



RAPPORTO TUMORI IN PROVINCIA DI LATINA 2006 – 2010 Confronto con i dati nazionali di AIRTUM

Dr Fabio Pannozzo



Ringraziamenti

Al Servizio di Radioterapia dell'ospedale Goretti di Latina (Dr Arcangeli)
Ai Servizi di Anatomia Patologica della AUSL di Latina : Ospedali di Formia (Dr Romano) e S.M. Goretti (Dr Nardi)
della Università La Sapienza sede di Latina (Prof. Della Rocca, Prof. Petrozza,)
Agli operatori degli archivi cartelle cliniche degli ospedali Latina, Sezze, Terracina,Fondi,Formia.
ed a tutti gli operatori del Dipartimento di Oncologia ed Ematologia della ASL di Latina, dell'Università di Roma con sede a Latina
e del Coordinamento Programmi di Screening della ASL (Dr.ssa Bellardini)

A tutte le Direzioni Sanitarie ed ai Direttori di Anatomia Patologica degli Istituti di Cura di Roma e Provincia, della
Campania,Lombardia, Veneto,Molise,Emilia Romagna,Toscana,Abruzzo,Aviano e altri che ci inviano dati regolarmente.
Alle Direzioni delle Cliniche Tommaso Costa,Villa Azzurra,San Marco e Città di Aprila.

Un ringraziamento speciale a:

Fabrizio Ciccone, ematologo
Alberto Pacchiarotti, anatomopatologo
Giuseppe Tonini ,Campus Biomedico di Roma
Gianni Manganiello Anatomia Patologica Pol. A. Gemelli Roma
Francesca Mancini , Ematologia Università La Sapienza di Roma
Marisa Iannitti ,Ospedale di Fondi
Olga Maria Negroni , Fatebenefratelli di Roma
Patrizia Rigato, Uoc Anatomia Patologica Roma H
Angela Rago, ematologia uniroma1 a Latina
Luigi Graziano, anatomia patologica Latina
Vincenzo Avvisati, archivio cartelle cliniche Latina
Carlotta Buzzoni , banca dati Airtum
Antonio Carraturo,biologo ASL LT

Registro Tumori di Popolazione della Provincia di Latina
Azienda USL Latina
Via.le Pierluigi Nervi – Palazzina Direzionale AUSL 04100 Latina
Tel 0773 6553437 Fax 0773 6553499
registrotumori@ausl.latina.it

GRUPPO DI LAVORO

Fabio Pannozzo (Direttore),
Susanna Busco, Leonarda Macci, Edvige Bernazza, Ester Bugliarello,
Simonetta Curatella, Miriana Rossi.

Collaborazioni ospedali ASL: Silvia Fattoruso , Silvana Tamburrino, Lucilla Tamburo,
Giuseppina Serafini, Orsola Valerio

Collaborazioni esterne: Ivan Rashid, Walter Battisti, Valerio Ramazzotti, Maria Cecilia Cercato,
Isabella Sperduti, Maurilio Natali.

Sintesi dei risultati

I dati utilizzati in questo rapporto includono le informazioni del Registro Tumori di Latina per incidenza e mortalità riferite ad un periodo di registrazione di 5 anni consecutivi dal 2006 al 2010. La sopravvivenza è calcolata a cinque anni dalla diagnosi e fino al 31.12.2013. La prevalenza è stata calcolata come numero assoluto, e come proporzione, per le singole sedi di tumore su tutta la popolazione, nei diversi sessi a 10 e 15 anni dalla diagnosi. I pazienti con più di un tumore maligno primitivo, sono stati inclusi nel calcolo della prevalenza per ogni singola sede neoplastica. Nell'analisi per tutte le sedi aggregate, invece, è stato considerato solo il primo tumore in ordine temporale. I dati nazionali sono quelli pubblicati dalla Associazione dei Registri Tumori Italiani (AIRTUM) nel rapporto del 2014 (riferiti al 2007-2010).

Sono **13928** le persone a cui è stato diagnosticato un tumore tra il 2006 e il 2010 nell'area coperta dal Registro che corrisponde all'intero territorio della provincia di Latina. Sono stati inclusi tutti i tumori maligni secondo la classificazione ICD-O3 (C00-C96). Per le neoplasie della vescica e del SNC-Encefalo sono stati inclusi anche i tumori a comportamento benigno, incerto e in situ.

La frequenza con cui vengono diagnosticati i tumori (escludendo i carcinomi della cute) è in media di circa 6 nuovi casi ogni 1000 uomini ogni anno, un po' più di 4 casi ogni 1000 donne, quindi nel complesso circa 5 casi ogni 1000 persone.

I tumori più frequenti

Escludendo i carcinomi della cute (circa 1300 in totale quelli registrati nel quinquennio), il tumore più frequente in provincia, nel totale di uomini e donne, risulta essere quello del colon-retto, con il 12,56% del totale di nuove diagnosi, quasi pari al tumore della mammella (12,55% di tutti i casi), che però per il 98% compare nelle sole donne; segue il tumore del polmone (11,9%).

Dividendo i dati per sesso (tabella sottostante), tra gli uomini prevale in provincia di Latina ancora il tumore del polmone che rappresenta il 17,3% di tutti i tumori diagnosticati; seguono il tumore della prostata (14,8%), il tumore del colon-retto (13,7%), il tumore della vescica (12,1%) e il tumore dello stomaco (5%). Tra le donne, il tumore della mammella è il più frequente, rappresentando il 27% di tutti i tumori, seguito dai tumori del colon-retto (11,2%), della tiroide (8,7%), da noi al terzo posto mentre è solo il sesto a livello italiano, ed a seguire quello del polmone (5,7%) e del corpo dell'utero (4,7%).

Tab 1. Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati e proporzione sul totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute) per sesso in provincia di Latina (2006-2010).

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Polmone (17,3%)	Mammella (27%)	Colon-retto (12,56%)
2°	Prostata (14,8%)	Colon-retto (11,2%)	Mammella (12,55%)
3°	Colon-retto (13,7%)	Tiroide (8,7%)	Polmone (11,9%)
4°	Vescica* (12,1%)	Polmone (5,7%)	
5°	Stomaco (5%)	Utero corpo (4,7%)	

Tab.2 N° di casi incidenti e mortali per tumore in provincia di LT nel corso di un anno (2010)

	n° Nuovi Casi Anno	n° Morti Anno
Tutti tumori	2900	1300
Colon Retto	362	146
Mammella	360	101
Polmone	338	310
Rene, vescica e v.urinarie	312	104
Prostata	230	73
Tiroide	142	4
Stomaco	107	98
Linfomi	101	28
Encefalo e SNC	100	58

La mortalità per tumori

I decessi causati da tumore sono stati 3952 fra gli uomini e 2591 fra le donne dal 2006 al 2010. La frequenza dei decessi causati dai tumori nella provincia di Latina è, in media, ogni anno, di circa 3 decessi ogni 1000 uomini e di circa 2 decessi ogni 1000 donne. Pertanto si può affermare che mediamente ogni giorno circa 4 persone muoiono in provincia di Latina a causa di un tumore.

Nella tabella a seguire sono indicati i tumori più importanti come causa di morte osservati dal Registro. Il tumore del polmone tra gli uomini (29,6% di tutti i decessi oncologici) e quello della mammella tra le donne (15,6%), seguiti dai tumori del colon-retto (circa 11% nei due generi) e dal tumore della prostata tra gli uomini (8,6%) e il polmone tra le donne (11,8%) rappresentano i big killer.

Tab. 3. Prime cinque cause di morte tumorali più frequenti e proporzione sul totale dei decessi oncologici per sesso.

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Polmone (29,6%)	Mammella (15,6%)	Polmone (22,6%)
2°	Colon-retto (11%)	Colon-retto (11,2%)	Colon-retto (11%)
3°	Prostata (8%)	Polmone (11,8%)	Stomaco (7%)
4°	Fegato (7%)	Pancreas (7%)	Mammella (6,3%)
5°	Stomaco (7%)	Stomaco (6%)	Fegato (3,8%)

Secondo il rapporto AIRTUM, in Italia tra gli uomini, il carcinoma del polmone risulta la prima causa di morte oncologica in tutte le fasce di età, rappresentando il 15% dei decessi tra i giovani (0-49 anni), il 31% tra gli adulti (50-69 anni) e il 27% tra gli ultrasessantenni. Tra le donne, il tumore della mammella si colloca al primo posto in tutte le fasce di età: rappresenta il 29% dei decessi tra le giovani, il 23% tra le adulte e infine il 16% tra le donne in età superiore a 70 anni.

Tab.4 N° casi assoluti di tumori e tassi stdx100mila sulla pop.europea dal 2006 al 2010 provincia LT

Sede	Uomini	Totale	Ta St Eu	Sede	Donne	Totale	Ta St Eu
Labbro		32	1,79	Labbro		9	0,37
Lingua		29	1,76	Lingua		11	0,65
Bocca		23	1,50	Bocca		18	0,86
Ghiandole salivari		18	1,06	Ghiandole salivari		12	0,6
Orofaringe		24	1,50	Orofaringe		3	0,16
Rinofaringe		7	0,47	Rinofaringe		8	0,55
Ipofaringe		12	0,77	Ipofaringe		1	0,06
Faringe NAS		8	0,46	Faringe NAS		2	0,12
Esofago		43	2,59	Esofago		18	0,81
Stomaco		346	19,58	Stomaco		225	10,09
Intestino tenue		20	1,18	Intestino tenue		15	0,75
Colon		649	36,76	Colon		462	21,57
Retto		382	21,96	Retto		257	12,81
Fegato		217	12,77	Fegato		111	4,99
Vie biliari		73	3,95	Vie biliari		86	3,62
Pancreas		188	10,71	Pancreas		163	7,16
Cavità nasale		11	0,60	Cavità nasale		10	0,57
Laringe		137	8,15	Laringe		15	0,87
Polmone		1303	74,22	Polmone		367	18,6
Altri organi toracici		22	1,49	Altri organi toracici		18	1,04
Osso		11	0,87	Osso		13	0,84
Pelle, melanomi		215	14,00	Pelle, melanomi		243	14,91
Pelle, non melanomi		717	39,37	Pelle, non melanomi		530	22,48
Mesotelioma		21	1,21	Mesotelioma		6	0,31
Sarcoma di Kaposi		9	0,46	Sarcoma di Kaposi		5	0,14
Tessuti molli		35	2,24	Tessuti molli		32	1,79
Mammella		18	1,11	Mammella		1730	100,12
Pene		22	1,37	Utero, collo		96	5,71
Prostata		1142	64,49	Utero, corpo		300	16,91
Testicolo		84	5,98	Utero NAS		26	1,11
Altri genitali maschili		2	0,11	Ovaio		163	9,06
Rene, vie urinarie		249	14,99	Altri genitali femminili		68	3,17
Vescica		913	51,68	Rene, vie urinarie		133	6,89
Occhio		6	0,45	Vescica		169	7,85
Encefalo e altro SNC		224	14,69	Occhio		7	0,28
Tiroide		181	12,46	Encefalo e altro SNC		273	15,58
Linfoma di Hodgkin		72	5,27	Tiroide		558	37
Linfoma non Hodgkin		235	14,95	Linfoma di Hodgkin		51	3,9
Mieloma		94	5,26	Linfoma non Hodgkin		221	12,11
Leucemia linfatica acuta		21	1,63	Mieloma		77	3,61
Leucemia linfatica cronica		58	3,26	Leucemia linfatica acuta		14	1,25
Leucemia mieloide acuta		64	3,91	Leucemia linfatica cronica		34	1,67
Leucemia mieloide cronica		21	1,38	Leucemia mieloide acuta		62	3,45
Altre MMPC e SMD		141	7,86	Leucemia mieloide cronica		17	0,97
Leucemie NAS		16	0,94	Altre MMPC e SMD		119	5,37
Miscellanea		7	0,60	Leucemie NAS		11	0,39
Mal definite e metastasi		143	7,76	Mal definite e metastasi		173	7,02
TOTALE (escl. cute)		7516	440,20	TOTALE (escl. cute)		6412	347,77

Tab.5 N° casi assoluti di **decessi** per tumori e tassi stdx100mila sulla pop.europea dal 2006 al 2010 prov. LT

Sede	Uomini	Totale	Ta St Eu	Sede	Donne	Totale	Ta St Eu
Labbro	0	0	-	Labbro	1	1	0,02
Lingua	14	14	0,86	Lingua	6	6	0,25
Bocca	18	18	1,09	Bocca	4	4	0,14
Ghiandole salivari	4	4	0,19	Ghiandole salivari	3	3	0,14
Orofaringe	11	11	0,63	Orofaringe	1	1	0,03
Rinofaringe	4	4	0,24	Rinofaringe	1	1	0,06
Ipofaringe	4	4	0,27	Ipofaringe	0	0	-
Faringe NAS	16	16	0,96	Faringe NAS	3	3	0,08
Esofago	43	43	2,48	Esofago	18	18	0,81
Stomaco	273	273	14,84	Stomaco	188	188	7,62
Intestino tenue	6	6	0,27	Intestino tenue	4	4	0,21
Colon	332	332	17,77	Colon	231	231	9,59
Retto	102	102	5,56	Retto	70	70	2,87
Fegato	206	206	11,43	Fegato	124	124	4,87
Vie biliari	59	59	3,15	Vie biliari	86	86	3,25
Pancreas	172	172	9,70	Pancreas	138	138	5,53
Cavità nasale	3	3	0,16	Cavità nasale	3	3	0,18
Laringe	55	55	3,07	Laringe	5	5	0,21
Polmone	1171	1171	65,07	Polmone	306	306	14,38
Altri organi toracici	34	34	1,98	Altri organi toracici	14	14	0,6
Osso	14	14	0,94	Osso	12	12	0,54
Pelle, melanomi	42	42	2,59	Pelle, melanomi	42	42	2,09
Pelle, non melanomi	16	16	0,85	Pelle, non melanomi	10	10	0,33
Mesotelioma	20	20	1,2	Mesotelioma	5	5	0,22
Sarcoma di Kaposi	0	0	-	Sarcoma di Kaposi	0	0	-
Tessuti molli	13	13	0,81	Tessuti molli	16	16	0,76
Mammella	6	6	0,39	Mammella	404	404	19,64
Pene	6	6	0,35	Utero, collo	16	16	0,92
Prostata	341	341	17,47	Utero, corpo	31	31	1,33
Testicolo	7	7	0,49	Utero NAS	72	72	3,02
Altri genitali maschili	0	0	-	Ovaio	118	118	6,08
Rene, vie urinarie	109	109	6,22	Altri genitali femminili	33	33	1,16
Vescica	269	269	13,98	Rene, vie urinarie	44	44	1,79
Occhio	4	4	0,25	Vescica	46	46	1,61
Encefalo e altro SNC	162	162	9,81	Occhio	2	2	0,07
Tiroide	5	5	0,34	Encefalo e altro SNC	106	106	5,36
Linfoma di Hodgkin	10	10	0,65	Tiroide	9	9	0,44
Linfoma non Hodgkin	68	68	3,90	Linfoma di Hodgkin	10	10	0,54
Mieloma	57	57	3,17	Linfoma non Hodgkin	63	63	2,88
Leucemia linfatica acuta	13	13	0,83	Mieloma	52	52	2,31
Leucemia linfatica cronica	24	24	1,27	Leucemia linfatica acuta	8	8	0,47
Leucemia mieloide acuta	47	47	2,69	Leucemia linfatica cronica	21	21	0,76
Leucemia mieloide cronica	16	16	0,90	Leucemia mieloide acuta	50	50	2,32
Altre MMPC e SMD	2	2	0,12	Leucemia mieloide cronica	9	9	0,38
Leucemie NAS	37	37	1,93	Altre MMPC e SMD	2	2	0,07
Miscellanea	0	0	0,27	Leucemie NAS	26	26	0,93
Mal definite e metastasi	168	168	9,09	Mal definite e metastasi	193	193	7,49
TOTALE (escl. cute)	3952	3952	218,16	TOTALE (escl. cute)	2591	2591	113,88

La Figura seguente, che presenta la frequenza dei tumori nelle diverse classi d'età, illustra come questa cresca notevolmente nelle età adulte e soprattutto avanzate. Le curve nei due sessi, sebbene entrambe riproducano un incremento consistente con l'età, appaiono diversificarsi per una crescita maggiore negli uomini. Questo è dovuto all'effetto del tumore della mammella che, per la sua frequenza, condiziona anche la media dei tumori femminili determinando livelli più alti rispetto agli uomini tra i 40 e i 50 anni e una crescita meno spiccata nelle età più avanzate. Nel complesso, nelle prime decadi della vita la frequenza dei tumori è dell'ordine, al massimo, di qualche decina di casi ogni 100.000 persone; dopo i 35 anni si supera il centinaio di casi, mentre dopo i 60 anni si cambia ancora ordine di grandezza superando il migliaio di casi ogni 100.000 persone, ovvero raggiungendo una frequenza di 1.5-3 casi ogni 100 persone ogni anno.

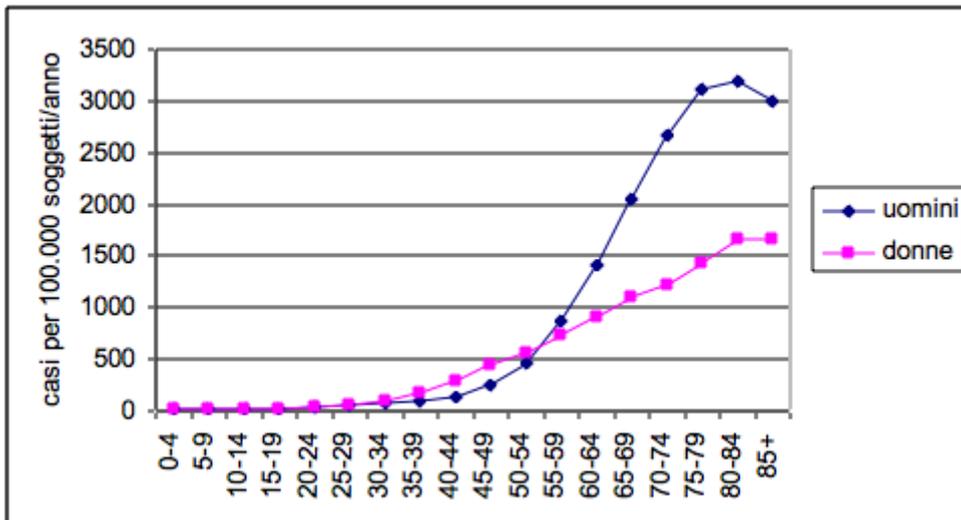


Fig. 1. AIRTUM 2007-2010. Tassi età-specifici (x 100.000) per sesso. Tutti i tumori esclusi carcinomi della cute.

“Si comprende, quindi, come le caratteristiche demografiche di una popolazione possano influenzare il numero di tumori che in questa popolazione vengono diagnosticati. In virtù di un costante invecchiamento della popolazione italiana, anche se l'incidenza si mantenesse costante, il numero di diagnosi tumorali è inevitabilmente destinato ad aumentare nel corso del tempo solo per motivi demografici. Nella fascia d'età infantile (0-14 anni) si trova una quota molto limitata del totale dei tumori (nel periodo 2007-2010 meno dello 0,5% del totale dei tumori sono stati diagnosticati in età infantile).

Fatte queste premesse, va sottolineato che l'invecchiamento della popolazione italiana è un fenomeno dovuto in parte alla riduzione delle nascite e per la gran parte alla posticipazione dell'età al decesso. Tale riduzione della mortalità è stata osservata sia nelle età infantili che in quelle successive, con conseguente complessivo allungamento della vita media - incremento rilevante e continuo nel tempo, segno molto positivo della complessiva efficacia del sistema socio-sanitario italiano” (*rapporto AIRTUM 2007-2010*).

La sopravvivenza

La sopravvivenza dopo la diagnosi di tumore 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, che rappresenta ad esempio l'obiettivo principale dei programmi di screening organizzati. Una parte rilevante nell'incremento della sopravvivenza è imputabile agli sviluppi della terapia oncologica, particolarmente evidente in alcuni tipi di tumori, per i quali i progressi terapeutici (ad esempio la recente introduzione di farmaci a bersaglio molecolare) hanno migliorato la prognosi.

Con il termine sopravvivenza si intende la percentuale (%) di malati ancora in vita a distanza di un determinato numero di anni dalla diagnosi. E' questa la sopravvivenza osservata.

In genere viene indicata quella a cinque anni in quanto per molte sedi corrisponde grosso modo alla percentuale di persone ormai guarite. La sopravvivenza **relativa** a cinque anni tiene conto della mortalità della popolazione generale in quell'area e rappresenta una stima più legata alla specifica causa tumorale. Questa relativa è in genere più alta di quella osservata per tutte le possibili cause. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è un indicatore ampiamente entrato nell'uso comune.

Nella tabella seguente sono evidenziati i progressi della sopravvivenza per tumore nella popolazione della provincia di Latina.

Tab.6 - Sopravvivenza relativa % per tutti i tumori maligni in provincia di Latina dal 1996 al 2010

Periodo	Uomini	Donne
1996-2000	43,9	61,3
2001-2005	52	66
2006-2010	54	67

Nelle tabelle 7.1 e 7.2 sono presentati invece i dati di sopravvivenza relativa, ovvero aggiustata per l'attesa di vita età- e sesso-specifica **nella popolazione generale italiana**, dopo 5 anni dalla diagnosi, per i casi di tumore diagnosticati in trienni successivi, dal 1990-1992 al 2005-2007. La sopravvivenza a 5 anni è aumentata notevolmente rispetto a quella dei casi diagnosticati nei quinquenni precedenti sia per gli uomini (57% nel 2005-2007 contro il 39% del 1990-1992) che per le donne (rispettivamente 63% vs 53%). Su questo risultato positivo complessivo ha influito il miglioramento della sopravvivenza per alcune delle sedi tumorali più frequenti: colon-retto (attualmente 64% per gli uomini e 63% per le donne), mammella femminile (87%), prostata (91%). Per alcuni tumori a cattiva prognosi, la sopravvivenza non è migliorata molto negli anni recenti, è il caso ad esempio del tumore del polmone (14% per gli uomini e 18% per le donne) e del pancreas (7% e 9%).

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 diagnosi di tumori che sarebbero rimasti "silenziosi" senza l'incremento degli esami diagnostici. Il caso più eclatante è quello della prostata la cui sopravvivenza è passata dal 62% al 91%, ma è ipotizzabile in parte anche per il melanoma (84% uomini, 89% donne) e per la tiroide (91% e 96%). Lo sviluppo delle tecniche di *imaging* ha presumibilmente contribuito all'anticipazione diagnostica anche di una quota di casi di tumore cerebrale anche se la prognosi rimane severa (21% e 28% di sopravvivenza a cinque anni nei due sessi).

Tab.7.1 Andamento temporale della sopravvivenza relativa a 5 anni (%) per singole sedi tumorali in Italia dal 1990 al 2007, negli uomini

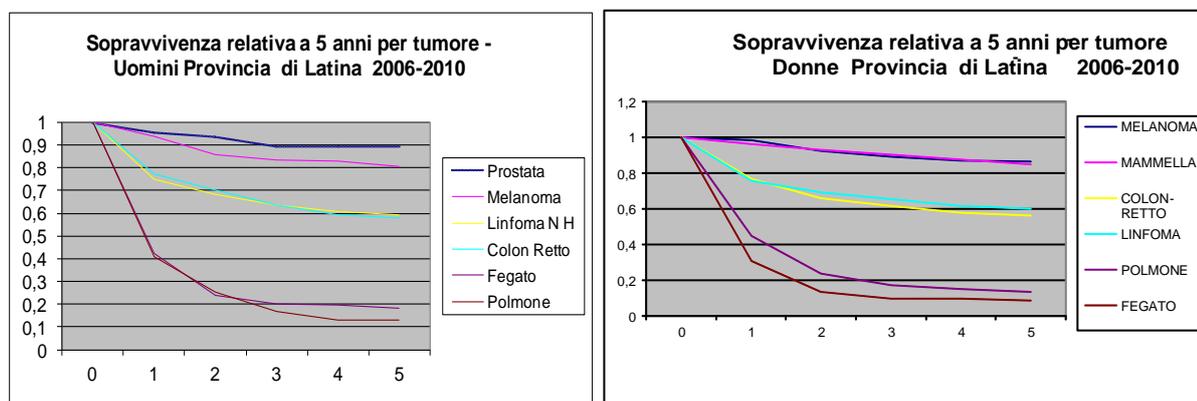
Sede	1990-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2001	2002-2004	2005-2007
Vie aerodigestive superiori	49	52	54	56	55	57
Esofago	7	10	9	10	11	13
Stomaco	25	28	30	31	31	34
Colon-retto	50	53	57	58	60	64
Colon	52	55	58	59	60	64
Retto	46	49	55	56	58	63
Fegato	7	8	12	13	16	17
Colecisti e vie biliari	11	14	17	15	19	21
Pancreas	4	4	5	5	6	7
Polmone	10	11	12	12	13	14
Osso	40	49	57	56	53	57
Cute (melanomi)	70	75	81	81	82	84
Mesotelioma	8	5	10	7	10	10
S. di Kaposi	69	70	76	80	92	90
Tessuti molli	59	55	62	61	64	68
Prostata	62	70	79	85	89	91
Testicolo	86	90	89	91	92	94
Parenchima	58	62	63	66	69	69
Pelvi e vie urinarie	56	59	62	64	62	65
Vescica*	72	73	76	77	79	80
Sistema nervoso centrale	18	21	19	21	22	21
Tiroide	67	76	83	89	89	91
Linfoma di Hodgkin	75	79	81	81	80	75
Linfomi non-Hodgkin	47	49	55	58	61	63
Mieloma	36	39	46	44	46	48
Leucemie	38	39	43	45	44	47
Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute	39	42	47	51	55	57

Tab.7.2 Andamento temporale della sopravvivenza relativa a 5 anni per singole sedi tumorali in Italia dal 1990 al 2007, nelle donne.

Sede	1990-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2001	2002-2004	2005-2007
Vie aerodigestive superiori	53	50	55	55	57	58
Esofago	9	18	19	11	17	-
Stomaco	32	34	36	36	35	36
Colon-retto	51	55	58	58	61	63
Colon	52	56	59	59	62	64
Retto	49	53	57	58	59	61
Fegato	11	9	13	15	16	16
Colecisti e vie biliari	10	10	14	13	18	18
Pancreas	6	6	8	8	9	9
Polmone	12	13	16	16	17	18
Osso	64	57	56	51	63	58
Cute (melanomi)	83	85	86	87	89	89
Mesotelioma	8	11	9	11	11	10
S. di Kaposi	84	81	79	89	92	83
Tessuti molli	58	58	63	58	68	73
Mammella	78	80	83	85	86	87
Utero cervice	63	67	67	67	68	71
Utero corpo	73	74	75	76	76	77
Ovaio	33	34	34	37	39	37
Parenchima	64	63	67	69	71	73
Pelvi e vie urinarie	50	46	63	52	55	-
Vescica*	74	73	76	77	78	80
Sistema nervoso centrale	23	22	23	25	27	28
Tiroide	81	84	89	91	93	96
Linfoma di Hodgkin	81	80	82	85	84	89
Linfomi non-Hodgkin	54	54	58	60	62	67
Mieloma	38	43	47	47	49	50
Leucemie	37	38	44	43	44	44
Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute	53	55	58	60	61	63

Anche in provincia di Latina come abbiamo visto nella tabella 6, la sopravvivenza a 5 anni è aumentata rispetto a quella dei casi diagnosticati nei periodi precedenti sia per gli uomini (54% nel 2006-2010) che per le donne (67%). Su questo risultato positivo complessivo ha influito il miglioramento della sopravvivenza per alcune delle sedi tumorali più frequenti: colon-retto (attualmente intorno al 61% nei due sessi), mammella femminile (87%), prostata (86%). 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 18% per le donne), del pancreas (7%) e colecisti (13%).

Fig.2 Sopravvivenza relativa a 5 anni per sedi tumorali in provincia di Latina



Casi prevalenti in provincia di Latina

La prevalenza è il prodotto degli effetti combinati degli andamenti dell'incidenza e della sopravvivenza che, come indicato nelle sezioni specifiche, possono variare da tumore a tumore. Oltre a questi fattori l'altro aspetto determinante è l'invecchiamento della popolazione che soprattutto per quei tumori tipici dell'età adulto-avanzata agisce come amplificatore del fenomeno.

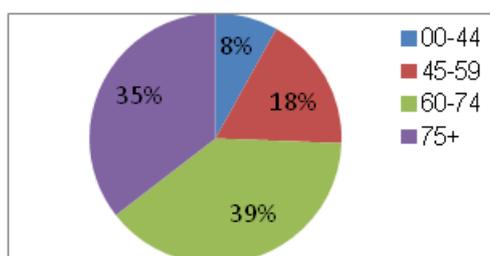
Al 1° gennaio 2011, circa **16 mila persone** vivevano in provincia di Latina dopo una diagnosi di tumore negli ultimi 15 anni. Questo numero corrisponde al 2,8% della popolazione, di cui il 45% sono maschi e il 55% femmine (Figura 3.1). Oltre un terzo sono persone di 75 anni e oltre; ancor di più (39%) sono quelli tra 60 e 74 anni di età.

Fig. 3.1. Caratteristiche generali dei 16 000 casi prevalenti al 1 gennaio 2011 in provincia di Latina

Sesso

Maschi	7710	(45%)
Femmine	8636	(55%)

Fasce d'età

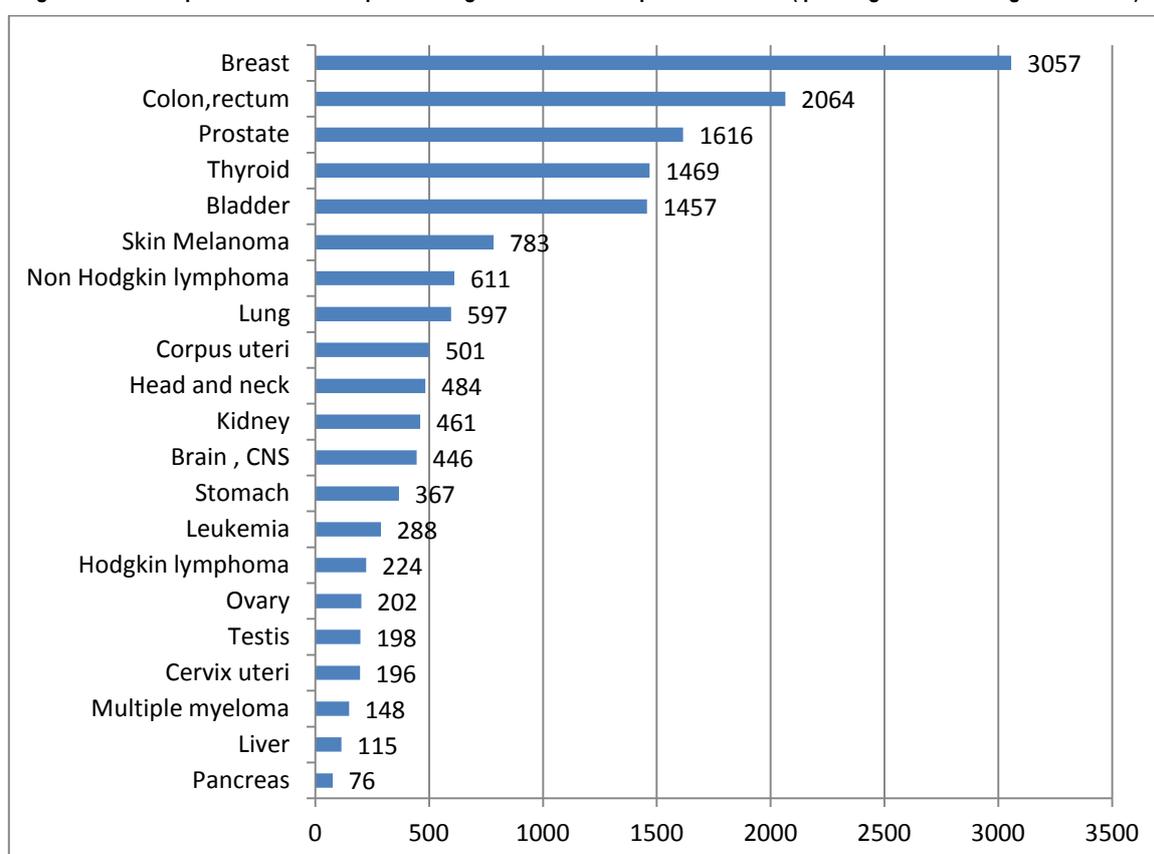


Sono 3057 le donne della provincia che vivevano nel gennaio 2011 dopo una diagnosi di tumore della mammella negli ultimi 15 anni e 1480 nei 5 anni precedenti (Tab 8 e Fig.4). Tra gli uomini sopravvissuti ad una diagnosi di tumore maligno, il 26% dei pazienti ha avuto una diagnosi di tumore della prostata (1616 soggetti).

Tab 8. Numero di persone viventi in provincia con una diagnosi di cancro risalente a 2 e 5 anni precedenti il 2011 .

Tumore	Casi Prev. <2a**	Casi Prev < 5 a**
Tutti tumori	3960	8196
MAMMELLA	657	1480
POLMONE	278	396
COLONRETTO	517	1052
RENE V URINARIE VESCICA	450	890
PROSTATA	383	916
TIROIDE	311	729
STOMACO	118	202
LINFOMI	191	390
ENCEFALO	40	65

Fig.4 Numero di persone viventi dopo una diagnosi di cancro in provincia di LT (per singola sede al 1 gennaio 2011)



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).

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.

Andamento nel tempo

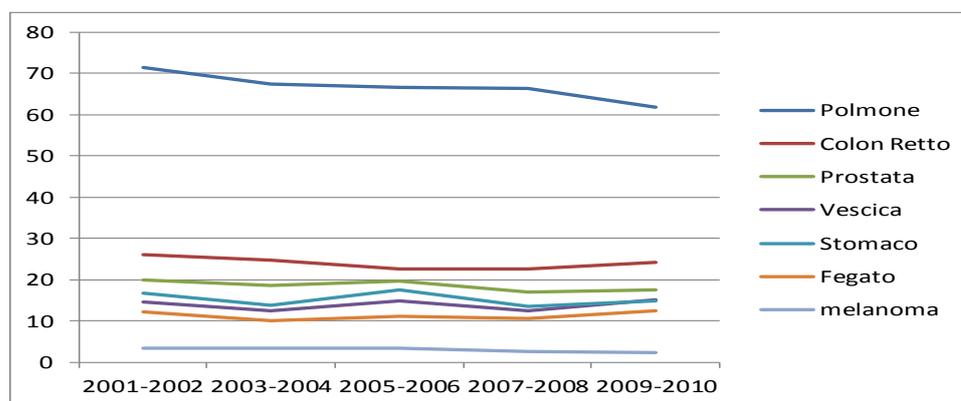
Dall'esame dei dati disponibili, emerge una riduzione, statisticamente significativa, della **mortalità** per la totalità dei tumori globalmente intesi, in entrambi i sessi nella provincia di Latina.

In particolare il calo di mortalità durante il periodo osservato è del 12% nel sesso maschile e del 7% nel sesso femminile.

La riduzione della mortalità può essere imputata all'effetto di una riduzione del numero di persone che si ammalano (in condizioni di sopravvivenza stabile), oppure all'introduzione di più efficaci misure terapeutiche (con miglioramento della sopravvivenza).

Tab 9.1 e Fig.5.1 Trend del tasso st. di mortalità x100mila per principali tumori negli uomini in provincia

UOMINI	Polmone	Colon Rett	Prostata	Vescica	Stomaco	Fegato	Melanoma
2001-2002	71,41	26,13	20,08	14,69	16,72	12,24	3,43
2003-2004	67,54	24,76	18,66	12,43	13,69	10,06	3,42
2005-2006	66,78	22,53	19,62	14,98	17,44	11,22	3,47
2007-2008	66,45	22,6	17,12	12,53	13,62	10,66	2,5
2009-2010	61,76	24,12	17,48	15,13	14,93	12,42	2,39

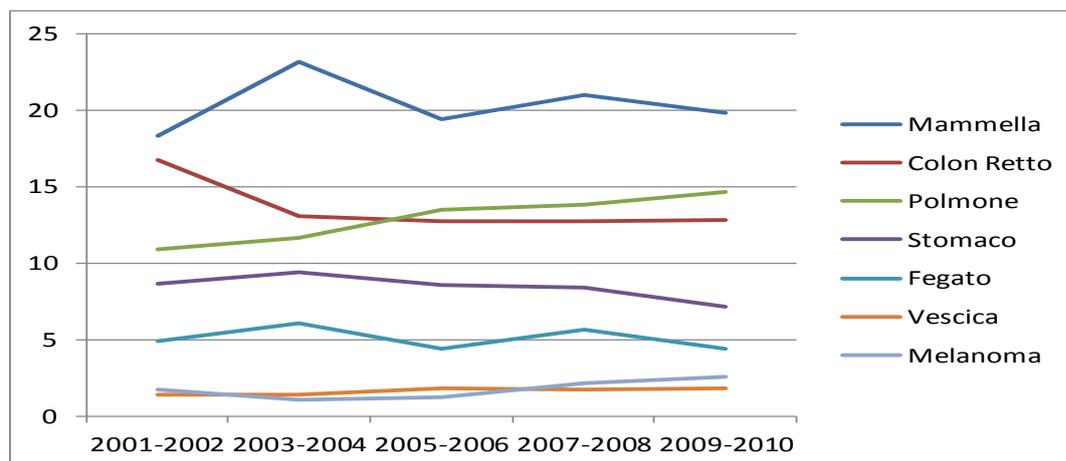


Da ascrivere al primo punto i casi di tumore fumo-correlati nel sesso maschile (es. vie aereo-digestive superiori, polmone), per i quali, infatti, si nota una sensibile riduzione.

Per alcuni tumori, come la prostata la riduzione di mortalità nel tempo è imputabile soprattutto all'efficacia delle nuove terapie, in associazione anche a interventi di diagnosi precoce.

Tab 9.2 e Fig. 5.2 Trend del tasso st di mortalità x100mila per principali tumori nelle donne della provincia di Latina

DONNE	Mammella	Colon Rett	Polmone	Stomaco	Fegato	Vescica	Melanoma
2001-2002	18,36	16,78	10,92	8,62	4,88	1,38	1,69
2003-2004	23,14	13,06	11,65	9,44	6,03	1,43	1,05
2005-2006	19,38	12,76	13,48	8,55	4,36	1,79	1,21
2007-2008	20,97	12,7	13,85	8,43	5,64	1,7	2,11
2009-2010	19,84	12,79	14,66	7,16	4,44	1,84	2,54

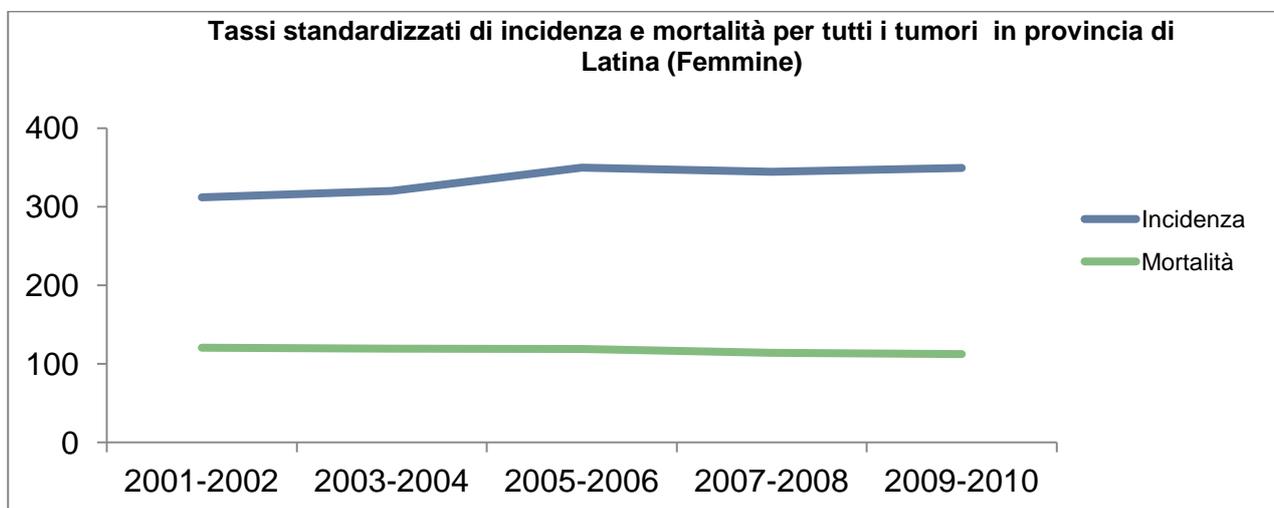
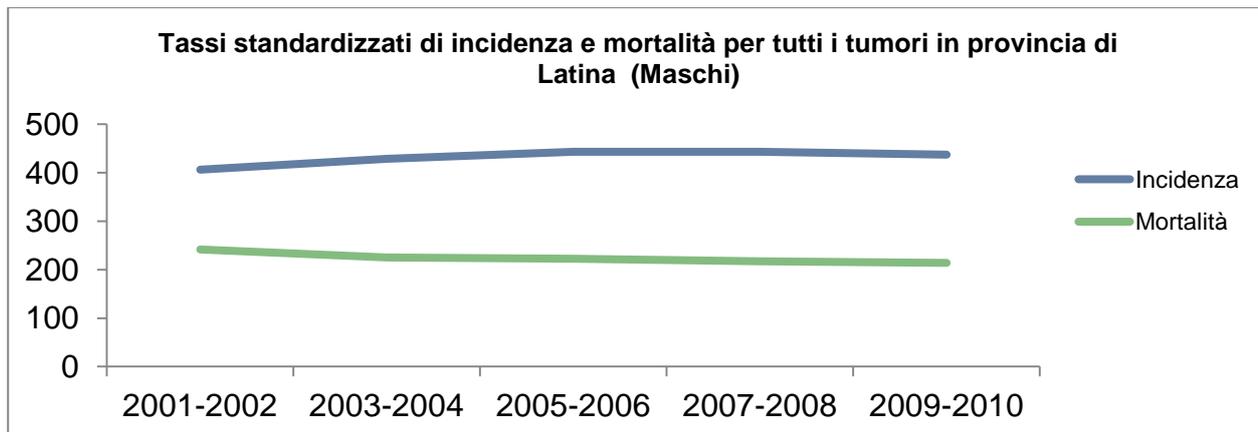


Analizzando la mortalità per tumori nelle donne emerge il fenomeno legato all'aumento di mortalità per cancro del polmone che ha superato nell'ultimo periodo quella per tumore del colon-retto ed è da correlarsi all'aumento del numero di soggetti che si ammalano in assenza di un miglioramento di terapie disponibili.

Alla netta diminuzione di mortalità per tumore dello stomaco, nelle donne si registra una tendenza in crescita per il melanoma e le neoplasie vescicali.

Il tumore della mammella resta sempre la prima causa di decesso nelle donne.

Fig.6.1 e 6.2



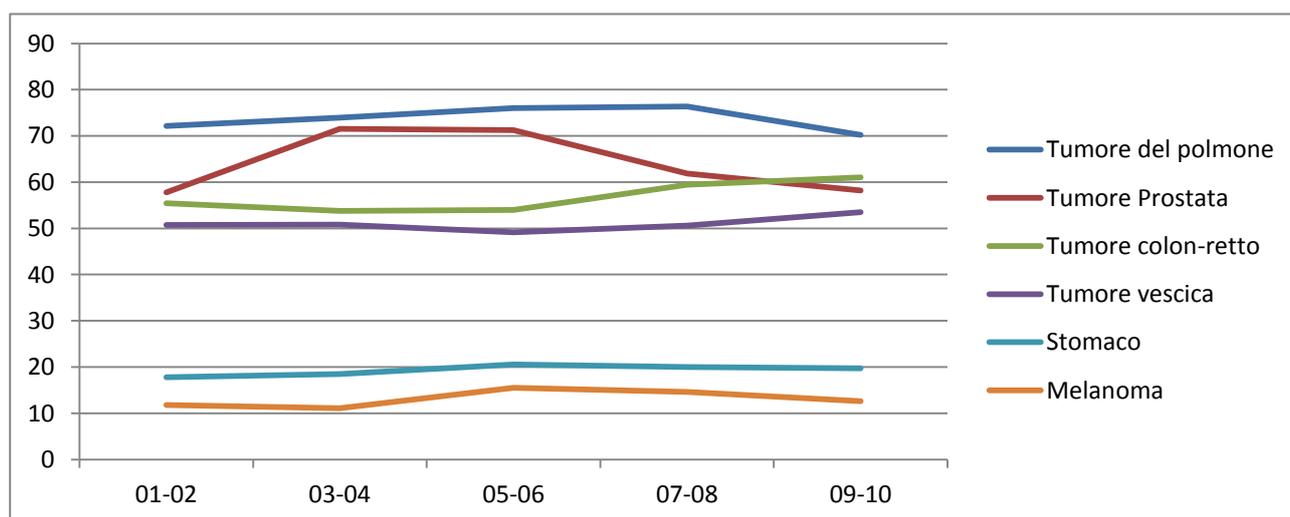
Nel decennio osservato rispetto al trend di **incidenza** di nuovi casi di tumore, si nota nella popolazione della provincia una tendenza alla crescita fino intorno agli anni 2004-2008 sia per gli uomini che per le donne, con curve che tendono a stabilizzarsi nell'ultimo periodo.

Questo trend può essere imputabile nel caso dei tumori alla riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio correlati, come ad esempio l'abitudine al fumo fra gli uomini, oppure alla diffusione di programmi organizzati atti a intercettare e a curare le malattie in forme preinvasive come accade nel tumore della cervice uterina e della mammella.

Tab. 10.1

Provincia di Latina UOMINI							
Trend di incidenza di alcune sedi tumorali dal 1997 al 2010							
	97-98	99-00	01-02	03-04	05-06	07-08	09-10
Tumore del polmone	82,12	79,27	72,17	73,97	76,04	76,34	70,22
Tumore Prostata	39,86	43,91	57,8	71,55	71,27	63,16	62,2
Tumore colon-retto	50,87	55,3	55,41	53,78	54	59,47	61,05
Tumore vescica	48,83	47,16	50,72	50,78	49,17	50,58	53,51
Melanoma	9,12	10,29	11,81	11,1	15,52	14,62	12,64
Tassi Std x 100.mila su pop.Eu							

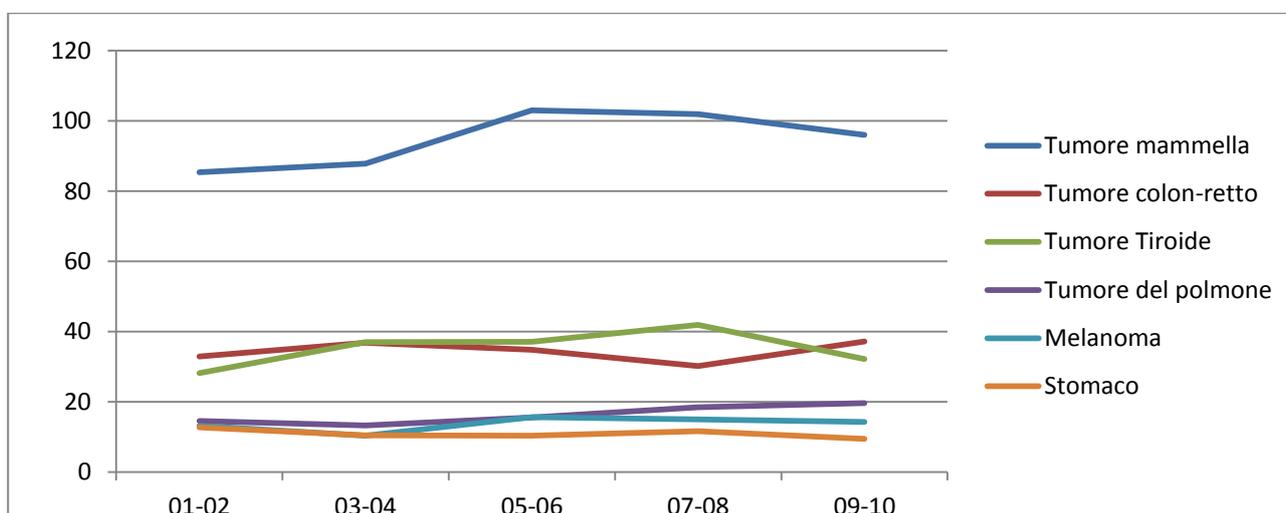
Fig.7.1 Trend di incidenza delle principali sedi tumorali maschili dal 2001 al 2010 in provincia di Latina
Tassi standardizzati x 100.mila su pop.europea



Tab.10.2

	Provincia di Latina		DONNE				
Trend di incidenza di alcune sedi tumorali dal 1997 al 2010							
	97-98	99-00	01-02	03-04	05-06	07-08	09-10
Tumore del polmone	14,83	11,55	14,53	13,29	15,56	18,41	19,6
Tumore mammella	78,71	85,97	85,36	87,8	103,04	101,88	96,05
Tumore colon-retto	32,88	34,51	32,93	36,8	34,85	30,18	37,2
Tumore Tiroide	16,59	20,86	28,16	37,02	37,12	41,94	32,19
Melanoma	9,18	11,74	13,17	10,32	15,61	14,96	14,23
Tassi Std x 100.mila su pop.Eu							

Fig.7.2 Trend di incidenza dei principali tumori femminili dal 2001 al 2010 in provincia di Latina
Tassi standardizzati x 100.mila su pop.europea



In sintesi generale si può affermare che per quanto riguarda l'incidenza, i tumori della sfera femminile, complessivamente considerati, mostrano un modesto incremento nell'ultimo decennio. A trainare la crescita il tumore del polmone e del colon retto, mentre il tumore della tiroide che aveva fatto registrare un costante e deciso aumento fino al 2008, sembra rallentare la sua crescita, pur mantenendo tassi di incidenza tra i più alti in Italia.

A circa sette anni dall'inizio dei programmi organizzati di screening sembra stabilizzarsi in provincia di Latina, l'aumento di nuovi casi di tumore mammario femminile.

Anche nel comparto maschile, nel decennio 2001-2010 non si evidenziano picchi in salita, ma modesti incrementi per la vescica e colon retto. Il tumore maligno della prostata ha registrato il massimo incremento in provincia intorno al 2000, e tale da superare quello del colon retto e insidiare il primo posto del polmone almeno fino al 2004, da quando il trend sembra arrestarsi, in analogia con quanto registrato in campo nazionale dopo la diffusione del test del PSA come screening opportunistico.

La mortalità continua a registrare una riduzione significativa dei tassi standardizzati per i due sessi.

CONFRONTI GEOGRAFICI NAZIONALI

I confronti geografici presentati in questo paragrafo sono basati sui dati Airtum 2007-2010. L'Italia presenta un quadro dell'oncologia ancora eterogeneo per i principali indicatori epidemiologici: incidenza, prevalenza, mortalità e sopravvivenza, con variazioni che solitamente seguono un andamento nord-sud. Latina, che da Airtum è compresa nell'area centrale, ha dati però che la pongono in un livello vicino ai Registri del Sud.

Incidenza

Per quanto riguarda l'incidenza, in entrambi i sessi, si osserva ancora un forte gradiente geografico con livelli che si riducono dal Nord al Sud. Più precisamente il tasso d'incidenza standardizzato (sulla popolazione europea) è, per il totale dei tumori, tra gli uomini più basso del 14% al Centro e del 20% al Sud rispetto al Nord e del 10% e del 19% per quanto riguarda le donne.

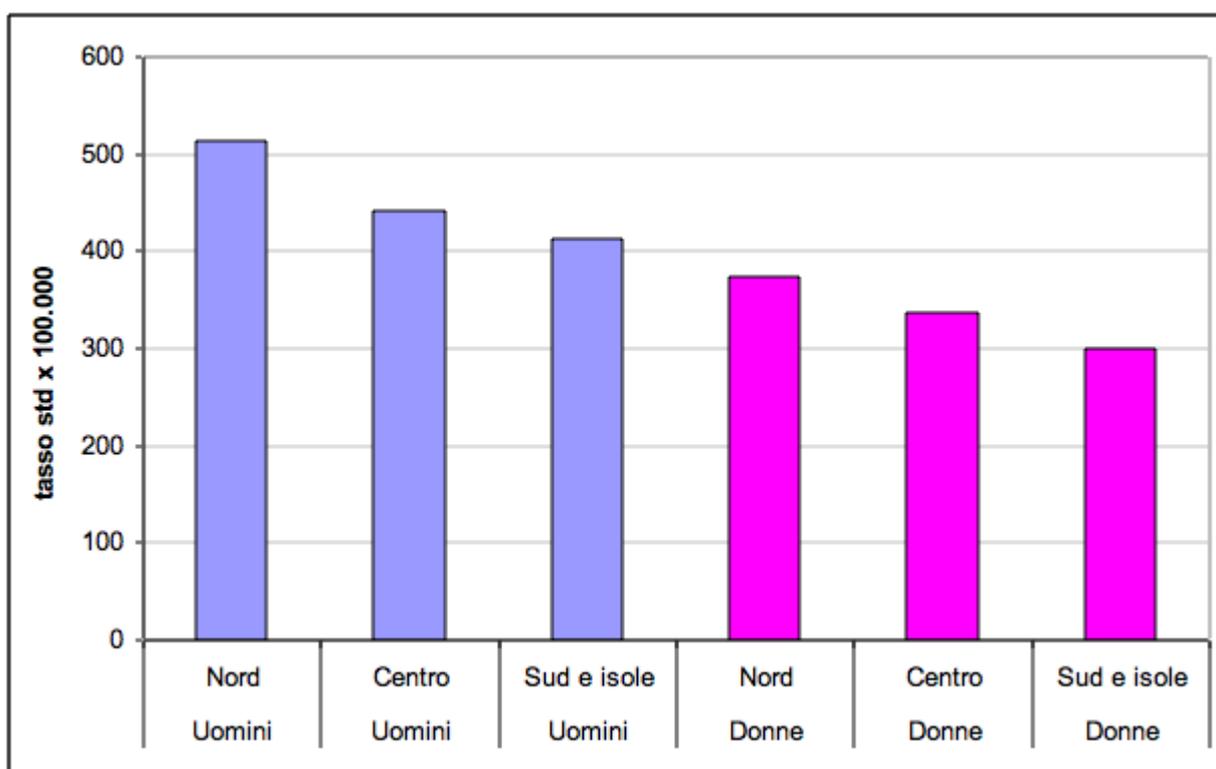


Figura 8. AIRTUM 2007-2010. Tutti i tumori, esclusi i tumori epiteliali della cute. Tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea per area geografica italiana e sesso.

Questo gradiente può riconoscere varie cause, legate sia a modelli di vita propri di un passato ancora compatibile con la latenza oncologica, sia con una minore esposizione ai fattori cancerogeni al Sud, o ancora, al persistere di maggiori fattori protettivi sempre al Sud (stile di vita alimentare, fattori legati alla vita riproduttiva, ecc.).

Attualmente la tendenza all'uniformazione riproduce un modello comune di tipo occidentale che porterà a un maggiore livellamento anche dei tassi di incidenza. Parte delle differenze possono essere legate anche al fatto che sempre al Sud, per alcune sedi tumorali, c'è una minore diffusione di programmi di screening (mammella, colon) o di campagne di diagnosi precoce (es. melanoma).

Il rapporto fra i tassi di incidenza è circa 2 (doppio al Nord rispetto al Sud), per esofago, melanoma, rene e vie urinarie, in entrambi i sessi.

Da segnalare la controtendenza del tumore del fegato (donne), del tumore delle vie biliari, del sarcoma di Kaposi e della tiroide che mostrano un tasso di incidenza superiore al Sud rispetto al Nord. Il dato, già noto nella letteratura scientifica, è stato messo in relazione a locali condizioni genetiche e ambientali (come la prevalenza di infezione da virus dell'epatite B e/o C per il tumore del fegato) peculiari delle zone del meridione d'Italia anche se la cronaca recente relativa alla scoperta di discariche abusive e siti contaminati apre nuove possibilità eziologiche che richiedono una specifica valutazione.

Tab.11.1 Confronto dei tassi di incidenza standardizzati per tumori dal 2007 – 2010: Latina e aree italiane (AIRTUM)

INCIDENZA	Maschi				Femmine			
	Nord	Centro	Sud e isole	Latina	Nord	Centro	Sud e isole	Latina
Vie aerodigestive superiori	21.8	15.5	18.5	10.0	5.0	3.1	3.4	3.4
Esofago	4.9	2.0	2.6	2.6	1.2	0.8	0.6	0.8
Stomaco	23.5	23.6	15.9	19.6	11.6	13.1	7.9	10.0
Colon-retto	69.1	72.2	53.1	58.8	42.6	41.3	34.1	34.4
Colon	48.1	47.1	35.1	36,8	30.5	28.1	23.6	21.6
Retto	21.0	25.1	18.0	22.0	12.1	13.2	10.5	12.8
Fegato	22.0	14.0	20.0	12.8	6.6	4.7	7.1	5.0
Colecisti e vie biliari	4.3	3.5	4.9	3.9	4.0	4.3	4.9	3.6
Pancreas	14.7	12.0	10.6	10.7	11.1	8.5	7.8	7.2
Polmone	71.5	64.8	66.7	74.2	22.4	18.8	13.3	18.6
Osso	1.2	0.9	1.1	0.9	0.8	1.1	0.7	0.8
Cute (melanomi)	14.9	12.2	7.7	14.0	13.9	12.2	6.8	14.9
Mesotelioma	3.1	1.9	2.0	1.2	1.1	0.2	0.4	0.3
S. di Kaposi	1.6	0.4	1.7	0.5	0.3	0.1	0.6	0.1
Tessuti molli	2.8	2.6	2.4	2.4	2.1	1.3	2.0	1.8
Mammella	1.1	1.3	1.1	1.1	123.4	103.8	93.1	100.1
Utero cervice	0.0	0.0	0.0	0.0	6.3	6.8	5.8	5.7
Utero corpo	0.0	0.0	0.0	0.0	18.7	17.6	16.5	16.9
Ovaio	0.0	0.0	0.0	0.0	12.0	10.6	10.8	9.1
Prostata	105.9	81.4	65.0	62.5	0.0	0.0	0.0	0.0
Testicolo	7.1	6.2	6.1	6.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Rene, vie urinarie	21.9	19.0	12.9	15.0	9.4	8.2	5.2	6.9
Vescica	47.6	37.2	51.9	51.7	9.0	6.9	8.4	7.8
Sistema nervoso centrale	8.9	8.5	7.8	8.6	6.3	5.2	6.0	4.6
Tiroide	7.1	9.1	7.9	12.5	21.1	27.3	25.6	37.0
Linfoma di Hodgkin	3.9	4.3	3.8	5.3	3.4	3.6	3.3	3.9
Linfoma non-Hodgkin	18.8	16.7	15.0	15.0	13.5	13.2	10.1	12.1
Mieloma	7.2	6.6	4.8	5.3	5.0	3.5	3.8	3.6
Leucemie	12.6	12.8	12.4	11.1	8.0	8.2	8.2	7.7
Tutti i tumori, esclusa cute	514.4	441.5	412.6	434.2	373.4	336.4	300.7	336.8

Mortalità

Anche per quanto riguarda la mortalità, il netto gradiente Nord-Sud, osservato negli anni precedenti, si sta man mano ridimensionando, con una tendenza verso l'allineamento, per effetto dei trend di mortalità che globalmente si stanno riducendo al Nord e al Centro mentre restano stabili al Sud.

Attualmente, per la totalità dei tumori, si osserva un quadro simile a quello dell'incidenza con valori inferiori di circa il 10% al Centro e del 15% al Sud in entrambi i sessi rispetto al Nord, mentre le differenze fra Centro e Sud sono più sfumate .

Tab.11.2 Tassi di Mortalità per tumori, periodo 2007-2010 . Confronto Latina verso aree italiane (AIRTUM)

MORTALITA'	Maschi				Femmine			
	Nord	Centro	Sud e isole	Latina	Nord	Centro	Sud e isole	Latina
Vie aerodigestive superiori	9.0	8.3	7.5	4.24	1.7	1.2	1.1	0.8
Esofago	4.3	2.2	2.3	2.5	0.9	0.4	0.6	0.8
Stomaco	15.9	16.3	10.8	14.8	7.4	8.4	5.5	7.6
Colon-retto	23.4	23.9	20.0	23.4	13.7	14.2	12.5	12.5
Colon	17.2	18.3	15.6	17.8	10.3	11.0	10.4	9.6
Retto	6.2	5.5	4.4	5.6	3.4	3.1	2.1	2.9
Fegato	16.7	11.0	15.2	11.4	5.5	5.4	6.5	4.9
Colecisti e vie biliari	3.4	2.8	3.0	3.1	3.2	2.9	3.2	3.2
Pancreas	13.1	10.1	10.0	10.0	9.6	7.4	6.6	5.5
Polmone	61.3	53.5	55.7	65.1	16.4	13.3	10.1	14.4
Osso	0.6	1.0	0.9	0.9	0.5	0.5	0.5	0.5
Cute (melanomi)	2.5	1.9	1.9	2.6	1.5	2.0	1.3	2.1
Cute (non melanomi)	0.7	0.7	0.7	0.8	0.3	0.3	0.4	0.3
Mesotelioma	7.5	2.9	4.1	1,2	3.8	1.3	2.9	0.2
S. di Kaposi	6.3	1.7	2.3	0.0	3.1	0.4	1.8	
Tessuti molli	1.1	1.1	0.8	0.8	0.9	1.0	0.6	0.8
Mammella	0.4	0.3	0.4	0.4	25.3	21.0	22.8	19.6
Utero cervice	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	1.1	0.8	0.9
Utero corpo	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	1.2	0.9	1.3
Utero totale	0.0	0.0	0.0	0.0	4.7	5.6	5.3	5.2
Ovaio	0.0	0.0	0.0	0.0	7.3	6.3	5.7	6.1
Prostata	15.4	15.4	13.5	17.5	0.0	0.0	0.0	0.0
Testicolo	0.2	0.1	0.4	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
Rene, vie urinarie	6.5	6.3	4.1	6.2	2.4	2.2	1.4	1.8
Vescica	9.3	10.6	11.7	14.0	1.7	1.7	1.5	1.6
Sistema nervoso centrale	5.8	7.8	5.8	9.5	3.7	4.5	4.0	5.1
Tiroide	0.5	0.5	0.5	0.3	0.6	0.4	0.6	0.4
Linfoma di Hodgkin	0.5	0.6	0.6	0.6	0.3	0.5	0.5	0.5
Linfoma non-Hodgkin	6.4	5.2	5.1	3.9	3.8	3.0	3.1	2.9
Mieloma	3.3	3.0	3.2	3.2	2.3	2.0	2.3	2.3
Leucemie	7.2	8.9	7.8	7.6	4.1	5.0	4.6	4.9
Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute	230.7	204.8	196.9	215.2	131.7	117.5	111.1	113.6

Considerazioni sui confronti

Nel raffronto con le aree italiane coperte da Registri, per la sede Encefalo e Sistema Nervoso Centrale abbiamo usato i soli tumori maligni in conformità con quanto pubblicato da Airtum, ciò nonostante si mantiene un eccesso di mortalità, al quale potrebbe concorrere l'uso di codifica in ICD9 nel Lazio, ormai abbandonata in gran parte delle regioni italiane, codifica che tende ad attribuire malignità anche a tumori di significato incerto o benigno. Questo spiega anche un dato di mortalità superiore all'incidenza.

Mentre per quanto riguarda i melanomi e soprattutto la tiroide, i valori osservati e registrati in incidenza in provincia di Latina confermano la nostra particolare problematicità anche nell'ultimo periodo. Da rimarcare anche una mortalità più elevata per tumore della vescica nei maschi, già emersa in passato. Va segnalato infine l'eccesso sia di incidenza che di mortalità per tumore del polmone negli uomini, anche se il trend è in diminuzione. A tal proposito, per informazione, si riportano i risultati sulla prevalenza di fumatori dallo Studio PASSI che conferma il rischio rilevato sulle regioni Lazio, Campania e Umbria.

Fig.9

Fumatori
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2009-12
Pool di Asl: 28,4% (IC 95%: 28,1-28,7%)



Distribuzione Territoriale per Distretti ASL della patologia tumorale (2006-2010)

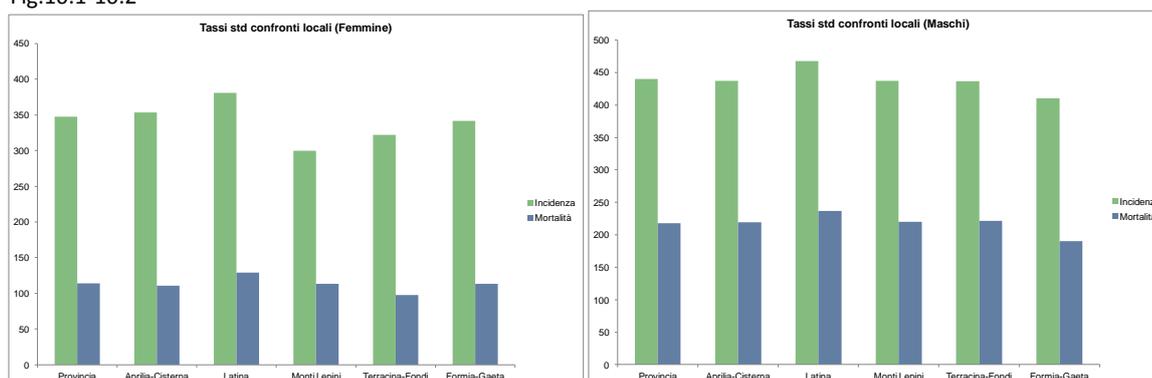
Tab.12.1 Tassi per zona geografica (Maschi)

	Incidenza			Mortalità		
	Tasso	INF	SUP	Tasso	INF	SUP
Provincia	440,2	10,18	10,18	218,16	6,95	6,95
Aprilia-Cisterna	436,93	22,61	22,61	219,39	15,79	15,79
Latina	467,68	19,63	19,63	236,47	13,68	13,68
Monti Lepini	437,52	30,75	30,75	220,1	21,03	21,03
Terracina-Fondi	436,19	23,00	23,00	221,13	15,77	15,77
Formia-Gaeta	410,49	21,66	21,66	190,07	14,08	14,08

Tab.12.2 Tassi per zona geografica (Femmine)

	Incidenza			Mortalità		
	Tasso	INF	SUP	Tasso	INF	SUP
Provincia	347,77	8,95	8,95	113,88	4,71	4,71
Aprilia-Cisterna	353,6	20,05	20,05	110,61	10,46	10,46
Latina	381,2	17,04	17,04	128,72	9,20	9,20
Monti Lepini	299,99	26,13	26,13	113,19	14,64	14,64
Terracina-Fondi	321,99	19,73	19,73	97,43	9,78	9,78
Formia-Gaeta	341,43	19,79	19,79	113,31	10,47	10,47

Fig.10.1-10.2



I tassi di incidenza e mortalità più bassi si osservano per gli uomini nel distretto Sud e per la donne nel distretto di Fondi-Terracina e dei Monti Lepini. Il distretto maggiormente colpito è invece per i due generi quello di Latina.

In un prossimo rapporto verranno presentate mappe geografiche con i rischi relativi per ciascuna sede tumorale.

Tumori Infantili (0-14 anni)

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

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

Nella banca dati del Registro Tumori di Popolazione della provincia di Latina i nuovi casi di tumore infantile nel periodo 2006 – 2010 sono stati **81** in età 0-14 , con una lieve predominanza di maschi.

I tumori emolinfatici hanno rappresentato il 40 % del totale e quelli solidi il 60%. Al primo posto i tumori dell'encefalo e del SNC (23), seguiti dalle leucemie (21), dai linfomi e tumori dell'osso. Non si apprezzano grosse differenze tra i due sessi. In media ogni anno si ammalano per la prima volta di un tumore circa 9 maschi e 7 femmine sotto i 14 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 220 x 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 periodo 2007-2010, i tassi di incidenza della provincia di Latina sembrano leggermente superiori, però questo dato per la sua esiguità non raggiunge la significatività statistica.

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.

Le diagnosi microscopiche registrate a Latina raggiungono l'80% nei tumori infantili, contro l'87% della media nazionale.

L'andamento della incidenza nel periodo osservato mostra tuttavia una tendenza verso la riduzione.

Per quanto riguarda la **mortalità**, si sono registrati 8 decessi per tumore nella fascia 0-14, di cui 5 maschi, nei cinque anni dal 2006 al 2010. 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 che per fortuna si registrano, non permettono tuttavia descrizioni e confronti significativi anche per quanto attiene al trend temporale.

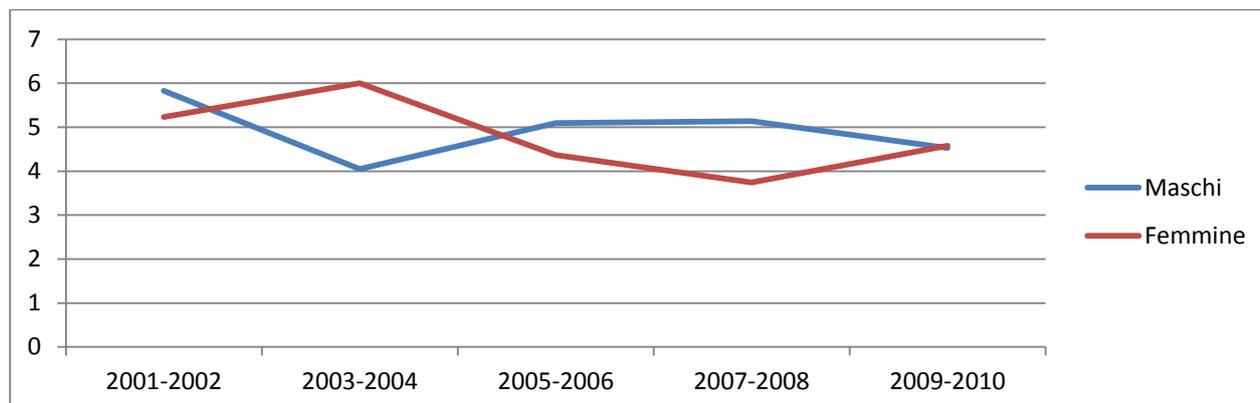
Si assiste nel tempo ad un buon miglioramento della **sopravvivenza** osservata per tumore in età pediatrica, oggi all'84% , sovrapponibile a quanto osservato a livello nazionale (83%).

Le famiglie scelgono in prevalenza gli ospedali fuori della nostra ASL di Latina nel 90% dei ricoveri per i trattamenti dei tumori in età infantile. Sugli 81 casi registrati nel quinquennio, la metà si ricovera presso l'Ospedale Bambin Gesù di Roma , un 10% al Policlinico Gemelli, in un caso ci si è rivolti fuori Regione.

Sede	Età			Totale
	0-4	5-9	10-14	
Cavità nasale	-	-	-	
Altri organi toracici	1	-	1	2
Osso	-	1	2	3
Pelle, melanomi	1	-	1	2
Tessuti molli	-	2	-	2
Testicolo	-	-	-	
Rene, vie urinarie	-	1	1	2
Encefalo e altro SNC	7	2	3	12
Tiroide	-	-	1	1
Linfoma di Hodgkin	-	-	5	5
Linfoma non Hodgkin	1	2	-	3
Leucemia linfatica acuta	2	1	3	6
Leucemia linfatica cronica	-	-	1	1
Leucemia mieloide acuta	1	-	1	2
Altre MMPC e SMD	-	1	-	1
Leucemie NAS	-	-	-	
Miscellanea	2	-	1	3
TOTALE (escl. cute)	15	10	20	45

Sede	Età			Totale
	0-4	5-9	10-14	
Cavità nasale	1	-	-	1
Altri organi toracici	-	-	1	1
Osso	-	-	2	2
Pelle, melanomi	-	-	1	1
Tessuti molli	1	-	-	1
Utero NAS	-	-	-	
Ovaio	-	-	1	1
Rene, vie urinarie	1	1	1	3
Encefalo e altro SNC	4	2	5	11
Tiroide	-	1	-	1
Linfoma di Hodgkin	-	-	2	2
Linfoma non Hodgkin	-	-	1	1
Leucemia linfatica acuta	4	1	2	7
Leucemia linfatica cronica	1	-	-	1
Leucemia mieloide acuta	2	-	1	3
Altre MMPC e SMD	-	-	-	
Leucemie NAS	-	-	-	
Miscellanea	-	-	-	
TOTALE (escl. cute)	14	5	17	36

Fig.11 Andamento temporale della incidenza di tumori infantili negli ultimi dieci anni in provincia di Latina

**Nota conclusiva**

Elaborazioni per singole sedi tumorali per tutte le età, nei due sessi e con confronti nazionali, sono in corso di revisione e saranno presentate in un prossimo rapporto nel corso del 2015.