

I tumori

In questo capitolo ci proponiamo di analizzare in maniera più dettagliata ed approfondita la mortalità per tumori i quali, sebbene siano finalmente in diminuzione per entrambi i sessi a partire dai primi anni '90, si collocano ancora tra le principali cause di morte nella popolazione italiana e rappresentano un rilevante problema sanitario e sociale, sia in termini di spesa sanitaria che in termini di disabilità e bisogno d'assistenza.

Oltre al complesso dei tumori, sono state descritte alcune specifiche forme tumorali, scelte in base alla frequenza, all'impatto sulla popolazione e/o alle potenzialità di prevenzione: i tumori maligni di trachea, bronchi, polmoni (ICD-9 162), del colon-retto-ano, (ICD-9 153-154), della mammella (ICD-9 174) e dell'utero (ICD-9 179-180, 182). Come indicatori, abbiamo scelto il tasso di mortalità, disaggregato per sesso, standardizzato (metodo diretto, popolazione tipo: Italia al Censimento 1991) e specifico per classi decennali d'età; in quest'ultimo caso abbiamo riportato i dati relativi alle fasce d'età maggiormente interessate dalle patologie, secondo un criterio epidemiologico (anni 45-54, 55-64, 65-74, 75+). I dati si riferiscono agli anni 1991 e 2001.

Se è vero che la mortalità per causa è considerata il miglior *proxy* dello stato di salute di una popolazione e che la standardizzazione permette di effettuare confronti tra diverse popolazioni eliminando l'effetto confondente dell'età, d'altra parte l'analisi per fasce d'età consente, nello specifico territorio, di studiare la distribuzione del fenomeno evidenziando le età più colpite, la possibile latenza d'azione dei fattori di rischio, il carico diagnostico-terapeutico per il Servizio Sanitario, quindi la capacità di ogni singola regione di gestire complessivamente la patologia. Ciò è molto importante soprattutto quando sono maggiormente coinvolte le età più anziane e nell'ambito dei tumori, ormai divenuti sempre più patologie croniche grazie ai progressi terapeutici: entrambi i fenomeni richiedono notevoli sforzi assistenziali nel territorio in esame, dato non completamente evidenziato dal solo tasso standardizzato.

Rispetto all'edizione precedente, abbiamo ritenuto opportuno scegliere un approccio dinamico, realizzato mediante il costante confronto dei dati recenti del 2001 con quelli del 1991: è così possibile evidenziare eventuali problemi "storici" legati a specifici territori (regione), mentre la tendenza all'aumento o alla diminuzione dei tassi stessi descrive in che direzione un fenomeno potrebbe evolversi. Il monitoraggio nel tempo dei livelli di mortalità è quindi uno strumento molto importante soprattutto nell'ambito di una corretta Programmazione Sanitaria ed offre anche lo spunto per valutare a livello di popolazione l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi effettuati, nonché l'effetto dei cambiamenti avvenuti nello stile di vita e nei rischi ambientali.

Mortalità per regione e gruppi di età per tutti i tumori

Tasso di mortalità

Significato. Un recente studio condotto dall'Associazione Italiana Registri Tumori in Italia (AIRT), ha esaminato l'andamento temporale della mortalità e dell'incidenza dal 1986 al 1997, evidenziando un incremento medio annuo dei tassi di incidenza dell'1,1% nei maschi e dell'1,5% nelle femmine ed una diminuzione dei tassi di mortalità, rispettivamente del 2,4% e del 1,2%. Ciò nonostante i tumori (ICD-9 140-239) rappresentano tuttora in Italia, secondo i dati Istat del 2000, la prima causa di morte negli adulti. Ad esclusione di alcune forme tipicamente infantili, l'incidenza e la mortalità aumentano al crescere dell'età. Secondo lo studio dell'AIRT (che si riferiscono al periodo 1986-1997) i tassi grezzi risultano aumentati a fronte di una diminuzione dei tassi standardizzati; ciò è dovuto all'invecchiamento della popolazione studiata, fenomeno che prosegue tuttora. I successi terapeutici si sono tradotti soprattutto in un aumento del tempo di sopravvivenza alla malattia stessa, spostando ulteriormente la mortalità nelle fasce più anziane. Tali fenomeni possono comportare per il Sistema Sanitario un congruo aumento dell'impegno diagnostico, terapeutico ed assistenziale da non sottovalutare. Attualmente i tumori colpiscono maggiormente gli uomini e soprattutto nelle classi d'età 65-74 e 75+ (con tassi che sono praticamente il doppio rispetto alle donne).

Numeratore	Numero di morti per tutti i tumori (regione, sesso, età)	
Denominatore	Popolazione residente regionale/metà anno	x 10.000

età (45-54, 55-64, 65-74, 75+)

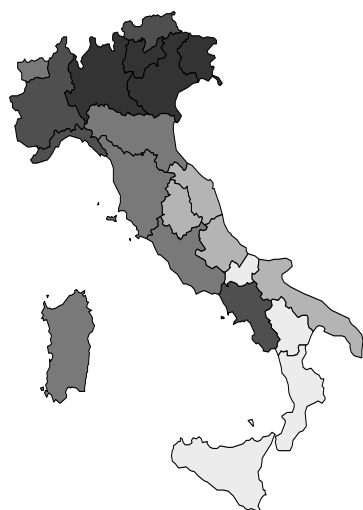
Validità e limiti. Il tasso di mortalità da solo dà una misura affidabile ma incompleta dello stato di salute della popolazione, soprattutto in considerazione dell'aumento del tempo di sopravvivenza alla malattia tumorale, da considerarsi, in molti casi, come una patologia cronica. Esso andrebbe sempre accompagnato almeno dai tassi di incidenza, che però sono disponibili in Italia solo fino al 1997.

Se da un lato il tasso standardizzato permette di fare confronti tra le regioni, il tasso specifico per età diventa un importante strumento informativo per la programmazione delle risorse assistenziali nel singolo territorio in esame.

Valori di riferimento. Come riferimento è stata scelta la media dei quattro valori regionali più bassi (anno 2001):

per i maschi 12,1 (età 45-54); 37,6 (età 55-64); 92,0 (età 65-74); 186,9 (età 75+) e 27,1 (tasso standardizzato);

per le femmine 8,5 (età 45-54); 19,8 (età 55-64); 41,7 (età 65-74); 96,0 (età 75+) e 13,1 (tasso standardizzato).



Tasso standardizzato per età di mortalità per tutti i tumori (ICD-9 140-239). Maschi. Anno 2001

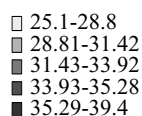
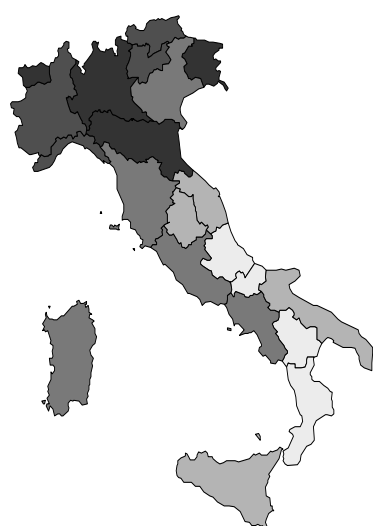


Tabella 1 - Tasso di mortalità per tutti i tumori (ICD-9 140-239) specifico per età e tasso standardizzato per età, per regione di residenza - Maschi - Anni 1991 e 2001 (tassi per 10.000 abitanti)

Regione	45-54		55-64		65-74		75+		Tasso standardizzato per età	
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001
Piemonte	20,2	14,6	63,8	46,6	130,2	118,4	241,7	255,1	38,6	34,8
Valle d'Aosta	17,5	12,7	61,1	41,6	149,0	117,1	170,2	219,8	34,4	31,5
Lombardia	23,3	16,2	78,0	55,1	159,1	134,9	280,6	281,1	46,2	39,4
Prov. Aut. Bolzano*	16,8	13,8	56,1	45,6	122,8	111,2	253,2	262,7	37,4	34,3
Prov. Aut. Trento*	20,0	16,1	74,0	53,0	134,2	123,3	264,6	254,9	41,8	36,3
Veneto	21,6	14,9	76,7	49,9	153,6	123,7	267,3	252,3	44,1	35,6
Friuli-Venezia Giulia	20,9	17,2	82,6	52,8	152,7	132,0	258,5	264,0	44,3	37,7
Liguria	21,6	15,2	63,6	46,9	136,3	118,0	258,6	252,9	40,3	34,4
Emilia-Romagna	18,0	13,7	62,7	44,6	133,1	110,6	245,4	246,5	38,7	33,0
Toscana	17,9	15,4	63,3	43,1	134,5	113,3	239,7	241,0	38,3	32,9
Umbria	15,5	13,3	47,8	47,7	127,7	108,6	215,9	213,5	34,3	31,1
Marche	20,2	12,4	51,4	39,0	112,2	109,2	212,5	219,3	33,8	30,2
Lazio	17,8	14,0	57,0	44,1	129,4	114,4	238,3	242,8	37,5	33,6
Abruzzo	15,7	13,0	42,7	39,9	95,2	96,1	179,2	217,3	28,2	29,1
Molise	18,2	15,0	42,7	44,3	87,8	99,4	179,0	191,7	28,1	28,6
Campania	20,0	14,8	59,5	48,9	121,5	120,3	193,0	230,2	34,0	34,0
Puglia	14,8	11,6	51,3	39,3	104,6	106,8	192,8	225,2	30,8	30,8
Basilicata	13,9	12,9	38,6	38,5	84,8	94,4	153,3	192,1	24,3	27,5
Calabria	14,1	12,9	38,8	33,8	86,8	81,2	158,8	178,7	25,1	25,1
Sicilia	15,1	11,7	45,6	39,1	100,3	95,6	167,6	185,1	28,1	27,2
Sardegna	14,9	14,8	53,8	47,2	118,3	117,8	193,5	240,4	32,2	33,9
Italia	19,0	14,3	61,6	46,3	128,7	115,1	228,3	239,0	37,2	33,5
<i>Dev. standard</i>	2,8	1,5	12,9	5,5	22,6	13,0	40,4	28,2	6,3	3,6
<i>Coeff. di variazione</i>	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1

*I dati di Bolzano e Trento sono le medie triennali calcolate sugli anni 1990-1992 e 1999-2001.

Fonte dei dati: Istat - Health for All Italia, Anno 2004.



Tasso standardizzato per età di mortalità per tutti i tumori (ICD-9 140-239). Femmine. Anno 2001

□ 13.7-14.56
 □ 14.57-16.32
 □ 16.33-17.44
 □ 17.45-18.36
 ■ 18.37-21.3

Tabella 2 - Tasso di mortalità per tutti i tumori (ICD-9 140-239) specifico per età e tasso standardizzato per età, per regione di residenza - Femmine - Anni 1991 e 2001 (tassi per 10.000 abitanti)

Regione	45-54		55-64		65-74		75+		Tasso standardizzato per età	
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001
Piemonte	14,5	12,4	32,1	28,4	61,1	55,0	122,8	126,6	19,8	18,1
Valle d'Aosta	11,8	9,8	30,6	31,8	48,1	64,4	140,8	148,1	19,3	21,3
Lombardia	14,1	12,0	33,7	27,6	65,8	58,2	138,2	147,5	21,5	19,5
Prov. Aut. Bolzano*	10,6	9,1	33,0	27,1	57,6	53,2	140,7	138,4	20,0	17,9
Prov. Aut. Trento*	15,0	10,5	28,9	27,0	55,0	53,1	129,1	129,7	19,2	17,6
Veneto	14,2	11,8	28,9	26,2	56,6	54,3	128,7	122,6	19,4	17,4
Friuli-Venezia Giulia	14,8	14,1	34,2	28,5	65,9	60,0	133,2	126,7	21,4	18,6
Liguria	14,7	14,4	29,6	26,6	58,3	53,7	134,1	130,0	19,7	18,3
Emilia-Romagna	14,0	13,3	32,4	27,5	57,1	54,6	132,1	134,0	20,1	18,4
Toscana	13,9	10,7	29,5	23,1	54,9	48,8	122,5	124,3	18,7	16,5
Umbria	13,7	8,9	24,7	22,1	52,2	45,6	126,9	123,0	18,4	15,8
Marche	13,6	12,0	26,5	25,1	53,6	49,1	124,6	110,0	18,5	16,0
Lazio	14,3	11,6	30,7	24,1	57,6	51,2	125,3	122,4	19,8	17,2
Abruzzo	13,1	9,5	24,9	16,2	45,7	42,3	99,8	103,2	16,0	13,8
Molise	11,3	6,7	17,7	21,2	35,9	41,7	96,4	97,7	13,4	13,7
Campania	12,9	11,4	27,7	26,8	52,9	52,3	99,4	106,9	17,1	16,8
Puglia	12,4	10,7	27,0	23,0	46,1	47,2	100,3	108,9	16,2	15,8
Basilicata	10,6	9,8	25,2	20,6	42,2	41,6	92,7	92,6	15,1	13,7
Calabria	10,1	9,6	22,3	21,5	43,3	41,2	80,7	90,6	13,8	13,7
Sicilia	12,4	10,8	26,1	23,4	51,2	46,7	91,9	106,0	16,1	15,7
Sardegna	10,9	10,2	25,9	25,7	54,8	47,3	113,1	118,4	17,6	16,4
Italia	13,5	11,5	29,5	25,5	56,2	51,8	120,7	123,2	18,9	17,3
<i>Dev. standard</i>	<i>1,6</i>	<i>1,8</i>	<i>4,1</i>	<i>3,5</i>	<i>7,6</i>	<i>6,3</i>	<i>18,4</i>	<i>16,4</i>	<i>2,3</i>	<i>2,0</i>
<i>Coeff. di variazione</i>	<i>0,1</i>	<i>0,2</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>	<i>0,2</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>

*I dati di Bolzano e Trento sono le medie triennali calcolate sugli anni 1990-1992 e 1999-2001.

Fonte dei dati: Istat - Health for All Italia, Anno 2004.

Descrizione dei Risultati

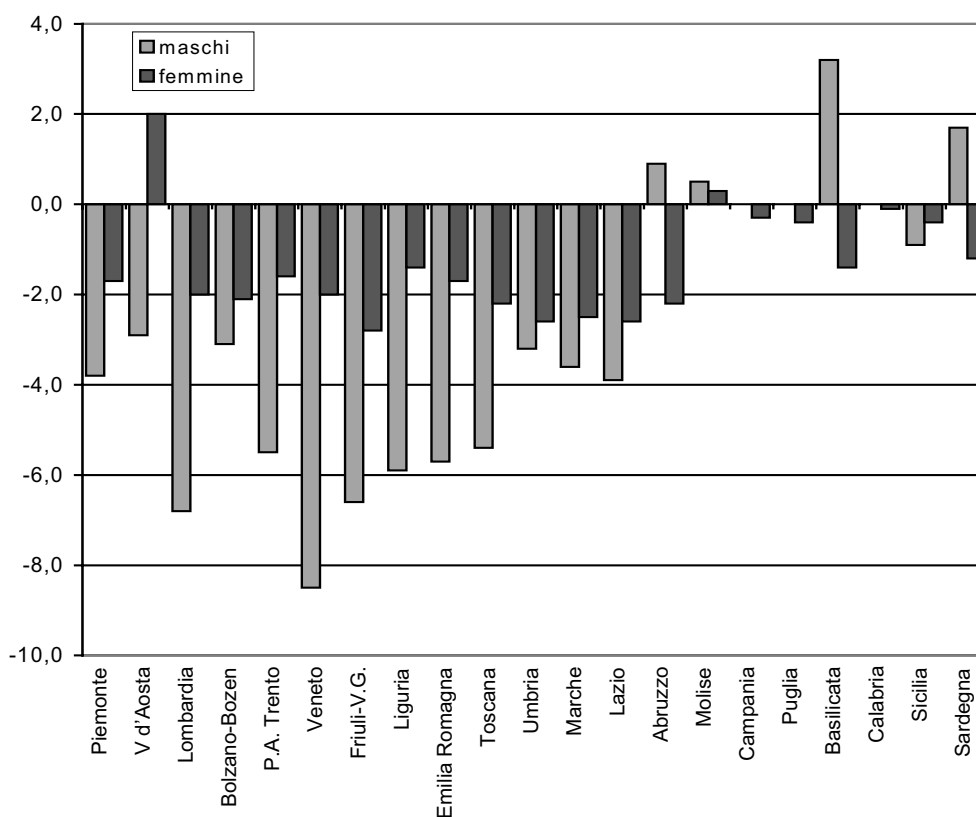
I maschi risultano essere più colpiti delle donne. In base al tasso standardizzato, si nota come ci sia un addensamento dei valori più elevati nelle regioni del Nord per entrambi i sessi. Esaminando il trend si nota come ci sia stata una diminuzione media dei tassi in tutte le classi d'età, tranne nell'ultima, in cui il valore medio italiano risulta aumentato per entrambi i sessi. L'aumento ha coinvolto soprattutto le regioni del Sud ed Isole, anche se sono sempre le regioni del Nord a condividere valori superiori alla media italiana. Nell'interpretazione di tale dato bisogna anche tener conto del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione rispetto al 1991, che vede coinvolte maggiormente le regioni del Centro-Nord.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi della mortalità per classi d'età risulta essere molto importante in quanto aiuta a monitorare il carico sanitario delle neoplasie, in modo che il sistema sanitario possa adeguare conseguentemente le proprie risorse.

Ad oggi, nonostante i progressi nella terapia (soprattutto per alcuni tipi di tumori) le maggiori potenzialità di successo spettano alla prevenzione primaria (educazione alimentare, corretto stile di vita, riduzione dell'esposizione a cancerogeni sia nel contesto professionale che ambientale in genere) ed a quella secondaria (incremento della diffusione delle campagne di screening).

Grafico 1 - Variazione dal 1991 al 2001 del tasso standardizzato di mortalità per tutti i tumori (ICD-9 140-239)



Mortalità per regione e gruppi di età per cancro della mammella

Tasso di mortalità

Significato. In Italia i tumori della mammella (ICD-9 174) sono la prima causa di morte per neoplasia nel sesso femminile. L'incidenza e la prevalenza appaiono in costante aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento delle diagnosi precoci e dell'aumento del tempo di sopravvivenza alla malattia stessa. Circa il 4-9% dei casi di tumore è ereditario e studi recenti hanno anche identificato i geni responsabili. Per la restante parte sono stati identificati dei fattori di rischio che sembrano interagire tra loro: familiarità di primo grado, situazioni di prolungata esposizione estrogenica (menarca precoce, menopausa ritardata, nulliparità), obesità; anche l'età della prima gravidanza sembra essere molto importante, infatti il rischio aumenta quando si partorisce dopo i 30 anni.

Il cancro della mammella insorge più frequentemente dall'età perimenopausale in poi; lo screening mediante mammografia viene raccomandato dai 50 ai 69 anni. Lo studio della mortalità (sia come tasso standardizzato che come tasso specifico per età) consente di individuare le aree che maggiormente necessitano di interventi sanitari e di individuare le classi d'età più colpite.

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Numero di morti per cancro della mammella (regione, sesso, età)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente regionale di sesso femminile/metà anno}} \times 10.000$$

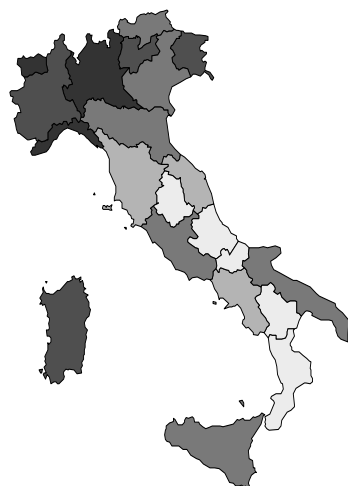
età (45-54, 55-64, 65-74, 75+)

Validità e limiti. L'analisi della mortalità, sia mediante il tasso standardizzato che specifico per età, rappresenta un utile strumento conoscitivo dello stato di salute di una popolazione in relazione a questa patologia; essa dovrebbe essere integrata dai dati di incidenza e prevalenza in modo da poter pianificare e programmare adeguate risorse ed interventi preventivi nei confronti di questa importante patologia.

Valori di riferimento. Come riferimento è stata scelta la media dei quattro valori regionali più bassi (anno 2001): 2,1 (età 45-54); 4,3 (età 55-64); 5,7 (età 65-74); 8,2 (età 75+) e 2,1 (tasso standardizzato).

Descrizione dei Risultati

Le regioni del Nord e la Sardegna presentano tassi standardizzati superiori alla media nazionale. Relativamente al tasso specifico per età, i tassi aumentano all'aumentare dell'età e la classe d'età più colpita risulta essere la 75+. Esaminando il trend temporale si evidenzia una generale diminuzione dei valori, però meno marcata nella classe d'età 75+. Nell'interpretazione di questo dato bisogna tener conto anche dell'invecchiamento della popolazione, verificatosi dal 1991 ad oggi, (fenomeno che influisce sul tasso di mortalità) e che ha coinvolto soprattutto le regioni del Centro-Nord.



Tasso standardizzato per età di mortalità per tumore della mammella (ICD-9 174). Femmine. Anno 2001

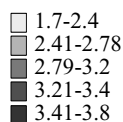


Tabella 1 - Tasso di mortalità per tumore della mammella (ICD-9 174) specifico per età e tasso standardizzato per età, per regione di residenza - Femmine - Anni 1991 e 2001 (tassi per 10.000 abitanti)

Regione	45-54		55-64		65-74		75+		Tasso standardizzato per età	
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001
Piemonte	4,8	3,7	8,2	7,3	10,5	8,7	17,2	17,7	3,9	3,4
Valle d'Aosta	5,3	1,2	14,7	4,0	6,9	8,6	21,2	28,4	4,7	3,8
Lombardia	4,7	3,9	9,3	6,9	11,5	9,9	20,0	19,2	4,3	3,5
Prov. Aut. Bolzano*	3,7	3,0	7,6	6,7	10,1	9,0	19,4	18,2	3,7	3,2
Prov. Aut. Trento*	5,9	3,4	6,6	6,2	9,1	11,2	17,1	18,0	3,6	3,3
Veneto	4,9	3,5	7,2	6,7	11,0	8,6	17,3	15,7	3,8	3,2
Friuli-Venezia Giulia	4,7	3,8	7,2	7,3	13,1	10,7	15,4	15,9	3,9	3,4
Liguria	4,8	4,7	8,1	6,9	10,2	8,9	21,1	17,3	4,0	3,5
Emilia-Romagna	5,1	4,0	7,9	6,3	9,3	9,2	13,3	15,5	3,5	3,2
Toscana	4,8	3,0	6,9	6,2	8,7	7,0	13,5	13,9	3,2	2,7
Umbria	3,9	2,3	4,6	4,8	9,2	6,9	16,6	12,9	3,2	2,4
Marche	4,2	2,6	5,8	5,4	10,3	7,6	13,5	12,2	3,1	2,6
Lazio	4,6	3,2	7,4	5,6	8,8	8,2	16,2	14,0	3,5	2,9
Abruzzo	4,3	2,5	6,5	4,2	8,5	6,6	10,5	11,5	3,1	2,2
Molise	2,8	2,4	2,8	6,9	2,9	7,9	4,4	5,7	1,3	2,4
Campania	4,2	3,1	5,7	5,7	7,8	8,1	11,5	12,6	2,9	2,7
Puglia	4,5	3,7	6,3	5,6	8,5	7,5	14,7	14,9	3,2	2,9
Basilicata	5,3	3,2	3,8	4,5	5,6	3,8	9,2	5,7	2,5	1,7
Calabria	2,7	2,8	4,5	6,0	5,4	5,5	10,6	10,2	2,2	2,4
Sicilia	4,2	3,8	7,1	5,4	7,5	6,9	11,8	13,4	3,1	2,8
Sardegna	3,9	3,6	7,0	7,1	9,0	9,8	13,0	16,8	3,2	3,4
Italia	4,6	3,5	7,3	6,2	9,4	8,3	15,5	15,3	3,5	3,0
<i>Dev. standard</i>	<i>0,8</i>	<i>0,7</i>	<i>2,4</i>	<i>1,0</i>	<i>2,3</i>	<i>1,7</i>	<i>4,2</i>	<i>4,8</i>	<i>0,7</i>	<i>0,5</i>
<i>Coeff. di variazione</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>

*I dati di Bolzano e Trento sono le medie triennali calcolate sugli anni 1990-1992 e 1999-2001.

Fonte dei dati: Istat - Health for All Italia, Anno 2004.

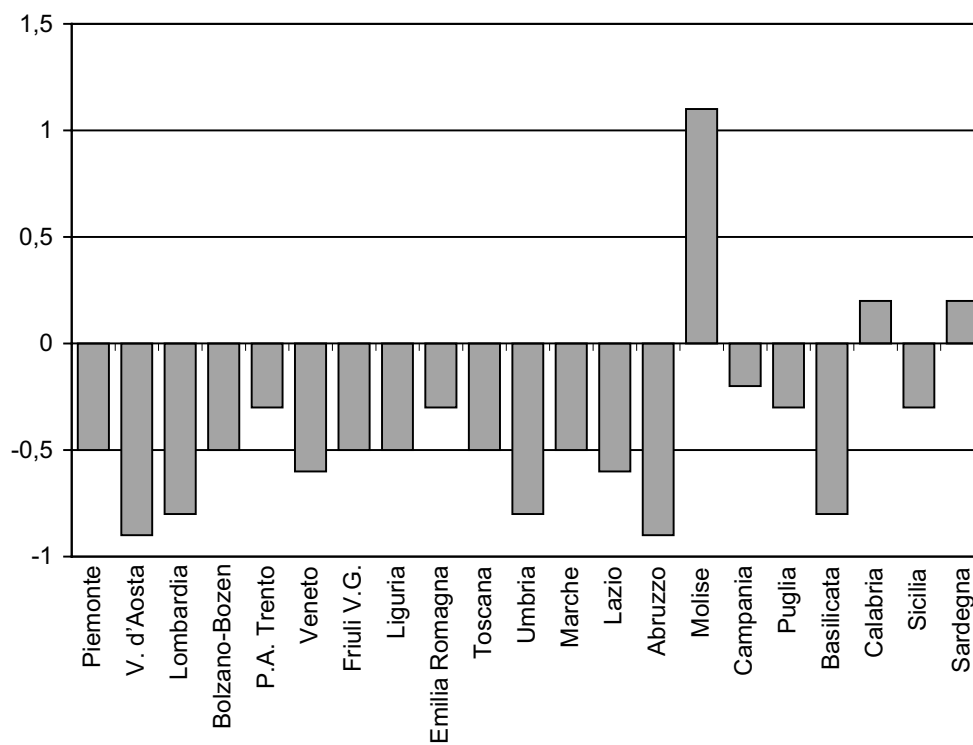
Raccomandazioni di Osservasalute

Il perno della lotta a questa neoplasia è la prevenzione secondaria, basata sull'effettuazione dello screening mammografico (in genere una mammografia ogni due anni nella fascia di età 50-69 anni): sicuramente la Sanità Pubblica dovrà investire energie e risorse in questa attività, da cui ci si aspetta importanti margini di miglioramento.

Altra importante azione preventiva da incrementare è la sensibilizzazione delle donne all'autopalpazione del seno, primo passo verso la diagnosi precoce.

La prevenzione primaria si basa invece su corrette abitudini alimentari tendenti ad evitare l'obesità, soprattutto in periodo menopausale.

Grafico 1 - *Variazione dal 1991 al 2001 del tasso standardizzato di mortalità per tumore della mammella (ICD-9 174)*



Mortalità per regione e gruppi di età per cancro dell'utero

Tasso di mortalità

Significato. Il tumore dell'utero (ICD-9 179-180, 182) si distingue in tumore della cervice (ICD-9 180) e del corpo (ICD-9 182) che sono molto diversi per quanto riguarda fattori di rischio, epidemiologia e margine di prevenzione. Il cancro della cervice è sostenuto da un'etiopatogenesi principalmente virale, in cui un importante ruolo è svolto dal papilloma virus, sessualmente trasmesso; esso è quasi sempre preceduto da lesioni precancerose, facilmente individuabili e trattabili. Il cancro del corpo dell'utero (endometriale) condivide con il cancro della mammella alcuni fattori di rischio accertati (come la menopausa tardiva, cicli anovulatori, l'obesità, la familiarità), non presenta lesioni precancerose individuabili, colpisce soprattutto le donne in età peri-post-menopausale. I sintomi del tumore (aumento e/o ritorno del flusso mestruale) possono essere confusi dalla donna con le irregolarità mestruali tipiche del periodo, con conseguente ritardo della diagnosi.

L'analisi della mortalità aiuta ad individuare i territori che necessitano di maggiori sforzi preventivi (tasso standardizzato) nonché le età più a rischio (considerando il tempo di latenza con cui il cancro si sviluppa a partire dai primi segni di displasia, ossia anche 10 anni) verso cui dirigere tali sforzi. I dati di mortalità di seguito presentati riguardano l'insieme dei tumori dell'utero.

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Numero di morti per cancro dell'utero (regione, sesso, età)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente regionale di sesso femminile/metà anno}} \times 10.000$$

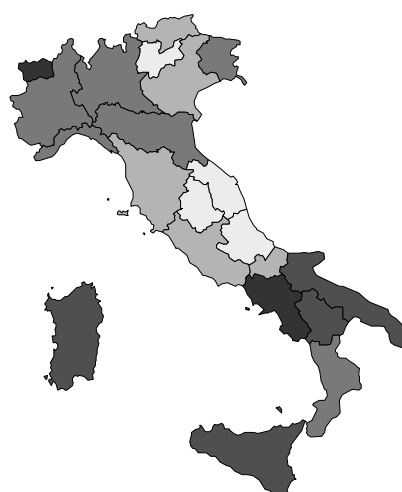
età (45-54, 55-64, 65-74, 75+)

Validità e limiti. L'analisi della mortalità fornisce un'utile descrizione del bisogno salute nella popolazione relativamente a questa patologia. I dati presentati non sono disaggregati per sede anatomica (cervice o corpo dell'utero) e quindi non si possono quantificare le rispettive quote di mortalità.

Valori di riferimento. Come riferimento è stata scelta la media dei quattro valori regionali più bassi (anno 2001): 0,3 (età 45-54); 0,7 (età 55-64); 1,1 (età 65-74); 2,9 (età 75+) e 0,5 (tasso standardizzato).

Descrizione dei Risultati

Anche per questa patologia si riscontra una correlazione positiva tra i tassi di mortalità e l'età, la classe più colpita è l'ultima. Considerando il tasso standardizzato, i tassi più elevati si riscontrano nel Sud: il primato negativo spetta alla Campania. Esaminando il trend temporale si nota come ci sia stata una diminuzione del tasso di mortalità in tutte le classi d'età considerate e per il tasso standardizzato.



Tasso standardizzato per età di mortalità per tumore dell'utero (ICD-9 180-182). Anno 2001

□ 0.4-0.54
 □ 0.55-0.6
 □ 0.61-0.7
 □ 0.71-0.8
 ■ 0.81-1.6

Tabella 1 - Tasso di mortalità per tumore dell'utero (ICD-9 179-180, 182) specifico per età e tasso standardizzato per età, per regione di residenza - Anni 1991 e 2001 (tassi per 10.000 abitanti)

Regione	45-54		55-64		65-74		75+		Tasso standardizzato per età	
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001
Piemonte	1,0	0,8	1,9	1,3	4,2	2,1	6,4	4,3	1,2	0,7
Valle d'Aosta	2,6	1,2	2,7	2,7	8,6	2,9	17,4	9,0	2,5	1,6
Lombardia	0,7	0,4	1,3	1,1	3,2	2,2	4,5	4,1	0,9	0,7
Prov. Aut. Bolzano*	0,5	0,4	1,6	0,8	4,0	1,1	6,9	5,3	1,1	0,6
Prov. Aut. Trento*	0,6	0,4	1,5	0,6	2,9	1,4	6,5	3,1	1,0	0,5
Veneto	0,5	0,7	1,6	0,9	2,3	1,7	4,8	3,3	0,8	0,6
Friuli-Venezia Giulia	0,6	0,8	1,4	1,7	3,2	2,2	4,4	3,6	0,9	0,7
Liguria	0,6	0,5	1,8	1,6	2,3	1,4	7,0	4,6	1,0	0,7
Emilia-Romagna	0,7	0,8	1,3	1,1	2,2	2,2	5,9	4,4	0,9	0,7
Toscana	0,8	0,6	1,1	1,0	2,9	1,7	4,6	3,7	0,8	0,6
Umbria	1,3	0,5	1,1	1,1	3,3	0,6	7,2	2,9	1,1	0,5
Marche	0,4	0,2	1,9	0,8	1,4	1,6	4,3	2,6	0,7	0,4
Lazio	0,9	0,5	1,9	0,8	3,4	1,6	5,9	4,0	1,1	0,6
Abruzzo	1,3	0,8	1,5	0,6	2,3	1,6	5,8	3,4	1,0	0,5
Molise	1,1	0,0	2,3	1,1	2,9	1,0	7,0	4,7	1,1	0,6
Campania	0,9	1,1	2,3	1,4	3,9	2,7	5,0	4,5	1,1	0,9
Puglia	1,4	0,5	2,2	2,1	3,2	2,4	6,3	4,3	1,2	0,8
Basilicata	1,3	1,1	1,6	1,6	1,9	3,5	3,7	2,9	0,8	0,8
Calabria	0,4	0,7	1,7	0,7	3,1	2,6	4,1	3,5	0,8	0,7
Sicilia	1,2	0,7	2,2	1,3	4,1	2,3	6,5	4,5	1,3	0,8
Sardegna	0,7	0,9	1,9	0,9	4,0	1,6	5,3	5,4	1,1	0,8
Italia	0,9	0,7	1,7	1,2	3,2	2,0	5,4	4,1	1,0	0,7
<i>Dev. standard</i>	<i>0,5</i>	<i>0,3</i>	<i>0,4</i>	<i>0,5</i>	<i>1,4</i>	<i>0,7</i>	<i>2,8</i>	<i>1,3</i>	<i>0,4</i>	<i>0,2</i>
<i>Coeff. di variazione</i>	<i>0,5</i>	<i>0,4</i>	<i>0,2</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	<i>0,5</i>	<i>0,3</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>

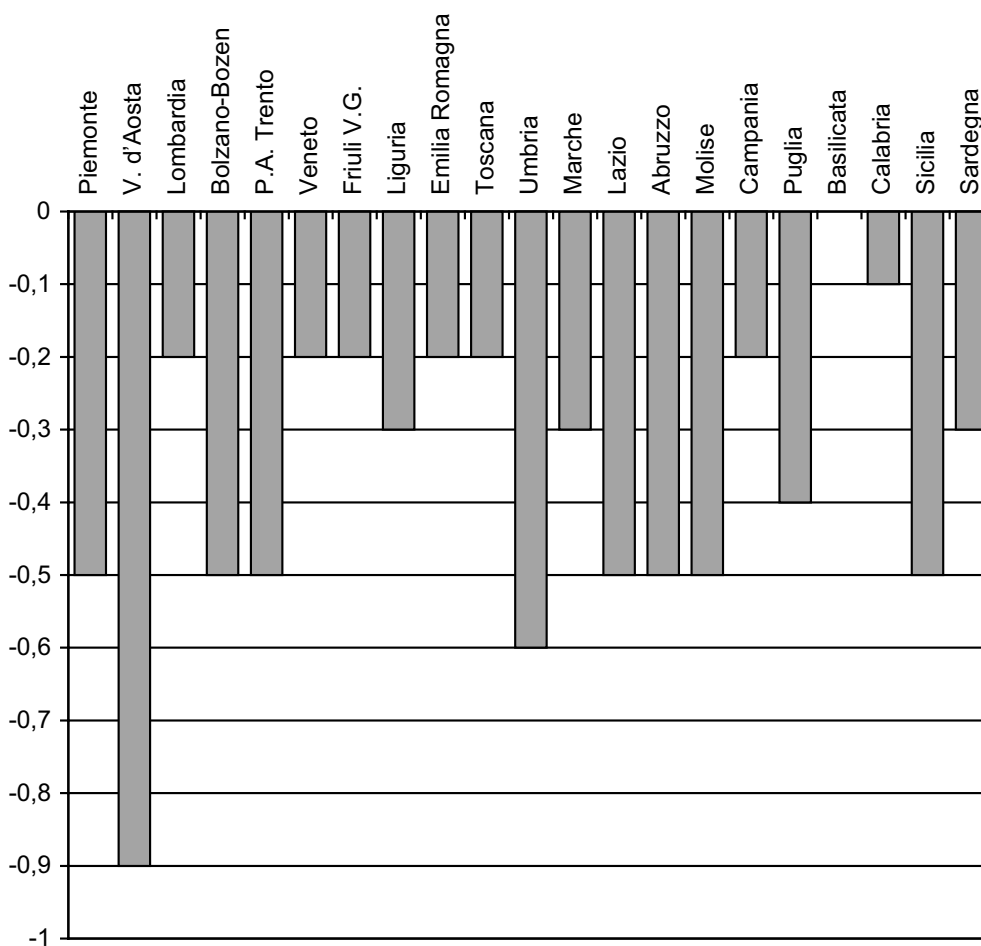
*I dati di Bolzano e Trento sono le medie triennali calcolate sugli anni 1990-1992 e 1999-2001.

Fonte dei dati: Istat - Health for All Italia, Anno 2004.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il quadro che emerge dall'analisi effettuata risulta incoraggiante. La prevenzione secondaria offre notevoli potenzialità grazie alla presenza di un test di screening valido, semplice da effettuare ed a basso costo; la raccomandazione europea consiglia di effettuare il Pap-Test ogni 3-5 anni nella fascia d'età 25-60 anni. Va forse incrementata la prevenzione primaria, basata su campagne di sensibilizzazione all'uso di contraccettivi di barriera in modo da evitare l'infezione da papilloma virus, nel caso del cancro della cervice. Per quanto riguarda il cancro dell'endometrio, non esiste un test di screening altrettanto valido.

Grafico 1 - Variazione dal 1991 al 2001 del tasso standardizzato di mortalità per tumori dell'utero (ICD-9 180 e 182)



Mortalità per regione e gruppi di età per cancro del colon-retto-ano

Tasso di mortalità

Significato. I tumori del colon-retto-ano (ICD-9 153-154) sono nei paesi industrializzati al secondo posto per incidenza in ambedue i sessi; in Italia il tasso d'incidenza relativo al 2000 risulta essere 35,27 nuovi casi per 100.000 per i maschi e 23,96 per le femmine, con un trend, negli ultimi anni, in preoccupante ascesa. Inoltre, considerando i due sessi assieme, essi rappresentano in Italia la seconda causa di morte.

Tra i fattori di rischio un ruolo importante spetta alle alterazioni genetiche, per cui si possono individuare nella popolazione gruppi ad alto rischio (soggetti affetti da polipi adenomatosi, sindrome di Lynch e poliposi familiari) da monitorare nel tempo. Un ruolo importante spetta però anche all'alimentazione (grassi animali saturi, scarso apporto di fibre) ed allo stile di vita (inattività fisica) soprattutto per quanto riguarda il colon sinistro; l'importanza di tale ruolo sembra confermato da numerose osservazioni epidemiologiche che hanno documentato come il trasferimento di persone da aree a basso rischio (zone rurali, paesi in via di sviluppo) ad aree ad alto rischio comporti per esse stesse un aumento del rischio, con livelli d'incidenza che ben presto si adeguano a quelli della popolazione autoctona.

Il tasso di mortalità specifico per età permette di studiare il fenomeno più analiticamente evidenziando le fasce d'età più colpite e l'eventuale effetto di interventi sanitari quali screening di popolazione e attività terapeutiche. Ciò risulta importante anche per il tumore del colon-retto-ano, soprattutto per verificare una effettiva diminuzione della mortalità.

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Numero di morti per cancro del colon-retto-ano (regione, sesso, età)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente regionale/metà anno}} \times 10.000$$

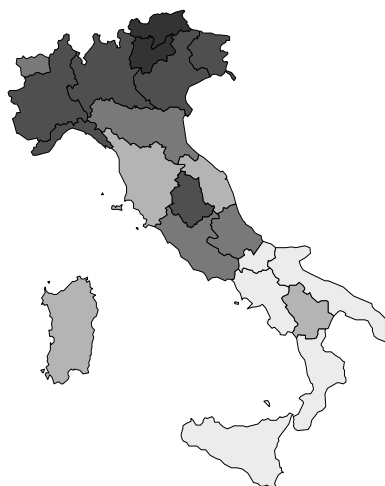
età (45-54, 55-64, 65-74, 75+)

Validità e limiti. L'analisi dei dati di mortalità andrebbe completata dai dati sull'incidenza della malattia, soprattutto per definire il carico sanitario e quindi ai fini di una corretta programmazione delle risorse sanitarie.

Valori di riferimento. Come riferimento è stata scelta la media dei quattro valori regionali più bassi (anno 2001):
 per i maschi 0,4 (età 45-54); 2,6 (età 55-64); 7,4 (età 65-74); 19,0 (età 75+) e 2,4 (tasso standardizzato);
 per le femmine 0,4 (età 45-54); 1,7 (età 55-64); 3,6 (età 65-74); 12,0 (età 75+) e 1,4 (tasso standardizzato).

Descrizione dei Risultati

I tassi di mortalità sono più alti nei maschi che nelle femmine; aumentano all'aumentare dell'età e la classe più colpita risulta essere decisamente quella relativa ai 75+ anni, per entrambi i sessi. Riguardo al tasso standardizzato, per i maschi le regioni maggiormente colpite sembrano essere quelle del Nord e alcune del Centro. Nelle donne la distribuzione appare analoga. Esaminando il trend temporale, si nota un leggero aumento del tasso standardizzato negli uomini e una leggera diminuzione dello stesso nelle donne. Per quanto riguarda il tasso specifico per età, risulta aumentato (per i maschi) nelle ultime tre classi, mentre è rimasto stabile nella classe 45-54. Nelle donne, invece, il tasso specifico risulta essere in diminuzione in tutte le classi d'età considerate.



Tasso standardizzato per età di mortalità per tumori del colon-retto-ano (ICD-9 153-154). Maschi. Anno 2001

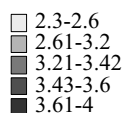
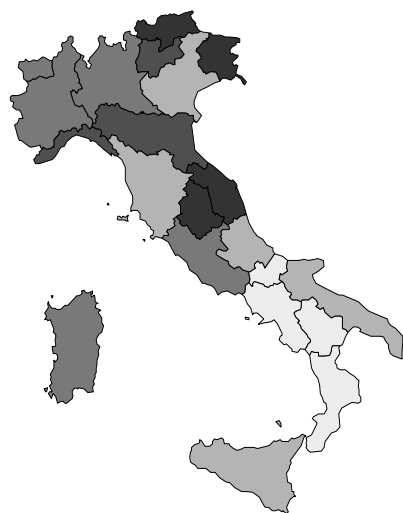


Tabella 1 - Tasso di mortalità per tumore del colon-retto-ano (ICD-9 153-154) specifico per età e tasso standardizzato per età, per regione di residenza - Maschi - Anni 1991 e 2001 (tassi per 10.000 abitanti)

Regione	45-54		55-64		65-74		75+		Tasso standardizzato per età	
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001
Piemonte	1,8	1,5	5,2	4,6	11,2	11,3	26,4	27,5	3,7	3,5
Valle d'Aosta	0,0	0,0	4,3	8,1	8,9	15,7	23,8	17,1	2,8	3,3
Lombardia	1,2	1,3	3,7	4,6	9,4	10,9	23,8	28,7	3,1	3,6
Prov. Aut. Bolzano*	1,5	1,6	5,8	6,3	13,8	10,9	29,4	30,1	4,1	4,0
Prov. Aut. Trento*	1,9	1,2	5,0	4,3	9,6	12,4	32,6	29,5	3,9	3,8
Veneto	1,6	2,0	4,6	4,6	12,8	12,0	27,1	24,3	3,8	3,5
Friuli-Venezia Giulia	1,9	1,3	6,6	4,4	14,0	10,4	23,5	31,2	4,0	3,6
Liguria	1,6	1,5	5,7	4,7	13,6	11,9	24,8	27,9	3,8	3,6
Emilia-Romagna	1,0	1,2	4,7	5,0	9,8	11,1	23,8	26,1	3,3	3,4
Toscana	1,1	1,6	4,5	4,1	10,8	11,1	26,2	24,1	3,4	3,2
Umbria	1,0	1,4	4,1	6,2	11,0	13,5	27,5	21,8	3,5	3,5
Marche	1,8	1,0	3,6	3,7	10,9	11,0	28,8	25,7	3,7	3,2
Lazio	1,2	1,5	4,4	4,4	12,3	11,4	29,0	25,9	3,8	3,4
Abruzzo	1,0	1,2	3,8	3,6	9,3	10,5	22,7	28,0	3,0	3,3
Molise	2,9	0,5	4,1	1,8	7,9	10,2	23,3	19,9	3,1	2,6
Campania	1,2	1,1	3,0	3,3	7,2	8,1	14,7	19,2	2,1	2,6
Puglia	1,3	0,6	2,9	2,3	7,3	6,9	16,0	20,7	2,3	2,3
Basilicata	1,0	1,1	3,8	4,8	9,8	8,2	18,3	25,6	2,7	3,2
Calabria	1,2	0,8	2,5	3,0	6,7	6,7	17,9	20,1	2,2	2,3
Sicilia	1,2	1,0	2,5	3,7	7,0	7,9	15,6	19,8	2,2	2,6
Sardegna	1,4	1,0	3,3	3,5	9,1	10,9	14,9	22,4	2,4	3,0
Italia	1,3	1,3	4,0	4,2	9,9	10,3	22,9	24,7	3,1	3,2
<i>Dev. standard</i>	<i>0,5</i>	<i>0,5</i>	<i>1,1</i>	<i>1,4</i>	<i>2,3</i>	<i>2,1</i>	<i>5,2</i>	<i>4,1</i>	<i>0,7</i>	<i>0,5</i>
<i>Coeff. di variazione</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,1</i>

*I dati di Bolzano e Trento sono le medie triennali calcolate sugli anni 1990-1992 e 1999-2001.

Fonte dei dati: Istat - Health for All Italia, Anno 2004.



Tasso standardizzato per età di mortalità per tumori del colon-retto-ano (ICD-9 153-154). Femmine. Anno 2001

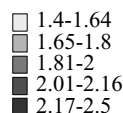


Tabella 2 - Tasso di mortalità per tumore del colon-retto-ano (ICD-9 153-154) specifico per età e tasso standardizzato per età, per regione di residenza - Femmine - Anni 1991 e 2001 (tassi per 10.000 abitanti)

Regione	45-54		55-64		65-74		75+		Tasso standardizzato per età	
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001
Piemonte	1,2	1,0	3,2	3,1	7,2	5,7	17,9	15,9	2,4	2,0
Valle d'Aosta	0,0	1,2	2,7	4,0	3,4	4,3	23,1	18,0	2,1	2,0
Lombardia	0,8	1,0	2,3	2,3	5,1	5,8	14,3	16,4	1,8	1,9
Prov. Aut. Bolzano*	0,8	1,1	3,8	2,6	7,5	6,6	23,0	26,1	2,7	2,5
Prov. Aut. Trento*	0,8	1,5	2,9	2,8	7,2	4,7	19,2	20,4	2,3	2,1
Veneto	1,2	1,0	2,4	3,3	5,4	5,6	16,3	13,5	2,0	1,8
Friuli-Venezia Giulia	0,5	1,3	3,2	3,9	5,9	6,8	17,6	15,7	2,2	2,2
Liguria	1,4	1,5	2,9	1,3	7,4	7,5	18,4	18,1	2,4	2,1
Emilia-Romagna	1,0	1,5	3,1	2,6	7,4	6,1	17,8	16,9	2,3	2,1
Toscana	1,2	0,8	2,9	1,8	6,0	5,2	17,3	16,4	2,2	1,8
Umbria	1,7	1,6	3,4	2,6	7,0	7,8	19,8	18,0	2,6	2,4
Marche	1,9	1,8	3,8	4,4	5,3	6,8	18,0	14,7	2,4	2,2
Lazio	1,5	1,0	3,7	2,9	6,2	5,9	18,9	16,1	2,4	2,0
Abruzzo	1,1	1,1	2,6	2,1	5,6	3,6	13,1	15,4	1,8	1,7
Molise	1,1	0,0	1,4	2,9	6,4	3,5	12,7	11,5	1,7	1,4
Campania	0,6	0,8	2,4	1,9	4,5	4,8	11,6	12,0	1,6	1,6
Puglia	1,0	0,8	2,7	2,2	4,8	4,7	11,1	14,0	1,6	1,7
Basilicata	0,9	0,5	1,4	1,9	3,7	3,8	13,3	14,0	1,5	1,5
Calabria	0,7	0,9	1,7	2,4	4,8	3,7	10,6	11,3	1,4	1,4
Sicilia	0,8	0,9	1,9	2,1	5,5	6,2	11,2	14,6	1,6	1,8
Sardegna	1,5	0,6	2,6	2,6	5,6	6,1	16,2	14,5	2,1	1,9
Italia	1,1	1,0	2,7	2,5	5,9	5,6	15,7	15,4	2,0	1,9
<i>Dev. standard</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	<i>0,7</i>	<i>0,8</i>	<i>1,2</i>	<i>1,3</i>	<i>3,7</i>	<i>3,3</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>
<i>Coeff. di variazione</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>

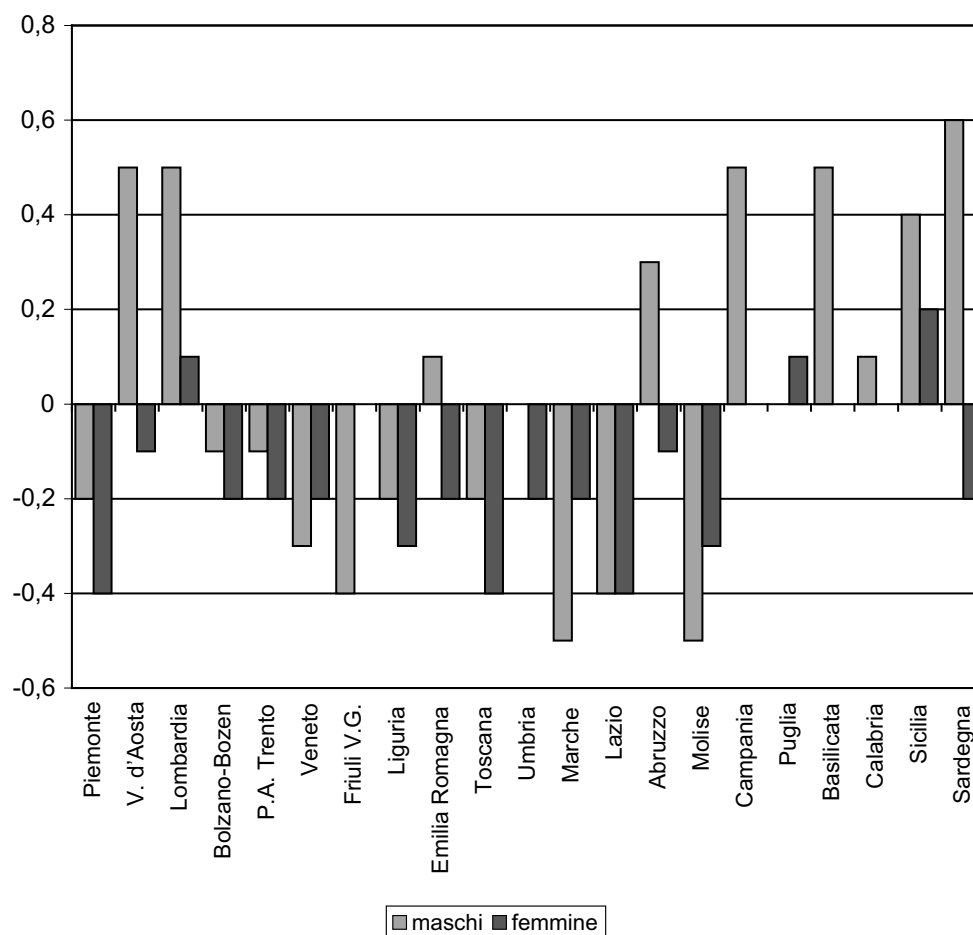
*I dati di Bolzano e Trento sono le medie triennali calcolate sugli anni 1990-1992 e 1999-2001.

Fonte dei dati: Istat - Health for All Italia, Anno 2004.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'aumento della mortalità nella classe più anziana (dovuto anche all'invecchiamento cui la popolazione è andata incontro, soprattutto nelle regioni del Centro-Nord) ed evidente nei maschi comporta un onere assistenziale sempre maggiore, considerando anche le peculiarità della patologia stessa (nutrizione parenterale, assistenza a pazienti stomizzati etc.). L'analisi della mortalità dimostra quindi che ancora molto resta da fare in termini di prevenzione primaria e secondaria. Sono da incrementare quindi gli interventi preventivi relativi all'educazione alimentare ed alla diffusione ed adesione a screening di popolazione basati sulla ricerca di sangue occulto nella fascia d'età 50-74 anni.

Grafico 1 - *Variazione dal 1991 al 2001 del tasso standardizzato di mortalità per tumori del colon-retto-ano (ICD-9 153-154)*



Tasso di mortalità per tumore della trachea, bronchi e polmoni

Tasso di mortalità

Significato. Il cancro polmonare (ICD-9 162) è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia esso è la prima causa di morte per neoplasia nel sesso maschile e la terza nel sesso femminile. Si tratta inoltre di una patologia ad elevata incidenza e, nonostante la bassa sopravvivenza (10% a cinque anni, con la maggior letalità nel secondo anno), ad elevata prevalenza.

Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è da 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori. Al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare. Altri fattori di rischio, che agiscono indipendentemente o in sinergismo con il fumo di tabacco, sono: l'esposizione professionale ad arsenico, asbesto, cromo esavalente, nichel, radon e radiazioni ionizzanti; il fumo passivo e l'inquinamento atmosferico. A questo gruppo è attribuibile non più del 10-15% dei casi di cancro polmonare.

L'analisi per classi d'età della mortalità per cancro polmonare può svelare la latenza d'azione dei fattori di rischio. In questo caso la mortalità risulta molto significativa già nella fascia d'età 55-64 anni e soprattutto negli uomini. I tassi aumentano inoltre notevolmente nelle fasce successive, dando un'idea del carico sanitario della malattia.

Numeratore	Numero di morti per cancro del trachea-bronchi e polmoni (regione, sesso, età)	
Denominatore	Popolazione residente regionale/metà anno	x 10.000
età (45-54, 55-64, 65-74, 75+)		

Validità e limiti. Sicuramente il tasso di mortalità di questa patologia ad elevata letalità riesce già da solo ad esprimere il suo carico sociale; i dati di incidenza e prevalenza possono completare il quadro, soprattutto ai fini della programmazione delle risorse sanitarie e degli interventi preventivi.

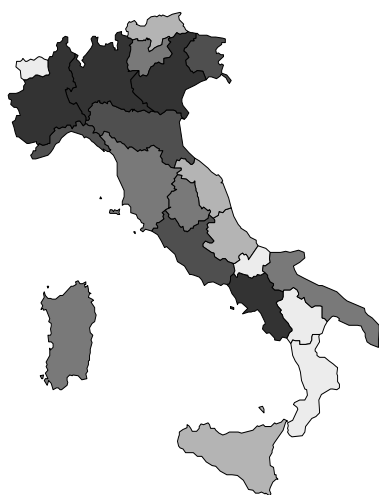
Valori di riferimento. Come riferimento è stata scelta la media dei quattro valori regionali più bassi (anno 2001):

per i maschi 2,5 (età 45-54); 8,3 (età 55-64); 27,5 (età 65-74); 33,4 (età 75+) e 6,0 (tasso standardizzato);

per le femmine 0,5 (età 45-54); 0,9 (età 55-64); 2,3 (età 65-74); 4,2 (età 75+) e 0,7 (tasso standardizzato).

Descrizione dei Risultati

I tassi di mortalità sono decisamente più alti negli uomini che nelle donne e la classe d'età più colpita è la 75+ per entrambi i sessi. Relativamente al tasso standardizzato, per i maschi valori superiori alla media nazionale si riscontrano soprattutto in alcune regioni del Nord, nel Lazio ed in Campania, cui spetta il primato negativo. Anche per le femmine si rileva una distribuzione territoriale simile, eccetto che per la Campania, che in questo caso presenta un tasso inferiore alla media italiana. Esaminando i dati rispetto al 1991 si nota come per i maschi i valori siano diminuiti tranne che per la classe 75+, mentre per le femmine essi sono costantemente aumentati, tranne che nella classe 55-64, dove il tasso è rimasto invariato.



Tasso standardizzato per età di mortalità per tumore della trachea, bronchi e polmoni (ICD-9 162). Maschi. Anno 2001

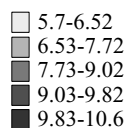
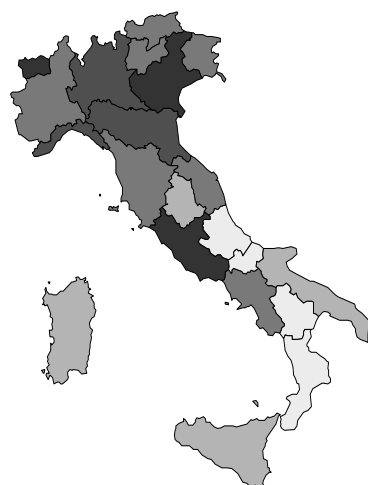


Tabella 1 - Tasso di mortalità per tumore della trachea, bronchi e polmoni (ICD-9 162) specifico per età e tasso standardizzato per età, per regione di residenza - Maschi - Anni 1991 e 2001 (tassi per 10.000 abitanti)

Regione	45-54		55-64		65-74		75+		Tasso standardizzato per età	
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001
Piemonte	6,6	4,0	22,3	16,8	43,0	40,4	53,3	60,2	10,8	9,9
Valle d'Aosta	5,0	2,3	17,0	4,0	57,8	33,2	37,4	42,8	10,2	6,4
Lombardia	7,1	4,6	28,8	17,7	54,9	42,0	60,4	64,9	13,2	10,6
Prov. Aut. Bolzano*	3,8	2,9	14,6	11,1	29,0	29,7	48,9	45,4	8,1	7,3
Prov. Aut. Trento*	4,8	3,4	23,7	15,4	39,9	38,3	50,9	51,4	10,3	8,9
Veneto	5,6	3,1	30,4	14,2	55,5	41,9	63,5	67,4	13,4	10,1
Friuli-Venezia Giulia	5,1	3,9	24,9	13,2	47,6	40,3	56,5	57,9	11,6	9,3
Liguria	7,3	5,4	22,7	14,9	41,6	39,1	57,1	54,3	11,0	9,3
Emilia-Romagna	6,0	3,8	24,5	14,6	45,7	37,1	53,3	56,6	11,2	9,1
Toscana	5,7	3,5	21,0	13,7	44,5	36,8	49,7	49,0	10,4	8,4
Umbria	4,5	2,9	17,4	12,7	37,8	32,6	34,1	47,4	8,2	7,8
Marche	5,8	3,6	17,7	12,0	34,5	32,5	37,0	41,2	8,3	7,4
Lazio	5,6	4,2	21,2	15,0	43,8	40,0	54,1	58,8	10,8	9,7
Abruzzo	4,1	2,0	13,9	13,7	27,3	26,5	30,5	39,5	6,6	6,7
Molise	5,1	3,3	9,8	10,3	24,3	27,5	28,0	34,0	6,0	6,2
Campania	6,8	4,3	23,0	17,1	43,7	42,9	46,9	61,4	10,6	10,3
Puglia	5,2	3,1	20,7	13,9	38,9	34,9	47,0	54,2	9,6	8,7
Basilicata	3,5	3,4	12,2	9,6	23,5	24,5	26,9	30,8	5,7	5,7
Calabria	3,9	3,5	12,2	9,5	23,5	22,8	27,1	32,4	5,8	5,8
Sicilia	4,6	3,5	16,6	13,0	32,2	31,5	31,0	36,4	7,5	7,1
Sardegna	5,0	5,0	20,3	15,4	38,5	35,8	36,4	51,0	9,0	9,0
Italia	5,9	3,9	22,5	14,9	43,0	37,5	48,8	54,2	10,5	9,1
<i>Dev. standard</i>	<i>1,1</i>	<i>0,8</i>	<i>5,4</i>	<i>3,1</i>	<i>10,2</i>	<i>6,0</i>	<i>11,8</i>	<i>10,9</i>	<i>2,3</i>	<i>1,6</i>
<i>Coeff. di variazione</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>

*I dati di Bolzano e Trento sono le medie triennali calcolate sugli anni 1990-1992 e 1999-2001.

Fonte dei dati: Istat - Health for All Italia, Anno 2004.



Tasso standardizzato per età di mortalità per tumore della trachea, bronchi e polmoni. Femmine. Anno 2001

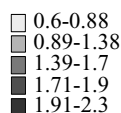


Tabella 2 - Tasso di mortalità per tumore della trachea, bronchi e polmoni (ICD-9 162) specifico per età e tasso standardizzato per età, per regione di residenza - Femmine - Anni 1991 e 2001 (tassi per 10.000 abitanti)

Regione	45-54		55-64		65-74		75+		Tasso standardizzato per età	
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001
Piemonte	0,9	1,1	2,8	2,9	5,0	7,2	8,5	9,1	1,4	1,7
Valle d'Aosta	1,3	0,0	0,0	5,3	3,4	12,9	3,9	9,0	0,7	2,3
Lombardia	1,0	1,4	3,0	3,3	5,9	6,6	8,9	11,0	1,6	1,9
Prov. Aut. Bolzano*	0,5	0,7	2,1	3,0	4,7	6,4	8,1	10,4	1,3	1,7
Prov. Aut. Trento*	0,8	0,9	3,4	2,9	4,2	5,0	7,3	9,2	1,4	1,5
Veneto	1,2	1,2	3,4	2,8	6,5	7,7	11,1	12,4	1,9	2,0
Friuli-Venezia Giulia	1,7	1,4	3,2	1,2	8,8	7,2	9,6	11,6	2,0	1,7
Liguria	1,3	1,7	2,5	2,6	4,9	5,6	8,0	11,6	1,5	1,8
Emilia-Romagna	0,9	1,6	3,4	3,4	6,2	6,9	8,8	10,8	1,7	1,9
Toscana	0,7	1,0	2,8	2,7	5,6	5,5	6,7	8,1	1,4	1,5
Umbria	0,6	1,2	3,2	2,8	3,1	4,8	2,7	6,2	0,9	1,3
Marche	1,2	1,2	1,8	3,2	3,0	4,5	5,1	7,3	1,0	1,4
Lazio	1,2	1,6	3,0	3,5	6,7	6,4	8,8	11,7	1,8	2,0
Abruzzo	0,6	0,7	1,4	1,2	2,9	2,8	4,7	4,4	0,8	0,8
Molise	0,6	1,0	1,4	1,1	1,2	1,5	6,3	4,7	0,8	0,7
Campania	0,7	1,1	2,1	2,6	3,3	5,7	6,3	7,6	1,1	1,5
Puglia	0,4	0,6	1,6	1,6	3,8	3,1	5,0	5,9	0,9	1,0
Basilicata	0,0	0,8	1,4	0,6	1,5	2,1	4,1	4,7	0,6	0,6
Calabria	0,4	0,7	0,4	1,0	1,3	2,9	3,1	3,3	0,4	0,7
Sicilia	0,3	1,0	2,0	1,4	3,3	3,6	5,8	6,1	1,0	1,0
Sardegna	0,6	0,8	1,2	2,0	4,8	4,1	4,7	6,2	0,9	1,1
Italia	0,8	1,2	2,6	2,6	5,0	5,7	7,6	9,1	1,4	1,6
<i>Dev. standard</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	<i>1,0</i>	<i>1,1</i>	<i>1,9</i>	<i>2,5</i>	<i>2,3</i>	<i>2,8</i>	<i>0,4</i>	<i>0,5</i>
<i>Coeff. di variazione</i>	<i>0,5</i>	<i>0,4</i>	<i>0,5</i>	<i>0,5</i>	<i>0,5</i>	<i>0,5</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>

*I dati di Bolzano e Trento sono le medie triennali calcolate sugli anni 1990-1992 e 1999-2001.

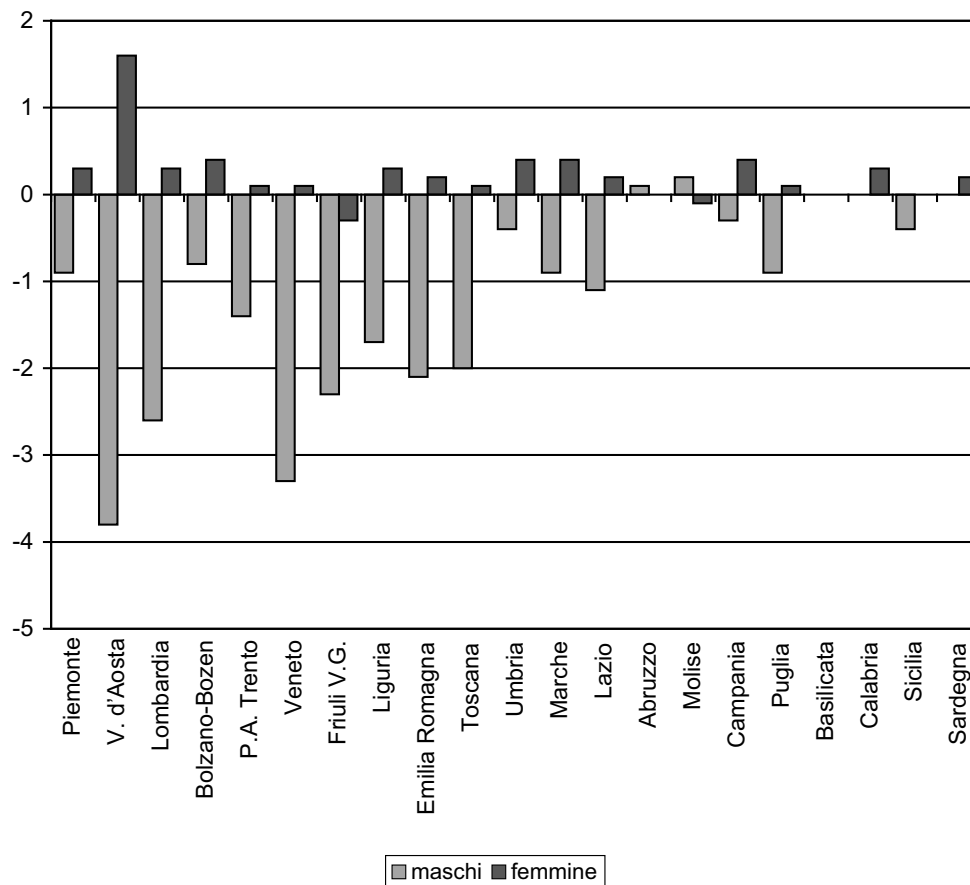
Fonte dei dati: Istat - Health for All Italia, Anno 2004.

Raccomandazioni di Osservasalute

Considerando l'elevata letalità della patologia e la sua stretta correlazione con il fumo di sigaretta, risulta fondamentale come non mai incrementare la prevenzione primaria, coinvolgendo le scuole, la famiglia e le strutture sociali in modo da evitare l'acquisizione dell'abitudine al fumo nelle nuove generazioni; una volta instaurata l'abitudine si è visto infatti che è molto più difficoltoso riuscire a spezzare la dipendenza. Nei confronti dei già fumatori bisognerà richiamare l'attenzione sul fatto che dopo 8 anni dalla cessazione del fumo la probabilità di ammalarsi si avvicina a quella dei non fumatori. La prevenzione primaria non può inoltre prescindere da un congiunto intervento di bonifica ambientale, soprattutto nelle zone urbane ad alto tasso d'inquinamento atmosferico, e di prevenzione all'esposizione professionale di cancerogeni.

La prevenzione secondaria mediante screening non presenta attualmente vantaggi evidenti.

Grafico 1 - *Variazione dal 1991 al 2001 del tasso standardizzato di mortalità per tumori della trachea, bronchi e polmone (ICD-9 162)*



Mortalità per regione e gruppi di età per tutti i tumori

Dott. ANDREA MICHELI - Dott. PAOLO BAILI Unità di Epidemiologia Descrittiva, Istituto Nazionale Tumori, Milano

Considerazioni generali conclusive

Nel 1970 in Italia morivano di tumore circa 91.000 persone (52.000 uomini e 39.000 donne); nel corso degli anni il numero di decessi è drammaticamente cresciuto e nel 2001 sono morte di tumore 164.000 persone (94.000 uomini e 70.000 donne). La mortalità per tumore rappresenta ora in Italia circa il 30% del totale dei decessi ed è costantemente la prima causa di morte nell'età adulta, e la seconda nel segmento anziano della popolazione. Il fenomeno di aumento della numerosità è però accompagnato nel corso dell'ultimo decennio da una riduzione del rischio di decesso. Se eliminiamo infatti l'effetto dovuto alla diversa struttura per età delle popolazioni a confronto, si osserva che il tasso standardizzato di mortalità nel 1991 era 37,2 e 18,9 per 10.000, mentre nel 2001 era 33,5 e 17,3 rispettivamente per gli uomini e le donne. L'apparente contraddizione tra incremento totale del numero di decessi e riduzione del rischio è spiegata principalmente dall'invecchiamento della popolazione e da fenomeni generazionali; è infatti in aumento il numero di decessi tra gli anziani (oltre i 75 anni), dove vi sono coorti che presentano tassi di mortalità ancora in crescita. La riduzione di mortalità è invece presente nelle età meno anziane: questa tendenza positiva già presente nei primi anni '70 nelle classi giovanili, ha successivamente coinvolto anche le persone d'età più adulta. La riduzione della mortalità è un fenomeno comune a molte società Occidentali ad economia avanzata ed è accompagnata da segni di tendenze analoghe nei dati d'incidenza. Anche in Italia la contrazione nella mortalità per tumore ha progressivamente coinvolto praticamente tutte le regioni, anche se il fenomeno è più accentuato al Nord che al Sud, tanto che nelle statistiche più recenti la consolidata differenza di maggior rischio di decesso per tumore al Nord si sta riducendo.

Tra le donne il tumore della mammella è la principale causa di decesso per cancro con tassi più alti al Nord e inferiori al Sud, dove il rischio di ammalare è più basso. Il rischio di morte per tumore della mammella è in riduzione in tutte le regioni tranne che nel Molise, in Sardegna e in Calabria. Si riduce invece ovunque la mortalità per tumore dell'utero, una delle poche patologie oncologiche dove anche nelle regioni del Sud il rischio di morte è alto. Per entrambi i sessi sono ancora in crescita i tassi di morte per i tumori del colon-retto-ano, una patologia che presenta i valori più alti nel Nord e nelle regioni Centrali. È invece in riduzione, ma solo negli uomini, la mortalità per tumore del polmone; è il tumore più frequente nel contingente maschile e il suo andamento determina per la gran parte le tendenze espresse dall'insieme dei tumori: i tassi sono in riduzione in tutte le classi d'età, tranne che nelle classi d'età più avanzate. L'effetto si accompagna alla progressiva riduzione dell'abitudine al fumo negli uomini che ha coinvolto più generazioni ora adulte, mentre, purtroppo, è andato crescendo l'uso del fumo tra le donne aumentando così il loro rischio di morte per tumore al polmone praticamente in tutte le fasce d'età.

La mortalità per tumore tende alla riduzione, per effetto della contrazione dell'incidenza, ma soprattutto a causa della migliore sopravvivenza dei malati. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi era 33% per i pazienti della fine degli anni '70, ed era 47% per i pazienti agli inizi degli anni '90. Il processo d'invecchiamento, la crescita del numero di nuovi casi, in particolare anziani, e la migliore sopravvivenza determina un forte aumento del numero di casi prevalenti (tutte le persone con un passato oncologico): si stima che essi fossero circa 820.000 nel 1970, e circa 1.300.000 nel 2000. Un grande numero di persone che rappresentano uno dei determinanti della crescita della domanda sanitaria e per i quali è necessario garantire la sorveglianza medica e assistenziale. L'osservazione di questi andamenti pone l'Italia e le regioni italiane tra le aree economicamente avanzate, per le quali, l'indicazione di sanità pubblica è l'avvio di grandi programmi di prevenzione primaria, così da contenere il numero crescente di nuovi casi di tumore e il conseguente drammatico peso sociale ed economico associato alla patologia oncologica che grava su queste società.