

CancerStat Umbria

**Registro Tumori
Umbro di Popolazione**

**Registro Nominativo
delle Cause di Morte**

**Registro Regionale
dei Mesoteliomi**

Direttore:

Francesco La Rosa

Coordinatore:

Fabrizio Stracci

Collaboratori:

Anna Maria Petrinelli

Daniela Costarelli

Fortunato Bianconi

Valerio Brunori

Daniela D'Alò

Stefania Rossini

Cinzia Santucci

Massimo Scheibel

Clotilde Solimene

Francesco Spano

Segreteria:

Luisa Bisello

Regione dell'Umbria

Direzione regionale

Sanità e Servizi

Sociali:

Paolo Di Loreto

Paola Casucci

Marcello Catanelli

Mariadonata Giaimo



No. 4
Settembre 2010

Indice:

**Il quadro epidemiologico per la
programmazione della prevenzione
oncologica regionale in Umbria.**

Fabrizio Stracci e Gruppo di lavoro RTUP

IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO PER LA PROGRAMMAZIONE DELLA PREVENZIONE ONCOLOGICA REGIONALE IN UMBRIA

Fabrizio Stracci e Gruppo di lavoro RTUP

(hanno collaborato le dott.sse Susanna Ferroni e Chiara Tinarelli
della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Perugia)

INTRODUZIONE

Il seguente lavoro fornisce un quadro dei trend temporali per alcuni dei principali tumori maligni. Mostrando i cambiamenti avvenuti a partire dall'inizio dell'attività del Registro Tumori Umbro di Popolazione (1994), rappresenta uno strumento importante per valutare gli interventi di prevenzione, così come l'efficacia degli interventi terapeutici e conseguentemente per esprimere un giudizio complessivo sul controllo della patologia oncologica nella nostra Regione.

Allo stato attuale le conoscenze epidemiologiche ed eziologiche sono sufficientemente avanzate per permettere di programmare ed attuare interventi di prevenzione primaria e secondaria dei più importanti tumori maligni.

MATERIALI E METODI

In questo lavoro vengono illustrati i tassi di incidenza e di mortalità per cancro nella Regione Umbria, per il periodo 2006-2008 [3], i trend temporali degli stessi indicatori dal 1994-2007 [6] ed il confronto con i trend italiani dal 1998-2005 [1].

I dati relativi al numero di nuovi casi sono quelli del database del Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP), quelli relativi ai deceduti del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) dell'Umbria.

I dati relativi ai trend italiani provengono da AIRTUM, I TUMORI IN ITALIA, RAPPORTO 2009: I trend dei tumori negli anni 2000 (1998-2005). AIRTum Working Group. I trend storici di incidenza e mortalità 1986-2005. [AIRTum Long-term incidence and mortality AIRTum cancer trend, 1986-2005 in Trend dei tumori negli anni 2000. Epidemiol Prev 2009; 33(4-5) suppl 1] [1].

I tumori sono stati codificati e ordinati secondo la decima classificazione internazionale delle malattie (ICD X) [8].

I trend temporali sono stati calcolati sui tassi standardizzati per sesso ed età, con la popolazione italiana al Censimento 2001 per 100.000 abitanti, con il metodo della "jointpoint regression". Questa analisi temporale mette in evidenza i cambiamenti statisticamente significativi dei trend e quantifica la variazione media annuale dei tassi (annual percent change = APC). Nelle tabelle l'asterisco (*) accanto al valore dell'APC indica la significatività ($P \leq 0.05$) dell'incremento o del decremento calcolato.

INTERPRETAZIONE DEGLI INDICATORI

L'analisi dell'andamento temporale dei principali indicatori epidemiologici di frequenza dei tumori maligni (incidenza e mortalità) rappresenta uno strumento di grande importanza in Sanità Pubblica, poiché permette una valutazione degli effetti degli interventi sanitari intrapresi, dell'introduzione di nuove strategie terapeutiche, nuovi interventi diagnostici e cambiamenti nello stile di vita.

Una riduzione della mortalità è sempre un fenomeno positivo, sia che sia dovuto ad una riduzione del numero di nuovi casi, sia che sia dovuto all'introduzione di efficaci strumenti terapeutici (quindi con miglioramento della sopravvivenza).

Allo stesso modo una riduzione dell'incidenza è un indicatore sempre positivo, segno della minore esposizione a fattori cancerogeni o dell'effetto dell'introduzione di programmi diagnostici che identificano lesioni pre-neoplastiche o neoplastiche in fase precoce.

Al contrario, un incremento della mortalità è da considerarsi un evento negativo, poiché causato dall'aumento dei nuovi casi in assenza di un miglioramento delle terapie disponibili.

Un aumento dell'incidenza impone una riflessione più complessa, poiché non è sempre e solo un indice allarmante: lo è quando dovuto ad un'aumentata esposizione a fattori causali (tumore maligno dei bronchi e del polmone ed estensione dell'abitudine al fumo tra le donne). Similmente l'aumento dell'incidenza è un elemento negativo quando un'aumentata attività diagnostica (ad esempio conseguente all'introduzione di uno screening) è associata alla individuazione di lesioni che non si sarebbero manifestate con sintomi nel corso della vita (sovradiagnosi). Un aumento dell'incidenza è invece una conseguenza transitoria per così dire fisiologica dell'introduzione di uno screening oncologico efficace; in tal caso l'aumento dell'incidenza riflette lo sforzo di ricerca attiva delle lesioni in una popolazione asintomatica.

TUMORI MALIGNI DELLE VIE AERODIGESTIVE SUPERIORI - VADS (C01-06; C09-14) e LARINGE (C32)

Incidenza e Mortalità 2006-2008, Regione Umbria

Risultati

Tabella 1: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 dei tumori maligni delle vie aerodigestive superiori e laringe, per ASL Regione Umbria, maschi.

Maschi	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	21	32.3	31.4	12.33	18.9	17.9
ASL 2	35	20.4	19.8	20	11.6	10.9
ASL 3	15	19.4	18.1	8	9.3	14.7
ASL 4	22	20.1	18.1	13	11.8	10.1
Umbria	93	21.9	19.7	53	12.4	11.5

Tabella 2: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 dei tumori maligni delle vie aerodigestive superiori e laringe, per ASL Regione Umbria, femmine.

Femmine	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	4	5.6	4.6	2	3.5	2.6
ASL 2	7	4	2.9	3	3.7	1.5
ASL 3	3	4	3.1	1	1.2	0.9
ASL 4	6	4.7	3.7	5	2.6	1.8
Umbria	20	4.4	3.5	10	2.2	1.7

Il numero annuo di nuovi casi di tumori maligni delle vie aerodigestive superiori e laringe è 93 per la popolazione maschile e 20 per la popolazione femminile. Il numero annuo di morti è 53 per i maschi e 10 per le femmine.

Il tasso standardizzato di incidenza è 19.7 nei maschi e 3.5 nelle femmine, mentre il tasso standardizzato di mortalità è 11.5 nella popolazione maschile e 1.7 nella popolazione femminile (Tabelle 1 e 2).

Confronto per ASL

Il tasso standardizzato di incidenza è maggiore nella ASL 1 sia per la popolazione maschile che per la popolazione femminile ed il valore riscontrato si discosta in maniera apprezzabile dai valori delle altre ASL. Il tasso standardizzato di mortalità risulta considerevolmente più elevato nella ASL 1 sia nei

maschi che nelle femmine ed anch'esso si discosta notevolmente dai valori riscontrati nelle altre ASL (Tabelle 1 e 2) [2].

Trend temporali di incidenza e mortalità per il periodo 1994-2007, Regione Umbria

Risultati

Tabella 3: APC incidenza (periodo 1994-2007) e mortalità (periodo 1978-2008) per tumori maligni delle vie aerodigestive superiori e laringe Regione Umbria, maschi.

	APC Incidenza (1994-2007)	APC Mortalità (1978-2008)
Maschi	C0.1-C0.6,C10-C13 = -3.70 C32 = -2.36*	C0.1-C0.6;C10-C13=-2.38* C32 = -3.18*
Femmine	-	-

* variazione statisticamente significativa

Variatione media annuale (APC) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) di incidenza (periodo 1994-2007) e mortalità (1978-2008) per tumori maligni delle vie aerodigestive superiori e laringe, maschi (Tabella 3 e Figura 1)

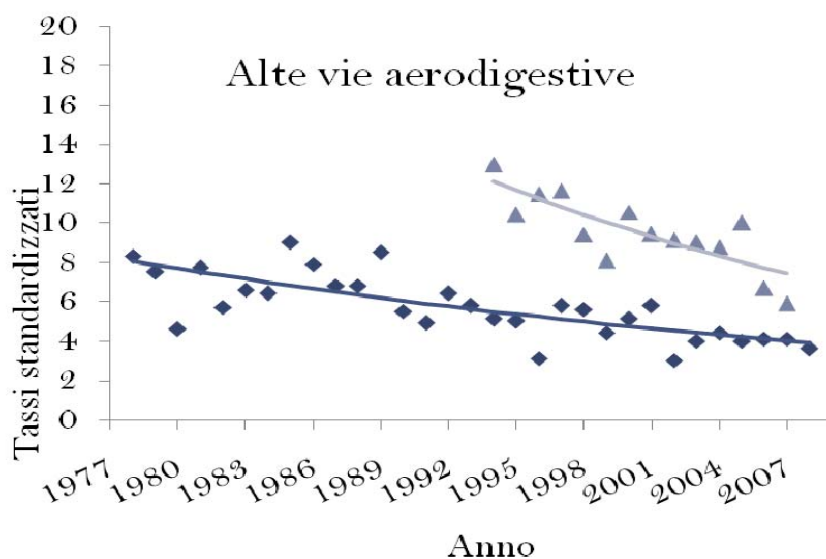


Figura 1: tasso di incidenza periodo 1994-2007 (in alto) e tasso di mortalità periodo 1977-2007 (in basso) dei tumori maligni delle vie aerodigestive superiori e laringe Regione Umbria, maschi.

Dai trend si può evidenziare un decremento sia dell'incidenza che della mortalità [6; 7]; in particolar modo il trend discendente dell'incidenza è nel sesso maschile statisticamente significativo, relativamente alla sede della laringe (C32).

Il trend della mortalità, invece, decresce in modo statisticamente significativo nel sesso maschile per tutte le sedi considerate (Tabella 3 e Figura 1).

Trend italiano di incidenza e mortalità e confronto con il trend umbro

APC Incidenza maschi 1998-2005 = - 3.2 (*) APC Incidenza femmine 1998-2005 = + 1.4

APC Mortalità maschi 1998-2005 = - 3.4 (*) APC Mortalità femmine 1998-2005 = + 1.4

In Italia, il trend dell'incidenza per i maschi, negli ultimi vent'anni è in decremento stabile significativo (APC = - 3.2*), così come quello della mortalità (APC = - 3.4*).

Tra le femmine prosegue il leggero trend ascendente dell'incidenza (non significativo nel periodo in studio), mentre le variazioni della mortalità non sono più apprezzabili dai primi anni Novanta.

Nei trend recenti non ci sono importanti differenze per età; l'incidenza e la mortalità sono più alte nei maschi sia al Nord che al Centro e al Sud. Anche tra le femmine si osserva un gradiente decrescente Nord-Sud, sia per l'incidenza che per la mortalità [1].

Commento

L'incidenza e la mortalità per i tumori maligni delle alte vie aerodigestive superiori e laringe hanno un andamento costantemente decrescente per tutto il periodo considerato nei maschi, mentre nelle femmine il trend è lievemente ascendente [6].

Numerosi studi sia di tipo retrospettivo che prospettico identificano nel fumo di tabacco il più importante fattore di rischio e rilevano nei fumatori di sigarette un rischio di comparsa di tumori maligni delle vie aerodigestive superiori e laringe di gran lunga maggiore rispetto ai non fumatori, con una relazione quasi lineare con il numero di sigarette fumate e il periodo di abitudine al fumo. Un altro importante agente cancerogeno promotore è l'alcool.

Alcool e tabacco hanno azione sinergica rispetto al rischio di malattia cosicché la presenza di individui che consumano quantità eccessive di bevande alcoliche e fumano configura l'esistenza di gruppi a rischio elevato.

La diminuzione dell'APC dell'incidenza e conseguentemente della mortalità nel sesso maschile è espressione dell'effetto positivo legato ad una minore esposizione ai principali fattori di rischio [9], assumendo che il trend italiano sia sovrapponibile a quello umbro, non analizzato per il ridotto numero di casi.

Nel sesso femminile l'aumento dell'incidenza è anche conseguenza dell'incremento dell'abitudine al fumo per il periodo considerato, che testimonia un'inversione delle abitudini nei due sessi.

CANCRO DELL'ESOFAGO (C15)

Incidenza e Mortalità 2006-2008, Regione Umbria

Risultati

Tabella 4: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 del cancro dell'esofago, per ASL Regione Umbria, maschi.

Maschi	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	4	6.7	6.4 (1.8)	5	7.2	6.8 (1.8)
ASL 2	5	2.7	2.5 (0.7)	6	3.3	3.3 (0.8)
ASL 3	1	1.7	1.5 (0.8)	2	2.6	2.2 (0.9)
ASL 4	4	3.4	3.0 (0.9)	3	3.4	3.0 (0.9)
Umbria	14	3.3	3.1 (0.5)	16	3.8	3.5 (0.5)

Tabella 5: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 del cancro dell'esofago, per ASL Regione Umbria, femmine.

Femmine	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	1	1.0	0.5 (0.3)	1	0.5	0.2 (0.2)
ASL 2	1	0.4	0.2 (0.1)	1	0.5	0.3 (0.2)
ASL 3	2	2.4	1.4 (0.6)	1	1.6	0.9 (0.5)
ASL 4	2	2.0	1.2 (0.5)	2	1.7	1.1 (0.4)
Umbria	6	1.2	0.7 (0.2)	5	1.0	0.6 (0.2)

Il numero annuo di nuovi casi di cancro dell'esofago è di 14 nei maschi e di 6 nelle femmine, mentre il numero annuo di morti è 16 nei maschi e 5 nelle femmine. Il tasso standardizzato di incidenza è 3.1 nei maschi e 0.7 nelle femmine, mentre il tasso standardizzato di mortalità è 3.5 nei maschi e 0.6 nelle femmine. I tassi standardizzati di incidenza e mortalità sono notevolmente più elevati nella popolazione maschile (Tabelle 4 e 5).

Confronto per ASL

Il tasso standardizzato di incidenza è più elevato nella ASL 1 per i maschi e nella ASL 3 per le femmine, mentre il tasso standardizzato di mortalità è maggiore nella ASL 1 per i maschi e nella ASL 4 per le femmine (Tabelle 4 e 5) [2].

Trend temporali di incidenza e mortalità per il periodo 1994-2007, Regione Umbria

Risultati

Tabella 6: APC incidenza e mortalità (periodo 1994-2007) per cancro dell'esofago Regione Umbria, maschi.

	APC Incidenza	APC Mortalità
Maschi	-5.59*	-4.85*
Femmine	-	-

* variazione statisticamente significativa

Variazione media annuale (APC) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) di incidenza e mortalità per tumore maligno dell'esofago per il periodo 1994-2007 (Tabella 6 e Figura 2)

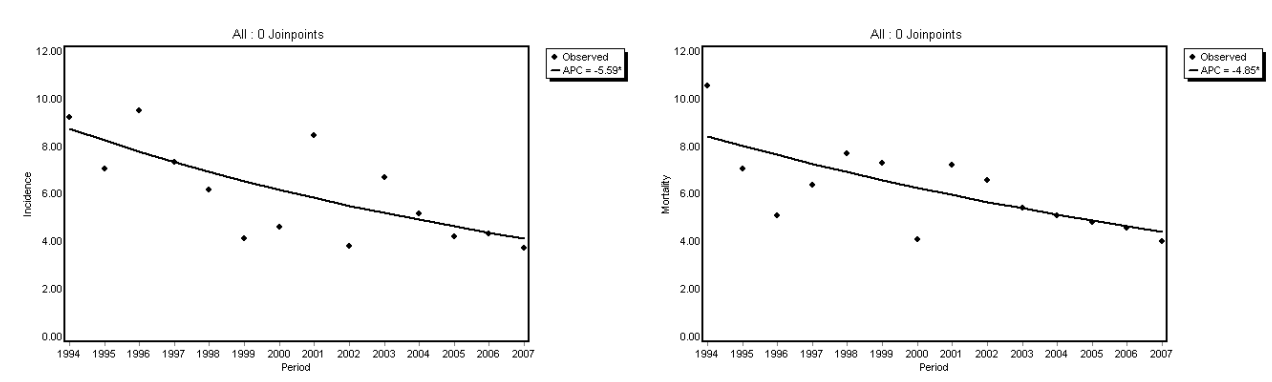


Figura 2: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, cancro dell'esofago Regione Umbria, maschi.

I trend temporali umbri di incidenza e mortalità nei maschi mantengono l'andamento discendente (statisticamente significativo) già delineatosi negli anni Novanta (Tabella 6 e Figura 2).

Trend italiano di incidenza e mortalità e confronto con il trend umbro

APC Incidenza maschi 1998-2005 = - 1.9 (*) APC Incidenza femmine 1998-2005 = - 0.1
 APC Mortalità maschi 1998-2005 = - 2.5 (*) APC Mortalità femmine 1998-2005 = + 1.0

I trend umbri sono in accordo con quelli italiani. L'andamento dell'incidenza e della mortalità è nei maschi in decremento statisticamente significativo mentre nelle femmine i trend di incidenza e mortalità sono sostanzialmente stabili.

In entrambi i sessi l'incidenza e la mortalità sono più elevate al Nord rispetto al Centro-Sud, dove si osservano valori pressoché simili. Il trend di riduzione di incidenza e di mortalità che si osserva nel sesso maschile è evidente al Centro e al Nord, ma non nelle aree meridionali [1].

Commento

L'incidenza e la mortalità nei maschi mostrano un andamento decisamente favorevole (APC incidenza = - 5.59*; APC mortalità = - 4.55*), mentre il trend femminile risulta poco rassicurante [6, 7].

Nelle femmine, assumendo che il trend italiano sia sovrapponibile al trend regionale che non è stato analizzato per il ridotto numero di casi, è verosimile che un tale quadro epidemiologico rifletta una modificazione dell'esposizione ai fattori di rischio nei due sessi: in particolare si sono riscontrati una diminuzione dell'assunzione di alcool e del fumo di sigaretta nei maschi ed un aumento notevole di entrambi nelle femmine [9].

CANCRO DELLO STOMACO (C16)

Incidenza e Mortalità 2006-2008, Regione Umbria

Risultati

Tabella 7: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 del cancro dello stomaco, per ASL Regione Umbria, maschi.

Maschi	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	42	65.1	60.6 (5.3)	29	45.4	43.6 (4.6)
ASL 2	72	41.4	40.7 (2.7)	55	31.0	30.7 (2.4)
ASL 3	31	40.1	35.7 (3.7)	23	30.2	26.9 (3.2)
ASL 4	40	36.7	32.0 (2.9)	33	30.3	26.2 (2.6)
Umbria	185	43.5	40.5 (1.7)	140	32.9	30.7 (1.5)

Tabella 8: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 del cancro dello stomaco, per ASL Regione Umbria, femmine.

Femmine	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	30	43.5	29.5 (3.2)	22	31.8	20.8 (2.6)
ASL 2	50	27.0	19.9 (1.6)	43	22.9	15.9 (1.4)
ASL 3	22	27.3	19.2 (2.4)	16	20.0	11.5 (1.7)
ASL 4	29	24.2	16.6 (1.8)	24	20.3	13.1 (1.6)
Umbria	131	28.8	20.2 (1.0)	105	23.0	15.1(0.9)

Il numero annuo di nuovi casi di cancro dello stomaco è 185 nei maschi e 131 nelle femmine, mentre il numero annuo di morti è 140 nei maschi e 105 nelle femmine. Il tasso standardizzato di incidenza è 40.5 nei maschi e 20.2 nelle femmine mentre il tasso standardizzato di mortalità è 30.7 nei maschi e 15.1 nelle femmine. I tassi standardizzati di incidenza e di mortalità nei maschi sono pressoché doppi che nelle femmine (Tabelle 7 e 8).

Confronto per ASL

In entrambi i sessi i valori dei tassi standardizzati di incidenza e di mortalità sono considerevolmente più elevati nella ASL 1 e si discostano apprezzabilmente dai valori riscontrati nelle altre ASL (Tabelle 7 e 8) [2].

Trend temporali di incidenza e mortalità per il periodo 1994-2007, Regione Umbria

Risultati

Tabella 9: APC incidenza e mortalità (periodo 1994-2007) per cancro dello stomaco Regione Umbria, maschi e femmine.

	APC Incidenza	APC Mortalità
Maschi	-2.81*	-3.14*
Femmine	-3.32*	-3.75*

* variazione statisticamente significativa

Variazione media annuale (APC) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) di incidenza e mortalità per tumore maligno dello stomaco per il periodo 1994-2007 (Tabella 9 e Figura 3)

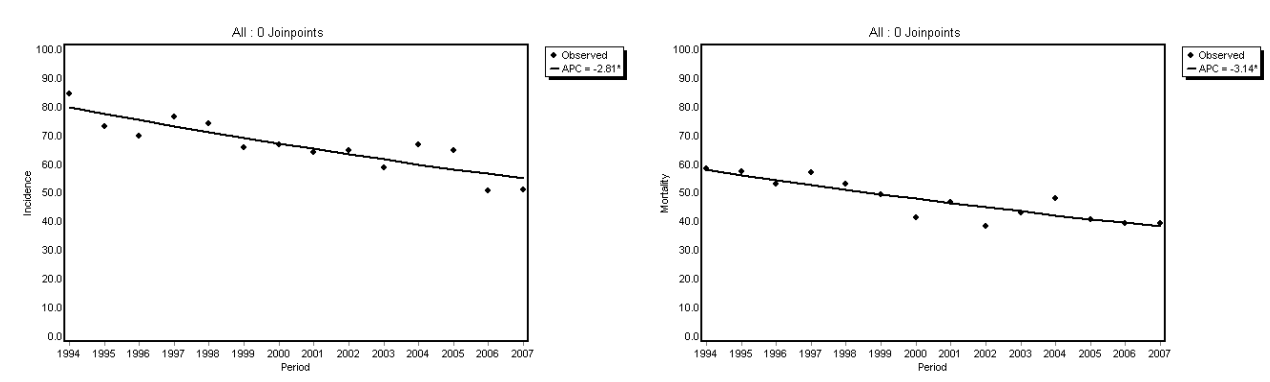


Figura 3: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, cancro dello stomaco Regione Umbria, maschi.

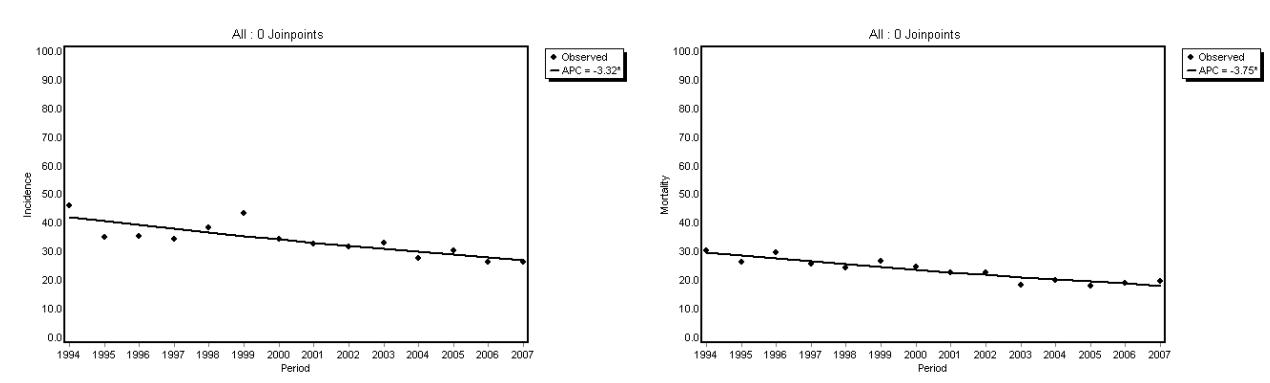


Figura 4: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, cancro dello stomaco Regione Umbria, femmine.

Il tumore maligno dello stomaco è situato verso il quarto/quinto posto nelle graduatorie umbre sia nella popolazione maschile che in quella femminile [3].

I trend di incidenza e mortalità mostrano un andamento decrescente significativo in ambo i sessi (Tabella 9 e Figura 3).

Trend italiano di incidenza e mortalità e confronto con il trend umbro

APC Incidenza maschi 1998-2005 = - 3.3 (*) APC Incidenza femmine 1998-2005 = - 3.5 (*)

APC Mortalità maschi 1998-2003 = - 2.1 (*) APC Mortalità femmine 1998-2005 = - 3.5 (*)

APC Mortalità maschi 2003-2005 = - 8.2

I trend recenti dell'incidenza (APC maschi = - 3.3*; APC femmine = - 3.5) e della mortalità sono in continuità con le tendenze decrescenti di lungo periodo. In Italia negli anni 2003-2005 il tumore maligno dello stomaco è stato il quinto tumore maligno per frequenza sia nella popolazione maschile che in quella femminile ed ha rappresentato la quarta causa di morte neoplastica nei maschi e la quinta nelle femmine.

Tanto l'incidenza quanto la mortalità sono più alte nell'Italia centrale, seguita dall'Italia del Nord e da quella meridionale e insulare.

Il declino dell'incidenza è più spiccato nell'Italia centro-settentrionale rispetto all'Italia meridionale e insulare [1].

Commento

Sia la mortalità che l'incidenza sono in diminuzione costante (statisticamente significativa) in entrambi i sessi, quindi il trend è favorevole [6, 7]. Tuttavia si può solo ipotizzare la ragione di tale andamento che è verosimilmente da attribuire ad una minore esposizione ai principali fattori di rischio (*Helicobacter pylori*, dieta ricca di cibi conservati e carni rosse).

Il decremento della mortalità può essere attribuito alla riduzione del numero di nuovi casi dal momento che si tratta di un tumore ad elevata letalità.

Nonostante l'andamento favorevole, permangono in ambito regionale zone di elevata incidenza e mortalità (ASL 1, Città di Castello) [2], da qui l'esigenza di definire sistemi di sorveglianza per studiare la diffusione dei supposti fattori di rischio ed eventuali interventi anche in via sperimentale. Lo screening viene sperimentato in popolazioni ad alto rischio (Paesi asiatici, in particolare Giappone) e si basa sulla ricerca delle lesioni correlate all'infezione da *Helicobacter pylori* o sulla ricerca di lesioni da gastrite cronica, tramite esame endoscopico.

CANCRO DEL COLON RETTO (C18-C20)

Incidenza e Mortalità 2006-2008, Regione Umbria

Risultati

Tabella 10: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 del cancro del colon retto, per ASL Regione Umbria, maschi.

Maschi	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	79	121.9	114.8 (7.4)	28	43.4	40.1 (4.3)
ASL 2	209	120.3	117.9 (4.6)	79	45.4	45.0 (2.8)
ASL 3	83	106.9	98.6 (6.2)	29	37.5	33.2 (3.5)
ASL 4	152	139.5	121.6 (5.6)	52	48.0	41.2 (3.2)
Umbria	523	123.0	114.7 (2.9)	188	44.3	41.0 (1.7)

Tabella 11: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 del cancro del colon retto, per ASL Regione Umbria, femmine.

Femmine	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	49	71.8	55.6 (4.7)	25	37.1	27.0 (3.2)
ASL 2	159	85.5	68.6 (3.2)	65	34.7	24.8 (1.8)
ASL 3	74	90.1	67.3 (4.7)	24	29.3	19.4 (2.4)
ASL 4	114	96.4	70.0 (3.9)	47	39.5	25.0 (2.2)
Umbria	396	87.1	66.8 (2.0)	161	35.3	24.1 (1.1)

Il numero annuo di nuovi casi di cancro del colon retto è 523 per la popolazione maschile e 396 per quella femminile; il tasso standardizzato di incidenza risulta molto più elevato nei maschi rispetto alle femmine. Il numero annuo dei morti è 188 per la popolazione maschile e 161 per la popolazione femminile.

Il tasso standardizzato di incidenza è 114.7 nei maschi e 66.8 nelle femmine, mentre il tasso standardizzato di mortalità è 41.0 nei maschi e 24.1 nelle femmine; il tasso standardizzato di mortalità è notevolmente maggiore nei maschi rispetto alle femmine (Tabelle 10 e 11).

Confronto per ASL

Relativamente alla popolazione maschile, il tasso standardizzato di incidenza risulta più elevato nella ASL 4, mentre quello di mortalità è maggiore nella ASL 2.

Relativamente alla popolazione femminile il tasso standardizzato di incidenza risulta più elevato nella ASL 4 mentre quello di mortalità è maggiore nella ASL 1 (Tabelle 10 e 11) [2].

Trend temporali di incidenza e mortalità per il periodo 1994-2007, Regione Umbria

Risultati

Tabella 12: APC incidenza e mortalità (periodo 1994-2007) per cancro del colon Regione Umbria, maschi e femmine.

	APC Incidenza	APC Mortalità
Maschi	2.21*	-0.42*
Femmine	1.48*	0.74

*variazione statisticamente significativa

Variazione media annuale (APC) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) di incidenza e mortalità per tumore maligno del colon (C18-C19) per il periodo 1994-2007 (Tabella 12 e Figura 5-6)

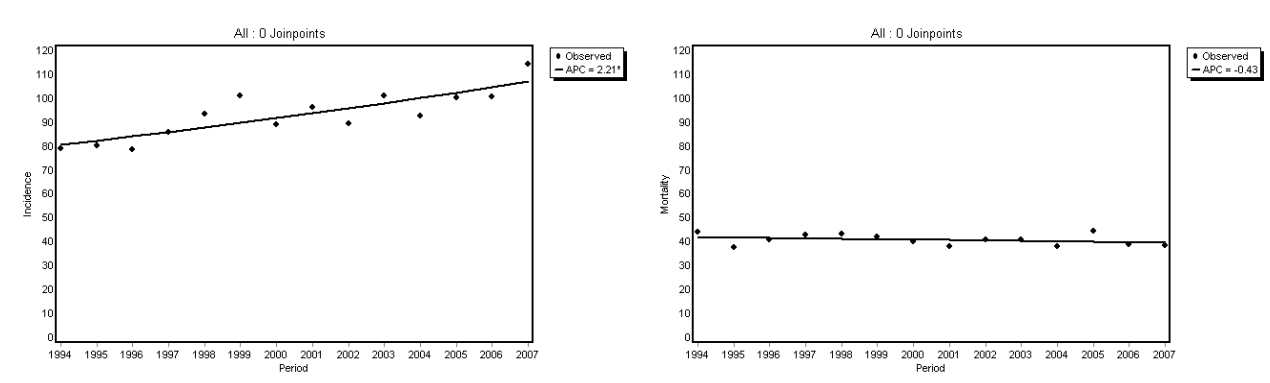


Figura 5: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, cancro del colon Regione Umbria, maschi.

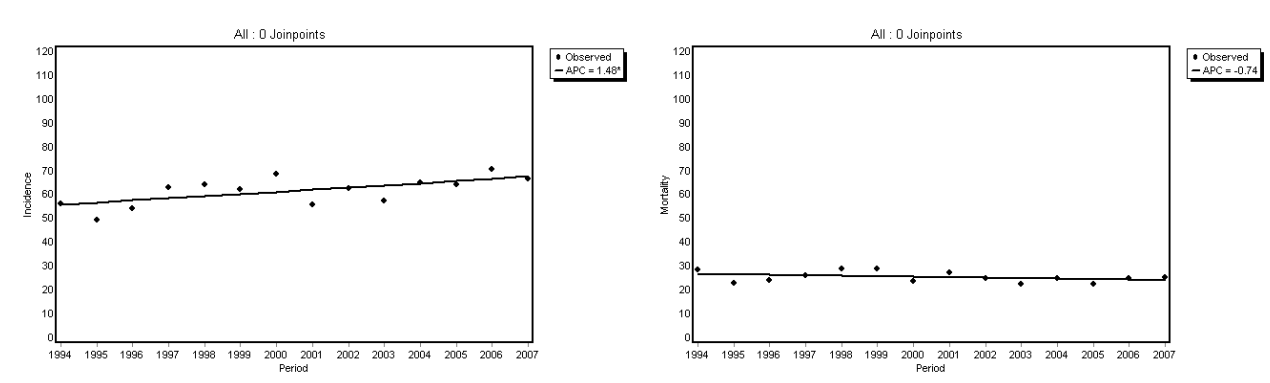


Figura 6: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, cancro del colon Regione Umbria, femmine.

Tabella 13: APC incidenza e mortalità (periodo 1994-2007) per cancro del retto Regione Umbria, maschi e femmine.

	APC Incidenza	APC Mortalità
Maschi	0.19	-1.33
Femmine	-0.68	-3.98*

* variazione statisticamente significativa

Variazione media annuale (APC) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) di incidenza e mortalità per tumore maligno del retto (C20-C21) per il periodo 1994-2007 (Tabella 13 e Figure 7 e 8)

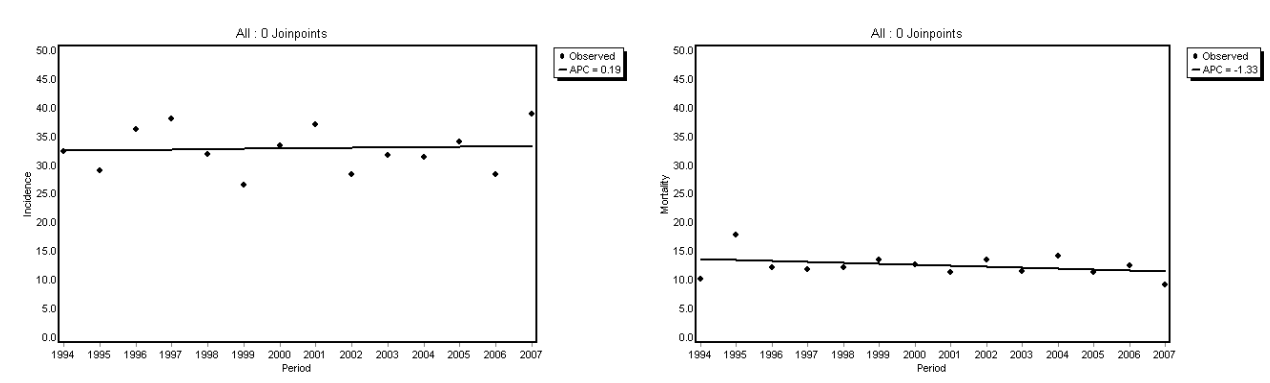


Figura 7: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, cancro del retto Regione Umbria, maschi.

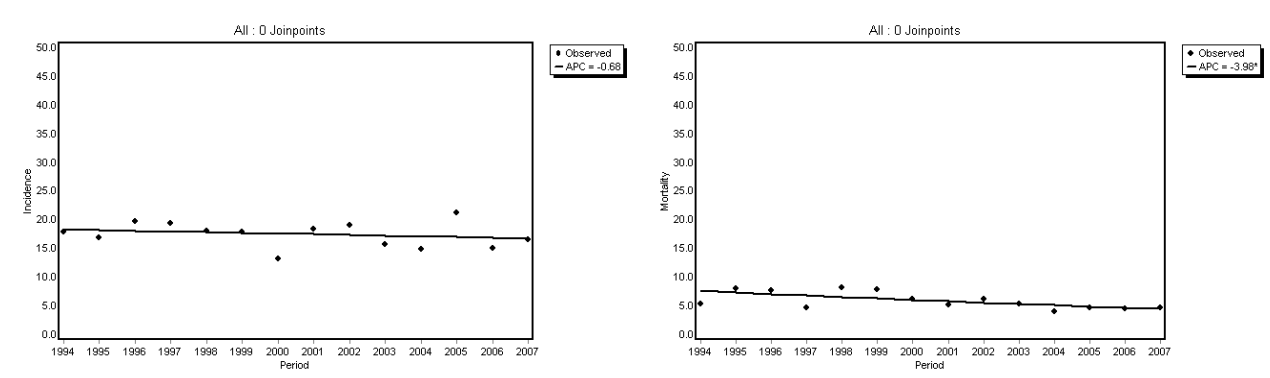


Figura 8: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, cancro del retto Regione Umbria, femmine.

Trend contrastanti (aumento dell'incidenza e diminuzione della mortalità) si evidenziano per i tumori maligni del colon in ambo i sessi e del retto nei maschi, mentre nelle femmine per quest'ultima sede, si assiste ad un decremento che per la mortalità è statisticamente significativo (APC = - 3.98) (Tabella 13 e Figure 7 e 8).

Trend italiano di incidenza e mortalità del colon retto e confronto con il trend umbro

APC Incidenza maschi 1998-2005 = + 0.8 (*) APC Incidenza femmine 1998-2005 = + 0.6
APC Mortalità maschi 1998-2005 = - 0.5 APC Mortalità femmine 1998-2005 = - 1.4 (*)

Dopo essere aumentata per decenni, l'incidenza mostra attualmente un rallentamento del trend tra i maschi con un APC pari a + 0.8 ed una stabilizzazione tra le femmine.

La mortalità mostra una lieve flessione, significativa per le femmine (APC = -1.4).

L'attuale incidenza non mostra una certa eterogeneità per età, mentre la riduzione della mortalità appare più marcata nella popolazione d'età minore di 50 anni.

Nell'Italia meridionale ed insulare, l'incidenza è più bassa (come la mortalità), ma il suo trend è meno favorevole che nell'Italia centro-settentrionale.

Nel Meridione si rilevano trend in crescita sia tra i maschi che tra le femmine [1].

Commento

In seguito all'introduzione dello screening (ricerca periodica del sangue occulto nelle feci) introdotta nella Regione Umbria nel 2006 [5, 9], si è verificato un aumento dell'incidenza dei tumori maligni del colon mentre non si sono riscontrati effetti sulla mortalità specifica [6, 7]; tuttavia si prevede una riduzione della mortalità e anche dell'incidenza per la rimozione dei polipi che riduce la prevalenza di lesioni suscettibili di trasformazione maligna nella popolazione, ovvero delle lesioni che alimentano l'incidenza dei tumori maligni.

Da rilevare è la riduzione della mortalità per il sesso maschile relativamente al tumore maligno del retto verosimilmente da attribuire al miglioramento delle terapie.

TUMORI MALIGNI DEL FEGATO E DEI DOTTI INTRAEPATICI (C22)

Incidenza e Mortalità 2006-2008, Regione Umbria

Risultati

Tabella 14: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 dei tumori maligni del fegato e dei dotti intraepatici, per ASL Regione Umbria, maschi.

Maschi	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	16	25.3	23.7 (3.4)	13	20.7	19.2 (3.0)
ASL 2	33	19.1	18.4 (1.8)	36	20.7	19.7 (1.9)
ASL 3	16	20.3	19.1 (2.8)	17	21.5	19.3 (2.7)
ASL 4	24	21.7	18.6 (2.2)	22	19.9	16.9 (2.1)
Umbria	89	20.9	19.3 (1.2)	88	20.6	18.7 (1.1)

Tabella 15: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 dei tumori maligni del fegato e dei dotti intraepatici, per ASL Regione Umbria, femmine.

Femmine	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	6	8.8	6.8 (1.6)	8	11.7	9.0 (1.9)
ASL 2	19	10.2	7.9 (1.1)	24	12.7	9.1 (1.1)
ASL 3	10	12.2	8.1 (1.5)	12	14.3	9.5 (1.7)
ASL 4	13	10.7	7.2 (1.2)	8	7.3	4.8 (1.0)
Umbria	48	10.5	7.6 (0.6)	52	11.4	8.0 (0.6)

Il numero annuo di nuovi casi di cancro del fegato e dei dotti intraepatici nella Regione Umbria è di 89 per i maschi e 48 per le femmine, mentre il numero annuo di morti è di 88 nei maschi e 52 nelle femmine. Il tasso standardizzato di incidenza è 19.3 nei maschi e 7.6 nelle femmine, mentre il tasso standardizzato di mortalità è 18.7 nei maschi e 8.0 nelle femmine. I tassi standardizzati di incidenza e mortalità risultano più elevati nei maschi (Tabelle 14 e 15).

Confronto per ASL

Facendo un confronto fra le ASL, il tasso standardizzato di incidenza è più elevato nei maschi nella ASL 1 e nella ASL 3 nelle femmine; il tasso standardizzato di mortalità è più elevato nella ASL 2 per i maschi e nella ASL 3 per le femmine (Tabelle 14 e 15) [2].

Trend temporali di incidenza e mortalità per il periodo 1994-2007, Regione Umbria

Risultati

Tabella 16: APC incidenza e mortalità (periodo 1994-2007) per tumori maligni del fegato e dei dotti intraepatici Regione Umbria, maschi e femmine.

	APC Incidenza	APC Mortalità
Maschi	-0.88	1994-1996 = 23.12 1997-2000 = -12.25* 2000-2007 = 5.23*
Femmine	-0.66	-2.78*

* variazione statisticamente significativa

Variazione media annuale (APC) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) di incidenza e mortalità per tumori maligni del fegato e dei dotti intraepatici per il periodo 1994-2007 (Tabella 16 e Figure 9 e 10)

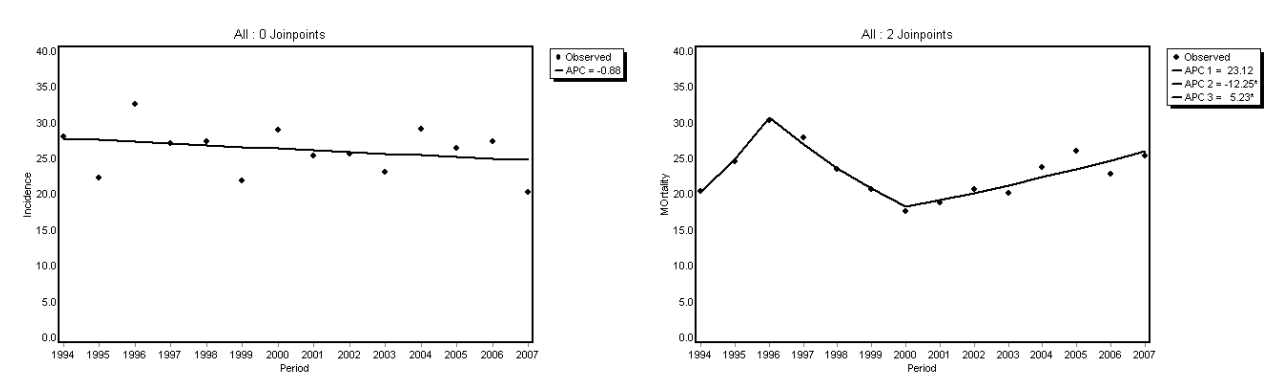


Figura 9: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, tumori maligni del fegato e dei dotti intraepatici Regione Umbria, maschi.

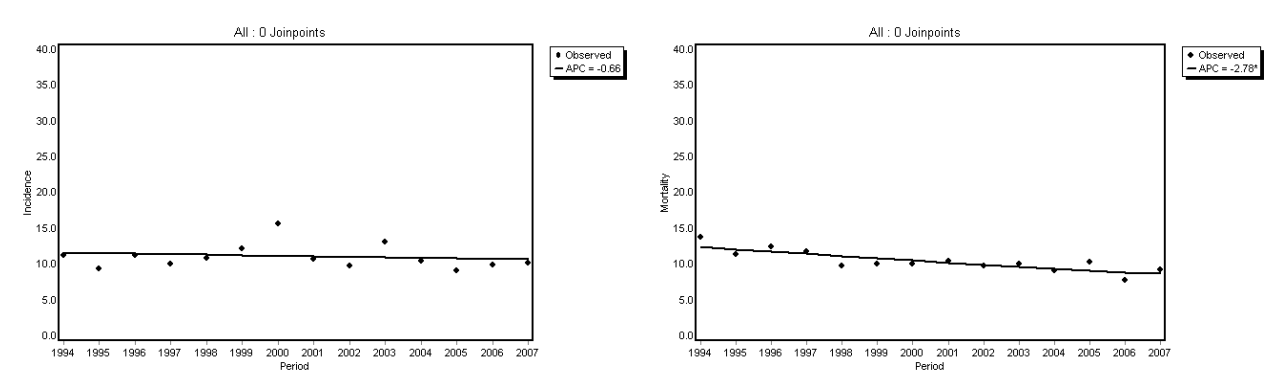


Figura 10: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, tumori maligni del fegato e dei dotti intraepatici Regione Umbria, femmine.

L'incidenza umbra mostra un trend in diminuzione non significativo in ambo i sessi mentre per la mortalità, il trend è in diminuzione non significativa nelle femmine e ha un andamento piuttosto instabile nei maschi, con un picco verso la metà degli anni Novanta, una repentina discesa sino al 2000 ed una successiva ascesa stabile (Tabella 16 e Figure 9 e 10).

Trend italiano di incidenza e mortalità e confronto con il trend umbro

APC Incidenza maschi 1998-2005 = - 0.7 APC Incidenza femmine 1998-2005 = - 1.0
APC Mortalità maschi 1998-2005 = - 1.2 (*) APC Mortalità femmine 1998-2005 = - 1.3 (*)

In Italia in entrambi i sessi l'incidenza conserva il trend stabile che è in corso dalla metà degli anni Novanta (decremento statisticamente non significativo). La mortalità conserva il lieve trend discendente con APC statisticamente significativo[1].

Commento

I tumori maligni del fegato e dei dotti intraepatici sono neoplasie relativamente frequenti e ad alta letalità [6, 7] per le quali tuttavia gli interventi diagnostici e terapeutici non hanno subito in Umbria un miglioramento apprezzabile [2].

La mortalità è di difficile interpretazione: mentre in Italia è in costante decremento, in Umbria nel sesso maschile presenta un andamento altalenante [7]. A tutt'oggi non si hanno dati sufficienti per stabilire se un tale quadro epidemiologico sia da attribuire al ruolo dell'immigrazione o ad un problema di codifica nei certificati di morte.

La diversa frequenza nei due sessi dipende dalla differente esposizione ai fattori eziologici [9]: i virus epatitici HBV e HCV ed il consumo eccessivo di alcool sono riconosciuti come fattori eziologici di massima importanza seguiti dal fumo di sigaretta e dalle aflatossine (presenti negli alimenti contaminati da miceti del genere *Aspergillus* in seguito a non adeguata conservazione degli alimenti).

In particolare la vaccinazione contro l'epatite B, resa obbligatoria nel 1991 per tutti i nuovi nati contribuirà a ridurre l'incidenza proteggendo dall'infezione le nuove generazioni e riducendo così i casi di cirrosi e di epatocarcinoma. Allo stesso modo le procedure di prevenzione dell'epatite C mediante il controllo dei donatori e l'uso di materiale sterile in ambito medico chirurgico ridurranno progressivamente anche il rischio cancerogeno da HCV [9].

TUMORI MALIGNI DEI BRONCHI E DEL POLMONE (C34)

Incidenza e Mortalità 2006-2008, Regione Umbria

Risultati

Tabella 17: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 dei tumori maligni dei bronchi e del polmone, per ASL Regione Umbria, maschi.

Maschi	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	70	108.5	101.2 (6.9)	58	90.4	83.3 (6.0)
ASL 2	154	88.3	85.4 (3.9)	134	77.2	74.3 (3.6)
ASL 3	82	106.0	96.2 (6.1)	76	97.4	87.4 (5.7)
ASL 4	107	98.2	85.3 (4.7)	94	86.0	74.0 (4.3)
Umbria	413	97.1	89.8 (2.5)	362	85.1	78.0 (2.3)

Tabella 18: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 dei tumori maligni dei bronchi e del polmone, per ASL Regione Umbria, femmine.

Femmine	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	19	27.4	22.2 (3.0)	14	20.0	14.9 (2.4)
ASL 2	59	31.5	26.3 (2.0)	44	24.0	19.0 (1.7)
ASL 3	24	29.7	23.8 (2.0)	21	25.3	18.6 (2.4)
ASL 4	42	35.8	28.1 (2.5)	34	29.0	20.5 (2.1)
Umbria	144	31.7	18.9 (1.0)	113	24.9	18.8 (1.0)

Il numero annuo di nuovi casi di cancro di bronchi e polmone in Umbria è 413 nei maschi e 144 nelle femmine; il numero annuo di morti è 362 nei maschi e 113 nelle femmine. Il tasso standardizzato di incidenza è 89.8 nei maschi e 18.9 nelle femmine; il tasso standardizzato di mortalità è 78.0 nei maschi e 18.8 nelle femmine. Da ciò si evince che i tassi standardizzati di incidenza e mortalità sono considerevolmente più elevati nei maschi rispetto alle femmine (Tabelle 17 e 18).

Confronto per ASL

Il tasso standardizzato di incidenza maschile è più elevato nella ASL 1, quello di mortalità nella ASL 3. Entrambi i tassi risultano maggiori nella ASL 4 nelle femmine (Tabelle 17 e 18) [2].

Trend temporali di incidenza e mortalità per il periodo 1994-2007, Regione Umbria

Risultati

Tabella 19: APC incidenza e mortalità (periodo 1994-2007) per tumori maligni dei bronchi e del polmone Regione Umbria, maschi e femmine.

	APC Incidenza	APC Mortalità
Maschi	-1.53*	-1.14*
Femmine	2.08*	2.29*

* variazione statisticamente significativa

Variatione media annuale (APC) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) di incidenza e mortalità per tumori maligni di bronchi e del polmone per il periodo 1994-2007 (Tabella 19 e Figure 11-12)

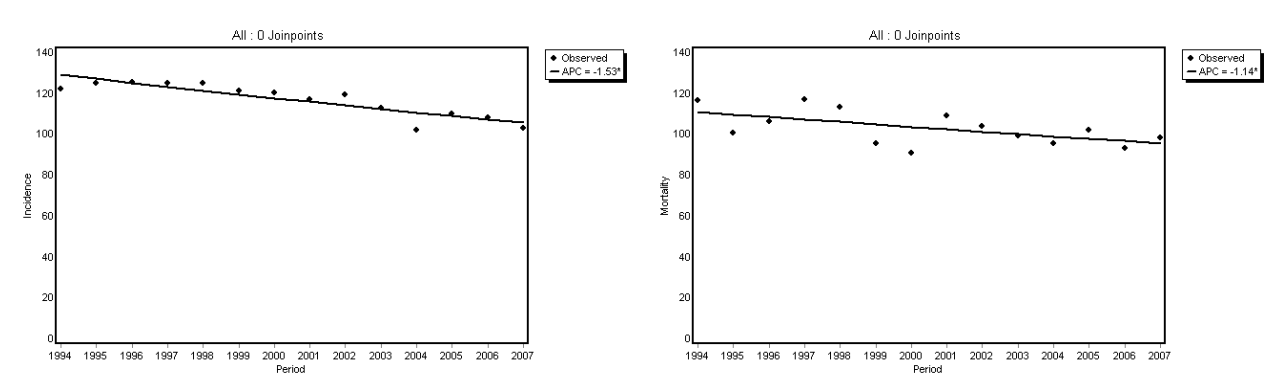


Figura 11: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, tumori maligni dei bronchi e del polmone Regione Umbria, maschi .

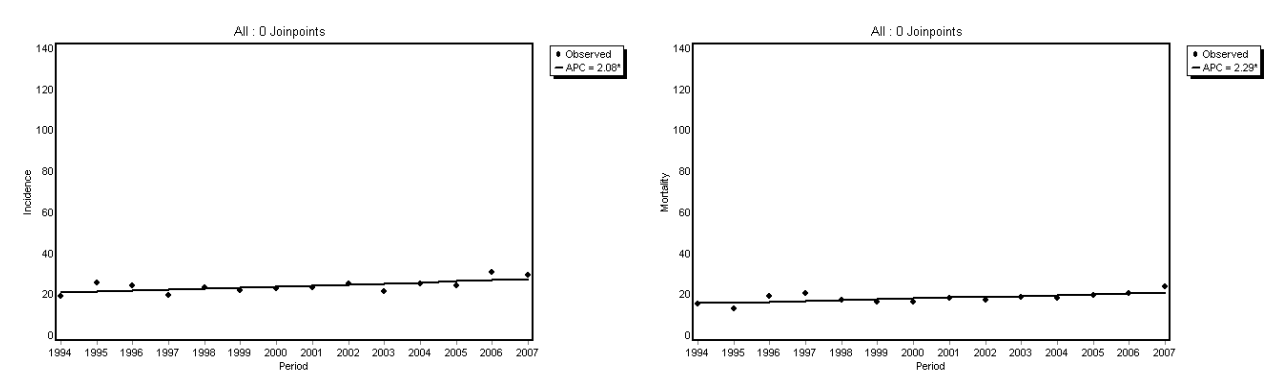


Figura 12. trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, tumori maligni dei bronchi e del polmone Regione Umbria, femmine.

Sia l'incidenza che la mortalità per tumori maligni dei bronchi e del polmone in Umbria diminuiscono nei maschi in maniera significativa, mentre i corrispondenti indici delle femmine aumentano significativamente (trend sfavorevole) (Tabella 19 e Figure 11 e 12).

Trend italiano di incidenza e mortalità e confronto con il trend umbro

APC Incidenza maschi 1998-2005 = - 2.6 (*) APC Incidenza femmine 1998-2005 = + 1.3 (*)
APC Mortalità maschi 1998-2005 = - 2.3 (*) APC Mortalità femmine 1998-2005 = + 1.5 (*)

Nella popolazione maschile, gli ultimi anni di registrazione sono stati segnati da un'accentuazione del trend discendente dell'incidenza, statisticamente significativo (APC = - 2.6*).

Tra le femmine (APC = + 1.3*) prosegue l'aumento di lungo periodo.

I trend della mortalità (APC maschi = - 2.3*; APC femmine = + 1.5*) sono paralleli a quelli dell'incidenza.

Nei maschi la riduzione dell'incidenza e della mortalità è confinata sotto i 70 anni di età. L'incidenza è più alta al Nord che al Centro e al Sud, ma il trend discendente è uniformemente distribuito. Nelle femmine l'incidenza mostra un gradiente decrescente Nord-Sud, mentre il suo aumento temporale mostra un gradiente opposto [1].

Commento

Presumibilmente la diminuzione di incidenza e mortalità nel sesso maschile e l'aumento costante nel sesso femminile dipendono da un'inversione delle abitudini al fumo riscontrata negli ultimi anni nei due sessi [6, 7]. Le variazioni nei trend sono legate alla diversa quota di esposizione a fumo di tabacco, storicamente appannaggio del sesso maschile. Infatti, nel tempo si è assistito ad una graduale riduzione dei fumatori maschi e ad un incremento o ad una stabilità tra le fumatrici tanto a livello regionale [9] quanto ad un livello nazionale.

L'elevata letalità e i modesti miglioramenti nell'efficacia della terapia avvenuti nel corso del periodo analizzato, rendono sostanzialmente simili gli andamenti di mortalità e di incidenza [2].

La prevalenza sostanzialmente stabile tra le fumatrici e la quota importante di fumatrici tra le più giovani fa presagire che anche nel prossimo futuro i tassi di incidenza e di mortalità per tumore maligno dei bronchi e del polmone tra le donne saranno in aumento sia nella Regione Umbria che nel resto del Paese.

MELANOMA CUTANEO (C43)

Incidenza e Mortalità 2006-2008, Regione Umbria

Risultati

Tabella 20: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 di melanoma cutaneo, per ASL Regione Umbria, maschi.

Maschi	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	11	17.6	17.1 (2.9)	3	4.1	3.7 (1.3)
ASL 2	18	10.1	10.1 (1.4)	5	2.9	2.8 (0.7)
ASL 3	10	12.9	12.4 (2.2)	2	3.0	2.7 (1.0)
ASL 4	16	15.0	13.5 (1.9)	5	4.3	3.8 (1.0)
Umbria	55	13.0	12.5 (1.0)	15	3.5	3.2 (0.5)

Tabella 21: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 di melanoma cutaneo, per ASL Regione Umbria, femmine.

Femmine	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	13	19.5	18.5 (3.0)	2	2.9	2.4 (1.0)
ASL 2	19	10.0	9.2 (1.2)	5	2.9	2.4 (0.6)
ASL 3	11	13.9	12.6 (2.2)	2	2.9	2.2 (0.9)
ASL 4	14	11.6	10.2 (1.6)	4	3.1	2.6 (0.8)
Umbria	57	12.5	11.5 (0.9)	13	2.9	2.4 (0.4)

Il numero annuo di nuovi casi di melanoma cutaneo in Umbria è di 55 nei maschi e 57 nelle femmine ed il numero annuo di morti è 15 nei maschi e 13 nelle femmine. Il tasso standardizzato di incidenza è 12.5 nei maschi e 11.5 nelle femmine, mentre il tasso standardizzato di mortalità è 3.2 nei maschi e 2.4 nelle femmine (Tabelle 20 e 21).

Confronto per ASL

Il tasso standardizzato di incidenza risulta apprezzabilmente maggiore nella ASL 1 sia nei maschi che nelle femmine. Il tasso standardizzato di mortalità è maggiore nella ASL 4 sia nei maschi che nelle femmine e non si discosta particolarmente dai valori riscontrati nelle altre ASL (Tabelle 20 e 21) [2].

Trend temporali di incidenza e mortalità per il periodo 1994-2007, Regione Umbria

Risultati

Tabella 22: APC incidenza e mortalità (periodo 1994-2007) per melanoma cutaneo Regione Umbria, maschi e femmine.

	APC Incidenza	APC Mortalità
Maschi	3.90*	2.02
Femmine	1.23	1.13

* variazione statisticamente significativa

Variazione media annuale (APC) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) di incidenza e mortalità per melanoma per il periodo 1994-2007 (Tabella 22 e Figure 13 e 14)

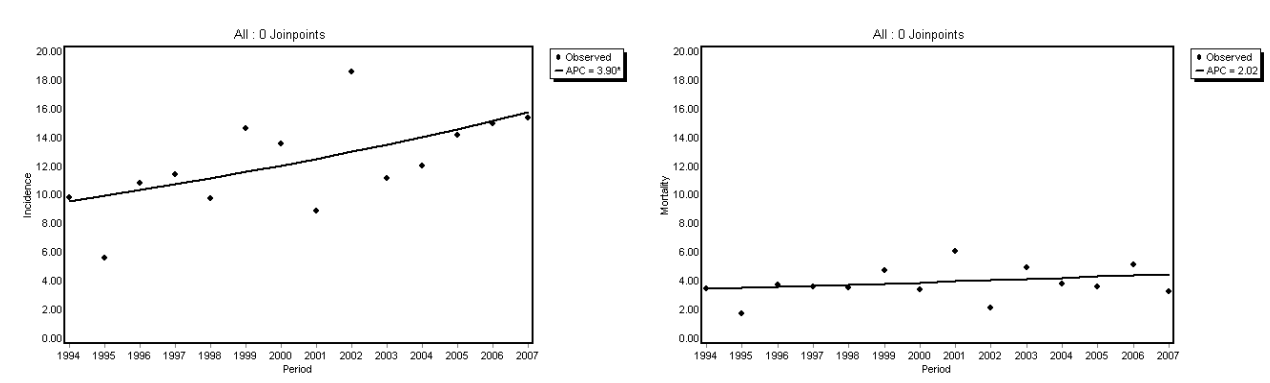


Figura 13: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, melanoma Regione Umbria, maschi.

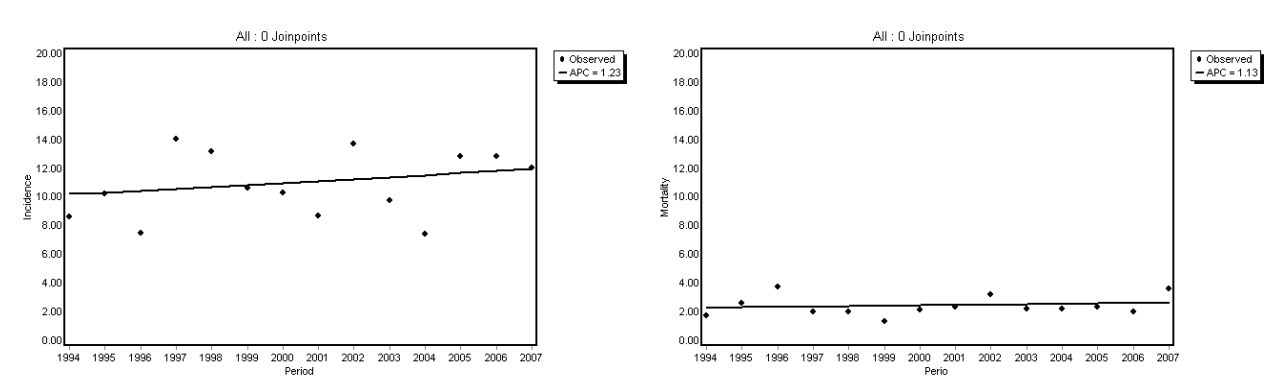


Figura 14: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, melanoma Regione Umbria, femmine.

L'incremento dell'incidenza del melanoma cutaneo in Umbria è comune ad entrambi i sessi e significativo nei maschi.

Per quanto riguarda l'incidenza, nel periodo 1994-2007, un solo segmento lineare è adeguato per descrivere il trend (non vi sono variazioni significative del trend).

Nei maschi si registra una variazione percentuale annua pari a + 3.90 e nelle femmine si registra un aumento (APC = + 1.23) sia pure non significativo dell'incidenza; i tassi di mortalità crescono in maniera non significativa in entrambi i sessi (trend sfavorevole sia per incidenza che per mortalità) (Tabella 22 e Figure 13 e 14).

Trend italiano di incidenza e mortalità e confronto con il trend umbro

APC Incidenza maschi 1998-2005 = + 3.8 (*) APC Incidenza femmine 1998-2005 = + 1.9 (*)

APC Mortalità maschi 1998-2005 = + 2.6 (*) APC Mortalità femmine 1998-2005 = - 0.3

I trend di incidenza e di mortalità umbri sono più sfavorevoli rispetto ai trend nazionali, tuttavia anche in Italia l'incidenza del melanoma cutaneo è in aumento sia nei maschi che nelle femmine, mentre la mortalità è in aumento significativo nei maschi e stabile nelle femmine.

Le variazioni temporali dell'incidenza e della mortalità non appaiono chiaramente correlate con l'età; i livelli sia di incidenza che di mortalità sono nettamente inferiori nel Meridione rispetto al Centro-Nord Italia [1].

Commento

Il quadro epidemiologico umbro è decisamente poco rassicurante: sia il trend di incidenza che quello di mortalità sono sfavorevoli in entrambi i sessi [6, 7].

L'aumento dell'incidenza del melanoma riflette verosimilmente un'augmentata esposizione a fattori di rischio (foto esposizione prolungata, esposizione saltuaria, esposizione nelle ore di maggiore irraggiamento, fototipo, familiarità) oltre alla diffusione, difficile da quantificare, delle attività di diagnosi precoce.

Il trend sfavorevole in entrambi i sessi, relativo alla mortalità oltre che all'incidenza, fa ipotizzare un possibile ruolo di alcuni determinanti quali aumento dell'esposizione a fattori di rischio e insufficiente sviluppo degli interventi di prevenzione primaria e secondaria.

CANCRO DELLA MAMMELLA FEMMINILE (C50)

Incidenza e Mortalità 2006-2008, Regione Umbria

Risultati

Tabella 23: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 del cancro della mammella femminile, per ASL Regione Umbria.

Femmine	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	92	135.3	119.3 (7.3)	26	38.1	29.3 (3.4)
ASL 2	254	136.4	121.4 (4.4)	66	35.3	28.1 (2.0)
ASL 3	110	134.5	114.9 (6.4)	33	40.7	29.5 (3.0)
ASL 4	178	150.2	124.3 (5.5)	51	43.1	31.7 (2.6)
Umbria	634	139.5	120.78 (2.8)	176	38.7	29.5 (1.3)

Il numero annuo di nuovi casi di cancro della mammella femminile in Umbria è 634, mentre il numero annuo di morti è 176. Il tasso standardizzato di incidenza nella Regione Umbria è 120.78 e quello di mortalità è 29.5 (Tabella 23).

Confronto per ASL

Il tasso standardizzato di incidenza è maggiore nella ASL 4, discostandosi relativamente dalle ASL 1 e ASL 2 e in misura maggiore dalla ASL 3.

Allo stesso modo, il tasso standardizzato di mortalità è più elevato nella ASL 4 e più basso nella ASL 2; tuttavia i valori di mortalità non sono dissimili nelle quattro ASL (Tabella 23) [2].

Trend temporali di incidenza e mortalità per il periodo 1994-2007, Regione Umbria

Risultati

Tabella 24: APC incidenza e mortalità (periodo 1994-2007) per cancro della mammella femminile, Regione Umbria.

	APC Incidenza	APC Mortalità
Femmine	1994-2001 = 3.34* 2002-2007 = -2.89*	-1.74*

* variazione statisticamente significativa

Variazione media annuale (APC) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) di incidenza e mortalità per tumore maligno della mammella femminile per il periodo 1994-2007 (Tabella 24 e Figura 15)

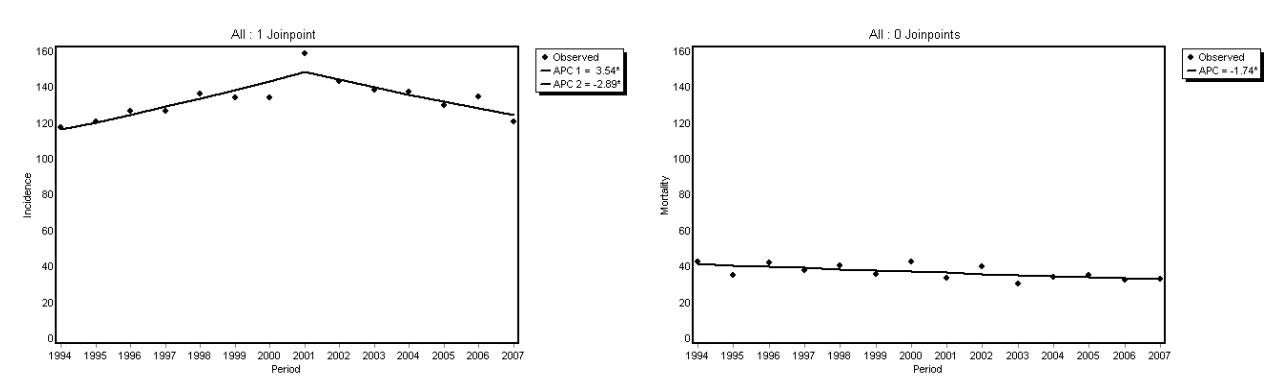


Figura 15: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, cancro della mammella femminile Regione Umbria.

Il tumore maligno della mammella si conferma come il tumore femminile più frequente, collocandosi al primo posto nella graduatoria della mortalità tumorale. Come si evince dal grafico, l'incidenza del cancro della mammella femminile aumenta fino all'anno 2001, per poi diminuire negli anni successivi, con un APC pari a - 2.89; sia l'incremento che la diminuzione sono statisticamente significativi. La mortalità invece, decresce in maniera significativa (Tabella 24 e Figura 15).

Trend italiano di incidenza e mortalità e confronto con il trend umbro

APC Incidenza 1998-2000 = + 3.4

APC Incidenza 2000-2005 = - 0.4

APC Mortalità 1998-2005 = - 1.0 (*)

L'andamento dell'incidenza e della mortalità in Italia è sovrapponibile a quello umbro ed è caratterizzato da un incremento dell'incidenza fino all'anno 2000 e da una successiva riduzione e da una diminuzione costante della mortalità.

Durante il periodo 1998-2005 e prima della riduzione del 2000, l'incidenza è aumentata particolarmente tra i 50-69 anni (APC = + 5.5*).

Il declino della mortalità, già in corso, è omogeneo nelle varie fasce d'età e statisticamente significativo per le donne di 50-69 anni.

L'inversione del trend di incidenza, osservata tra il 2000-2001, si è concentrata nell'Italia centrale, meridionale ed insulare. Si segnala incidenza in crescita tra le giovani donne [1].

Commento

In seguito all'introduzione dello screening (1997) si è riscontrato un picco dell'incidenza (2000-2001) ed un successivo decremento [9], ormai stabilizzatosi [6]; anche la mortalità è in diminuzione costante (APC mortalità = - 1. 74). La riduzione della mortalità [7] tuttavia era evidente già prima dell'introduzione dello screening di routine e dunque è da ascrivere in parte al miglioramento delle terapie.

Con l'avvento dello screening ci si sarebbe potuti attendere un'ulteriore flessione del trend di mortalità che invece non ha subito modificazioni (Figura 15). L'interpretazione del dato richiederebbe un'analisi mediante ricostruzione della storia di screening; è possibile che lo screening abbia infatti conseguito finora risultati piuttosto limitati o che esso abbia contribuito a mantenere il trend di mortalità favorevole iniziato in precedenza [4, 5].

CANCRO DELLA CERVICIA UTERINA (C53)

Incidenza e Mortalità 2006-2008, Regione Umbria

Risultati

Tabella 25: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 del cancro della cervicite uterina, per ASL Regione Umbria.

Femmine	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	5	6.8	6.5 (1.7)	2	2.9	2.3 (1.0)
ASL 2	13	7.2	6.7 (1.1)	3	1.8	1.5 (0.5)
ASL 3	7	7.7	6.8 (1.6)	1	0.4	0.4 (0.4)
ASL 4	11	9.6	7.8 (1.4)	2	2.0	1.3 (0.5)
Umbria	36	7.8	7.0 (0.7)	8	1.8	1.4 (0.3)

Il numero annuo di nuovi casi di cancro della cervicite uterina in Umbria è circa 36 mentre il numero annuo di morti è circa 8. Nella Regione Umbria il tasso standardizzato di incidenza è 7.0, quello di mortalità è 1.4 (Tabella 25).

Confronto per ASL

Il tasso standardizzato di incidenza è più elevato nella ASL 4 e risulta pressoché uniforme nelle altre ASL, mentre il tasso standardizzato di mortalità è più elevato nella ASL 1 e considerevolmente più basso nella ASL 3 (Tabella 25) [2].

Trend temporali di incidenza e mortalità per il periodo 1994-2007, Regione Umbria

Risultati

Tabella 26: APC incidenza e mortalità (periodo 1994-2007) per cancro della cervicite uterina, Regione Umbria.

	APC Incidenza	APC Mortalità
Femmine	-2.66*	-6.53*

*variazione statisticamente significativa

Variazione media annuale (APC) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) di incidenza e mortalità per tumore maligno della cervice uterina per il periodo 1994-2007 (Tabella 26 e Figura 16)

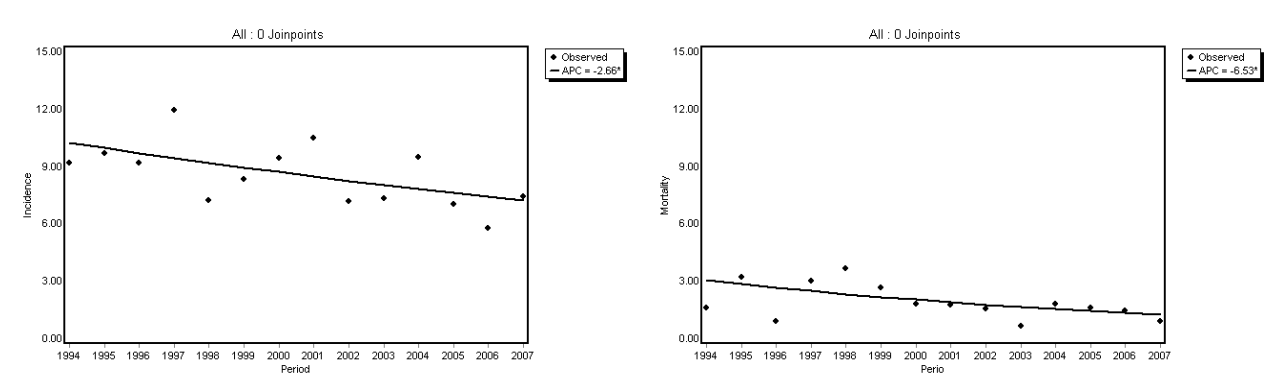


Figura 16: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, cancro della cervice uterina Regione Umbria.

Il trend temporale dei tassi di incidenza e di mortalità per cancro della cervice uterina è in significativa diminuzione. Tuttavia, gli andamenti relativi alla mortalità di questa sede risultano meno affidabili di quelli relativi all'incidenza, poiché i certificati di morte piuttosto raramente specificano la sottosede (Tabella 26 e Figura 16).

Trend italiano di incidenza e mortalità e confronto con il trend umbro

APC Incidenza 1998-2005 = - 3.4 (*)

APC Mortalità 1998-2005 = - 3.8

I trend umbri di incidenza e mortalità concordano pressappoco con i trend italiani (decremento significativo dell'incidenza e decremento non significativo della mortalità).

Il trend decrescente dell'incidenza coinvolge tutte le fasce d'età e così pure quello della mortalità.

I tassi di incidenza ed i loro trend risultano geograficamente omogenei, mentre la riduzione della mortalità è più spiccata nell'Italia centrale e più modesta nell'Italia meridionale e insulare [1].

Commento

Dal confronto dell'andamento temporale dell'incidenza, si evince un miglioramento del controllo del cancro della cervice uterina nella Regione Umbria. Grazie allo screening citologico (Pap test) ormai da tempo introdotto (1998), il cancro della cervice provoca meno di 40 nuovi casi e meno di 10 morti l'anno [6, 7]. Dapprima lo screening opportunistico e in anni più recenti la diffusione di interventi di screening programmato sono responsabili dell'andamento favorevole dell'incidenza e della mortalità.

È stato possibile apprezzare una più spiccata diminuzione della mortalità già a partire dai primi anni dall'introduzione dello screening, poiché il cancro della cervice ha uno sviluppo molto rapido; tuttavia l'interpretazione della mortalità è complessa dal momento che i certificati di morte non sempre indicano la sottosede (cancro del corpo dell'utero piuttosto che cancro della cervice).

In Umbria [4, 5] si è riscontrata un'elevata adesione allo screening e la non effettuazione del Pap Test sembra associata più che altro alla non percezione del rischio. Dallo Studio Passi [4, 5] si evince quanto la cittadinanza abbia scarsa rilevanza ai fini della partecipazione allo screening poiché probabilmente a livello regionale esiste una rete consultoriale capace di accogliere anche donne provenienti da altri Paesi.

Inoltre si prevede riduzione di oltre il 70% dell'incidenza tra due decenni grazie al piano di prevenzione vaccinale nei confronti del virus HPV nelle bambine nate dal 1997 [9].

CANCRO DELLA PROSTATA (C61)

Incidenza e Mortalità 2006-2008, Regione Umbria

Risultati

Tabella 27: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 del cancro della prostata, per ASL Regione Umbria.

Maschi	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	111	171.5	160.9 (8.7)	27	41.8	40.0 (4.3)
ASL 2	239	137.5	134.1 (5.0)	49	28.0	27.1 (2.2)
ASL 3	129	167.2	154.3 (7.8)	27	34.9	30.6 (3.3)
ASL 4	144	131.9	112.9 (5.4)	43	39.5	33.9 (2.9)
Umbria	623	146.6	135.9 (3.1)	146	34.3	31.6 (1.5)

Il numero annuo di nuovi casi di cancro della prostata in Umbria è 623, il numero annuo di morti è 146. Il tasso standardizzato di incidenza è 135.9 e il tasso standardizzato di mortalità è 31.6 (Tabella 27).

Confronto per ASL

Sia il tasso standardizzato di incidenza che quello di mortalità risultano maggiori nella ASL 1. Il tasso standardizzato di incidenza è marcatamente più basso nella ASL 4 mentre il tasso standardizzato di mortalità è apprezzabilmente minore nella ASL 2 e presenta una considerevole differenza con l'elevato valore riscontrato nella ASL 1 (Tabella 27) [2].

Trend temporali di incidenza e mortalità per il periodo 1994-2007, Regione Umbria

Risultati

Tabella 28: APC incidenza e mortalità (periodo 1994-2007) per cancro della prostata, Regione Umbria.

	APC Incidenza	APC Mortalità
Maschi	2.67*	-2.34*

*variazione statisticamente significativa

Variazione media annuale (APC) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) di incidenza e mortalità per tumore maligno della prostata per il periodo 1994-2007 (Tabella 28 e Figura 17)

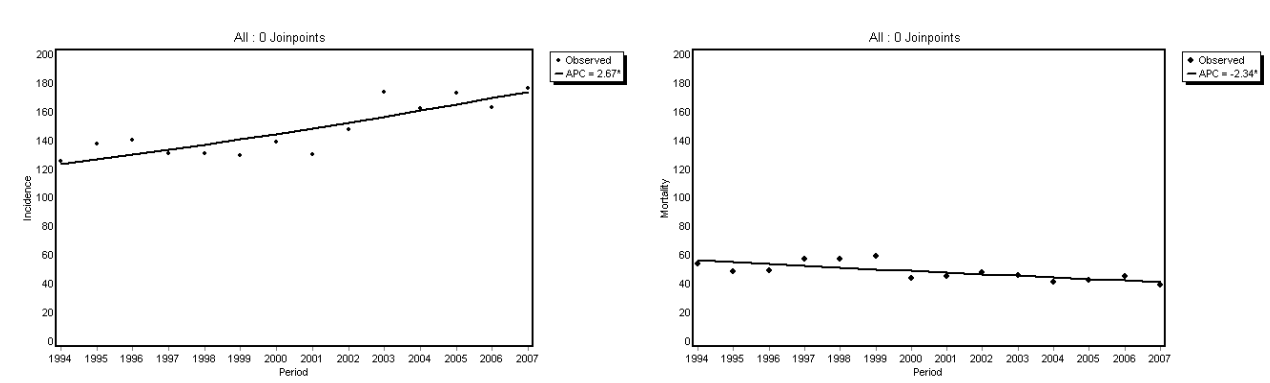


Figura 17: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, cancro della prostata Regione Umbria.

Il cancro della prostata è il tumore più frequente nei maschi; la sua incidenza ha subito un costante e significativo aumento (APC = + 2.67*), mentre la mortalità è in costante significativa riduzione (APC = - 2.34*) (Tabella 28 e Figura 17).

Trend italiano di incidenza e mortalità e confronto con il trend umbro

APC Incidenza maschi 1998-2003 = + 7.3 (*)

APC Incidenza maschi 2003-2005 = + 3.4

APC Mortalità maschi 1998-2005 = - 1.7 (*)

Il trend umbro non si discosta particolarmente dal trend italiano.

In Italia pur essendo crescente da tempo, il trend di incidenza ha mutato spesso la pendenza, con un aumento particolarmente netto all'inizio degli anni Novanta ed un rallentamento nel 2003; l'APC relativo al 1998-2003 è pari a + 7.3 e successivamente si stabilizza. Contemporaneamente la mortalità è diminuita in modo regolare [1].

Commento

La diffusione dello screening opportunistico del cancro della prostata basato sul dosaggio del PSA ha contribuito a determinare un incremento dell'incidenza [6] favorendo il fenomeno della sovradiagnosi; infatti l'esame permette di scoprire molti casi che sarebbero rimasti silenti e senza metastasi, mentre la letalità tra quelli che sarebbero comunque evoluti in forma clinicamente manifesta non è diminuita dalla diagnosi precoce.

La mortalità è fortemente ridotta [7], ma non si hanno allo stato attuale dati sufficienti per stabilire se un tale quadro epidemiologico sia dovuto allo screening o al miglioramento delle strategie terapeutiche o al concorso di entrambi i fattori.

CANCRO DELLA TIROIDE (C 73)

Incidenza e Mortalità 2006-2008, Regione Umbria

Risultati

Tabella 29: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 del cancro della tiroide, per ASL Regione Umbria, maschi.

Maschi	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	6	9.8	9.2 (2.1)	1	1.5	1.5 (0.9)
ASL 2	12	6.7	6.5 (1.1)	1	0.8	0.7 (0.4)
ASL 3	5	6.5	5.9 (1.5)	1	0.9	0.8 (0.5)
ASL 4	7	6.4	6.1 (1.3)	1	0.6	0.6 (0.4)
Umbria	30	7.1	6.7 (0.7)	4	0.9	0.8 (0.2)

Tabella 30: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 del cancro della tiroide, per ASL Regione Umbria, femmine.

Femmine	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	10	15.1	15.5 (2.8)	0.5	0.5	0.2 (0.2)
ASL 2	37	20.0	19.3 (1.8)	3	1.8	1.2 (0.4)
ASL 3	16	19.6	18.5 (2.7)	1.5	1.6	0.8 (0.4)
ASL 4	19	15.8	15.1 (2.0)	2	1.4	1.2 (0.5)
Umbria	82	18.1	17.6 (1.1)	7	1.5	1.0 (0.2)

Il numero annuo di nuovi casi di tumore maligno della tiroide è di 30 nei maschi e di 82 nelle donne, mentre il numero annuo di morti è 4 nei maschi e 7 nelle femmine. Il tasso standardizzato di incidenza è 6.7 nei maschi e 17.6 nelle femmine, mentre il tasso standardizzato di mortalità è 0.8 nei maschi e 1.0 nelle femmine. I tassi standardizzati di incidenza e di mortalità sono notevolmente più elevati nelle femmine (Tabelle 29 e 30).

Confronto per ASL

I tassi standardizzati di incidenza e di mortalità sono maggiori nella ASL 1 nei maschi; nella popolazione femminile il tasso standardizzato di incidenza è più elevato nella ASL 2 mentre il tasso di mortalità risulta maggiormente elevato nella ASL 2 e nella ASL 4 (Tabelle 29 e 30) [2].

Trend temporali di incidenza e mortalità per il periodo 1978-2008, 1994-2007, 1996-2007 Regione Umbria

Risultati

Tabella 31: APC incidenza (periodo 1994-2007) e mortalità (periodo 1978-2008) per cancro della tiroide Regione Umbria, maschi e femmine.

	APC Incidenza	APC Mortalità
Maschi	1994-2007 = 3.50	1978-2008 = 0.30
Femmine	1996-2007 = 2.21	1978-2008 = -2.80

* variazione statisticamente significativa

Variazione media annuale (APC) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) di incidenza (periodo 1994-2007) e mortalità (1978-2008) per tumore maligno della tiroide (Tabella 31 e Figure 18 e 19)

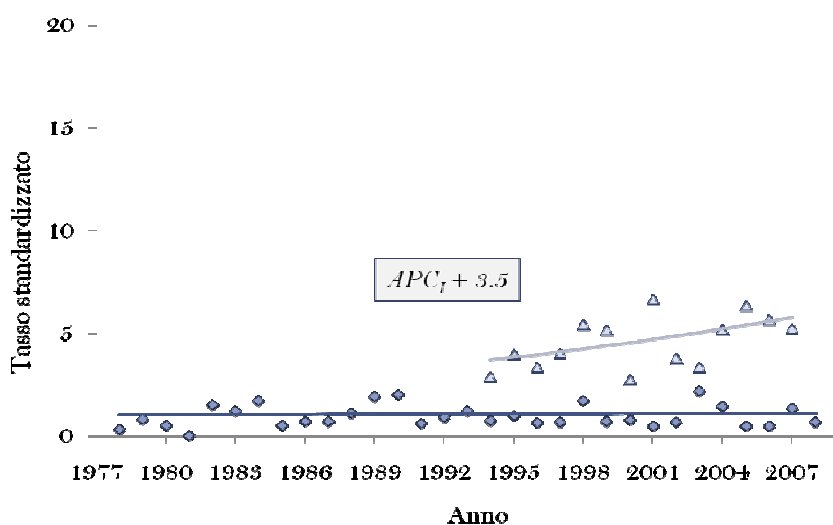


Figura 18: tasso di incidenza periodo 1994-2007 (in alto) e tasso di mortalità periodo 1977-2007 (in basso) per cancro della tiroide Regione Umbria, maschi.

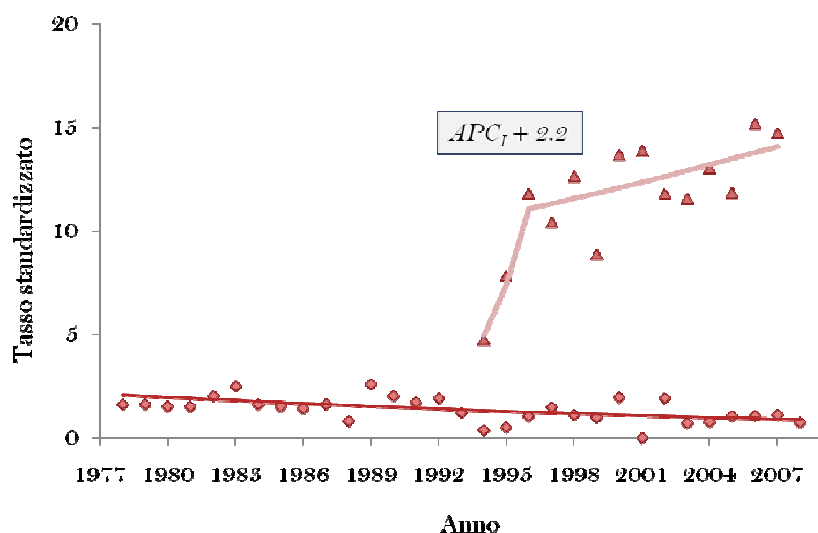


Figura 19: tasso di incidenza periodo 1994-2007 (in alto) e tasso di mortalità periodo 1977-2007 (in basso) per cancro della tiroide Regione Umbria, femmine.

L'attuale trend temporale dell'incidenza è in aumento non statisticamente significativo a livello regionale benché in misura più spiccata nel sesso femminile; difatti l'incidenza nelle femmine è più alta di circa tre volte rispetto a quella maschile. L'APC della mortalità è caratterizzato da riduzioni non significative (Tabella 31 e Figure 18 e 19).

Trend italiano di incidenza e mortalità e confronto con il trend umbro

APC Incidenza maschi 1998-2001 = + 10.0 (*) APC Incidenza femmine 1998-2005 = + 7.1 (*)
 APC Incidenza maschi 2001-2005 = + 4.2 (*)

APC Mortalità maschi 1998-2005 = - 0.9 APC Mortalità femmine 1998-2005 = - 3.4

L'attuale trend dell'incidenza è caratterizzato da un incremento (trend sovrapponibile a quello umbro) statisticamente significativo sia nel sesso maschile che in quello femminile.

La mortalità è caratterizzata in entrambi i sessi da riduzioni non significative.

Il trend decrescente dell'incidenza è relativamente omogeneo nel Paese; quello della mortalità non presenta differenze significative [1].

Commento

Il netto incremento di incidenza di cancro tiroideo [6] è verosimilmente da attribuire all'introduzione di nuove tecnologie diagnostiche (ecografia ed aspirazione ad ago sottile).

Il miglioramento delle tecniche diagnostiche si è quindi tradotto in un intervento sanitario che potremmo definire screening non intenzionale (incidentale), con efficacia incerta in termini di riduzione della mortalità [7] ma che è certamente causa di sovradiagnosi e sovratrattamento. La mortalità per cancro della tiroide è infatti molto bassa grazie all'efficacia dei trattamenti. E' nota la elevata prevalenza di carcinomi tiroidei non evolutivi nella popolazione generale e in particolare in età avanzata. Queste condizioni costituiscono controindicazioni all'introduzione di interventi di prevenzione secondaria.

TUTTI I TUMORI MALIGNI esclusi I TUMORI NON MELANOMATOSI DELLA CUTE (C00-43; C45-95)

Incidenza e Mortalità 2006-2008, Regione Umbria

Risultati

Tabella 32: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 di tutti i tumori maligni esclusi i tumori non melanomatosi della cute, per ASL Regione Umbria, maschi.

Maschi	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	636	984.9	927.8 (20.7)	253	392.0	368.2 (13.0)
ASL 2	1329	763.7	742.4 (11.5)	587	337.2	328.4 (7.6)
ASL 3	673	869.5	796.7 (17.4)	269	347.7	309.6 (10.7)
ASL 4	969	889.5	778.4 (14.1)	433	397.5	343.3 (9.3)
Umbria	3607	848.8	789.6 (7.4)	1542	362.9	334.7 (4.8)

Tabella 33: numero annuo di casi, tassi grezzi e standardizzati (pop. ital. 2001) di incidenza e mortalità 2006-2008 di tutti i tumori maligni esclusi i tumori non melanomatosi della cute, per ASL Regione Umbria, femmine.

Femmine	Incidenza			Mortalità		
	N. annuo di casi	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)	N. annuo di morti	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (pop. ital. 2001)
ASL 1	425	622.9	501.0 (14.3)	177	259.9	186.0 (8.2)
ASL 2	1074	576.8	479.9 (8.5)	468	251.3	188.7 (5.1)
ASL 3	521	636.5	493.5 (12.8)	208	253.1	170.3 (7.1)
ASL 4	777	656.6	502.3 (10.6)	324	274.2	185.8 (6.1)
Umbria	2797	615.2	491.8 (4.5)	1177	258.8	183.9 (3.2)

Il numero annuo di nuovi casi di cancro per tutte le sedi, esclusi i tumori non melanomatosi della cute, è 3607 nei maschi e 2797 nelle femmine; il numero dei morti è 1542 nei maschi e 1177 nelle femmine. Il tasso standardizzato di incidenza è 789.6 nella popolazione maschile e 491.8 nella popolazione femminile, mentre il tasso standardizzato di mortalità è 334.7 nei maschi e 183.9 nelle femmine. In generale sia il tasso standardizzato di incidenza che quello di mortalità sono marcatamente più elevati nel sesso maschile (Tabelle 32 e 33).

Confronto per ASL

I tassi standardizzati di incidenza e mortalità sono più elevati nella ASL 1 relativamente alla popolazione maschile, mentre nella popolazione femminile il tasso standardizzato di incidenza è più elevato nella ASL 4 e quello di mortalità nella ASL 2 (Tabelle 32 e 33) [2].

Trend temporali di incidenza e mortalità per il periodo 1994-2007, Regione Umbria

Risultati

Tabella 34: APC incidenza e mortalità (periodo 1994-2007) di tutti i tumori maligni esclusi i tumori non melanomatosi della cute Regione Umbria, maschi e femmine.

	APC Incidenza	APC Mortalità
Maschi	0.25	-1.15*
Femmine	1994-1997 = 3.28* 1998-2007 = -0.27	-1.29*

* variazione statisticamente significativa

Variazione media annuale (APC) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) di incidenza e mortalità per tutti i tumori maligni esclusi i tumori non melanomatosi della cute per il periodo 1994-2007 (Tabella 34 e Figure 20 e 21)

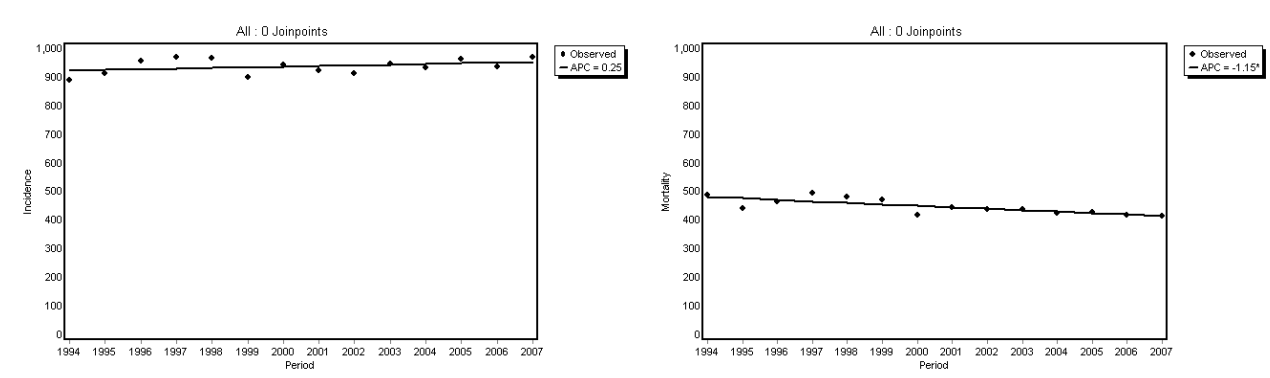


Figura 20: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, di tutti i tumori maligni esclusi i tumori non melanomatosi della cute, Regione Umbria maschi.

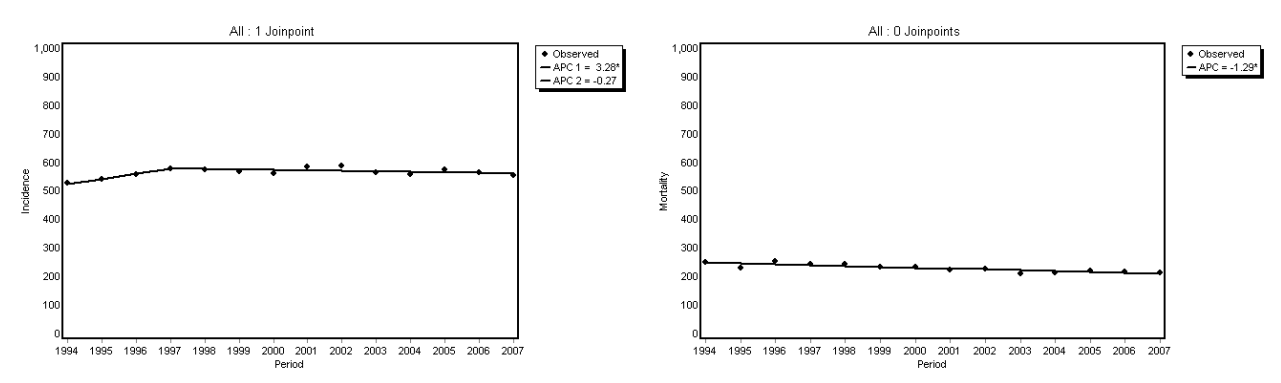


Figura 21: trend temporali di incidenza (sin.) e mortalità (dx.) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti, periodo 1994-2007, di tutti i tumori maligni esclusi i tumori non melanomatosi della cute, Regione Umbria femmine.

Come è possibile evincere dai grafici, per tutte le sedi tumorali esclusi i tumori non melanomatosi della cute l'incidenza nel sesso maschile è praticamente costante; nelle femmine si assiste prima ad un aumento poi ad una diminuzione, entrambi significativi.

La mortalità in ambo i sessi è in costante e significativa riduzione.

Il tumore maligno della prostata nei maschi e nella mammella nelle femmine si confermano come le patologie tumorali maligne più frequenti se si escludono i carcinomi della pelle; questi ultimi difatti di solito non vengono presi in considerazione nello studio dell'incidenza in quanto il loro numero è probabilmente sottostimato, poiché spesso vengono diagnosticati e asportati chirurgicamente in ambulatori privati.

Se il tumore maligno della mammella femminile è al primo posto nella graduatoria della mortalità tumorale, nei maschi la prima posizione è occupata dal tumore maligno dei polmoni. Complessivamente ai primi tre posti delle graduatorie di incidenza e di mortalità vi sono il polmone, il colon e la prostata nei maschi e la mammella nelle femmine. Il tumore maligno dello stomaco è situato verso il quarto/quinto posto delle graduatorie [6, 7].

I rapporti mortalità/incidenza mostrano come per gli anni 2006-2008 [3], per la mammella e la prostata, l'incidenza sia approssimativamente quattro volte più alta della mortalità e oltre due volte per il colon sia nei maschi che nelle femmine.

I tumori maligni dello stomaco e dell'esofago mostrano un andamento decrescente spesso significativo in ambo i sessi sia per l'incidenza che per la mortalità (Tabella 34 e Figure 20 e 21).

Trend italiano di incidenza e mortalità e confronto con il trend umbro

APC Incidenza maschi 1998-2005 = + 0.2 APC Incidenza femmine 1998-2005 = + 0.3

APC Mortalità maschi 1998-2005 = - 1.7 (*) APC Mortalità femmine 1998-2005 = - 0.8 (*)

Analogamente al trend umbro anche quello italiano riflette in qualche misura un miglioramento del controllo della patologia oncologica. In effetti i tassi di incidenza e mortalità assumono un andamento opposto con incidenza in aumento e mortalità in decremento statisticamente significativo per molte importanti sedi tumorali per entrambi i sessi [1].

Commento

La diffusione di attività di diagnosi precoce [4] per molte sedi tumorali ha indebolito la relazione tra esposizione e incidenza di tumori. Il trend attuale [6, 7] è fortemente influenzato dall'introduzione di programmi di screening per il cancro della mammella, del colon retto e della cervice uterina [9], dalla diffusione di screening opportunistici per il cancro della prostata e il melanoma della cute e dallo screening non intenzionale per il cancro della tiroide.

Lo screening determina un aumento dell'incidenza almeno al momento della prima introduzione [5].

La valutazione dei tumori maligni nel loro complesso, considerando anche neoplasie con andamenti contrastanti, ha un significato generale di macro indicatore dell'azione del Sistema Sanitario [5; 9]. La riduzione della mortalità oncologica complessiva [7] può essere interpretata come un indice del miglioramento del controllo della patologia oncologica ottenuto grazie alla introduzione di interventi efficaci a diversi livelli (prevenzione: tumori maligni delle alte vie aerodigestive superiori e laringe, cancro del polmone maschi, cancro del fegato e dei dotti intraepatici; diagnosi: cancro della cervice uterina, cancro della mammella; terapia: cancro del retto, cancro della mammella).

Bibliografia

1. AIRTum Working Group. I trend storici di incidenza e mortalità 1986-2005. [AIRTum Long-term incidence and mortality AIRTum cancer trend, 1986-2005 in Trend dei tumori negli anni 2000. Epidemiol Prev 2009; 33(4-5) suppl 1].
2. La Geografia della mortalità in Umbria 1978-2005, Regione dell'Umbria, Perugia 2007.
3. L'incidenza del cancro in Umbria 2006-2008. Gruppo RTUP. 2010.
4. Sistema di Sorveglianza Passi: Rapporto Regionale Umbria 2008. Il Sistema di Sorveglianza sui progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia.
5. Sistema di Sorveglianza Passi: Gli Screening. I dati epidemiologici per guadagnare Salute con la diagnosi precoce, 2009.
6. Trend temporali di incidenza e mortalità per cancro 1994-2007. Gruppo RTUP, Regione dell'Umbria, Perugia, 2009.
7. Trend temporali di mortalità in Umbria 1994-2008 Gruppo RTUP, Regione dell'Umbria, 2009.
8. WHO. International Statistical Classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD 10).
9. Piano Sanitario Regionale 2009-2011.