



la collana
I Tumori in provincia di Salerno

è redatta a cura del
Assessorato alle Politiche Socio-Sanitarie
della Provincia di Salerno

Assessore:
Amilcare Mancusi



Provincia
di Salerno



Registro Tumori
Provincia di Salerno

I Tumori in provincia di Salerno

Anni 2008-2009

a cura di:

Luigi Cremone¹

Anna Luisa Caiazzo²

Giuseppe Della Greca²

Claudia Gaudiano¹

Arturo Iannelli¹

Maria Grazia Panico²

Gennaro Senatore¹

Arrigo Zevola¹

¹ Amministrazione Provinciale di Salerno

² Azienda Sanitaria Locale di Salerno

con la collaborazione di:

Ida Anna Alfano, Loredana Annunziato, Nicola Basile, Assunta Ferrante, Daniela Ferraro

Prefazione

Gerardo Bellino

Dirigente Registro Tumori della Provincia di Salerno

Le risultanze contenute nella pubblicazione del Registro Tumori della Provincia di Salerno (anni 2008/2009) non costituiscono soltanto mero lavoro statistico, ma concretano attività che Leonardo da Vinci avrebbe definito "sperienza", quale momento di osservazione e studio di "tristo male corporale".

Mi affido dunque per la prefazione al pensiero⁽¹⁾ del Genio, umile, prezioso e casto al pari dell'acqua di francescana memoria.

⁽¹⁾I pensieri sulla scienza sono tratti dal volume "Frammenti letterari e filosofici" di Leonardo da Vinci a cura di Edmondo Solmi – Ed. Giunti-Barbera – Firenze 1979.

*"Dell'error di quelli, che usano la pratica
senza scienza"*

*Quelli, che s'innamoran di pratica senza
scienza, son come 'l nocchiere, ch'entra in
navilio senza timone o bussola, che mai ha
certezza dove si vada.*

Il supremo bene è il sapere.

Cornelio Celso: *«Il sommo bene è la sapienza, il sommo male è 'l dolore del corpo: imperò che, essendo noi composti di due cose, cioè d'anima e di corpo, delle quali la prima è migliore, la peggiore è il corpo. La sapienza è della miglior parte, il sommo male è della peggior parte e pessima. Ottima cosa è nell'animo la sapienza, così è pessima cosa nel corpo il dolore. Adunque, sì come il sommo male è 'l corporal dolore, così la sapienza è dell'anima il sommo bene, cioè dell'uom saggio, e niuna altra cosa è da a questa comparare»*

La speranza.

La sapienza è figliola della speranza.

La legge di natura domina i fatti.

*Nessun effetto è in natura senza ragione;
intendi la ragione, e non ti bisogna speranza.*

Introduzione

Emanuele Crocetti
Segretario Nazionale AIRTUM
Associazione Italiana Registri Tumori

L'attività di un Registro Tumori come strumento informativo di sanità pubblica per il monitoraggio della patologia oncologica non può essere per sua natura episodica. È proprio nella continuità della rilevazione che i dati si consolidano e la ricostruzione di storie personali di malattia permette la definizione dei percorsi di cura e degli esiti.

Il mantenimento di un'attività di qualità rappresenta per un Registro Tumori una necessità ma è anche un impegno gravoso e tutt'altro che scontato.

È per questo motivo che la nuova pubblicazione del Registro Tumori della Provincia di Salerno, con i dati 2008-2009, che prosegue la serie dei volumi prodotti dal Registro, ha il valore addizionale di dimostrazione della capacità dei colleghi salernitani di essere riusciti a mantenere efficiente nel tempo un sistema informativo capace di svolgere un'attività di qualità elevata.

Questo lavoro del Registro Tumori della Provincia di Salerno vede la luce in un periodo di grande sviluppo dell'attività di rilevazione della patologia oncologica in Italia e soprattutto nell'Italia Meridionale. Questa crescita è stata promossa dal Centro Controllo delle Malattie del Ministero della Salute attraverso la collaborazione con l'Associazione Italiana Registri Tumori (Airtum) ed ha portato sia alla creazione che al consolidamento di Registri tumori specialmente nel sud Italia.

Questa fase di crescita è presente anche

nella Regione Campania dove, alle realtà di Salerno, che conferma proprio con questa importante pubblicazione la propria capacità di produrre indicatori epidemiologici di alta qualità, e a quella del Registro Tumori ASL Napoli 3 Sud, sono stati recentemente attivati anche i Registri di Benevento e di Caserta che contribuiranno a meglio definire i profili di rischio oncologico nella Regione.

In questo quadro di crescente interesse delle istituzioni locali i dati del Registro Tumori della Provincia di Salerno si presentano come il prodotto di un'attività a regime che ha visto il riconoscimento della propria rilevanza e qualità sia a livello nazionale con l'accREDITAMENTO, avvenuto ormai dieci anni fa, da parte dell'Associazione Italiana Registri Tumori, sia internazionale annoverandosi fra i registri contributori della più importante pubblicazione specialistica, il *Cancer Incidence in Five Continents* edito dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) di Lione.

Questa pubblicazione è solo la più recente delle manifestazioni dell'attività del Registro Tumori della Provincia di Salerno che è sempre stato propositivo anche nell'ambito della rete italiana. Nel 2004 è stata organizzata proprio a Salerno l'8° Riunione Scientifica annuale dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori.

Questo spirito collaborativo è confermato dalla partecipazione assidua del Registro Tumori della Provincia di Salerno con i propri dati agli studi cooperativi che hanno visto e

vedono coinvolti importanti collaborazioni istituzionali e scientifiche. Infine il Registro Tumori della Provincia di Salerno è presente con un suo rappresentante nell'organo direttivo AIRTUM e questa presenza è stata recentemente rinnovata a dimostrazione della stima professionale conquistata nell'ambito dell'Associazione.

La produzione di dati di qualità verificata è una garanzia per tutti coloro che li utilizzano siano essi le Istituzioni, la comunità scientifica o la cittadinanza.

È in questa ottica che vanno letti i nuovi dati 2008-2009 di incidenza, mortalità e sopravvivenza resi disponibili dal Registro Tumori della Provincia di Salerno attraverso schede specifiche ricche di informazioni estremamente interessanti e curate affinché la loro comprensione avvenga facilmente anche da parte di un pubblico non specialista.

Nello scenario nazionale attuale che indica una tendenza verso l'uniformazione degli stili di vita ed anche della frequenza dei tumori rimangono nell'area salernitana, pur con le interessanti e documentate differenze locali, alcune di quelle peculiarità che caratterizzano, o meglio caratterizzavano, il nostro mezzogiorno. Non a caso lo studioso statunitense Ancel Keys, uno dei padri della Dieta Mediterranea, aveva eletto nel Cilento la propria residenza.

Ai colleghi del Registro Tumori della Provincia di Salerno va il mio personale compiacimento per questa importante pubblicazione e l'augurio che l'Associazione Italiana Registri Tumori continui anche in futuro a trovare in loro l'entusiasmo, la buona volontà e la competenza che hanno fin'ora caratterizzato la nostra proficua collaborazione.

Presentazione

Antonio Iannone
Presidente della Provincia di Salerno

Amilcare Mancusi
*Assessorato al Bilancio, Personale e politiche Socio-Sanitarie
della Provincia di Salerno*

Il rapporto 2013 della collana "I tumori in provincia di Salerno" costituisce un importante segno dell'efficienza ed efficacia delle strategie di monitoraggio della malattia oncologica nel nostro territorio. Un risultato di cui l'Amministrazione provinciale di Salerno è particolarmente fiera.

Una puntuale e accurata conoscenza è, infatti, alla base di ogni azione di prevenzione, contrasto e cura di un nemico tanto temibile per la nostra salute e per questo la nuova pubblicazione, curata dal Registro Tumori di Salerno, assume una particolare valenza, sotto il profilo sia del metodo che del merito.

Dal punto di vista del metodo, va evidenziato che il Registro Tumori della Provincia di Salerno, a distanza di un solo anno dall'ultima edizione, riesce a pubblicare un intero biennio di osservazione (2008-2009). Una tempestività che consente di eguagliare, se non in alcuni casi di superare, gli standard dei Registri Tumori del Nord Italia, e che conferma il prestigio riconosciuto già da tempo al Registro di Salerno dalle maggiori istituzioni nazionali ed internazionali nel campo dell'epidemiologia oncologica.

Dal punto di vista del merito, va sottolineato che l'incidenza delle neoplasie in provincia di Salerno risulta, nel complesso, inferiore rispetto alla media nazionale, sia per gli uomini che per le donne. Questa consapevo-

lezza evidentemente rassicura se si considera il valore del dato, che viene censito secondo metodi che seguono standard internazionali, rispetto a suggestioni che spesso sono dettate da paure che, per quanto comprensibili, non aiutano a capire meglio il fenomeno oncologico e, quindi, a combatterlo con gli strumenti adeguati.

I professionisti della salute, e quanti si occupano di sorveglianza epidemiologica a livello sia regionale sia nazionale, troveranno molto interessanti le mappe del rischio di malattia intraprovinciale, nonché spunti importanti, come i confronti con altre aree nazionali e le stime di sopravvivenza.

Alla popolazione dei residenti farà piacere sapere che c'è chi monitora costantemente il fenomeno oncologico nel territorio provinciale salernitano, fornendo un prezioso quanto necessario supporto tecnico all'azione di tutela della salute, che poi si realizza e manifesta attraverso la programmazione di interventi mirati di prevenzione primaria e secondaria, nonché con la pianificazione dei servizi assistenziali.

Questa nuova pubblicazione rafforza, quindi, il ruolo del Registro Tumori di Salerno, che è sempre più concentrato sulla sorveglianza continuativa e sistematica del territorio, a garanzia delle persone che vi risiedono. Conferma, inoltre, l'impegno e la sensibilità mostrati da questa Amministrazione pro-

vinciale, ed in particolare dall'Assessorato alle Politiche Socio-Sanitarie, rispetto al diffuso ed attuale fenomeno della malattia oncologica.

Valorizza, infine, il ruolo di riferimento del nostro territorio, pur nell'ambito del percorso di sviluppo del nuovo Registro Tumori della Regione Campania, così come previsto ed articolato dal Decreto del Presidente Caldoro n. 104 del 24 settembre 2012. Infatti, il Registro Tumori afferente al territorio provinciale salernitano è oggi istituito in seno al Dipartimento di Prevenzione dell'Asl di Salerno: un passaggio funzionale peraltro dovuto – sancito con Deliberazione del Direttore Generale n. 33 del 15/01/2013 – e coerente con la connotazione strettamente sanitaria di ogni Registro Tumori.

Il nostro Registro Tumori è dunque parte integrante di questo nuovo percorso: l'Amministrazione provinciale fornirà il suo contributo in termini di esperienza sul campo, grazie al personale dedicato e alle strutture che così bene hanno operato in questi anni, portando il Registro Tumori della Provincia di Salerno ad ottenere, nel 2004, l'accreditamento dei propri dati a livello nazionale presso l'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM) e, nel 2007, ad essere incluso nella prestigiosa collana dei Registri Tumori internazionali dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca contro il Cancro (IARC), denominata "Cancer Incidence in Five Continents".

Il Decreto n. 104/2012, dunque, se da un lato ha previsto l'istituzione di un Registro Tumori presso l'Asl di Salerno, dall'altro ha riconosciuto il ruolo e l'attività del Registro Tumori della Provincia di Salerno, nella misura in

cui ha ritenuto necessario attivare, per la gestione del Registro stesso, un Protocollo d'intesa tra la Provincia di Salerno e l'ASL di Salerno, per definire i ruoli reciproci.

L'auspicata collaborazione tra questa Provincia e l'Asl di Salerno è stata quindi formalizzata con l'approvazione del Protocollo, che ha avuto luogo con la deliberazione di Giunta Provinciale n. 142 dell'11 luglio 2013.

Un ringraziamento particolare va al Presidente Stefano Caldoro, per l'apprezzamento dimostrato per l'attività svolta in tanti anni dal Registro Tumori della Provincia di Salerno e per le professionalità del personale ad esso dedicato.

Un ringraziamento va al Consigliere Politico della Presidenza in materia Sanitaria e Sociale, già Assessore alle Politiche Socio-Sanitarie, Sebastiano Odierna; al Coordinatore del Registro Tumori della Provincia di Salerno, dott. Luigi Cremone; al Dirigente amministrativo, dott. Gerardo Bellino; allo staff del Registro, sia dipendente sia esterno; alle associazioni "Angela Serra" per la ricerca sul cancro - sezione di Salerno "Luana Basile" - Premio "Guido Di Domenico", AIL - Associazione Italiana contro le leucemie-linfomi-mieloma - sezione di Salerno "Marco Tulimieri", OPEN Associazione oncologica pediatrica e neuroblastoma, Associazione Arcobaleno "Marco Iagulli" a sostegno del bambino oncologico e dell'oncologia pediatrica, Associazione "Chiara Paradiso - la forza dell'amore" che, operando in straordinaria sinergia, hanno reso possibile la concretizzazione di questo ulteriore traguardo, contribuendo al futuro che attende il Registro Tumori all'interno della nostra provincia e della nostra regione.

Indice

XII	Guida alla lettura delle schede dettagliate dei principali tumori			
XIV	Ringraziamenti			
XVI	Struttura organizzativa			
1	CAPITOLO 1. Sintesi dei risultati			
	Sintesi dei risultati	2		
7	CAPITOLO 2. Schede dettagliate dei principali tumori			
	Testa e collo	8	Ovaio	27
	Stomaco	10	Prostata	28
	Colon e retto	12	Testicolo	29
	Fegato	14	Rene e vie urinarie	30
	Vie biliari	16	Vescica	32
	Pancreas	18	Encefalo e S.N.C.	34
	Polmone	20	Tiroide	36
	Melanoma cutaneo	22	Linfoma di Hodgkin	38
	Mammella	24	Linfoma non Hodgkin	40
	Cervice uterina	25	Mieloma	42
	Corpo dell'utero	26	Leucemie	44
47	CAPITOLO 3. Tabelle			
	Tab.1a Frequenze, maschi	48	Tab.2a Tassi, maschi	52
	Tab.1b Frequenze, femmine	50	Tab.2b Tassi, femmine	54
57	Conclusioni			
59	CAPITOLO 4. Appendici			
	Materiali e metodi	60	Bibliografia	68
	Mappe integrative	64		

Guida alla lettura delle schede dettagliate dei principali tumori

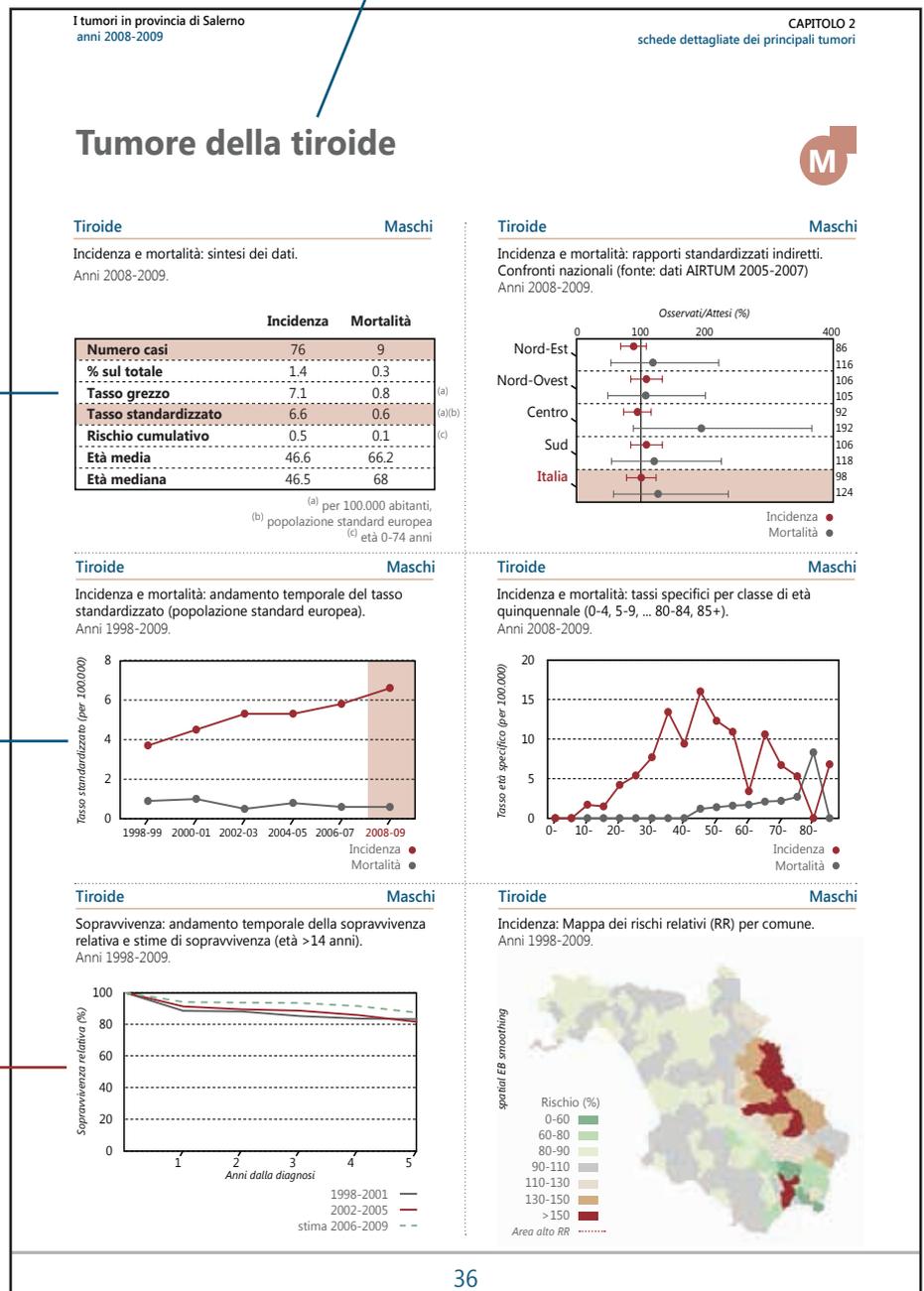
Tabella riassuntiva dei dati di incidenza (prima colonna) e mortalità (seconda colonna). Elenca nell'ordine:

- il numero di nuovi casi e dei decessi avvenuti nel 2008-2009
- Il peso percentuale rispetto a tutti i tumori del 2008-2009
- Il tasso grezzo (quanti casi ogni 100.000 abitanti)
- Il tasso standardizzato (è un tasso grezzo aggiustato per età: è la misura di riferimento per tutti i confronti)
- Il rischio cumulativo (è un indicatore approssimativo della probabilità di contrarre la malattia o di morire per quella malattia nel corso della vita)
- Età media e età mediana alla diagnosi (prima colonna) o al decesso (seconda colonna)

Grafico dell'andamento dei tassi standardizzati nel corso degli anni. I tassi sono espressi in casi ogni 100.000 abitanti. La linea rossa rappresenta l'incidenza, la linea grigia la mortalità.

Grafico della sopravvivenza relativa. Indica una stima della percentuale dei soggetti che sopravvivono alla malattia a distanza di 1,2,3,4 e 5 anni dopo la diagnosi. La sopravvivenza a 5 anni è un indicatore molto usato per indicare la letalità di un tumore. Sono riportate tre curve allo scopo di riportare eventuali miglioramenti nella sopravvivenza. La linea grigia riguarda la sopravvivenza dei pazienti con diagnosi nel 1998-2001, la linea rossa dei pazienti con diagnosi nel 2002-2005. La linea tratteggiata è la proiezione della sopravvivenza dei pazienti con diagnosi nel 2006-2009.

Sede del tumore



Per ulteriori informazioni si veda la sezione
"Materiali e metodi" a pagina 60.

Genere.
Le schede di colore rosso sono
relative ai maschi, quelle di colore
verde sono relative alle femmine

Grafico dei confronti nazionali.
Si riporta una particolare grandezza
detta SIR o SMR (a seconda che si
parli di incidenza o mortalità).
Questa non è altro che il rapporto tra
casi osservati a Salerno e casi attesi
nel caso in cui Salerno ci fossero tassi
di malattia pari a quelli di un'altra
area del paese.
Quando questo valore è inferiore al
100% significa che a Salerno i tassi
sono inferiori a quelli riscontrati in
quell'area. Il contrario se il valore
superasse il 100%.
Le barre orizzontali indicano la varia-
bilità, la pallina il valore centrale.
Se la barra orizzontale è completa-
mente sotto il 100% significa che a
Salerno il tasso è inferiore in modo
statisticamente significativo, il con-
trario se è completamente sopra.
Se la barra tocca il 100% non si può
dire che i tassi di Salerno siano diver-
si dall'area di confronto.
Le aree confrontate con i tassi di
Salerno sono: il Nord-Est, il Nord-
Ovest, il Centro Italia, il Sud e l'Italia.

Grafico dei tassi età-specifici
Si riporta per ogni classe di età
quinquennale il tasso di malattia per
100.000 abitanti. Con questo grafico
ci si rende conto di come il tasso di
malattia (rosso) e decesso (grigio)
dipenda dall'età del paziente

Mapa dei rischi.
In questa mappa sono riportate le
aree che possono avere un rischio di
malattia diverso dalla media provin-
ciale. Le aree arancioni e rosse sono
associate a un rischio di malattia
superiore alla media provinciale, le
aree in verde mostrano invece rischi
inferiori alla media. Più la colorazio-
ne è intensa più l'area si discosta dal
rischio medio. Il dato presentato è
"lisciato" tramite particolari tecniche:
è quindi utile osservare le mappe in
appendice contenenti i dati grezzi o
"lisciati" con altre tecniche.
La linea punteggiata mostra la pre-
senza di cluster ad alto rischio, ov-
vero aree geograficamente contigue
che manifestano un rischio superiore
in modo statisticamente significativo.

I tumori in provincia di Salerno
anni 2008-2009

CAPITOLO 2
schede dettagliate dei principali tumori

Tumore della tiroide

Tiroide **Femmine**

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	219	14
% sul totale	5.1	0.7
Tasso grezzo	19.2	1.2
Tasso standardizzato	18.5	0.6
Rischio cumulativo	1.4	0
Età media	44.5	77.1
Età mediana	44	77

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

Tiroide **Femmine**

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.

Tiroide **Femmine**

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.

Tiroide **Femmine**

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.

Tiroide **Femmine**

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).
Anni 1998-2009.

Tiroide **Femmine**

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.

Ringraziamenti

Dott. P. ANGRISANI	Primario Anatomia Patologica A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno
Dott. U. L. APARO	Direttore Sanitario Istituto Dermopatico dell'Immacolata, Roma
Dott.ssa M. AZADEGAN	U.O. Program., Organizzazione e Controllo delle Attività A.O.U. Pisana
Dott. N. A. BABINO	Direttore Sanitario P.O. Luigi Curto, Polla
Dott. G. BALDI	Consigliere Regione Campania, membro della V commissione: Sanità e Sicurezza Sociale
Dott. N. BATTISTA	Direttore Sanitario Casa di Cura "Malzoni", Avellino
Dott. G.M. BERRUTI	Direttore Sanitario A.O. Gaetano Rummo, Benevento
Sig. C. BERTI	Gestione Documentale e Adempimenti Privacy A.O.U. Pisana
Dott.ssa L. BERTOLI	Direttore Generale ARSAN
Sig.ra R. BISCOTTI	Responsabile Ufficio Cartelle Cliniche Casa di Cura "Tortorella", Salerno
Dott. G. BOTTI	Dirigente Anatomia Patologica IRCCS Fondazione "G. Pascale", Napoli
Dott. R. M. CALABRESE	Direttore Sanitario P.O. S. Maria della Speranza, Battipaglia
On. S. CALDARO	Presidente della Regione Campania con delega Sanità
Dott. A. CAMBIERI	Direttore Sanitario Policlinico Gemelli, Roma
Dott.ssa P. CAPUTO	Direttore Sanitario P.O. Cardarelli, Napoli
Dott. P. CARNICELLI	Primario Oncologia, P.O. G. Da Procida, Salerno
Dott. V. CASTALDO	Direttore Sanitario P.O. Giuseppe Moscati, Avellino
Dott.ssa M. CASTELVETERE	Dirigente Anatomia Patologica Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG)
Dott.ssa L. CATENA	Direttore Sanitario P.O. G. Da Procida, Salerno
Dott. E. CELENTANO	Struttura Operativa - Analisi e Monitoraggio ARSAN Campania
Dott.ssa R. CHIACCHIO	Dirigente Anatomia Patologica A.O. S. Carlo, Potenza
Dott.ssa P. CHIERCHINI	Direttore Sanitario A.O. S. Carlo, Potenza
Dott. S. CHIRICO	Direttore Sanitario Casa di Cura "Tortorella", Salerno
Dott. G. CONFORTI	Direttore Sanitario P.O. Amico Gaetano Fucito, Mercato San Severino
Dott. P. CONTEGIACOMO	Direttore Sanitario Complesso Integrato Columbus, Roma
Dott. P. CONTIERO	Coordinatore Attività Tecnica Registro Tumori Lombardo, sez. Varese
Dott. V. CORRAO	Direttore Sanitario Istituto Tumori Milano
Dott. V. CRESCENZO	Direttore Sanitario P.O. Martiri del Villa Malta, Sarno
Dott. P. CROSIGNANI	Responsabile Registro Tumori Lombardo, sez. Varese
Dott. M. D'AMBROSIO	Direttore Sanitario P.O. Umberto I, Nocera - Pagani
Dott. G. D'ANDREA	Direttore Complesso Integrato Columbus, Roma
Prof. A.M. D'ARCO	Direttore S.C. Medicina Interna ed Oncoematologa P.O. Umberto I, Nocera- Pagani
Dott.ssa S. D'AURIA	Responsabile Ufficio Cartelle Cliniche A.O. S. Carlo, Potenza
Dott.ssa V. D'ONOFRIO	Direttore Struttura Complessa Anatomia Patologica A.O. Santobono-Pausilipon, Napoli
Dott. R. DAMONE	Direttore U.O. Program., Organizzazione e Controllo delle Attività A.O.U. Pisana
Dott. V. DE PAOLA	Direttore Sanitario P.O. Maria Incoronata Dell'Olmo, Cava dei Tirreni
Prof. G. DE ROSA	Dirigente Anatomia Patologica e Citopatologia A.O. Università Federico II, Napoli
Dott. A. DE VITA	Direttore Sanitario P.O. Roccadaspide
Dott. D. DI BISCEGLIE	Direttore Sanitario Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG)
Dott. A. DI BLASI	Dirigente Anatomia Patologica A.O. Gaetano Rummo, Benevento
Dott. U. DI FILIPPO	Direttore Sanitario P.O. S. Francesco d'Assisi, Oliveto Citra
Dott. D. DI GENNARO	Direttore S.C. Radioterapia. A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno
Dott. M. DI MAURO	Direttore Sanitario A.O. U. Seconda Università degli Studi di Napoli I° Policlinico, Napoli
Dott. E. ESPOSITO	Direttore Struttura Operativa - Analisi e Monitoraggio ARSAN Campania
Prof. F. FEDERICO	Primario Servizio di Anatomia Patologica Complesso Integrato Columbus, Roma
Dott. U. FERBO	Dirigente Anatomia Patologica P.O. Giuseppe Moscati, Avellino
Dott. R. FERRAIOLI	Direttore Sanitario Casa di Cura "Malzoni", Agropoli
Dott.ssa C. FERRARI	Dirigente Biologo Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna
Dott.ssa C. FRANCESE	Endocrinologa
Dott. S. FUSILLI	Responsabile Unità Ep. e Biostatistica Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG)
Dott. R. GALASSO	Responsabile Osservatorio Epidemiologico Aziendale C.R.O.B., Rionero in Vulture (PZ)
Dott. F. GEMMI	Direttore Sanitario A.O. Universitaria Pisana

Dott. V. A. GIANNI	Direttore CED - ICT ASL Salerno
Dott. A. GIORDANO	Direttore sanitario P.O. Mauro Scarlato, Scafati
Dott. S. GUZZINATI	Dirigente Statistico Registro Tumori del Veneto
Sig.ra S. LA MANNA	Ufficio Cartelle Cliniche Casa di Cura "Cobellis", Vallo della Lucania
Dott.ssa E. LENZI	Direttore Generale A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno
Dott. S. LODATO	Direttore Sanitario IRCCS Fondazione "G. Pascale", Napoli
Dott. F. LOMBARDO	Direttore Sanitario P.O. Civile, Agropoli
Dott. C. LOMELLO	Direttore Sanitario P.O. S. Leonardo, Castellammare di Stabia(NA)
Sig. G. MANGANIELLO	Segreteria U.O. Istologia e Citodiagnosi Policlinico Gemelli, Roma
Dott. F. MARANDINO	Anatomia e Istologia Patologica e Citodiagnostica Istituto Regina Elena, Roma
Dott. P. MASULLO	Primario Oncologia P.O. S. Luca. Vallo della Lucania
Dott. R. MAZZUCCONI	Direttore Sanitario Fondazione San Raffaele, Milano
Prof. P. MICHELI	Primario Anatomia Patologica Ospedale Dei Colli (A.O. Monaldi - Osp. Cutugno) Napoli
Dott. M. MINERVINI	Direttore Sanitario P.O. Maria SS. Addolorata, Eboli
Dott. A. MIRABELLA	Primario Anatomia Patologia P.O. Mauro Scarlato, Scafati
Prof. O. NAPPI	Dirigente Anatomia Patologica P.O. Cardarelli, Napoli
Prof. F. NARDI	Responsabile Anatomia Istologia Patologica 3 Policlinico Umberto I, Roma
Prof. V. NARDINI	Direttore Anatomia Patologica A.O. Universitaria Pisana
Dott. F. PAGANO	Direttore Sanitario ASL Salerno
Dott. P. PALLADINO	Direttore Sanitario P.O. S. Luca, Vallo della Lucania
Dott.ssa F. PASSARELLI	Istopatologia Istituto Dermopatico dell'Immacolata, Roma
Prof. T. PEDICINI	Direttore Generale IRCCS Fondazione "G. Pascale", Napoli
Prof. S. PEPE	Direttore U.O.C. di Oncologia. A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno
Prof. E. PESCARMONA	Direttore Anatomia e Istologia Patologica e Citodiagnostica Istituto Regina Elena, Roma
Dott.ssa S. PIANTONI	Capo Servizio Archivio Cartelle Cliniche Istituto Europeo di Oncologia, Milano
Sig.ra M. PICCHIRALLO	Segreteria Direzione Sanitaria Istituto Clinico Humanitas, Milano
Prof. P. PICCI	Direttore del Laboratorio di Oncologia e Biologia Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna
Dott. R. PIZZUTI	Direttore Osservatorio Epidemiologico Regionale della Campania
Dott. A. QUARTUCCIO	Dirigente Anatomia Patologica Casa di Cura "Villa Stabia", Castellammare di Stabia (NA)
Dott. A. RESCINITO	Direttore Sanitario Casa di Cura "Cobellis", Vallo della Lucania
Dott. G. RICCO	Direttore Sanitario Casa di Cura "Villa Del Sole", Salerno
Dott. O. RINALDI	Direttore Sanitario Istituto Europeo di Oncologia, Milano
Prof. G. RINDI	Direttore U.O. Istologia e Citodiagnosi Policlinico Gemelli, Roma
Dott. A. RIVELLINI	Direttore Sanitario Casa di Cura "Villa Stabia", Castellammare di Stabia (NA)
Dott. C. SALERNO	Primario Anatomia Patologica, P.O. S. Luca. Vallo della Lucania
Prof. C. SELLERI	Direttore UOC Ematologia e Trapianti c.s. Emopoietiche, A.O.U. Ruggi d'Aragona, Salerno
Dott.ssa M. RUOCCO	Direttore Sanitario P.O. Dell'Immacolata, Sapri
Dott.ssa C. SAVASTANO	Responsabile S.S DH Oncologia A.O.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno
Dott.ssa V. SCAFARTO	Direttore Sanitario A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno
Dott. M. SCHIANO DI VISCONTI	Presidente della V commissione permanente Sanità e Sicurezza Sociale
Dott. Norberto SILVESTRI	Direttore Sanitario Istituto Clinico Humanitas, Milano
Dott. Nicola SILVESTRI	Direttore Sanitario Ospedale Dei Colli (A.O. Monaldi - Osp. Cutugno) Napoli
Dott. A. SQUILLANTE	Direttore Generale ASL Salerno
Dott.ssa G. TAGLIABUE	Coordinatore Attività Clinica Registro Tumori Lombardo, sez. Varese
Dott. L. VALENTE	Gestione Documentazione Sanitaria Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG)
Dott.ssa A. VERDINO	Direttore Sanitario Casa di Cura "Salus", Battipaglia
Dott. M. VERRIOLI	Primario Anatomia Patologia P.O. Maria SS. Addolorata, Eboli
Dott.ssa C. VINDIGNI	Anatomia Patologica 1 A.O. Universitaria Senese
Dott. M. VOLPE	Direttore Medico di Presidio Policlinico Gemelli, Roma
Dott.ssa P. ZAMBON	Responsabile Registro Tumori del Veneto

Struttura organizzativa

Coordinatore:

Luigi Cremone

Staff Amministrazione provinciale:

Gerardo Bellino - *Dirigente Politiche Socio-Sanitarie*

Claudia Gaudiano - *Funzionario*

Arturo Iannelli - *Flussi informativi e organizzazione del lavoro*

Gennaro Senatore - *Gestione ed elaborazione dati*

Arrigo Zevola - *Codifica e controllo di qualità*

Collaborazioni esterne:

Ida Anna Alfano - *Rilevazione dati*

Loredana Annunziato - *Rilevazione dati*

Nicola Basile - *Rilevazione dati*

Assunta Ferrante - *Rilevazione dati*

Daniela Ferraro - *Rilevazione dati*

Azienda Sanitaria Locale di Salerno:

Anna Luisa Caiazzo

Giuseppe Della Greca

Maria Grazia Panico

Indirizzo

Registro Tumori della Provincia di Salerno
via Vincenzo Loria, 24
84129 Salerno - Italia

Telefono:

(39) 089 522 024

(39) 089 522 983

Fax:

(39) 089 338 514

Posta elettronica:

regtum@tiscali.it

regtum@provincia.salerno.it

CAPITOLO 1

Sintesi dei risultati

Sintesi dei risultati

Dott. Luigi Cremone
Coordinatore
Registro Tumori della Provincia di Salerno

In questo volume sono riportati i nuovi dati di incidenza, mortalità e sopravvivenza dei tumori relativi al biennio 2008-2009. Diamo in questa sezione una sintesi degli spunti di maggiore interesse. Chiunque fosse interessato ad approfondire le altre parti del volume, può consultare la sezione "Guida alla lettura".

Il tumore più frequente tra gli uomini si conferma essere quello della prostata (che rappresenta il 18,1% di tutti i tumori nel sesso maschile), seguito dai tumori polmonari (16,1%), dai tumori del colon e del retto (12,7%) e dai tumori della vescica (12,5%).

Tra le donne il tumore più frequente è quello della mammella, che rappresenta il 28,6% di tutti i tumori femminili, seguito dai tumori del colon e del retto (13%), della tiroide (5,1%) e del corpo dell'utero (4,7%).

I dati mostrano un quadro variegato ma complessivamente rassicurante: l'incidenza e, di conseguenza la mortalità per tumori in provincia di Salerno, sono significativamente inferiori rispetto alla media nazionale. In particolare si verifica una significativa minore incidenza in entrambi i sessi, sia complessivamente per tutti i tumori, sia specificatamente per i tumori della testa e del collo, i tumori dello stomaco, i tumori del colon

e del retto, i tumori del pancreas, i tumori del polmone, il melanoma cutaneo, i linfomi non Hodgkin e i mielomi. Significativamente inferiori alla media nazionale sono anche i tumori della mammella e i tumori del corpo dell'utero tra le donne e i tumori della prostata tra gli uomini.

Per quanto riguarda gli andamenti temporali, si osserva il consolidamento di un comportamento contrastante dei tumori polmonari, che mostrano un evidente calo di incidenza e mortalità nel sesso maschile e un sensibile aumento nel sesso femminile. Entrambe queste tendenze possono essere ricondotte alle dinamiche storiche che ha avuto l'attitudine al fumo di sigaretta nel nostro territorio, e in particolare alla diminuzione dei fumatori maschi, contrapposta all'aumento delle fumatrici.

Per i tumori della mammella osserviamo un deciso aumento delle neoplasie rispetto al biennio precedente, probabilmente da correlarsi ad una intensificazione degli screening mammografici, come confermato dalla maggiore incidenza riscontrata nelle donne con età compresa tra 50 e 70 anni e dall'abbassamento dell'età mediana alla diagnosi.

Sembra invece arrestarsi l'incidenza dei tumori della prostata e dei tumori della tiroide (specie nel sesso femminile) che

negli anni precedenti avevano fatto registrare incrementi dei tassi di incidenza tra i più significativi, pure in assenza di analoghi trend nel dato di mortalità.

Sono state aggiornate le mappe del rischio neoplastico per comune di residenza, in generale osserviamo la presenza di un maggiore rischio di tumore nei distretti a Nord della provincia (in particolare nei distretti di Salerno, Nocera Inferiore, Sarno – Pagani, Mercato San Severino e Battipaglia) e un minore rischio nei distretti a Sud, in particolare i distretti di Eboli-Buccino, Vallo della Lucania, Sapri-Camerota e Sala Consilina-Polla.

Più nel dettaglio è indubbio che la differenza territoriale più evidente riguardi le neoplasie del fegato: osserviamo infatti un maggiore rischio di contrarre un tumore epatico nei distretti di Angri-Scafati, Sarno-Pagani e Mercato San Severino rispetto al resto della provincia e in particolare al distretto di Sala Consilina – Polla. Analoghe differenze tra Nord e Sud della provincia si rilevano anche per i tumori polmonari, mentre per

i tumori tiroidei femminili si osservano particolari eccessi rispetto al dato medio localizzati nel distretto di Sala Consilina e nel distretto di Salerno.

È possibile quindi concludere che con questo rapporto il Registro Tumori conferma nuovamente che esiste un chiaro vantaggio della popolazione salernitana rispetto alla popolazione media italiana in termini di minore rischio di ammalarsi e morire di tumore.

Dal punto di vista descrittivo, alcuni tumori hanno mostrato una chiara caratterizzazione in termini di dinamica nel tempo (quali per esempio i tumori del polmone, tiroide o prostata) o nello spazio (ad esempio i tumori del fegato, polmone o tiroide).

Solo la continuità delle osservazioni del registro potrà dirci se e quali di queste peculiari caratteristiche del territorio salernitano si conserveranno o subiranno modificazioni, e se l'impatto dello screening, in particolare quello mammografico, darà i risultati sperati.

Tutti i tumori

Esclude: tumori della cute non melanomatosi, tumori dell'encefalo e SNC non maligni



Tutti i tumori

Maschi

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	5436	2947
% sul totale	100	100
Tasso grezzo	505.4	274
Tasso standardizzato	390.1	196.5
Rischio cumulativo	27.6	12.7
Età media	67.8	69.6
Età mediana	70	72

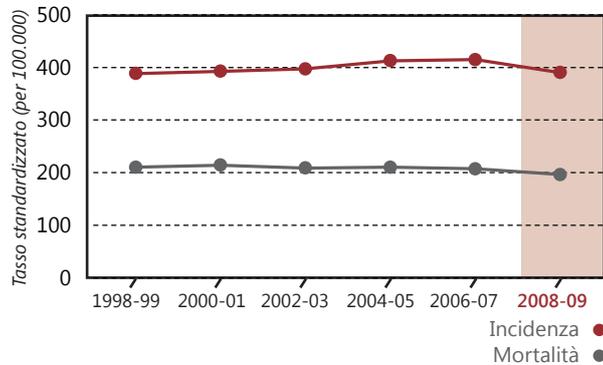
(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

Tutti i tumori

Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.

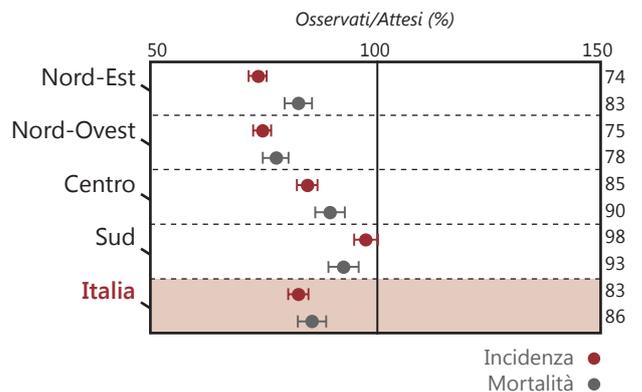


Tutti i tumori

Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti. Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

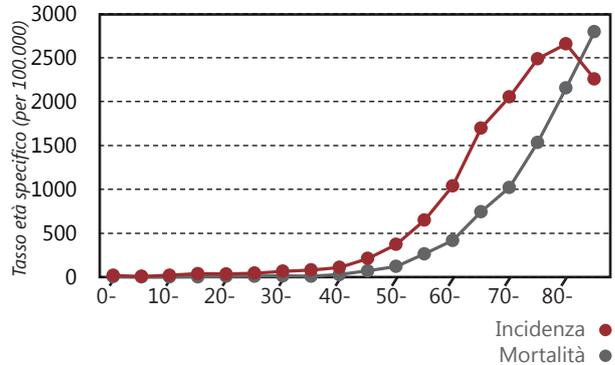


Tutti i tumori

Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

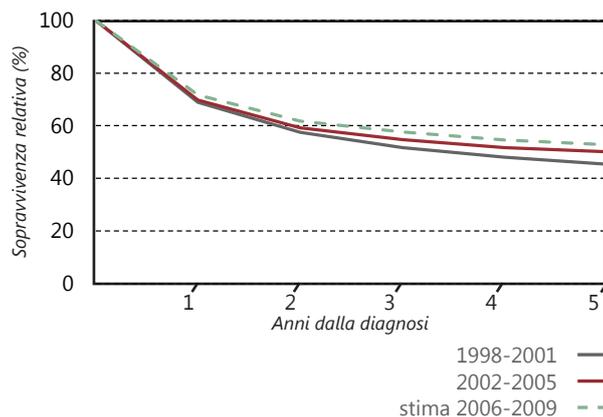


Tutti i tumori

Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).

Anni 1998-2009.

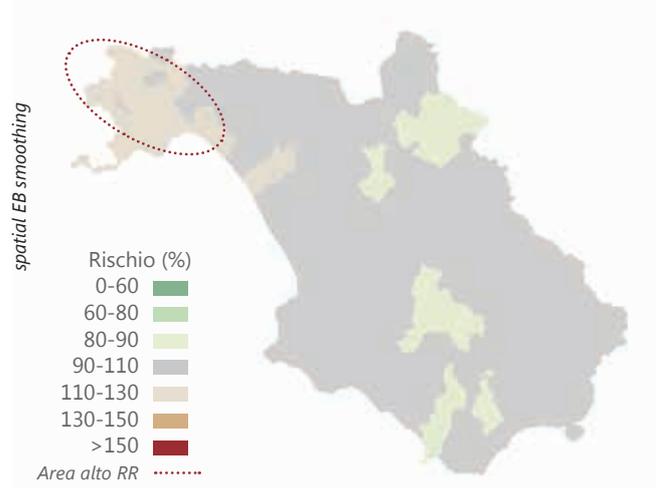


Tutti i tumori

Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.



Tutti i tumori

Esclude: tumori della cute non melanomatosi



Tutti i tumori Femmine

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	4197	2036
% sul totale	100	100
Tasso grezzo	368.7	178.9
Tasso standardizzato	274	103.2
Rischio cumulativo	19.9	7
Età media	63.6	72.5
Età mediana	66	75

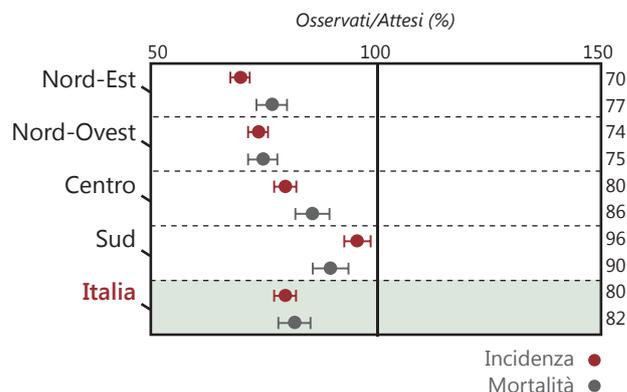
(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

Tutti i tumori Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

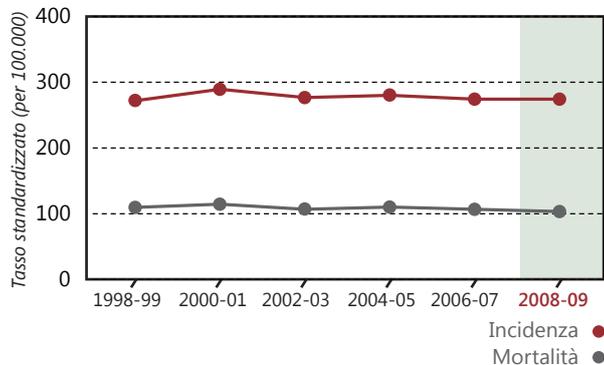
Anni 2008-2009.



Tutti i tumori Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

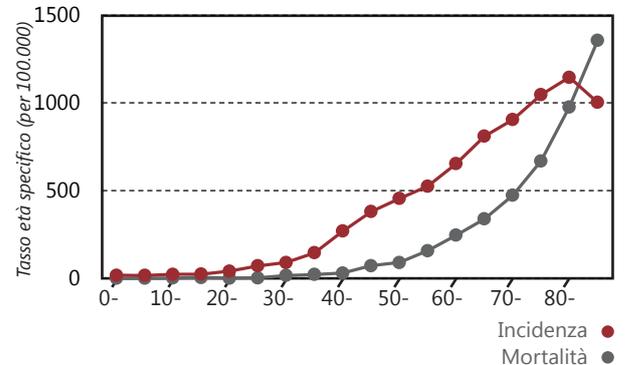
Anni 1998-2009.



Tutti i tumori Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

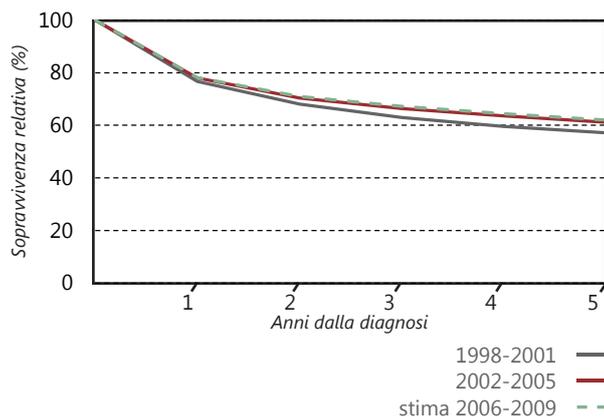
Anni 2008-2009.



Tutti i tumori Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).

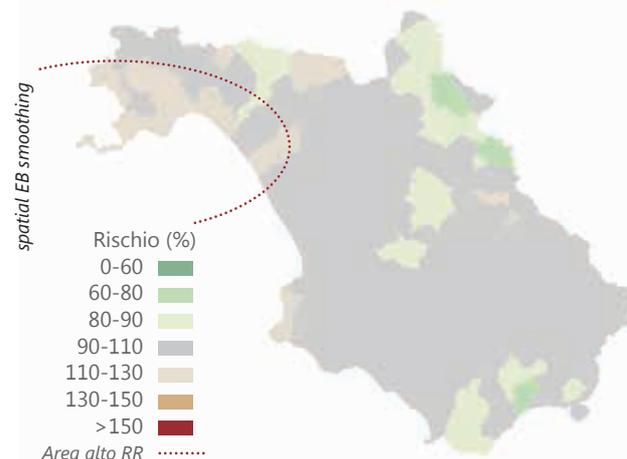
Anni 1998-2009.



Tutti i tumori Femmine

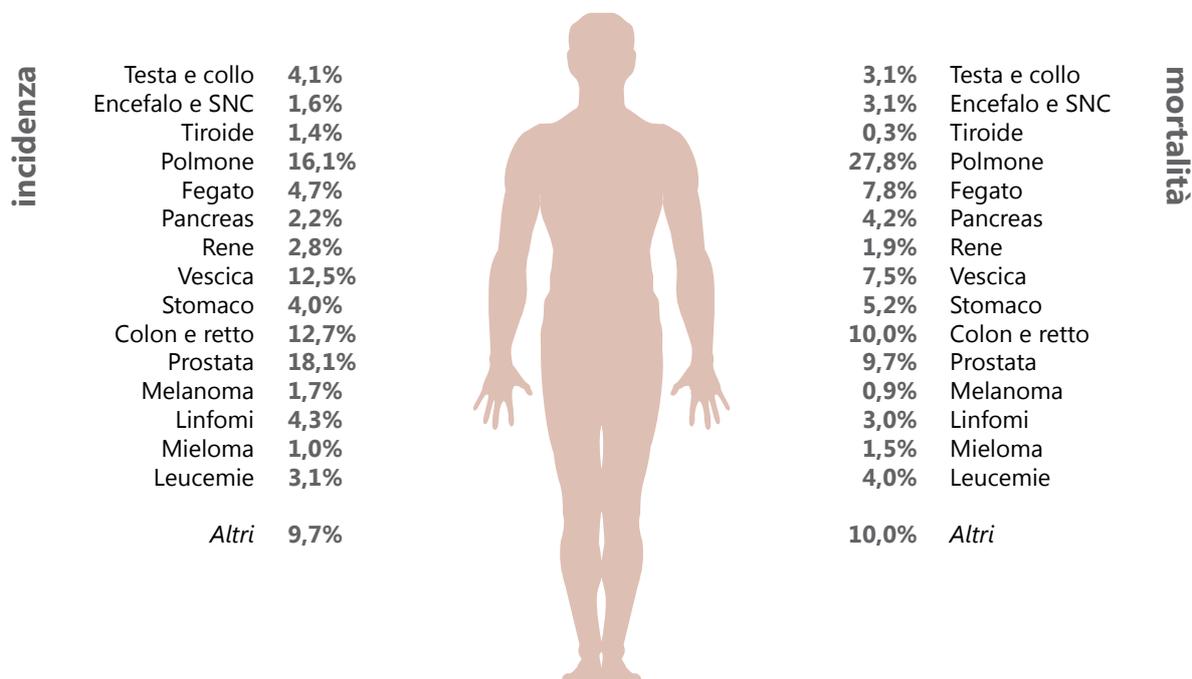
Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.



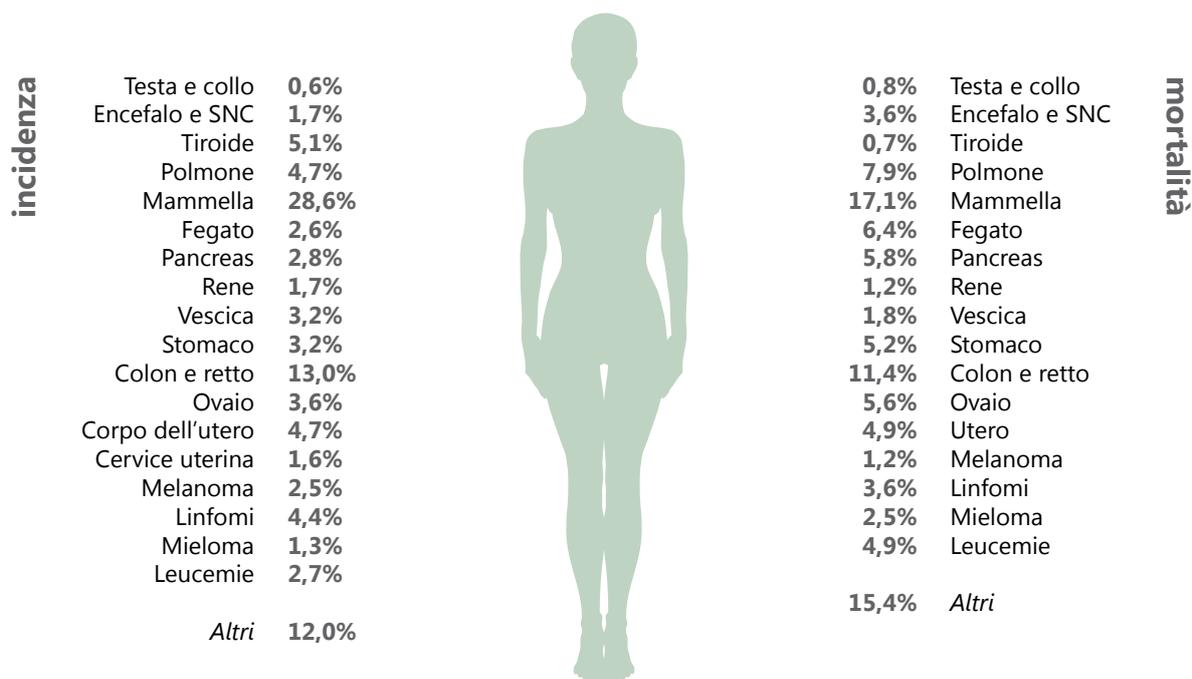
Incidenza e mortalità. Distribuzione percentuale del numero dei casi riscontrati per tipo di tumore.

Anni 2008-2009. **Maschi**



Incidenza e mortalità. Distribuzione percentuale del numero dei casi riscontrati per tipo di tumore.

Anni 2008-2009. **Femmine**



CAPITOLO 2

Schede dettagliate dei principali tumori

Tumore della testa e del collo

Include: cavità orale, faringe, cavità nasale e orecchio medio, laringe
Esclude: labbro, ghiandole salivari



Testa e collo Maschi

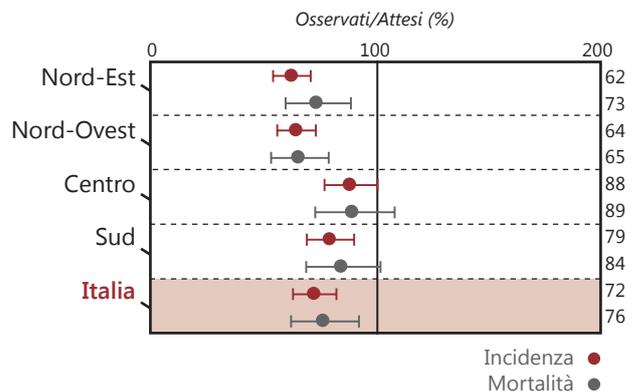
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	224	105
% sul totale	4.1	3.5
Tasso grezzo	20.8	9.8
Tasso standardizzato	17.4	7.3
Rischio cumulativo	1.5	0.5
Età media	64.3	69.7
Età mediana	65	73.5

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

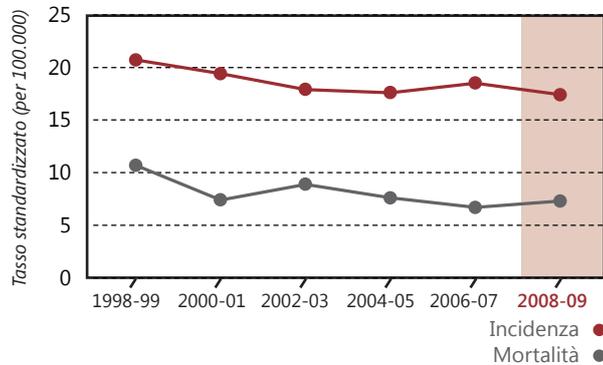
Testa e collo Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



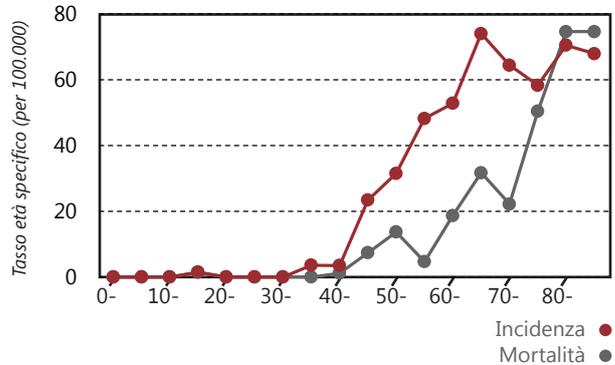
Testa e collo Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



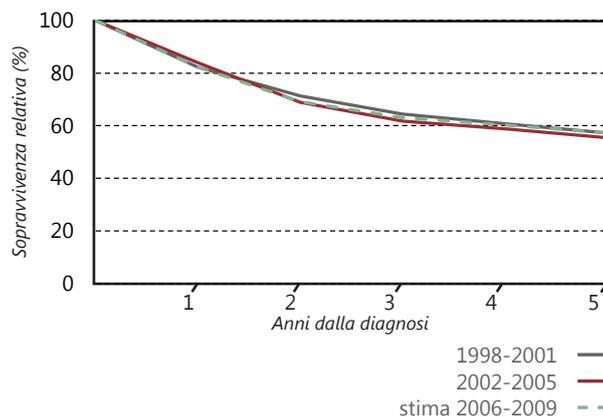
Testa e collo Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



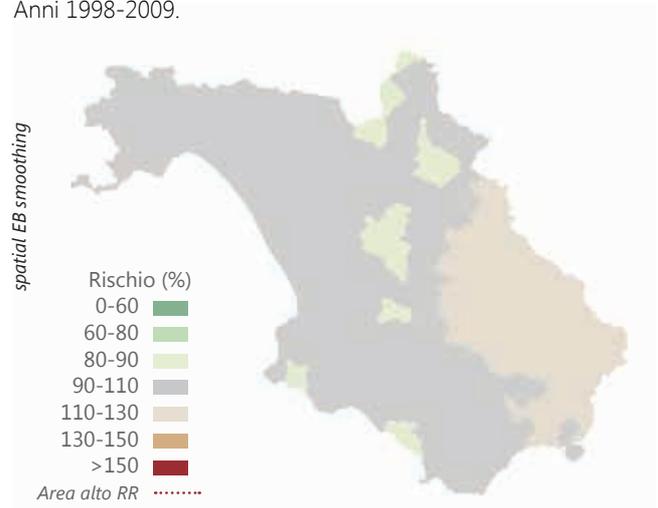
Testa e collo Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).
Anni 1998-2009.



Testa e collo Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.



Tumore della testa e del collo

Include: cavità orale, faringe, cavità nasale e orecchio medio, laringe
Esclude: labbro, ghiandole salivari



Testa e collo Femmine

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	27	16
% sul totale	0.6	0.8
Tasso grezzo	2.4	1.4
Tasso standardizzato	1.9	0.9
Rischio cumulativo	0.2	0.1
Età media	61.8	69.2
Età mediana	60	74

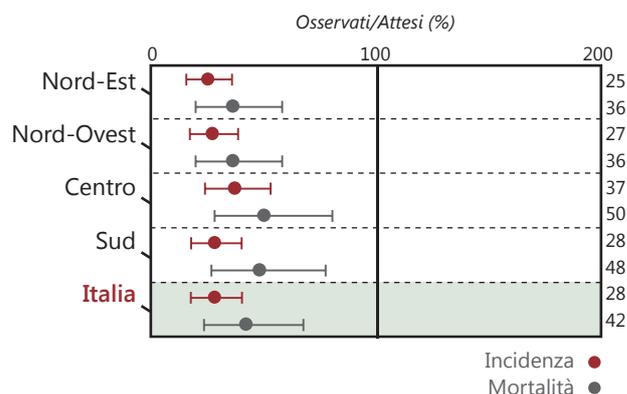
(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

Testa e collo Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

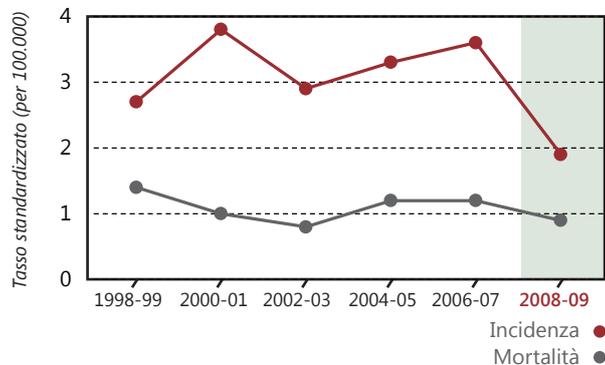
Anni 2008-2009.



Testa e collo Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

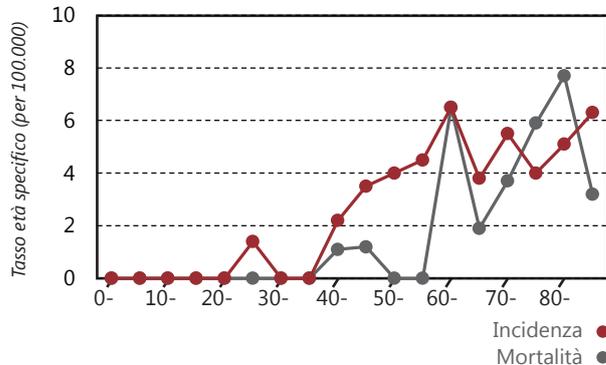
Anni 1998-2009.



Testa e collo Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

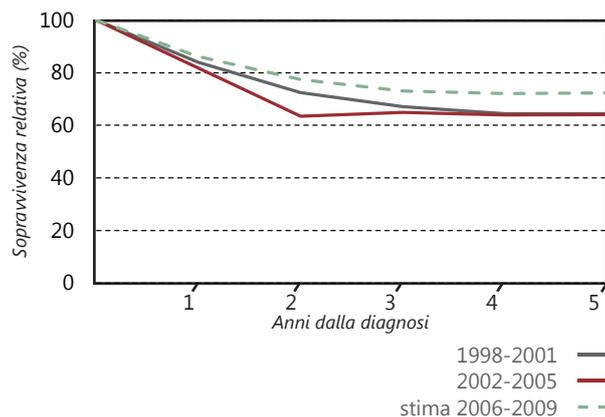
Anni 2008-2009.



Testa e collo Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).

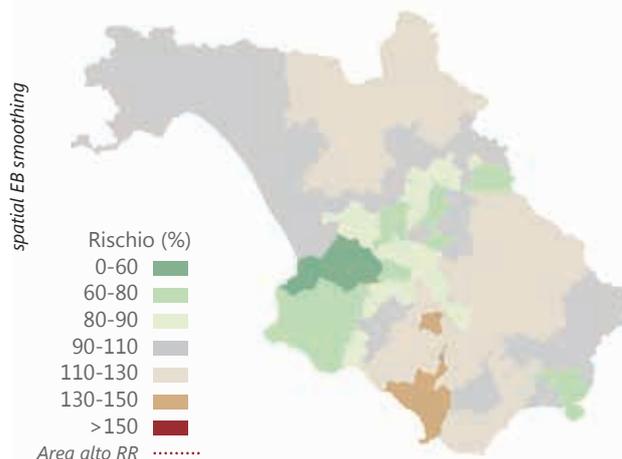
Anni 1998-2009.



Testa e collo Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.





Tumore dello stomaco

Stomaco

Maschi

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	220	154
% sul totale	4	5.2
Tasso grezzo	20.5	14.3
Tasso standardizzato	15.4	10.3
Rischio cumulativo	1.3	0.7
Età media	71.2	71.4
Età mediana	72	71.5

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

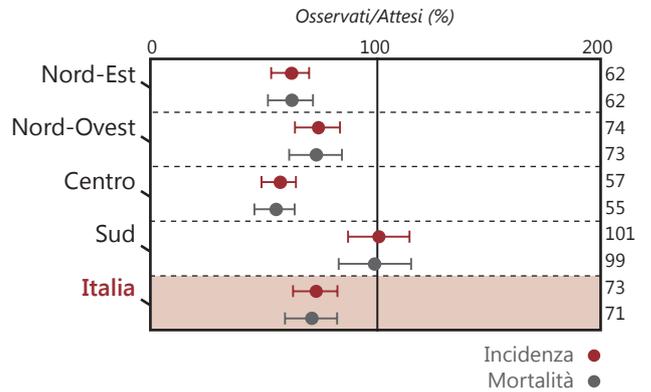
Stomaco

Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

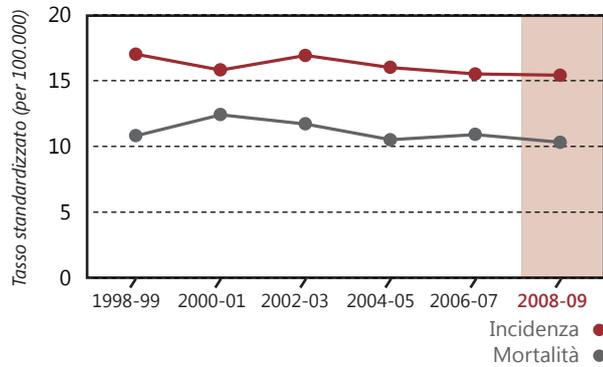


Stomaco

Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.

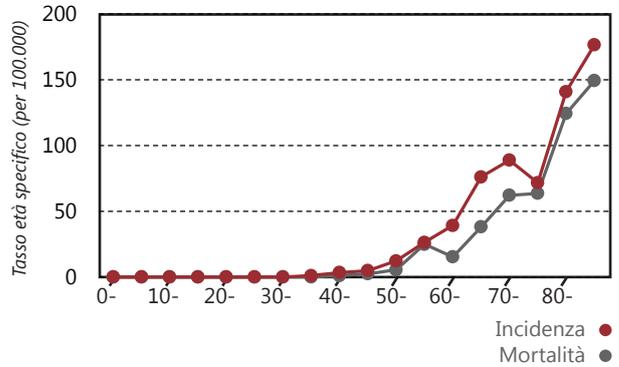


Stomaco

Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

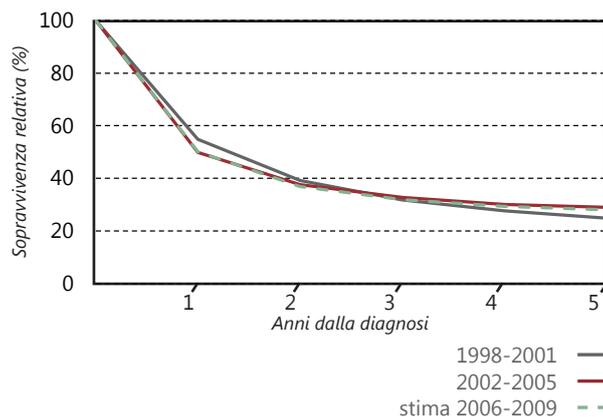


Stomaco

Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).

Anni 1998-2009.

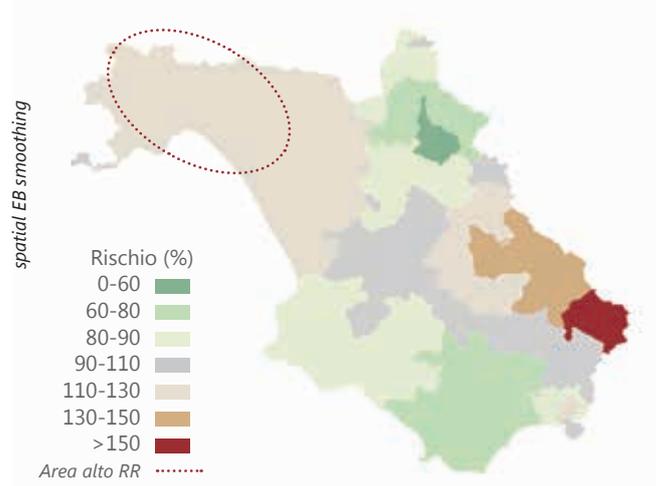


Stomaco

Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.



Tumore dello stomaco



Stomaco Femmine

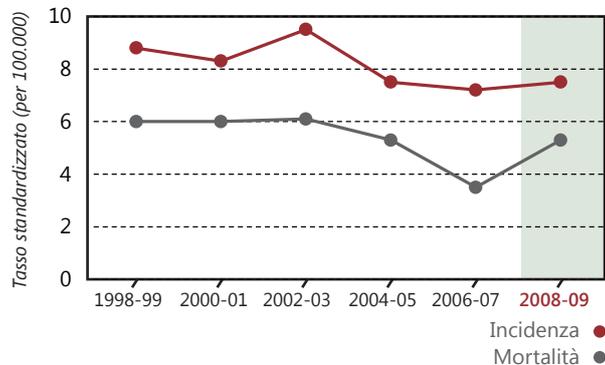
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	137	107
% sul totale	3.2	5.2
Tasso grezzo	12	9.4
Tasso standardizzato	7.5	5.3
Rischio cumulativo	0.6	0.4
Età media	70.1	70.1
Età mediana	74	72

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

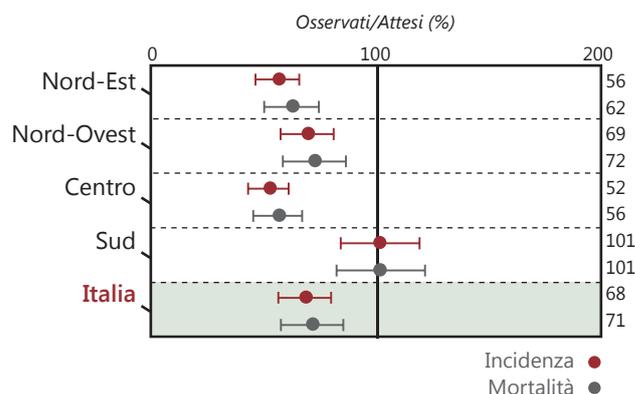
Stomaco Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



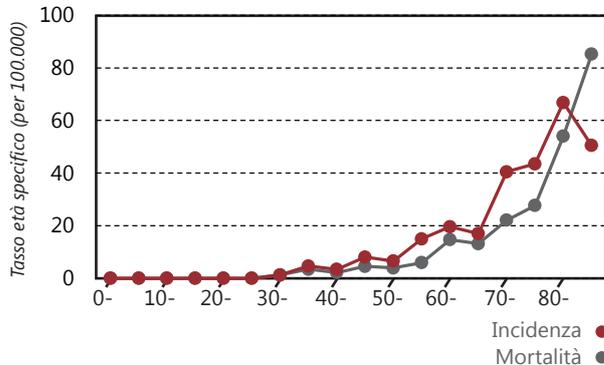
Stomaco Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



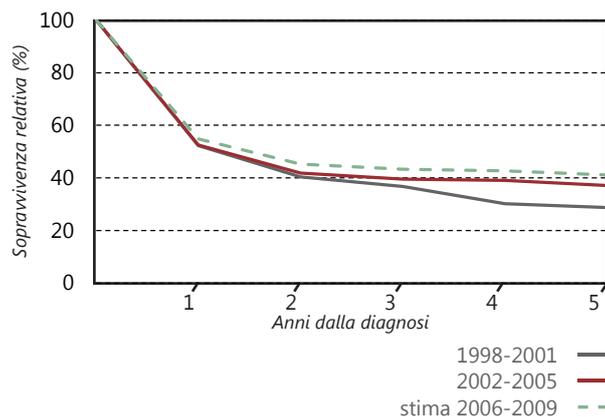
Stomaco Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



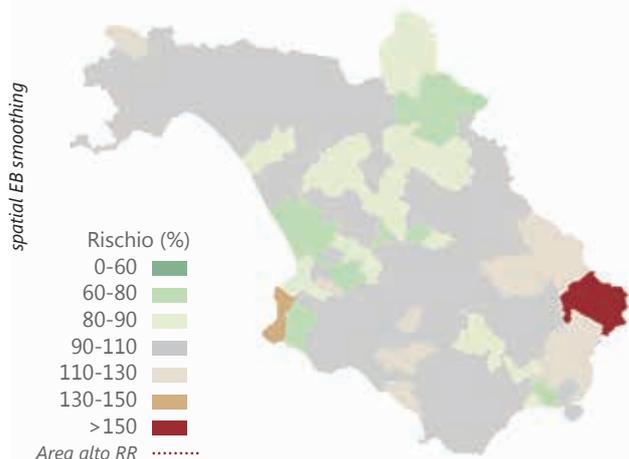
Stomaco Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).
Anni 1998-2009.



Stomaco Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.



Tumore del colon e del retto



Colon e retto

Maschi

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	693	296
% sul totale	12.7	10
Tasso grezzo	64.4	27.5
Tasso standardizzato	49	19.7
Rischio cumulativo	3.9	1.3
Età media	69.6	72.9
Età mediana	72	75

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

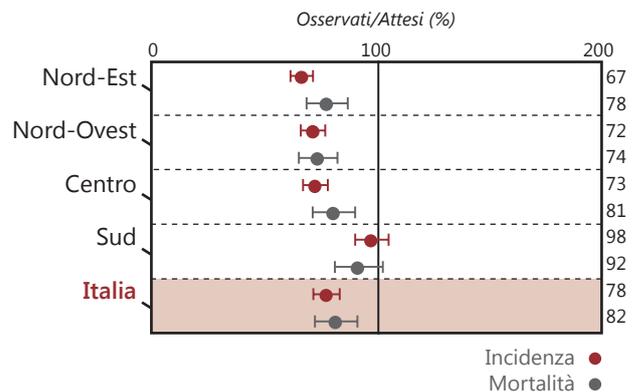
Colon e retto

Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

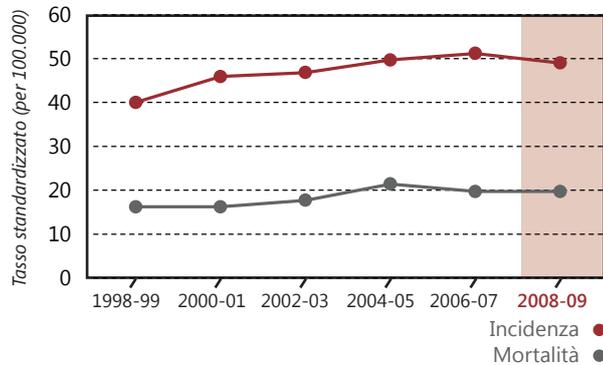


Colon e retto

Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.

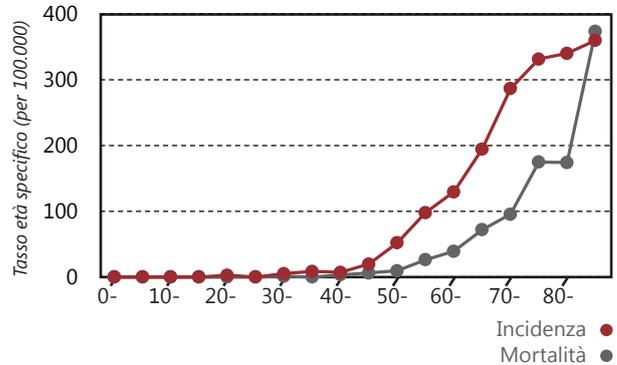


Colon e retto

Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

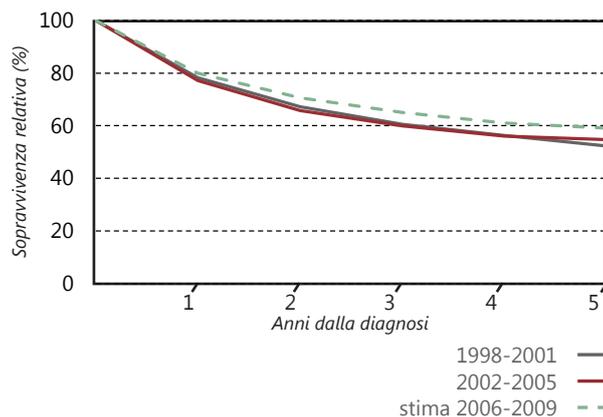


Colon e retto

Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).

Anni 1998-2009.

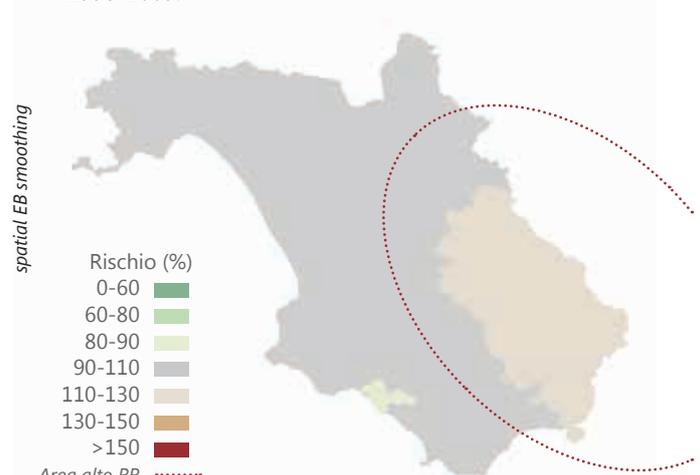


Colon e retto

Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.





Tumore del colon e del retto

Colon e retto Femmine

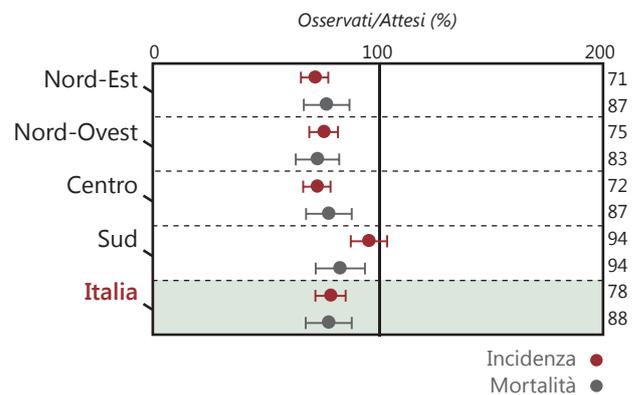
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	555	233
% sul totale	13	11.4
Tasso grezzo	48.8	20.5
Tasso standardizzato	31	10.8
Rischio cumulativo	2.5	0.7
Età media	70.5	75.4
Età mediana	73	79

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

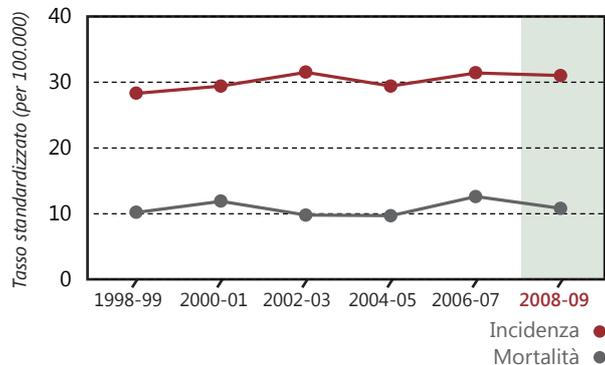
Colon e retto Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



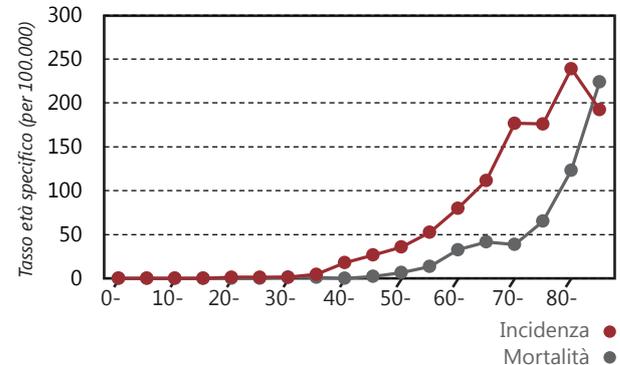
Colon e retto Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



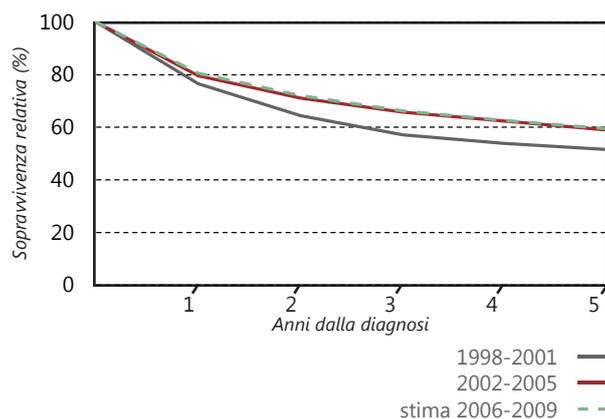
Colon e retto Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



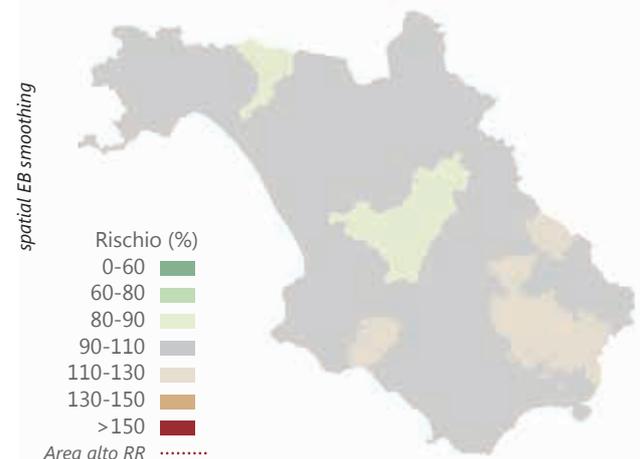
Colon e retto Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).
Anni 1998-2009.



Colon e retto Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.





Tumore del fegato

Fegato

Maschi

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	259	230
% sul totale	4.7	7.8
Tasso grezzo	24.1	21.4
Tasso standardizzato	18.4	15.7
Rischio cumulativo	1.6	1.2
Età media	69.4	68.7
Età mediana	71	68.5

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

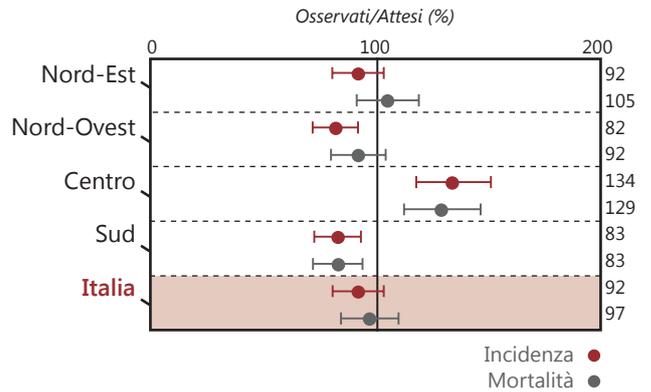
Fegato

Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

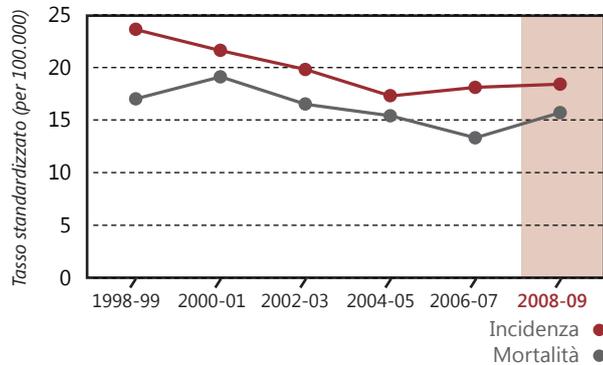


Fegato

Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.

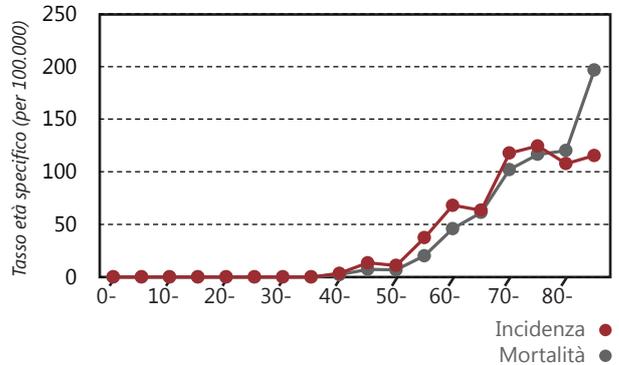


Fegato

Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

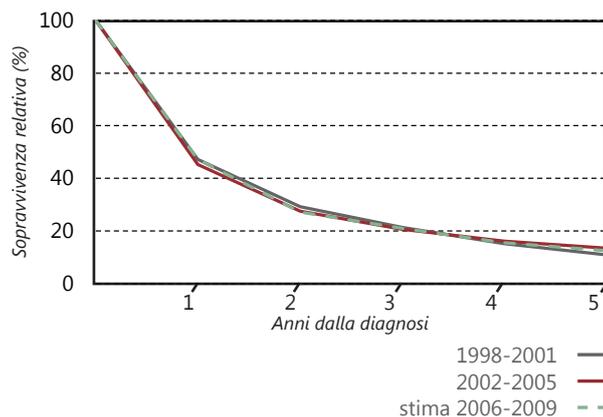


Fegato

Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).

Anni 1998-2009.

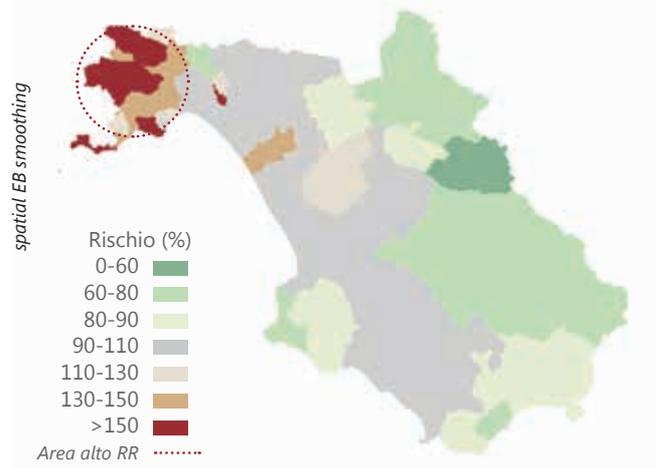


Fegato

Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.





Tumore del fegato

Fegato Femmine

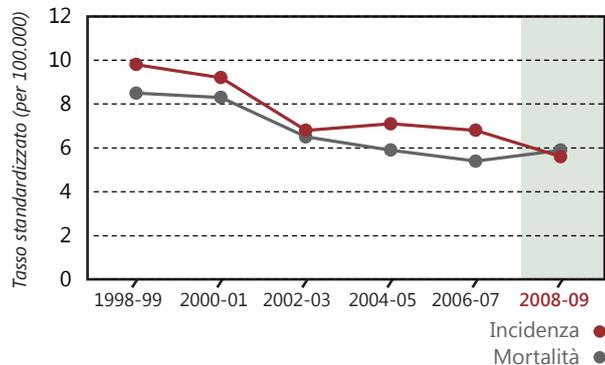
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	112	131
% sul totale	2.6	6.4
Tasso grezzo	9.8	11.5
Tasso standardizzato	5.6	5.9
Rischio cumulativo	0.4	0.4
Età media	73.9	73.9
Età mediana	76	74

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

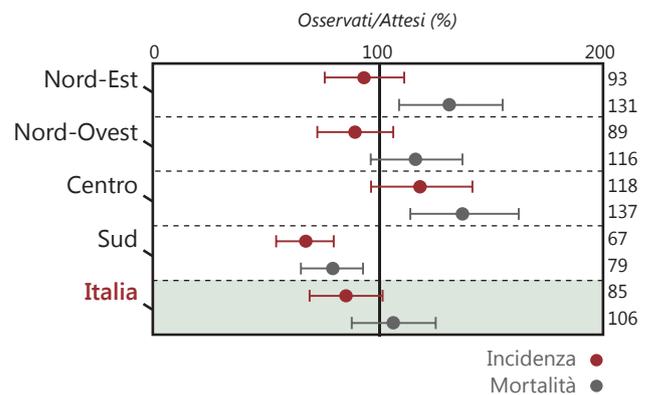
Fegato Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



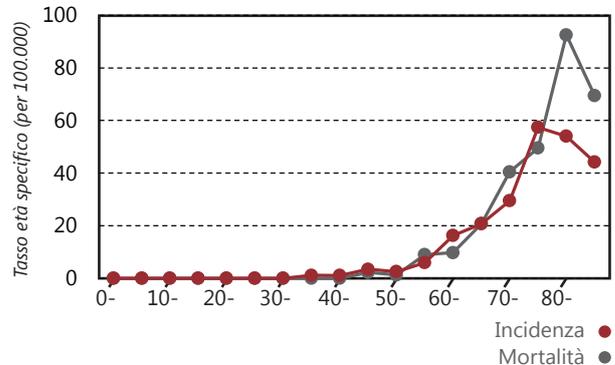
Fegato Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



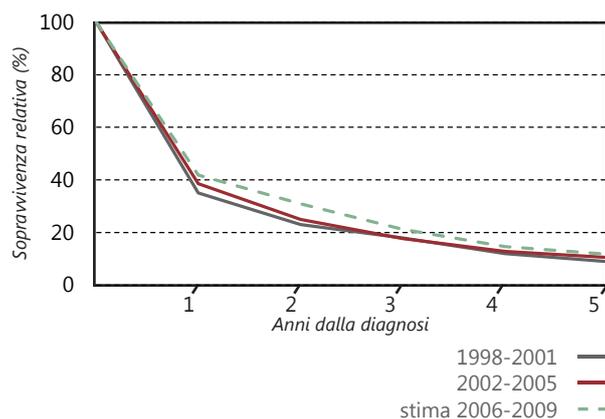
Fegato Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



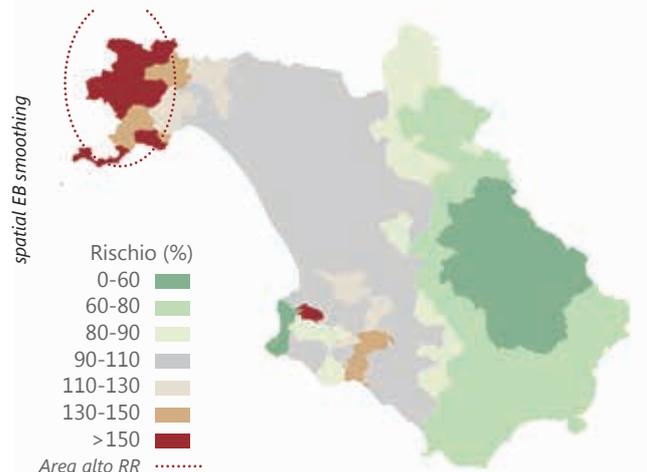
Fegato Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).
Anni 1998-2009.



Fegato Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.



Tumore delle vie biliari



Vie biliari Maschi

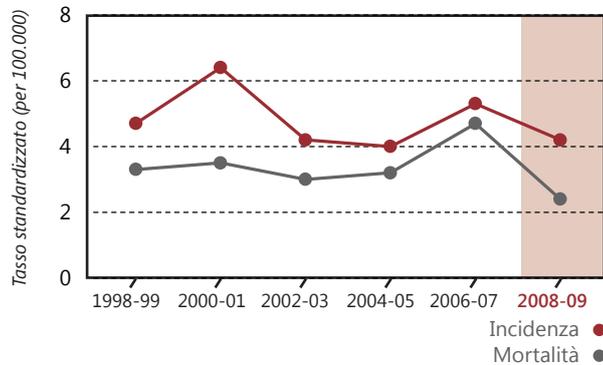
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	60	33
% sul totale	1.1	1.1
Tasso grezzo	5.6	3.1
Tasso standardizzato	4.2	2.4
Rischio cumulativo	0.3	0.2
Età media	69.7	69
Età mediana	69.5	68

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

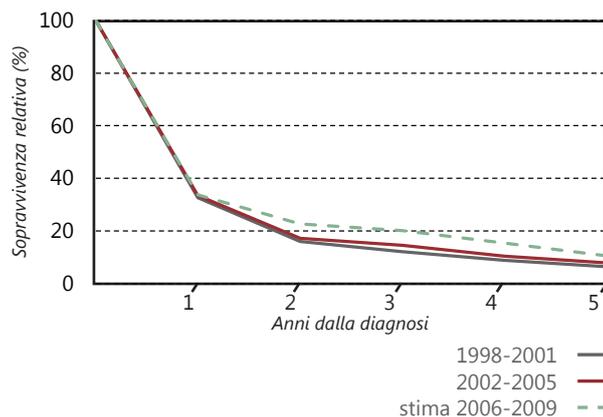
Vie biliari Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



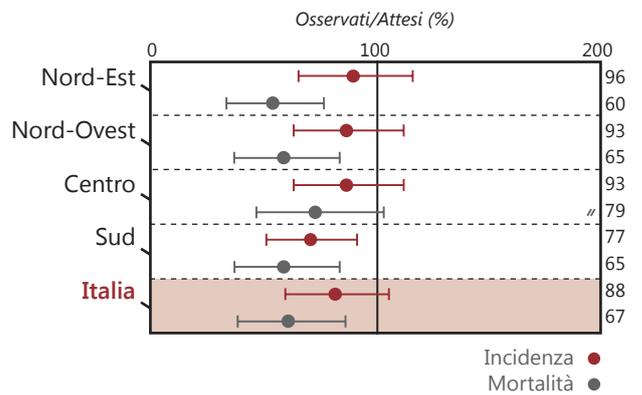
Vie biliari Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).
Anni 1998-2009.



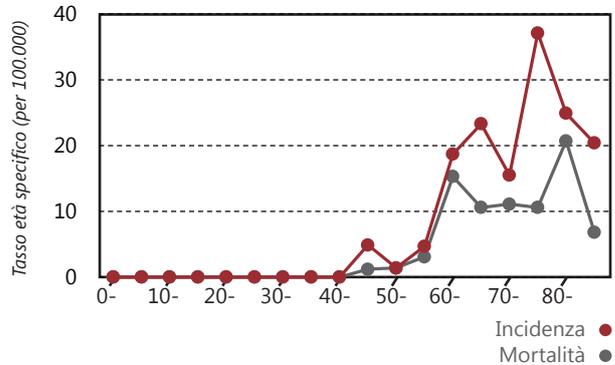
Vie biliari Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti. Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007).
Anni 2008-2009.



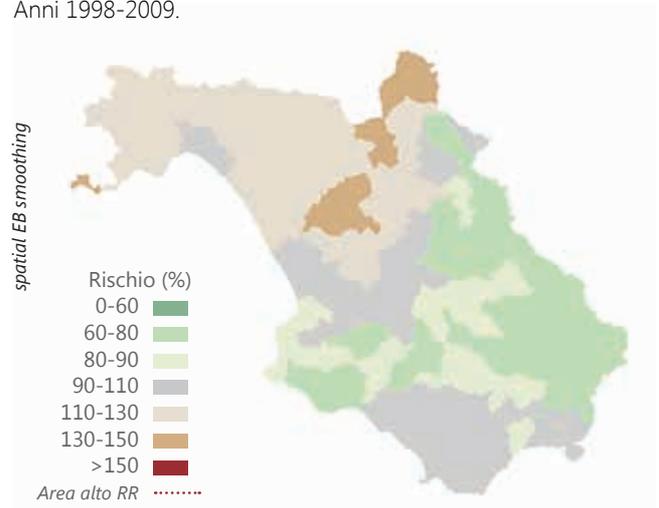
Vie biliari Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



Vie biliari Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune. Anni 1998-2009.



Tumore delle vie biliari



Vie biliari Femmine

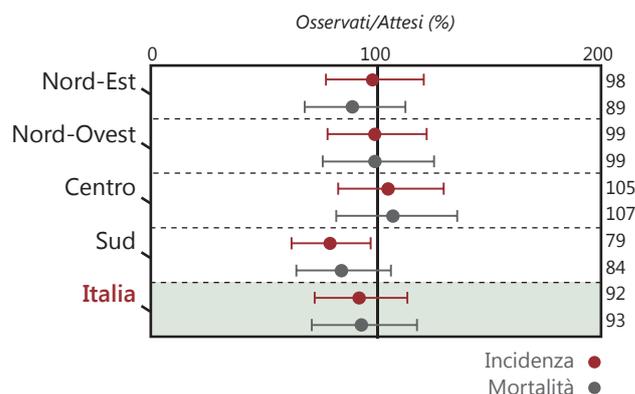
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	83	66
% sul totale	1.9	3.2
Tasso grezzo	7.3	5.8
Tasso standardizzato	4.4	3.5
Rischio cumulativo	0.3	0.2
Età media	73.3	73.3
Età mediana	75	75

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

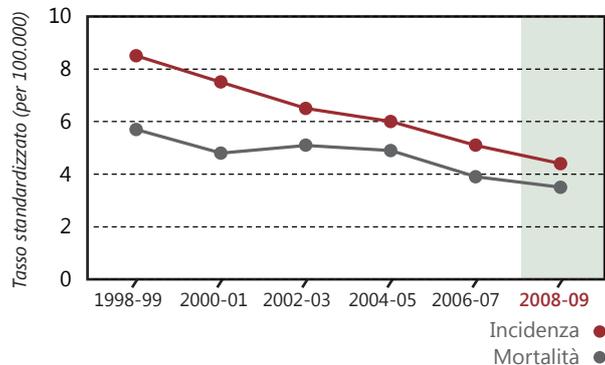
Vie biliari Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



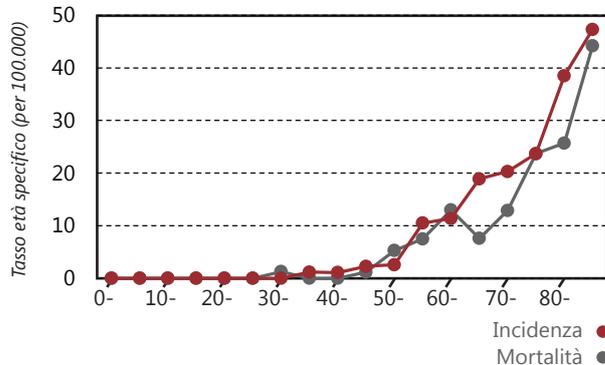
Vie biliari Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



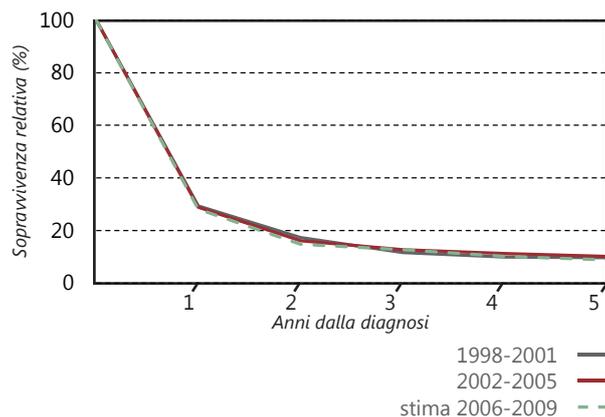
Vie biliari Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



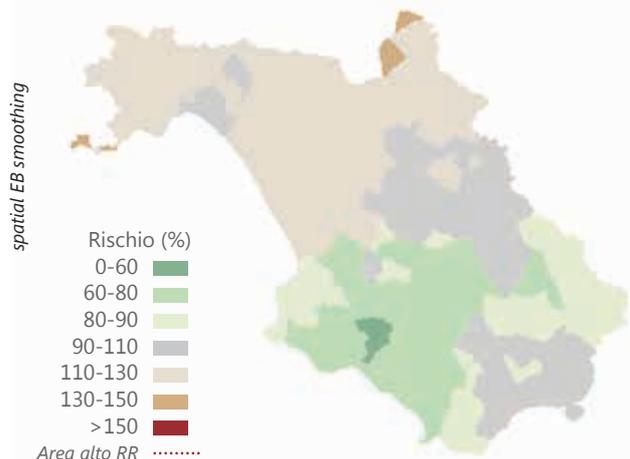
Vie biliari Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).
Anni 1998-2009.



Vie biliari Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.





Tumore del pancreas

Pancreas

Maschi

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	119	125
% sul totale	2.2	4.2
Tasso grezzo	11.1	11.6
Tasso standardizzato	8.9	9.1
Rischio cumulativo	0.8	0.7
Età media	66.6	67.3
Età mediana	67	68

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

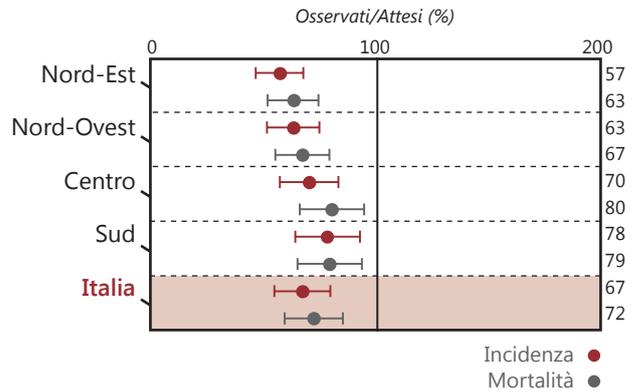
Pancreas

Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

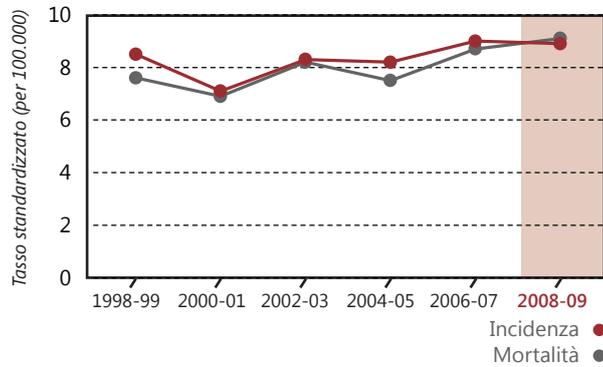


Pancreas

Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.

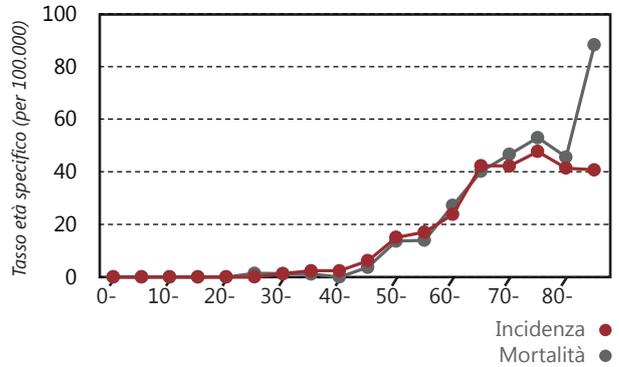


Pancreas

Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

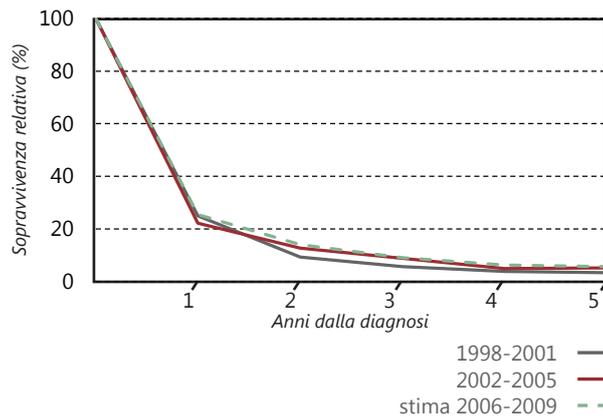


Pancreas

Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).

Anni 1998-2009.

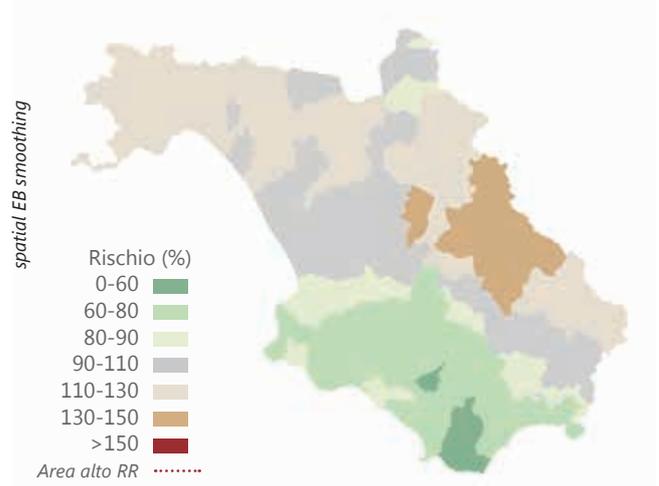


Pancreas

Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.





Tumore del pancreas

Pancreas Femmine

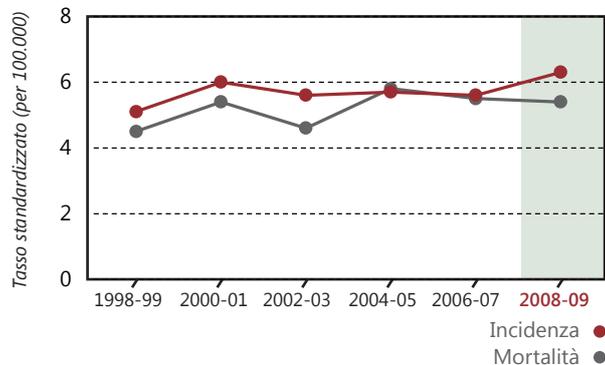
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità	
Numero casi	119	118	
% sul totale	2.8	5.8	
Tasso grezzo	10.5	10.4	(a)
Tasso standardizzato	6.3	5.4	(a)(b)
Rischio cumulativo	0.5	0.4	(c)
Età media	71.8	73.9	
Età mediana	75	77	

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

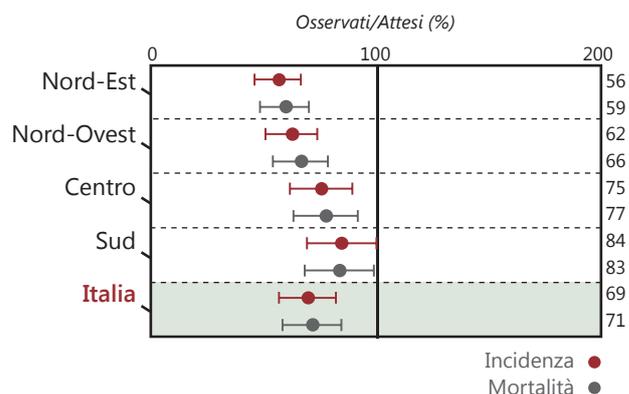
Pancreas Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



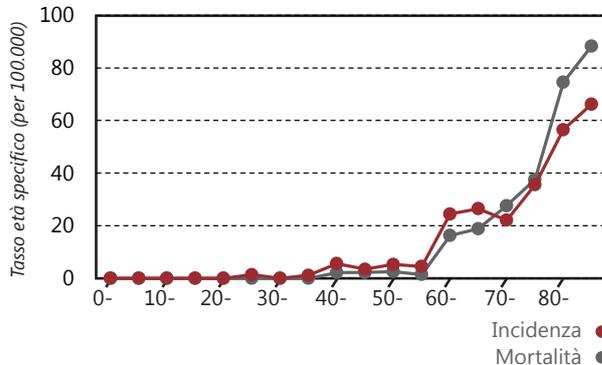
Pancreas Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



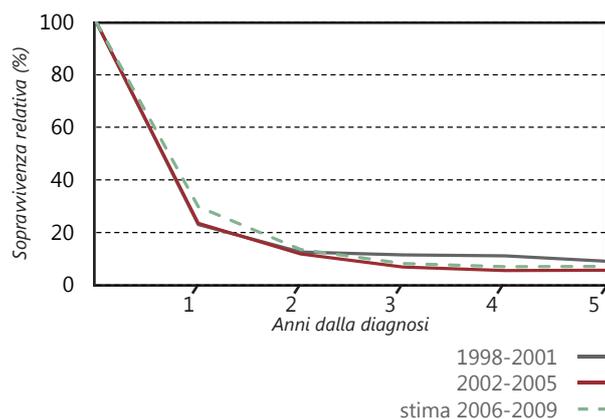
Pancreas Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



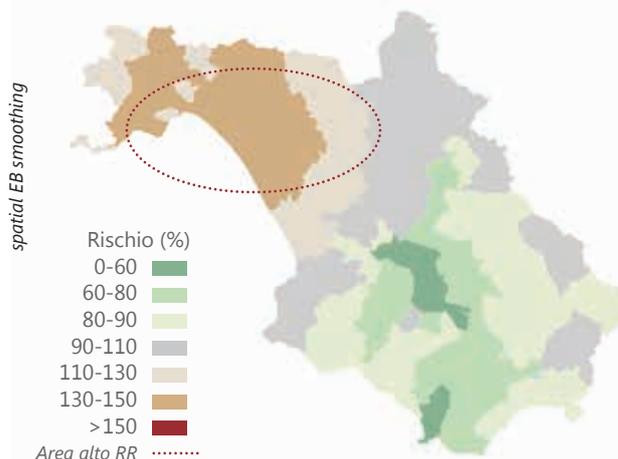
Pancreas Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).
Anni 1998-2009.



Pancreas Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.



Tumore del polmone



Polmone Maschi

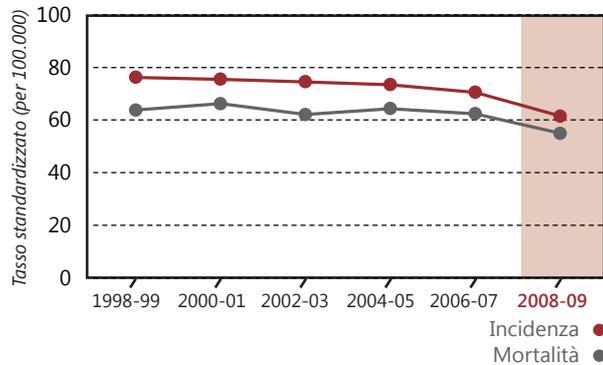
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	883	821
% sul totale	16.1	27.8
Tasso grezzo	82.1	76.3
Tasso standardizzato	61.5	54.9
Rischio cumulativo	5	4.2
Età media	70.3	66.6
Età mediana	71	67

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

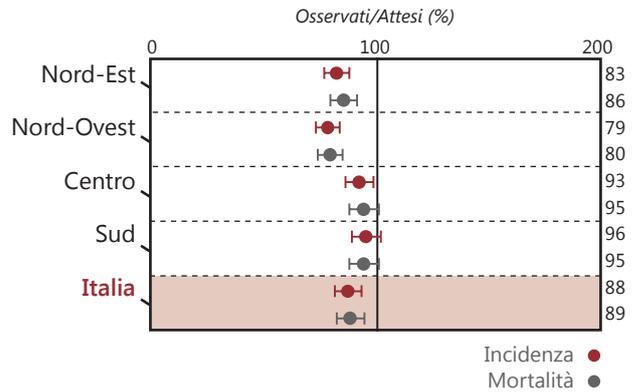
Polmone Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



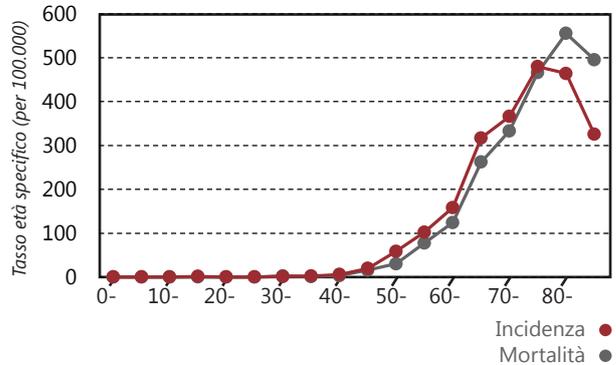
Polmone Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



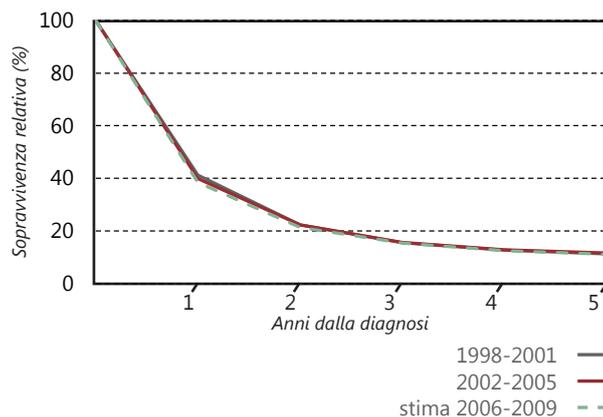
Polmone Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



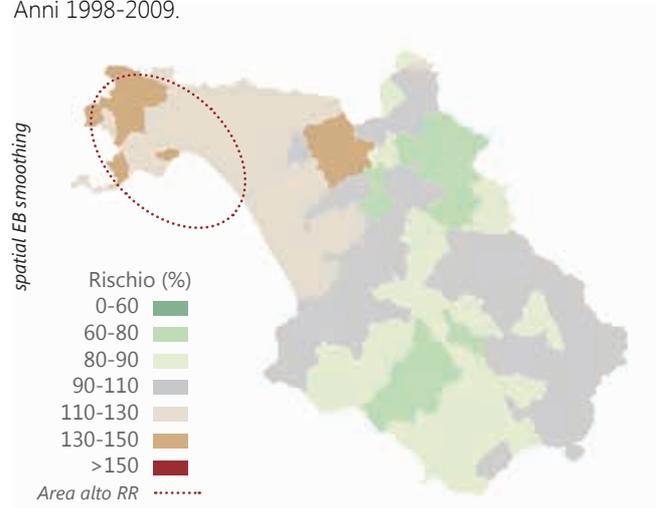
Polmone Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).
Anni 1998-2009.



Polmone Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.





Tumore del polmone

Polmone Femmine

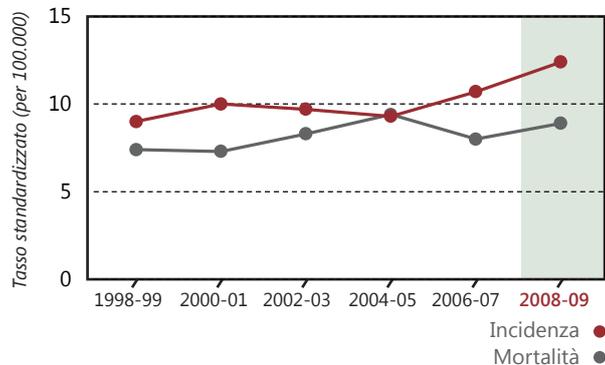
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità	
Numero casi	201	162	
% sul totale	4.7	7.9	
Tasso grezzo	17.7	14.2	(a)
Tasso standardizzato	12.4	8.9	(a)(b)
Rischio cumulativo	1	0.7	(c)
Età media	68.2	72.2	
Età mediana	70	73	

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

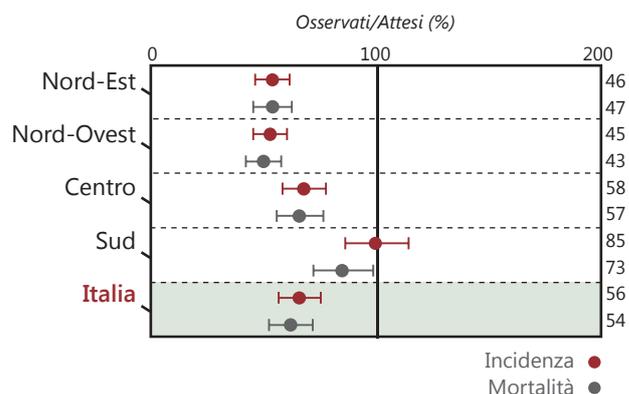
Polmone Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



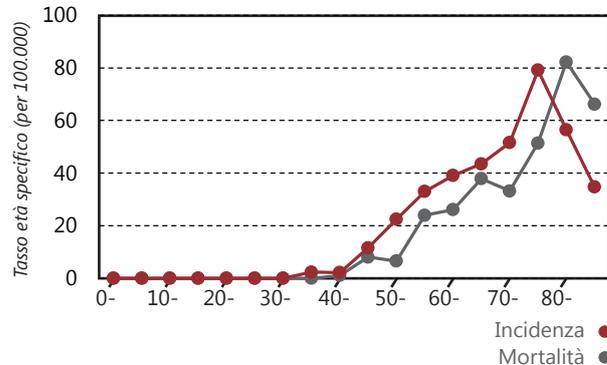
Polmone Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



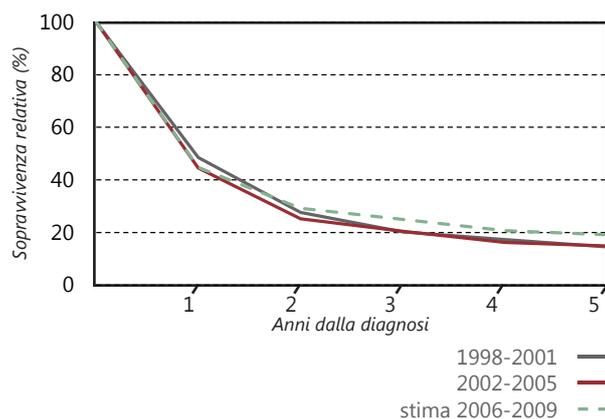
Polmone Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



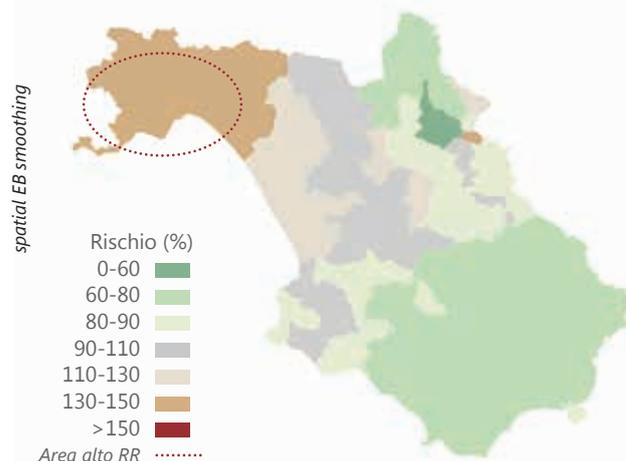
Polmone Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).
Anni 1998-2009.



Polmone Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.





Melanoma cutaneo

Melanoma cutaneo

Maschi

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	93	26
% sul totale	1.7	0.9
Tasso grezzo	8.6	2.4
Tasso standardizzato	7.3	1.7
Rischio cumulativo	0.6	0.1
Età media	59	68.6
Età mediana	64	75

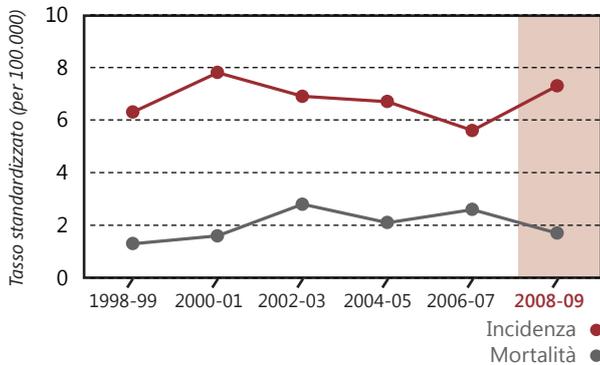
(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

Melanoma cutaneo

Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.



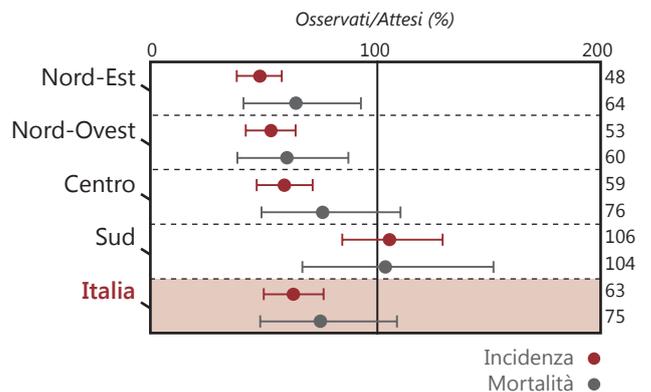
Melanoma cutaneo

Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

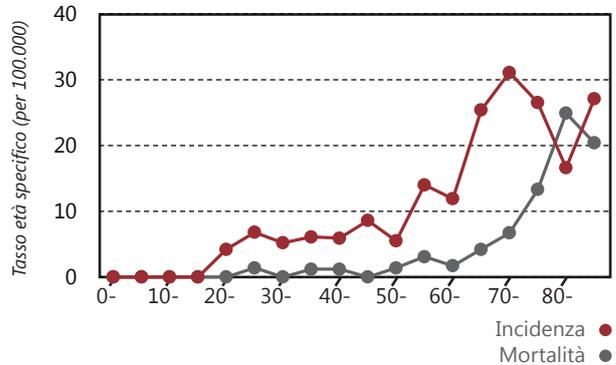


Melanoma cutaneo

Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

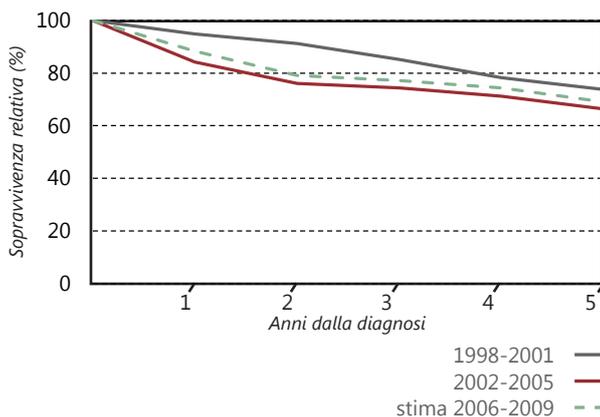


Melanoma cutaneo

Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).

Anni 1998-2009.

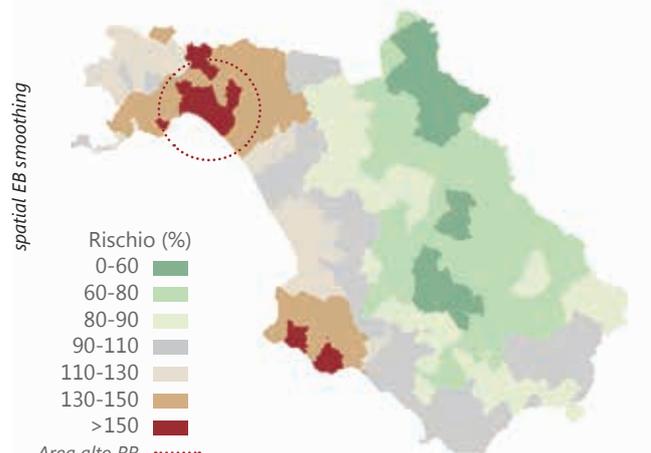


Melanoma cutaneo

Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.





Melanoma cutaneo

Melanoma cutaneo Femmine

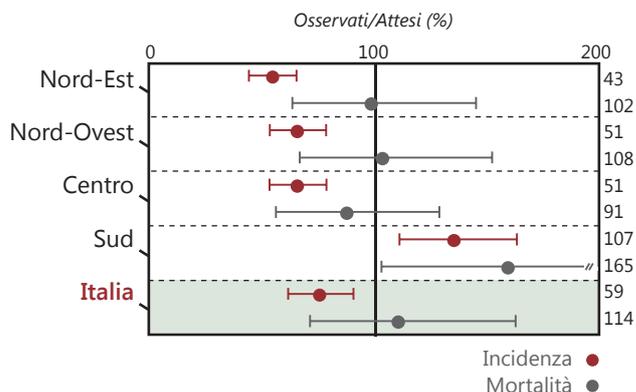
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	109	25
% sul totale	2.5	1.2
Tasso grezzo	9.6	2.2
Tasso standardizzato	8.1	1.5
Rischio cumulativo	0.7	0.1
Età media	55.4	68
Età mediana	55	74

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

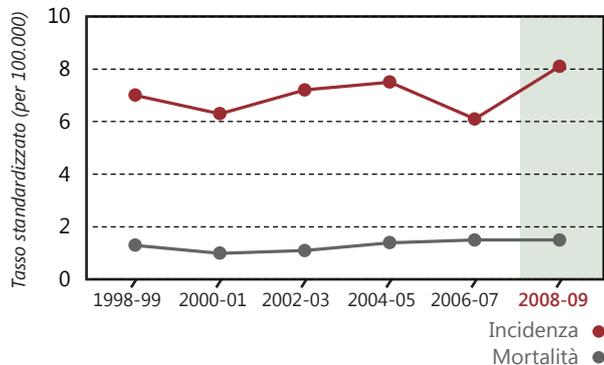
Melanoma cutaneo Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



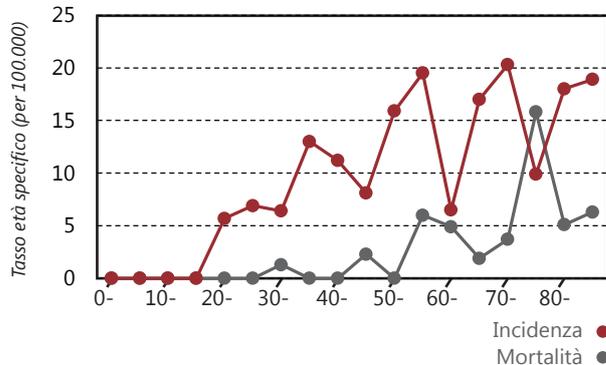
Melanoma cutaneo Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



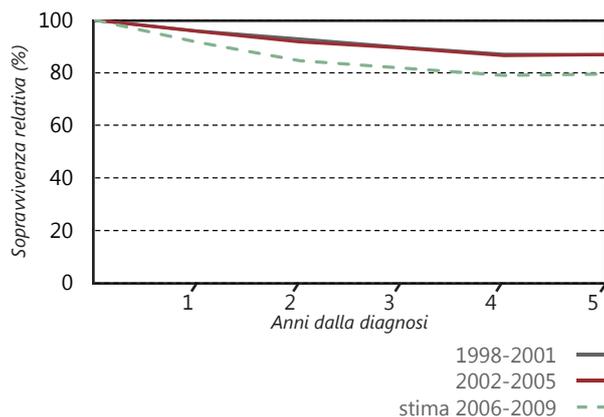
Melanoma cutaneo Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



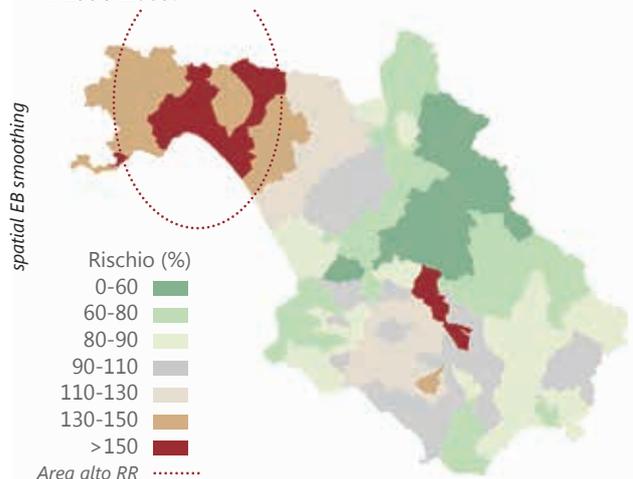
Melanoma cutaneo Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).
Anni 1998-2009.



Melanoma cutaneo Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.



Tumore della mammella



Mammella Femmine

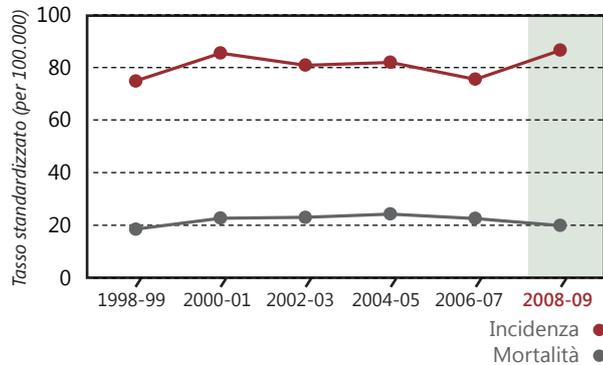
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	1223	349
% sul totale	28.6	17.1
Tasso grezzo	107.4	30.7
Tasso standardizzato	86.5	19.9
Rischio cumulativo	7	1.5
Età media	60.5	67.4
Età mediana	60	68

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

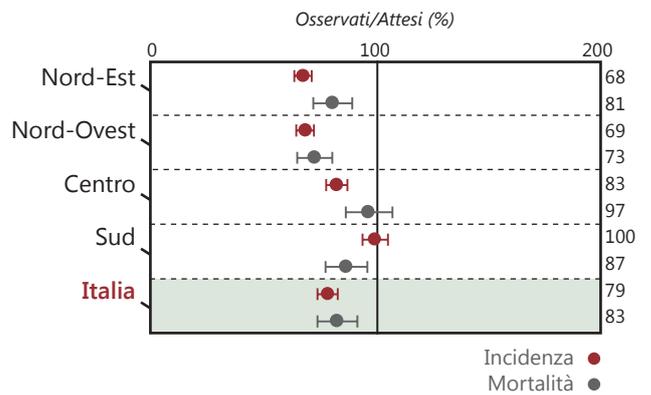
Mammella Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



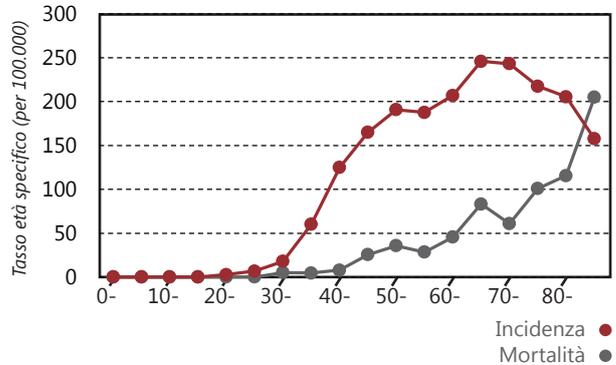
Mammella Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



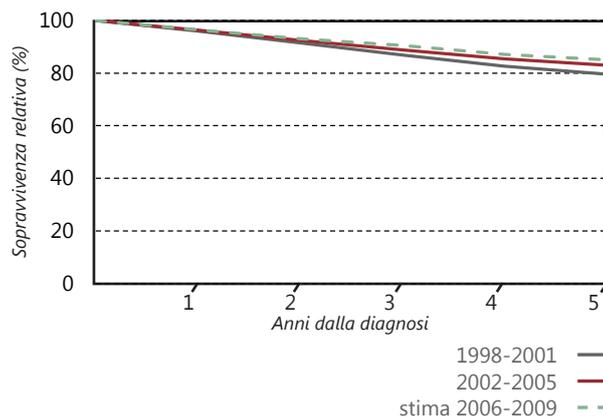
Mammella Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



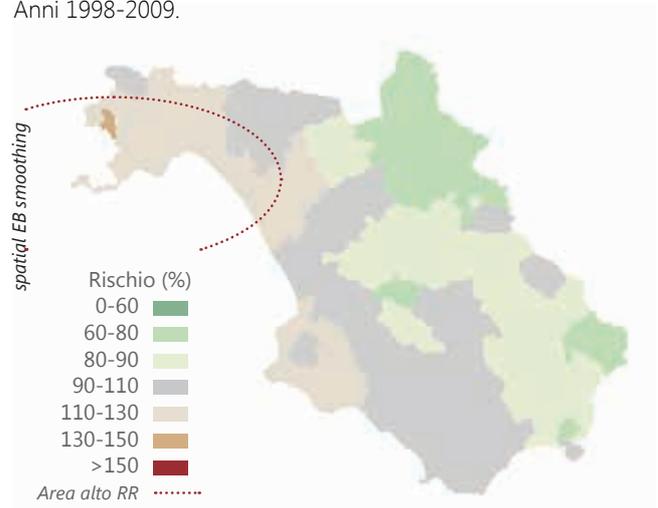
Mammella Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).
Anni 1998-2009.



Mammella Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.



Tumore della cervice uterina

dati di mortalità non mostrati
si veda nota specifica nella sezione "materiali e metodi"



Cervice uterina Femmine

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	69	-
% sul totale	1.6	-
Tasso grezzo	6.1	-
Tasso standardizzato	5.1	-
Rischio cumulativo	0.4	-
Età media	57.8	-
Età mediana	57	-

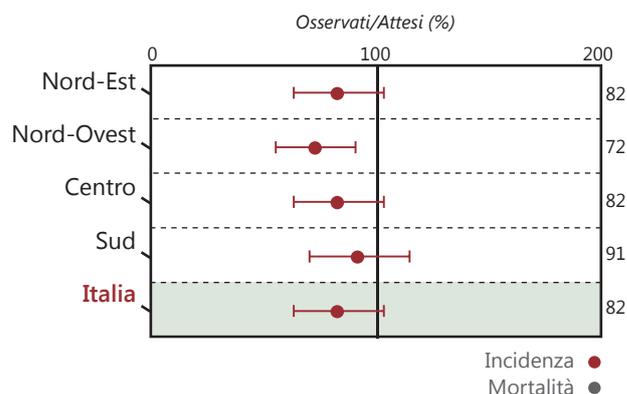
(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

Cervice uterina Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

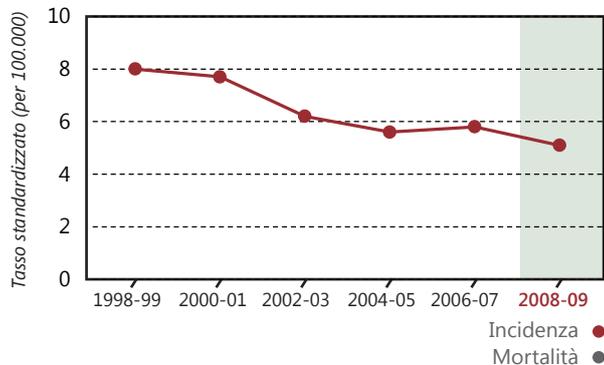
Anni 2008-2009.



Cervice uterina Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

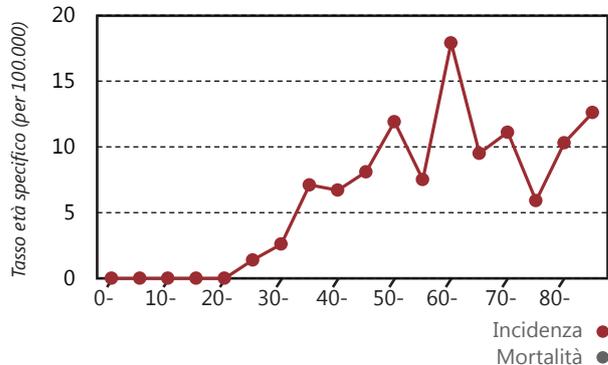
Anni 1998-2009.



Cervice uterina Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

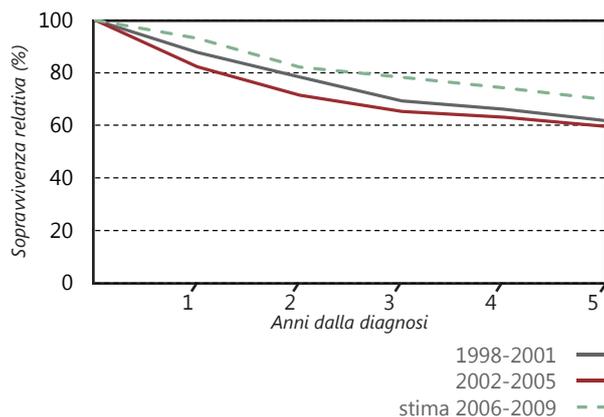
Anni 2008-2009.



Cervice uterina Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).

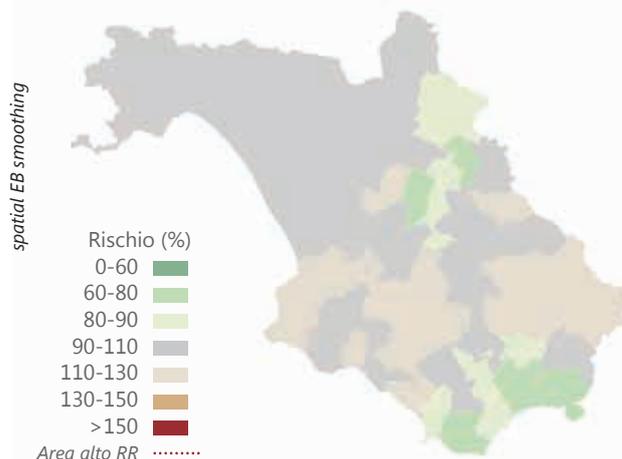
Anni 1998-2009.



Cervice uterina Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.



Tumore del corpo dell'utero

dati di mortalità non mostrati
si veda nota specifica nella sezione "materiali e metodi"



Corpo dell'utero Femmine

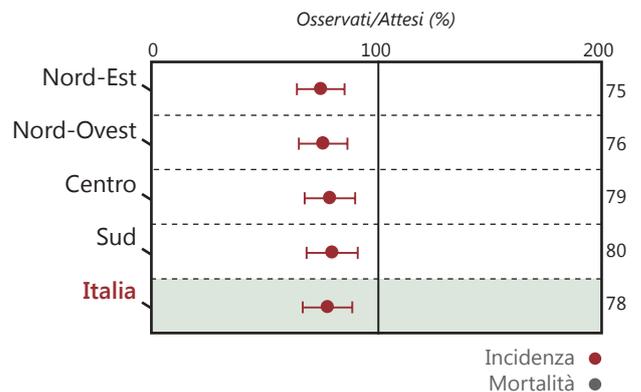
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	202	-
% sul totale	4.7	-
Tasso grezzo	17.7	-
Tasso standardizzato	14.8	-
Rischio cumulativo	1.3	-
Età media	62	-
Età mediana	61	-

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

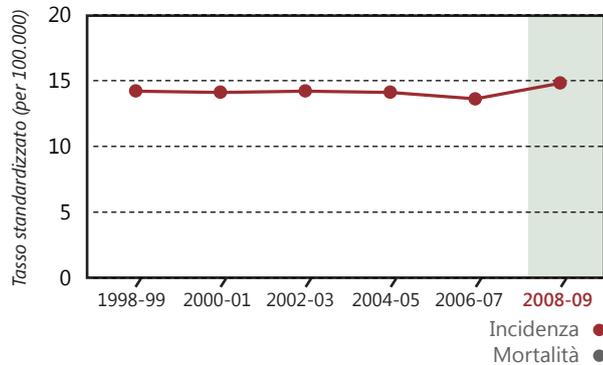
Corpo dell'utero Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



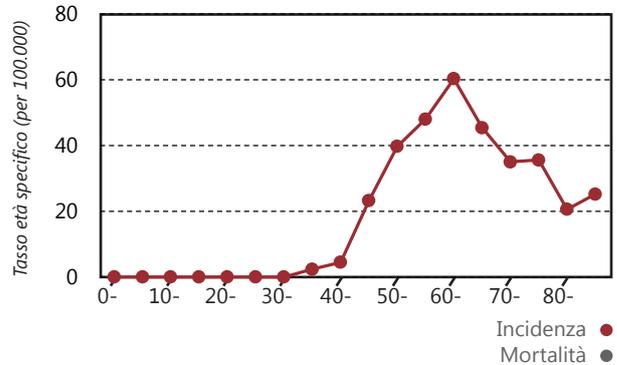
Corpo dell'utero Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



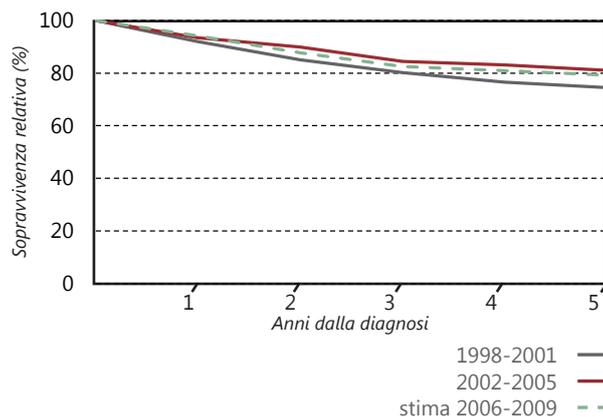
Corpo dell'utero Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



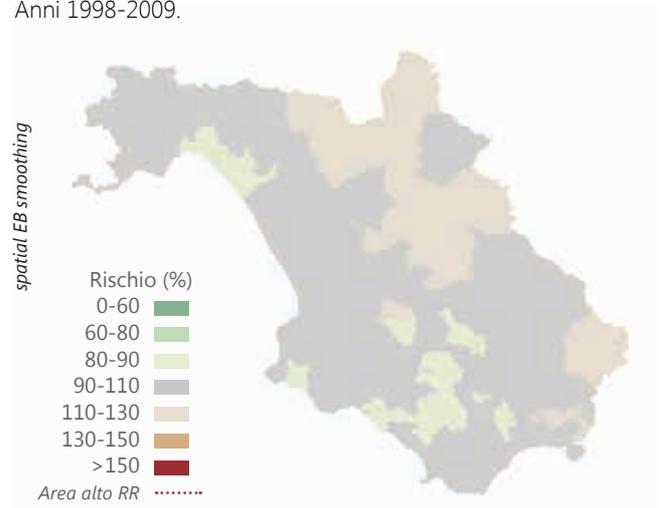
Corpo dell'utero Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).
Anni 1998-2009.



Corpo dell'utero Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.





Tumore dell'ovaio

Ovaio Femmine

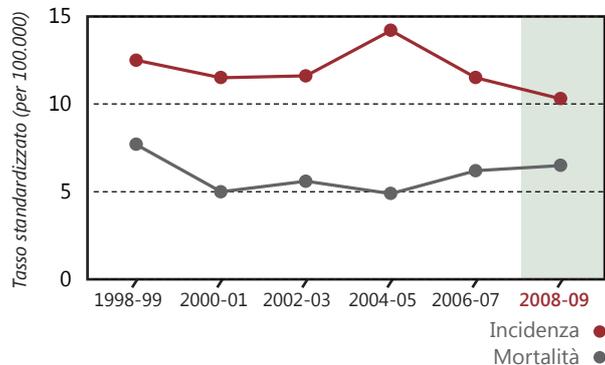
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità	
Numero casi	156	115	
% sul totale	3.6	5.6	
Tasso grezzo	13.7	10.1	(a)
Tasso standardizzato	10.3	6.5	(a)(b)
Rischio cumulativo	0.8	0.5	(c)
Età media	63.1	66.9	
Età mediana	64.5	69	

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

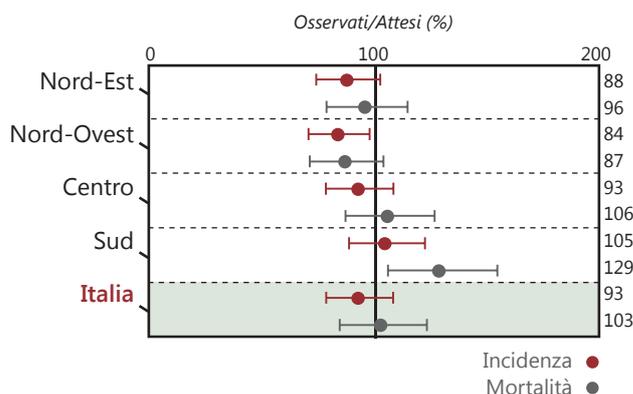
Ovaio Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



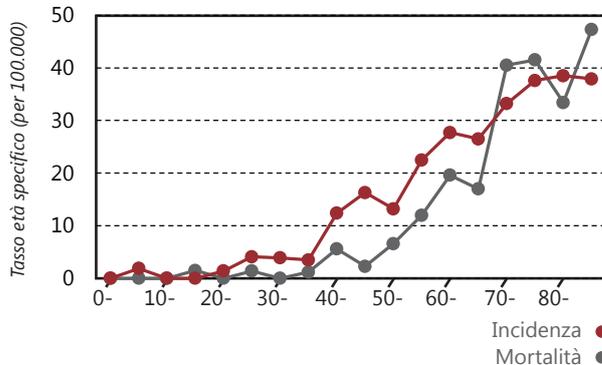
Ovaio Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



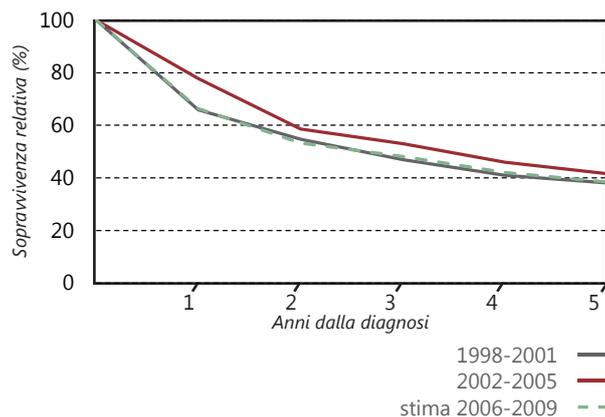
Ovaio Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



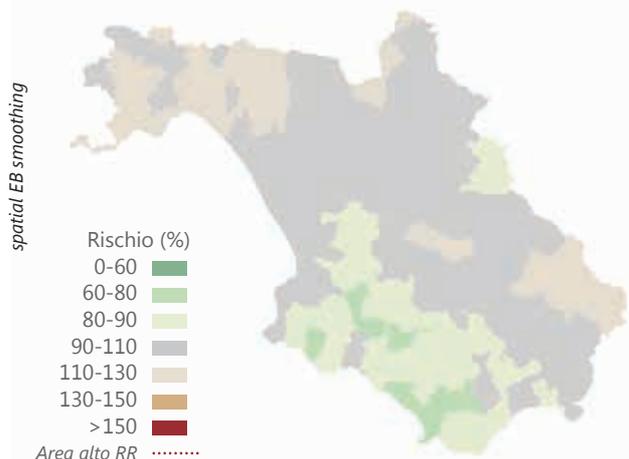
Ovaio Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).
Anni 1998-2009.



Ovaio Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.





Tumore della prostata

Prostata

Maschi

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	988	286
% sul totale	18.1	9.7
Tasso grezzo	91.9	26.6
Tasso standardizzato	67.7	17
Rischio cumulativo	5.8	0.5
Età media	71.9	76.2
Età mediana	72	76.5

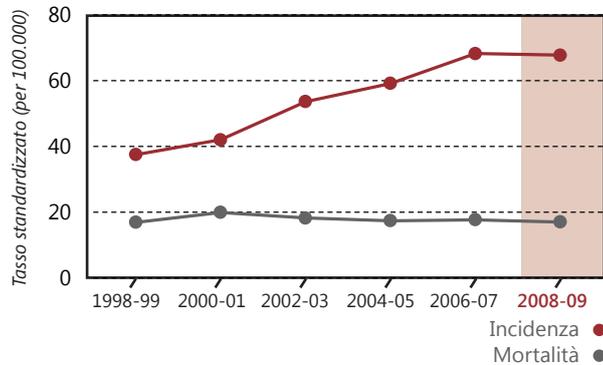
(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

Prostata

Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.

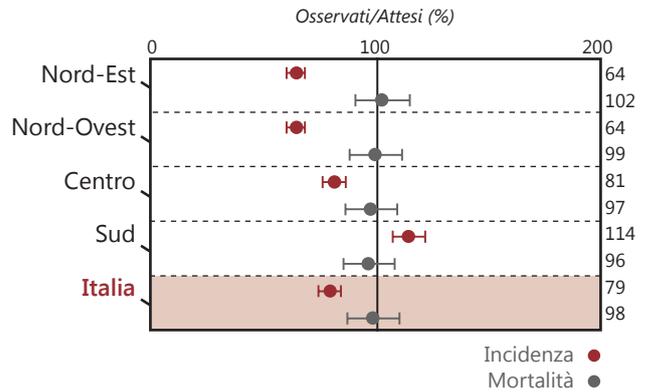


Prostata

Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti. Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

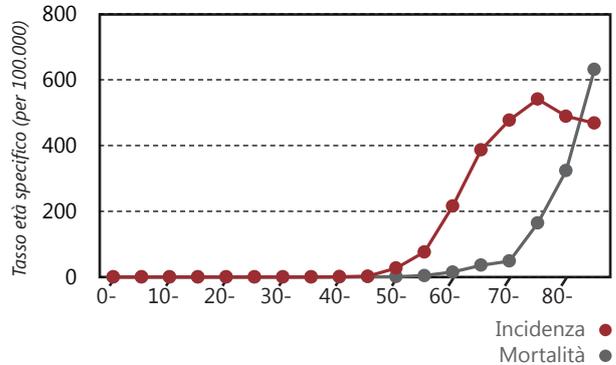


Prostata

Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

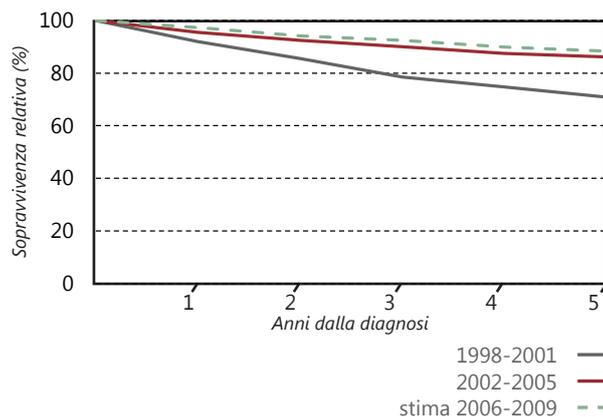


Prostata

Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).

Anni 1998-2009.

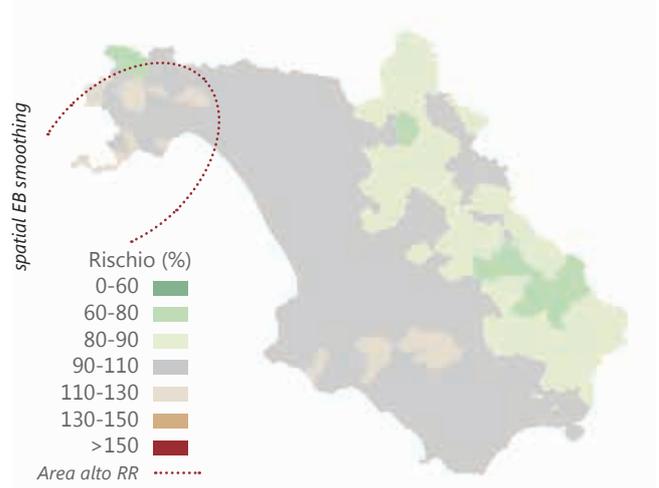


Prostata

Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.



Tumore del testicolo



Testicolo

Maschi

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	68	2
% sul totale	1.2	0.1
Tasso grezzo	6.3	0.2
Tasso standardizzato	6.1	0.2
Rischio cumulativo	0.4	-
Età media	35.4	-
Età mediana	35.5	-

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

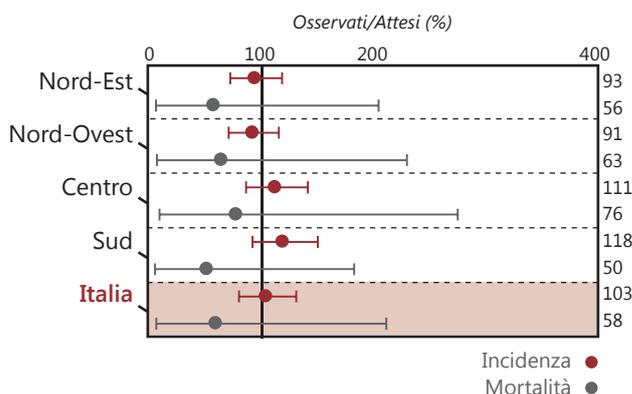
Testicolo

Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

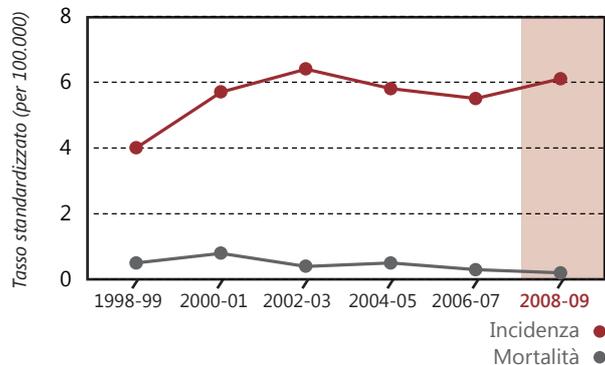


Testicolo

Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.

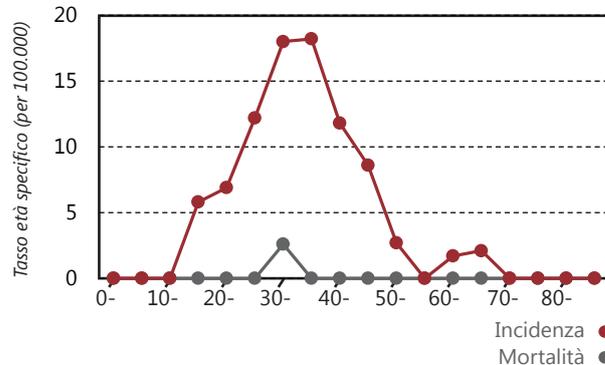


Testicolo

Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

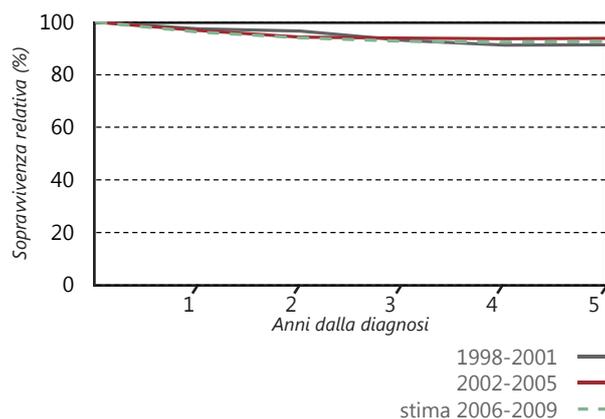


Testicolo

Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).

Anni 1998-2009.

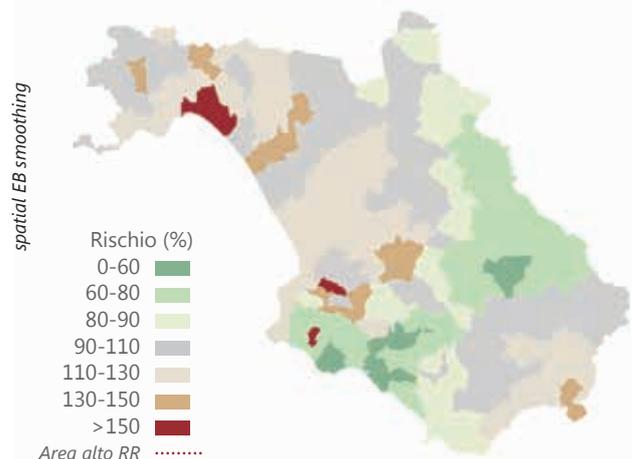


Testicolo

Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.



Tumore del rene e delle vie urinarie

Include: rene, pelvi renale, uretere, altri e non specificati organi dell'apparato urinario
Esclude: vescica



Rene e vie urinarie Maschi

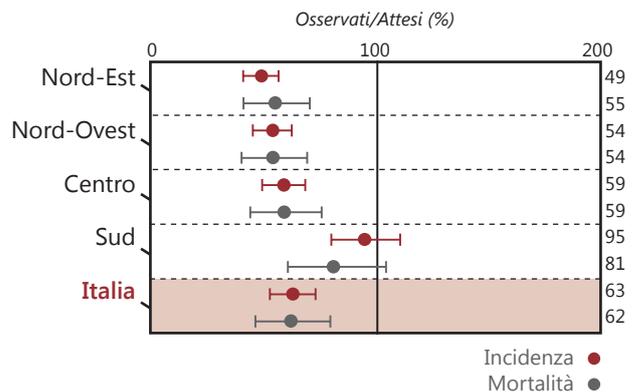
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	154	57
% sul totale	2.8	1.9
Tasso grezzo	14.3	5.3
Tasso standardizzato	12.2	4.1
Rischio cumulativo	1.1	0.3
Età media	62.5	71.3
Età mediana	64	73

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

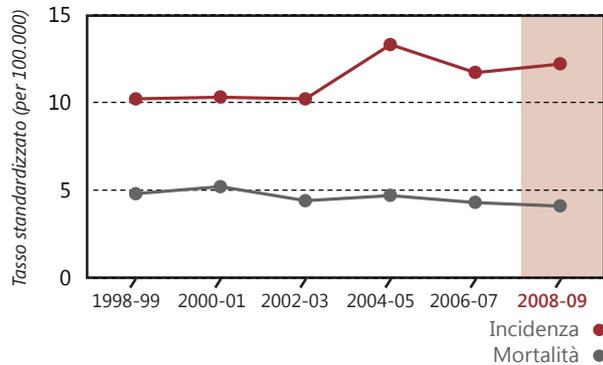
Rene e vie urinarie Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



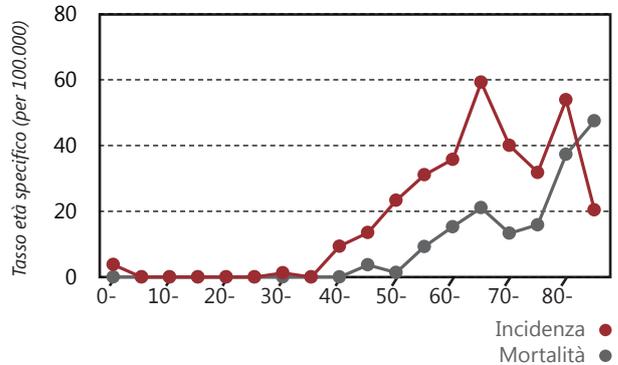
Rene e vie urinarie Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



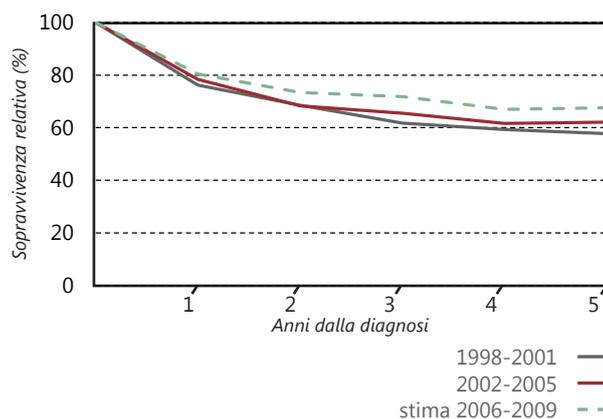
Rene e vie urinarie Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



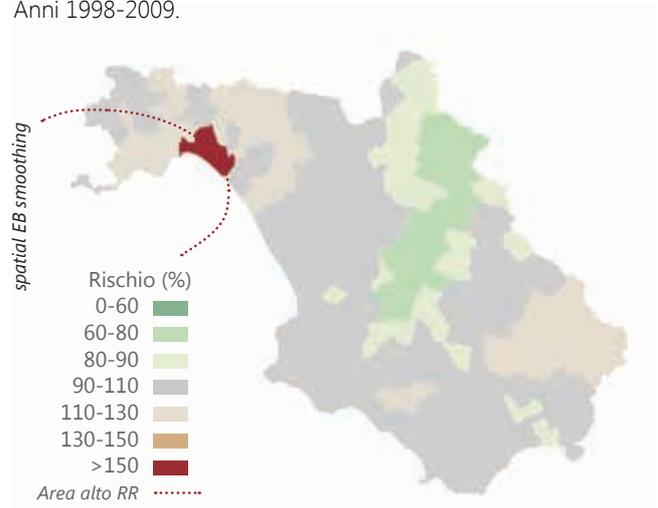
Rene e vie urinarie Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).
Anni 1998-2009.



Rene e vie urinarie Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.





Tumore del rene e delle vie urinarie

Include: rene, pelvi renale, uretere, altri e non specificati organi dell'apparato urinario
Esclude: vescica

Rene e vie urinarie Femmine

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	67	24
% sul totale	1,7	1,2
Tasso grezzo	6	2,1
Tasso standardizzato	4,8	1,1
Rischio cumulativo	0,4	0,1
Età media	58,8	77,1
Età mediana	62	80

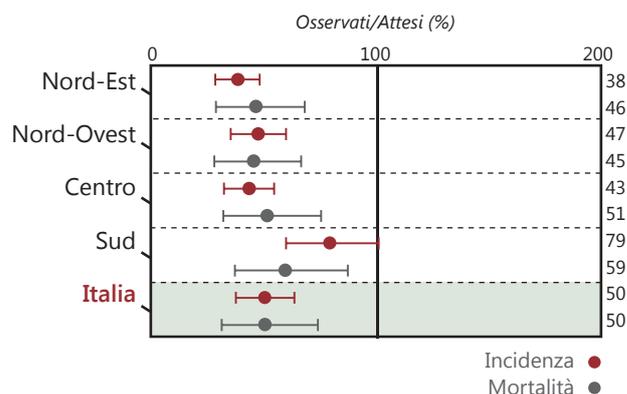
(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

Rene e vie urinarie Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

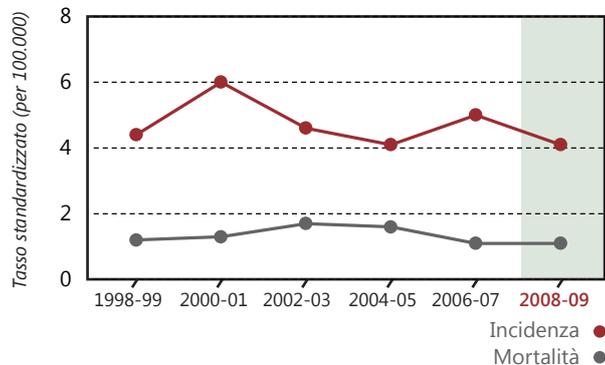
Anni 2008-2009.



Rene e vie urinarie Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

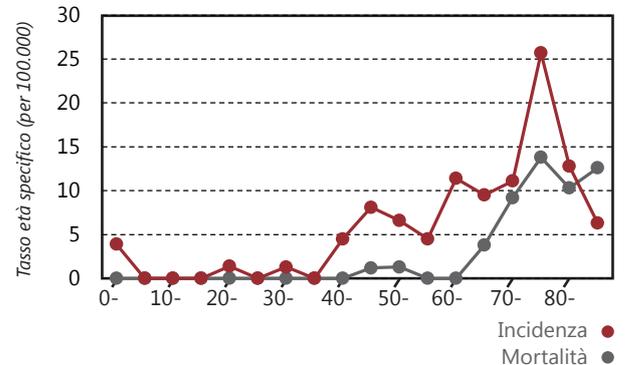
Anni 1998-2009.



Rene e vie urinarie Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

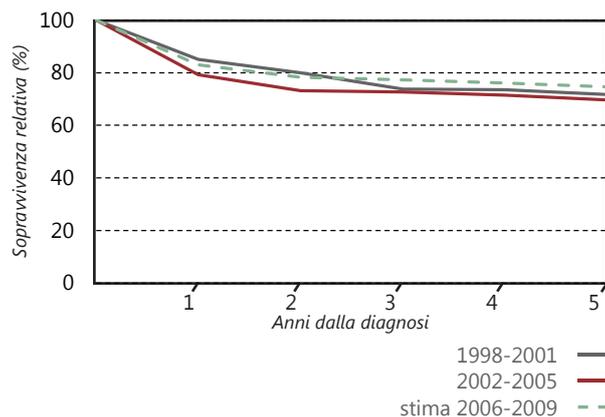
Anni 2008-2009.



Rene e vie urinarie Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).

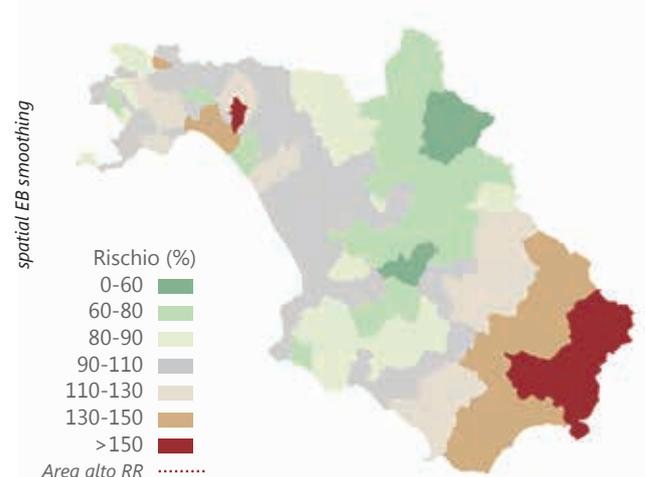
Anni 1998-2009.



Rene e vie urinarie Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.



Tumore della vescica

Include: tumori a comportamento incerto, in situ e maligno della vescica



Vescica

Maschi

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	685	223
% sul totale	12.5	7.5
Tasso grezzo	63.7	20.7
Tasso standardizzato	47	13.5
Rischio cumulativo	3.6	0.7
Età media	70.8	76
Età mediana	73	77

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

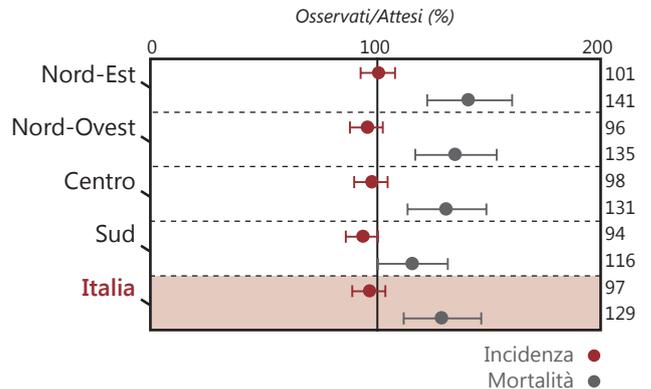
Vescica

Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

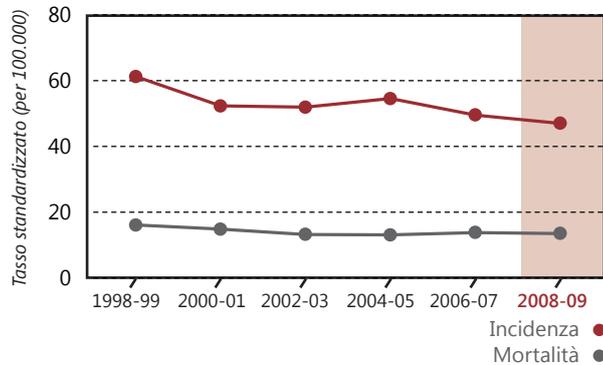


Vescica

Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.

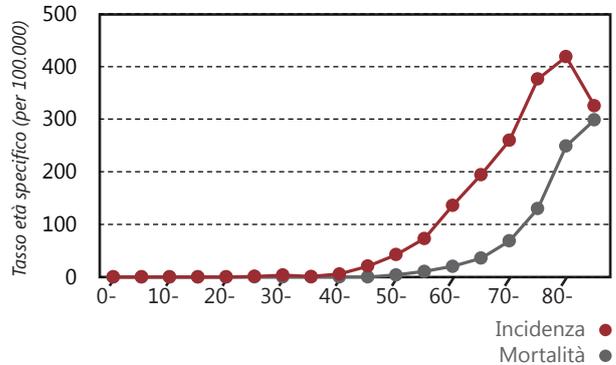


Vescica

Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

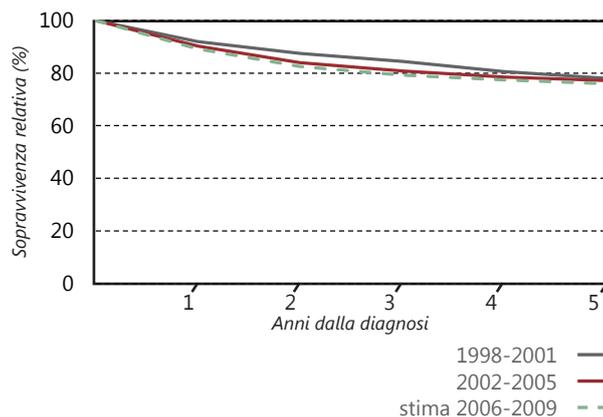


Vescica

Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).

Anni 1998-2009.

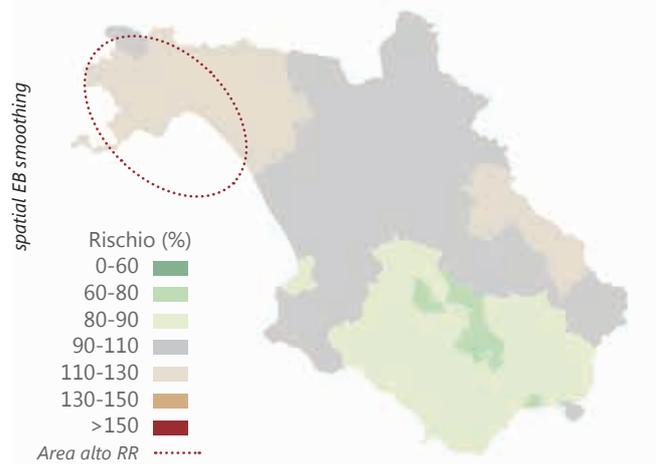


Vescica

Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.



Tumore della vescica

Include: tumori a comportamento incerto, in situ e maligno della vescica



Vescica

Femmine

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	137	37
% sul totale	3.2	1.8
Tasso grezzo	12	3.3
Tasso standardizzato	8.3	1.6
Rischio cumulativo	0.7	0.1
Età media	68.5	78.2
Età mediana	69	79

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

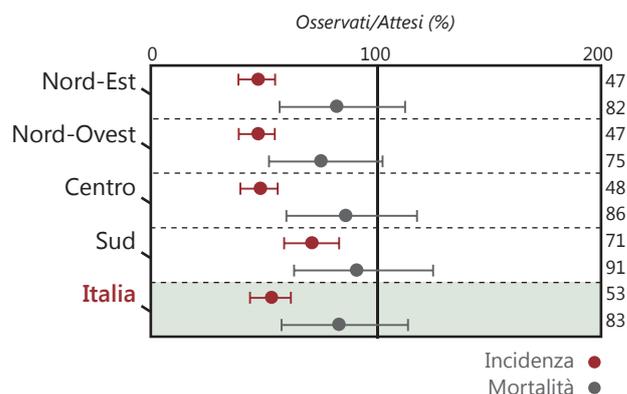
Vescica

Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

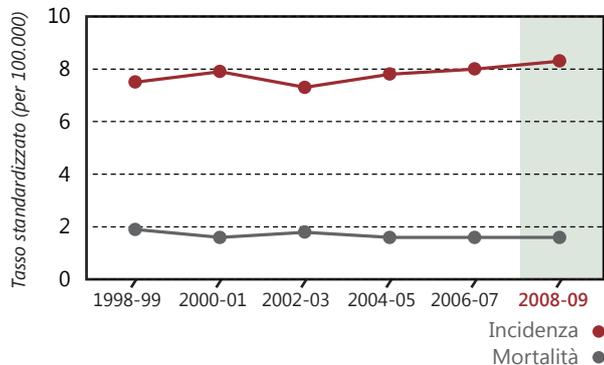


Vescica

Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.

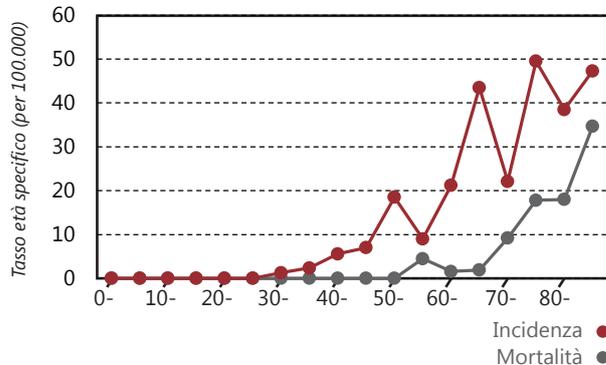


Vescica

Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

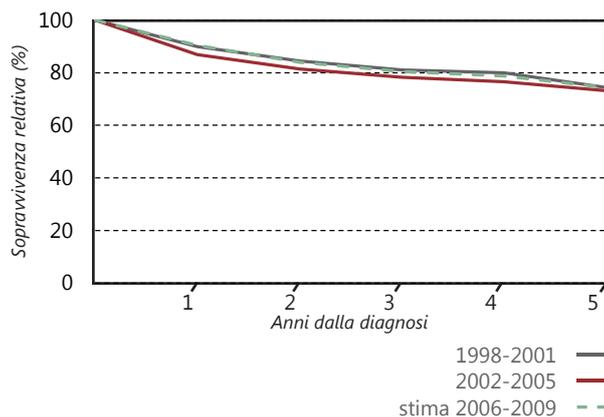


Vescica

Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).

Anni 1998-2009.

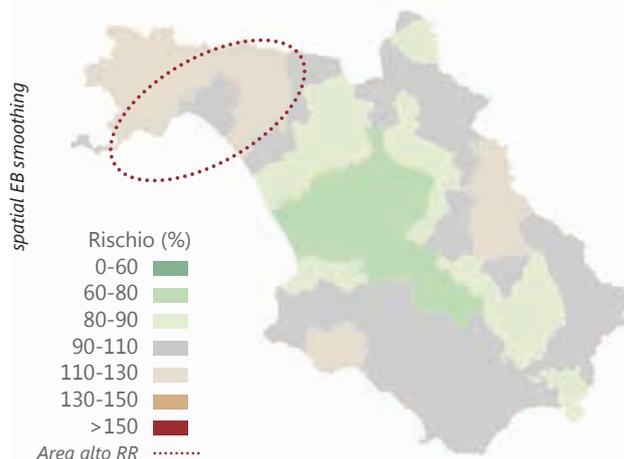


Vescica

Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.



Tumori dell'encefalo e SNC

Include: tumori a comportamento maligno dell'encefalo e del sistema nervoso centrale



Encefalo e SNC Maschi

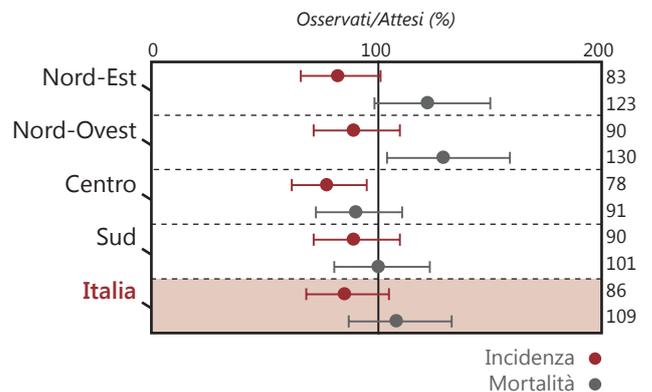
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	90	93
% sul totale	1.6	3.1
Tasso grezzo	8.4	8.6
Tasso standardizzato	6.9	6.9
Rischio cumulativo	0.5	0.5
Età media	61.3	63.6
Età mediana	62.5	67

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

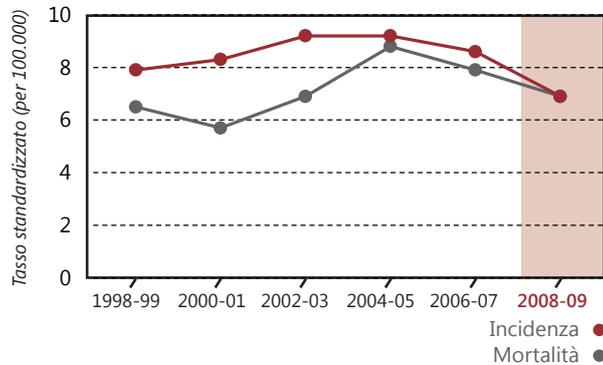
Encefalo e SNC Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



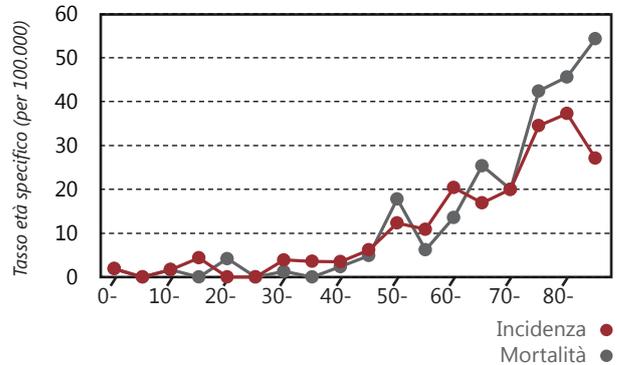
Encefalo e SNC Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



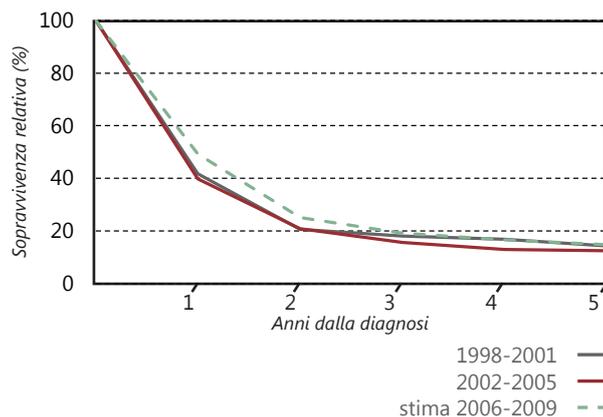
Encefalo e SNC Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



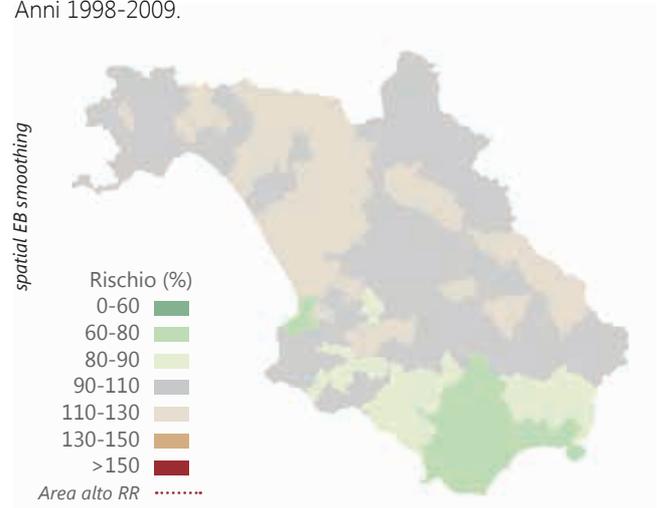
Encefalo e SNC Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).
Anni 1998-2009.



Encefalo e SNC Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.



Tumori dell'encefalo e SNC

Include: tumori a comportamento maligno dell'encefalo e del sistema nervoso centrale



Encefalo e SNC

Femmine

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	71	74
% sul totale	1.7	3.6
Tasso grezzo	6.2	6.5
Tasso standardizzato	4.6	4.4
Rischio cumulativo	0.4	0.4
Età media	64.2	68.8
Età mediana	70.5	70.5

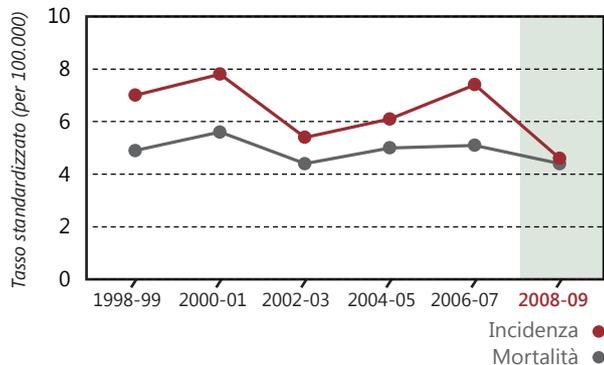
(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

Encefalo e SNC

Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.



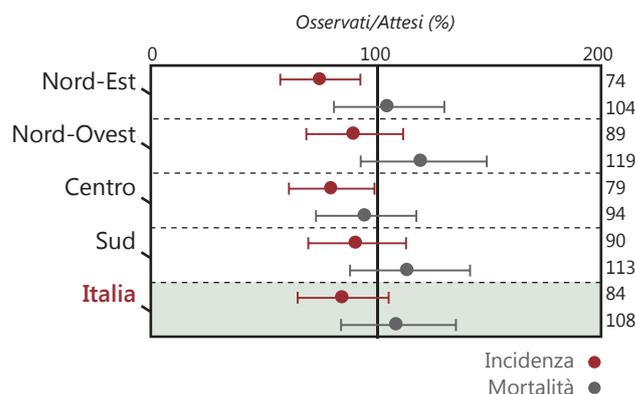
Encefalo e SNC

Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

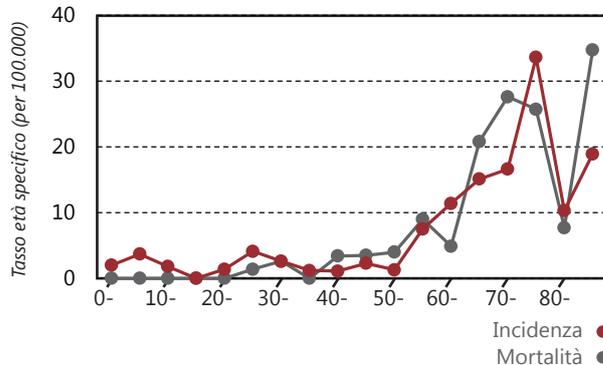


Encefalo e SNC

Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

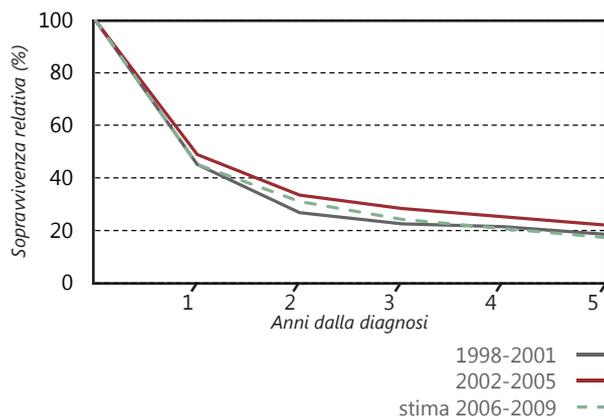


Encefalo e SNC

Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).

Anni 1998-2009.

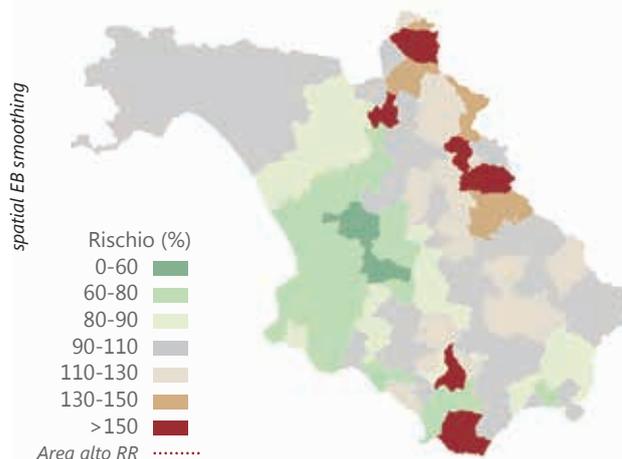


Encefalo e SNC

Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.





Tumore della tiroide

Tiroide

Maschi

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	76	9
% sul totale	1.4	0.3
Tasso grezzo	7.1	0.8
Tasso standardizzato	6.6	0.6
Rischio cumulativo	0.5	0.1
Età media	46.6	66.2
Età mediana	46.5	68

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

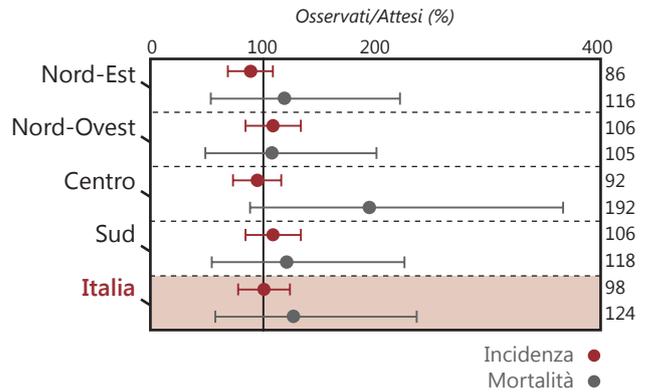
Tiroide

Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

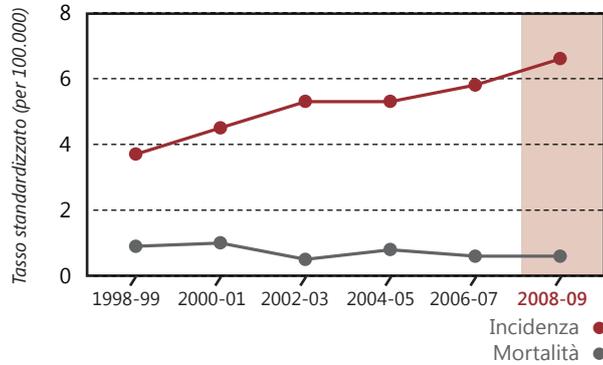


Tiroide

Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.

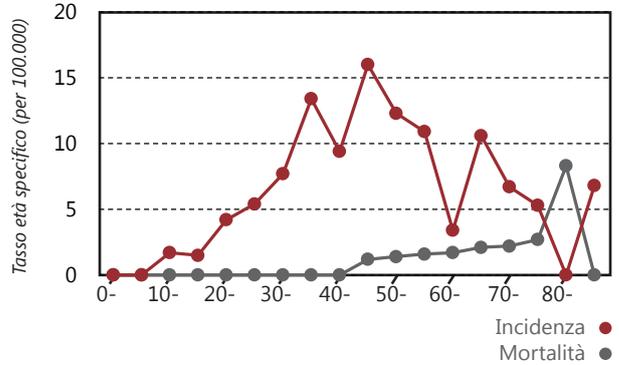


Tiroide

Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

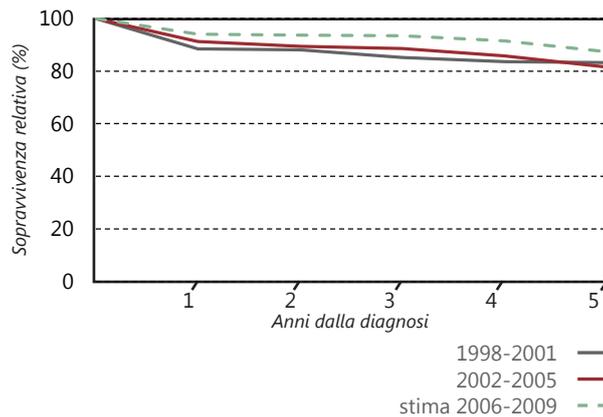


Tiroide

Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).

Anni 1998-2009.

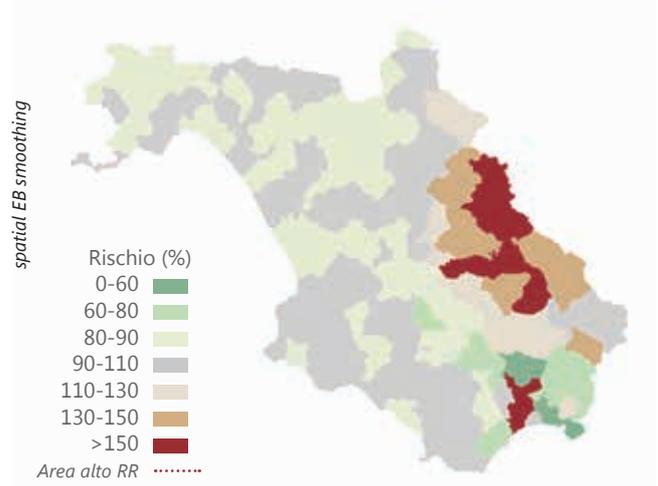


Tiroide

Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.





Tumore della tiroide

Tiroide Femmine

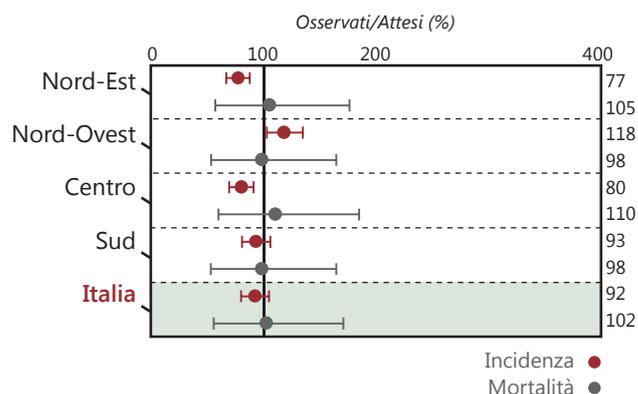
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	219	14
% sul totale	5.1	0.7
Tasso grezzo	19.2	1.2
Tasso standardizzato	18.5	0.6
Rischio cumulativo	1.4	0
Età media	44.5	77.1
Età mediana	44	77

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

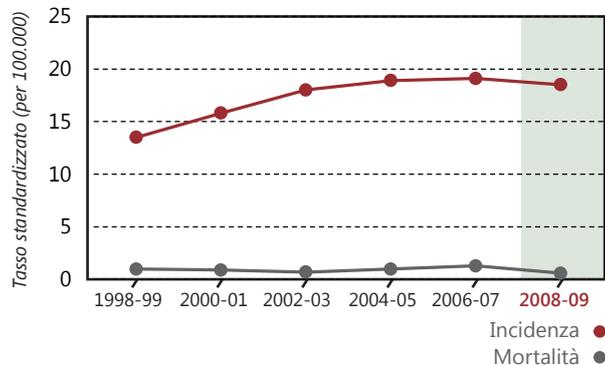
Tiroide Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



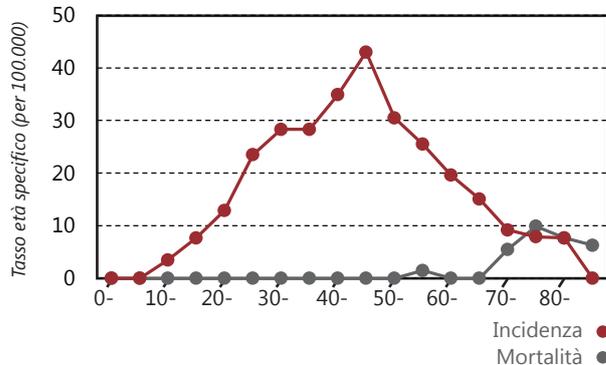
Tiroide Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



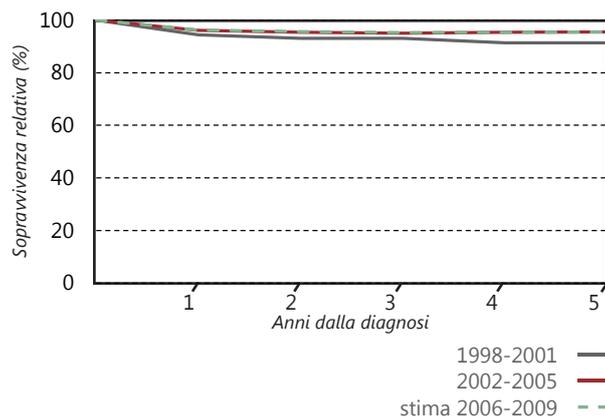
Tiroide Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



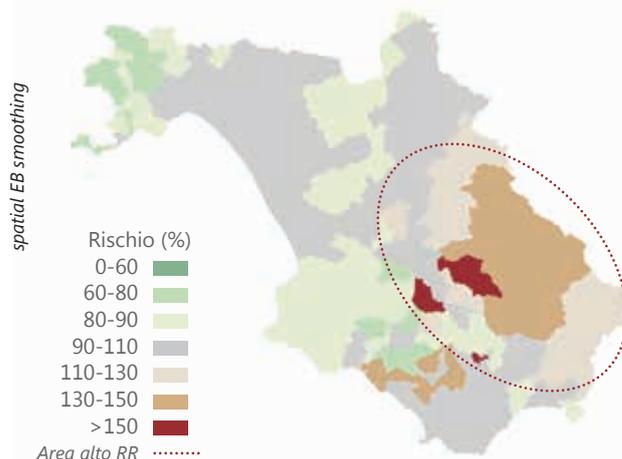
Tiroide Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).
Anni 1998-2009.



Tiroide Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.



Linfoma di Hodgkin



Linfoma di Hodgkin

Maschi

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	44	4
% sul totale	0.8	0.1
Tasso grezzo	4.1	0.4
Tasso standardizzato	3.9	0.3
Rischio cumulativo	0.3	0
Età media	38.4	60.5
Età mediana	31	62

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

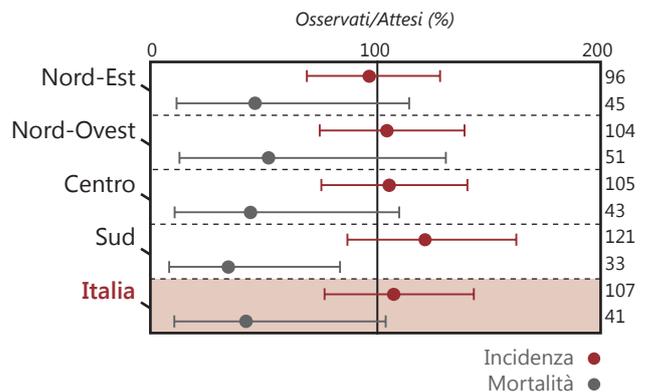
Linfoma di Hodgkin

Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

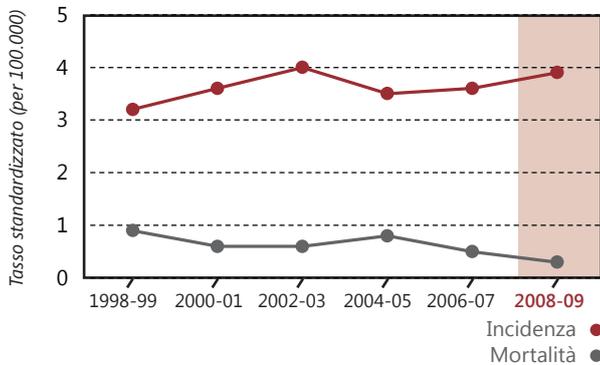


Linfoma di Hodgkin

Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.

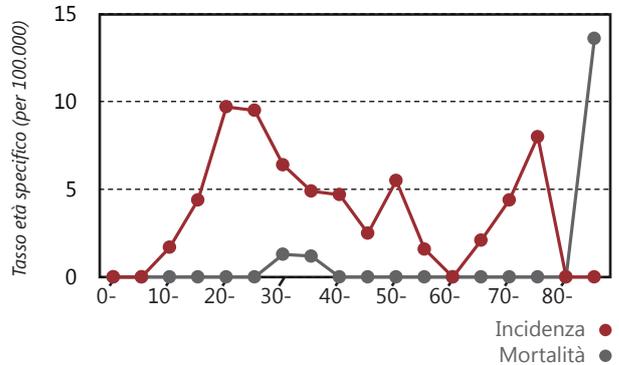


Linfoma di Hodgkin

Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

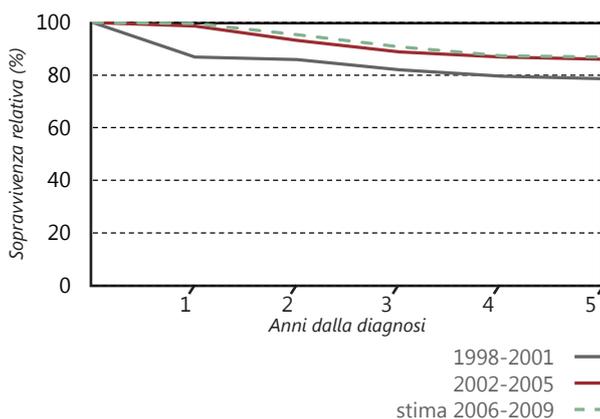


Linfoma di Hodgkin

Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).

Anni 1998-2009.

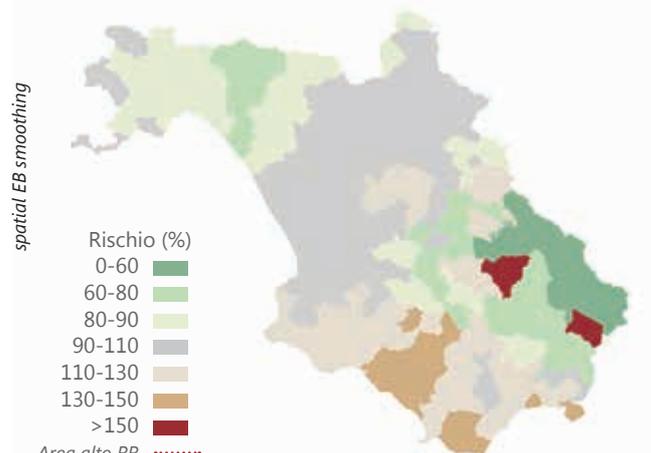


Linfoma di Hodgkin

Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.





Linfoma di Hodgkin

Linfoma di Hodgkin Femmine

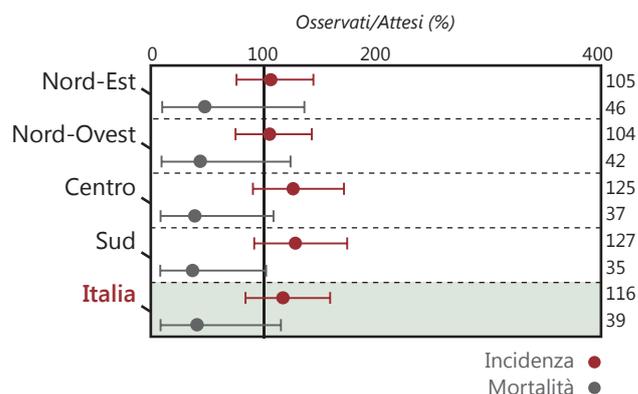
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	40	3
% sul totale	0.9	0.1
Tasso grezzo	3.5	0.3
Tasso standardizzato	3.7	0.2
Rischio cumulativo	0.3	0
Età media	36.9	63
Età mediana	28.5	66

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

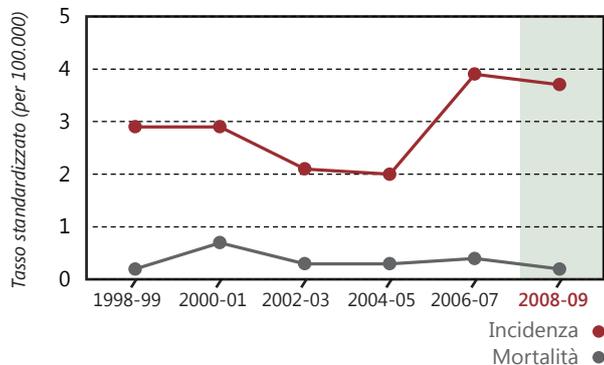
Linfoma di Hodgkin Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



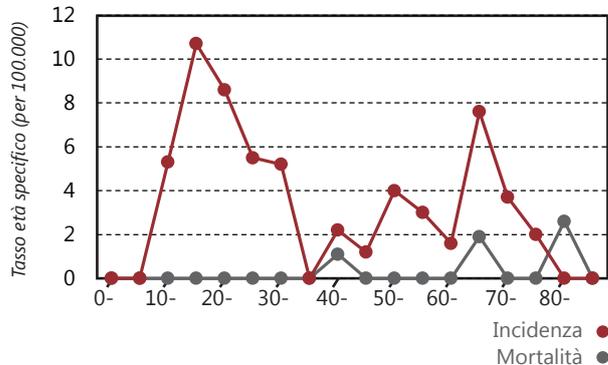
Linfoma di Hodgkin Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



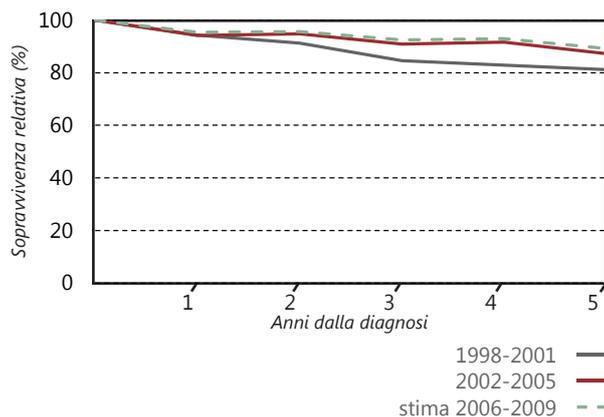
Linfoma di Hodgkin Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



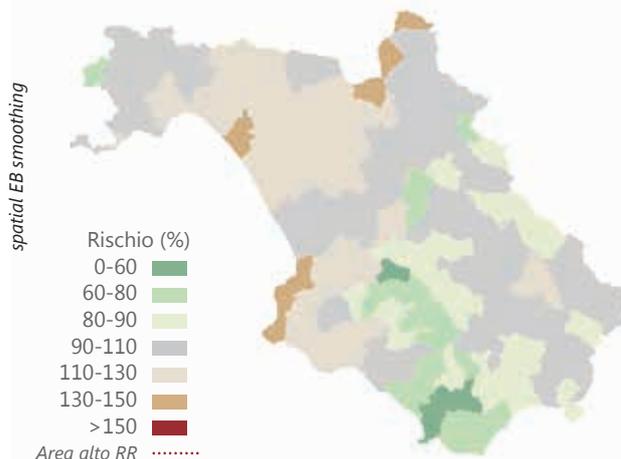
Linfoma di Hodgkin Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).
Anni 1998-2009.



Linfoma di Hodgkin Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.





Linfoma non Hodgkin

Linfoma non Hodgkin

Maschi

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	190	85
% sul totale	3.5	2.9
Tasso grezzo	17.7	7.9
Tasso standardizzato	14.8	5.6
Rischio cumulativo	1.2	0.4
Età media	61.8	67.8
Età mediana	64	71

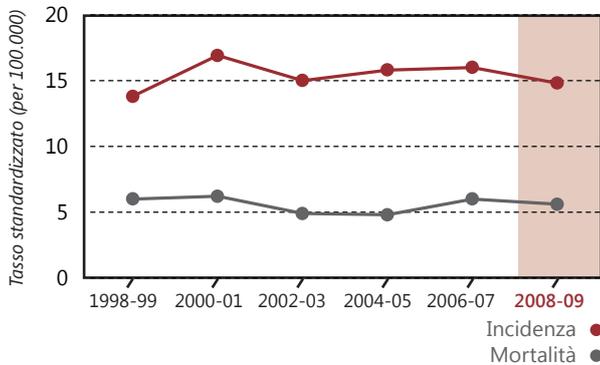
(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

Linfoma non Hodgkin

Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.

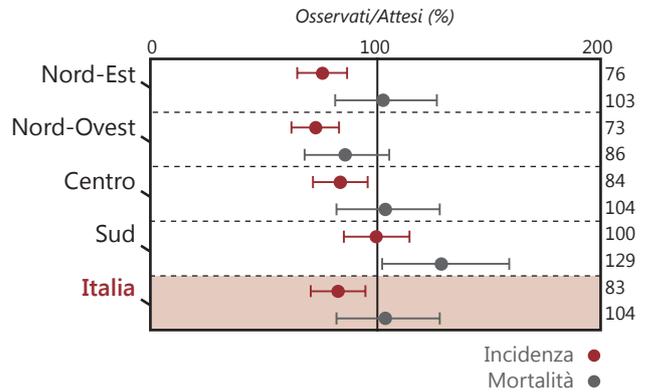


Linfoma non Hodgkin

Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti. Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

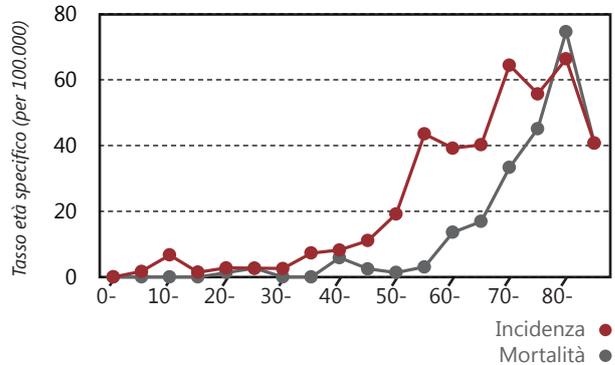


Linfoma non Hodgkin

Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

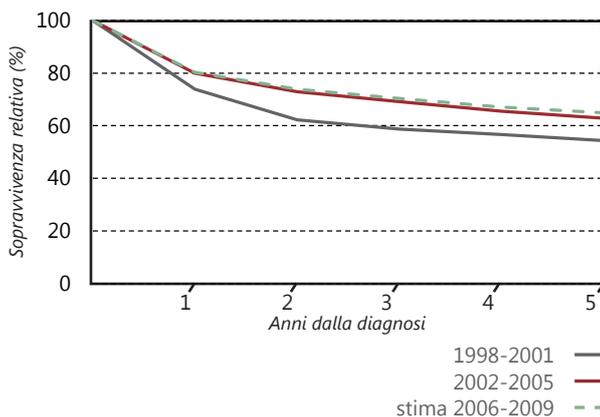


Linfoma non Hodgkin

Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).

Anni 1998-2009.

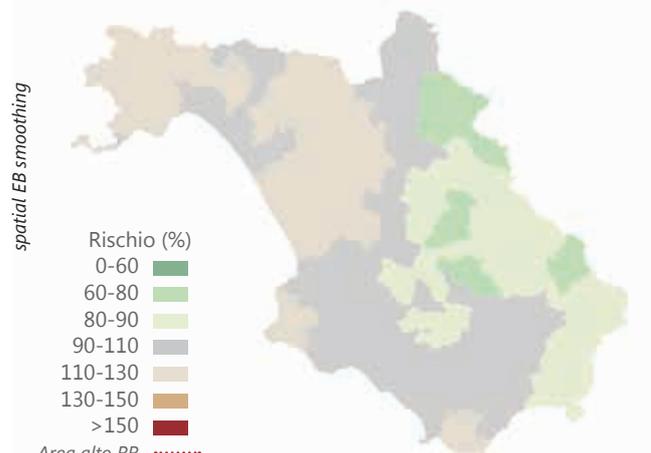


Linfoma non Hodgkin

Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.





Linfoma non Hodgkin

Linfoma non Hodgkin Femmine

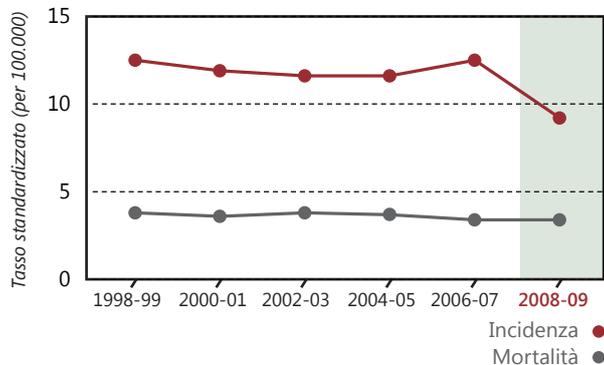
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità	
Numero casi	143	70	
% sul totale	3.3	3.4	
Tasso grezzo	12.6	6.1	(a)
Tasso standardizzato	9.2	3.4	(a)(b)
Rischio cumulativo	0.8	0.2	(c)
Età media	63.7	72.2	
Età mediana	67	76.5	

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

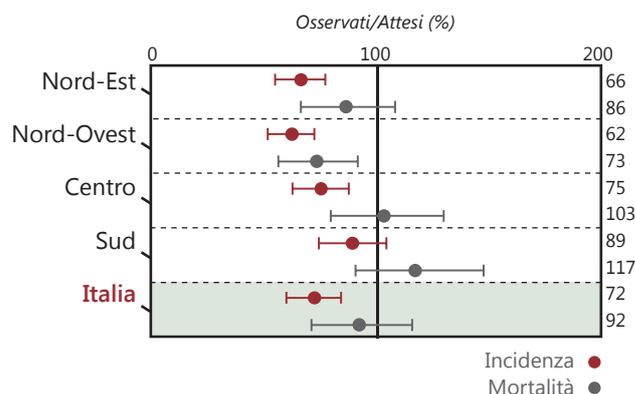
Linfoma non Hodgkin Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



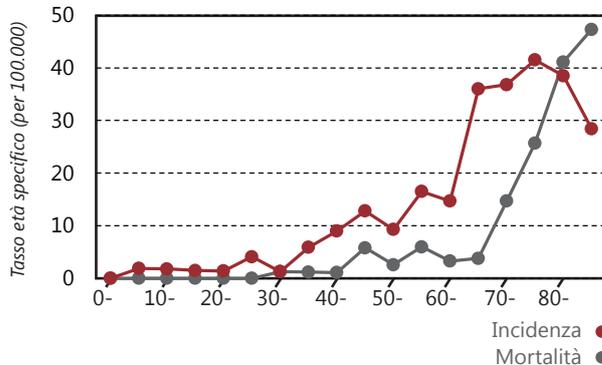
Linfoma non Hodgkin Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



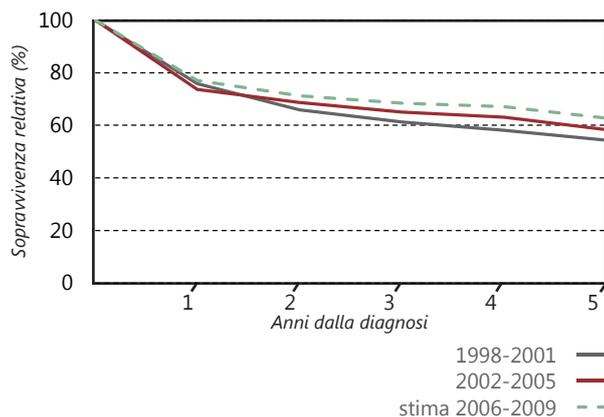
Linfoma non Hodgkin Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



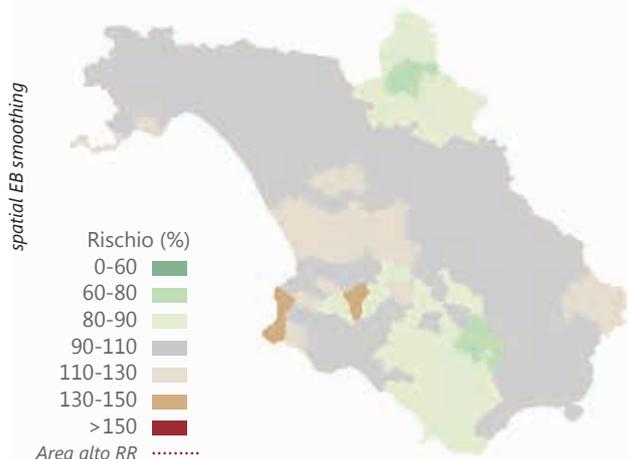
Linfoma non Hodgkin Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).
Anni 1998-2009.



Linfoma non Hodgkin Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.



Mieloma



Mieloma

Maschi

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	57	44
% sul totale	1	1.5
Tasso grezzo	5.3	4.1
Tasso standardizzato	3.9	2.9
Rischio cumulativo	0.3	0.2
Età media	70.4	69.8
Età mediana	74	71.5

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

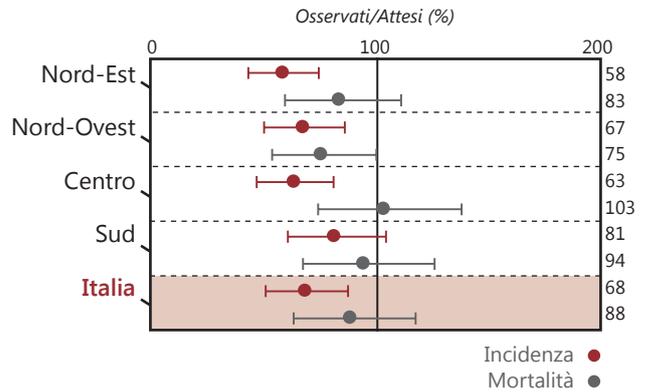
Mieloma

Maschi

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

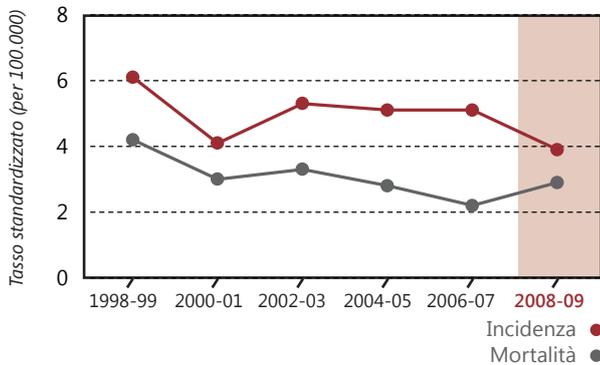


Mieloma

Maschi

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.

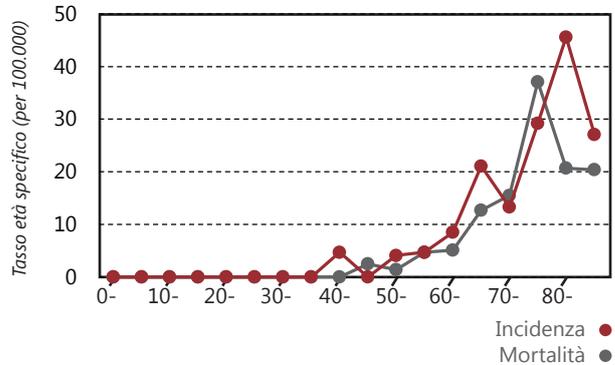


Mieloma

Maschi

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

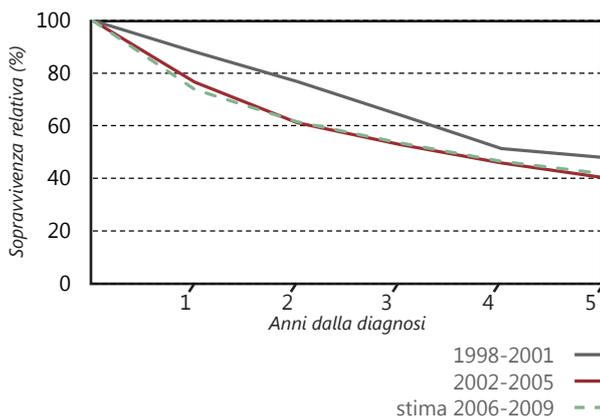


Mieloma

Maschi

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).

Anni 1998-2009.

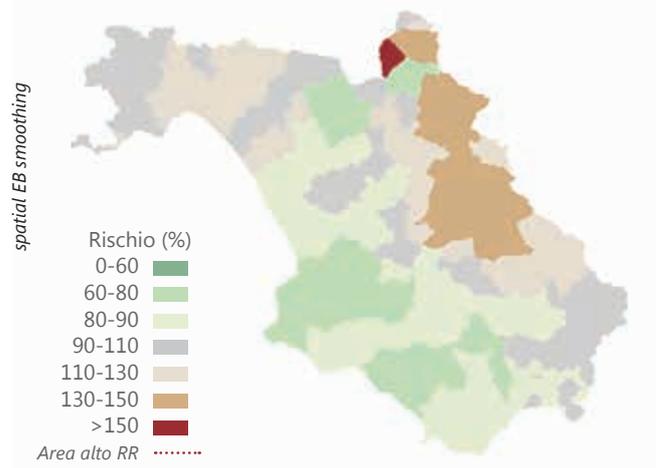


Mieloma

Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.



Mieloma



Mieloma

Femmine

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	54	51
% sul totale	1.3	2.5
Tasso grezzo	4.7	4.5
Tasso standardizzato	3.1	2.1
Rischio cumulativo	0.3	0.1
Età media	70.4	77.2
Età mediana	71	78.5

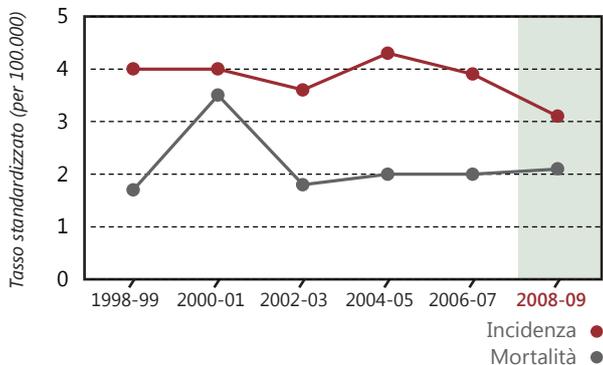
(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

Mieloma

Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).

Anni 1998-2009.



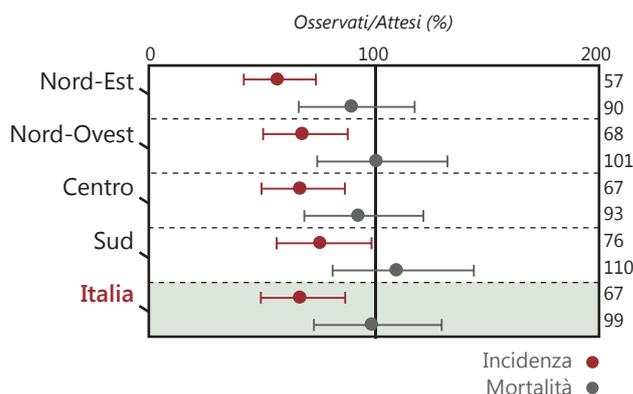
Mieloma

Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.

Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)

Anni 2008-2009.

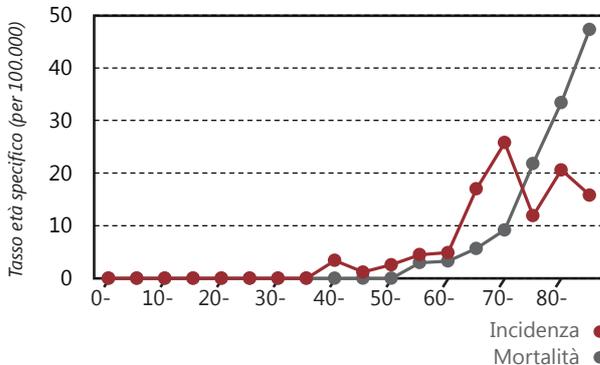


Mieloma

Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).

Anni 2008-2009.

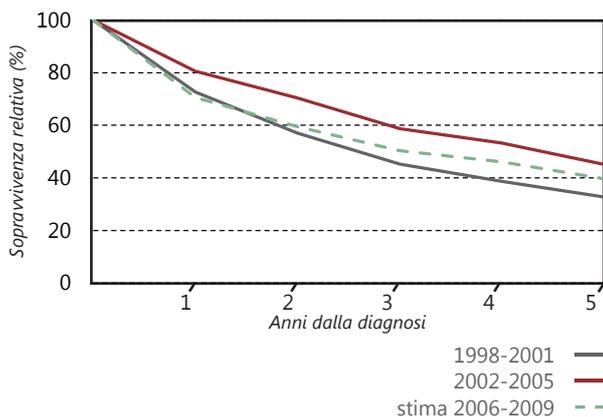


Mieloma

Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).

Anni 1998-2009.

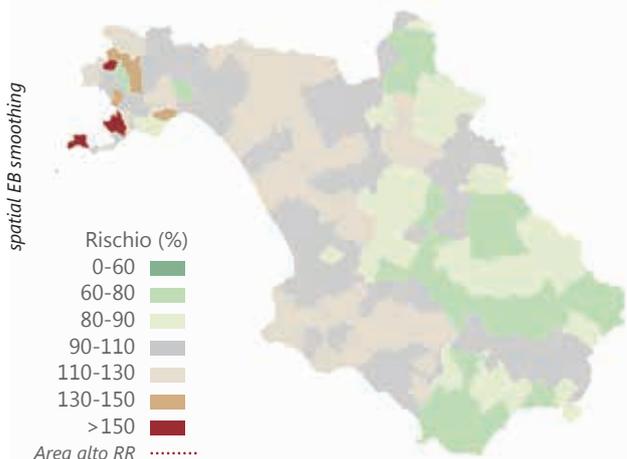


Mieloma

Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.

Anni 1998-2009.



Leucemie

Include: leucemia linfatica acuta e cronica, leucemie mieloidi acute e croniche, leucemia NAS
Esclude: altre malattie mieloproliferative croniche e sindromi mielodisplastiche



Leucemie

Maschi

Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.

Anni 2008-2009.

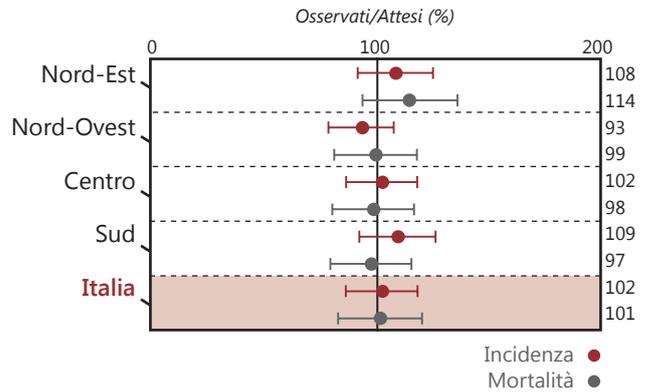
	Incidenza	Mortalità
Numero casi	167	118
% sul totale	3.1	4
Tasso grezzo	15.5	11
Tasso standardizzato	12.6	7.8
Rischio cumulativo	0.9	0.5
Età media	62.4	70.7
Età mediana	68	74

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

Leucemie

Maschi

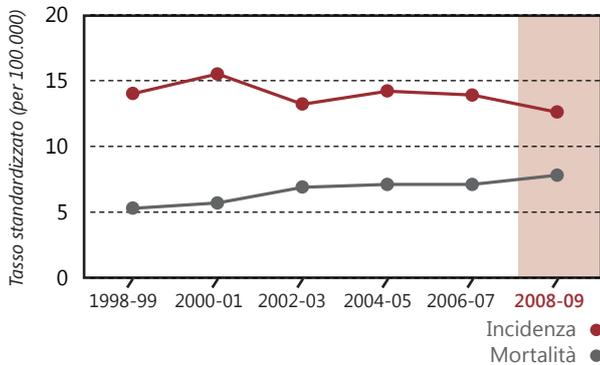
Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



Leucemie

Maschi

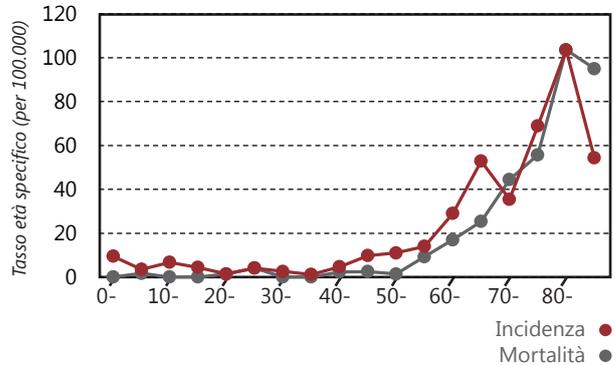
Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



Leucemie

Maschi

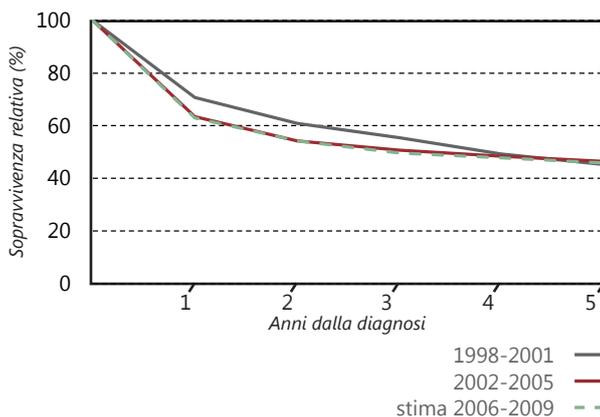
Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



Leucemie

Maschi

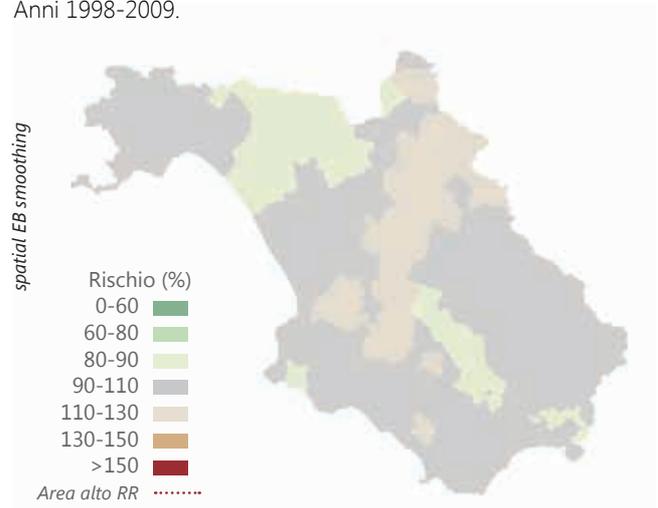
Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età >14 anni).
Anni 1998-2009.



Leucemie

Maschi

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.
Anni 1998-2009.



Leucemie

Include: leucemia linfatica acuta e cronica, leucemie mieloidi acute e croniche, leucemia NAS
Esclude: altre malattie mieloproliferative croniche e sindromi mielodisplastiche



Leucemie Femmine

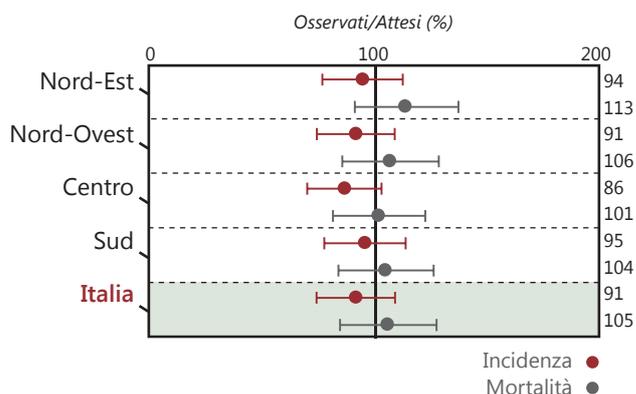
Incidenza e mortalità: sintesi dei dati.
Anni 2008-2009.

	Incidenza	Mortalità
Numero casi	112	99
% sul totale	2.6	4.8
Tasso grezzo	9.8	8.7
Tasso standardizzato	7.2	4.3
Rischio cumulativo	0.6	0.3
Età media	62.5	76.3
Età mediana	71	79

(a) per 100.000 abitanti,
(b) popolazione standard europea
(c) età 0-74 anni

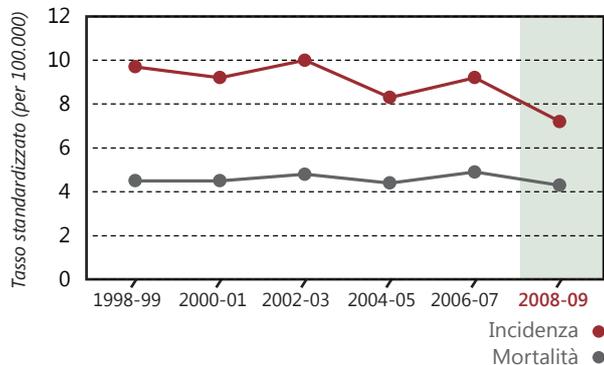
Leucemie Femmine

Incidenza e mortalità: rapporti standardizzati indiretti.
Confronti nazionali (fonte: dati AIRTUM 2005-2007)
Anni 2008-2009.



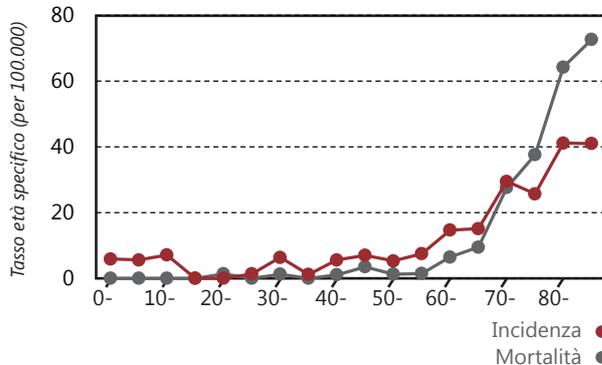
Leucemie Femmine

Incidenza e mortalità: andamento temporale del tasso standardizzato (popolazione standard europea).
Anni 1998-2009.



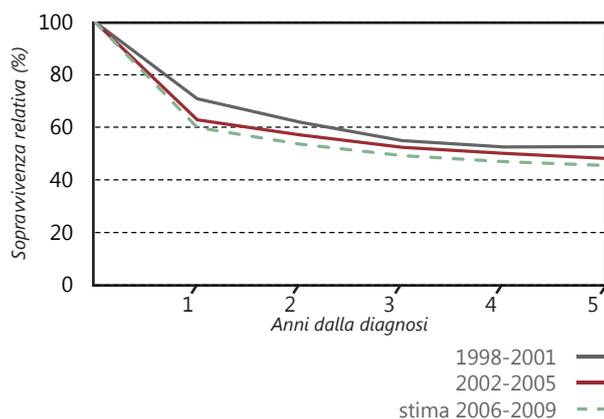
Leucemie Femmine

Incidenza e mortalità: tassi specifici per classe di età quinquennale (0-4, 5-9, ... 80-84, 85+).
Anni 2008-2009.



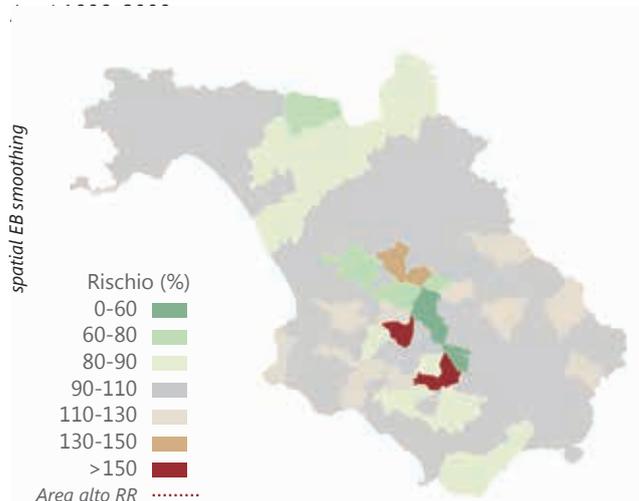
Leucemie Femmine

Sopravvivenza: andamento temporale della sopravvivenza relativa e stime di sopravvivenza (età > 14 anni).
Anni 1998-2009.



Leucemie Femmine

Incidenza: Mappa dei rischi relativi (RR) per comune.



CAPITOLO 3

Tabelle

Tabella 1A - PROVINCIA DI SALERNO

Maschi

Incidenza. Distribuzione della frequenza assoluta dei casi per tipo di tumore e fascia di età. Età media e mediana alla diagnosi.
Anni 2008-2009.

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Labbro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lingua	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2	3
Bocca	-	-	-	-	-	-	-	1	-	5	4
Ghiandole salivari	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-
Orofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3
Rinofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2
Ipfaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
Faringe NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Esofago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Stomaco	-	-	-	-	-	-	-	1	3	4	9
Intestino tenue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Colon	-	-	-	-	1	-	1	4	5	12	28
Retto	-	-	-	-	1	-	3	3	1	4	10
Fegato	-	-	-	-	-	-	-	-	3	11	8
Vie biliari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1
Pancreas	-	-	-	-	-	-	1	2	2	5	11
Cavità nasale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laringe	-	-	-	-	-	-	-	1	1	9	10
Polmone	-	-	-	1	-	-	1	2	5	16	43
Altri organi toracici	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Osso	-	1	2	4	-	1	1	1	1	2	-
Pelle, melanomi	-	-	-	-	3	5	4	5	5	7	4
^(a) Pelle, non melanomi	-	-	-	1	-	2	6	9	25	22	41
Mesotelioma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Sarcoma di Kaposi	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Tessuti molli	-	-	-	1	-	-	1	1	2	3	3
Mammella	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-
Pene	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2
Prostata	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	20
Testicolo	-	-	-	4	5	9	14	15	10	7	2
Altri genitali maschili	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
Rene	2	-	-	-	-	-	1	-	8	11	15
Vescica (maligni)	-	-	-	-	-	1	1	1	3	9	21
Vescica (non maligni)	-	-	-	-	-	-	2	-	2	8	10
Altre vie urinarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Occhio	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	1
Encefalo e altro SNC (maligni)	1	-	1	3	-	-	3	3	3	5	9
^(b) Encefalo e altro SNC (non maligni)	1	1	1	-	1	1	1	2	-	1	3
Tiroide	-	-	1	1	3	4	6	11	8	13	9
Altre ghiandole endocrine	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Linfoma di Hodgkin	-	-	1	3	7	7	5	4	4	2	4
Linfoma non Hodgkin	-	1	4	1	2	2	2	6	7	9	14
Mieloma	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	3
Leucemia linfatica acuta	5	2	2	2	-	-	1	-	1	-	1
Leucemia linfatica cronica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Leucemia mieloide acuta	-	-	2	1	1	3	-	1	2	4	3
Leucemia mieloide cronica	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	2
Altre MMPC e SMD	-	-	-	2	2	1	3	-	5	4	3
Leucemie NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Miscellanea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mal definite e metastasi	-	-	-	-	-	-	-	2	1	2	-
Totale	11	6	14	28	26	36	58	77	119	195	315
Totale escluso ^(a)	11	6	14	27	26	34	52	68	94	173	274
Totale escluso ^{(a)(b)}	10	5	13	27	25	33	51	66	94	172	271

Tabella 1A - PROVINCIA DI SALERNO (continua)

Maschi

Incidenza. Distribuzione della frequenza assoluta dei casi per tipo di tumore e fascia di età. Età media e mediana alla diagnosi.
Anni 2008-2009.

55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale	Età media	Età mediana	Sede
-	1	-	3	2	1	2	9	76,9	75	Labbro
5	1	1	-	4	2	-	20	59,5	57,5	Lingua
3	4	-	-	-	3	-	20	57	54,5	Bocca
1	2	3	3	-	5	-	16	66,4	69,5	Ghiandole salivari
1	1	2	4	3	-	1	16	66,2	70,5	Orofaringe
2	4	-	-	1	-	-	10	57,4	59	Rinofaringe
1	2	2	-	-	-	-	8	57	58	Ipfaringe
-	1	1	-	-	-	1	4	67,8	64	Faringe NAS
2	5	1	4	4	5	1	25	69,4	71	Esofago
17	23	36	40	27	34	26	220	71,2	72	Stomaco
3	1	1	1	3	-	-	12	63,5	59,5	Intestino tenue
44	50	62	97	95	60	45	504	70,2	72	Colon
19	26	30	32	30	22	8	189	67,7	69	Retto
24	40	30	53	47	26	17	259	69,4	71	Fegato
3	11	11	7	14	6	3	60	69,7	69,5	Vie biliari
11	14	20	19	18	10	6	119	66,6	67	Pancreas
1	2	2	3	2	-	2	12	72	70,5	Cavità nasale
18	16	27	22	12	12	6	134	66,1	66	Laringe
66	93	150	165	181	112	48	883	70,3	71	Polmone
3	-	1	1	2	1	1	10	69,3	68	Altri organi toracici
1	1	1	2	-	-	-	18	36,7	32,5	Osso
9	7	12	14	10	4	4	93	59	64	Pelle, melanomi
59	91	98	147	172	155	88	916	70,5	73	^(a) Pelle, non melanomi
-	2	4	2	-	-	-	9	65	67	Mesotelioma
-	2	-	2	5	2	3	16	73,6	77,5	Sarcoma di Kaposi
2	1	3	2	7	4	2	32	63,3	67,5	Tessuti molli
1	1	2	1	3	2	-	13	64,4	69	Mammella
3	-	3	5	1	1	1	18	65	67,5	Pene
49	127	183	215	204	118	69	988	71,9	72	Prostata
-	1	1	-	-	-	-	68	35,4	35,5	Testicolo
-	1	-	1	-	1	-	5	59,6	63	Altri genitali maschili
19	16	25	13	9	10	2	131	61,4	62	Rene
28	51	63	89	109	78	41	495	71,9	74	Vescica (maligni)
19	29	29	28	33	23	7	190	68	68	Vescica (non maligni)
1	5	3	5	3	3	1	23	68,7	71	Altre vie urinarie
-	-	1	-	-	4	-	9	57,1	69	Occhio
7	12	8	9	13	9	4	90	61,3	62,5	Encefalo e altro SNC (maligni)
-	2	5	3	7	4	3	36	60,9	68,5	^(b) Encefalo e altro SNC (non maligni)
7	2	5	3	2	-	1	76	46,6	46,5	Tiroide
-	-	1	-	1	-	-	4	50	67	Altre ghiandole endocrine
1	-	1	2	3	-	-	44	38,4	31	Linfoma di Hodgkin
28	23	19	29	21	16	6	190	61,8	64	Linfoma non Hodgkin
3	5	10	6	11	11	4	57	70,4	74	Mieloma
-	-	-	1	-	-	-	15	18,8	10	Leucemia linfatica acuta
5	10	12	4	8	12	3	58	69,7	68	Leucemia linfatica cronica
2	3	8	7	14	5	2	58	62,4	69	Leucemia mieloide acuta
2	2	2	3	2	5	2	24	66,5	70,5	Leucemia mieloide cronica
4	7	14	9	17	8	2	81	63,4	68	Altre MMPC e SMD
-	2	3	1	2	3	1	12	73,3	73	Leucemie NAS
-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	Miscellanea
2	4	10	18	16	22	11	88	74,3	75,5	Mal definite e metastasi
476	704	906	1075	1118	800	424	6388	68,2	71	Totale
417	613	808	928	946	645	336	5472	67,8	70	Totale escluso ^(a)
417	611	803	925	939	641	333	5436	67,8	70	Totale escluso ^{(a)(b)}



Tabella 1B - PROVINCIA DI SALERNO

Femmine

Incidenza. Distribuzione della frequenza assoluta dei casi per tipo di tumore e fascia di età. Età media e mediana alla diagnosi.
Anni 2008-2009.

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Labbro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lingua	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Bocca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghiandole salivari	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2
Orofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rinofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
Ipfaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Faringe NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Esofago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stomaco	-	-	-	-	-	-	1	4	3	7	5
Intestino tenue	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Colon	-	-	-	-	1	1	-	3	11	17	15
Retto	-	-	-	-	-	-	1	1	5	6	12
Fegato	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3	2
Vie biliari	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2
Pancreas	-	-	-	-	-	1	-	1	5	3	4
Cavità nasale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Laringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Polmone	-	-	-	-	-	-	-	2	2	10	17
Altri organi toracici	-	-	-	-	-	1	1	1	1	2	1
Osso	-	-	2	-	1	-	1	-	-	-	-
Pelle, melanomi	-	-	-	-	4	5	5	11	10	7	12
^(a) Pelle, non melanomi	-	-	-	-	3	2	7	13	11	31	27
Mesotelioma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarcoma di Kaposi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tessuti molli	-	1	-	-	-	-	-	1	3	2	1
Mammella	-	-	-	-	2	5	14	51	111	142	144
Utero, collo	-	-	-	-	-	1	2	6	6	7	9
Utero, corpo	-	-	-	-	-	-	-	2	4	20	30
Utero NAS	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	4
Ovaio	-	1	-	-	1	3	3	3	11	14	10
Altri genitali femminili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Rene	2	-	-	-	1	-	1	-	4	7	4
Vescica (maligni)	-	-	-	-	-	-	1	1	4	4	5
Vescica (non maligni)	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	9
Altre vie urinarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Occhio	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	4
Encefalo e altro SNC (maligni)	1	2	1	-	1	3	2	1	1	2	1
^(b) Encefalo e altro SNC (non maligni)	-	1	1	-	1	-	1	4	4	5	5
Tiroide	-	-	2	5	9	17	22	24	31	37	23
Altre ghiandole endocrine	1	-	-	1	-	1	-	1	-	-	1
Linfoma di Hodgkin	-	-	3	7	6	4	4	-	2	1	3
Linfoma non Hodgkin	-	1	1	1	1	3	1	5	8	11	7
Mieloma	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	2
Leucemia linfatica acuta	3	2	1	-	-	-	1	-	-	1	-
Leucemia linfatica cronica	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1
Leucemia mieloide acuta	-	1	2	-	-	-	2	1	4	3	3
Leucemia mieloide cronica	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-
Altre MMPC e SMD	-	-	-	2	2	3	3	-	-	9	1
Leucemie NAS	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Miscellanea	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mal definite e metastasi	-	-	-	-	-	-	2	1	2	1	3
Totale	9	10	14	16	33	54	78	141	255	364	376
Totale escluso ^(a)	9	10	14	16	30	52	71	128	244	333	349
Totale escluso ^{(a)(b)}	9	9	13	16	29	52	70	124	240	328	344

Tabella 1B - PROVINCIA DI SALERNO (continua)

Femmine

Incidenza. Distribuzione della frequenza assoluta dei casi per tipo di tumore e fascia di età. Età media e mediana alla diagnosi.
Anni 2008-2009.

55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale	Età media	Età mediana	Sede
-	1	-	-	-	1	-	2	-	-	Labbro
1	2	1	1	-	1	-	7	60,6	61	Lingua
1	1	-	1	1	1	1	6	73,5	75	Bocca
2	-	-	1	1	3	2	13	66,3	72	Ghiandole salivari
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Orofaringe
-	-	-	-	-	-	-	4	48,5	50	Rinofaringe
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Ipo-faringe
-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	Faringe NAS
1	-	2	-	1	1	-	5	69,2	67	Esofago
10	12	9	22	22	26	16	137	70,1	74	Stomaco
1	-	-	-	3	1	-	7	66,4	78	Intestino tenue
25	34	38	66	69	73	47	400	71,2	74	Colon
10	15	21	30	20	20	14	155	68,7	71	Retto
4	10	11	16	29	21	14	112	73,9	76	Fegato
7	7	10	11	12	15	15	83	73,3	75	Vie biliari
3	15	14	12	18	22	21	119	71,8	75	Pancreas
-	1	-	-	-	-	-	2	-	-	Cavità nasale
1	-	1	1	1	-	1	6	68,3	68	Laringe
22	24	23	28	40	22	11	201	68,2	70	Polmone
1	-	2	1	1	2	-	14	55,9	54	Altri organi toracici
-	1	2	-	-	-	-	7	39,7	33	Osso
13	4	9	11	5	7	6	109	55,4	55	Pelle, melanomi
34	47	63	93	115	105	107	658	71,4	74	^(a) Pelle, non melanomi
-	1	1	1	-	-	-	3	65,7	65	Mesotelioma
-	2	1	1	4	1	3	12	76,5	77	Sarcoma di Kaposi
2	-	4	-	2	1	2	19	58,4	58	Tessuti molli
125	127	130	132	110	80	50	1223	60,5	60	Mammella
5	11	5	6	3	4	4	69	57,8	57	Utero, collo
32	37	24	19	18	8	8	202	62	61	Utero, corpo
3	2	2	2	2	-	5	23	64,9	62	Utero NAS
15	17	14	18	19	15	12	156	63,1	64,5	Ovaio
1	2	5	8	18	11	7	55	75,4	77	Altri genitali femminili
2	7	5	3	12	5	2	55	61,1	64	Rene
5	8	17	7	21	12	15	100	70,7	73	Vescica (maligni)
1	5	6	5	4	3	-	37	62,7	64	Vescica (non maligni)
1	-	-	3	1	-	-	6	66,8	70	Altre vie urinarie
-	1	1	-	-	2	-	11	52,6	54	Occhio
5	7	8	9	17	4	6	71	64,2	70,5	Encefalo e altro SNC (maligni)
5	10	9	8	12	10	6	82	64,1	67	^(b) Encefalo e altro SNC (non maligni)
17	12	8	5	4	3	-	219	44,5	44	Tiroide
1	-	1	1	-	-	1	9	45,9	50	Altre ghiandole endocrine
2	1	4	2	1	-	-	40	36,9	28,5	Linfoma di Hodgkin
11	9	19	20	21	15	9	143	63,7	67	Linfoma non Hodgkin
3	3	9	14	6	8	5	54	70,4	71	Mieloma
-	2	1	1	1	-	1	14	38	40	Leucemia linfatica acuta
-	3	3	7	7	3	6	32	73,1	75	Leucemia linfatica cronica
4	1	4	5	2	7	1	40	58,5	59,5	Leucemia mieloide acuta
1	1	-	2	1	4	1	14	65,1	73	Leucemia mieloide acuta
6	5	4	6	9	13	5	68	62,9	68,5	Altre MMPC e SMD
-	2	-	1	2	2	4	12	73,2	79,5	Leucemie NAS
-	1	-	-	-	2	-	5	46,2	62	Miscellanea
6	7	9	12	21	27	23	114	74,9	77,5	Mal definite e metastasi
389	458	500	592	656	561	431	4937	64,7	67	Totale
355	411	437	499	541	456	324	4279	63,6	66	Totale escluso ^(a)
350	401	428	491	529	446	318	4197	63,6	66	Totale escluso ^{(a)(b)}



Tabella 2A - PROVINCIA DI SALERNO

Maschi

Incidenza. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG), Tasso standardizzato (TSD) pop. Europea. Errore standard (ES) del TSD. **Anni 2008-2009.**

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Labbro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lingua	-	-	-	1,5	-	-	-	1,2	-	2,5	4,1
Bocca	-	-	-	-	-	-	-	1,2	-	6,2	5,5
Ghiandole salivari	-	-	-	1,5	-	-	-	-	1,2	-	-
Orofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	-	4,1
Rinofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	-	2,7
Ipfaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,7	-
Faringe NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,4
Esofago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,1
Stomaco	-	-	-	-	-	-	-	1,2	3,5	4,9	12,3
Intestino tenue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,1
Colon	-	-	-	-	1,4	-	1,3	4,9	5,9	14,8	38,4
Retto	-	-	-	-	1,4	-	3,9	3,6	1,2	4,9	13,7
Fegato	-	-	-	-	-	-	-	-	3,5	13,5	11
Vie biliari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,9	1,4
Pancreas	-	-	-	-	-	-	1,3	2,4	2,4	6,2	15,1
Cavità nasale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laringe	-	-	-	-	-	-	-	1,2	1,2	11,1	13,7
Polmone	-	-	-	1,5	-	-	1,3	2,4	5,9	19,7	58,9
Altri organi toracici	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,4
Osso	-	1,7	3,3	5,8	-	1,4	1,3	1,2	1,2	2,5	-
Pelle, melanomi	-	-	-	-	4,2	6,8	5,2	6,1	5,9	8,6	5,5
^(a) Pelle, non melanomi	-	-	-	1,5	-	2,7	7,7	10,9	29,5	27,1	56,2
Mesotelioma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	-
Sarcoma di Kaposi	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	-	1,4
Tessuti molli	-	-	-	1,5	-	-	1,3	1,2	2,4	3,7	4,1
Mammella	-	-	-	1,5	-	-	-	-	-	2,5	-
Pene	-	-	-	-	-	-	-	1,2	-	1,2	2,7
Prostata	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	2,5	27,4
Testicolo	-	-	-	5,8	6,9	12,2	18	18,2	11,8	8,6	2,7
Altri genitali maschili	-	-	-	-	-	-	-	-	2,4	-	-
Rene	3,8	-	-	-	-	-	1,3	-	9,4	13,5	20,6
Vescica (maligni)	-	-	-	-	-	1,4	1,3	1,2	3,5	11,1	28,8
Vescica (non maligni)	-	-	-	-	-	-	2,6	-	2,4	9,8	13,7
Altre vie urinarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,7
Occhio	-	1,7	-	1,5	-	-	-	-	-	1,2	1,4
Encefalo e altro SNC (maligni)	1,9	-	1,7	4,4	-	-	3,9	3,6	3,5	6,2	12,3
^(b) Encefalo e altro SNC (non maligni)	1,9	1,7	1,7	-	1,4	1,4	1,3	2,4	-	1,2	4,1
Tiroide	-	-	1,7	1,5	4,2	5,4	7,7	13,4	9,4	16	12,3
Altre ghiandole endocrine	3,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Linfoma di Hodgkin	-	-	1,7	4,4	9,7	9,5	6,4	4,9	4,7	2,5	5,5
Linfoma non Hodgkin	-	1,7	6,7	1,5	2,8	2,7	2,6	7,3	8,2	11,1	19,2
Mieloma	-	-	-	-	-	-	-	-	4,7	-	4,1
Leucemia linfatica acuta	9,5	3,5	3,3	2,9	-	-	1,3	-	1,2	-	1,4
Leucemia linfatica cronica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,5	2,7
Leucemia mieloide acuta	-	-	3,3	1,5	1,4	4,1	-	1,2	2,4	4,9	4,1
Leucemia mieloide cronica	-	-	-	-	-	-	1,3	-	1,2	2,5	2,7
Altre MMPC e SMD	-	-	-	2,9	2,8	1,4	3,9	-	5,9	4,9	4,1
Leucemie NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Miscellanea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mal definite e metastasi	-	-	-	-	-	-	-	2,4	1,2	2,5	-
Totale	20,9	10,4	23,3	40,7	36,1	49	74,7	93,6	140,2	239,9	431,7
Totale escluso ^(a)	20,9	10,4	23,3	39,2	36,1	46,2	67	82,7	110,8	212,9	375,5
Totale escluso ^{(a)(b)}	19	8,7	21,7	39,2	34,7	44,9	65,7	80,2	110,8	211,6	371,4

Tabella 2A - PROVINCIA DI SALERNO (continua)

Maschi

Incidenza. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG), Tasso standardizzato (TSD) pop. Europea. Errore standard (ES) del TSD. **Anni 2008-2009.**

55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	TG	TSD EU	ES	Sede
-	1,7	-	6,7	5,3	4,1	13,6	0,8	0,6	0,2	Labbro
7,8	1,7	2,1	-	10,6	8,3	-	1,9	1,6	0,4	Lingua
4,7	6,8	-	-	-	12,4	-	1,9	1,6	0,4	Bocca
1,6	3,4	6,3	6,7	-	20,7	-	1,5	1,1	0,3	Ghiandole salivari
1,6	1,7	4,2	8,9	8	-	6,8	1,5	1,2	0,3	Orofaringe
3,1	6,8	-	-	2,7	-	-	0,9	0,9	0,3	Rinofaringe
1,6	3,4	4,2	-	-	-	-	0,7	0,7	0,2	Ipfaringe
-	1,7	2,1	-	-	-	6,8	0,4	0,3	0,2	Faringe NAS
3,1	8,5	2,1	8,9	10,6	20,7	6,8	2,3	1,7	0,4	Esofago
26,4	39,2	76,1	88,8	71,6	140,9	176,4	20,5	15,4	1,1	Stomaco
4,7	1,7	2,1	2,2	8	-	-	1,1	1	0,3	Intestino tenue
68,4	85,2	131,1	215,4	251,8	248,7	305,4	46,9	35,3	1,6	Colon
29,5	44,3	63,4	71,1	79,5	91,2	54,3	17,6	13,7	1	Retto
37,3	68,1	63,4	117,7	124,6	107,8	115,4	24,1	18,4	1,2	Fegato
4,7	18,7	23,3	15,5	37,1	24,9	20,4	5,6	4,2	0,6	Vie biliari
17,1	23,8	42,3	42,2	47,7	41,4	40,7	11,1	8,9	0,8	Pancreas
1,6	3,4	4,2	6,7	5,3	-	13,6	1,1	0,9	0,3	Cavità nasale
28	27,2	57,1	48,8	31,8	49,7	40,7	12,5	10,2	0,9	Laringe
102,6	158,4	317,2	366,4	479,7	464,2	325,7	82,1	61,5	2,1	Polmone
4,7	-	2,1	2,2	5,3	4,1	6,8	0,9	0,7	0,2	Altri organi toracici
1,6	1,7	2,1	4,4	-	-	-	1,7	1,7	0,4	Osso
14	11,9	25,4	31,1	26,5	16,6	27,1	8,6	7,3	0,8	Pelle, melanomi
91,7	155	207,2	326,4	455,8	642,4	597,2	85,2	62,3	2,1	^(a) Pelle, non melanomi
-	3,4	8,5	4,4	-	-	-	0,8	0,7	0,2	Mesotelioma
-	3,4	-	4,4	13,3	8,3	20,4	1,5	1	0,3	Sarcoma di Kaposi
3,1	1,7	6,3	4,4	18,6	16,6	13,6	3	2,3	0,4	Tessuti molli
1,6	1,7	4,2	2,2	8	8,3	-	1,2	0,9	0,3	Mammella
4,7	-	6,3	11,1	2,7	4,1	6,8	1,7	1,4	0,3	Pene
76,2	216,3	387	477,4	540,6	489,1	468,2	91,9	67,7	2,2	Prostata
-	1,7	2,1	-	-	-	-	6,3	6,1	0,7	Testicolo
-	1,7	-	2,2	-	4,1	-	0,5	0,4	0,2	Altri genitali maschili
29,5	27,2	52,9	28,9	23,9	41,4	13,6	12,2	10,6	0,9	Rene
43,5	86,9	133,2	197,6	288,9	323,3	278,2	46	33,3	1,5	Vescica (maligni)
29,5	49,4	61,3	62,2	87,5	95,3	47,5	17,7	13,7	1	Vescica (non maligni)
1,6	8,5	6,3	11,1	8	12,4	6,8	2,1	1,6	0,4	Altre vie urinarie
-	-	2,1	-	-	16,6	-	0,8	0,7	0,2	Occhio
10,9	20,4	16,9	20	34,5	37,3	27,1	8,4	6,9	0,8	Encefalo e altro SNC (maligni)
-	3,4	10,6	6,7	18,6	16,6	20,4	3,3	2,8	0,5	^(b) Encefalo e altro SNC (non maligni)
10,9	3,4	10,6	6,7	5,3	-	6,8	7,1	6,6	0,8	Tiroide
-	-	2,1	-	2,7	-	-	0,4	0,4	0,2	Altre ghiandole endocrine
1,6	-	2,1	4,4	8	-	-	4,1	3,9	0,6	Linfoma di Hodgkin
43,5	39,2	40,2	64,4	55,7	66,3	40,7	17,7	14,8	1,1	Linfoma non Hodgkin
4,7	8,5	21,1	13,3	29,2	45,6	27,1	5,3	3,9	0,5	Mieloma
-	-	-	2,2	-	-	-	1,4	1,8	0,5	Leucemia linfatica acuta
7,8	17	25,4	8,9	21,2	49,7	20,4	5,4	4,1	0,6	Leucemia linfatica cronica
3,1	5,1	16,9	15,5	37,1	20,7	13,6	5,4	4,3	0,6	Leucemia linfatica cronica
3,1	3,4	4,2	6,7	5,3	20,7	13,6	2,2	1,7	0,4	Leucemia mieloide cronica
6,2	11,9	29,6	20	45,1	33,2	13,6	7,5	5,9	0,7	Leucemia linfatica cronica
-	3,4	6,3	2,2	5,3	12,4	6,8	1,1	0,8	0,2	Leucemie NAS
-	-	-	-	-	4,1	-	0,1	0	0	Leucemia linfatica cronica
3,1	6,8	21,1	40	42,4	91,2	74,6	8,2	5,5	0,6	Mal definite e metastasi
740,1	1199	1915,8	2387	2962,9	3315,8	2877,3	594	455,2	5,9	Totale
648,4	1044	1708,5	2060,6	2507,1	2673,4	2280,1	508,8	392,9	5,5	Totale escluso ^(a)
648,4	1040,6	1698	2053,9	2488,5	2656,8	2259,8	505,4	390,1	5,5	Totale escluso ^{(a)(b)}



Tabella 2B - PROVINCIA DI SALERNO

Femmine

Incidenza. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG), Tasso standardizzato (TSD) pop. Europea. Errore standard (ES) del TSD. **Anni 2008-2009.**

Sede	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Labbro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lingua	-	-	-	-	-	1,4	-	-	-	-	-
Bocca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghiandole salivari	-	-	-	-	-	1,4	-	-	-	1,2	2,6
Orofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rinofaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	1,2	2,6
Ipfaringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Faringe NAS	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	1,2	-
Esofago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stomaco	-	-	-	-	-	-	1,3	4,7	3,4	8,1	6,6
Intestino tenue	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	1,2	-
Colon	-	-	-	-	1,4	1,4	-	3,5	12,4	19,7	19,9
Retto	-	-	-	-	-	-	1,3	1,2	5,6	7	15,9
Fegato	-	-	-	-	-	-	-	1,2	1,1	3,5	2,6
Vie biliari	-	-	-	-	-	-	-	1,2	1,1	2,3	2,6
Pancreas	-	-	-	-	-	1,4	-	1,2	5,6	3,5	5,3
Cavità nasale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	-
Laringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3
Polmone	-	-	-	-	-	-	-	2,4	2,2	11,6	22,5
Altri organi toracici	-	-	-	-	-	1,4	1,3	1,2	1,1	2,3	1,3
Osso	-	-	3,5	-	1,4	-	1,3	-	-	-	-
Pelle, melanomi	-	-	-	-	5,7	6,9	6,4	13	11,2	8,1	15,9
^(a) Pelle, non melanomi	-	-	-	-	4,3	2,8	9	15,3	12,4	36	35,8
Mesotelioma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarcoma di Kaposi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tessuti molli	-	1,9	-	-	-	-	-	1,2	3,4	2,3	1,3
Mammella	-	-	-	-	2,9	6,9	18	60,1	124,9	164,9	190,8
Utero, collo	-	-	-	-	-	1,4	2,6	7,1	6,7	8,1	11,9
Utero, corpo	-	-	-	-	-	-	-	2,4	4,5	23,2	39,7
Utero NAS	-	-	-	-	-	1,4	-	1,2	1,1	-	5,3
Ovaio	-	1,9	-	-	1,4	4,1	3,9	3,5	12,4	16,3	13,2
Altri genitali femminili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Rene	3,9	-	-	-	1,4	-	1,3	-	4,5	8,1	5,3
Vescica (maligni)	-	-	-	-	-	-	1,3	1,2	4,5	4,6	6,6
Vescica (non maligni)	-	-	-	-	-	-	-	1,2	1,1	2,3	11,9
Altre vie urinarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3
Occhio	2	-	-	-	-	-	1,3	-	1,1	-	5,3
Encefalo e altro SNC (maligni)	2	3,7	1,8	-	1,4	4,1	2,6	1,2	1,1	2,3	1,3
^(b) Encefalo e altro SNC (non maligni)	-	1,9	1,8	-	1,4	-	1,3	4,7	4,5	5,8	6,6
Tiroide	-	-	3,5	7,7	12,9	23,5	28,3	28,3	34,9	43	30,5
Altre ghiandole endocrine	2	-	-	1,5	-	1,4	-	1,2	-	-	1,3
Linfoma di Hodgkin	-	-	5,3	10,7	8,6	5,5	5,2	-	2,2	1,2	4
Linfoma non Hodgkin	-	1,9	1,8	1,5	1,4	4,1	1,3	5,9	9	12,8	9,3
Mieloma	-	-	-	-	-	-	-	-	3,4	1,2	2,6
Leucemia linfatica acuta	5,9	3,7	1,8	-	-	-	1,3	-	-	1,2	-
Leucemia linfatica cronica	-	-	-	-	-	1,4	-	-	1,1	-	1,3
Leucemia mieloide acuta	-	1,9	3,5	-	-	-	2,6	1,2	4,5	3,5	4
Leucemia mieloide cronica	-	-	-	-	-	-	2,6	-	-	2,3	-
Altre MMPC e SMD	-	-	-	3,1	2,9	4,1	3,9	-	-	10,5	1,3
Leucemie NAS	-	-	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Miscellanea	2	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mal definite e metastasi	-	-	-	-	-	-	2,6	1,2	2,2	1,2	4
Totale	17,7	18,5	24,7	24,5	47,4	74,5	100,5	166,1	286,9	422,8	498,1
Totale escluso ^(a)	17,7	18,5	24,7	24,5	43,1	71,8	91,4	150,8	274,5	386,8	462,3
Totale escluso ^{(a)(b)}	17,7	16,7	22,9	24,5	41,6	71,8	90,2	146,1	270	380,9	455,7

Tabella 2B - PROVINCIA DI SALERNO (continua)

Femmine

Incidenza. Tassi (x100.000) per tipo di tumore e fascia di età. Tasso grezzo (TG), Tasso standardizzato (TSD) pop. Europea. Errore standard (ES) del TSD. **Anni 2008-2009.**

55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	TG	TSD EU	ES	Sede
-	1,6	-	-	-	2,6	-	0,2	0,1	0,1	Labbro
1,5	3,3	1,9	1,8	-	2,6	-	0,6	0,5	0,2	Lingua
1,5	1,6	-	1,8	2	2,6	3,2	0,5	0,3	0,1	Bocca
3	-	-	1,8	2	7,7	6,3	1,1	0,8	0,2	Ghiandole salivari
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Orofaringe
-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,3	0,2	Rinofaringe
-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	Ipfaringe
-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,2	0,1	Faringe NAS
1,5	-	3,8	-	2	2,6	-	0,4	0,3	0,1	Esofago
15	19,6	17	40,5	43,5	66,8	50,5	12	7,5	0,7	Stomaco
1,5	-	-	-	5,9	2,6	-	0,6	0,4	0,2	Intestino tenue
37,5	55,4	71,9	121,6	136,5	187,6	148,3	35,1	21,7	1,2	Colon
15	24,5	39,7	55,3	39,6	51,4	44,2	13,6	9,3	0,8	Retto
6	16,3	20,8	29,5	57,4	54	44,2	9,8	5,6	0,6	Fegato
10,5	11,4	18,9	20,3	23,7	38,5	47,3	7,3	4,4	0,5	Vie biliari
4,5	24,5	26,5	22,1	35,6	56,5	66,2	10,5	6,3	0,6	Pancreas
-	1,6	-	-	-	-	-	0,2	0,2	0,1	Cavità nasale
1,5	-	1,9	1,8	2	-	3,2	0,5	0,4	0,2	Laringe
33	39,1	43,5	51,6	79,1	56,5	34,7	17,7	12,4	0,9	Polmone
1,5	-	3,8	1,8	2	5,1	-	1,2	1	0,3	Altri organi toracici
-	1,6	3,8	-	-	-	-	0,6	0,7	0,3	Ossso
19,5	6,5	17	20,3	9,9	18	18,9	9,6	8,1	0,8	Pelle, melanomi
51	76,6	119,2	171,3	227,5	269,8	337,5	57,8	35,5	1,5	^(a) Pelle, non melanomi
-	1,6	1,9	1,8	-	-	-	0,3	0,2	0,1	Mesotelioma
-	3,3	1,9	1,8	7,9	2,6	9,5	1,1	0,6	0,2	Sarcoma di Kaposi
3	-	7,6	-	4	2,6	6,3	1,7	1,4	0,3	Tessuti molli
187,7	207	246	243,1	217,6	205,6	157,7	107,4	86,5	2,6	Mammella
7,5	17,9	9,5	11,1	5,9	10,3	12,6	6,1	5,1	0,6	Utero, collo
48	60,3	45,4	35	35,6	20,6	25,2	17,7	14,8	1,1	Utero, corpo
4,5	3,3	3,8	3,7	4	-	15,8	2	1,6	0,3	Utero NAS
22,5	27,7	26,5	33,2	37,6	38,5	37,9	13,7	10,3	0,9	Ovaio
1,5	3,3	9,5	14,7	35,6	28,3	22,1	4,8	2,6	0,4	Altri genitali femminili
3	11,4	9,5	5,5	23,7	12,8	6,3	4,8	3,7	0,5	Rene
7,5	13	32,2	12,9	41,5	30,8	47,3	8,8	5,7	0,6	Vescica (maligni)
1,5	8,2	11,4	9,2	7,9	7,7	-	3,3	2,6	0,5	Vescica (non maligni)
1,5	-	-	5,5	2	-	-	0,5	0,4	0,2	Altre vie urinarie
-	1,6	1,9	-	-	5,1	-	1	0,9	0,3	Occhio
7,5	11,4	15,1	16,6	33,6	10,3	18,9	6,2	4,6	0,6	Encefalo e altro SNC (maligni)
7,5	16,3	17	14,7	23,7	25,7	18,9	7,2	5,3	0,6	^(b) Encefalo e altro SNC (non maligni)
25,5	19,6	15,1	9,2	7,9	7,7	-	19,2	18,5	1,3	Tiroide
1,5	-	1,9	1,8	-	-	3,2	0,8	0,8	0,3	Altre ghiandole endocrine
3	1,6	7,6	3,7	2	-	-	3,5	3,7	0,6	Linfoma di Hodgkin
16,5	14,7	36	36,8	41,5	38,5	28,4	12,6	9,2	0,8	Linfoma non Hodgkin
4,5	4,9	17	25,8	11,9	20,6	15,8	4,7	3,1	0,4	Mieloma
-	3,3	1,9	1,8	2	-	3,2	1,2	1,4	0,4	Leucemia linfatica acuta
-	4,9	5,7	12,9	13,8	7,7	18,9	2,8	1,7	0,3	Leucemia linfatica cronica
6	1,6	7,6	9,2	4	18	3,2	3,5	2,8	0,5	Leucemia mieloide acuta
1,5	1,6	-	3,7	2	10,3	3,2	1,2	0,8	0,2	Leucemia mieloide cronica
9	8,2	7,6	11,1	17,8	33,4	15,8	6	4,2	0,6	Altre MMPC e SMD
-	3,3	-	1,8	4	5,1	12,6	1,1	0,6	0,2	Leucemie NAS
-	1,6	-	-	-	5,1	-	0,4	0,4	0,2	Miscellanea
9	11,4	17	22,1	41,5	69,4	72,6	10	5,5	0,6	Mal definite e metastasi
584	746,5	946,3	1090,5	1297,9	1441,6	1359,5	433,7	314,8	4,8	Totale
532,9	669,9	827,1	919,2	1070,4	1171,8	1022	375,9	279,3	4,6	Totale escluso ^(a)
525,4	653,6	810,1	904,4	1046,7	1146,1	1003,1	368,7	274	4,5	Totale escluso ^{(a)(b)}



Conclusioni

Dott. Antonio Squillante
Direttore Generale
ASL Salerno

Con questo nuovo volume della collana "I Tumori in provincia di Salerno", il Registro Tumori traccia un momento di convergenza, formale e sostanziale, tra il percorso lungimirante avviato dall'Amministrazione provinciale di Salerno e il progetto di rete regionale, con la certezza che il coinvolgimento dell'Azienda Sanitaria di Salerno lo renderà ancora più fruttuoso.

Il Registro Tumori rappresenta il punto di incontro delle politiche di salvaguardia del territorio e di tutela del cittadino, delle esigenze dell'ambiente e della salute, delle strategie di sorveglianza e della prevenzione, nonché funge da strumento essenziale per una adeguata organizzazione dei servizi assistenziali in oncologia.

Questo volume non si limita solo a descrivere in modo statistico il problema delle neoplasie nel nostro territorio ma ci aiuta ad inquadrarlo compiutamente fornendoci un mezzo mediante il quale poterlo meglio comprendere e quindi, ove possibile, prevenirlo.

Ci rincuora osservare che in provincia di Salerno ci si ammala di tumore un po' meno rispetto alla media nazionale e molto meno della media nel Nord Italia, questo vale sia per i tumori legati all'a-

limentazione, sia per molti tumori legati al vizio del fumo. Potrà questo effetto durare a lungo o la globalizzazione delle (cattive) abitudini coinvolgerà anche gli stili di vita più virtuosi?

Va detto che, in materia di prevenzione oncologica primaria e secondaria, molto è stato fatto ma molto è ancora da fare e i dati del Registro Tumori ci possono utilmente guidare nell'identificazione delle priorità d'intervento nei singoli territori. Le mappe qui presentate, ad esempio, ci descrivono uno scenario molto interessante, di nuovo con un Nord (questa volta della Provincia) che si ammala più del Sud. Questa evidenza non può che fare riflettere anche sul ruolo di altri fattori come lo sviluppo urbano, del traffico e dell'inquinamento e il loro legame contraddittorio con il benessere individuale.

Vi sono tanti altri spunti interessanti in questo volume perché notevole è la complessità della malattia tumorale. È quindi una grande ricchezza potere osservare e studiare in modo serio e rigoroso questo fenomeno, ricchezza che come Azienda Sanitaria di Salerno ci impegniamo, unitamente all'Amministrazione provinciale, a preservare e a rafforzare.

CAPITOLO 4

Appendici

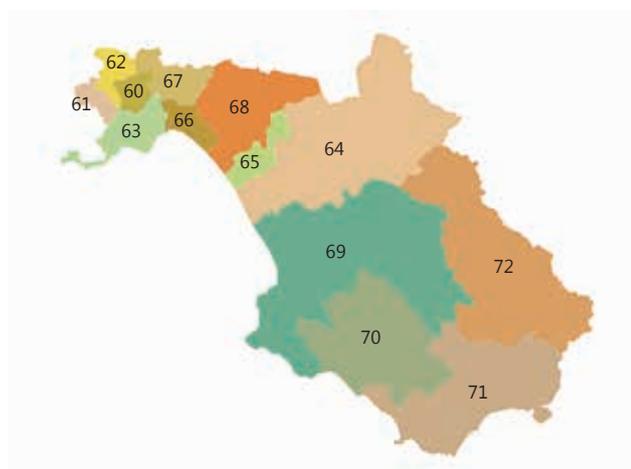
Materiali e metodi

Assetto territoriale

Il territorio di competenza del Registro Tumori di Salerno (RTS) corrisponde alla totalità della provincia, composta da 158 comuni e 13 distretti sanitari (Figura 1), che sono nel dettaglio:

- 60 Nocera Inferiore
- 61 Angri - Scafati
- 62 Sarno - Pagani
- 63 Cava de' Tirreni - Vietri S. M. - Costa d'Amalfi
- 64 Eboli - Buccino
- 65 Battipaglia
- 66 Salerno
- 67 Mercato S. Severino
- 68 Giffoni Valle Piana
- 69 Agropoli - Capaccio - Roccadaspide
- 70 Vallo della Lucania
- 71 Sapri - Camerota
- 72 Sala Consilina - Polla

Figura 1. Suddivisione in distretti sanitari



Popolazione

La popolazione della provincia di Salerno al 1° gennaio del 2010 era pari a 1.107.652 abitanti, dei quali 538.030 maschi e 569.622 femmine (Fonte ISTAT: www.demo.istat.it).

La popolazione utilizzata per il calcolo dei tassi 2008 e 2009 è pari a quella residente al 1° gennaio 2009 e 2010 rispettivamente (Tabella 1).

Tabella 1. Popolazione della provincia di Salerno

Età	Anno 2008	Anno 2009
0-4	52.037	51.574
5-9	56.003	55.518
10-14	58.484	58.206
15-19	67.811	66.246
20-24	71.157	70.506
25-29	73.069	72.917
30-34	78.734	76.543
35-39	83.883	83.263
40-44	87.170	86.601
45-49	82.728	84.648
50-54	73.303	75.150
55-59	65.055	65.873
60-64	58.124	61.942
65-69	51.431	48.696
70-74	49.262	50.063
75-79	44.245	44.030
80-84	31.150	31.891
85+	22.453	23.985
Totale	1.106.099	1.107.652

Metodi statistici e definizioni

Numeratore e denominatore.

Come mostrato in Tabella 1, i dati sono stati accorpati in 18 classi di età. Per esempio, denominando con i la singola classe di età, quando i vale 1 si fa riferimento alla prima classe di età (tra 0 e 4 anni) mentre quando i vale 18, si fa riferimento alla classe con 85 e più anni.

Il numero casi indica il numero di nuove diagnosi di tumore (incidenza) o di decessi per tumore (mortalità) nel periodo considerato. Dato n_i il numero di nuovi casi/decessi nella fascia di età i , il numero totale dei nuovi casi N sarà dato da:

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

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

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

Tasso età specifico.

Il tasso età specifico t_i indica il numero di casi per abitante, in questo volume si usa una costante

moltiplicativa pari a 100.000 (qui omissa), ottenendo il numero di casi ogni 100.000 abitanti.

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

Tasso grezzo.

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

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

Tasso standardizzato diretto.

Esprime una misura di sintesi dei tassi età specifici che, se raffrontata con il tasso grezzo, consente un più agevole confronto tra aree diverse.

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

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

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

In questo volume si fa uso della sola standardizzazione secondo la popolazione standard europea, indicata nella prima colonna della Tabella 2. Come sempre tutti i tassi sono espressi per 100.000 abitanti.

Tasso standardizzato indiretto.

Un metodo di standardizzazione che non utilizza pesi esterni è quello della standardizzazione indiretta. Vengono in questo caso applicati dei tassi attesi età specifici e_i :

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

Il rapporto standardizzato di incidenza (SIR) o mortalità (SMR) è quindi espresso come rapporto tra il numero di casi osservati e il numero di casi

attesi (se i tassi della popolazione fossero quelli ipotizzati).

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

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

Tabella 2. Pesi standard per il tasso standardizzato

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

Sopravvivenza.

La sopravvivenza esprime una misura dei pazienti che sopravvivono alla malattia a distanza di tempo (in genere anni) dalla diagnosi. Una sopravvivenza elementare è la sopravvivenza osservata SO :

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

con SO_k la sopravvivenza osservata dopo k anni dalla diagnosi, d_j il numero di decessi nell'anno j , l_j il numero di soggetti viventi all'inizio dell'anno



j , w_j il numero di soggetti persi al follow-up nel corso dell'anno j .

La sopravvivenza osservata tiene in considerazione tutti i decessi, anche quelli non correlati al tumore. Nell'ambito dei registri tumori la misura più utilizzata è invece la sopravvivenza relativa SR , calcolata come:

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

Dove SA_k è la sopravvivenza attesa della popolazione generale con le medesime caratteristiche (età e genere) dei pazienti considerati. La sopravvivenza relativa è calcolata secondo il metodo Ederer II (AIRTUM Working Group, 2011), la stima della sopravvivenza futura è ottenuta con la tecnica ibrida modificata (Rashid, 2008).

Mappe e cluster spaziali.

I rischi di malattia sono stati analizzati a livello comunale, su un tempo abbastanza esteso per rendere tali osservazioni sufficientemente stabili (1998-2009). Nonostante questo l'utilizzo dei SIR grezzi si presta a problemi legati all'instabilità del dato rendendo quasi impossibile il compito di interpretare aree a rischio simile. Per questo motivo si fa generalmente ricorso alle tecniche di smoothing che mirano a modificare l'indicatore di rischio su una singola unità tenendo in considerazione anche le altre osservazioni.

Lo smoothing utilizzato è di tipo empirico bayesiano (EB) (Clayton, 1987), in quanto utilizza una distribuzione a priori per correggere l'instabilità della varianza da piccole aree basata sulle caratteristiche dei dati a disposizione.

Il rischio relativo è stato stimato tramite il rapporto tra il tasso età specifico comunale e provinciale. In considerazione del territorio e della potenzialità informativa, abbiamo adottato un'ulteriore tecnica denominata Spatial EB smoothing, nella quale la distribuzione a priori non è più globale ma locale (Anselin, 2004). Per minimizzare gli effetti di confine abbiamo utilizzato, per ogni comune, l'area comprendente almeno i 20 comuni più vicini, allargando successivamente l'area fino al raggiungimento di un raggio di 28 km o all'individuazione di 30 comuni. Le schede tumorali riportano le mappe con lo Spatial EB smoothing, mentre nelle pagine successive sono riportate le mappe grezze, ovvero con i rapporti

tra casi osservati e attesi (SIR %) e le mappe dei rischi relativi ottenuti tramite l'EB Smoothing.

Abbiamo inoltre utilizzato il metodo della Spatial Scan Statistic (Kulldorff 1995) per individuare cluster specifici ad alto rischio. Il metodo consiste nel verificare, tramite la creazione di finestre ellittiche di diversa dimensione e orientamento, se il rischio tumorale si concentra in modo statisticamente significativamente su alcuni aggregati di comuni limitrofi (detti appunto cluster).

L'analisi spaziale è eseguita assumendo per i casi incidenti una distribuzione di Poisson ed aggiustando per le classi di età. Le aree per essere considerate cluster non devono contenere più del 50% della popolazione totale. La significatività dei potenziali cluster è valutata con una simulazione Monte Carlo condizionata al numero totale di casi osservati (p -value < 0,05).

Confronti nazionali

I confronti nazionali sono basati sui tassi età specifici dei registri AIRTUM negli anni 2005-2007 (AIRTUM, 2011) altri tassi sono stati scaricati dal portale dedicato (ITACAN, 2012).

Criteri classificativi

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

Note

Come di consueto nelle schede relative a corpo dell'utero e cervice uterina non vengono presentate informazioni sulla mortalità in quanto una grande quantità dei decessi codificati genericamente con causa "tumori dell'utero" non era attribuibile ad una delle due sottosedi specifiche.

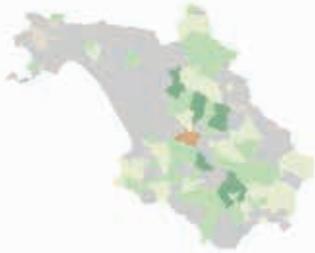
Per evitare di fornire un'informazione distorta e riportare tassi di mortalità chiaramente sottostimati si è scelto pertanto di omettere queste statistiche nelle schede specifiche tumorali.

Tabella 3. Criteri per la definizione delle neoplasie

Descrizione	Topografia ICD-03	Morfologia ICD-03	Comportam.	ICD9 / ICD9-CM
Labbro	C00	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	140
Lingua	C01-02	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	141
Bocca	C03-06	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	143-145
Ghiandole salivari	C07-08	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	142
Orofaringe	C09-10	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	146
Rinofaringe	C11	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	147
Ipofaringe	C12-13	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	148
Faringe NAS	C14	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	149
Esofago	C15	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	150
Stomaco	C16	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	151
Intestino tenue	C17	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	152
Colon	C18	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	153
Retto	C19-21	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	154
Fegato	C22	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	155
Vie biliari	C23-24	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	156
Pancreas	C25	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	157
Cavità nasale	C30-31	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	160
Laringe	C32	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	161
Polmone	C33-34	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	162
Altri organi toracici	C37-38	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	163-164
Osso	C40-41	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	170
Pelle, melanomi	C44	8720-8790	/3	172
Pelle, non melanomi	C44	escluso 8720-8790, 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	173
Mesotelioma	tutte	9050-9055	/3	nd
Sarcoma di Kaposi	tutte	9140	/3	176
Tessuti molli	C47, 49	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	171
Mammella	C50	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	174-175
Utero, collo	C53	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	180
Utero, corpo	C54	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	182
Utero NAS	C55	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	179
Ovaio	C56	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	183.0
Altri genitali femminili	C51-52, 57, 58	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	181, 183.(2-9), 184
Pene	C60	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	187.(1-4)
Prostata	C61	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	185
Testicolo	C62	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	186
Altri genitali maschili	C63	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	187.(5-9)
Rene, vie urinarie	C64-66, 68	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	189
Vescica (maligno)	C67	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	188
Vescica (non maligno)	C67	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/1 /2	233.7, 236.7
Occhio	C69	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	190
Encefalo e SNC (maligno)	C70-72	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	191-192
Encefalo e SNC (non maligno)	C70-72	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/0 /1	225, 228.02, 237.(5-9)
Tiroide	C73	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	193
Altre ghiandole endocrine	C74-75	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	194
Linfoma di Hodgkin	tutte	9650-9667	/3	201
Linfoma non Hodgkin	tutte escluso C42.0, 1, 4	9590-9596, 9670-9729, 9760, 9761, 9764, 9940, 9948 9823, 9827	/3	200, 202.(0-2, 4, 8, 9), 273.3
Mieloma	tutte	9731-9734, 9762	/3	203, 238.6
Leucemia linfatica acuta	tutte C42.0, 1, 4	9826, 9835-9837 9827	/3	204.0
Leucemia linfatica cronica	tutte C42.0, 1, 4	9831-9834 9823	/3	204.1
Leucemia mieloide acuta	tutte	9840, 9861, 9866-9874, 9891-9920, 9931	/3	205.0, 206.0, 207.(0, 2)
Leucemia mieloide cronica	tutte	9863, 9875, 9876, 9945, 9946	/3	205.1
Altre MMPC e SMD	tutte	9950-9989	/3	207.1, 238.(4, 6, 7)
Leucemia NAS	tutte	9800-9820, 9860, 9930	/3	204-208 (escl. precedenti)
Miscellanea	tutte C42	9740-9758 escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	159.1, 202.(3, 5, 6)
Mal definite e metastasi	C26, C39, C48, C76-80	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	158, 159.(0, 9), 165, 195-199



Tutte le sedi



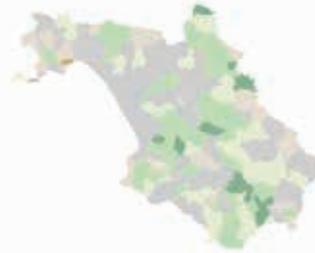
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Tutte le sedi



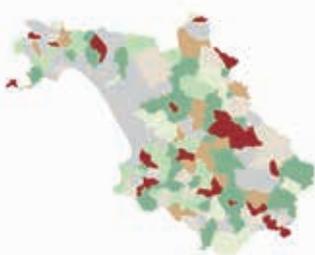
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Testa e collo



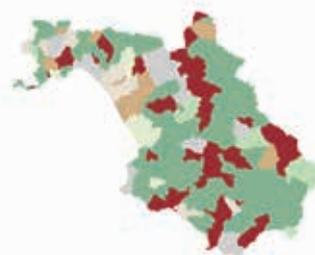
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Testa e collo



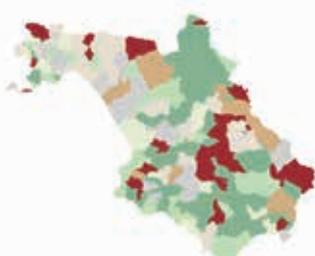
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Stomaco



Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Stomaco



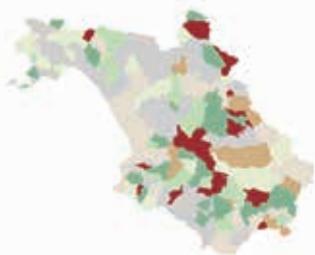
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Colon e retto



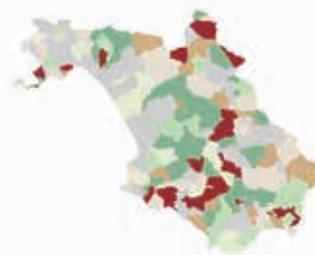
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Colon e retto



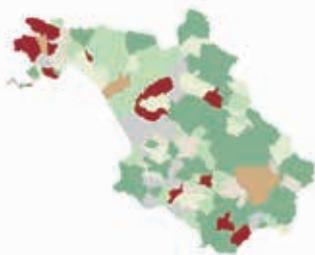
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



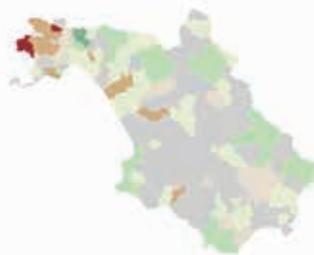
Mappa RR
(EB Smoothing)

Fegato



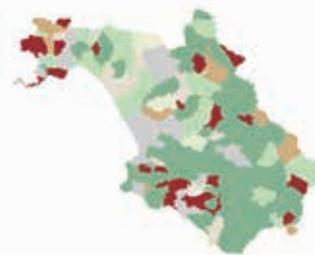
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Fegato



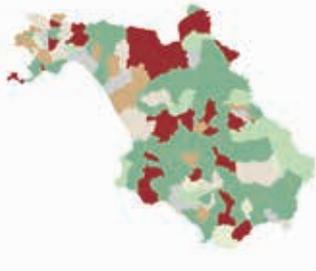
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Vie biliari



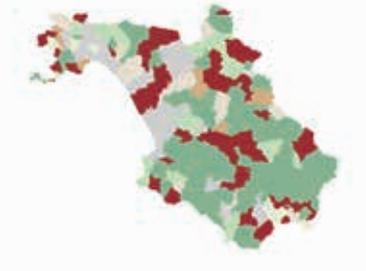
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Vie biliari



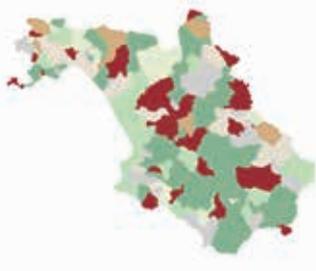
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Pancreas



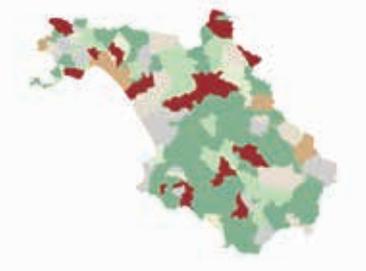
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Pancreas



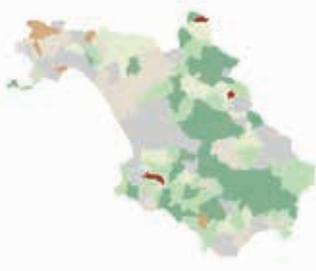
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Polmone



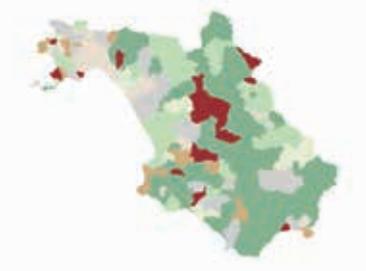
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Polmone



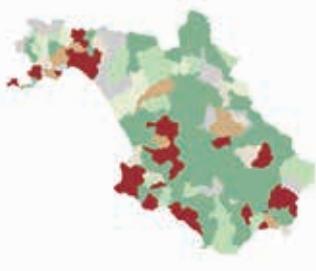
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Melanoma cutaneo



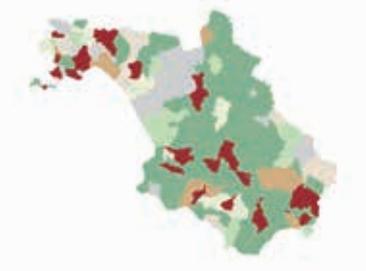
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Melanoma cutaneo



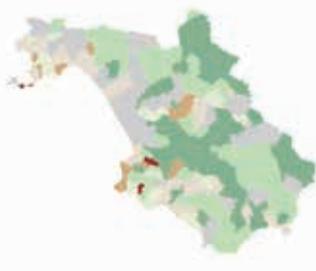
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Mammella



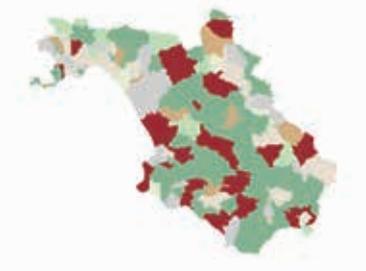
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Cervice uterina



Mappa SIR
(dato grezzo)

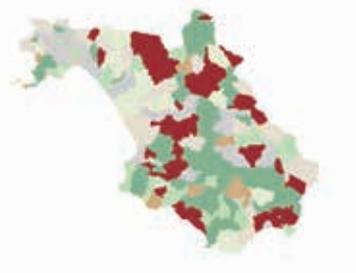
Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)



Corpo dell'utero



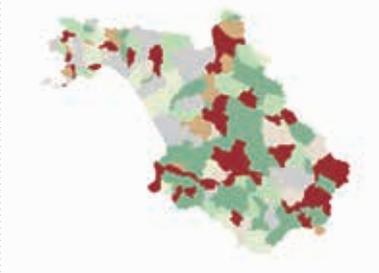
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Ovaio



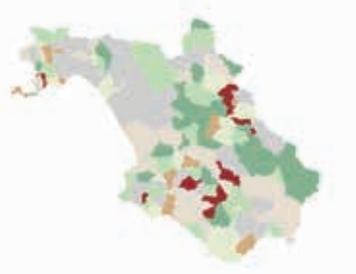
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Prostata



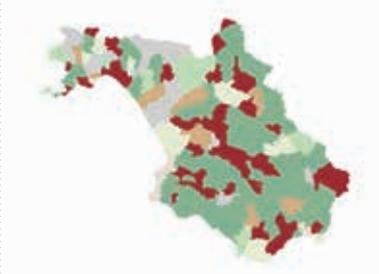
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Testicolo



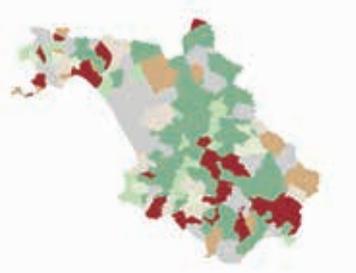
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Rene e vie urinarie



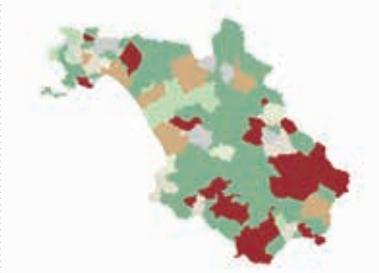
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Rene e vie urinarie



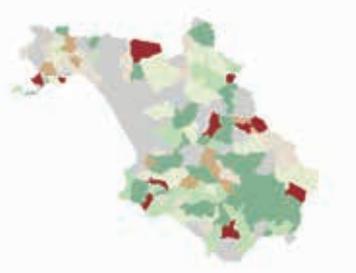
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Vescica



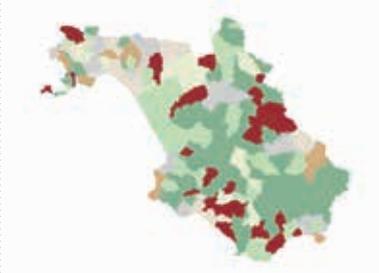
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Vescica



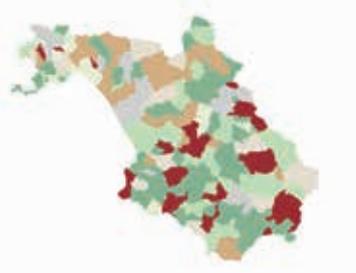
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Encefalo e SNC



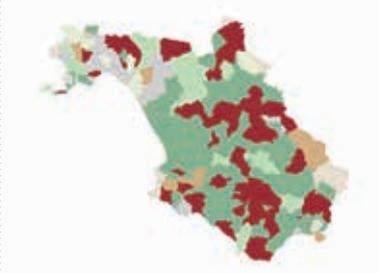
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Encefalo e SNC



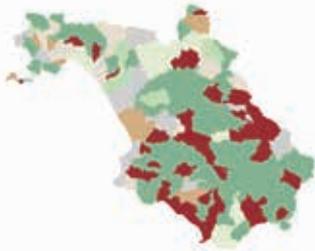
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Tiroide



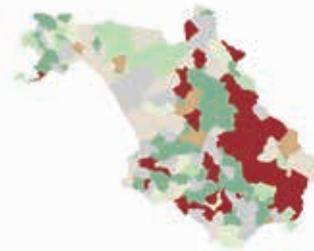
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Tiroide



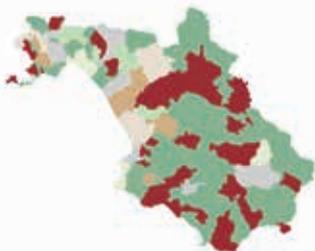
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Linfoma di Hodgkin



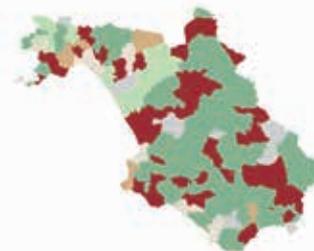
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Linfoma di Hodgkin



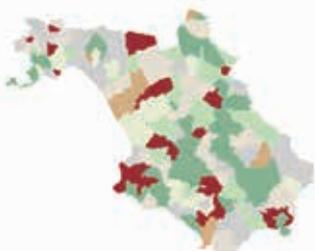
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Linfoma non Hodgkin



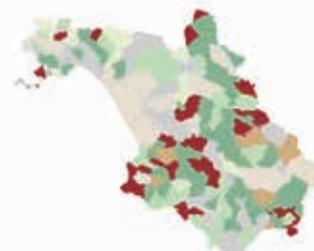
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Linfoma non Hodgkin



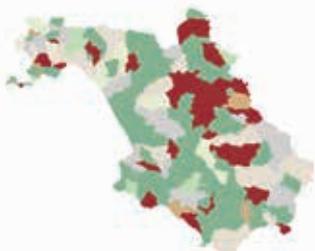
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Mieloma



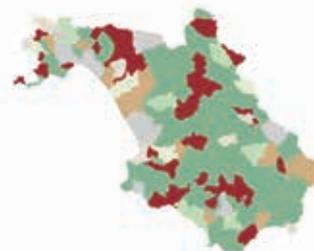
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Mieloma



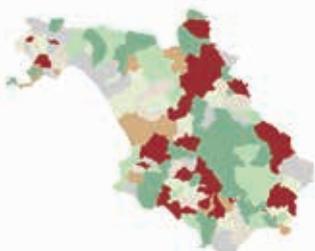
Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)

Leucemie



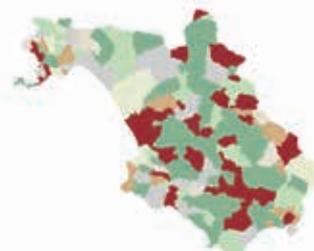
Mappa SIR
(dato grezzo)

Maschi



Mappa RR
(EB Smoothing)

Leucemie



Mappa SIR
(dato grezzo)

Femmine



Mappa RR
(EB Smoothing)



Bibliografia

- AIRTUM - AIOM. I numeri del cancro in Italia - 2011. Intermedia editore. Brescia, 2011.
- AIRTUM Working Group. I Tumori in Italia - Rapporto 2011: La sopravvivenza dei pazienti oncologici in Italia. *Epidemiol Prev* 2011; 35 (5-6) suppl 3: 1-200.
- Anselin L, Kim YW, Syabri I. Web-based analytical tools for the exploration of spatial data. *Journal of Geographical Systems*, 2004; 6:197-218.
- Breslow NE, Day NE. *Statistical methods in cancer research, volume II – the design and analysis of cohort studies*. IARC Scientific publications No. 82, 1987
- Clayton D, Hills M. *Statistical Models in Epidemiology*. Oxford University Press, New York, 1987.
- Curado MP, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M, Boyle P. Eds. *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX*. IARC Scientific Publications, N.160, IARC, Lyon, 2005.
- Dos Santos Silva I. *Cancer Epidemiology: Principles and Methods*. World Health Organization. IARC, Lyon, 1999.
- Ederer F, Heise H. Instructions to IBM 650 programmers in processing survival computations. *Methodological Note No. 10*. End Results Evaluation Section. National Cancer Institute, Bethesda MD, 1950
- Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM, Whelan S. *International Classification of Diseases for Oncology, Third Edition*. WHO, 2000
- ITACAN. Tassi età specifici anni 2005-2007 per macro-area (sedi testa e collo/vie biliari) scaricate all'indirizzo: <http://itacan.istpo.toscana.it> (ultimo accesso: agosto 2012).
- ISTAT. *Popolazione Residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio. Anni 2009, 2010*. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it>
- Jones MK, Brouch KL, Bowers CR, Aaron WS. *ICD-CM Code book. Volumes 1-2-3*. St Anthony Publishing, 1994
- Kulldorff M, Nagarwalla N. Spatial disease clusters: detection and inference. *Stat Med* 1995; 14: 799-810.
- Kulldorff M. and Information Management Services, Inc. SaTScan v. 7.0.1: Software for the spatial and space-time scan statistics. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2007.
- Melcarne A, Rashid I, Quarta F. *I Tumori in provincia di Lecce - rapporto 2010*. Martano Editrice, Lecce, 2010.
- Rashid I, Buzzoni C, Sperduti I, Busco S, Pannoizzo F. *I Tumori in Provincia di Latina negli anni 2000*. Nuova Grafica 87 s.r.l, Pontinia (LT), 2012.
- Rashid I, Marcheselli L, Federico M. Estimating survival in newly diagnosed cancer patients: use of computer simulations to evaluate performances of different approaches in a wide range of scenarios. *Stat Med* 2008 May 30; 27 (12): 2145-58.