



Malattie oncologiche

Il controllo delle patologie oncologiche ha registrato importanti passi avanti negli ultimi decenni. La sopravvivenza dei pazienti oncologici, uno dei principali indicatori per valutare l'efficacia complessiva del sistema sanitario nel fronteggiare la patologia, è aumentata in modo continuo e sostanziale per la maggior parte delle neoplasie nella prima decade degli anni Duemila, sia in Italia che nel resto d'Europa.

La sopravvivenza è fortemente influenzata da due fattori: prevenzione secondaria e terapie. La diagnosi precoce, infatti, può aumentare le probabilità di essere curati in modo efficace e, conseguentemente, ridurre la mortalità specifica. La riduzione della mortalità è l'obiettivo principale dei programmi di screening organizzato per il tumore della mammella, cervice uterina e colon-retto. Negli ultimi due casi l'individuazione precoce di lesioni pre-cancerose si traduce anche in una riduzione di incidenza delle forme invasive. Lo sviluppo delle terapie gioca un ruolo altrettanto rilevante nell'incremento della sopravvivenza. L'avanzamento nelle tecniche chirurgiche (la chirurgia è il trattamento di elezione nella maggior parte dei tumori) e l'introduzione di terapie innovative (farmaci a bersaglio molecolare e immunoterapia) hanno modificato in modo significativo la prognosi di molti tumori.

Idealmente, l'aumento di sopravvivenza dovrebbe tradursi in un minor numero di decessi, ma questo non sempre avviene perché la mortalità è influenzata anche dall'andamento dell'incidenza negli anni precedenti. I decessi che osserviamo oggi si verificano tra i pazienti diagnosticati in passato e non è detto che il miglioramento di sopravvivenza compensi l'incremento di nuovi casi. Inoltre, se da un lato lo screening e la diagnosi precoce possono realmente migliorare l'efficacia delle terapie e contribuire a ridurre la mortalità, dall'altro una aumentata attività diagnostica precoce può, in una quota di casi, incrementare la sopravvivenza in modo fittizio, senza effetti sulla mortalità, se l'anticipazione diagnostica non concorre a posticipare il decesso o esita in sovra-diagnosi di lesioni non aggressive. Questo si è verificato per i tumori prostatici, ma anche per i melanomi della pelle e il tumore della tiroide.

L'incremento di sopravvivenza non provoca, dunque, necessariamente una riduzione di mortalità e valutare l'impatto dei cambiamenti prognostici sulla mortalità non è affatto immediato. Vista l'interdipendenza esistente tra mortalità, incidenza e sopravvivenza, per valutare i reali progressi prodotti da prevenzione primaria, screening/diagnosi precoce e terapie è necessario analizzare in modo congiunto la dinamica di questi tre indicatori sanitari.



Progressi e criticità nel controllo dei tumori: analisi congiunta delle tendenze stimate nel periodo 2005-2015 di incidenza, sopravvivenza e mortalità

Obiettivi. Valutare su scala nazionale e regionale se il rischio associato alle patologie oncologiche si stia riducendo o se l'incremento di sopravvivenza si limiti a mitigare l'aumento di incidenza e mortalità.

Discriminare progressi e criticità nel controllo dei tumori attraverso l'analisi integrata delle tendenze di: incidenza, sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi e mortalità.

Periodo di riferimento: 2005-2015.

Analisi dei principali tumori prevenibili (mammella, colon-retto, polmone e cervice uterina) al variare del genere e della regione e/o ripartizione geografica.

Incidenza

Significato. L'incidenza esprime il rischio (ovvero la probabilità) di ammalarsi di tumore e fornisce informazioni utili sui determinanti della malattia (fattori di rischio).

L'incidenza si stima dal numero di nuovi casi di tumore che si verificano in una data popolazione in un dato periodo di tempo. Per eliminare l'effetto confondente della struttura per età della popolazione è possibile standardizzare i tassi per età.

Tasso di incidenza per tumore*

$$\text{Tasso di incidenza per tumore} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Numeratore: Nuovi casi di tumore nell'anno Y

Denominatore: Popolazione media residente nell'anno Y

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi

Significato. La sopravvivenza relativa è la probabilità di sopravvivere ad uno specifico tumore, al netto della mortalità competitiva per tutte le altre cause di morte. La sopravvivenza esprime, in termini di probabilità, la prognosi associata alla malattia al variare della distanza dalla diagnosi e si stima come rapporto tra la probabilità di sopravvivere un certo numero

di anni per una coorte di pazienti oncologici diagnosticati ad età x e anno Y e la corrispondente probabilità di sopravvivere di un gruppo estratto dalla popolazione generale, paragonabile per età, genere e anno di calendario. Per eliminare l'effetto confondente della struttura per età della popolazione è possibile standardizzare la sopravvivenza per età.

Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi

$$\text{Sopravvivenza relativa a 5 anni} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Probabilità di sopravvivere 5 anni dei pazienti diagnosticati a età x nell'anno Y

Denominatore: Probabilità di sopravvivere 5 anni della popolazione generale di età x nell'anno Y

Mortalità

Significato. La mortalità esprime il rischio (ovvero la probabilità) di morire per tumore ed è legata sia all'incidenza che alla sopravvivenza per tumore. La mortalità si stima dal numero di decessi per tumore che si

verificano in una data popolazione in un dato periodo di tempo. Per eliminare l'effetto confondente della struttura per età della popolazione è possibile standardizzare i tassi per età.

Tasso di mortalità per tumore*

$$\text{Tasso di mortalità per tumore} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Numeratore: Decessi per tumore nell'anno Y

Denominatore: Popolazione media residente nell'anno Y

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. In Italia l'incidenza e la sopravvivenza dei tumori sono monitorate dai Registri Tumori (RT) di popolazione (Associazione Italiana Registri Tumori-AIRTUM). La copertura dei RT è piuttosto

ampia (51,0% della popolazione italiana), ma eterogenea sul territorio, con problemi di rappresentatività per alcune regioni e per la popolazione nazionale. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione



con AIRTUM, ha prodotto stime di incidenza, mortalità, prevalenza e sopravvivenza a livello nazionale e regionale (3), estendendo la copertura territoriale dei dati di registro e l'orizzonte temporale dei dati osservati. Tali stime ottenute con la metodologia *Mortality Incidence Analysis Model* (MIAMOD) (4, 5), coprono il periodo 1970-2015 e sono accessibili sul sito www.tumori.net. Le stime MIAMOD sono calcolate a partire dalla mortalità per tumore nelle regioni (resa disponibile dall'Istituto Nazionale di Statistica-Istat) e dalla sopravvivenza dei pazienti oncologici rilevata da AIRTUM. La sopravvivenza relativa è stimata con modelli di cura misti (*mixed cure models*) (6). La metodologia MIAMOD consente di effettuare anche proiezioni temporali e fornisce la stima simultanea di tutti e quattro gli indicatori epidemiologici. Le stime prodotte sono validate utilizzando tutti i dati osservati a disposizione e sono incluse nel Sistema Statistico Nazionale (SISTAN) e nel *database Health for All* (Organizzazione Mondiale della Sanità *Regional Office for Europe*).

I tassi di mortalità e incidenza sono stati standardizzati con il metodo diretto e la popolazione standard europea per eliminare l'effetto inflattivo prodotto dall'invecchiamento della popolazione e valutare i determinanti legati agli altri fattori di rischio. Con il metodo *Joint Point* si è stimato il cambiamento percentuale annuo (*Estimated Annual Percent Change*) dei tassi standardizzati di incidenza e mortalità, usando modelli di regressione log-lineare. La significatività del cambiamento è stata saggiata entro il livello di confidenza del 95%. La sopravvivenza relativa a 5 anni è stata standardizzata per età utilizzando il metodo *International Comparison Survival Standard* (7). I cambiamenti della sopravvivenza aggiustata per età sono stati valutati in termini di differenze assolute (APD=SR2015-SR2005) espressi in punti percentuali. Le stime regionali qui riportate sono basate sulla mortalità osservata regionale al 2002 (3). Questo può influire sulle proiezioni temporali al 2015 che risultano essere tanto più affidabili quanto più le tendenze della mortalità osservata nel primo decennio 2000 sono in linea con l'andamento degli anni precedenti.

Valore di riferimento/Benchmark. La mortalità per causa, resa disponibile dall'Istat costituisce il valore di riferimento per la mortalità. I dati rilevati da AIRTUM nelle aree coperte da registrazione forniscono valori di riferimento per l'incidenza e la sopravvivenza oncologica.

Descrizione dei risultati

Le Tabelle 1-6 presentano i cambiamenti di incidenza, mortalità e sopravvivenza nel periodo 2005-2015 per i tumori del polmone, cervice uterina, colon-retto e mammella. Dall'analisi congiunta della dinamica dei tre indicatori abbiamo individuato profili diversificati

in funzione dei progressi conseguiti nella lotta ai tumori.

Ci sono evidenze di progresso quando l'incremento di sopravvivenza è accompagnato da una parallela riduzione di incidenza e mortalità (*pattern A*) o da una riduzione di mortalità con incidenza stabile (*pattern B*).

Il progresso si può definire parziale quando andamenti favorevoli nella mortalità (riduzione) sono mescolati ad andamenti sfavorevoli di incidenza (aumento), nonostante la prognosi sia migliorata (*pattern C*).

Quando, invece, il carico sanitario oncologico peggiora (incidenza e mortalità in aumento), non si sono fatti sostanziali progressi nemmeno se la sopravvivenza è migliorata (*pattern D*).

A. Progresso ottimale: aumento di sopravvivenza, riduzione di incidenza e mortalità

Questo profilo corrisponde ad un progresso ottimale in tutti e tre gli indicatori e si è osservato per il tumore polmonare maschile e per il tumore della cervice uterina. Tra il 2005 e il 2015 i tassi standardizzati di incidenza sono diminuiti in modo statisticamente significativo del 2,7% l'anno per il tumore polmonare maschile (da 73,4 a 55,8 per 100.000) (Tabella 1) e del 4,1% per il cervico-carcinoma (da 5,3 a 3,5 per 100.000) (Tabella 2). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è aumentata in valore assoluto di 5,7 punti percentuali per il tumore del polmone e di 2,4 punti percentuali per il tumore della cervice uterina. Di conseguenza, la mortalità si è ridotta ancor più dell'incidenza: la riduzione percentuale annua stimata è stata del 3,2% per il tumore polmonare maschile (da 61,9 a 44,6 per 100.000) e del 4,3% per il tumore cervicale (da 2,1 a 1,3 per 100.000).

Per il tumore del polmone le riduzioni più forti di incidenza e mortalità si sono riscontrate nelle regioni del Nord-Est, in particolare in Veneto (-4,6% e -4,9% l'anno, rispettivamente), mentre il Meridione è l'area con le diminuzioni meno marcate (-1,7% per l'incidenza; -2,3% per la mortalità), in particolare in Basilicata e Calabria si stima un decremento di poco più dell'1% l'anno (Tabella 1).

Per il tumore cervicale, invece, le riduzioni di incidenza e mortalità sono omogenee su tutto il territorio nazionale (Tabella 2).

B. Progresso: aumento di sopravvivenza, incidenza stabile e mortalità in riduzione

Questo *pattern* si è riscontrato nel tumore del colon-retto femminile. Tra il 2005 e il 2015 la sopravvivenza a 5 anni è aumentata considerevolmente (+8,4%) per effetto di un miglioramento delle tecniche diagnostiche e terapeutiche. Dopo anni di continuo aumento l'incidenza si è stabilizzata nel decennio in esame (da 39,3 a 37,8 per 100.000; -0,4% l'anno). Queste tendenze positive si riflettono sulla mortalità che si stima in significativa riduzione (da 15,3 a 11,9



per 100.000; -2,5% l'anno) e in modo uniforme su tutto il territorio nazionale (Nord -2,6%, Centro -2,7%, Sud ed Isole -2,2% l'anno). Anche in questo caso emergono delle criticità in Calabria e Basilicata dove l'incidenza è stimata ancora in crescita (+1,0% l'anno) in controtendenza rispetto al dato nazionale (-0,4%) e alla generalità delle regioni meridionali (Tabella 3).

C. Progresso parziale: aumento di sopravvivenza, incidenza in aumento e mortalità in riduzione

Combinazioni ambivalenti nelle tendenze di incidenza e mortalità, possono essere classificate come situazioni di progresso parziale. Questo quadro si presenta per i tumori del colon-retto maschile e della mammella femminile, per i quali la mortalità si riduce, ma persiste un lieve aumento dell'incidenza. Il quadro nazionale non è, però, omogeneo sul territorio ed è la risultante di andamenti contrapposti, di reale progresso al Centro-Nord (dove l'incidenza si riduce o si stabilizza) e più sfavorevoli al Sud e nelle Isole.

Negli uomini affetti da tumore coloretale la prognosi a 5 anni è stimata in aumento sostanziale (+8,8%), analogamente a quanto osservato nelle donne.

L'incidenza, invece, non si è ancora stabilizzata nel genere maschile e, pur avendo subito un rallentamento della crescita, è stimata ancora in leggero ma significativo aumento (+0,5%; tasso standardizzato da 66,9 a 70,4 per 100.000). La dinamica nazionale è in realtà il risultato di un bilanciamento tra stabilizzazione del rischio al Centro-Nord (0,0%-0,2%) e persistente aumento al Sud ed Isole (+1,7%). Il quadro della mortalità risulta, complessivamente, migliorato con una riduzione dell'1,6% annuo (da 26,4 a 22,5 per 100.000) che, però, è minima al Meridione (-0,4%) ed è inequivocabilmente netta al Centro-Nord (-2,0%). Per il cancro coloretale maschile tutta l'area meridionale, ad

eccezione della Puglia, presenta una situazione di ritardato progresso. La regione dove si riscontrano le tendenze più favorevoli è la Lombardia (Tabella 4).

Per il tumore della mammella la sopravvivenza a 5 anni è elevata e stimata ancora in aumento (+4,2%, da 86,9% a 91,1%). L'incidenza tende a stabilizzarsi al Nord (-0,3%) e al Centro (+0,6%), ma non al Sud ed Isole (+3,0%) e risulta, di conseguenza, complessivamente ancora in leggero aumento in Italia (+1,0%: da 107,2 a 118,4 per 100.000). Un effetto analogo si osserva per la mortalità che, nell'insieme, diminuisce del 2,8% l'anno (da 22,5 a 17,0 per 100.000), ma più lentamente al Meridione (-1,4%) che non al Centro-Nord (rispettivamente, -3,3% e -3,6%) dove l'incidenza si è stabilizzata o ha rallentato la crescita. Le regioni per cui si stima il massimo incremento di incidenza sono la Basilicata e la Calabria (+4,2%) (Tabella 5).

D. Inadeguato o non sufficiente progresso: sopravvivenza in aumento, incidenza e mortalità stabili o in aumento

Quando il miglioramento prognostico non si accompagna ad una parallela riduzione del carico sanitario complessivo il progresso si può definire inadeguato o insufficiente, come nel caso del cancro polmonare nelle donne. I tassi di incidenza sono aumentati significativamente ogni anno dell'1,6% tra il 2005 e il 2015 (da 16,9 a 19,9 per 100.000). Il parallelo incremento di mortalità (+0,8%) è stato probabilmente mitigato dalla migliorata sopravvivenza che si è incrementata di 5,6 punti percentuali (da 18,2% a 23,8%). Questo quadro è abbastanza omogeneo sul territorio e non presenta il caratteristico gradiente Nord-Sud ed Isole. Il Centro è l'area più critica, con gli aumenti di incidenza (+2,5%) e mortalità (+1,7%) più elevati, mentre il Nord appare l'area con le tendenze più favorevoli (Tabella 6).



MALATTIE ONCOLOGICHE

225

Tabella 1 - Stime di incidenza, sopravvivenza e mortalità per tumore del polmone nella popolazione di età 0-99 anni per regione e macroarea. Tasso (standardizzato per età, popolazione europea, per 100.000 persone/anno) di incidenza e mortalità, variazione annuale percentuale (Estimated Annual Percent Change-EAPC, valori per 100), sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi (valori per 100), variazione assoluta (Absolute Percent Difference-APD, valori per 100), trend e progresso. Maschi - Anni 2005, 2015

Regioni/Macroaree	Incidenza				Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi				Mortalità				Progresso
	2005 Tassi std	2015 Tassi std	EAPC	Trend	2005	2015	APD	Trend	2005 Tassi std	2015 Tassi std	EAPC	Trend	
Piemonte	72,0	46,5	-4,3*	↓↓	14,3	19,9	5,6	↑↑	61,4	38,2	-4,6*	↓↓	A
Valle d' Aosta	72,0	46,5	-4,3*	↓↓	14,3	19,9	5,6	↑↑	61,5	38,2	-4,6*	↓↓	A
Lombardia	83,4	67,9	-2,2*	↓↓	14,3	19,9	5,6	↑↑	70,5	52,5	-3,0*	↓↓	A
Veneto	77,4	48,5	-4,6*	↓↓	16,0	21,5	5,5	↑↑	65,2	39,3	-4,9*	↓↓	A
Trentino-Alto Adige°	58,6	37,7	-4,3*	↓↓	16,0	21,5	5,5	↑↑	49,1	30,3	-4,7*	↓↓	A
Friuli Venezia Giulia	67,7	42,9	-4,5*	↓↓	16,0	21,5	5,5	↑↑	58,5	35,9	-4,8*	↓↓	A
Liguria	77,6	58,4	-2,8*	↓↓	14,3	19,9	5,6	↑↑	65,2	47,0	-3,2*	↓↓	A
Emilia-Romagna	72,3	49,4	-3,7*	↓↓	16,0	21,5	5,5	↑↑	60,5	39,7	-4,1*	↓↓	A
Toscana	68,1	48,1	-3,4*	↓↓	13,3	15,7	2,5	↑↑	58,7	40,9	-3,5*	↓↓	A
Umbria	57,4	39,4	-3,7*	↓↓	13,3	15,7	2,5	↑↑	49,4	33,7	-3,7*	↓↓	A
Marche	59,2	41,6	-3,5*	↓↓	13,3	15,7	2,5	↑↑	51,0	35,3	-3,6*	↓↓	A
Lazio	77,3	59,4	-2,6*	↓↓	13,3	15,7	2,5	↑↑	66,1	50,0	-2,8*	↓↓	A
Abruzzo	56,4	46,7	-1,9*	↓↓	13,6	21,2	7,6	↑↑	46,9	36,5	-2,5*	↓↓	A
Molise	56,3	46,7	-1,9*	↓↓	13,6	21,2	7,6	↑↑	46,8	36,5	-2,5*	↓↓	A
Campania	90,2	76,7	-1,6*	↓↓	13,6	21,2	7,6	↑↑	74,9	59,9	-2,2*	↓↓	A
Puglia	72,8	59,6	-2,0*	↓↓	13,6	21,2	7,6	↑↑	60,8	46,7	-2,6*	↓↓	A
Basilicata	55,1	48,6	-1,2*	↓↓	13,6	21,2	7,6	↑↑	45,6	37,7	-1,9*	↓↓	A
Calabria	55,1	48,6	-1,2*	↓↓	13,6	21,2	7,6	↑↑	45,6	37,7	-1,9*	↓↓	A
Sicilia	64,4	53,1	-1,9*	↓↓	13,6	21,2	7,6	↑↑	53,6	41,5	-2,5*	↓↓	A
Sardegna	73,1	58,9	-2,1*	↓↓	13,6	21,2	7,6	↑↑	61,0	46,3	-2,7*	↓↓	A
Italia	73,4	55,8	-2,7*	↓↓	14,1	19,8	5,7	↑↑	61,9	44,6	-3,2*	↓↓	A
Nord	76,4	55,1	-3,3*	↓↓	15,0	20,5	5,6	↑↑	64,5	43,8	-3,8*	↓↓	A
Centro	70,0	51,6	-3,0*	↓↓	13,3	15,7	2,5	↑↑	60,0	43,6	-3,1*	↓↓	A
Sud ed Isole	71,3	59,8	-1,7*	↓↓	13,6	21,2	7,6	↑↑	59,3	46,7	-2,3*	↓↓	A

*Livello di confidenza statistica al 95%.

°I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Legenda:

<i>Trend</i>	<i>Progresso</i>
↓↓: riduzione	A=progresso ottimale: incidenza in riduzione/lieve riduzione, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
↓: lieve riduzione	B=progresso: incidenza stabile, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
=: stabile	C=progresso parziale: incidenza in aumento, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
↑: lieve aumento	D=progresso inadeguato: incidenza stabile o in aumento, mortalità stabile o in aumento, sopravvivenza in aumento.
↑↑: aumento	

Fonte dei dati: Banca Dati www.tumori.net. Anno 2017.



Tabella 2 - Stime di incidenza, sopravvivenza e mortalità per tumore della cervice uterina nella popolazione di età 0-94 anni per regione e macroarea. Tasso (standardizzato per età, popolazione europea, per 100.000 persone/anno) di incidenza e mortalità, variazione annuale percentuale (Estimated Annual Percent Change-EAPC), sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi (valori per 100), variazione assoluta (Absolute Percent Difference-APD, valori per 100), trend e progresso - Anni 2005, 2015

Regioni/Macroaree	Incidenza				Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi				Mortalità				Progresso
	2005 Tassi std	2015 Tassi std	EAPC	Trend	2005	2015	APD	Trend	2005 Tassi std	2015 Tassi std	EAPC	Trend	
Piemonte	7,4	4,7	-4,4*	↓↓	68,2	70,7	2,5	↑↑	2,5	1,7	-3,8*	↓↓	A
Valle d' Aosta	7,4	4,7	-4,4*	↓↓	68,2	70,7	2,5	↑↑	2,5	1,7	-3,8*	↓↓	A
Lombardia	4,8	3,0	-4,6*	↓↓	68,2	70,7	2,5	↑↑	1,8	1,1	-4,4*	↓↓	A
Veneto	4,6	3,2	-3,5*	↓↓	71,1	73,1	2,0	↑↑	1,5	1,0	-3,6*	↓↓	A
Trentino-Alto Adige°	5,0	3,1	-4,6*	↓↓	71,1	73,1	2,0	↑↑	1,9	1,1	-5,2*	↓↓	A
Friuli Venezia Giulia	7,7	7,2	-0,8*	↓	71,1	73,1	2,0	↑↑	2,4	1,9	-2,4*	↓↓	A
Liguria	6,6	4,2	-4,3*	↓↓	68,2	70,7	2,5	↑↑	2,3	1,6	-3,7*	↓↓	A
Emilia-Romagna	6,6	4,6	-3,6*	↓↓	71,1	73,1	2,0	↑↑	2,1	1,4	-3,7*	↓↓	A
Toscana	5,0	3,9	-2,4*	↓↓	67,5	69,5	2,1	↑↑	1,9	1,3	-3,7*	↓↓	A
Umbria	6,0	4,4	-3,1*	↓↓	67,5	69,5	2,1	↑↑	2,1	1,6	-2,7*	↓↓	A
Marche	5,3	4,5	-1,6*	↓↓	67,5	69,5	2,1	↑↑	1,9	1,4	-3,1*	↓↓	A
Lazio	5,2	3,4	-4,1*	↓↓	67,5	69,5	2,1	↑↑	1,9	1,2	-4,5*	↓↓	A
Abruzzo	3,7	2,3	-4,6*	↓↓	60,2	62,7	2,5	↑↑	1,8	1,1	-5,0*	↓↓	A
Molise	3,7	2,3	-4,6*	↓↓	60,2	62,7	2,5	↑↑	1,8	1,1	-5,0*	↓↓	A
Campania	5,8	3,5	-4,8*	↓↓	60,2	62,7	2,5	↑↑	2,6	1,7	-4,4*	↓↓	A
Puglia	5,6	3,5	-4,5*	↓↓	60,2	62,7	2,5	↑↑	2,6	1,6	-4,4*	↓↓	A
Basilicata	4,5	2,9	-4,3*	↓↓	60,2	62,7	2,5	↑↑	2,2	1,3	-4,7*	↓↓	A
Calabria	4,5	2,9	-4,3*	↓↓	60,2	62,7	2,5	↑↑	2,2	1,3	-4,7*	↓↓	A
Sicilia	4,4	2,2	-6,7*	↓↓	60,2	62,7	2,5	↑↑	2,3	1,2	-6,3*	↓↓	A
Sardegna	4,0	2,8	-3,3*	↓↓	60,2	62,7	2,5	↑↑	1,9	1,3	-3,8*	↓↓	A
Italia	5,3	3,5	-4,1*	↓↓	65,8	68,2	2,4	↑↑	2,1	1,3	-4,3*	↓↓	A
<i>Nord</i>	5,7	3,8	-4,0*	↓↓	69,4	71,7	2,3	↑↑	2,0	1,3	-4,0*	↓↓	A
<i>Centro</i>	5,2	3,8	-3,3*	↓↓	67,5	69,5	2,1	↑↑	1,9	1,3	-4,0*	↓↓	A
<i>Sud ed Isole</i>	4,9	3,0	-4,9*	↓↓	60,2	62,7	2,5	↑↑	2,4	1,4	-4,8*	↓↓	A

*Livello di confidenza statistica al 95%.

°I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Legenda:

<i>Trend</i>	<i>Progresso</i>
↓↓: riduzione	
↓: lieve riduzione	A=progresso ottimale: incidenza in riduzione/lieve riduzione, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
=: stabile	B=progresso: incidenza stabile, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
↑: lieve aumento	C=progresso parziale: incidenza in aumento, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
↑↑: aumento	D=progresso inadeguato: incidenza stabile o in aumento, mortalità stabile o in aumento, sopravvivenza in aumento.

Fonte dei dati: Banca Dati www.tumori.net. Anno 2017.

MALATTIE ONCOLOGICHE

227

Tabella 3 - Stime di incidenza, sopravvivenza e mortalità per tumore del colon-retto nella popolazione di età 0-99 anni per regione e macroarea. Tasso (standardizzato per età, popolazione europea, per 100.000 persone/anno) di incidenza e mortalità, variazione annuale percentuale (Estimated Annual Percent Change EAPC, valori per 100), sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi (valori per 100), variazione assoluta (Absolute Percent Difference-APD, valori per 100), trend e progresso. Femmine - Anni 2005, 2015

Regioni/Macroaree	Incidenza				Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi				Mortalità				Progresso
	2005 Tassi std	2015 Tassi std	EAPC	Trend	2005	2015	APD	Trend	2005 Tassi std	2015 Tassi std	EAPC	Trend	
Piemonte	41,4	41,5	0,0*	=	64,8	73,0	8,2	↑↑	15,9	12,5	-2,4*	↓↓	B
Valle d' Aosta	41,3	41,6	0,1*	=	64,8	73,0	8,2	↑↑	15,8	12,5	-2,3*	↓↓	B
Lombardia	41,0	37,2	-1,0*	↓↓	64,8	73,0	8,2	↑↑	15,9	11,6	-3,1*	↓↓	A
Veneto	42,2	44,0	0,4*	=	66,7	74,7	7,9	↑↑	15,0	12,4	-1,8*	↓↓	B
Trentino-Alto Adige ^o	41,6	39,3	-0,6*	↓	66,7	74,7	7,9	↑↑	15,2	11,3	-2,9*	↓↓	A
Friuli Venezia Giulia	41,9	41,2	-0,2*	=	66,7	74,7	7,9	↑↑	16,8	14,2	-1,7*	↓↓	B
Liguria	41,5	38,9	-0,6*	↓	64,8	73,0	8,2	↑↑	16,1	12,0	-2,9*	↓↓	A
Emilia-Romagna	44,3	41,6	-0,6*	↓	66,7	74,7	7,9	↑↑	16,1	12,2	-2,7*	↓↓	A
Toscana	43,8	42,1	-0,4*	=	66,7	74,7	7,9	↑↑	16,0	12,4	-2,5*	↓↓	B
Umbria	41,9	40,7	-0,3*	=	66,7	74,7	7,9	↑↑	15,4	11,8	-2,6*	↓↓	B
Marche	43,4	40,1	-0,8*	↓	66,7	74,7	7,9	↑↑	15,9	11,7	-3,1*	↓↓	A
Lazio	43,8	41,8	-0,4*	=	66,7	74,7	7,9	↑↑	15,9	12,2	-2,6*	↓↓	B
Abruzzo	31,7	32,0	0,1*	=	59,6	68,5	8,9	↑↑	13,7	11,1	-2,0*	↓↓	B
Molise	31,7	32,0	0,1*	=	59,6	68,5	8,9	↑↑	13,7	11,1	-2,0*	↓↓	B
Campania	34,1	35,1	0,3*	=	59,6	68,5	8,9	↑↑	14,7	12,2	-1,8*	↓↓	B
Puglia	32,5	31,7	-0,2*	=	59,6	68,5	8,9	↑↑	14,2	11,3	-2,3*	↓↓	B
Basilicata	31,8	35,2	1,0*	↑↑	59,6	68,5	8,9	↑↑	13,5	12,2	-1,0*	↓↓	C
Calabria	31,8	35,3	1,1*	↑↑	59,6	68,5	8,9	↑↑	13,5	12,2	-1,0*	↓↓	C
Sicilia	31,8	29,3	-0,8*	↓	59,6	68,5	8,9	↑↑	14,0	10,3	-3,0*	↓↓	A
Sardegna	32,1	28,8	-1,1*	↓↓	59,6	68,5	8,9	↑↑	14,2	10,4	-3,1*	↓↓	A
Italia	39,3	37,8	-0,4*	=	63,7	72,1	8,4	↑↑	15,3	11,9	-2,5*	↓↓	B
Nord	41,9	40,2	-0,4*	=	65,6	73,7	8,1	↑↑	15,8	12,1	-2,6*	↓↓	B
Centro	43,6	41,6	-0,5*	↓	66,7	74,7	7,9	↑↑	15,9	12,1	-2,7*	↓↓	A
Sud ed Isole	32,5	32,2	-0,1*	=	59,6	68,5	8,9	↑↑	14,1	11,3	-2,2*	↓↓	B

*Livello di confidenza statistica al 95%.

^oI dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Legenda:

<i>Trend</i>	<i>Progresso</i>
↓↓: riduzione	A=progresso ottimale: incidenza in riduzione/lieve riduzione, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
↓: lieve riduzione	B=progresso: incidenza stabile, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
=: stabile	C=progresso parziale: incidenza in aumento, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
↑: lieve aumento	D=progresso inadeguato: incidenza stabile o in aumento, mortalità stabile o in aumento, sopravvivenza in aumento.
↑↑: aumento	

Fonte dei dati: Banca Dati www.tumori.net. Anno 2017.

Tabella 4 - Stime di incidenza, sopravvivenza e mortalità per tumore del colon-retto nella popolazione di età 0-99 anni per regione e macroarea. Tasso (standardizzato per età, popolazione europea, per 100.000 persone/anno) di incidenza e mortalità, variazione annuale percentuale (EAPC-Estimated Annual Percent Change, valori per 100), sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi (valori per 100), variazione assoluta (APD-Absolute Percent Difference, valori per 100), trend e progresso. Maschi - Anni 2005, 2015

Regioni/Macroaree	Incidenza				Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi				Mortalità				Progresso
	2005 Tassi std	2015 Tassi std	EAPC	Trend	2005	2015	APD	Trend	2005 Tassi std	2015 Tassi std	EAPC	Trend	
Piemonte	70,6	71,8	0,2*	=	64,1	72,7	8,7	↑↑	27,7	22,7	-2,0*	↓↓	B
Valle d' Aosta	70,6	71,8	0,2*	=	64,1	72,7	8,7	↑↑	27,7	22,7	-2,0*	↓↓	B
Lombardia	69,4	64,6	-0,7*	↓	64,1	72,7	8,7	↑↑	27,7	20,9	-2,8*	↓↓	A
Veneto	72,8	74,0	0,2*	=	66,1	74,1	8,1	↑↑	27,0	22,1	-2,0*	↓↓	B
Trentino-Alto Adige ^o	72,9	74,5	0,2*	=	66,1	74,1	8,1	↑↑	27,3	22,0	-2,1*	↓↓	B
Friuli Venezia Giulia	80,7	84,9	0,5*	↑	66,1	74,1	8,1	↑↑	30,1	25,0	-1,8*	↓↓	C
Liguria	76,2	77,2	0,1*	=	64,1	72,7	8,7	↑↑	29,9	24,6	-1,9*	↓↓	B
Emilia-Romagna	78,5	83,5	0,6*	↑	66,1	74,1	8,1	↑↑	29,0	25,0	-1,4*	↓↓	C
Toscana	73,4	72,0	-0,2*	=	66,6	74,4	7,8	↑↑	27,3	21,7	-2,3*	↓↓	B
Umbria	73,7	79,5	0,8*	↑	66,6	74,4	7,8	↑↑	28,0	25,3	-1,0*	↓↓	C
Marche	69,4	65,0	-0,6*	↓	66,6	74,4	7,8	↑↑	26,1	19,5	-2,9*	↓↓	A
Lazio	73,4	78,0	0,6*	↑	66,6	74,4	7,8	↑↑	27,0	22,7	-1,7*	↓↓	C
Abruzzo	60,1	72,2	1,9*	↑↑	58,1	67,6	9,6	↑↑	26,2	25,0	-0,5*	↓	C
Molise	60,2	72,2	1,8*	↑↑	58,1	67,6	9,6	↑↑	26,2	25,0	-0,5*	↓	C
Campania	56,5	66,8	1,7*	↑↑	58,1	67,6	9,6	↑↑	24,5	23,5	-0,4*	=	D
Puglia	50,0	56,6	1,3*	↑↑	58,1	67,6	9,6	↑↑	21,9	20,0	-0,9*	↓	C
Basilicata	52,8	63,9	1,9*	↑↑	58,1	67,6	9,6	↑↑	22,9	22,4	-0,2*	=	D
Calabria	52,8	63,9	1,9*	↑↑	58,1	67,6	9,6	↑↑	22,9	22,4	-0,2*	=	D
Sicilia	52,7	63,8	1,9*	↑↑	58,1	67,6	9,6	↑↑	22,8	22,3	-0,2*	=	D
Sardegna	59,1	73,5	2,2*	↑↑	58,1	67,6	9,6	↑↑	25,4	25,5	0,0*	=	D
Italia	66,9	70,4	0,5*	↑	62,8	71,6	8,8	↑↑	26,4	22,5	-1,6*	↓↓	C
Nord	72,9	72,7	0,0*	=	64,9	73,3	8,4	↑↑	28,1	22,6	-2,1*	↓↓	B
Centro	72,9	74,4	0,2*	=	66,6	74,4	7,8	↑↑	27,1	22,1	-2,0*	↓↓	B
Sud ed Isole	54,3	64,5	1,7*	↑↑	58,1	67,6	9,6	↑↑	23,6	22,6	-0,4*	=	D

*Livello di confidenza statistica al 95%.

^oI dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Legenda:

<i>Trend</i>	<i>Progresso</i>
↓↓: riduzione	
↓: lieve riduzione	A=progresso ottimale: incidenza in riduzione/lieve riduzione, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
=: stabile	B=progresso: incidenza stabile, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
↑: lieve aumento	C=progresso parziale: incidenza in aumento, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
↑↑: aumento	D=progresso inadeguato: incidenza stabile o in aumento, mortalità stabile o in aumento, sopravvivenza in aumento.

Fonte dei dati: Banca Dati www.tumori.net. Anno 2017.



MALATTIE ONCOLOGICHE

229

Tabella 5 - Stime di incidenza, sopravvivenza e mortalità per tumore della mammella nella popolazione di età 0-99 anni per regione e macroarea. Tasso (standardizzato per età, popolazione europea, per 100.000 persone/anno) di incidenza e mortalità, variazione annuale (Estimated Annual Percent Change-EAPC, valori per 100), sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi (valori per 100), variazione assoluta (Absolute Percent Difference-APD, valori per 100), trend e progresso. Femmine - Anni 2005, 2015

Regioni/Macroaree	Incidenza				Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi				Mortalità				Progresso
	2005 Tassi std	2015 Tassi std	EAPC	Trend	2005	2015	APD	Trend	2005 Tassi std	2015 Tassi std	EAPC	Trend	
Piemonte	101,1	88,6	-1,3*	↓↓	87,8	91,6	3,8	↑↑	22,9	14,1	-4,7*	↓↓	A
Valle d' Aosta	101,2	88,6	-1,3*	↓↓	87,8	91,6	3,8	↑↑	22,8	14,1	-4,7*	↓↓	A
Lombardia	120,1	122,7	0,2*	=	87,8	91,6	3,8	↑↑	25,0	17,9	-3,3*	↓↓	B
Veneto	107,4	100,1	-0,7*	↓	86,9	90,0	3,1	↑↑	22,5	15,5	-3,7*	↓↓	A
Trentino-Alto Adige ^o	117,3	120,8	0,3*	=	86,9	90,0	3,1	↑↑	23,8	17,7	-2,9*	↓↓	B
Friuli Venezia Giulia	123,0	130,2	0,6*	↑	86,9	90,0	3,1	↑↑	25,0	18,7	-2,9*	↓↓	C
Liguria	108,0	104,1	-0,4*	=	87,8	91,6	3,8	↑↑	22,8	15,6	-3,8*	↓↓	B
Emilia-Romagna	108,3	99,4	-0,8*	↓	86,9	90,0	3,1	↑↑	22,6	15,6	-3,7*	↓↓	A
Toscana	106,3	107,2	0,1*	=	89,0	92,7	3,8	↑↑	19,2	13,1	-3,8*	↓↓	B
Umbria	105,7	109,9	0,4*	=	89,0	92,7	3,8	↑↑	20,4	15,5	-2,7*	↓↓	B
Marche	105,2	101,5	-0,4*	=	89,0	92,7	3,8	↑↑	19,1	12,7	-4,0*	↓↓	B
Lazio	129,3	144,2	1,1*	↑↑	89,0	92,7	3,8	↑↑	22,5	16,6	-3,0*	↓↓	C
Abruzzo	88,4	126,1	3,6*	↑↑	85,2	90,5	5,3	↑↑	18,7	16,2	-1,4*	↓↓	C
Molise	88,4	126,1	3,6*	↑↑	85,2	90,5	5,3	↑↑	18,7	16,2	-1,4*	↓↓	C
Campania	82,6	103,5	2,3*	↑↑	85,2	90,5	5,3	↑↑	23,3	21,6	-0,8*	↓	C
Puglia	105,9	146,3	3,3*	↑↑	85,2	90,5	5,3	↑↑	22,9	19,5	-1,6*	↓↓	C
Basilicata	91,5	138,6	4,2*	↑↑	85,2	90,5	5,3	↑↑	18,7	17,1	-0,9*	↓	C
Calabria	91,5	138,6	4,2*	↑↑	85,2	90,5	5,3	↑↑	18,7	17,1	-0,9*	↓	C
Sicilia	97,9	128,9	2,8*	↑↑	85,2	90,5	5,3	↑↑	21,7	17,6	-2,1*	↓↓	C
Sardegna	108,5	135,8	2,3*	↑↑	85,2	90,5	5,3	↑↑	24,6	19,1	-2,5*	↓↓	C
Italia	107,2	118,4	1,0*	↑↑	86,9	91,1	4,2	↑↑	22,5	17,0	-2,8*	↓↓	C
Nord	111,9	108,3	-0,3*	=	87,4	90,9	3,5	↑↑	23,6	16,3	-3,6*	↓↓	B
Centro	116,7	124,3	0,6*	↑	89,0	92,7	3,8	↑↑	20,8	14,8	-3,3*	↓↓	C
Sud ed Isole	94,6	127,0	3,0*	↑↑	85,2	90,5	5,3	↑↑	21,9	19,0	-1,4*	↓↓	C

*Livello di confidenza statistica al 95%.

^oI dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Legenda:

<i>Trend</i>	<i>Progresso</i>
↓↓: riduzione	A=progresso ottimale: incidenza in riduzione/lieve riduzione, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
↓: lieve riduzione	B=progresso: incidenza stabile, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
=: stabile	C=progresso parziale: incidenza in aumento, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
↑: lieve aumento	D=progresso inadeguato: incidenza stabile o in aumento, mortalità stabile o in aumento, sopravvivenza in aumento.
↑↑: aumento	

Fonte dei dati: Banca Dati www.tumori.net. Anno 2017.



Tabella 6 - Stime di incidenza, sopravvivenza e mortalità per tumore del polmone nella popolazione di età 0-99 anni per regione e macroarea. Tasso (standardizzato per età, popolazione europea, per 100.000 persone/anno) di incidenza e mortalità, variazione annuale (Estimated Annual Percent Change-EAPC, valori per 100), sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi (valori per 100), variazione assoluta (Absolute Percent Difference-APD, valori per 100), trend e progresso. Femmine - Anni 2005, 2015

Regioni/Macroaree	Incidenza				Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi				Mortalità				Progresso
	2005 Tassi std	2015 Tassi std	EAPC	Trend	2005	2015	APD	Trend	2005 Tassi std	2015 Tassi std	EAPC	Trend	
Piemonte	17,4	20,4	1,6*	↑↑	17,3	25,2	7,8	↑↑	13,6	14,5	0,7*	↑	D
Valle d' Aosta	17,4	20,4	1,6*	↑↑	17,3	25,2	7,8	↑↑	13,6	14,5	0,7*	↑	D
Lombardia	19,1	21,2	1,0*	↑↑	17,3	25,2	7,8	↑↑	14,9	15,2	0,2*	=	D
Veneto	19,6	21,6	0,9*	↑	21,4	31,2	9,7	↑↑	14,7	13,9	-0,6*	↓	C
Trentino-Alto Adige°	19,2	26,1	3,1*	↑↑	21,4	31,2	9,7	↑↑	14,0	16,7	1,8*	↑↑	D
Friuli Venezia Giulia	20,9	21,9	0,5*	↑	21,4	31,2	9,7	↑↑	15,6	14,5	-0,7*	↓	C
Liguria	19,8	26,2	2,8*	↑↑	17,3	25,2	7,8	↑↑	15,1	18,2	1,8*	↑↑	D
Emilia-Romagna	22,1	27,6	2,3*	↑↑	21,4	31,2	9,7	↑↑	16,2	17,8	0,9*	↑	D
Toscana	16,2	18,7	1,5*	↑↑	19,7	25,9	6,1	↑↑	12,2	13,1	0,7*	↑	D
Umbria	15,2	20,0	2,8*	↑↑	19,7	25,9	6,1	↑↑	11,3	13,8	2,0*	↑↑	D
Marche	14,9	19,7	2,9*	↑↑	19,7	25,9	6,1	↑↑	11,1	13,6	2,1*	↑↑	D
Lazio	25,3	33,0	2,7*	↑↑	19,7	25,9	6,1	↑↑	18,9	22,9	2,0*	↑↑	D
Abruzzo	8,1	8,0	-0,2*	=	16,3	17,3	1,0	↑↑	6,6	6,4	-0,2*	=	D
Molise	8,1	8,0	-0,2*	=	16,3	17,3	1,0	↑↑	6,6	6,4	-0,2*	=	D
Campania	16,1	20,4	2,4*	↑↑	16,3	17,3	1,0	↑↑	12,7	16,0	2,3*	↑↑	D
Puglia	8,8	8,5	-0,3*	=	16,3	17,3	1,0	↑↑	7,1	6,9	-0,3*	=	D
Basilicata	6,4	6,0	-0,3*	=	16,3	17,3	1,0	↑↑	5,2	5,0	-0,4*	=	D
Calabria	6,4	6,0	-0,3*	=	16,3	17,3	1,0	↑↑	5,2	5,0	-0,4*	=	D
Sicilia	10,9	11,7	0,7*	↑	16,3	17,3	1,0	↑↑	8,7	9,3	0,6*	↑	D
Sardegna	12,5	15,5	2,1*	↑↑	16,3	17,3	1,0	↑↑	9,9	12,1	2,0*	↑↑	D
Italia	16,9	19,9	1,6*	↑↑	18,2	23,8	5,6	↑↑	13,0	14,1	0,8*	↑	D
Nord	19,5	22,6	1,5*	↑↑	19,0	27,7	8,6	↑↑	14,9	15,4	0,4*	=	D
Centro	20,0	25,6	2,5*	↑↑	19,7	25,9	6,1	↑↑	15,0	17,7	1,7*	↑↑	D
Sud ed Isole	11,2	12,7	1,3*	↑↑	16,3	17,3	1,0	↑↑	8,9	10,0	1,2*	↑↑	D

*Livello di confidenza statistica al 95%.

°I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Legenda:

Trend	Progresso
↓↓: riduzione	
↓: lieve riduzione	A=progresso ottimale: incidenza in riduzione/lieve riduzione, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
=: stabile	B=progresso: incidenza stabile, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
↑: lieve aumento	C=progresso parziale: incidenza in aumento, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento.
↑↑: aumento	D=progresso inadeguato: incidenza stabile o in aumento, mortalità stabile o in aumento, sopravvivenza in aumento.

Fonte dei dati: Banca Dati www.tumori.net. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il profilo di rischio oncologico, in Italia, è caratterizzato da un persistente gradiente Nord-Sud ed Isole. Se è vero che il carico sanitario dei tumori è, generalmente, più elevato al Nord e minore al Sud ed Isole, la situazione si ribalta quando si analizzano gli andamenti temporali, più sfavorevoli al Meridione (colon-retto e mammella). Di conseguenza, il divario di incidenza tra Nord e Sud ed Isole tende a restringersi e, se queste tendenze proseguiranno in futuro, il Meridione diventerà l'area a maggior rischio.

Anche la sopravvivenza mostra una certa variabilità geografica. Nelle aree del Centro-Nord la sopravvivenza è largamente omogenea per tutte le sedi tumorali esaminate, indicando una sostanziale equivalenza non solo dei trattamenti, ma anche delle strategie di diagno-

si (introduzione dei programmi di screening), mentre al Sud ed Isole risulta generalmente inferiore della media del Centro-Nord.

I progressi nella prevenzione primaria emergono chiaramente nel caso del tumore polmonare. Il carico sanitario della patologia è in sensibile riduzione da anni negli uomini, mentre per le donne la situazione è ancora critica e plausibilmente in peggioramento. La forte riduzione della prevalenza di fumatori uomini rappresenta un grande successo delle normative anti-fumo (tra le più avanzate in Europa) che, verosimilmente, hanno contribuito a limitare anche l'aumento delle fumatrici.

Per quanto riguarda i tumori oggetto di programmi di screening organizzato, gli effetti dell'introduzione di misure efficaci di prevenzione secondaria sono visibili

nelle aree del Paese dove si è iniziato prima e dove la copertura è ottimale. Una documentata minor copertura di popolazione e una ritardata implementazione degli screening organizzati nelle regioni meridionali sono fattori da considerare per spiegare la bassa *performance* osservata nel Meridione (8).

Anche le disparità socio-economiche contribuiscono a spiegare il differenziale Nord-Sud ed Isole. La maggior parte dei fattori di rischio del cancro, quali fumo, alcol e obesità/sovrappeso, sono infatti associati a deprivazione socio-economica e le tendenze recenti osservate nelle statistiche ufficiali mostrano una prevalenza sistematicamente più elevata nel Meridione rispetto al Nord per quanto riguarda fumo (uomini) e obesità (entrambi i generi) (9).

I profili di rischio e di esito osservati in Italia per i tumori di cervice uterina, polmone e colon-retto sono simili a quelli osservati nello stesso arco temporale in studi internazionali (10, 11).

Pur non essendo esaustiva, questa valutazione epidemiologica evidenzia importanti passi avanti nel controllo dei tumori grazie ad azioni preventive di successo, implementazione dello screening oncologico e trattamento terapeutico più efficace.

Ridurre la prevalenza di fumatori, in modo particolare nelle donne e nelle fasce di popolazioni giovanili, promuovere stili di vita salutari e garantire equo accesso a diagnosi precoce e a protocolli terapeutici ottimali, in particolare nelle aree più deprivate, si confermano come linee strategiche prioritarie per progredire ulteriormente.

Riferimenti bibliografici

- (1) Coviello V, Buzzoni C, Fusco M, Barchielli A, Cuccaro F, De Angelis R, Giacomini A, Luminari S, Randi G, Mangone L; AIRTUM Working Group. Survival of cancer patients in Italy. *Epidemiol Prev.* 2017 Mar-Apr; 41 (2 Suppl 1): 1-244.
- (2) De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE-5-a population-based study. *Lancet Oncol.* 2014 Jan; 15 (1): 23-34.
- (3) Rossi S, Capocaccia R, De Angelis R, Gatta G. Cancer burden in Italian regions. *Tumori* 2013; 99 (3).
- (4) Verdecchia A, Capocaccia R, Egidi V, Golini A: A method for the estimation of chronic disease morbidity and trends from mortality data. *Stat Med*, 8: 201-206, 1989.
- (5) De Angelis G, De Angelis R, Frova L, Verdecchia A: MIAMOD: a computer package to estimate chronic disease morbidity using mortality and survival data. *Comput Methods Programs Biomed*, 44: 99-107, 1994.
- (6) De Angelis R et al. Mixture models for cancer survival analysis: application to population-based data with covariates. *Stat Med* 1999; 18 (4): 441-54.
- (7) Corazziari I, Quinn M, Capocaccia R. Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. *Eur J Cancer.* 2004; 40 (15): 2.307-16.
- (8) Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto 2016. Disponibile sul sito: www.osservatorionazionale screening.it/content/i-numeri-degli-screening.
- (9) Heath for All Italia-giugno 2017. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/14562.
- (10) Cho H, Mariotto A, Schwartz LM, Luo J, Woloshin S. When do changes in cancer survival mean progress? The insight from population incidence and mortality. *J Natl Cancer Inst Monographs* 2014; 49: 187-97.
- (11) Karim Kos H, Kiemeneij L, Louwman M, Coebergh JW, de Vries E. Progress against cancer in the Netherlands since the late 1980s: an epidemiological evaluation. *Int J Cancer* 2012; 130: 2.981-89.