

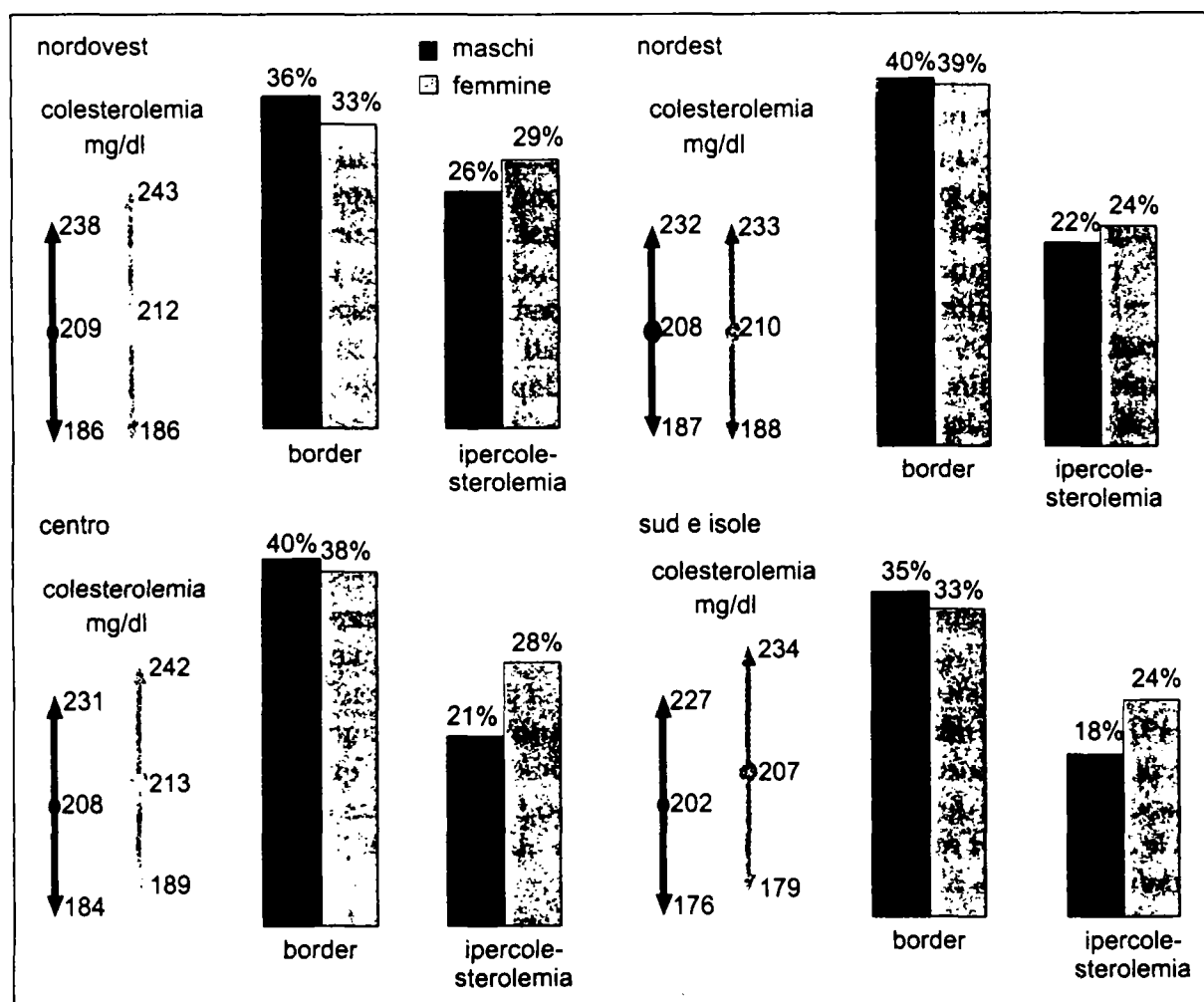


Figura 32. Mediana e valore al venticinquesimo e al settantacinquesimo percentile della colesterolemia

to e la prevenzione dei fattori di rischio abbia determinato una minore severità di presentazione della malattia e ciò ha permesso un più tempestivo trattamento e una maggiore efficacia delle cure in fase acuta.

BIBLIOGRAFIA

- Ferrario M. et al. Sorveglianza epidemiologica della occorrenza della cardiopatia ischemica: risultati dalle aree MONICA italiane e proposta di un modello semplificato di stima. *Giornale Italiano di Cardiologia* 1999; 29: 161-167.
- Giampaoli S. et al. Osservatorio epidemiologico cardiovascolare: risultati preliminari. *Giornale italiano di cardiologia* 1999; 29: 19-22.
- Giampaoli S. et al. I fattori di rischio cardiovascolare in Italia: una lettura in riferimento al Piano sanitario nazionale 1998-2000. *Giornale italiano di cardiologia* 1999; 29: 1463-1471.
- Giampaoli S. et al. Fattori di rischio cardiovascolare della donna in menopausa. *Italian heart journal*. suppl 2000, 1 (9): 1180-1187.
- Seccareccia F. et al. Fumo e prevenzione delle malattie cardiovascolari in Italia. *Italian heart journal* suppl. 2000, 1 (7): 910-918.
- Sistema statistico nazionale. Istituto nazionale di statistica. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 1999-2000.

Tumori

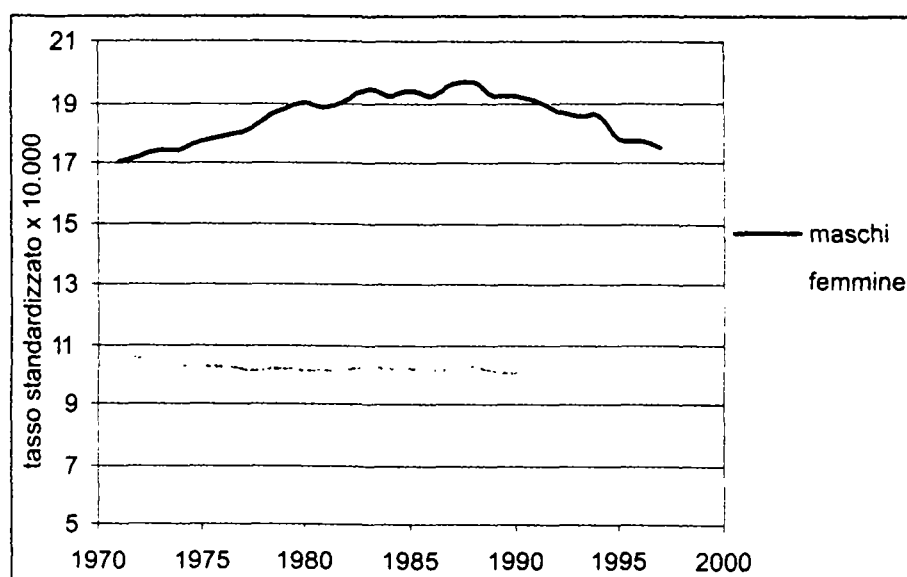
I dati esposti nella presente relazione si riferiscono, per quanto riguarda la mortalità, ai dati ISTAT del 1997 e, per quanto riguarda l'incidenza e la prevalenza, ai dati dei Registri tumori italiani relativi al periodo 1988-92 pubblicati nel 1998 (Zanetti et al.). Anche se non del tutto recenti, sono gli unici e i più recenti dati disponibili. I Registri tumori aggiornano i loro dati ogni 5 anni e li inviano allo IARC (International agency for research of cancer) a Lione per la pubblicazione (Cancer incidence in five continents): sono in corso di elaborazione i dati relativi al periodo 1993-97 che saranno disponibili entro maggio 2001.

Mortalità. Nel 1997 i decessi per tumore sono stati 157.000, il 28 per cento della mortalità complessiva e quindi la seconda causa di morte dopo le malattie del sistema circolatorio. I tassi di mortalità degli uomini sono in diminuzione, soprattutto nelle regioni del Nord e del Centro già a partire dalla fine degli anni ottanta.

Nel corso degli anni novanta si è osservata una diminuzione dei tassi di mortalità anche nella popolazione femminile (figura 33). Nelle regioni del Sud invece si osserva ancora, per gran parte dei tumori, una tendenza all'aumento di mortalità. Nel sesso maschile i tumori che hanno fatto registrare la maggior riduzione di mortalità sono i tumori del polmone e i tumori dello stomaco (figura 34). Nel sesso femminile la maggior diminuzione si è osservata nei tumori dello stomaco e in minor misura nei tumori del colon-retto e della mammella (figura 35). Il maggior numero assoluto di decessi è attribuibile ai tumori del polmone; seguono quelli del colon-retto, dello stomaco e della mammella. Queste quattro neoplasie comportano ciascuna più di 10.000 decessi all'anno. I tumori del pancreas, della prostata, della vescica, le leucemie e i tumori del fegato sono responsabili di più di 5.000 decessi all'anno ciascuno (figura 36).

La riduzione di mortalità per tumori negli ultimi anni è stata solo dell'1 per cento: questa riduzione, anche se molto inferiore a quella delle malattie cardiovascolari, rappresenta comunque un aspetto positivo se si considera che fino agli anni ottanta la mortalità per tumore era in costante aumento. Il trend del fenomeno appare molto differenziato secondo l'età, facendo registrare diminuzioni di mortalità tra i giovani, gli adulti e i "giovani-anziani" (60-79 anni), ma un incremento negli ultraottantenni (+8,3 per cento negli uomini e +4,2

Figura 33.
Trend temporale
di mortalità
per tutti i tumori
in Italia



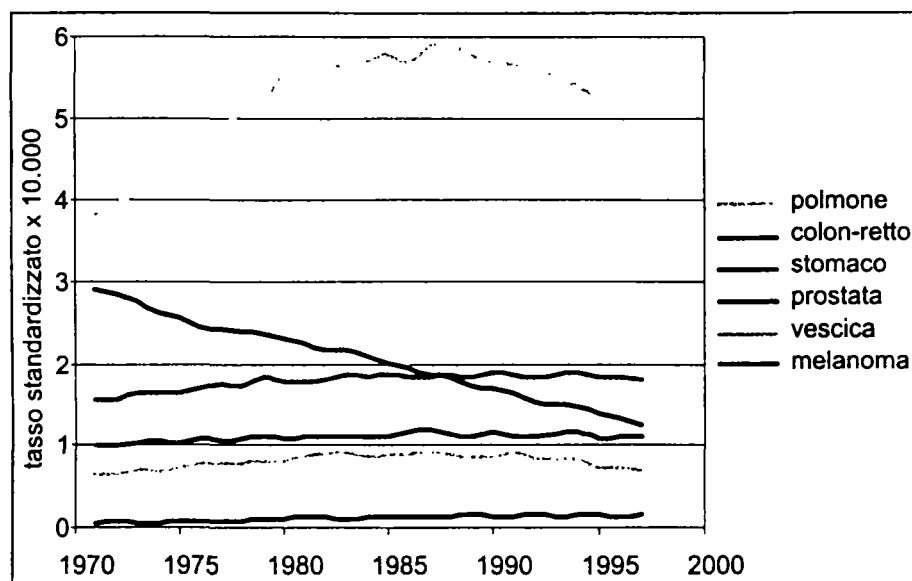


Figura 34.
Trend temporale
di mortalità
per ciascun tumore
in Italia, maschi

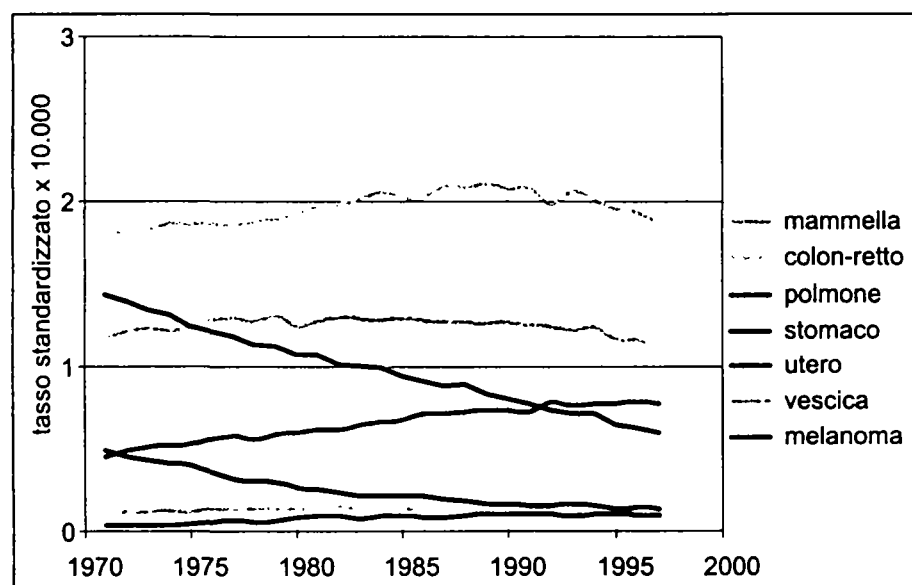


Figura 35.
Trend temporale
di mortalità
per ciascun tumore
in Italia, femmine

per cento nelle donne). I benefici di una maggior sopravvivenza prima degli ottanta anni vengono in parte annullati dagli aumenti della mortalità per tumore dopo gli ottanta anni. Tuttavia, il fatto che la mortalità per tumore stia diminuendo prima degli ottanta anni potrebbe indicare un effetto generazione che potrebbe portare in futuro a un guadagno di sopravvivenza anche nelle età più avanzate.

Le differenze di genere mostrano inoltre che, se il rischio di morire per tumore è sostanzialmente analogo nella classe di età 15-34 anni, questo tende ad aumentare negli uomini al crescere dell'età fino a valori negli anziani doppi rispetto a quelli delle donne.

Incidenza. Si stima che in Italia siano diagnosticati ogni anno circa 270.000 nuovi casi di tumore. La probabilità di ammalarsi di tumore nel corso della vita (dalla nascita ai 74 anni, età che corrispondeva all'attesa di vita media all'inizio degli anni novanta) è del 30 per cento circa negli uomini e del 21 per cento circa nelle donne. L'incidenza grezza dei tumori nella popolazione italiana è ancora in aumento, soprattutto per la proporzione crescente

Figura 36.
Mortalità
per tumore in Italia:
numero di decessi

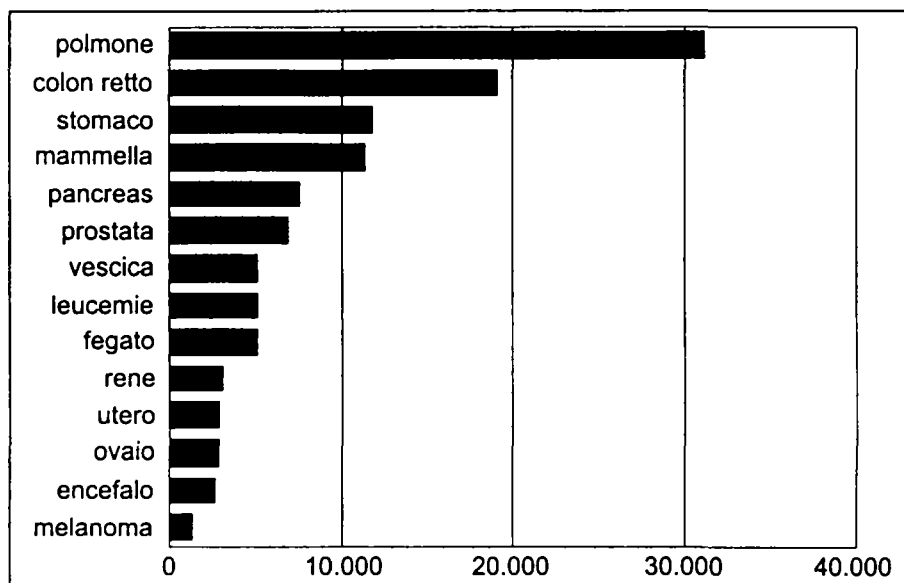
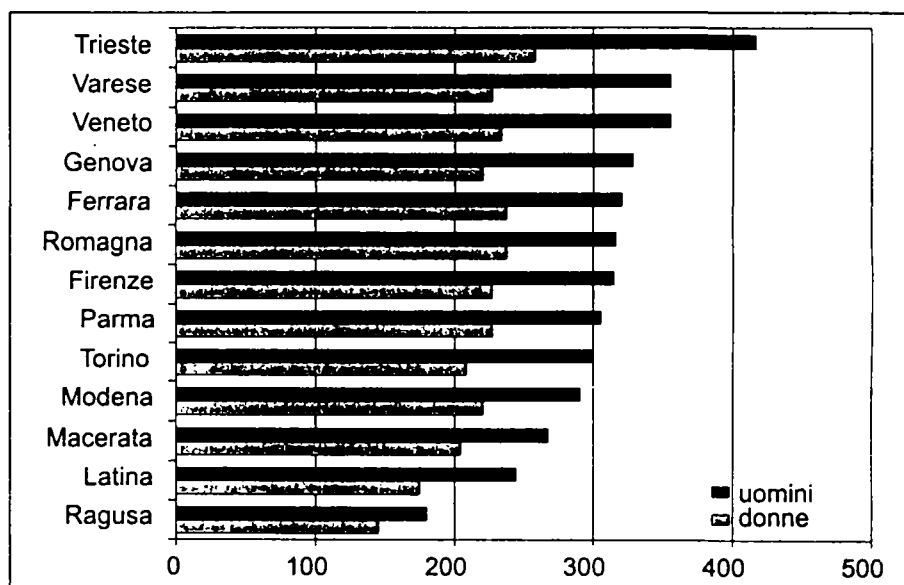


Figura 37.
Incidenza
dei tumori in Italia
(Registri dei tumori,
Zanetti et al)



di anziani che rappresenta la frazione della popolazione a maggior rischio di sviluppare patologie tumorali. I tassi di incidenza aggiustati per età sono stimati stabili.

I Registri tumori italiani indicano il tumore del polmone come quello al massimo livello di incidenza in assoluto e in particolare nel sesso maschile, seguito dai tumori della mammella, dello stomaco, della vescica, del colon e della prostata.

Un aspetto di particolare interesse è costituito dalla differenza di incidenza, e quindi anche di mortalità, tra le grandi aree del paese e in particolare tra Nord e Sud: in entrambi i sessi e per gran parte dei tumori il rischio di ammalarsi e di morire per tumore in molte aree del Nord Italia è superiore rispetto al Sud (figura 37). Questi dati, ricavati da 13 Registri tumori italiani sono coerenti con quanto è noto sulla minor presenza di fattori di rischio per tumori nelle popolazioni meridionali: minor consumo di tabacco e di alcol, diversi profili riproduttivi (maggior numero di gravidanze ed età più giovane al momento del concepimento), minore esposizione a sostanze cancerogene ambientali.

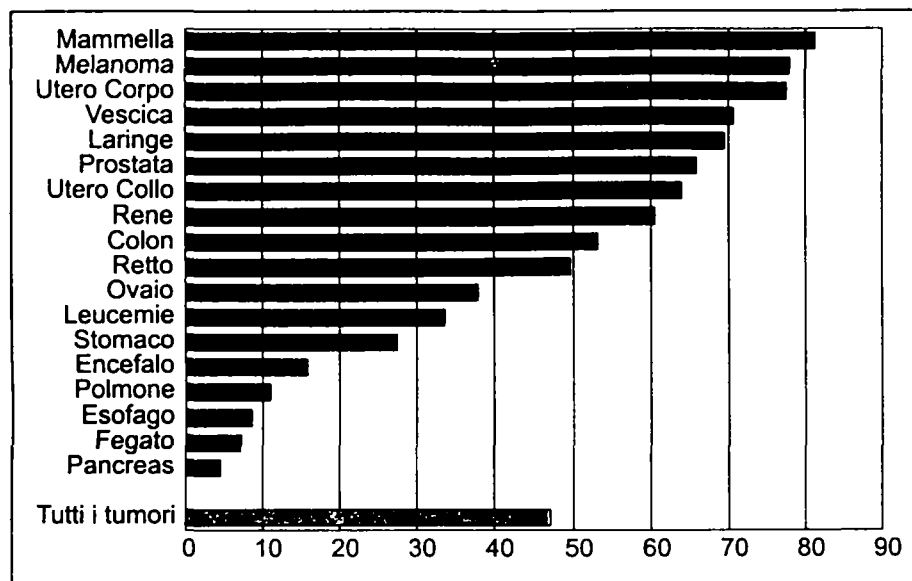


Figura 38.
Sopravvivenza
relativa a 5 anni
da tumori in Italia
(1990-1994,
con follow up 1999,
Registri dei tumori,
Rosso et al;
in corso
di pubblicazione)

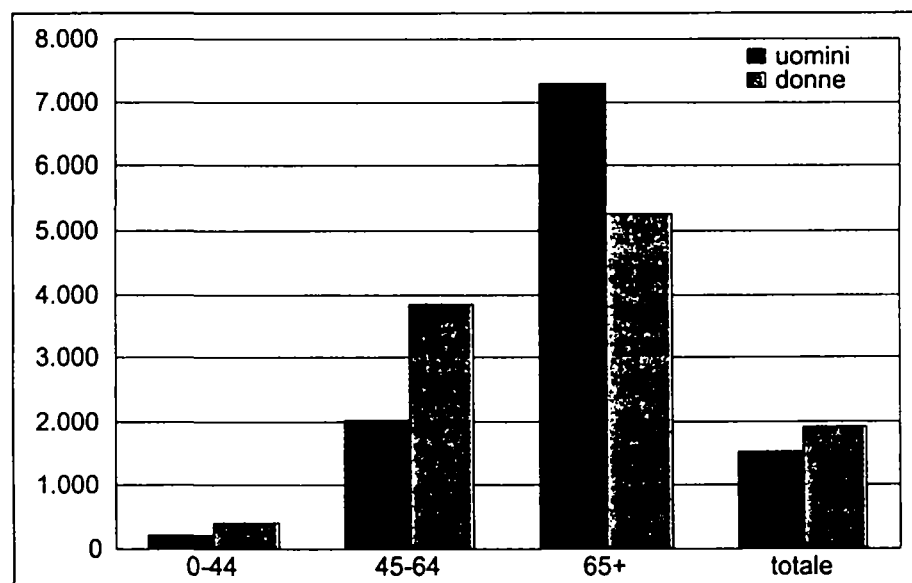
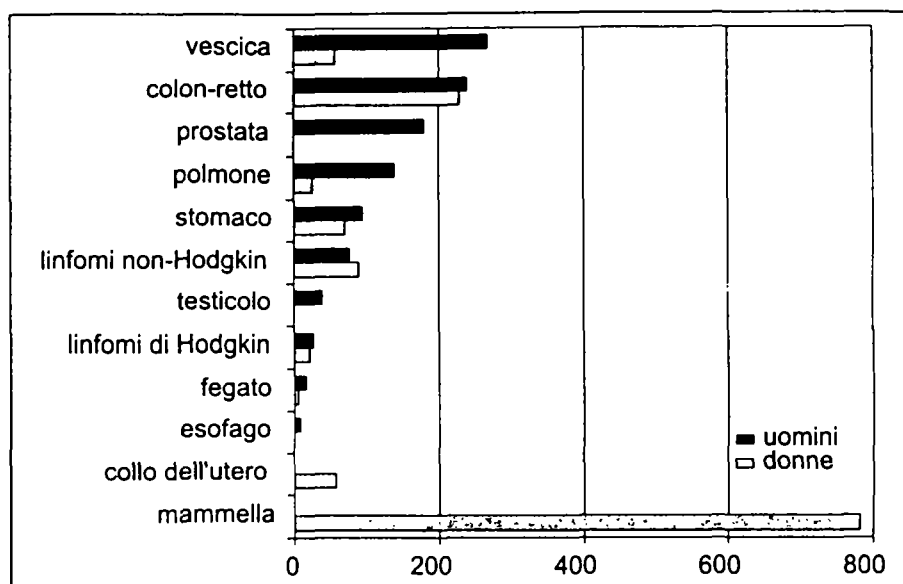


Figura 39.
Prevalenza
dei tumori
(tutte le neoplasie)
in Italia
(Zanetti et al)

Sopravvivenza. La durata della sopravvivenza è considerata la misura più adeguata dell'efficacia delle cure. A partire dal 1978, anno dal quale si comincia a disporre di dati, la sopravvivenza è costantemente aumentata nel tempo: l'incremento di sopravvivenza in Italia è stato il più forte tra tutti quelli osservati nei paesi europei. La probabilità di sopravvivenza a 5 anni nell'ultimo periodo disponibile (pazienti diagnosticati nel periodo 1990-1994 e seguiti sino al termine del 1999) è complessivamente del 47,2 per cento (figura 38). Si può osservare una discreta differenza di sopravvivenza complessiva tra uomini e donne: negli uomini la sopravvivenza a 5 anni è 39,4 per cento (era 30 per cento 5 anni prima); nelle donne 55,6 per cento (era 48 per cento). Questa differenza non deriva da una maggiore efficacia delle cure nel sesso femminile ma dalla diversa possibilità di cura dei tumori che maggiormente colpiscono ciascun sesso (maggiore incidenza nell'uomo di tumori polmonari a pessima sopravvivenza a 5 anni e alta incidenza nella donna di tumori della mammella a buona sopravvivenza a 5 anni). Infatti le migliori possibilità di sopravvivenza a 5 anni si osservano

Figura 40.
Confronti
tra le prevalenze
di diversi tumori
in Italia
(Zanetti et al)



nei tumori della mammella e nel melanoma e nei tumori del corpo uterino (figura 38). I risultati osservati in Italia e in altri paesi europei possono essere confrontati sulla base dei rapporti finali dei progetti EUROCARE e ITACARE, coordinati da ricercatori italiani. Nel complesso le sopravvivenze ottenute in Italia sono buone a paragone del quadro europeo: nella media europea per quanto riguarda i tumori dello stomaco, del colon-retto, del collo dell'utero, lievemente inferiori nel tumore dell'esofago e nei linfomi, migliori nei tumori del testicolo e della mammella. Generalmente i migliori valori in Italia sono uguali o superiori ai massimi osservati a livello europeo, e i peggiori non sono inferiori ai minimi livelli europei.

Prevalenza. La prevalenza costituisce uno dei principali indicatori di domanda di servizi sanitari: dipende dall'incidenza, dalla sopravvivenza e dall'invecchiamento della popolazione. Tutti questi determinanti della prevalenza tendono ad aumentare e incrementano pertanto la quota di casi presenti nella popolazione.

Si stima che complessivamente nel nostro paese vi siano attualmente quasi 1.500.000 persone, il 2,8 per cento della popolazione italiana, che hanno avuto nel corso della vita una diagnosi di tumore e che il numero sia in continuo aumento. Più di 600.000 persone, nelle quali la diagnosi di tumore è stata fatta negli ultimi 5 anni, sono in fase di trattamento o di follow-up. Le donne che hanno avuto una diagnosi di tumore mammario rappresentano da sole circa i 2/5 della prevalenza complessiva. Le proporzioni di prevalenza per gruppi di età indicano la maggior prevalenza nella popolazione adulta/anziana (oltre 65 anni). I tumori a maggior prevalenza (oltre 100 casi per 100.000 abitanti) nel sesso maschile sono rappresentati dal cancro della vescica, del colon retto, della prostata e del polmone, e nel sesso femminile dal cancro della mammella e del colon-retto. Sono evidenti le implicazioni che un simile carico di pazienti, in varie fasi diagnostiche, terapeutiche o di follow-up, comporta per il Servizio sanitario nazionale e per la stessa società italiana.

GUARIGIONE

La proporzione di pazienti che guariscono da un tumore è in continuo aumento. Tra i pazienti diagnosticati nel periodo 1987-89 si stima che la proporzione di quelli che possono ritenersi guariti sia del 25 per cento negli uomini e del 38 per cento nelle donne. Tale

proporzione nel periodo di diagnosi 1978-80 era rispettivamente del 21 per cento e del 29 per cento. La differenza tra sesso maschile e femminile è dovuta prevalentemente alla minor letalità dei tumori specifici della popolazione femminile.

Tumori del polmone. Dopo molti decenni di aumento, la mortalità e l'incidenza di questa neoplasia sono in diminuzione a partire dalla fine degli anni ottanta, con un tasso di riduzione di circa il 2 per cento all'anno. Questo trend è tuttavia meno favorevole nelle regioni del Sud e soprattutto nelle donne che presentano tassi ancora in aumento o costanti nell'ultimo triennio. I tumori polmonari rimangono la neoplasie con incidenza e mortalità più elevata con 35.000 nuovi casi e più di 30.000 decessi all'anno. Nonostante la bassa sopravvivenza (10 per cento a 5 anni), la prevalenza è elevata: si stima che 60.000 siano le persone nella popolazione italiana che abbiano avuto un tumore polmonare.

La stretta relazione tra l'abitudine al fumo e la mortalità per tumori polmonari è confermata dalla sovrapponibilità tra la dinamica evolutiva del consumo di tabacco nella popolazione e il trend di mortalità, seppure con uno sfasamento temporale dovuto alla lunga latenza necessaria per lo sviluppo di tali neoplasie.

Tumori della mammella. Dall'inizio degli anni novanta la mortalità per tumore della mammella si sta riducendo di circa il 2 per cento all'anno e il tasso standardizzato per età in Italia è passato da 20 per 100.000 donne durante gli anni ottanta a 18 per 100.000 donne nel 1997. L'incidenza e la prevalenza sono però in costante aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione, della diagnosi più precoce e dell'aumento della sopravvivenza, per quanto riguarda la prevalenza. Nei prossimi anni il numero delle pazienti affette da tumori mammari è destinato ad aumentare con necessità quindi di adeguare il sistema sanitario a una domanda crescente di prestazioni diagnostiche e terapeutiche. La prevalenza di pazienti che hanno avuto una diagnosi di tumore mammario in Italia nel 1992 era di 310.000 donne, pari a una proporzione di 1.070 su 100.000 donne.

La sopravvivenza a 5 anni è aumentata dal 65 per cento all'inizio degli anni ottanta al 75 per cento all'inizio degli anni novanta, il maggior incremento osservato in Europa. La miglior sopravvivenza è legata al miglioramento dei trattamenti medici ma anche alla precocità della diagnosi. Persistono però importanti differenze di sopravvivenza tra diverse aree italiane, a svantaggio delle regioni del Sud. A livello europeo la situazione del cancro della mammella in Italia può essere considerata molto soddisfacente: la sopravvivenza a 5 anni è tra le migliori, inferiore solo ai risultati svizzeri.

Tumori del colon-retto. L'incidenza dei tumori colo-rettali presenta una preoccupante tendenza all'aumento: il numero stimato di nuovi casi è passato da 38.000/anno nel 1990 a circa 50.000 negli ultimi anni. I casi prevalenti, stimati nel 1997, sono circa 200.000, con un aumento di circa 10.000 pazienti ogni anno. La sopravvivenza a 5 anni è comunque aumentata (dal 35,6 per cento nel periodo di diagnosi 1978/80 al 50,1 per cento alla fine degli anni ottanta) e si è allineata nell'ultimo periodo ai valori medi europei.

Questo andamento favorevole si è riflesso sui tassi di mortalità che, nonostante l'aumento di incidenza, sono sostanzialmente stabili negli uomini e in lieve diminuzione nelle donne. L'aumento di sopravvivenza e la conseguente pur lieve riduzione di mortalità debbono essere attribuiti sia a una diagnosi più tempestiva che a una miglior terapia. Le regioni del Sud presentando una minor incidenza ma anche un minor livello di sopravvivenza. L'andamento della mortalità è meno favorevole rispetto al resto dell'Italia: i tassi sono ancora in aumento negli uomini e solo da pochi anni costanti nelle donne.

Tumori dello stomaco. Nel 1997 sono stati osservati 12.000 decessi per tumore dello stomaco, e il numero di nuovi casi stimati nello stesso anno è di circa 17.000. Sia l'incidenza che la mortalità sono in diminuzione negli ultimi decenni: il triennio 1995/98 ha fatto registrare, in entrambi i sessi, le più forti riduzioni del tasso di mortalità (15 per cento). La corrispondente diminuzione di incidenza è stata di circa il 10 per cento.

Questo andamento è simile a quello osservato in altri paesi europei, tra i quali comunque l'Italia ha i valori di occorrenza più alti dopo il Portogallo. La sopravvivenza a 5 anni in Italia è passata dal 16 per cento nei pazienti diagnosticati nel periodo 1978/80 al 25 per cento nei pazienti diagnosticati alla fine degli anni ottanta. Permangono importanti differenze territoriali a svantaggio dei pazienti residenti al Sud.

Melanoma. Sia l'incidenza che la mortalità per melanoma sono aumentate in Italia: la mortalità è quasi triplicata nel periodo 1970-1990, ed è poi rimasta sostanzialmente stabile durante gli anni novanta. La frequenza di questa neoplasia è inferiore nelle regioni del Sud. La sopravvivenza a 5 anni è migliorata dal 53 per cento nei pazienti diagnosticati all'inizio degli anni ottanta, al 65 per cento per quelli diagnosticati alla fine degli anni ottanta. La sopravvivenza in Italia è inferiore agli altri paesi Europei, in particolare negli uomini con più di 65 anni. Si stima una prevalenza di circa 50.000 casi.

Tumori della prostata. L'incidenza dei tumori alla prostata è in marcato aumento: il numero stimato di nuovi casi era di 13.000 nel 1995, a seguito di un aumento osservato nelle aree dei Registri tumori di circa il 35 per cento nel quinquennio 1990-1994. L'aumento di incidenza si evidenzia dalla fine degli anni ottanta dopo la diffusione del test PSA, oltre all'agobiopsia prostatica e agli interventi chirurgici per adenoma. Ci si attende nei prossimi anni un ulteriore aumento dei casi incidenti diagnosticati con PSA e con ecografia prostatica transrettale. La sopravvivenza a 5 anni è aumentata dal 38 per cento per i casi diagnosticati nel 1978-81 al 46 per cento per i casi diagnosticati nel 1986-89: è comunque inferiore alla media europea. I tassi di mortalità si sono mantenuti costanti.

La miglior sopravvivenza e l'aumento di incidenza possono essere attribuiti prevalentemente alla anticipazione diagnostica. La diffusione del PSA è ritenuta la causa prevalente dell'aumento di incidenza e in parte dell'aumento della sopravvivenza dei tumori prostatici. Le regioni del Sud sono caratterizzate da più bassi livelli sia di incidenza (quasi la metà di quella rilevata al nord) che di sopravvivenza.

Tumori del collo dell'utero. La mortalità per tumore dell'utero è in marcata riduzione dagli anni settanta in Italia. Le statistiche di mortalità non consentono la distinzione fra tumore del collo e del corpo dell'utero, che presentano eziologia e prognosi diverse. Il tasso standardizzato per età, troncato a 54 anni è passato da 4 per 100.000 nel 1975 a 1 nel 1995. Nel Nord Italia l'incidenza per tumori del collo dell'utero è in leggera diminuzione: nell'area di Varese il tasso grezzo per 100.000 è passato da 14 nel 1978-79 a 10 nel 1990. Questa diminuzione è in atto soprattutto nelle età più anziane, mentre sotto i 55 anni l'incidenza è stabile o in leggero aumento. Anche la prevalenza stimata complessivamente nelle aree coperte da registri tumori, è diminuita, da 41 a 31 per 100.000.

Questi andamenti sono dovuti in parte a una diminuzione dei fattori di rischio (migliori condizioni igienico-sanitarie) e in parte allo screening citologico vaginale. La sopravvivenza media a 5 anni dalla diagnosi è in leggero aumento: da 63 per cento per i casi diagnosticati nel 1978-81 a 65 per cento per i casi del 1986-89. La sopravvivenza è migliore nelle regioni del Nord rispetto al Sud.

Tumori della vescica. Dalla metà degli anni ottanta la mortalità è in riduzione in entrambi i sessi: il trend è evidente in tutte le aree del paese, ma più marcato al Nord. I tassi di mortalità sono 5,6 volte più alti negli uomini che nelle donne.

Al contrario, l'incidenza è ancora in aumento ed è tra le più elevate al mondo. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è solo lievemente migliorata (dal 60 per cento al 63 per cento nel decennio inizio e fine anni ottanta). La prognosi sembra più favorevole per i pazienti diagnosticati nelle aree del Centro Nord.

Mesotelioma. Il mesotelioma merita una trattazione a parte, data la stretta correlazione di questa neoplasia con l'esposizione all'asbesto e la sua elevata incidenza nel nostro Paese, con previsioni di ulteriore crescita.

È stato quindi attivato, in recepimento delle direttive comunitarie e in attuazione del Decreto legislativo 277 (art. 36), un Registro nazionale con gli obiettivi di valutare l'incidenza di tale neoplasia, di definire l'esposizione all'amianto, di individuare le fonti di contaminazione e di mettere a punto le strategie e le priorità per il risanamento ambientale. Cinque regioni (Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Puglia) rilevano attivamente i casi, definiscono l'esposizione all'amianto e inviano periodicamente i dati all'ISPELS. Nel periodo compreso tra il 1993 e il 1996 sono stati rilevati 991 casi, 792 dei quali (80 per cento) definiti con diagnosi istologica. Sono in corso di elaborazione i dati relativi al triennio 1997-99.

Il tasso di incidenza annuo standardizzato per l'insieme dei Centri operativi regionali, relativamente ai casi con diagnosi istologica, risulta pari a 1,09 per 100.000 abitanti (1,61 per i maschi e 0,60 per le femmine) per tutte le sedi anatomiche e a 1,03 per il mesotelioma pleurico (1,54 per i maschi e 0,54 per le femmine).

La definizione dell'esposizione è stata effettuata per 438 casi, tutti con diagnosi istologica: 291 (66,4 per cento) di questi sono di origine professionale, 40 casi (9,1 per cento) sono da imputare a esposizioni ambientali, 17 casi (3,9 per cento) risultano causati da esposizioni domestiche.

La valutazione eziologica delle esposizioni professionali, in percentuale rilevante dei casi, conferma quanto già ampiamente riportato in letteratura sulle lavorazioni maggiormente a rischio. Si può sostenere che i casi di mesotelioma emergono con puntualità e in quantità superiore alle attese nelle aree nelle quali viene condotta una rilevazione attiva, sistematica e organizzata della casistica. Il nostro paese infatti subisce oggi, e subirà nei prossimi anni, le conseguenze dei consistenti consumi di amianto proseguiti fino agli inizi degli anni ottanta, le carenze igieniche protrattesi per lungo tempo in numerosi settori produttivi e la tardiva messa al bando dell'uso dell'amianto (legge 257/92).

POSSIBILITÀ DI INTERVENTO

La situazione descritta, insieme alle indicazioni di organismi internazionali e della letteratura, indicano come prioritarie le seguenti possibilità di intervento.

- **Prevenzione primaria.** L'aumento di incidenza complessivo della patologia tumorale, pur in gran parte legato all'aumento della speranza di vita, la elevata incidenza di tumori polmonari, neoplasie notoriamente legate al fumo, e d'altra parte la minor incidenza di tumori nelle regioni del Sud dove sono presenti minor fattori di rischio, confermano l'importanza di interventi educativi, oltre che legislativi, nei confronti dei riconosciuti fattori di rischio (fumo, alcol, alimentazione, ecc.). Specifici capitoli sono dedicati a tali interven-

ti nel Piano sanitario nazionale: è evidente che i risultati, anche se efficaci, sono a lungo termine e non potranno essere osservati nel corso del periodo di validità del Piano sanitario nazionale.

- **Diagnosi precoce.** Il costante aumento della sopravvivenza registrato negli ultimi 20 anni è il risultato dei migliori trattamenti effettuati e di una diagnosi più precoce. In gran parte dei tumori è dimostrato che, quanto più precoce è la diagnosi, maggiori sono le possibilità di guarigione e di sopravvivenza. Dovranno quindi essere resi facilmente disponibili, con abbattimento delle liste di attesa, gli accertamenti diagnostici nei soggetti con sintomi sospetti per neoplasia e le indagini di stadiazione una volta accertata la diagnosi. Per quanto riguarda gli screening nella popolazione asintomatica e a rischio, a oggi le condizioni di efficacia sono accertate solo per lo screening del cancro della mammella e della cervice uterina, mentre una sufficiente evidenza sta emergendo per lo screening dei tumori del colon-retto: per tali neoplasie dovranno essere incentivate e rese disponibili a tutta la popolazione campagne di screening. Risultati molto promettenti stanno inoltre emergendo nello screening dei tumori polmonari con l'utilizzo della TAC spirale in soggetti ad alto rischio.
- **Trattamento.** La riduzione complessiva dei tassi di mortalità, nonostante l'aumento di incidenza, e il costante aumento della sopravvivenza a 5 anni confermano il progressivo miglioramento dei trattamenti effettuati. I dati di sopravvivenza e di mortalità su base di popolazione indicano però che la diffusione e la possibilità di accesso alle terapie ottimali non sono le stesse per tutti i pazienti e variano, anche in modo sostanziale, nel territorio nazionale, in genere a svantaggio delle regioni del Sud. È quindi auspicabile lo sviluppo di una rete assistenziale in forma dipartimentale, che comprenda almeno Unità operative di oncologia medica e di radioterapia, su tutto il territorio nazionale, in particolare nelle regioni del Sud dove sono carenti soprattutto le strutture di Radioterapia. L'organizzazione dipartimentale potrebbe facilitare i percorsi terapeutici e l'integrazione dei trattamenti che sono considerati i principali fattori causali dei migliori risultati ottenuti. Il piano di cura in questa ottica dovrebbe essere concordato tra i vari specialisti coinvolti secondo protocolli ben definiti o linee guida, laddove esistenti: deve essere chiaramente affermato il diritto di ogni paziente ad avere una qualificata consulenza oncologica alla diagnosi di neoplasia. Le ottime sopravvivenze ottenute in Italia nel cancro della mammella, superiori alla media europea, confermano l'efficacia di Forze operative nazionali, sull'esempio di quella attivata per il cancro della mammella (FONCAM): si raccomanda pertanto la attivazione di Gruppi di esperti che discutano, diffondano e aggiornino periodicamente linee guida per la diagnosi e il trattamento di una determinata neoplasia sulla base dei risultati degli studi clinici e delle eventuali metanalisi che siano state successivamente condotte.
- **Anziani.** Il problema del cancro nelle persone anziane ha assunto e assumerà sempre maggior rilevanza nel mondo e in particolare in Italia dove la vita media della popolazione è tra le più elevate: attualmente più del 50 per cento dei tumori si sviluppa nelle persone di oltre 65 anni di età. Dato il progressivo aumento della popolazione anziana, legato alla sempre maggior aspettanza di vita, ci si può aspettare che nei prossimi anni la grande maggioranza dei tumori colpirà persone in questa fascia di età. Non si potrà quindi parlare di reali progressi nella cura e nella prevenzione del

cancro fino a quando non si riuscirà a ridurre l'incidenza e la mortalità per tumori, o almeno a prolungare la sopravvivenza, nelle persone anziane. Dovranno quindi essere incentivati sia gli accertamenti necessari per una diagnosi precoce, sia trattamenti oncologici commisurati alle condizioni generali e all'età del paziente.

- **Sorveglianza.** Le statistiche disponibili indicano che il maggior potenziale guadagno nella lotta contro i tumori può essere ottenuto nelle regioni meridionali, dove meno diffusa è la rete assistenziale oncologica. La scarsa diffusione dei registri tumori in tali regioni rende però difficile una corretta formulazione degli obiettivi e la valutazione degli interventi necessari. È quindi prioritario attivare e incentivare le attività di almeno tre registri tumori nell'area meridionale e consolidare le attività dei registri esistenti e operanti nel territorio nazionale. I registri tumori dovranno rilevare, almeno su base campionaria, anche lo stadio della malattia alla diagnosi e i trattamenti effettuati, allo scopo di valutare la congruenza dei trattamenti alle linee guida e gli effetti degli investimenti.
- **Cure palliative.** La aumentata incidenza e la miglior sopravvivenza delle malattie tumorali hanno come inevitabile conseguenza il progressivo e importante aumento di pazienti che entrano in fase terminale e che necessitano quindi di adeguata e completa assistenza palliativa. Si calcola che vi siano ogni anno in Italia circa 144.000 nuovi pazienti affetti da tumore in fase terminale, con una prevalenza di circa 35.000 casi. Si rimanda all'apposito capitolo ("Malati al termine della vita") per la definizione del problema. Si sottolinea però la elevatissima incidenza di terminalità nella patologia tumorale (almeno i 2/3 dei pazienti neoplastici affronta una fase terminale della durata media di circa 90 giorni), e la enorme prevalenza di pazienti neoplastici assistiti nei programmi di cure palliative. A sostegno di tale forma di assistenza si sta rivelando sempre più necessario e urgente stimolare con apposite azioni programmate lo sviluppo della cultura e della formazione in medicina palliativa soprattutto tra gli operatori in ambito oncologico. In attesa e a integrazione della rete assistenziale per le cure palliative (assistenza domiciliare specialistica e strutture residenziali tipo hospice), sarà utile riservare un congruo numero di posti letto per malati terminali oncologici nell'ambito della rete dipartimentale proposta.

BIBLIOGRAFIA

- Berrino F et al. (a cura di). *Survival of Cancer Patients in Europe. The EURO CARE Study*. Lyon: IARC Scientific Publications No 132, 1995.
- Berrino F et al. (a cura di). *Survival of Cancer Patients in Europe. The EURO CARE-2 Study*. Lyon: IARC Scientific Publications No 151, 1999.
- Chellini E et al. Linee guida per la rilevazione e la definizione dei casi di mesotelioma maligno e la trasmissione delle informazioni all'ISPESL da parte dei Centri operativi regionali. *ISPESL Fogli d'Informazione* 1996; 1: 19-106.
- Gatta G et al. Variations in the survival of adult cancer patients in Italy. *Tumori* 1997; 83: 497-504.
- Merler E et al. Andamento temporale della mortalità per tumore primitivo pleurico e incidenza del mesotelioma pleurico in Italia: una situazione particolarmente grave. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 316-26.
- Parkin DM et al. (a cura di). *Cancer Incidence in Five Continents, Vol VII*. Lyon: IARC Scientific Publications No 143, 1997.
- Peto J et al. The European mesothelioma epidemic. *Br J Cancer* 1999; 79: 666-72.
- Zanetti R et al. *Fatti e cifre dei tumori in Italia. Associazione italiana Registri tumori. Lega italiana per la lotta contro i tumori*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1998.
- Rosso S et al. Sopravvivenza dei casi di tumore in Italia negli anni novanta; I dati dei registri tumori. *Epidemiol Prev*. In corso di pubblicazione.

Malattie infettive

L'impatto delle malattie infettive in Italia è ancora grande soprattutto in termini di morbosità, mentre la mortalità rimane un tributo particolarmente pesante nelle classi di età più giovani, a causa dei pazienti affetti da AIDS, e negli anziani con patologie croniche che vanno incontro a peggioramento delle loro condizioni di salute in occasione delle epidemie stagionali di influenza.

La frequenza di alcune malattie infettive «storiche» come la febbre tifoide e la brucellosi, legate a inadeguate condizioni igieniche o ambientali e a stili di vita rurali, è andata progressivamente diminuendo nel nostro Paese; altre gravi malattie, come la poliomielite e la difterite, sono addirittura scomparse grazie agli interventi di prevenzione primaria mirati quali le vaccinazioni infantili, che hanno permesso la costituzione, nella popolazione, di una solida immunità nei confronti di queste infezioni.

Tuttavia, a fronte di questi successi, è necessario ricordare che nuove abitudini di vita (alimentari, sessuali, sanitarie, turistiche, eccetera), l'aumento numerico di soggetti anziani o immunodepressi e le modifiche ambientali hanno creato le condizioni per una sempre maggiore diffusione di infezioni sia batteriche che virali e parassitarie che non sempre hanno riscontro in quadri clinici caratteristici e riconosciuti.

Dati sull'incidenza delle malattie infettive sono forniti dal Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive cui afferiscono le notifiche previste dalla legge.

Pur rappresentando una importante fonte di informazioni, il sistema risente degli effetti di sottonotifica dovuti sia alla sua stessa natura di sorveglianza passiva, e quindi ineliminabili, sia alla non corretta percezione, in parte della classe medica, dell'utilità e delle finalità della rilevazione epidemiologica; nondimeno il sistema consente di stimare e valutare per intervalli temporali l'andamento delle malattie infettive nella popolazione e fornisce la base per la programmazione di interventi finalizzati.

Malattie infettive prevenibili con vaccinazione. L'attuazione di strategie vaccinali di massa ha consentito di ottenere, nella maggior parte dei Paesi sviluppati, il controllo e l'eliminazione di molte malattie infettive che un tempo provocavano un gran numero di vittime e, non di rado, gravi invalidità nei sopravvissuti.

L'Italia ha aderito ufficialmente al Programma esteso di vaccinazione (EPI), ora denominato Programma globale per le vaccinazioni e i vaccini (GPV), lanciato dall'OMS nell'ambito del piano «Salute per tutti nell'anno 2000». Tale programma permette di prevenire ogni anno, nel mondo, almeno tre milioni di morti dovute a malattie quali morbillo, pertosse, difterite, tetano neonatale, nonché di evitare almeno 400.000 casi di poliomielite paralitica.

Il programma, anche attraverso campagne di vaccinazione collettiva consente alti ritorni economici non solo in termini di prevenzione di malattia, e di evitare mortalità precoci e disabilità, ma anche in termini di miglioramento generale dello stato di salute della popolazione.

Contrastare le principali patologie. In accordo con le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità per il raggiungimento degli obiettivi del GPV il Piano sanitario 1998-2000 ha proposto il raggiungimento, nei bambini di età inferiore a 24 mesi, di coperture vaccinali non inferiori al 95 per cento, oltre che per le vaccinazioni obbligatorie (antidifterica, antitetanica, antipolio, antiepatite virale B) anche per le vaccinazioni raccomandate (antimorbillo, antiparotite, antirosolia, anti *Haemophilus influenzae b*).

Inoltre, lo stesso PSN ha indicato, per l'influenza, l'obiettivo della copertura pari o superiore al 75 per cento della popolazione di età superiore a 64 anni.

Vaccinazioni obbligatorie. La situazione, per ciò che concerne le coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie, può essere considerata più che soddisfacente. I dati forniti dalle Regioni e indagini eseguite ad hoc dall'Istituto Superiore di sanità consentono di affermare che la copertura vaccinale media sul territorio nazionale nei confronti di difterite, tetano, epatite B è pari o superiore al 95 per cento della popolazione bersaglio indicata dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 (bambini di età inferiore a 24 mesi di vita) mentre la copertura vaccinale media per la poliomielite arriva al 98 per cento.

Permangono ancora, anche nel campo delle vaccinazioni obbligatorie, alcune differenze anche notevoli tra regione e regione, particolarmente evidenti per ciò che concerne la copertura vaccinale contro l'epatite B negli adolescenti, stimata nel 60-70 per cento della popolazione bersaglio.

Purtroppo, anche a causa di fenomeni di abbandono scolastico, che fanno venire a mancare la funzione filtro della scuola e la possibilità di raggiungere i soggetti da vaccinare mediante campagne eseguite in ambito scolastico, le coperture vaccinali più basse negli adolescenti vengono osservate proprio nelle regioni in cui era maggiore, prima dell'introduzione dell'obbligatorietà della vaccinazione, l'incidenza dell'epatite B.

Vaccinazioni raccomandate. Non sempre altrettanto soddisfacente può essere definita la situazione per ciò che concerne le coperture per le vaccinazioni raccomandate anche se, dopo l'emanazione dei Piani sanitari nazionali 1994-96 e 1998-2000 e del Piano nazionale vaccini (Provvedimento conferenza permanente per i rapporti tra stato, regioni e province autonome) sono stati realizzati notevoli progressi.

La copertura vaccinale media nei confronti della pertosse raggiunge ormai l'80 per cento della popolazione bersaglio, pur con inevitabili differenze tra regioni e regioni: va sottolineato come talvolta tali differenze possano essere più apparenti che reali: infatti, i riepiloghi inviati al Ministero della sanità riportano esclusivamente le vaccinazioni eseguite presso i servizi vaccinali del SSN o da pediatri che hanno stipulato specifici accordi per l'esecuzione delle vaccinazioni ma non quelle eseguite da professionisti che operano al di fuori del SSN.

Anche la copertura nei confronti del morbillo è aumentata, da quando la vaccinazione antimorbillo-parotite-rosolia (MPR) viene offerta dalle regioni nell'ambito di programmi regionali di immunizzazione: la copertura per MPR nei bambini fino a 24 mesi è in media del 70 per cento, ancora insufficiente per il controllo della malattia, ma di gran lunga superiore a quella registrata agli inizi del decennio, epoca in cui non superava il 40 per cento. In aumento è anche la copertura per le infezioni invasive da *Haemophilus influenzae b* (Hib), che a distanza di pochi anni dalla commercializzazione del vaccino e dalla inclusione di questa vaccinazione nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 e nonostante cospicue differenze nella sua offerta da parte delle Regioni ha già raggiunto in media il 60 per cento della popolazione bersaglio.

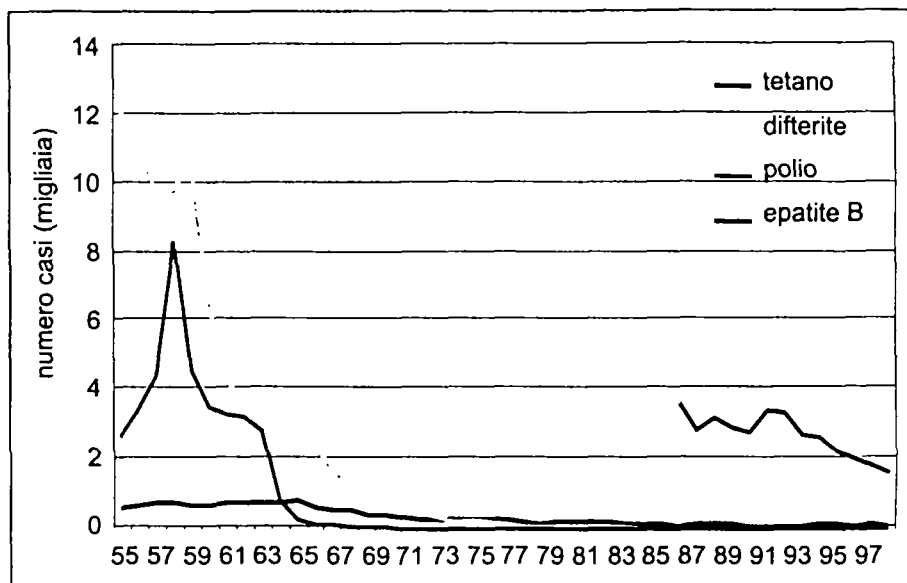
Per quanto riguarda la copertura vaccinale antinfluenzale raggiunta nella campagna 1999-2000, i dati forniti dalle regioni consentono di stimare una copertura media pari al 41 per cento della popolazione bersaglio.

I risultati. Nella figura 41 è riportata la morbosità per malattie infettive per le quali la vaccinazione è obbligatoria e le coperture vaccinali raggiunte sono elevate.

Figura 41.
Incidenza
di malattie infettive
prevenibili
con vaccinazioni
obbligatorie.

* fonti dei dati:
anni 1955-83
ISTAT; 1984-99
Ministero sanità

**le epatiti virali
sono notificabili,
in base all'agente
eziologico,
soltanto dal 1986



Grazie alla pratica, ormai quasi quarantennale, della vaccinazione antipoliomielitica universale, l'Italia è libera da poliomielite dalla seconda metà degli anni ottanta (ultimi casi autoctoni nel 1982, ultimo caso importato nel 1988); la difterite può ormai essere considerata eliminata (negli anni 90 sono stati osservati casi sporadici, uno dei quali importato e l'ultimo caso di questa malattia, peraltro dovuto a un ceppo di *Corynebacterium ulcerans* si è verificato nel 1998 in una donna anziana); il tetano continua a colpire ogni anno un centinaio persone, non vaccinate e, per oltre l'80 per cento, di età superiore a 65 anni. Occorre ricordare che dagli anni ottanta non si registrano casi di tetano in neonati, bambini e ragazzi.

L'incidenza dell'epatite virale B, in declino già dalla seconda metà degli anni ottanta grazie alla messa in atto di controlli su sangue ed emoderivati, all'uso di materiale per iniezione monouso e al miglioramento degli standard sociosanitari nel paese mostra una diminuzione ancora più marcata dopo l'applicazione uniforme, sull'intero territorio nazionale della legge 165/91, con la quale veniva introdotta l'obbligatorietà della vaccinazione per nuovi nati e adolescenti.

L'incidenza totale di epatite virale B nel 1999 è stata pari a 2,7 casi per 100.000 abitanti, con una diminuzione del 55 per cento rispetto al 1992. Prendendo in considerazione le classi di età direttamente interessate dall'intervento vaccinale, nel 1999 l'incidenza nella classe di età 15-24 è stata pari a 4,3 e in quella 0-14 anni pari a 0,6 casi per 100.000, con diminuzioni, rispettivamente, del 66 per cento e del 72 per cento rispetto al 1992. L'impatto della vaccinazione risulta tanto più evidente nelle Regioni in cui erano maggiori, prima dell'obbligatorietà della vaccinazione, la diffusione dell'epatite virale B e la prevalenza di portatori cronici di HBsAg, in primo luogo Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna.

Le coperture vaccinali basse o comunque non adeguate contro pertosse, morbillo, parotite e rosolia si sono dimostrate invece insufficienti a controllare la circolazione degli agenti patogeni di tali malattie, che in Italia presentano ancora il caratteristico andamento endemo-epidemico delle epoche precedenti l'introduzione delle vaccinazioni, pur registrandosi, almeno nel periodo più recente e almeno per morbillo, pertosse e rosolia

una tendenza alla diminuzione dell'incidenza; al contrario, non sembrerebbe modificata l'epidemiologia della parotite epidemica.

L'incidenza delle meningiti da *Haemophilus influenzae b* mostra, nel periodo 1994-1999, un decremento del 40 per cento fra inizio e fine periodo. Anche se è prematuro trarre conclusioni, ci si aspetta che all'incremento delle coperture vaccinali faccia seguito un effetto di immunità di gregge in grado di ridurre la frequenza non solo delle meningiti da Hib ma anche delle altre forme invasive sostenute da questo germe, per le quali al momento non vengono raccolti dati in forma routinaria.

Il monitoraggio dell'influenza che, nella sua acuzie stagionale, richiede metodi di rilevazione tempestivi e conferma virologica, nella stagione 1999-2000 è stato effettuato da una rete di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che ogni settimana ha permesso di stimare il numero di italiani affetti dai sintomi dell'influenza nel periodo compreso tra la quarantaduesima settimana del 1999 e la diciassettesima del 2000. Come per tutte le malattie infettive, l'incidenza dell'influenza è maggiore nelle fasce in cui sono più numerosi i soggetti suscettibili.

Nelle epidemie influenzali tale quota è rappresentata dai bambini che, data l'età, hanno avute ridotte occasioni di pregresse esposizioni a qualsiasi virus influenzale. L'epidemia ha raggiunto l'acme su tutto il territorio nazionale nel giro di pochissime settimane con una punta nella seconda settimana del 2000 (13,26 per mille assistiti). Complessivamente si stima che, nella stagione 1999-2000, circa il 10 per cento della popolazione italiana (pari a circa 5 milioni di persone) abbia contratto l'influenza.

Al momento, l'influenza rimane ancora oggi una delle maggiori cause di morbidità e di mortalità nel mondo e comporta un considerevole impatto non solo sul singolo individuo ma anche sulla collettività in termini di consumo di risorse sanitarie. Al fine di monitorare epidemiologicamente e virologicamente tale malattia in periodi interpandemici è stato stilato un protocollo di intesa fra istituzioni centrali e periferiche, che avvia un sistema di sorveglianza routinaria; al fine di fronteggiare un'eventuale nuova pandemia influenzale, si sta predisponendo un Piano nazionale d'azione.

Tubercolosi. La tubercolosi (TBC) è una patologia la cui frequenza è diminuita in modo costante dall'inizio del secolo fino alla metà degli anni ottanta, epoca in cui, in Italia, l'incidenza si è assestata intorno a valori pari a 7 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. A partire dall'inizio degli anni novanta è stato registrato un lieve aumento del numero dei nuovi casi di TBC, fino a toccare un massimo di 9 casi /100.000 nel 1995. Nel 1999 l'incidenza di casi notificati è stata pari a 8,3/100.000. Tale aumento è legato in parte anche alla modifica della definizione di caso notificabile, che dal 1987 richiede la segnalazione di tutti i nuovi casi di TBC e non solo di quelli "contagiosi" come precedentemente definito. L'aumento dell'incidenza della TBC ha interessato soprattutto le forme extrapolmonari la cui frequenza, inferiore a 1 caso/100.000 prima degli anni novanta, ha raggiunto 2 casi per 100.000 nel 1999. L'incidenza della tubercolosi polmonare si è invece stabilizzata su 6 casi/100.000 dalla fine degli anni ottanta a oggi (figura 42).

Le classi di età che presentano l'incidenza più elevata di TBC sono quelle anziane (nel 1999 l'incidenza di TBC è stata pari a 15,6/100.000 negli ultrasessantacinquenni e a 12/10.000 nella classe di età 65-74 anni); a metà degli anni novanta si è però osservato un aumento della incidenza di TBC anche tra i giovani adulti (25-44 anni), da attribuire all'aumentato contributo dei due principali gruppi a rischio, persone con infezione HIV

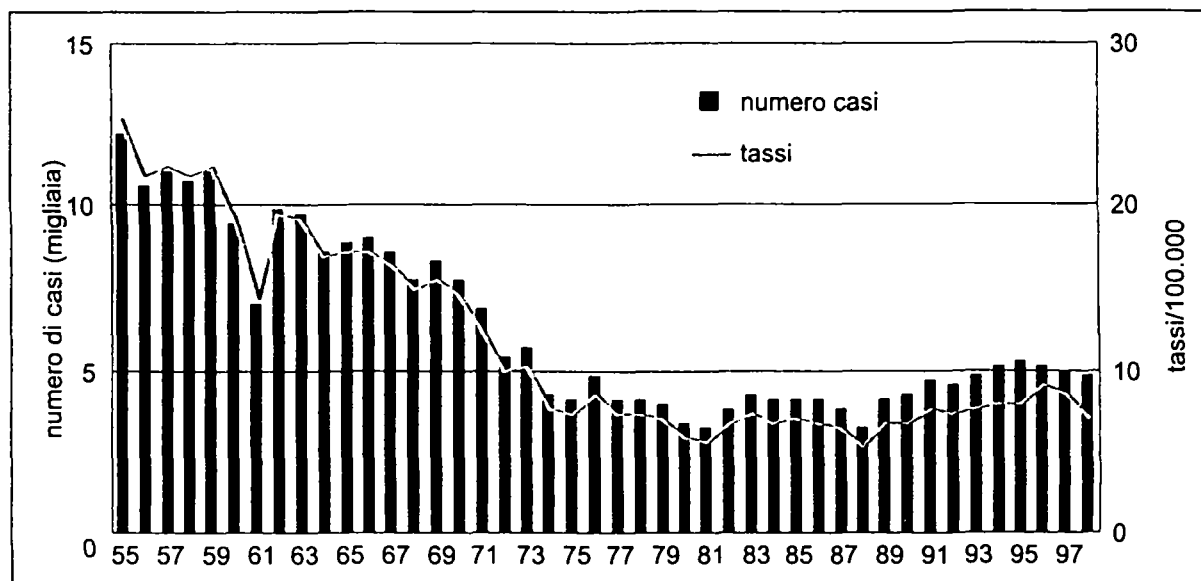


Figura 42. Numero di casi di TBC (polmonare ed extrapolmonare) e tassi standardizzati (popolazione 1971), Italia, 1955-1999

e immigrati provenienti da zone endemiche. Dal 1997 è stata osservata una inversione di tale tendenza, con un ritorno delle incidenze ai valori osservati all'inizio del decennio: nel 1999, nella classe di età 25-34 anni l'incidenza è stata pari a 7,9 (era 8,0/100.000 nel 1990) e nella classe di età 35-44 anni a 7,3 (era 6,8/100.000 nel 1990). Tale fenomeno può essere probabilmente attribuito alla riduzione della frequenza di TBC tra le persone con infezione HIV come effetto delle nuove terapie antiretrovirali.

AIDS. Nel primo semestre del 2000 sono stati notificati 938 nuovi casi di AIDS, di cui 568 (60,5 per cento) diagnosticati nello stesso semestre e 370 riferiti a diagnosi effettuate nei semestri precedenti.

Si conferma la diminuzione dei casi di AIDS a partire dal 1996, (figura 43) che sembra però attribuibile all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate, piuttosto che alla riduzione del numero di nuovi infetti con HIV. Il numero cumulativo di casi di AIDS notificati al COA (Centro operativo AIDS-Istituto superiore di sanità) dall'inizio dell'epidemia (anno 1982) al 30 giugno 2000, è stato pari a 46.534. Di questi, 36.308 (78 per cento) sono di sesso maschile, 688 (1,5 per cento) in età pediatrica (<13 anni) e 2.231 (4,8 per cento) stranieri. Il 73,6 per cento del totale dei casi si concentra nella fascia d'età 25-39 anni (tabella 31) e l'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, risulta essere in costante incremento (figura 44) per cui nel 2000 è stata pari a 37 anni per i maschi e di 35 anni per le femmine. Il 67,3 per cento dei casi notificati, pari a 31.332 pazienti, risultano deceduti al 30 giugno 2000 (valore sottostimato a causa della non obbligatorietà della notifica di decesso).

La sopravvivenza dopo la diagnosi di AIDS è aumentata nel tempo e si stimano circa 14.000 persone affette da AIDS viventi alla fine del 2000. Territorialmente si evidenziano, così come riscontrato sin dalla prima fase dell'epidemia, incidenze più elevate al nord (Lombardia, Liguria, Emilia Romagna) e in alcune aree del centro (Roma e Lazio) rispetto alla gran parte del sud della penisola; nelle prime regioni, inoltre, nell'anno 2000 si è evidenziata una riduzione dei tassi di incidenza più marcata. La distribuzione dei casi adulti