

L'INCIDENZA DEI TUMORI IN ITALIA

Si stima che nel 2016, in Italia, verranno diagnosticati 365.800 nuovi casi di tumore, di cui 189.600 (54%) negli uomini e 176.200 (46%) nelle donne. Complessivamente nel nostro Paese ogni giorno circa 1.000 persone ricevono una nuova diagnosi di tumore.

Escludendo i carcinomi della cute (non melanomi), il tumore più frequente, nel totale di uomini e donne, risulta quello del **colon-retto con 52.000** nuove diagnosi stimate per il 2016 (29.500 uomini e 22.900 donne), seguito dal **tumore della mammella con circa 50.000** nuovi casi; seguono il **tumore del polmone con oltre 41.000** nuovi casi (27.800 uomini e 13.500 donne), della **prostata con 35.000** nuove diagnosi e della **vescica con circa 26.600** nuovi casi (21.400 tra gli uomini e 5.200 tra le donne).

Negli uomini prevale il tumore della prostata che rappresenta il 19% di tutte le neoplasie diagnosticate; seguono quello del polmone (15%), del colon-retto (13%), della vescica (11%) e dello stomaco (4%). Tra le donne il cancro della mammella rappresenta il 30% delle neoplasie, seguito da colon-retto (13%), polmone (6%), tiroide (5%) e corpo dell'utero (5%).

In generale in Italia, nel periodo 2008-2016, si conferma una diminuzione di incidenza per tutti i tumori nel sesso maschile (-2,5% per anno) legata principalmente alla riduzione dei tumori del polmone e della prostata.

Considerando le singole sedi tumorali, negli uomini appaiono in calo vie aereo-digestive superiori (VADS), esofago, stomaco, colon-retto, fegato, polmone, prostata e vescica. Nelle donne invece sono in calo stomaco, colon-retto, vie biliari, cervice uterina e ovaio.

Si osserva ancora una differenza geografica con livelli che si riducono dal Nord al Sud. Infatti il tasso d'incidenza standardizzato (sulla popolazione europea) per tutti i tumori è tra gli uomini più basso dell'8% al Centro e del 15% al Sud rispetto al Nord e per le donne del 5% e del 16% rispettivamente. Alla base di queste differenze possono esserci fattori protettivi (differenti stili di vita, abitudini alimentari, fattori riproduttivi) che ancora persistono nelle regioni del Centro e Sud Italia, ma anche una minore esposizione a fattori cancerogeni (abitudine al fumo, inquinamento ambientale etc...). Per contro nelle regioni del Sud, dove gli screening oncologici sono ancora poco diffusi, non si è osservata la riduzione della mortalità e dell'incidenza dei tumori della mammella, colon-retto e cervice uterina. Per alcuni tumori (esofago, melanoma) si confermano tassi di incidenza doppi al Nord rispetto al Sud per entrambi i sessi. Anche per il rene e la pelvi renale l'incidenza è marcatamente minore al Sud in entrambi i sessi, così come per il tumore della prostata che continua a far registrare tassi di incidenza più elevati nelle regioni del Nord.

Da segnalare in controtendenza per entrambi i sessi una incidenza maggiore al Sud rispetto al Nord del tumore delle vie biliari, del sarcoma di Kaposi e della tiroide. Nelle donne si evidenzia una incidenza maggiore al Sud per il tumore del fegato. Il dato, già noto nella letteratura scientifica, è stato messo in relazione a locali condizioni genetiche e ambientali

(come la prevalenza di infezione da virus dell'epatite B e/o C per il tumore del fegato) peculiari delle zone del meridione d'Italia.

L'incidenza è influenzata, oltre che dal genere, anche dall'età: nei maschi giovani (0-49 anni), il tumore più frequente è rappresentato dal cancro del testicolo, praticamente raro negli anziani; a seguire melanoma, linfoma non-Hodgkin, tumore del colon-retto e della tiroide. Nella classe 50-69 anni e negli ultrasessantenni il tumore più frequente è rappresentato dalla prostata, seguito dal polmone, colon-retto e vescica; al 5° posto si collocano i tumori della vie aeree digestive superiori mentre il tumore dello stomaco è appannaggio delle persone anziane (70+anni).

Nelle femmine invece il cancro della mammella rappresenta la neoplasia più frequente in tutte le classi di età, sebbene con percentuali diverse (41% nelle giovani vs 21% nelle molto anziane). Nelle donne giovani (0-49 anni) a seguire si collocano i tumori della tiroide, melanomi, colon retto e cervice uterina. Nella classe intermedia (50-69 anni) seguono i tumori del colon-retto, corpo dell'utero, polmone e tiroide mentre nelle anziane (70+anni) seguono i tumori del colon-retto, polmone, stomaco e pancreas.

LA MORTALITÀ DEI TUMORI IN ITALIA

I dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) indicano per il 2013 (ultimo anno disponibile) 176.217 (98.833 fra gli uomini e 77.384 fra le donne) decessi attribuibili a tumore, 1.000 in meno rispetto al 2012, tra gli oltre 600.000 decessi verificatisi in quell'anno. I tumori sono la seconda causa di morte (29% di tutti i decessi) dopo le malattie cardio-circolatorie (37%). Nel sesso maschile, tumori e malattie cardio-circolatorie causano approssimativamente lo stesso numero di decessi (34%) mentre nel sesso femminile il peso delle malattie cardio-circolatorie è più rilevante rispetto ai tumori (40% vs 25%). Si può affermare che, mediamente, ogni giorno oltre 485 persone muoiono in Italia a causa di un tumore.

Il tumore che ha fatto registrare nel 2013 il maggior numero di decessi è quello al polmone (33.483), seguito da colon-retto (18.756), mammella (12.072), pancreas (11.201), stomaco (9.595) e prostata (7.203).

I dati riguardanti le aree coperte dai Registri Tumori indicano come prima causa di morte oncologica nella popolazione il tumore del polmone (19%), che risulta essere anche la prima causa di morte fra gli uomini (26%), mentre fra le donne è il tumore della mammella la causa più frequente (17%), seguiti dai tumori del colon-retto (10% tra gli uomini e 12% tra le donne) e dal tumore della prostata tra gli uomini (8%) e il tumore del polmone tra le donne (11%).

Il carcinoma del polmone risulta la prima causa di morte oncologica anche in tutte le fasce di età negli uomini, rappresentando il 14% dei decessi tra i giovani (0-49 anni), il 30% tra gli adulti (50-69 anni) e il 26% tra gli ultrasettantenni. Il tumore della mammella rappresenta la prima causa di morte oncologica per le donne in tutte le fasce di età rappresentando il 29% dei decessi tra le giovani (0-49 anni), il 21% tra le adulte (50-69 anni) e il 16% tra le over 70.

Gli andamenti temporali

Gli andamenti temporali di incidenza e mortalità delle neoplasie permettono di evidenziare eventuali priorità nella programmazione sanitaria, valutare gli effetti di interventi di prevenzione primaria e secondaria e introdurre o modificare procedure diagnostiche e terapeutiche.

I dati relativi ai trend temporali sono calcolati al netto dell'invecchiamento della popolazione, sia per la mortalità che per l'incidenza e si riferiscono alla casistica dell'area di attività dei Registri Tumori italiani del periodo 1999-2011, proiettata fino al 2016.

L'interpretazione degli andamenti temporali deve tener conto di una molteplicità di fattori legati sia ai fattori di rischio (modificazioni dell'abitudine al fumo in diminuzione tra gli uomini e in aumento tra le donne), sia ai programmi di screening organizzati (mammella, cervice e colon retto) sia alle campagne spontanee di prevenzione secondaria (come per il melanoma e la prostata).

In generale in Italia, nel periodo 2008-2016, la mortalità per tutti i tumori appare in calo sia negli uomini (-1,5% per anno) che nelle donne (-0,7% per anno). Negli uomini diminuisce la mortalità per tumori delle vie aereo-digestive superiori, esofago, stomaco, colon-retto, polmone, melanoma, prostata, vescica, linfoma non-Hodgkin e leucemie. Nelle donne la mortalità cala per stomaco, colon-retto, fegato, vie biliari, mammella, utero, linfoma non-Hodgkin.

Anche per la mortalità si va riducendo il gradiente Nord-Sud che si osservava negli anni passati, con la tendenza all'allineamento dei valori per effetto dei trend di mortalità che globalmente si stanno riducendo al Nord e al Centro mentre restano stabili al Sud. Attualmente, per la totalità dei tumori, si osservano valori inferiori tra il 7% ed il 10% sia al Centro che al Sud, in entrambi i sessi, rispetto al Nord.

LA PREVALENZA DEI TUMORI IN ITALIA

La prevalenza dei tumori indica il numero di persone viventi dopo una diagnosi di neoplasia. Il numero di queste persone dipende sia dalla frequenza della malattia (incidenza) che dalla prognosi (sopravvivenza). Più alta è l'incidenza, legata anche all'invecchiamento della popolazione, più elevata sarà la prevalenza dei tumori. Inoltre, migliore è la sopravvivenza (quindi l'assistenza), più alto sarà il numero di persone viventi dopo una diagnosi tumorale.

Nel 2015, le persone vive in Italia dopo una diagnosi di tumore erano 3.036.741 (il 4,9% della popolazione italiana), il 46% maschi e il 54% femmine. Oltre un terzo (35%) erano persone di 75 anni e oltre; ancor di più (39%) quelli tra 60 e 74 anni di età.

Tra le donne il tumore più frequentemente diagnosticato in passato era il carcinoma della mammella con 692.955 donne prevalenti nel 2015, seguito dal colon-retto (201.617 prevalenti), dalla tiroide (124.850) e dal corpo dell'utero (109.981). Tra gli uomini, quasi 400 mila (398.708) erano i prevalenti dopo una diagnosi di tumore della prostata; 225.459 dopo una diagnosi di tumore del colon retto e 204.158 dopo diagnosi di cancro della vescica.

E' ragionevole ipotizzare che gli andamenti lineari della prevalenza osservati negli ultimi 15 anni, pari a circa il 3% l'anno, si mantengano nel breve periodo. Con questa assunzione, **la proiezione al 2016 del numero di persone che vivono in Italia dopo una diagnosi tumorale è di oltre 3,1 milioni (3.136.709), 1,4 milioni i maschi e 1,7 milioni le femmine.** Poco più di mezzo milione di persone hanno avuto una diagnosi di tumore da meno di 2 anni; oltre 600.000 tra 2 e 5 anni e quasi 2 milioni (quasi 2/3 del totale) da più di 5 anni.

In termini di proporzioni, nel 2016, con le stesse assunzioni usate per le proiezioni dei numeri assoluti, si stima che **il 5,0% (un cittadino su venti) dell'intera popolazione italiana siano persone vive dopo una diagnosi di tumore (4,7% maschi e 5,3% femmine).** Nel corso degli anni, è cambiata la distribuzione dei prevalenti in base al tipo di tumore. Per esempio, le persone viventi dopo diagnosi di tumore della tiroide rappresentavano nel 2015 il quarto gruppo più frequente (il terzo nelle donne), rispetto al nono gruppo nel 2006. Gli uomini vivi dopo diagnosi di tumore della prostata erano nel 2015 il 29% (21% nel 2006 e 9% negli anni Novanta).

In sintesi, i dati dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori indicano un costante aumento del numero degli italiani che vivono dopo una diagnosi di tumore, circa il 3% l'anno. **Il numero di prevalenti che era di 2 milioni e 244 mila nel 2006 è aumentato sino a oltre tre milioni nel 2016.**

Questi risultati supportano l'urgenza di condurre studi sulla "scienza della riabilitazione", in particolare sulla riabilitazione oncologica. La conferma che un pieno recupero è possibile ha importanti ricadute in molti aspetti della vita delle persone che hanno avuto una diagnosi di tumore e apre loro le porte alla possibilità di un completo reinserimento lavorativo e sociale.

LA SOPRAVVIVENZA IN ITALIA

La sopravvivenza è il principale *outcome* in campo oncologico e permette, attraverso la misura del tempo dalla diagnosi, di valutare l'efficacia del sistema sanitario nel suo complesso nei confronti della patologia tumorale. La sopravvivenza è condizionata da due aspetti: la fase nella quale viene diagnosticata la malattia e l'efficacia delle terapie intraprese. Sulla sopravvivenza influiscono quindi sia gli interventi di prevenzione secondaria che la disponibilità e l'accesso a terapie efficaci.

Il tipo di sopravvivenza utilizzata per valutare la sopravvivenza oncologica è la cosiddetta *sopravvivenza netta*, ovvero non imputabile ad altre cause diverse dal cancro.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è un indicatore ampiamente entrato nell'uso comune, sebbene non rappresenti un valore soglia per la guarigione. Questa, infatti, può essere raggiunta in tempi diversi (minori o maggiori dei 5 anni) a seconda della tipologia di tumore, del sesso e dell'età alla quale è stata fatta la diagnosi (Airtum WG 2014).

Per tutti i tumori (esclusi i carcinomi della cute) il 55% degli uomini e il 63% delle donne non moriranno a causa del tumore nei cinque anni successivi alla diagnosi. La sopravvivenza è migliorata nel corso degli anni e, migliora, man mano che ci si allontana dal momento della diagnosi.

Oggi le due neoplasie più frequenti, il tumore della prostata negli uomini e quello della mammella nelle donne, presentano sopravvivenze a 5 anni che si avvicinano al 90%, con percentuali ancora più elevate per i tumori diagnosticati in stadio precoce. Risultati sicuramente incoraggianti.

La valutazione della sopravvivenza per un'ampia sede di tumori in Italia mostra come questa sia generalmente allineata con la media europea e per molte sedi tumorali superiore a questa. Anche il confronto con i paesi del nord Europa, dove solitamente si documentano i valori più elevati di sopravvivenza oncologica offre, nel confronto con l'Italia, informazioni incoraggianti rispetto all'efficacia globale nel nostro sistema sanitario nelle sue componenti preventive, diagnostiche e terapeutiche.

Confronto Italia vs Europa

Per nessuno dei tumori solidi o linfo-ematologici analizzati la sopravvivenza in Italia è risultata significativamente inferiore alla media europea. Al contrario, per molte sedi tumorali quali testa e collo, stomaco, fegato, colon, retto, laringe, polmone, melanoma cutaneo, mammella femminile, cervice uterina, prostata, rene e linfomi non-Hodgkin, i valori riguardanti l'Italia sono superiori alla media europea.

La media europea risente peraltro di una variabilità geografica notevole con valori di sopravvivenza in genere più elevati nei Paesi nordici (paesi scandinavi, Danimarca, Islanda) e dell'Europa centrale (Austria, Belgio, Francia, Germania, Svizzera e Olanda), lievemente inferiori per quelli relativi al Regno Unito e all'Irlanda, ancora un po' più bassi per i Paesi del

sud Europa nel loro complesso (Croazia, Malta, Portogallo, Slovenia, Spagna e Italia) e infine con i valori nettamente più bassi nei Paesi dell'est Europa (Bulgaria, Repubblica Ceca, Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia e Slovacchia).

Questo significa che la media europea, rispetto alla quale abbiamo confrontato l'Italia, risente dei valori generalmente e sensibilmente inferiori nei Paesi dell'Europa dell'est.

Confronto Italia vs Nord Europa

Sono stati confrontati i dati di sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi dei pazienti italiani con quelli medi dei Paesi nel nord Europa, generalmente tra i più elevati in Europa come effetto del loro riconosciuto sviluppo ed efficienza sociale e sanitaria.

I risultati di sopravvivenza italiani si mostrano in linea anche rispetto a quelli dei Paesi del nord Europa, addirittura superiori per alcune sedi: laringe, stomaco, fegato, colecisti, pancreas, colon, polmone, prostata, rene e vescica. Sono sostanzialmente simili per i tumori dell'esofago, intestino tenue, retto, pleura, mammella femminile, cervice, corpo uterino, vagina e vulva, testicolo, pene, cervello, e leucemie mieloidi acute e croniche. Infine, sono inferiori, ma non oltre i 2-3 punti percentuali, per i tumori della testa e collo, il melanoma cutaneo, i tumori dell'ovaio, i linfomi e la leucemia linfatica cronica.

I TUMORI PER SINGOLE SEDI

MAMMELLA

Fattori di rischio

- **Età**, la probabilità di ammalarsi aumenta esponenzialmente sino agli anni della post-menopausa (50 - 69) e poi diminuisce dopo i 70 anni
- **Familiarità ed ereditarietà**: il 5-7% dei casi risulta legato a fattori ereditari, 1/4 dei quali determinati dalla mutazione di due geni, BRCA-1 e/o BRCA-2. Nelle donne portatrici di mutazioni del gene BRCA-1 il rischio di ammalarsi nel corso della vita di carcinoma mammario è pari al 65% e nelle donne con mutazioni del gene BRCA-2 è pari al 40%
- **Assenza di programmi di screening**
- **Variabilità geografica**, i tassi nei Paesi economicamente più avanzati sono fino a 10 volte maggiori
- **Storia riproduttiva**, lunga durata del periodo fertile, menarca precoce e menopausa tardiva, nulliparità o una prima gravidanza a termine dopo i 30 anni
- **Stili di vita, obesità e scarso esercizio fisico**, alto consumo di carboidrati e di grassi saturi, elevato consumo di alcool e scarso consumo di fibre vegetali, e sindrome metabolica in post-menopausa
- **Mancato allattamento** al seno
- **Pregressa radioterapia** (a livello toracico e specialmente se prima dei 30 anni d'età) e precedenti displasie o neoplasie mammarie
- **Utilizzo di contraccettivi orali** e terapia ormonale sostitutiva in menopausa

Incidenza

Si stima che nel 2016 verranno diagnosticati in Italia circa 50.000 nuovi casi di carcinoma della mammella nelle donne.

Mortalità

Anche per il 2013, il carcinoma mammario ha rappresentato la prima causa di morte oncologica nelle donne, con 11.939 decessi (i decessi fra gli uomini sono stati 133 - fonte ISTAT).

Sopravvivenza

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi, indipendentemente da altre patologie, in Italia è pari all'85,5%, più elevata rispetto alla media europea (81,8%) e al Nord Europa (84,7%). In Italia, i tassi sono leggermente inferiori nel meridione: Nord (85-87%), Centro (86%), Sud (81%).

Prevalenza

Complessivamente in Italia vivono 692.955 donne che hanno avuto una diagnosi di carcinoma mammario, pari al 41% di tutte le donne che convivono con una pregressa diagnosi di tumore e pari al 23% di tutti i casi prevalenti (uomini e donne).

PROSTATA

Fattori di rischio

- **L'obesità e l'elevato consumo di carne e latticini, una dieta ricca di calcio**, con conseguente elevata concentrazione di IGF-1 ematico
- **Elevati livelli di androgeni nel sangue**
- **Fattori ereditari**, in una minoranza di casi (<15%)

Incidenza

Il tumore della prostata è attualmente la neoplasia più frequente tra i maschi (20% di tutti i tumori diagnosticati) a partire dai 50 anni di età. Per il 2016 sono attesi circa 35.000 nuovi casi.

Mortalità

Nel 2013 sono stati registrati 7.203 decessi per cancro prostatico (ISTAT). Altre patologie generalmente presenti nelle persone anziane possono rendere comunque complesso separare i decessi *per* tumore della prostata da quelli *con* questo tipo di cancro. Questa neoplasia, pur trovandosi al primo posto per incidenza, occupa la terza posizione nella scala della mortalità (8% sul totale dei decessi oncologici) nella quasi totalità dei casi riguardanti maschi over 70. Si tratta comunque di una causa di morte in costante diminuzione (-2,5% per anno) da oltre un ventennio.

Sopravvivenza

La sopravvivenza a 5 anni dei pazienti con carcinoma prostatico, non considerando la mortalità per altre cause, è attualmente attestata all'88,6% a 5 anni dalla diagnosi, più elevata rispetto alla media europea (83,4%) e al Nord Europa (85,0%). Nel Sud Europa, compresa l'Italia, presenta valori elevati nei pazienti più giovani (90,2% tra 45 e 54 anni, 52,6% negli over 70).

Prevalenza

In Italia si stima siano presenti circa 398.000 persone con pregressa diagnosi di carcinoma prostatico, circa il 26% dei maschi con tumore e quasi il 10% di tutti i pazienti (tra maschi e femmine) presenti nel Paese.

POLMONE

Fattori di rischio

- **Fumo di sigarette**, rappresenta il più importante fattore di rischio. Sono ascrivibili al fumo l'85–90% di tutti i tumori polmonari. Il rischio relativo è maggiore di circa 14 volte nei tabagisti rispetto ai non fumatori e si incrementa ulteriormente fino a 20 volte nei forti fumatori (oltre le 20 sigarette al giorno)
- **Fumo passivo** nei non fumatori
- **Fattori ambientali**, inquinamento atmosferico, ecc.
- **Esposizioni professionali a sostanze tossiche**, radon, asbesto, metalli pesanti (cromo, cadmio, arsenico, ecc.)
- **Processi infiammatori cronici**, dovuti a tubercolosi, ecc.

Incidenza

Nel 2016 sono attese oltre 41.000 nuove diagnosi di tumore del polmone (oltre il 30% fra le donne). Rappresentano l'11% di tutte le nuove diagnosi di cancro nella popolazione generale (più in particolare, il 15% di queste nei maschi e il 6% nelle femmine).

Si registra una marcata diminuzione di incidenza negli uomini (in relazione alla riduzione dell'abitudine al fumo), pari a -2,0%/anno negli anni più recenti. A questa tendenza fa purtroppo riscontro un aumento dei nuovi casi tra le donne (+2,6%/anno dal 1999 al 2016).

Mortalità

Nel 2013 sono state osservate 33.483 morti per tumore del polmone (ISTAT). Rappresenta la prima causa di morte per tumore nei maschi (il 26% del totale) e la terza nelle donne, dopo mammella e colon-retto (11% del totale dei decessi per cancro).

Sopravvivenza

La percentuale di sopravvissuti a 5 anni fra i malati di tumore del polmone è pari al 14,3%, più elevata rispetto alla media europea (13,0%) e al Nord Europa (12,2%). Non esistono differenze significative nelle varie aree del nostro Paese (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro e Sud), con percentuali pari al 10%, 14%, 14% e 11% nei maschi e al 17%, 17%, 19% e 15% nelle femmine.

Prevalenza

Il tumore del polmone permane ancora oggi una neoplasia a prognosi particolarmente sfavorevole, pertanto poco contribuisce, in percentuale, alla composizione dei casi prevalenti. Complessivamente è stato stimato che nel 2010 vivevano in Italia 82.795 persone con tumore del polmone, pari al 4% di tutti i pazienti con diagnosi di neoplasia.

COLON RETTO

Fattori di rischio

- **Lesioni precancerose** (ad esempio gli adenomi con componente displastica), circa l'80% dei carcinomi del colon-retto insorge a partire da lesioni precancerose
- **Stili di vita errati**, elevato consumo di carni rosse ed insaccati, farine e zuccheri raffinati, sovrappeso ed attività fisica ridotta, fumo ed eccesso di alcol
- **Familiarità ed ereditarietà**, mutazioni genetiche associate a carcinoma coloretale
- **Altre patologie**, malattia di Crohn e rettocolite ulcerosa, poliposi adenomatosa familiare (FAP), sindrome di Lynch

Incidenza

Per il 2016, sono stimate circa 52.000 nuove diagnosi di carcinoma del colon-retto. Secondo i dati AIRTUM, tra gli uomini si trova al terzo posto, dopo il tumore della prostata e quello del polmone, mentre per le donne è al secondo posto, preceduto solo dal carcinoma della mammella. Nella classifica dei tumori più frequenti per gruppi di età il carcinoma del colon-retto occupa sempre posizioni elevate, variando nelle diverse età tra l'8 e il 14% negli uomini e tra il 4% e il 17% nelle donne.

Mortalità

Nel 2013 sono stati registrati 18.756 decessi per carcinoma del colon-retto (ISTAT) (il 54% negli uomini), al secondo posto nella mortalità per tumore (10% nei maschi, 12% nelle femmine).

Sopravvivenza

Il carcinoma del colon-retto presenta una prognosi sostanzialmente favorevole. La sopravvivenza a 5 anni in Italia è pari al 60,8% per il colon e al 58,3% per il retto, più elevata rispetto alla media europea (rispettivamente 57,0% e 55,8%), ma simile al Nord Europa (rispettivamente 59,0% e 59,5%).

Prevalenza

Sono oltre 427.000 i pazienti con pregressa diagnosi di carcinoma del colon-retto in Italia (53% maschi), al secondo posto tra tutti i tumori e pari al 14% di tutti i pazienti oncologici.

STOMACO

Fattori di rischio

- **Infezione da *Helicobacter pylori* (HP)**, che può indurre gastrite cronica, rappresenta il principale fattore di rischio per il carcinoma dello stomaco
- **Stili di vita errati**, abitudine al fumo, basso consumo di frutta e verdura, eccesso di carni rosse, cibi conservati con sale, nitrati e affumicati
- **Storia familiare**

Incidenza

Quasi 13.000 nuovi casi di carcinoma gastrico sono attesi nel 2016, attualmente al sesto posto in ordine di incidenza sia tra gli uomini che tra le donne (4% di tutti i tumori nei maschi, 4% nelle femmine).

Mortalità

Nel 2013 sono state osservate 9.595 morti per questa neoplasia (ISTAT) (il 58% nei maschi). Con il 6% tra i decessi per tumore sia nei maschi sia nelle femmine il carcinoma gastrico occupa il quinto posto, con una presenza più incisiva nell'età medio-avanzata.

Sopravvivenza

La sopravvivenza a 5 anni dei pazienti con tumore allo stomaco in Italia è pari al 32,4%, più elevata rispetto alla media europea (25,1%) e al Nord Europa (21,9%). Tra le diverse aree geografiche italiane non si osservano sostanziali differenze della sopravvivenza.

Prevalenza

Quasi 73.000 persone (55% uomini) vivono in Italia con una diagnosi di carcinoma gastrico, il 3% di tutti i pazienti con tumore.

PANCREAS

Fattori di rischio

- **Fumo di sigaretta**, anche passivo, rappresenta il fattore di rischio principale. I tabagisti presentano un rischio di incidenza da doppio a triplo rispetto ai non fumatori. La proporzione di carcinoma pancreatico attribuibile al fumo è dell'ordine del 20-30% nei maschi e del 10% nelle femmine
- **Stili di vita scorretti**, obesità (alto consumo di grassi saturi), ridotta attività fisica, scarsa assunzione di frutta e verdura fresca, abuso di alcol
- **Altre patologie**, come pancreatite cronica, diabete mellito, pregressa gastrectomia
- **Storia familiare**, responsabile fino al 10% dei tumori pancreatici, che in alcuni casi è possibile spiegare nel contesto di patologie note: la sindrome di Peutz Jeghers (rischio di oltre 100 volte), la "sindrome familiare con nevi atipici multipli e melanoma" (20-30 volte), la mutazione germline del gene BRCA-2 (3-10 volte), la pancreatite ereditaria (10 volte) e la sindrome di Lynch, la presenza di varianti dei loci genomici dei gruppi sanguigni AB0 (in particolare nei gruppi non 0).

Incidenza

Nel 2016 sono attesi circa 13.500 nuovi casi, circa il 4% di tutti i tumori incidenti tra maschi e femmine. Nelle donne oltre i 70 anni il carcinoma pancreatico è compreso tra i cinque tumori più frequenti (4° posto, 5% dei casi).

Mortalità

Il carcinoma pancreatico è la quarta causa di morte per tumore nel sesso femminile (7%) e la sesta nel sesso maschile (5%). Nelle età centrali della vita occupa il quarto posto tra i maschi (6%) e il quinto tra le femmine (7%). L'andamento nel tempo fa osservare una lieve ma costante incremento (+1,1%) nelle donne.

Sopravvivenza

La sopravvivenza a 5 anni dei pazienti con tumore del pancreas in Italia è pari al 7,2%, non lontano dalla media europea (6,9%), ma superiore ai tassi del Nord Europa (4,8%). Non si osservano differenze significative tra le diverse aree geografiche nazionali.

Prevalenza

Il relativamente ristretto numero di persone affette da questa patologia (14.695, pari a meno dell'1% di tutti i pazienti oncologici, il 45% tra i maschi), è direttamente collegabile all'aggressività e alla conseguente breve sopravvivenza di questo tipo di tumore. Il 58% dei pazienti sopravvive entro i due anni dalla diagnosi e solo il 26% oltre i 5 anni.

PSA: IMPATTO SULLA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ PER CARCINOMA DELLA PROSTATA

Agli inizi degli anni Novanta l'introduzione dell'antigene prostatico specifico (PSA) ha modificato profondamente l'epidemiologia di una patologia ad elevata incidenza e mortalità come il carcinoma prostatico. La diffusione dell'impiego del PSA quale test di screening è stato rapido, soprattutto negli USA dove l'*American Urological Association* e l'*American Cancer Society* hanno iniziato a raccomandare lo screening come pratica corrente. In Italia abbiamo assistito a una repentina crescita dell'incidenza del tumore a partire dalla prima metà degli anni Novanta, che si è arrestata nella prima metà degli anni Duemila; la mortalità presenta un andamento in continua riduzione.

Evidenze scientifiche disponibili

Due sono i trial randomizzati sulla valutazione dell'uso del dosaggio del PSA nella riduzione della mortalità per tumore della prostata: lo studio ERSPC (*European Randomized study of Screening for Prostate Cancer*) condotto in Europa, e lo studio PLCO (*Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial*) condotto negli stati Uniti.

Entrambi questi studi coinvolgono un numero elevato di persone: 162.387 randomizzate nell'ERSPC, 76.693 nel PLCO, ma hanno dato risultati contrastanti. Nello studio ERSPC sono state randomizzate persone in età 55-69 anni, il gruppo di intervento è stato sottoposto a test PSA ogni 4 anni, con raccomandazione di esecuzione di una biopsia (nel caso in cui il risultato fosse superiore a 3 ng/ml). Nello studio PLCO sono state randomizzate persone in età 55-74 anni, il gruppo di intervento è stato sottoposto a test PSA una volta l'anno per sei anni, con raccomandazione di esecuzione di una biopsia (nel caso in cui il risultato fosse superiore a 3 ng/ml).

Lo studio ERSPC ha evidenziato una riduzione significativa del 21% della mortalità per carcinoma prostatico nel braccio in studio dopo 13 anni di follow-up. Invece lo studio PLCO non ha evidenziato differenze significative di mortalità per cancro prostatico.

Le differenze riscontrabili nei risultati dei due studi sono spiegate dal fatto che il disegno e la conduzione di ERSPC sono sostanzialmente validi, invece il PLCO è stato progettato e sviluppato in una situazione in cui un'eventuale differenza di mortalità fra i due gruppi aveva a priori poche possibilità di essere evidenziata.

Lo Studio ERSPC - European Randomized study of Screening for Prostate Cancer

Gli ultimi aggiornamenti pubblicati nell'ambito dello studio ERSPC, basati su 13 anni di follow-up, evidenziano come la riduzione di mortalità sia stabile nel tempo (era già pari al 20% dopo 9 anni di follow-up), ma al contempo mettono in luce un aumento del beneficio assoluto, quantificato in 1,28 morti per cancro alla prostata in meno ogni 1.000 uomini randomizzati.

La riduzione di mortalità osservata nello studio ERSPC è verosimilmente ascrivibile all'anticipazione diagnostica e quindi a un effetto del test del PSA, piuttosto che a differenze di trattamento (più frequentemente avvenuto in centri di eccellenza per i pazienti del braccio in studio rispetto a quello di controllo). Infatti, in linea teorica, un programma di screening efficace determina una migrazione di stadio con riduzione dell'incidenza di tumori avanzati (*down-staging*), seguita da una riduzione della mortalità nel braccio di screening; nello studio ERSPC questi eventi

si sono verificati in sequenza: l'incidenza dei tumori metastatici alla diagnosi risulta ridotta del 40% già dopo 9 anni di follow-up; la riduzione della mortalità si verifica circa tre anni dopo.

Tuttavia è necessario considerare che il principale aspetto negativo dell'esecuzione di questo test di screening è l'aumento del rischio di sovradiagnosi di cancro della prostata, cioè l'individuazione di tumori che non avrebbero dato luogo a sintomi e non sarebbero quindi stati diagnosticati in assenza del test, a causa della mortalità competitiva e/o della loro lenta crescita.

Nonostante sia chiaramente evidenziata una netta riduzione della mortalità causa specifica, i risultati non sono sufficienti a giustificare un'attività di screening sulla popolazione. Non sono evidenti effetti nella riduzione di mortalità tra i più anziani (70+ anni) e abbiamo ancora bisogno di un'ulteriore quantificazione dei danni dello screening e dell'individuazione delle strategie migliori per minimizzare sovradiagnosi e sovratrattamento e per identificare gruppi a rischio più elevato.

Nel frattempo, gli uomini dovrebbero essere informati e dovrebbero avere accesso al test del PSA, se lo desiderano, dopo un'attenta valutazione dei pro e dei contro.

LO SCREENING ONCOLOGICO: CERVICIE UTERINA

Dal 1996 le linee guida nazionali italiane raccomandano alle Regioni di attivare programmi organizzati di screening per il carcinoma della cervice uterina. Le raccomandazioni, in gran parte basate sulle linee guida europee, includono inviti personali alle donne di età compresa tra 25 e 64 anni per l'esecuzione di un Pap test ogni tre anni, un sistema di monitoraggio e la garanzia di qualità per ogni fase del programma.

Un certo numero di programmi ha sostituito il Pap test con il test HPV (*Human Papilloma Virus*), nell'ambito di progetti pilota o attività di routine, a seguito della pubblicazione delle raccomandazioni del Ministero della Salute nel Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012.

Organizzazione dei programmi

Secondo i dati della più recente *survey* pubblicata dall'ONS (Osservatorio Nazionale Screening) [ONS, 2016], **nel 2014 il 70% delle donne residenti in Italia con età compresa tra 25 e 64 anni, pari a circa 3.850.000 persone, ha ricevuto regolarmente una lettera di invito a partecipare al locale programma di screening cervicale.** Nel 2014 si osserva un leggero aumento della copertura rispetto all'anno precedente (+1%) con modesti cambiamenti nelle singole macroaree.

Nella maggioranza dei casi il test di screening proposto è il Pap test a intervallo triennale dai 25 ai 64 anni di età; tuttavia è interessante notare che oltre 500.000 inviti effettuati nel 2014 (il 13% del totale) sono finalizzati ad effettuare il test HPV che offre una copertura di 5 anni (e non più di 3). Dunque in realtà la copertura reale del Paese è più alta.

Va segnalato che il nostro Paese, primo in Europa insieme all'Olanda, ha deciso di innovare questo programma di prevenzione dando indicazione ai decisori regionali di spostarsi verso l'HPV come test primario di screening cervicale. Questo cambiamento sta progressivamente prendendo piede: il test HPV viene proposto a partire dai 30-35 anni con intervallo quinquennale, mentre nella fascia di età precedente si continuerà a utilizzare il Pap test con intervallo triennale.

Secondo quanto riportato nella già citata *survey* ONS pubblicata nel 2016, il triennio 2011-2013 rispetto al precedente (2008-2010) evidenzia complessivamente una lieve accelerazione dell'attività, con un aumento sia degli inviti sia dell'adesione. Questa tendenza, tuttavia, si arresta nel 2014. Nella proporzione di donne che hanno aderito all'invito (40% nel 2014) sono comprese sia quelle che hanno effettuato un esame di screening con Pap test, sia quelle con test HPV.

Differenze geografiche

La copertura maggiore si ha al Centro, dove si raggiungono con l'invito quasi 9 donne su 10. Questo valore si abbassa al Nord e al Sud a percentuali inferiori al 70%. Nel risultato del Nord pesa la decisione della più grande Regione italiana (Lombardia) di non implementare, fino a oggi, questo programma su tutto il suo territorio. L'adesione all'invito è stabilmente più bassa al Sud (30% nel triennio 2012-2014) che al Nord (49%) e al Centro (39%). Tuttavia al Sud si osserva un aumento nel 2014.

Test HPV

Il test per la ricerca del DNA di ceppi di HPV ad alto rischio è stato fino a poco tempo fa solo marginalmente utilizzato dai programmi di screening per il follow-up post trattamento di lesioni intraepiteliali e post-colposcopia negativa o come triage nei quadri citologici di basso grado o

incerto significato. **Diversi studi e trial di popolazione hanno tuttavia evidenziato una maggiore sensibilità del test HPV nell'individuazione di lesioni CIN2+ (che richiedono un trattamento) rispetto al Pap test**, con una riduzione di lesioni al round successivo, ancora maggiore per i tumori invasivi. Oltre alla maggiore protezione, i trial hanno evidenziato che l'uso del test HPV come primo test di screening conserva la stessa efficacia dei protocolli tradizionali, ma con minore tasso di accertamenti non necessari. Non è invece emerso alcun vantaggio dell'uso dell'HPV test in parallelo con il Pap test tradizionale. Attualmente in Europa diversi documenti di indirizzo propongono l'HPV test come test primario (Linee Guida in corso di pubblicazione) e in Italia tale protocollo è al vaglio della Conferenza Stato-Regioni per la sua adozione a livello nazionale.

Diverse Regioni stanno riprogrammando o hanno già riprogrammato in questo senso i loro programmi di screening anche in funzione di una maggiore efficienza e, **nel 2014, 28 programmi di screening hanno utilizzato la ricerca del Dna di tipi "ad alto rischio" di Papillomavirus umano come test primario di screening.**

Nel 2012, 312.151 donne, pari all'8% di tutte le donne invitate a partecipare allo screening, erano state invitate per il test HPV. Nel 2013, questa percentuale è salita al 12% (423.758 invitate) e nel 2014 sale ulteriormente al 13% (509.247 invitate). L'adesione è stata del 47%, lievemente superiore a quella generale all'invito allo screening. Nel 2012, era risultato positivo al test HPV l'8% delle aderenti, nel 2013 il 7% e nel 2014 il 7%.

Vaccinazione

L'unico metodo per prevenire l'infezione da HPV è la vaccinazione. L'infezione infatti è molto comune, soprattutto fra le persone giovani. C'è ora un vaccino contro i due tipi di virus responsabili di più del 70% dei tumori del collo dell'utero (HPV16/18). In tutte le Regioni italiane nel 2008 è partita la campagna di vaccinazione gratuita per le ragazze nel 12° anno di vita (cioè che hanno compiuto 11 anni). In molte Regioni, la vaccinazione ha coinvolto anche ragazze di altre fasce d'età.

Nel prossimo futuro arriveranno in età di screening le coorti di donne a cui è stata offerta la vaccinazione contro il Papillomavirus Umano e che hanno aderito al programma vaccinale in proporzione diversa tra le Regioni. In particolare, in alcune delle Regioni che hanno adottato una strategia vaccinale multi-coorte, dal 2016 arriveranno all'età di chiamata di screening le prime donne vaccinate nel quindicesimo o sedicesimo anno di età (in base alla strategia regionale), mentre nel 2021 raggiungeranno l'età di screening le ragazze vaccinate nel dodicesimo anno di età secondo la strategia di offerta a livello nazionale.

Questa nuova situazione pone la necessità di ripensare la proposta di screening, considerando la possibilità di adottare protocolli meno intensivi, almeno per le donne vaccinate prima dell'inizio dell'attività sessuale poiché queste donne avranno un minore rischio di lesioni invasive e pre-invasive. Il numero di lesioni clinicamente rilevanti diminuirà in proporzione maggiore rispetto alla riduzione delle alterazioni citologiche, dunque **il valore predittivo positivo per neoplasia cervicale del Pap test diminuirà ulteriormente.**

I TUMORI RARI IN ITALIA

La famiglia dei tumori rari è costituita da un gruppo estremamente eterogeneo di patologie che possono colpire praticamente tutti i distretti corporei.

Il progetto europeo sui tumori rari, RARECAREnet (Information network on rare cancers), finanziato dalla Commissione Europea ha definito **i tumori rari come entità con un tasso di incidenza inferiore a 6 ogni 100.000 persone ogni anno**. Nell'ambito del progetto è stata stilata una lista di 198 entità classificate come rare (www.rarecarenet.eu). Indipendentemente dalla soglia utilizzata, però, ciò che conta è che il numero totale delle persone affette da tumore raro è molto elevato dal momento che esistono molti tipi diversi di cancro (ben 198) che possono essere definiti rari. Nel Rapporto AIRTUM 2015 "I tumori rari in Italia" per la prima volta è stato descritto il *burden* dei tumori rari nel nostro Paese. Infatti per i circa 200 diversi tumori rari identificati da RARECAREnet sono state calcolati indicatori relativi a incidenza, sopravvivenza a 1 e 5 anni e prevalenza.

Per questo studio i 198 tumori rari identificati da RARECAREnet sono stati suddivisi in 14 grandi gruppi sulla base delle caratteristiche cliniche e considerando i possibili specialisti di riferimento.

Incidenza

L'incidenza di tutti i 198 tumori rari è risultata pari a 147 nuove diagnosi ogni 100.000 abitanti: **in totale in Italia 89.000 persone hanno una diagnosi di tumore raro ogni anno; questo numero rappresenta circa il 25% di tutti i nuovi tumori diagnosticati in un anno**. In questo numero sono compresi anche cinque tumori considerati rari in Europa ma che effettivamente non lo sono in Italia poiché superano la soglia di 6 casi diagnosticati ogni 100.000 persone: di poco superiore per il linfoma diffuso a grandi cellule B, per il carcinoma a cellule squamose della laringe (7 casi ogni 100.000), per il mieloma multiplo (8 casi ogni 100.000 persone), per il carcinoma epatocellulare (9 casi ogni 100.000 persone) mentre per il carcinoma della tiroide l'incidenza è di molto superiore (considerando i due sessi insieme raggiunge i 14 casi diagnosticati ogni anno ogni 100.000 persone). Bisogna considerare che tanto più raro è il tumore, tanto più difficile è avere evidenze scientifiche per stabilire il miglior trattamento e, in generale, effettuare studi clinici e accrescere le conoscenze della malattia. La conseguenza più difficile è trovare un esperto in grado di occuparsi del malato. Conoscere il numero di persone che ogni anno in Italia affrontano una diagnosi di tumore raro, o molto raro, è importante perché fornisce la base per pensare a come organizzare al meglio l'assistenza sanitaria per questa pleora di pazienti.

Il 7% di tutti i tumori rari diagnosticati in Italia è costituito dai tumori ematologici rari (41 casi per 100.000) e il 18% da tumori solidi rari (106 casi per 100.000). Tra questi ultimi, i tumori rari epiteliali dell'apparato digerente sono i più frequenti (23%, incidenza: 26 casi per 100.000), seguiti dai tumori epiteliali del distretto testa e collo (17%, incidenza: 19 casi per 100.000), dai tumori rari dell'apparato genitale femminile (17%, incidenza: 17casi per 100.000), dai sarcomi (8%, incidenza: 9 casi per 100.000), dai tumori del sistema nervoso centrale e dai tumori epiteliali toracici rari (5%, incidenza: 6 e 5 per 100.000, rispettivamente).

I pazienti con un tumore raro sono in media più giovani di quelli con un tumore frequente. **In definitiva i dati analizzati ci permettono di affermare che ogni quattro tumori diagnosticati in Italia uno è raro.**

Sopravvivenza

Sulla base di quanto osservato nell'analisi di sopravvivenza, **è possibile affermare che la proporzione di pazienti in vita dopo cinque anni dalla diagnosi di un tumore raro è, in media, più bassa rispetto a quanto osservato tra i pazienti con una diagnosi di tumore frequente (rispettivamente 55% e 68%)** e sia per i tumori rari che per quelli frequenti, la sopravvivenza diminuisce con l'aumentare dell'età.

La minore sopravvivenza osservata tra i pazienti con tumore raro rispetto a quelli con diagnosi di un tumore frequente può essere determinata da più fattori. Va sottolineato che le differenze tra tumori rari e frequenti un anno dopo la diagnosi sono limitate, ma si amplificano con il passare del tempo dalla diagnosi: trattamenti per i tumori rari meno efficaci di quelli disponibili per i tumori frequenti, differenze nella distribuzione per stadio alla diagnosi, e diversi comportamenti biologici e nella storia naturale di questi tumori possono esserne la causa. Inoltre, è necessario considerare che i tumori rari includono molte neoplasie con prognosi sfavorevole (sopravvivenza relativa a 5 anni inferiore al 50%), quali i tumori del distretto testa e collo, dell'esofago, dell'intestino tenue, dell'ovaio, del sistema nervoso centrale, delle vie biliari, del fegato, della pleura, il mieloma multiplo, la leucemia mieloide acuta e la leucemia linfatica acuta; al contrario, tra i tumori più frequenti vi sono sedi tumorali, quali la mammella, la prostata e il colon retto, caratterizzate da una buona prognosi.

Prevalenza

L'analisi della prevalenza, cioè di quante persone vivono con una pregressa diagnosi di tumore raro, ha permesso di stimare che **circa 900.000 persone erano vive in Italia nel 2010 con una diagnosi di tumore raro.**

Conclusioni

Questa analisi ha confermato che i tumori rari sono un rilevante problema di sanità pubblica in Italia, offrendo, per la prima volta a livello nazionale, stime quantitative di un fenomeno già noto da tempo. Fornendo gli indicatori epidemiologici dettagliati per circa 200 tumori rari, alcuni dei quali risultano estremamente rari, ha permesso di definire per la prima volta quale sia l'impatto di questi tumori, sia dal punto di vista sanitario, per la programmazione di percorsi dedicati, sia dal punto di vista sociale, in quanto sono numerosi i pazienti e le famiglie che, per la frammentazione delle competenze o in mancanza di punti di riferimento, sono spesso costretti a onerosi spostamenti.

Come accade per la maggior parte delle malattie rare, la presa in carico delle persone con tumore raro è spesso difficile e complessa. Per la loro rarità, i pazienti incontrano maggiore difficoltà nell'ottenere una diagnosi adeguata e di conseguenza un trattamento idoneo.

La gestione clinica dei tumori rari richiede approcci multidisciplinari e, come peraltro accade anche in molte altre forme oncologiche, più tempestiva è la diagnosi, migliore è in genere la prognosi. Accade spesso però che le professionalità e le competenze necessarie per la gestione di un tumore raro siano distribuite sul territorio e non presenti, spesso, in un unico centro clinico. Di qui il problema della frammentazione dell'assistenza alla base della migrazione sanitaria in ambito nazionale e internazionale con conseguenti costi sociali elevati.

Tutto questo può contribuire alle differenze di sopravvivenza osservate nei pazienti con tumore raro rispetto ai pazienti affetti da neoplasie frequenti.

FUMO DI SIGARETTE E TUMORI

Nonostante i danni alla salute causati dal fumo di tabacco siano noti da decenni, poco meno di un italiano su tre è fumatore abituale - incluso un laureato su cinque. Con l'accrescersi e il consolidarsi delle conoscenze sui danni alla salute, anche in Italia sono state attivate campagne anti-fumo culminate, nel 2003, con il varo della legge (art. 51 della Legge n. 3 del 16 gennaio 2003) che proibisce il fumo nei locali pubblici. La diminuzione dei tassi di incidenza del carcinoma polmonare negli uomini italiani e la diminuzione complessiva della prevalenza dei fumatori nella popolazione generale vanno sicuramente enumerati tra i principali risultati di tutti questi sforzi della comunità scientifica e della sanità pubblica. Altri indicatori, tuttavia, indicano i pericoli che il calo di attenzione della sanità pubblica verso il fumo di tabacco può comportare.

Tra il 2010 e il 2013, il 28% della popolazione italiana in età adulta (18-69 anni) risultava fumatore abituale, secondo le stime fornite dal sistema di sorveglianza PASSI (www.epicentro.iss.it/passi). Circa un quarto dei tabagisti (7,3% della popolazione italiana) risultava un forte fumatore, dichiarava cioè di fumare 20 o più sigarette al giorno. Le stime PASSI indicano che la classe di età 25-34 è quella in cui si registra la più alta percentuale di fumatori (34%).

Anche se l'abitudine al fumo risulta ancora più diffusa negli uomini (33%) che nelle donne, va comunque evidenziato che, nel complesso, **il 23% delle donne italiane risulta fumatore abituale**. Un dato, questo, altrettanto inquietante che indica la necessità di intraprendere azioni ad ampio spettro di contrasto al tabagismo. È inoltre interessante notare un'inversione di tendenza rispetto ai decenni passati: il fumo di sigaretta risulta ora più frequente tra le donne di età 50-69 anni e non tra le giovani generazioni, come osservato tra gli uomini.

Nelle aree italiane coperte da registri tumore, **tra il 1999 e il 2011 l'incidenza del carcinoma del polmone è diminuita del 20,4% tra gli uomini** (rispettivamente da 87,7 casi a 69,8 casi/100.000), **mentre è aumentata del 34% nelle donne** (da 16,3 a 21,8 casi/100.000 tra il 1999 e il 2011).

Relativamente al grado di istruzione, il 18% dei laureati risulta fumatore, una percentuale inferiore rispetto a quanto registrato nel triennio precedente (22%) e anche (sebbene di pochi punti percentuali) a quanto registrato in persone con minor grado di istruzione. Questo dato è incoraggiante ma allo stesso tempo indicativo degli ostacoli che i cambiamenti negli stili di vita incontrano anche tra le classi più istruite della popolazione italiana.

Dal punto di vista della diffusione geografica, il tabagismo risulta relativamente omogeneo nel territorio nazionale. Eccezioni rispetto alla media nazionale (28%) sono rappresentate da tre regioni del Centro-Sud con percentuali di fumatori superiori alla media nazionale (Umbria, Lazio, Campania con il 31% di fumatori); e da sette regioni del Nord (Veneto 24%, Provincia Autonoma di Trento e Valle d'Aosta 25%, Provincia Autonoma di Bolzano 25%) e del

Centro-Sud (Marche, Basilicata e Calabria 26%) con percentuali di fumatori inferiori alla media nazionale.

Secondo l'American Cancer Society, il consumo di tabacco è responsabile - ogni anno, nei Paesi industrializzati - di circa il 30% di tutti i decessi. **In Italia, questa stima corrisponde a più di 180.000 morti annue evitabili**, decessi in larga parte dovuti a malattie cardiovascolari, tumori e malattie dell'apparato respiratorio.

In aggiunta a bronchi e polmone, le evidenze attuali sono ritenute sufficienti per attribuire al fumo di tabacco un ruolo causale per molte altre sedi di tumore, in particolare: nasofaringe, cavità nasali, orofaringe, cavo orale, ipofaringe e laringe per la regione testa e collo; esofago, stomaco, fegato, colon-retto e pancreas per l'apparato digerente; rene, uretere, vescica, ovaio, cervice uterina per l'apparato urogenitale; e leucemia mieloide.

Smettere di fumare riduce, dopo 5 anni, del 50% il rischio di sviluppare neoplasie maligne del cavo orale, dell'esofago e della vescica e, dopo 10 anni, di morire per carcinoma del polmone.

I TUMORI NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA

Secondo le stime ufficiali ISTAT, i cittadini residenti in Italia immigrati da Paesi stranieri, dei quali mantengono la cittadinanza, rappresentavano nel 2015 l'8,2% del totale degli italiani (5.014.437 sulla popolazione residente complessiva). La quota dei cittadini stranieri è in rapida crescita: ad esempio il loro numero è aumentato di circa 1.000.000 di unità dal 2012.

La presenza degli stranieri è molto disomogenea nel nostro Paese, infatti, nel 2015, rappresentavano quasi l'11% del totale dei residenti nel Nord-Ovest, Nord-Est e Centro e intorno al 3-4% di quelli dell'Italia meridionale e insulare. Una caratteristica peculiare della popolazione straniera, rispetto a quella italiana, è l'età più giovane.

La migrazione di cittadini stranieri, oltre alle implicazioni sociali, politiche, spesso umanitarie e culturali, ha anche un riflesso non marginale nell'ambito sanitario.

In termini generali chi migra ha un basso rischio di tumore. Questo per almeno tre motivi. Il primo è la giovane età e la relazione fra frequenza dei tumori ed età è estremamente forte. Il secondo è che chi migra deve essere in buone condizioni fisiche perché i disagi del viaggio possono essere estremi. Infine, il terzo punto è legato al fatto che chi proviene da un Paese in via di sviluppo, ovvero culturalmente lontano dal modello occidentale presente in Italia, ha in generale una esposizione minore a quei fattori dietetici, ambientali e abitudini voluttuarie che sono legate al rischio di sviluppare tumori.

Nonostante questo ci sono almeno tre aspetti d'interesse: il primo riguarda la ricerca dei rischi tumorali specifici legati a peculiarità dei Paesi d'origine, un secondo aspetto è connesso alla partecipazione ad attività di prevenzione primaria e secondaria in campo oncologico, infine il terzo è rappresentato dall'accesso ai servizi di cura.

Il livello di rischio per la popolazione straniera è più basso rispetto a quella italiana. Questo vale generalmente per quelli che in Italia sono i tumori principali. È però importante pensare a forme tumorali che possono avere, nella popolazione immigrata, una frequenza più elevata, per esempio quelle ad eziologia infettiva. Rientrano in questo gruppo, ad esempio, il tumore dello stomaco (*Helicobacter pylori*), del nasofaringe (virus Epstein Barr), del fegato (virus epatite B, C), i tumori collegati alle infezioni da HIV e, in particolare, il tumore della cervice uterina.

Il tumore della cervice uterina

Il tumore della cervice uterina è il secondo per frequenza nei Paesi meno sviluppati (<http://globocan.iarc.fr>) e tra i primi anche nei Paesi dai quali è più cospicua la migrazione in Italia: è secondo (come tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione mondiale) in Romania, Marocco, Filippine e India, terzo in Ucraina e Tunisia, quarto in Albania, quinto in Polonia e sesto in Cina. Questa malattia ha un'eziologia infettiva legata a infezioni persistenti di alcuni tipi del virus del papilloma umano (HPV).

Il tumore della cervice, sebbene relativamente raro anche nelle donne straniere, raggiunge già nella quarta decade di vita i valori d'incidenza più elevati, risultando quindi presente anche in una popolazione relativamente giovane come quella delle immigrate.

In Italia è attiva, a partire dal 2007, una campagna di vaccinazione per l'HPV rivolta alle bambine in età prepuberale, è un intervento di prevenzione primaria rivolto al tumore della cervice. Una valutazione condotta in Lombardia ha mostrato come le madri straniere fossero meno informate di quelle italiane sull'eziologia del tumore cervicale e sull'efficacia della vaccinazione.

La partecipazione allo screening cervicale è nelle straniere, soprattutto provenienti da alcune aree ad alta prevalenza di HPV, particolarmente importante perché permette d'identificare non solo le lesioni tumorali ma anche le alterazioni preinvasive asintomatiche.

Un dato positivo, che può essere collegato alla durata della residenza in Italia, è che la partecipazione, sebbene sia sempre più bassa rispetto alle italiane, aumenta nei round di screening successivi al primo.

Purtroppo la crescita della partecipazione avviene sia nelle straniere che nelle italiane e questo non modifica il gap tra i due gruppi. Un aspetto positivo è che l'adesione agli esami di approfondimento a seguito di un test di screening dubbio o positivo è buona tra i migranti e rassicura sul completamento di un percorso che vede nel test di screening solo il momento iniziale.

Per quanto riguarda i dati di ospedalizzazione oncologica, questi sono solitamente più bassi per gli stranieri rispetto agli italiani, per il ruolo, già citato, sia dell'età più giovane che del livello di rischio generalmente più basso. Come dato in controtendenza si segnala come i tassi di ospedalizzazione standardizzati per età per tumore cervicale siano più elevati nelle donne immigrate rispetto alle italiane.

La crescita nella nostra popolazione di cittadini provenienti da altri Paesi richiede che siano affrontati anche specifici problemi in campo oncologico. Fra questi, si pone in primo piano il tumore della cervice uterina che, nelle donne provenienti da Paesi dell'Est Europa e dal Centro e Sud America rappresenta un problema rilevante ma anche facilmente prevenibile, a partire dalla vaccinazione delle bambine e incrementando la partecipazione delle donne nell'età target. La risposta del sistema sanitario deve avvenire potenziando e caratterizzando la capacità di coinvolgimento dei programmi di screening già attivi che rappresentano per una popolazione spesso economicamente svantaggiata l'unica risorsa di prevenzione secondaria accessibile.