

**Sintesi ragionata del
Documento AIRTUM 2009
(I nuovi dati di incidenza e mortalità
Periodo 2003-2005)**

*Documento a cura della Dr. Maria Vincenza Liguori
Settore Epidemiologia Ambientale
Direttore Dr. Laura Gori
ARPAB*

INTRODUZIONE

Il Documento sull'incidenza e mortalità che presentiamo è una sintesi della pubblicazione dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM). Uno degli obiettivi principali del lavoro svolto è stato assicurare una sua ampia diffusione, in particolare mediante la pubblicazione on line che permette a istituzioni, operatori sanitari e cittadini di avere a disposizione dati aggiornati. Questa modalità di divulgazione consente di comunicare tempestivamente i cambiamenti della realtà oncologica del nostro Paese che oggi i Registri sono in grado di documentare, offrendo così uno strumento adeguato alla comunità oncologica italiana. L'obiettivo è infatti che tutti gli operatori italiani diffondano e utilizzino sempre di più e sempre meglio i dati prodotti dai Registri tumori. In secondo luogo, il Documento è stato pensato da un lato come una pubblicazione agile per l'aggiornamento del dato epidemiologico, e dall'altro come approfondimento di un tema ritenuto rilevante per suscitare riflessioni nella programmazione dei servizi e degli interventi sanitari. La presentazione dei dati aggiornati al 2005 consente di verificare le differenze geografiche tra Nord, Centro e Sud Italia, e di descrivere i problemi che restano ancora aperti a causa della diversa capacità di programmazione e assistenza che caratterizza le diverse aree del nostro Paese. In particolare, dai dati raccolti risulta che il meridione sta progressivamente perdendo alcuni dei vantaggi che lo stile di vita aveva garantito ai suoi cittadini all'inizio del dopoguerra, probabilmente a causa dell'acquisizione di stili di vita urbanizzati, delle emergenze ambientali, della perdita dei benefici derivanti dall'alimentazione di tipo mediterraneo. Nel Documento è stato posto l'accento in particolare sulle conseguenze dell'aumento dell'attesa di vita della popolazione, soprattutto femminile, verificatosi negli ultimi decenni nel nostro Paese. I successi raggiunti grazie all'impegno nella lotta contro il cancro stanno portando a una significativa diminuzione dell'incidenza e della mortalità per alcune importanti cause di tumore, fenomeno attribuibile alla prevenzione e a nuove modalità di diagnosi precoce e di trattamento. Questi miglioramenti, calcolati in termini di numero assoluto di persone che si ammalano, sono però quasi interamente vanificati dall'aumento del *burden*, ovvero del carico della patologia tumorale su una popolazione, come quella italiana, che vive più a lungo e che quindi, invecchiando, è più suscettibile a patologie croniche. Un tema, questo, di grande rilevanza per il nostro futuro, che non riscuote però ancora sufficiente attenzione e che richiede un cambiamento per quanto concerne l'assistenza dei malati, dal momento che la patologia oncologica tende sempre di più a divenire una patologia cronica grazie ai successi che stanno ottenendo la medicina e il cambiamento degli stili di vita.

IL RISCHIO DI AMMALARSI DI TUMORE

E' stato calcolato l'indicatore del rischio cumulativo, che rappresenta un modo per quantificare la probabilità individuale di sviluppare un tumore, o di morire a causa di un tumore, entro un certo intervallo della vita, (in questo studio ci si riferisce all'intervallo che va da 0 a 84 anni). Si tratta di una misura di grande informatività sulla rilevanza di un tumore, anche se basata su assunzioni teoriche. Nella tabella sottoriportata, per tutte le sedi tumorali è indicato ogni quanti soggetti, in media, un individuo svilupperà un certo tumore nell'arco della vita. Sulla base dei dati dell'AIRTUM del periodo 2003-2005, risulta che entro l'ottantaquattresimo anno di età in media un uomo ogni due e una donna ogni due avranno una diagnosi di tumore (inclusi gli epitelomi della cute). Questo tipo di approccio rende facilmente percepibile l'impatto esercitato dai tumori di ogni singola sede; per esempio permette di evidenziare che ogni 8 donne 1 si ammalerà di tumore alla mammella nel corso della vita, così come 1 uomo ogni 9 e 1 donna ogni 40 svilupperà un tumore al polmone e 1 uomo ogni 7 un tumore della prostata. Allo stesso modo è possibile quantificare in 1 uomo ogni 3 e in 1 donna ogni 6 coloro che moriranno a causa di un tumore; 1 uomo ogni 10 per un tumore del polmone, 1 donna ogni 33 per un tumore della mammella. Il **rischio cumulativo** ci dice **ogni quante persone** ce ne sarà una che si ammalerà o morirà di cancro nel corso della vita (0-84 anni). Prendiamo per esempio il tumore al polmone: ogni quante donne una si ammala di tumore del polmone? Una ogni 40. E una su 48 morirà a causa di questa neoplasia. E tra gli uomini? Ci sarà un malato di cancro al polmone ogni 9 uomini. E uno su 10 morirà di questa malattia. La tabella del rischio cumulativo, quindi, si legge così: un uomo su 712 e una donna su 1.361 saranno colpiti da un tumore delle ghiandole salivari. Un uomo ogni 1.667 e una donna ogni 5.001 moriranno a causa di ciò. Complessivamente, in media, 1 uomo su 2 e 1 donna su 2 saranno colpiti da tumore nel corso della vita 1 uomo su 3 e 1 donna su 6 ne moriranno.

RISCHIO CUMULATIVO

OGNI QUANTE PERSONE UNA È DESTINATA AD AMMALARSI O MORIRE DI CANCRO?

	UOMINI		DONNE	
	INCIDENZA	MORTALITÀ	INCIDENZA	MORTALITÀ
Totale (escluso epitelomi della cute)	2	3	2	6
Prostata	7	33		
Mammella	614		8	33
Cute non melanomi	8		14	
Polmone	9	10	40	48
Colon Retto	11	26	17	46
Vescica	20	55	122	336
Stomaco	26	38	53	81
Fegato	34	43	94	109
VADS	35	70	178	380
Rene vie urinarie	38	97	87	279
Linfoma non Hodgkin	44	106	62	152
Utero corpo			47	577
Pancreas	53	56	68	76
Ovaio			71	102
Leucemie	64	90	103	150
Melanoma	75	280	94	470
Encefalo e altro SNC	97	132	139	182
Mieloma	108	181	150	239
Colecisti Vie biliari	132	182	136	177
Esofago	144	154	537	627
Utero collo			147	874
Tiroide	177	1157	63	1031
Testicolo	224	3509		
Tessuti molli	256	730	400	957
Mesotelioma	261		1006	
Linfoma di Hodgkin	308	1235	355	2062
Intestino tenue	474	1099	736	1575
Kaposi	627		2632	
Pene	690	3449		
Ghiandole salivari	712	1667	1361	5001
Osso	866	1093	1316	1755
Occhio	1274	4445	1516	5264

Tabella 4. AIRTUM 2003-2005. Rischio teorico individuale di sviluppare un tumore nell'arco della vita (0-84 anni) espresso, per sede e sesso, come numero di soggetti tra i quali si potrà sviluppare un caso. VADS = Vie aerodigestive superiori, SNC = Sistema nervoso centrale.

INCIDENZA E MORTALITA'

Il documento prodotto dalla Rete dei registri tumori italiani fornisce un aggiornamento dei dati di incidenza e mortalità per cancro in Italia relativo al periodo 2003 - 2005. Le informazioni contenute nello studio si basano sui dati di 20 registri da cui i dati in seguito riportati.

I cinque tumori più frequentemente diagnosticati sono stati tra gli uomini:

- il cancro della prostata (18,5%),
- della pelle non melanoma (15,8%),
- del polmone (13,1%),
- il tumore coloretale (12,0%),
- il tumore della vescica (5,7%).

Tra le donne:

- il tumore della mammella (24,9%),
- il cancro della pelle non melanoma (15,1%),
- il tumore coloretale (11,9%),
- il tumore del polmone (5,0%),
- il tumore dello stomaco (4,1%).

Nello stesso periodo le più frequenti cause di morte tumorale sono state tra gli uomini:

- il tumore del polmone (27,6%),
- il tumore del colonretto (10,7%),
- il tumore della prostata (8,5%),
- il tumore dello stomaco (7,3%),
- il tumore del fegato (6,1%).

Tra le donne:

- il tumore della mammella (16,3%),
- il tumore del colonretto (11,9%),
- il tumore del polmone (10,3%),
- il tumore dello stomaco (7,2%)

- il tumore del pancreas (6,5%)

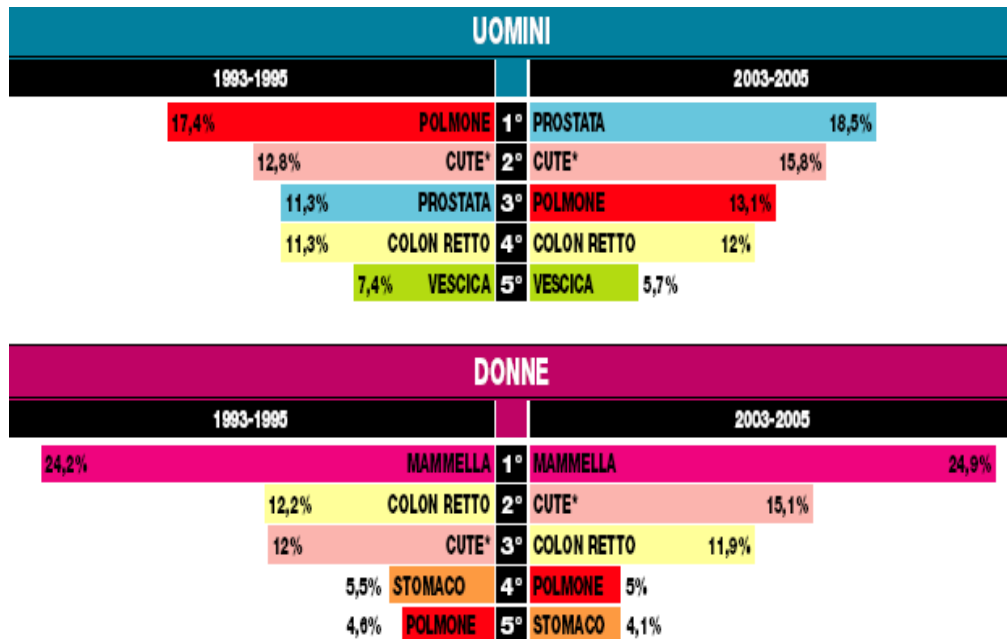


Grafico 1. AIRTUM incidenza. I cinque tumori più frequenti e percentuale rispetto al totale dei tumori diagnosticati nel periodo 1993-1995 e 2003-2005, per sesso.

Dal 1993-1995 al 2003-2005, il tasso di incidenza grezzo complessivo (maschi e femmine insieme) è cresciuto passando dal 555,4 al 654,8 x 100,000. La standardizzazione mostra che il 63% di questo aumento è dovuto all'invecchiamento della popolazione. Inoltre, la maggior parte del rimanente aumento riguarda i tumori per i quali la diagnosi precoce può aver giocato un ruolo rilevante nell'anticipazione (e quindi nell'aumento) delle diagnosi. A causa dell'invecchiamento della popolazione anche la mortalità complessiva per cancro non mostra riduzioni se si confrontano i tassi grezzi. Al contrario i tassi standardizzati (tutti i tumori insieme) mostrano una forte diminuzione (311,4 vs. 266,5 x 100.000).

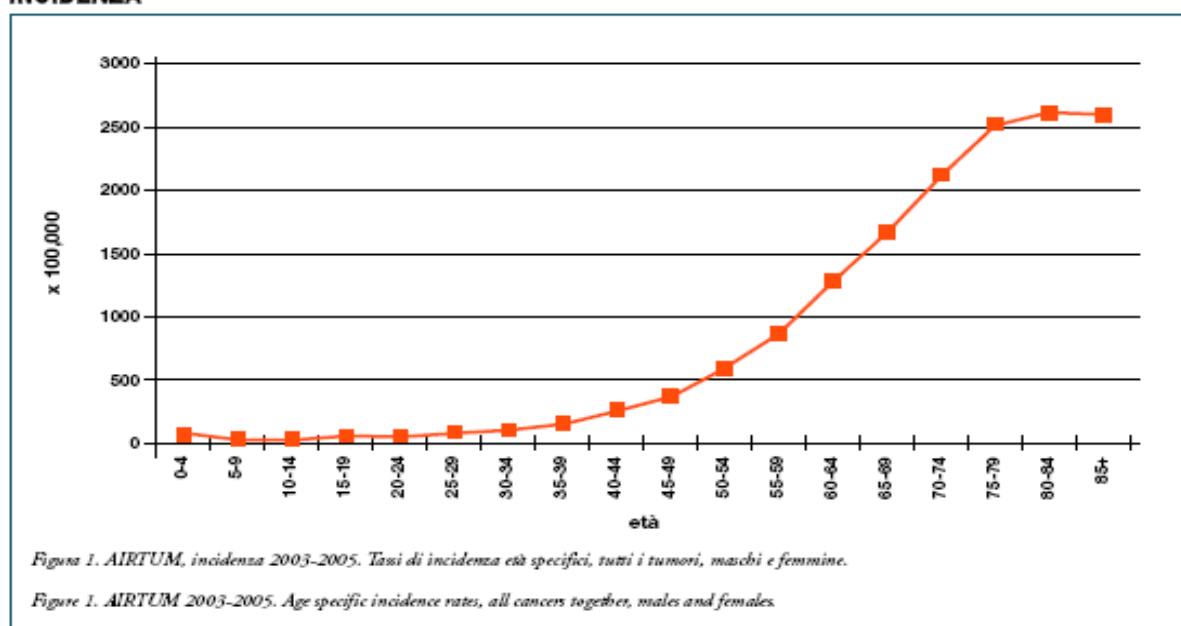
Il rischio di vedersi diagnosticare un tumore o di morire di cancro è ancora più basso nei residenti nelle regioni del Sud Italia rispetto ai residenti nell'Italia centrale o settentrionale, ma le distanze si accorciano. In Italia i tassi di incidenza e mortalità tra i maschi sono simili a quelli dei Paesi del Nord Europa e degli USA, ma tra le donne sono tuttora più bassi.

ALCUNE CONSIDERAZIONI SU TUMORI ED ETÀ

I tumori sono una malattia prevalentemente dell'età adulto-avanzata. Nella figura 1 sono presentati i tassi di incidenza specifici per fasce quinquennali d'età per tutti i tumori diagnosticati nel periodo 2003-2005 nelle aree coperte dai registri dell'AIRTUM. Si può notare che nelle prime decadi della vita la frequenza di questa patologia è dell'ordine, al massimo, delle decine di casi ogni 100.000 soggetti, dai 35 anni si supera il centinaio e dai sessant'anni si cambia ancora ordine di grandezza superando il migliaio di casi ogni 100.000 soggetti, che equivale a una frequenza di 1-3 casi ogni 100 soggetti ogni anno.

Questo grafico aiuta a capire come le caratteristiche demografiche di una popolazione possano influenzare il numero di tumori diagnosticati e come, in virtù di un costante invecchiamento della popolazione italiana, anche se i tassi di incidenza si mantenessero costanti, il numero di diagnosi tumorali sarebbero destinate ad aumentare nel corso del tempo solo per motivi demografici.

INCIDENZA



CONCLUSIONI

I casi di tumore aumentano principalmente perché la popolazione invecchia e, in parte, per effetto della diagnosi precoce.

Ogni anno in Italia si stimano circa 250.000 nuove diagnosi di tumore, mentre dieci anni fa erano 225.000. Ogni anno si contano circa 122.000 decessi dovuti a malattie oncologiche, mentre 10 anni fa si sfioravano i 130.000.

L'aumento del numero di diagnosi di tumore è in gran parte dovuto all'invecchiamento della popolazione dal momento che la malattia oncologica colpisce più frequentemente in età avanzata. Il 63% dell'aumento osservato nell'arco di 10 anni, infatti, è attribuibile a questo fattore. L'incremento non legato all'invecchiamento riguarda sedi tumorali oggetto di interventi di diagnosi precoce (per esempio mammella, colon-retto e prostata) che contribuiscono ad anticipare il momento della diagnosi. Se si sottrae l'«effetto invecchiamento» e si escludono i tumori sottoposti a screening, la media degli altri tumori mostra una riduzione delle nuove diagnosi, che non appare evidente proprio a causa del contemporaneo aumento dell'età media della popolazione.

La mortalità per tumore si riduce anche se l'invecchiamento della popolazione nasconde il fenomeno.

La mortalità per il complesso dei tumori è in riduzione. Questa diminuzione sarebbe ben visibile se l'età media della popolazione fosse la stessa di 10 anni fa, ma in questa decade la popolazione italiana è invecchiata, facendo aumentare il numero dei morti oncologici e impedendo di percepire la riduzione reale del fenomeno.

In media un uomo ogni 2 e una donna ogni 2 in Italia avranno una diagnosi di tumore nel corso della vita (0-84 anni). In media un uomo ogni 3 e una donna ogni 6 moriranno a causa di un tumore.

Il rischio si va uniformando nel Paese nonostante permangano alcune differenze geografiche.

Con alcune eccezioni, nell'Italia meridionale il rischio di ammalarsi (e di morire) di tumore è ancora minore rispetto al Centro-Nord, ma il rischio si va uniformando nel Paese.

NOTA. I dati raccolti non sono “vecchi”: considerata la complessità del processo di raccolta, valutazione e archiviazione delle informazioni svolto dai Registri Tumori, questi sono i primi dati raggiungibili. L'AIRTUM garantisce un'ottima qualità del dato, ma le sue procedure implicano almeno **tre anni di lavoro** per la pubblicazione di un anno di incidenza, lo stesso avviene nei registri tumori degli altri paesi europei e statunitensi. La lunghezza dei tempi di pubblicazione è variamente determinata dalle numerose [fasi di lavoro](#) seguite dai Registri. L'AIRTUM è comunque impegnata a ridurre i tempi di produzione dei propri dati.

Bibliografia

1. Curado MB, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M and Boyle P, eds (2007) *Cancer Incidence in Five Continents*, Vol. IX IARC Scientific Publications No. 160, Lyon, IARC.
2. Barchielli A, Crocetti E, Zappa M. Has the PSA wave already crashed upon us? Changes in the epidemiology of prostate cancer from 1985 to 1994 in central Italy. *Annals of Oncology* 1999;3:361-362.
3. Crocetti E, Capocaccia R, Casella C, Ferretti S, Guzzinati S, Rosso S, Pacchettini C, Spitale A, Stracci F, Tumino R, eds. Gli andamenti temporali della patologia oncologica in Italia: i dati dei Registri Tumori (1986-1997). *Epidemiol Prev* 2004; 28 (2): suppl: 1-112.
4. AIRTUM Working group. I tumori in Italia - Rapporto 2006. Incidenza, stime e mortalità. *Epidemiol Prev* 2006; 30 (1); suppl.2: 1-148.