,6	12,9	28,8	25,3	6,6	16	14,1	1	Pelle, melanomi
16,9	33,1	32,9	69,5	90,1	136,6	203,4	21,3	12,8	0,8	^(a) Pelle, non melanomi
-	1,4	-	1,6	3,8	-	-	0,3	0,2	0,1	Mesotelioma
-	-	-	-	1,9	2,5	6,6	0,3	0,1	0,1	Sarcoma di Kaposi
2,2	1,4	2,9	3,2	3,8	2,5	6,6	1,7	1,5	0,3	Tessuti molli
240,5	299,7	250,1	255,2	243,5	260,5	170,6	120,9	98,5	2,5	Mammella
14,6	8,3	10	14,5	11,5	7,6	13,1	7,4	6,2	0,6	Utero, collo
48,3	56,6	57,2	40,4	59,4	40,5	23	18,3	14,4	0,9	Utero, corpo
4,5	-	1,4	4,8	1,9	10,1	9,8	1,2	0,7	0,2	Utero NAS
25,9	24,9	42,9	22,6	23	53,1	39,4	12,9	9,9	0,8	Ovaio
2,2	13,8	7,1	9,7	30,7	43	6,6	4,9	3,1	0,4	Altri genitali femminili
10,1	11	20	25,8	32,6	20,2	32,8	7,5	5,5	0,6	Rene
9	9,7	15,7	30,7	36,4	50,6	52,5	7,9	4,9	0,5	Vescica (maligni)
2,2	9,7	14,3	11,3	11,5	20,2	9,8	3,6	2,5	0,4	Vescica (non maligni)
-	2,8	4,3	3,2	9,6	-	3,3	1,2	0,9	0,2	Altre vie urinarie
-	-	-	-	1,9	5,1	6,6	0,6	0,4	0,1	Occhio
11,2	6,9	11,4	32,3	13,4	17,7	9,8	6,6	5,4	0,6	Encefalo e SNC (maligni)
20,2	16,6	11,4	40,4	28,8	20,2	13,1	9,8	7,9	0,7	^(b) Encefalo e SNC (non maligni)
82,1	73,2	67,2	32,3	21,1	-	3,3	41,6	38,3	1,6	Tiroide
-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,3	0,2	Altre ghiandole endocrine
2,2	-	1,4	1,6	-	-	-	3	3,1	0,5	Linfoma di Hodgkin
28,1	30,4	41,4	53,3	46	50,6	16,4	14,7	11,2	0,8	Linfoma non Hodgkin
10,1	11	11,4	32,3	26,8	22,8	23	6,5	4,6	0,5	Mieloma
-	-	1,4	-	-	-	-	1,3	1,7	0,4	Leucemia linfatica acuta
1,1	8,3	10	6,5	5,8	12,6	16,4	2,8	2,1	0,4	Leucemia linfatica cronica
3,4	4,1	12,9	19,4	7,7	15,2	3,3	4,3	3,3	0,5	Leucemia mieloide acuta
1,1	2,8	1,4	-	9,6	2,5	-	1,1	0,8	0,2	Leucemia mieloide cronica
3,4	11	17,1	25,8	21,1	32,9	29,5	7,1	5	0,5	Altre MMPC e SMD
-	-	1,4	3,2	3,8	7,6	9,8	0,8	0,4	0,1	Leucemie NAS
-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	Miscellanea
11,2	12,4	22,9	32,3	59,4	78,4	95,2	11,9	7,2	0,6	Mal definite e metastasi
737,4	899	986	1151,6	1321,3	1590,8	1342	459,7	350,1	4,7	Totale
720,5	865,9	953,1	1082,1	1231,2	1454,2	1138,5	438,4	337,3	4,6	Totale escluso ^(a)
700,3	849,3	941,7	1041,8	1202,4	1434	1125,4	428,5	329,4	4,5	Totale escluso ^{(a)(b)}



Tabella 3a - Provincia di Latina. Anni 2004-2008

Mortalità. Distribuzione della frequenza assoluta dei decessi per tipo di tumore e fascia di età.
Età media e mediana al decesso.

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Labbro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lingua	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1
Bocca	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
Ghiandole salivari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Orofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rinofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Ipfaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Faringe NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3
Esofago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3
Stomaco	-	-	-	-	-	1	1	2	4	4	14
Intestino tenue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colon	-	-	-	-	-	-	1	-	2	4	10
Retto	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
Fegato	-	-	-	-	-	1	-	1	-	5	7
Vie biliari	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	3
Pancreas	-	-	-	-	-	1	-	-	3	6	3
Cavità nasale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laringe	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Polmone	-	-	-	-	-	-	1	5	7	23	36
Altri organi toracici	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Osso	-	-	1	2	-	-	2	1	1	-	1
Pelle, melanomi	-	-	-	-	-	1	-	1	1	3	7
^(a) Pelle, non melanomi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Mesotelioma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarcoma di Kaposi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tessuti molli	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-
Mammella	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pene	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Prostata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Testicolo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altri genitali maschili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rene	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	6
Vescica (maligni)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2
Vescica (non maligni)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altre vie urinarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Occhio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Encefalo e SNC (maligni)	2	2	-	1	-	-	5	5	2	4	11
^(b) Encefalo e SNC (non maligni)	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Tiroide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altre ghiandole endocrine	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Linfoma di Hodgkin	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
Linfoma non Hodgkin	-	-	-	-	-	1	3	-	1	2	3
Mieloma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Leucemia linfatica acuta	-	-	2	-	1	-	1	-	1	-	1
Leucemia linfatica cronica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leucemia mieloide acuta	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	1
Leucemia mieloide cronica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altre MMPC e SMD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leucemie NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Miscellanea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mal definite e metastasi	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	5
Totale	2	4	4	3	2	6	15	25	27	66	129
Totale escluso ^(a)	2	4	4	3	2	6	15	25	27	66	128
Totale escluso ^{(a)(b)}	2	4	4	3	2	6	15	24	27	66	128



55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale	Età media	Età mediana	Sede
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Labbro
2	-	3	1	-	1	1	11	62,9	61,5	Lingua
4	3	2	4	2	2	-	20	64,7	63,5	Bocca
-	-	-	1	-	2	-	3	78,3	81	Ghiandole salivari
-	3	1	1	2	1	-	8	71,7	73	Orofaringe
1	-	1	-	1	-	-	4	61,8	61,5	Rinofaringe
-	-	2	-	-	-	1	4	67	65,5	Ipfaringe
1	1	3	3	1	3	-	16	64,9	66	Faringe NAS
4	5	6	3	7	9	2	42	69,5	70,5	Esofago
12	24	36	48	48	42	20	256	66,1	68	Stomaco
-	-	1	1	1	1	-	4	75,2	74,5	Intestino tenue
17	19	41	56	65	56	27	298	72	73,5	Colon
5	12	14	15	14	16	11	91	72,6	73,5	Retto
11	21	22	37	37	34	11	187	66,4	67,5	Fegato
3	7	4	16	5	14	5	59	71,8	74	Vie biliari
15	19	28	32	23	23	10	163	68,9	69	Pancreas
-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	Cavità nasale
4	9	10	14	12	11	5	67	70,1	71	Laringe
85	123	189	215	223	155	83	1145	68,5	69,5	Polmone
2	4	2	3	4	4	1	21	70,9	73	Altri organi toracici
-	1	-	2	1	1	2	15	52,3	50	Osso
5	4	7	3	5	3	3	43	63,4	64	Pelle, melanomi
-	-	2	6	2	3	3	17	75,1	73	(a) Pelle, non melanomi
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Mesotelioma
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Sarcoma di Kaposi
2	3	2	1	2	1	-	14	59,1	62,5	Tessuti molli
-	1	-	1	1	1	-	4	73,8	76	Mammella
1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	Pene
7	15	26	41	67	76	86	320	76,5	76,5	Prostata
1	3	-	-	-	-	1	5	65,4	62	Testicolo
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Altri genitali maschili
10	5	11	19	14	12	11	91	69,3	70,5	Rene
7	16	27	46	45	51	41	238	73,3	73,5	Vescica (maligni)
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Vescica (non maligni)
1	1	6	6	6	1	1	24	70,6	70,5	Altre vie urinarie
-	-	-	1	1	-	1	4	72	74,5	Occhio
12	20	19	21	33	14	7	158	59,9	63	Encefalo e SNC (maligni)
3	-	1	1	-	-	-	6	58,8	59	(b) Encefalo e SNC (non maligni)
-	-	1	-	2	-	-	3	74	76	Tiroide
-	-	1	-	2	-	-	5	48,2	69	Altre ghiandole endocrine
-	-	1	2	-	-	1	6	64	68	Linfoma di Hodgkin
8	10	10	17	13	14	5	87	67,4	71	Linfoma non Hodgkin
6	4	10	8	5	8	2	45	68,9	70	Mieloma
-	-	2	1	1	1	-	11	51,9	58	Leucemia linfatica acuta
2	2	5	7	8	5	2	31	72,9	72,5	Leucemia linfatica cronica
3	6	10	9	6	3	3	44	68,7	72	Leucemia mieloide acuta
-	1	1	3	2	1	1	9	75,6	74	Leucemia mieloide cronica
-	1	-	-	-	-	1	2	-	-	Altre MMPC e SMD
4	3	4	2	9	9	4	35	73,8	77	Leucemie NAS
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Miscellanea
6	13	21	26	35	34	19	161	72,1	74	Mal definite e metastasi
244	360	532	673	705	612	371	3780	68,7	71	Totale
244	360	530	667	703	609	368	3763	68,6	71	Totale escluso (a)
241	360	529	666	703	609	368	3757	68,6	71	Totale escluso (a)(b)



Tabella 3b - Provincia di Latina. Anni 2004-2008

Mortalità. Distribuzione della frequenza assoluta dei decessi per tipo di tumore e fascia di età.
Età media e mediana al decesso.

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Labbro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lingua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bocca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghiandole salivari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Orofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rinofaringe	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Ipofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Faringe NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Esofago	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Stomaco	-	-	-	-	-	-	1	2	5	4	3
Intestino tenue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colon	-	-	-	-	-	2	-	-	2	3	9
Retto	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
Fegato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Vie biliari	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-
Pancreas	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	1
Cavità nasale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Laringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Polmone	-	-	-	-	-	-	-	4	5	9	15
Altri organi toracici	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Osso	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Pelle, melanomi	-	-	-	-	-	1	-	3	-	1	1
^(a) Pelle, non melanomi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mesotelioma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarcoma di Kaposi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tessuti molli	-	-	-	-	-	-	1	-	2	1	-
Mammella	-	-	-	-	-	-	1	7	20	21	26
Utero, collo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Utero, corpo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
Utero NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2
Ovaio	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7	11
Altri genitali femminili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rene	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Vescica (maligni)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vescica (non maligni)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altre vie urinarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Occhio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Encefalo e SNC (maligni)	1	-	1	1	1	1	1	3	1	5	7
^(b) Encefalo e SNC (non maligni)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Tiroide	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Altre ghiandole endocrine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Linfoma di Hodgkin	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1
Linfoma non Hodgkin	-	-	-	-	-	1	-	1	2	2	3
Mieloma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2
Leucemia linfatica acuta	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Leucemia linfatica cronica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Leucemia mieloide acuta	-	-	-	-	-	-	2	2	1	3	2
Leucemia mieloide cronica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Altre MMPC e SMD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leucemie NAS	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Miscellanea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mal definite e metastasi	-	-	-	-	-	-	-	1	5	2	6
Totale	1	-	4	1	1	7	7	30	49	71	101
Totale escluso ^(a)	1	-	4	1	1	7	7	30	49	71	101
Totale escluso ^{(a)(b)}	1	-	4	1	1	7	7	30	49	71	100



55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale	Età media	Età mediana	Sede
-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	Labbro
2	-	1	-	-	2	1	6	72	74,5	Lingua
-	1	-	-	-	1	1	3	76,3	84	Bocca
-	1	-	1	-	-	2	4	76,2	78,5	Ghiandole salivari
-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	Orofaringe
-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	Rinofaringe
-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	Ipfaringe
-	-	-	-	-	1	1	2	-	-	Faringe NAS
1	1	1	1	2	6	4	17	75,6	79,5	Esofago
10	14	20	21	32	34	52	198	69,1	69,5	Stomaco
-	-	3	-	-	-	-	3	67	67	Intestino tenue
18	17	22	29	30	55	35	222	70,1	73	Colon
4	1	4	7	8	14	20	61	75,9	79	Retto
2	4	20	24	18	29	19	120	75,2	76	Fegato
3	4	6	10	14	18	17	76	74,5	76,5	Vie biliari
9	11	18	22	22	33	20	139	72	72	Pancreas
-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	Cavità nasale
1	-	1	-	1	1	-	4	71,8	72,5	Laringe
26	27	36	34	43	41	24	264	65,9	66	Polmone
-	-	1	1	3	2	1	8	77,9	79	Altri organi toracici
-	1	1	2	2	3	2	13	67,7	76	Osso
1	3	5	4	-	7	5	31	68,4	70	Pelle, melanomi
-	-	1	2	-	1	5	9	82,6	85	(a) Pelle, non melanomi
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Mesotelioma
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Sarcoma di Kaposi
2	3	1	1	-	1	-	12	58,7	61	Tessuti molli
51	28	47	49	40	61	47	398	64,6	64,5	Mammella
2	1	3	1	1	-	1	11	65,7	65	Utero, collo
4	1	4	3	8	7	3	33	70,5	74	Utero, corpo
5	5	6	11	10	17	12	72	71,9	74	Utero NAS
11	16	22	11	17	18	11	125	68,5	68	Ovaio
1	1	1	3	4	9	7	26	78,9	81	Altri genitali femminili
3	2	1	3	6	4	8	28	73,5	76,5	Rene
-	1	2	5	13	10	16	47	79,1	78,5	Vescica (maligni)
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Vescica (non maligni)
-	1	2	-	2	3	2	12	73,3	78	Altre vie urinarie
-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	Occhio
10	7	8	16	11	12	1	87	59	59,5	Encefalo e SNC (maligni)
1	-	1	3	-	1	-	7	67,4	70	(b) Encefalo e SNC (non maligni)
2	1	1	1	2	-	1	9	64,2	64,5	Tiroide
-	-	-	-	1	-	1	3	71,7	79	Altre ghiandole endocrine
2	1	1	1	-	2	-	10	58,8	59,5	Linfoma di Hodgkin
4	3	6	16	8	11	6	63	69,3	72	Linfoma non Hodgkin
2	5	6	14	15	7	7	59	70,7	72	Mieloma
-	-	1	-	1	1	-	5	57,8	68	Leucemia linfatica acuta
-	1	3	3	2	5	9	24	78,8	80,5	Leucemia linfatica cronica
2	1	6	8	3	4	4	38	62,5	67	Leucemia mieloide acuta
-	1	1	3	3	2	1	12	73,2	75	Leucemia mieloide cronica
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Altre MMPC e SMD
-	1	2	7	2	7	6	26	74,9	79	Leucemie NAS
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Miscellanea
14	13	19	16	27	46	44	193	73	75	Mal definite e metastasi
193	178	284	333	351	478	401	2490	70,3	73	Totale
193	178	283	331	351	477	396	2481	70,2	73	Totale escluso (a)
192	178	282	328	351	476	396	2474	70,2	73	Totale escluso (a)(b)



Tabella 4a - Provincia di Latina. Anni 2004-2008

Mortalità. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG), Tasso standardizzato diretto (TSD, standard: pop. Europea). Errore standard (ES) del TSD.

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Labbro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lingua	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	1,1	1,2
Bocca	-	-	-	-	-	-	-	0,9	-	-	2,4
Ghiandole salivari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Orofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rinofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	-
Ipfaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2
Faringe NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	3,6
Esofago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,3	3,6
Stomaco	-	-	-	-	-	1,1	0,9	1,8	3,8	4,4	16,8
Intestino tenue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colon	-	-	-	-	-	-	0,9	-	1,9	4,4	12
Retto	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	1,1	2,4
Fegato	-	-	-	-	-	1,1	-	0,9	-	5,5	8,4
Vie biliari	-	-	-	-	-	-	0,9	-	-	1,1	3,6
Pancreas	-	-	-	-	-	1,1	-	-	2,8	6,6	3,6
Cavità nasale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laringe	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,9	-	-
Polmone	-	-	-	-	-	-	0,9	4,6	6,6	25,2	43,2
Altri organi toracici	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	-
Osso	-	-	1,4	2,7	-	-	1,9	0,9	0,9	-	1,2
Pelle, melanomi	-	-	-	-	-	1,1	-	0,9	0,9	3,3	8,4
^(a) Pelle, non melanomi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2
Mesotelioma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarcoma di Kaposi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tessuti molli	-	-	-	-	1,2	1,1	-	0,9	-	-	-
Mammella	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pene	-	-	-	-	-	-	-	0,9	-	-	-
Prostata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,4
Testicolo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altri genitali maschili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rene	-	1,5	-	-	-	-	-	-	-	2,2	7,2
Vescica (maligni)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,3	2,4
Vescica (non maligni)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altre vie urinarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,4
Occhio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2
Encefalo e SNC (maligni)	3,1	3	-	1,3	-	-	4,6	4,6	1,9	4,4	13,2
^(b) Encefalo e SNC (non maligni)	-	-	-	-	-	-	-	0,9	-	-	-
Tiroide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altre ghiandole endocrine	-	1,5	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Linfoma di Hodgkin	-	-	-	-	-	-	-	-	1,9	-	-
Linfoma non Hodgkin	-	-	-	-	-	1,1	2,8	-	0,9	2,2	3,6
Mieloma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	1,2
Leucemia linfatica acuta	-	-	2,9	-	1,2	-	0,9	-	0,9	-	1,2
Leucemia linfatica cronica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leucemia mieloide acuta	-	-	-	-	-	-	-	2,8	-	-	1,2
Leucemia mieloide cronica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altre MMPC e SMD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leucemie NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Miscellanea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mal definite e metastasi	-	-	-	-	-	-	-	1,8	-	-	6
Totale	3,1	6,1	5,7	4	2,4	6,4	13,9	23	25,5	72,2	154,8
Totale escluso ^(a)	3,1	6,1	5,7	4	2,4	6,4	13,9	23	25,5	72,2	153,6
Totale escluso ^{(a)(b)}	3,1	6,1	5,7	4	2,4	6,4	13,9	22,1	25,5	72,2	153,6



55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	TG	TSD	ES (TSD)	Sede
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Labbro
2,4	-	4,6	1,9	-	4	6,9	0,8	0,7	0,2	Lingua
4,7	4,4	3,1	7,4	5	8,1	-	1,5	1,3	0,3	Bocca
-	-	-	1,9	-	8,1	-	0,2	0,1	0,1	Ghiandole salivari
-	4,4	1,5	1,9	5	4	-	0,6	0,5	0,2	Orofaringe
1,2	-	1,5	-	2,5	-	-	0,3	0,3	0,1	Rinofaringe
-	-	3,1	-	-	-	6,9	0,3	0,3	0,1	Ipfaringe
1,2	1,5	4,6	5,6	2,5	12,1	-	1,2	1	0,3	Faringe NAS
4,7	7,3	9,2	5,6	17,5	36,3	13,8	3,2	2,5	0,4	Esofago
14,2	35	55,1	89,3	120,1	169,2	137,6	19,7	15	1	Stomaco
-	-	1,5	1,9	2,5	4	-	0,3	0,2	0,1	Intestino tenue
20,1	27,7	62,8	104,2	162,7	225,6	185,7	22,9	16,9	1	Colon
5,9	17,5	21,4	27,9	35	64,5	75,7	7	5,3	0,6	Retto
13	30,6	33,7	68,9	92,6	137	75,7	14,4	10,8	0,8	Fegato
3,5	10,2	6,1	29,8	12,5	56,4	34,4	4,5	3,4	0,5	Vie biliari
17,7	27,7	42,9	59,5	57,6	92,7	68,8	12,5	9,7	0,8	Pancreas
-	1,5	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	Cavità nasale
4,7	13,1	15,3	26,1	30	44,3	34,4	5,2	3,9	0,5	Laringe
100,3	179,4	289,4	400,1	558,1	624,4	571	88,1	67,3	2	Polmone
2,4	5,8	3,1	5,6	10	16,1	6,9	1,6	1,2	0,3	Altri organi toracici
-	1,5	-	3,7	2,5	4	13,8	1,2	1	0,3	Osso
5,9	5,8	10,7	5,6	12,5	12,1	20,6	3,3	2,8	0,4	Pelle, melanomi
-	-	3,1	11,2	5	12,1	20,6	1,3	1	0,2	^(a) Pelle, non melanomi
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Mesotelioma
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Sarcoma di Kaposi
2,4	4,4	3,1	1,9	5	4	-	1,1	0,9	0,2	Tessuti molli
-	1,5	-	1,9	2,5	4	-	0,3	0,2	0,1	Mammella
1,2	-	-	-	-	-	-	0,2	0,1	0,1	Pene
8,3	21,9	39,8	76,3	167,7	306,2	591,6	24,6	18	1	Prostata
1,2	4,4	-	-	-	-	6,9	0,4	0,4	0,2	Testicolo
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Altri genitali maschili
11,8	7,3	16,8	35,4	35	48,3	75,7	7	5,5	0,6	Rene
8,3	23,3	41,3	85,6	112,6	205,5	282	18,3	13,4	0,9	Vescica (maligni)
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Vescica (non maligni)
1,2	1,5	9,2	11,2	15	4	6,9	1,8	1,4	0,3	Altre vie urinarie
-	-	-	1,9	2,5	-	6,9	0,3	0,3	0,1	Occhio
14,2	29,2	29,1	39,1	82,6	56,4	48,2	12,2	9,9	0,8	Encefalo e SNC (maligni)
3,5	-	1,5	1,9	-	-	-	0,5	0,4	0,2	^(b) Encefalo e SNC (non maligni)
-	-	1,5	-	5	-	-	0,2	0,2	0,1	Tiroide
-	-	1,5	-	5	-	-	0,4	0,4	0,2	Altre ghiandole endocrine
-	-	1,5	3,7	-	-	6,9	0,5	0,4	0,2	Linfoma di Hodgkin
9,4	14,6	15,3	31,6	32,5	56,4	34,4	6,7	5,2	0,6	Linfoma non Hodgkin
7,1	5,8	15,3	14,9	12,5	32,2	13,8	3,5	2,6	0,4	Mieloma
-	-	3,1	1,9	2,5	4	-	0,8	0,8	0,2	Leucemia linfatica acuta
2,4	2,9	7,7	13	20	20,1	13,8	2,4	1,7	0,3	Leucemia linfatica cronica
3,5	8,8	15,3	16,7	15	12,1	20,6	3,4	2,7	0,4	Leucemia mieloide acuta
-	1,5	1,5	5,6	5	4	6,9	0,7	0,5	0,2	Leucemia mieloide cronica
-	1,5	-	-	-	-	6,9	0,2	0,1	0,1	Altre MMPC e SMD
4,7	4,4	6,1	3,7	22,5	36,3	27,5	2,7	1,9	0,3	Leucemie NAS
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Miscellanea
7,1	19	32,2	48,4	87,6	137	130,7	12,4	9,1	0,7	Mal definite e metastasi
287,9	525,1	814,7	1252,4	1764,4	2465,6	2552,1	290,7	221,4	3,7	Totale
287,9	525,1	811,7	1241,2	1759,4	2453,5	2531,5	289,4	220,4	3,7	Totale escluso ^(a)
284,4	525,1	810,1	1239,3	1759,4	2453,5	2531,5	289	220	3,7	Totale escluso ^{(a)(b)}

**Tabella 4b - Provincia di Latina. Anni 2004-2008**

Mortalità. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG), Tasso standardizzato diretto (TSD, standard: pop. Europea). Errore standard (ES) del TSD.

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Labbro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lingua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bocca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghiandole salivari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Orofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rinofaringe	-	-	-	-	-	-	-	1,8	-	-	-
Ipofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Faringe NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Esofago	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	-	-
Stomaco	-	-	-	-	-	-	0,9	1,8	4,6	4,2	3,4
Intestino tenue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colon	-	-	-	-	-	2,2	-	-	1,8	3,1	10,3
Retto	-	-	-	-	-	-	-	0,9	-	-	2,3
Fegato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1	2,3
Vie biliari	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,9	2,1	-
Pancreas	-	-	-	-	-	-	-	1,8	-	1	1,1
Cavità nasale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1
Laringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Polmone	-	-	-	-	-	-	-	3,6	4,6	9,4	17,1
Altri organi toracici	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Osso	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Pelle, melanomi	-	-	-	-	-	1,1	-	2,7	-	1	1,1
^(a) Pelle, non melanomi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mesotelioma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarcoma di Kaposi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tessuti molli	-	-	-	-	-	-	0,9	-	1,8	1	-
Mammella	-	-	-	-	-	-	0,9	6,3	18,3	22	29,6
Utero, collo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,1
Utero, corpo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1	1,1
Utero NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8	2,1	2,3
Ovaio	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	7,3	12,5
Altri genitali femminili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rene	-	-	-	-	-	-	-	0,9	-	-	-
Vescica (maligni)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vescica (non maligni)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altre vie urinarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,3
Occhio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Encefalo e SNC (maligni)	1,6	-	1,5	1,4	1,3	1,1	0,9	2,7	0,9	5,2	8
^(b) Encefalo e SNC (non maligni)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1
Tiroide	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	-	-
Altre ghiandole endocrine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1
Linfoma di Hodgkin	-	-	-	-	-	1,1	0,9	-	-	-	1,1
Linfoma non Hodgkin	-	-	-	-	-	1,1	-	0,9	1,8	2,1	3,4
Mieloma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,3
Leucemia linfatica acuta	-	-	1,5	-	-	-	-	-	-	-	1,1
Leucemia linfatica cronica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Leucemia mieloide acuta	-	-	-	-	-	-	1,9	1,8	0,9	3,1	2,3
Leucemia mieloide cronica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Altre MMPC e SMD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leucemie NAS	-	-	-	-	-	1,1	-	-	-	-	-
Miscellanea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mal definite e metastasi	-	-	-	-	-	-	-	0,9	4,6	2,1	6,8
Totale	1,6	-	6	1,4	1,3	7,7	6,5	27,2	44,9	74,5	115,1
Totale escluso ^(a)	1,6	-	6	1,4	1,3	7,7	6,5	27,2	44,9	74,5	115,1
Totale escluso ^{(a)(b)}	1,6	-	6	1,4	1,3	7,7	6,5	27,2	44,9	74,5	114



55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	TG	TSD	ES (TSD)	Sede
-	-	-	-	-	2,5	-	0,1	0	0	Labbro
2,2	-	1,4	-	-	5,1	3,3	0,4	0,3	0,1	Lingua
-	1,4	-	-	-	2,5	3,3	0,2	0,1	0,1	Bocca
-	1,4	-	1,6	-	-	6,6	0,3	0,2	0,1	Ghiandole salivari
-	-	-	-	-	-	6,6	0,1	0,1	0	Orofaringe
-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	Rinofaringe
-	-	-	-	-	2,5	-	0,1	0	0	Ipfaringe
-	-	-	-	-	2,5	3,3	0,1	0,1	0	Faringe NAS
1,1	1,4	1,4	1,6	3,8	15,2	13,1	1,3	0,7	0,2	Esofago
11,2	19,3	28,6	33,9	61,4	86	170,6	14,6	8,6	0,7	Stomaco
-	-	4,3	-	-	-	-	0,2	0,2	0,1	Intestino tenue
20,2	23,5	31,4	46,8	57,5	139,1	114,8	16,4	10	0,7	Colon
4,5	1,4	5,7	11,3	15,3	35,4	65,6	4,5	2,4	0,3	Retto
2,2	5,5	28,6	38,8	34,5	73,3	62,3	8,9	5,1	0,5	Fegato
3,4	5,5	8,6	16,2	26,8	45,5	55,8	5,6	3,1	0,4	Vie biliari
10,1	15,2	25,7	35,5	42,2	83,5	65,6	10,3	6,1	0,5	Pancreas
-	-	-	-	-	-	3,3	0,1	0,1	0,1	Cavità nasale
1,1	-	1,4	-	1,9	2,5	-	0,3	0,2	0,1	Laringe
29,2	37,3	51,4	54,9	82,5	103,7	78,7	19,5	13,2	0,9	Polmone
-	-	1,4	1,6	5,8	5,1	3,3	0,6	0,3	0,1	Altri organi toracici
-	1,4	1,4	3,2	3,8	7,6	6,6	1	0,7	0,2	Osso
1,1	4,1	7,1	6,5	-	17,7	16,4	2,3	1,5	0,3	Pelle, melanomi
-	-	1,4	3,2	-	2,5	16,4	0,7	0,3	0,1	^(a) Pelle, non melanomi
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Mesotelioma
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Sarcoma di Kaposi
2,2	4,1	1,4	1,6	-	2,5	-	0,9	0,7	0,2	Tessuti molli
57,3	38,7	67,2	79,1	76,7	154,3	154,2	29,4	20,5	1,1	Mammella
2,2	1,4	4,3	1,6	1,9	-	3,3	0,8	0,6	0,2	Utero, collo
4,5	1,4	5,7	4,8	15,3	17,7	9,8	2,4	1,5	0,3	Utero, corpo
5,6	6,9	8,6	17,8	19,2	43	39,4	5,3	3,2	0,4	Utero NAS
12,4	22,1	31,4	17,8	32,6	45,5	36,1	9,2	6,6	0,6	Ovaio
1,1	1,4	1,4	4,8	7,7	22,8	23	1,9	0,9	0,2	Altri genitali femminili
3,4	2,8	1,4	4,8	11,5	10,1	26,2	2,1	1,2	0,2	Rene
-	1,4	2,9	8,1	24,9	25,3	52,5	3,5	1,7	0,3	Vescica (maligni)
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Vescica (non maligni)
-	1,4	2,9	-	3,8	7,6	6,6	0,9	0,6	0,2	Altre vie urinarie
-	-	-	-	-	-	6,6	0,1	0,1	0	Occhio
11,2	9,7	11,4	25,8	21,1	30,3	3,3	6,4	4,9	0,6	Encefalo e SNC (maligni)
1,1	-	1,4	4,8	-	2,5	-	0,5	0,4	0,1	^(b) Encefalo e SNC (non maligni)
2,2	1,4	1,4	1,6	3,8	-	3,3	0,7	0,5	0,2	Tiroide
-	-	-	-	1,9	-	3,3	0,2	0,2	0,1	Altre ghiandole endocrine
2,2	1,4	1,4	1,6	-	5,1	-	0,7	0,6	0,2	Linfoma di Hodgkin
4,5	4,1	8,6	25,8	15,3	27,8	19,7	4,6	3	0,4	Linfoma non Hodgkin
2,2	6,9	8,6	22,6	28,8	17,7	23	4,4	2,7	0,4	Mieloma
-	-	1,4	-	1,9	2,5	-	0,4	0,3	0,2	Leucemia linfatica acuta
-	1,4	4,3	4,8	3,8	12,6	29,5	1,8	1	0,2	Leucemia linfatica cronica
2,2	1,4	8,6	12,9	5,8	10,1	13,1	2,8	2	0,3	Leucemia mieloide acuta
-	1,4	1,4	4,8	5,8	5,1	3,3	0,9	0,5	0,2	Leucemia mieloide cronica
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Altre MMPC e SMD
-	1,4	2,9	11,3	3,8	17,7	19,7	1,9	1	0,2	Leucemie NAS
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Miscellanea
15,7	18	27,2	25,8	51,8	116,3	144,4	14,2	8,4	0,6	Mal definite e metastasi
216,9	245,8	405,8	537,8	673,1	1208,9	1315,7	183,7	116,4	2,5	Totale
216,9	245,8	404,4	534,6	673,1	1206,4	1299,3	183,1	116,1	2,5	Totale escluso ^(a)
215,8	245,8	403	529,8	673,1	1203,8	1299,3	182,5	115,7	2,5	Totale escluso ^{(a)(b)}



Tabella 4a - Provincia di Latina. Anni 2004-2008

Modalità di diagnosi. Distribuzione percentuale dei casi noti dal solo certificato di decesso (DCO) e con modalità di diagnosi citologica e istologica, per tipo di tumore e fascia di età.

Sede	Modalità DCO			Modalità citologica			Modalità istologica		
	0-64	65+	Totale	0-64	65+	Totale	0-64	65+	Totale
Labbro	0	0	0	0	0	0	100	100	100
Lingua	0	0	0	0	0	0	100	95,5	97,1
Bocca	0	0	0	0	0	0	88,2	77,8	82,9
Ghiandole salivari	0	0	0	0	10	5,9	85,7	90	88,2
Orofaringe	5,9	0	3,7	0	0	0	88,2	80	85,2
Rinofaringe	0	0	0	0	0	0	83,3	57,1	69,2
Ipfaringe	0	50	11,1	0	0	0	100	50	88,9
Faringe NAS	-	33,3	33,3	-	0	0	-	66,7	66,7
Esofago	0	10	5,7	0	0	0	86,7	80	82,9
Stomaco	0,9	2,3	1,8	0,9	0	0,3	91,2	80,7	84,3
Intestino tenue	0	10	6,2	0	0	0	100	60	75
Colon	0,6	1,3	1,1	0	0,8	0,5	89	88	88,3
Retto	0	0,4	0,3	0	0	0	87	91,5	90,3
Fegato	2,6	0,8	1,5	3,9	1,7	2,5	44,2	27,3	33,8
Vie biliari	0	7,1	5,3	10,5	0	2,7	68,4	30,4	40
Pancreas	3,3	7,3	5,9	5	3,7	4,1	26,7	20,2	22,5
Cavità nasale	0	0	0	0	0	0	50	100	87,5
Laringe	3,7	6,2	5,2	0	0	0	90,7	81,5	85,2
Polmone	0,8	2,8	2,2	11,9	12,1	12	56,9	42,7	46,9
Altri organi toracici	0	10	4,2	0	0	0	78,6	30	58,3
Osso	0	0	0	0	0	0	76,9	100	78,6
Pelle, melanomi	1,4	1,5	1,5	0,7	0	0,5	88,4	83,8	86,9
^(a) Pelle, non melanomi	0	0	0	0	0	0	98,8	99,2	99,1
Mesotelioma	0	0	0	25	14,3	16,7	75	85,7	83,3
Sarcoma di Kaposi	0	0	0	0	0	0	50	100	88,9
Tessuti molli	0	0	0	0	0	0	90,9	100	93,8
Mammella	0	0	0	0	0	0	80	100	89,5
Pene	0	0	0	0	0	0	100	100	100
Prostata	0	1,8	1,4	0,4	0	0,1	92,6	88,6	89,5
Testicolo	0	0	0	0	0	0	78,8	33,3	77,1
Altri genitali maschili	-	0	0	-	0	0	-	100	100
Rene	0	1	0,6	0	0	0	86,6	68,8	77
Vescica (maligni)	0	0,7	0,5	0,7	1,9	1,6	92,9	85	87
Vescica (non maligni)	0	0	0	1	1,4	1,2	94,1	81,9	87,1
Altre vie urinarie	0	0	0	0	0	0	100	87	89,3
Occhio	0	0	0	0	0	0	50	66,7	54,5
Encefalo e SNC (maligni)	0	4,5	2,1	0	0	0	83,1	50,7	68,1
^(b) Encefalo e SNC (non maligni)	0	0	0	0	0	0	75,8	60	69
Tiroide	0	0	0	0	0	0	94,6	88,5	93,7
Altre ghiandole endocrine	0	0	0	0	0	0	100	0	50
Linfoma di Hodgkin	0	0	0	2	0	1,8	90,2	100	91,2
Linfoma non Hodgkin	0	3,8	1,8	1,7	5,7	3,6	87,2	81,1	84,3
Mieloma	0	1,7	1,1	15,6	20,7	18,9	68,8	43,1	52,2
Leucemia linfatica acuta	0	0	0	9,1	33,3	14,3	81,8	33,3	71,4
Leucemia linfatica cronica	0	0	0	25	53,8	48,9	75	25,6	34
Leucemia mieloide acuta	4,3	4,5	4,5	17,4	22,7	20,9	65,2	61,4	62,7
Leucemia mieloide cronica	0	0	0	0	50	18,2	92,9	50	77,3
Altre MMPC e SMD	0	0	0	34,5	28,4	30,2	51,7	43,3	45,8
Leucemie NAS	0	27,3	20	25	45,5	40	50	18,2	26,7
Miscellanea	0	0	0	0	0	0	33,3	100	60
Mal definite e metastasi	5,9	3,9	4,4	0	4,9	3,6	20,6	12,6	14,6
Totale	0,7	2	1,5	3,2	4,3	3,9	80,1	71,4	74,4
Totale escluso ^(a)	0,7	2,1	1,6	3,3	4,7	4,2	79,4	69	72,8
Totale escluso ^{(a)(b)}	0,7	2,2	1,6	3,4	4,7	4,2	79,5	69	72,8

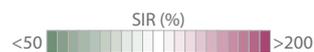

Tabella 4b - Provincia di Latina. Anni 2004-2008

Modalità di diagnosi. Distribuzione percentuale dei casi noti dal solo certificato di decesso (DCO) e con modalità di diagnosi citologica e istologica, per tipo di tumore e fascia di età.

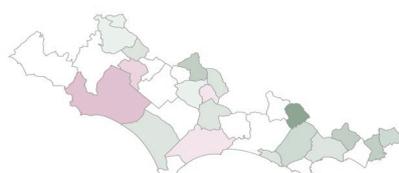
Sede	Modalità DCO			Modalità citologica			Modalità istologica		
	0-64	65+	Totale	0-64	65+	Totale	0-64	65+	Totale
Labbro	0	0	0	0	0	0	0	100	85,7
Lingua	0	0	0	0	0	0	100	85,7	90
Bocca	0	0	0	0	0	0	77,8	77,8	77,8
Ghiandole salivari	0	0	0	0	0	0	100	90	94,4
Orofaringe	0	-	0	0	-	0	100	-	100
Rinofaringe	0	0	0	0	0	0	100	100	100
Ipofaringe	-	0	0	-	0	0	-	100	100
Faringe NAS	0	0	0	0	0	0	0	100	50
Esofago	0	13,3	9,1	0	0	0	57,1	40	45,5
Stomaco	1,6	2,4	2,2	0	0	0	83,6	81,5	82,1
Intestino tenue	0	0	0	0	0	0	50	71,4	63,6
Colon	0	1,4	1	0,8	1,1	1	90,9	83,8	86,1
Retto	0	1,3	0,8	1	0	0,4	89,8	88	88,7
Fegato	0	6,2	5,2	0	0	0	73,3	14,8	24
Vie biliari	6,2	7,7	7,4	0	0	0	75	40	46,9
Pancreas	3,2	7,5	6,5	3,2	3,7	3,6	51,6	17,8	25,4
Cavità nasale	0	25	12,5	0	0	0	100	75	87,5
Laringe	0	0	0	0	0	0	87,5	100	92,9
Polmone	1,6	3,8	3	8,9	13,7	11,8	65	43,4	52,1
Altri organi toracici	0	0	0	0	22,2	10,5	90	44,4	68,4
Osso	0	0	0	0	0	0	85,7	66,7	80
Pelle, melanomi	0	0	0	0	0	0	86,4	85,4	86,2
^(a) Pelle, non melanomi	0	0	0	0	0,4	0,3	96,7	98,7	98,3
Mesotelioma	0	0	0	0	0	0	100	100	100
Sarcoma di Kaposi	-	0	0	-	0	0	-	100	100
Tessuti molli	0	0	0	0	0	0	85,7	66,7	78,3
Mammella	0,1	0,2	0,1	0,6	1,5	0,9	93,1	92,4	92,8
Utero, collo	0	0	0	1,4	0	1	88,7	79,3	86
Utero, corpo	0	0	0	0	0	0	87,6	90,8	89,1
Utero NAS	0	16,7	12,5	0	0	0	75	25	37,5
Ovaio	0	4,5	2,3	4,7	6,7	5,7	77,9	44,9	61,1
Altri genitali femminili	5	2,2	3	0	2,2	1,5	60	65,2	63,6
Rene	0	6,2	3,9	0	0	0	89,2	72,3	78,4
Vescica (maligni)	0	2,4	1,9	0	1,2	0,9	81,8	80	80,4
Vescica (non maligni)	0	0	0	0	0	0	86,7	91,2	89,8
Altre vie urinarie	0	0	0	0	0	0	80	90,9	87,5
Occhio	0	0	0	0	0	0	66,7	20	37,5
Encefalo e SNC (maligni)	0	4,4	2,2	0	0	0	79,5	44,4	61,8
^(b) Encefalo e SNC (non maligni)	0	0	0	1,4	0	0,8	75,3	51,7	64,7
Tiroide	0	0	0	0,6	0	0,5	95,9	96,2	95,9
Altre ghiandole endocrine	0	-	0	0	-	0	50	-	50
Linfoma di Hodgkin	2,6	0	2,5	0	0	0	81,6	50	80
Linfoma non Hodgkin	0	1,8	1	8	3,6	5,5	72,7	83,8	78,9
Mieloma	0	3,4	2,3	0	19	12,5	76,7	43,1	54,5
Leucemia linfatica acuta	0	0	0	0	0	0	87,5	100	88,2
Leucemia linfatica cronica	0	4,2	2,6	28,6	41,7	36,8	35,7	29,2	31,6
Leucemia mieloide acuta	0	3,1	1,7	34,6	15,6	24,1	57,7	56,2	56,9
Leucemia mieloide cronica	12,5	14,3	13,3	12,5	28,6	20	75	42,9	60
Altre MMPC e SMD	0	0	0	5,7	26,2	18,8	88,6	44,3	60,4
Leucemie NAS	-	36,4	36,4	-	27,3	27,3	-	0	0
Miscellanea	0	-	0	0	-	0	100	-	100
Mal definite e metastasi	0	7,9	6,2	8,8	7,1	7,5	17,6	7,1	9,3
Totale	0,3	2,4	1,3	1,8	3,6	2,7	86,6	70,7	78,6
Totale escluso ^(a)	0,3	2,6	1,4	1,8	3,8	2,8	86,4	68,5	77,7
Totale escluso ^{(a)(b)}	0,3	2,6	1,4	1,8	3,9	2,8	86,7	68,9	78

Mappe dei dati grezzi (non-smoothed)

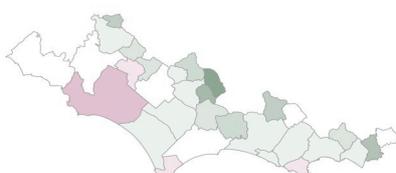
Rapporti standardizzati di incidenza (SIR) per comune
Anni 1997-2008



Tutti i tumori

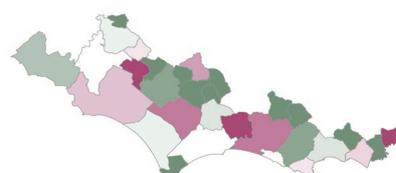


Maschi



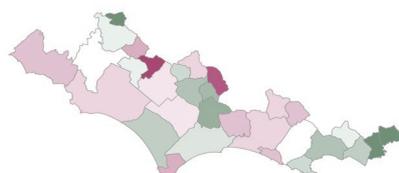
Femmine

Tumori dell'esofago

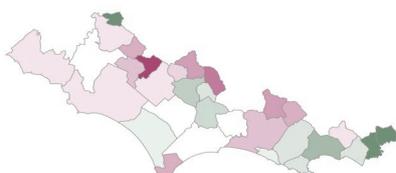


Femmine

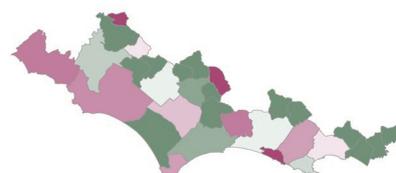
Tumori della testa e del collo



Maschi e femmine

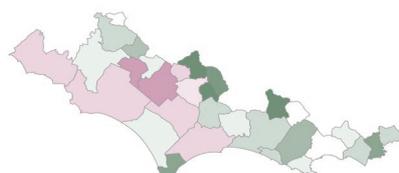


Maschi

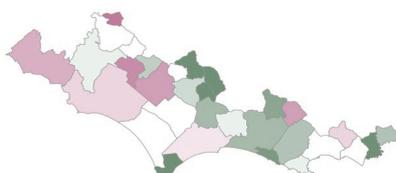


Femmine

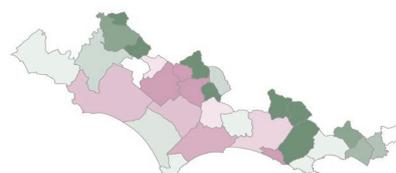
Tumori dello stomaco



Maschi e femmine

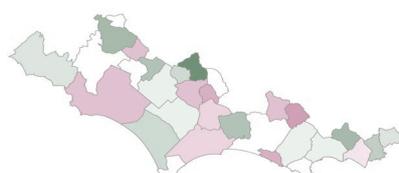


Maschi

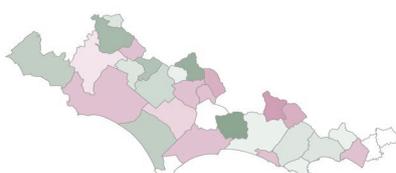


Femmine

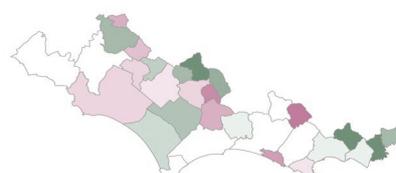
Tumori del colon e del retto



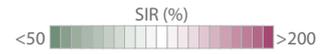
Maschi e femmine



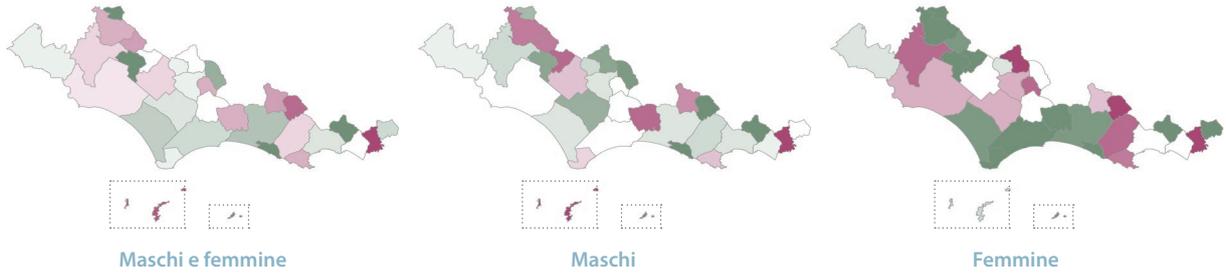
Maschi



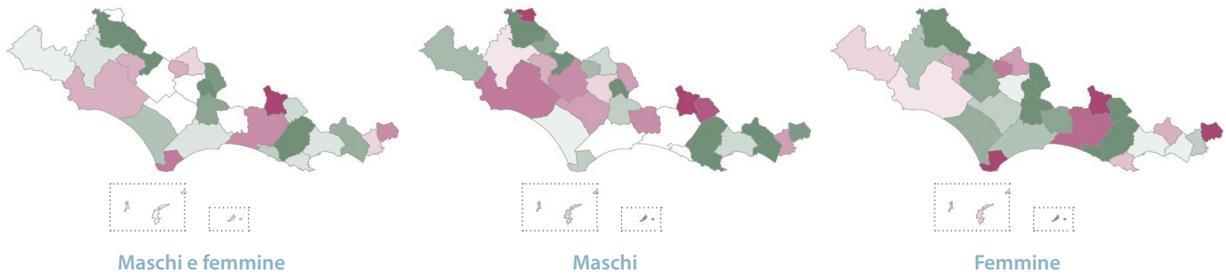
Femmine



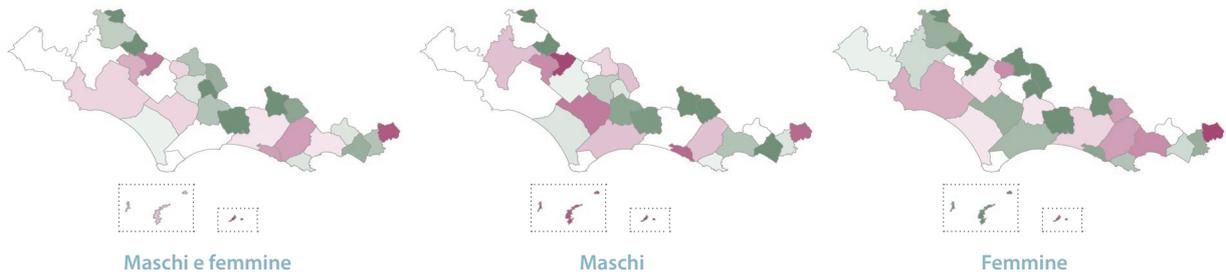
Tumori del fegato



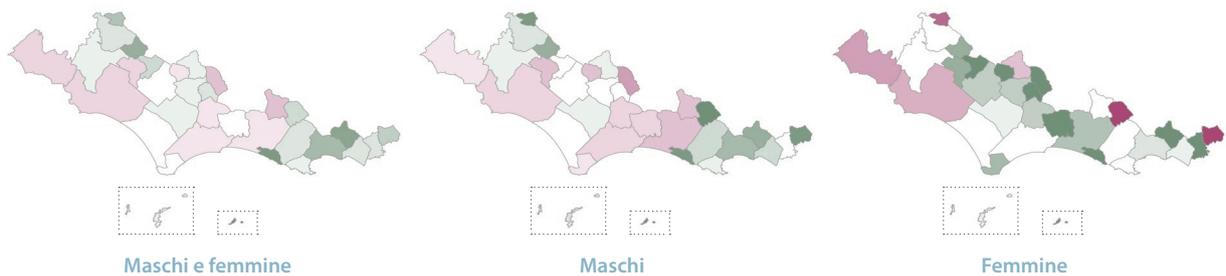
Tumori delle vie biliari



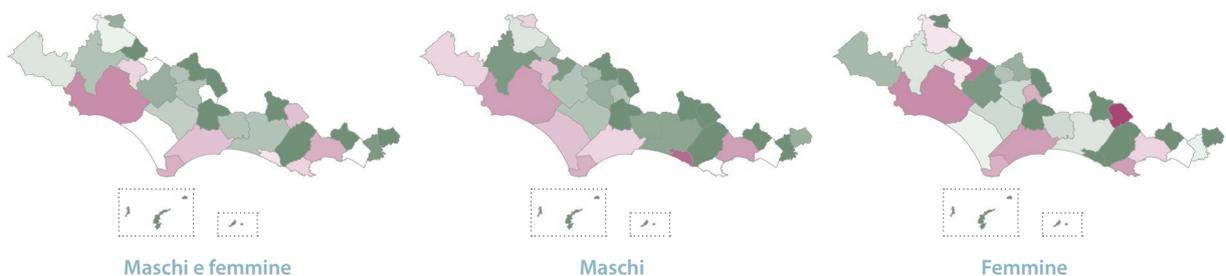
Tumori del pancreas



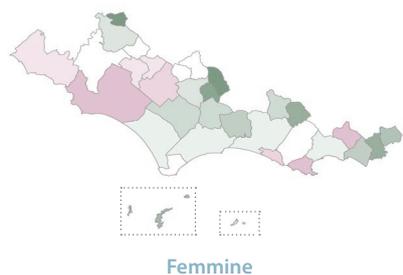
Tumori del polmone



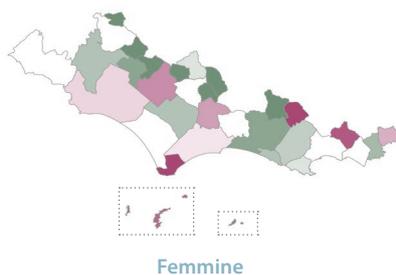
Melanoma cutaneo



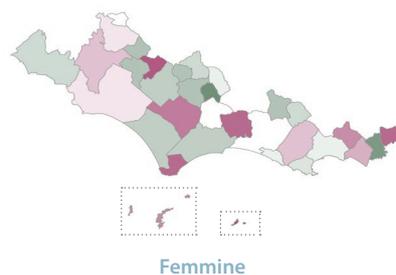
Tumori della mammella



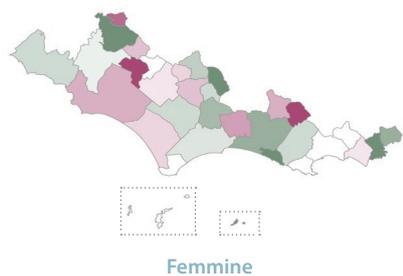
Tumori del collo dell'utero



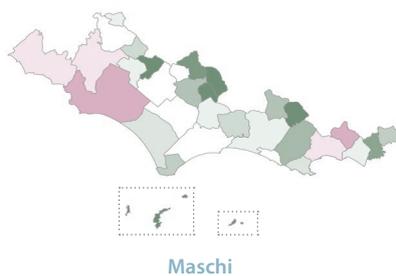
Tumori del corpo dell'utero



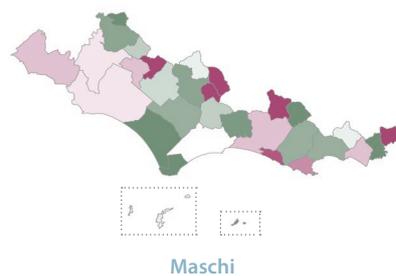
Tumori dell'ovaio



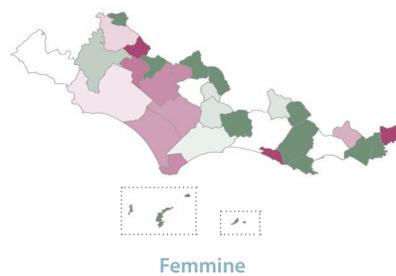
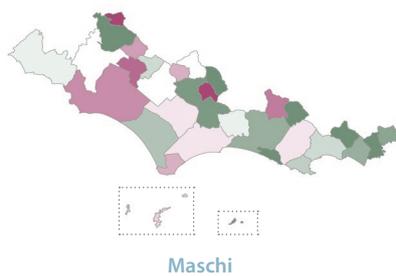
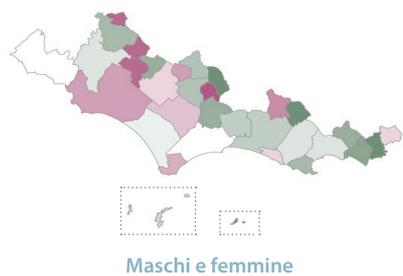
Tumori della prostata



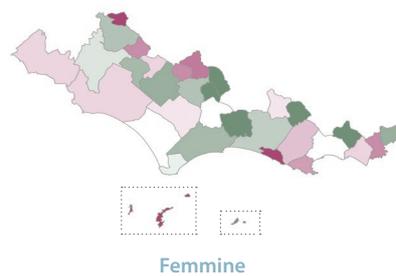
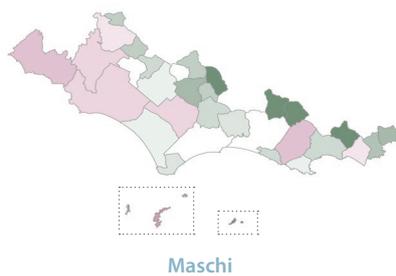
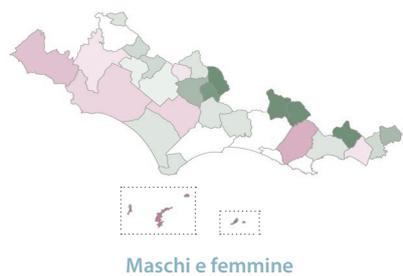
Tumori del testicolo



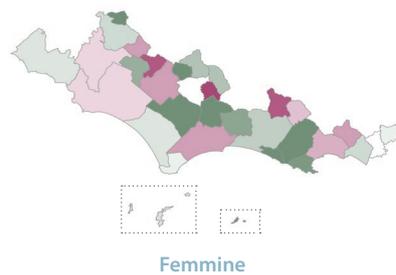
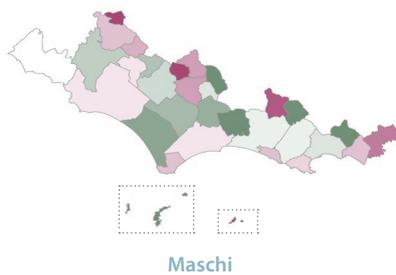
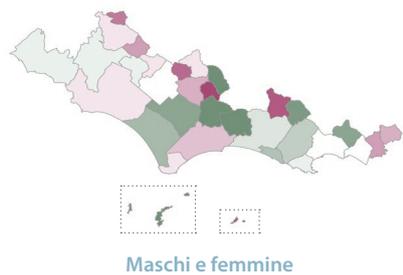
Tumori del rene

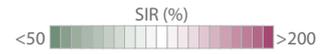


Tumori della vescica

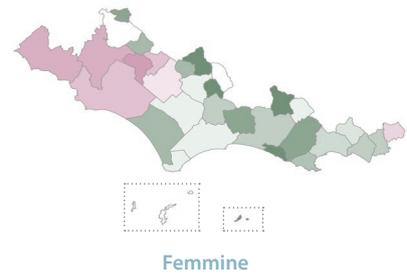
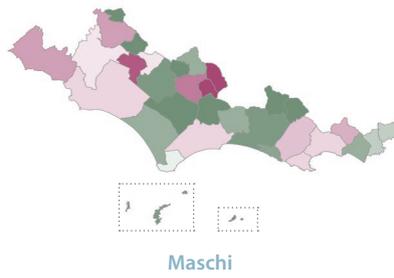
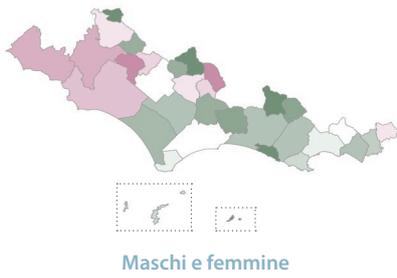


Tumori maligni dell'encefalo

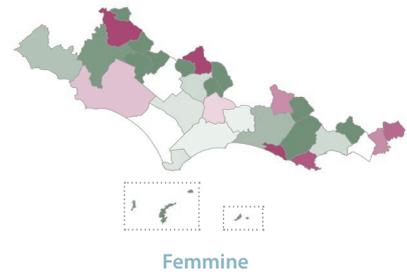
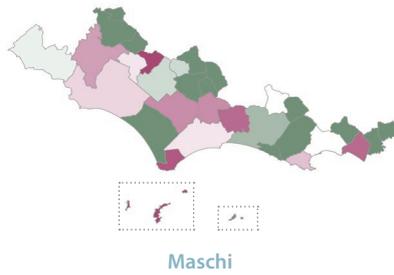
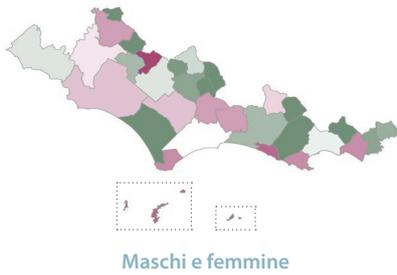




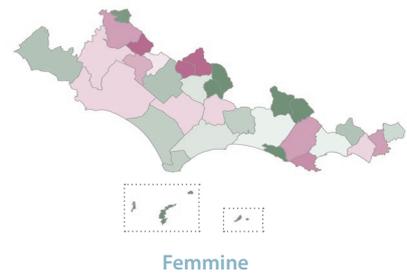
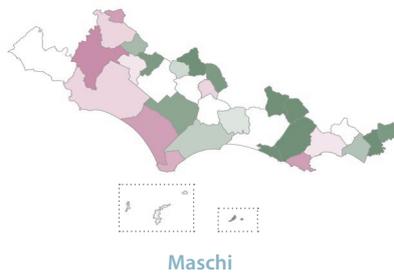
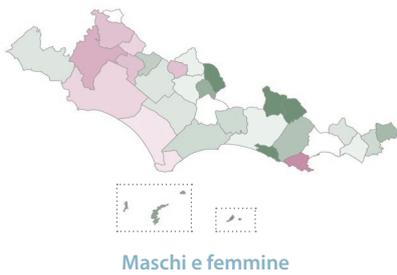
Tumori della tiroide



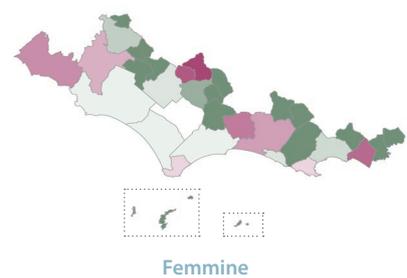
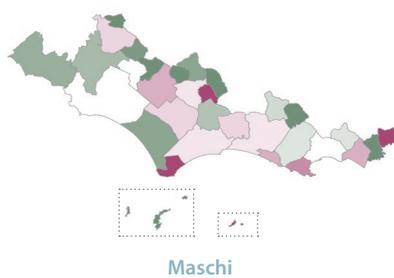
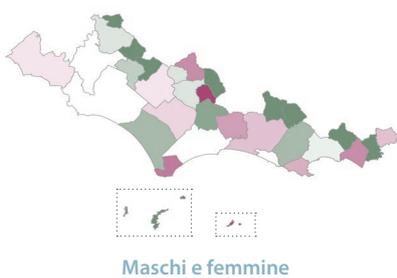
Linfomi di Hodgkin



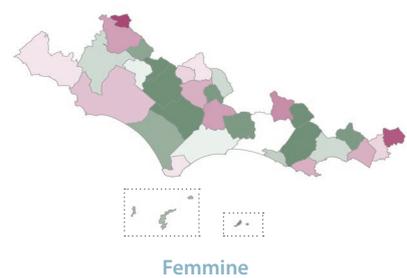
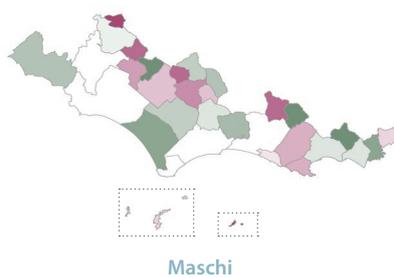
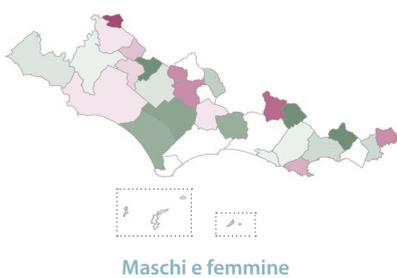
Linfomi non Hodgkin



Mielomi



Leucemie



Bibliografia

- AIRT Working Group. I tumori in Italia, rapporto 2006. I dati di incidenza e mortalità del AIRT. Epidemiol Prev 30 gennaio-febbraio 2006 supplemento 2.
- AIRT Working Group. I tumori in Italia, rapporto 2007. Sopravvivenza: i dati dei Registri tumori italiani. Epidemiol Prev 31 gennaio-febbraio 2007 supplemento 1.
- AIRTUM Working Group. I tumori in Italia, rapporto 2009. I trend dei tumori negli anni duemila (1998-2005). Epidemiol Prev 33 (4-5) luglio-ottobre 2009 supplemento 1.
- AIRTUM Working Group. I tumori in Italia, rapporto 2010. La prevalenza dei tumori in Italia. Epidemiol Prev 34 (5-6) settembre-dicembre 2010 supplemento 2.
- AIRTUM - AIOM. I numeri del cancro in Italia - 2011. Intermedia editore. Brescia, 2011.
- AIRTUM Working Group. I Tumori in Italia - Rapporto 2011: La sopravvivenza dei pazienti oncologici in Italia. Epidemiol Prev 2011; 35 (5-6) suppl 3: 1-200.
- Anselin L, Kim YW, Syabri I. Web-based analytical tools for the exploration of spatial data. Journal of Geographical Systems, 2004; 6:197-218.
- Brenner H, Gefeller O. Deriving more up-to-date Estimates of Long-Term Patient Survival. J Clin Epidemiol vol.50, No. 2 pp.211-16, 1997.
- 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, Boyle P. Eds. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX. IARC Scientific Publications, N.160, IARC, Lyon, 2005.
- Dos Santos Silva I. Cancer Epidemiology: Principles and Methods. World Health Organization. IARC, Lyon, 1999.
- Fedeli U. Utilizzo delle SDO per il monitoraggio dell'assistenza in ambito oncologico. Epidemiol Prev. 2011 Mar-Apr;35(2):144-48.
- Ferretti S, Giacomini A, G.d.Lavoro AIRTum. Manuale di Tecniche di Registrazione dei Tumori. Inferenze, Milano. 2007.
- Ferretti S, Guzzinati S, Zambon P, et al. Cancer incidence estimation by hospital discharge flow as compared with cancer registries data. Epidemiol Prev. 2009 Jul-Oct;33(4-5):147-53.
- Fritz A, Percy C, Jack A, et al. International Classification of Diseases for Oncology, Third Edition. WHO, 2000
- Guzzinati S, Buzzoni C, De Angelis R et al. Cancer prevalence in Italy: an analysis of geographic variability. Cancer Causes Control. DOI 10.1007/s10552-012-0025-8.
- Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. Int J Qual Healthy Care 2003 Dec; 15(6): 523-30
- Mc Carthy M., Gonzales-Izquierdo A., Sherlaw-Johnson C. et al. Comparative indicators for cancer network management in England: Availability, characteristics and presentations. BMC Health Service Research 2008, 8:45)
- ITACAN. Tassi età specifici anni 2005-2007 per macro-area (sedi testa e collo/vie biliari) scaricate all'indirizzo: <http://itacan.istpo.toscana.it>. (ultimo accesso settembre 2012).
- ISTAT. Popolazione Residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio. Anni 2005, 2006, 2007, 2008, 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it>. (ultimo accesso settembre 2012).
- Jones MK, Brouch KL, Bowers CR, Aaron WS. ICD-CM Code book. Volumes 1-2-3. St Anthony Publishing, 1994
- Pannoizzo F, Rashid I, Giorgi Rossi P, Sperati A, Gruppo di Lavoro del Registro. Rapporto sui Tumori in Provincia di Latina dal 1996 al 2003. Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Roma, 2009.
- Rashid I, Marcheselli L, Federico M. Estimating survival in newly diagnosed cancer patients: use of computer simulations to evaluate performances of different approaches in a wide range of scenarios. Stat Med 2008 May 30; 27 (12). 2145-58.
- Rosselli Del Turco M, Ponti A., Bick U, et al. Quality indicators in breast cancer care. European J Canc 2010; 46:2344-56,
- Rosso S, Zanetti R. Le potenzialità degli archivi SDO per gli studi epidemiologici. Epidemiol Prev 2009, 33 (4-5) 146.
- Sperati A, Pannoizzo F, Giorgi Rossi P, et al. Validating regional Hospital Information System data through comparison with a local cancer register to identify interval cancers of a breast screening program. Eur J Cancer Prev. 2009 Jun;18(3):212