

## Tumori

Il continuo monitoraggio dei principali indicatori epidemiologici è utile per valutare i progressi nel controllo sanitario e per fornire indicazioni di intervento in campo oncologico. La conoscenza delle tendenze espresse da questi indicatori è rilevante non solo a livello nazionale, ma anche a livello regionale, dato il ruolo assunto dalle regioni nelle decisioni riguardanti la Sanità Pubblica. Gli indicatori più rilevanti, già presentati nei precedenti Rapporti Osservasalute, sono:

- l'*incidenza*, ovvero il numero di nuove diagnosi di tumore che si verificano ogni anno nella popolazione. È un indicatore della presenza dei fattori di rischio associati alla malattia e fornisce indicazioni per politiche di prevenzione primaria;
- la *mortalità* che rappresenta un indicatore sintetico della storia di incidenza della malattia e di sopravvivenza dei malati oncologici. Dalla mortalità derivano informazioni utili per definire politiche di sorveglianza generale;
- la *prevalenza* che esprime il numero di persone viventi che hanno avuto una diagnosi di tumore nel proprio passato (recente o remoto). È un indicatore del carico oncologico complessivo nella popolazione ed è utile per la pianificazione e allocazione delle risorse.

Di seguito si presenta un aggiornamento dei dati di incidenza, mortalità e prevalenza per l'insieme di tutti i tumori, già oggetto di discussione nei precedenti Rapporti Osservasalute.

### Aggiornamento degli indicatori epidemiologici

I dati di mortalità sono resi disponibili dall'Istat per l'intero paese, mentre incidenza e prevalenza sono disponibili solo per le aree interessate dai Registri Tumori di popolazione (RT), che in Italia coprono il 25-30% della popolazione. Informazioni per le aree non coperte da RT sono però stimabili attraverso l'applicazione di modelli statistico-matematici. L'applicazione sistematica di tali modelli rende così fruibili informazioni su tutti gli indicatori. Stime regionali e nazionali degli indicatori epidemiologici per i tumori più diffusi sono state di recente prodotte nell'ambito del progetto "I tumori in Italia", frutto della collaborazione di: Istituto Superiore di Sanità (ISS, Roma), Fondazione IRCSS "Istituto Nazionale dei Tumori" (INT, Milano) e Associazione dei Registri Tumore Italiani (AIRTum). Le analisi statistiche, condotte dall'ISS, sono state effettuate con la metodologia MIAMOD (Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati, pag. XX) che consente di calcolare incidenza e prevalenza per uno specifico tumore a partire dai dati ufficiali di mortalità (Fonte Istat) e sopravvivenza (Fonte AIRTum). Gli articoli scientifici di presentazione dello studio e dei suoi risultati sono stati di recente pubblicati in un numero monografico della rivista Tumori (1) (<http://www.tumorionline.it/>). Sul sito del progetto ([www.tumori.net](http://www.tumori.net)), curato dall'INT, si possono consultare (con tabelle fisse o con interrogazioni specifiche) tutte le stime epidemiologiche prodotte.

Nelle tabelle 1 e 2 vengono proposti gli andamenti temporali, nei tre decenni dal 1978 al 2007, dei tassi standardizzati di incidenza e mortalità per tutti i tumori nelle regioni italiane, mentre la tabella 3 mostra il trend del numero di casi prevalenti in Italia per tutti i tumori dal 1977 al 2007 (per definizioni e significati degli indicatori si rimanda ai precedenti Rapporti Osservasalute). Come già evidenziato nei precedenti Rapporti, da tali tabelle emerge che:

- il rischio oncologico complessivo del Sud, storicamente più basso, si sta avvicinando a quello del Nord. Le stime riportate in tabella 1 indicano che esistono ancora delle differenze nei tassi d'incidenza tra regioni settentrionali e meridionali, ma sono sensibilmente ridotte rispetto al passato. Per quanto riguarda gli uomini si nota nell'ultimo decennio una riduzione di incidenza nel Nord (la diminuzione maggiore si riscontra in Veneto e Lombardia), contrastato da un aumento in alcune regioni del Sud (principalmente Basilicata e Campania). I tassi di incidenza nelle donne, invece, sono stimati in aumento in tutte le regioni, con una crescita più accentuata in alcune regioni del Sud (Campania, Puglia, Basilicata, Sardegna). I trend temporali osservati negli uomini sono in larga parte riconducibili alla riduzione di incidenza del tumore del polmone, accompagnata da una parallela riduzione della prevalenza di fumatori nella popolazione maschile dagli anni '70 in poi. L'analisi per età alla diagnosi (Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 160-170) mostra come i tumori siano una patologia prevalentemente della popolazione anziana;

- i dati di *mortalità* per tutti i tumori combinati sono in costante riduzione negli ultimi anni sia per gli uomini che per le donne nelle regioni del Centro-Nord, mentre sono in lieve calo nel Sud. Questo riflette sia gli andamenti di incidenza, che gli avanzamenti diagnostici e terapeutici raggiunti in molte patologie oncologiche;

- il numero di casi prevalenti per tumore è in rapida crescita. Si stima che l'incremento di prevalenza nel decennio dal 1995 al 2005 sia dovuto per il 27% all'invecchiamento della popolazione, per il 43% alle dinamiche dell'incidenza e per il 30% all'incremento della sopravvivenza (2). I casi prevalenti sono quasi quadruplicati in 30 anni passando da circa 470 mila nel 1977 a circa 1,8 milioni nel 2007: un grande numero di pazienti che, sia pure con bisogni diversi in funzione della progressione della malattia, contribuisce all'aumento della domanda sanitaria e per i quali sono necessari specifici programmi di assistenza.

**Tabella 1** - Tasso medio standardizzato di incidenza (per 100.000) per tutti i tumori maligni (ICD-9 140-208 escl. 173), classe di età 0-84 anni, regione e sesso – Anni 1978-1987, 1988-1997, 1998-2007

Regioni	Maschi			Femmine		
	1978-1987	1988-1997	1998-2007	1978-1987	1988-1997	1998-2007
Piemonte	368,8	403,8	393,2	245,9	267,6	281,4
Valle d'Aosta	381,7	436,1	414,2	241,5	269,3	295,6
Lombardia	456,1	464,6	407,3	272,9	294,6	303,8
Trentino-Alto Adige*	389,7	413,6	385,9	240,4	259,3	274,3
Veneto	426,9	437,4	371,2	235,0	263,3	278,7
Friuli-Venezia Giulia	448,6	458,5	398,0	265,2	298,8	320,1
Liguria	378,3	399,5	379,5	245,2	264,4	270,7
Emilia-Romagna	374,8	390,9	362,0	241,4	269,9	289,9
Toscana	365,4	385,8	368,2	235,9	256,2	269,3
Umbria	309,6	350,0	360,9	215,8	246,0	269,7
Marche	320,8	353,5	357,1	219,5	241,7	256,7
Lazio	346,5	377,5	370,6	241,6	267,8	281,8
Abruzzo	257,4	287,1	286,7	170,2	188,8	204,0
Molise	239,9	270,4	298,5	169,8	180,8	192,5
Campania	291,3	344,2	381,9	186,6	218,3	246,9
Puglia	277,4	307,6	309,6	179,3	200,9	216,7
Basilicata	216,1	266,1	308,9	158,2	187,2	217,1
Calabria	223,8	261,2	274,3	156,2	179,1	198,1
Sicilia	238,9	270,4	285,2	175,4	186,8	190,8
Sardegna	282,8	328,3	335,5	180,7	209,8	235,3
<i>Nord</i>	<i>411,7</i>	<i>429,1</i>	<i>387,9</i>	<i>253,1</i>	<i>277,3</i>	<i>290,7</i>
<i>Centro</i>	<i>346,8</i>	<i>374,7</i>	<i>367,2</i>	<i>234,7</i>	<i>258,7</i>	<i>273,5</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>261,3</i>	<i>300,5</i>	<i>318,5</i>	<i>176,5</i>	<i>198,8</i>	<i>216,7</i>
<b>Italia</b>	<b>354,0</b>	<b>378,7</b>	<b>357,0</b>	<b>228,0</b>	<b>251,7</b>	<b>267,7</b>

\*Non si hanno a disposizione stime disaggregate per le Province Autonome di Bolzano e Trento.

**Nota:** Per la standardizzazione è stata utilizzata la popolazione europea.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Micheli A, et al. Current cancer profiles of the Italian regions. Tumori 93 (4), 2007.

**Tabella 2** - Tasso medio standardizzato di mortalità (per 100.000) per tutti i tumori maligni (ICD-9 140-208 escl. 173), classe di età 0-84 anni, regione e sesso – Anni 1978-1987, 1988-1997, 1998-2007

Regioni	Maschi			Femmine		
	1978-1987	1988-1997	1998-2007	1978-1987	1988-1997	1998-2007
Piemonte	262,1	253,6	211,6	139,8	128,3	110,9
Valle d'Aosta	267,2	272,9	225,0	135,8	127,1	113,5
Lombardia	334,1	303,3	229,4	152,0	140,5	121,4
Trentino-Alto Adige*	279,0	262,8	210,8	138,2	125,3	108,7
Veneto	305,8	281,8	209,0	131,9	125,4	110,2
Friuli-Venezia Giulia	323,0	295,8	222,8	149,3	142,5	126,7
Liguria	271,5	252,9	204,9	139,1	126,9	107,1
Emilia-Romagna	268,2	246,8	195,0	141,8	130,0	110,8
Toscana	262,3	243,6	197,5	134,0	122,1	105,0
Umbria	218,7	216,2	187,9	120,6	115,4	103,6
Marche	227,7	219,5	187,0	123,3	113,8	98,0
Lazio	246,6	236,1	196,5	135,4	127,1	109,7
Abruzzo	183,0	192,4	178,4	105,2	101,1	91,8
Molise	171,5	179,1	180,5	106,1	97,1	85,9
Campania	207,4	229,9	235,9	113,4	115,2	110,0
Puglia	198,5	207,5	193,7	110,3	107,7	98,2
Basilicata	152,2	174,7	186,3	95,8	97,9	94,9
Calabria	157,6	172,7	167,7	95,1	94,5	88,1
Sicilia	173,5	187,3	186,4	111,6	109,7	102,0
Sardegna	200,3	220,2	210,2	110,4	111,3	105,2
<i>Nord</i>	<i>296,7</i>	<i>275,1</i>	<i>214,3</i>	<i>143,2</i>	<i>132,6</i>	<i>114,7</i>
<i>Centro</i>	<i>247,4</i>	<i>234,7</i>	<i>194,8</i>	<i>132,2</i>	<i>122,6</i>	<i>106,1</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>186,7</i>	<i>202,5</i>	<i>199,5</i>	<i>109,0</i>	<i>108,1</i>	<i>101,0</i>
<b>Italia</b>	<b>251,3</b>	<b>243,8</b>	<b>203,1</b>	<b>130,6</b>	<b>123,2</b>	<b>109,2</b>

\*Non si hanno a disposizione stime disaggregate per le Province Autonome di Bolzano e Trento.

**Nota:** Per la standardizzazione è stata utilizzata la popolazione europea.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Micheli A, et al. Current cancer profiles of the Italian regions. Tumori 93 (4), 2007.

**Tabella 3** - Numero di casi prevalenti (per 1.000) per tutti i tumori maligni (ICD-9 140-208 escl. 173), classe di età 0-84 anni e sesso - Anni 1977, 1987, 1997, 2007

Anni	Maschi	Femmine	Totale
1977	180	288	468
1987	336	464	800
1997	552	713	1.265
2007	788	1.010	1.798

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Micheli A, et al. Current cancer profiles of the Italian regions. Tumori 93 (4), 2007.

I progetti “I tumori in Italia” (www.tumori.net) e EUROCHIP (www.tumori.net/eurochip) promuovono la produzione e l'utilizzo dei dati epidemiologici sul *cancer burden* a livello nazionale e regionale, come base informativa necessaria per pianificare la programmazione sanitaria in Italia e in Europa. Una delle principali urgenze del sistema sanitario italiano, causato dall'incremento della prevalenza dei pazienti oncologici, è soddisfare i bisogni della popolazione oncologica anziana. Per soddisfare adeguatamente tali bisogni è necessario conoscere le caratteristiche della domanda dei pazienti anziani in funzione del tipo di tumore, dell'età e dei bisogni riabilitativi (3).

Un secondo importante obiettivo riguarda l'implementazione a medio termine di programmi di prevenzione primaria in grado di ridurre il numero di nuovi casi oncologici (3). Recentemente il Governo Italiano ha preso una importante iniziativa in questa direzione con la pubblicazione del documento d'azione “Guadagnare Salute” (4) in cui vengono elencate azioni di prevenzione da intraprendere per ridurre l'incidenza delle malattie non-trasmissibili. Adesso l'effettiva implementazione di tali misure necessita della collaborazione tra le autorità sanitarie regionali, le organizzazioni di ricerca e tutti i cittadini interessati (pazienti, volontari, ecc). Solo così si può sperare di ridurre il numero di nuovi casi oncologici nei prossimi 10-20 anni.

### Nel presente Rapporto Osservasalute

Oltre alla panoramica sugli andamenti recenti degli indicatori epidemiologici in questa edizione il Rapporto Osservasalute presenta informazioni riguardo a:

- la distribuzione per sede tumorale di incidenza e mortalità nell'anno 2007. Tale indicatore evidenzia le priorità all'interno delle patologie oncologiche;

- l'andamento stimato della sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per varie sedi tumorali nelle macro-aree italiane.

La sopravvivenza dà una misura sintetica dell'efficacia delle procedure diagnostico-terapeutiche correnti. Essa è influenzata, infatti, oltre che da fattori biologici, specificamente connessi alla malattia, dalla qualità e dall'accesso ai servizi di diagnosi e ai conseguenti percorsi terapeutici;

- un approfondimento sullo sviluppo delle politiche di *Cancer Control* in Europa, ovvero sulle azioni di prevenzione primaria, diffusione dei programmi di screening, miglioramento del trattamento e della cura e incremento della sopravvivenza e della qualità di vita dei pazienti oncologici. In questo ambito risulta fondamentale investire nel trasferimento delle conoscenze scientifiche (ottenute dalla ricerca e dal monitoraggio degli esiti oncologici) alle politiche sanitarie e alle azioni di sanità pubblica;

- un approfondimento riguardante la relazione tra posizione socio-economica e incidenza dei tumori. In Italia come nella maggior parte dei paesi industrializzati sono presenti da un lato eccessi significativi di rischio nei gruppi socialmente più svantaggiati per alcuni sedi oncologiche (tumore del polmone, dello stomaco, del fegato, delle alte vie aero-digestive e della cervice uterina), mentre dall'altro l'eccesso di rischio è presente nelle classi sociali più ricche per il melanoma, i tumori del colon, della prostata, della mammella e dell'ovaio.

### Riferimenti bibliografici

(1) Micheli A, Francisci S, Baili P, De Angelis R (Eds), Current cancer profiles of the Italian regions. Tumori 93 (4), 2007: 329-407.

(2) De Angelis R, et al. Cancer prevalence estimates in Italy from 1970 to 2010. Tumori 93 (4): 392-397, 2007.

(3) Micheli A, et al. Strategies for cancer control in Italy. Tumori 93 (4): 329-336, 2007.

(4) <http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?id=384&sub=2&lang=it>.

## Distribuzione percentuale di nuovi casi e decessi per sede tumorale

**Significato.** La percentuale di nuovi casi (e decessi) per tipo di neoplasia sul totale di casi (e decessi) per tutti i

tumori indica quali sono le patologie oncologiche prioritarie tra i casi incidenti e i decessi per tumore.

### Percentuale di nuovi casi (e decessi)

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore      Numero di nuovi casi (e decessi) nella popolazione studiata per sede oncologica  
 Denominatore      Numero di nuovi casi (e decessi) nella popolazione studiata per tutti i tumori

**Validità e limiti.** Il numero di decessi e di nuovi casi incidenti presentati sono stati ottenuti a livello regionale con la metodologia statistica MIAMOD e poi riaggregati per macro-area (Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati, pagg. 577-593). Le stime si riferiscono al periodo 2007 e alla classe di età 0-84 anni. Le stime di incidenza, mortalità e prevalenza per tumore sono disponibili sul sito del progetto "I Tumori in Italia" ([www.tumori.net](http://www.tumori.net)). La validazione di tali stime, pubblicata in un recente studio (1), mostra una eccellente concordanza con i dati di incidenza osservati dai Registri Tumore Italiani (RT).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Dai dati pubblicati dai RT (2) emerge che le neoplasie più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto, mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone. Essendo i RT prevalentemente concentrati nel Centro-Nord, le frequenze osservate possono differire da quelle medie nazionali.

### Descrizione dei risultati

Il grafico 1 mostra la stima del peso delle varie sedi tumorali sul numero totali di nuovi casi oncologici nel 2007. Per gli uomini, il numero di casi per i tumori della prostata e del colon-retto superano quelli per il tumore del polmone nel Nord e nel Centro, mentre il tumore del polmone è ancora quello più diffuso nel Sud. Nel 2007, ogni 100 nuove diagnosi di tumore negli uomini circa 20 sono di tumore del colon-retto (in tutte le macro-aree). Si stima che i tumori della prostata, polmone, colon-retto e stomaco costituiscono il 75% dei nuovi casi negli uomini nel Nord, il 71% nel Centro e il 63% nel Sud. Tra le donne, il tumore più frequente è sempre quello della mammella, che si stima essere il 37% delle nuove diagnosi di tumore nel Nord, il 34% nel Centro e il 33% nel Sud. Il secondo tumore più frequente tra le donne è il tumore del colon-retto (circa 15 casi ogni 100 nuovi casi oncologici femminili in tutte le macro-aree).

Per quanto riguarda la mortalità (grafico 2), per gli uomini si stima che nel 2007 il peso del tumore del polmone sia pari al 27% di tutti i decessi oncologici in tutte le

macro-aree. Anche per i pesi delle altre sedi oncologiche maschili non esistono forti differenze tra macro-aree. Per le donne il peso del tumore della mammella su tutti i decessi oncologici è circa il 17% in tutte le macro-aree, mentre il peso della mortalità per tumore del polmone è pari al 12% di tutti i decessi oncologici femminili nel Nord, al 14% nel Centro e all'8% nel Sud.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore qui presentato fornisce informazioni sui tumori numericamente più frequenti e più letali. Tali informazioni possono essere utili ai fini della programmazione sanitaria per dare indicazioni sulle sedi oncologiche che necessitano di maggiore attenzione.

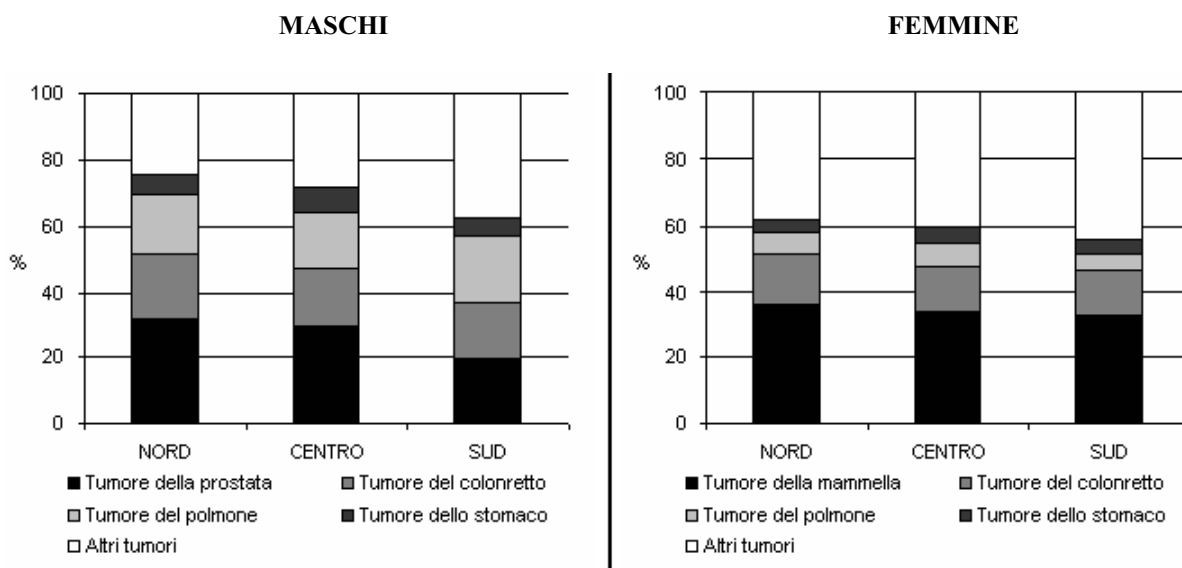
L'elevato peso del tumore della mammella sul totale dei decessi per tumore nelle donne mostra come tale neoplasia sia sempre una delle maggiori priorità di governo clinico in Italia. Per questo motivo è necessario continuare a investire sia in interventi di prevenzione primaria che in interventi di diagnosi precoce (screening) seguiti da un costante aggiornamento dei trattamenti e delle cure.

L'alta proporzione di casi di tumore del colon-retto rende necessario investire da una parte in interventi di prevenzione primaria riguardanti abitudini alimentari e attività fisica (fattori legati all'insorgenza di tale tumore) per il contenimento dei nuovi casi e dall'altra nella diffusione nelle singole regioni, come previsto dal Programma Nazionale di Prevenzione Attiva, di programmi di screening in grado di diagnosticare precocemente tale tumore. Il forte peso del tumore della prostata, invece, necessita di un discorso particolare, in quanto è probabilmente causato dalla diffusione del test diagnostico di ricerca dell'Antigene Prostatico (PSA). Tale test ha portato ad un fortissimo incremento dell'incidenza, cui non è però seguito un evidente calo della mortalità su base di popolazione. Per questo motivo non vi è ancora un consenso scientifico internazionale sull'utilizzo di tale test in programmi di screening organizzati.

### Riferimenti bibliografici

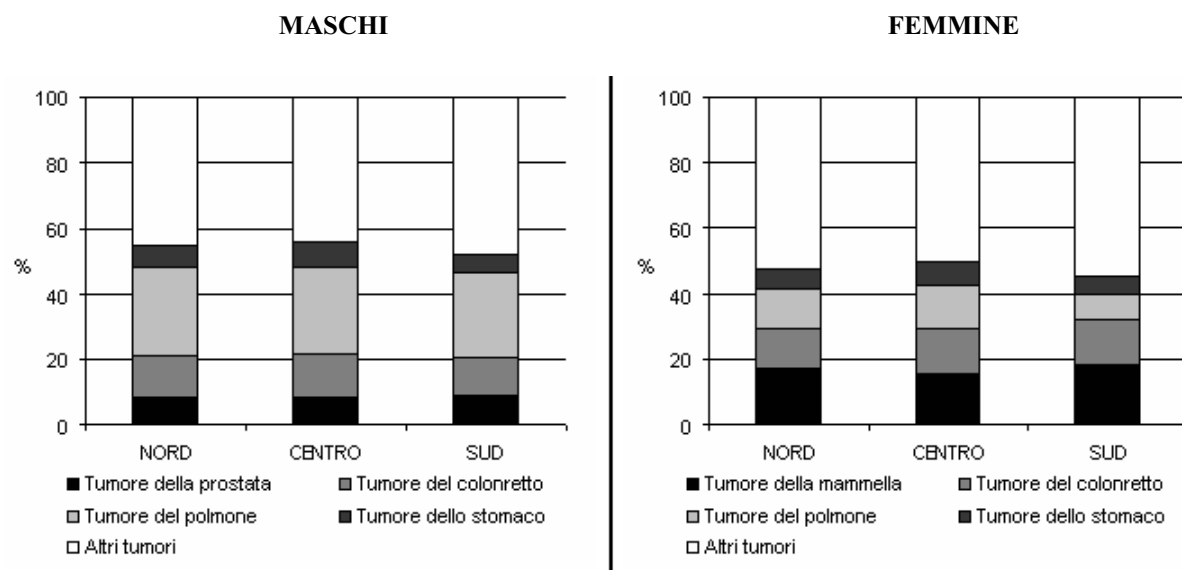
- (1) Capocaccia R, et al. Estimated and observed cancer incidence in Italy: a validation study. *Tumori* 93 (4): 387-391, 2007.
- (2) AIRTum. I tumori in Italia-Rapporto 2006. *Epidemiologia & Prevenzione* 1 (2). 2006.

**Grafico 1** - Percentuale di nuovi casi per sede oncologica sul numero di nuovi casi per tutti i tumori, classe di età 0-84 anni, sesso e macro-area - Anno 2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Micheli A, et al. Current cancer profiles of the Italian regions. Tumori 93 (4), 2007.

**Grafico 2** - Percentuale di decessi per sede oncologica sul numero di decessi per tutti i tumori, classe di età 0-84 anni, sesso e macro-area - Anno 2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Micheli A, et al. Current cancer profiles of the Italian regions. Tumori 93 (4), 2007.

## Sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per le diverse sedi tumorali

**Significato.** L'indicatore utilizzato per confrontare la sopravvivenza per tumore in popolazioni diverse è la sopravvivenza relativa, che si ottiene rapportando la sopravvivenza osservata per un gruppo di pazienti con patologia tumorale alla sopravvivenza generale per la popolazione di cui fanno parte tali pazienti. Il denominatore di tale rapporto è fornito dalle tavole di mortalità

della popolazione oggetto di studio. Poiché la mortalità generale varia in base all'età, al sesso e nel corso del tempo, per una corretta stima della sopravvivenza relativa è essenziale disporre di tavole di mortalità con informazioni per ogni età, per uomini e donne separatamente, per ogni anno di calendario studiato.

### Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi di tumore

$$RS_{jck}^i = \frac{OS_{jck}^i}{ES_{jk}^i} \times 100$$

$j$  = classe di età  
 $c$  = patologia  
 $k$  = popolazione di riferimento  
 $i$  = intervallo entro cui si calcola la sopravvivenza (es. a 5 anni dalla diagnosi)  
 $OS$  = sopravvivenza osservata nel gruppo di pazienti considerato  
 $ES$  = sopravvivenza attesa nella popolazione da cui derivano i pazienti

**Validità e limiti.** Le fonti di dati di sopravvivenza per tumore sono i Registri Tumori di popolazione (RT). I RT coprono circa il 25-30% della popolazione italiana. Per poter offrire informazioni sulla sopravvivenza di tutti i pazienti oncologici in Italia e nelle grandi aree geografiche (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud), dove è disponibile solo una parziale copertura di dati dei RT, si è proceduto a stime modellistiche (1).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Le informazioni sulla sopravvivenza oncologica in Europa sono fornite dallo studio EURO CARE (2). Recentemente l'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTum) ha pubblicato una monografia sulla sopravvivenza per tumore nelle aree coperte dai RT e per macro-area, con un aggiornamento fino agli anni di diagnosi 2000-02 (3).

### Descrizione dei risultati

Il grafico 1 mostra gli andamenti temporali per area geografica della sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi negli uomini, distintamente per sede tumorale (4). La sopravvivenza aumenta per tutte le sedi analizzate, inclusi i tumori del polmone e dello stomaco tradizionalmente considerati come *big killers*. La sopravvivenza nell'area meridionale è generalmente inferiore a quella del resto del paese, in particolar modo nel caso dei tumori del colon-retto. Il grafico 2 mostra gli andamenti temporali nella popolazione femminile. Anche in questo caso la sopravvivenza è in aumento per tutte le sedi considerate ed è sistematicamente più bassa nel Sud. In conseguenza di questi andamenti la sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi stimata nel 2006, raggiunge:

- per tutti i tumori il 54% per gli uomini ed il 67% per le donne;
- per il tumore del colon-retto il 69% circa sia per gli uomini che per le donne;

- per il tumore del polmone il 17% circa sia per gli uomini che per le donne;
- per il tumore dello stomaco il 39% per gli uomini ed il 45% per le donne;
- per il tumore della mammella femminile l'89%.

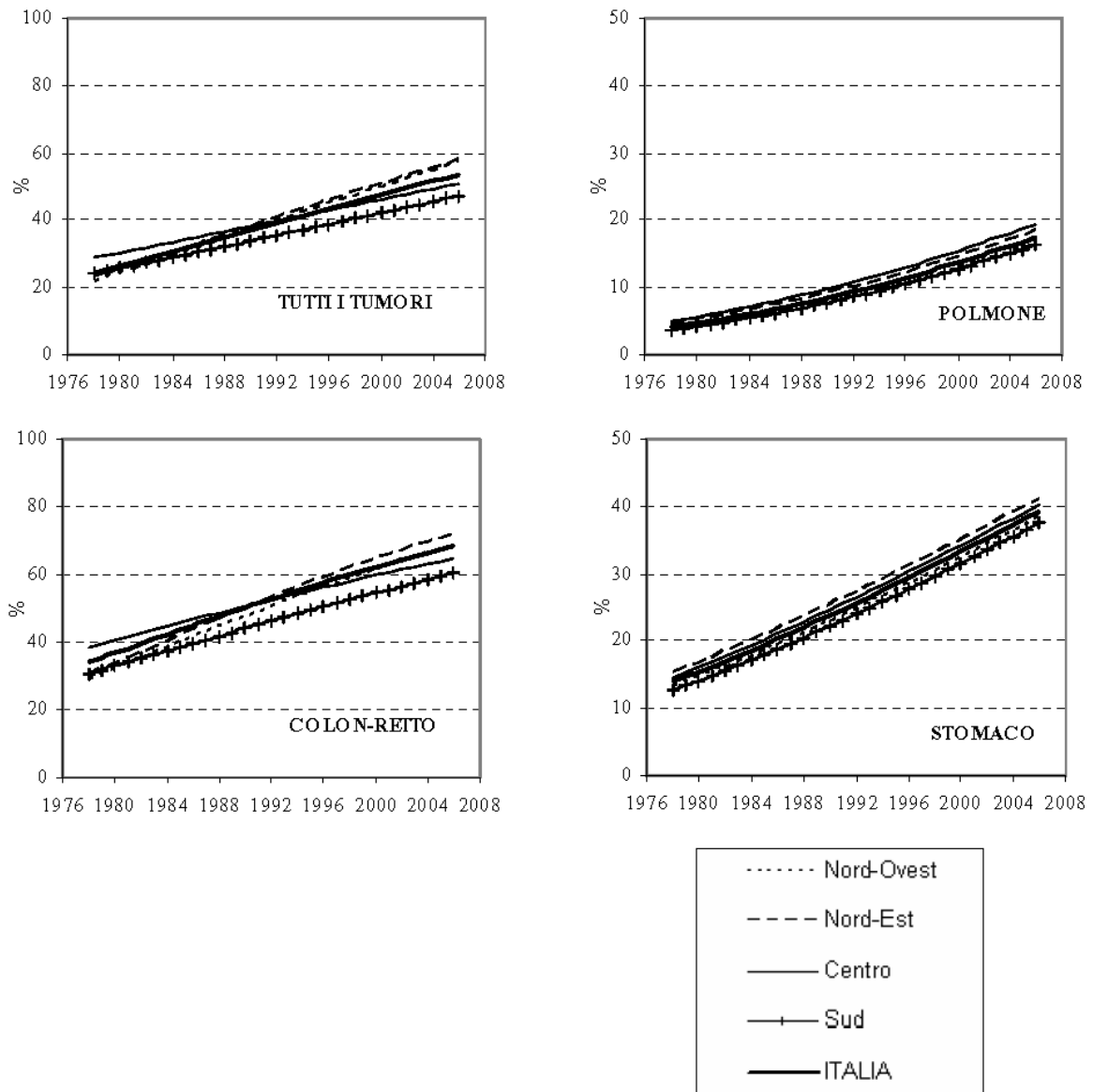
### Raccomandazioni di Osservasalute

L'andamento in crescita della sopravvivenza relativa in Italia è indice di un miglioramento avvenuto negli ultimi decenni nell'ambito della diagnosi precoce (che permette la diagnosi di tumori in stadio localizzato con maggiore probabilità di guarigione) e della terapia oncologica. Il confronto con le tendenze in atto negli altri Paesi europei (2), evidenzia come l'Italia presenti per la maggior parte delle sedi tumorali livelli di sopravvivenza vicini o leggermente al di sopra della media europea. Tuttavia gli andamenti temporali della sopravvivenza evidenziano forti differenze tra il Sud e le altre aree geografiche (differenze che superano anche i 10 punti percentuali per i tumori in cui la prognosi è fortemente influenzata dalla diagnosi precoce, quali mammella e colon-retto). Per l'Italia è, perciò, prioritario combattere le disuguaglianze tra aree geografiche, soprattutto tra Centro-Nord e Sud, nell'accesso a protocolli diagnostico-terapeutici ottimali.

### Riferimenti bibliografici

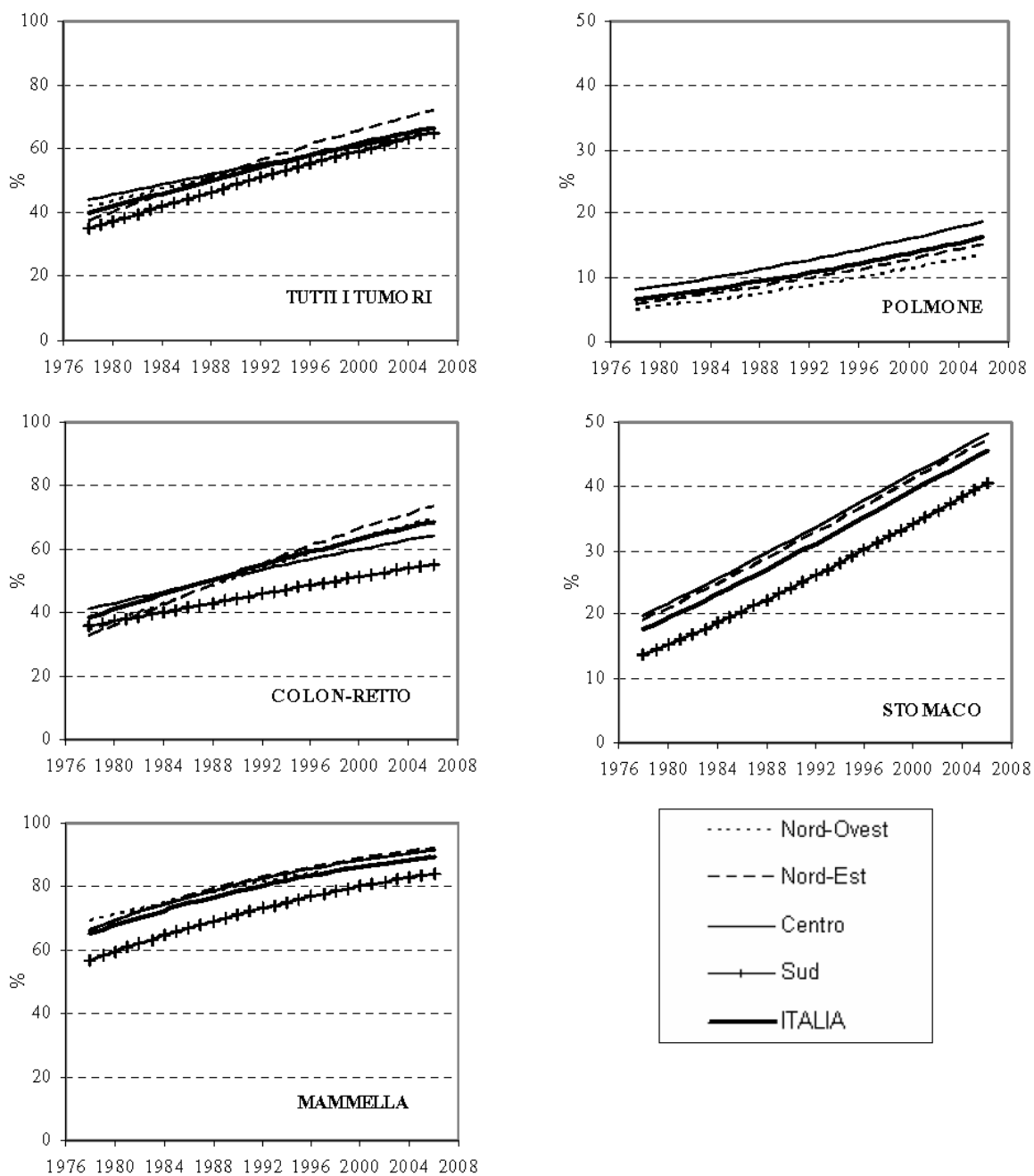
- (1) Inghelmann R, et al. National estimates of cancer patients survival in Italy: a model-based method. *Tumori* 91: 109-115, 2005.
- (2) Berrino F, et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EURO CARE-4 study. *Lancet Oncology* 8 (9): 773-783, 2007.
- (3) AIRTum Working Group: Italian Cancer Figures, Report 2007: Survival. *Epidemiologia & Prevenzione* 31 (1). Suppl 1, 2007.
- (4) Verdecchia A, et al. Methodology for estimation of cancer incidence, survival and prevalence in the Italian Regions. *Tumori* 93, 337-344, 2007.

**Grafico 1** - Trend della sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi per sede oncologica e macro-area. Maschi  
 - Anni 1976-2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Verdecchia A, et al. Tumori 93 (4): 337-344, 2007.

**Grafico 2** - Trend della sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi per sede oncologica e macro-area. Femmine - Anni 1976-2006



**Nota:** Il trend di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per tumore del polmone nel Sud Italia non è disponibile.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Verdecchia A, et al. Tumori 93 (4): 337-344, 2007.



## Sviluppo delle politiche di *Cancer Control* in Europa

Dott. Paolo Baili, Dott. Andrea Micheli

Estendendo l'analisi degli indicatori presentati nei paragrafi precedenti, dall'ambito italiano a quello europeo, è facile intuire come il *Cancer Control* sia diventato uno dei maggiori ambiti delle politiche sanitarie nazionali in quanto il cancro ha un impatto su milioni di individui, le loro famiglie e la società intera ed ha un crescente peso sui sistemi sanitari nazionali relativamente a risorse umane ed economiche. L'attività di *Cancer Control* comprende azioni di prevenzione primaria, diffusione dei programmi di screening, miglioramento del trattamento e della cura e incremento della sopravvivenza e della qualità di vita dei pazienti oncologici.

Nel luglio 2007 la Presidenza Portoghese della Unione Europea (UE) ha promosso a Lisbona una conferenza per discutere delle strategie sanitarie in Europa (1), fra cui quella sul cancro. Al termine della conferenza la Presidenza Portoghese ha prodotto un rapporto in cui in sintesi si afferma che:

a) per migliorare il *Cancer Control* in Europa è necessario un dialogo continuo tra le componenti interessate. È necessaria la condivisione dell'esperienza e della buona pratica, e, se possibile, un migliore coordinamento delle politiche sanitarie tra i Paesi europei. È necessario che il cancro venga riconosciuto come una priorità pubblica per l'Europa affinché esso sia integrato nella più estesa strategia sanitaria europea;

b) nel nome della solidarietà ed equità, è fondamentale che tutti gli europei godano delle stesse opportunità in quanto ad accesso a prevenzione primaria, screening e cura, cioè alla riduzione del rischio di sviluppare i tumori, all'aumento della sopravvivenza, alla riduzione della mortalità e al miglioramento della qualità di vita per i pazienti oncologici;

c) gli stati membri dovrebbero attivare o migliorare piani oncologici nazionali. Tali piani devono:

- promuovere la prevenzione primaria e i programmi di screening;
- facilitare l'accesso rapido ai servizi diagnostici e a cure multidisciplinarie;
- pianificare il coordinamento del processo oncologico (diagnosi, cura, cure palliative);
- prevedere audit routinari sulle prestazioni;
- promuovere interventi atti a garantire la qualità della vita dei pazienti e offrire loro il sostegno psicologico;
- promuovere l'impiego di Linee Guida in vigore;
- monitorare l'outcome;
- garantire supporto alla ricerca;
- monitorare l'efficacia del piano;

d) l'UE dovrebbe raccomandare che tutti gli stati membri mettano la registrazione oncologica nei propri piani. I Registri Tumori dovrebbero contribuire alla valutazione dei programmi per prevenzione, incidenza, screening, cura e sopravvivenza;

e) i programmi di screening oncologici su base di popolazione dovrebbero essere implementati per il tumore della mammella per le donne dai 50 anni (2-3 anni di intervallo), per il tumore della cervice per le donne dai 30 anni (5 anni di intervallo) e per il tumore del colon-retto per le persone dai 50 anni. D'altro canto non devono essere implementati programmi per altre sedi tumorali fino alla presenza di prove concrete a sostegno. Infatti prima dell'implementazione del programma di screening è importante che siano stimati gli effetti in popolazione in termini di salute pubblica e di costi.

### Sitografia

(1) <http://www.acs.min-saude.pt>.

## Le disuguaglianze sociali nei tumori

Dott.ssa Teresa Spadea, Dott. Angelo D'Errico, Dott. Moreno Demaria, Dott. Nicolás Zengarini, Prof. Giuseppe Costa

La relazione tra posizione socio-economica e incidenza di tumori è ampiamente documentata nella letteratura internazionale (1). Nei paesi industrializzati (ma recentemente anche in quelli in via di sviluppo) sono presenti, da un lato, eccessi significativi di rischio nei gruppi socialmente più svantaggiati per alcune sedi (tumore del polmone, dello stomaco, del fegato, delle alte vie aero-digestive (VADS) e della cervice uterina), mentre dall'altro l'eccesso di rischio è presente nelle classi sociali più avvantaggiate per il melanoma, i tumori del colon, della prostata, della mammella e dell'ovaio.

In molti casi l'associazione osservata è facilmente riconducibile alla maggiore frequenza nelle basse posizioni sociali dei fattori di rischio noti per il tumore analizzato (fumo per il tumore del polmone, alcol e fumo per i tumori delle VADS). Una più alta incidenza di tumori della mammella e dell'ovaio nelle donne delle classi sociali più elevate è parzialmente attribuibile al loro comportamento riproduttivo: riduzione del numero di figli, posticipo dell'età al primo figlio e riduzione dei tempi di allattamento. In altre circostanze, invece, la spiegazione del rapporto tra posizione socio-economica e incidenza tumorale è più controversa.

In Italia diversi studi hanno tentato di valutare il ruolo indipendente dei fattori sociali al netto di altri determinanti conosciuti, concentrandosi in particolare sui tumori del colon e della mammella (2-4). Questi studi hanno messo in evidenza una protezione per i nati al Centro-Sud e modifiche al rischio oncologico a seguito della migrazione al Nord. In particolare, analizzando la capacità di adeguamento dei migranti ai rischi della comunità ospite, si è osservato un maggiore mantenimento della protezione nelle donne e nelle persone meno istruite per il tumore del colon (probabilmente per la conservazione del proprio stile di vita) ed una diminuzione della protezione per il tumore della mammella nelle donne immigrate in giovane età.

Un recente studio comparativo tra 8 paesi europei (5) (Finlandia, Norvegia, Inghilterra & Galles, Belgio, Austria, Svizzera, Italia e Spagna) fornisce un'ulteriore motivazione allo studio della relazione tra posizione socio-economica e tumori. In tali paesi si riscontra un eccesso di mortalità generale negli individui con basso livello d'istruzione. L'analisi del peso percentuale di ciascuna causa di morte specifica su tale eccesso di mortalità ha mostrato che in Italia (rappresentata dai dati dello Studio Longitudinale Torinese) il 33,8% dell'eccesso di rischio tra gli uomini con basso livello d'istruzione è dovuto alla mortalità per tutti i tumori (5). Tale percentuale è seconda solo alla Spagna (a Madrid e Barcellona il peso della mortalità oncologica è pari al 35,0%) ed è molto superiore alle percentuali degli altri paesi che oscillano tra il 12,9% e il 27,9%. Per quanto riguarda il tumore del polmone negli uomini, si osserva per Torino il maggiore contributo relativo con una percentuale del 19,9%, seguito dal Belgio con il 17,2%, contro una percentuale media del 13,3%.

In Italia le disuguaglianze sociali nell'incidenza e nella mortalità per tumori sono state indagate più a fondo in Piemonte, dove si è riscontrato che la distribuzione geografica della mortalità oncologica tra gli uomini rispecchia abbastanza fedelmente la distribuzione comunale di un indicatore composito di deprivazione, costruito sulla base delle percentuali di residenti con caratteristiche socioeconomiche sfavorevoli (basso livello d'istruzione, lavoro manuale, casa in affitto o senza servizi igienici interni, alta densità abitativa e famiglia monogenitoriale) (6). Inoltre, l'analisi dei tassi di mortalità per tutti i tumori stratificata per livello dell'indice di deprivazione comunale mette in luce un eccesso di mortalità di circa l'8% per i residenti nei comuni deprivati rispetto a quelli ricchi.

Un altro studio recente, basato sul *record-linkage* individuale tra i dati di incidenza del Registro Tumori Piemonte e lo Studio Longitudinale Torinese, fornisce un quadro complessivo sulle variazioni dell'associazione tra istruzione e incidenza tumorale lungo un arco temporale di 15 anni (1985-1999) (7). Sull'intero periodo di osservazione, si registrano gradienti sociali sostanzialmente conformi alla letteratura internazionale, con un eccesso di rischio per tutti tumori tra gli uomini meno istruiti stimabile a circa il 20%. Tale eccesso di rischio è di particolare intensità (superiore al 50%) per i tumori delle VADS, dello stomaco, del polmone e del fegato. I gradienti sociali sono invece meno marcati per le donne, tranne che per i tumori della cervice uterina e per i tumori dello stomaco e del fegato, per i quali i rischi sono sovrapponibili a quelli degli uomini. Anche in Italia, come nella maggior parte dei paesi industrializzati, le persone più istruite hanno, invece, una incidenza più elevata di melanoma, dei tumori della mammella, dell'ovaio e della prostata. Dallo studio emerge:

- un eccesso di rischio crescente nel tempo a carico degli uomini con istruzione bassa per:

- 1) il tumore del retto: da RR=0,94 [95% IC = 0,71-1,25] nel primo quinquennio (1985-89) a RR=1,44 [95% IC = 1,09-1,91] nell'ultimo (1995-99);
- 2) il tumore del fegato e delle vie biliari: da RR=1,39 [95% IC = 1,01-1,92] a RR=1,80 [95% IC = 1,36-2,36];
- 3) i tumori a sede mal-definita: da RR=1,17 [95% IC = 0,86-1,59] a RR=1,55 [95% IC = 1,07-2,25];

- la scomparsa della protezione osservata solo nel primo periodo nei confronti del tumore del colon, da RR=0,73 [95% IC = 0,60-0,90] a RR=1,00 [95% IC = 0,82-1,21];

- un aumento dello svantaggio, soprattutto per le donne con istruzione media, per i tumori della cervice uterina, da RR=1,49 [95% IC = 0,96-2,32] a RR=2,08 [95% IC = 1,37-3,17].

L'analisi di questi dati permette di capire il peso relativo dei diversi meccanismi di generazione delle disuguaglianze (ad esempio la distribuzione sociale del fumo nel caso dei tumori del polmone e delle VADS e l'accesso differenziale alla diagnosi precoce per mammella e cervice) e fornisce evidenze utili per la programmazione di misure di prevenzione dei tumori che incorporino anche obiettivi di equità e di contrasto alle disuguaglianze esistenti.

Per quanto riguarda le disuguaglianze sociali nella sopravvivenza oncologica in passato era stato evidenziato che pazienti torinesi a bassa scolarità avessero una minore probabilità di sopravvivenza (8-10): questi risultati suggerivano la presenza di barriere di accesso a trattamenti efficaci da parte dei gruppi più svantaggiati. Alcuni risultati preliminari relativi all'analisi della sopravvivenza per tumore a 5 anni dalla diagnosi a Torino confermano la presenza di differenze sociali in gran parte delle sedi tumorali. Tali analisi, tuttavia, dovrebbero essere corrette per lo stadio alla diagnosi, in quanto non si può escludere che tale variabile sia distribuita in modo differenziale tra le classi sociali, distorcendo fortemente la stima dei rischi.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Faggiano F, Partanen T, Kogevinas M, Boffetta P. Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality. In: Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P. Social inequalities and cancer. Lyon: IARC (IARC Scientific Publications No 138), 1997: 65-176.
- (2) Tavani A, Fioretti F, Franceschi S, Gallus S, Negri E, Montella M, Conti E, La Vecchia C. Education, socioeconomic status and risk of cancer of the colon and rectum. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 380-385.
- (3) Tavani A, Braga C, La Vecchia C, Negri E, Russo A, Franceschi S. Attributable risk for breast cancer in Italy: education, family history and reproductive and hormonal factors. *Int J Cancer* 1997; 70: 159-163.
- (4) Pisa FE, Barbone F, Montella M, Talamini R, La Vecchia C, Franceschi S. Migration, socio-economic status and the risk of colorectal cancer in Italy. *Eur J Cancer Prev* 2000; 9: 409-416.
- (5) Huisman M, Kunst AE, Bopp M, et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet* 2005; 365: 493-500.
- (6) Costa G, Gnani R (a cura di). Misure e problemi per la salute e la sanità In: Regione Piemonte. Salute in Piemonte. Torino: Regione Piemonte, 2006: Parte Prima.
- (7) Spadea T, d'Errico A, Demaria M, et al. Incidence of cancer and social inequalities in Turin, Italy. *Int J Cancer* (submitted).
- (8) Ciccone G, Magnani C, Delsedime L, Vineis P. Socioeconomic status and survival from soft-tissue sarcomas: a population-based study in Northern Italy. *Am J Public Health* 1991; 81: 747-749.
- (9) Rosso S, Faggiano F, Zanetti R, Costa G. Social class and cancer survival in Turin, Italy. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51: 30-34.
- (10) Faggiano F, Zanetti R, Rosso S, Costa G. Differenze sociali nell'incidenza, letalità e mortalità per tumori a Torino. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 294-299.