



RAPPORTO SUI TUMORI IN ITALIA. ANNO 2008

Una prospettiva di genere nello studio dell'epidemiologia dei tumori. I tumori nelle donne italiane.

INTRODUZIONE

Da molti anni l'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM)^a contribuisce a costruire la rete dei Registri di tumori di popolazione, servizi che operano per studiare l'epidemiologia del cancro nelle diverse regioni italiane. In Italia tale attività si è sviluppata sulla base dell'iniziativa volontaria di operatori a livello locale; solo da pochi anni le Regioni e il Ministero della Salute, attraverso il Centro Controllo delle Malattie, hanno favorito la istituzionalizzazione di questo servizio.

I dati pubblicati in Italia su incidenza, mortalità e sopravvivenza da tumore rappresentano una fonte di informazione di qualità e sufficiente ricchezza per studiare le differenze di genere che esistono nel rischio, nella diagnosi e nella terapia della malattia tumorale e di valutarne l'impatto nelle diverse aree italiane.

In Italia risiedono oltre 59 milioni di persone; le donne sono poco più di 30 milioni. Le statistiche demografiche prodotte dall'Istat evidenziano come le donne vivano mediamente più a lungo degli uomini: l'aspettativa di vita alla nascita è di 84 anni per le donne, 78 anni per gli uomini^b. La maggiore longevità femminile contribuisce a determinare alcune delle differenze che si registrano a proposito delle patologie croniche.

Dopo le malattie cardiovascolari, i tumori rappresentano la principale causa di morte femminile: sono infatti responsabili ogni anno del decesso di 119 donne ogni 10.000 sopra i 75 anni, e 38 dai 55 ai 74 anni. In Italia sono stimati circa 120.000 casi/anno di tumori maligni su tutta la popolazione femminile in età 0-84 anni^c, circa 38.000 dei quali sono tumori della mammella.

Il tema "Tumori della donna", che l'AIRTUM tratta in questo Rapporto 2008, è al centro dell'attenzione posta da diversi settori della sanità italiana sulla salute femminile. I Rapporti annuali sono una nuova iniziativa dell'AIRTUM; si tratta di pubblicazioni di dati dei Registri che affronteranno ogni anno un diverso argomento,

offrendo l'opportunità di arricchire la conoscenza della sanità pubblica, offrendo strumenti per la sua azione e per la valutazione dei cambiamenti nell'offerta di iniziative di prevenzione, diagnosi e cura.

MATERIALI E METODI

Sono stati utilizzati i dati della Banca dati AIRTUM, un database nazionale, in continuo aggiornamento, in cui confluiscono dati prodotti dai Registri tumori di popolazione. La Banca dati AIRTUM è attualmente formata dai dati di 23 Registri tumori di popolazione e da 3 Registri specializzati (tumori infantili, infantili e degli adolescenti, mammella femminile), con una copertura di oltre un quarto della popolazione italiana e una maggiore concentrazione nelle aree del Centro-Nord.

I dati presenti nella Banca dati AIRTUM sono sottoposti, a livello sia locale che centrale, ai controlli di qualità inseriti nel *software* DEPedits sviluppato dalla IARC-International Agency for Research on Cancer^d e ai *check* di uno specifico *software* sviluppato dall'associazione (CHECK-RT).

I singoli Registri inviano i dati prodotti codificati in accordo con la classificazione ICD-O 3 (International Classification for Oncology 3rd edition)¹, la definizione dei secondi tumori deriva dall'applicazione delle regole IACR-IARC sui tumori multipli^e.

Gli indicatori presentati in questo Rapporto sono stati calcolati sui dati più recenti presenti nel database; le sedi tumorali sono state definite in base alla codifica della patologia oncologica ICD-O 3. In particolare:

- l'incidenza proporzionale è definita dal rapporto tra il numero di casi osservati per ogni sede tumorale e il totale dei tumori maligni, esclusi i tumori non melanomatosi della cute;
- il rischio di ammalarsi nel corso della vita, denominato rischio cumulativo, è calcolato a partire dai tassi di incidenza età-specifici relativi al periodo 2000-2004; questo indicatore esprime la probabilità teorica che una donna ha di ammalarsi nell'arco di tempo che va dalla nascita a un'età definita e deve essere letto come il numero di soggetti che hanno la probabilità di sviluppare un tumore ogni 1.000 persone;
- per il calcolo dei trend di incidenza nel periodo 1990-2004 sono stati utilizzati i dati di quei Registri che avevano informazioni per tutto il periodo. I tassi sono calcolati come media dei Registri. La variazione media annuale dei tassi è stata calcolata adattando ai dati una retta di regressione dei minimi quadrati sul logaritmo naturale dei tassi, utilizzando l'anno di calendario come variabile indipendente, secondo la procedura del *software* SEER*Stat 6.3.6 fornito dal National Cancer Institute americano^f. I tassi di incidenza standardizzati utilizzati per il confronto tra i periodi 1990-1994 e 2000-2004 sono stati calcolati usando gli stessi Registri inseriti. La popolazione utilizzata per la standardizzazione diretta è quella standard europea;
- per quanto riguarda la sopravvivenza, l'indicatore riportato è la "sopravvivenza relativa standardizzata" calcolata sulla corte dei casi incidenti nel periodo 1995-1999, secondo il metodo di Hakulinen secondo la

procedura del software SEER*Stat 6.3.6; la standardizzazione è stata ottenuta applicando il metodo di Corraziari².

RISULTATI

Tutti i tumori

Nel nostro Paese una donna ogni 4 ha la probabilità teorica di ammalarsi di tumore nel corso della vita, considerata come il periodo che va dalla nascita ai 74 anni, mentre la probabilità di morire a causa di un tumore nello stesso arco temporale riguarda una donna ogni 11. Questo rischio (detto rischio cumulativo) cresce al crescere dell'età, poiché l'età rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la patologia oncologica: tra le donne in età giovanile-adulta (0-44 anni) è diagnosticato solo il 9% del totale dei tumori, tra quelle in età adulta (45-64 anni) il 30% e il rimanente 60% tra le ultrasessantacinquenni.

Tabella 1

Femmine – Tutti i tumori		
Età	Incidenza: un caso ogni	Mortalità: un decesso ogni
0-54	12	59
0-64	7	24
0-74	4	11
0-84	3	6

Tra i tumori più frequenti nel sesso femminile al primo posto si colloca quello della mammella che costituisce attualmente quasi il 30% di tutte le diagnosi tumorali; al secondo posto c'è il tumore del colon-retto, seguito da quelli del polmone, dello stomaco e dal tumore del corpo dell'utero.

Confrontando il periodo 1990-1994 con quello più recente, 2000-2004, si osserva che la distribuzione dei principali tumori femminili non si è modificata sensibilmente, se si esclude una

riduzione del tumore dello stomaco (per il quale il numero di nuovi casi e quello di decessi sono in stabile riduzione) e una crescita relativa del tumore del polmone, legata anche a un aumento delle nuove diagnosi.

Tabella 2

Femmine

1990-1994		2000-2004	
Mammella	26,7%	Mammella	28,9%
Colon e retto	13,7%	Colon e retto	13,1%
Stomaco	6,7%	Polmone e bronchi	5,5%
Polmone e bronchi	5,1%	Stomaco	4,9%
Utero, corpo	4,8%	Utero, corpo	4,4%

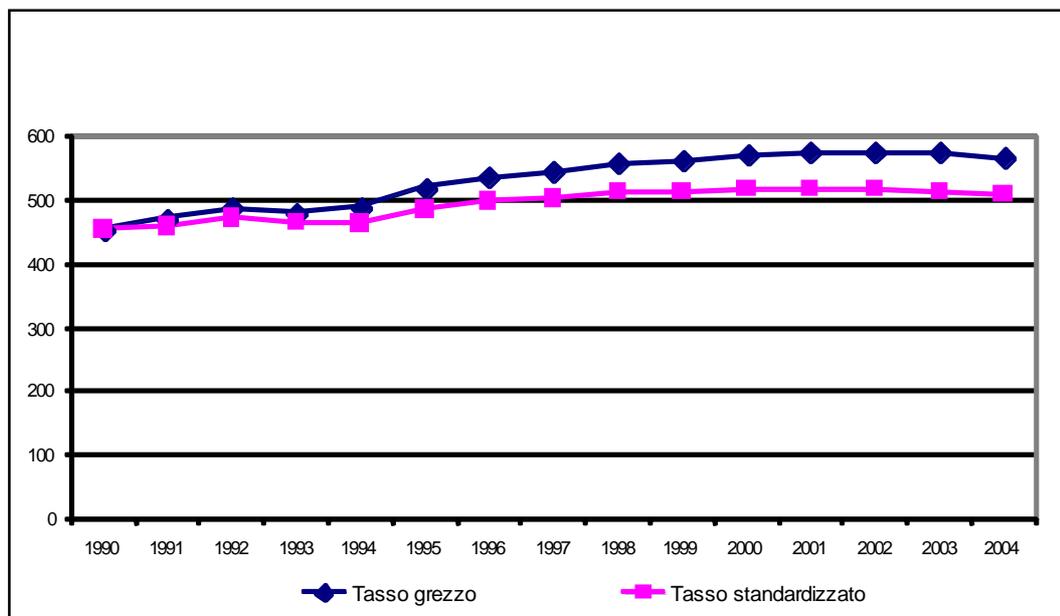
Maschi

1990-1994		2000-2004	
Polmone e bronchi	20,5%	Prostata	19%
Colon e retto	13%	Polmone e bronchi	16%
Prostata	11%	Colon e retto	14%
Vescica	9%	Vescica	8%
Stomaco	8%	Stomaco	6%

Il sesso femminile mostra una maggiore stabilità nel tempo delle sedi più frequentemente diagnosticate di quanto non si osservi in quello maschile dove, nello stesso periodo, si è assistito a un cambiamento nelle prime tre posizioni, con una riduzione consistente del tumore del polmone (attualmente al terzo posto), la crescita notevole del tumore della prostata (oggi il più frequente) e il tumore del colon-retto che scende al terzo posto, ma mantiene il proprio peso percentuale.

Il numero dei nuovi casi diagnosticati nel sesso femminile è in aumento. Poiché l'incidenza dei tumori aumenta con l'aumentare dell'età, il continuo invecchiamento della popolazione causa di per sé un incremento nel numero totale delle diagnosi. Questo fenomeno è più evidente nella popolazione femminile, in generale più anziana di quella maschile: in Italia il 22% degli uomini ha almeno 60 anni, contro quasi il 30% delle donne.

Figura 1. Tutti i tumori, femmine, esclusi tumori non melanomatosi della cute, tassi di incidenza grezzi e standardizzati.



Per quantificare quanto l'incremento nell'incidenza dei tumori sia dovuto all'aumento del rischio di ammalarsi e quanto all'invecchiamento della popolazione, è sufficiente osservare tassi grezzi e standardizzati. Nel periodo 1990-2004 i tassi di incidenza standardizzati (depurati dell'effetto "invecchiamento" e calcolati assumendo che la popolazione ogni anno sia uguale a quella residente nel 1988) mostrano un aumento medio annuo del fenomeno di +1,0% (LC 95%: +0,7; +1,3). Tale aumento è nettamente più evidente nei tassi grezzi: +1,8% (LC 95%: +1,4; +2,1), poiché l'invecchiamento della popolazione determina un incremento del numero dei casi e, quindi, del carico assistenziale per il sistema sanitario.

Il fattore di rischio "età" agisce con intensità diversa nei due sessi: prima dei 60 anni i tassi di incidenza sono più elevati nel sesso femminile, nelle fasce di età più avanzate sono invece gli uomini ad ammalarsi di più. Il tumore numericamente più importante tra le donne, quello della mammella, si presenta anche tra le giovani

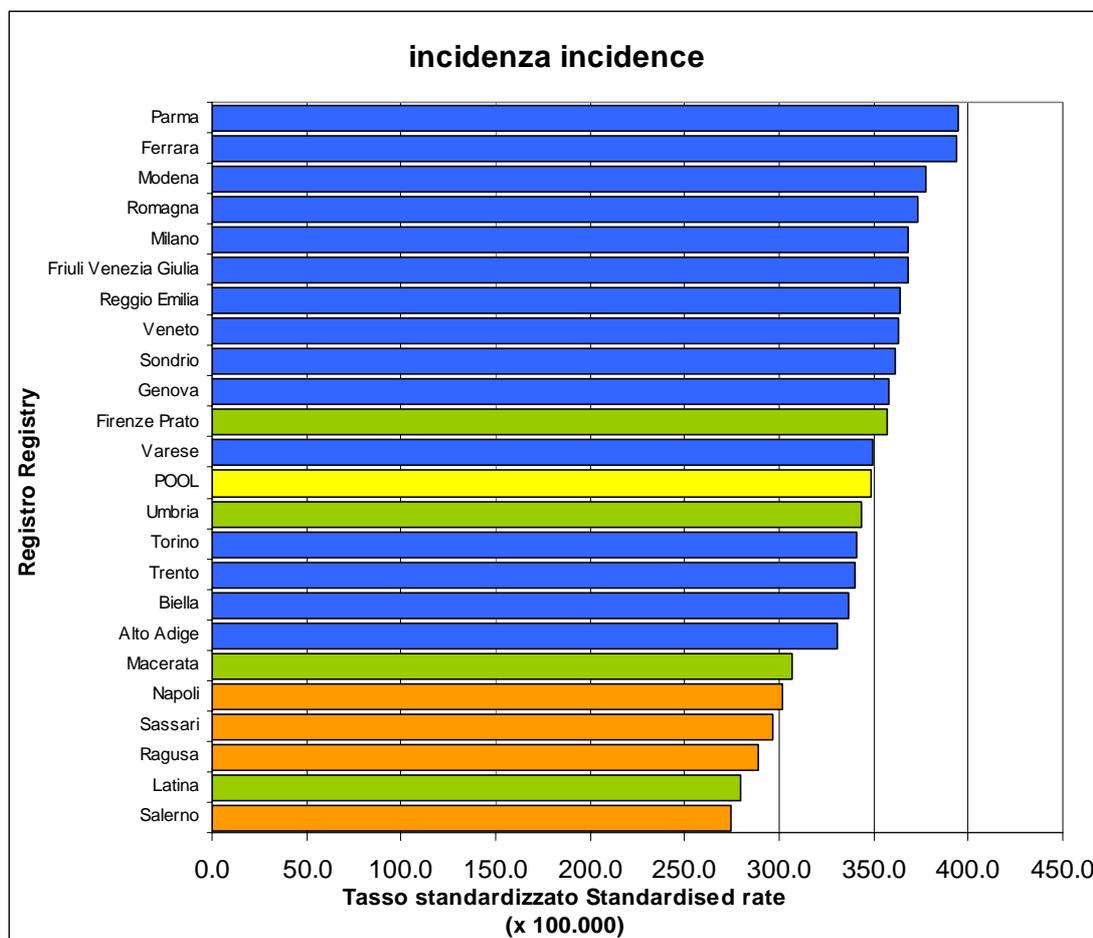
(un caso ogni 30 donne prima dei 54 anni). Anche altri tumori importanti nel sesso femminile, come quello della cervice uterina, della tiroide o dell'ovaio, hanno una distribuzione per età con valori elevati nelle prime fasce d'età.

In conclusione, il numero dei nuovi casi è in crescita, questa crescita è vera e presumibilmente legata a un'aumentata esposizione della popolazione a fattori di rischio, ma anche a una anticipazione delle diagnosi; a questo fenomeno si somma inoltre l'effetto dell'invecchiamento della popolazione.

L'incidenza risente di un forte gradiente geografico, con valori stabilmente superiori per le residenti nelle aree centro-settentrionali rispetto a quelle meridionali. Questo risultato medio complessivo è dovuto a differenze presenti per diverse sedi tumorali principali come, per esempio, mammella, colon-retto, stomaco e polmone.

Anche i tassi di mortalità presentano alcune differenze geografiche, che si sono però attenuate nel corso del tempo: agli inizi degli anni '70 i tassi standardizzati delle aree del Nord erano più elevati della media italiana e sono rimasti stabili fino agli inizi degli anni '90, per poi iniziare una diminuzione; quelli relativi ad aree del Sud erano inferiori al valore medio nazionale, ma hanno subito un più lungo periodo di incremento che è durato fino agli inizi degli anni '90, per poi diminuire anch'essi.

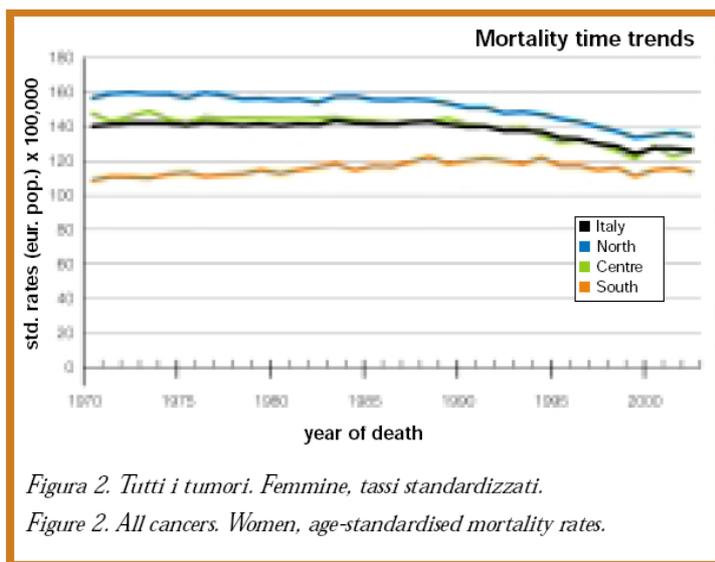
Figura 2. Tutti i tumori, femmine, esclusi tumori non melanomatosi della cute, tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione Europea³.



La mortalità si sta uniformando nel nostro Paese e questo principalmente per la perdita del vantaggio che era presente fino a qualche decennio fa nelle aree meridionali.

Mentre il numero di nuove diagnosi cresce, la mortalità per il complesso dei tumori nel sesso femminile è in diminuzione.

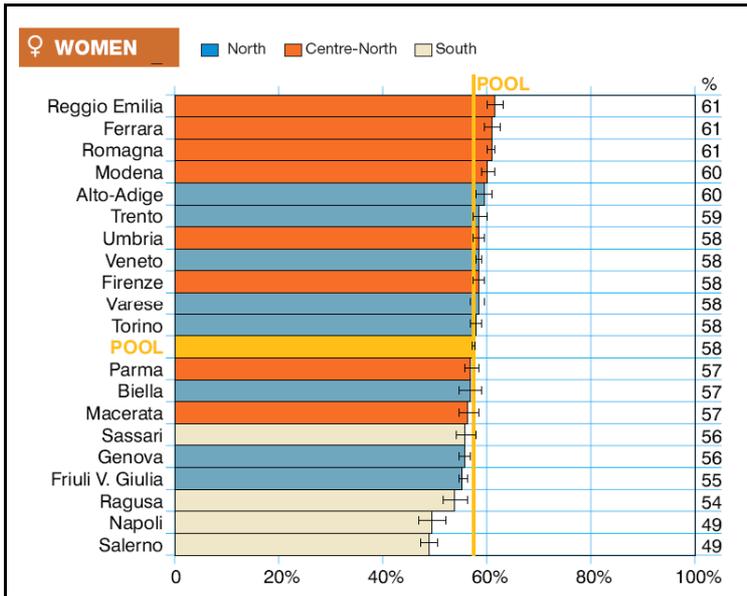
Figura 3. Tutti i tumori, femmine, tassi di mortalità standardizzati sulla popolazione Europea³.



La sopravvivenza per tumori nel sesso femminile è in costante aumento, con valori di sopravvivenza nettamente più elevati rispetto a quello maschile: nel complesso, sopravvive almeno il 60% delle donne con diagnosi nel periodo 95-99 è ancora vivo a 5 anni dalla diagnosi. La differenza fra sessi è dovuta da un lato, alla diversa prevalenza e prognosi di neoplasie diagnosticate nei due sessi, dall'altro, al diverso stadio della stessa patologia tumorale al momento della diagnosi.

Tra gli uomini, un quinto delle diagnosi riguarda il tumore del polmone, nella maggior parte dei casi con prognosi negativa; tra le donne, il tumore più frequente è quello della mammella, al quale sopravvivono quasi 9 donne su dieci. Anche nel caso della sopravvivenza è ben evidente il gradiente esistente tra aree del Nord, del Centro e del Sud Italia.

Figura 4. Tutti i tumori, femmine, esclusi tumori non melanomatosi della cute, sopravvivenza relativa standardizzata⁴.



Il tumore della mammella

Nel sesso femminile il tumore della mammella rappresenta da solo quasi un terzo di tutti i tumori diagnosticati.

Ogni anno in Italia sono diagnosticati circa 38.000 tumori della mammella tra 0 e 84 anni e si verificano circa 11.000 decessi a causa di questa patologia (9.000 tra 0 e 84 anni).

Figura 5. Mammella femminile – Tassi di incidenza età-specifici.

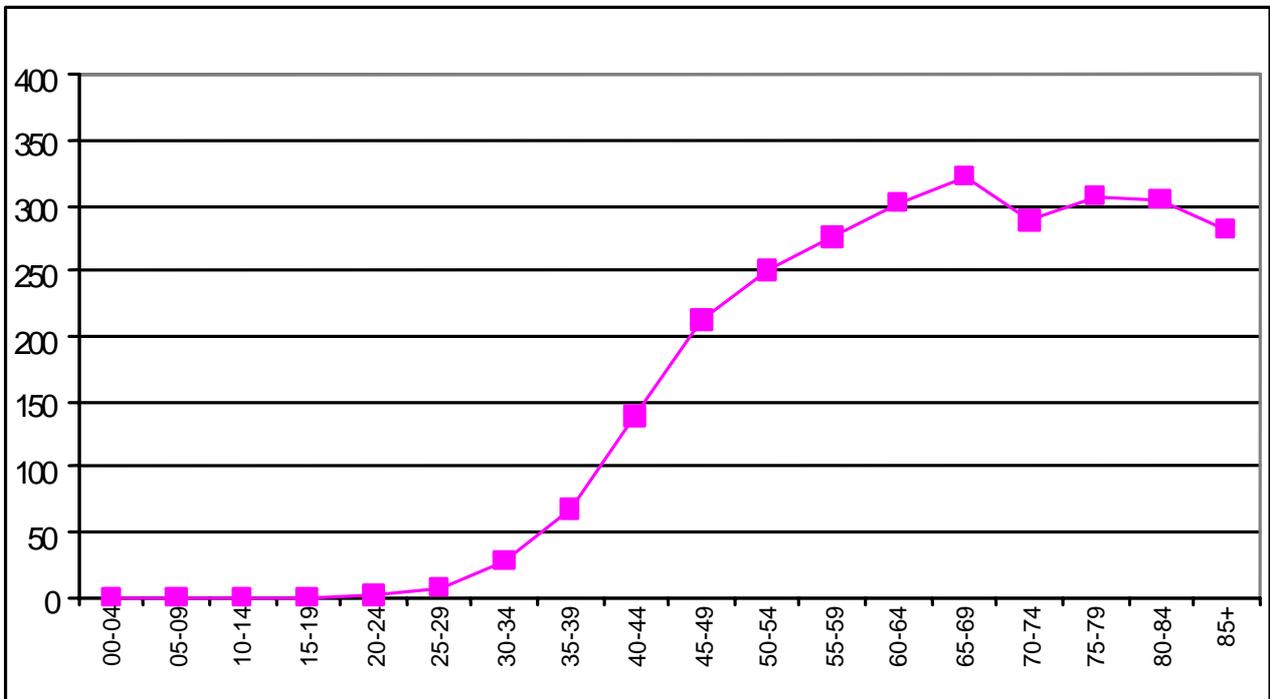


Tabella 3

Mammella femminile		
Età	Incidenza: un caso ogni	Mortalità: un decesso ogni
0-54	29	203
0-64	16	89
0-74	11	50
0-84	9	31

La frequenza del tumore della mammella, molto bassa nelle prime tre decadi della vita, inizia a crescere nelle trentenni e già nelle quarantenni raggiunge l'ordine di grandezza del centinaio di casi ogni 100.000 donne all'anno; questa frequenza raddoppia nelle cinquantenni e triplica nelle sessantenni, mantenendosi poi relativamente stabile nelle età successive. Dalla nascita ai 74 anni una donna ogni 11 ha la probabilità teorica di avere una diagnosi di tumore della mammella.

La rilevanza di questo tumore è presente in tutte le età della vita, in termini relativi soprattutto tra quelle adulto-giovanili. Infatti, se nelle donne in età avanzata rappresenta circa un quinto delle diagnosi, nelle donne più giovani riguarda oltre un terzo di tutti i tumori; l'incidenza proporzionale raggiunge il 40% nella classe 45-64.

Tabella 4

00-44		45-64		65+	
Mammella	36,0%	Mammella	41,1%	Mammella	22,3%
Tiroide	12,3%	Colon e retto	10,4%	Colon e retto	16,4%
Melanoma	8,0%	Utero, corpo	6,3%	Stomaco	6,8%
Utero, cervice	5,2%	Polmone e bronchi	4,8%	Polmone e bronchi	6,7%
Linfoma non Hodgkin	4,1%	Tiroide	4,3%	Pancreas	4,6%

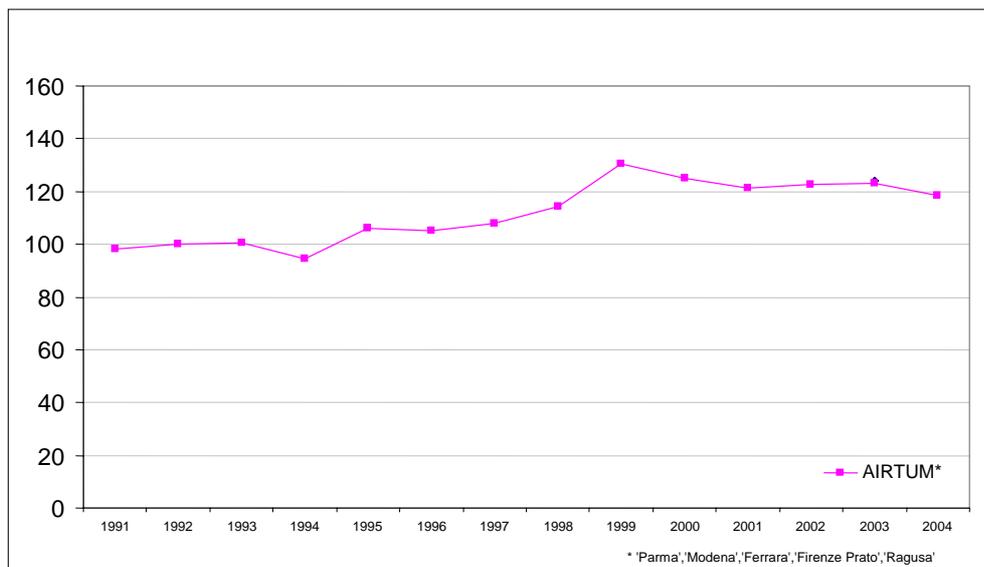
Il tumore della mammella mostra un trend di incidenza in crescita, mentre la mortalità è in diminuzione.

La mortalità ha risentito da un lato di una migliorata distribuzione per stadi alla diagnosi, dall'altro dall'applicazione di efficaci protocolli terapeutici.

L'incidenza può essere influenzata da due elementi: il primo è l'attività di diagnosi precoce svolta dallo screening mammografico che tende ad anticipare la diagnosi in fase precoce di tumori che altrimenti sarebbero comparsi in periodi successivi, l'altro è la diffusione di fattori di rischio. Attualmente è in corso un dibattito acceso sul ruolo della terapia ormonale sostitutiva TOS: lo studio Women Health Iniziative (WHI)⁵ ha dimostrato infatti che alla TOS è legato un aumento del rischio. Questi due elementi (anticipazione della diagnosi diffusione dei fattori di rischio) hanno sicuramente, anche se probabilmente in misura diversa, avuto un influsso sui trend di incidenza.

Nella seguente figura sono presentati i dati di incidenza di un pool di Registri AIRTUM scelti perché attivi per tutto l'intervallo temporale analizzato (1991-2004), che interessano nel loro complesso una popolazione media di oltre 2.800.000 abitanti (circa il 5% del totale della popolazione italiana residente) prevalentemente localizzati nel centro Italia (Registri tumori di Firenze e Prato, Modena, Parma, Ferrara, Ragusa).

Figura 6. Mammella – Tassi di incidenza standardizzati, popolazione europea.



Si osserva una crescita dell'incidenza fino alla fine degli anni '90, dopo di che inizia una fase sostanzialmente stabile, o di leggera riduzione dei tassi. Una parte di questo incremento è certamente dovuto all'attivazione di programmi di screening mammografico. I Registri tumori del pool AIRTUM analizzato infatti risiedono in aree dove sono in gran parte presenti programmi di screening mammografico a invito nella fascia d'età 50-69 anni. Sebbene l'attività di screening non sia iniziata nello stesso momento in tutte le aree interessate, per circa il 70% della popolazione ha preso avvio fra il 1997 e il 1999.

Il quadro presentato nella figura 6 è relativo a tutte le età nel loro insieme. Nella realtà, la probabilità di essere sottoposte a screening in Italia è concentrata nella fascia d'età 50-69 anni (quella attivamente invitata) anche se è noto che la presenza di un programma di screening ha un effetto che si estende sia alle età successive, per le donne che vi hanno partecipato, sia alle donne più giovani, sebbene l'efficacia nella classe 40-49 non sia ancora dimostrata. Considerando i trend di incidenza per fasce d'età 0-44 e 45-49 anni la crescita è avvenuta prevalentemente tra le donne 45-49enni, ossia quelle che con maggiore frequenza si sottopongono spontaneamente alla mammografia. Nella classe 50-69 anni, come detto, si è avuto l'incremento maggiore e si osserva un trend in riduzione dal 2000. Tra le donne più anziane (70+ anni) è presente una fase di crescita che si è arrestata alla fine degli anni '90. Lo screening mammografico, come attività organizzata di diagnosi precoce, nel complesso interessa in Italia circa i 2/3 della popolazione di età tra i 50 e i 69 anni con forti differenze tra aree del Nord, Centro e Sud Italia.

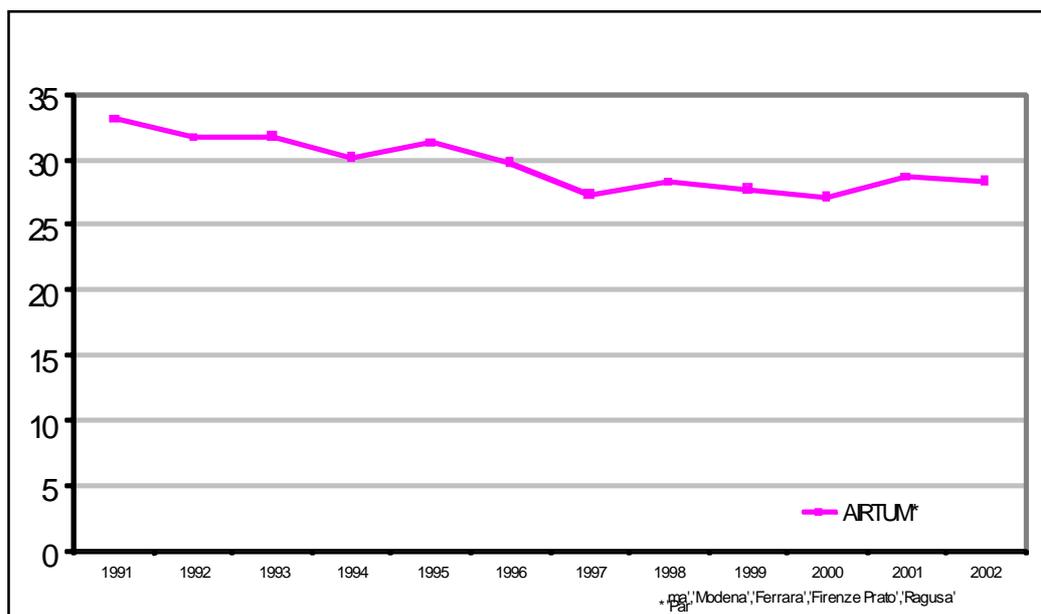
Una possibile causa della modificazione del rischio di ammalarsi di tumore della mammella è stata legata alla riduzione dell'utilizzo della terapia ormonale sostitutiva (TOS). Dopo la pubblicazione dei risultati dello studio WHI, che ha dimostrato un incremento di rischio correlato all'utilizzo di questa terapia, il numero di donne utilizzatrici è drasticamente diminuito nella popolazione statunitense; a questa diminuzione è stata attribuita una riduzione dei tassi di tumore al seno negli USA. Le informazioni relative all'utilizzo della TOS in Italia sono sporadiche, ma le diverse *survey* condotte nel nostro Paese concordano nel quantificare intorno

al 10-15% la percentuale di donne in post-menopausa esposte a TOS. Questa proporzione è inferiore di circa il 40% rispetto a quella registrata nel mondo anglosassone, pertanto l'effetto di una riduzione delle utilizzatrici nel nostro Paese potrebbe avere un impatto minore sulla curva complessiva dell'incidenza di quanto non sia possibile negli USA o in Gran Bretagna.

Per quanto riguarda la mortalità per tumore della mammella, nella figura 7 sono presentati i dati Istat per le stesse aree per le quali è stata valutata l'incidenza. Si nota come la mortalità si sia sensibilmente ridotta negli anni '90, per stabilizzarsi all'inizio del 2000.

Per il tumore della mammella, in virtù dell'anticipazione della diagnosi e dell'applicazione di efficaci protocolli terapeutici si sono raggiunti elevati livelli di sopravvivenza (85% sopravvivenza relativa a 5 anni). La sopravvivenza è aumentata costantemente nel corso del tempo, ma si mantiene uno svantaggio per le donne residenti nelle Regioni del Sud Italia.

Figura 7. Mammella – Tassi di mortalità standardizzati, popolazione europea.



Utero corpo

Il tumore del corpo dell'utero occupa il quinto posto fra i tumori più frequentemente diagnosticati nel sesso femminile. E' facilmente prevedibile che la sua importanza relativa sia destinata a crescere nel prossimo futuro, e questo sia perché l'incidenza del tumore dello stomaco, attualmente al quarto posto, fa registrare uno stabile trend di riduzione sia perché, al contrario, l'incidenza del tumore del corpo dell'utero è in aumento.

Inoltre, vale la pena ricordare come i dati sui tumori dell'utero (sia del corpo sia della cervice) siano sottostimati per il fatto che il numero dei nuovi casi è riferito al totale della popolazione residente, considerata composta da donne tutte a rischio di sviluppare questo tumore. In realtà, una quota tutt'altro che marginale della popolazione non è più a rischio di sviluppare questi tumori in quanto sottoposta alla rimozione dell'utero; i nuovi casi dovrebbero perciò essere attribuiti a una popolazione più piccola, con un aumento degli indicatori di frequenza.

Dai dati relativi alle schede di dimissione ospedaliera disponibili a cura del Ministero della Salute risulta che in Italia nel 2004 sono stati effettuati 65.223 interventi di isterectomia (ICD9-CM 68.3-68.9) in regime di ricovero ordinario. La quota di questi interventi si mostra abbastanza stabile nel tempo con una leggera riduzione: per esempio, i dati del 1999 indicano 69.220 interventi di isterectomia, quelli del 2001 66.041^f. Considerando che la popolazione femminile residente nel 2004 di età superiore a 15 anni era di 2.523.084 donne, il tasso annuale di isterectomie è di 2,5‰ donne per anno: meno della metà di quanto misurato nelle donne statunitensi, dove la media del periodo 1994-1999 è stata di 5,5‰ donne/anno.

Sulla base dei tassi età-specifici di isterectomia osservati in Italia nel 2004 si può affermare che per una donna il rischio cumulativo di essere sottoposta a isterectomia è dell'11,8% dalla nascita ai 64 anni (1 donna ogni 9); del 14,8% comprendendo anche la decade successiva, ossia da 0 a 74 anni (1 donna ogni 7) e del 17,5% nel corso dell'intera vita (1 donna ogni 6).

Inoltre, poiché una parte rilevante delle motivazioni per questo intervento sono relative a patologie benigne (es. leiomioma, prolasso, endometriosi) è ipotizzabile che il numero delle isterectomizzate cresca accumulandosi nel tempo nella popolazione.

Se si attribuissero i casi di tumore del corpo dell'utero solo alle donne a rischio di svilupparlo (donne con utero) i tassi di incidenza aumenterebbero al punto di ipotizzare che questo tumore si collochi in realtà al terzo posto in termini di frequenza, superando sia quello del polmone sia quello dello stomaco (per i quali la popolazione a rischio coincide sostanzialmente con quella residente).

Il tumore del corpo dell'utero è uno dei tumori femminili con la migliore sopravvivenza (75% di sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi) dopo il tumore della tiroide (92,8%), il melanoma (87,1%), quello della mammella (84,7%) e i linfomi di Hodgkin (84,2%).

La sopravvivenza per il tumore del corpo dell'utero è in crescita: in percentuale è aumentata dell'1,6% ogni triennio per i casi diagnosticati dal 1985 al 2002.

Come per altre sedi tumorali, la sopravvivenza è stabilmente più bassa nelle aree del meridione rispetto a quelle del Centro-Nord Italia.

Utero cervice

Il tumore della cervice uterina è meno frequente degli altri menzionati in questo *report*, anche se si stima che ogni anno ne siano diagnosticati circa 3.400 nuovi casi in Italia. Per ogni caso di tumore della cervice ne vengono diagnosticati circa 2,5 del corpo dell'utero.

L'incidenza del tumore della cervice è in riduzione. Questo risultato è legato alla diffusione delle attività di diagnostica precoce che sono orientate a identificare la neoplasia in una forma pre-invasiva.

I programmi di screening sono iniziati in alcune realtà italiane a partire dagli anni '70; dal 1996 la loro attivazione è raccomandata su base regionale secondo indicazioni che prevedono inviti personali alle donne di età 25-64 anni per effettuare, ogni tre anni, un esame citologico⁶.

I dati dell'Osservatorio Nazionale Screening⁹ riferiscono che nel 2006 erano attivi in Italia 122 programmi di screening per il tumore cervicale, con una popolazione obiettivo pari al 69% di quella residente di età 25-64 anni. I programmi interessano in maniera sostanzialmente completa le residenti nel Centro Italia e in misura minore quelle del Nord e del Meridione. Anche la partecipazione delle donne al programma cambia in base alla residenza, con percentuali di adesione superiori nelle Regioni del Nord (45,6% delle invitate) e del Centro (35,7%) rispetto a quelle del Sud (28,7%).

Due notazioni dal punto di vista epidemiologico. La prima è che si tratta di un tumore che ha una frequenza elevata anche nelle età giovanili: nelle donne sotto i 45 anni è al quarto posto con oltre il 5% del totale dei casi; l'altra è che bisogna segnalare un aumento delle forme ghiandolari (adenocarcinomi) rispetto a quelle epiteliali (squamosi): le prime che solo pochi anni fa erano molto rare, rappresentano in anni recenti 1/5-1/4 dell'intera casistica.

Il tumore della cervice riconosce una eziologia infettiva legata a infezioni croniche di alcuni tipi di virus HPV. Recentemente, per alcuni dei tipi virali responsabili della maggior parte dei tumori sono stati sviluppati due vaccini. Ciò ha aperto la possibilità di una prevenzione primaria di questa forma tumorale. Nel nostro Paese sta partendo una campagna di vaccinazione gratuita rivolta alle bambine dodicenni, che quest'anno sarà rivolta alle nate nel 1997. La vaccinazione non sostituisce, ma si associa alla pratica dello screening citologico periodico.

La prevenzione (primaria e secondaria) del tumore della cervice uterina è particolarmente importante perché gli strumenti terapeutici non sembrano aver avuto uno sviluppo sostanziale nel corso del tempo e la sopravvivenza per questo tumore non mostra significativi miglioramenti nei casi diagnosticati negli ultimi 15 anni.

Ovaio

Il tumore dell'ovaio rientra tra i primi dieci tumori femminili in termini di frequenza; le stime indicano in circa 4.800 i nuovi casi diagnosticati ogni anno.

Il rischio di ammalarsi cresce al crescere dell'età, raddoppiando fra i quaranta e i sessanta anni.

La sopravvivenza per questo tumore è relativamente modesta (41% sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi) e inoltre risulta stabile nel corso del tempo: ciò indica che nel corso degli ultimi anni non sono stati introdotti strumenti terapeutici che hanno modificato radicalmente le possibilità di trattamento.

Anche per questa neoplasia la sopravvivenza nel Sud Italia è inferiore rispetto a quanto accade nelle aree del Centro-Nord.

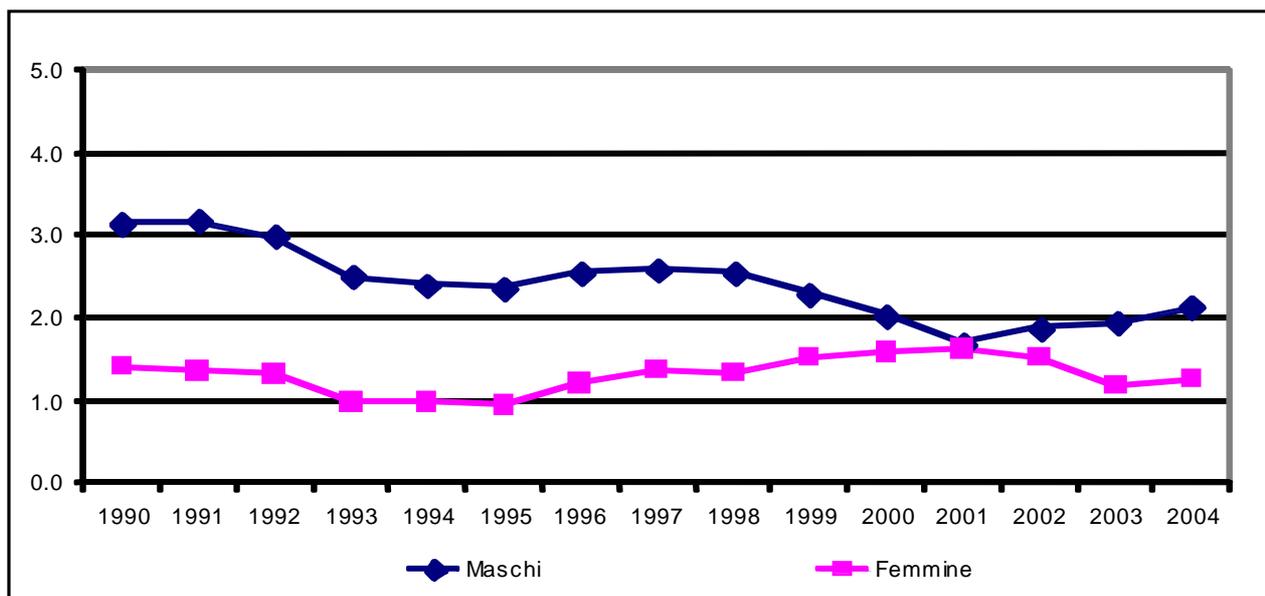
Polmone

Nonostante il tumore del polmone abbia una frequenza 4-5 volte superiore negli uomini rispetto alle donne, sta rappresentando una nuova emergenza nel sesso femminile. Infatti, mentre tra gli uomini si è assistito in anni recenti a una inversione di tendenza, con una riduzione del numero sia dei nuovi casi sia dei decessi, nelle donne il tumore del polmone è in crescita.

Il diverso livello di rischio riflette l'effetto dell'abitudine al fumo, storicamente differente tra i due sessi, ed è influenzato dalla crescente quota di uomini che hanno smesso di fumare. Negli ultimi anni si è assistito a una costante diminuzione dei fumatori (passati dal 35,6% nel 1993 al 29,6% nel 2006), mentre le fumatrici presentano un trend stabile (16,6% nel 1993, 17,2% nel 2003)^h.

Le differenti proporzioni fra fumatori e fumatrici sono meno accentuate tra i giovani: la percentuale di fumatori tra i 14-29enni è approssimativamente la stessa nei due sessi e si attesta intorno al 6% della popolazione. ciò ha portato, agli inizi degli anni 2000, a valori simili nell'incidenza del tumore del polmone nei giovani.

Figura 8. Tumore del polmone – Tassi di incidenza età 0-44.



Conclusioni

I tumori avranno una crescente rilevanza nel sesso femminile. Ci si aspetta perciò un incremento del carico diagnostico/terapeutico nel prossimo futuro a causa dell'aumento delle nuove diagnosi, a cui contribuiscono sia i trend crescenti dell'incidenza, sia il progressivo invecchiamento della popolazione.

Oltre al carico diagnostico, c'è poi il problema rilevante della gestione (follow-up) dei pazienti per l'aumento della prevalenza (sopravvivenza in aumento) e, quindi, della necessità di seguire anche per molti anni dalla diagnosi (es: tumore della mammella) un numero rilevante e crescente di pazienti.

Sono presenti sistematiche differenze geografiche negli indicatori epidemiologici dei tumore nel nostro Paese. Le aree del Meridione, un tempo fortemente avvantaggiate da livelli inferiori di incidenza e mortalità, si stanno lentamente avvicinando ai valori del Centro-Nord in una tendenza alla omogeneizzazione che, invece, non coinvolge la sopravvivenza che si mantiene stabilmente peggiore per le donne del Sud Italia.

Bibliografia

1. Fritz A et al. International Classification of disease for oncology. Third edition. World Health Organization, Geneva, 2000.
2. Corazziari I et al. Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. European Journal of Cancer, Volume 40, Issue 15, Pages 2307-2316.
3. AIRTUM Working group. I tumori in Italia rapporto 2006 – Incidenza, mortalità e stime. Epidemiologia & Prevenzione 2007; 30 (1) Supplemento 2.
4. AIRTUM Working group. I tumori in Italia rapporto 2007 – Sopravvivenza. Epidemiologia & Prevenzione 2008; 31 (1) Supplemento 1.
5. Rossouw JE et al. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigatore. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002; 288(3): 321-33.
6. Ronco G. et al. Livello di attivazione e indicatori di processo dei programmi di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia. Osservatorio Nazionale Screening. Sesto rapporto. Inferenze, Milano 2007: 52-68.

Siti Internet

^a <http://www.registri-tumori.it>

^b <http://demo.istat.it> – anno 2004

^c <http://www.tumori.net>

^d http://www.iacr.com.fr/iacr_iarccrgtools.htm

^e http://www.iacr.com.fr/MPrules_july2004.pdf

^f http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/ric_informazioni/interrogad.jsp

^g <http://www.osservatoriotumori.it>

^h <http://www.istat.it/sanita/Health/>

Il Rapporto Annuale 2008 è stato realizzato da AIRTUM nell'ambito della convenzione con il Centro per il controllo delle malattie (CCM) e il Ministero della salute. Il documento è stato redatto da Carlotta Buzzoni e Emanuele Crocetti dell'UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva del CSPO a partire dai dati della Banca Dati AIRTUM. I registri tumori inclusi sono elencati nel sito www.registri-tumori.it dove è possibile reperire altre informazioni sui dati dei registri tumori italiani.

Per contatti: dr. Carlotta Buzzoni, CSPO Firenze, tel 055-6268330.