



1° RAPPORTO SUI DATI DEL REGISTRO TUMORI

REGIONE MOLISE – ANNI 2010-2013

A cura di: Claudia SPINA, Maria Antonietta VIGLIONE, Francesco Angelo CARROZZA

luglio 2021

Indice

Prefazione Presidente regione

A - Introduzione

1. Registro Tumori Molise : Presentazione
2. Aspetti normativi regionali
3. Strutture di cura in Oncologia nella Regione Molise
4. Screening Oncologici
5. Registro di Mortalità
6. Registro dei Mesoteliomi
7. Fonte della popolazione
8. Struttura e Metodi del registro
 - 8.1. Obiettivi del Registro Tumori
 - 8.2. Metodi del Registro e flussi informativi
 - 8.3. Criticità

B – Presentazione dei Dati

C. Conclusioni

PREFAZIONE presidente Regione

È grande la soddisfazione con la quale accogliamo la presentazione di questo primo Rapporto sui dati del Registro Tumori, relativo al periodo 2010-2013, circostanza che ci dà la possibilità di entrare nel novero dei Registri attivi e di avere un quadro più chiaro e definito della situazione nella nostra regione.

Nonostante il ritardo accumulato – il Rapporto doveva essere concluso entro il 2017 - e con la pandemia in corso, negli ultimi due anni è stato dato un grosso impulso. Un'accelerazione decisiva che permette oggi di avere a nostra disposizione dati concreti, chiari, analizzabili. Inoltre, sono già state avviate anche le attività di raccolta ed elaborazione del successivo quadriennio 2014-2017, così da metterci al passo e avere un quadro sempre più rispondente alla realtà attuale.

Quello di oggi non è un punto di arrivo, bensì un punto di partenza. Occorre rafforzare la struttura del Registro, anche per adeguarci alla normativa nazionale della Legge n. 29 del marzo 2019 (Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione), che fa rientrare, di fatto, i Registri Tumori nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Attendiamo fiduciosi l'accREDITAMENTO da parte dell'Associazione Italiana Registri Tumori, che ci consentirà di compiere quel salto di qualità in grado di certificare l'accuratezza e la rispondenza dei dati.

Il Registro raccoglie i casi di tumori della popolazione residente in Molise. Consente di realizzare attività di *targeting* epidemiologico e di stratificazione delle patologie oncologiche sull'intero territorio regionale. È uno strumento sistematico e rigoroso, che permette di costituire e gestire sistematicamente un database di tutti i nuovi casi di tumore diagnosticati, fino a geolocalizzare i dati relativi alle malattie tumorali di tutti i residenti della regione Molise.

È, pertanto, una fonte importantissima per il Servizio Sanitario Regionale, per l'adeguata programmazione dei servizi, per le attività di ricerca, ma anche per gli interventi di prevenzione e per la valutazione della qualità e dell'appropriatezza delle cure.

Un sentito ringraziamento al pool intersettoriale di esperti che ha lavorato alla realizzazione del Rapporto, grazie al quale abbiamo raggiunto un risultato ragguardevole che ci pone fra quelle regioni virtuose del Paese che hanno attivato il Registro.

Donato Toma

Presidente Regione Molise

A. Introduzione

Con questo primo rapporto sui dati del Registro Tumori della Regione Molise finalmente si raggiunge il traguardo di fornire una iniziale, ma importante informazione, sulla incidenza dei tumori nella nostra Regione.

Molte sono state, negli anni precedenti, le aspettative su questo rilevante strumento di conoscenza che ha visto una gestazione travagliata, iniziata nei primi anni 2000, sotto la spinta delle strutture di Oncologia allora operanti sul territorio, in particolare l'UO dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso, ma anche con gli impulsi che arrivavano dal mondo dell'associazionismo impegnato nel settore socio-sanitario.

All'inizio del secondo decennio di questo secolo si concretizzava l'idea di unificare in un unicum l'operatività di tre strutture cardine della produzione dei dati in oncologia: il Registro di Incidenza di popolazione, il Registro di Mortalità ed il COR-Mesotelioma; tutti dovevano rispondere alla necessità di registrare i dati della popolazione dell'intera regione ed evitare inutili dispersioni di risorse umane, tecnologiche, economiche ecc. e che comunque non avrebbero mai risposto alle esigenze di una moderna visione epidemiologica della produzione dei dati in un settore così delicato; inoltre con la nascita del COR-Mesotelioma finalmente ci si allineava sia agli obblighi di leggi nazionali sia a disposizioni europee.

Al momento i dati prodotti da questa struttura non sono stati ancora accreditati per problematiche insorte nell'ultimo anno in ambito AIRtum che hanno visto il blocco delle attività anche della Commissione Accreditamento, ma questo obiettivo sarà il primo passaggio appena le condizioni lo consentiranno.

Come già accaduto in altre parti d'Italia, altro obiettivo sarà quello di strutturare una UO con personale dedicato, che potrà operare in una stretta connessione con le strutture sanitarie oncologiche della regione ma anche con l'Anatomia Patologica unica regionale e le altre fonti di dati.

E' già abbozzato un cronoprogramma di massima per operare sui due quadrienni successivi (2014-2017 e 2018-2021) per irrobustire la struttura dei dati ottenuti, consentire la valutazione di eventuali trend articolati negli anni e permettere una migliore confrontabilità statistica con i dati nazionali.

Difficilmente ci si potrà rendere conto delle enormi difficoltà che si sono dovute affrontare per raggiungere gli obiettivi prefissati: una per tutte l'elevata mobilità passiva extraregionale che ha reso molto difficile il recupero di informazioni di qualità, proprie di un registro tumori. La sfida sarebbe stata verosimilmente vana se non ci fosse stato il prezioso contributo di Ivan Rashid che oltre ad essere di supporto nella gestione della piattaforma software (CRTOOL) da lui creata e utilizzata dalla gran parte dei registri italiani, si è reso disponibile ad affiancarci in tutti questi anni e ad intercedere con le altre realtà nazionali per recuperare gran parte dei dati di mobilità. Altro ostacolo particolarmente importante si è rivelata la collaborazione con le strutture sanitarie regionali convenzionate che hanno faticato a comprendere adeguatamente l'importanza di una costante collaborazione con il registro per fornire i dati in loro possesso, in particolare i dati di Anatomia Patologica che con le SDO costituiscono l'evidenza più importante nella conferma dei casi. Infine le problematiche del RENCAM, registro di mortalità, che solo negli ultimi anni sta cominciando a strutturarsi adeguatamente e che riteniamo in futuro fonte preziosissima di supporto.

La condivisione delle conoscenze acquisite, la comunicazione dei risultati ottenuti, oltre alla consapevolezza dei processi alla base dei risultati può solo renderci più lieve il compito arduo che in ogni caso ci attende: amministratori, politici, oncologi, operatori dei registri, medici di base, siamo chiamati tutti alla sfida di stabilizzare e consolidare i risultati sin qui ottenuti, portare in tempi rapidi all'accreditamento del registro e rendere un importante e dovuto servizio alla nostra comunità.

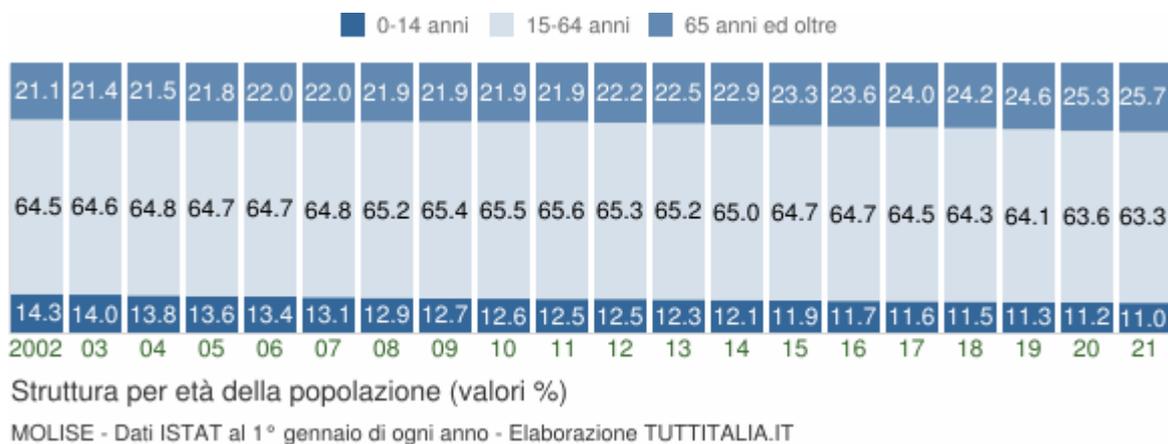
*Il Responsabile Scientifico del Registro Tumori Molise
Francesco Angelo Carrozza*

1. Presentazione

La Regione Molise è l'ultima nata tra le regioni italiane essendosi costituita nel 1963 dopo il distacco dalla regione Abruzzo. Attualmente è costituita dalle provincie di Campobasso e Isernia; il capoluogo di regione è Campobasso. Dopo la Valle d'Aosta è la regione meno estesa e meno popolata con una superficie di 4.438 km² ed una popolazione di 313.660 abitanti registrata al censimento del 21/10/2011 ed una densità abitativa di 70.68 abitanti/km².

Negli ultimi anni la popolazione è nettamente in calo avendo perso oltre 15.000 residenti al 31 dicembre 2020.

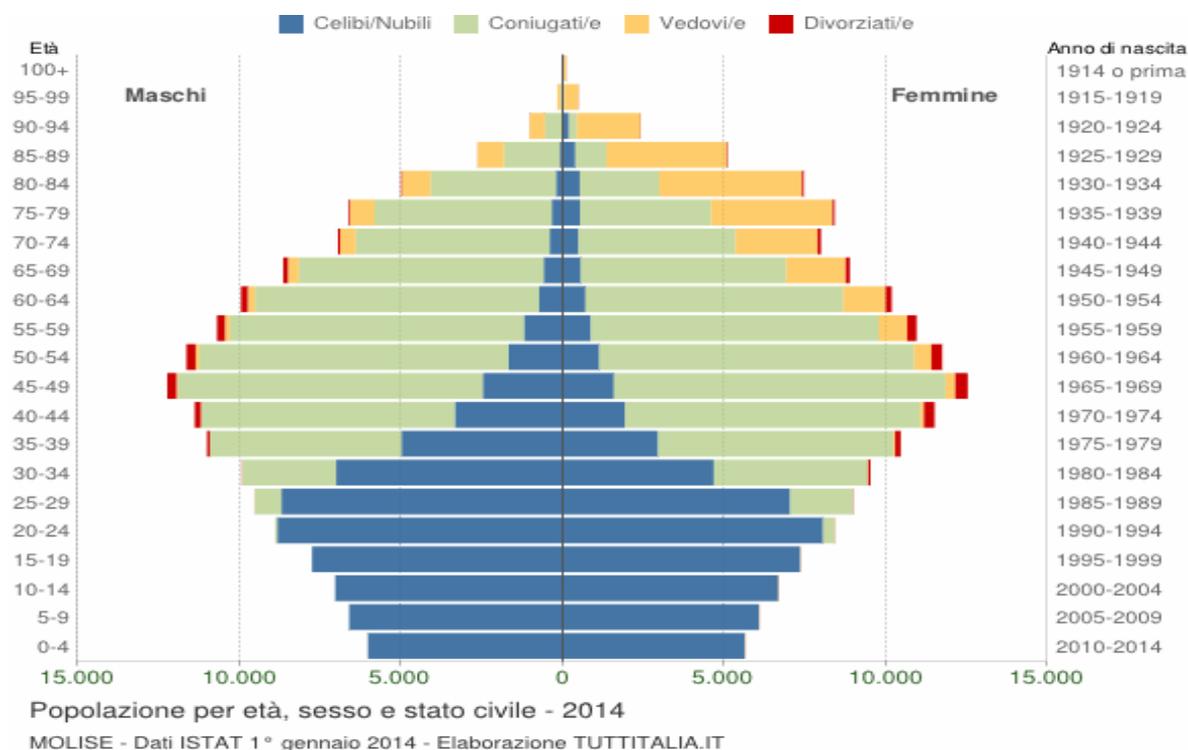
La popolazione è più anziana della media italiana poiché, al 2013, a superare i 65 anni è ben il 22.5% del totale, i cittadini fra i 15-64 anni sono il 65.2% mentre la fascia di età da 0-14 anni è rappresentata solo da un 12.3% (Tab. 1).



Tab. 1 – Struttura della popolazione per età.

Il tasso di natalità è piuttosto basso (7.2 x 1000 abitanti), non compensato dalla immigrazione dall'estero (al 1° gennaio 2014 gli stranieri residenti in Molise erano 10.268 rappresentando il 3.3% dei residenti totali prevalentemente provenienti dalla Romania, dal Marocco e dall'Albania).

Una struttura di popolazione così caratterizzata viene definita di *tipo regressivo* (tab. 2); lo studio di tali rapporti è estremamente importante per l'impatto che ha sul sistema sociale, su quello lavorativo, su quello sanitario.



Tab. 2 – Piramide delle età

Se si esclude il capoluogo di regione e poche altre cittadine che superano i 10.000 abitanti, oltre il 60% della popolazione vive in paesi di un migliaio di abitanti o anche meno.

Le attività tradizionali, agricoltura e pastorizia, assorbono ancora il 18% della forza lavoro, più del doppio della media nazionale. L'attività terziaria prevale sul restante delle attività produttive; l'industrializzazione, avviata negli anni settanta, ha il suo punto di forza nell'area di Termoli dove sono presenti aziende del settore metalmeccanico e chimico. Altre aree importanti sono a Venafro, Bojano, Campobasso.

Edilizia, artigianato, manifatturiero, turismo, silvicoltura e pesca sono le altre attività prevalenti in questa regione. Particolarmente elevato il tasso di disoccupazione che nel 2012 è stato di circa il 13% e che per la popolazione giovanile (15-24 anni) è stato intorno al 30%.

Il Registro Tumori della Regione Molise copre la popolazione dell'intera regione.

2. Principali Aspetti normativi regionali e nazionali

- Con DGR n. 297/2012 la Regione Molise dava *“indicazioni operative per l’attivazione del Registro Tumori di Popolazione della Regione Molise, del Registro Unico di Mortalità e del Registro dei Mesoteliomi”* e affidava alla ASReM il mandato di attuare le disposizioni della DGR stessa. Il SSR finanzia il Registro Tumori; inizialmente il personale fu individuato nell’ambito delle risorse umane della ASReM.
- Il 12/10/2012 con Provvedimento n. 1109 del D.G. della ASReM e successivo provvedimento n. 50 del 14/01/2013 si disponeva per le nomine dei responsabili.
- Con DCA n. 40 del 29/08/2013 la Direzione Generale per la Salute predispondeva un iniziale finanziamento delle attività del Registro Tumori.
- Con la Legge Regionale n. 14 del 6 ottobre 2017: *“Istituzione dei registri di patologia di rilevante interesse sanitario e di particolare complessità”* la regione Molise promulga la legge regionale di istituzione dei registri tumori definendone i contenuti, l’organizzazione e gestione, il monitoraggio ecc.
- Il 22 marzo 2019 viene promulgata la legge n. 29 di *“Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione”*. L’art. 5 di tale legge sancisce che *“l’obbligo di raccolta e di conferimento dei dati e di produzione dei flussi rappresenta un adempimento ai fini della verifica dell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza”* e ne costituisce un LEA.

3. Strutture di cura in Oncologia nella Regione Molise

Nella Regione Molise è operativa una sola azienda sanitaria, la ASReM, operante su 3 Distretti Sanitari di Base. All’inizio dell’attività del registro, nel 2014, erano attivi 6 ospedali pubblici (con 3 anatomie patologiche negli ospedali principali) e 4 strutture private. In regione esistevano due UOC di Oncologia Medica per pazienti oncologici ed ematologici, con strutture di degenza, D.H. e ambulatori presso gli Ospedali di Campobasso e Isernia, una rete per le cure palliative territoriali (ADO), un Hospice (a Larino) e una UO di Radioterapia, un D.H. di Oncologia ed una UO di Oncoematologia presso la Fondazione Giovanni Paolo II di Campobasso. L’IRCCS Neuromed è una istituzione vocata per le neuroscienze.

4. Screening Oncologici

Dal 2001/2002 nella regione Molise sono stati avviati i programmi di screening per la Neoplasia della Mammella e per quella della Cervice Uterina; dal 2009/10 è stato attivato anche lo screening per la neoplasia del colon retto. L’attivazione del registro tumori consentirà di valutare più

adeguatamente l'incidenza e la sopravvivenza di queste neoplasie e valutare l'impatto sociale degli screening.

5. Registro di Mortalità

La DGR n. 297/2012 oltre al Registro di popolazione attivava anche Il Registro Nominativo delle Cause di Morte (Re.N.Ca.M.); con provvedimento del D.G. ASReM n.129 del 2/12/2014 venivano accorpati i quattro registri (Zona di Agnone, Isernia-Venafro, Campobasso e Larino-Termoli) in un'unica struttura che valuta i certificati di morte della popolazione dell'intera regione e collega queste informazioni ai dati ISTAT e agli archivi di registrazione comunali; ne nominava il responsabile e individuava i componenti del gruppo di lavoro, tutti operanti nell'ambito del Dipartimento Unico di Prevenzione ASReM.

6. Registro dei Mesoteliomi

Sempre con la DGR n. 297/2012 veniva attivato il Re.Na.M – Registro dei Mesoteliomi che copriva un importante gap informativo per questa specifica patologia neoplastica, atto obbligatorio ai fini del DL 15 agosto 1991 n. 277, ed in ottemperanza del DPCM 10 dicembre 2002 n. 308 la Regione Molise promulgava la DGR n. 571 del 03 novembre 2013 per cui veniva attivato il registro COR-ReNaM affidato alla UOC di Oncologia dell'Ospedale A. Cardarelli di Campobasso e veniva nominato il responsabile. Il ReNaM viene regolarmente aggiornato, per quanto nella nostra realtà regionale il peso di tale patologia sia piuttosto ridotto.

7. Fonte della popolazione

Verranno utilizzati i dati stimati al 1° gennaio di ogni anno estrapolati dalla recente ""ricostruzione della popolazione residente 2002-2018", elaborata dall'ISTAT.

8. Struttura e metodi del Registro

I Registri Tumori sono istituzioni specifiche aventi il compito di raccogliere i dati relativi alle patologie neoplastiche di un dato territorio con lo scopo di effettuare analisi epidemiologiche e con l'obiettivo di definirne l'incidenza, la prevalenza e la mortalità e studiarne lo sviluppo in uno specifico ambito territoriale.

Tale funzione deve consentire i confronti con il quadro nazionale e geografico di riferimento, nonché la valutazione analitica per eventuali approfondimenti in specifici ambiti di patologia neoplastica.

Infine possono costituire riferimento per la programmazione sanitaria, la valutazione dell'efficacia, l'efficienza e l'adeguatezza dei servizi forniti.

Da un punto di vista terminologico i RT possono essere suddivisi in :

- RT di tipo ospedaliero, se l'ambito di raccolta dei dati è relativo ai soli pazienti ricoverati in una determinata struttura ospedaliera
- RT di popolazione, quando l'ambito di raccolta dei dati è rappresentato dall'intera popolazione residente in una determinata area geografica

Una ulteriore suddivisione tra i RT di popolazione può essere fatta tra:

- RT specializzati, che raccolgono informazioni su base di popolazione di un gruppo limitato di neoplasie (il Registro dei Mesoteliomi ne è un esempio) o di popolazione (es. il Registro dei Tumori Infantili)
- RT generali, se vengono raccolte informazioni in modo completo ed esaustivo sulla totalità delle neoplasie e della popolazione di riferimento.

Il Registro Tumori della Regione Molise è un registro generale di popolazione, centralizzato, che raccoglie i casi di tumori della popolazione adulta ed infantile residenti in Regione.

Da un punto di vista organizzativo è ancora un organismo in via di strutturazione, operativo nell'ambito della ASReM, al momento con personale non completamente dedicato.

8.1. Obiettivi del Registro Tumori

Un Registro Tumori è un potente strumento epidemiologico mediante il quale si intende ottenere il massimo di dati disponibili sulle malattie neoplastiche che sopravvivono in una popolazione ben definita, valutarne i rapporti con le condizioni ambientali, climatiche, stili di vita, alimentari, e lavorative al fine di procedere a studi medici, epidemiologici, con le risorse e le attrezzature di una moderna organizzazione sanitaria. Un Registro Tumori consentirà quindi di valutare l'incidenza delle singole malattie neoplastiche, la prevalenza, il successo delle terapie messe in atto nelle istituzioni sanitarie del territorio studiato e consentirà di progettare gli interventi di sanità pubblica ai fini della prevenzione, della programmazione dei servizi di diagnosi e cura sul territorio. Il funzionamento del Registro prevede il collegamento di informazioni individuali provenienti da fonti diverse fornendo una sintesi ragionata sui dati di malattia e sui suoi determinanti. Mediante queste informazioni è possibile caratterizzare il tipo di neoplasia, i dati di insorgenza, il rischio di tumore della popolazione oggetto dell'osservazione o di suoi particolari sottogruppi al fine di ricavarne ipotesi per la ricerca delle cause e per la valutazione degli interventi.

Pertanto gli obiettivi principali sono di due ordini:

- **Obiettivi generali**
 - Il monitoraggio delle patologie oncologiche
 - Lo studio dei fenomeni connessi alle loro cause
- **Obiettivi specifici**
 - Programmazione degli interventi di prevenzione primaria (per la rimozione delle cause ambientali, di lavoro, stili di vita ecc.)
 - Valutazione dell'efficacia della prevenzione primaria (campagne d'informazione,, corsi formativi, organizzazione dei servizi sanitari ecc.) e della prevenzione secondaria (anticipazione diagnostica in particolare negli screening di mammella, cervice uterina e colon retto) per aumentare la sopravvivenza e la qualità di vita del paziente oncologico
 - Migliorare la qualità degli interventi diagnostici e terapeutici, fornendo dati sulla sopravvivenza in rapporto allo stadio di malattia
 - Fornire dati per migliorare e razionalizzare l'accesso alle strutture ospedaliere e del territorio in rapporto ai bisogni emergenti
 - Esaltare il rapporto costi/benefici, razionalizzando la spesa sanitaria e riducendo gli sprechi, per risparmiare risorse che permetteranno poi di intervenire in maniera più mirata.

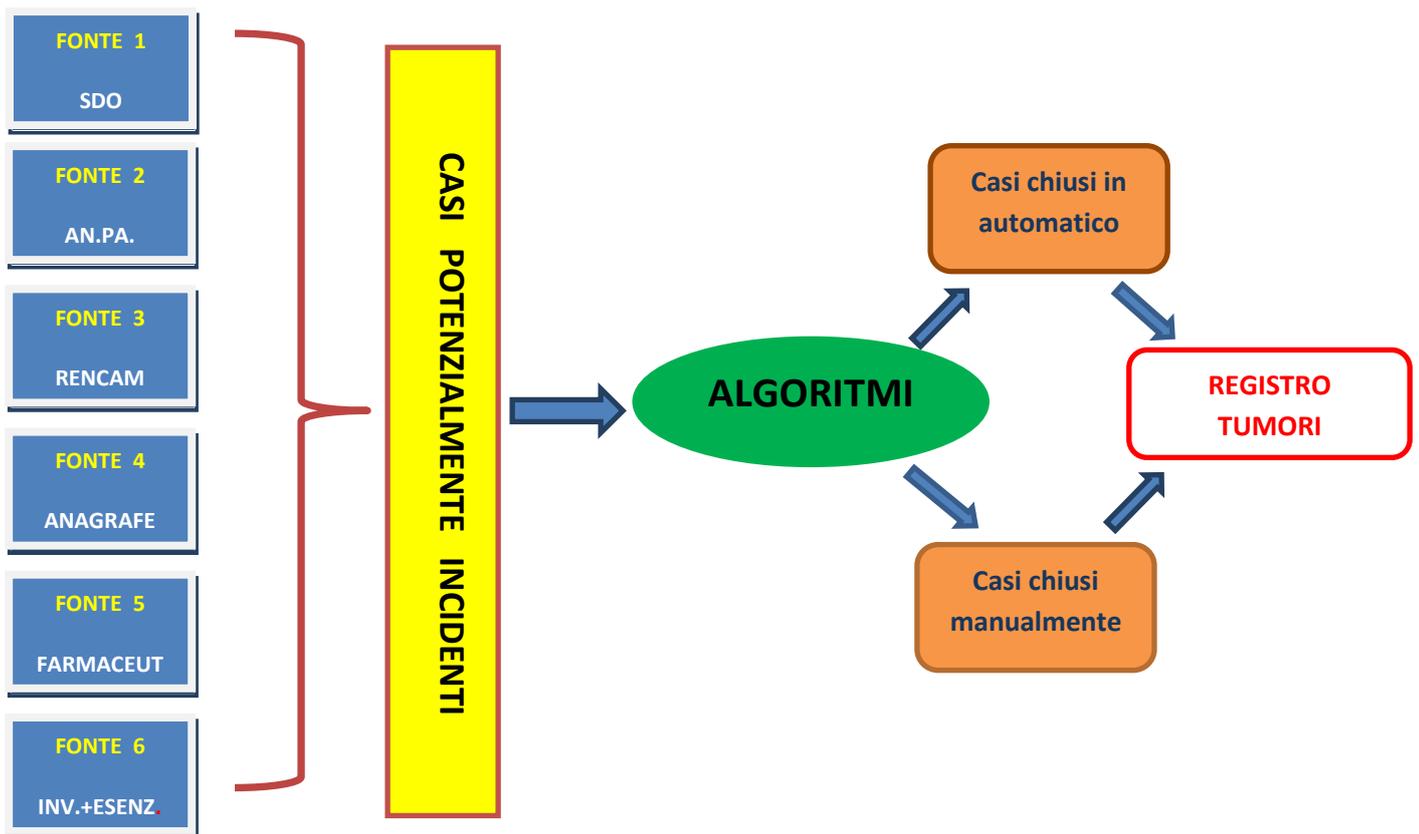
8.2. Metodi del Registro e flussi informativi

Sin dalla sua nascita il Registro si è dotato di un sistema software di gestione, alimentato da numerose fonti di dati: il Sistema Informativo Ospedaliero (SDO), il Registro Nominativo della Mortalità per Causa (ReNCaM, e dove carente, con il supporto ISTAT), l'Anagrafe Sanitaria Regionale, i referti delle Anatomie Patologiche, i dati del Sistema Informativo Farmaceutico, le certificazioni di invalidità e di esenzioni.

Il software in uso (CRTOOL) utilizza i dati (dopo averne analizzate le omonimie, le doppie registrazioni ecc.) e identifica i casi attraverso algoritmi sede-specifici, in grado di registrare in automatico i casi di cui si disponga di informazioni sufficienti dai sistemi informativi utilizzati, e si rinvia a registrazione manuale gli altri casi.

Nella successiva fase di controllo vengono rivalutati anche i casi chiusi in automatico.

Le fonti utilizzate per il recupero dei casi sono state :



Le informazioni relative ai casi eleggibili (ovvero i residenti in Regione) sono state estratte dalle cartelle cliniche degli ospedali pubblici e delle strutture private convenzionate della regione; altre

fonti di dati sono i database degli screening (per mammella, cervice uterina e colon-retto), le richieste di rimborso per i pazienti curati fuori dalla regione, altri registri tumori, referti autoptici ecc.

Per i casi di tumori non definito, con sede primitiva sconosciuta, con scheda di dimissione ospedaliera o certificato di morte come unica fonte o quando non sono reperibili altre informazioni si procede contattando il medico di famiglia o con il ricontrollo delle fonti.

8.3. Criticità

Nella nostra circostanza le problematiche più importanti che abbiamo riscontrate sono state essenzialmente:

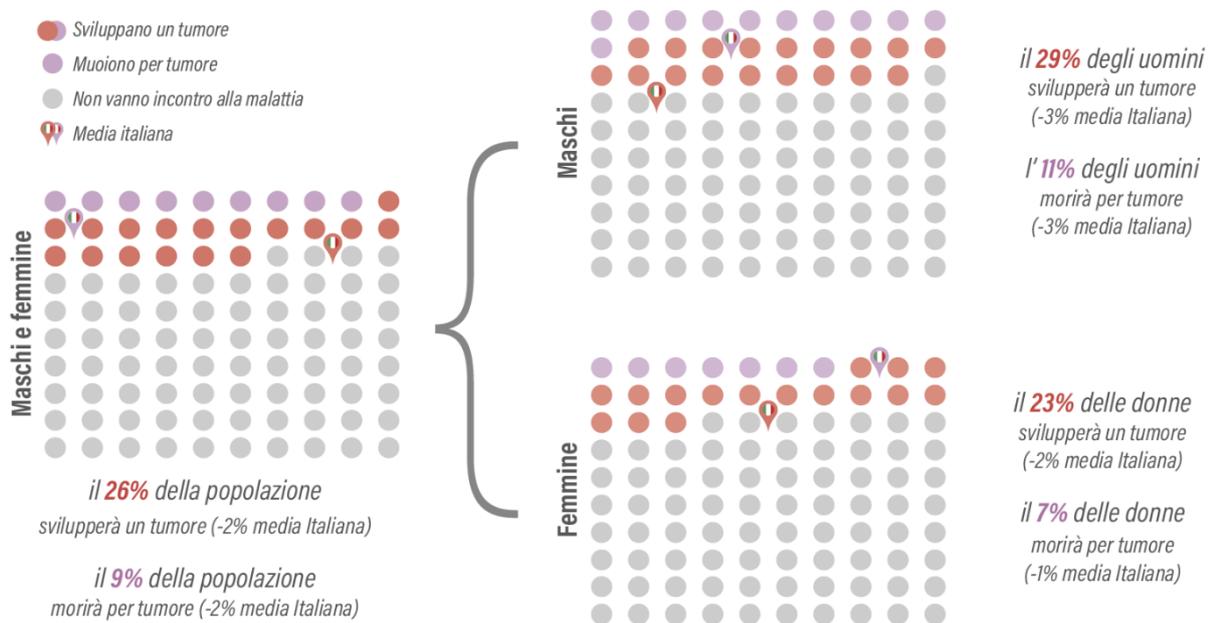
- la mancata strutturazione del registro che non ha consentito di operare con personale, anche parzialmente dedicato
- problematiche legate al finanziamento delle attività, determinate da tematiche inerenti la contingenza della permanenza in piano di rientro con tutto quello che ciò può significare e che hanno condizionato anche la strutturazione di una UO con personale dedicato
- la mancanza di un “*mandato forte*” ha condizionato il recupero di alcuni dati, in particolare i referti di anatomia patologica, dalle strutture private convenzionate
- il complicato recupero delle cartelle di pazienti che hanno effettuato il loro percorso di cura in istituzioni extraregionali
- una verosimile e mal compresa gestione della privacy, anche tra organi con identico mandato (es. difficoltà al recupero dei dati di mortalità dal ReNCaM)

B. PRESENTAZIONE DEI DATI (*)

(*) I dati presentati in questa sezione non sono stati ancora validati da AIRTuM per l'attuale sospensione delle attività della Commissione Accreditamento.

Casi e rischio di ammalarsi. Nella popolazione residente in Regione Molise vengono diagnosticati, ogni anno, in media, 1759 tumori maligni. Si stima che, con questi dati, in Regione Molise quasi un uomo su tre (29%) e una donna su quattro (23%) svilupperà la malattia del corso della vita. [Figura 1.1](#)

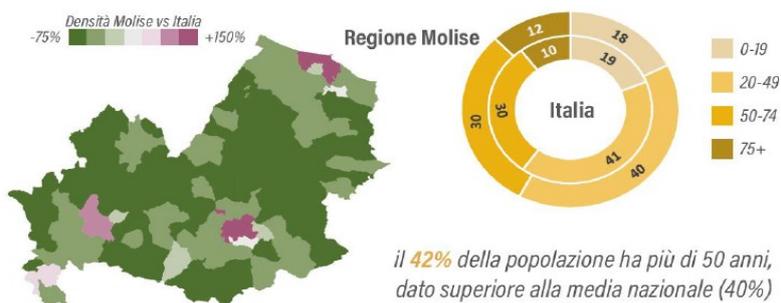
Figura 1.1 Stima della percentuale (%) di persone che svilupperanno un tumore nel corso della vita e che moriranno di tumore in Regione Molise



Mortalità e rischio di morire di tumore. I dati di mortalità ci dicono che, ogni anno, in Regione Molise muoiono a causa di un tumore, mediamente 823 persone. Il rischio di morire per tumore riguarda, in Regione Molise, un uomo su NOVE (11%) e una donna su quattordici (7%). [Figura 1.1](#)

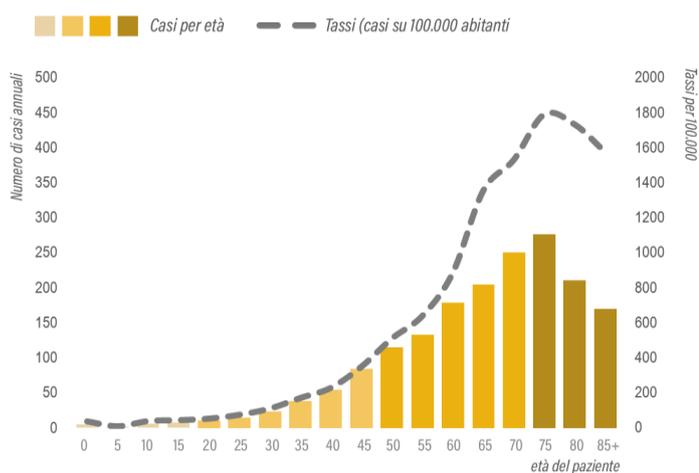
Assetto demografico. La popolazione residente nel Molise è mediamente più anziana rispetto alla media italiana. Il Molise è caratterizzato da bassa densità abitativa, ad eccezione dei comuni di Campobasso, Termoli, Isernia e Venafro. [Figura 1.2](#)

Figura 1.2 Dati demografici della Regione Molise, confronto con il dato italiano.



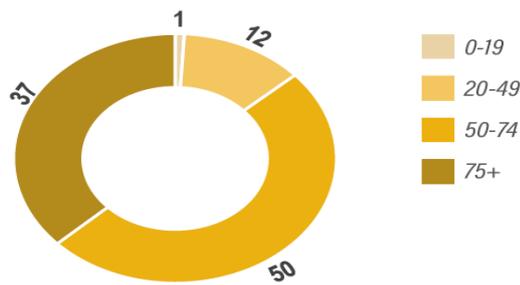
L'effetto dell'età del paziente. La diagnosi di tumore dipende dall'età: a partire dai 65 anni i tassi di incidenza superano il valore di 1 caso ogni 100 abitanti. Figura 1.3.

Figura 1.3 Casi e tassi medi annuali di tumore per età in Regione Molise.



Fortunatamente meno di 1 caso su 100 viene diagnosticato in età infantile o adolescenziale, mentre nell'87% dei casi la diagnosi avviene dopo i 50 anni. Il 37% dei pazienti al momento della diagnosi ha 75 anni ed oltre. Figura 1.4

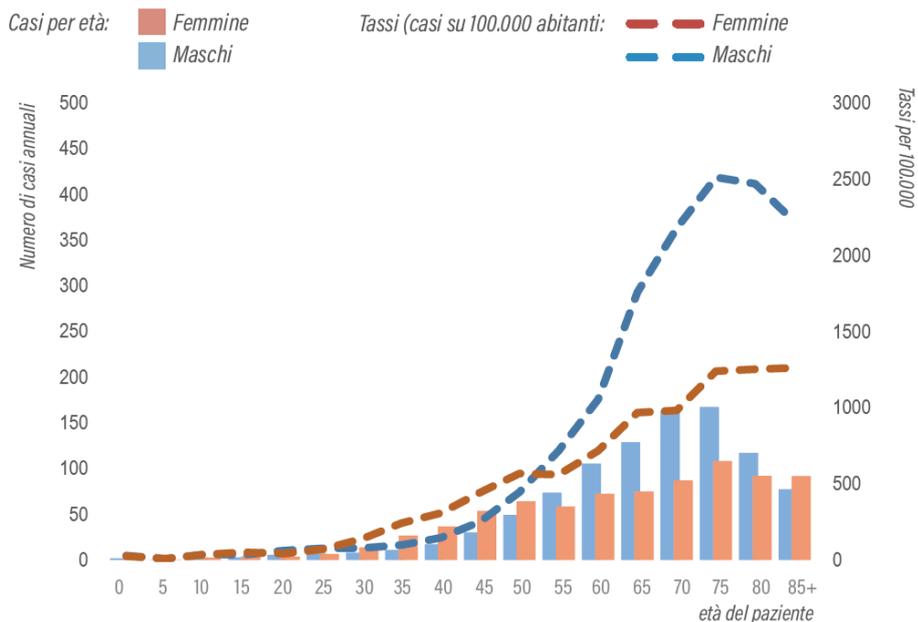
Figura 1.4 Percentuale (%) dei casi incidenti per età



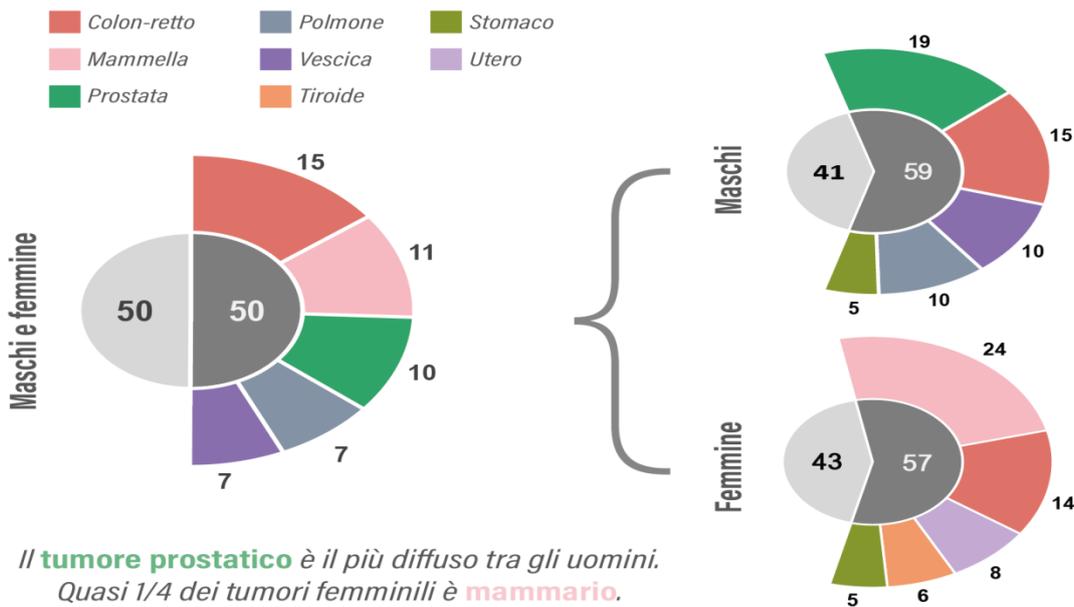
il 37% delle diagnosi riguarda >75enni.
Solo 1 caso su 8 è prima dei 50 anni

Maschi e femmine. Il genere è un altro fattore determinante: tra i 30 ed i 50 anni prevalgono i tumori femminili mentre, a partire dai 60 anni diventano preponderanti i tumori maschili. [Figura 1.5](#)

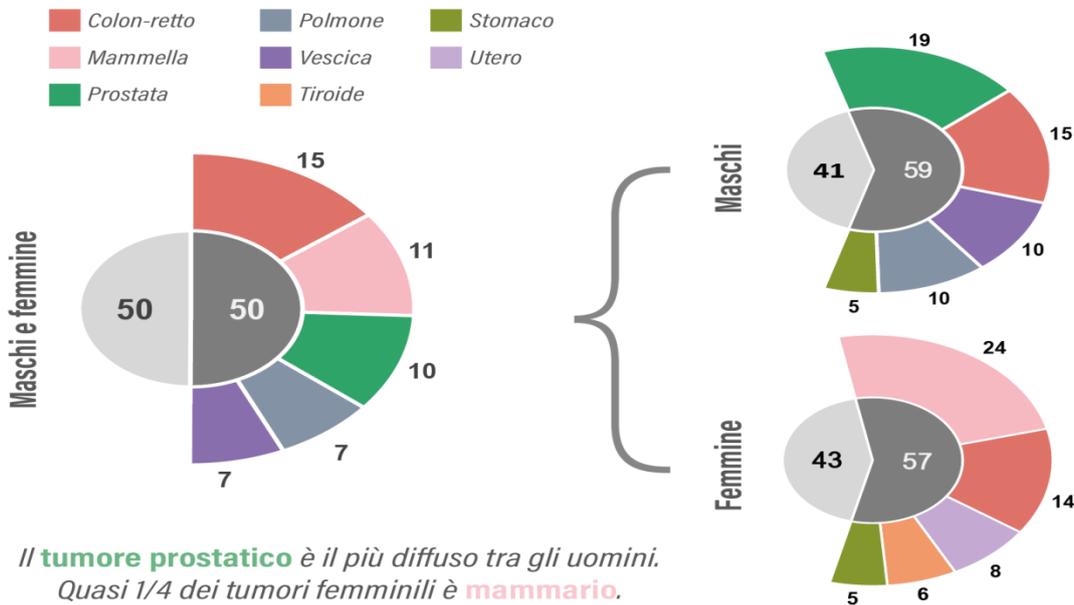
Figura 1.5 Casi e tassi medi annuali di tumore per età e genere.



I 5 tumori più frequenti. I cinque tumori più frequentemente diagnosticati sono quelli del colon-retto (15% del totale), seguiti dai tumori della mammella, prostata, polmone e vescica: questi cinque tumori rappresentano oltre la metà di tutti i tumori diagnosticati in Regione Molise. [Figura 1.6](#)

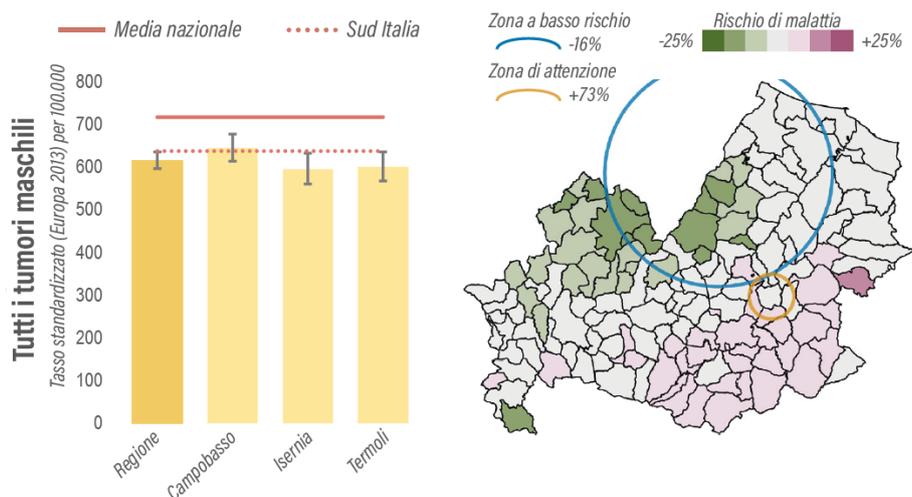


Tuttavia i cinque tumori più frequenti per genere sono profondamente diversi: tra gli uomini prevale il tumore della prostata (19%), seguito dai tumori del colon-retto, vescica, polmone e dai tumori dello stomaco; tra le donne il primo tumore è di gran lunga quello mammario (24%), seguito da quello del colon-retto, dai tumori dell'utero, della tiroide, dell'utero e dai tumori dello stomaco. Figura 1.6



Confronti di incidenza nazionali. In generale, i tassi di incidenza riscontrati nei residenti in Regione Molise, sono di molto inferiori alla media nazionale, in modo significativo, sia tra i maschi, sia tra le femmine. I tassi sono in linea con quelli del Sud Italia. Figure 1.7-1.8

Figura 1.7 Tutti i tumori maschili. Confronti nazionali e regionali



I tassi maschili sono inferiori alla media italiana. L'Alto-Medio Sannio è associato a rischi di tumore più bassi della media regionale.

Confronti di incidenza per distretto. Per il totale dei tumori, si osserva una lieve maggiore incidenza nel distretto di Campobasso tra i maschi, non significativo. Per il totale dei tumori la divisione in distretti non individua aree a rischio differente. [Figure 1.7-1.8](#)

Le mappe per comune. I dati riportati con dettaglio di area consentono di identificare aggregati comunali a incidenza significativamente inferiore alla media, per il totale delle sedi corrispondente all'area dell'Alto-Medio Sannio. Tra le femmine si nota, come atteso, una maggiore incidenza intorno alla città di Campobasso, pur senza eccessi importanti. [Figure 1.7-1.8](#)

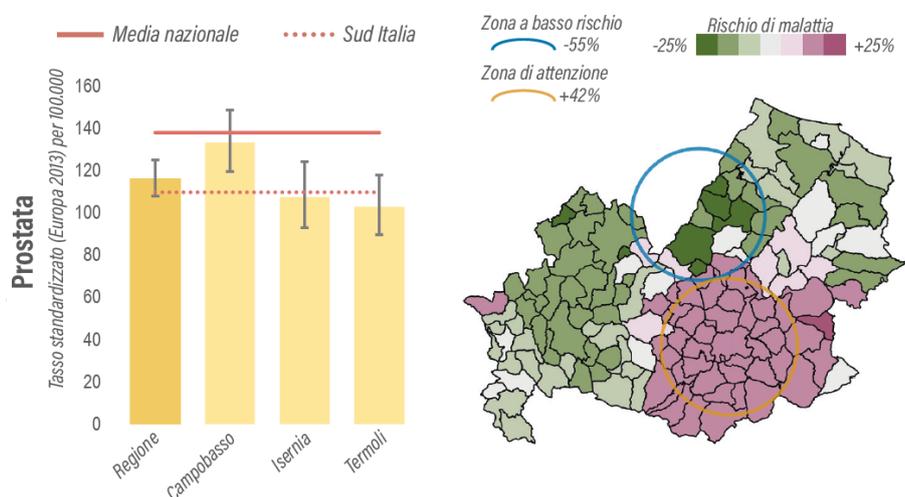
Dettaglio per neoplasia. Il totale dei tumori rappresenta un indicatore sintetico ma approssimativo, in quanto non consente di mostrare le dinamiche delle singole neoplasie.

Nell'ultimo decennio, **il tumore della prostata** è divenuta la neoplasia maligna più frequente nella popolazione maschile dei paesi occidentali verosimilmente per una maggiore potenzialità di diagnosi (dosaggio PSA, ecografie, biopsie eco guidate RMN ecc.) oltre ad un progressivo invecchiamento della popolazione come accade in Italia. Le cause di questa neoplasia non sono note. Possibili concause possono essere una certa familiarità, predisposizione genetica, influenza degli ormoni sessuali maschili, influenza dell'alimentazione (i grassi di origine animale sembra che abbiano un ruolo di accelerazione mentre a base di prodotti vegetali ricchi di vitamine e antiossidanti sembrano ridurre il rischio)

Per i tumori prostatici, che rappresentano i primi tumori nel genere maschile, si osservano tassi in linea con la media del Sud Italia e decisamente inferiori al dato medio nazionale. Fa eccezione il distretto di Campobasso, come mostrato sia dall'istogramma per distretto sanitario, sia dalla

mappa del rischio per comune, nel quale si osservano tassi sovrapponibili al dato nazionale.. Figura 1.9.

Figura 1.9 Neoplasie della prostata. Confronti nazionali e regionali

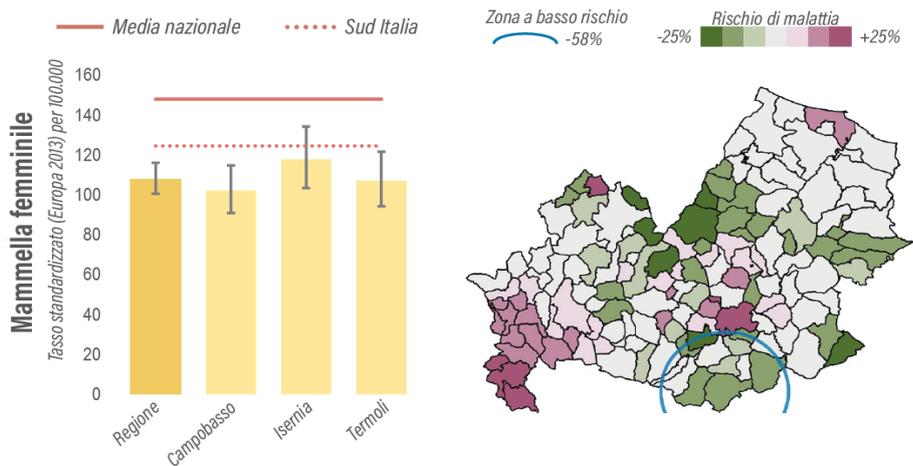


Nel distretto di Campobasso si osservano tassi più alti e compatibili con la media nazionale. La restante parte del territorio mostra tassi inferiori anche alla media del Sud Italia.

Il **carcinoma della mammella** è il tumore più frequentemente diagnosticato nelle donne in Italia. Tra i fattori di rischio: età, fattori riproduttivi, fattori ormonali, fattori dietetici e metabolici, pregressa radioterapia a livello toracico, precedenti displasie o neoplasie mammarie, familiarità ed ereditarietà. Grazie allo screening e alla maggior consapevolezza delle donne, la maggior parte dei tumori maligni mammari è diagnosticata in fase iniziale quando il trattamento chirurgico può essere più spesso conservativo e la terapia adottata più efficace, permettendo di ottenere sopravvivenze anche molto elevate. Alla chirurgia conservativa, lì dove utilizzabile si associa sempre un trattamento adiuvante che può essere di ormonoterapia, chemioterapia, radioterapia, terapia a bersaglio molecolare. Il trattamento è sempre personalizzato in funzione delle caratteristiche di malattia, fattori biologici, età della paziente, condivisione dei trattamenti.

Per le neoplasie della mammella, che nel genere femminile rappresentano il primo tumore, si evidenziano tassi medi molto ridotti, inferiori anche alla media del Sud Italia. Maggiore incidenza si osserva nel Distretto Socio Sanitario di Isernia e nel comune di Campobasso. I dati mostrano quindi, nel complesso, tassi per neoplasia mammaria decisamente inferiori alla media nazionale. Figura 1.10.

Figura 1.10 Neoplasie della mammella femminile. Confronti nazionali e regionali



*I tassi dei tumori mammari sono **notevolmente inferiori alla media italiana**.*

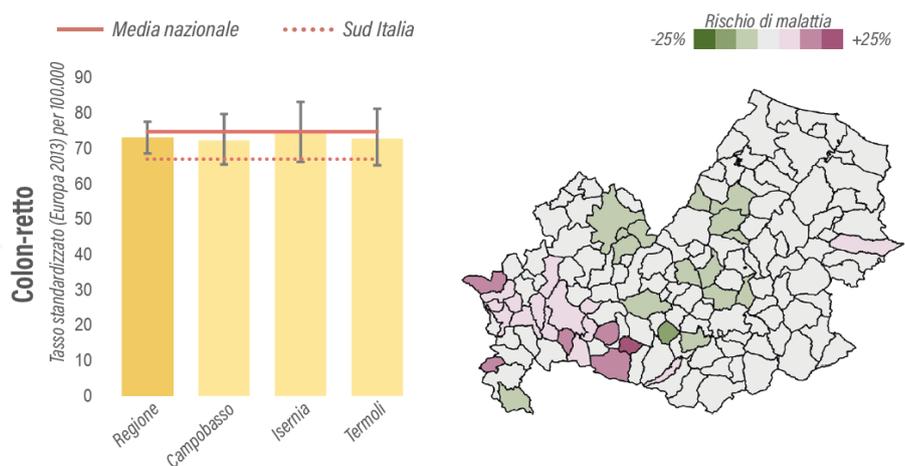
I **tumori del colon-retto** spesso sono riconducibili a stili di vita e familiarità. Fattori di rischio maggiormente noti sono rappresentati da eccessivo consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati, sovrappeso e ridotta attività fisica, fumo ed eccesso di alcool.

Fattori di protezione sono invece rappresentati dal consumo di frutta e verdure, carboidrati non raffinati, vitamina D e calcio e dalla somministrazione di antinfiammatori non steroidei per lungo tempo. Ulteriori condizioni di rischio sono costituite da altre patologie del tratto intestinale come la malattia di Crohn e la rettocolite ulcerosa. Nel 2-5% sono presenti suscettibilità ereditarie riconducibili a sindromi in cui sono state identificate mutazioni genetiche tipo la poliposi adenomatosa familiare (FAP) e la sindrome di Lynch.

Nella nostra regione le neoplasie del grosso intestino, comprendendo in esso i tumori del colon, giunzione retto-sigmoidea, retto, ano e canale anale, sono nel complesso i tumori più frequenti a prescindere dal genere, essendo sia le neoplasie prostatiche e quelle mammarie correlate rispettivamente al genere maschile e femminile.

Per tali neoplasie non si rilevano particolari differenze intraregionali: si osserva una lieve incidenza nel distretto di Isernia, tuttavia non significativa. Il dato più rilevante è tuttavia che per i tumori di questo distretto l'incidenza risulta superiore a quella della media del Sud Italia e sostanzialmente sovrapponibile a quella media nazionale. Figura 1.11.

Figura 1.11 Neoplasie del colon-retto. Confronti nazionali e regionali



*I tassi dei tumori del colon-retto sono **superiori al dato dell'Italia meridionale***

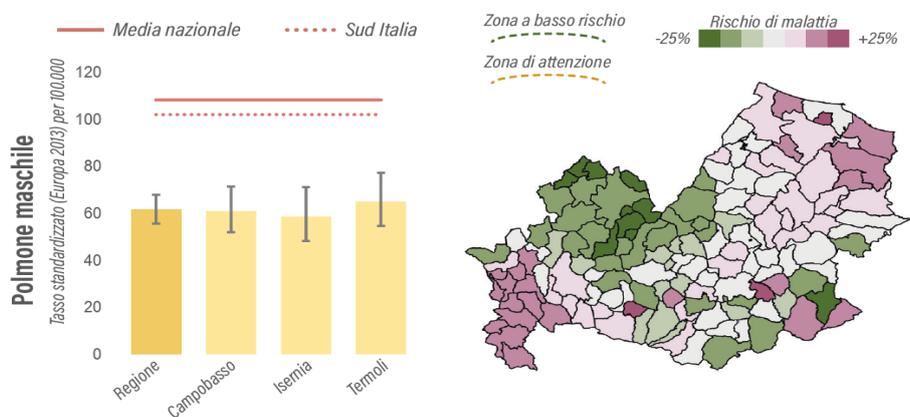
L'elevata incidenza di **tumore del polmone**, sia negli uomini che nelle donne, e le statistiche di mortalità legata a questo tumore, sono strettamente collegate al fumo di sigarette il che impone di non dimenticare mai l'importanza della prevenzione primaria, con una costante della lotta al fumo, poichè principale fattore di rischio. La maggior parte dei casi di tumore del polmone corrisponde all'istologia non a piccole cellule (non-small cell lung cancer, NSCLC), mentre il microcitoma polmonare (tumore a piccole cellule, SCLC) rappresenta la minoranza dei casi. Ad oggi, una percentuale limitata dei casi di NSCLC viene diagnosticata in stadio iniziale (nel quale i pazienti sono potenzialmente candidati all'intervento chirurgico, eventualmente seguito da chemioterapia allo scopo di ridurre il rischio di recidiva) o in stadio localmente avanzato (nel quale il trattamento si basa sull'impiego di chemioterapia, radioterapia ed eventualmente, al loro completamento, immunoterapia).

La strategia terapeutica nei pazienti affetti da NSCLC in stadio avanzato è profondamente cambiata negli ultimi anni. Fino a circa 10 anni fa, la chemioterapia rappresentava l'unica opzione disponibile, caratterizzata peraltro da un'efficacia limitata. Negli ultimi anni, 2 importanti "rivoluzioni" terapeutiche" (i farmaci a bersaglio molecolare prima, e l'immunoterapia poi) hanno conquistato un ruolo importante nel trattamento di questi pazienti. Alcuni di questi farmaci hanno dimostrato di essere superiori alla chemioterapia come trattamento di prima scelta, limitatamente ai casi in cui il tumore presenta specifiche alterazioni molecolari che quindi rappresentano una parte fondamentale della diagnosi.

I tumori polmonari, e in particolare quelli maschili, mostrano per la Regione Molise dati estremamente diversi sia dalla media nazionale sia da quella delle regioni del Sud Italia. Il dato è tuttavia ampiamente atteso: la Regione Molise è stata, fino al 2014, quella con il più basso tasso di mortalità per tumore polmonare maschile ed è tuttora tra le regioni con più bassa mortalità.

L'analisi per distretto sembra suggerire una lieve maggiore incidenza nel Distretto Socio Sanitario di Termoli, tuttavia il dato non è staticamente significativo. Figura 1.12.

Figura 1.12 Neoplasie del polmone maschile. Confronti nazionali e regionali



*I tassi dei tumori polmonari sono **tra i più bassi d'Italia nel periodo analizzato***

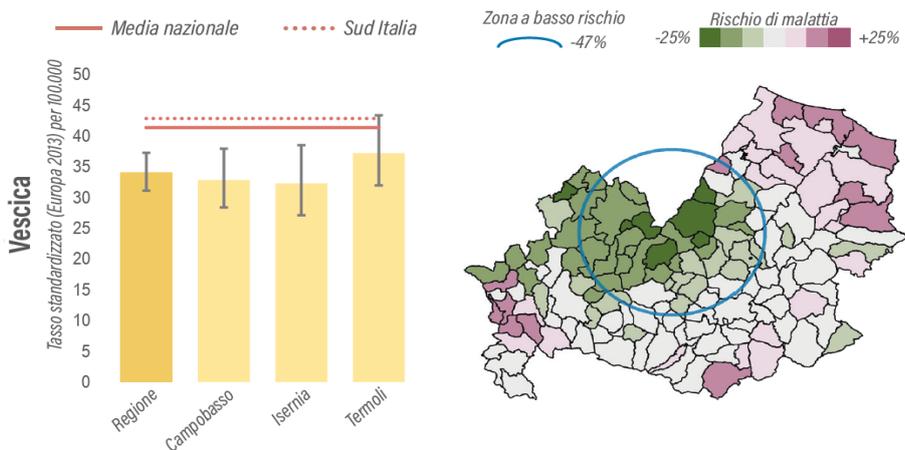
Più del 90% dei **tumori della vescica**, è costituito da carcinomi uroteliali, aventi come causa principale, come nel caso del tumore del polmone, il fumo di sigaretta. Il carcinoma uroteliale non è generalmente considerato tra le forme a trasmissione familiare, un rischio aumentato è stato tuttavia documentato, specie per le forme dell'alta via escrettrice (pelvi renale e uretere), in famiglie con carcinoma coloretale ereditario non poliposico (sindrome di Lynch). Il trattamento e la prognosi delle neoplasie della vescica

Il trattamento e la prognosi delle neoplasie della vescica differiscono in modo sostanziale nel caso di forme superficiali, muscolo-infiltranti o metastatiche. Nel primo caso la malattia viene sottoposta a resezione endoscopica trans uretrale (TUR-BT) sia a scopo diagnostico-stadiativo che terapeutico (ovviamente nel caso di conferma istologica di forma superficiale), alla resezione endoscopica vengono quasi sempre associati trattamenti chemioterapici o immunoterapici (BCG) post-operatori endovesicali allo scopo di ridurre il tasso di recidive (frequenti) o progressione della malattia a tumore muscolo-infiltrante.

Il trattamento di scelta della malattia muscolo infiltrante è invece rappresentato dalla cistectomia radicale, associata quando possibile a chemioterapia preoperatoria.

In Molise i tumori della vescica mostrano, similmente ai tumori polmonari, una significativa minore incidenza rispetto ai dati nazionali; in questo ambito, i tassi più elevati si riscontrano, nuovamente, nel Distretto Socio Sanitario di Termoli, questo dato non ha sufficiente significato statistico. Figura 1.13.

Figura 1.13 Neoplasie della vescica. Confronti nazionali e regionali



*I tassi dei tumori della vescica sono **inferiori alla media italiana***

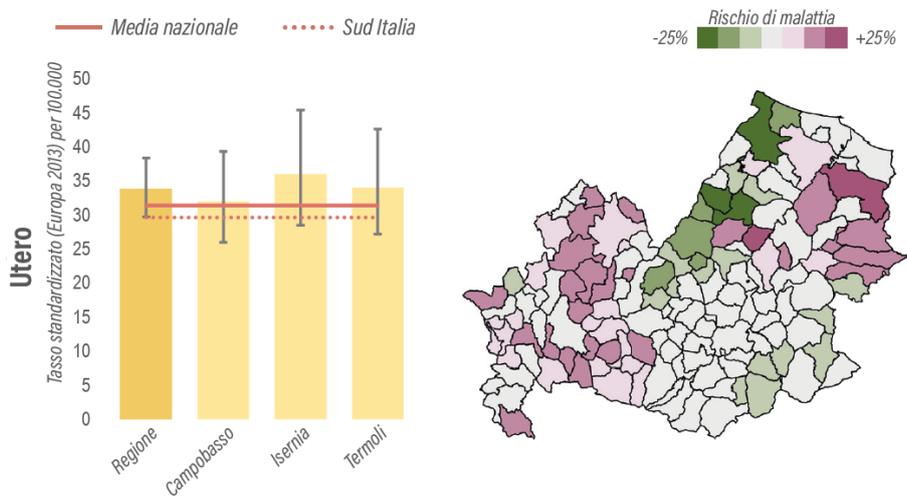
Il fattore eziologico più importante del **carcinoma della cervice uterina** è rappresentato dall'infezione persistente da Papilloma virus (HPV), a trasmissione per via sessuale, e i fattori di rischio riguardano fondamentalmente tutte le condizioni che favoriscono l'infezione quali il basso livello socio-economico (con scarso accesso alla prevenzione), il numero di partner, la giovane età di inizio dell'attività sessuale e la parità.

La diagnosi precoce rappresenta l'arma più efficace nella prevenzione: la diffusione dei programmi di screening con il Pap-test a partire dagli anni '70 ha rappresentato il principale fattore di riduzione dell'incidenza e mortalità per la neoplasia, cui recentemente si è aggiunta la ricerca del test virale come triage al timing del Pap test. La lunga fase preclinica della malattia e la possibilità di diagnosticare e asportare sotto guida colposcopica le lesioni precancerose (displasia severa H-SIL) costituiscono i punti di forza di questo programma di prevenzione secondaria.

Il **carcinoma endometriale** (del corpo) è tra i più frequenti tumori femminili. I principali fattori di rischio delle forme endometrioidi legate all'iperestrogenismo (tipo 1) sono rappresentati da nulliparità, menopausa tardiva, obesità, diabete, ipertensione e terapia ormonale sostitutiva a base di estrogeni non adeguatamente controbilanciata dal progestinico.

Le neoplasie uterine, comprensive dei tumori della cervice uterina e del corpo dell'utero, mostrano dati in linea con la media nazionale e del Sud Italia, non sembrano esserci aree a significativo maggior rischio di malattia nel contesto regionale. Figura 1.14.

Figura 1.14 Neoplasie dell'utero. Confronti nazionali e regionali

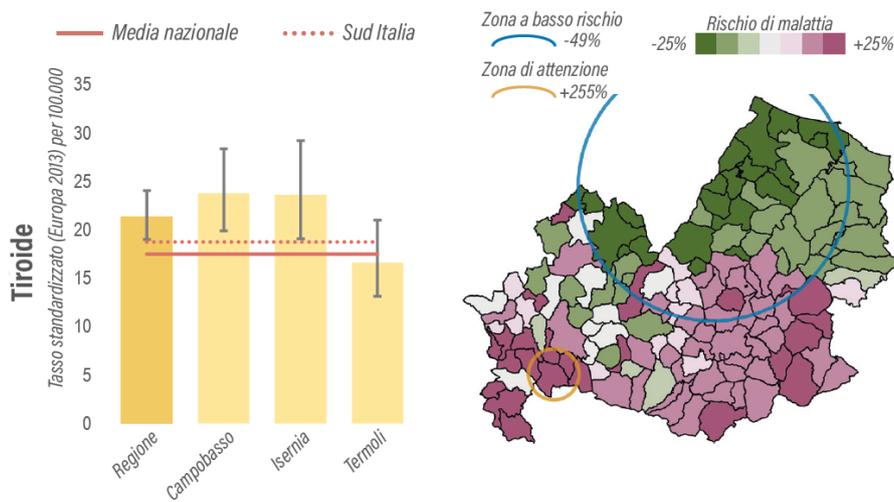


Le neoplasie uterine mostrano **dati sovrapponibili con i tassi nazionali**

Il **carcinoma della tiroide** è oggi uno dei tumori più frequenti in Italia, in particolare nelle donne giovani <40 anni è al secondo posto dopo il carcinoma della mammella, verosimilmente anche per un eccesso di sovra diagnosi per le forme di microcarcinoma papillare che dopo la diagnosi viene quasi esclusivamente monitorato avendo, peraltro, uno scarso impatto sulla mortalità, riservando l'intervento chirurgico e la radioterapia metabolica quasi esclusivamente ai casi ad alto rischio.

Per i tumori della tiroide, considerando unitamente i tumori maschili e femminili, si osserva una maggiore incidenza nella Regione Molise, rispetto al dato nazionale e del Sud Italia, con la sola eccezione del Distretto Socio Sanitario di Termoli, che sembra evidenziare tassi più bassi. Si rileva, in particolare, un piccolo cluster a maggiore incidenza statisticamente significativo all'interno del Distretto di Isernia. Figura 1.15.

Figura 1.15 Neoplasie della tiroide. Confronti nazionali e regionali



*I tassi dei tumori tiroidei sono **più alti della media nazionale***

In Italia, così come accade nel mondo, il **carcinoma gastrico** ha registrato negli ultimi decenni un decremento di incidenza sostenuto prevalentemente dalla riduzione delle forme distali come conseguenza della riduzione dell'infezione di *H.pylori*. Analogamente, anche la mortalità appare in calo: tuttavia, con una sopravvivenza a 5 anni in Europa pari al 25%, questa neoplasia si colloca tra quelle a peggior prognosi; in Italia, come in altri paesi dell'Europa meridionale, la sopravvivenza a 5 anni è relativamente più elevata (32%).

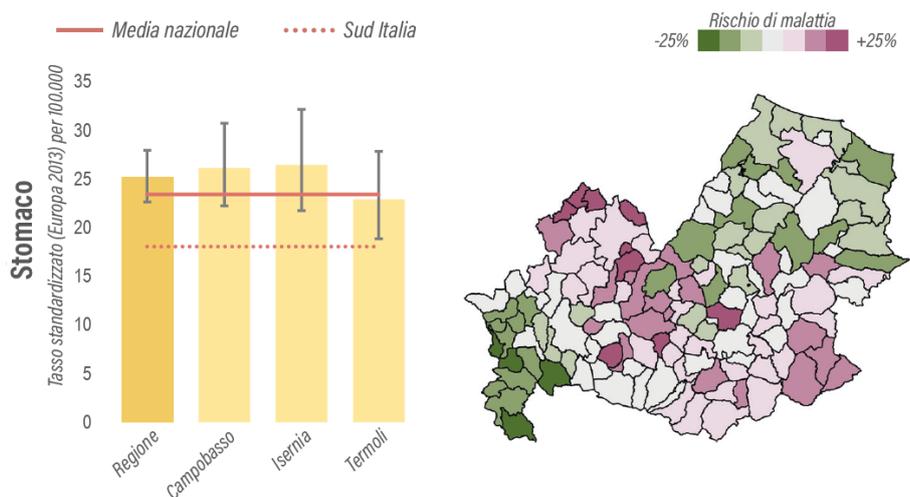
La prognosi sfavorevole di questa neoplasia è legata soprattutto al ritardo diagnostico giacché la maggior parte è diagnosticata in uno stadio localmente avanzato/metastatico. La chirurgia (gastrectomia totale/subtotale) con linfadenectomia D2, rappresenta il trattamento principale ad intento curativo nei pazienti con tumore dello stomaco distale e della giunzione gastro-esofagea.

Nel Molise le neoplasie dello stomaco presentano tassi di incidenza in linea con il dato medio nazionale.

Non è possibile, al momento, rilevare aree o distretti con rischio diversificato in ambito regionale.

Figura 1.16.

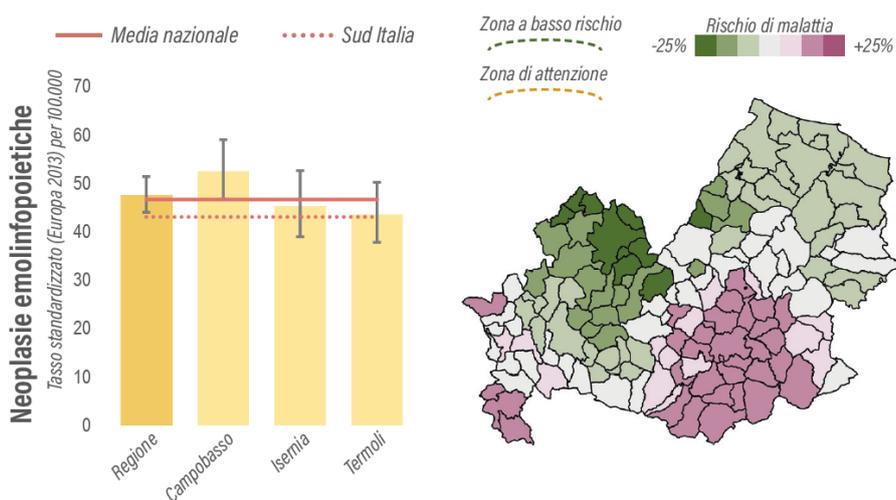
Figura 1.16 Neoplasie dello stomaco maschi e femmine. Confronti nazionali e regionali



L'incidenza dei tumori gastrici è **superiore alla media del Sud Italia**

Il complesso delle **neoplasie di pertinenza ematologica** e, in particolare, i linfomi, i mielomi e le leucemie, mostrano tassi simili alla media nazionale e non dissimili da quelli attesi nel Sud Italia. Il Distretto Socio Sanitario di Campobasso sembra essere interessato da una maggiore incidenza, seppure non vi siano al momento indicazioni di significatività statistica del dato. Figura 1.17.

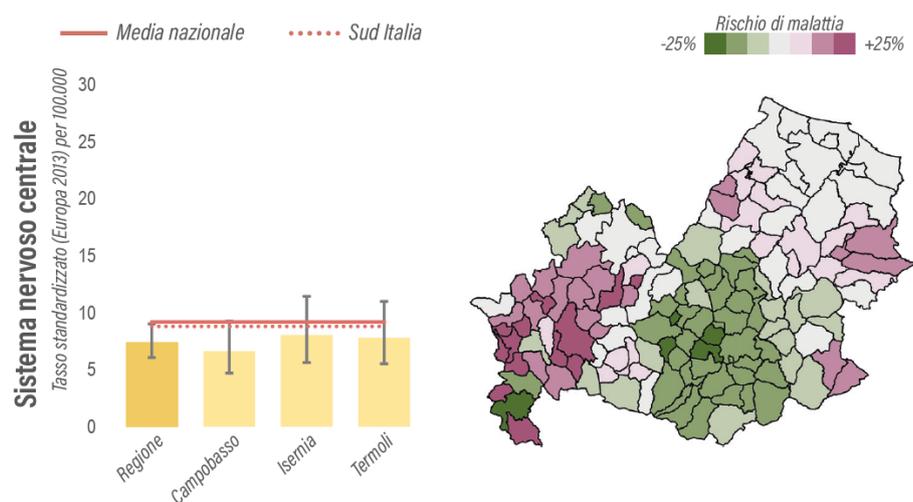
Figura 1.17 Neoplasie emolinfopoietiche. Confronti nazionali e regionali



I tumori ematologici mostrano **tassi più alti nel distretto di Campobasso**

Infine, un focus sulle **neoplasie maligne del Sistema Nervoso Centrale**: per le quali si rileva un dato medio regionale sostanzialmente in linea con l'atteso. Si osserva una minore incidenza nel Distretto Socio Sanitario di Campobasso, mentre i tassi maggiori sembrano concentrarsi sul Distretto Socio Sanitario di Isernia con dati al limite della significatività statistica. Figura 1.18.

Figura 1.18 Neoplasie del sistema nervoso centrale. Confronti nazionali e regionali



Per i tumori del SNC i **tassi sono più bassi della media nazionale**

Commento ai dati. I dati sintetizzati per la Regione Molise relativi all'incidenza neoplastica nel quadriennio 2010-2013 suggeriscono alcune importanti considerazioni, la prima è che il peso della malattia neoplastica per la Regione Molise è assai simile a quello delle altre regioni del Sud e decisamente inferiore al dato medio Nazionale e, in particolare del Nord.

Si tratta tuttavia di un quadro variegato, nel quale si rilevano tassi di incidenza superiori alla media nazionale (per es. tumori della tiroide e stomaco) e sostanziali differenze territoriali (oltre alle neoplasie tiroidee, quelle di prostata, SNC ed emolinfopoietiche).

Accanto a queste evidenze, che impongono approfondimenti, vi è la notevole minore incidenza di alcune neoplasie fumo correlate (es: tumori polmonari e della vescica), che impatta notevolmente sui tassi generali maschili. Osservando i dati degli anni successivi si ha, tuttavia, la percezione che questo vantaggio si stia affievolendo segno di un certo ritardo nel recepire le raccomandazioni sull'interruzione dell'abitudine tabagica.

C. CONCLUSIONI

Siamo consapevoli degli sforzi compiuti negli ultimi anni che hanno consentito di tagliare questo importante traguardo della presentazione dei dati. Questa situazione cade in un momento particolarmente delicato sia per la concomitanza della pandemia da SARS-Cov-2 che ha fortemente condizionato anche la nostra attività negli ultimi mesi (basti pensare alla necessità di cambiare per ben due volte la sede del registro nel giro di pochissimo tempo) sia per le problematiche associative che stanno frenando fortemente l'attività in AIRTuM che, al momento, vede dimissionari i propri rappresentanti in tutti gli organismi della società con conseguente paralisi anche delle attività inerenti l'accreditamento dei registri, e di questo siamo particolarmente amareggiati per non vedere riconosciuto, attualmente, il lavoro di tanti anni.

L'auspicio di tutte le persone che hanno collaborato in questo sforzo è che quanto prima si possano concretizzare almeno tre ordini di eventi :

- Il rapido accreditamento del registro
- La strutturazione della UO con personale dedicato per consentire il proseguimento del lavoro di gestione dei dati, peraltro già pianificato, per i quadrienni 2014-2017 e 2018-2021 con tempi notevolmente più brevi di produzione dei risultati. Tutto questo anche per dare corpo a quanto previsto dalla Legge 22 marzo 2019, n. 29 di Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione.
- Definizione di un Comitato Scientifico con il compito di valutazione iniziale ed in itinere dei progetti di sviluppo dei Registri Tumori e di Mortalità, esprimendo raccomandazioni e valutazioni relative a quanto previsto dagli indirizzi regionali, e che possa comprendere i rappresentanti delle varie istituzioni e Associazioni scientifiche quali le oncologie regionali, la radioterapia, un rappresentante dell'Anatomia Patologica regionale, rappresentante degli Screening, della Breast Unit, dell'Università, della ASReM, della Programmazione sanitaria della Regione.