



Registro Tumori di Popolazione Regione Campania

c/o Azienda Sanitaria Napoli 3 Sud
Piazza S. Giovanni - 80031 BRUSCIANO (NA)
Tel./Fax 081.519.05.05 - 081.317.42.43 - 081.317.42.44
e-mail: registrotumori@aslnapoli3sud.it - m.fusco@aslnapoli3sud.it
PEC: registrotumori@pec.aslnapoli3sud.it
skype: mario.fusco57

# Registro Tumori di popolazione della Regione Campania c/o l'ASL Napoli 3 Sud Andamento della patologia oncologica sul territorio di riferimento

Dr: Mario Fusco

## Inquadramento del Registro Tumori di popolazione

Il Registro Tumori di Popolazione è stato istituito nel luglio del 1995 dalla ex Azienda Sanitaria Locale Napoli 4 (delibera DG del 15/07/1995 n° 644/95).

L'attività del Registro è stata garantita, fino al dicembre del 2001, da fondi della stessa ASL, attraverso un protocollo di intesa con la sezione di Napoli della Lega Italiana Lotta contro i Tumori, che ha curata la gestione amministrativa dei fondi, e l'Istituto Nazionale Tumori di Napoli. Nel dicembre del 2001 la Regione Campania, con delibera di Giunta n° 6965 del 21/12/01, ha fatto proprio il Registro Tumori della ASL Napoli 4, diventato quindi il Registro Tumori della Regione Campania, e lo finanzia con fondi regionali; resta inalterata l' area di riferimento del Registro, il territorio dell'ASL Napoli4, la struttura organizzativa ed operativa, la metodologia di lavoro. La stessa delibera istitutiva costituisce un Comitato Tecnico Scientifico per la programmazione e la verifica delle attività del Registro in cui sono presenti, oltre al direttore del Registro, il Responsabile dell'OER Campania, il Direttore Sanitario e il responsabile del SEP della ASL Napoli 4, il responsabile del Servizio di Epidemiologia del l'Istituto Nazionale Tumori di Napoli.

Con la definizione del nuovo assetto territoriale delle AA.SS.LL. regionali, il Registro Tumori ha continuato la propria attività facendo capo alla ASL Napoli 3 Sud, pur mantenendo inalterato il proprio territorio di riferimento fino al dicembre del 2011. Con delibera del DG ASL Napoli 3 Sud n° 125 del 13 marzo 2012, il territorio di riferimento del Registro Tumori della Regione Campania c/o l'ASL Napoli 3 sud viene esteso all'intero territorio della stessa ASL e, nelle more della realizzazione del Registro Tumori dell'ASL Napoli 2 Nord, mantiene la copertura anche dei distretti sanitari n° 46 – Acerra- e 47-Casalnuovo - appartenenti appunto alla ASL Napoli 2 Nord; resta tutt'ora operativo lo stesso Comitato Tecnico Scientifico.

Attualmente, quindi, il territorio di riferimento del Registro Tumori della Regione Campania c/o l'ASL Napoli 3 sud è di 682 Kq, strutturato su 58 Comuni e comprensivo di una popolazione di 1.120.000 abitanti.

La rilevazione dei dati di incidenza decorre dal 01 - 01 - 1996 e fino al 31/12/2009 ha interessato il territorio dell'ex ASL Napoli 4; dal 01/01/2008 l'attività di rilevazione è stata estesa all'intero territorio

dell'ASL Napoli 3 sud, continuando la rilevazione sul territorio dei distretti sanitari 46 e 47 afferenti alla ASL Napoli 2 Nord.

Presentazione dei dati

Nel presente rapporto verranno presentati dati relativi a:

- 1. Confronto dati di incidenza Registro Tumori ASL Napoli 3 sud vs Pool Registri Tumori italiani, periodo 2003/2007 ( periodo per cui sono disponibili i dati nazionali);
- 2. incidenza oncologica osservata relativa al solo territorio della ex ASL Napoli 4 per l'intero periodo di osservazione, 1997/2009, ed analisi dei dati per i quinquenni 2000/2004 e 2005/2009;
- 3. incidenza oncologica stimata al 2009 sull'intero territorio dell'attuale Registro Tumori della ASL Napoli 3 Sud;
- 4. sopravvivenza oncologica per il periodo 2000/2004 con follow up al 31/12/2008;

### 1. INCIDENZA ONCOLOGICA

# 1.1 Confronto dati di incidenza Registro Tumori ASL Napoli 3 sud vs Pool Registri Tumori italiani, periodo 2003/2007.

Viene definita incidenza oncologica il numero di <u>nuovi</u> casi di cancro rilevato su base annuale in un ambito geografico definito. Il tasso di incidenza è l'indicatore epidemiologico che più di ogni altro misura il "rischio oncologico" di un territorio e ne descrive il suo modificarsi nel tempo; i tassi di incidenza, inoltre, rientrano tra gli indicatori di epidemiologia descrittiva; descrivono cioè l'andamento della patologia oncologica nel tempo, in un'area geografica definita, senza entrare nel merito di possibili rapporti di causalità, bensì limitandosi a fornire possibili ipotesi etiologiche su cui attivare, successivamente, studi analitici mirati.

Il tasso di incidenza oncologica complessivo (costituito dall'insieme di tutte le sedi topografiche) rilevato nell'area del Registro Tumori dell'ASL Napoli 3 sud è più basso rispetto a quello rilevato dal Pool dei Registri Tumori italiani, e ciò in entrambi i sessi: meno 28.6 punti percentuali i maschi, meno 29.1 punti percentuali le donne (Figure 1-2). Tale differenza varia di entità in relazione alle diverse macroaree geografiche di riferimento, evidenziando tassi di incidenza maggiori rispetto alla macroarea sud Italia, tassi pressochè uguali rispetto a quelli rilevati nel centro Italia e tassi significativamente inferiori ai tassi rilevati al nord.

L'analisi dei dati condotta prendendo in considerazione le singole sedi topografiche (Figure 3-4) evidenzia:

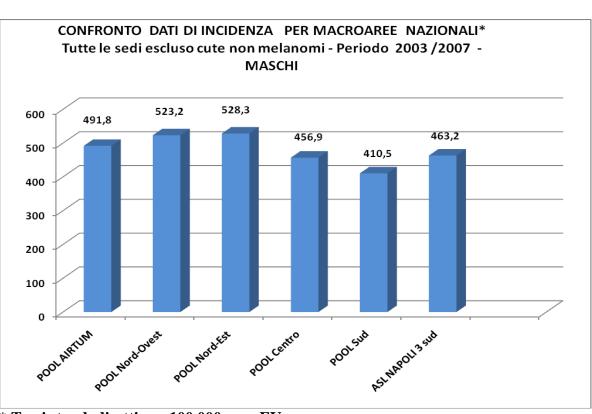
- tassi di incidenza più alti rispetto al Pool per i tumori del polmone e della laringe nei maschi, per il tumore del fegato in entrambi i sessi e per il linfoma non Hodgkin nelle donne;
- tassi di incidenza sovrapponibili ai tassi del pool per le leucemie, i mielomi, i tumori della tiroide, del testicolo e del cervello nei maschi; per le leucemie, il mieloma, il linfoma di hodgkin, i tumori della cervice uterina e del cervello nelle donne;
- tassi di incidenza più bassi, con diverse grandezze di misura, per tutti gli altri tumori, in entrambi i sessi.

Va evidenziato che, pur permanendo un differenziale negativo della nostra area rispetto al pool italiano dei registri tumori per la quasi totalità dei tumori, tale "vantaggio storico" va progressivamente riducendosi, seppure in misura diversa in relazione a diverse sedi topografiche.

I maggiori tassi di incidenza rispetto al pool rilevati nei maschi per il polmone e la laringe, tumori fumo correlati, rispondono, a nostro avviso, alla ritardata e più lenta riduzione del fumo di sigaretta verificatosi in Regione Campania e, quindi anche sul nostro territorio; ciò è in parte confermato anche dal fatto che a partire dalla metà degli anni 2000 gli stessi tumori evidenziano, nei maschi, un trend dei tumori polmonari in decremento, mentre nelle donne tale trend è in ascesa, come nel resto dell'Italia.

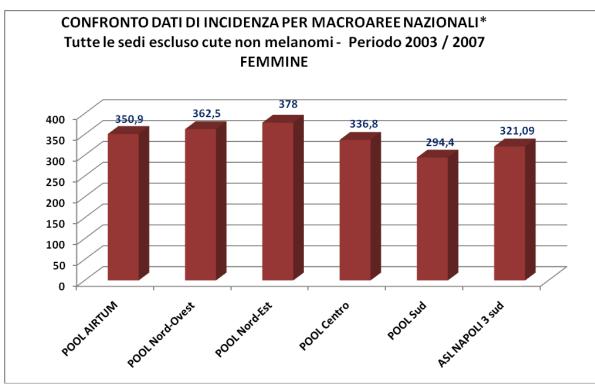
L'eccesso invece di tumori epatici va principalmente correlato, come riportato in letteratura, all'endemia di virus B e virus C presente sullo stesso territorio.

Figura 1



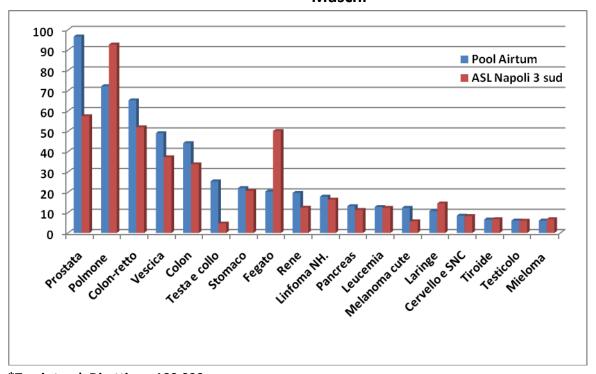
<sup>\*</sup> Tassi stand. diretti per 100.000 pop. EU

Figura 2



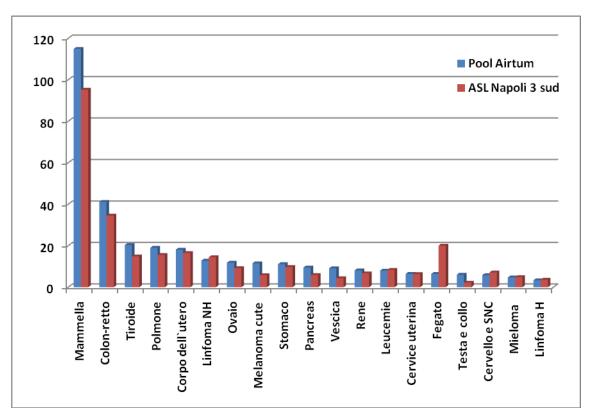
\* Tassi stand. diretti per 100.000 pop. EU

Figura 3 Incidenza Oncologica Pool Airtum vs ASL Napoli 3 sud\*
Principali sedi topografiche – periodo 2003/2007
Maschi



\*Tassi stand. Diretti per 100.000 pop.

Figura 4 Incidenza Oncologica Pool Airtum vs ASL Napoli 3 sud\*
Principali sedi topografiche – periodo 2003/2007
Donne



<sup>\*</sup>Tassi stand. Diretti per 100.000 pop. EU

## 1.2 Andamento nel tempo della patologia oncologica nell'area del Registro

Si è preferito dare la misura della variazione nel tempo dell'incidenza oncologica fornendo la misura media dell'intero periodo di osservazione, 1997/2009 e riferendosi a due periodi di confronto quinquennali, 2000/2004 e 2005/2009, in modo da avere misure più stabili rispetto alle misure dei singoli anni maggiormente suscettibili di variazioni casuali. (Tabelle allegate 1–2). Il confronto del secondo periodo, 2005/2009, rispetto al primo, 2000/2004 evidenzia nei maschi:

- un incremento complessivo dei tumori di 12.8 punti percentuali (considerando tutte le sedi meno i tumori della cute non melanomi ed i tumori incerti ed in situ della vescica);
- un incremento marcato dei tumori della prostata (+19%) e del colon- retto (+10%), che di fatto assorbono quasi totalmente l'incremento complessivo registrato;
- incrementi più lievi dei tumori del pancreas, del rene e del testicolo;
- una riduzione dei tumori del fegato, polmone, laringe e vescica;
- un andamento sostanzialmente costante negli anni dei restanti tumori.

Lo stesso confronto evidenzia nelle donne:

- una riduzione complessiva dei tumori di 8.3 punti percentuali (considerando tutte le sedi meno i tumori della cute non melanomi ed i tumori incerti ed in situ della vescica);
- una riduzione dei tumori dello stomaco e delle vie biliari;

- un incremento dei tumori del colon retto, seppure in misura meno marcata rispetto ai maschi, dei tumori della tiroide e della mammella;
- un andamento sostanzialmente costante negli anni dei restanti tumori.

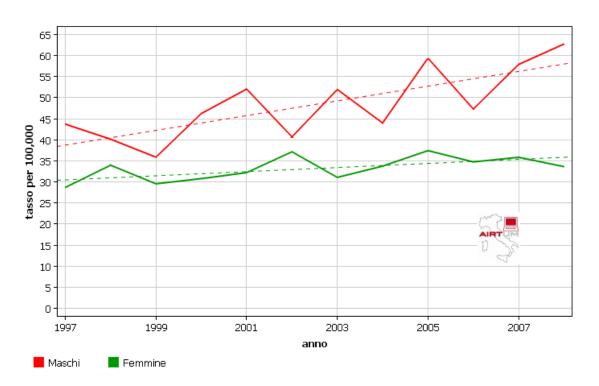
Meritano una riflessione più attenta i marcati incrementi dei tassi di incidenza dei tumori del colon retto e della prostata, perché trovano la loro spiegazione in cause differenti.

L'aumento marcato del trend di incidenza dei tumori del colo retto, in misura diversa nei maschi e nelle donne, (figura 5), pur rimanendo i tassi più bassi rispetto al pool dei registri, rappresenta un reale segno di allarme per la collettività in generale e per la sanità pubblica in particolare, perché sono osservati in assenza della attivazione dello screening organizzato di popolazione (lo screening nel territorio della ex ASL Napoli 4 verrà progressivamente attivato a partire dal 2010); è questo un chiaro segnale dell'aumentato rischio oncologico della popolazione per questo tipo di tumori. L'attivazione dello screening porterà nei prossimi anni, inizialmente, alla diagnosi anticipata di un numero di tumori che tenderà ad innalzare il tasso di incidenza; dall'altro lato però, tale incremento potrà essere controbilanciato dalla diagnosi di lesioni precancerose cui verrà interrotta la progressione verso il cancro, con una tendenza a ridurre il tasso di incidenza; il bilancio finale della attivazione e corretta gestione dello screening del colon retto, che assolutamente dovrà accompagnare una attività di prevenzione primario del tumore del colon retto, sarà l'arresto del trend di incidenza in ascesa, oltre che una migliorata sopravvivenza dei casi rilevati.

Figura 5 - Trend di incidenza tumori del colon-retto ASL Napoli 3 sud

Napoli Colon, retto e ano

Incidenza: TSE (Europea) età (0-85+)

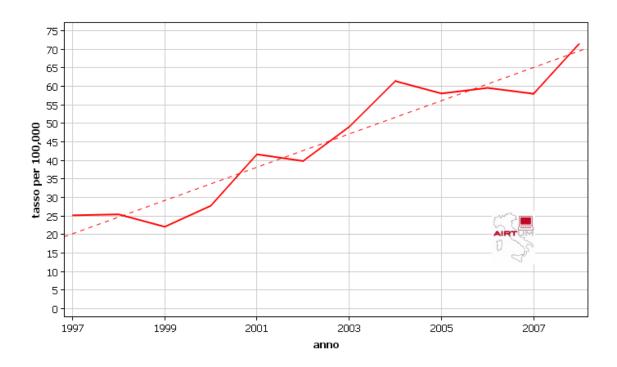


Il trend in ascesa del tumore della prostata (figura 6) è da ricondurre invece, a nostro avviso, quasi esclusivamente alla aumentata pressione diagnostica che in questi anni si è avuto nei confronti di tale tumore; il fatto che non si sia modificata, nello stesso periodo, la mortalità per il tumore della prostata, suggerisce che probabilmente ci si trova di fronte più che ad un aumentato rischio oncologico della popolazione, ad una "over diagnosis" con conseguente possibile "over treatment" di un consistente numero di casi che sarebbero rimasti clinicamente inespressi.

Figura 6 Trend di incidenza del tumore della prostata ASL Napoli 3 sud

Napoli Prostata

Incidenza: TSE (Europea) età (0-85+)



ITACAN @ Italian Association of Cancer Registries (AIRTUM) (30.9.2012)

# 1.3 Stima al 2009 dell'incidenza oncologica sull'intero territorio della ASL Napoli 3 sud

La disponibilità di dati di incidenza osservata relativi a 14 anni sulla metà del territorio di riferimento dell'ASL Napoli 3 sud e la contemporanea disponibilità per lo stesso periodo delle Schede di Dimissione Ospedaliera dell'intera ASL, ha permesso di calcolare tassi di incidenza stimati al 2009, per l'intera ASL Napoli 3 sud. ( tabella 3 ) La stima ha evidenziato, come atteso, tassi di incidenza sostanzialmente sovrapponibili a quelli osservati, tranne che per due sedi topografiche:

- tassi stimati più bassi rispetto agli osservati dei tumori epatici; tale risultato è da porre
  in relazione alla diversa presenza nelle aree osservate della endemia di virus B e virus
  C;
- tassi stimati più alti rispetto agli osservati per il mesotelioma; ciò, come descritto in letteratura, è da ricondurre ad esposizione professionale legata alle attività cantieristiche e marittime maggiormente presenti nella parte costiera della ASL.

Tahella 3.

Pene

**Prostata** 

Registro Tumori di Popolazione ASL Napoli 3 sud Incidenza stimata al 2009 relativa all'intero territorio del Registro *				
	Maschi	Donne		
Sede	TSD-EU**	TSD-EU**		
Labbro	1,8	0,0		
Lingua	1,1	0,5		
Восса	2,3	1,1		
Ghiandole salivari	1,1	1,2		
Orofaringe	1,1	0,4		
Rinofaringe	1,5	0,4		
Ipofaringe	0,0	0,0		
Faringe NAS	0,4	0,0		
Esofago	2,8	0,8		
Stomaco	17,2	10,6		
Intestino tenue	0,9	2,1		
Colon	39,5	22,3		
Retto	15,8	12,4		
Fegato	42,5	14,4		
Vie biliari	5,9	3,9		
Pancreas	9,9	7,8		
Cavità nasale	0,8	0,3		
Laringe	13,5	0,2		
Polmone	80,6	13,8		
Altri organi toracici	1,8	0,5		
Osso	0,7	0,0		
Pelle, melanomi	8,7	6,6		
Pelle, non melanomi	55,9	33,0		
Mesotelioma	5,2	0,4		
Sarcoma di Kaposi	1,4	0,5		
Tessuti molli	2,3	1,8		
Mammella donne		102,8		
Utero, collo		3,2		
Utero, corpo		19,3		
Utero NAS		0,7		
Ovaio		11,7		
Altri genitali femminili		2,9		

1,0

64,0

Testicolo	5,7	
Altri genitali maschili	0,0	5,1
Rene, vie urinarie	12,8	3,3
Vescica	34,4	0,4
Occhio	0,4	8,6
Encefalo e altro SNC	7,7	18,9
Tiroide	6,1	0,0
Altre ghiandole endocrine	0,3	2,5
Linfoma di Hodgkin	1,3	10,1
Linfoma non Hodgkin	20,7	2,6
Mieloma	3,9	2,0
Leucemia linfatica acuta	1,4	1,5
Leucemia linfatica cronica	2,1	3,3
Leucemia mieloide acuta	5,0	0,7
Leucemia mieloide cronica	1,7	5,3
Altre MMPC e SMDC	3,8	1,3
Leucemie NAS	2,4	0,0
Miscellanea	0,3	5,3
Mal definite e metastasi	6,7	
Totale escluso cute	441,1	313

<sup>\*</sup>ASL Napoli 3 sud + Distretti 46 - 47 Asl Napoli 2 nord

#### 2. SOPRAVVIVENZA

La sopravvivenza oncologica misura il tempo trascorso dalla data della prima diagnosi certa del tumore fino alla data di decesso del paziente. Essa oltre ad essere un indicatore di esito complessivo delle misure sanitarie attivate, va anche letta in relazione alla realtà socio-economica dell'area di riferimento.

Inoltre la sopravvivenza rappresenta un indicatore di esito non soltanto delle cure messe in atto, ma dell'intero sistema preventivo, diagnostico e terapeutico attivato in campo oncologico.

Poiché la coorte seguita, casi di incidenza relativi ad una specifica area geografica, usufruisce di servizi e strutture extra – area, comunemente su base regionale, il sistema sanitario di riferimento non è quello dell'area di incidenza, ma della regione in cui tale area è compresa; nel nostro caso la sopravvivenza va messa in relazione all'intero sistema sanitario della Regione Campania, e non della ASL di residenza dei pazienti, nello specifico la Napoli 3 sud.

Nella tabella 4 è riportata la sopravvivenza relativa ad 1-2-3-4-5 anni dalla diagnosi riferita ai casi di incidenza del periodo 2000/2004 con verifica dello stato in vita al 31/12/2008 ( per maschi, donne e maschi + donne)

<sup>\*\*</sup> Tassi standardizzati diretti per 100.000 popolazione europea

Considerando l'insieme di tutti i tumori, meno i tumori della cute non melanomi, la sopravvivenza oncologica relativa a cinque anni rilevata nell'ASL Napoli 3 sud, è più bassa di 7,3 punti percentuali nei maschi e di 6 punti percentuali nelle donne rispetto alla sopravvivenza rilevata nel pool dei registri tumori nello stesso periodo. Tale dato di grave criticità viene confermata anche dall'analisi dettagliata della sopravvivenza per tutte le singole sede topografiche in cui, appunto, si rileva una sopravvivenza sistematicamente più bassa rispetto al pool nonostante si tratti di sedi tra loro diverse per prognosi e per disponibilità di interventi sanitari.

Fanno eccezione a questo dato i tumori a cattiva prognosi ( polmone, fegato, pancreas) che presentano una sopravvivenza sovrapponibile a quella del pool.

Un accenno particolare va fatto in relazione ai tumori oggetto di screening organizzati di popolazione. Il tumore del colon retto presenta una sopravvivenza più bassa di circa 7 punti percentuali per entrambi i generi, la mammella di 4 punti, la cervice uterina di 9 punti percentuali.

Su tale grave criticità evidenziata dal confronto dei dati di sopravvivenza con il pool italiano dei registri tumori pesano, a nostro avviso:

- un ritardo diagnostico che determina la rilevazione della malattia in fase più avanzata e, quindi, con prognosi peggiore; in quest'ambito va rimarcato il ritardato avvio dello screening del colon retto e la bassa copertura della popolazione target relativamente agli screening della cervice uterina e della mammella;
- le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie di diagnosi e cura da parte delle fasce di popolazioni più deboli e a rischio con conseguenti diseguaglianze nell'accesso ai percorsi diagnosticoterapeutici;
- l'enorme frazionamento dei percorsi sanitari aggravato ulteriormente da una migrazione sanitaria oncologica extra regionale ancora consistente; a tale frammentazione dei percorsi contribuisce in modo considerevole la notevole presenza sul territorio regionale di strutture sanitarie private accreditate. La frammentazione dei percorsi sanitari si accompagna, ed è resa ancora più grave, dall'assenza di uno standard di qualità di riferimento, sia di tipo diagnostico che terapeutico che impedisce, tra l'altro, alla sanità pubblica di poter effettuare una analisi della qualità delle prestazioni rese, oltre che dei costi delle stesse;
- minori livelli di qualità dei servizi di diagnosi e cura erogati;
- ridotta adozione di modelli di trattamento multidisciplinare;

Su tutte tali criticità pesa l'insufficiente "governance" dell'intero sistema regionale diagnosticoassistenziale in campo oncologico

Tabella 4

## Percentuali di sopravvivenza oncologica a 5 anni Confronto Pool Airtum vs ASL Napoli 3 sud\*

	MASCHI		DONNE		MASCHI + DONNE	
	Pool	Napoli	Pool	Napoli	Pool	Napoli
Cancer site	%	%	%	%	%	%
Head and neck	55,1	55,7	56,4	51	55,1	54,2
Salivary glands	54,9		64,4		58,6	58,7
Oesophagus	11,1	7,5	14		11,6	7,5
Stomach	30,3	19,7	35,7	28,5	32,4	23,8
Small intestine	48,6		51,3		49,7	34,9
Colon	59,3	55,6	60,5	48,4	59,8	52
Rectum	56,7	52,4	58,4	53,4	57,3	52,6
Colon and rectum	58,5	54,9	59,9	49,6	59	52,1
Liver	15,4	16,6	16	13,4	15,4	15,2
Biliary tract	16,9	15,3	16,2	9,5	16,5	12
Pancreas	6	4,1	8,5	14,5	7,1	7
Larynx	69	69,8	68,3	52,5	69	69,6
Lung	13,2	12,7	17,1	20	14,1	14
Bone	50,2		60,8		54,6	49,5
Skin melanoma	81,6	59,1	88,6	69,7	85,1	63,4
Mesothelioma	7,7	14,7	9,1		8	16,1
Kaposi sarcoma	84,8	70	88,9		86,7	78,8
Soft tissue	63	81,2	65,1		63,9	83,4
Breast			85,1	81,3	ĺ	
Cervix uteri			67,6	58,6		
Corpus uteri			76	60,7		
Ovary			38	33,7		
Prostate	88	74,2				
Testis	90,6	97,6				
Kidney	66,5	48,3	69,5	68,7	67,6	61,3
Urinary tract	62,1		55,7		60,3	57,4
Urinary bladder	78,5	76,9	76,3	73	78	76,2
Choroid melanoma	76,7		86,1		80,8	
Brain and central nervous					<u> </u>	
system	21,2	14,1	26,7	25,3	23,5	19
Thyroid	87,5	61,4	91,4	88,7	90,3	77,6
Hodgkin lymphoma	80,6	77,7	84,7	87,1	82,6	79,3
Non Hodgkin lymphoma	58,8	56,3	60,7	52,7	59,5	54,1
Myeloma	46,1	49,8	46,6	36,4	46,3	39,3
Acute lymphatic leukaemia	27,9		34,6		30,9	17,2
Chronic lymphatic leukaemia	71,3	57,2	74,6	55,1	72,5	59,9
Acute myeloid leukaemia	14,2	15,3	17	14,7	15,4	15
Chronic myelod leukaemia	46		53,4		49,4	61,6
All leukaemias	45,5	35,7	44,8	47,2	45,2	41
All but skin, non melanoma**	53,1	45,8	60,7	54,3	56,8	
All but bladder and skin, non	,				ĺ	
melanoma*	50,2	42,2	60,2	54,2	55,2	

\*\* Incidenza 2000/2004 con follow up

31/12/2008 - Metodo Ederer 2

\*\* = dati aggiustati per case mix

#### Alcune considerazioni finali

I dati presentati, sia di incidenza che di sopravvivenza oncologica, permettono una serie di considerazioni che qui si riassumono brevemente:

- è in atto, già da almeno quindici anni, una progressiva trasformazione della patologia oncologica sul territorio, in Italia meridionale in generale ed in Campania in particolare;
- tale trasformazione è da riferire sia al mutare delle condizioni ambientali complessive, dove per ambiente si intendono abitudini e stili di vita (fumo, alimentazione, attività fisica), esposizione professionale, inquinamento ambientale, sia al mutare delle capacità diagnostiche intervenute nel sistema sanitario;
- a fronte di tali mutazioni non si è attivato, da parte del sistema sanitario, un mutato atteggiamento mirato alla prevenzione, sorveglianza e controllo della patologia oncologica sul territorio per cui si rilevano gravi criticità all'interno dell'intero percorso diagnostico terapeutico in campo oncologico regionale, sia in relazione alla prevenzione secondaria ( screening) che ai percorsi clinico-assistenziali;
- appare evidente la necessità di affrontare tali criticità con valutazioni, e conseguenti interventi, che siano di "sistema" e non limitati ad interventi su singole strutture o singole fasi del processo; tale approccio, se parcellizzato, potrebbe portare ulteriore squilibrio nel sistema. Il potenziamento va realizzato sia rispetto alle strutture periferiche che a quelle di eccellenza, al fine di avere una migliore efficienza dell'intero sistema con riduzione delle diseguaglianze nell'accesso ai percorsi diagnostici-terapeutici e riduzione di liste di attesa;
- in un approccio di sistema andrebbero definiti e programmati in modo chiaro i diversi livelli assistenziali, cui dovrebbero corrispondere diverse organizzazioni di strutture e servizi che erogano prestazioni sanitarie; il "chi fa cosa, con quali risorse e quali vincolanti standards organizzativi –funzionali;
- appare indispensabile la creazione di un modello operativo di rete oncologica basata su unità multidisciplinari con la centralità del paziente, con l'obiettivo di facilitare l'accesso guidato ai servizi diagnostici e terapeutici, di ridurre i tempi di attesa e di valutare in modo collegiale e rapido i casi clinici in un processo di miglioramento della qualità dei servizi erogati; una rete oncologica produrrebbe un significativo effetto anche sulla riduzione della migrazione oncologica

- extraregionale, oltre che sulla attenuazione della fortissima frammentazione dei percorsi diagnostico-assistenziali anche in ambito regionale;
- non è più rinviabile l'adozione sistematica nella pratica corrente di una serie di indicatori di processo e di esito condivisi, in grado di monitorare l'intero sistema e valutarne costantemente l'efficacia e l'efficienza; sono già disponibili, inoltre, strumenti operativi tali da adottare già nell'immediato requisiti minimi di accreditamento delle strutture sanitarie attive in campo oncologico;
- a distanza di 16 anni dalla attivazione del primo Registro Tumori in Campania, non è più procrastinabile la realizzazione di una rete di registrazione oncologica che copra l'intero territorio regionale; tale rete, che non dovrebbe prescindere dal now how già acquisito dai registri tumori attualmente già operativi sul territorio regionale, si rende indispensabile per il monitoraggio costante della patologia oncologica sul territorio, la valutazione delle sue modifiche al mutare in atto delle condizioni di rischio individuali e collettive ed infine per la valutazione dell'impatto che interventi di prevenzione, diagnosi e cura in campo oncologico hanno sulla presentazione e l'esito della malattia oncologica.

Tabella allegata 1

Tabella allegata 1								
REGISTRO TUMORI NAPOLI 3 SUD DISTRIBUZIONE DATI DI INCIDENZA PER PERIODI MASCHI								
	PERIODI							
	1997/2009	1997/2009 2000/2004 2005/2009						
SEDI								
TESTA E COLLO	177		71		61	n° casi		
	5,07		5,34		4,43	tasso grzezzo		
	5,72		6,09		4,69	tasso std EU		
	0,43		0,73		0,60	errore std		
STOMACO	626		237		262	n° casi		
	17,93		17,81		19,04	tasso grzezzo tasso std		
	20,68		21,12		20,18	EU		
	0,83		1,38		1,26	errore std		
COLON	964		325		483	n° casi		
	27,61		24,42		35,10	tasso grzezzo		
	32,64		29,75		38,55	tasso std EU		
	1,07		1,68		1,78	errore std		
RETTO	510		193		238	n° casi		
	14,61		14,50		17,30	tasso grzezzo		
	17,05		17,25		18,58	tasso std EU		
	0,76		1,25		1,22	errore std		

FEGATO	1490	590	619	n° casi
				tasso
	42,68	44,34	44,99	grzezzo
	49,77	52,40	48,75	tasso std EU
	1,30	2,16	1,98	errore std
VIE BILIARI	158	56	66	n° casi
				tasso
	4,53	4,21	4,80	grzezzo
	F 26	5.00	5 21	tasso std EU
	5,36	5,00	5,21	
LADINGE	0,43	0,67	0,65	errore std
LARINGE	470	180	178	n° casi tasso
	13,46	13,53	12,94	grzezzo
	10,10	10,00	12,5	tasso std
	15,58	15,90	14,00	EU
	0,72	1,19	1,06	errore std
POLMONE	2810	1086	1137	n° casi
				tasso
	80,48	81,61	82,63	grzezzo
	02.52	06.00	00.0=	tasso std
	93,53	96,89	88,87	EU
	1,78	2,96	2,66	errore std
ESOFAGO	94	34	36	n° casi
	2.60	2,56	2,62	tasso
	2,69	2,50	2,02	grzezzo tasso std
	3,12	2,99	2,68	EU
	0,33	0,52	0,45	errore std
PANCREAS	305	107	145	n° casi
				tasso
	8,74	8,04	10,54	grzezzo
				tasso std
	10,16	9,49	11,41	EU
	0,59	0,93	0,96	errore std
MESOTELIOMA	86	27	42	n° casi
	2.46	2.02	2.05	tasso
	2,46	2,03	3,05	grzezzo tasso std
	2,87	2,48	3,28	EU
	0,31	0,48	0,51	errore std
PROSTATA	1436	485	812	n° casi
	1100	100	012	tasso
	41,13	36,45	59,01	grzezzo
				tasso std
	48,32	44,20	63,39	EU
	1,29	2,02	2,25	errore std
TESTICOLO	192	67	87	n° casi
	5.50	7.02	(22)	tasso
	5,50	5,03	6,32	grzezzo tasso std
	4,95	4,55	5,73	EU
	0,36	0,56	0,62	errore std
RENE e VIE URINARIE	358	125	173	n° casi
	550	120	170	tasso
	10,25	9,39	12,57	grzezzo
				tasso std
	11,64	11,05	13,30	EU
	0,62	1,00	1,01	errore std
VESCICA MALIGNA	1199	431	475	n° casi
	34,34	32,39	34,52	tasso

				grzezzo
				tasso std
	40,41	39,21	37,12	EU
	1,18	1,91	1,73	errore std
VESCICA INCERTA/INSITU	974	315	492	n° casi
	27,90	23,67	35,76	tasso
	21,90	23,07	33,70	grzezzo tasso std
	32,50	28,12	38,83	EU
	1,05	1,61	1,77	errore std
SIST.NERVOSO	299	105	122	n° casi
	0.76	<b>-</b> 00	0.0	tasso
	8,56	7,89	8,87	grzezzo tasso std
	9,35	8,69	9,30	EU
	0,55	0,86	0,85	errore std
TIROIDE	189	71	92	n° casi
				tasso
	5,41	5,34	6,69	grzezzo
	5,58	5,65	6,56	tasso std EU
				errore std
LINFOMA DI HODGKIN	0,41 122	38	0,69 57	n° casi
LINI OWA DI NODONIN	122	30	31	tasso
	3,49	2,86	4,14	grzezzo
				tasso std
	3,44	2,85	3,98	EU
	0,31	0,47	0,53	errore std
LINFOMA NON HODGKIN	515	197	212	n° casi tasso
	14,75	14,80	15,41	grzezzo
				tasso std
	15,99	16,40	15,94	EU
	0,71	1,18	1,10	errore std
MIELOMA	192	73	78	n° casi
	5,50	5,49	5,67	tasso grzezzo
	3,30	3,49	3,07	tasso std
	6,32	6,43	6,08	EU
	0,46	0,76	0,70	errore std
LEUCEMIE	375	151	158	n° casi
	10 74	11.05	11.40	tasso
	10,74	11,35	11,48	grzezzo tasso std
	11,88	12,68	12,14	EU
	0,62	1,05	0,98	errore std
MAMMELLA	23	7	10	n° casi
				tasso
	0,66	0,53	0,73	grzezzo
	0,75	0,63	0,74	tasso std EU
	0,16	0,24	0,23	errore std
COLON-RETTO	1474	518	721	n° casi
				tasso
	42,22	38,93	52,40	grzezzo
	40.60	47.00	FF 13	tasso std
	49,69	47,00	57,13	EU errore etd
MELANOMA	1,31	2,09 81	2,16 82	errore std
WILLANOWA	198	81	82	n° casi tasso
	5,67	6,09	5,96	grzezzo
	6,14	6,50	6,17	tasso std
		,		

				EU
	0,44	0,73	0,69	errore std
CUTE NON MELANOMA	1344	478	697	n° casi
				tasso
	38,49	35,92	50,66	grzezzo
	45,19	43,63	54,73	tasso std EU
	1,25	2,03	2,11	errore std
MAL DEFINITE E METASTASI	405	157	142	n° casi
	11,60	11,80	10,32	tasso grzezzo
	13,65	14,19	11,29	tasso std EU
	0,69	1,15	0,97	errore std
TOTALE TUMORI	15988	5882	7137	n° casi
	4== 02	440.00	<b>7</b> 40 <b>7</b> 0	tasso
	457,93	442,02	518,70	grzezzo tasso std
	527,87	520,92	555,50	EU
	4,22	6,86	6,66	errore std
TOTALE TUMORI ESCLUSO	14644	5404	6440	n° casi
CUTE NON MELANOMA	419,43	406,10	468,04	tasso grzezzo
	482,68	477,29	500,77	tasso std EU
	4,03	6,56	6,31	errore std
TOTALE TUMORI ESCLUSO	13670	5089	5948	n° casi
CUTE NON MELANOMI E	391,54	382,43	432,28	tasso grzezzo
				tasso std
VESCICA COMP. INCERTO E IN SITU	450,19	449,17	461,93	EU
	3,89	6,36	6,06	errore std

Tabella allegata 2								
REGISTRO TUMORI NAPOLI 3 SUD DISTRIBUZIONE DATI DI INCIDENZA PER PERIODI DONNE								
			PERIODI					
	1997/2009	997/2009 2000/2004 2005/2009						
SEDI								
TESTA E COLLO	81		20	37	n° casi			
					tasso			
	2,23		1,45	2,57	grzezzo			
	2,22		1,43	2,44	tasso std EU			
	0,25		0,32	0,41	errore std			
STOMACO	410		176	158	n° casi			
					tasso			
	11,31		12,77	10,99	grzezzo			
	10,76		12,65	9,55	tasso std EU			
	0,54		0,97	0,78	errore std			
COLON	820		296	374	n° casi			
					tasso			
	22,61		21,48	26,02	grzezzo			
	21,87		21,64	23,15	tasso std EU			
	0,78		1,28	1,23	errore std			
RETTO	425		162	178	n° casi			
					tasso			
	11,72		11,75	12,39	grzezzo			
	11,49		11,29	11,81	tasso std EU			

	0.57	0.00	0.00	errore std
FEGATO	0,57 <b>664</b>	0,90	306	
FEGATO	004	247	306	n° casi tasso
	18,31	17,92	21,29	grzezzo
	17,40	17,55	18,55	tasso std EU
VIE DILIADI	0,69	1,13	1,09	errore std
VIE BILIARI	269	110	100	n° casi tasso
	7,42	7,98	6,96	grzezzo
	7,06	7,84	5,97	tasso std EU
	· ·			errore std
LARINGE	0,44	0,76	0,62	
LARINGE	46	21	18	n° casi tasso
	1,27	1,52	1,25	grzezzo
	1,34	1,71	1,22	tasso std EU
				errore std
POLMONE	0,20 546	0,38 225	234	n° casi
FOLINIONE	540	225	254	tasso
	15,06	16,32	16,28	grzezzo
	15,06	16,34	15,67	tasso std EU
	0,66	1,11	1,04	errore std
ESOFAGO	41	16	1,04	n° casi
_55.7.55	71	10	17	tasso
	1,13	1,16	1,32	grzezzo
	1,08	1,10	1,19	tasso std EU
	0,17	0,28	0,28	errore std
PANCREAS	240	88	110	n° casi
				tasso
	6,62	6,38	7,65	grzezzo
	6,29	6,19	6,77	tasso std EU
	0,41	0,67	0,66	errore std
MESOTELIOMA	34	19	11	n° casi
				tasso
	0,94	1,38	0,77	grzezzo
	0,92	1,35	0,76	tasso std EU
	0,16	0,32	0,23	errore std
RENE e VIE URINARIE	240	98	94	n° casi
				tasso
	6,62	7,11	6,54	grzezzo
	6,69	7,18	6,34	tasso std EU
	0,44	0,74	0,67	errore std
VESCICA MALIGNA	173	69	74	n° casi
				tasso
	4,77	5,01	5,15	grzezzo
	4,47	4,83	4,36	tasso std EU
	0,35	0,59	0,52	errore std
VESCICA INCERTA/INSITU	216	71	101	n° casi
	5.00	5.45	7.00	tasso
	5,96	5,15	7,03	grzezzo
	5,98	5,26	6,80	tasso std EU
	0,41	0,63	0,69	errore std
SIST.NERVOSO	239	101	95	n° casi
	6.50	7.22	6.61	tasso
	6,59	7,33	6,61	grzezzo
	6,74	7,55	6,40	tasso std EU
TIROIDE	0,44	0,76	0,67	errore std
TIROIDE	515	183	245	n° casi
	14,20	13,28	17,05	tasso grzezzo
	14,20	13,20	16,46	tasso std EU
	14,01	15,40	10,40	10330 SIU EU

	0,62	0,99	1,06	errore std
LINFOMA DI HODGKIN	114	42	52	n° casi
	2.14	2.05	2.62	tasso
	3,14	3,05	3,62	grzezzo
	2,99	2,90	3,46	tasso std EU
	0,28	0,45	0,48	errore std
LINFOMA NON HODGKIN	496	198	200	n° casi
	12.60	14.27	12.02	tasso
	13,68	14,37	13,92	grzezzo
	13,43	14,39	12,57	tasso std EU
	0,61	1,04	0,91	errore std
MIELOMA	161	56	78	n° casi
	4.44	4.00	5.42	tasso
	4,44	4,06	5,43	grzezzo
	4,42	4,10	4,99	tasso std EU
	0,35	0,56	0,58	errore std
LEUCEMIE	299	127	116	n° casi
		0.04	0.07	tasso
	8,25	9,21	8,07	grzezzo
	8,15	9,16	7,88	tasso std EU
	0,48	0,83	0,75	errore std
MAMMELLA	3181	1219	1398	n° casi
	07.74	00.44	07.00	tasso
	87,72	88,44	97,28	grzezzo
	90,35	93,00	94,20	tasso std EU
	1,62	2,70	2,56	errore std
ALTRI GENITALI FEMMINILI	125	38	60	n° casi
				tasso
	3,45	2,76	4,17	grzezzo
	3,28	2,71	3,62	tasso std EU
	0,30	0,45	0,48	errore std
CERVICE UTERINA	225	83	82	n° casi
	< 20	( 00	5.51	tasso
	6,20	6,02	5,71	grzezzo
	6,37	6,36	5,41	tasso std EU
	0,43	0,71	0,61	errore std
UTERO CORPO	542	202	237	n° casi
	14.05	14.66	16.40	tasso
	14,95	14,66	16,49	grzezzo
	15,48	15,20	16,50	tasso std EU
	0,67	1,09	1,09	errore std
OVAIO	363	136	137	n° casi
	10.01	0.07	0.53	tasso
	10,01	9,87	9,53	grzezzo
	10,23	10,11	9,22	tasso std EU
OOL ON DETTO	0,54	0,88	0,80	errore std
COLON-RETTO	1245	458	552	n° casi
	24.22	22.22	20 41	tasso
	34,33	33,23	38,41	grzezzo
	33,36	32,93	34,96	tasso std EU
MEL ANOMA	0,96	1,56	1,53	errore std
MELANOMA	194	73	83	n° casi
	5,35	5 30	5,78	tasso
		5,30		grzezzo
	5,34	5,46	5,60	tasso std EU
CUTE NON MELANOMA	0,39	0,65	0,62	errore std
CUTE NON MELANOMA	916	336	463	n° casi
	25,26	24,38	32,22	tasso
				grzezzo tasso std EU
	24,18	23,91	28,81	เลออบ อเน EU

	0,81	1,33	1,37	errore std
MAL DEFINITE E METASTASI	370	161	131	n° casi
				tasso
	10,20	11,68	9,12	grzezzo
	9,44	10,96	7,75	tasso std EU
	0,50	0,88	0,70	errore std
TOTALE TUMORI	12326	4747	5324	n° casi
				tasso
	339,92	344,42	370,46	grzezzo
	337,35	347,87	346,03	tasso std EU
	3,09	5,13	4,84	errore std
TOTALE TUMORI ESCLUSO	11410	4411	4861	n° casi
				tasso
CUTE NON MELANOMA	314,66	320,04	338,24	grzezzo
	313,17	323,96	317,22	tasso std EU
	2,98	4,95	4,65	errore std
TOTALE TUMORI ESCLUSO	11194	4340	4760	n° casi
				tasso
CUTE NON MELANOMI E	308,70	314,89	331,21	grzezzo
VESCICA COMP. INCERTO E IN SITU	307,19	318,70	310,42	tasso std EU
	2,95	4,91	4,59	errore std