Tabella 3 **Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare: livelli medi dei fattori di rischio e prevalenza delle condizioni ad alto rischio uomini e donne 35-74 anni - Anni 1998-99**

	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud	TOTALE
Uomini					
Pressione arteriosa sistolica, mmHg	135 ± 17	139 ± 18	135 ± 18	134 ± 17	135 ± 18
Pressione arteriosa diastolica, mmHg	87 ± 9	87 ± 11	84 ± 10	85 ± 11	86 ± 10
Colesterolemia totale, mg/dl	212 ± 39	203 ± 46	203 ± 40	202 ± 41	205 ± 42
HDL-colesterolemia, mg/dl	52 ± 14	52 ± 13	45 ± 12	48 ± 13	49 ± 3
Indice di Massa Corporea, kg/m²	26 ± 4	27 ± 4	27 ± 3	27 ± 4	27 ± 4
Glicemia, mg/dl	93 ± 25	93 ± 30	93 ± 26	93 ± 28	93 ± 27
Ipercolesterolemici, %	26	21	19	18	21
Ipertesi, %	33	37	31	33	33
Obesi, %	15	19	16	19	18
Prevalenza di inattività fisica, %	29	28	36	40	34
Fumatori, %	29	22	21	34	30
Donne					
Pressione arteriosa sistolica, mmHg	131 ± 17	133 ±18	131 ± 18	133 ± 19	132 ± 18
Pressione arteriosa diastolica, mmHg	83 ± 9	82 ± 10	80 ± 10	83 ± 10	82 ± 10
Colesterolemia totale, mg/dl	215 ± 39	203 ± 43	208 ± 39	203 ± 46	207 ± 43
HDL-colesterolemia, mg/dl	62 ± 15	62 ± 15	56 ± 15	55 ± 14	58 ±15
Indice di Massa Corporea, kg/m²	25 ± 5	26 ± 5	26 ± 5	28 ± 5	26 ± 5
Glicemie, mg/dl	85 ± 21	88 ± 26	88 ± 25	88 ± 28	87 ± 26
Ipercolesterolemiche, %	30	21	24	23	25
Ipertese, %	29	29	29	34	31
Obese, %	16	18	19	31	22
Prevalenza di inattività fisica, %	38	34	48	58	46
Fumatrici, %	22	19	25	20	21

Fonte: Italian Heart Journal 2004, vol.5 Suppl 3, 101S p.

Tabella 4 **Valori medi dei fattori di rischio e prevalenza dell'abitudine al fumo nella popolazione italiana esaminata nei primi anni 80 (RIFLE) e alla fine degli anni 90 (OEC). Confronto per i gruppi di età comune ai due studi**

		UOMINI				DONNE			
		Nord Media ± DS	Centro Media ± DS	Sud Media ± DS	ITALIA Media	Nord Media ± DS	Centro Media ± DS	Sud Media ± DS	ITALIA Media
IMC	RIFLE	26,3 ± 3,3	26,8 ± 3,5	26,8 ± 3,7	26,6	25,7 ± 4,3	27,9 ± 4,3	28,0 ± 5,0	27,2
	OEC	26,5 ± 3,9	26,5 ± 3,2	27,2 ± 3,7	26,7	25,4 ± 4,7	26,0 ± 4,5	27,6 ± 4,8	26,3
HDL	RIFLE	51±15	48 ± 13	46 ± 13	48,7	59 ± 15	55 ± 13	52 ± 13	55,6
	OEC	52 ± 13	45 ± 12	48 ± 13	49,3	62 ± 15	56 ± 15	55 ± 14	58,6
COL	RIFLE	228 ± 47	224 ± 44	207 ± 43	221,5	229 ± 44	223 ± 42	209 ± 41	222,1
	OEC	208 ± 43	203 ± 39	202 ± 41	204,9	209 ± 41	207 ± 37	202 ± 45	205,9
PAS	RIFLE	138 ± 18	137 ± 19	136 ± 18	137	137 ± 19	138 ± 20	138 ± 20	137,9
	OEC	136 ± 17	133 ± 17	132 ± 17	134,1	130 ± 17	128 ± 17	131 ± 18	130
PAD	RIFLE	86 ± 11	86 ± 11	86 ± 11	85,8	84 ± 11	85 ± 12	86 ± 11	84,9
	OEC	87 ± 10	84 ± 10	85 ± 10	85,7	82 ± 9	80 ± 10	83 ± 10	81,7
		Prevalenza %							
Non Fumatori	RIFLE	54,5	30,7	46,9	41,7	76,3	81,8	88,2	81,6
	OEC	37,2	33,6	29,2	33,7	62,9	55,1	65,3	62,2
Ex fumatori	RIFLE	4,2	21	9,6	13,3	1	1,7	1,2	1,3
	OEC	35,7	34	35,6	35,3	15,1	18	12,9	14,09
Fumatori	RIFLE	41,3	48,3	43,5	44,9	22,7	16,5	10,6	17,1
	OEC	27,1	32,4	35,2	31	22	26,9	21,9	22,9

Fonte: Italian Heart Journal 2004, vol.5 Suppl 3, 101S p.; Giornale Italiano di Cardiologia 1995, 25: 1539-1572

colti tra il 1978 e il 1987 nell'ambito dello studio RiFLE (*Risk Factors and Life Expectancy*), entrambi realizzati adottando metodologie standardizzate. Il confronto è possibile per le età comuni (35-69 anni) e per alcuni fattori di rischio (pressione arteriosa sistolica, pressione arteriosa diastolica, colesterolemia, totale e HDL, indice di massa corporea e abitudine al fumo di sigaretta). Dall'analisi comparata emerge una significativa riduzione, per entrambi i sessi, della pressione arteriosa sistolica e, anche se in modo meno marcato, della pressione arteriosa diastolica. Tale riduzione potrebbe essere almeno in parte dovuta ad un migliore controllo farmacologico degli ipertesi (non siamo in grado di fare una analisi differenziata per trattamento); anche la colesterolemia diminuisce ed è accompagnata da un aumento della HDL colesterolemia. L'indice di massa corporea rimane pressoché invariato in tutte le aree. Per quanto riguarda l'abitudine al fumo, cala negli uomini e aumenta nelle donne.

2.5.3 Valutazione critica

L'andamento per aree geografiche degli eventi coronarici smentisce che la morbosità e la mortalità coronariche siano di dimensioni rilevanti solo al Nord, perché gli indicatori di Napoli sono molto simili a quelli della Regione Friuli Venezia Giulia, tanto per gli uomini che per le donne: Brianza, Friuli Venezia Giulia e Napoli sono ai primi tre posti della classifica in entrambi i sessi.
Si conferma che nelle aree del Sud gli eventi cerebrovascolari fatali sono più numerosi rispetto al Nord, dato atteso per la più elevata prevalenza di ipertensione arteriosa e abitudine al fumo sia negli uomini che nelle donne.
Le notevoli differenze geografiche riscontrate per le malattie cardiovascolari e per ipertensione, obesità e inattività fisica, suggeriscono che alcune aree del Paese necessitano di maggior attenzione verso la correzione di stili di vita (è indubbio che gli abitanti delle aree geografiche dell'Italia tipicamente "mediterranea" appaiano più a rischio rispetto a quelli che abitano le altre aree del Paese).
L'elevata proporzione di persone ipertese, l'alta frequenza del diabete, l'elevata prevalenza di fumatori e fumatrici sono problemi che vanno affrontati implementando le misure di prevenzione primaria. L'elevata prevalenza di obesità, associata ad una contemporanea elevata prevalenza di inattività fisica, conferma lo sbilanciamento tra le calorie introdotte con l'alimentazione e la diminuzione delle calorie disperse attraverso una attività fisica regolare, conseguenti a cambiamenti delle abitudini di vita avvenuti negli ultimi decenni.
Interventi rivolti a semplici modificazioni degli stili di vita nelle diverse età, anche in quelle avanzate, consentiranno di mantenere nel tempo l'attuale guadagno di aspettativa di vita (siamo fra i Paesi in cui è più alta) in buone condizioni di salute così come idonee strategie di prevenzione potranno contribuire a ridurre sia i tassi di ospedalizzazione sia i costi per la cura e la riabilitazione. Laddove i fattori di rischio modificabili sono particolarmente elevati o anche poco elevati singolarmente, ma alterati insieme, si configura un elevato rischio cardiovascolare globale per il quale, oltre agli stili di vita "salvacuore" che diventano imperativi, esistono farmaci, in particolare antiipertensivi ed ipolipemizzanti, di documentata efficacia preventiva.

2.5.4 Riferimenti normativi

Le carte del rischio

L'identificazione delle persone a rischio elevato di ammalarsi è uno degli obiettivi principali della prevenzione primaria individuale e costituisce la premessa necessaria per l'attivazione di azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio modificabili, dal cambiamento dello stile di vita all'intervento farmacologico.
La modalità più appropriata per identificare le persone a rischio è quella realizzata attraverso la valutazione del rischio globale assoluto; tale procedura, considerando contemporaneamente i valori di più fattori di rischio, permette di stimare la probabilità di andare incontro a un evento cardiovascolare maggiore nel corso degli anni successivi.
La Carta del rischio cardiovascolare viene attualmente applicata per l'identificazione degli individui ad elevato rischio cardiovascolare eleggibili di trattamento farmacologico (nota 13, G.U. n. 259 del 4/11/2004 – Suppl. ordinario n. 162). Si tratta in sostanza di un metodo di classificazione del rischio globale assoluto calcolato per categorie di fattori di rischio (sesso, età, diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) che consente di valutare, in persone di età compresa fra 40 e 69 anni, esenti da un precedente evento cardiovascolare, la probabilità di sviluppare un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei successivi 10 anni. Il rischio cardio-

vascolare calcolato viene espresso in sei categorie di rischio (da meno del 5% ad oltre il 30%), ciascuna delle quali indica quante persone su 100 con quelle stesse caratteristiche potrebbero ammalarsi nei 10 anni successivi.
Recentemente sono state pubblicate le Carte del rischio cardiovascolare costruite con le funzioni di rischio identificate sulla base dei dati relativi a diversi studi longitudinali iniziati alla metà degli anni 80 e raccolti in un data-base comune nell'ambito del Progetto CUORE.
Le Carte del rischio sono utili:
• per valutare la popolazione in senso obiettivo, suddividerla in ad alto rischio, eleggibile di terapia farmacologica, a rischio da tenere sotto controllo attraverso adeguato stile di vita e a basso rischio;
• per valutare nel tempo l'efficacia delle azioni preventive intraprese, confrontando il rischio calcolato in tempi successivi;
• per offrire agli assistiti la possibilità di scegliere quale azione intraprendere per ridurre il rischio cardiovascolare data l'asintomaticità di questa condizione (ad esempio, un fumatore ipercolesterolemico può decidere di abbassare il proprio rischio cardiovascolare smettendo di fumare) e quindi per facilitare il rispetto delle possibili preferenze della persona.

Il 2004 anno del cuore

A fronte della oggettiva gravità dei dati epidemiologici, si riscontra invece nella popolazione una bassa percezione collettiva dell'incidenza del rischio cardiovascolare e una scarsa informazione sui fattori che predispongono l'organismo ad ammalarsi. Per sensibilizzare maggiormente l'opinione pubblica sul tema, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministero della Salute, ha dichiarato il 2004 "Anno del Cuore".
Attraverso una campagna nazionale di comunicazione sono state promosse, in un tavolo di lavoro comune, numerose iniziative dal Ministero della Salute, dalle Associazioni di cardiopatici e loro familiari maggiormente rappresentative a livello nazionale, dall'ISS e dalle principali Società scientifiche impegnate nel settore della prevenzione cardiovascolare.
Gli obiettivi che si intende raggiungere, in un'ottica di medio/lungo periodo, attraverso le campagna di comunicazione sono essenzialmente tre:
• sensibilizzare la popolazione sulla gravità e attualità del rischio cardiovascolare;
• promuovere la cultura della prevenzione dei rischi cardiovascolari adottando un corretto stile di vita;
• far conoscere un nuovo strumento di autovalutazione del rischio a disposizione di tutti i cittadini (carta del rischio).

Il Piano Sanitario Nazionale ed il Piano di prevenzione attiva

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 individua le malattie cardiovascolari come problema prioritario e fornisce indicazioni per contrastare sia le malattie cardiovascolari sia quelle cerebrovascolari, mediante specifici interventi di prevenzione primaria e secondaria:
• modificazione dei fattori di rischio quali fumo, inattività fisica, alimentazione errata, ipertensione, diabete mellito;
• trattamento con i farmaci più appropriati;
• attività di sorveglianza degli eventi acuti.
L'accordo Stato Regioni dell'Aprile 2004 contiene il Piano di Prevenzione Attiva con 4 elementi strategici, uno dei quali è l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare in medicina generale. Il piano prevede di raggiungere la riduzione della morbosità e mortalità specifica, attraverso la stima del rischio cardiovascolare globale assoluto, che guida il medico nel trattamento e può favorire la consapevolezza degli assistiti. La stima del rischio è possibile attraverso l'adozione delle carte del rischio da parte del medico a persone esenti da un precedente evento cardiovascolare di età compresa fra 40 e 69 anni.

2.5.5 Indicazioni per la programmazione

Un sistema di sorveglianza attivo costituito dal Registro Nazionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari, disponibile in differenti aree del Paese, e una health examination survey (Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare), condotta periodicamente su popolazione generale sulle malattie cardiovascolari, sui fattori di rischio e sulle condizioni a rischio, rappresentano il primo passo per una efficace programmazione e prevenzione.
L'applicazione in medicina generale della carta del rischio per la valutazione del rischio globale assoluto in prevenzione primaria e la contemporanea azione sulle persone ad alto rischio, a rischio intermedio e a basso rischio attraverso una azione intensa di educazione alla adozione di sani stili di vita e, quando necessario, di terapia farmacologica, rappresentano il naturale trasferimento delle acquisizioni scientifiche alla salute pubblica.

Bibliografia essenziale

1. Giampaoli S, Vanuzzo D. Atlante italiano delle malattie cardiovascolari. I Edizione Italiana Heart Journal Suppl 2003, vol. 4, suppl 4: 1-121.
2. Giampaoli S, Panico S, Palmieri L, Magrini N, Ferrario M, Pede S, Vanuzzo D. L'identificazione degli individui ad elevato rischio coronarico nella popolazione italiana: indicazioni dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Italian Heart Journal Suppl 2001, 2 (10): 1098-106.
3. Atlante italiano delle malattie cardiovascolari, II Edizione 2004. Italian Heart Journal 2004; vol.5 suppl.3: 1S-101S.
4. Palmieri L, Giampaoli S, Panico S, Pilotto L, Ferrario M, Sega R, Cesana G, Vanuzzo D a nome del Gruppo di Ricerca del Progetto CUORE. La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto: il punteggio individuale del progetto CUORE. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità 2004; 40(4): 1-7.
5. http://www.cuore.iss.it/

2.6 Tumori

2.6.1 Introduzione

Tumori in Italia: tra variabilità e tendenze positive

I tumori in Italia, come nella maggior parte dei Paesi europei, rappresentano la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari. Nel 2001 si sono verificati circa 164.000 decessi complessivi per tumore, mentre nello stesso anno si stimano 260.000 nuovi casi e circa 1.500.000 persone con pregressa diagnosi di tumore. Il carico sanitario connesso a questa patologia è destinato ad aumentare nei prossimi anni per effetto del progressivo invecchiamento della popolazione. Negli ultimi dieci anni si osservano tendenze positive in relazione alla mortalità, soprattutto negli uomini e nel Centro-Nord Italia. La sopravvivenza per tumore è in netto e continuo miglioramento, sostanzialmente in linea con la media dei Paesi europei. Permangono tuttavia differenze geografiche nei livelli di sopravvivenza, a svantaggio del meridione.

Tabella 1 Numero complessivo di decessi per tumore in Italia nel 2001: graduatoria sul totale (prime 16 cause tumorali)

Sede tumorale	Numero di decessi, 2001		
	Uomini	Donne	Totale
Tutti i tumori	94187	70162	164349
Polmone	25800	6168	31968
Colon retto	10337	9435	19772
Mammella	107	11525	11632
Stomaco	6470	4566	11036
Pancreas	4078	4256	8334
Prostata	7119	–	7119
Fegato	3803	1787	5590
Leucemie	3040	2449	5489
Vescica	4103	1044	5147
Rene	2052	1135	3187
Encefalo	1597	1299	2896
Ovaio	–	2835	2835
Utero	–	2682	2682
Esofago	1618	508	2126
Laringe	1668	154	1822
Melanoma	830	654	1484

Fonte: ISTAT

2.6.2 Presentazione dei dati

I dati in nostro possesso sono:
- mortalità (copertura nazionale);
- incidenza (nelle aree coperte dai Registri Tumori Italiani);
- sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi (aree coperte dai Registri Tumori Italiani);
- prevalenza (nelle aree coperte dai Registri Tumori Italiani).

Le fonti dei suddetti dati sono:
- per la mortalità: ISTAT, Rilevazione delle Cause di Morte Anno 2001;
- per l'incidenza: Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT);
- per la prevalenza: studio ITAPREVAL;
- per la sopravvivenza: studio EUROCARE-3.

Mortalità

Nel 2001, l'anno più recente di aggiornamento delle statistiche ISTAT di mortalità per causa (esistono dati anche per il 2002 ma si tratta di stime parziali), si sono verificati circa 164.000 decessi, il 57% dei quali è stato osservato nella popolazione maschile. Il maggior numero assoluto di decessi è attribuibile ai tumori polmonari (32.000), seguono quelli del colon-retto (19.800), della mammella (11.600) e dello stomaco (11.000). Oltre a queste, cinque sono le sedi di insorgenza di tumore che comportano più di 5.000 decessi all'anno, ossia: i tumori del pancreas, della prostata, del fegato, le leucemie e i tumori della vescica (**Tabella 1**).

I tassi di mortalità sono, negli ultimi dieci anni, in diminuzione per entrambi i sessi (**Figura 1**).

Il tasso di mortalità, aggiustato per età, è infatti in progressivo calo negli uomini già dalla metà degli anni 80 ed ha raggiunto nel 2001 gli stessi livelli del 1970 (circa 17 per 10.000). Negli uomini, tale riduzione è dovuta principalmente all'andamento dei decessi per tumore del polmone e dello stomaco, che da soli rappresentano più di un terzo della mortalità complessiva per tumore e che sono in continua e significativa riduzione (**Figura 2A**).

La riduzione di mortalità osservata nelle donne, più contenuta rispetto agli uomini, è dovuta principalmente ai tumori gastrici e del corpo dell'utero e, più recentemente, anche a quelli della mammella e del colon-retto (**Figura 2B**). Da segnalare è l'ascesa della mortalità per tumore del polmone nelle donne il cui tasso, intorno allo 0,45 per 10.000 nel 1970, è quasi raddoppiato nel 2001 (0,84 per 10.000). Il tumore polmonare ha inoltre superato, per tasso di mortalità, il tumore dello stomaco, divenendo nell'ambito dei tumori, la terza causa di morte nelle donne. Gli interventi legislativi contro il fumo, introdotti in Italia già a partire dagli anni 70, non sembrano quindi aver prodotto nelle donne gli stessi straordinari risultati osservati nell'andamento dei decessi per tumore polmonare negli uomini. Mortalità e incidenza per cancro in Italia sono tuttora caratterizzate da una certa variabilità geografica, in particolare tra aree del Centro-Nord e del Sud. Le differenze di mortalità si vanno però riducendo perché la diminuzione dei decessi per tumore ha interessato maggiormente il Nord e il Centro Italia, mentre nel Sud si è osservato al contrario un leggero aumento, in particolare per gli uomini (il tasso di mortalità standardizzato sulla popolazione mondiale nell'area Sud e Isole è passato da 11,2 per 10.000 nel 1970 a 14,9 nel 2001). La conseguenza di queste opposte tendenze è una minore eterogeneità geografica rispetto al passato. Nel 2001 infatti i tassi standardizzati di mortalità per tumore negli uomini sono stati pari a 18,2 per 10.000 nel Nord-Ovest, 17 nel Nord-Est, 16 nel Centro, 14,9 nell'area Sud e isole. Anche i corrispondenti valori per le donne, rispettivamente 9,7, 9,2, 8,6 e 8,2, si attestano su livelli piuttosto omogenei (**Tabella 2**).

Incidenza

Si stima che in Italia nel 2001 siano diagnosticati complessivamente circa 265.000 nuovi casi di tumore (140.000 uomini e 125.000 donne). L'incidenza dei tumori nella popolazione italiana è complessivamente ancora in aumento, soprattut-

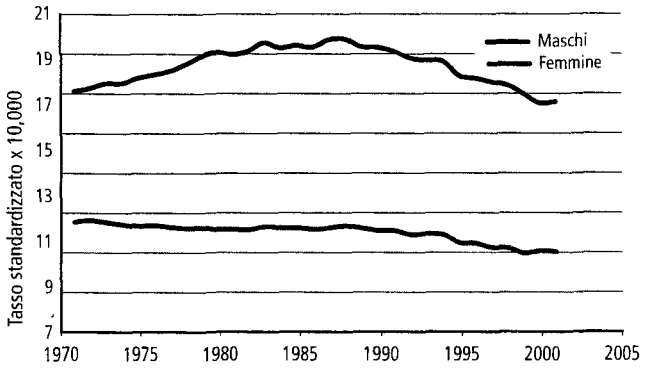


Figura 1 Andamento temporale della mortalità per tutti i tumori in Italia, 1970-2001. Tassi standardizzati sulla popolazione mondiale per 10,000 abitanti l'anno. Fonte ISTAT.

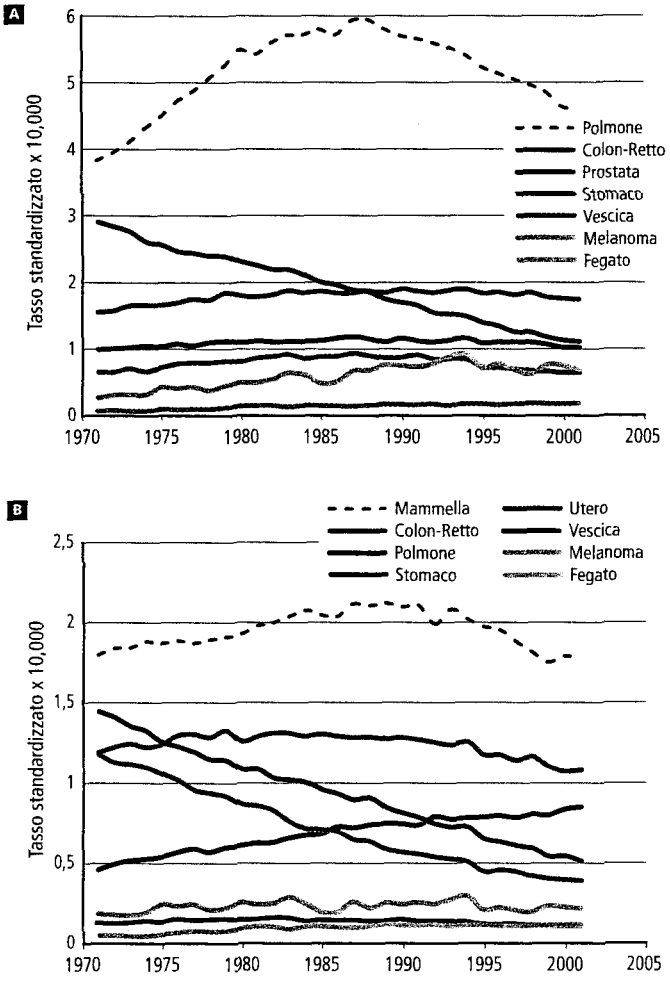


Figura 2 Andamento temporale della mortalità per le principali sedi tumorali in Italia, Uomini (A) Donne (B) 1970-2001. Tassi standardizzati sulla popolazione mondiale per 10,000 abitanti l'anno. Fonte ISTAT.

Tabella 2 **Distribuzione geografica della mortalità per tutti i tumori in Italia nel 2001. Tassi crudi e standardizzati sulla popolazione mondiale per 10.000 abitanti l'anno**

Area	Tassi crudi		Tassi standardizzati	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Nord Ovest	38,6	28,2	18,2	9,7
Nord Est	37,2	27,2	17,0	9,2
Centro	36,1	24,5	16,0	8,6
Sud-Isole	27,0	17,9	14,9	8,2

Fonte: ISTAT

to per la proporzione crescente di anziani, la frazione della popolazione che presenta un maggior rischio di sviluppare patologie tumorali.

I tassi di incidenza aggiustati per età sono invece stimati in diminuzione dal 1995 per gli uomini, e in progressivo aumento per le donne. Queste tendenze differiscono per area geografica, in particolare per gli uomini, per i quali si stima una diminuzione o stabilizzazione nelle regioni del Centro-Nord e una stabilizzazione o addirittura un aumento nel Sud e Isole.

Nei dati dei Registri Tumori italiani pubblicati dall'AIRT (Associazione Italiana Registri Tumori), che raggiungono circa il 20% di copertura della popolazione italiana (30% al Centro-Nord e 7% al Sud), le neoplasie a più alto tasso di incidenza sono quelle della mammella (111 per 100.000), del polmone negli uomini (107), della prostata (81) e del colon-retto (**Tabella 3A** e **B**).

Tabella 3 **Incidenza per tumore nelle aree coperte dai Registri Tumore Italiani. Periodo di diagnosi 1993-1998. Valori minimi (min) e massimi (max) osservati in Italia. Tassi standardizzati sulla popolazione Europea per 100,000 l'anno**

A. Uomini

Sede tumorale	min	max
Tutti i tumori *	313	544
Polmone	53	107
Prostata	19	81
Vescica	41	65
Colon	22	49
Stomaco	18	49
Fegato	11	39
Retto	13	26
Rene	6	26
Laringe	7	20
Pancreas	9	16
Esofago	3	14
Melanoma	4	12
Encefalo	8	10

B. Donne

Sede tumorale	min	max
Tutti i tumori*	223	357
Mammella	67	111
Colon	18	33
Stomaco	8	27
Corpo utero	11	21
Polmone	7	18
Retto	9	15
Ovaio	11	15
Melanoma	3	13
Collo utero	7	12
Fegato	4	12
Vescica	4	11
Pancreas	5	10
Rene	3	10

* Totale escluso pelle (non-melanomi)

Fonte: AIRT

Sopravvivenza

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per il complesso dei tumori nelle aree italiane nel periodo più recente a disposizione, ovvero per i pazienti diagnosticati nel quinquennio 1990-1994, è del 41% per gli uomini e del 56% nelle donne, ed è leggermente superiore al valor medio europeo (rispettivamente, 40% e 55%).

La percentuale di sopravvivenza dei pazienti italiani è maggiore della media europea per i tumori della laringe (rispettivamente 68% e 61%), della mammella (81% e 76%) della cervice uterina (67% e 62%) dello stomaco (26% e 22%), del rene (58% e 55%), del testicolo (94% e 91%). Al contrario, livelli di sopravvivenza significativamente inferiori alla media europea si osservano per le leucemie (31% e 37%), per il melanoma (77% e 80%), per i tumori prostatici (62% e 64%) (**Figura 3**).

I tumori in età pediatrica e giovanile presentano una prognosi migliore rispetto a quella dei pazienti adulti, grazie alla buona risposta dei pazienti alle terapie. In Italia la sopravvivenza a 5 anni dei casi di tumore tra 0 e 14 anni, diagnosticati nel 1990-1994, è pari al 72%, in linea con i valori medi europei.

Più critica in Italia, invece, la situazione degli anziani: nella fascia di età 75-99 anni le donne sopravvivono a 5 anni dalla diagnosi nel 36% dei casi contro il 38% della media europea, mentre gli uomini nel 31% dei casi contro il 36% in Europa.

Gli indicatori di sopravvivenza mostrano un generale miglioramento della prognosi, dall'inizio degli anni 80 alla metà degli anni 90 per la maggior parte dei tumori sia in Europa che in Italia. L'andamento temporale in Italia è simile al resto dei Paesi europei, con miglioramenti più rilevanti per le neoplasie maggiormente sensibili ai mezzi di diagnosi precoce oggi disponibili, ovvero per il tumore della mammella, che passa dal 72,3% nel periodo 1983-85 a 80,8% nel 1992-94, della prostata (+25 punti percentuali) e del colon retto (+10 punti percentuali). Più contenuti, invece, gli incrementi di sopravvivenza per le leucemie (+4) e per il cancro del polmone (+1).

Prevalenza

Si stima che il 2,8% della popolazione italiana (quasi 1.500.000 persone) abbia avuto nel corso della sua vita una diagnosi di cancro. Più di 600.000 di questi pazienti, per i quali la malattia si è verificata negli ultimi 5 anni, sono in fase di trattamento o di follow-up per il rischio di recidive. Le donne che hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella rappresentano da

sole circa i due quinti della prevalenza complessiva (**Tabella 4**).

2.6.3 Analisi quantitativa

Disaggregazione dei dati per sede tumorale

Tumori dello stomaco

Nel 2001 sono stati osservati circa 11.000 decessi per tumore dello stomaco mentre il numero di nuovi casi stimati nello stesso anno è di circa 15.000.

Sia l'incidenza che la mortalità sono comunque da diversi decenni in diminuzione. Il tasso di mortalità aggiustato per età è diminuito del 4% all'anno nel corso del quinquennio 1997-2001. Questi andamenti sono paralleli a quelli osservati negli altri Paesi della UE, tra i quali comunque l'Italia ha i valori di occorrenza più alti, dopo il Portogallo. Anche se le cause del trend di riduzione non sono perfettamente chiare, il ruolo di una migliore conservazione dei cibi, di un maggiore apporto dietetico di frutta, verdura e prodotti freschi e di migliori condizioni igieniche nella popolazione è ormai riconosciuto. Il trattamento è migliorato, per una diagnosi più precoce e per terapie più efficaci. La sopravvivenza a 5 anni in Italia è passata dal 16% nei pazienti diagnosticati nel 1978-80 al 25% per il 1992-94. Permangono tuttavia importanti differenze territoriali a svantaggio dei pazienti residenti al Sud. La prevalenza stimata al 1992 era di 78.000 pazienti, di cui circa la metà con meno di 5 anni dalla diagnosi.

Tumori del colon e del retto

L'incidenza dei tumori colorettali presenta una marcata e preoccupante tendenza all'aumento. Il numero stimato di nuovi casi/anno va da 38.000 nel 1990 a 50.000 nel 1997-2000. I casi prevalenti, stimati nel 1997, sono circa 200.000, con un aumento di circa 10.000 pazienti ogni anno. Le differenze di sopravvivenza a livello internazionale sono principalmente associate alla percentuale di pazienti suscettibili di terapia chirurgica curativa. La sopravvivenza a 5 anni in Italia è aumentata da 42,1 (anni di diagnosi 1983-85) a 53,7 (anni 1992-94), allineandosi nell'ultimo periodo ai valori medi europei. Questo andamento favorevole si è riflesso sui tassi di mortalità che, nonostante il trend di incidenza crescente, sono negli ultimi anni in diminuzione, sia negli uomini che nelle donne. Tale aumento della sopravvivenza, e la conseguente diminuzione della mortalità vanno attribuiti sia ad una diagnosi più tempestiva che a miglioramenti terapeutici. Le regioni del Sud, che hanno un'incidenza inferiore, presentano anche un basso livello di sopravvivenza; inoltre, l'andamento della mortalità è meno favorevole ri-

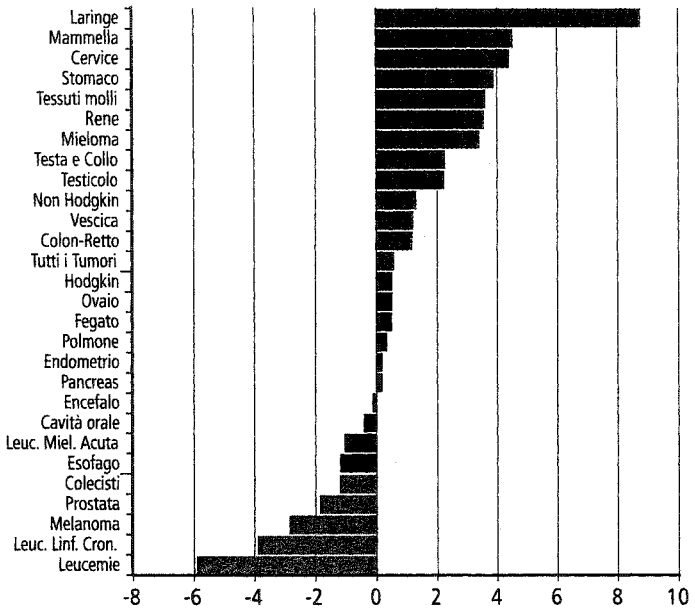


Figura 3 Differenza assoluta in termini percentuali tra sopravvivenza a 5 anni in Italia e nella media dei Registri Europei. Periodo di diagnosi 1990-1994, età 15-99 anni. Sono indicate in colore verde ed in rosso le differenze statisticamente significative. Fonte: Studio EUROCARE 3.

Tabella 4 **Prevalenza totale e a 5 anni dalla diagnosi nelle aree coperte da Registri Tumore in Italia. Valori stimati al 31 dicembre 1992. Proporzioni di casi per 100,000 abitanti.**

Sede tumorale	5 anni	Totale
Tutti i tumori	1.144	2.683
Mammella	479	1.117
Colon-retto	218	457
Vescica	113	278
Utero corpo	76	264
Prostata	142	193
Utero collo	37	146
Laringe	34	142
Rene	42	112
Stomaco	56	111
Ovaio	40	110
Polmone	69	95
Melanoma	30	76
Leucemie	22	35

Fonte: ITAPREVAL

spetto al resto dell'Italia: i tassi sono ancora in aumento negli uomini e solo da pochi anni costanti nelle donne.

Tumori del polmone

Dopo molti decenni di aumento, la mortalità e l'incidenza di questa neoplasia sono in diminuzione a partire dalla fine degli anni 80, con un tasso di riduzione di circa il 2% all'anno. Il trend è stato tuttavia meno favorevole nelle regioni del Sud e soprattutto nelle donne, che presentano tassi costantemente in aumento. Proiettando i trend attuali, il tumore polmonare rappresenterà nel 2007 la seconda causa di morte neoplastica tra le donne italiane. Nel complesso, i polmoni rimangono la sede tumorale con incidenza e mortalità più elevata, con 35.000 nuovi casi e 32.000 decessi all'anno. Nonostante la bassa sopravvivenza (10% a 5 anni), la prevalenza è elevata: si stima che 60.000 siano gli individui nella popolazione italiana che abbiano avuto un tumore polmonare.

Melanomi

In Italia, incidenza e mortalità per melanoma sono aumentati. La mortalità si è quasi triplicata nel periodo 1970-90, ed è poi rimasta sostanzialmente stabile durante gli anni '90. Si stimano circa 50.000 casi prevalenti. La frequenza di questa neoplasia è inferiore al Sud. La sopravvivenza a 5 anni è migliorata: da 58% nei pazienti con melanoma diagnosticato tra il 1983 e 1985 a 77% per quelli con diagnosi tra il 1986 e il 1989. La prognosi è nettamente migliore per le donne, probabilmente perché insorge in aree cutanee facilmente osservabili e forse per la maggiore attenzione posta dalle donne a lesioni sospette. La sopravvivenza è particolarmente bassa negli uomini con più 65 anni. Inoltre la sopravvivenza in Italia rimane ancora a livelli inferiori rispetto alla media europea, particolarmente negli uomini. Il valore a 5 anni dalla diagnosi è il peggiore tra i Paesi dell'Europa occidentale, ad esclusione del Portogallo.

Tumori della mammella

Dall'inizio degli anni 90 la mortalità per tumore della mammella si sta riducendo di circa il 2% all'anno, il tasso standardizzato per età in Italia è passato da 20 per 100.000 durante gli anni 80, a 17,5 nel 2001. L'incidenza e la prevalenza del tumore della mammella sono però in aumento, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento della sopravvivenza. Nei prossimi anni il numero di pazienti affetti dalla malattia è destinato ad aumentare, con necessità di adeguare il sistema sanitario ad una domanda crescente di prestazioni diagnostico-terapeutiche. È necessario che questa domanda sia governata da linee guida per il trattamento e per il follow-up clinico. La prevalenza di casi che hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella in Italia era di 310.000 nel 1992, pari ad una proporzione di 1.070 su 100.000 donne.
Vi sono notevoli differenze all'interno dell'Italia, con valori di incidenza doppi nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Centro-Sud. Analogamente, il tasso standardizzato di mortalità variava nel 2001 da 15 (regioni del Sud) a 20 (regioni del Nord-Ovest) per 100.000. In Italia complessivamente la sopravvivenza a 5 anni è aumentata da 72% nei casi diagnosticati nel 1983-1985 a 81%, per quelli diagnosticati nel 1992-1994, il maggior incremento osservato in Europa. Persistono importanti differenze di sopravvivenza fra diverse aree italiane, a svantaggio delle regioni del Sud. La sopravvivenza a 5 anni dei pazienti diagnosticati nel triennio 1985-89 era 70% a Ragusa e 88% in Romagna. Gli studi di sopravvivenza mostrano che tale divario è dovuto in parte ad una diagnosi più tardiva, in parte ad un minore accesso al trattamento ottimale. È infatti nota la maggiore difficoltà delle pazienti meridionali ad accedere alla radioterapia.

Tumori del collo dell'utero

La mortalità per tumore dell'utero è in marcata riduzione dagli anni 70 in Italia. Le statistiche di mortalità non permettono però di distinguere fra tumore del collo e del corpo dell'utero, che presentano eziologia e prognosi diverse. Il tasso standardizzato per età troncato a 54 anni è passato da 4 per 100.000 nel 1975 ad 1 nel 2001.
Dati disaggregati per le due sottosedi sono resi disponibili dai registri tumori. Nel Nord Italia l'incidenza per tumore del collo dell'utero è in leggera diminuzione: nell'area di Varese il tasso grezzo per 100.000 è passato da 14 nel 1978-79 a 10 nel 1990. Questa diminuzione è in atto soprattutto nelle età più anziane, mentre sotto i 55 anni l'incidenza è stabile o in leggero aumento. Anche la prevalenza stimata complessivamente nelle aree coperte da registri tumori, è diminuita, da 41 a 31 per 100.000. Questi andamenti sono dovuti in parte ad una diminuzione dei fattori di rischio (migliori condizioni igienico-sanitarie) e in parte allo screening citologico vaginale.
La sopravvivenza media a 5 anni dalla diagnosi è in leggero aumento in Italia: da 60% per i casi diagnosticati nel 1983-85 a 67% per i casi