LILT
LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI
prevenire è vivere

INCIDENZA, PREVALENZA MORTALITÀ PER TUMORI IN ITALIA

Roberto Benelli - Elena Cecchi

Ed. 2017

Partner-Graf S.R.L.

INCIDENZA, PREVALENZA, MORTALITÀ PER TUMORI

Dr. Roberto Benelli *Dott.ssa Elena Cecchi*

Incidenza

Ogni giorno, in Italia, vengono diagnosticati circa 1000 nuovi casi di tumori maligni con una maggior percentuale a carico del sesso maschile. I casi stimati per il 2016 assommano a 365.800 (M=189.600, pari al 54%; F=176.200, pari al 46%).

Localizzazioni

Nel 2016, secondo l'*Associazione Italiana di Oncologia Medica*, sono stimate 52.000 nuove diagnosi di *tumori al colon-retto* in entrambi i sessi (M=29.500; F=22.900), 50.000 nuovi casi di *tumori alla mammella*, 41.000 *tumori al polmone (*M=27800; F=13.500*),* 35.000 *tumori alla prostata*, 26.600 *tumori alla vescica (*M=21.400; F=5.200*).*

Sesso

Nel ***sesso maschile*** prevale il cancro alla prostata (19%), seguito dal ca. del polmone (15%), colon-retto (13%), vescica (11%), stomaco (4%).

Nel ***sesso femminile*** il cancro alla mammella rappresenta il 30% delle neoplasie, seguito dal ca. del colon-retto (13%), polmone (6%), tiroide (5%), corpo dell'utero (5%).

Classi di età

Nel ***sesso maschile,*** in età compresa fra 0-49 anni, risultano più frequenti le neoplasie del testicolo seguite dal melanoma, dal linfoma non-Hodgkin, dal ca. del colon-retto, dal ca. della tiroide. In età compresa fra 50-69 anni il tumore più frequente è il cancro alla prostata, seguito da quello al polmone, colon-retto, vescica. In età superiore a 70 anni il cancro alla prostata è il più frequente, ma è generalmente caratterizzato da scarsa aggressività: molte neoplasie sono "indolenti". Nelle persone anziane risulta anche una maggiore incidenza di tumore allo stomaco.

Nel ***sesso femminile*** il cancro alla mammella è la neoplasia più frequente in tutte le classi di età e in percentuale maggiore nelle donne giovani (0-49 anni) rispetto a quelle molto anziane. Sempre nelle giovani risultano più frequenti i tumori alla tiroide, il melanoma, i tumori del colon-retto e della cervice uterina. Nelle donne fra i 50-69 anni dopo il cancro della mammella vengono i tumori del colon retto, del corpo dell'utero, del polmone, della tiroide. Oltre i 70 anni seguono il ca. del colon-retto, il ca. del polmone, dello stomaco, del pancreas. Il carcinoma della mammella mantiene caratteristiche di aggressività anche in età avanzata.

Incidenza attuale

Nel periodo 2008-2016 si registra in Italia una relativa diminuzione di incidenza per tutti i tumori in entrambi i sessi. Nel sesso maschile la diminuzione riguarda, in misura maggiore, il tumore al polmone.

Riguardo alla famiglia dei tumori rari, essa è costituita da un gruppo eterogeneo di neoplasie, solide e ematologiche, che possono colpire tutti i distretti corporei.

Essi hanno un tasso di incidenza inferiore a 6 casi ogni 100.000 persone/anno. In totale sono diagnosticati circa 89.000 casi/anno di tumori rari che colpiscono con maggiore frequenza soggetti di età più giovane. Anche negli Stati Uniti i tumori rari costituiscono il 20% delle nuove diagnosi (*American Cancer Society*).
La popolazione immigrata risulta avere un basso rischio di tumore legato prevalentemente alla giovane età degli immigrati e alla minore esposizione a stili di vita tipici dei Paesi occidentali. Tuttavia si possono presentare forme tumorali legate a patologia infettiva: tumore allo stomaco (Helicobacter pylori), al naso-faringe (virus Epstein Barr), al fegato (virus epatite B e C), alla cervice uterina (virus HPV) che è frequente nei Paesi meno sviluppati ed infine localizzazioni legate ad infezioni da virus HIV/AIDS.

Differenze geografiche

Il tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea per tutti i tumori in Italia risulta più basso nelle regioni centro-meridionali rispetto alle regioni settentrionali.

Prevalenza

La prevalenza indica il numero di persone ancora vive dopo una diagnosi di tumore.
Il numero dipende sia dall' incidenza della malattia che dalla sopravvivenza oncologica ovvero quella imputabile a cause diverse dal cancro (*sopravvivenza netta*). I dati desunti dall'*Associazione Italiana dei Registri Tumori* indicano un aumento costante del numero di individui che rimangono in vita dopo una diagnosi di tumore. Esso è dell'ordine del 3% all'anno e nel 2016 ha ampiamente superato la quota di tre milioni (1,4 milioni M; 1,7 milioni F).
La sopravvivenza dei malati è legata a più fattori:
a) lo stadio in cui viene diagnosticata la neoplasia;
b) la precocità con cui vengono iniziati i trattamenti disponibili;
c) l'efficacia delle terapie;
d) lo stile di vita, il modello alimentare e l'attività fisica seguiti dai pazienti;
e) l'assistenza psico-sociale.
Di conseguenza influiscono sulla sopravvivvenza la diagnosi precoce, la disponibilità e l'accesso a terapie efficaci, i comportamenti individuali e sociali.
È dimostrato che i pazienti che presentano un minor livello di infiammazione cronica hanno una sopravvivenza maggiore.
Un indicatore molto utilizzato è rappresentato dalla *sopravvivenza a 5 anni,* tuttavia tale parametro non può essere considerato un elemento utile per indicare la guarigione che, in realtà, risulta variabile in base al tipo di tumore, al sesso, all'età di insorgenza della neoplasia, allo stato immunitario. Non sono rari i casi di ripresa della neoplasia anche dopo un decennio dalla diagnosi.
L'incremento della sopravvivenza deve impegnare lo Stato all'attuazione di politiche idonee al reinserimento, a livello lavorativo e sociale, degli individui che hanno avuto una diagnosi di tumore. Per i tumori rari la sopravvivenza risulta inferiore rispetto

alle altre neoplasie in quanto tanto più raro è il tumore tanto più difficile è disporre di evidenze scientifiche che definiscano il miglior trattamento possibile.

Sopravvivenza in Italia in confronto al Nord Europa

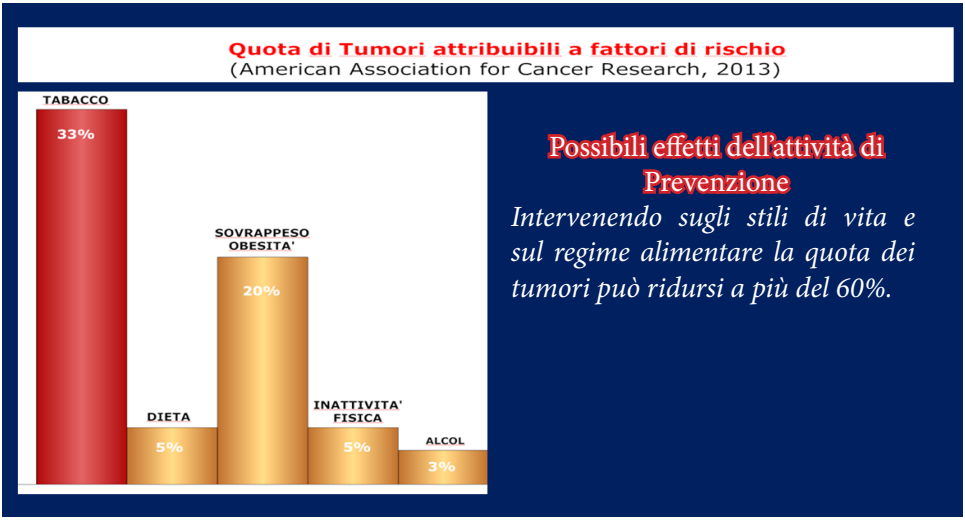
I dati di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi sono in linea rispetto ai Paesi del Nord Europa, a dimostrazione dell'efficacia del sistema sanitario nazionale a livello di prevenzione, diagnosi e terapia, anche se l'Italia ha una spesa sanitaria inferiore di quasi il 30% rispetto ai principali Paesi dell'Unione Europea.

Mortalità

La mortalità per tumore risulta seconda (29%) alle malattie cardiovascolari (37%) e, nel periodo 2008-2016, si presenta in calo sia nel sesso maschile che nel sesso femminile.
Nel 2013 il numero dei decessi per tumori è pari a 176.217 individui (98.833 M., 77.384 F.). Nel sesso femminile è più elevata la mortalità per malattie cardiovascolari rispetto alle cause oncologiche a differenza del sesso maschile in cui i dati si bilanciano.
La neoplasia che causa il maggior numero di decessi è quella del polmone (33.483) seguita dal colon-retto (18.756), mammella (12.072), pancreas (11.201), stomaco (9.595), prostata (7.203). Il carcinoma del polmone rappresenta, nel sesso maschile, la prima causa di morte oncologica in tutte le fasce di età. Nel sesso femminile invece il tumore alla mammella è la prima causa di morte oncologica in tutte le fasce di età, con percentuale maggiore nelle donne più giovani (< 49 anni).

Considerazioni conclusive

Lo stato attuale dell'oncologia in Italia è caratterizzato da:
a) *relativa diminuzione dell' incidenza e della mortalità* dovuta a neoplasie maligne (il maggior numero di decessi è imputabile al ca. polmonare);
b) *incremento della sopravvivenza a 5 anni* dopo la diagnosi di tumore.
Questa risultato favorevole può essere attribuito ai programmi di screening, ad un approccio multidisciplinare alla patologia neoplastica e all'impiego clinico di terapie innovative (terapie a bersaglio molecolare, immunoterapia);
c) *aumento dei costi per i farmaci anticancro*. Tale incremento è del 7,1% in più nel 2015 rispetto al 2014 (*Fonte AIOM, 2017*) tanto che il costo medio di una terapia oncologica è pari a 55.000 Euro l'anno (anni 2015-2016). Sulla base di quanto esposto sono necessarie alcune riflessioni che, partendo dalla stima dell'incidenza dei tumori in rapporto all'incremento della speranza di vita della popolazione, vadano ad esaminare il bisogno crescente di cure, di assistenza, di reinserimento sociale e di sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale. L' aumento della speranza di vita della popolazione italiana, come emerge dai più recenti dati statistici (80 a. circa per i maschi e 84 a. per le femmine), porta inevitabilmente ad un aumento delle malattie cardiovascolari, metaboliche, neurodegenerative e tumorali tipiche dell' età più avanzate e di conseguenza ad un maggior bisogno di cure e di assistenza per la possibile copresenza di multipatologie.
La riduzione delle risorse sanitarie a disposizione pone il problema della sostenibilità



del sistema sanitario, dell'equità, del welfare e quindi della promozione della salute e della universalità e fruizione di servizi sociali considerati indispensabili. In questa ottica assumono importanza realtà e associazioni sanitarie che si basano sul volontariato attivo che, se ben organizzate, possono integrare e sostenere il sistema sanitario nazionale. È anche necessario ricercare modelli di integrazione sanitaria e di partecipazione alla spesa da parte della popolazione abbiente per poter mantenere un sistema sanitario universalistico che si faccia carico di una corretta assistenza per la popolazione indigente.

Un altro aspetto da considerare è il rapido cambiamento della società sempre più multietnica. Si assiste infatti ad un rapido incremento della percentuale degli immigrati dai paesi stranieri che, nel 2015, viene stimato di entità superiore all'8% del totale della popolazione italiana.

Da quanto detto risulta sempre più importante la corretta informazione sanitaria, la prevenzione primaria, l'adesione agli screening di popolazione e la diagnosi precoce insieme al regolare follow-up dei pazienti oncologici e il reinserimento degli stessi intervenendo sull'assistenza psicologica e sociale.

Gran parte dei tumori maligni è potenzialmente prevenibile. La prevenzione si fonda su una serie di azioni:

a) corretti stili di vita, con esclusione del fumo, alcol, sostanze tossiche e dopanti;
b) alimentazione con caratteristiche antinfiammatorie (Dieta Mediterranea);
c) attività fisica moderata (i sedentari presentano un maggior rischio);
d) controllo del peso (lotta all'obesità);
e) protezione da malattie trasmissibili sessualmente (HPV, HIV, Epatite);
f) corretta esposizione al sole, periodica mappatura dei nei, sconsigliato l'uso di lampade solari;
g) partecipazione ai programmi di screening.

Se consideriamo la quota di tumori attribuibili a fattori di rischio come riportati dall'*American Association for Cancer Research* (anno 2013) circa il 33% è attribuibile al fumo ed un' analoga percentuale alla somma di più fattori: regime dietetico, sovrappeso, obesità, inattività fisica, alcol (grafico pagina precedente).Risulta quindi che intervenendo sugli stili di vita e sul regime alimentare la quota dei tumori può ridursi a più del 60%.
Se la spesa per la prevenzione raggiungesse in Italia il valore previsto dai *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA), l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL scenderebbe dal 9,2% all' 8,92% permettendo un risparmio di 7,6 miliardi di Euro (*Fonte AIOM, 2017*).

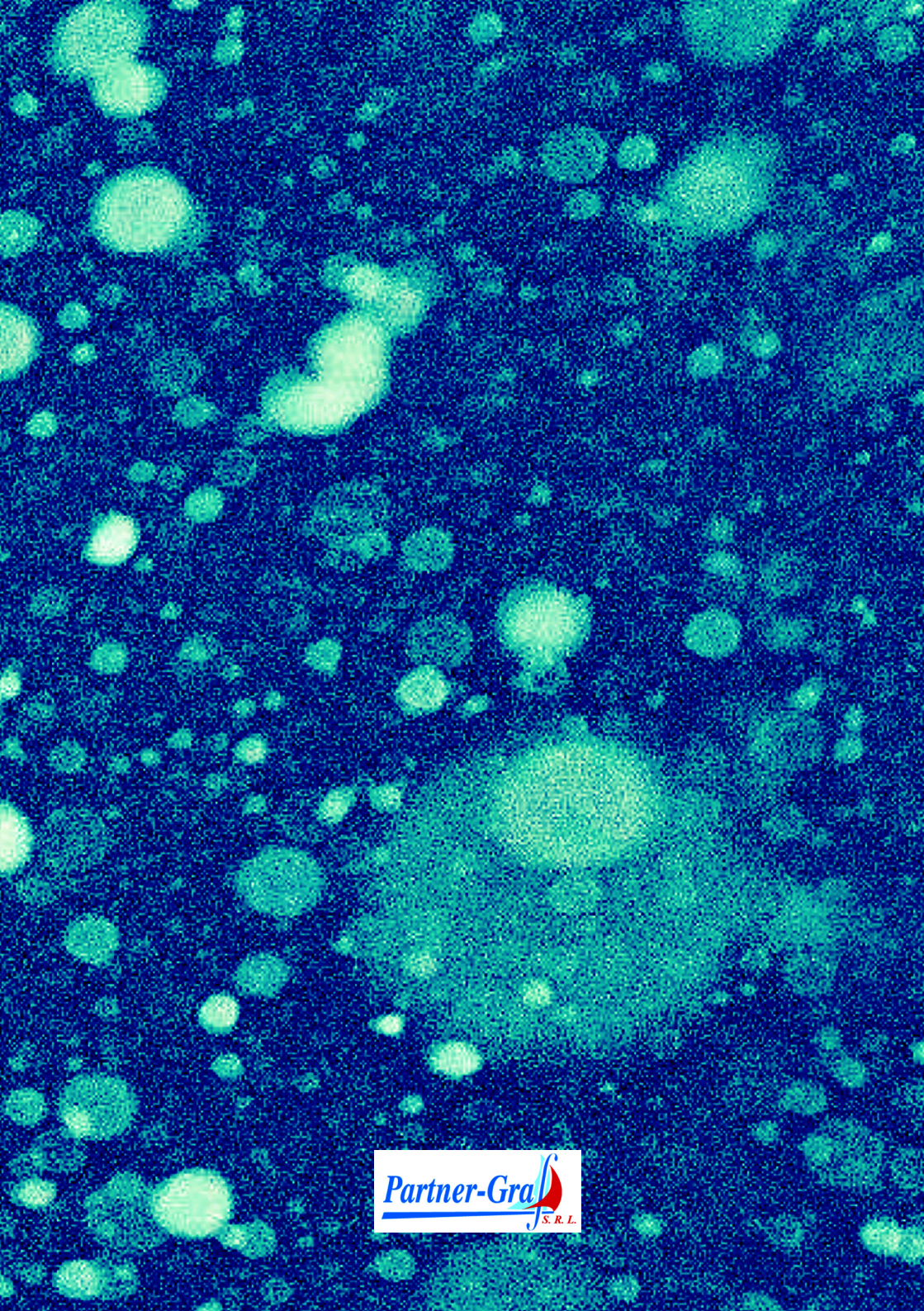
Obiettivi futuri da perseguire

Gli obiettivi da perseguire sono:
a) la promozione e la comunicazione di comportamenti e stili di vita sani, il controllo dell'ambiente, gli screening di popolazione e sistematiche campagne di educazione alla prevenzione allo scopo di ridurre l' incidenza e la mortalità per cancro;
b) l'accesso in tempi rapidi alle cure una volta diagnosticata una neoplasia;
c) un regolare follow-up senza gravare sulla spesa sanitaria con esami ridondanti;
d) il miglioramento della qualità di vita dei pazienti a cui viene diagnosticata una neoplasia;
e) la corretta assistenza psicologica e l'attivazione di colloqui di sostegno;
f) il reinserimento sociale dei soggetti sopravviventi;
g) l'istituzione di *Reti Oncologiche Regionali* (attualmente sono attive solo in poche Regioni) per garantire l'accesso alla diagnosi e a cure appropriate, per razionalizzare le risorse e ridurre il fenomeno delle migrazioni sanitarie. Nelle Regioni che hanno realizzato tali reti infatti i pazienti colpiti dal cancro guariscono di più. Ad esempio in Toscana la sopravvivenza a 5 anni raggiunge il 56% fra gli uomini e il 65% fra le donne.
h) il mantenimento di un sistema sanitario universalistico che si faccia carico dell'assistenza alla popolazione indigente ma favorisca anche un'alleanza strutturale fra pubblico e privato e la creazione di *Forme Sanitarie Integrative* basate sulle possibilità economiche individuali;
i) la valorizzazione del volontariato con la presa in carico delle persone nella loro globalità. Ogni persona affetta da patologia oncologica infatti è fragile ed è portatrice di bisogni emotivi, psicologici, sociali, informativi, logistici al di là delle prestazioni sanitarie specifiche;
l) la creazione di un *network* strategico fra le varie associazioni per ottimizzare le risorse, l'offerta di prestazioni ed evitare duplicazioni, ridondanze di contenuti e di iniziative;
m) il miglioramento della ricerca, l'accesso alle cure innovative e alle moderne tecnologie valutandone i costi ed i reali benefici con studi indipendenti.

La pubblicazione è stata curata dalla LILT Sezione di Prato

Autori:
Roberto Benelli (*Presidente LILT Sezione di Prato, p. Direttore U.O. Urologia - Prato*)
Elena Cecchi (*Biologa - Collaboratrice LILT* Prato)

con i contributi di:
Benedetta Marchesini e **Costanza Fatighenti** (*Infermiere LILT - Prato*)


Partner-Graf
S. R. L.