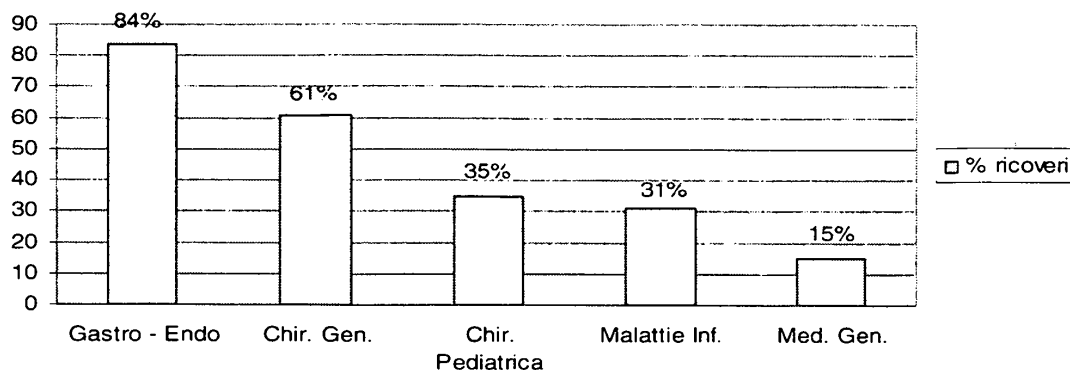


Grafico 2 - % ricoveri MDC 6-7 nelle diverse UU.OO.



Inoltre, nel 2003, si sono registrati circa 80.000 casi di tumori maligni dell'apparato digerente.

I ricoveri con diagnosi principale di cancro del colon-retto sono stati circa 50.000, mentre quelli motivati da un cancro del fegato circa 25.000 e dello stomaco circa 13.000.

Le degenze medie più elevate si riscontrano per i ricoveri dovuti a tumori, in particolare per i tumori allo stomaco (16,7 giorni) e quelli all'intestino (15,9 giorni).

Le malattie gastroenteriche ed epatobiliopancreatiche (inclusi i tumori dell'apparato digerente: esofago, stomaco, pancreas, intestino, fegato, dotti biliari, colon, retto, peritoneo, altro) provocano il 14,7% dei decessi totali e il 34,7% di quelli per tumore: di particolare rilevanza appaiono le percentuali di decessi attribuiti ai tumori allo stomaco. Secondo i risultati del censimento condotto dalla Società Italiana di Endoscopia Digestiva (SIED), nel 2001 sono state eseguite 1.600.479 endoscopie, di cui 1.444.414 diagnostiche e 156.065 terapeutiche. Tra queste le endoscopie operative bilio-pancreatiche sono state 48.967.

In media sono state eseguite in ciascun centro di Endoscopia Digestiva 3.119 endoscopie diagnostiche e 231 endoscopie terapeutiche.

L'Endoscopia terapeutica più frequente eseguita è stata l'asportazione di lesioni polipoidi del retto-colon (57.888 polipectomie), seguita dalla emostasi endoscopica a livello esofago, stomaco, duodeno e colon (23.766 endoscopie in emergenza urgenza).

I pazienti ambulatoriali sottoposti a endoscopia digestiva sono stati il 61,6% del totale. Proprio per questo, nella maggior parte dei casi è stato possibile effettuare la diagnosi e la terapia senza dover ricorrere ad un ricovero ospedaliero.

Inoltre, si ricorda l'attività riabilitativa (erogata anche a livello domiciliare) rivolta ai cosiddetti "invalidi digestivi": pazienti sottoposti a gravi interventi mutilanti o affetti da malattie croniche che richiedono un'accurata ricerca dei nuovi assetti anatomici e funzionali creati dall'evento invalidante. In relazione a tale categoria di pazienti l'obiettivo è quello di impostare e sviluppare programmi di intervento per la correzione, il potenziamento o la sostituzione di funzioni lese e favorire, in tal modo, il massimo recupero personale, familiare e sociale dei pazienti.

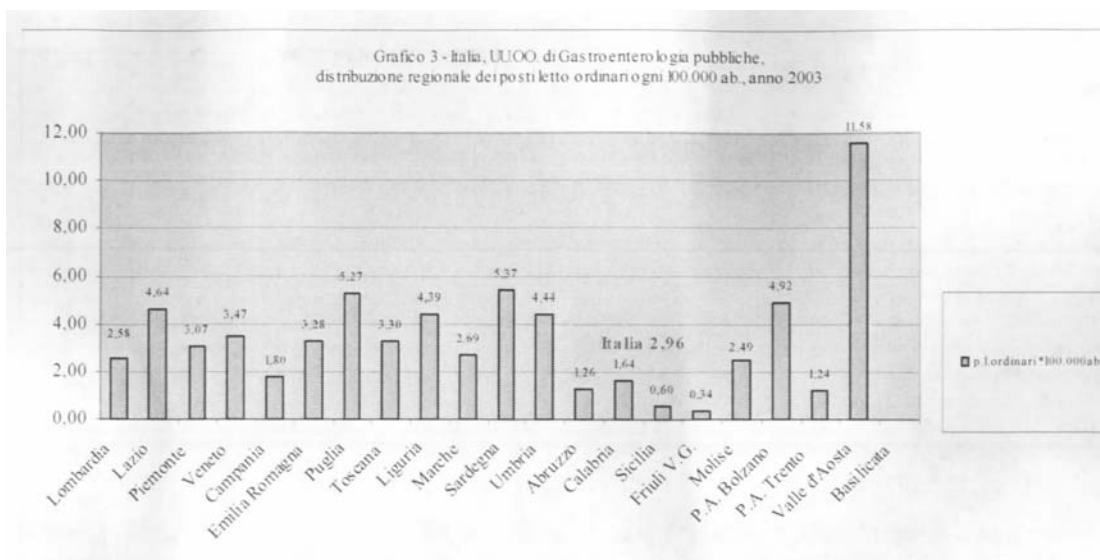
In tale contesto la Gastroenterologia è la disciplina che principalmente affronta le problematiche dell'apparato digerente nella sua totalità sotto i molteplici aspetti dello studio, della ricerca, dell'insegnamento, della prevenzione, dell'assistenza e della riabilitazione.

Questi compiti vengono assolti con il supporto fondamentale delle conoscenze professionali specialistiche, delle metodiche diagnostiche e terapeutiche dell'Endoscopia Digestiva. Le tecniche strumentali di indagine fisiopatologia e l'ultrasonografia completano l'entità clinica della disciplina.

Per quanto riguarda i dati di offerta si rileva che in Italia sono presenti 102 Unità Operative di Gastroenterologia afferenti a strutture pubbliche a cui corrispondono 1.944 posti letto totali.

In queste strutture sono attivati 1.694 posti letto ordinari (pari a circa l'87% del totale) e 250 posti letto in Day Hospital (pari a circa il 13% dei posti letto totali vs 9,7% nazionale).

I posti letto ordinari ogni 100.000 abitanti sono in media 2,96 con forti differenze regionali (Sicilia: 0,6 vs Puglia: 5,27) (Grafico 3).



In tali UU.OO. vengono effettuati circa 60.000 ricoveri ordinari, con una degenza media di 8,25 giornate ed un tasso di occupazione di circa l'80%.

I ricoveri ogni 1.000 abitanti risultano essere pari a 1,04 con forti differenze regionali (Sicilia: 0,19 vs Puglia: 2,34).

I ricoveri ordinari delle UU.OO. di Gastroenterologia assorbono circa l'8 % di tutti i ricoveri ordinari medici dell'MDC 6/7.

Nell'attuale organizzazione sanitaria, il ruolo della Gastroenterologia appare di gran lunga inferiore alla necessità del Paese e non viene neppure esaurito in termini numerici dalle altre realtà sanitarie, quali le divisioni Mediche e Chirurgiche.

Dopo il nascere, intorno agli anni '70, di alcuni ben qualificati centri di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, nei decenni successivi si è, in effetti, manifestato un brusco rallentamento nella creazione di tali strutture specializzate. Solo da qualche anno la necessità di rispondere alle esigenze di medicina specialistica gastroenterologica e di endoscopia digestiva ha imposto la diffusione di tale disciplina.

Sarebbe auspicabile creare in tempi brevi una "rete di servizi" di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva diffusa su tutto il territorio nazionale, con compiti non solo diagnostico-terapeutici, ma anche di prevenzione primaria e secondaria.

2.1.5 Allergologia, immunologia clinica e reumatologia

Le allergie

Le malattie allergiche hanno subito negli ultimi decenni un notevole e costante incremento soprattutto nei paesi industrializzati.

Numerosi studi epidemiologici hanno evidenziato che attualmente soffre di allergia circa il 20% della popolazione generale e che tende ad essere interessata, con sempre maggior frequenza, la prima età della vita.

Lo studio Sidria-2 riferisce anche nei bambini di età compresa tra i 6 e 7 anni e negli adolescenti di età compresa tra i 13 e 14 anni un aumento della rinite allergica e dell'eczema.

I meccanismi biologici che danno luogo alle allergie sono complessi e le manifestazioni cliniche derivano, in definitiva, da interazioni tra il patrimonio genetico, da cui dipende la condizione di predisposizione, e fattori ambientali, che agiscono come fattori scatenanti. Appare, quindi, evidente che i meccanismi responsabili dell'allergia sono molto articolati e che eventuali interventi di prevenzione su di essi possono e devono avvenire a diversi livelli.

Esempi di malattie allergiche più diffuse, dovute a reazioni a sostanze inalate, al veleno di Imenotteri, ad alcuni farmaci e alimenti sono costituiti da asma, rinite, orticaria e dermatiti.

Le malattie allergiche alterano la qualità della vita e soprattutto hanno un elevato impatto socio-economico per l'alto costo gestionale in termini di spesa farmaceutica e di perdita di giorni di lavoro o scuola. Pertanto, appare quanto mai necessaria la messa in opera di misure in grado di contrastare questa "avanzata" delle malattie allergiche, non soltanto mediante lo sviluppo di nuovi farmaci per la cura dei pazienti, ma anche, e soprattutto, attraverso strategie di prevenzione che impediscano ad un numero sempre maggiore di persone di diventare allergiche. È stato dimostrato che vi è una base genetica dell'allergia. È possibile, infatti, identificare già nelle prime settimane di vita alcuni individui "a rischio" per lo sviluppo futuro di allergia.

I neonati a rischio di sviluppo di malattie allergiche sono quelli con almeno un parente di primo grado (genitore o fratello) con malattia allergica documentata. Questo dato identifica una popolazione a rischio di malattia allergica a cui dovrebbero essere applicati i programmi di prevenzione. Va tuttavia ricordato che esiste un aumento delle malattie allergiche, anche soprattutto nella popolazione in generale senza familiarità atopica. E' indispensabile pertanto individuare delle misure di prevenzione efficaci anche per tali soggetti: c'è una finestra critica nei primi sei mesi di vita dove il rischio di sensibilizzazione è aumentato.

Per ottenere risultati ottimali gli interventi di prevenzione devono essere applicati in un'epoca precoce della vita, probabilmente già in età neonatale.

L'allergia alimentare è spesso il primo sintomo di malattia allergica. bambini che producono anticorpi IgE verso allergeni alimentari spesso sviluppano successivamente anticorpi IgE ad allergeni inalatori e possono manifestare rinite allergica e asma.

Uno strumento "naturale" che sembra essere efficace nella prevenzione delle allergie è rappresentato dall'allattamento al seno. Alcuni studi infatti portano a concludere che i neonati allattati al seno, per un periodo di 4-6 mesi presenterebbero un rischio significativamente minore di sviluppare allergia nel corso dei primi anni di vita rispetto a quelli il cui allattamento ha avuto una durata inferiore.

L'effetto protettivo del latte materno nella prevenzione dell'allergia alimentare potrebbe essere dovuto alla scarsa quantità di proteine alimentari che verrebbero trasferite al bambino e agli anticorpi presenti nel latte materno che avrebbero la capacità di modulare risposte immunologiche insieme ad altri componenti con proprietà antinfiammatorie e di difesa.

E' fondamentale ricordare poi che il raggiungimento della diagnosi di Allergia Alimentare è particolarmente importante per una prevenzione secondaria. Infatti, riconoscere l'allergia alimentare e diagnosticarla correttamente con gli opportuni test allergologici, permette di identificare quali proteine alimentari sono in grado di determinare la sintomatologia, e quindi quali alimenti devono essere evitati, consentendo, sia nel bambino che nell'adulto, di prevenire nuovi episodi e l'insorgenza di sintomi talora molto gravi.

E' importante che i soggetti allergici consumino pasti sicuri, privi cioè delle proteine alimentari che possono determinare reazioni allergiche anche in minime quantità e seguire sia nella ristorazione privata che pubblica il bambino e l'adulto allergici agli alimenti. Nella ristorazione scolastica, è opportuno che venga attuata la prevenzione attraverso la somministrazione di pasti sicuri, e, nella ristorazione privata, è opportuno che venga esercitato il controllo della sicurezza alimentare anche per gli allergici agli alimenti, che, per minime quantità di alimento "nascosto" e non dichiarato, possono incorrere in sintomi anche molto importanti. L'aiuto che in questo senso ed in molti altri possono dare anche le Associazioni volontarie di pazienti, è fondamentale. Le Associazioni di pazienti allergici ad alimenti (come Food Allergy Italia), in continuo contatto con gli specialisti, possono fornire un ulteriore supporto ed un appoggio a coloro che, per anni o per sempre, devono porre un'attenzione particolare all'alimentazione.

Tra le possibili misure di prevenzione, capaci di ridurre od impedire la comparsa dei sintomi di manifestazioni allergiche, anche a lungo termine vi è l'immunoterapia specifica (ITS).

la ITS in bambini con rinite allergica riduce in molti casi possibilità di comparsa di asma in età più avanzata rispetto ai non vaccinati. La immunoterapia specifica è in grado di prevenire le reazioni allergiche anche per molti anni dopo la sospensione del trattamento. Sino ad oggi non ci sono evidenze certe sull'efficacia dell'ITS nelle allergie alimentari, nelle dermatiti allergiche e nelle allergie a farmaci.

Può essere invece molto utile nella prevenzione terziaria delle allergie da allergeni inalanti (pollini, derivati dermici di animali, acari della polvere, etc.) ed in particolare da punture di imenotteri (api, vespe e calabroni).

E' stata segnalata una associazione di comparsa di allergie con deficit selettivo di IgA in rino-congiuntiviti, orticaria, eczema atopico, allergie alimentari e asma bronchiale.

Un recente documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha classificato, sulla base delle evidenze disponibili, i provvedimenti da attuare in riferimento al fumo attivo e passivo e agli irritanti aerodispersi, all'ambiente domestico, all'esposizione agli allergeni, alla dieta ed altri fattori ambientali.

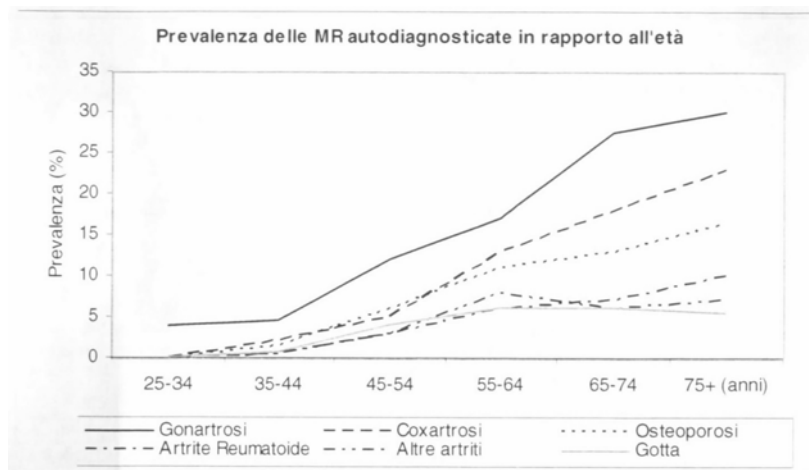
In considerazione della base genetica su cui poggia la manifestazione allergica le prospettive future sono di una prevenzione necessariamente personalizzata ed individualizzata.

Si rileva inoltre un incremento delle manifestazioni cliniche da allergia da allergia a farmaci determinate dal loro maggior consumo e abuso.

Le malattie reumatiche ed osteoarticolari

In collaborazione con la Società Italiana di Reumatologia

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica le malattie reumatiche - artrosi, osteoporosi, lombalgie e reumatismi infiammatori - come la prima causa di dolore e disabilità in Europa e ricorda che queste, da sole, rappresentano la metà delle malattie croniche che colpiscono la popolazione al di sopra di 65 anni. Tale dimensione è peraltro certamente destinata ad aumentare in un prossimo futuro, quando si consideri l'andamento delle prevalenze delle diverse malattie in



rapporto all'età ed il progressivo invecchiamento della popolazione (fig. 1).

Le malattie reumatiche comprendono forme ad alta prevalenza e bassa aggressività e forme meno frequenti ad alta morbilità: tra le prime si annoverano l'artrosi, la lombalgia e l'osteoporosi, mentre fanno parte delle seconde le artriti, le connettiviti e le vasculiti. In ogni caso tutte le malattie reumatiche sono cronicamente evolutive, ma nel caso delle artriti, in ragione della loro

aggressività, è di fondamentale importanza formulare una diagnosi precoce onde impostare al più presto una terapia medica mirante a limitare l'evoluzione di un danno strutturale che può divenire irreversibile. Si deve peraltro ricordare che sono invece le malattie a più alta prevalenza, l'artrosi e l'osteoporosi, quelle che più risentono dell'invecchiamento della popolazione e per queste diventa quindi di fondamentale importanza perseguire l'obiettivo di una prevenzione primaria mirata a ridurre i fattori di rischio del soggetto fin dalla giovane età.

Gli studi epidemiologici sulla popolazione italiana sono pochi e i risultati sono profondamente condizionati dalle metodiche di indagine utilizzate. La recente pubblicazione del "MAPPING study" ci ha fornito le reali dimensioni delle malattie reumatiche a carattere infiammatorio, dell'artrosi, della lombalgia e dei reumatismi abarticolari. Le diagnosi, in questo caso, sono state validate dallo specialista reumatologo sulla base di criteri classificativi riconosciuti dalle società scientifiche internazionali e le prevalenze riscontrate sono inferiori a quanto rilevato dall'Istat - Istituto nazionale di statistica sulla base di una diagnosi riferita dal soggetto intervistato. Nel primo caso, infatti, con riferimento all'anno 2004, il 26,7% della popolazione di età superiore a 18 anni sarebbe affetto da una malattia reumatica e, in particolare, l'8,9% da artrosi, l'8,8% da reumatismi abarticolari, il 5,9% da lombalgia e il 3,1% da una forma artritica; i dati Istat dell'Indagine Multiscopo sulle Famiglie riportano, invece, una prevalenza di artrosi del 18,4% e di lombalgia del 7,8% nell'anno 2000. Tali differenze trovano ragione nel fatto che la persona intervistata confonde le diverse manifestazioni reumatiche e inquadra come artrosi anche malattie in realtà diverse. Viceversa i dati Istat riferiti alla prevalenza dell'osteoporosi risultano inferiori rispetto quanto rilevato in ambito scientifico: circa il 28% della popolazione dopo i 60 anni e circa 42% della popolazione dopo i 70 anni sarebbe, infatti, affetto dalla malattia secondo lo studio ESOP, contrariamente ai rilievi Istat dove tali percentuali si abbassano a circa il 20% degli intervistati di età superiore a 60 anni ed al 28% dopo i 70 anni. In questo caso la discrepanza si spiega con il fatto che la malattia è quasi sempre asintomatica e pertanto passa inosservata allo stesso intervistato.

Quando si considerino i dati Istat sulla numerosità della popolazione, affetta da artrosi e artrite in rapporto alla regione di residenza si osserva che tali malattie sono maggiormente rappresentate nelle regioni dell'Italia meridionale ed insulare, mentre nelle regioni del Nord, ad eccezione della Liguria, la prevalenza è inferiore alla media nazionale. Se per la Liguria si può ipotizzare che la maggior prevalenza sia legata ad una età media più elevata, tale giustificazione non può essere adottata per le regioni del sud Italia laddove il fenomeno trova una verosimile spiegazione in una diversa percezione dello stato di salute in rapporto alle diverse qualità della vita. In alternativa bisognerebbe ammettere un inquinamento dei dati a seguito di diagnosi formulate in maniera erronea, sopra o sotto stimate in quanto derivanti da punti di osservazione diversi: reumatologi, fisiatristi, ortopedici e medici di medicina generale. In queste stesse regioni, peraltro, la prevalenza delle malattie reumatiche sembrerebbe essere in rapida crescita quando si consideri che nel periodo 2000-2003 si è osservata una crescita del 15-20% a fronte di una crescita media di circa il 3%. Sempre sulla base dei dati Istat, anche l'osteoporosi sembra aver subito uno stupefacente aumento di quasi il 45% nel triennio in esame: ancora una volta le variazioni maggiori si osservano nell'Italia meridionale ed insulare, con una crescita pari rispettivamente a 64% e 66%. Considerando che in queste regioni l'età media della popolazione non supera quella nazionale è possibile attribuire questi aumenti ad un miglioramento della capacità diagnostica conseguente all'acquisizione degli strumenti di indagine utilizzati per la valutazione epidemiologica in ambito scientifico.

Oltre che per la numerosità le malattie reumatiche assumono una primaria importanza per i costi sociali che comportano: sulla base degli studi sui costi di malattia eseguiti in Italia è, infatti, dimostrato che i costi diretti per paziente per anno, attualizzati al 2005, ammontano per la gonartrosi a € 1.070 e per l'artrite reumatoide a € 4.400 mentre i costi indiretti sfiorano € 2.500 per la gonartrosi e raggiungono i € 12.500 per l'artrite reumatoide. È interessante osservare che, nella gestione della propria malattia, il paziente deve sobbarcarsi una spesa che si avvicina al 30% dei costi diretti.

Sulla base delle diverse prevalenze e costi la distinzione tra forme a "bassa prevalenza / alta morbilità" e "alta prevalenza / ridotta aggressività" assume particolare importanza allorché si debba programmare l'assistenza sanitaria e governare la spesa farmaceutica. In questo senso si sono utilizzate, in ambito di medicina generale, la Nota AIFA 66 concernente la prescrivibilità dei FANS non selettivi e dei coxib per la gestione del dolore e dell'infiammazione e la Nota AIFA 79 per la profilassi dell'osteoporosi, mentre l'utilizzo dei farmaci biologici è stato delegato ai soli Centri abilitati dalle Regioni in ragione di una comprovata capacità scientifica ed assistenziale. Tali interventi sembrano aver raggiunto l'obiettivo quantomeno per la commercializzazione degli antinfiammatori quando si consideri che, nel 2005, alla riduzione del 60,3% dei consumi di coxib, conseguente alle ben note vicende sulla tollerabilità di questa classe di farmaci, ha corrisposto un aumento del solo 6,6% delle vendite dei FANS non selettivi. Per contro non si è osservato un altrettanto soddisfacente controllo della vendita di farmaci ad altissimo costo come i biologici anti-TNF per i quali, anzi, si sono aperti nuovi campi di utilizzo, così come un consistente aumento di spesa, pari al 27%, si è anche osservato per i bifosfonati.

Un argomento che merita particolare attenzione nell'ambito delle malattie reumatiche ed osteoarticolari è la protesizzazione, che nel periodo 2001-2003 ha subito un incremento del 17%, talché alla fine del triennio il numero globale di protesi applicate si avvicinava alle 120.000. Le protesi di anca, da sole, rappresentano più della metà degli interventi, ma sono le protesi di ginocchio quelle che sono maggiormente aumentate, con un incremento di circa il 34%.

anno	protesi di anca	protesi di ginocchio	protesi di altre artic.	totale protesi	totale artrotomie	% riprotesi
2001	71591	27959	2159	101709	1305	1,28%
2002	75777	32485	2389	110651	1301	1,18%
2003	78429	37702	2606	118737	1169	0,98%

Particolare interessante è che negli stessi anni si è ridotto il numero di artrotomie resesi necessarie per la rimozione di protesi mal funzionanti o infette: la percentuale di questi interventi, infatti, rapportata

al numero totale di protesi applicate si è ridotto dall'1,28% allo 0,98%, a dimostrazione di un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata (tab. 1). In merito a queste rilevazioni si deve peraltro notare che non sono disponibili attualmente dati recenti neppure per la protesi d'anca che pur rappresenta l'intervento più frequente e nonostante l'Istituto Superiore di Sanità avesse cercato di istituire un "Registro nazionale degli interventi di protesi d'anca" che avrebbe consentito di monitorare l'efficacia dell'intervento e le reali dimensioni della richiesta dell'utenza.

Per quanto concerne l'impatto che le malattie reumatiche ed osteoarticolari hanno con l'attività lavorativa della popolazione non stupisce il riscontro di una maggiore prevalenza tra le persone ritirate dal lavoro, perché è ben noto che queste malattie sono la prima causa di disabilità, così come è evidente la correlazione tra età, malattia e pensionamento. La correlazione negativa tra frequenza di malattia, condizione socio-economica e il livello culturale, frequentemente segnalata in letteratura, anche in questi casi deve essere interpretata come la ridotta possibilità che hanno i soggetti meno abbienti a mettere in pratica interventi di prevenzione e di educazione sanitari oppure l'impossibilità ad accedere a programmi di cura che ancora oggi richiedono un notevole contributo di spesa da parte del singolo paziente.

2.1.6 Oncologia

I tumori: epidemiologia e importanza della diffusione dello screening oncologico

I tumori in Italia

Si stima che ogni anno vengano diagnosticati tra i residenti in Italia oltre 250.000 nuovi casi di tumore maligno (età 0-84 anni) mentre oltre 160.000 decessi riconoscono un tumore come causa.

Un uomo ogni 3 e una donna ogni 4 hanno la probabilità di sviluppare un tumore nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) mentre la probabilità di morire per tumore nello stesso periodo riguarda 1 uomo ogni 6 e una donna ogni 11.

Ogni anno vi sono oltre 940.000 ricoveri oncologici in Italia.

Tra i residenti in Italia ci sono quasi 800.000 persone che hanno avuto una diagnosi di tumore nei cinque anni precedenti e sono ancora in vita.

La sopravvivenza a 5 anni per il complesso dei tumori (esclusi i tumori cutanei diversi dal melanoma) è del 47% fra gli uomini e del 60% fra le donne.

Principali fenomeni in corso

Sono in aumento le diagnosi tumorali sia negli uomini che nelle donne. Questo incremento è amplificato dal crescente invecchiamento della popolazione.

La mortalità per il complesso dei tumori è in riduzione.

Tra gli uomini si osserva un aumento rilevante dei casi di tumore della prostata per l'attività di diagnosi indotta dalla diffusione del PSA, mentre sono in riduzione sia le diagnosi che i decessi per tumore del polmone.

Nel sesso femminile sono in aumento nuovi casi e i decessi per tumore del polmone.

Sono presenti differenze geografiche nel nostro Paese con valori di incidenza e mortalità maggiori al Centro-Nord ma il quadro diventa sempre più uniforme. La sopravvivenza per tumori aumenta nel corso del tempo.

Quanti sono i nuovi casi di tumore in Italia

Si stima che in Italia vengano diagnosticati nel corso del 2006 oltre 250.000 nuovi casi di tumore maligno invasivo in soggetti di età 0-84 anni, in particolare 132.747 fra gli uomini e 120.233 fra le donne.

In Italia esiste una rete per il monitoraggio delle nuove diagnosi tumorali nella popolazione residente, questa rete è costituita dai Registri Tumori che appartengono all'Associazione Italiana Registri Tumore (AIRTum). Attualmente Registri Tumori sono presenti in circa il 26% del territorio nazionale, prevalentemente del Centro e Nord Italia, un'area complessiva dove vivono quasi 15.000.000 di cittadini.

Sulla base dei più recenti dati dell'AIRTum prodotti in collaborazione con il CCM del Ministero della Salute i cinque tumori più frequentemente diagnosticati sono risultati, tra gli uomini, i tumori della cute diversi dal melanoma (pari al 15.2% del totale delle diagnosi tumorali), il tumore della prostata (14.4%), il tumore del polmone (14.2%), il tumore della vescica (9.0%) e quello del colon (7.7%); mentre tra le donne, il tumore della mammella (24.9%), i tumori cutanei diversi dal melanoma (14.8%), il tumore del colon (8.2%), il tumore del polmone (4.6%) e quello dello stomaco (4.5%).

Negli ultimi dieci anni l'ordine di frequenza dei tumori si è modificato sostanzialmente soprattutto fra gli uomini dove si segnala una forte crescita del tumore della prostata, legata all'introduzione e alla diffusione del test per la ricerca dell'Antigene Prostatico Specifico (PSA) nella popolazione che è avvenuta in Italia a partire dai primi anni '90 e che ha portato in pochi anni ad un raddoppio delle diagnosi di questo tumore, divenuto il tumore più frequente negli uomini, dopo i tumori della cute non melanomatosi. Al suo primato ha contribuito anche la riduzione ormai stabile e costante dell'incidenza del tumore del polmone negli uomini legata al cambiamento delle abitudini al fumo di tabacco. Per l'Italia, i dati ISTAT delle indagini Multiscopo (www.istat.it) indicano, anche in tempi recenti, un andamento diverso tra i due sessi nell'abitudine al fumo di tabacco; infatti la proporzione di fumatori (standardizzata per età) era nel 1995 del 31.9% fra i maschi e 17.2% fra le femmine, mentre nel 2004 erano diventate rispettivamente del 27.7% e del 17.6%. Si conferma quindi una tendenza costante alla riduzione dei fumatori fra gli uomini con un andamento sostanzialmente stabile, se non in aumento, tra le donne. Questi cambiamenti sono alla base della riduzione dell'incidenza e della mortalità per tumore del polmone e degli altri tumori fumo correlati, negli uomini e un incremento nelle donne.¹

Il tumore della mammella si conferma il tumore di gran lunga più frequente tra le donne rappresentando un quarto di tutti i tumori diagnosticati. Il tumore della mammella mostra un andamento in crescita nel tempo delle diagnosi di nuovi casi. Questo fenomeno è legato, in parte, alla presenza in Italia di ben 88 programmi di screening mammografico (al 2003) che coinvolgono, secondo i dati del Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (www.gisma.it) circa 1.500.000 donne nella fascia d'età 50-69 anni, soprattutto nel Nord e Centro Italia.

Tumori e fasi della vita

I tumori colpiscono prevalentemente l'età adulto-avanzata. Nelle prime decadi della vita la frequenza della patologia tumorale è dell'ordine, al massimo, di decine di casi ogni anno ogni 100.000 soggetti, intorno ai 40 anni si supera il centinaio di casi e dai sessanta anni si cambia ancora ordine di grandezza superando il migliaio di casi, una frequenza pari a 1-3 casi ogni 100 persone ogni anno. Non solo la frequenza ma anche l'importanza dei diversi tumori cambia nelle diverse fasi della vita. Tra i soggetti più giovani (da 0 a 44 anni), tra cui i tumori sono un evento infrequente seppur importante, viene diagnosticato il 6.7% del totale dei tumori. I tumori più frequenti fra i maschi sono quelli della cute diversi dal melanoma, quelli del testicolo, i linfomi non Hodgkin, i melanomi cutanei e i linfomi di Hodgkin. Tra le donne giovani al primo posto troviamo il tumore della mammella, seguiti dai tumori della cute non melanomatosi, dai tumori della tiroide, dai melanomi cutanei e dai linfomi non Hodgkin.

Tra gli adulti (45-64 anni) è diagnosticato più di un quarto del totale dei tumori. In questa età i tumori più frequenti fra gli uomini sono i tumori cutanei non melanomatosi, il tumore del polmone, quello della prostata, della vescica e del colon. Tra le donne il tumore della mammella, che raggiunge in questa età il suo massimo peso relativo (35.9% del totale dei tumori), seguito dai tumori della cute non melanomatosi, dai tumori del colon, del corpo dell'utero e del polmone.

Il maggior numero di neoplasie (quasi il 65% del totale) viene diagnosticato nei soggetti più anziani (65+ anni). Tra gli uomini il tumore della prostata è al primo posto, seguito dai tumori della cute non melanomatosi, da quelli del polmone, della vescica e del colon. Tra le donne ancora una volta il tumore della mammella è quello più frequentemente diagnosticato, seguito dai tumori della cute non melanomatosi, da quelli del colon, dello stomaco e del polmone.

I principali killer tumorali

In Italia, nel 2002 (ultimi dati resi disponibili dall'Istat <http://www.iss.it/site/mortalita>), vi sono stati 162.201 decessi per causa tumorale, 92.906 tra gli uomini e 69.295 fra le donne. I principali killer per gli uomini sono stati il cancro del polmone (27.6% del totale dei decessi tumorali), quello del colon-retto (11.3%), della prostata (7.6%), dello stomaco (6.7%) e della vescica (4.5%). Per quanto riguarda le donne al primo posto si colloca il tumore della mammella (16.2%) seguito dai tumori del colon-retto (13.8%), da quelli del polmone (9.4%), dello stomaco (6.7%) e del pancreas (6.2%). La mortalità per tumori è modesta prima dei 40 anni, è dell'ordine di centinaia di decessi per anno ogni 100.000 abitanti fra i 50 ed i 65 anni e sopra il migliaio oltre i 70 anni di età.

Il maggior peso proporzionale della mortalità neoplastica si osserva fra i 35 ed i 64 anni dove i tumori sono la prima causa di morte e rappresentano il 44% della mortalità totale nei maschi e il 58% nelle femmine, nelle età più avanzate - sebbene i tumori raggiungano la frequenza in assoluto più elevata in entrambi i sessi - risultano superati per rilevanza dalla patologia cardiocircolatoria.

Qual è il rischio di ammalarsi e di morire per tumore?

Sulla base dei più recenti dati AIRTum è possibile quantificare la probabilità teorica di avere una diagnosi di tumore in un arco della vita che va dalla nascita ai 74 anni.

Per il totale dei tumori questo rischio è pari alla probabilità di una diagnosi di tumore ogni tre uomini e uno ogni quattro donne.

Questa misura evidenzia anche l'importanza delle diverse forme tumorali e permette di quantificare ad esempio che una donna ogni 11 ha la probabilità di ammalarsi per un tumore al seno, una ogni 25 di un tumore cutaneo diverso dal melanoma, una ogni 32 un tumore del colon-retto, una ogni 68 un tumore del corpo dell'utero e una ogni 71 di un tumore del polmone. Per quanto riguarda gli uomini, un uomo ogni 15 avrà la probabilità di ammalarsi di un tumore del polmone o di un tumore della cute diverso dal melanoma, uno ogni 16 di un tumore della prostata, uno ogni 20 un tumore del colon-retto e uno ogni 24 un tumore della vescica urinaria.

Il rischio teorico di morire per tumore, tra 0 e 74 anni, è pari ad un decesso ogni 6 uomini e uno ogni 11 donne. Con le più alte probabilità per il tumore del polmone tra gli uomini (1 decesso ogni 18 uomini) e il tumore della mammella tra le donne (1 decesso ogni 51 donne).

Differenze geografiche

L'insieme dei tumori mostra, di norma, un gradiente decrescente dell'incidenza che va dalle aree del Centro-Nord a quelle del Sud Italia con i tassi più bassi nei Registri Tumori delle aree meridionali. Questo andamento è presente per molte delle principali sedi tumorali come ad esempio la mammella femminile, il colon-retto, lo stomaco, il polmone specialmente per le donne. I risultati di studi di epidemiologia analitica suggeriscono una minor esposizione ai fattori di rischio oncologico e l'esistenza di elementi protettivi (dieta e abitudini alimentari, inquinamento, fumo di tabacco) nelle popolazioni meridionali rispetto a quelle del Centro-Nord Italia. Così come l'incidenza anche la mortalità per tutti i tumori mostra valori più bassi nelle aree del meridione rispetto a quelle centrali e settentrionali. Però nel corso degli ultimi trenta anni si è osservato da un lato una riduzione del differenziale Nord-Sud (agli inizi degli anni '70 i tassi di mortalità per tutti i tumori erano quasi la metà nelle aree del Sud Italia rispetto a quelle del Nord mentre nei primi anni 2000 le differenze si sono notevolmente assottigliate) e dall'altro la flessione della mortalità osservata per la gran parte dei tumori nelle aree del Centro-Nord è risultata più tardiva nelle aree meridionali.

L'effetto di questi due fattori fa sì che il quadro attuale della mortalità per tumori in Italia sia quello di un Paese omogeneo per la maggiore riduzione dei tassi nelle aree del Centro-Nord e per la perdita del vantaggio che nel passato era appannaggio delle aree meridionali.

Andamenti temporali

Nel corso del tempo la composizione della popolazione italiana è progressivamente invecchiata, ad esempio la quota di soggetti ultra sessantacinquenni sul totale dei residenti era pari al 15.5% nel 1991 mentre nel 2005 è del 19.5% (www.istat.it).

Poiché i tumori sono una patologia dell'età adulto-avanzata, il solo invecchiamento della popolazione determina un aumento del numero dei nuovi casi o dei decessi. Per poter fare comparazioni tra anni diversi che non siano influenzate dall'invecchiamento della popolazione è necessario eliminare l'effetto della diversa composizione per età.

Sulla base dei più recenti dati AIRTum si osserva che:

- Le nuove diagnosi di tumori nel loro complesso, misurate con un metodo che permette di escludere l'effetto dell'invecchiamento che si osserva nel tempo nella popolazione, sono in crescita sia tra gli uomini che tra le donne.
- Questo aumento può essere dovuto all'effetto di una aumentata esposizione ai fattori di rischio, per esempio per il tumore del polmone nelle donne, per quello del colon, per il pancreas, il mesotelioma, il tumore del testicolo, i linfomi non Hodgkin, le leucemie. Per altri tumori l'aumento dell'incidenza può dipendere, in parte, dalla diffusione dei programmi di screening e di diagnosi precoce, come per la mammella femminile, la prostata, il melanoma, il colon-retto e la tiroide. Anche lo sviluppo e la diffusione di tecniche di *imaging*, ha

reso più semplice indagare zone anatomiche non direttamente accessibili, per esempio il rene e il sistema nervoso centrale. Bisogna anche considerare la migliorata capacità dei Registri Tumori di raccogliere la casistica di loro pertinenza, come nel caso dei tumori della cute non melanomi.

- Per alcune sedi l'incidenza è in diminuzione, come nel caso del tumore del polmone tra gli uomini, del tumore dello stomaco con un trend in riduzione ormai storico e risultano in riduzione anche i tumori della colecisti e della cervice uterina.
- La mortalità per tutti i tumori, escludendo l'effetto dell'invecchiamento della popolazione, è in riduzione in entrambi i sessi.
- La riduzione complessiva della mortalità è conseguenza della riduzione della mortalità per molti dei principali tumori, quali ad esempio il tumore del polmone tra gli uomini e della mammella tra le donne ma anche del colon-retto, dello stomaco, della vescica, ecc.
- I dati AIRTum indicano un aumento della mortalità nelle donne per il tumore del polmone, del corpo dell'utero e dei linfomi non Hodgkin.
- La crescita complessiva delle nuove diagnosi tumorali è ancora più consistente se si considera anche l'effetto dell'invecchiamento della popolazione così come l'andamento della mortalità per tutti i tumori che, se considerato al lordo dell'invecchiamento della popolazione, è sostanzialmente stabile nel tempo.

Questo fa sì che nell'opinione pubblica l'impressione sia che ci si ammali e si muoia per tumore molto più di quanto in realtà non accada.

Qual è la sopravvivenza per tumore?

E' in corso un progetto condotto dall'AIRTum in collaborazione con il CCM del Ministero della Salute per l'aggiornamento della sopravvivenza dei tumori in Italia.

I nuovi dati preliminari indicano, per il complesso dei tumori (esclusi gli epitelomi della cute) diagnosticati negli anni 1995-1999 una sopravvivenza a 5 anni del 53%, rispettivamente del 47% per gli uomini e del 60% per le donne.

Questi valori mostrano un andamento in crescita rispetto alla sopravvivenza dei casi diagnosticati nel quinquennio precedente con un incremento osservato di 8 punti percentuali per gli uomini e di 4 per le donne.

Le differenze fra i sessi sono legate alla diversa prognosi e frequenza delle principali sedi tumorali, ad esempio la sopravvivenza a 5 anni del tumore del polmone nei maschi è del 12% mentre quella della mammella femminile è dell'85%.

Quanti sono i ricoveri ospedalieri per tumore in Italia?

Dalla banca dati nazionale sui ricoveri ospedalieri istituita dal Ministero della Salute, si può conoscere il numero di dimessi per tumore.

Nel 2005 si sono avute 1.180.761 dimissioni per tumore (codici di diagnosi ICD-9-CM 140-239), di cui 586.691 relative a uomini e 594.070 relative a donne. Circa il 69% del totale dei ricoveri per tumore sono avvenuti in regime di ricovero ordinario ed il restante 31% in regime di *day hospital*.

I ricoveri per tumore nel 2005 rappresentano il 9,1% del totale dei ricoveri, in particolare il 8,8% dei dimessi in regime ordinario ed il 10,3% dei dimessi in *day hospital*.

Le sedi tumorali per le quali si è registrato il maggior numero di ricoveri ordinari nei maschi sono la vescica e a seguire trachea-bronchi-polmoni e prostata, che costituiscono complessivamente il 31% dei ricoveri per tumore nei maschi. Mentre nelle donne oltre il 25% delle dimissioni per tumore è attribuibile complessivamente a tumori maligni della mammella ed a leiomiomi uterini. Per quanto riguarda i ricoveri in regime di *day hospital* la principale sede tumorale negli uomini è la cute, per tumori maligni e benigni (oltre il 21% dei ricoveri in *day hospital*), e per le donne, oltre ai tumori della cute, si aggiungono i tumori maligni della mammella (complessivamente circa il 30% dei ricoveri in *day hospital*).

Quanti italiani vivono avendo avuto una esperienza di malattia neoplastica?

I casi prevalenti rappresentano quella quota di soggetti nella popolazione che hanno avuto una diagnosi di tumore e che sono ancora in vita. Sono i casi che da un punto di vista clinico e di sanità pubblica richiedono interventi di *follow-up* relativi al controllo dell'evoluzione della malattia e al trattamento di eventuali ricadute.

L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro di Lione stima che siano presenti in Italia quasi 800.000 soggetti che nei cinque anni precedenti hanno avuto una diagnosi di tumore (escluso quelli della cute diversi dai melanomi) e che sono ancora in vita, in particolare 390.134 uomini e 405.603 donne.

Siccome la prevalenza dipende dalla frequenza con cui la popolazione si ammala ma anche dalla prognosi, nel novero dei tumori prevalenti risultano particolarmente rilevanti tumori a buona prognosi quali il tumore della mammella femminile (quasi 165.000 casi diagnosticati nei cinque anni precedenti), il tumore del colon-retto (circa 111.000 casi) e il tumore della prostata (circa 79.000 casi).