



I.R.C.C.S. Ospedale
Oncologico di Bari
Giovanni Paolo II



ARPA PUGLIA



AReS PUGLIA



COMITATO
EPIDEMIOLGICO
REGIONE PUGLIA



REGISTRO TUMORI PUGLIA



Regione Puglia

REGISTRO TUMORI PUGLIA RAPPORTO 2014



PREFAZIONE

Quando, una quindicina d'anni fa, il Comitato Scientifico dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale affrontò il problema dell'istituzione del registro tumori in Puglia, si manifestarono due correnti di pensiero; una, la mia, favorevole al consolidamento del Registro Tumori Jonico-Salentino (limitato, quindi, alle sole tre province di Taranto, Brindisi e Lecce), l'altra, autorevolmente espressa dal prof. Barbuti, favorevole all'istituzione di un Registro Tumori Regionali.

Il pessimismo della ragione induceva all'epoca me a voler privilegiare il processo di registrazione oncologica nelle aree ad elevato rischio di crisi ambientale (Brindisi e Taranto) e nella provincia di Lecce, che presentava un

costante pluridecennale eccesso di mortalità per tumori polmonari nel genere maschile.

L'ottimismo della volontà del prof. Barbuti poneva l'obiettivo di sanità pubblica di fornire a tutta la popolazione pugliese lo strumento del registro, utile non solo per gli approfondimenti sui fattori di rischio ma anche per la valutazione clinica e per la programmazione sanitaria, che necessariamente deve presentare caratteristiche omogenee in ambito regionale.

Il rapporto che viene qui dimostrato dimostra che aveva ragione la lungimirante visione del prof. Barbuti: finalmente si presentano dati di incidenza tumorale in tutte le province e nelle città capoluogo, un formidabile strumento informativo per tutti, personale sanitario e stakeholder istituzionali e non.

Prof. Giorgio Assennato

Presidente del Comitato Tecnico Scientifico

Registro Tumori Puglia

PRESENTAZIONE

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

Nel corso del primo biennio di attività è stato definito il Regolamento del Registro Tumori della Puglia che ha stabilito la valorizzazione delle esperienze del RTJS e del RTLE anche in termini di salvaguardia delle competenze professionali maturate dal personale.

Gli obiettivi del Registro Tumori Puglia sono:

- la misurazione della mortalità e della incidenza del cancro in modo omogeneo e standardizzato sull'intero territorio;
- la redazione di una relazione annuale sulla frequenza della patologia neoplastica in Puglia e sullo stato di prevenzione primaria e secondaria del cancro, sulla base della quale individuare aree critiche e priorità;
- lo svolgimento di indagini epidemiologiche intese a stimare i rischi cancerogeni nel territorio regionale;
- il supporto all'Assessorato per le Politiche della Salute e alle Aziende Sanitarie Locali per la pianificazione e l'attuazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, la valutazione dell'efficacia di programmi di screening per i tumori e dell'impatto di programmi di prevenzione primaria rivolti alle persone ed all'ambiente di vita e di lavoro;
- il monitoraggio e la valutazione dei dati relativi all'accesso e alla qualità dei servizi diagnostici e terapeutici, alla sopravvivenza dei pazienti affetti da cancro, fornendo confronti con altre regioni o paesi e indicazioni utili alla programmazione sanitaria.

Nel 2011 è stato prodotto il Manuale delle Procedure, a cura del dr. Ivan Rashid, al fine di definire l'organizzazione del RTP e le procedure informatiche e manuali di individuazione, raccolta, codifica e archiviazione del dato tumorale che devono attenersi ai seguenti principi guida:

- Completezza. Eliminazione o minimizzazione della perdita di casi incidenti.
- Accuratezza. Minimizzazione della presenza di dati scorretti, incongruenti o imprecisi.
- Tempestività. Garanzia di un tempo minimo di produzione del dato di incidenza e di sopravvivenza.
- Confrontabilità. Adozione degli standard nazionali e internazionali e aggiornamento continuo.
- Formazione. Impegno per il consolidamento delle competenze del personale.
- Rispetto della privacy. Minimizzazione del trattamento e totale eliminazione dell'uso superfluo del dato sensibile.
- Continuità. Garanzia di autonomia finanziaria, di risorse e di competenze.
- Estensione. Continua verifica di fattibilità per l'estensione del territorio coperto da registrazione.
- Qualità. Impegno a misurare, verificare e migliorare nel tempo il rispetto dei precedenti principi.

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

Il provvedimento conferma le previsioni organizzative contenute nel Protocollo di Intesa allegato alla DGR 1500/2008 prevedendo un'articolazione basata su:

- Centro di codifica ed elaborazione dati con sede presso l'Istituto Oncologico: funzioni di raccolta, codifica ed elaborazione dei dati, redazione di rapporti, conduzione di studi

epidemiologici descrittivi e analitici, anche in collaborazione con altre strutture.

- Apposito settore di attività “Registro tumori”, istituito presso ciascuna ASL, raccordato funzionalmente col centro di coordinamento regionale con individuazione del referente medico responsabile e idoneo personale dedicato, addetto alla rilevazione, codifica e archiviazione dei casi, come identificato in termini qualitativi e

quantitativi dal Comitato Tecnico-Scientifico.

RTP adotta quale documento di riferimento organizzativo, gestionale e funzionale il Manuale delle Procedure del Registro Tumori Puglia.

La Giunta dà infine mandato agli Enti Sottoscrittori del Protocollo di Intesa di provvedere ad adeguare i propri atti aziendali al fine di ottemperare, in termini strutturali e funzionali, alle disposizioni del provvedimento.

LO SCHEMA ORGANIZZATIVO DEL REGISTRO TUMORI PUGLIA

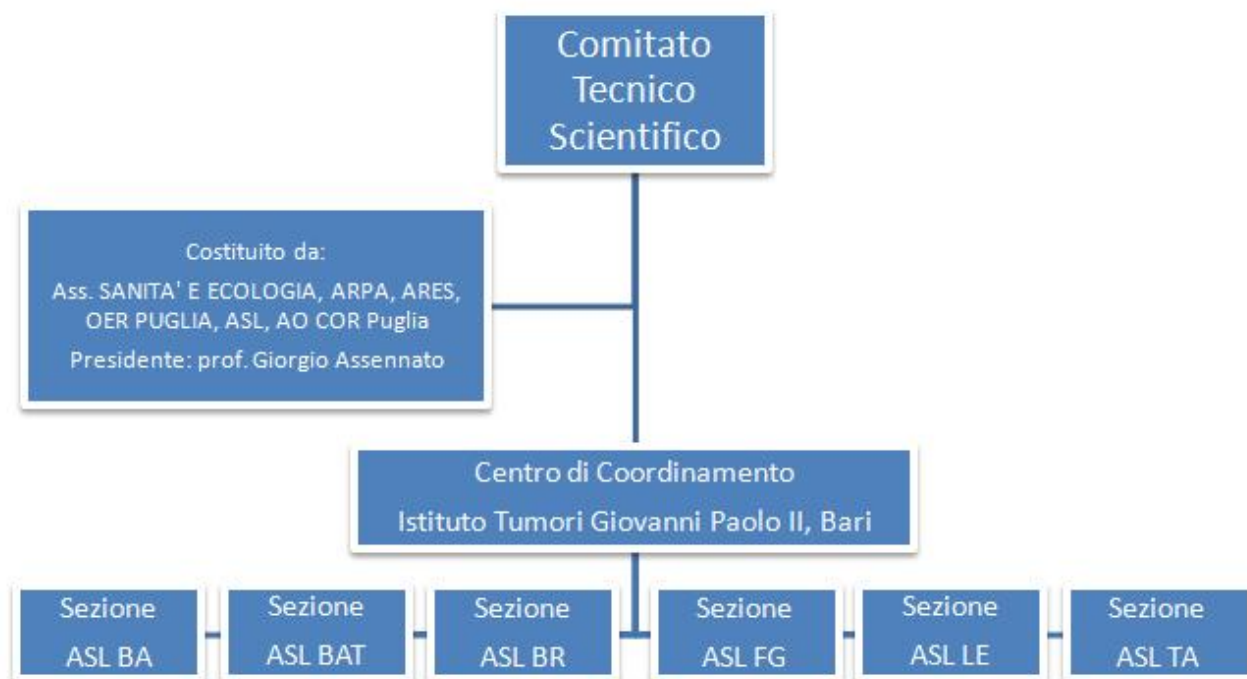


FIGURA 1 - SCHEMA ORGANIZZATIVO DEL REGISTRO TUMORI PUGLIA

Il Comitato Tecnico-Scientifico

I compiti del Comitato Tecnico-Scientifico sono:

- proporre la definizione di un protocollo di intesa inter-istituzionale che disciplini il funzionamento del Registro e gli eventuali aggiornamenti;
- elaborare il Regolamento, stabilendo i criteri per l'utilizzazione delle attrezzature gestite dal Registro Tumori e del relativo personale per quanto di competenza;
- approvare il piano annuale delle attività e delle spese;
- elaborare programmi di ricerca scientifica, di studio e di aggiornamento;
- proporre la stipula di convenzioni e contratti eventualmente necessari per il funzionamento del Registro;
- curare la redazione del rapporto annuale dei risultati prodotti, la pubblicazione biennale delle stime di incidenza e di sopravvivenza, nonché cura la redazione di ogni altra pubblicazione inerente le attività e i dati del registro;
- curare altresì l'accreditamento del registro a livello sia nazionale (AIRTUM) sia internazionale (IARC);
- approvare i contributi scientifici a convegni internazionali e nazionali e gli articoli scientifici proposti per la pubblicazione;
- interagire con i rappresentanti istituzionali sia per gli aspetti di comunicazione sia per gli aspetti relativi all'acquisizione di dati;
- supportare le strutture dell'Assessorato per le Politiche della Salute della Regione Puglia per la promulgazione delle disposizioni normative necessarie per l'istituzionalizzazione e il funzionamento del registro, anche di rango legislativo.

Il Direttore Generale dell'IRCCS Oncologico è Vicepresidente del Comitato Tecnico-Scientifico. Per il suo tramite e del management dell'Istituto viene assicurato l'indispensabile supporto

amministrativo e gestionale per il funzionamento di tutte le articolazioni periferiche.

Centro di coordinamento (IRCCS Oncologico)

Il centro di coordinamento assicura l'omogeneità delle procedure di rilevazione e di elaborazione dei dati e fornisce supporto metodologico e informativo alle articolazioni periferiche del RTP e alle strutture della Rete Oncologica della regione Puglia, come definita nel Piano di Salute (LR 23/2008).

Gli obiettivi del Centro di coordinamento sono:

- misurare mortalità ed incidenze del cancro e valutare, a livello di popolazione, la sopravvivenza per specifiche patologie e stadi di malattia;
- definire metodologie per la valutazione del rischio cancerogeno nell'ambiente di vita e di lavoro e condurre ricerche sull'eziologia del cancro;
- promuovere e pianificare attività di formazione e informazione sui rischi di cancerogenità, in collaborazione con le altre strutture regionali a ciò preposte;
- fornire il supporto metodologico alle Aziende Sanitarie Regionali per la pianificazione e l'attuazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria delle patologie oncologiche;
- valutare l'efficacia di programmi di screening per i tumori e l'impatto di programmi di prevenzione primaria rivolti alle persone ed all'ambiente di vita e di lavoro;
- contribuire alla valutazione della qualità dell'assistenza oncologica ed alla valutazione dell'eshaustività dell'applicazione di protocolli diagnostici e terapeutici sulla popolazione pugliese.

Presso il centro di coordinamento risiede inoltre l'architettura informatica ed informativa del RTP.

Settore di attività "Registro tumori"

Le articolazioni periferiche sono denominate "Registri Tumori" e sono settori di attività della S.C. Statistica Epidemiologia presente in ogni ASL regionale. Sono addette alla rilevazione, alla codifica, alla registrazione dei casi incidenti e alla archiviazione dei casi e sono raccordate funzionalmente con il centro di coordinamento da cui traggono le indicazioni operative di carattere metodologico.

Esse inoltre predispongono relazioni annuali sulla attività, predispongono rapporti scientifici relativi ai dati provinciali e forniscono gli elementi per la pianificazione delle attività locali al centro di coordinamento regionale.

Le articolazioni periferiche hanno i seguenti obiettivi da regolamento:

- alimentare le basi di dati del RT assicurando efficacia, efficienza alla attività di rilevazione e trasmissione dati;
- stabilire raccordi operativi con le strutture territoriali al fine di garantire il recupero del maggior numero di dati possibile;
- contribuire alla valutazione della qualità dell'assistenza oncologica e alla valutazione dell'eshaustività dell'applicazione dei protocolli diagnostici e terapeutici sulla popolazione provinciale.

LO SCHEMA DI FUNZIONAMENTO DEL REGISTRO TUMORI PUGLIA

Lo schema di funzionamento prevede che le funzioni, da un punto di vista operativo, siano ripartite in passi successivi.

Prima fase – Costruzione degli archivi

In questa fase vengono definiti gli archivi provinciali in ciascuna ASL, attraverso l'esecuzione delle seguenti attività:

Centro di coordinamento:

- gestione amministrativa delle risorse umane e strumentali;
- interfaccia con le strutture centrali per l'acquisizione dei flussi informativi regionali;
- supporto metodologico e operativo alle sezioni periferiche;
- creazione e aggiornamento dell'anagrafica;
- cessione alle sezioni periferiche attive dei dati di pertinenza territoriale;
- acquisizione e aggiornamento della banca dati SDO regionale, record-linkage con l'anagrafica e cessione alle sezioni periferiche attive dei dati di pertinenza territoriale;
- acquisizione e aggiornamento della banca dati specialistica ambulatoriale regionale, record-linkage con l'anagrafica e cessione alle sezioni periferiche attive dei dati di pertinenza territoriale;
- acquisizione e aggiornamento dei referti di anatomia patologica, codifica, record-linkage con l'anagrafica e cessione alle sezioni periferiche attive dei dati di pertinenza territoriale;
- recupero delle cartelle cliniche extra-regionali.

Sezioni periferiche:

- interfaccia con le strutture del territorio di competenza, anche attraverso la creazione di tavoli di lavoro locali;
- acquisizione e aggiornamento dei referti di anatomia patologica dai presidi di pertinenza territoriale, per le attività di codifica locali;
- invio al centro di coordinamento dei referti;
- gestione dell'archivio mortalità di pertinenza territoriale;
- invio al centro di coordinamento dei decessi sia provinciali sia di pertinenza extra-provinciale, in forma anonima;
- acquisizione e aggiornamento degli archivi dell'invalidità civile per le attività di codifica locali;
- invio al centro di coordinamento degli eventuali archivi invalidità informatizzati;
- acquisizione e aggiornamento degli archivi clinici (radioterapia, oncologi, MMG) per le attività di codifica locali;
- invio al centro di coordinamento delle eventuali archivi clinici informatizzati di pertinenza extra-provinciale, in forma anonima.

Seconda fase – Generazione della casistica

Questa fase è di pertinenza delle procedure informatizzate, realizzate attraverso il sistema gestionale sviluppato ad hoc, e consente di popolare un archivio di casistica cosiddetto semilavorato automatico che costituirà il nucleo portante delle fasi successive, principalmente - e necessariamente - manuali.

Terza fase – Codifica

Lo svolgimento dei compiti sopra descritti conduce alla creazione di una proposta di casistica sulla base del semilavorato automatico. La proposta di casistica è l'esito di svariati passi di selezione, approfondimento, rettifica e integrazione delle informazioni del

semilavorato, che portano alla codifica finale. La codifica viene logicamente divisa tra:

- casi che possono essere codificati con fonti locali: competenza ASL;
- casi che possono essere codificati con fonti di altre province: competenza ASL con supporto ASL coinvolte e centro di coordinamento;
- casi che possono essere codificati con fonti extraregionali: competenza centro coordinamento.

Quarta fase – Validazione

Una volta codificati i casi nelle modalità citate si giunge alla proposta di casi incidenti che la sezione ASL del RTP sottopone al centro di coordinamento per il controllo di qualità, completezza ed accuratezza secondo gli standard di questo manuale. Questa fase di norma attiverà un canale di comunicazione tra

la sezione ASL e il centro di coordinamento e potrà produrre diversi momenti di approfondimento della casistica incidente proposta.

Quinta fase – Pubblicazione

Al termine del controllo, si considera definito un archivio dell'incidenza dei tumori della sezione ASL RTP e, pertanto, i dati sono ritenuti pubblicabili sia in un rapporto provinciale, previsto dal regolamento, sia in un rapporto regionale curato dal centro di coordinamento, con l'approvazione del CTS.

Accreditamento

Al completamento di un numero sufficiente di anni di incidenza, tipicamente tre, è dato mandato alla sezione ASL del RTP, anche con il supporto del centro di coordinamento, di avviare le procedure del proprio accreditamento presso AIRTUM.

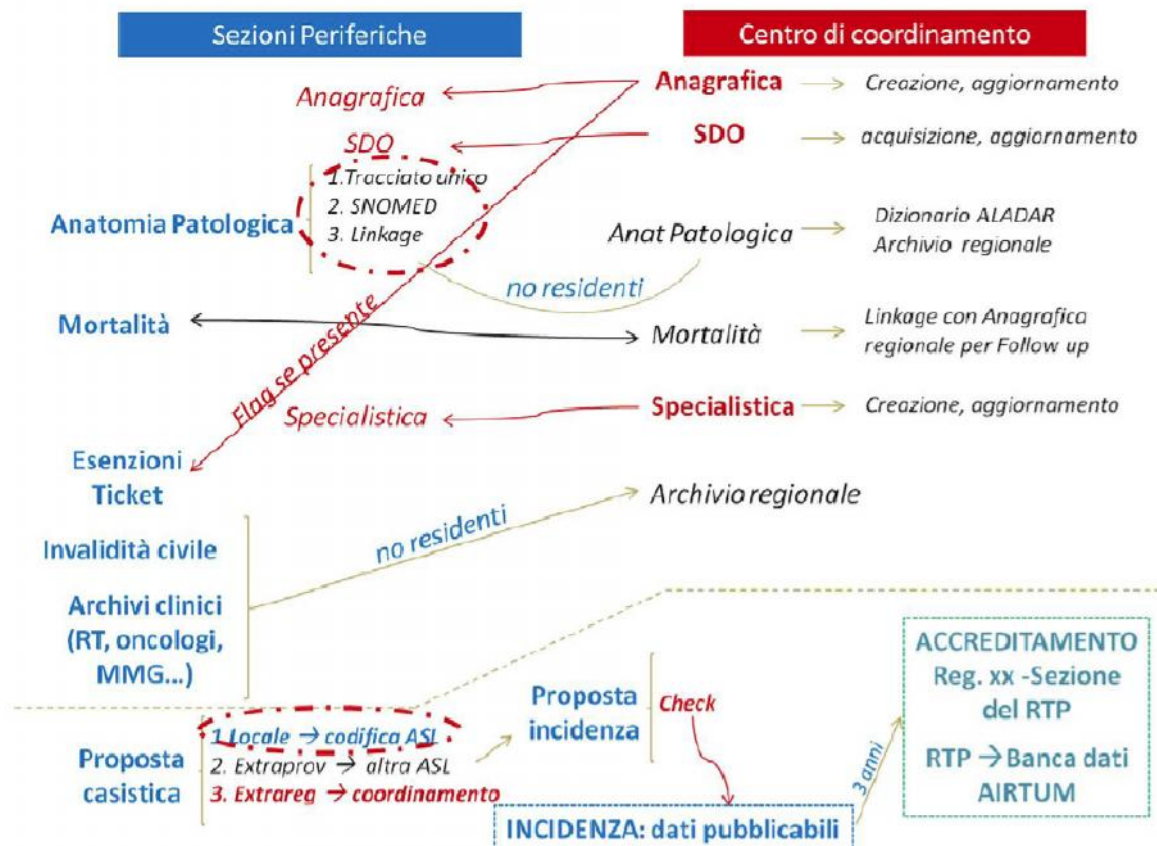


FIGURA 2 - SCHEMA DI FUNZIONAMENTO DEL REGISTRO TUMORI PUGLIA

FLUSSI INFORMATIVI E DIAGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

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

- schede di dimissione ospedaliera;
- certificati di decesso;
- referti di anatomia patologica;
- cartelle cliniche;
- anagrafica;

- medici di medicina generale

Il RT potrà inoltre avvalersi di altri flussi informativi quali:

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

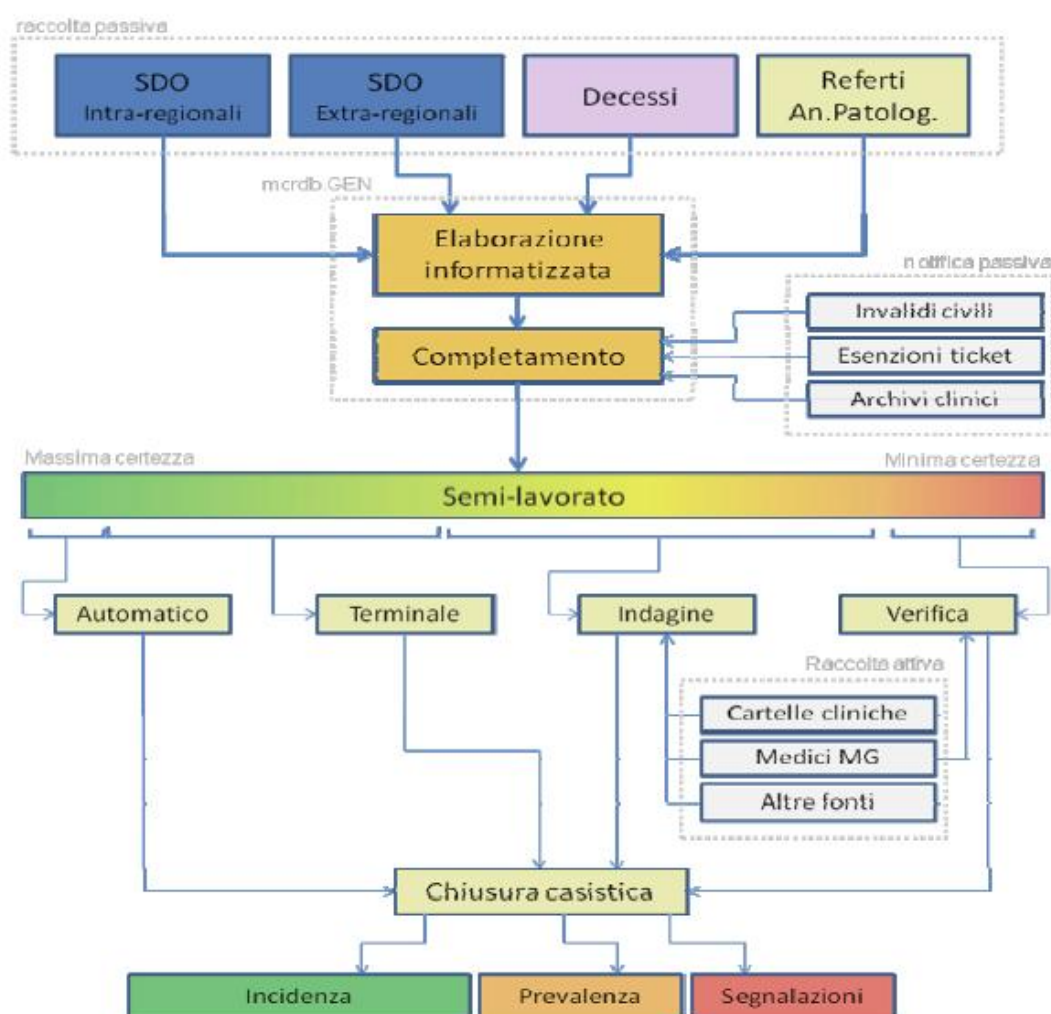


FIGURA 3 - FLUSSI INFORMATIVI E DIAGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

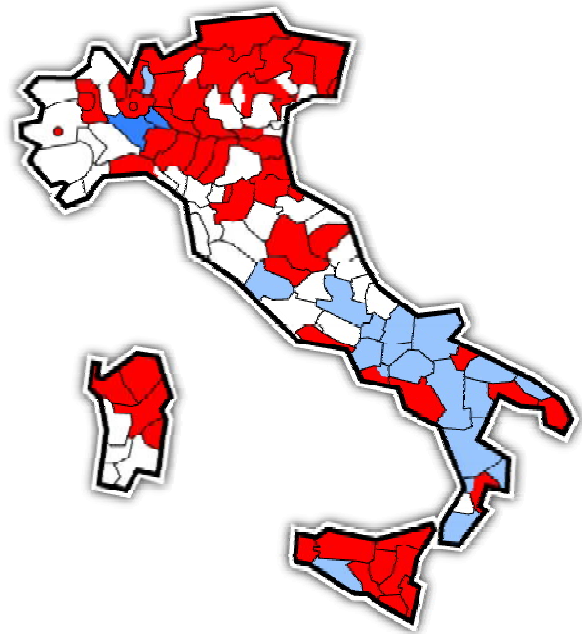
ATTIVITÀ DEL REGISTRO TUMORI PUGLIA: PRESENTAZIONE DELLE ARTICOLAZIONI E STATO DI AVANZAMENTO

L'avvio delle attività ha avuto tempi diversi nelle province pugliesi: la prima delle sezioni RT Puglia a partire, su specifica indicazione dell'Assessorato alle Politiche della Salute, è stata la ASL di Taranto, seguita dalle ASL BT e Brindisi. Nella ASL di Lecce il registro era nato nel 2006 con un finanziamento della Provincia ed è attualmente parte della rete del Registro Tumori Puglia.

All'inizio del 2012 la registrazione dei tumori è stata avviata anche nelle ASL Foggia e Bari, completando la copertura regionale dell'attività, per il periodo 2006-2008, in linea con gli altri registri tumori italiani.

Tra il 2013 e il 2014 tre sezioni del RTP hanno conseguito l'accreditamento AIRTUM:

- Lecce e Taranto, marzo 2013
- BAT, aprile 2014



- Registri accreditati
- Registri in fase di accreditamento
- Registri in attività
- Aree *non* coperte dai registri tumori di popolazione

Di seguito si riportano le schede di presentazione delle diverse articolazioni operative del Registro Tumori Puglia, e alcuni dati sintetici di attività.

Centro di Coordinamento

UNITÀ OPERATIVA DI STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA, ISTITUTO TUMORI IRCCS "GIOVANNI PAOLO II"

VIALE ORAZIO FLACCO, 65 – 70124 BARI

E-MAIL: REGISTROTUMORIPUGLIA@ONCOLOGICO.BARI.IT, TEL. 080 5555039 FAX 080 5555008

Personale impegnato	Qualifica	Compiti
Giorgio Assennato	Direttore ARPA Puglia	Presidente del Comitato Tecnico-Scientifico
Lucia Bisceglia	Dirigente Medico AReS Puglia	Coordinamento operativo
Pietro Milella	Dirigente Medico UOSE IRCCS "Giovanni Paolo II"	Coordinamento operativo
Maria Giovanna Burgio Lo Monaco Danila Bruno	Biologhe, con contratto di collaborazione con IRCCS "Giovanni Paolo II"	Rilevamento e codifica
Anna Maria Nannavecchia	Statistico, con contratto di collaborazione con IRCCS "Giovanni Paolo II"	Gestione ed analisi statistica dei dati sanitari
Antonio Chieti Cinzia Tanzarella	Informati, con contratto di collaborazione con IRCCS "Giovanni Paolo II"	Gestione archivi informatici e sviluppo software

Con il centro di coordinamento e con le sezioni periferiche ha collaborato l'ing. Ivan Rashid, che ha sviluppato il software gestionale in uso presso i registri, supportando anche le attività di valutazione della qualità dei dati.

Flussi Informativi gestiti dal Centro di Coordinamento

ANATOMIE PATOLOGICHE OPERANTI IN PUGLIA

(vedi tabella a pagina seguente)

È stato sviluppato un applicativo informatico che permette di consultare tutti i referti di Anatomia Patologica disponibili utilizzando come chiavi di ricerca il nominativo o parte dello stesso, la data di nascita o parte di essa o combinazioni delle precedenti.

Pr.	Località	Presidio ospedaliero	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
BA	Bari	Policlinico - Armonia dal 2005																					
	Bari	Dermatologia II																					
	Bari	Osp. "Di Venere" - Armonia																					
	Bari	IRCCS Ist.Tum. "Giovanni Paolo II"																					
	Bari	Osp. "San Paolo"																					
	Bari	CASA DI CURA LA MADONNINA																					
	Bari	C.B.H. PRESIDIO S. RITA																					
	Bari	C.B.H. PRESIDIO VILLA LUCE																					
	Bari	C.B.H. PRESIDIO VILLA BIANCA																					
	Bari	C.B.H. PRESIDIO MATER DEI																					
	Bari	CASA DI CURA "VILLA DEL SOLE"																					
	Acq. delle fonti	Osp. "F. Miulli"																					
	Castellana Grotte	Osp. "De Bellis" - Armonia																					
	Putignano	Osp. "Santa Maria degli Angeli"																					
	Altamura	Osp. "Umberto I" - Armonia																					
Terlizzi	Osp. "M. Sarcone"																						
FG	S. G. Rotondo	Casa Sollievo della sofferenza																					
	Foggia	Ospedali Riuniti																					
BAT	Andria	Osp. Civile "Bonomo" - Armonia																					
	Barletta	Osp. Civile - Armonia																					
BR	Brindisi	Osp. "Perrino" - Armonia dal 2008																					
TA	Taranto	Osp. "SS Annunziata"																					
	Martina Franca	Presidio Ospedaliero Valle d'Itria																					
LE	Lecce	Osp. "Vito Fazzi" - Arm. dal 2009																					
	Lecce	Poliambulatorio CDS §																					
	Gallipoli	Osp. "Sacro Cuore" - Arm. dal 2007																					
	Tricase	Osp. "C. Panico" - Armonia																					
	Lecce	P.O.Lecce-Amb.Citologia-Armonia																					

§al Poliamb. Cittadella della Salute afferisco gli ospedali di Galatina, Nardò, Copertino, Campi Salentina, San Cesario;

§§all'Ospedale Sacro Cuore afferiscono gli ospedali di Casarano, Maglie, Scorrano e Poggiardo

REFERTI DI ANATOMIA PATOLOGICA NON CODIFICATI E PROCESSATI CON IL SOFTWARE ALADAR E SUCCESSIVAMENTE CON NANDO

Anatomie Patologiche	Periodo	Processati	Codificati
Policlinico, Bari	1994-2010	429.326	89.958
Dermatologia Policlinico, Bari	1995-2008	12.384	6.615
Osp. "Di Venere", Bari	1995-2009	43.574	8.500
Osp. "F.Miulli", Acquaviva	2003-2008	49.745	15.531
Osp. "De Bellis", Castellana Grotte	2002-2009	10.207	2.442
Osp. San Paolo, Bari	2000-2010	74.393	14.738
Oncologico, Bari	1994-2010	64.469	21.617
Poliambulatorio Cittadella della Salute, Lecce	2003-2005	52.071	6.456
Ospedale "M. Sarcone", Terlizzi	2007-2010	50.855	3.773
Ospedali Andria-Barletta	2000-2008	46.460	8.416
Ospedali Riuniti - Foggia	2003-2009	94.645	22.823
Poliambulatorio Cittadella della Salute, Lecce	2006-2010	75.355	9.553
Osp. Fazzi, Lecce	2008-2009	1.260	152

ANAGRAFE SANITARIA

L'archivio risulta disponibile per il periodo 1999 – 2013.

SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

l'archivio copre il periodo 1998-2013.

RENCAM DISPONIBILE PER LE DIVERSE ASL SECONDO LA SEGUENTE TABELLA

Provincia	Anni disponibili
BA	2003-2010
BR	1998-2010
BAT	2006-2011
FG	1998-2010
LE	2006-2010
TA	2000-2010

ISTAT

Disponibile la mortalità fino al 2011, in forma aggregata.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Sono stati ottenuti i database delle Prestazioni di Medicina Specialistica Ambulatoriale, di Medicina Specialistica Ospedaliera e di Medicina Specialistica erogate da strutture private per il periodo 2007-2010.

ARCHIVI INFORMATIZZATI

Archivi:

- **Oncologia** (Maggio 2004-Ottobre 2011), **Ematologia** (2001- Febbraio 2010)e **Radioterapia** (Agosto 2001- Febbraio 2011)dell'ospedale **Perrino di Brindisi**;
- **Ematologia** (periodo 2000-2010) del **Policlinico di Bari**;

- casistica di tumori infantili registrata *dall'Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica-AIEOP* (periodo 2000-2012).

Recupero cartelle cliniche

Attività svolta nel 2013:

	Richieste	Recuperate	In attesa	Rifiutate
Extra-regionali	2213	919	1142	152
Extra-provinciali (*)	1189	794		

* totale cartelle richieste per tutte le sezioni provinciali

Attività svolta nel 2014:

	Richieste	Recuperate	In attesa	Rifiutate
Extra-regionali	1765	694	908	163
Extra-provinciali (*)	1067	825		

* totale cartelle richieste per tutte le sezioni provinciali

Formazione del personale

- formazione del personale delle sezioni di Bari e Foggia, presso il Centro di Coordinamento e presso le rispettive sedi, per l'archiviazione e la codifica dei casi tumorali, attraverso l'utilizzo del gestionale RTP;
- formazione per l'archiviazione e la codifica dei casi tumorali, attraverso l'utilizzo del gestionale RTP:
 - del personale delle sezioni di Bari e Foggia, presso il Centro di Coordinamento e presso le rispettive sedi (svolta nel 2012);
 - del personale della sezione di Brindisi, presso il Centro di Coordinamento (svolta nel 2013);
 - del nuovo personale della sezione di Bari, presso il Centro di Coordinamento (svolta nel 2014);
 - del nuovo personale della sezione di Brindisi, presso la propria sede (iniziata nel 2014).
- dei flussi informativi relativi ai decessi della provincia BT nel 2011;
- dei flussi di radioterapia di Barletta degli anni 2008 – 2013 (I semestre) e relativo linkage con i soggetti già registrati nella Base Dati RTBT;
- integrazione della casistica 2009-2010 per la ASL BT:
 - import dei flussi informativi relativi ai referti di anatomia patologica di Andria e Barletta del periodo 2009-2010;
 - record-linkage tra i suddetti referti e i residenti della provincia BT (linkage deterministico puro; deterministico con normalizzazione dei nominativi; probabilistico);
 - integrazione della casistica BT 2009-2010 attraverso la generazione di nuovi casi a partire dalle anatomie patologiche dello stesso periodo della provincia BT.

Attività a supporto dell'ASL BT

- import ed integrazione nella Base Dati del gestionale RTBT:

Il centro di coordinamento collabora alla conduzione di studi di epidemiologia descrittiva e analitica, nonché alle attività

del Gruppo di Lavoro regionale per la Valutazione del Danno Sanitario nelle aree di Brindisi e Taranto.

Quadro sintetico degli anni di incidenza completati per ASL

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bari								
BAT								
Brindisi								
Foggia								
Lecce								
Taranto								

Nelle pagine successive, sono presentate le tabelle sullo stato di avanzamento delle attività di ciascuna sezione del RTP. Le seguenti tabelle riportano: il **numero di casi generati**, nonché i casi ottenuti attraverso un algoritmo che combina i referti di Anatomia Patologica, le Schede di Dimissione Ospedaliera e le schede di Morte, ottenendo una casistica semi-lavorata; il **numero di casi extra-regione**, nonché i casi la cui fonte notificante si trova fuori regione; il **numero di casi extra-provincia**, nonché i casi la cui fonte

notificante si trova fuori provincia; la **casistica esaminata**, nonché i casi esaminati dagli operatori del Registro a partire dai casi semi-lavorati; la **casistica registrata**, nonché i casi che, dopo essere stati esaminati, sono stati chiusi come incidenti, cioè come nuovi casi tumorali, o come casi a Non Sufficiente Evidenza (**NSE**); il **numero di casi in sospenso**, cioè i casi per cui si attendono ulteriori informazioni rispetto a quelle già disponibili per chiudere il caso.

ASL Bari

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

LUNGOMARE STARITA, 6 - BARI

DR. ENRICO CAPUTO

E-MAIL: SISP.E.CAPUTO@ASL.BARI.IT, TEL. 080 5842354 FAX 080 5842425

In ragione del sottodimensionamento dell'Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia Aziendale, il Registro Tumori dell'ASL Bari nasce da un processo coordinato tra l'Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia e Dipartimento di Prevenzione dell'ASL proposto alla Direzione Generale dell'ASL dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione con nota prot. n. 13368-UOR 24 del 26/01/2011; viene istituito con D.D.G. n. 1212 del 22/06/2011 e con D.D.G. n. 1268 del 28/06/2011 è costituito il suo tavolo di coordinamento aziendale.

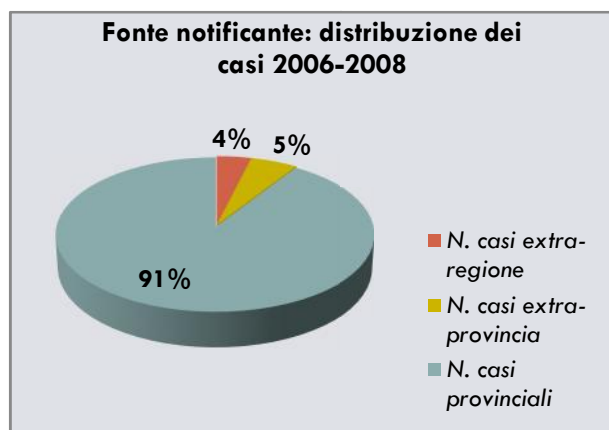
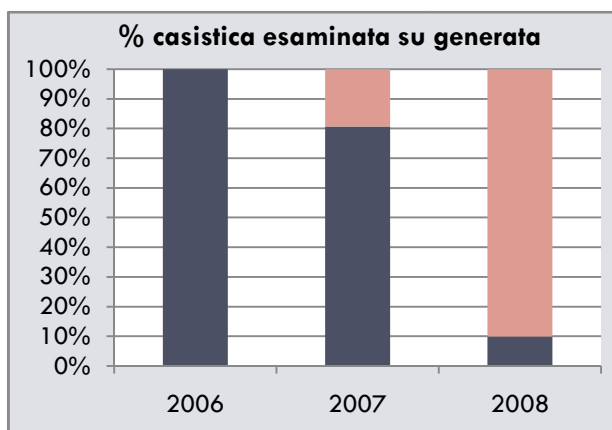
Personale impegnato	Qualifica	Compiti
Enrico Caputo	Dirigente medico - Responsabile UOS Dipartimentale Epidemiologia e Screening malattie croniche e oncologiche ASL Bari	Responsabile Registro
Domenico Carbonara Giacomo Gravina Deborah Fracchiolla	Medici specializzandi del Dipartimento di Scienze Biomediche ed Oncologia Umana dell'Università degli Studi di Bari	Codificatori
Carmen Perrone	Infermiera professionale ASL Bari	Rilevatore, codificatore

Inizio attività di rilevazione e codifica: Gennaio 2012

Stato di avanzamento delle attività

Casistica relativa ai Comuni di: Bari, Modugno, Bitetto, Bitritto, Conversano, Rutigliano, Polignano a Mare e Mola di Bari.

Anno Incidenza	N. casi generati	N. casi extra-regione	N. casi extra-provincia	Casistica esaminata	Casistica registrata	N. casi in sospenso
2006	4944	273	175	4944	3105	373
2007	5250	292	208	4234	1983	2699
2008	5095	247	209	503	503	4806



ASL Barletta-Andria-Trani

UNITÀ OPERATIVA DI STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA

PIAZZA PRINCIPE UMBERTO, 76121 BARLETTA

DR. VINCENZO COVIELLO

E-MAIL: ENZO.COVIELLO@ALICE.IT, TEL. 0883 577329 FAX 0883 577288

La sezione di attività Registro Tumori è stata istituita con Deliberazione del Direttore Generale ASL n.880 del 12/5/2010. Il Tavolo di Lavoro è stato attivato con Deliberazione del Direttore Generale ASLn.1128 del 21/6/2010.

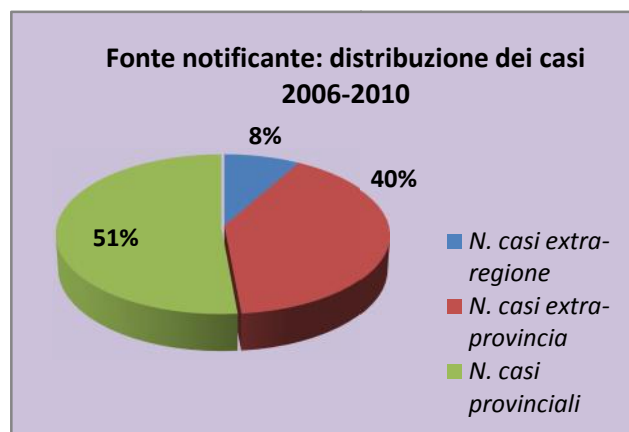
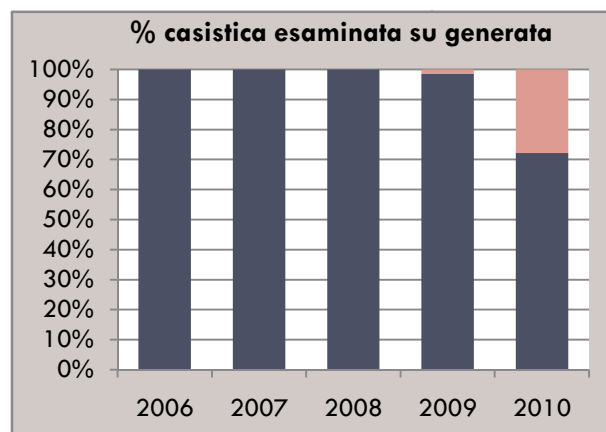
Personale impegnato	Qualifica	Compiti
Vincenzo Coviello	Direttore Medico	Responsabile Registro
Francesco Cuccaro	Dirigente medico	Codifica, registrazione e analisi
Maria Elena Vitali Grazia Cannone	Personale non Dipendente Specializzande in Igiene – tirocinio formativo	Codifica, registrazione e analisi
Angela Calabrese	Operatore tecnico	Supporto Informatico - Archivio
Angela Pinto	Infermiera professionale (50% R Tum – 50% R Mort)	Codifica e registrazione

Inizio attività di rilevazione e codifica: Marzo 2011

La ASL BAT ha conseguito l'accreditamento nel 2014 per gli anni 2006 – 2008

Stato di avanzamento delle attività

Anno Incidenza	N. casi generati	N. casi extra-regione	N. casi extra-provincia	Casistica esaminata	Casistica registrata	N. casi in sospenso
2006	3130	290	1236	3130	2441	0
2007	3218	265	1439	3218	2534	0
2008	3247	292	1485	3247	2508	0
2009	2940	266	1240	2740	2487	253
2010	3209	184	941	1932	1466	1356



ASL Brindisi

UNITÀ OPERATIVA DI STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA

PIAZZA DI SUMMA – 72100 BRINDISI

DR. ANTONINO ARDIZZONE

E-MAIL: ANTONINOARDIZZONE@ASL.BRINDISI.IT, TEL. 0831510021 FAX 0831510437

L'ASL di Brindisi con deliberazione n. 707 del 09/03/2011, ha istituzionalizzato il Registro Tumori, costituendo il "Gruppo di lavoro Registro Tumori ASL BRINDISI" e il "Tavolo di coordinamento aziendale" con funzioni di coordinamento istituzionale e scientifico-comunicativo, sotto la direzione del Direttore Sanitario, dove sono state individuate le figure professionali per coadiuvare la risoluzione dei casi di difficile classificazione. Il 9 maggio 2012, con deliberazione n. 888, l'ASL di Brindisi ha nominato il Coordinatore del Registro Tumori dell'ASL il dr. Antonino Ardizzone.

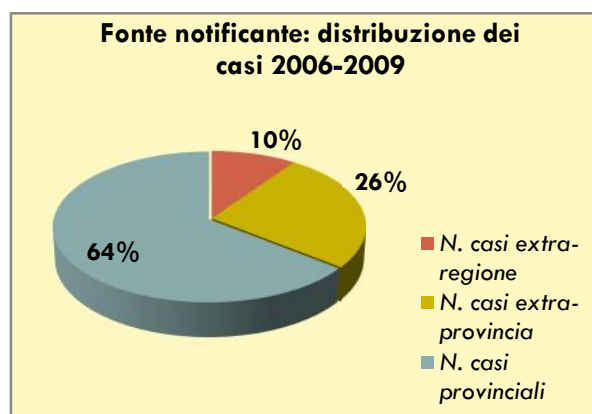
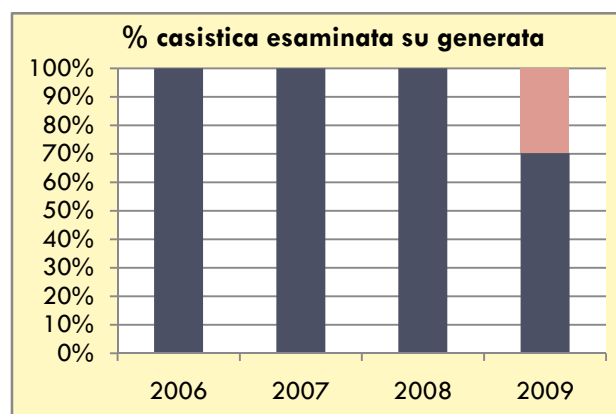
Personale impegnato	Qualifica	Compiti
Antonino Ardizzone	Dirigente Medico presso l'U.O. di Statistica ed Epidemiologia della ASL	Responsabile Registro
Maria Carmela Pagliara	Operatore con contratto di collaborazione Laureata in Scienze Statistiche ed Economiche	Rilevatore e codificatore
Lucia Giordano Lucia Elena De Lorenzis	Collaboratrice professionale sanitaria – infermiera dipendente. Laureata in Scienze Infermieristiche	Rilevatore e codificatore
Fernanda Lucia Lotti	Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, dipendente. Laureata in Biologia.	Rilevatore e codificatore

Dal marzo 2011, il personale dell'ASL di Brindisi è stato supportato dal Centro di Coordinamento per le attività di raccolta e codifica dei casi incidenti del periodo 2006-2009. Da settembre 2014, l'attività di codifica è svolta localmente.

La sezione ASL Brindisi è in fase di richiesta accreditamento all'AIRTUM (anno 2006 - 08).

Stato di avanzamento delle attività

Anno Incidenza	N. casi generati	N. casi extra-regione	N. casi extra-provincia	Casistica esaminata	Casistica registrata	N. casi in sospeso
2006	3542	392	1020	3542	2849	6
2007	3499	387	930	3499	2915	81
2008	4025	346	969	4025	3102	180
2009	4569	403	1121	3211	1904	2540



ASL Foggia

UNITÀ OPERATIVA DI STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA C/O PRESIDIO OSPEDALIERO "TERESA MASSELLI-MASCIA"
VIALE 2 GIUGNO N. 351, 71016 SAN SEVERO (FG)

DR. FERNANDO PALMA

E-MAIL: FERNANDO.PALMA@TISCALI.IT, TEL./FAX 0882200436

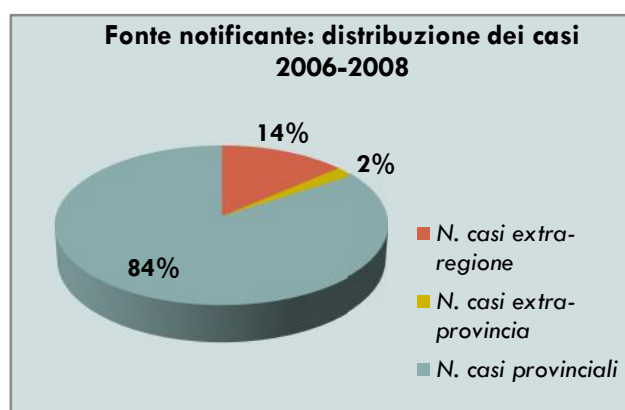
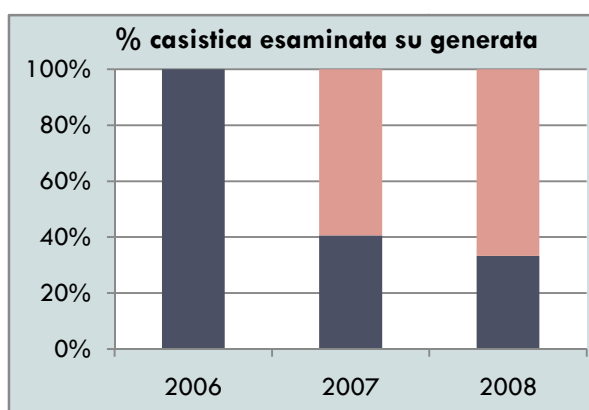
Il settore "Registro Tumori Asl Foggia" della S.C. di Statistica ed Epidemiologia è stata attivato con Delibera n.4 del 11/01/2011, con Delibera n.5 del 11/01/2011 è stato costituito il Gruppo di Lavoro a supporto del settore "Registro Tumori Asl Foggia". Il Tavolo Tecnico Locale del "Registro Tumori Asl Foggia" è stato costituito con Delibera n.6 del 11/01/2011.

Personale impegnato	Qualifica	Compiti
Fernando Palma	Direttore Medico S.C. Statistica ed Epidemiologia Asl Foggia	Responsabile Registro, codificatore
Filomena Rosalia De Santis	Laurea Triennale in Professioni Sanitarie, con contratto di collaborazione	Rilevatore
Marina Laura Liguori	Laurea Magistrale in Odontoiatria, Specializzazione in Statistica Sanitaria, con contratto di collaborazione	Rilevatore

Inizio attività di rilevazione e codifica: Gennaio 2012

Stato di avanzamento delle attività

Anno Incidenza	N. casi generati	N. casi extra-regione	N. casi extra-provincia	Casistica esaminata	Casistica Registrata	N. casi in sospeso
2006	6463	844	142	6463	4402	0
2007	5784	836	134	2350	1427	4876
2008	5917	792	103	1968	1233	5661



ASL Lecce

U.O.C. EPIDEMIOLOGIA E STATISTICA - U.O.S. REGISTRO TUMORI c/o POLO ONCOLOGICO VITO FAZZI,
PIAZZA MURATORE, 73100 LECCE

DR. FABRIZIO QUARTA - DR.SSA ANNA MELCARNE

E-MAIL: UOSE@ASL.LE.IT – RTLE@AUSL.LE.IT; TEL. 0832 215630 – 0832 661921

La sezione di attività Registro Tumori è stata istituita con Deliberazione del Direttore Generale ASL n.2451 del 03/11/2005.

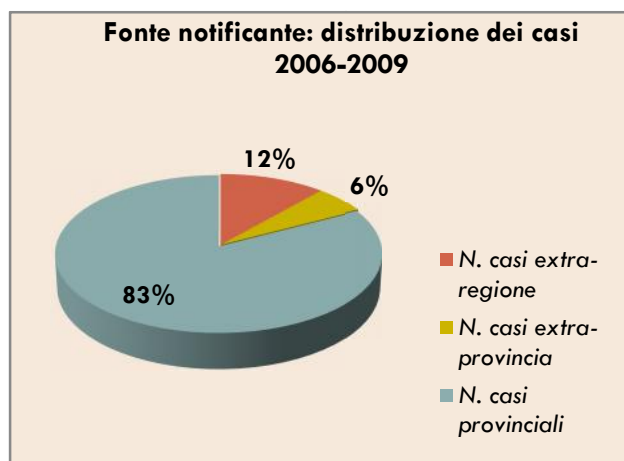
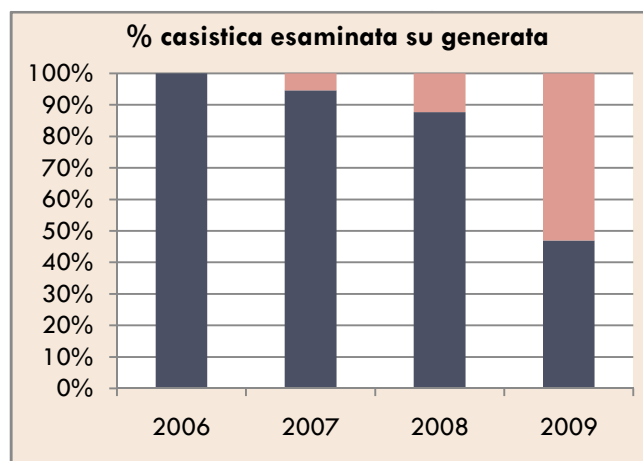
Personale impegnato	Qualifica	Compiti
Fabrizio Quarta	Direttore Medico	Direttore UOSE
Anna Melcarne	Dirigente Medico	Responsabile Registro
Maria Grazia Golizia	Infermiere, dipendente ASL	Rilevatore e codificatore
Costanza Arciprete	CPS Dietista, dipendente ASL	Rilevatore e codificatore

Inizio attività di rilevazione e codifica: 2006

ASL Lecce ha ottenuto l'accreditamento AIRTUM per gli anni 2003-2005

Stato di avanzamento delle attività

Anno Incidenza	N. casi generati	N. casi extra-regione	N. casi extra-provincia	Casistica esaminata	Casistica Registrata	N. casi in sospenso
2006	7300	800	340	7300	5953	0
2007	7450	840	420	7050	6463	63
2008	7415	884	465	6500	2327	2508
2009	7450	892	493	3500	525	2075



ASL Taranto

S.C. STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA,

VIALE VIRGILIO, 31 - TARANTO

DR. SANTE MINERBA

E-MAIL: ALDOMINERBA@LIBERO.IT, TEL. 099 7786821 FAX 099 7786819

La sezione di attività Registro Tumori è stata istituita con Deliberazione del Direttore Generale ASL n. 8 del 11/01/2010. Il Tavolo di Lavoro è stato attivato con Deliberazione del Direttore Generale ASL n.539 del 23/02/2010.

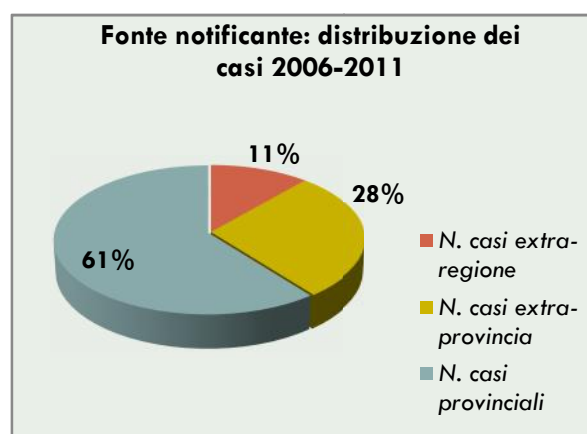
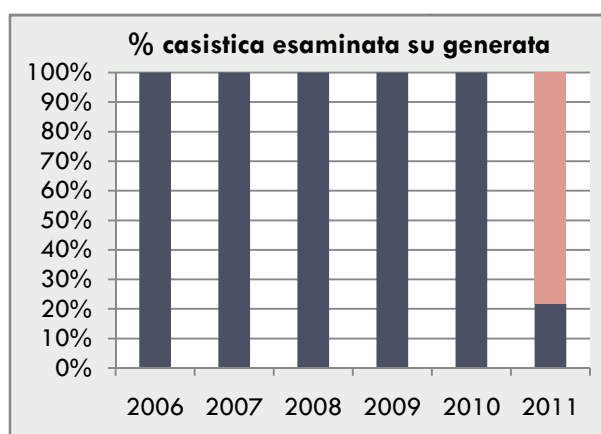
Personale impegnato	Qualifica	Compiti
Sante Minerba	Direttore Medico S.C. Statistica Epidemiologia ASL TA	Responsabile Registro, Codificatore
Antonia Mincuzzi	Dirigente Medico S.C. Statistica Epidemiologia ASL TA Settore Registro Tumori e Studi Epidemiologici	Coordinatore attività del Registro, Codificatore
Simona Carone	Biologa, con contratto di collaborazione	Rilevatore e codificatore
Margherita Tanzarella	Operatore con contratto di collaborazione	Rilevatore e collaboratore nelle attività di codifica
Galluzzo Claudia	Biologa, con contratto di collaborazione	Rilevatore e codificatore

Inizio attività di rilevazione e codifica: Settembre 2010

La sezione ASL Taranto è accreditata AIRTUM nel 2013 per il triennio 2006-2008.

Stato di avanzamento delle attività

Anno	N. casi Incidenza	N. casi generati	N. casi extra-regione	N. casi extra-provincia	Casistica esaminata	Casistica Registrata	N. casi in sospeso
2006		5600	600	1501	5600	3699	0
2007		5290	642	1529	5290	3692	0
2008		5298	616	1491	5298	3999	0
2009		5186	572	1334	5186	4158	47
2010		5642	689	1672	5642	4118	185
2011		5159	557	1475	1120	887	4018



Partecipazione a Corsi e Convegni

- Cosenza, 25-26 Febbraio 2010, Convegno AIRTUM “Prevenzione e controllo dei tumori in Italia meridionale”;
- Mantova, 25-26 Marzo 2010, Corso di formazione AIRTUM “Comunicazione e analisi dei dati dei Registri Tumori”;
- Sabaudia, 21-23 Aprile 2010, XIV Riunione Annuale dell’Associazione Italiana dei Registri Tumori;
- Reggio Emilia, 23 Giugno 2010, Corso di formazione AIRTUM “Registrazione e codifica dei tumori emolinfopoietici”;
- Camerino, 8-10 Settembre 2010, Corso nazionale di aggiornamento AIRTUM “Strumenti e procedure per i registri tumori e neoplasie del colon-retto”;
- Firenze, 6-9 Novembre 2010, Congresso EuroEPI 2010 “Epidemiology and public health in an evolving Europe” e al XXXIV Congresso Italiano dell’Associazione Italiana di Epidemiologia;
- Bari, 18-19 Novembre 2010, Convegno Intermedio 2010 SISMEC “Archivi informatizzati: peculiarità metodologiche e potenzialità applicative”;
- Tarquinia, 25-26 Novembre, 3 Dicembre 2010, Corso di base AIRTUM “Principi e metodi della raccolta, classificazione e codifica dei tumori”;
- Bari, 11-12 Novembre 2010, Corso di formazione RTP “Sistema informativo registro tumori puglia metodi per la raccolta, classificazione e codifica dei tumori”;
- Palermo, 9-11 Maggio 2011, XV Riunione Annuale dell’Associazione Italiana dei Registri Tumori;
- Camerino, 7-9 Settembre 2011, Corso nazionale di aggiornamento AIRTUM “Formazione e metodi per la rete dei registri tumori: analisi della sopravvivenza dei pazienti oncologici”;
- Torino, 20-22 Giugno 2011, Corso di formazione ISI Foundation “Spatial analysis in epidemiology”;
- Como, 28-30 Marzo 2012, XVI Riunione Annuale dell’Associazione Italiana dei Registri Tumori;
- Bari, 26-28 Aprile 2012, ESO-OECI Symposium on Cancer survivorship;
- Taranto, 23-24 Luglio 2012, Workshop “Valutazione economica degli effetti sanitari dell’inquinamento atmosferico”;
- Camerino, 10-12 settembre 2012, Corso nazionale di aggiornamento AIRTUM “Classificazione ICD-0-3. Controlli di qualità e comunicazione dei dati”;
- Bari, 29-31 Ottobre 2012, XXXVI Congresso Annuale dell’Associazione Italiana di Epidemiologia;
- Taranto, 9 - 11 aprile 2014, XVIII Convegno dell’Associazione Italiana dei Registri Tumori;
- 1° Corso AIRTUM di Formazione a distanza (FAD) 2013-2014 “Corso di base per operatori dei Registri Tumori Italiani”;
- Modena, 8-10 ottobre 2014 XIV Corso di aggiornamento per operatori dei registri tumori AIRTUM;
- Roma, 20 - 23 ottobre 2014, Corso Introduttivo “USO DELLE FONTI DI DATI SANITARI PER FINALITA’ EPIDEMIOLOGICHE” organizzato da ISS e Università di Padova
- Bologna, 29-30 ottobre 2014 Corso teorico-pratico AIRTUM di analisi di dati epidemiologici. Utilizzo del software SEER*Prep e SEER*Stat;
- San Severo di Foggia, 17 - 19 dicembre 2014, Corso di base per operatori dei Registri tumori, organizzato dal RTP in collaborazione con AIRTUM.

Publicazioni, Poster e Comunicazioni a convegni

POSTER

L.Bisceglia, I.Galise, V.Burgio Lomonaco, D.Bruno, A.Minerba, A.Mincuzzi, G.Leone, P.Milella, G.Assennato. *Registro Tumori della Regione Puglia: il modello organizzativo e lo stato dell'arte*. Pubblicato negli atti del XIV Convegno dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori - Sabaudia, 21-23 Aprile 2010.

POSTER

L.Bisceglia, E.Coviello, I.Galise, A.Melcarne, P.Milella, A. Minerba, F. Palma, I.Rashid, G.Spagnolo, G.Assennato e Gruppo di Lavoro RTP. *Il Registro Tumori Puglia: modello organizzativo e stato di avanzamento*. Pubblicato negli atti del XV Convegno dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori - Palermo, 9-11 Maggio 2011.

POSTER

M.E. Vitali, D. Prota, G.A. Cannone, V. Coviello. *Esperienza di attivazione di un registro tumori di ASL*. Pubblicato negli atti della XII Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica – Roma, 12-15 Ottobre 2011.

POSTER

L. Bisceglia, E. Caputo, E. Coviello, I. Galise, A. Melcarne, P. Milella, A. Minerba, F. Palma, F. Quarta, I. Rashid, G. Spagnolo, G. Assennato e Gruppo di Lavoro RTP. *Il Registro Tumori Puglia: stato di avanzamento delle attività di registrazione e stime preliminari di incidenza delle aree di Taranto e Barletta-Andria-Trani*. Pubblicato negli atti del XVI Convegno dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori - Como, 28-30 Marzo 2012.

POSTER

D. Carbonara, M. M. Vece, M. De Palma, A. Spica, E. Caputo, D. Lagravinese, C. Germinario: *Stato di avanzamento del Registro Tumori ASL BA – 2013, 46° Convegno Nazionale S.It.I. – Taormina, 17-20 Ottobre 2013.*

POSTER

F. Cuccaro, I. Galise, D. Bruno, A. Ardizzone, E. Caputo, A. Mincuzzi, A. Melcarne, F. Palma, E.

Coviello, G. Assennato e Gruppo di lavoro RTP(*): *Sopravvivenza per melanoma della cute in Puglia – AIE, Napoli 5-6-7 novembre 2014*

(*) D. Bruno, V. Burgio Lo Monaco, I. Galise, A. Chieti, P. Milella, I. Rashid, C. Tanzarella, A.M. Nannavecchia, D. Carbonara, D. Fracchiolla. G. Gravina, C. Perrone, G.A. Cannone, F. Cuccaro, M.E. Vitali, M.C. Pagliara, G. Spagnolo, F.R De Santis, M.L. Liguori, M.G. Golizia, A. Melcarne, S. Carone, C.Galluzzo, A. Mincuzzi, M. Tanzarella

POSTER

A. M. Nannavecchia, A. Ardizzone, E. Caputo, V. Coviello, F. Quarta, A. Minerba, F. Palma, L. Bisceglia, G. Assennato and the RTP Working Group (*): *CancerRegistry of Puglia (RTP): from collaborative network towards a data qualityimprovement - Meeting Internazionale ENCR, Ispra (VA), 12 - 14 Novembre 2014*

(*) L. Bisceglia, I. Rashid, P. Milella, V. Burgio Lo Monaco, A. Chieti, A.M. Nannavecchia, C. Tanzarella, D. Carbonara, D. Fracchiolla. G. Gravina, C. Perrone, G.A. Cannone, M.E. Vitali, G. Spagnolo, M.C. Pagliara, F.R De Santis, M.L. Liguori, F. Quarta, V. De Maria, M.G. Golizia, A.M. Raho, S.Minerba, S. Carone, C.Galluzzo, M. Tanzarella

COMUNICAZIONE ORALE

I. Rashid, I. Galise, D. Bruno, G.A. Cannone, R. Cusimano, R. Galasso, M. Michiara, F. Panozzo, L. Bisceglia. *Un nuovo algoritmo automatico per la ricerca e la codifica topografica e morfologica del testo dei referti anatomopatologici*. Pubblicato negli atti del XVI Convegno dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori - Como, 28-30 Marzo 2012.

COMUNICAZIONE ORALE

D. Carbonara, M.M. Vece, M. De Palma, A. Spica, G. Cirillo, E. Caputo, S. Fornelli, D. Lagravinese, C. Germinario. *Stato dell'arte del registro tumori ASL BA. 45° Congresso Nazionale, S.It.I. – Cagliari, 3-6 ottobre 2012.*

POSTER CON PRESENTAZIONE ORALE

I. Galise, L. Bisceglia, S. Minerba, A. Mincuzzi, F. Cuccaro, M. Serinelli, V.Coviello, I. Rashid, G. Assennato. *Trend di mortalità (1998-2010) nel Sito di Interesse Nazionale di Taranto*. Pubblicato negli atti del XXXVI Congresso

Annuale AIE - Bari, 29-31 Ottobre 2012.
EpidemiolPrev 2012; 36(5) suppl. 5: 59.

PUBBLICAZIONE SU RIVISTA NAZIONALE
P. Comba, R. Pirastu, S. Conti, M. De Santis, I. Iavarone, G. Marsili, A. Mincuzzi, G. Minelli, V. Manno, S. Minerba, L. Musmeci, I. Rashid, E. Soggiu, A. Zona. *Environment and Health in Taranto, Southern Italy: epidemiological studies and public health recommendations*. Epidemiol Prev 2012; 36 (6): 305-320.

PUBBLICAZIONE SU RIVISTA NAZIONALE
I. Galise, I. Rashid, F. Cuccaro, L. Bisceglia, V. Coviello, A. Melcarne, S. Minerba, A. Mincuzzi, G. Assennato, R. Foschi, S. Rossi, G. Gatta: *Estimates of Cancer Burden in Apulia*. Sottomesso alla rivista Tumori.

COMUNICAZIONE ORALE
D. Fracchiolla, D. Carbonara, G. Gravina, C. Perrone, E. Caputo, D. Lagravinese: *Carcinomi mammari nella ASL Bari: studio preliminare sulla correlazione tra gruppi istologici e molecolari*, 47° Congresso Nazionale S.It.I, Riccione, 1-4 Ottobre2014.

COMUNICAZIONE ORALE
D. Carbonara, D. Fracchiolla, G. Gravina, C. Perrone, E. Caputo, D. Lagravinese: *Impatto ambientale della discarica di Conversano (BA) sulla salute: dati preliminari del Registro Tumori*, 47° Congresso Nazionale S.It.I, Riccione, 1-4 Ottobre2014.

POSTER
G. Gravina, D. Carbonara, D. Fracchiolla, C. Perrone, E. Caputo, D. Lagravinese: *Risultati preliminari sui tumori maligni del polmone incidenti nella provincia di Bari nell'anno 2006*, 47° Congresso Nazionale S.It.I, Riccione, 1-4 Ottobre2014.

PUBBLICAZIONE
A. Melcarne, F. Quarta, M. G. Golizia, I. Rashid: *I tumori in provincia di Lecce – Rapporto 2013*, Registro Tumori ASL Lecce.

COMUNICAZIONE ORALE
G. Minelli, A. Melcarne, L. Fazzo, F. Quarta, M. G. Golizia, V. De Maria, I. Rashid, P. Comba, S.

Conti: *Il tumore polmonare nella Provincia di Lecce: analisi di cluster di incidenza e mortalità*, XVIII Riunione Scientifica Annuale – Associazione Italiana Registri Tumori, 9-11 Aprile 2014, Taranto.

POSTER CON PRESENTAZIONE ORALE
G.A. Cannone, M. G. Burgio Lo Monaco, S. Carone, A. Melcarne, M. Tanzarella. E. Caputo, A. Ardizzone, F. Palma, F. Quarta, E. Coviello e Gruppo di Lavoro RTP: *Incidenza dei tumori maligni infantili in Puglia, anni 2003-2008*, Atti XVIII Riunione Scientifica Annuale Associazione Italiana Registri Tumori, 9-11 Aprile 2014, Taranto.

POSTER
G. A. Cannone, M. G. Burgio Lo Monaco, S. Carone, A. Melcarne, M. Tanzarella. E. Caputo, A. Ardizzone, F. Palma, F. Quarta, E. Coviello and RTP Working Group: *Cancer incidence in children, Puglia, years 2003-2008*, Atti ENCR Scientific Meeting and General Assembly- Towards a harmonised cancer information system in Europe, 12-14 Novembre 2014, Ispra (Va).

POSTER
G.A. Cannone, M.G. Burgio Lo Monaco, S. Carone, A. Melcarne, M. Tanzarella. E. Caputo, A. Ardizzone, F. Palma, F. Quarta, E. Coviello e Gruppo di Lavoro RTP: *Incidenza dei tumori maligni infantili in Puglia, anni 2003-2008*, Articolo accettato per la pubblicazione sulla rivista Epi&Prev.

POSTER
F. Cuccaro, I. Galise, D. Bruno, A. Ardizzone, E. Caputo, A. Mincuzzi, A. Melcarne, F. Palma, E. Coviello and Cancer registry of Puglia Working Group: *Incidence of skin melanoma in Puglia: a comparison with the rest of Italy*. ENCR Scientific Meeting and General Assembly Towards a harmonised cancer information system in Europe, 12-14 November 2014, Ispra (Va).

PUBBLICAZIONE
S. Minerba, A. Mincuzzi, I. Rashid, S. Carone, M. Tanzarella: *I tumori in provincia di Taranto – Rapporto 2013*, Registro Tumori ASL Taranto.

PUBBLICAZIONE

Rapporto Registro Tumori 2014 – Provincia BAT, http://issuu.com/aslbt/docs/registro_tumori_2014_asl_bt_8edc3d3ffab84d

PUBBLICAZIONE

A. Melcarne, I. Rashid, F. Quarta: *Rapporto 2010 “I tumori in Provincia di Lecce”*

POSTER

A. Melcarne, F. Quarta, C. Arciprete, M. G. Golizia, R. Filotolico, V. Cerfera: *Incidenza del Morbo di Kaposi in Provincia di Lecce, XII Riunione AIRTUM, 6-8 Maggio 2009, Siracusa.*

COMUNICAZIONE ORALE

A. Melcarne, F. Quarta, A. Tardio, G. De Filippis, A. M. Raho: *Indagine sulle diagnosi di*

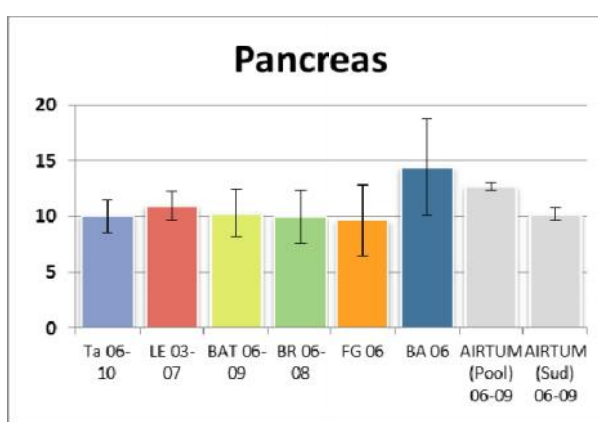
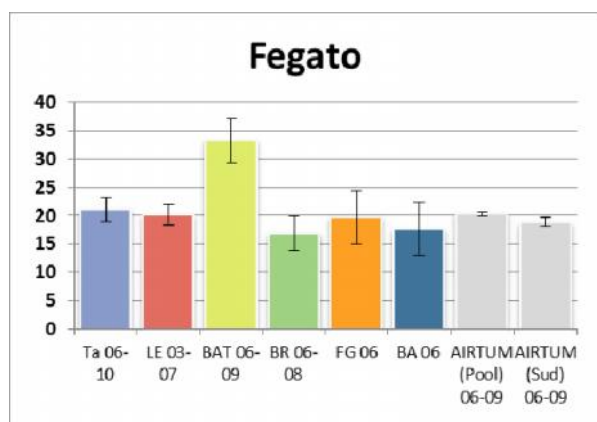
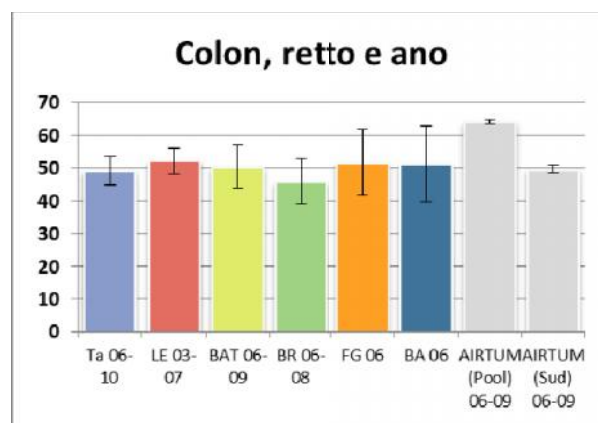
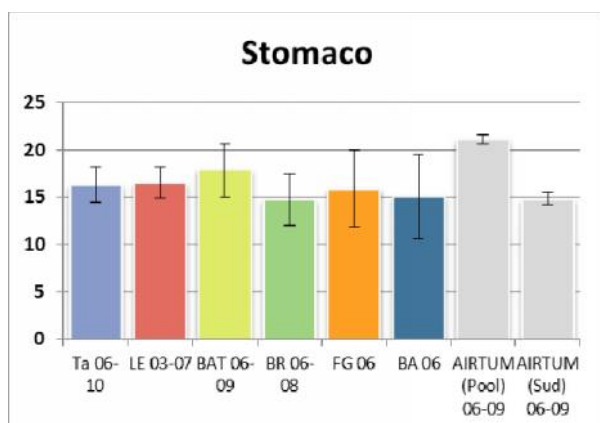
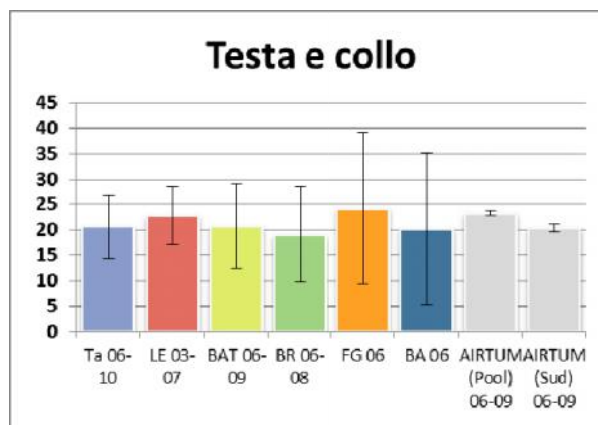
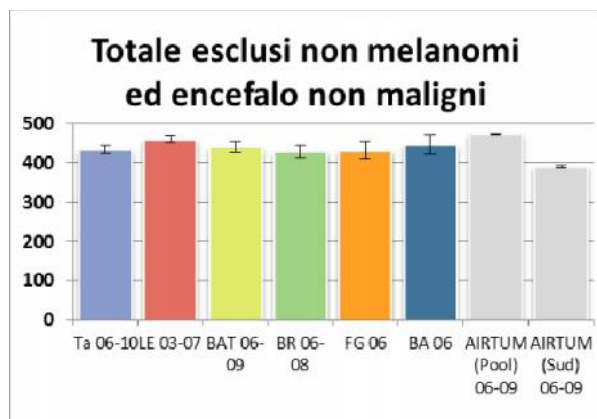
Mesotelioma e correlazione con l'attività lavorative come strumento per la valutazione di un Registro Tumori di nuova attivazione, XIV Riunione AIRTUM, 21-23 Aprile 2010. Sabaudia (LT).

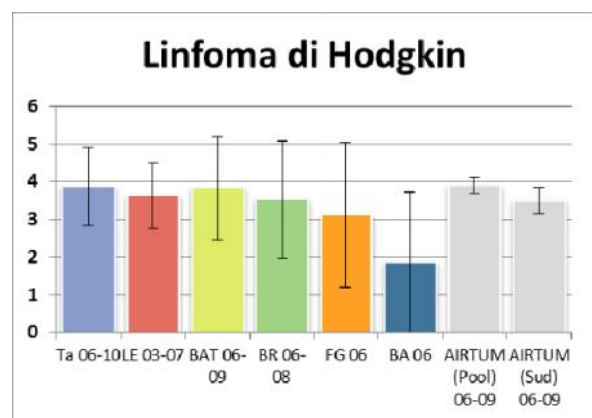
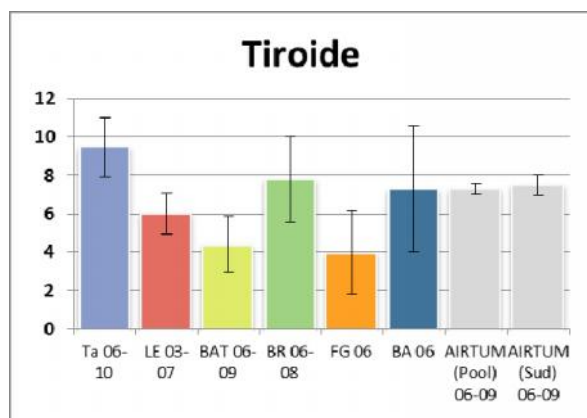
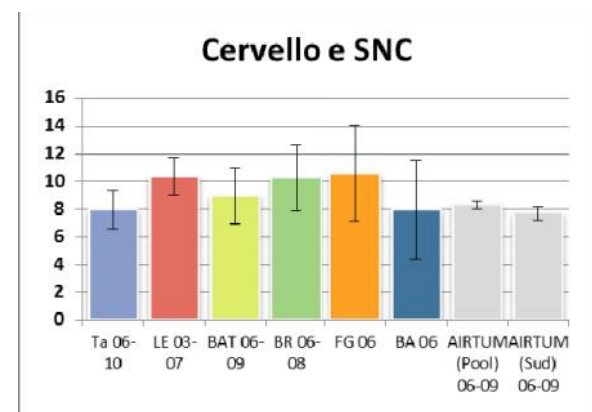
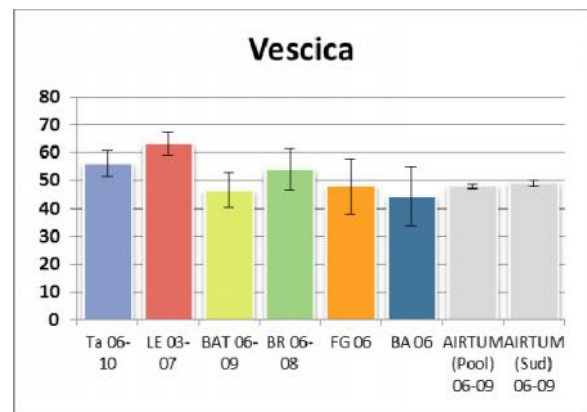
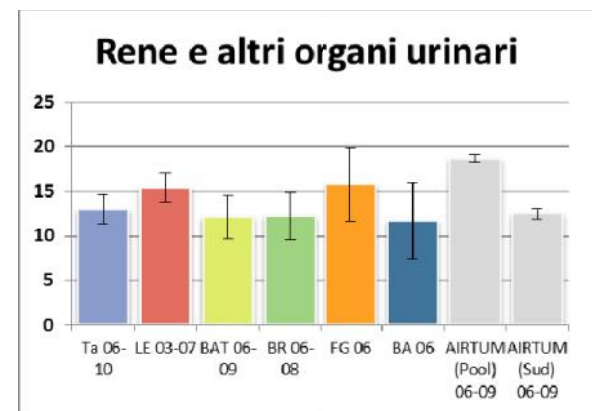
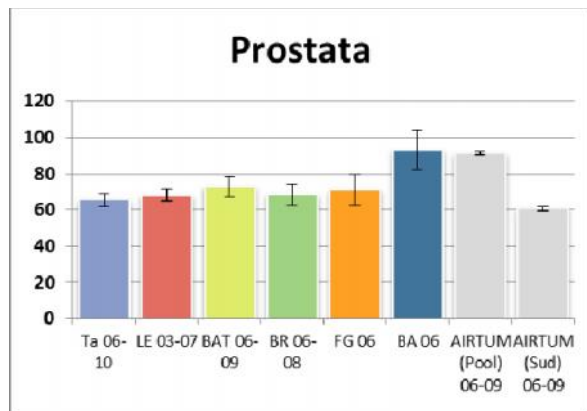
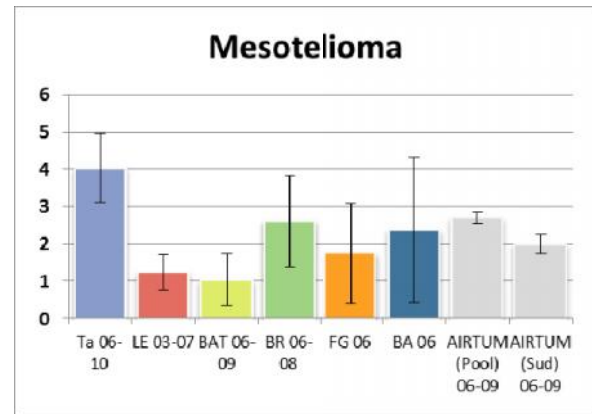
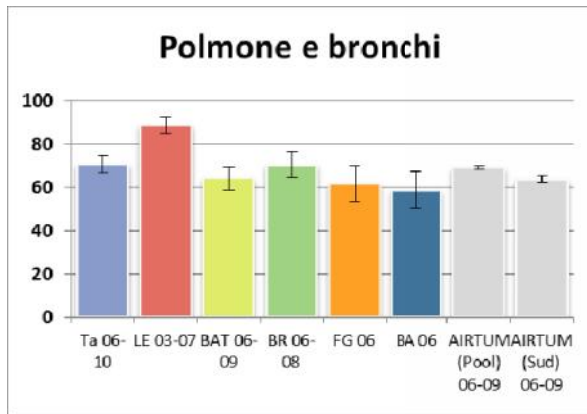
INCIDENZA. CONFRONTI REGIONALI E NAZIONALI

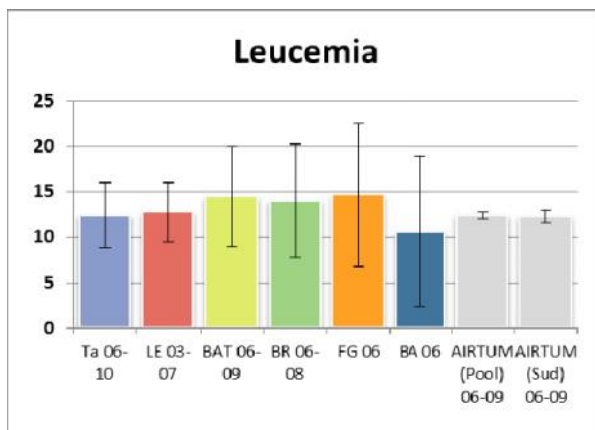
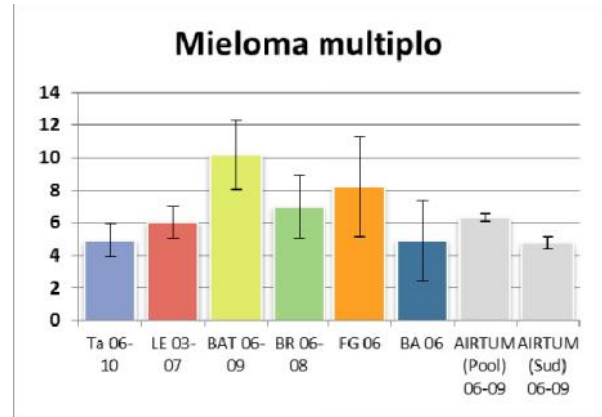
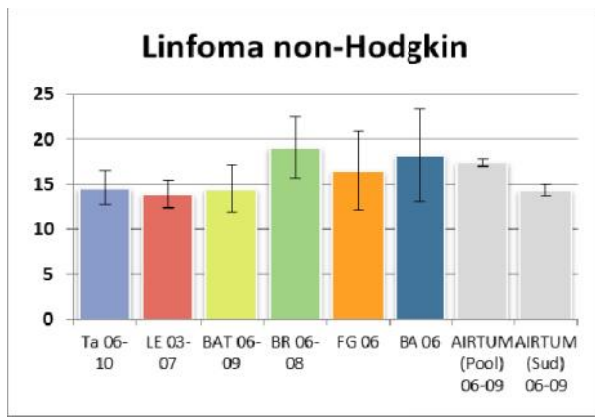
Incidenza. Tasso standardizzato diretto pop. Europea (per 100.000 residenti) per genere e per tipo di neoplasia. Confronto tra le ASL di Taranto (anni 2006-10), Lecce (2003-2007), Barletta-Andria-Trani (2006-2009), Brindisi (2006-2008), Foggia (2006), Bari (2006) e con i dati del Pool AIRTUM 2006-2009 (Pool 38 Registri tumori) e i dati dei registri tumori AIRTUM 2006-2008 del Sud e Isole (Sud).

(FONTE: AIRTUM. ITACAN: TUMORI IN ITALIA, VERSIONE 2.0. ASSOCIAZIONE ITALIANA DEI REGISTRI TUMORI [HTTP://WWW.REGISTRI-TUMORI.IT](http://www.registri-tumori.it))

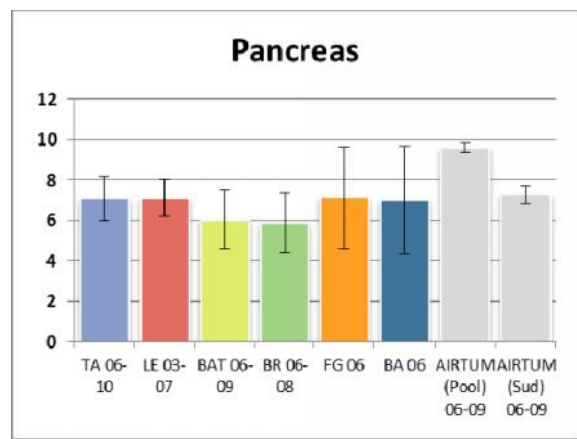
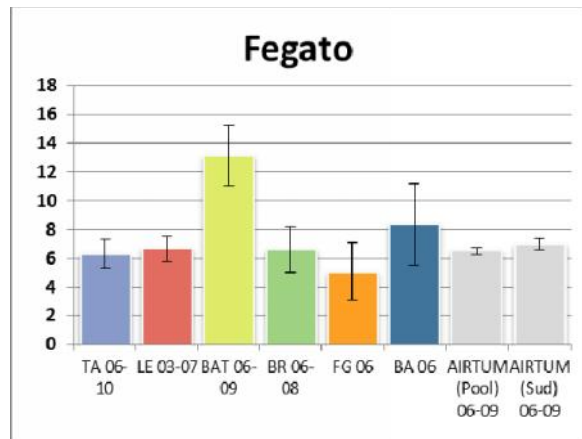
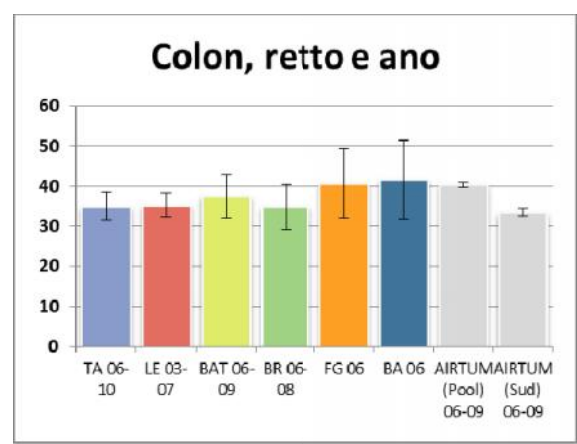
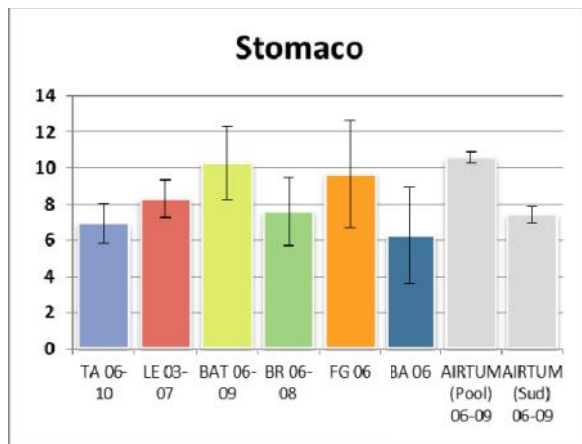
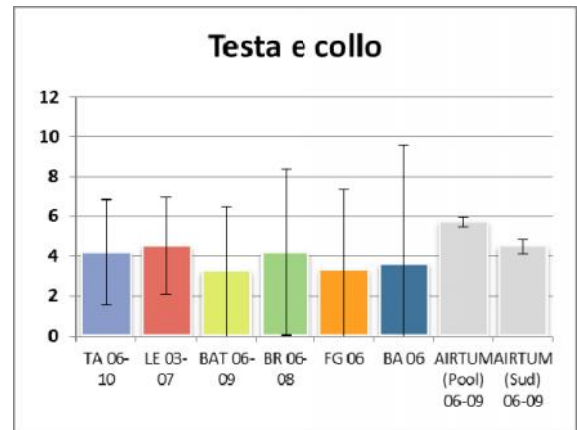
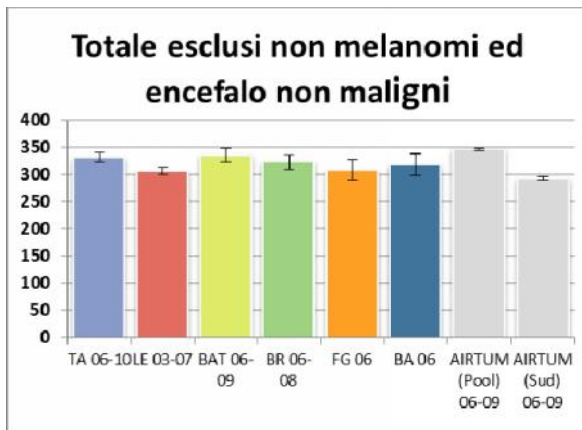
SEZIONE 1 – Tumori maschili

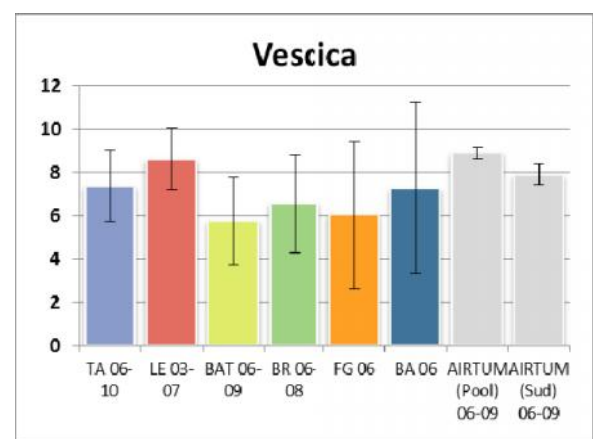
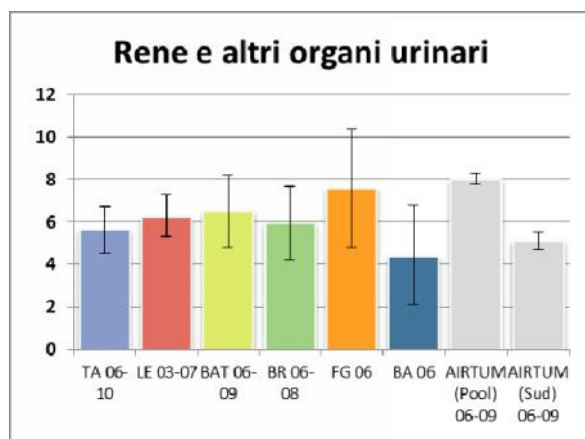
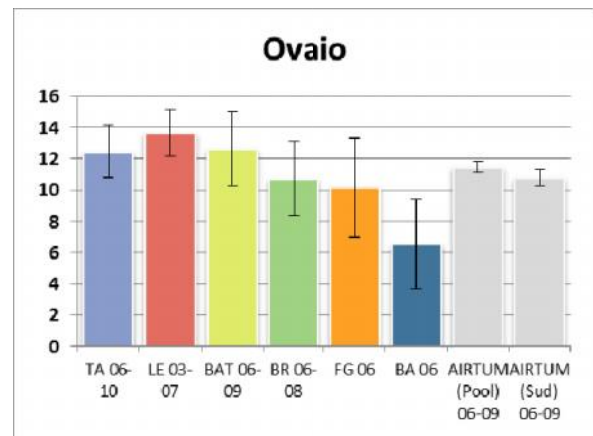
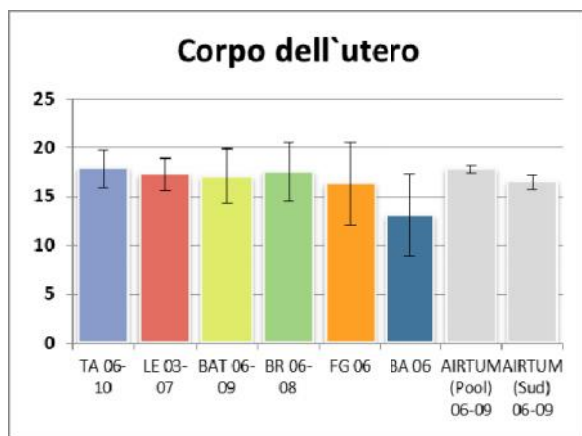
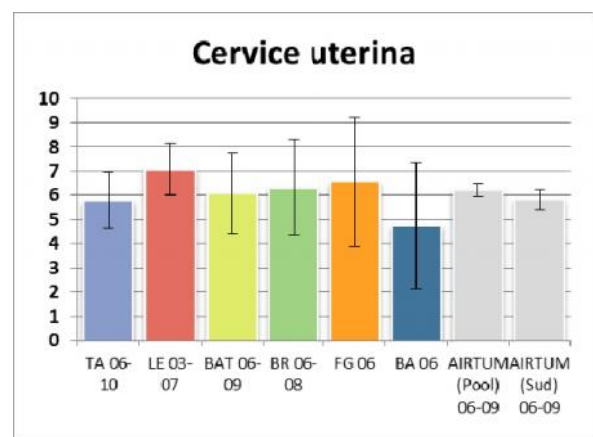
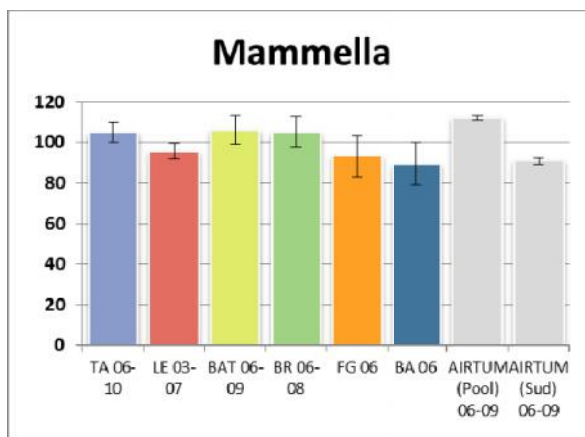
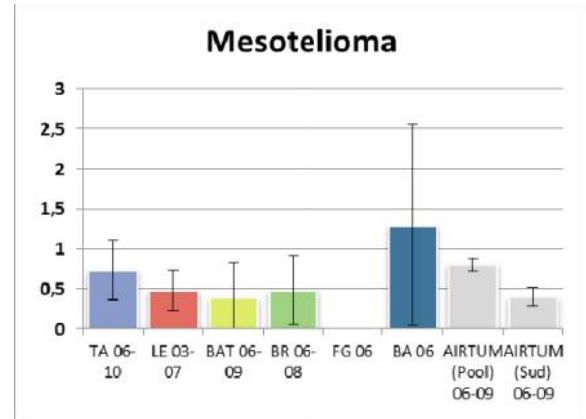
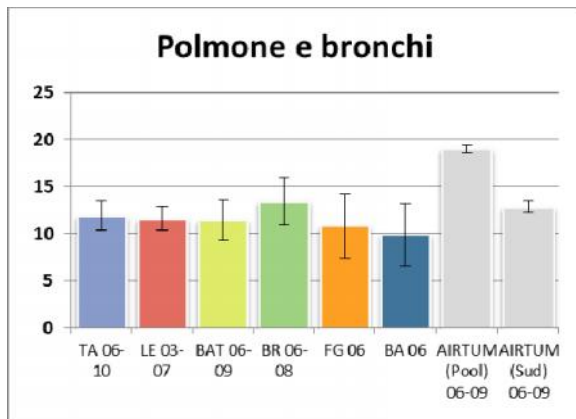


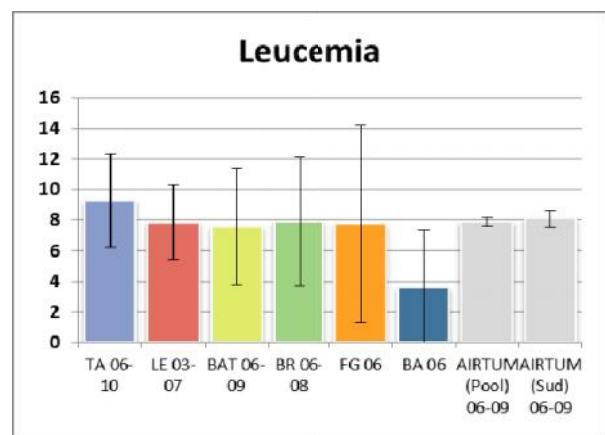
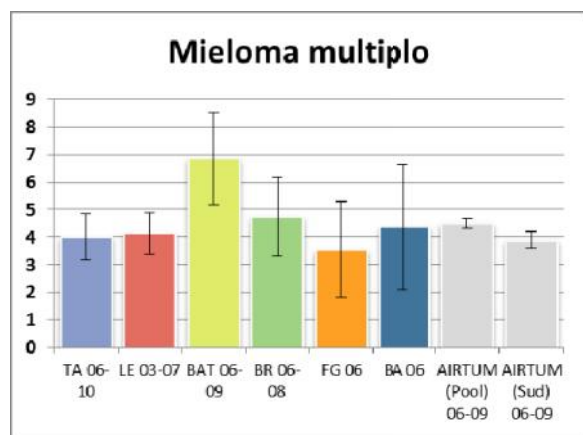
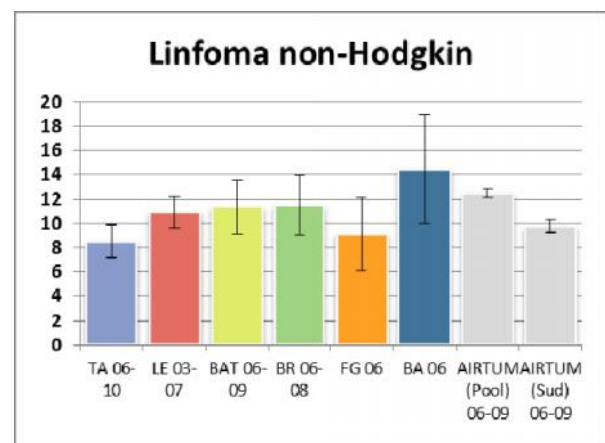
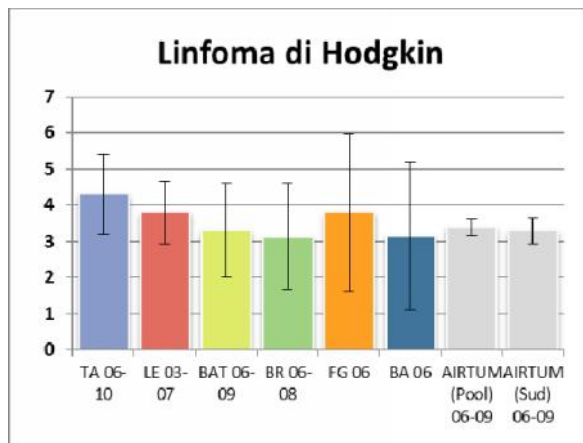
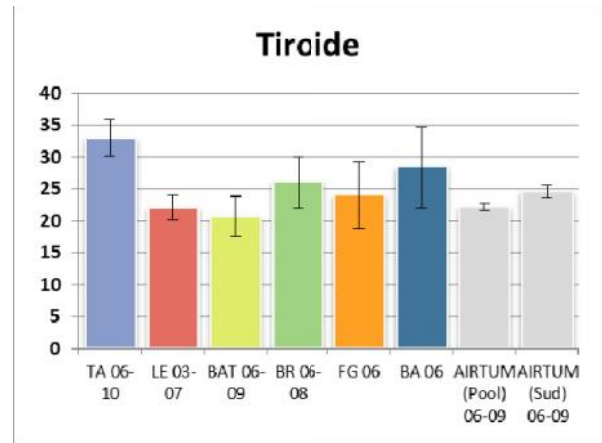
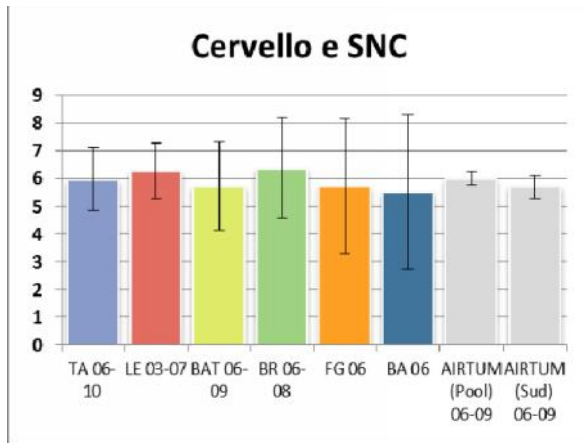




SEZIONE 2 – Tumori femminili







ASL BARI

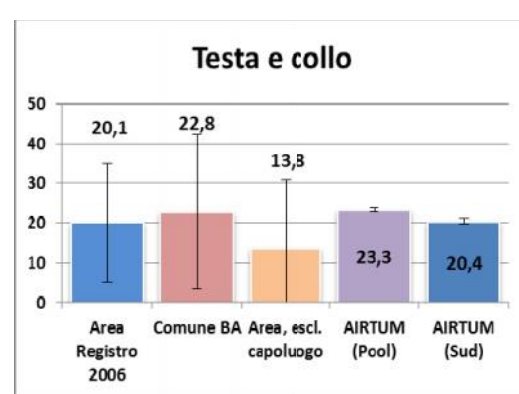
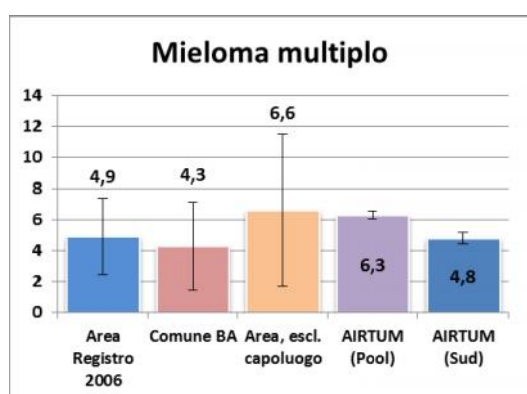
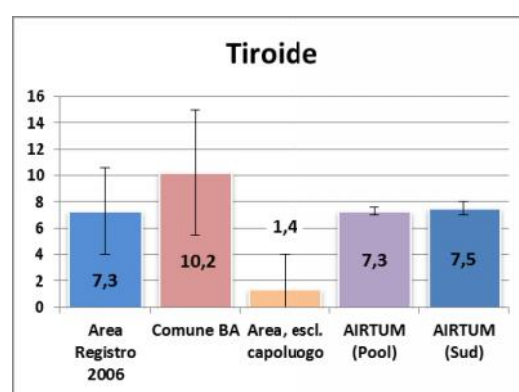
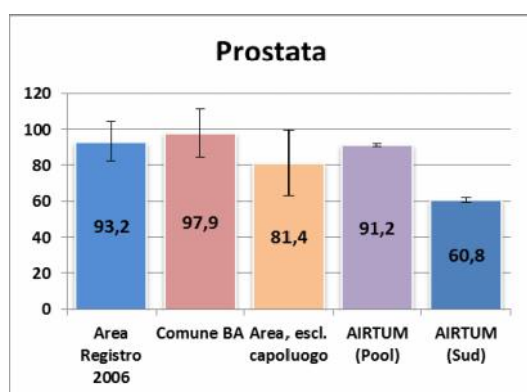
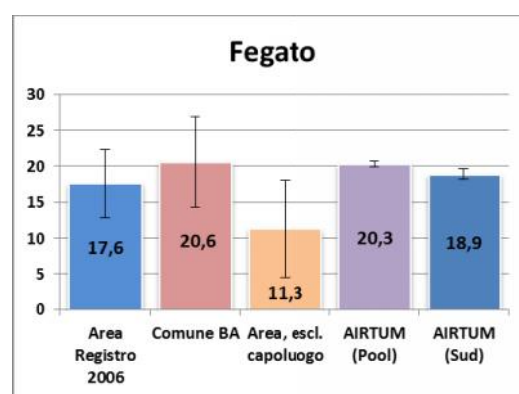
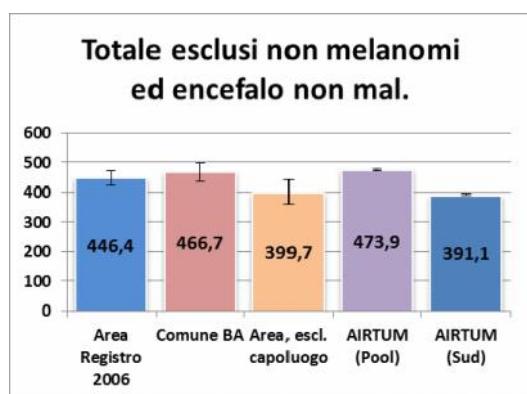
TABELLA 1. Incidenza nel 2006. Numero casi, tasso grezzo (TG, per 100.000 residenti), tasso standardizzato diretto pop. Europea (TSD), errore standard (ES) del TSD per genere e per tipo di neoplasia, percentuale dei casi con diagnosi da solo certificato di decesso (DCO), percentuale diagnosi con verifica microscopica (VM) per tipo di neoplasia.

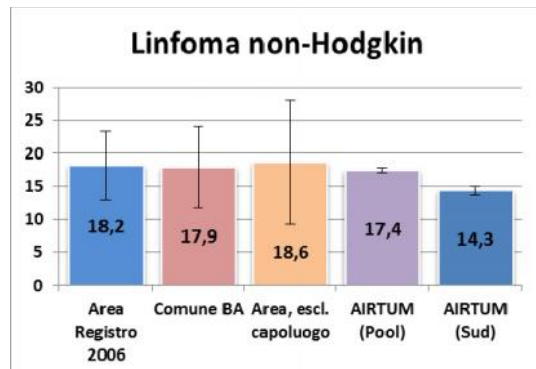
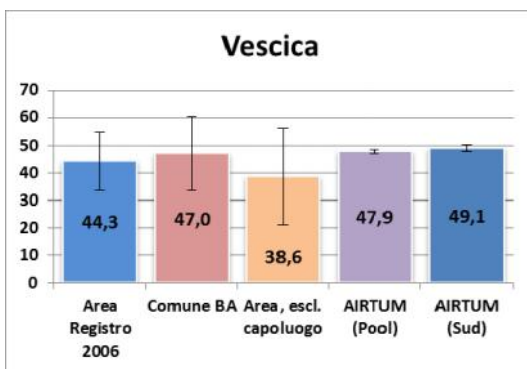
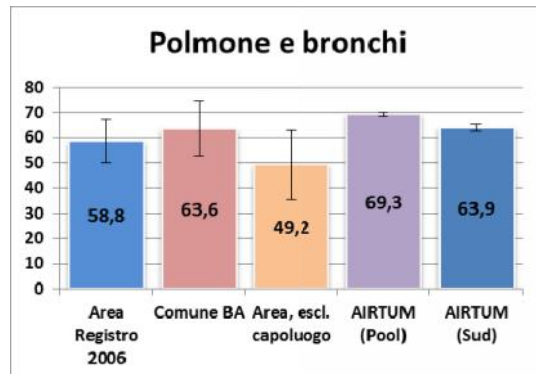
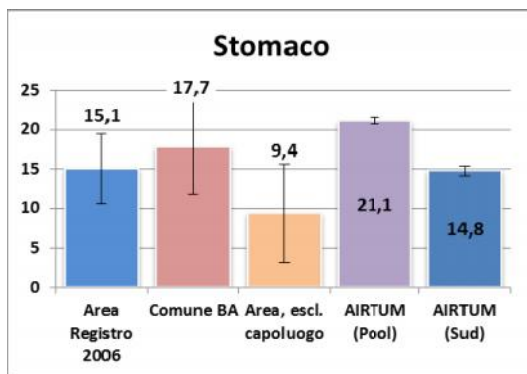
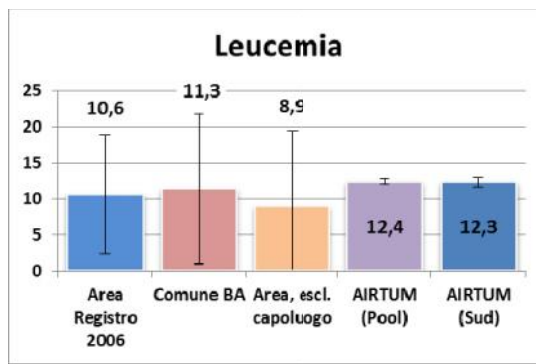
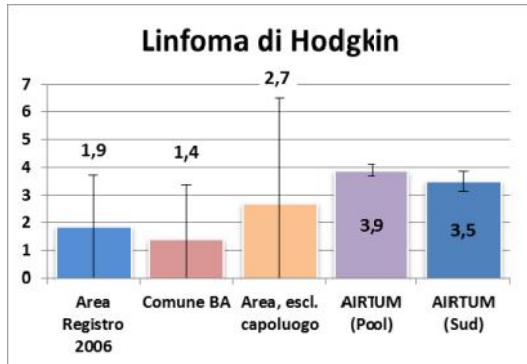
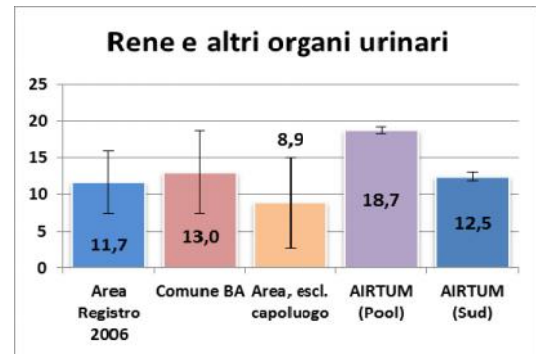
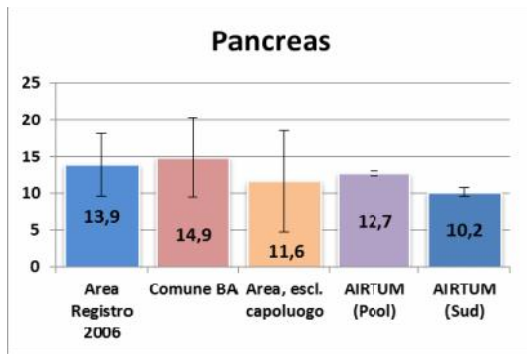
	MASCHI						FEMMINE					
	# casi	TG	TSD	ES	%DCO	%VM	# casi	TG	TSD	ES	%DCO	%VM
Labbro	2	0,86	0,61	0,43	0,0	50,0	1	0,40	0,13	0,13	0,0	100,0
Lingua	12	5,18	3,78	1,14	0,0	100,0	3	1,21	1,11	0,64	0,0	100,0
Bocca	8	3,45	2,81	1,01	0,0	100,0	2	0,81	0,43	0,31	0,0	100,0
Ghiandole salivari	3	1,29	0,90	0,52	0,0	100,0	1	0,40	0,24	0,24	0,0	100,0
Orofaringe	4	1,73	1,71	0,86	0,0	100,0	1	0,40	0,35	0,35	0,0	100,0
Rinofaringe	1	0,43	0,39	0,39	0,0	100,0	1	0,40	0,61	0,61	0,0	100,0
Ipfaringe	2	0,86	0,77	0,56	0,0	100,0	1	0,40	0,40	0,40	0,0	100,0
Faringe NAS	2	0,86	0,70	0,51	0,0	100,0	0	0,00	0,00	0,00	-	-
Esofago	3	1,29	1,02	0,59	0,0	66,7	3	1,21	1,01	0,59	0,0	66,7
Stomaco	46	19,84	15,05	2,26	2,2	91,3	25	10,11	6,29	1,34	0,0	92,0
Intestino tenue	5	2,16	1,87	0,85	0,0	100,0	2	0,81	0,48	0,35	0,0	100,0
Colon	109	47,01	36,09	3,52	1,8	94,5	106	42,89	28,89	2,94	0,9	93,4
Retto	44	18,98	15,13	2,31	0,0	97,7	45	18,21	12,75	2,02	2,2	93,3
Fegato	55	23,72	17,63	2,42	5,5	34,5	36	14,57	8,35	1,45	0,0	36,1
Vie biliari	11	4,74	3,49	1,07	0,0	90,9	19	7,69	4,13	1,00	15,8	42,1
Pancreas	42	18,12	13,86	2,17	2,4	45,2	30	12,14	7,03	1,36	6,7	50,0
Cavità nasale	3	1,29	0,96	0,57	0,0	100,0	1	0,40	0,36	0,36	0,0	100,0
Laringe	22	9,49	7,47	1,62	4,5	95,5	0	0,00	0,00	0,00	-	-
Polmone	185	79,79	58,82	4,41	4,3	78,9	36	14,57	9,90	1,71	2,8	86,1
Altri organi toracici	6	2,59	1,73	0,71	0,0	66,7	3	1,21	0,51	0,30	0,0	33,3
Osso	2	0,86	0,75	0,53	0,0	100,0	3	1,21	1,19	0,75	0,0	100,0
Pelle, melanomi	40	17,25	14,79	2,38	0,0	100,0	41	16,59	14,51	2,32	0,0	100,0
Pelle, non melanomi (a)	330	142,33	109,21	6,14	0,0	98,8	265	107,22	75,45	4,87	0,0	99,6
Mesotelioma	6	2,59	2,39	0,99	0,0	100,0	5	2,02	1,30	0,64	0,0	100,0
Sarcoma di Kaposi	9	3,88	3,13	1,06	0,0	88,9	5	2,02	1,22	0,57	20,0	80,0
Tessuti molli	8	3,45	2,89	1,04	0,0	87,5	6	2,43	1,64	0,69	0,0	100,0
Mammella	6	2,59	2,02	0,84	0,0	100,0	288	116,52	89,60	5,48	1,4	96,9
Utero, collo							13	5,26	4,74	1,33	0,0	100,0
Utero, corpo							41	16,59	13,14	2,13	0,0	100,0
Utero NAS							14	5,66	4,08	1,15	21,4	71,4
Ovaio							22	8,90	6,58	1,46	0,0	95,5
Altri genitali femminili							11	4,45	3,07	0,98	9,1	81,8
Pene	3	1,29	0,91	0,53	0,0	100,0						
Prostata	292	125,94	93,23	5,56	2,1	94,9						
Testicolo	16	6,90	6,74	1,70	0,0	100,0						
Altri genitali maschili	0	0,00	0,00	0,00	-	-						
Rene, vie urinarie	31	13,37	11,66	2,18	0,0	90,3	11	4,45	3,33	1,05	9,1	81,8
Vescica, maligni	70	30,19	22,13	2,69	2,9	94,3	19	7,69	4,16	1,02	5,3	89,5
Vescica, non maligni	69	29,76	22,14	2,71	0,0	97,1	11	4,45	3,13	0,98	0,0	100,0
Occhio	1	0,43	0,39	0,39	0,0	100,0	1	0,40	0,40	0,40	0,0	0,0
Encefalo e SNC, maligni	20	8,63	7,95	1,83	0,0	65,0	18	7,28	5,52	1,43	5,6	72,2
Encefalo e SNC, non maligni (b)	47	20,27	15,50	2,30	0,0	95,7	11	4,45	3,87	1,34	0,0	81,8
Tiroide	19	8,19	7,28	1,68	0,0	100,0	80	32,37	28,44	3,24	0,0	97,5
Altre ghiandole endocrine	2	0,86	0,61	0,44	0,0	50,0	3	1,21	0,76	0,49	0,0	66,7
Linfoma di Hodgkin	4	1,73	1,86	0,94	0,0	100,0	10	4,05	3,15	1,04	0,0	100,0
Linfoma non Hodgkin	51	22,00	18,21	2,63	3,9	94,1	47	19,02	14,46	2,29	2,1	95,7
Mieloma	16	6,90	4,90	1,25	0,0	87,5	15	6,07	4,37	1,17	0,0	100,0
Leucemia linfatica acuta	3	1,29	1,65	0,97	0,0	100,0	0	0,00	0,00	0,00	-	-
Leucemia linfatica cronica	7	3,02	2,07	0,80	0,0	100,0	4	1,62	0,82	0,41	0,0	75,0
Leucemia mieloide acuta	15	6,47	5,02	1,35	0,0	100,0	6	2,43	1,43	0,61	0,0	100,0
Leucemia mieloide cronica	2	0,86	0,69	0,49	0,0	100,0	2	0,81	0,74	0,52	0,0	100,0
Altre MMPC e SMDC	10	4,31	3,43	1,10	0,0	100,0	17	6,88	4,61	1,25	17,6	82,4
Leucemie NAS	4	1,73	1,16	0,60	25,0	25,0	3	1,21	0,62	0,36	33,3	33,3
Miscellanea	1	0,43	0,38	0,38	0,0	100,0	1	0,40	0,35	0,35	0,0	100,0
Mal definite e metastasi	67	28,90	23,24	2,93	9,0	79,1	63	25,49	17,01	2,27	7,9	71,4
Totale	1386	740,13	461,94	14,10	1,9	89,7	1352	547,01	322,26	11,37	2,2	90,5
Totale - (a)	1386	597,80	461,94	12,69	2,4	87,5	1087	439,79	321,18	10,27	2,8	88,3
Totale - (a+b)	1339	577,53	448,15	12,48	2,5	87,2	1076	435,34	318,39	10,19	2,8	88,4

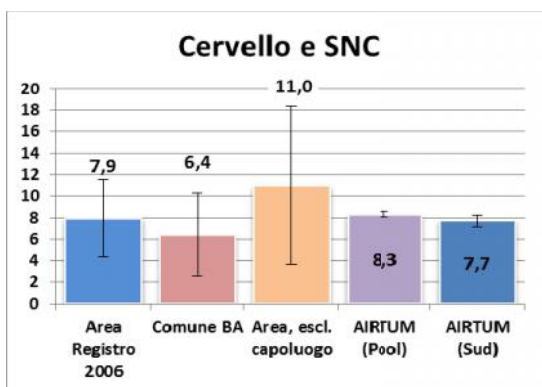
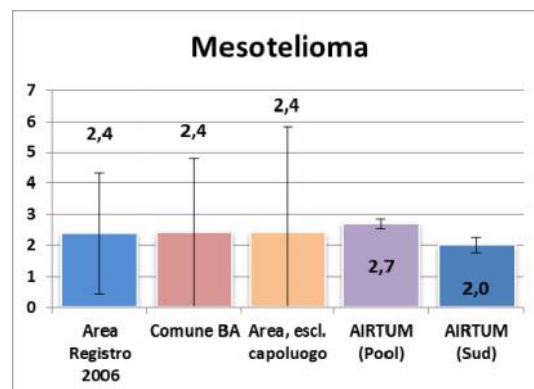
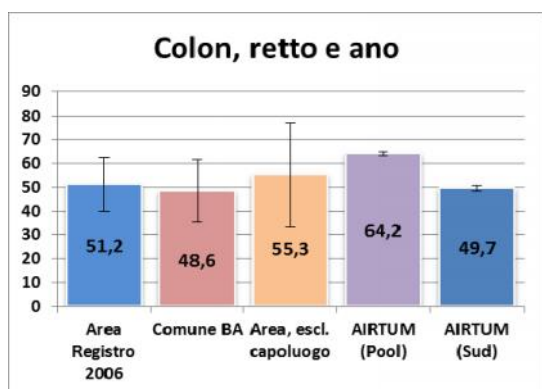
Incidenza. Tasso standardizzato diretto pop. Europea (per 100.000 residenti) per genere e per tipo di neoplasia. Confronto tra i dati 2006 dell'Area coperta dal Registro (Bari, Bitetto, Bitritto, Conversano, Modugno, Mola di Bari, Polignano a Mare, Rutigliano), il capoluogo di provincia, i restanti comuni (escluso il capoluogo) e i dati del Pool AIRTUM 2006-2009 e i dati dei registri tumori AIRTUM 2006-2009 del Sud e Isole.

(FONTE: AIRTUM. ITACAN: TUMORI IN ITALIA, VERSIONE 2.0. ASSOCIAZIONE ITALIANA DEI REGISTRI TUMORI [HTTP://WWW.REGISTRI-TUMORI.IT](http://www.registri-tumori.it))

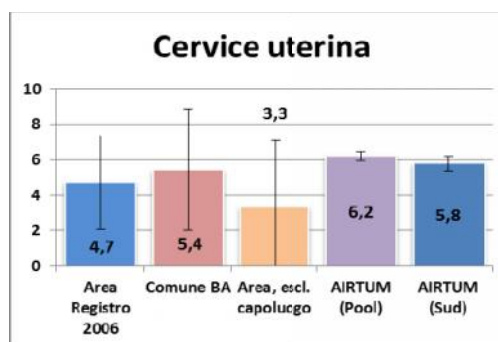
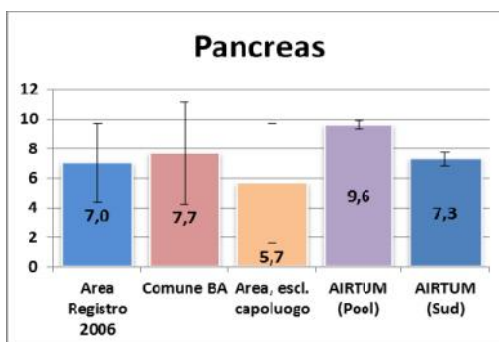
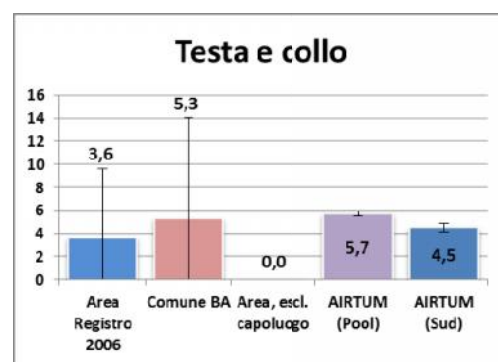
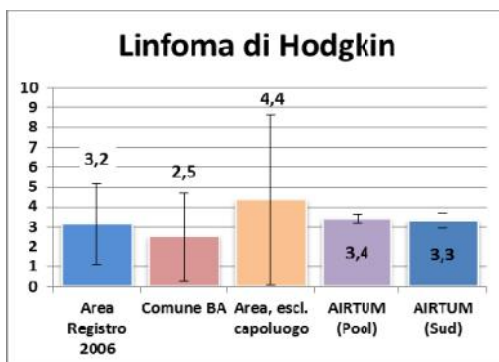
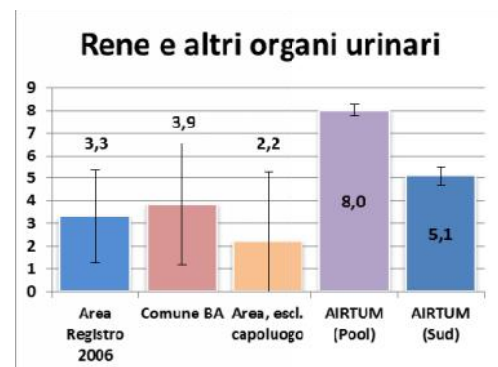
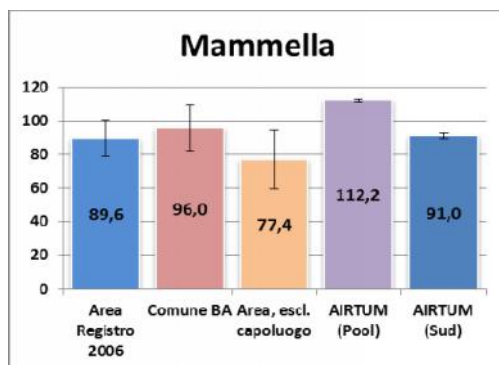
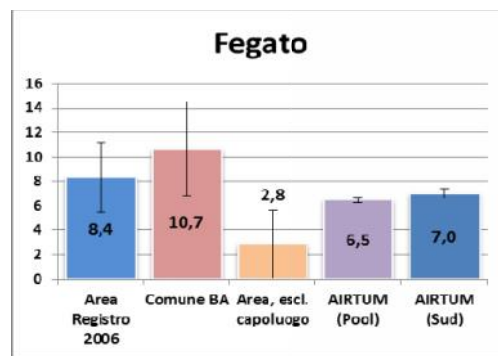
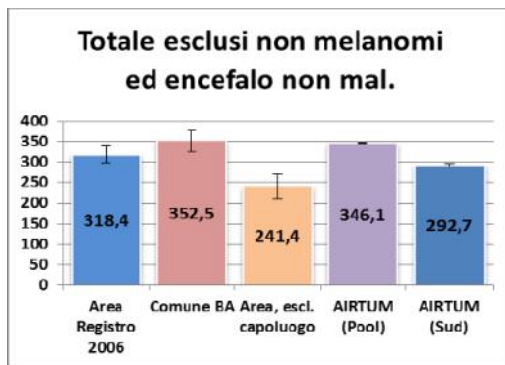
SEZIONE 1 – ASL BA. Tumori maschili

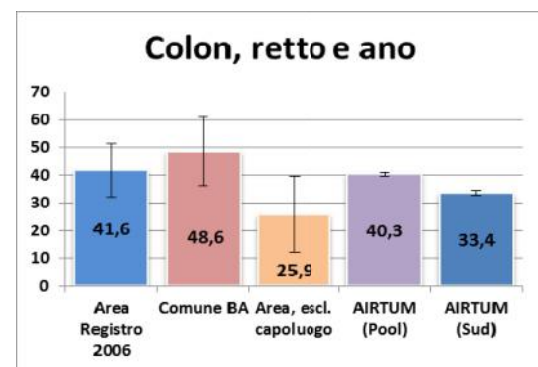
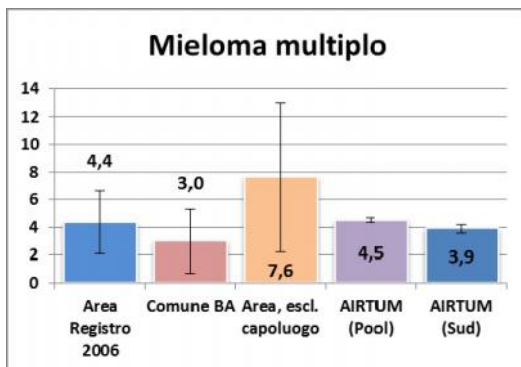
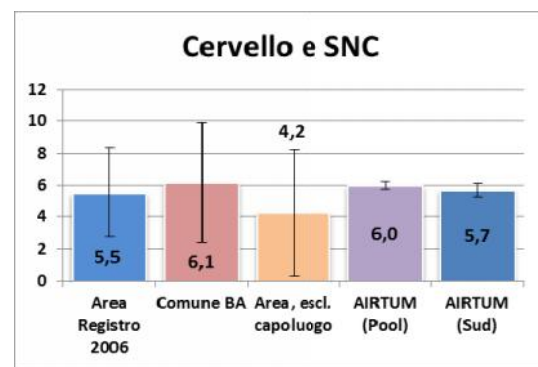
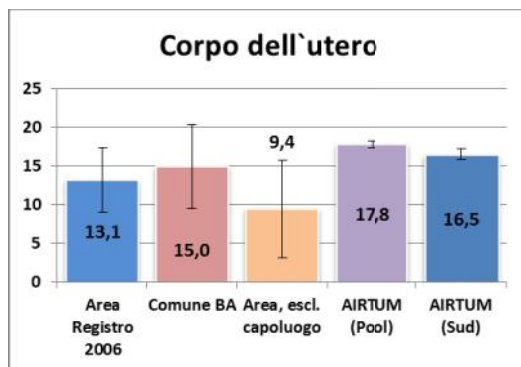
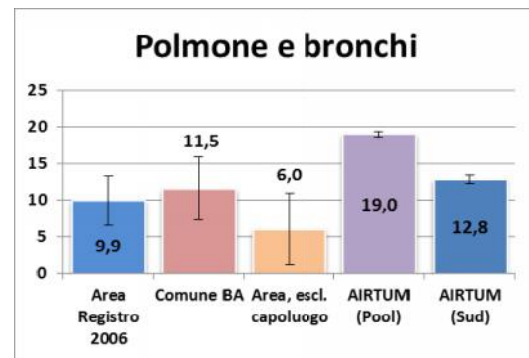
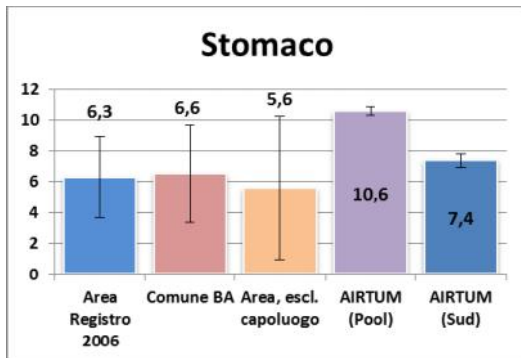
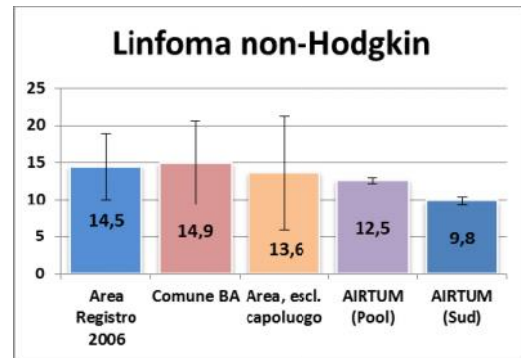
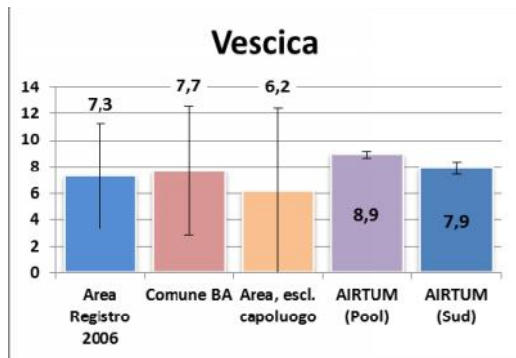


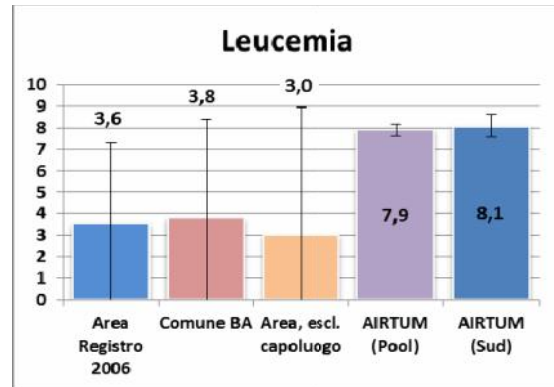
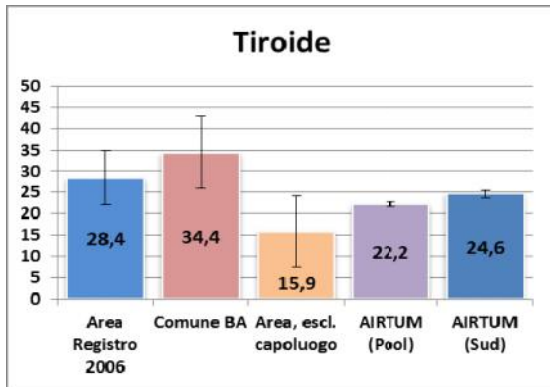
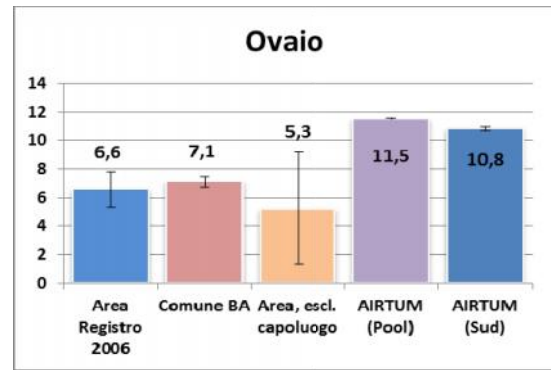
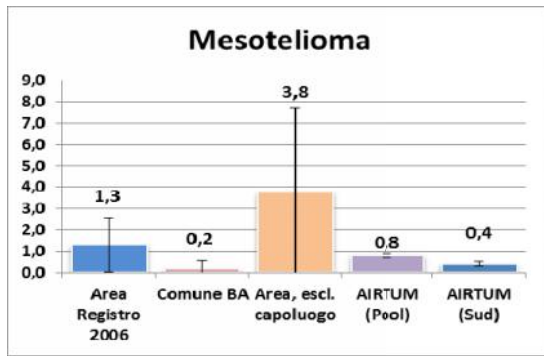




SEZIONE 2 – ASL BA. Tumori femminili







ASL BARLETTA-ANDRIA-TRANI

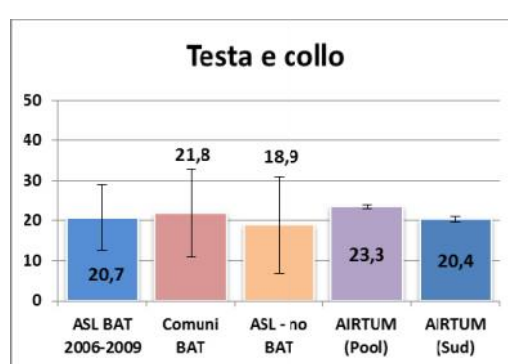
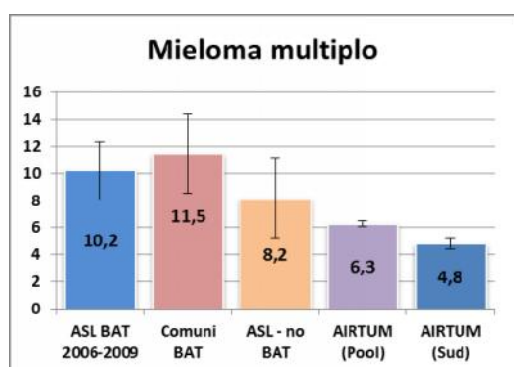
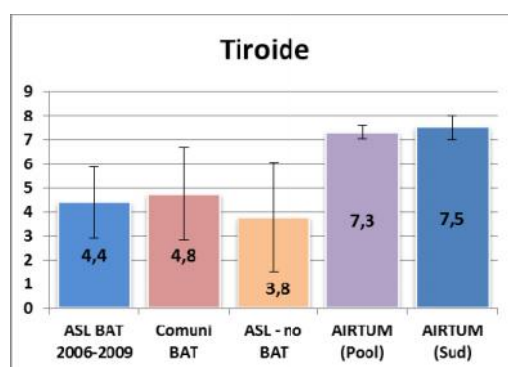
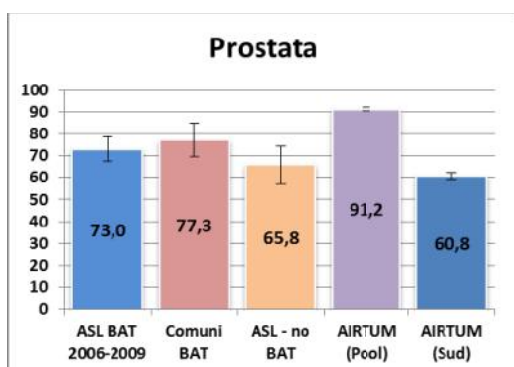
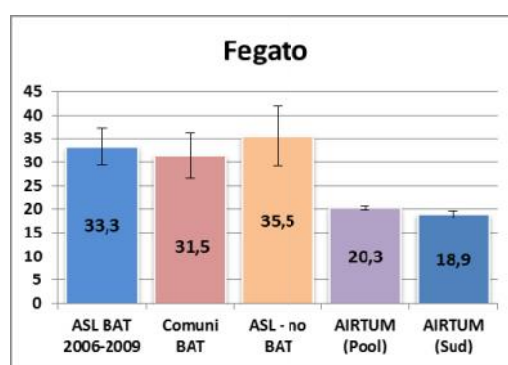
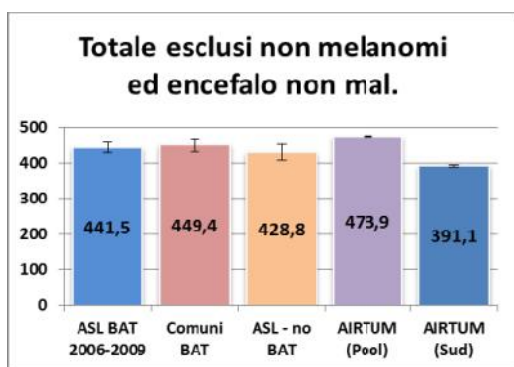
TABELLA 1. Incidenza nel 2006-2009. Numero casi, tasso grezzo (TG, per 100.000 residenti), tasso standardizzato diretto pop. Europea (TSD), errore standard (ES) del TSD per genere e per tipo di neoplasia, percentuale dei casi con diagnosi da solo certificato di decesso (DCO), percentuale diagnosi con verifica microscopica (VM) per tipo di neoplasia.

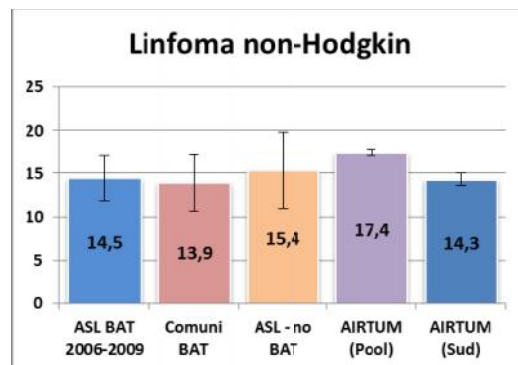
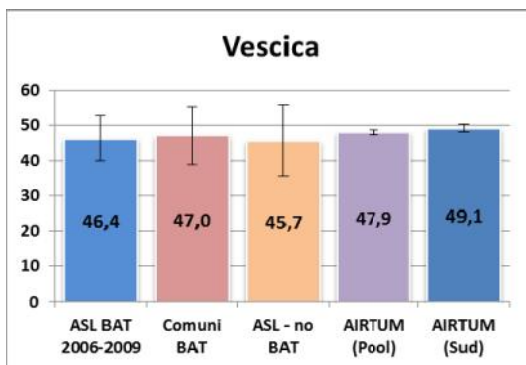
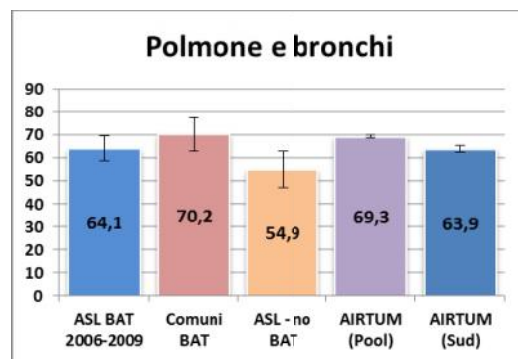
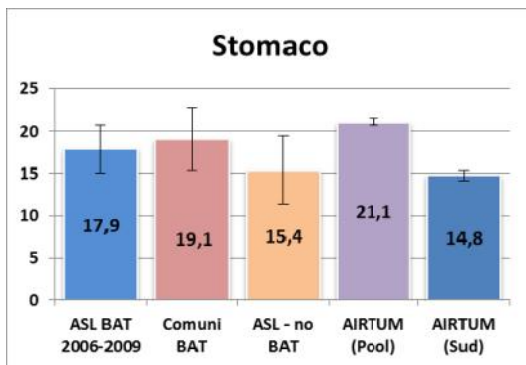
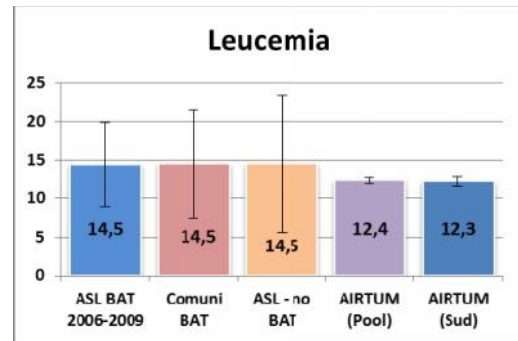
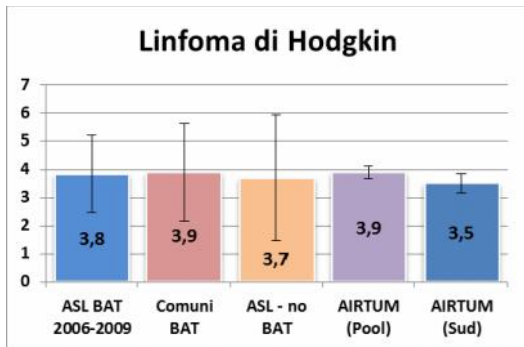
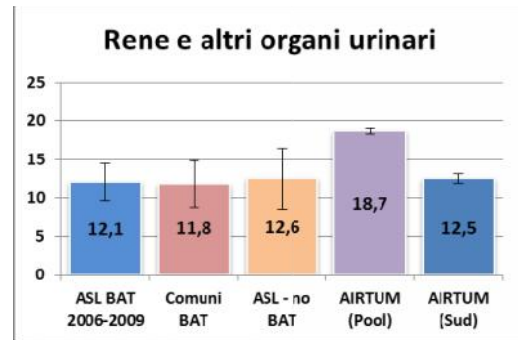
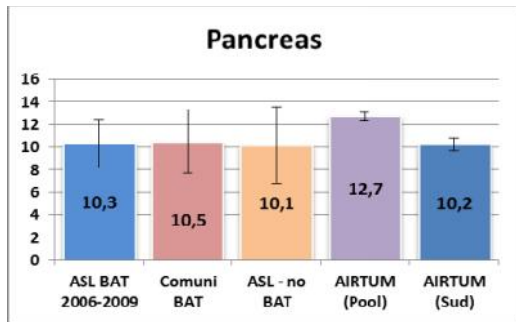
	# casi	TG	TSD	ES	%DCO	%VM	# casi	TG	TSD	ES	%DCO	%VM
Labbro	32	4,17	3,42	0,62	0,0	93,8	2	0,25	0,18	0,13	0,0	100,0
Lingua	16	2,09	1,97	0,49	0,0	100,0	11	1,40	1,21	0,37	0,0	100,0
Bocca	17	2,22	2,07	0,51	0,0	100,0	4	0,51	0,35	0,18	0,0	75,0
Ghiandole salivari	5	0,65	0,62	0,28	0,0	100,0	4	0,51	0,45	0,23	0,0	75,0
Orofaringe	8	1,04	1,05	0,38	0,0	100,0	1	0,13	0,13	0,13	0,0	100,0
Rinofaringe	13	1,69	1,58	0,45	0,0	100,0	4	0,51	0,43	0,22	0,0	100,0
Ipofaringe	4	0,52	0,46	0,23	0,0	100,0	1	0,13	0,11	0,11	0,0	100,0
Faringe NAS	0	0,00	0,00	0,00	-	-	0	0,00	0,00	0,00	-	-
Esofago	9	1,17	1,17	0,39	0,0	100,0	3	0,38	0,35	0,22	0,0	100,0
Stomaco	160	20,85	17,88	1,44	0,6	91,3	108	13,75	10,30	1,04	1,9	92,6
Intestino tenue	5	0,65	0,53	0,24	0,0	100,0	5	0,64	0,43	0,20	20,0	60,0
Colon	291	37,93	32,33	1,93	0,7	92,8	298	37,95	27,60	1,68	1,3	93,6
Retto	156	20,33	18,06	1,47	0,0	96,8	106	13,50	9,79	1,00	0,9	91,5
Fegato	297	38,71	33,28	1,96	3,7	29,0	165	21,01	13,17	1,08	10,9	16,4
Vie biliari	43	5,60	4,68	0,73	4,7	53,5	57	7,26	4,86	0,68	1,8	42,1
Pancreas	91	11,86	10,31	1,10	1,1	51,6	75	9,55	6,06	0,74	4,0	28,0
Cavità nasale	5	0,65	0,56	0,25	0,0	100,0	1	0,13	0,11	0,11	0,0	100,0
Laringe	75	9,78	8,98	1,05	0,0	97,3	3	0,38	0,29	0,17	0,0	100,0
Polmone	584	76,12	64,14	2,71	2,7	64,7	117	14,90	11,40	1,10	3,4	64,1
Altri organi toracici	8	1,04	0,92	0,33	0,0	62,5	2	0,25	0,20	0,16	0,0	100,0
Osso	6	0,78	0,72	0,30	16,7	66,7	3	0,38	0,33	0,19	0,0	66,7
Pelle, melanomi	94	12,25	11,42	1,19	0,0	97,9	79	10,06	9,07	1,05	0,0	100,0
Pelle, non melanomi (a)	1073	139,86	120,70	3,75	0,2	96,8	633	80,60	62,82	2,60	0,0	96,1
Mesotelioma	9	1,17	1,03	0,35	0,0	100,0	3	0,38	0,39	0,22	0,0	100,0
Sarcoma di Kaposi	21	2,74	2,42	0,54	0,0	100,0	9	1,15	0,80	0,28	0,0	100,0
Tessuti molli	28	3,65	3,46	0,66	0,0	100,0	14	1,78	1,82	0,50	0,0	92,9
Mammella	12	1,56	1,36	0,40	0,0	100,0	951	121,10	106,32	3,54	0,5	97,3
Utero, collo							54	6,88	6,07	0,85	0,0	96,3
Utero, corpo							154	19,61	17,12	1,42	0,0	98,7
Utero NAS							8	1,02	0,72	0,27	12,5	50,0
Ovaio							115	14,64	12,67	1,22	0,9	89,6
Altri genitali femminili							40	5,09	3,57	0,59	0,0	97,5
Pene	13	1,69	1,50	0,42	0,0	100,0						
Prostata	658	85,76	72,95	2,89	1,7	90,7						
Testicolo	44	5,74	5,42	0,82	0,0	97,7						
Altri genitali maschili	1	0,13	0,09	0,09	0,0	100,0						
Rene, vie urinarie	103	13,43	12,13	1,22	1,0	83,5	64	8,15	6,49	0,85	1,6	85,9
Vescica, maligni	279	36,37	30,21	1,84	0,4	91,8	40	5,09	3,18	0,53	2,5	82,5
Vescica, non maligni	142	18,51	16,16	1,38	0,0	95,1	28	3,57	2,57	0,50	3,6	89,3
Occhio	6	0,78	0,84	0,35	0,0	66,7	3	0,38	0,42	0,25	0,0	66,7
Encefalo e SNC, maligni	77	10,04	8,94	1,03	3,9	66,2	54	6,88	5,73	0,81	0,0	61,1
Encefalo e SNC, non maligni (b)	88	11,47	10,54	1,14	2,3	55,7	107	13,62	12,08	1,22	0,0	55,1
Tiroide	35	4,56	4,40	0,75	0,0	100,0	171	21,77	20,75	1,60	0,0	98,2
Altre ghiandole endocrine	4	0,52	0,54	0,28	0,0	50,0	14	1,78	1,82	0,51	0,0	78,6
Linfoma di Hodgkin	31	4,04	3,84	0,70	0,0	100,0	25	3,18	3,30	0,66	0,0	100,0
Linfoma non Hodgkin	120	15,64	14,45	1,34	0,0	97,5	108	13,75	11,38	1,13	0,9	95,4
Mieloma	89	11,60	10,18	1,09	4,5	92,1	71	9,04	6,86	0,86	0,0	95,8
Leucemia linfatica acuta	11	1,43	1,56	0,48	0,0	100,0	7	0,89	1,00	0,40	0,0	100,0
Leucemia linfatica cronica	48	6,26	5,60	0,82	0,0	100,0	23	2,93	1,92	0,42	0,0	100,0
Leucemia mieloide acuta	29	3,78	3,47	0,65	0,0	100,0	31	3,95	3,06	0,59	0,0	90,3
Leucemia mieloide cronica	29	3,78	3,35	0,63	3,4	96,6	12	1,53	1,25	0,38	0,0	100,0
Altre MMPC e SMDC	132	17,21	14,58	1,30	1,5	97,0	129	16,43	12,44	1,15	0,0	98,4
Leucemie NAS	5	0,65	0,49	0,22	0,0	20,0	6	0,76	0,35	0,14	16,7	0,0
Miscellanea	0	0,00	0,00	0,00	-	-	5	0,64	0,53	0,25	0,0	100,0
Mal definite e metastasi	59	7,69	6,35	0,85	6,8	45,8	73	9,30	6,21	0,78	9,6	42,5
Totale	5065	660,18	572,70	8,19	1,3	84,3	4001	509,47	410,45	6,77	1,3	86,6
Totale - (a)	3992	520,32	452,01	7,28	1,6	80,9	3368	428,86	347,63	6,25	1,6	84,8
Totale - (a+b)	3904	508,85	441,47	7,19	1,6	81,5	3261	415,24	335,55	6,13	1,6	85,8

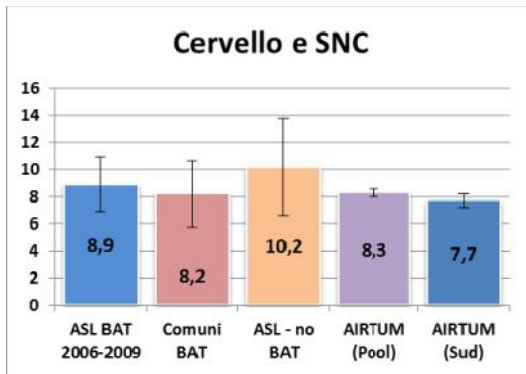
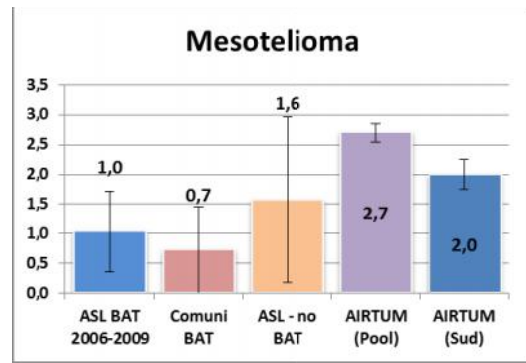
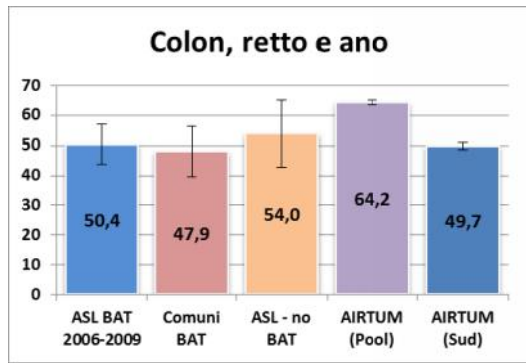
Incidenza. Tasso standardizzato diretto pop. Europea (per 100.000 residenti) per genere e per tipo di neoplasia. Confronto tra i dati 2006-2009 per l'ASL BAT, le città di Barletta-Andria-Trani, il resto della provincia e i dati del Pool AIRTUM 2006-2009 e i dati dei registri tumori AIRTUM 2006-2009 del Sud e Isole.

(FONTE: AIRTUM. ITACAN: TUMORI IN ITALIA, VERSIONE 2.0. ASSOCIAZIONE ITALIANA DEI REGISTRI TUMORI [HTTP://WWW.REGISTRI-TUMORI.IT](http://www.registri-tumori.it))

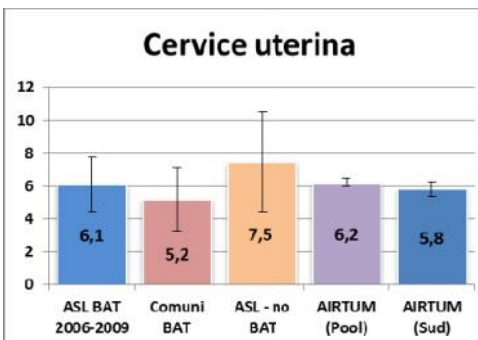
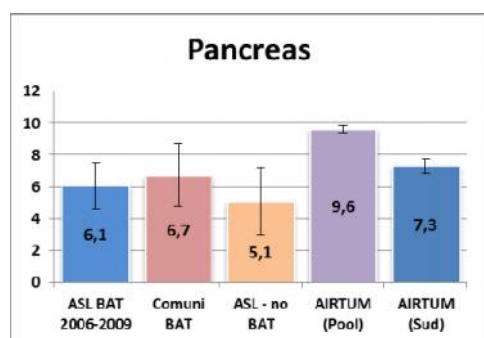
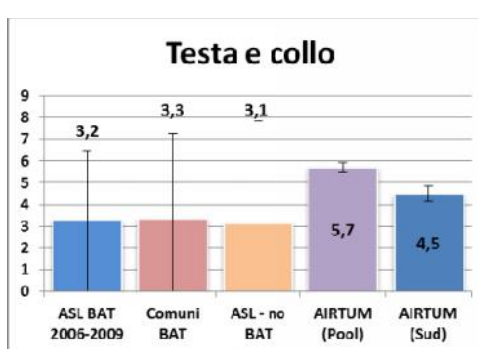
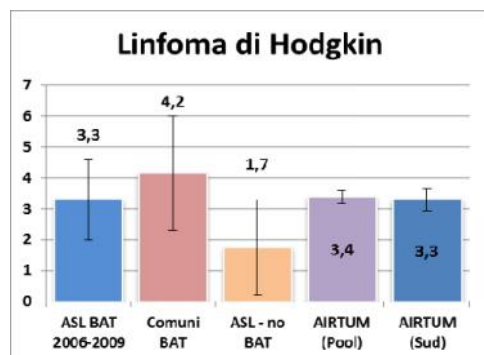
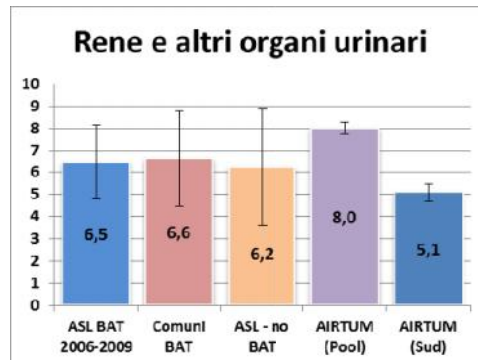
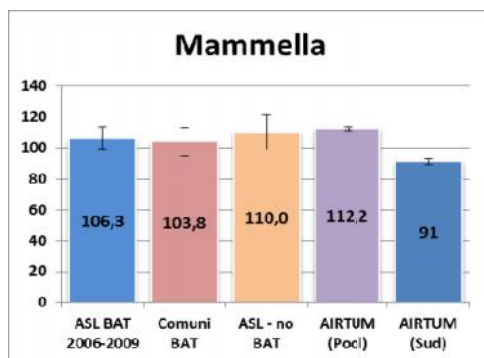
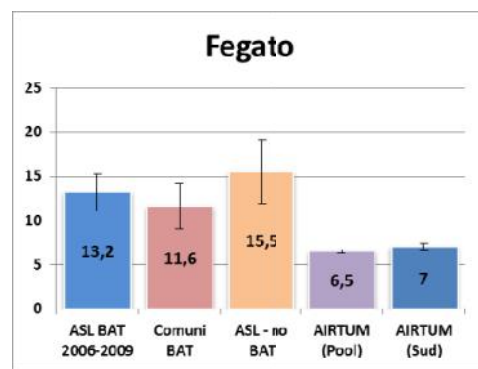
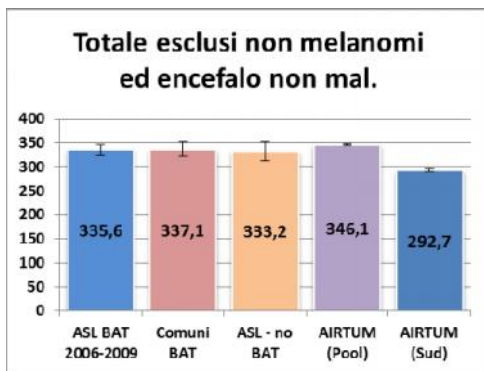
SEZIONE 1 – ASL BAT. Tumori maschili

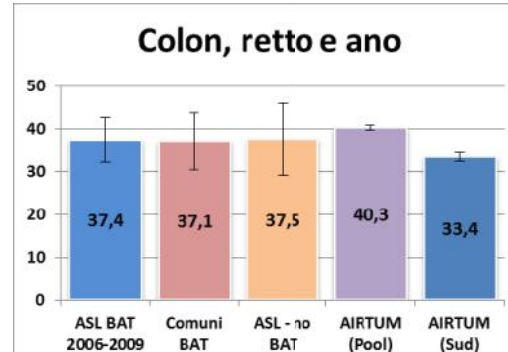
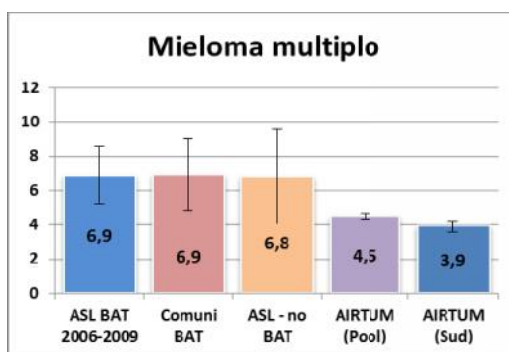
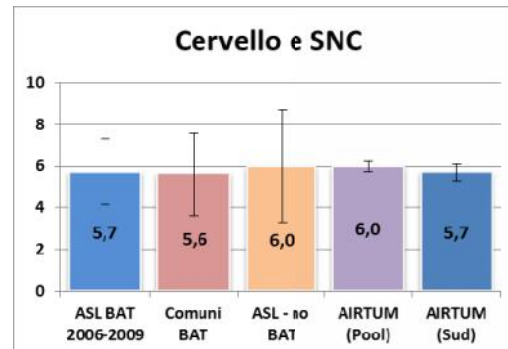
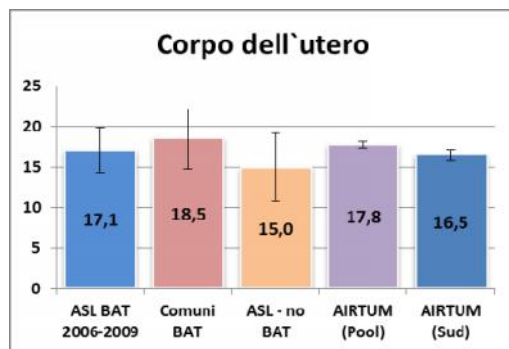
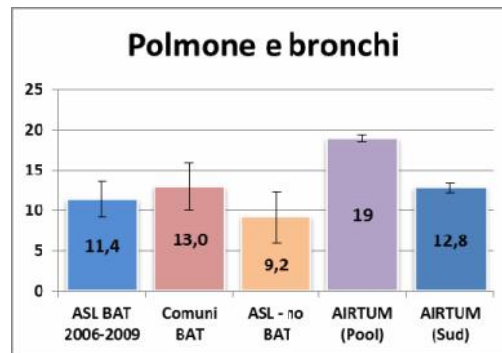
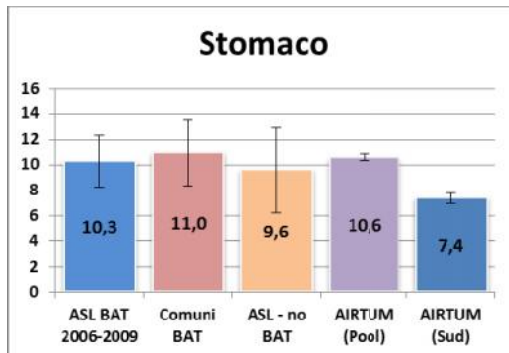
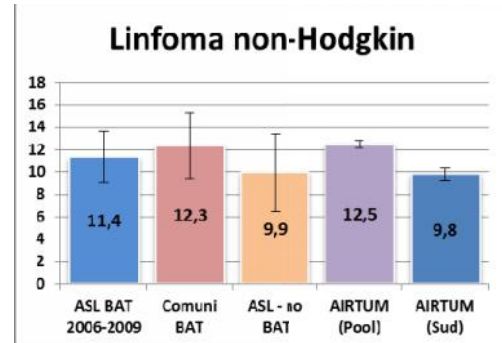
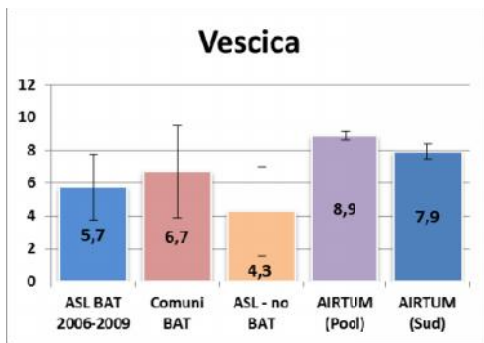


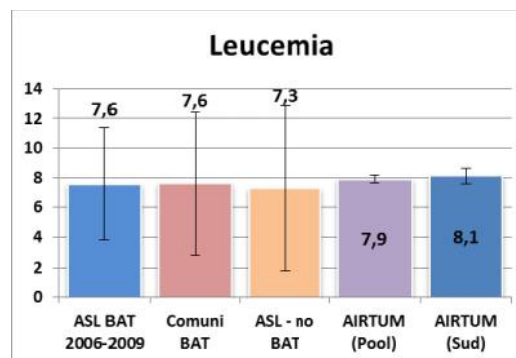
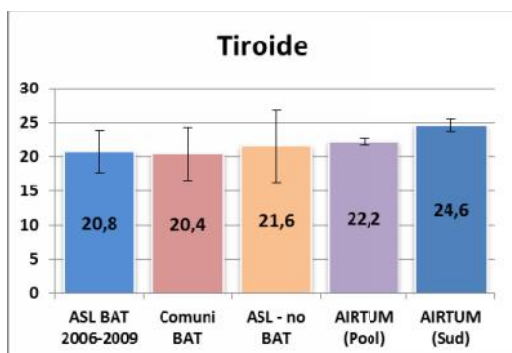
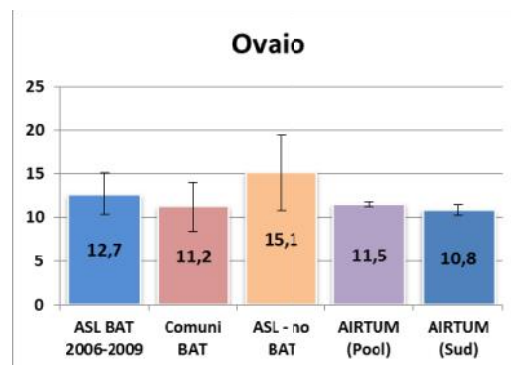
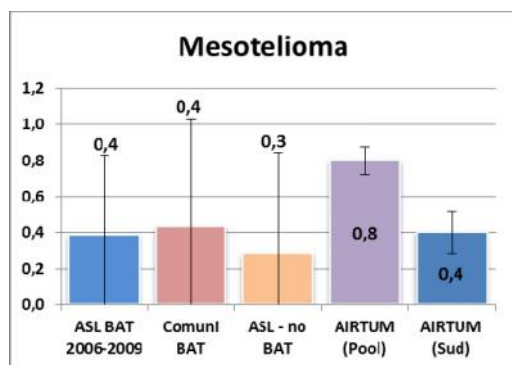




SEZIONE 2 – ASL BAT. Tumori femminili







ASL BRINDISI

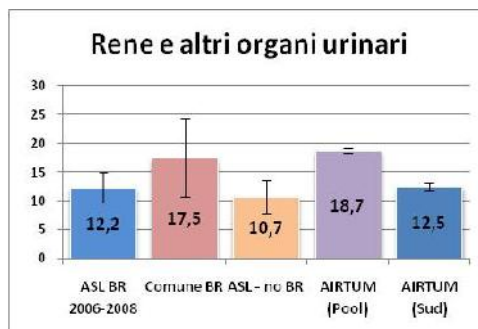
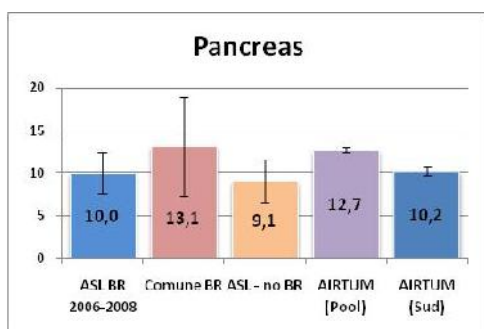
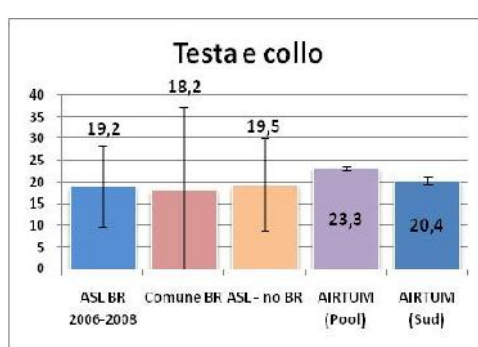
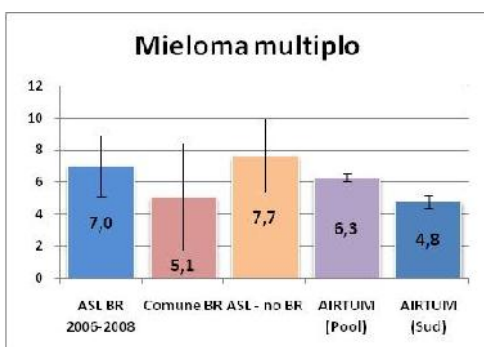
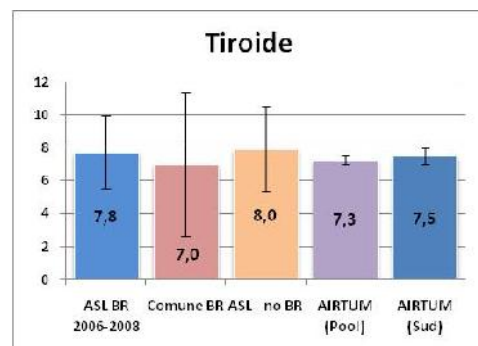
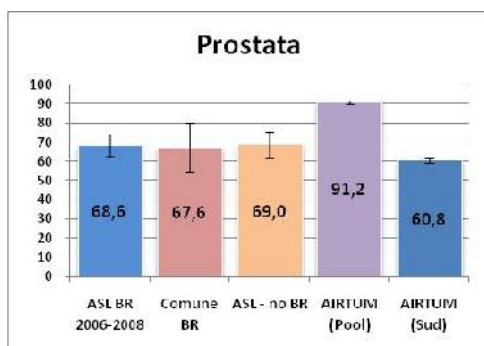
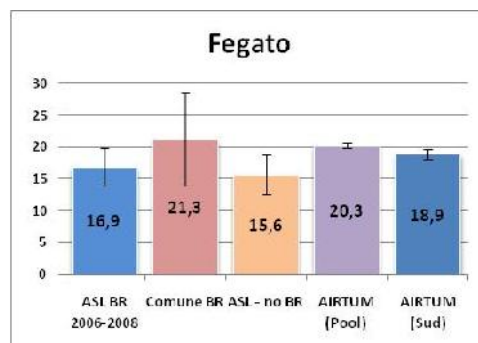
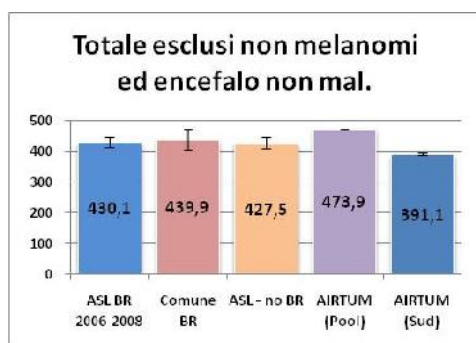
TABELLA 1. Incidenza nel 2006-2008. Numero casi, tasso grezzo (TG, per 100.000 residenti), tasso standardizzato diretto pop. Europea (TSD), errore standard (ES) del TSD per genere e per tipo di neoplasia, percentuale dei casi con diagnosi da solo certificato di decesso (DCO), percentuale diagnosi con verifica microscopica (VM) per tipo di neoplasia.

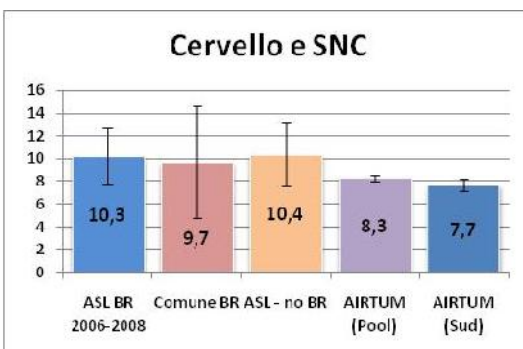
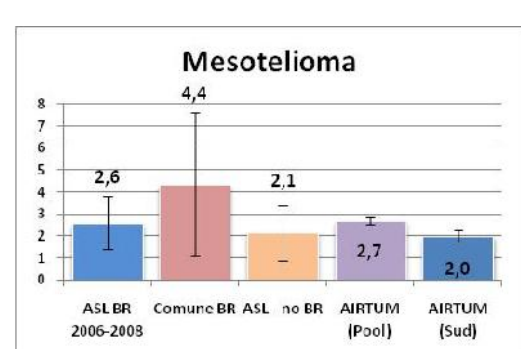
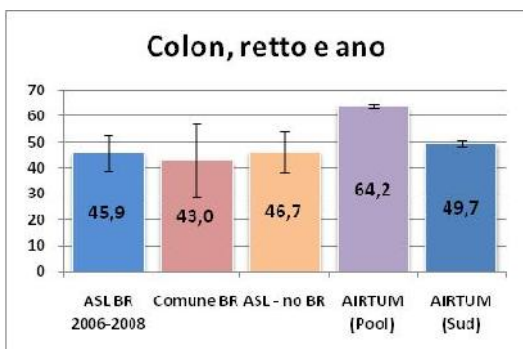
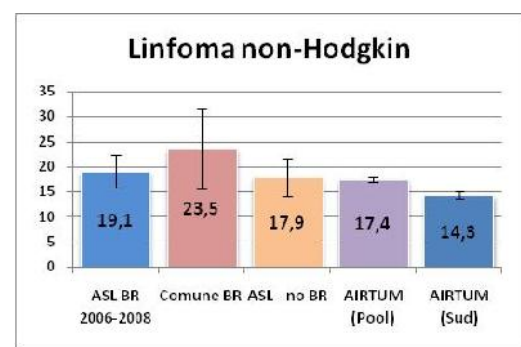
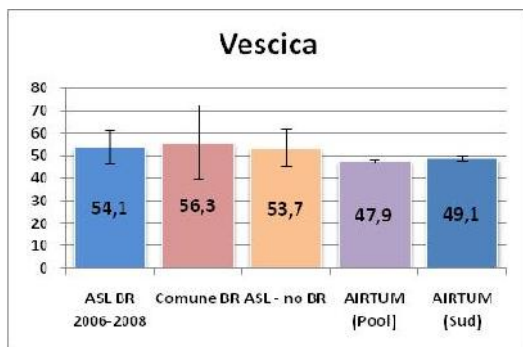
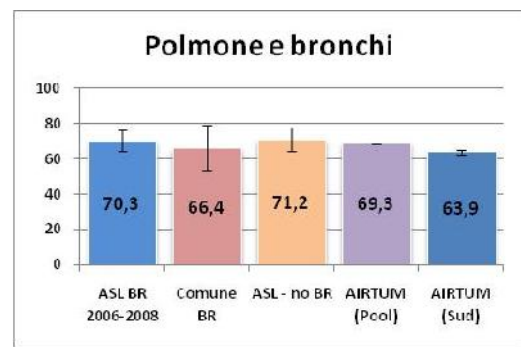
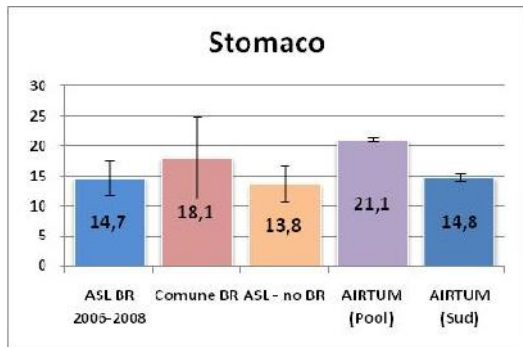
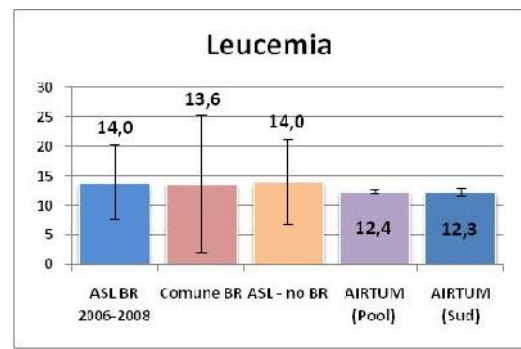
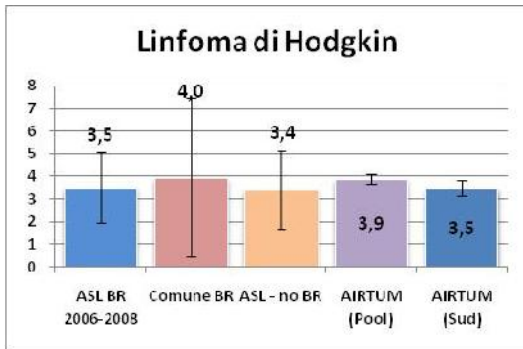
	MASCHI						FEMMINE					
	# casi	TG	TSD	ES	%DCO	%VM	# casi	TG	TSD	ES	%DCO	%VM
Labbro	4	0,70	0,53	0,27	0,0	100,0	1	0,16	0,10	0,10	0,0	50,0
Lingua	17	2,98	2,37	0,59	0,0	95,0	2	0,32	0,30	0,22	0,0	100,0
Bocca	24	4,21	3,33	0,70	3,8	84,6	8	1,30	0,92	0,35	0,0	100,0
Ghiandole salivari	6	1,05	0,84	0,35	0,0	83,3	7	1,13	0,77	0,31	0,0	100,0
Orofaringe	7	1,23	1,18	0,45	0,0	100,0	3	0,49	0,44	0,26	0,0	100,0
Rinofaringe	10	1,75	1,57	0,50	0,0	100,0	6	0,97	0,81	0,35	0,0	100,0
Ipopfaringe	5	0,88	0,80	0,36	0,0	80,0	1	0,16	0,10	0,10	0,0	100,0
Faringe NAS	3	0,53	0,49	0,28	0,0	100,0	1	0,16	0,05	0,05	100,0	0,0
Esofago	15	2,63	1,89	0,50	6,7	66,7	6	0,97	0,60	0,28	16,7	83,3
Stomaco	113	19,82	14,73	1,43	4,3	87,1	73	11,82	7,59	0,96	6,7	86,7
Intestino tenue	12	2,10	1,67	0,49	8,3	91,7	6	0,97	0,46	0,20	33,3	50,0
Colon	220	38,59	28,53	1,98	0,4	96,6	233	37,73	22,76	1,63	2,4	89,2
Retto	134	23,50	17,35	1,55	0,7	98,0	111	17,97	12,03	1,23	1,8	90,4
Fegato	134	23,50	16,93	1,50	5,5	33,6	76	12,31	6,62	0,82	6,0	31,0
Vie biliari	45	7,89	5,78	0,88	2,2	62,2	63	10,20	5,78	0,80	7,4	61,8
Pancreas	73	12,80	9,98	1,20	4,1	58,1	67	10,85	5,88	0,77	14,3	45,7
Cavità nasale	3	0,53	0,39	0,23	0,0	100,0	3	0,49	0,34	0,20	0,0	100,0
Laringe	56	9,82	7,65	1,05	1,6	95,2	4	0,65	0,38	0,20	0,0	100,0
Polmone	540	94,71	70,27	3,10	3,8	69,1	125	20,24	13,45	1,29	3,0	66,4
Altri organi toracici	7	1,23	0,91	0,35	0,0	37,5	4	0,65	0,60	0,31	0,0	100,0
Osso	3	0,53	0,48	0,29	0,0	75,0	6	0,97	1,14	0,49	0,0	100,0
Pelle, melanomi	59	10,35	8,93	1,18	0,0	100,0	65	10,52	8,41	1,11	0,0	98,0
Pelle, non melanomi (a)	829	145,40	109,42	3,90	0,0	99,7	592	95,85	61,48	2,72	0,1	99,6
Mesotelioma	18	3,16	2,61	0,62	0,0	100,0	5	0,81	0,48	0,22	0,0	100,0
Sarcoma di Kaposi	32	5,61	3,69	0,67	0,0	96,9	20	3,24	1,87	0,45	0,0	100,0
Tessuti molli	9	1,58	1,47	0,50	0,0	100,0	13	2,10	1,80	0,52	6,7	93,3
Mammella	12	2,10	1,55	0,46	0,0	100,0	837	135,52	105,17	3,83	0,6	97,1
Utero, collo							42	6,80	6,31	1,00	0,0	98,0
Utero, corpo							142	22,99	17,55	1,54	0,0	96,8
Utero NAS							7	1,13	0,51	0,22	28,6	57,1
Ovaio							87	14,09	10,71	1,22	2,1	76,6
Altri genitali femminili							33	5,34	2,84	0,54	0,0	91,7
Pene	7	1,2277	0,9264	0,35	0,0	100,0						
Prostata	536	94,007	68,585	3,03	1,3	93,4						
Testicolo	49	8,594	8,1366	1,16	0,0	100,0						
Altri genitali maschili	2	0,3508	0,2986	0,21	0,0	100,0						
Rene, vie urinarie	88	15,434	12,234	1,34	0,0	89,9	54	8,74	5,95	0,89	5,2	72,4
Vescica, maligni	219	38,41	27,132	1,88	0,8	105,4	32	5,18	2,68	0,51	2,9	97,1
Vescica, non maligni	200	35,077	26,987	1,96	0,0	91,7	42	6,80	3,87	0,65	0,0	77,3
Occhio	3	0,5262	0,461	0,27	0,0	25,0	4	0,65	0,70	0,38	0,0	25,0
Encefalo e SNC, maligni	72	12,628	10,265	1,24	5,1	62,8	57	9,23	6,38	0,93	0,0	52,6
Encefalo e SNC, non maligni (b)	73	12,803	10,957	1,31	0,0	55,3	145	23,48	18,07	1,61	0,0	49,3
Tiroide	48	8,42	7,77	1,13	0,0	96,4	171	27,69	26,06	2,02	0,0	97,9
Altre ghiandole endocrine	9	1,58	1,64	0,58	0,0	66,7	8	1,30	1,11	0,41	0,0	87,5
Linfoma di Hodgkin	20	3,51	3,52	0,79	0,0	100,0	19	3,08	3,14	0,75	0,0	100,0
Linfoma non Hodgkin	128	22,45	19,08	1,72	0,7	97,1	97	15,71	11,51	1,25	0,0	96,1
Mieloma	54	9,47	7,03	0,98	5,3	82,5	49	7,93	4,75	0,73	4,1	91,8
Leucemia linfatica acuta	10	1,75	1,88	0,66	0,0	83,3	3	0,49	0,47	0,31	0,0	100,0
Leucemia linfatica cronica	43	7,54	5,68	0,89	0,0	97,9	27	4,37	2,90	0,59	0,0	100,0
Leucemia mieloide acuta	25	4,38	3,41	0,71	0,0	96,4	21	3,40	2,92	0,67	0,0	100,0
Leucemia mieloide cronica	14	2,46	1,98	0,55	0,0	100,0	11	1,78	1,21	0,40	0,0	100,0
Altre MMPC e SMDC	67	11,75	9,06	1,14	0,0	100,0	66	10,69	8,02	1,07	0,0	98,5
Leucemie NAS	7	1,23	1,04	0,41	12,5	12,5	6	0,97	0,44	0,20	28,6	0,0
Miscellanea	3	0,53	0,40	0,23	33,3	33,3	0	0,00	0,00	0,00	-	-
Mal definite e metastasi	54	9,47	6,64	0,93	5,3	43,9	47	7,61	4,01	0,65	9,8	41,2
Totale	4121	722,77	550,50	8,82	1,1	90,9	3508	567,99	402,45	7,30	1,3	90,6
Totale - (a)	3292	577,37	441,07	7,91	1,9	84,9	2916	472,14	340,97	6,77	2,0	85,5
Totale - (a+b)	3219	564,57	430,12	7,80	1,9	85,5	2771	448,66	322,90	6,58	2,1	87,3

Incidenza. Tasso standardizzato diretto pop. Europea (per 100.000 residenti) per genere e per tipo di neoplasia. Confronto tra i dati 2006-2008 per l'ASL di Brindisi, la città di Brindisi, il resto della provincia e i dati del Pool AIRTUM 2006-2009 e i dati dei registri tumori AIRTUM 2006-2009 del Sud e Isole.

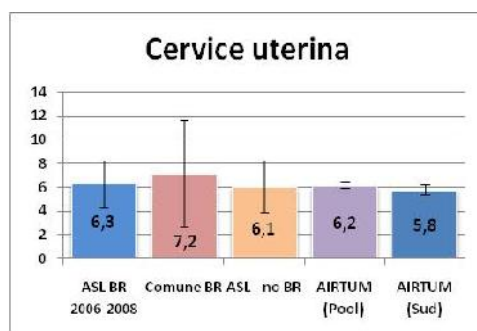
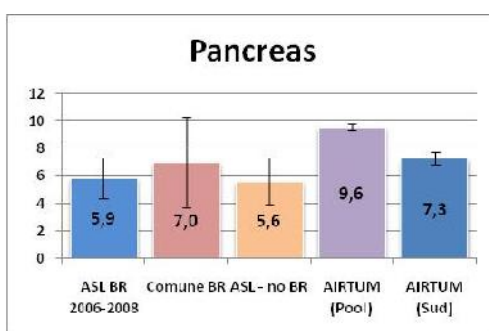
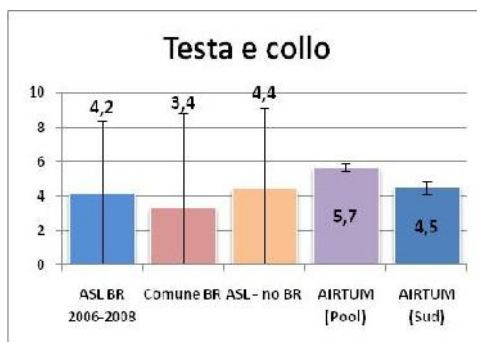
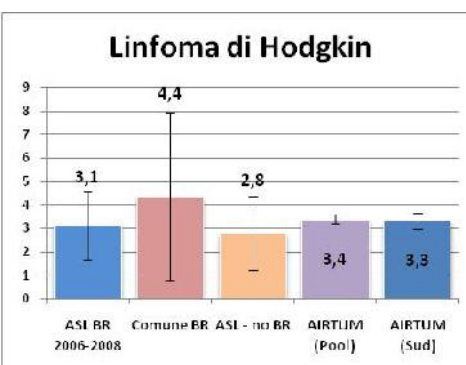
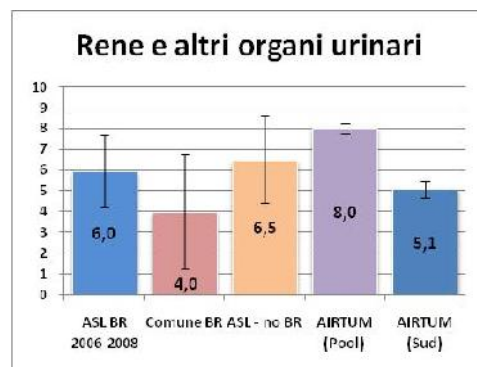
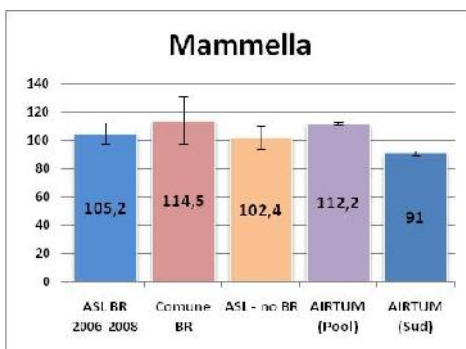
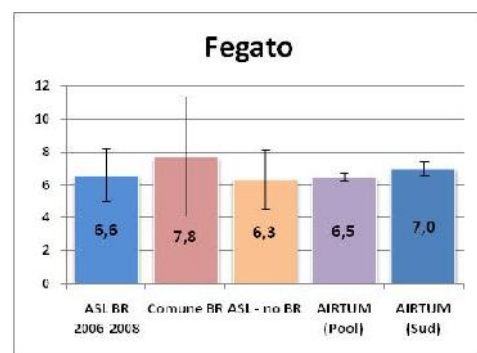
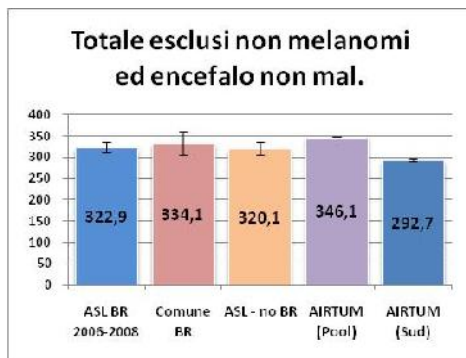
(FONTE: AIRTUM. ITACAN: TUMORI IN ITALIA, VERSIONE 2.0. ASSOCIAZIONE ITALIANA DEI REGISTRI TUMORI [HTTP://WWW.REGISTRI-TUMORI.IT](http://www.registri-tumori.it))

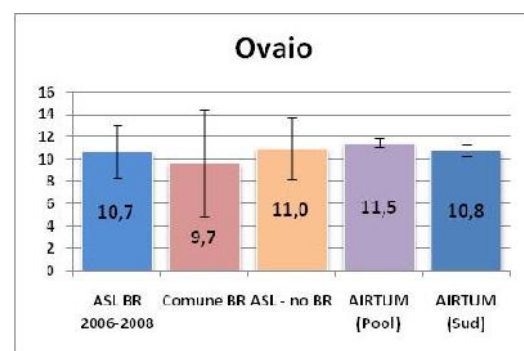
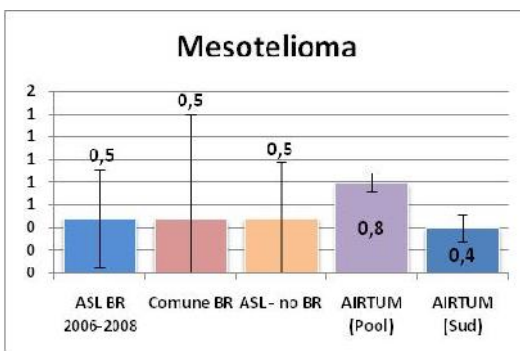
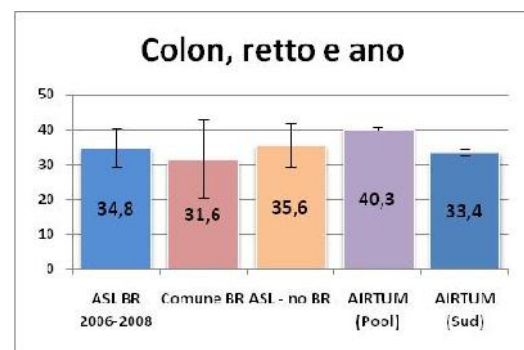
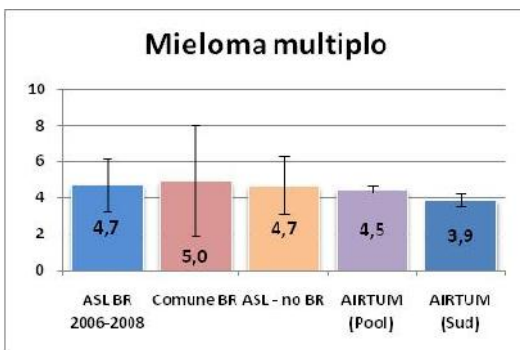
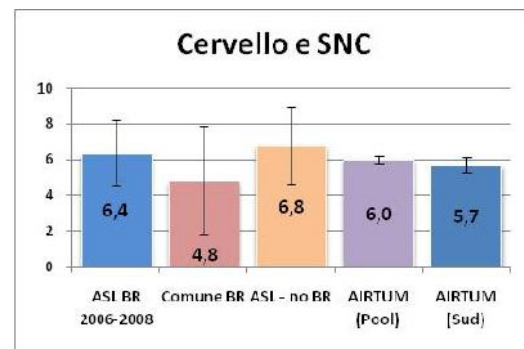
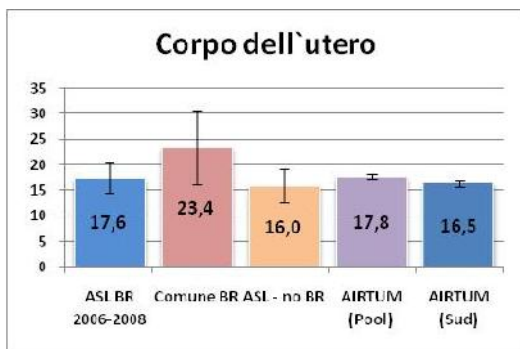
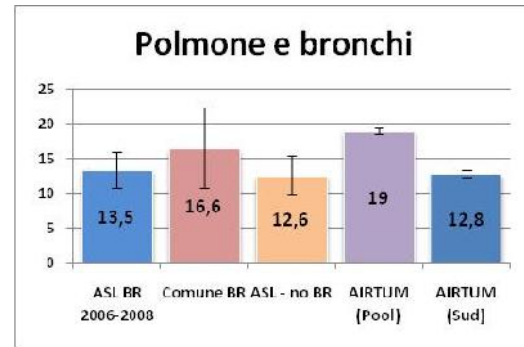
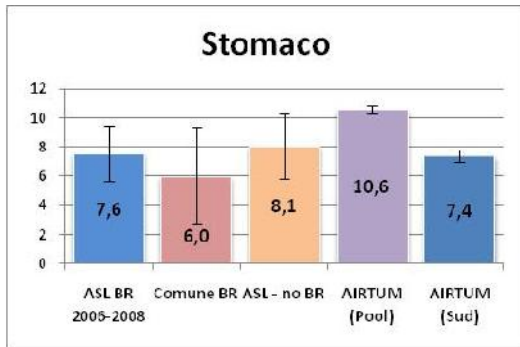
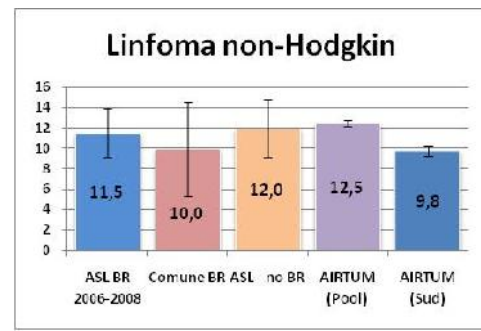
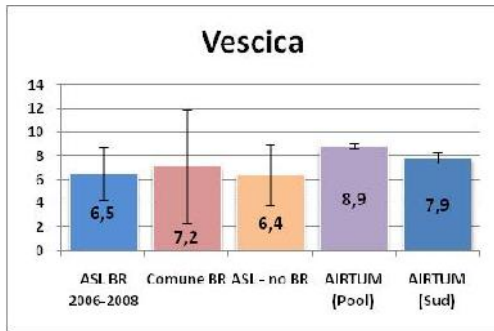
SEZIONE 1 – ASL BR. Tumori maschili

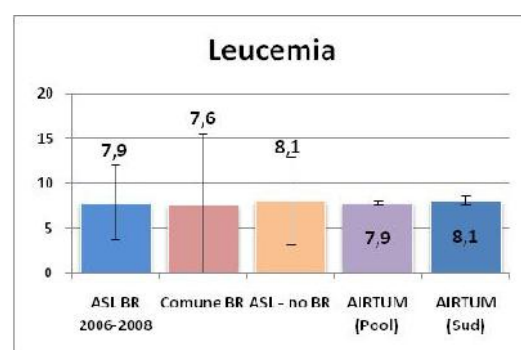
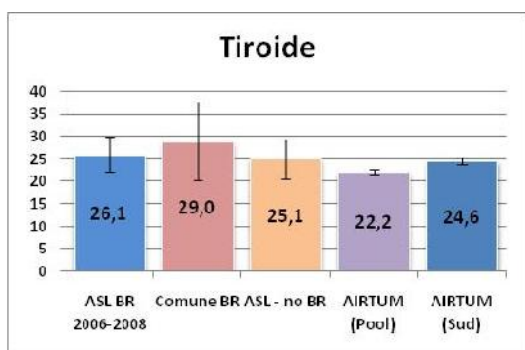




SEZIONE 2 – ASL BR. Tumori femminili







ASL FOGGIA

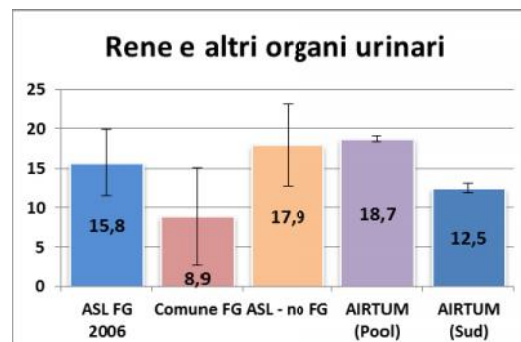
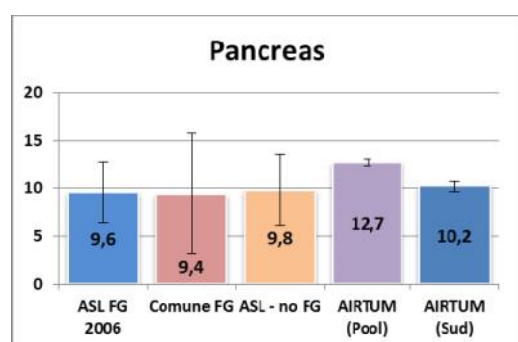
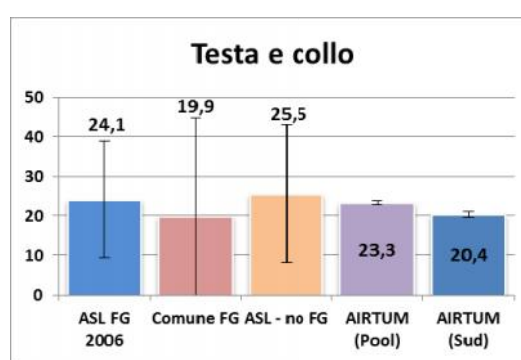
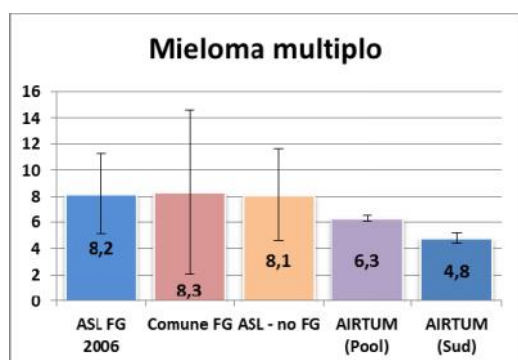
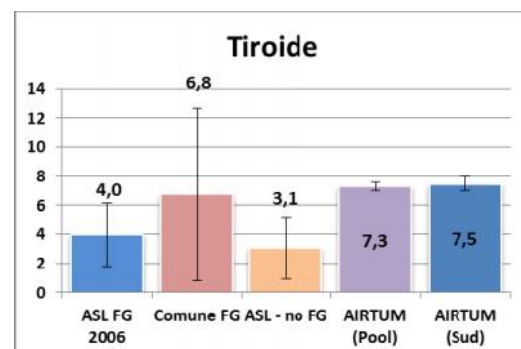
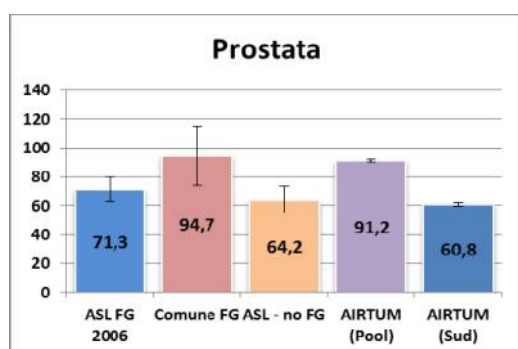
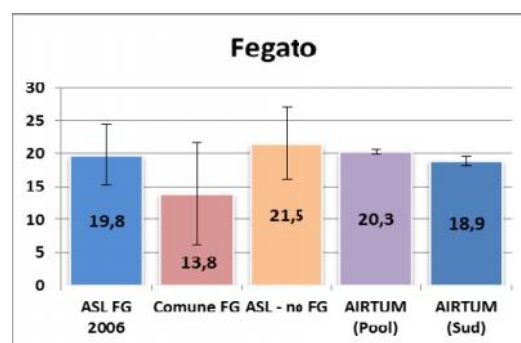
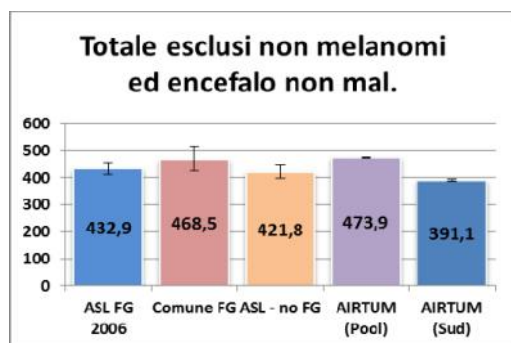
TABELLA 1. Incidenza nel 2006. Numero casi, tasso grezzo (TG, per 100.000 residenti), tasso standardizzato diretto pop. Europea (TSD), errore standard (ES) del TSD per genere e per tipo di neoplasia, percentuale dei casi con diagnosi da solo certificato di decesso (DCO), percentuale diagnosi con verifica microscopica (VM) per tipo di neoplasia.

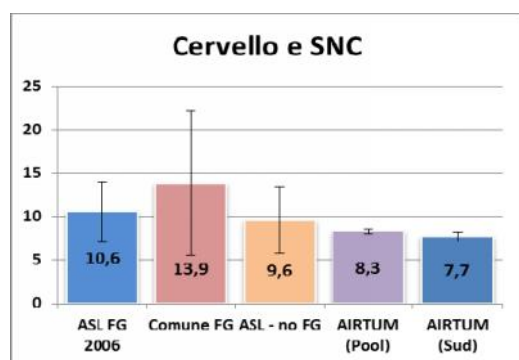
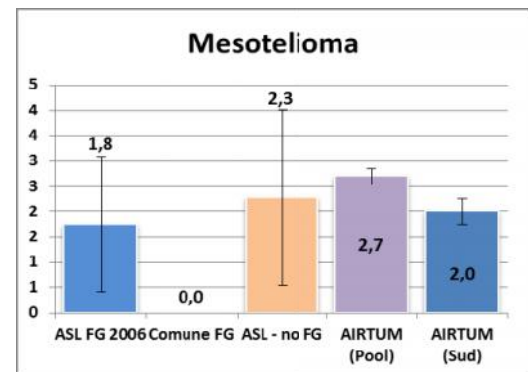
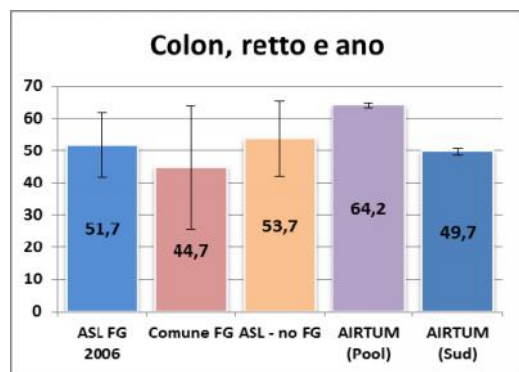
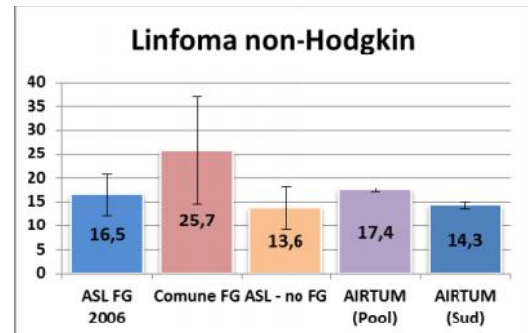
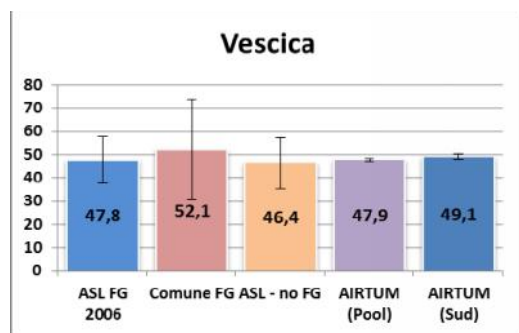
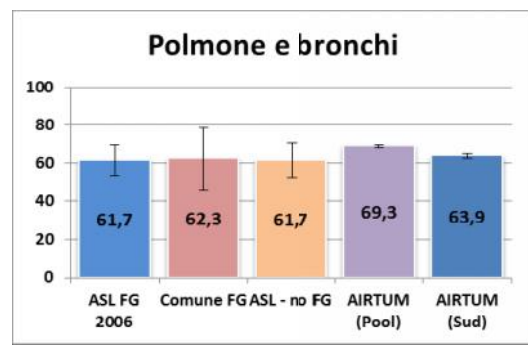
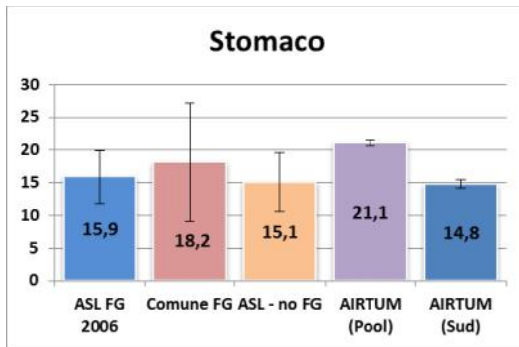
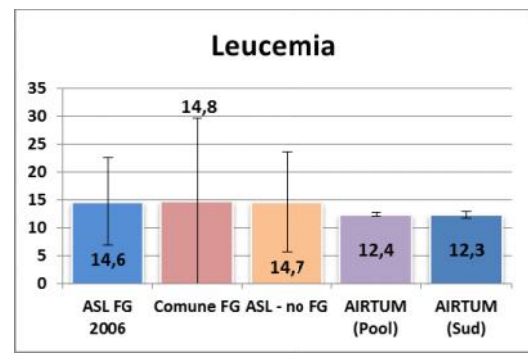
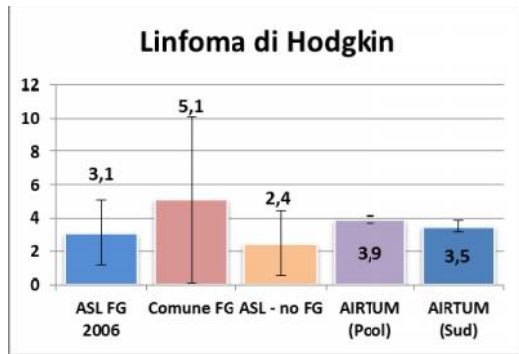
	MASCHI						FEMMINE					
	# casi	TG	TSD	ES	%DCO	%VM	# casi	TG	TSD	ES	%DCO	%VM
Labbro	9	2,89	2,19	0,77	0,0	88,9	2	0,61	0,23	0,17	0,0	100,0
Lingua	9	2,89	2,43	0,83	0,0	88,9	2	0,61	0,24	0,17	0,0	100,0
Bocca	7	2,25	2,06	0,79	0,0	100,0	1	0,31	0,10	0,10	0,0	100,0
Ghiandole salivari	3	0,96	1,03	0,60	0,0	66,7	5	1,53	1,29	0,60	0,0	60,0
Orofaringe	6	1,93	2,05	0,84	0,0	100,0	1	0,31	0,15	0,15	0,0	100,0
Rinofaringe	6	1,93	1,77	0,74	0,0	83,3	0	0,00	0,00	0,00	-	-
Ipofaringe	3	0,96	0,93	0,54	0,0	100,0	1	0,31	0,34	0,34	0,0	0,0
Faringe NAS	1	0,32	0,24	0,24	0,0	100,0	0	0,00	0,00	0,00	-	-
Esofago	12	3,86	3,23	0,96	0,0	91,7	0	0,00	0,00	0,00	-	-
Stomaco	62	19,93	15,88	2,08	0,0	90,3	47	14,41	9,68	1,51	0,0	93,6
Intestino tenue	2	0,64	0,55	0,39	0,0	100,0	3	0,92	0,63	0,36	0,0	100,0
Colon	134	43,07	32,73	2,92	0,0	95,5	135	41,40	28,14	2,61	0,7	89,6
Retto	78	25,07	18,96	2,22	0,0	87,2	58	17,79	12,53	1,77	0,0	91,5
Fegato	75	24,11	19,78	2,36	0,0	26,7	27	8,28	5,06	1,03	0,0	29,6
Vie biliari	21	6,75	5,02	1,12	0,0	57,1	27	8,28	4,99	1,03	0,0	66,7
Pancreas	37	11,89	9,60	1,64	0,0	40,5	36	11,04	7,14	1,27	0,0	38,9
Cavità nasale	2	0,64	0,55	0,39	0,0	50,0	3	0,92	0,96	0,55	0,0	100,0
Laringe	37	11,89	10,89	1,83	0,0	94,6	0	0,00	0,00	0,00	-	-
Polmone	237	76,18	61,70	4,12	0,4	81,0	45	13,80	10,83	1,73	0,0	82,2
Altri organi toracici	7	2,25	1,78	0,69	0,0	100,0	3	0,92	0,63	0,38	0,0	33,3
Osso	4	1,29	1,28	0,65	0,0	75,0	4	1,23	1,33	0,67	0,0	100,0
Pelle, melanomi	35	11,25	9,70	1,70	0,0	100,0	32	9,81	8,60	1,60	0,0	100,0
Pelle, non melanomi (a)	418	134,37	107,97	5,45	0,0	98,1	289	88,64	62,84	3,96	0,0	97,6
Mesotelioma	7	2,25	1,75	0,68	0,0	100,0	0	0,00	0,00	0,00	-	-
Sarcoma di Kaposi	11	3,54	2,81	0,89	0,0	100,0	5	1,53	0,82	0,42	0,0	80,0
Tessuti molli	9	2,89	2,77	0,97	0,0	88,9	11	3,37	3,14	1,01	0,0	90,9
Mammella	8	2,57	2,60	0,92	0,0	100,0	358	109,80	93,45	5,17	0,6	94,4
Utero, collo							25	7,67	6,56	1,36	0,0	96,0
Utero, corpo							63	19,32	16,34	2,14	0,0	96,8
Utero NAS							0	0,00	0,00	0,00	-	-
Ovaio							44	13,49	10,17	1,62	0,0	75,0
Altri genitali femminili							17	5,21	3,63	0,95	0,0	82,4
Pene	3	0,96	0,68	0,43	0,0	100,0						
Prostata	285	91,61	71,27	4,34	0,4	88,8						
Testicolo	20	6,43	5,99	1,34	0,0	95,0						
Altri genitali maschili	0	0,00	0,00	0,00	-	-						
Rene, vie urinarie	57	18,32	15,77	2,14	0,0	94,7	33	10,12	7,59	1,43	0,0	78,8
Vescica, maligni	85	27,32	21,19	2,37	0,0	80,0	12	3,68	2,44	0,76	0,0	75,0
Vescica, non maligni	103	33,11	26,60	2,69	0,0	94,2	16	4,91	3,61	0,97	0,0	93,8
Occhio	3	0,96	0,86	0,50	0,0	33,3	2	0,61	0,39	0,28	0,0	100,0
Encefalo e SNC, maligni	37	11,89	10,55	1,78	5,4	64,9	24	7,36	5,73	1,25	0,0	45,8
Encefalo e SNC, non maligni (b)	33	10,61	9,25	1,66	0,0	54,5	77	23,62	18,62	2,30	0,0	33,8
Tiroide	13	4,18	3,98	1,11	0,0	92,3	83	25,46	24,07	2,69	0,0	95,2
Altre ghiandole endocrine	4	1,29	0,99	0,52	0,0	75,0	1	0,31	0,24	0,24	0,0	100,0
Linfoma di Hodgkin	10	3,21	3,12	0,99	0,0	100,0	12	3,68	3,80	1,11	0,0	100,0
Linfoma non Hodgkin	58	18,64	16,52	2,22	0,0	94,8	39	11,96	9,13	1,55	0,0	92,3
Mieloma	29	9,32	8,20	1,56	0,0	96,6	18	5,52	3,55	0,88	0,0	88,9
Leucemia linfatica acuta	6	1,93	1,87	0,82	0,0	100,0	4	1,23	1,79	0,91	0,0	100,0
Leucemia linfatica cronica	22	7,07	5,86	1,28	0,0	100,0	12	3,68	2,53	0,79	0,0	100,0
Leucemia mieloide acuta	20	6,43	5,15	1,18	0,0	100,0	9	2,76	1,65	0,61	0,0	100,0
Leucemia mieloide cronica	6	1,93	1,75	0,73	0,0	100,0	5	1,53	1,34	0,64	0,0	100,0
Altre MMPC e SMDC	59	18,97	14,71	1,98	0,0	98,3	49	15,03	10,08	1,55	0,0	100,0
Leucemie NAS	0	0,00	0,00	0,00	-	-	2	0,61	0,46	0,35	0,0	50,0
Miscellanea	0	0,00	0,00	0,00	-	-	0	0,00	0,00	0,00	-	-
Mal definite e metastasi	15	4,82	3,52	0,95	6,7	60,0	14	4,29	2,85	0,81	14,3	50,0
Totale	2108	677,62	550,09	12,35	0,2	87,1	1656	507,90	389,66	10,21	0,3	86,6
Totale - (a)	1690	543,25	442,11	11,08	0,3	84,3	1367	419,26	326,82	9,41	0,4	84,2
Totale - (a+b)	1657	532,64	432,86	10,96	0,3	84,9	1290	395,64	308,20	9,13	0,4	87,2

Incidenza. Tasso standardizzato diretto pop. Europea (per 100.000 residenti) per genere e per tipo di neoplasia. Confronto tra i dati 2006 per l'ASL di Foggia, la città di Foggia, il resto della provincia e i dati del Pool AIRTUM 2006-2009 e i dati dei registri tumori AIRTUM 2006-2009 del Sud e Isole.

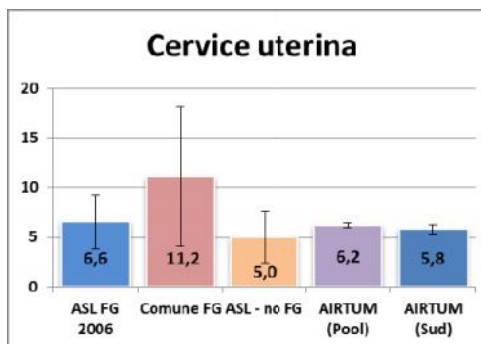
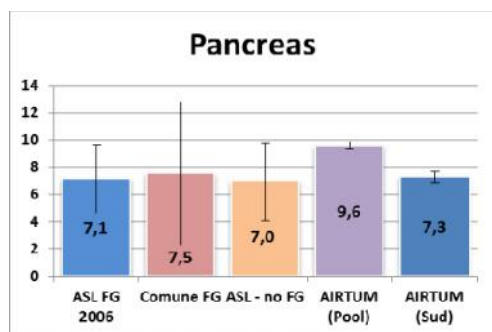
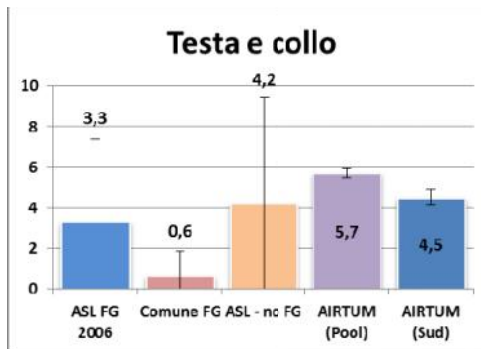
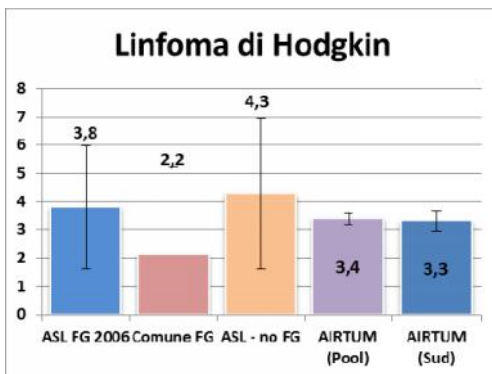
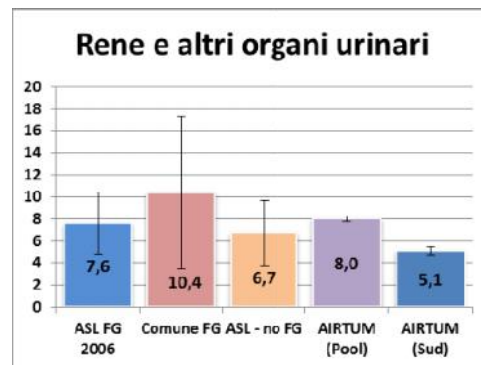
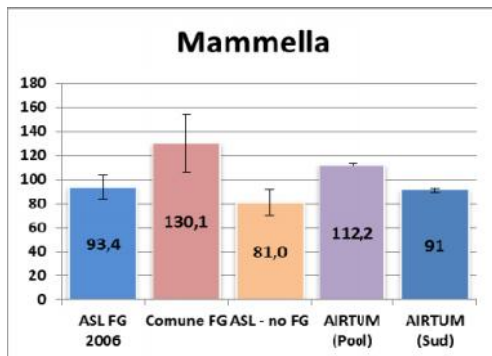
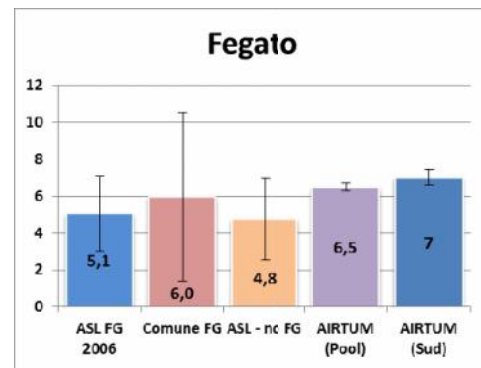
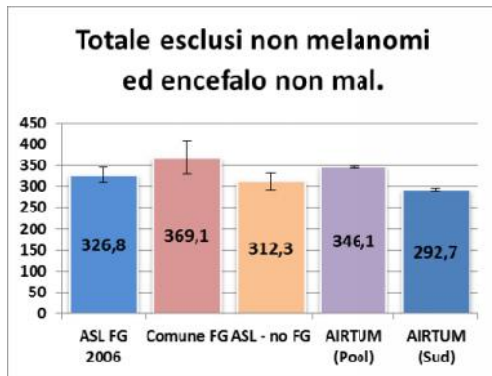
(FONTE: AIRTUM. ITACAN: TUMORI IN ITALIA, VERSIONE 2.0. ASSOCIAZIONE ITALIANA DEI REGISTRI TUMORI [HTTP://WWW.REGISTRI-TUMORI.IT](http://www.registri-tumori.it))

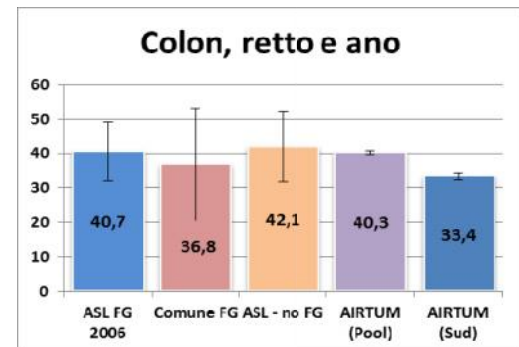
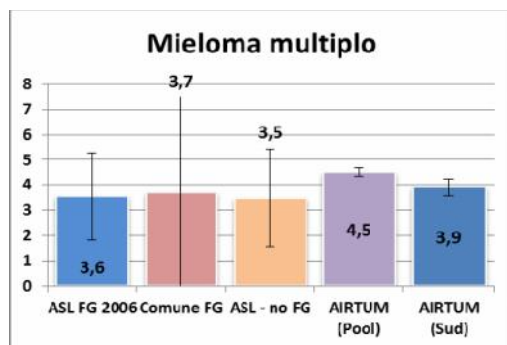
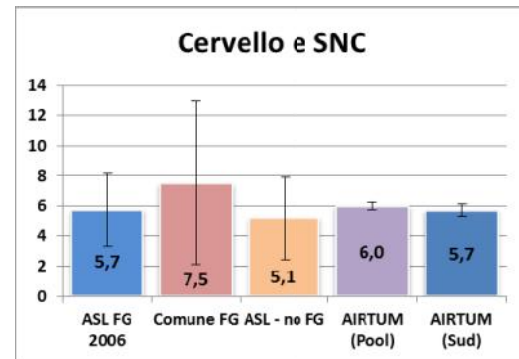
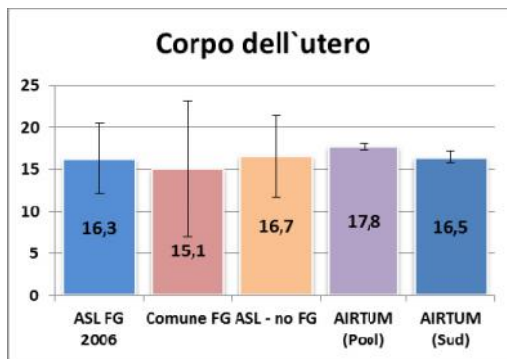
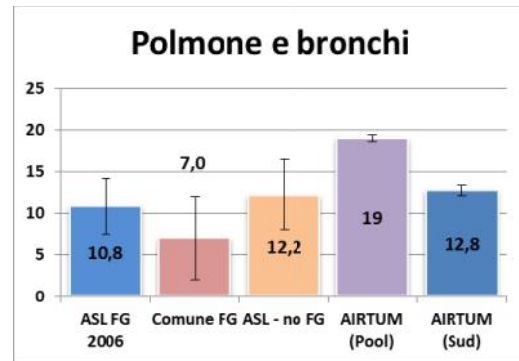
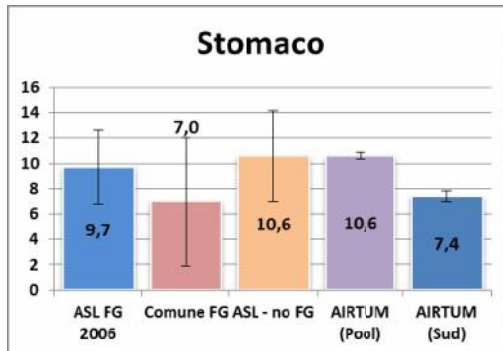
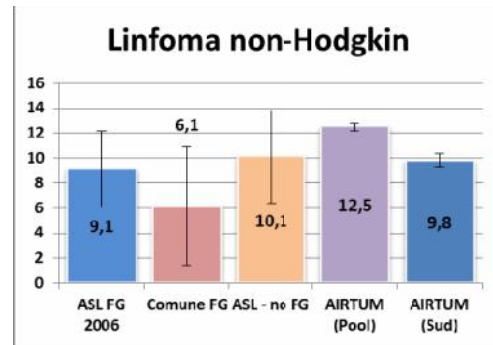
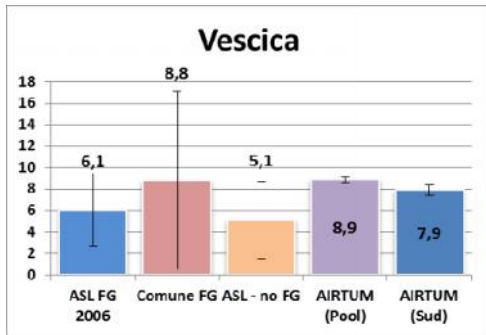
SEZIONE 1 – ASL FG. Tumori maschili

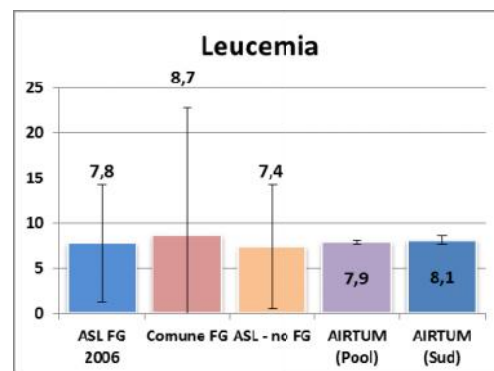
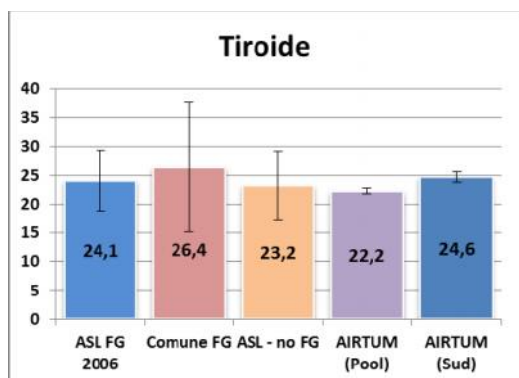
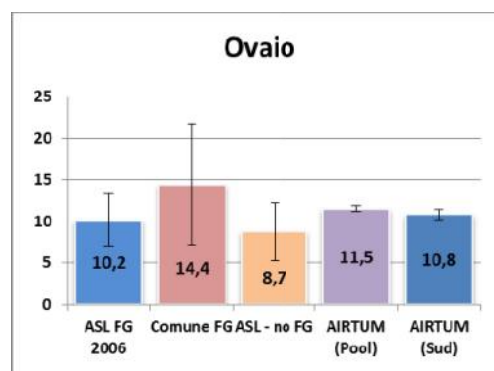
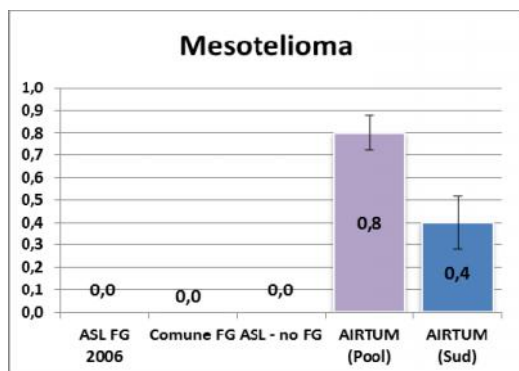




SEZIONE 2 – ASL FG. Tumori femminili







ASL LECCE

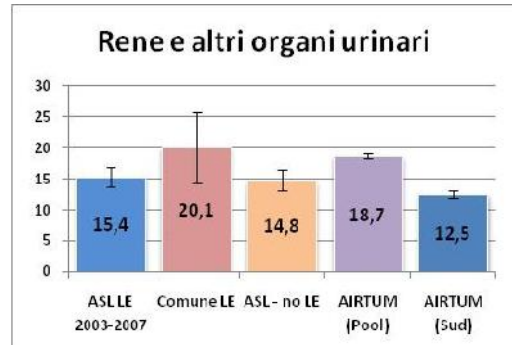
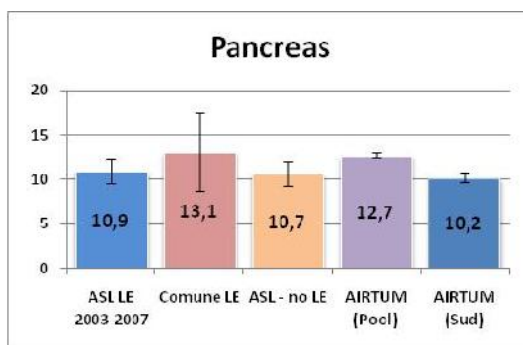
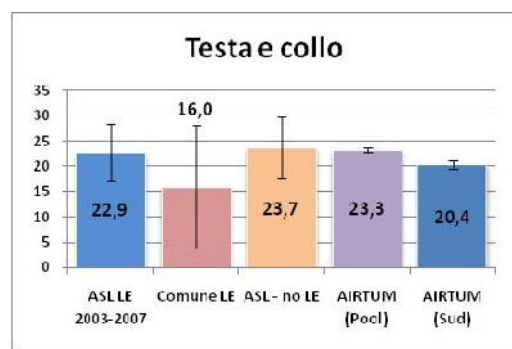
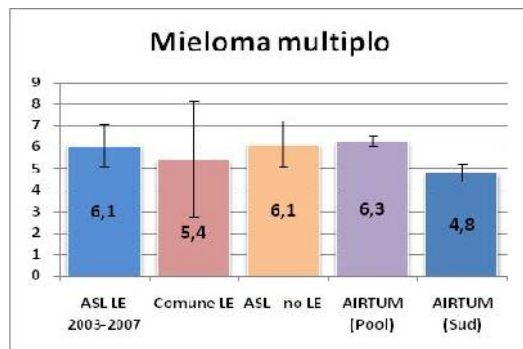
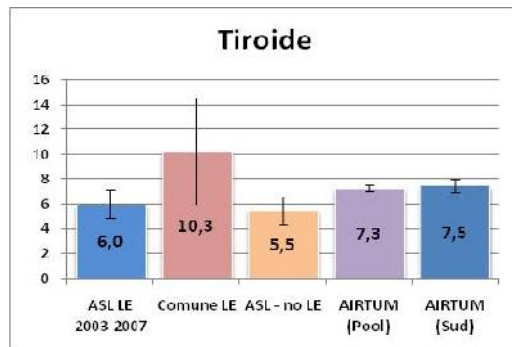
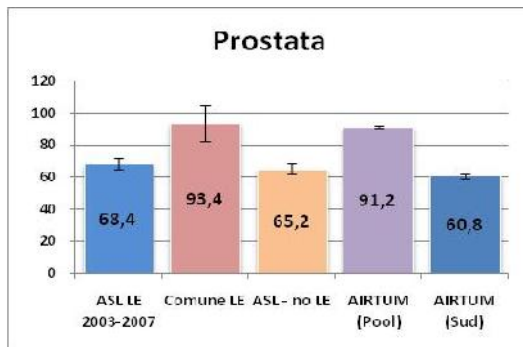
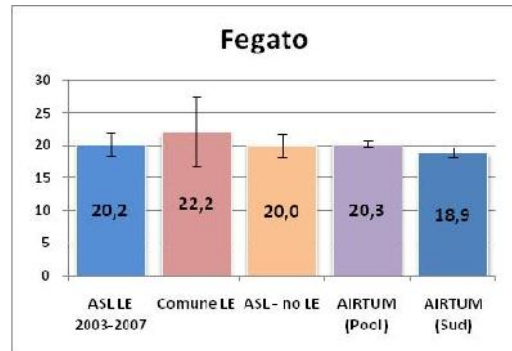
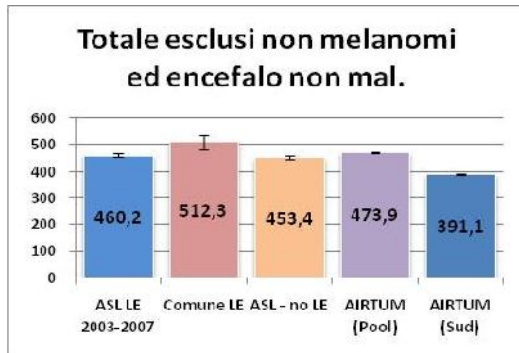
TABELLA 1. Incidenza nel 2003-2007. Numero casi, tasso grezzo (TG, per 100.000 residenti), tasso standardizzato diretto pop. Europea (TSD), errore standard (ES) del TSD per genere e per tipo di neoplasia, percentuale dei casi con diagnosi da solo certificato di decesso (DCO), percentuale diagnosi con verifica microscopica (VM) per tipo di neoplasia.

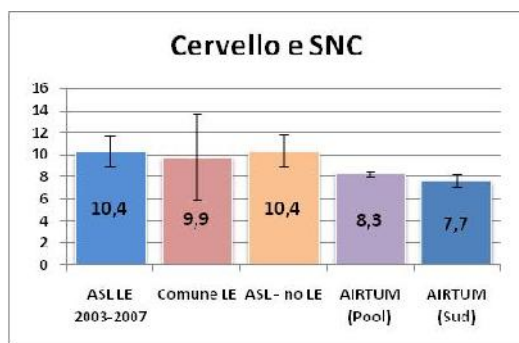
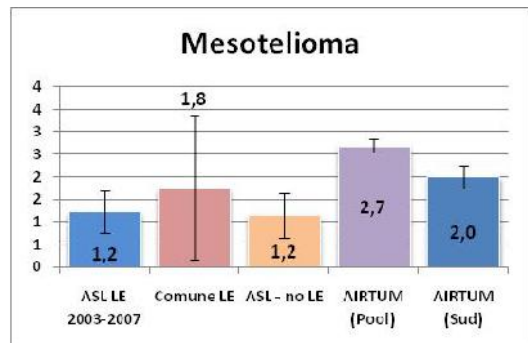
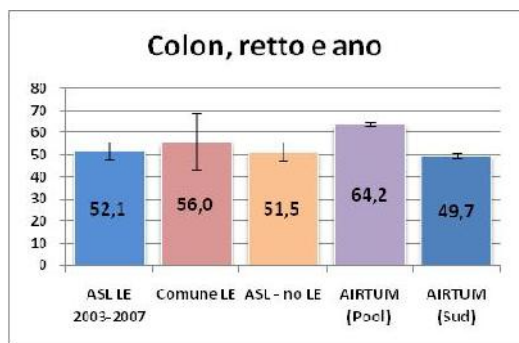
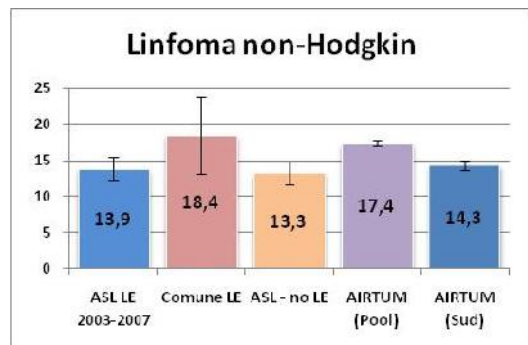
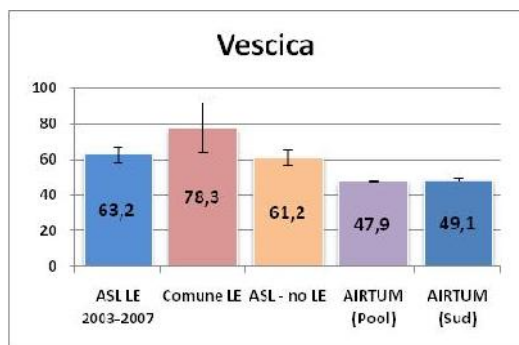
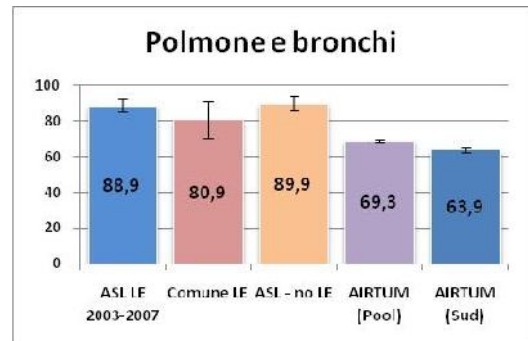
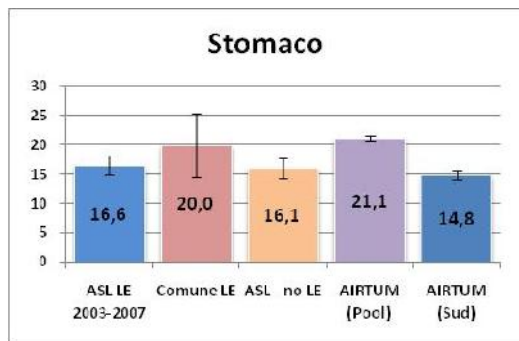
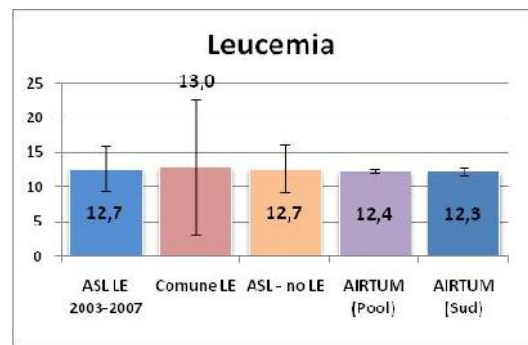
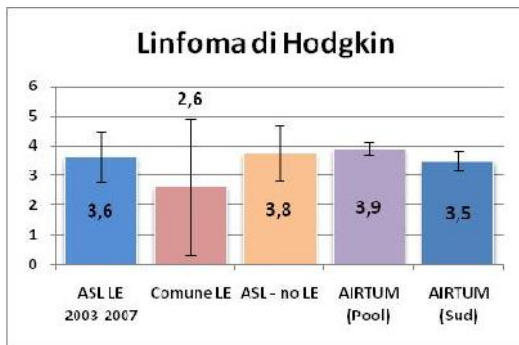
	MASCHI						FEMMINE					
	# casi	TG	TSD	ES	%DCO	%VM	# casi	TG	TSD	ES	%DCO	%VM
Labbro	24	1,27	0,84	0,18	4,2	91,7	7	0,34	0,14	0,06	0,0	100,0
Lingua	51	2,70	2,31	0,33	0,0	92,2	25	1,20	0,81	0,17	0,0	92,0
Bocca	46	2,44	1,95	0,30	0,0	97,8	34	1,64	0,96	0,18	2,9	94,1
Ghiandole salivari	25	1,32	1,03	0,21	4,0	96,0	15	0,72	0,54	0,15	0,0	100,0
Orofaringe	56	2,97	2,57	0,35	0,0	94,6	7	0,34	0,28	0,11	0,0	100,0
Rinofaringe	44	2,33	2,01	0,31	0,0	90,9	10	0,48	0,41	0,14	10,0	90,0
Ipofaringe	35	1,85	1,55	0,27	0,0	94,3	5	0,24	0,21	0,10	0,0	100,0
Faringe NAS	8	0,42	0,31	0,11	0,0	87,5	4	0,19	0,12	0,07	25,0	75,0
Esofago	81	4,29	3,33	0,38	0,0	82,7	25	1,20	0,73	0,16	8,0	80,0
Stomaco	416	22,04	16,56	0,83	1,2	90,1	280	13,50	8,32	0,54	3,6	86,4
Intestino tenue	27	1,43	1,15	0,23	0,0	88,9	25	1,20	0,88	0,19	0,0	100,0
Colon	877	46,47	34,40	1,19	1,1	92,8	824	39,72	24,53	0,92	2,7	88,0
Retto	450	23,84	17,69	0,86	0,4	95,6	350	16,87	10,72	0,62	0,9	92,3
Fegato	518	27,45	20,23	0,91	2,5	34,4	253	12,19	6,64	0,45	7,5	25,7
Vie biliari	130	6,89	4,88	0,44	2,3	52,3	154	7,42	4,26	0,37	1,3	51,3
Pancreas	274	14,52	10,93	0,68	1,8	39,4	263	12,68	7,11	0,47	3,8	37,3
Capità nasale	10	0,53	0,47	0,15	0,0	100,0	14	0,67	0,48	0,13	7,1	85,7
Laringe	235	12,45	9,82	0,66	1,3	96,2	15	0,72	0,58	0,16	0,0	100,0
Polmone	2275	120,55	88,86	1,91	1,6	69,7	358	17,26	11,60	0,66	3,9	68,4
Altri organi toracici	34	1,80	1,39	0,25	0,0	70,6	16	0,77	0,65	0,17	0,0	87,5
Osso	15	0,79	0,68	0,18	0,0	80,0	28	1,35	1,27	0,25	3,6	82,1
Pelle, melanomi	148	7,84	6,69	0,56	0,0	97,3	163	7,86	6,63	0,54	0,6	99,4
Pelle, non melanomi (a)	2054	108,84	81,32	1,85	0,0	99,5	1447	69,74	43,83	1,24	0,1	99,2
Mesotelioma	27	1,43	1,23	0,24	0,0	100,0	15	0,72	0,48	0,13	0,0	100,0
Sarcoma di Kaposi	76	4,03	3,00	0,35	0,0	93,4	33	1,59	0,86	0,16	0,0	90,9
Tessuti molli	47	2,49	2,30	0,35	2,1	95,7	44	2,12	1,78	0,29	0,0	95,5
Mammella	24	1,27	0,96	0,20	0,0	95,8	2483	119,68	95,71	2,02	1,4	94,9
Utero, collo							182	8,77	7,08	0,55	1,1	95,1
Utero, corpo							484	23,33	17,32	0,83	0,2	96,5
Utero NAS							33	1,59	0,85	0,16	9,1	48,5
Ovaio							369	17,79	13,68	0,75	2,2	81,3
Altri genitali femminili							73	3,52	2,27	0,29	0,0	87,7
Pene	26	1,38	1,03	0,21	0,0	96,2						
Prostata	1802	95,48	68,41	1,65	2,8	89,4						
Testicolo	141	7,47	7,08	0,60	0,7	91,5						
Altri genitali maschili	3	0,16	0,12	0,07	0,0	66,7						
Rene, vie urinarie	371	19,66	15,40	0,82	0,8	86,0	194	9,35	6,27	0,50	1,5	80,4
Vescica, maligni	1230	65,17	47,41	1,39	1,2	89,8	234	11,28	6,55	0,46	3,0	88,0
Vescica, non maligni	393	20,82	15,77	0,82	0,0	99,0	68	3,28	2,05	0,27	0,0	97,1
Occhio	14	0,74	0,66	0,18	0,0	78,6	10	0,48	0,40	0,13	0,0	80,0
Encefalo e SNC, maligni	236	12,50	10,36	0,70	1,7	59,3	183	8,82	6,28	0,50	3,3	49,2
Encefalo e SNC, non maligni (b)	121	6,41	5,79	0,54	0,0	63,6	248	11,95	10,25	0,70	0,4	54,4
Tiroide	125	6,62	6,03	0,55	0,8	92,0	489	23,57	22,08	1,02	0,0	93,9
Altre ghiandole endocrine	22	1,17	1,10	0,25	0,0	81,8	16	0,77	0,74	0,20	0,0	62,5
Linfoma di Hodgkin	71	3,76	3,64	0,44	0,0	98,6	78	3,76	3,81	0,44	0,0	100,0
Linfoma non Hodgkin	322	17,06	13,88	0,79	0,3	96,6	292	14,07	10,93	0,68	1,4	95,2
Mieloma	154	8,16	6,07	0,50	4,5	87,0	137	6,60	4,17	0,38	2,2	82,5
Leucemia linfatica acuta	22	1,17	1,35	0,30	0,0	100,0	19	0,92	1,24	0,30	0,0	100,0
Leucemia linfatica cronica	105	5,56	4,34	0,44	0,0	100,0	68	3,28	2,10	0,27	0,0	100,0
Leucemia mieloide acuta	94	4,98	3,77	0,40	0,0	100,0	82	3,95	2,74	0,32	1,2	98,8
Leucemia mieloide cronica	55	2,91	2,21	0,31	0,0	100,0	34	1,64	1,17	0,22	0,0	100,0
Altre MMPC e SMDC	174	9,22	6,93	0,54	0,6	99,4	115	5,54	3,45	0,35	0,0	99,1
Leucemie NAS	26	1,38	1,04	0,21	23,1	30,8	22	1,06	0,61	0,14	13,6	27,3
Miscellanea	8	0,42	0,34	0,12	50,0	50,0	7	0,34	0,29	0,11	14,3	71,4
Mal definite e metastasi	153	8,11	6,09	0,51	9,2	54,9	153	7,37	4,27	0,38	13,1	46,4
Totale	13675	724,60	547,29	4,82	1,4	84,4	10487	505,46	361,12	3,78	1,8	86,2
Totale - (a)	11621	615,76	465,98	4,45	1,6	81,8	9040	435,72	317,29	3,57	2,0	84,2
Totale - (a+b)	11500	609,35	460,19	4,42	1,6	82,0	8792	423,76	307,04	3,50	2,1	85,0

Incidenza. Tasso standardizzato diretto pop. Europea (per 100.000 residenti) per genere e per tipo di neoplasia. Confronto tra i dati 2003-2007 per l'ASL di Lecce, la città di Lecce, il resto della provincia e i dati del Pool AIRTUM 2006-2009 e i dati dei registri tumori AIRTUM 2006-2009 del Sud e Isole.

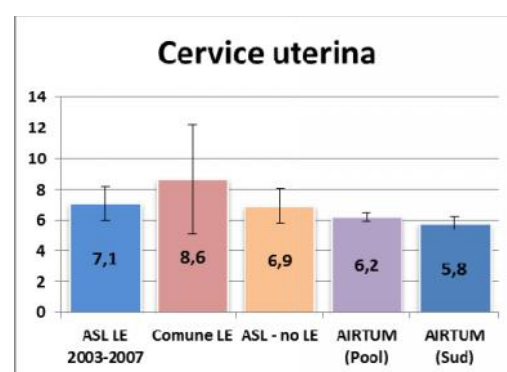
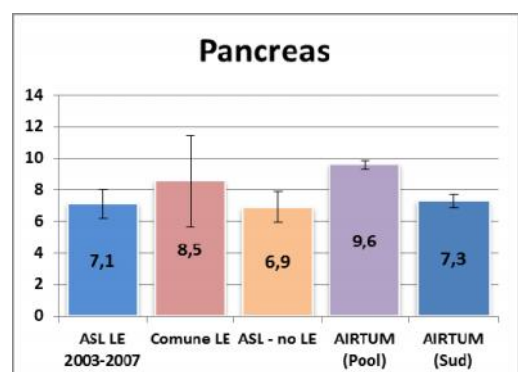
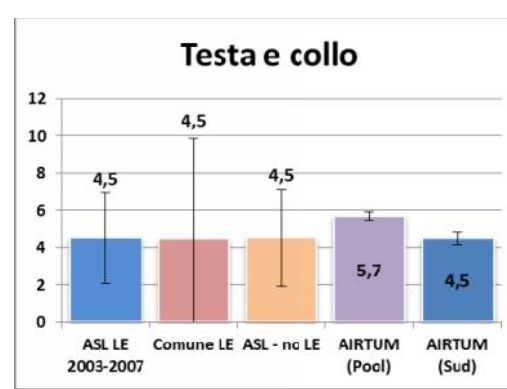
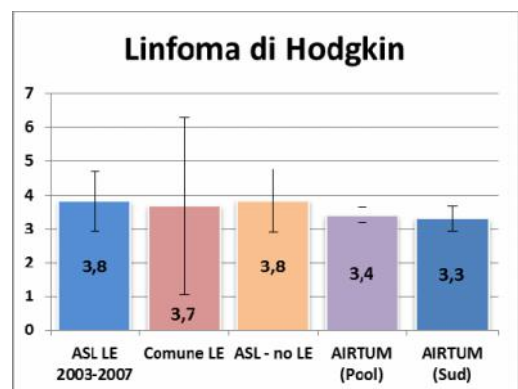
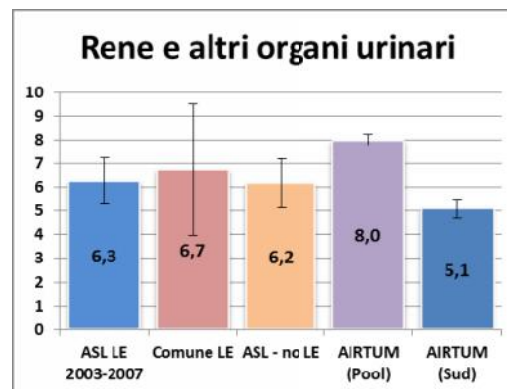
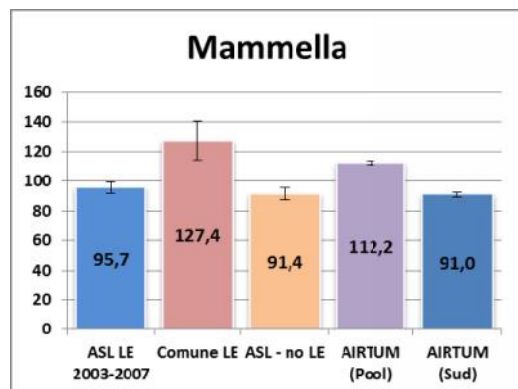
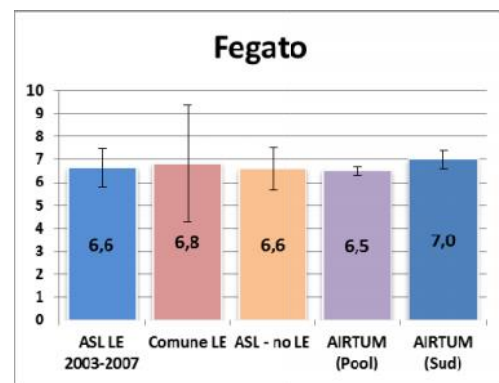
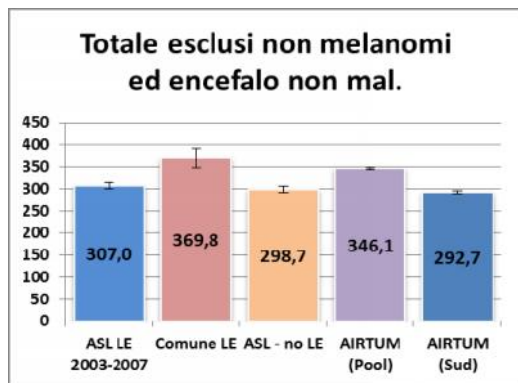
(FONTE: AIRTUM. ITACAN: TUMORI IN ITALIA, VERSIONE 2.0. ASSOCIAZIONE ITALIANA DEI REGISTRI TUMORI [HTTP://WWW.REGISTRI-TUMORI.IT](http://www.registri-tumori.it))

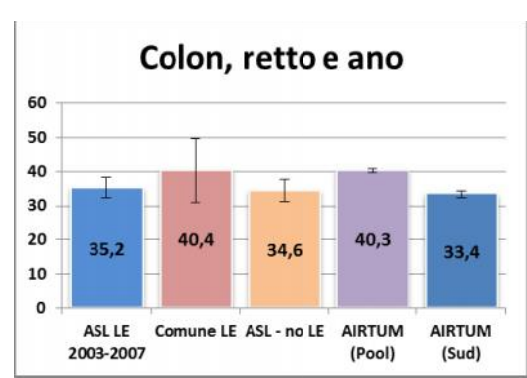
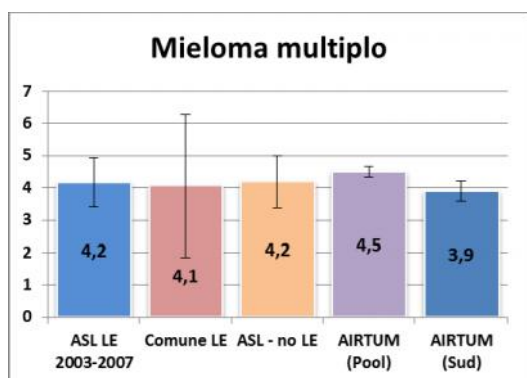
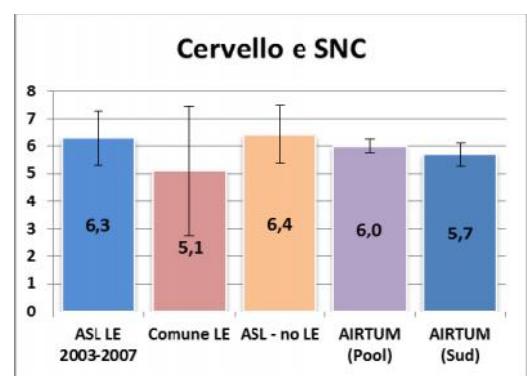
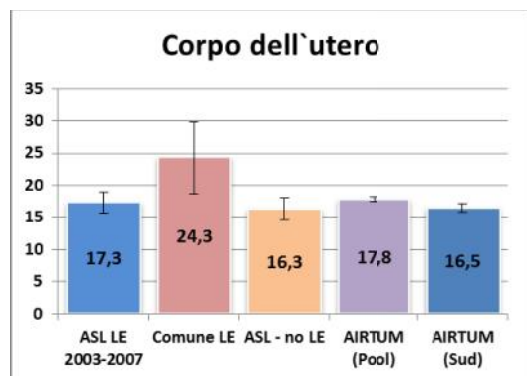
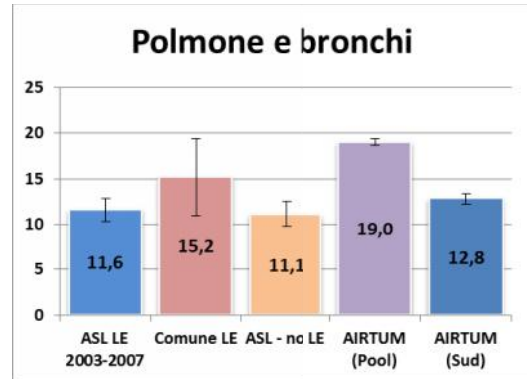
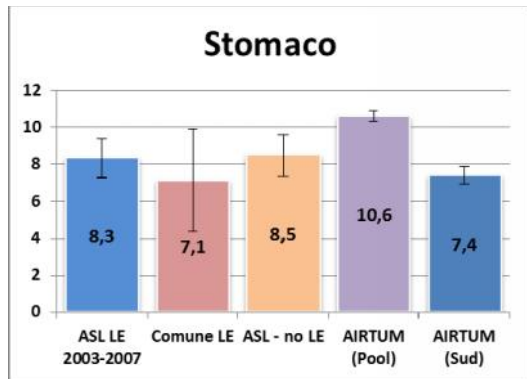
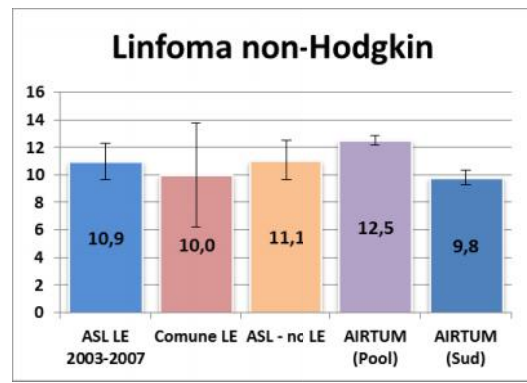
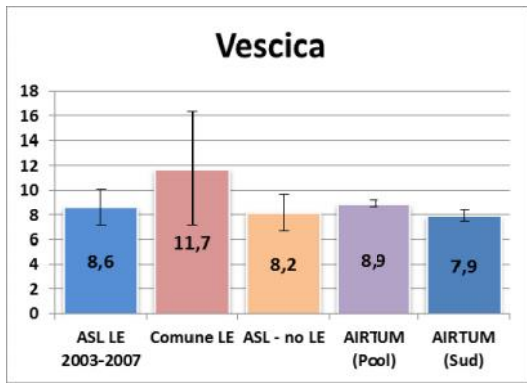
SEZIONE 1 – ASL LE. Tumori maschili

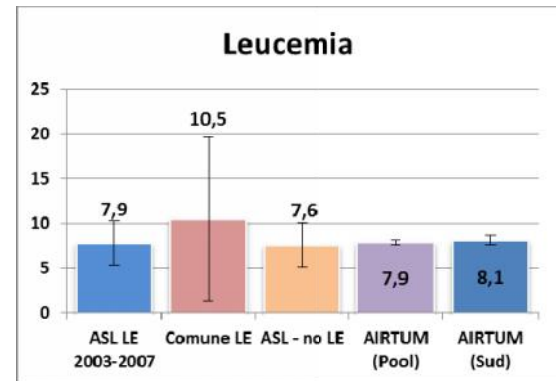
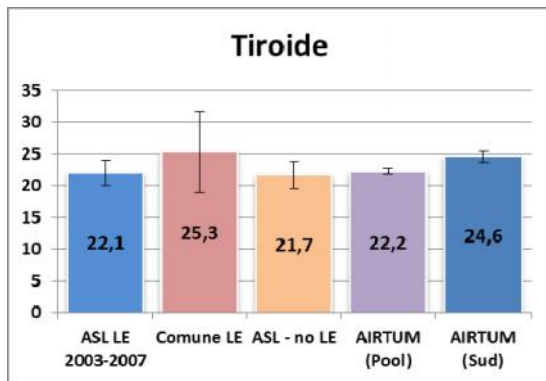
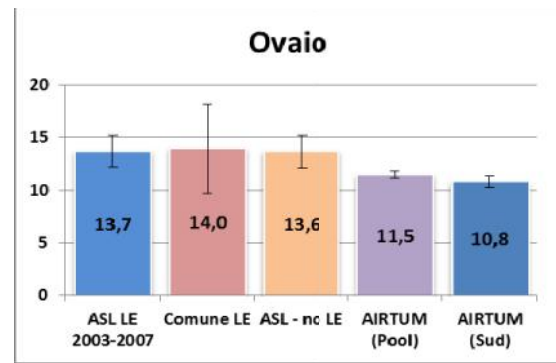
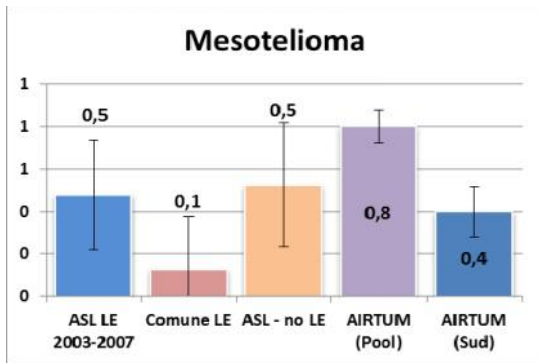




SEZIONE 2 – ASL LE. Tumori femminili







ASL TARANTO

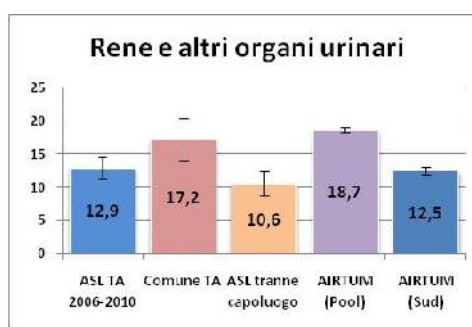
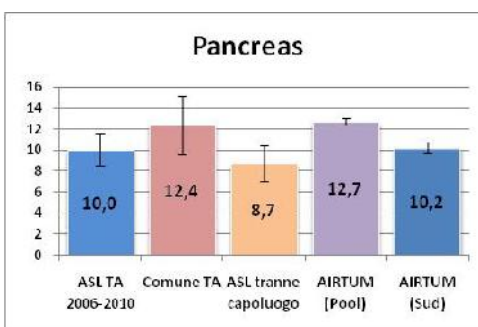
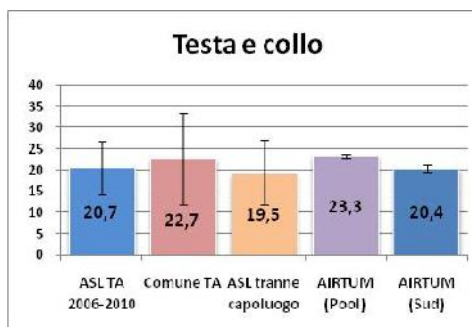
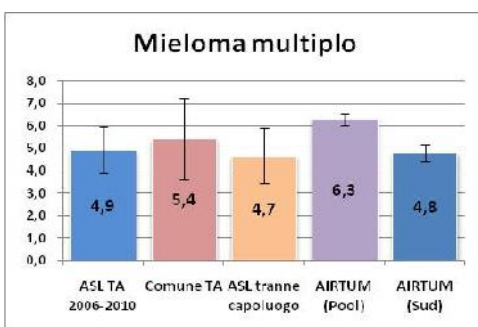
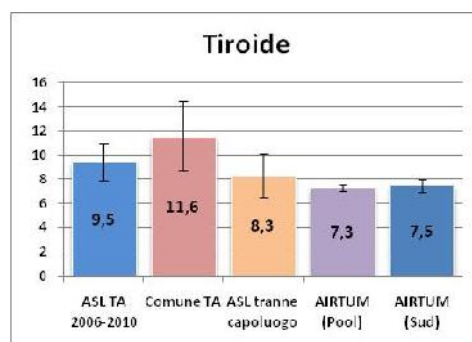
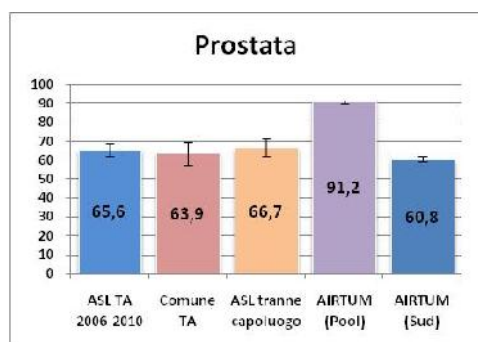
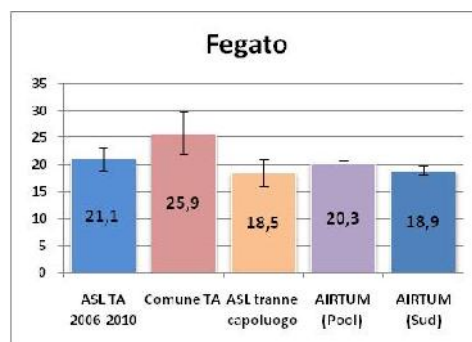
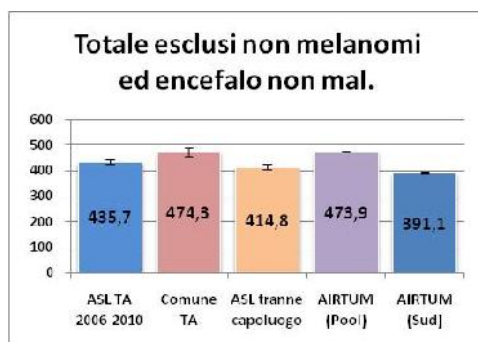
TABELLA 1. Incidenza nel 2006-2010. Numero casi, tasso grezzo (TG, per 100.000 residenti), tasso standardizzato diretto pop. Europea (TSD), errore standard (ES) del TSD per genere e per tipo di neoplasia, percentuale dei casi con diagnosi da solo certificato di decesso (DCO), percentuale diagnosi con verifica microscopica (VM) per tipo di neoplasia.

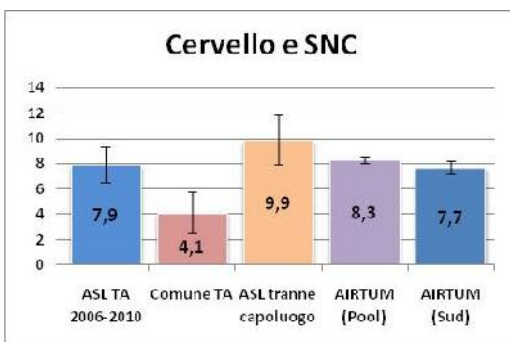
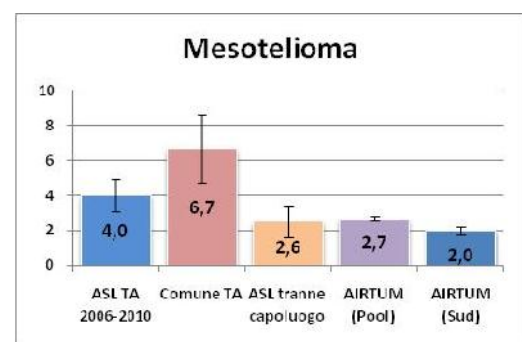
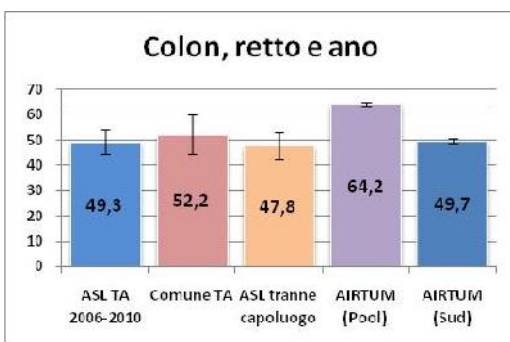
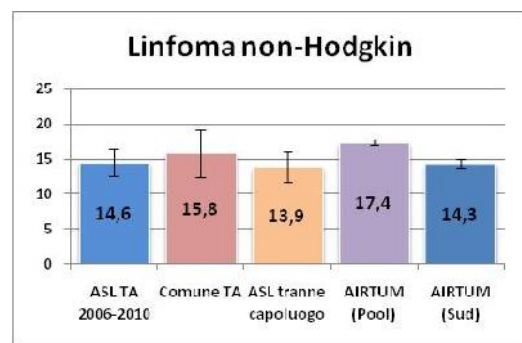
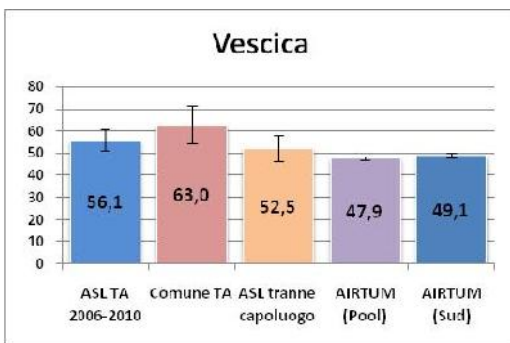
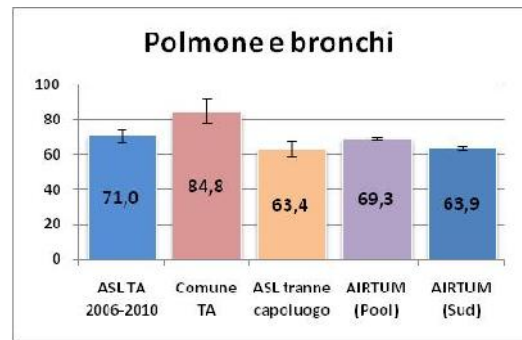
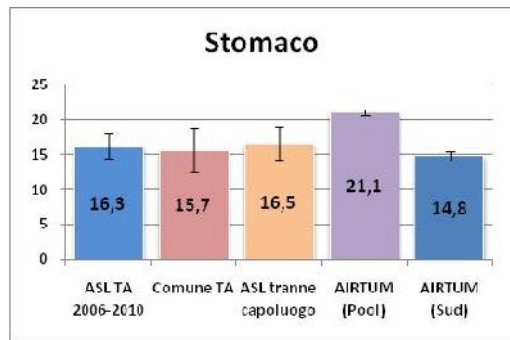
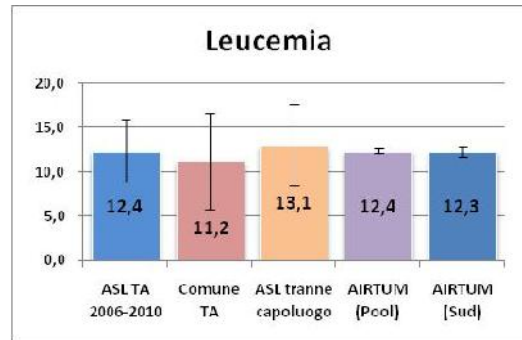
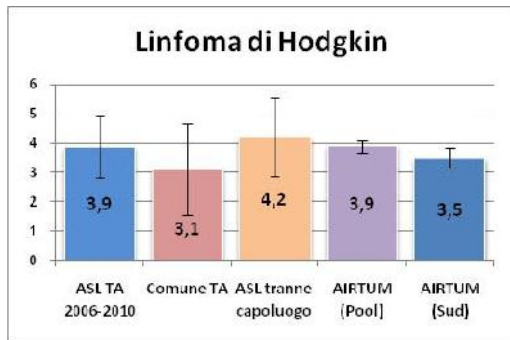
	MASCHI						FEMMINE					
	# casi	TG	TSD	ES	%DCO	%VM	# casi	TG	TSD	ES	%DCO	%VM
Labbro	19	1,34	0,92	0,22	0,0	100,0	8	0,53	0,36	0,13	0,0	100,0
Lingua	32	2,26	1,92	0,34	0,0	100,0	15	1,00	0,69	0,19	0,0	100,0
Bocca	47	3,32	2,79	0,42	0,0	95,7	10	0,67	0,51	0,17	0,0	100,0
Ghiandole salivari	20	1,41	1,13	0,26	0,0	95,0	9	0,60	0,44	0,15	0,0	88,9
Orofaringe	29	2,05	1,80	0,34	0,0	100,0	6	0,40	0,36	0,15	0,0	100,0
Rinofaringe	21	1,48	1,34	0,30	0,0	100,0	14	0,93	0,77	0,22	0,0	92,9
Ipofaringe	14	0,99	0,91	0,25	0,0	92,9	0	0,00	0,00	-	-	-
Faringe NAS	6	0,42	0,38	0,16	0,0	100,0	0	0,00	0,00	-	-	-
Esofago	39	2,75	2,20	0,36	2,6	76,9	10	0,67	0,41	0,14	10,0	70,0
Stomaco	304	21,46	16,29	0,95	1,3	96,1	170	11,31	6,94	0,57	4,1	91,8
Intestino tenue	22	1,55	1,23	0,27	4,5	68,2	12	0,80	0,53	0,17	8,3	83,3
Colon	643	45,39	33,20	1,34	0,9	96,1	600	39,93	24,51	1,07	2,5	93,0
Retto	305	21,53	16,14	0,94	0,3	96,7	232	15,44	10,47	0,73	0,9	93,5
Fegato	401	28,31	21,11	1,08	3,7	36,7	173	11,51	6,34	0,51	13,3	25,4
Vie biliari	92	6,49	4,69	0,50	2,2	66,3	142	9,45	5,51	0,49	2,1	52,1
Pancreas	185	13,06	10,03	0,75	2,2	59,5	184	12,25	7,11	0,56	4,3	39,1
Cavità nasale	10	0,71	0,60	0,19	0,0	100,0	8	0,53	0,38	0,14	0,0	87,5
Laringe	152	10,73	8,87	0,73	0,0	97,4	13	0,87	0,67	0,20	0,0	100,0
Polmone	1368	96,57	71,01	1,96	1,8	76,8	261	17,37	11,89	0,78	3,8	73,6
Altri organi toracici	33	2,33	1,70	0,30	3,0	57,6	20	1,33	0,75	0,18	10,0	45,0
Osso	16	1,13	1,02	0,26	0,0	87,5	13	0,87	0,73	0,21	15,4	84,6
Pelle, melanomi	163	11,51	9,46	0,75	0,0	100,0	169	11,25	9,53	0,76	0,0	99,4
Pelle, non melanomi (a)	1810	127,78	95,59	2,29	0,1	99,5	1205	80,20	53,29	1,63	0,2	99,5
Mesotelioma	78	5,51	4,03	0,47	0,0	100,0	17	1,13	0,74	0,19	0,0	100,0
Sarcoma di Kaposi	56	3,95	3,01	0,41	3,6	89,3	35	2,33	1,10	0,19	2,9	80,0
Tessuti molli	34	2,40	2,10	0,37	0,0	97,1	35	2,33	1,72	0,32	2,9	94,3
Mammella	16	1,13	0,89	0,23	0,0	100,0	2004	133,37	105,27	2,44	1,0	97,6
Utero, collo							105	6,99	5,78	0,58	0,0	99,0
Utero, corpo							357	23,76	17,91	0,98	0,0	98,3
Utero NAS							18	1,20	0,73	0,18	22,2	44,4
Ovaio							244	16,24	12,47	0,84	1,6	86,5
Altri genitali femminili							71	4,73	3,08	0,40	1,4	88,7
Pene	25	1,76	1,23	0,25	0,0	100,0						
Prostata	1273	89,87	65,64	1,87	2,0	92,8						
Testicolo	92	6,49	6,24	0,65	0,0	100,0						
Altri genitali maschili	0	0,00	0,00	-	-	-						
Rene, vie urinarie	235	16,59	12,95	0,86	0,0	86,8	117	7,79	5,63	0,56	0,9	86,3
Vescica, maligni	689	48,64	35,27	1,38	1,0	13,9	114	7,59	4,63	0,46	0,0	94,7
Vescica, non maligni	383	27,04	20,82	1,09	0,0	96,3	61	4,06	2,76	0,38	0,0	91,8
Occhio	16	1,13	1,22	0,33	0,0	81,3	13	0,87	0,90	0,27	0,0	61,5
Encefalo e SNC, maligni	129	9,11	7,91	0,71	3,1	74,4	123	8,19	5,97	0,58	1,6	58,5
Encefalo e SNC, non maligni (b)	157	11,08	10,02	0,83	0,0	56,1	268	17,84	14,30	0,93	0,4	56,7
Tiroide	148	10,45	9,48	0,79	0,0	99,3	526	35,01	32,97	1,46	0,0	99,2
Altre ghiandole endocrine	18	1,27	1,29	0,32	0,0	88,9	16	1,06	1,02	0,28	6,3	75,0
Linfoma di Hodgkin	55	3,88	3,88	0,53	0,0	100,0	61	4,06	4,31	0,56	0,0	100,0
Linfoma non Hodgkin	246	17,37	14,57	0,95	0,8	94,7	184	12,25	8,53	0,67	0,5	96,7
Mieloma	94	6,64	4,93	0,52	2,1	78,7	99	6,59	4,02	0,43	3,0	75,8
Leucemia linfatica acuta	16	1,13	1,22	0,32	0,0	100,0	24	1,60	1,92	0,41	0,0	100,0
Leucemia linfatica cronica	88	6,21	4,82	0,52	1,1	93,2	57	3,79	2,40	0,33	1,8	94,7
Leucemia mieloide acuta	75	5,29	4,20	0,50	1,3	98,7	75	4,99	3,74	0,47	0,0	98,7
Leucemia mieloide cronica	20	1,41	1,19	0,27	0,0	100,0	15	1,00	0,82	0,23	0,0	100,0
Altre MMPC e SMDC	194	13,70	10,08	0,74	1,0	84,5	148	9,85	5,97	0,53	4,1	79,7
Leucemie NAS	21	1,48	0,99	0,22	38,1	14,3	14	0,93	0,44	0,12	35,7	0,0
Miscellanea	3	0,21	0,17	0,10	0,0	100,0	4	0,27	0,27	0,14	0,0	100,0
Mal definite e metastasi	171	12,07	8,85	0,69	5,3	56,7	182	12,11	6,82	0,55	10,4	46,7
Totale	10063	710,40	541,29	5,52	1,2	82,3	8261	549,80	398,43	4,65	1,8	88,2
Totale - (a)	8253	582,62	445,70	5,02	1,5	78,5	7056	469,61	345,14	4,35	2,1	86,3
Totale - (a+b)	8096	571,54	435,68	4,96	1,5	79,0	6788	451,77	330,84	4,25	2,1	87,4

Incidenza. Tasso standardizzato diretto pop. Europea (per 100.000 residenti) per genere e per tipo di neoplasia. Confronto tra i dati 2006-2010 per l'ASL di Taranto, la città di Taranto, il resto della provincia e i dati del Pool AIRTUM 2006-2009 e i dati dei registri tumori AIRTUM 2006-2009 del Sud e Isole.

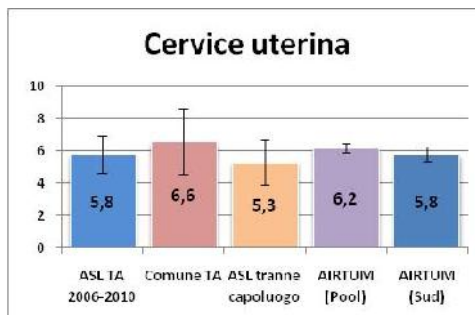
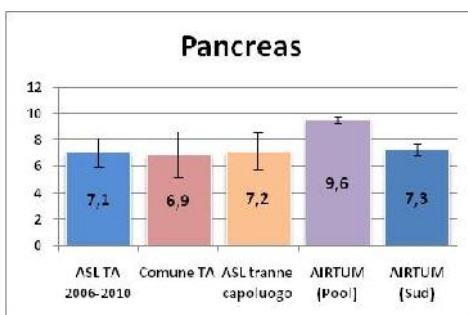
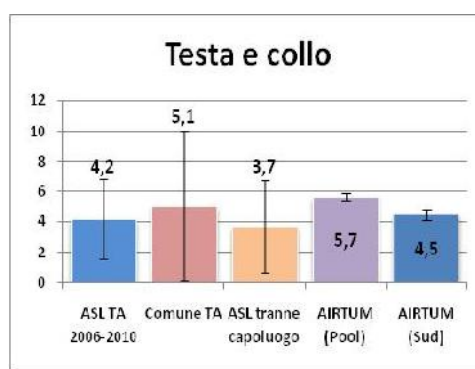
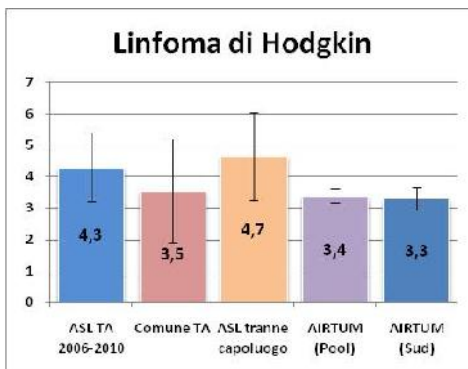
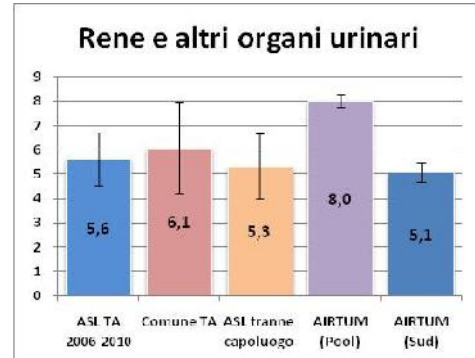
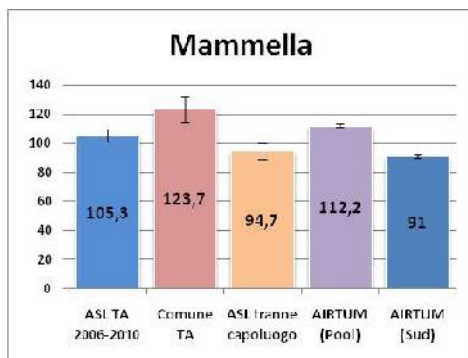
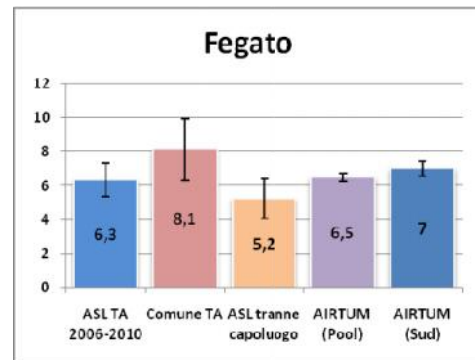
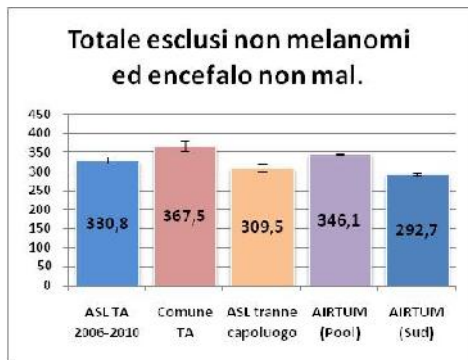
(FONTE: AIRTUM. ITACAN: TUMORI IN ITALIA, VERSIONE 2.0. ASSOCIAZIONE ITALIANA DEI REGISTRI TUMORI [HTTP://WWW.REGISTRI-TUMORI.IT](http://www.registri-tumori.it))

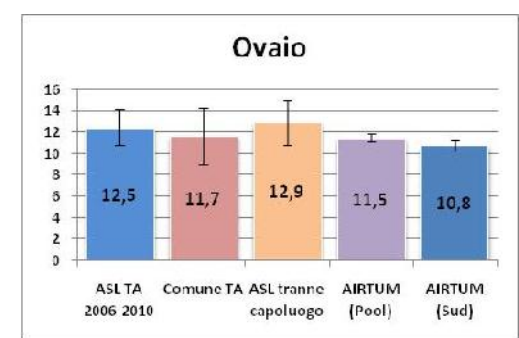
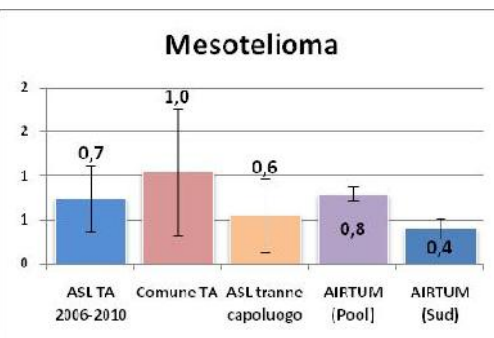
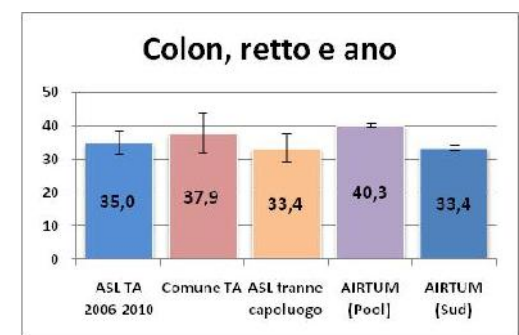
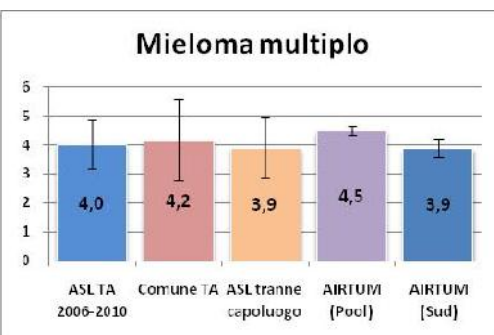
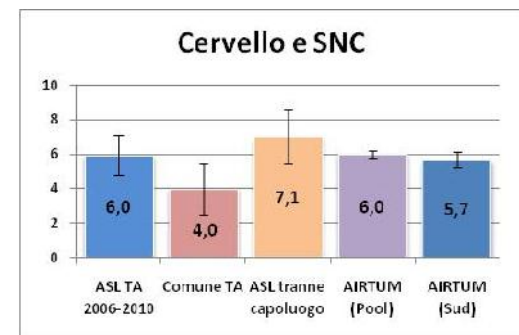
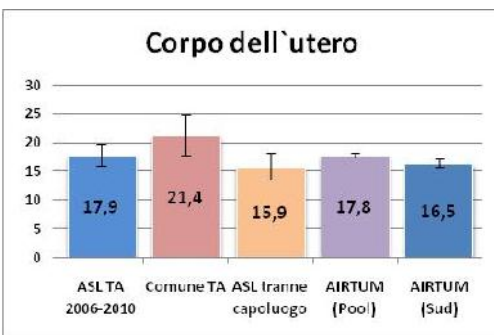
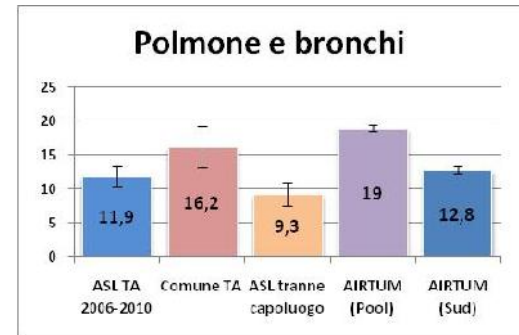
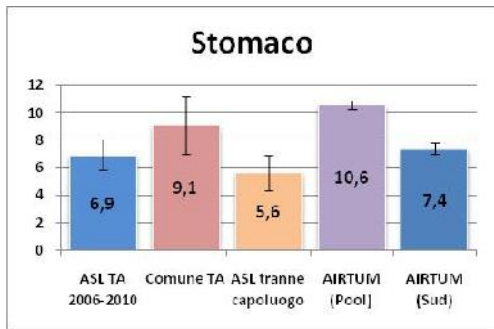
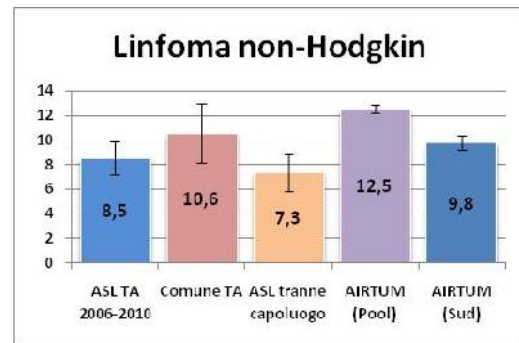
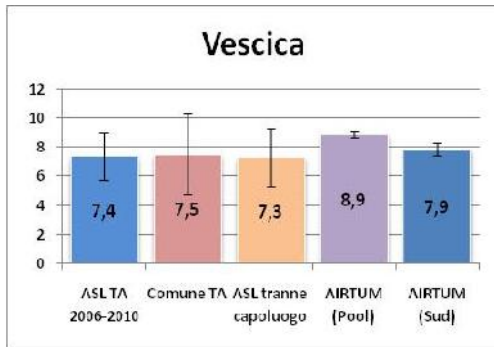
SEZIONE 1 – ASL TA. Tumori maschili

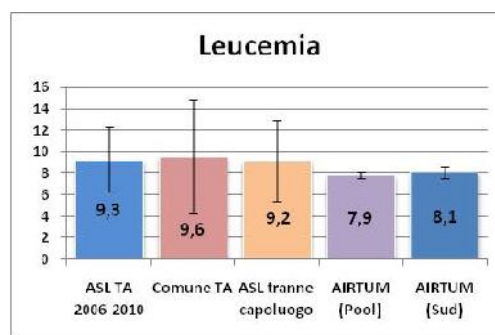
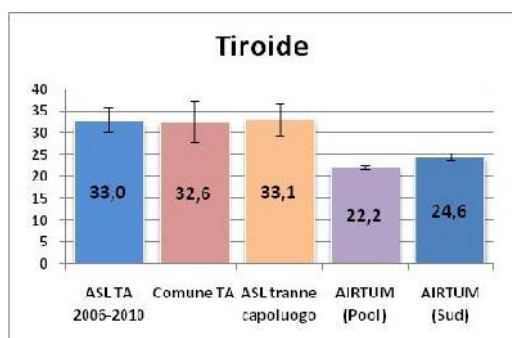




SEZIONE 2 – ASL TA. Tumori femminili







STUDI COLLABORATIVI REALIZZATI DAL REGISTRO TUMORI PUGLIA

L'incidenza del melanoma della cute in Puglia (anni 2006-2008)

Premessa

Il melanoma cutaneo è un tumore per cui si riconosce una forte eterogeneità geografica, infatti tale neoplasia interessa soprattutto le popolazioni di razza caucasica dell'Europa, dell'America Settentrionale e dell'Oceania, con un gradiente discendente andando dai poli verso l'equatore.

Pur non essendo un tumore molto frequente in assoluto, è il terzo tumore più frequente in entrambi i sessi al di sotto dei 50 anni di età.

E' uno dei tumori per cui si osserva un evidente trend ascendente di incidenza in entrambi i sessi e le stime prevedono un ulteriore aumento dei casi negli anni a venire, con un incremento percentuale annuo (APC) superiore al 3,5%. Nei maschi si è osservato in anni recenti anche un aumento, non statisticamente significativo, della mortalità, che attualmente appare stabile, nelle femmine la mortalità è costante. Nel 2014 sono stimati in Italia 11.000 casi di melanoma cutaneo con una leggera preponderanza del sesso maschile e gli ultimi dati ISTAT (2011) attestano 1807 decessi per melanoma. Anche in Italia si riscontra un evidente gradiente nord-sud con incidenza e mortalità più alte al Nord, intermedie al Centro e più basse al Sud.

Sono note quattro forme istologiche principali, caratterizzate da diversa prognosi: a diffusione superficiale, nodulare, su lentigo maligna, acrolentiginosa. I primi due istotipi sono i più frequenti e tra i due quello nodulare è quello con prognosi peggiore, in quanto è caratterizzato da crescita verticale *ab initio* e comportamento aggressivo.

Sono noti fattori di rischio genetici/fenotipici e ambientali. I primi comprendono il fenotipo cutaneo chiaro, il numero complessivo di nevi, il numero di nevi displasici e atipici, la storia familiare di melanoma, la presenza di mutazioni genetiche a carico di geni oncosoppressori deputati alla riparazione del DNA (es. CDKN2A,CDK4).

Il fattore ambientale più noto è l'esposizione a radiazioni ultraviolette naturali o artificiali, con un rischio particolare per esposizioni intense, intermittenti, avvenute in età infantile/giovanile, e soprattutto in caso di interazione con un fenotipo chiaro (I, II).

Le creme protettive anti-UV hanno un ruolo controverso, in quanto possono aumentare la durata di esposizione soprattutto nelle ore più calde della giornata, ma nel complesso sembrano avere una capacità protettiva.

Esistono anche possibili fattori di rischio chimici (come alcuni pesticidi) e situazioni personali come le immunodeficienze.

Le strategie di prevenzione primaria prevedono di esporsi al sole moderatamente, evitando le ore comprese tra le 12.00 e le 15.00, di utilizzare creme protettive adatte al fototipo, di non esporre bambini piccoli al sole, di evitare le lampade e i lettini abbronzanti. La diagnosi precoce prevede un autocontrollo dei nevi (regola ABCDE, con A = asimmetria; B = irregolarità dei bordi; C = variabilità del colore; D=diametro \geq 5mm; E = evoluzione della lesione), visita dermatologica con microscopia ad epiluminescenza/dermatoscopia in presenza di lesioni sospette.

Obiettivo

Questo studio è uno dei primi in cui sono stati utilizzati i dati di incidenza di tutte le sezioni del Registro Tumori Puglia (RTP). Oltre alle informazioni raccolte routinariamente, sono state ricercate anche le variabili istopatologiche e biomolecolari di alto interesse prognostico, presenti nella scheda specifica del melanoma, dopo aver adottato un protocollo di raccolta condiviso. Tutti i dati sono stati sottoposti a controllo di qualità da parte del centro di coordinamento del RTP e i casi dubbi rivisti e corretti attraverso lo scambio di informazioni tra centro e sezioni periferiche.

L'obiettivo principale dello studio era quello di ottenere un primo dato di incidenza di melanoma cutaneo a livello di tutta la regione e poi di permettere confronti sia interprovinciali, sia con i dati nazionali e delle macroaree.

Materiali e metodi

Sono stati inclusi tutti i casi di melanoma cutaneo invasivo (8720-8780/3, C44.0- C44.9) incidenti negli anni 2006-2008, registrati dalle sezioni periferiche di Bari (otto comuni della provincia), BAT, Brindisi, Foggia, Lecce, Taranto, corrispondenti a circa l'80% della popolazione regionale.

Le variabili di approfondimento considerate sono le seguenti: TNM e stadio alla diagnosi, morfologia specifica, livello di Clark, spessore di Breslow, sottosede cutanea, fase di crescita, citotipo, istotipo, invasione vascolare, ulcerazione, regressione, residui nevici, numero di figure mitotiche. Inoltre è stato calcolato anche lo stadio semplificato (localizzato, con

interessamento dei linfonodi regionali, con metastasi a distanza) proposto dal SEER.

Sono stati calcolati tassi grezzi, tassi età specifici e tassi standardizzati diretti con la popolazione standard europea.

Risultati

Sono stati registrati 1073 casi di melanoma cutaneo invasivo incidenti, 521 maschi e 552 femmine.

La conferma istologica del melanoma è presente nel 99% dei casi, l'informazione su un importante fattore prognostico, come lo spessore di Breslow, nell'86% dei casi.

La sede più frequente negli uomini è il tronco, nelle donne gli arti, a conferma del dato di letteratura.

Nelle tabelle e nei grafici che seguono sono riportati i risultati dettagliati.

Tabella 1. Incidenza: numeri assoluti, tassi grezzi, tassi standardizzati con popolazione europea – Puglia (2006-2008)

Sesso	N	Tassi grezzi*	Tassi standardizzati*	Età media (aa)
M	521	11	9.4	58
F	552	10.9	9.3	54
TOT	1073	11	9.3	56

* Per 100.000 ab.

Figura 1. Distribuzione per stadio dei melanomi cutanei – Puglia, 2006-2008

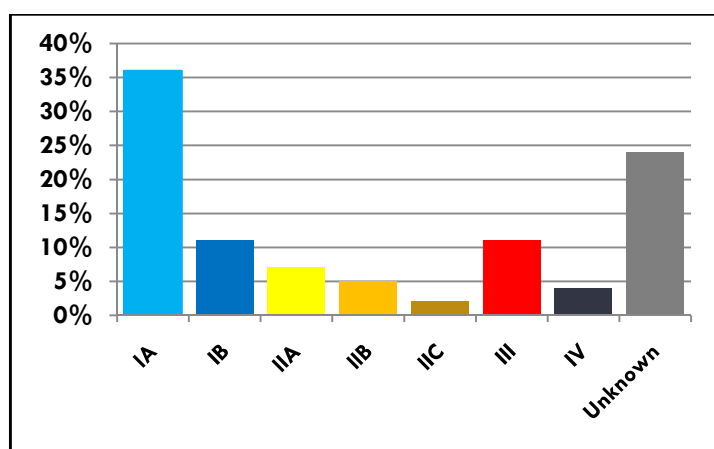


Figura 2. Tassi di incidenza età specifici, per 100.000 – Puglia, Italia, macroarea Sud, 2006-2008

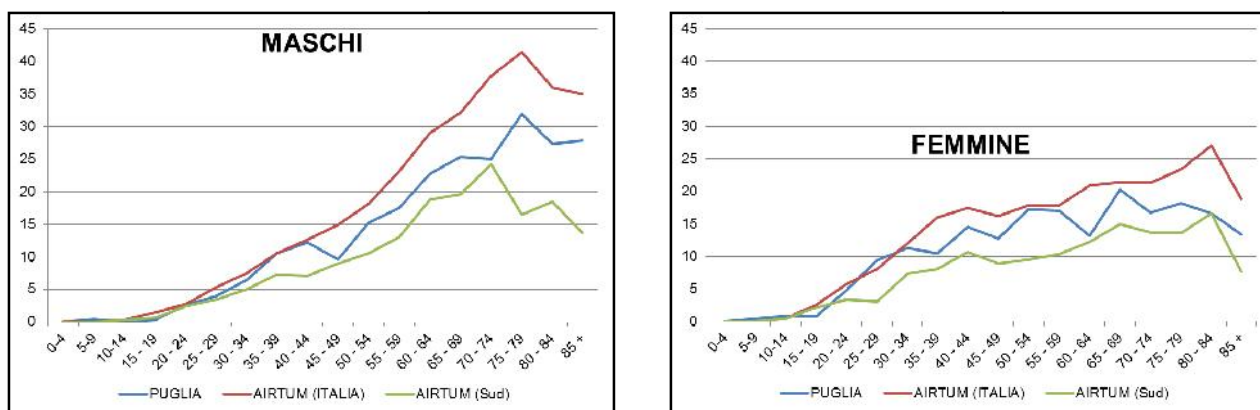
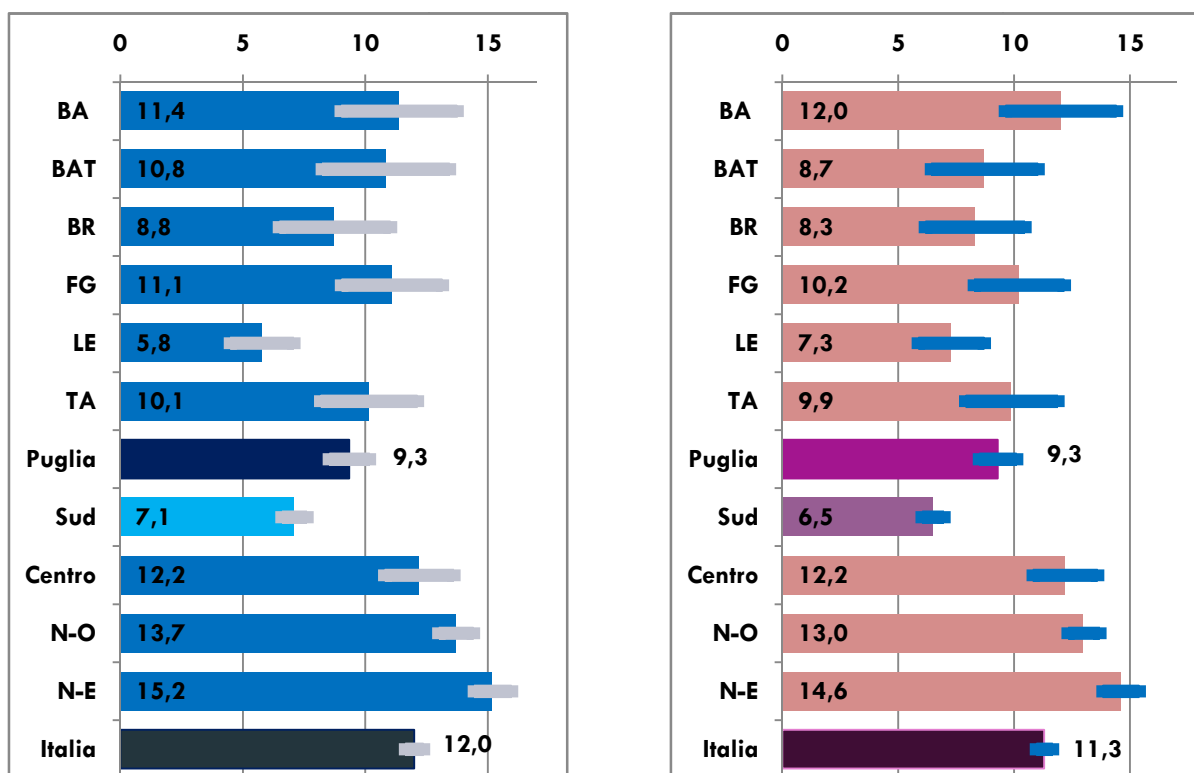


Figura 3. Tassi standardizzati diretti di incidenza, per 100.000 (pop. Standard Europea) [95% IC] – Province pugliesi, Italia, macroaree, 2006-2008



Conclusioni

Da questo studio emerge che l'incidenza di melanoma cutaneo in Puglia è significativamente più alta rispetto a quella riscontrata nella macroarea Sud e più bassa rispetto a quella delle altre macroaree italiane. Un gradiente geografico si riscontra anche all'interno della stessa regione, in quanto l'incidenza più bassa si rileva nella provincia più meridionale, quella di Lecce. Nel complesso questo studio è un esempio

di attiva cooperazione tra le differenti sezioni del registro tumori Puglia e il centro di coordinamento, col raggiungimento di un elevato livello di accuratezza anche nella registrazione di variabili aggiuntive. Occorre migliorare la capacità di stadiazione, che è molto dipendente dal diverso grado di accesso alle informazioni clinico-patologiche da parte delle diverse sezioni, relative a ricoveri e prestazioni sanitarie anche successivi al momento

diagnostico. Una stadiazione completa e affidabile è indispensabile per effettuare corrette analisi di sopravvivenza.

Bibliografia

- Rapporto Registro Tumori 2014 - Provincia BAT
http://issuu.com/aslbt/docs/registro_tumori_2014_asl_bt_8edc3d3ffab84d
- I numeri del cancro in Italia – 2014 (AIRTUM, AIOM)
- Linee guida AIOM – Melanoma (2013)
- Basi scientifiche per linee guida ISS – Il melanoma cutaneo (2012)

Incidenza dei tumori maligni infantili in Puglia , anni 2003-2008

Introduzione

I tumori che insorgono in età infantile, tra 0 e 14 anni, sono molto diversi da quelli che si rilevano in età adulta per sede di insorgenza, velocità di accrescimento, caratteristiche istopatologiche e modalità di risposta ai farmaci antitumorali. Inoltre, per diverse ragioni i bambini sono riconosciuti come un gruppo di popolazione più vulnerabile all'azione di cancerogeni dispersi nell'ambiente e per questo la sorveglianza sulla loro salute è motivo di forte attenzione¹.

Tutto ciò giustifica un particolare interesse sui tumori che insorgono in questa fascia di età e lo svolgimento di studi specifici volti a caratterizzarne la frequenza e ad evidenziare possibili incrementi rispetto ai valori attesi.

Riportiamo in questa sezione un breve riassunto dello studio, accettato per la pubblicazione sulla rivista *Epidemiologia & Prevenzione*, con il quale ci siamo proposti di determinare l'incidenza dei tumori infantili in Puglia nel periodo dal 2003 al 2008 e stabilire i primi confronti con i dati nazionali e tra le diverse Asl in cui è stata attivata la registrazione dei tumori. I dati raccolti comprendono quelli relativi alla città di Taranto, definita, con Brindisi, "area ad elevato rischio di crisi ambientale" (DPCM 30 novembre 1990), in cui è stata documentata una situazione di contaminazione ambientale e l'esistenza di criticità per la salute dei bambini in base a studi su dati di mortalità e di incidenza dei tumori maligni.^{2,3,4,5} Rispetto a quanto emerso in tali indagini, un'ulteriore finalità del presente studio è stata quella di mettere a disposizione nuove informazioni utili alla conoscenza dello stato di salute della popolazione in età pediatrica residente in quest'area a forte pressione ambientale.

Materiali e metodi

Hanno contribuito all'indagine il registro tumori della Asl Lecce con i casi incidenti negli anni dal 2003 al 2006, i registri delle Asl Taranto, BT e Brindisi con i casi incidenti negli anni dal 2006 al 2008. La popolazione pugliese del 2011 nella classe di età 0-14 anni è pari a 599846,

quella residente nelle aree coperte dalle quattro Asl sopra indicate è 316747. La percentuale di popolazione infantile pugliese monitorata dai registri è pertanto pari al 52.8%.

Sono stati selezionati i casi di tumore maligno (comportamento /3 secondo la classificazione ICD-O-3) diagnosticati nella fascia d'età 0-14 anni. Sono perciò stati esclusi tutti i casi di tumore a comportamento benigno o incerto. L'esclusione ha riguardato anche i casi di tumore a comportamento benigno o incerto del sistema nervoso centrale e i casi di astrocitomapilocitico che nella terza revisione dell'ICD-O ha cambiato comportamento da maligno a incerto. Di tutti i casi è stata verificata la residenza al momento della diagnosi presso le anagrafi dei rispettivi comuni.

I dati raccolti, classificati secondo la classificazione ICD-O-3⁶ utilizzata dal RTP, sono stati riportati ai codici della classificazione internazionale per i tumori infantili ICC-3.⁷

L'AIEOP ha messo a disposizione del RTP una base di dati derivante dal Mod. 1.01 relativa ai casi di tumore diagnosticati in bambini residenti in Puglia negli anni dal 2000 al 2012 presso i centri aderenti a tale associazione.⁸ La casistica raccolta dai registri pugliesi è stata confrontata con quella AIEOP alla ricerca di eventuali incompletezze o di diagnosi errate. Da queste verifiche non è emersa la segnalazione di nuovi casi rispetto a quelli già noti al RTP in base alle altre fonti utilizzate, ma le ulteriori informazioni acquisite hanno fornito importanti elementi di conferma e precisazione delle diagnosi.

Sono stati calcolati i tassi di incidenza grezzi e standardizzati diretti (popolazione standard europea)⁹ per tutti i tumori maligni, ciascuna delle categorie principali della classificazione ICC-3 e alcune categorie minori: leucemia linfoide (Ia), leucemia mieloide acuta (Ib), linfoma di Hodgkin (IIa), linfoma non Hodgkin incluso il linfoma di Burkitt (IIb-IIc),

medulloblastoma ed altri tumori intracranici e intraspinali (IIIc).

Per tutti i tumori maligni, considerando tutta la casistica e le singole Asl, sono stati calcolati i tassi di incidenza specifici per le classi di età 0, 1-4, 5-9 e 10-14 e i rapporti standardizzati di incidenza (SIR), utilizzando come riferimento i tassi dei tumori maligni del Pool AIRTUM relativi agli anni 2003-2008 (in seguito indicati in breve come tassi AIRTUM).

Risultati

Nelle quattro sezioni del RTP, per gli anni considerati, sono stati identificati 183 casi di tumori maligni infantili su un totale di 1.106.481 anni-persona. La probabilità di sopravvivenza di tutti i casi di tumore maligno a 5 anni dalla diagnosi è risultata pari all'83.1%.

Il dettaglio del numero dei casi e dei tassi per ciascuna delle sedi considerate è riportato nella tabella 1.

Tabella 1. Numero di casi e tasso grezzo(per 1000000)dei tumori infantili per sezioni del registro tumori Puglia

Gruppi di neoplasie secondo ICCC-3	Brindisi		BT		Lecce		Taranto		Totale	
	N.	Tasso grezzo	N.	Tasso grezzo	N.	Tasso grezzo	N.	Tasso grezzo	N.	Tasso grezzo
I Leucemia	9	51,6	9	44,7	19	40,2	14	54,1	51	46,1
Ia Leucemia linfoide	6	34,4	5	24,8	15	31,7	10	38,6	36	32,5
Ib Leucemia mieloide acuta	1	5,7	2	9,9	1	2,1	1	3,9	5	4,5
II Linfoma	7	40,2	0	0,0	10	21,1	12	46,3	29	26,2
IIa Linfoma di Hodgkin	3	17,2	0	0,0	4	8,5	6	23,2	13	11,7
IIb-IIc Linfoma non Hodgkin	4	22,9	0	0,0	5	10,6	5	19,3	14	12,6
III Tumori maligni del SNC	4	22,9	5	24,8	12	25,4	6	23,2	27	24,4
IIIc Tumori embrionali intracranici e intraspinali	1	5,7	2	9,9	6	12,7	3	11,6	12	10,8
IV Neuroblastoma	2	11,5	4	19,9	8	16,9	4	15,4	18	16,3
V Retinoblastoma	1	5,7	1	5,0	1	2,1	3	11,6	6	5,4
VI Tumore renale	1	5,7	3	14,9	5	10,6	3	11,6	12	10,8
VII Tumore epatico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
VIII Tumore maligno dell'osso	3	17,2	1	5,0	1	2,1	1	3,9	6	5,4
IX Sarcomi	0	0,0	5	24,8	4	8,5	5	19,3	14	12,7
X Tumore a cellule germinali, tumore trofoblastico, neoplasie delle gonadi	0	0,0	2	9,9	3	6,3	1	3,9	6	5,4
XI Altri tumori epiteliali e melanoma	1	5,7	4	19,9	0	0,0	6	23,2	11	9,9
XII Altri e non specificati tumori maligni	0	0	0	0	2	4,2	1	3,9	3	2,7
Tutti i tumori maligni	28	160,6	34	168,9	65	137,5	56	216,2	183	165,2

Complessivamente il tasso grezzo dei tumori maligni infantili rilevato in Puglia è pari a 165.2 per milione. La Asl di Lecce ha rilevato l'incidenza più bassa pari a 137.5 per milione e quella di Taranto l'incidenza più alta pari a 216.2 per milione. In tutte le sezioni non è stato rilevato nessun caso di tumore epatico e in alcune sezioni non sono stati rilevati casi relativi

a specifici gruppi di neoplasie, come i linfomi nel registro della Asl BT, i sarcomi e i tumori germinali nella Asl di Brindisi e i tumori epiteliali in quella di Lecce.

Nella tabella 2 sono riportati i tassi standardizzati per età. Nell'ultima colonna a destra si mostrano per confronto i tassi AIRTUM rilevati nello stesso periodo temporale.

Tabella 2. Tassi standardizzati per 1000000 (pop europea) dei tumori infantili per sezioni del registro tumori Puglia. Tra parentesi gli intervalli di confidenza al 95%.

Gruppi di neoplasie secondo ICC-3	Brindisi	BT	Lecce	Taranto	Totale	Pool AIRTUM
I Leucemia	53.6 (24.4-102.3)	48.0 (21.8-91.1)	40.6 (24.3-63.6)	55.0 (30.0-92.7)	47.4 (35.2-62.4)	53.9 (50.5-57.5)
Ia Leucemia linfoide	36.7 (13.4-80.0)	26.3 (8.5-61.5)	31.3 (17.4-52.0)	39.2 (18.7-72.4)	33.1 (23.1-46.0)	43.5 (40.4-46.8)
Ib Leucemia mieloide acuta	5.1 (0.1-21.2)	10.3 (1.2-37.4)	2.5 (0.1-13.1)	4.5 (0.1-23.8)	4.5 (1.5-11.1)	6.8 (5.6-8.1)
II Linfoma	35.5 (14.3-75.1)	0.0 (0.0-19.4)	20.2 (9.6-37.6)	42.8 (22.1-75.5)	24.2 (16.2-35.0)	25.3 (23.0-27.7)
Ila Linfoma di Hodgkin	15.2 (3.1-46.8)	0.0 (0.0-19.4)	7.9 (2.1-20.7)	21.3 (7.8-47.2)	10.7 (5.7-18.5)	10.5 (9.1-12.1)
Ilb-Ilc Linfoma non Hodgkin	20.3 (5.5-54.1)	0.0 (0.0-19.4)	10.5 (3.4-24.9)	17.8 (5.8-42.5)	11.9 (6.5-20.1)	11.2 (9.7-12.9)
III Tumori maligni del SNC	22.0 (6.0-57.5)	23.2 (7.5-55.3)	26.2 (13.5-46.0)	23.3 (8.5-51.2)	24.4 (16.0-35.6)	20.8 (18.7-23.1)
IIIc Tumori embrionali intracranici e intraspinali	5.5 (0.1-32.3)	9.2 (1.1-34.9)	12.5 (4.5-27.6)	10.9 (2.2-32.8)	10.5 (5.4-18.4)	6.3 (5.2-7.6)
IV Neuroblastoma	13.7 (1.7-47.7)	23.6 (6.4-59.1)	19.3 (8.3-37.7)	17.9 (4.9-44.9)	18.8 (11.2-29.6)	13.8 (12.1-15.7)
V Retinoblastoma	6.8 (0.2-36.1)	5.7 (0.1-30.5)	2.5 (0.1-13.1)	13.4 (2.8-38.3)	6.4 (2.3-13.6)	4.1 (3.2-5.2)
VI Tumore renale	6.7 (0.2-35.8)	17.4 (3.6-49.6)	11.9 (3.9-27.5)	11.6 (2.4-34.5)	12.0 (6.2-20.9)	8.6 (7.3-10.2)
VII Tumore epatico	0.0 (0.0-22.4)	0.0 (0.0-19.4)	0.0 (0.0-8.3)	0.0 (0.0-15.0)	0.0 (0.0-3.5)	2.0 (1.4-2.8)
VIII Tumore maligno dell'osso	16.9 (3.4-50.6)	4.7 (0.1-27.6)	1.8 (0.0-11.4)	3.5 (0.1-21.0)	5.1 (1.9-11.4)	8.1 (6.9-9.5)
IX Sarcomi	0.0 (0.0-22.4)	26.4 (8.5-61.7)	9.5 (2.6-24.1)	19.8 (6.4-46.5)	13.6 (7.4-22.8)	10.6 (9.1-12.2)
X Tumore a cellule germinali, tumore trofoblastico, neoplasie delle gonadi	0.0 (0.0-22.4)	10.5 (1.2-38.1)	7.4 (1.5-21.1)	3.7 (0.1-21.7)	5.9 (2.1-12.8)	5.2 (4.1-6.3)
XI Altri tumori epiteliali e melanoma	5.1 (0.1-31.2)	18.2 (5.0-48.2)	0.0 (0.0-8.3)	20.7 (7.6-46.3)	8.8 (4.4-16.0)	7.9 (6.7-9.3)
Tutti i tumori maligni	160.4 (106.2-232.9)	177.7 (122.7-248.7)	144.3 (111.1-184.2)	216.2 (163.0-281.4)	169.7 (145.9-196.4)	164.1 (158.1-170.3)

Nei singoli anni dal 2006 al 2008 i tassi standardizzati per milione di tutti i tumori maligni sono risultati: 172.4 nel 2006, 216.3 nel 2007 e 158.5 nel 2008.

In figura 1 sono mostrati i tassi standardizzati per milione per le principali categorie di tumori analizzate.

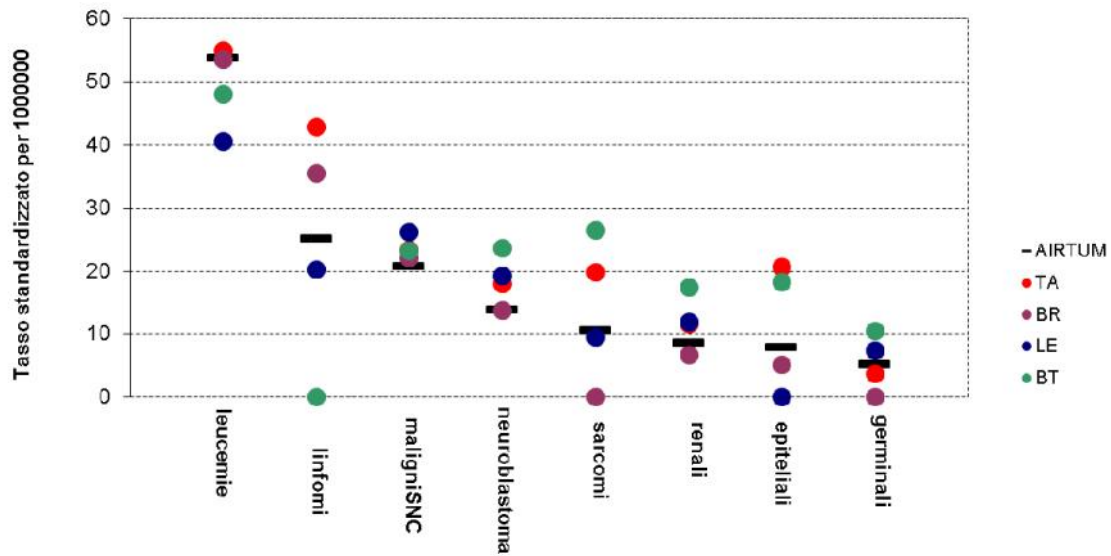


Figura 1. Tassi standardizzati per 100000 (pop europea) dei tumori infantili per sezioni del registro tumori Puglia.

In figura 2 è illustrato l'andamento dei tassi età specifici di tutti i tumori infantili rilevati in ciascuna delle 4 Asl e nell'insieme delle sezioni del RTP. La linea nera tratteggiata corrisponde

al dato complessivo delle quattro sezioni mentre quella più spessa e chiara descrive l'andamento dei tassi AIRTUM età specifici per tutti i tumori maligni infantili.

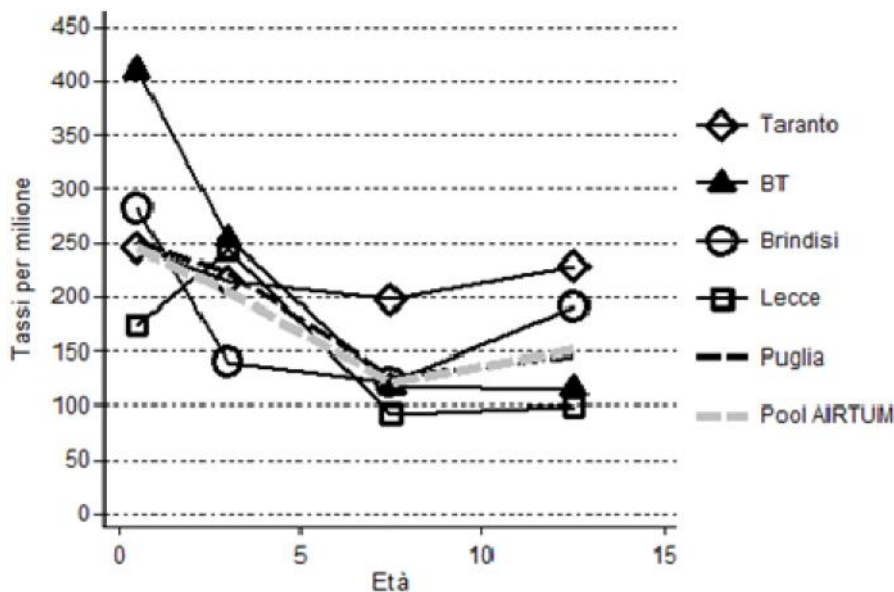


Figura 2. Tassi di incidenza età specifici (per 100000) per ciascuna sezione del registro tumori Puglia, l'insieme delle sezioni e il Pool AIRTUM).

Si può rilevare una stretta corrispondenza tra i tassi età specifici rilevati nell'insieme delle quattro sezioni del RTP e i tassi AIRTUM.

Rispetto a questo riferimento si nota una più alta incidenza di tumori nel primo anno di vita nella

Asl BT e nella fasce di età 5-9 e 10-14 nella Asl di Taranto.

quattro Asl e dell'insieme delle quattro sezioni del RTP.

Infine, la tabella 3 riporta i SIR per tutti i tumori infantili stimati nelle casistiche di ciascuna delle

Sezioni	Osservati	Attesi	SIR	95% IC
Brindisi	28	27.9	100.2	(66.6 -144.9)
Asl BT	34	32.3	105.4	(73.0 -147.2)
Lecce	65	76.0	85.5	(66.0 -109.0)
Taranto	56	41.6	134.6	(101.7 -174.8)
Totale	183	177.8	102.9	(88.5 -119.0)

Tabella 3. Rapporti standardizzati di incidenza per tutti i tumori maligni infantili rilevati nelle sezioni del registro tumori della Puglia.

Nel totale delle sezioni e nelle Asl Brindisi e BT il numero dei casi osservati è molto vicino al valore degli attesi. Nella Asl Lecce si rileva un SIR inferiore a 100, ma con limiti di confidenza che comprendono 100. Nella Asl Taranto si registra un SIR significativamente superiore a 100 come indicato dall'intervallo di confidenza al 95% che non comprende 100 (p a due code = 0.036).

Nella casistica della Asl Taranto sono stati calcolati i SIR età specifici per tutti i tumori maligni infantili: età 0-1: 100.5 (27.4-257.3); età 1-4: 104.8 (57.3-175.9); età 5-9: 164.0 (95.6-262.6); età 10-14: 150.9 (93.4-230.7).

Conclusioni

Trattandosi di patologie rare, anche piccoli errori di rilevazione possono produrre effetti rilevanti sugli indicatori di incidenza. Per questo è importante sottolineare la qualità della base di dati utilizzata per ottenere i risultati presentati, che deriva dall'incrocio di diverse fonti informative ed è stata ulteriormente supportata dalla banca dati Mod. 1.01 dell'AIEOP con la quale è stata effettuato un minuzioso lavoro di incrocio dell'informazione già disponibile.

Nell'insieme delle 4 sezioni del RTP il tasso di incidenza standardizzato per tutti i tumori

maligni è risultato essere molto vicino al tasso AIRTUM. Analizzando per singola sezione emerge il risultato relativo alla Asl di Taranto in cui si stima un SIR per tutti i tumori maligni infantili significativamente superiore a 100.

Prendendo in considerazione i singoli gruppi di tumori, i tassi standardizzati relativi all'insieme delle quattro sezioni del RTP appaiono tutti confrontabili con i corrispondenti tassi AIRTUM. I risultati nelle singole Asl sono condizionati dalla bassa numerosità dei casi e quindi dall'alta imprecisione delle stime. Ogni considerazione desumibile dal confronto dell'incidenza di un gruppo di tumori infantili in una singola Asl con i tassi AIRTUM deve essere perciò fatta con la necessaria cautela e vista soprattutto come una indicazione preliminare da saggiare in studi successivi. Fatta questa premessa, si osserva che nella Asl di Taranto i linfomi, i tumori epiteliali e i sarcomi sembra abbiano tassi standardizzati di incidenza apprezzabilmente più alti dei tassi AIRTUM. Esaminando l'andamento dei tassi età specifici per tutti i tumori maligni infantili emerge un ulteriore spunto di riflessione in merito al rilevato eccesso di tumori infantili a Taranto. Infatti, si è osservato che la differenza rispetto ai tassi AIRTUM riguarda solo le classi di età 5-9 e 10-14 i cui SIR stimati sono rispettivamente 164.0 (95.6-262.6) e 150.9 (93.4-230.7). Tale rilievo richiede

indubbiamente successive conferme, ma può costituire un utile indizio per individuare con maggior precisione un particolare sottogruppo dove l'impatto della contaminazione ambientale è più evidente e orientare le indagini sui possibili meccanismi di esposizione.

Obiettivi del prosieguo della ricerca sono, perciò, stimare con maggiore precisione l'incidenza dei tumori pediatrici per ciascun gruppo di tumori e ciascuna Asl, stimare l'incidenza dei tumori pediatrici nella città di Taranto e nei maggiori centri urbani della regione che rientrano nelle aree attualmente coperte dal monitoraggio dei tumori in Puglia e valutare eventuali concentrazioni di casi di tumore nell'ambito delle grandi aree urbane rispetto al resto della provincia.

Bibliografia

- Iavarone I, Biggeri A, Cadum E et al SENTIERI KIDS: monitorare lo stato di salute infantile nei siti inquinati in Italia *Epidemiologia e Prevenzione* 2014; 38 (2) Suppl. 1:153-157
- Comba P, Pirastu R, Conti S et al. Environment and health in Taranto, southern Italy: epidemiological studies and public health recommendations *Epidemiologia e Prevenzione* 2012 Nov-Dec; 36 (6): 305-320
- Pirastu R, Ancona C, Iavarone I et al.(a cura di). SENTIERI. Studio epidemiologico nazionale dei territori e degli insediamenti esposti a rischio da inquinamento (SENTIERI). Valutazione della evidenza epidemiologica. *Epidemiologia e Prevenzione* 2010; 34(5-6) Suppl.3: 1-96
- Iavarone I, Comba P, Crocetti E, Biondi A. SENTIERI KIDS: protecting health and preventing childhood cancer in contaminated sites. *Epidemiologia e Prevenzione*, 2013 a);37(2-3):113-4.
- Relazione relativa alle attività affidate all'Istituto Superiore di Sanità ex art. 8,

comma 4-ter legge n°6 del 6 febbraio 2014 (SIN DI TARANTO) (aggiornamento dello studio SENTIERI)

A cura di:

- Loredana Musmeci, Pietro Comba, Lucia Fazzo, Ivano Iavarone (Dipartimento Ambiente e connessa Prevenzione Primaria)
- Stefania Salmaso, Susanna Conti, Valerio Manno, Giada Minelli (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute),
- componenti del Gruppo di Lavoro "Terra dei Fuochi" designato dal Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità per lo svolgimento delle attività che il Decreto Legge 10 dicembre 2013, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 febbraio 2014, n.6, stabilisce vengano svolte dall'ISS. Disponibile online sul sito dell'ISS http://www.iss.it/binary/pres/cont/Terra_dei_Fuochi_AGGIORNAMENTO_SENTIERI.pdf
- Fritz A, Percy C, Jack A, et al., editors. International Classification of Diseases for Oncology. 3rd ed. Geneva: World Health Organization, 2000
- Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. *International Classification of Childhood Cancer, third edition*. *Cancer* 2005;103(7):1457-67
- Pession A, Dama E, Rondelli R et al Italian Association of Paediatric Haematology and Oncology. Survival of children with cancer in Italy, 1989-98. A report from the hospital based registry of the Italian Association of Paediatric Haematology and Oncology (AIEOP). *Eur J Cancer* 2008;44(9):12829
- Dos Santos Silva *Cancer Epidemiology: Principles and methods* Lyon 1999

Indice

PREFAZIONE	1
PRESENTAZIONE	2
LO SCHEMA ORGANIZZATIVO DEL REGISTRO TUMORI PUGLIA	4
Il Comitato Tecnico-Scientifico.....	4
Centro di coordinamento (IRCCS Oncologico).....	5
Settore di attività “Registro tumori”.....	5
LO SCHEMA DI FUNZIONAMENTO DEL REGISTRO TUMORI PUGLIA	6
Prima fase – Costruzione degli archivi	6
Seconda fase – Generazione della casistica	6
Terza fase – Codifica.....	6
Quarta fase – Validazione	7
Quinta fase – Pubblicazione.....	7
Accreditamento	7
FLUSSI INFORMATIVI E DIAGRAMMA DELLE ATTIVITÀ	8
ATTIVITÀ DEL REGISTRO TUMORI PUGLIA: PRESENTAZIONE DELLE ARTICOLAZIONI E STATO DI AVANZAMENTO	9
Centro di Coordinamento	10
Flussi Informativi gestiti dal Centro di Coordinamento	10
Recupero cartelle cliniche.....	13
Formazione del personale	13
Attività a supporto dell’ASL BT	13
Quadro sintetico degli anni di incidenza completati per ASL	15
ASL Bari.....	16
ASL Barletta-Andria-Trani	17
ASL Brindisi	18
ASL Foggia	19
ASL Lecce	20
ASL Taranto	21
Partecipazione a Corsi e Convegni	22
Pubblicazioni, Poster e Comunicazioni a convegni.....	23
INCIDENZA. CONFRONTI REGIONALI E NAZIONALI	26
SEZIONE 1 – Tumori maschili.....	26
SEZIONE 2 – Tumori femminili	29
ASL BARI	32
SEZIONE 1 – ASL BA. Tumori maschili	33
SEZIONE 2 – ASL BA. Tumori femminili	36
ASL BARLETTA-ANDRIA-TRANI	39
SEZIONE 1 – ASL BAT. Tumori maschili	40
SEZIONE 2 – ASL BAT. Tumori femminili	43
ASL BRINDISI	46

SEZIONE 1 – ASL BR. Tumori maschili.....	47
SEZIONE 2 – ASL BR. Tumori femminili.....	49
ASL FOGGIA.....	52
SEZIONE 1 – ASL FG. Tumori maschili.....	53
SEZIONE 2 – ASL FG. Tumori femminili.....	55
ASL LECCE.....	58
SEZIONE 1 – ASL LE. Tumori maschili	59
SEZIONE 2 – ASL LE. Tumori femminili	61
ASL TARANTO.....	64
SEZIONE 1 – ASL TA. Tumori maschili	65
SEZIONE 2 – ASL TA. Tumori femminili	67
STUDI COLLABORATIVI REALIZZATI DAL REGISTRO TUMORI PUGLIA.....	70
L'incidenza del melanoma della cute in Puglia (anni 2006-2008)	70
Premessa	70
Obiettivo	70
Materiali e metodi.....	71
Risultati.....	71
Conclusioni.....	72
Bibliografia.....	73
Incidenza dei tumori maligni infantili in Puglia , anni 2003-2008	74
Introduzione	74
Materiali e metodi.....	74
Risultati.....	75
Conclusioni.....	78
Bibliografia.....	79